

Кадровая политика муниципального здравоохранения

ПОДГОТОВКА СПЕЦИАЛИСТОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МУНИЦИПАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА БАЗЕ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ЦЕНТРА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Базанов С.В., Белоусов А.И., Потапенко Л.В., Базанова М.А.

ГУЗ «Территориальный центр медицины катастроф Ивановской области»
МУЗ «Станция скорой медицинской помощи г. Иваново»

Специалистами государственного учреждения здравоохранения «Территориальный центр медицины катастроф Ивановской области» и муниципального учреждения здравоохранения «Станция скорой медицинской помощи города Иваново» был проведен анализ практической подготовки врачей и средних медицинских работников скорой медицинской помощи муниципальных учреждений здравоохранения Ивановской области по вопросам проведения сердечно-легочной реанимации. В результате проведенного исследования у большинства специалистов на фоне относительно высоких теоретических знаний был выявлен довольно низкий уровень практических навыков проведения сердечно-легочной реанимации. Это связано, прежде всего, с отсутствием системы поддержания практических навыков на должном уровне.

В соответствии с приказами Департамента здравоохранения Ивановской области №113 от 18.05.2006 г. «Об обучении специалистов станций и отделений скорой медицинской помощи Ивановской области» и №147 от 09.06.2007 г. «О сдаче зачетов по сердечно-легочной реанимации специалистами станций и отделений скорой медицинской помощи Ивановской области» на базе учебно-методического центра Государственного учреждения здравоохранения «Территориальный центр медицины катастроф Ивановской области» (Лицензия на право осуществления образовательной деятельности №096120 от 30.09.2005 г.) в 2006 г. на безвозмездной основе организовано обучение специалистов станций и отделений скорой медицинской помощи муниципальных учреждений здравоохранения Ивановской области.

Подготовка проводилась по 26-часовой программе, разработанной сотрудниками Территориального центра медицины катастроф Ивановской облас-

ти, и согласованной в установленном порядке с Департаментом образования и Департаментом здравоохранения Ивановской области. Теоретические занятия сопровождались обязательным просмотром учебных видеофильмов. Основной акцент делался на отработке умений и навыков на манекенах и учебном компьютерном комплексе-тренажере. Продолжительность практических занятий составляла более 50% от общего объема учебной программы. Обучение завершалось сдачей зачета, во время которого, помимо теоретических знаний, в обязательном порядке контролировались практические навыки обучаемых. Особое внимание при этом обращалось на выполнение приемов обеспечения проходимости верхних дыхательных путей, остановки наружного кровотечения, транспортной иммобилизации пораженных, а так же на проведение комплекса мероприятий сердечно-легочной реанимации. Всего в 2006 г. на базе Территориального центра медицины катастроф Ивановской области обучение прошло 983 врачей и средних медицинских работников скорой медицинской помощи муниципальных учреждений здравоохранения Ивановской области. Всем обучаемым было выдано свидетельство установленного образца.

Для поддержания практических умений и навыков проведения сердечно-легочной реанимации необходимо систематически проводить обучающие тренинги с использованием компьютерных комплексов-тренажеров. Организация обучения врачей и средних медицинских работников скорой медицинской помощи муниципальных учреждений здравоохранения возможна на базе Территориальных центров медицины катастроф, имеющих соответствующие лицензии на право осуществления образовательной деятельности.

РОЛЬ ОБРАЗОВАНИЯ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ОБЕСПЕЧЕНИИ ДОСТУПНОСТИ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ НАСЕЛЕНИЮ

Баклушина Е.К., Ермошина Т.В.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Департамент здравоохранения Ивановской области

Медицинские учреждения, оказывающие первичную медицинскую помощь, непосредственно контактируют с пациентами, и от их осведомленности в вопросах организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) зависит срок установления необходимости ее оказания конкретному пациенту и время поступления его медицинских документов в органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации для проведения отбора и направления больных в медицинские учреждения.

ВМП за счет средств федерального бюджета в 2007 г. оказывается по 20 профилям, 237 видам в 146 медицинских организациях, в том числе в 93 федеральных и в 53 медицинских учреждениях, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации и муниципальных образований. Ежегодно изменяется перечень видов ВМП и медицинских организаций, в которых она оказывается.

Необходимый перечень знаний врачей по вопросам организации и оказания ВМП:

- нормативно-правовая база предоставления ВМП;
- условия предоставления ВМП;
- финансово-экономические основы и способы оплаты ВМП;
- перечень учреждений, в которых оказывается ВМП;
- перечень видов ВМП;
- основания (критерии) направления пациентов на ВМП;
- организация отбора и направления пациентов на ВМП;
- порядок действий при направлении пациентов на ВМП.

Вопрос образования врачей по вопросам оказания ВМП также актуален при проведении дополнительной диспансеризации граждан для внесения

пациентов в V группу — граждане с впервые выявленными заболеваниями или наблюдающиеся по хроническому заболеванию и имеющие показания для ВМП.

