

DOI: 10.19181/population.2020.23.4.10

ВОВЛЕЧЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА МОСКОВСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СИСТЕМУ НАСТАВНИЧЕСТВА

Коленникова О.А.^{1,2}

¹Институт социально-экономических проблем народонаселения ФНИСЦ РАН
(117218, Россия, Москва, Нахимовский проспект, 32)

²НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ
(115088, Россия, Москва, ул. Шарикоподшипниковская, 9)

E-mail: kolennikova@mail.ru

Для цитирования:

Коленникова, О.А. Вовлеченность медицинского персонала московского здравоохранения в систему наставничества / О.А. Коленникова // Народонаселение. – 2020. – Т. 23. – № 4. – С. 104-114.
DOI: 10.19181/population.2020.23.4.10

Аннотация. Реформа столичного здравоохранения актуализировала пересмотр инструментов развития кадрового потенциала. Статья посвящена исследованию одного из таких инструментов — реальной и перспективной практике наставничества. Информационной базой послужили данные анкетного опроса персонала медицинских организаций Москвы, осуществленного в 2019 году. Масштабы и характер включения врачебного и сестринского персонала в сферу наставничества изучались с учетом перспектив использования наиболее подходящих моделей. Выявлялась также экспертная позиция медиков по поводу внедрения или расширения системы наставничества, что позволило соотнести потребность в ее развитии с имеющимся кадровым потенциалом. Выяснилось, что персонал вовлечен в различные виды наставничества — дообучение на рабочих местах, регулируемое руководством отделений посредством кадрового менеджмента, курирование молодежи в ходе ее адаптации и разного рода схемы неформальной передачи практических знаний по широкому кругу вопросов. Востребованность наставничества оказалась выше у врачебного персонала, а также в стационарах. Различия между теми, кто имели наставника и кто такового не имели, не нуждались в опеке, показали наличие дефицита моделей, выходящих за пределы стандартной адаптации. Состав наставников изучался сопоставлением трех групп респондентов: являвшихся наставниками, согласными ими стать и не желавшими быть наставниками. Критериями оценивания были образовательный и квалификационный уровень, стаж работы по специальности, содержание медицинской работы с учетом степени ее сложности. Необходимость внедрять или расширять наставничество осознана многими респондентами, и потенциальный состав наставников позволяет говорить о наличии перспектив его развития.

Ключевые слова: наставничество, медицинский персонал, модели наставничества, дополнительное профессиональное образование, здравоохранение города Москвы.

Столичное здравоохранение в последние годы претерпевает сложный процесс реформирования, в ходе которого происходит обновление его кадрового состава [1]. Программа «Развитие здравоохранения города Москвы» нацеливает на обеспечение государственной системы здравоохранения высококвалифицированным персоналом и ликвидацию кадровых диспропорций, повышение качества и доступности оказываемой медицинской помощи¹. Согласно данным ведомственной статистики, в медицинских организациях, подчиненных Департаменту здравоохранения города Москвы (ДМЗ), за период 2014–2018 гг. доля молодых врачей до 36 лет выросла с 26 до 30%, а в возрасте от 46 до 55 лет, напротив, снизилась с 27 до 22%. Сокращение числа опытных специалистов компенсировалось притоком молодежи, что ставило перед руководством медицинских организаций вопросы адаптации и закрепления вновь пришедших кадров, а также реформирования имеющихся способов стимулирования профессионального роста и трудовой мотивации медперсонала [2].

В решении данных задач важную роль играет практика наставничества, имеющая исторически глубокие корни в сфере здравоохранения. Поколения молодых врачей, фельдшеров, акушерок и медсестер вырастали под руководством и наблюдением старших опытных коллег. Начиная с времен ученичества, медицина отличалась не только передачей секретов врачевания, но и нравственных принципов поведения медика, впоследствии оформленных как деонтология и медицинская этика. Неслучайно так широко распространены медицинские династии и школы, о значимости которых говорилось еще в клятве Гиппократова.

В толковом словаре С.И. Ожегова понятие «наставничество» определено как

форма воспитания и профессиональной подготовки молодых работников опытными специалистами. В систему непрерывного медицинского образования наставничество входит как элемент дополнительного медицинского образования. Его главная цель — повышение у молодых специалистов профессионализма, уровня компетентности в конкретной области. В отличие от официальной системы подготовки и переподготовки (где отношения между педагогами и студентами строятся на юридической основе), наставник и его подшефный — полноправные члены трудового коллектива, обязанные выполнять свои должностные обязанности. Специалисты определяют наставников как непрофессиональных педагогов на рабочих местах, обучающих и воспитывающих работников, уже прошедших теоретическую подготовку, но не готовых в полной мере самостоятельно и качественно выполнять работу [3. С. 14].

Теоретические исследования, посвященные истокам наставнической деятельности и ее эволюции, свидетельствуют о размытости терминологии (шефство, наставничество, кураторство, менторство и тому подобное), узком и широком толковании этой деятельности. Накоплен большой опыт отечественных исследований советского периода времени, когда сформированные в промышленности ключевые элементы (типовые положения о наставничестве, советы наставников и другие) распространились по экономике, включая сферу здравоохранения. Институционализация наставничества, трансформация его видов и форм оказывалась напрямую связана с изменением задач, в решении которых данный социальный институт был востребован в те или иные периоды времени в конкретных сферах труда.

Данная проблематика привлекает внимание российских и зарубежных ученых разных отраслей науки — экономики, социологии, педагогики, психологии и других. В аспекте кадровой политики наставничество рассматривается как полифунк-

¹ Госпрограмма «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)». Актуализирована постановлением Правительства Москвы № 626-ПП от 04.06.2019. // Правительство Москвы: [сайт] — URL: <https://www.mos.ru/upload/documents/files/3558/626-PP.pdf> (дата обращения: 20.04.2020).

циональный метод адаптации новичков на рабочих местах, снижения текучести кадров, подготовки резерва для замещения должностей персонала, в том числе руководящего состава [4. С. 34–35]. В рамках «производственной педагогики» акцент делается на обучении не основам, а секретам профессионального мастерства, дисциплинированности, добросовестному отношению к труду. Отмечается важность соблюдения принципа добровольности привлечения к этой деятельности, психологической совместимости наставника и наставляемого, умения шефа заинтересовать и мотивировать подопечного. Особое внимание уделяется вопросам отбора наставников и способам их материального и морального поощрения.

К настоящему времени сложились разнообразные модели наставничества [4; 5], различающиеся целями, количеством наставников и подшефных (индивидуальное, бригадное, коллективное), составом участников (традиционное, партнерское, реверсивное и другое), продолжительностью, регулярностью и характером контактов. В практике зарубежных стран с развитой медициной распространено наставничество, организованное на регулярной основе в рамках системы профессионального обучения специалистов-медиков в части их практической подготовки в профильных клиниках.

В российских условиях происходящее в последнее время ухудшение качества подготовки медицинских специалистов [1. С. 134–145] усиливает потребность в институте наставничества, хотя в медицинском сообществе сложились разные точки зрения на необходимость его внедрения [6]. Ускорение процессов переобучения по дефицитным специальностям, вызванное реформой здравоохранения, ставит вопросы профессиональной адаптации медицинских работников разных возрастов и стажа работы в сфере здравоохранения. В связи с рисками побочных эффектов коммерциализации медицины актуализировались задачи, ставившиеся перед наставниками в советское время, — воспи-

тание моральных качеств, чувства долга и так далее [7]. Поэтому востребованными стали системы наставничества более комплексного характера. Традиционное наставничество (к опытному куратору прикрепляют одного-двух подшефных) дает большую результативность, когда в коллективе складывается «микроклимат» доверия и взаимопомощи. В освоении медицинских манипуляций нужны наставники-инструкторы, обучающие по принципу «делай как я», но в сочетании с развивающим наставничеством с элементами коучинга для формирования медицинского мышления как особого вида творческой деятельности. Требуется освоение последних достижений в медицинской науке и практике, но с учетом опыта старших коллег, предостерегающих об опасности технизации клинического мышления, необдуманного применения новых методов и технологий лечения.

Отсутствие официальной статистики и недостаточность конкретных исследований в постсоветский период актуализируют потребность в изучении современного положения с наставничеством в сфере медицины. Выработке таких представлений может способствовать реализация проекта «Развитие кадрового потенциала столичного здравоохранения», осуществленного исследовательским коллективом ИСЭПН ФНИСЦ РАН в 2019 г. по заказу Департамента здравоохранения города Москвы (ДЗМ). В настоящей статье использована информация анкетного опроса врачей и медицинских сестер (N=551). Была реализована квотная выборка, параметры которой рассчитаны на основе официальной ведомственной статистики, в качестве объектов проведения опроса были отобраны 6 организаций системы ДЗМ (3 клинические больницы, 2 городские поликлиники и консультационно-диагностический центр).