Анализ Государственных образовательных стандартов додипломного, послевузовского и дополнительного этапов образования медицинских работников и учебных программ по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» выявил отсутствие в них вопросов организации ВМП, в связи с чем предлагается:

1. Включение в Государственные образовательные стандарты по общественному здоровью и здравоохранению вопросов организации оказания ВМП.
2. Включение в Государственные образовательные стандарты по клиническим дисциплинам вопросов организации оказания ВМП.
3. Разработка Государственного образовательного стандарта цикла тематического усовершенствования для организаторов здравоохранения по вопросам оказания ВМП.
4. Включение в циклы сертификационного усовершенствования и тематического усовершенствования по организации здравоохранения в рамках национально-регионального компонента (10—15%) вопросов оказания ВМП в соответствии с потребностью региона.
5. В рамках реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения издать методические рекомендации для врачей по вопросам организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с обязательным указанием перечня видов по профилям высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой за счет средств федерального бюджета и переиздание рекомендаций по мере изменения вышеназванного перечня.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПОДГОТОВКИ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПЕЦИАЛИСТА В ОБЛАСТИ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Бреусов А.В., Калмыкова И.В.

ГОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», г. Москва

В настоящее время одним из важнейших направлений реформирования здравоохранения является формирование новой системы управления здраво-

охранением. Переход от командной экономики к рыночной, децентрализация государственного управления с повышением властных полномочий

субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления привели к разрушению вертикали управления единой системы здравоохранения страны и созданию государственного, муниципального и частного секторов. Все это, в условиях формирования рынка медицинских товаров и услуг, многообразия форм собственности, многоканального финансирования, потребовало разработки и внедрения новых подходов в управлении отраслью.

В последние годы в лексиконе и профессиональной деятельности специалистов в области общественного здоровья и здравоохранения появился термин «менеджмент». Применительно к нашей дисциплине «менеджмент» можно определить как вид деятельности по эффективному использованию материально-технических, финансовых, кадровых и других ресурсов здравоохранения в решении поставленных задач.

В отличие от понятия «управление», «менеджмент» — более узкое понятие, которое включает в себя совокупность организационно-правовых, экономических и других механизмов решения проблем на основе разработанной теории управления. Поэтому, не спеша отказываться от привычного «руководитель» в угоду американизированному «менеджер», в то же время не противопоставляя эти понятия друг другу, мы на лекциях и практических занятиях стараемся термин «менеджмент» рассматривать и использовать как комплексную технологию современного управления организациями здравоохранения (независимо от форм собственности) и работающим в них персоналом.

Что же касается термина «управление», то мы рекомендуем использовать его применительно к системам здравоохранения в целом на федеральном, региональном и муниципальном уровнях.

Обобщая многолетний опыт работы кафедры общественного здоровья, здравоохранения и гигиены РУДН по преподаванию менеджмента и маркетинга в здравоохранении, анализируя потребности лечебно-профилактических учреждений и органов управления в квалифицированных менеджерах, основными задачами при подготовке специалистов в области управления здравоохранением, на наш взгляд, являются:

- пропагандирование задач и принципов общественного здоровья и здравоохранения («Здоровье для всех в 21 веке»);

- налаживание партнерства с представителями различных секторов, неправительственных организаций и частных структур;
- тесная работа с населением;
- мобилизация ресурсов, направленных на укрепление здоровья и обеспечение строгой подотчетности их использования;
- согласование политических приоритетов, распределение обязанностей и ресурсов;
- совершенствование специальных знаний, профессиональных умений и навыков.

Приоритетными направлениями деятельности менеджеров в здравоохранении на современном этапе можно считать:

- борьбу со стрессом;
- анализ состояния здоровья населения;
- анализ деятельности органов управления здравоохранением и организаций здравоохранения;
- планирование деятельности органов управления здравоохранением и организаций здравоохранения;
- проведение маркетинговых исследований на рынке медицинских услуг;
- организация работы организаций здравоохранения, их структурных подразделений, совершенствование работы с кадрами;
- внедрение рациональной организации труда в работу учреждений здравоохранения;
- проведение и разработку планов внедрения научно-практических исследований по проблемам общественного здоровья, организации, управления и экономики здравоохранения;
- осуществление педагогической деятельности, самостоятельной работы с учебной, научной, нормативной и справочной литературой.

Таким образом, девизом подготовки квалифицированного специалиста — руководителя здравоохранения можно считать фразу одного из основоположников научного менеджмента Ф. Тейлора: «Смотреть вперед, прислушиваться к тем, кто рядом и концентрировать усилия на людях».

ПРОБЛЕМЫ ИЗУЧЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ГОСУДАРСТВЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Дехнич С.Н.

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия Росздрава»

На всем протяжении развития человеческого общества всегда представляла интерес весьма серьезная и проблематичная задача описания здоровья популяции. С конца XIX в. ей уделяется постоянное внимание в большинстве стран. Но до на-

стоящего времени не существует единого общепризнанного международного показателя (индикатора) оценки здоровья популяции. Поэтому перед мировым сообществом поставлены задачи — *доступность* данных о состоянии здоровья, *раз-*

работка и использование единых индикаторов здоровья, сопоставимость статистических показателей здоровья населения различных стран.