Для анализа ситуации с наставничеством, с одной стороны, оценивались масштабы и характер включения врачебного и сестринского персонала в сферу данной деятельности, а с другой — выявля-

лась экспертная позиция медиков по поводу внедрения или расширения в их организациях системы наставничества. Изучению подлежали не только реально вовлеченные в систему наставничества в качестве кураторов и их подопечных, но и имевшийся резерв наставников, а также нуждавшиеся в помощи. Такой подход позволил соотнести потребность в развитии системы наставничества с имеющимся кадровым потенциалом.

Как показал анкетный опрос, в той или иной мере наставничество имеет место во всех обследованных организациях. На рис. 1 показано распределение опрошенных врачей и медицинских сестер по их включенности в эти отношения: наставники и их подопечные составляли суммарно 22,5% врачебного и 15,6% сестринского персонала, а готовые стать наставником и нуждавшиеся в опеке — 33,9% и 28,4% соответственно.

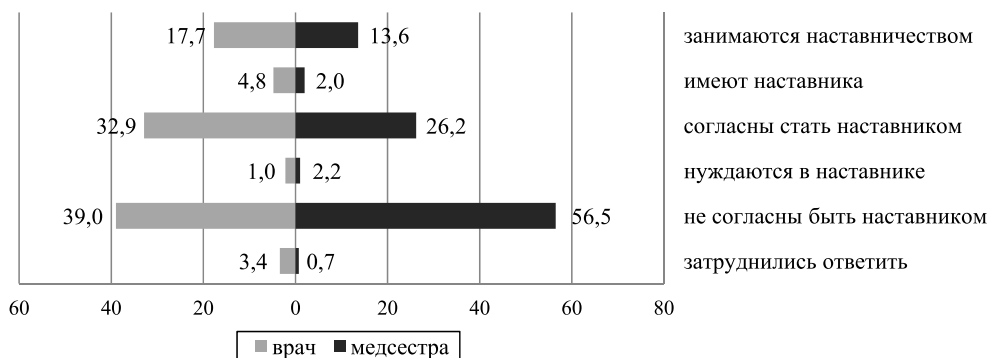


Рис. 1. Распределение респондентов (врачей и медсестер) по включенности в систему наставничества, %

Fig. 1. Distribution of doctors and nurses by their involvement in mentoring system, %

Источник: расчеты автора по данным анкетного опроса в 2019 г. (ИСЭПН ФНИСЦ РАН).

Таким образом, врачи в систему наставничества вовлечены несколько больше, чем медсестры. Учитывая, что работа практических навыков актуальна в равной мере как для врачебного, так и для сестринского персонала, то данное различие связано с иными причинами, в первую очередь, со спецификой должностных обязанностей и профессиональной подготовки молодых кадров разных категорий должности. К тому же в исследовании подтвердился известный факт, что масштабы наставничества зависят от притока выпускников медицинских вузов и колледжей. То есть долгосрочная ориентация медицинской организации на привлечение молодежи и ее закрепление связана с необходимостью иметь отлаженную систему наставничества, поэтому

доля участвующих в системе профессиональной подготовки и воспитании молодежи в таких организациях выше.

Число отметивших себя в качестве наставника значительно превышает численность подопечных: среди врачей 17,7% занимались наставничеством и только 4,8% указали на наличие наставника, а среди медсестер — 13,6% и 2% соответственно. Расхождение связано с особенностями трактовки и, как следствие, с разнообразием моделей наставничества. К тому же наставники понимали суть своей деятельности в широком смысле, а подшефные в большей мере подразумевали такового в узком смысле — как учителя или куратора, который обучает и ведет по избранной профессиональной стезе, а также официально закрепленного.

Современное традиционное наставничество ориентировано на адаптацию молодых специалистов — чтобы они в кратчайшие сроки освоили должностные обязанности, приобрели профессиональные компетенции, «влились» в организационную культуру². В основе же классического наставничества лежит школа профессионального ученичества, предполагающая прикрепление ученика к высококвалифицированному специалисту с большим опытом работы с целью обучения в течение не только адаптационного периода, но и достаточно длительного времени до выхода подопечного на качественно иной профессиональный уровень. Эффективность такой формы наставничества (и в отечественной, и в зарубежной медицинской практике) особенно наглядна и сейчас в сложных областях, таких как кардиохирургия или нейрохирургия. В ее структуре ведущие специалисты нередко готовят себе смену, преемника. Фактический наставник «присматривает» талантливого молодого специалиста, его постоянно курирует и обучает тому, чем владе-

ет сам. Ученик в течение длительного времени остается на вторых ролях, но наступает момент, когда он дорастает до своего учителя (иногда и перерастает). Конечно, классическая схема скорее ориентирована на «выращивание» штучных специалистов, тем не менее, она проверена временем и по возможности должна шире применяться. Не секрет, что при ее специфичности, проблемах отбора наставника и ученика, она, тем не менее, сокращает время и затраты на пути к «пику» квалификации. Поэтому помощь наставнического характера, выходящая за пределы адаптационной формы, сохраняет актуальность. Судя по проведенному исследованию, такая помощь (бескорыстное наставничество, подкрепляемое признанием коллектива) по-прежнему практикуется в отдельных медицинских отделениях, а значит, она востребована и заслуживает поддержки и распространения.

В адаптационном наставничестве ответственность за качество работы молодых специалистов (как и всего персонала) лежит преимущественно на руководстве

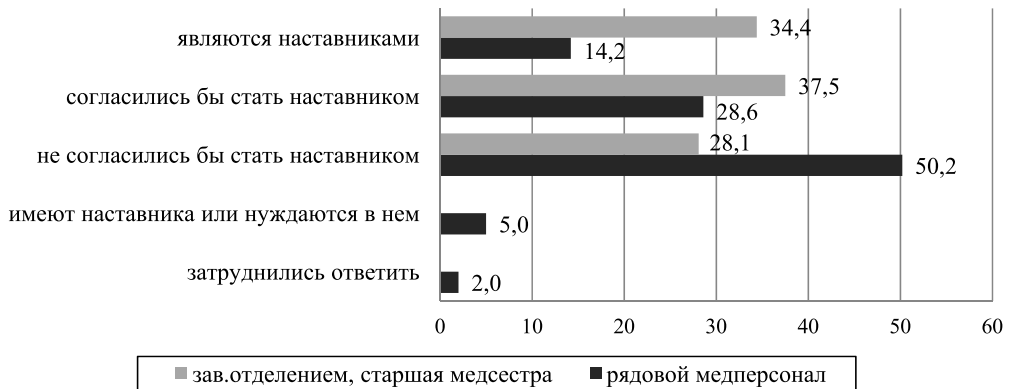


Рис. 2. Распределение респондентов разных категорий должности по их вовлеченности в систему наставничества, %

Fig. 2. Distribution of respondents of different positions by their involvement in mentoring system, %
 Источник: расчеты автора по данным анкетного опроса в 2019 г. (ИСЭПН ФНИСЦ РАН).

² Положение об адаптации медицинских работников в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы. Приказ ДЗМ N955 от 29.12.2017. // Электронный фонд правовой и нормативно-технической документации: [сайт]. — URL: <http://docs.cntd.ru/document/551792635> (дата обращения: 20.04.2020).

подразделений — заведующем отделением и старшей медсестре (рис. 2). Но реальность такова, что руководитель врачебного персонала, будучи официальным наставником по должности, не всегда име-

ет возможности курировать подопечных сам. Поэтому, задействовав административные рычаги, он по ситуации прикрепляет подопечного то к одному, то к другому опытному специалисту. Такое обучение у врачей имеет серьезные недостатки: фрагментарность получаемых навыков и знаний, отсутствие системности, а то и дефицит ответственности у неформальных наставников.

Схожий характер носит «доводка» выпускников медицинских колледжей. Организацию на себя берет старшая медсестра, формируя график дежурств, например, так, чтобы на одном посту работала неопытная медсестра, а на другом, напротив, опытная, которая могла бы помочь молодой коллеге. Следует отметить, что данная система профессионального обучения больше подходит для среднего медицинского персонала, поскольку область их профессиональных знаний и навыков более узкая и простая, чем у врачей. По сути дела, правильная расстановка врачебного и сестринского персонала по рабочим местам способствует, с одной стороны, налаживанию системы профессионального обучения путем неформального наставничества, а с другой — минимизирует риск «провалов» у недостаточно опытной части персонала.

Вместе с тем, руководство отделений является инстанцией, куда обращаются рядовые врачи и медсестры по вопросам, выходящим за рамки адаптационной формы. Такое неформальное наставничество распространяется на широкий контингент медперсонала и далеко не всегда носит добровольный характер. Более того, специалисты по управлению персоналом рекомендуют руководящему составу шире задействовать инструмент наставничества в виде единичных и регулярных наставлений в отношении конфликтов в коллективе или с проблемными пациентами и их родственниками [8].