На международном, в том числе европейском уровне, предпринималось и продолжает предприниматься множество исследований, посвященных индикаторам здоровья. Эти работы варьируют от локальных научных проектов по сбору информации о конкретных нарушениях здоровья до проведения мониторинговых исследований. Индикаторы здоровья, представленные в докладах, статьях и статистических сборниках о состоянии общественного здоровья, обычно включают традиционные социально-демографические показатели, частоту возникновения, распространенности заболеваний и ограничений жизнедеятельности (инвалидности), данные обращаемости за медицинской помощью и об образе жизни. Менее распространено включение субъективной оценки благополучия, социальной поддержки, хотя в них содержится чрезвычайно важная информация о связанном со здоровьем качестве жизни, стрессах, производственных и жизненных событиях.

Происходящие в России преобразования не могут быть осуществлены без соответствующих кадровых ресурсов. Поэтому, наряду с популяционными, важное значение имеют исследования здоровья отдельных социально-профессиональных групп населения. В первую очередь такие исследования должны проводиться среди медицинских работников, в том числе государственных учреждений здравоохранения. Бесспорно, здоровье населения страны находится в первостепенной зависимости от государственной политики в области здравоохранения. При оказании же медицинской помощи конкретному пациенту большое значение имеет не только квалификация врача, но и отсутствие у этого врача хронической усталости, наличие желания продолжать работать по своей специальности, уверенность в социальной защищенности и ряд других социально-психологических характеристик.

Целью проводимого исследования является комплексная оценка состояния здоровья медицинских работников, работающих в государственных ЛПУ Смоленской области. При сборе информации для расчета традиционных показателей выявлены серьезные затруднения. Следует отметить, что подобные проблемы характерны для всех регионов страны.

Во-первых, при изучении здоровья всех медицинских работников (работающих и завершивших свою профессиональную деятельность) возникают трудности при определении численности медицинских работников-пенсионеров. А при отсутствии информации о численном составе невозможно рассчитать показатели заболеваемости, инвалидности и смертности. Не смотря на интенсивную компьютеризацию в стране, до настоящего времени не осуществляется учет количества медицинских работников пенсионного возраста ни системой здравоохранения, ни профсоюзными организациями, ни пенсионным фондом.

Во-вторых, существующая государственная система регистрации массовых общественных явлений (заболевания, смерть, инвалидность, обращения за медицинской помощью) с использованием унифицированных первичных статистических медицинских документов *не включает* такие важные признаки как профессию и место работы лиц пенсионного возраста. К числу таких документов относятся: «Медицинское свидетельство о смерти» (ф.106/у), «Медицинская карта стационарного больного» (ф. 003/у), «Медицинская карта амбулаторного больного» (ф. 025/у).

В-третьих, совершенствование конфиденциальности при регистрации случаев временной нетрудоспособности сделало невозможным изучение заболеваемости с ВУТ с помощью такого, ранее используемого, документа как «Листок нетрудоспособности». И в настоящее время наиболее достоверными источниками информации о состоянии временной нетрудоспособности, заболеваемости, инвалидности и смертности работающих медицинских кадров (пенсионеров-медиков — в меньшей мере) стали медицинские карты стационарных и поликлинических учреждений, хранящиеся в регистратурах и архивах ЛПУ.

В-четвертых, процесс компьютеризации практически не затронул архивы и регистратуры больничества медицинских учреждений. Работа в них по сбору данных представляет рутинный труд с большими затратами времени.

В-пятых, значительная часть медицинских работников, особенно врачей, обращаются за официальной медицинской помощью только при экстренной и неотложной патологии. В случае хронической патологии предпочитают неофициальные обращения к коллегам в государственных ЛПУ или в коммерческие организации, гарантирующие конфиденциальность лечения. Одной из причин низкой официальной обращаемости за медицинской помощью является несовершенство хранения документации, отсутствие гарантии сохранения в тайне факта обращения в государственное медицинское учреждение.

Использование методов *периодических профилактических осмотров* и *опросов* медицинских работников (с включением в анкету вопросов о качестве жизни и наличии заболеваний) позволит устранить недостатки, характерные для получения информации о здоровье на основании метода *обращаемости* за медицинской помощью. Кроме того, необходимо проводить *специальные* мониторинговые исследования здоровья медицинских работников. Результаты таких исследований могут использоваться как для описания состояния здоровья медицинских работников, так и для оценки мероприятий в системе здравоохранения. Тем самым вносится вклад в принятие решений в области общественного здравоохранения на муниципальном, региональном, государственном и даже международном уровнях.

РОЛЬ ШКОЛЬНОЙ МЕДСЕСТРЫ В ПРОВЕДЕНИИ МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА СОХРАНЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПЕРВОКЛАССНИКОВ

Качанова Л.А., Ласкарева Л.Н., Ершова О.В.

МУЗ «Детская клиническая больница №5», г. Иваново

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

За последнее десятилетие произошло значительное ухудшение состояния здоровья учащихся образовательных учреждений. Среди них отмечается выраженный рост распространенности функциональных отклонений, хронических заболеваний, нарушения физического развития и снижение функциональных возможностей. Показатели состояния здоровья учащихся ухудшаются в процессе обучения в школе от младших классов к старшим. В настоящее время менее 5% детей младшего школьного возраста могут считаться абсолютно здоровыми. К старшим классам их численность уменьшается до 3%. В последнее время увеличивается количество детей, которые уже в начальной школе не справляются с учебной программой. Они требуют к себе особого внимания со стороны педагога и психолога, т.к. хроническое отставание в начальной школе отрицательно сказывается на дальнейшем интеллектуальном и личностном развитии учащихся.