Таким образом, персонал организаций на момент опроса был вовлечен в различные виды наставничества. Это, помимо таких его форм, как дообучение на

рабочих местах, регулируемое руководством отделений посредством кадрового менеджмента, инициативное курирование молодежи в ходе ее адаптации и разного рода схемы неформальной передачи практических знаний по широкому кругу вопросов. Поэтому значительное превосходство количества реальных наставников над числом формальных подопечных говорит о том, что в состав первых входят кураторы, отвечающие достаточно широким представлениям о наставничестве.

Чтобы дать портрет не только выявленного на момент опроса состава наставников, но и оценить возможности его обновления и расширения, из общего числа опрошенных были выделены три группы врачебного и сестринского персонала: 1) те, кто уже являлись наставниками; 2) те, кто не являлись наставниками, но согласны таковыми быть и 3) те, кто не хотели быть наставниками. Сравнительный анализ врачебного персонала показал, что в среде наставников значительно выше доля окончивших аспирантуру или докторантуру (почти 1/4). Причиной их широкой вовлеченности является не только более высокий уровень профессиональных знаний, но и опыт пребывания в качестве подопечных в системе научного наставничества, к тому же наличие научной квалификации в какой-то мере обязывает помогать менее опытным коллегам. Из таблицы 1 видно, что и в составе согласных быть наставниками также достаточно высокая доля имевших за плечами аспирантуру или докторантуру, что говорит о возможности задействовать их потенциал.

В целом как реальный, так и потенциальный состав врачей-наставников, в большей мере отличает прохождение через систему кураторства в рамках послевузовской подготовки. Ее основные элементы с притоком молодых специалистов транслируются в отделения медицинских организаций, поэтому представляется крайне важной грамотная постановка наставничества в официальной системе дополнительного медицинского образования. Оказалось, что больше половины вра-

Таблица 1

Распределение респондентов-врачей с разным отношением к наставничеству по уровню медицинского образования, %

Table 1

Distribution of doctors with different attitude to mentoring by medical education, %

Отношение к наставничеству	Уровень образования			Всего
	аспирантура, докторантура	ординатура, интернатура	высшее	
Уже являются наставником	24,4	48,8	26,8	100,0
Согласились быть	17,1	51,3	31,6	100,0
Не согласны быть	5,6	54,4	40,0	100,0

Источник: расчеты автора по данным анкетного опроса в 2019 г. (ИСЭПН ФНИСЦ РАН).

чей-наставников занимались научно-исследовательской деятельностью, и большинство из них полагали, что она способствует основной работе (табл. 2). Среди готовых быть наставниками также доста-

точно много сочетавших основную и научно-исследовательскую работу, в числе же не согласных стать кураторами, напротив, почти 80% научной деятельностью не занимались.

Таблица 2

Распределение респондентов-врачей с разным отношением к наставничеству по вовлеченности в научную деятельность, %

Table 2

Distribution of doctors with different attitude to mentoring by their scientific activity, %

Отношение к наставничеству	Оценка роли научной деятельности в работе				Всего
	способствует	роли не играет	научной работой не занимаются	затруднились ответить	
Уже являются наставником	43,9	7,3	48,8	0,0	100,0
Согласились быть	30,3	6,6	57,9	5,2	100,0
Не согласны быть	8,0	10,2	79,5	2,3	100,0

Источник: расчеты автора по данным анкетного опроса в 2019 г. (ИСЭПН ФНИСЦ РАН).

Сопоставление квалификационного уровня респондентов (врачей и медсестер) показало, что половина наставников имела высшую категорию, а группа кандида-

тов в наставники существенно уступала по этому показателю фактическим кураторам (табл. 3).

Таблица 3

Распределение респондентов с разным отношением к наставничеству по квалификационной категории, %

Table 3

Distribution of respondents with different attitude to mentoring by qualification category, %

Отношение к наставничеству	Квалификационная категория				Всего
	высшая	первая	вторая	нет категории	
Уже являются наставником	50,0	6,6	6,2	37,2	100,0
Согласились быть	28,7	16,0	2,7	52,6	100,0
Не согласны быть	26,9	13,4	2,0	57,7	100,0

Источник: расчеты автора по данным анкетного опроса в 2019 г. (ИСЭПН ФНИСЦ РАН).