Нормальные рост и развитие ребенка в школьном возрасте во многом определяются факторами внешней среды. Комплексное воздействие неблагоприятных факторов учебного процесса приводит к ухудшению резервных возможностей нервной, эндокринной, иммунной и других систем растущего организма, имеющих особую значимость в периоде адаптации к новым микросоциальным условиям. Высокое функциональное напряжение, которое испытывает организм первоклассника, определяется тем, что интеллектуальные и эмоциональные нагрузки сопровождаются длительным статическим напряжением, связанным с сохранением определенной позы при работе в классе. Причем статическая нагрузка для детей 6—7 лет наиболее утомительна, так как при удержании определенной позы, например, при письме, необходимо длительное напряжение спинных мышц, недостаточно развитых у детей этого возраста. Сам процесс письма (особенно безотрывного) сопровождается длительным статическим напряжением мышц руки (сгибателей и разгибателей пальцев).

Поэтому в процессе обучения ребенка в школе можно выделить два физиологически наиболее уязвимых (критических) периода — начало обучения (1 класс) и период полового созревания (11—15 лет, 5—7 класс).

В связи с этим контроль над состоянием здоровья первоклассников и мероприятия, направленные на его укрепление, являются одним из значимых разделов профилактической и оздоровительной работы среднего медицинского персонала школы.

Поэтому целью нашей работы было изучение вопросов качества профилактической работы

школьной медсестры, направленной на сохранение здоровья первоклассников.

Для получения необходимых результатов и реализации поставленных перед нами задач мы провели социально-гигиеническое обследование семей 91 первоклассника. Обследование проводилось на базе общеобразовательной школы № 64 г. Иванова.

В результате анкетирования родителей по вопросам, касающимся здоровья детей, меньше половины опрошенных (41,3%) считают своего ребенка здоровым, 1/3 обследованных детей состоит на диспансерном учете с различной хронической патологией, 2/3 родителей не удовлетворены информацией, полученной в медицинском кабинете школы о состоянии здоровья своего ребенка, 94,5% детей посещают школу при наличии остаточных явлений ОРВИ и не проводят своему ребенку мероприятий по профилактике простудных заболеваний, у 1/4 первоклассников уже имеются разные варианты нарушения осанки и патологии зрения, но из них только 6,6% родителей пытались улучшить осанку и зрение своему ребенку, никто из опрошенных родителей не знает о соответствии высоты школьной мебели в классе росту ребенка. При вызове на профосмотр только 20,9% родителей обратились с детьми в детскую поликлинику по поводу вновь выявленных отклонений в течение первого месяца, после проведенного в школе профилактического осмотра. Спустя полгода этот показатель увеличился до 56%. К концу года треть школьников (28,6%) осталась с неуточненными диагнозами или недообследованными.

Оценка физической активности первоклассников указывает на неблагоприятные тенденции образа жизни и низкую двигательную активность, на наличие высокой внеучебной нагрузки у детей независимо от состояния здоровья. В режиме дня у большинства из них отмечались отсутствие утренней зарядки, недостаточная продолжительность ночного сна и прогулок, значительное превышение времени просмотра телепередач и приготовления уроков по сравнению с возрастными нормативами, часто наблюдается дополнительная нагрузка статического характера: музыкальная школа, изостудия, шахматы.

Удовлетворенность работой медицинского персонала школы, в которой обучается ребенок, высказали чуть меньше половины опрошенных (46,2%). Среди основных причин неудовлетворенности в целом были указаны невнимательность медицинской сестры, недостаточное материально-техническое оснащение медицинского кабинета школы, недостаточность профессиональных знаний медицинских работников.

По мнению родителей, существенную роль в деятельности медсестер играет внешний вид и культура общения. Наибольшее число респондентов оценили внешний вид школьной медицинской сестры как аккуратный и подтянутый (86,8%), 13,2% отметили, что медицинской сестре необходимо поработать над улучшением внешнего вида.

Работа школьной медицинской сестры имеет свою специфику, которая заключается в том, что большая часть ее времени уделяется проведению профилактических мероприятий. Работая в условиях общеобразовательной школы, медсестра имеет возможность обучать детей и их родителей простым, доступным методам восстановления здоровья, предупреждения заболеваний, приемам массажа, закаливающим процедурам и прочим манипуляциям. Но никто из опрошенных родителей не дал положительного ответа на вопрос о полноте рекомендаций по организации режима дня и питания первоклассников, профилактике нарушения зрения и осанки. Две трети родителей дали положительный ответ на вопрос, касающийся своевременности информирования о предстоящих профи-

лактических осмотрах, но только 15,4% из них довольны полнотой информации о результатах данных осмотров.

Результаты обследования свидетельствуют об ухудшении состояния здоровья первоклассников к концу учебного года, проявляющиеся увеличением количества детей с патологией зрения, нарушением осанки, снижением массы тела, стойкими проявлениями пограничных нервно-психических расстройств, повышенной заболеваемостью острыми респираторно-вирусными инфекциями.

Средний медперсонал школы не обладает достаточными знаниями и навыками по организации работы с родителями в условиях детского общеобразовательного учреждения, что является причиной отсутствия знаний о способах сохранения и укрепления здоровья, низкий уровень сформированности мотивации здоровьесберегающего поведения у школьников, а также пассивности медработников, педагогов и родителей в вопросах сохранения и укрепления здоровья детей и собственного здоровья.