Данные различия позволяют полагать, что определенная часть согласных быть кураторами не включена в систему наставничества именно в связи с отсутствием квалификационной категории. Но важно и то, что 16% имели первую категорию, то есть находились в шаге от высшей квалификации. В таком случае, создание дополнительных преимуществ, связанных со статусом наставника, даст толчок к получению высшей категории, а, как было выявлено в ходе опроса, подготовка к «сдаче на категорию» достаточно сильно мотивировала к совершенствованию профессионализма. К тому же наставники и согласные ими стать оценили свой уровень профессиональной компетентности как достаточный для выполнения должностных обязанностей и примерно одинаково (14–15%) полагали, что уровень их компетентности выше выполняемой работы. В то же время среди не согласных быть наставниками доля таковых была ниже, то есть недостаточность необходимой квалификации не позволяла значительной их части рекомендовать себя в качестве наставника.

Согласно официально установленной границе отбора наставников стаж работы по специальности должен превышать 5 лет. Хотя 5-летний стаж является достаточным для первичной адаптации молодежи (в особенности медсестер), к должностным обязанностям на рабочем месте или для оказания помощи в ходе «вливания» в коллектив, предпочтительным для наставничества в широком смысле следует признать стаж не менее 15 лет, который имела почти половина реальных кураторов. В число фактических наставников вошли и респонденты со стажем до 5 лет (20%), то есть их помощь тоже востребована. Частично ее предоставляют опытные специалисты, сравнительно недавно прошедшие переквалификацию. Со стороны молодежи эта помощь относится к обучению навыкам работы с компьютерными программами и новейшим оборудованием, к передаче знаний, усвоенных в ходе стажировок в ведущих меди-

цинских центрах и другим. В этих случаях формируется наставнический симбиоз старшего и молодого поколений, который приобретает растущую значимость. При этом готовность молодежи быть кураторами можно оценить как достаточно высокую.

Важный критерий — содержание медицинской работы с учетом степени ее сложности, уровня ответственности, рисков совершения медицинских ошибок. Исходя из публикации, считается, что медперсонал, работающий в поликлинике на приеме, находится в более благоприятных условиях, чем в стационаре или скорой помощи (речь идет, в первую очередь, о хирургии и реанимации). Имеющие место различия должны отражаться таким образом, чтобы в самых сложных видах деятельности постановка наставничества была налажена на более высоком уровне, касаться не только молодежи, но и зрелых «мигрантов» из поликлиники в стационар. И в какой-то мере данное требование выполняется. Так, согласно результатам опроса, на трех наставников, работавших в отделениях по оказанию медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, приходилось двое, работавших в амбулаторных условиях. Среди согласных заниматься наставничеством данное соотношение составляло только один к одному, то есть резервный состав в стационарах был меньше, чем в поликлиниках.

Кто нуждается в наставнике? Это зависит от конкретных требований к должности, трудовой мобильности медперсонала и качественного состава нового пополнения (уровня подготовки, опыта работы, личностных особенностей и так далее). В советской практике, к примеру, в их число включались врачи-интерны, вновь принимаемые врачи и средний медицинский персонал со стажем работы до 6 лет (если по мнению коллектива у них были недостаточный опыт и профессиональные навыки, они требовали повышенного внимания), и такие лица составляли примерно 10% работников в зависимости от уровня текучести [9. С. 37].

Согласно результатам опроса лишь 5% респондентов указали, что им нужен наставник, в том числе 2/3 уже имели его, а 1/3 — такового не имели. Эта потребность в большей мере присуща врачебному персоналу, чем сестринскому. Среди молодых врачей чаще прикрепляли куратора к закончившим только вуз, а большая часть тех, кто не имели наставника, напротив, прошли первую ступень послевузовской подготовки. При этом хорошо известны факты, что даже клинические ординаторы не всегда готовы к работе. Среди тех, у кого был наставник, подавляющее большинство не имели квалификационной категории. Но среди нуждавшихся в наставнике, но не имевших его, были респонденты и с высшей квалификационной категорией, не так давно пришедшие из организаций вне системы ДЗМ. Их проблемы, скорее всего, связаны со спецификой должностных обязанностей на новом месте и необходимостью влиться в коллектив. В данном случае, похоже, считалось, что работнику с большим медицинским стажем не составит труда преодолеть эти трудности. Поэтому есть основания говорить о непроработанности подходов к выявлению контингента медперсонала, нуждающегося в наставнической помощи. Выявилась также большая востребованность наставников в стационарах, где роль наставника не ограничивается обучением, он несет и ответственность за работу подопечного. Поэтому в стационарах в большей мере нужны модели, предполагающие тесное взаимодействие куратора и наставляемого.

Насколько остро стоит проблема с наставничеством сегодня в целом? Как показали результаты опроса, необходимость внедрять или расширять наставничество осознана многими респондентами. На эту необходимость указали 43% респондентов, 30% не видели в нем нужды, еще 2% отметили другой вариант решения проблемы. Достаточно высокой оказалась доля затруднившихся ответить (1/4), что говорит скорее о неуверенности в оценке востребованности системы наставничества, и в том, какой должна быть эта система. Выше оценили важность ее развития врачи, для которых классическая форма более актуальна, чем для медсестер.

Исследование показало, что потенциальные возможности института наставничества в настоящее время задействованы в небольшой мере. Хотя примерно пятая часть опрошенного медперсонала вовлечена в систему наставничества в качестве кураторов или подопечных, используемые формы в основном ориентированы не на формирование и стимулирование профессиональной карьеры молодых специалистов, а на краткосрочные формы их первичного дообучения и адаптации на рабочих местах. При этом качественный состав действующих наставников и согласных таковыми стать позволяет говорить о наличии хороших перспектив его задействования с целью расширения наставничества в системе столичного здравоохранения.

Литература и Интернет-источники

1. *Развитие кадрового потенциала столичного здравоохранения* / ред. Е.И. Аксенова, О.А. Александрова, А.В. Ярашева. — Москва: НИИ ОЗММ ДЗМ, 2019. — 244 с. ISBN978-5-907251-15-1.
2. *Коленникова, О.А.* Обновление кадрового состава медучреждений столичного здравоохранения / О.А. Коленникова // Труды Научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента. — Москва: НИИ ОЗММ ДЗМ, 2019. — С. 44–46.
3. *Батышев, А.С.* Педагогическая система наставничества в трудовом коллективе / А.С. Батышев. — Москва: Высшая школа, 1985. — 272 с.
4. *Наставничество* / В.П. Арсланьян, М.С. Лузанина, И.А. Мотовилина [и др.] — Тамбов: Юлис, 2018. — 166 с. ISBN978-5-98407-021-8.

5. **Эсаулова, И. А.** Новые модели наставничества в практике обучения и развития персонала зарубежных компаний / И. А. Эсаулова // Стратегии бизнеса. Электронный научно-экономический журнал.— 2017.— № 6(38).— URL: https://www.strategybusiness.ru/jour/article/view/329?locale=ru_RU (дата обращения: 12.02.2020).
6. **Бурдастова, Ю. В.** Наставничество в системе здравоохранения: тренд или необходимость? / Ю. В. Бурдастова // Народонаселение.— 2020.— Т. 23.— № 1.— С. 148–154. DOI: 10.19181/population.2020.23.1.12
7. **Белицкая, Е. Я.** Наставничество в здравоохранении: цели, задачи, направление / Е. Я. Белицкая // Здравоохранение Российской Федерации.— 1979.— № 6.— С. 13–17.
8. **Гуров, А. Н.** Эффективное руководство и стили руководства в медицинской организации / А. Н. Гуров, М. И. Жукова, С. М. Смбатян.— Москва.: МОНИКИ, 2016.— 30 с. ISBN978–5–98511–343–3.
9. **Агарков, В. П.** Опыт работы по наставничеству в городской больнице / В. П. Агарков, В. М. Старосотников // Советское здравоохранение.— 1976.— № 11.— С. 36–40.

Сведения об авторе:

Коленникова Ольга Александровна, кандидат экономических наук, старший научный сотрудник Института социально-экономических проблем народонаселения Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН; аналитик НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия.

Контактная информация: e-mail: kolennikova@mail.ru; ORCID: 0000–0002–0138–6115.

DOI: 10.19181/population.2020.23.4.10

INVOLVEMENT OF MOSCOW MEDICAL PERSONNEL IN THE MENTORING SYSTEM

Olga A. Kolennikova^{1,2}

¹*Institute of Socio-Economic Studies of Population, Federal Center of Theoretical and Applied Sociology, Russian Academy of Sciences (32 Nakhimovsky prospect, Moscow, Russian Federation, 117218)*

²*Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management, Moscow Healthcare Department (9 Sharikopodshipnikovskaya str., Moscow, Russian Federation, 115088)*

E-mail: kolennikova@mail.ru

For citation:

Kolennikova O. A. Involvement of Moscow medical personnel in the mentoring system. *Narodonaselenie [Population]*. 2020. Vol. 23. No. 4. P. 104–114. DOI: (in Russ.)