РОЛЬ СОЦИАЛЬНОГО ПЕДАГОГА В МЕЖВЕДОМСТВЕННОМ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

Коньшина Р.И., Варешина В.Б., Русова Т.В., Жданова Л.А., Батанова Е.В., Молькова Л.К.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрова»
МУЗ «Многопрофильная клиника ИвГМА», г. Иваново

В настоящее время отмечается неуклонный рост соматической патологии у детей и подростков. В то же время более половины детей нашей страны, начиная уже с дошкольного возраста, имеют различные пограничные нервно-психические расстройства, признаки социальной и психологической дезадаптации. Необходим комплексный подход к оценке состояния здоровья ребенка с целью выявления возможных неблагоприятных социальных и психогенных факторов, пограничных нервно-психических или психосоматических расстройств, что диктует необходимость создания интегрированной системы медико-психолого-педагогического сопровождения детей в учреждениях здравоохранения и образования с участием специалистов разного профиля — педиатра, невролога, психотерапевта, психолога, педагога. В этой связи представляется важным роль социального педагога в работе с детьми групп риска, их семьями, специалистами образовательных учреждений (ОУ).

Примером межведомственной интеграции в области охраны здоровья детей является взаимодействие специалистов образовательных учреждений, родителей ребенка и отделения медико-социальной помощи (ОМСП) детям в структуре поликлиники, регламентируемое приказом МЗ РФ № 154 от 1999 г., функционирующее на базе клиники ГОУ ВПО ИвГМА, в штате которого с февраля 2007 г. работает социальный педагог.

Ниже представлены основные разделы его работы.

1. Осуществление комплекса мероприятий по социальной защите личности.
2. Изучение психолого-медико-педагогических особенностей личности детей.
3. Выявление интересов и потребностей, трудностей и проблем, конфликтных ситуаций, отклонений в поведении.
4. Посредничество между личностью ребенка и семьей.
5. Определение задач, форм, методов социально-педагогической работы, способов решения личностных и социальных проблем, социальной помощи.
6. Способствование установлению гуманных, нравственно здоровых отношений в социальной среде.
7. Участие в медико-психологическом консилиуме.
8. Взаимодействие социального педагога с психологом, педиатром, неврологом по выявлению детей групп риска (с психическими отклонениями, девиантным поведением, отсутствием интереса к учебе и др.).
9. Педагогическая консультация родителей по воспитанию детей.
10. Патронаж семей из групп риска.

11. Помощь учителям, воспитателям ОУ в работе с детьми из групп риска.

В ОМСП на обследование, лечение и реабилитацию поступают дети от 3 до 18 лет по направлению от участкового педиатра или врача ОУ с указанием цели обращения.

Первичный прием ребенка в ОМСП осуществляется врачом-педиатром, который намечает предварительный план обследования и дальнейший маршрут ребенка в отделении. Психолог отделения анализирует психологические факторы риска, осуществляет первичную и/или углубленную психодиагностику, проводит психологическое консультирование детей и членов их семей, выявляет; совместно с социальным педагогом намечает план коррекционно-развивающей работы. При необходимости врач запрашивает недостающую информацию о ребенке, обращаясь к врачам-специалистам детской поликлиники, других учреждений системы здравоохранения, психологам и педагогам ОУ. Таким образом, вся медицинская, социальная и психолого-педагогическая информация о ребенке стекается к врачу-педиатру. Результаты обсуждаются на медико-психологическом консилиуме (МПК), где проводится комплексная оценка состояния здоровья ребенка, дается медико-психолого-педагогическое заключение, намечается план медико-психолого-педагогической, социальной реабилитации, которую ребенок будет проходить в ОМСП и/или в ОУ. При этом педиатром и врачами-специалистами назначается лечение по обычным традиционным схемам, психологи проводят индивидуальную, семейную и групповую оздоровительную и психокоррекционную работу с детьми и родителями. Задачами социального педагога является патронаж семей из групп риска, педагогическая консультация родителей по вопросам воспитания детей, воспитательная работа с детьми, их социальная защита. В отношении детей, получивших реабилитацию в условиях ОМСП, повторно проводится МПК для оценки эффектив-

ности медицинской, психологической и социальной реабилитации и выработки рекомендаций по дальнейшему ведению ребенка участковым педиатром, врачом, психологом и педагогами ОУ. Результаты обследования и лечения ребенка в условиях отделения педиатр оформляет в виде выписки в детскую поликлинику.

Социальным педагогом проведена работа с 22 детьми из групп риска и их семьями. У всех детей, кроме соматических заболеваний, неврологической патологии, имелись психологические и социальные проблемы. Большинство детей из социально неблагополучных семей, относились к группе «трудных». Основная задача социального педагога в работе с этими детьми — воспитание, социальная защита личности. С каждым ребенком и его родителями проведена разъяснительная работа, даны конкретные рекомендации по воспитанию детей. Критерии эффективности проведенной работы: улучшение поведенческих функций, успеваемости детей, возвращение детей в семьи, налаживание внутрисемейных взаимоотношений, появление интереса к учебе.