Abstract. *The article is devoted to the study of real and prospective practice of mentoring. The information base was data from the questionnaire survey of the personnel of Moscow medical organizations, carried out in 2019. The scale and character of the involvement of medical personnel in the mentoring system were studied with regards to prospective and appropriate models. The need for introduction or expansion of mentoring was compared with the available personnel potential. It turned out that doctors and nurses are involved in various types of mentoring. These are additional training in the workplace, regulated by the management, initiative assistance to youth during their adaptation, and various forms of informal transfer of practical knowledge on a wide range of issues. The demand for mentoring turned out to be higher among doctors and in hospitals. A comparison of respondents who had a mentor and who did not had one, but needed, revealed a shortage of models beyond the standard adaptation. Three groups of respondents were compared: those who were*

already a mentor, who would agree to become a mentor, who did not want to become a mentor. The educational and qualification level, research activities, work experience in the specialty, specifics of providing medical care with the account of complexity and responsibility were the comparison criteria. The need to introduce or expand mentoring is recognized by many respondents, and the potential composition of mentors allows us to speak about the prospects for its development.

Keywords: mentoring, medical personnel, mentoring models, postgraduate professional training, Moscow healthcare.

References and Internet sources

1. Razvitiye kadrovogo potentsiala stolichnogo zdravoohraneniya [*Development of Staff Capacity of the Moscow Healthcare*]. Eds. E. I. Aksenova, O. A. Alexandrova, A. V. Yarasheva. Moscow. 2019. 244 p. (in Russ.)
2. Kolennikova O. A. Obnovleniye meditsinskogo personala v Moskovskom zdravookhraneni [Renewal of medical staff in Moscow healthcare]. Trudy Nauchno-issledovatel'skogo instituta organizatsii zdravoohraneniya i medicinskogo menedzhmenta [*Papers of Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management*]. Moscow. 2019. P. 44–46. (in Russ.)
3. Batyshev A. S. Pedagogicheskaya sistema nastavnichestva v trudovom kollektive [*Pedagogical System of Mentoring in Labor Collectives*]. Moscow. Vysshaya Shkola. [Higher School]. 1985. 272 p. (in Russ.)
4. Nastavnichestvo [*Mentoring*]. V. P. Arslanyan et al. Tambov. Yulis. 2018. 166 p. (in Russ.)
5. Esaulova I. A. Novyye modeli nastavnichestva v praktike obucheniya i razvitiya personala zarubezhnykh kompaniy [New mentoring models in foreign companies' practice of training and developing personnel]. Strategii biznesa [*Business Strategies*]. Electronic scientific and economic journal. 2017. No. 6(38). P. 8–13. Available at: https://www.strategybusiness.ru/jour/article/view/329?locale=ru_RU (Accessed: 12 February 2020). (in Russ.)
6. Burdastova Yu. V. Nastavnichestvo v sisteme zdravoohraneniya: trend ili neobhodimost' [Mentoring in healthcare: trend or necessity?]. Narodonaselenie [*Population*]. 2020. No. 1(23). P. 148–154. (in Russ.)
7. Belitskaya E. Ya. Nastavnichestvo v zdravoohraneni: Tseli, zadachi, napravlenie [Mentoring in healthcare: Goals, tasks, direction]. Zdravoohranenie Rossijskoj Federatsii [*Health Care of the Russian Federation*]. 1979. No. 6. P. 13–17. (in Russ.)
8. Gurov A. N., Zhukova M. I., Smbatyan S. M. Effektivnoye rukovodstvo i stili rukovodstva v medicinskoj organizatsii [Effective management and management styles in medical organization]. Moscow. 2016. 30 p. (in Russ.)
9. Agarkov V. P., Starosotnikov V. M. Opyt raboty po nastavnichestvu v gorodskoj bol'nitse [Mentoring experience in a city hospital]. Sovetskoye zdravoohraneniye [*Soviet Health Care*]. 1976. No. 11. P. 36–40. (in Russ.)

Information about the author:

Kolennikova Olga Aleksandrovna, Cand. Sn. (Econ.), senior researcher, Institute of Socio-Economic Studies of Population, Federal Center of Theoretical and Applied Sociology RAS; researcher, Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management, Moscow, Russian Federation.

Contact information: e-mail: kolennikova@mail.ru; ORCID: 0000-0002-0138-6115.

Статья поступила в редакцию 22.04.2020.