Перспективными направлениями в работе социального педагога являются:

- организация лекториев для родителей детей, посещающих школу;
- совместно с психологами и логопедом — проведение индивидуальных коррекционных занятий с детьми дошкольного и школьного возраста, имеющими синдром дефицита внимания с гиперактивностью, задержку психического развития.

Таким образом, тесное взаимодействие медиков, психологов, социального педагога, специалистов ОУ, семьи, позволяет не только сохранить, но и улучшить показатели психического и соматического здоровья детей.

РОЛЬ ГЛАВНОЙ И СТАРШИХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В ПРОФИЛАКТИКЕ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Косульникова Ф.И., Смирнова Л.А., Гусев Н.В.
ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

Проблема внутрибольничных инфекций (ВБИ) в последние годы приобрела исключительно большое значение для всех стран мира. Характеризуя ВБИ, необходимо отметить, что данная категория инфекций имеет свои особенности эпидемиологии. Они выражаются в своеобразии механизмов и факторов передачи, особенностей течения эпидемиологического и инфекционного процесса, а также и в том, что в возникновении, поддержании и распространении очагов ВБИ важнейшую роль играет медицинский персонал ЛПУ. Профилактика ВБИ является одной из острейших проблем современной медицины и приобрела большую медицинскую и социальную значимость. На протяжении многих лет происходила недооценка работы по профилактике госпитальных инфекций. Это, в

свою очередь, явилось причиной уменьшения контроля за ВБИ со стороны сестринского звена.

Ивановская областная клиническая больница — крупное многопрофильное учреждение здравоохранения, в структуру которого входят 64 подразделения, из них 35 — лечебных на 1470 коек, 2 консультативные поликлиники (для взрослых и детей), 6 операционно-перевязочных блоков с 20 операционными и 19 перевязочными кабинетами, центр рентгенэндovasкулярных исследований, эндоскопическое отделение, отделение переливания крови, центр амбулаторного диализа и др.

Как показал наш многолетний опыт, важная роль в организации работы среднего и младшего медицинского персонала по профилактике ВБИ при-

надлежит главной и старшим медицинским сестрам больницы.

Профилактика ВБИ в больнице проводится по нескольким направлениям.

1. Обучение персонала.

В каждом отделении больницы по плану ежемесячно проводится техучеба со средним и младшим медицинским персоналом, где обязательно разбираются вопросы профилактики ВБИ, санитарно — противозидемического режима в отделении в обычном режиме и при регистрации инфекционного заболевания среди пациентов или медицинского персонала. Ежеквартально во всех лечебных отделениях, работа в которых связана с инвазивными методами исследования, проводится индивидуальный зачет по санэпидрежиму в виде тестирования. Каждое рабочее место медицинской сестры и санитарок обеспечено памятками, инструкциями, методическими рекомендациями по выполнению той или иной работы. Ежегодно методический материал обновляется согласно новым приказам и постановлениям МЗ РФ.

2. Оперативный контроль.

Эта работа включает в себя контроль над:

- правильностью обработки медицинского инструментария и предметов ухода;
- регулярностью проведения и посещения техучеб, их тематикой, проведение зачетов по соблюдению санэпидрежима, проведением занятий по охране труда;
- качеством проведения текущей и генеральной уборки, проведением бактериологического контроля за санитарно-показательной флорой, циркулирующей в отделении;
- санитарным состоянием отделений.

Здесь большую помощь главной медицинской сестре оказывает Совет сестер.

Постоянные обходы с плановой и выборочной проверкой работы среднего и младшего медицинского персонала в дневное, в вечернее и в ночное время, в том числе и в выходные дни, дают хороший результат. Проводится подробный анализ выявленных нарушений, вырабатывается план мероприятий по их устранению и предупреждению,

применяются меры административного воздействия.

3. Противозидемические мероприятия.

Цель противозидемических мероприятий — ликвидация путей передачи возбудителей ВБИ. Противозидемические мероприятия, проводимые в больнице, включают в себя:

- своевременное введение карантинных мероприятий;
- регулярное чередование дезинфектантов в отделениях больницы;
- профилактическое применение бактериофагов;
- стандартизация сестринских технологий;
- строгое соблюдение мер личной профилактики персонала.

Вся эта работа проводится с участием врача — эпидемиолога.

Регулярное чередование дезинфицирующих растворов дает прекрасные результаты. Смена дезинфектанта один раз в полгода в операционных, перевязочных, процедурных и манипуляционных кабинетах больницы позволило улучшить микробный пейзаж этих помещений.

4. Охрана здоровья медицинского персонала.

Проблема охраны здоровья персонала — «болезненная точка» современного здравоохранения. Наиболее часто встречающиеся у медицинского персонала профессиональные заболевания — это вирусные гепатиты В и С. Медицинские сестры в такой ситуации страдают первыми.

Правильная организация труда, своевременная помощь при профессиональном травматизме (укол, порез) при выполнении манипуляции, наличие в отделении необходимых медикаментов и перевязочного материала для оказания экстренной помощи, способствуют профилактике профессиональной заболеваемости персонала.

Необходимо отметить, что медицинским сестрам отводится основная, главенствующая роль — роль организатора, ответственного исполнителя и контролера в работе по профилактике ВБИ в ЛПУ.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КРИТЕРИЕВ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ И МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Куликов О.А.

ГОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия Росздрава»

Департамент здравоохранения и фармации администрации Ярославской области

Важнейшим фактором, определяющим понятия качества медицинской помощи, является наличие стандартов и критериев качества, как опорных точек и для повседневной деятельности медработников, и для проведения динамического анализа, текущей и долгосрочной коррекции их ра-

боты. Очень важным является наличие экономических рычагов для реализации концепций качества. Огромными шагами в направлении повышения качества работы врачей общей практики (ВОП) и медицинских сестер врачей общей практики (МС ВОП) стали осуществление им дополнительных

выплат, предусмотренная Методическими рекомендациями по оформлению в 2007 г. трудовых отношений работников первичного звена здравоохранения возможность приостановления стимулирующих выплат при ненадлежащем исполнении работником своих обязанностей, приказы Минздравсоцразвития № 325, 326 от 11.05.2007 г. «Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности врача общей практики (семейного врача)» и «медицинской сестры врача общей практики (семейного врача)». Данные документы впервые на федеральном уровне определили основные направления оценки деятельности указанных специалистов. Однако, возможно, к ряду положений этих документов, с целью их более эффективной реализации, требуются пояснения и дополнения.

Для ряда показателей не определены количественные значения, что затрудняет их использование в том виде, в котором они обозначены в приказе (например, «полнота охвата лечебно-профилактической помощью лиц, состоящих под диспансерным наблюдением»), или не дает возможности произвести сравнительную оценку деятельности ВОП («увеличение числа посещений прикрепленного населения лечебно-профилактического учреждения с профилактической целью»).

Показатели неравнозначны: степень зависимости их от деятельности врача общей практики варьирует в достаточно широких пределах от показателей, напрямую определяемых работой ВОП (например, «полнота охвата лечебно-профилактической помощью лиц, состоящих под диспансерным наблюдением»), до показателей, не только мало зависящих от усилий ВОП, но и находящихся на грани предела его обязанностей («врожденные аномалии развития, не выявленные во время беременности»). При этом зависимость различных показателей в различных территориях может зависеть в основном, не от качества деятельности ВОП, а от общего принципа организации медицинской помощи в территориях. Например, «снижение частоты вызовов скорой помощи» может зависеть не от качества работы ВОП, а от возможности (различной в разных территориях) оказания помощи в вечерние часы в поликлиниках.

Следует также учитывать, что согласно приказам Минздравсоцразвития РФ № 28, 224 не всем врачам общей практики делегируется обязанность оказания педиатрической и акушерско-гинекологической помощи.

Не определена периодичность исчисления и анализа данных показателей, а ведь помимо относительно «быстрых» показателей (например, «увеличение количества посещений») приведены и относительно «медленные», динамика которых, возможность их реализовать и вычислить (например, «стабилизации и снижения смертности при различных заболеваниях») требуют больших временных промежутков (6 мес., год).

Не фигурирует ряд показателей, определяющих существенную часть работы как муниципальных лечебных учреждений (снижение количества дней

временной нетрудоспособности, первичный выход на инвалидность лиц трудоспособного возраста, число случаев смерти от хронических заболеваний лиц трудоспособного возраста из числа населения участка, отсутствие нарушений трудовой дисциплины, выполнение функции врачебной должности и муниципального заказа, отсутствие обоснованных жалоб от населения), и собственно врача общей практики (выполнение нелекарственных медицинских услуг в объеме первой врачебной помощи, организация и проведение школ здоровья, количество расхождений диагноза ВОП и стационара, увеличение количества пациентов, направленных на высокотехнологичные методы лечения), так и ключевые точки работы с определенными контингентами больных (полнота охвата диспансерным наблюдением лиц, страдающих бронхиальной астмой, гипертонической болезнью, инсулиннезависимым сахарным диабетом, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки; количество обострений этих заболеваний).

Критерии оценки деятельности медсестры ВОП желательно дополнить следующими ключевыми показателями: качество подготовки рабочего места ВОП, медицинской документации, инструментария, качество предстерилизационной подготовки инструментария, качество участия в оформлении медицинской документации, выполнение и участие в выполнении дополнительных медицинских услуг в объеме квалификации МС ВОП.

Значительное количество указанных в приказах показателей не привязано к стимулирующей надбавке и возможности ее приостановки, не ясен механизм стимуляции улучшения этих показателей в условиях частичного фондодержания как перспективы финансирования общих врачебных практик.

Следует, однако, отметить, что руководителям лечебных учреждений предоставлено право выбора конкретных критериев оценки деятельности ВОП и МС ВОП

Предложения:

1. Необходима разработка и публикация методических рекомендаций по реализации обсуждаемых приказов с определением примерных количественных значений показателей, их примерного ранжирования, определения примерной периодичности их исчисления, возможности дополнения показателей.
2. Требуется обсуждения возможность исключения или значительного снижения ранговой значимости показателей, не всегда определяемых основными обязанностями ВОП.
3. При разработке следующих «Методических рекомендаций по оформлению трудовых отношений» с работниками первичного звена здравоохранения необходимо предусмотреть возможность привязки выплат стимулирующего характера к соответствию деятельности ВОП и МС ВОП критериям качества.

О РИСКАХ И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКИ

Кучеренко В.З.

ГОУ ВПО «Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова Росздрава»

Конечной целью модернизации отечественного здравоохранения на современном этапе является повышение доступности и качества медицинской помощи, основанных на безопасности медицинской практики с приоритетом развития первичной медико-санитарной помощи.

Влияние на медицинскую практику и здоровье пациентов случайных событий (рисков), в том числе от деятельности медицинских работников, наносящих физический, моральный и экономический ущерб, исследует новое для системы охраны и восстановления здоровья населения научно-практическое направление — риск-менеджмент в здравоохранении.

Риску как отдельному событию присуще два наиболее важных с точки зрения риск-менеджмента свойства — вероятность и ущерб, в медицине — различной степени осложнения, вплоть до летального исхода.

Риск-менеджмент в здравоохранении (медицинский риск-менеджмент) имеет своей целью уменьшить или предотвратить возможность возникновения ятрогенных (неблагоприятных) событий, т.е. зависящих от действий медицинских работников: ошибок, дефектов, осложнений лечебно-диагностического процесса.

Основой управления рисками в медицине является повышение качества лечебно-диагностической помощи и тем самым обеспечение медицинской безопасности пациенту.

Главными инструментами риск-менеджмента в здравоохранении являются: модули структурных стандартов качества медицинской помощи, протоколы ведения больных, модели конечных результатов.

Одним из важнейших критериев повышения качества медицинской помощи является профилактика и снижение степени воздействия объективно существующих медицинских рисков, риска прогрессирования существующего заболевания, риска развития осложнений вследствие врачебных ошибок в повседневной практике ПМСП: диагностике, медикаментозном лечении, в профилактической работе, например, осложнений при вакцинации, риска нарушения деонтологических принципов и психогенных основ врачебной этики и др.

Особую значимость в медицинском риск-менеджменте имеет группа «профессиональных рисков», в первую очередь, в предупреждении и сокращении медицинских дефектов и врачебных ошибок. Представляется возможным выделить следующие профессиональные риски в медицине: диагностические, лечебные, медикаментозные (фармакотерапевтические), профилактические, инфекционные, психогенные (психоэмоциональные) и другие.

По данным специальных исследований в РФ выявлено, что врачебные ошибки в 80—85% случаев являются причинами осложнений заболеваний, зачастую приводящих к тяжелому клиническому, а иногда и летальному исходу.

Диагностические и лечебные риски включают весьма широкий перечень возможных осложнений при большой группе медицинских вмешательств. Наиболее актуальными из них являются риски: хирургические, анестезиологические, фармакотерапевтические (медикаментозные), риски связанные с переливанием крови, прививками и др.

Особую тревогу во всем мире вызывают медикаментозные (фармакотерапевтические) риски. Только в США ежегодно имеют место нежелательные (отрицательные) лекарственные реакции у 2 млн. человек, а у 100 тысяч — летальные исходы.

По данным ВОЗ: современные лекарственные средства неэффективны при лечении: депрессии в 40%; артрозов в 50%; мигрени в 60%, язвенной болезни — в 70%, бронхиальной астмы — 75%, сахарного диабета — 75%, артериальной гипертензии — 75% и т.д.

Основными причинами лекарственной опасности в России являются агрессивная реклама новых лекарственных средств, выпущенных без доказательной базы; «особые отношения» фармацевтических фирм с лечащими врачами по продвижению фирменных препаратов и др.

Врачебные ошибки существуют столько, сколько существует сама профессия врача. Наиболее частой причиной развития побочных эффектов являются лекарственные взаимодействия и неадекватное дозирование лекарственных препаратов.

Успех управления профессиональными (медицинскими) рисками в значительной степени обусловлен эффективностью клинического менеджмента, предполагающего оптимальную организацию лечебно-диагностического процесса, адекватное затратам финансирования, высокий уровень квалификации медицинских работников.

К рискам, связанным с организацией и управлением, относятся: отсутствие системы базовой подготовки специалистов в области управления здравоохранением, порочная практика их назначения на должности; низкая компетентность руководителей отрасли в области менеджмента, экономики и законодательства в здравоохранении; отсутствие системы подготовки резерва руководящих кадров; низкий уровень планирования и отсутствие в регионах как общей стратегии, так и конкретных направлений по актуальным проблемам развития здравоохранения; низкий профессиональный уровень определенной части медицинского персонала; развитие теневой экономики в здравоохране-

нии и отрицательное ее влияние на отношения к пациентам и, в конечном счете, на качество медицинской помощи; а также проблемы общей культуры персонала и несоблюдения элементарных этических принципов медицинскими работниками; пренебрежение деятельностью по охране труда и технике безопасности и др.

Проходившая весной 2002 г. в Монреале конференция ВОЗ по борьбе с вредоносными факторами и предотвращению нанесения вреда приняла декларацию, провозглашавшую право человека на безопасность, в том числе — право на медицинскую безопасность.

На 55-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (ВАЗ) в мае 2002 г. обсуждалась проблема обеспечения безопасности пациентов как важного аспекта медико-санитарной помощи. В Резолюции WHA-55/18 Всемирная ассамблея здравоохранения обратилась к государствам — членам организации с призывом уделять проблеме безопасности пациентов как можно больше внимания, создавать и укреплять системы повышения безопасности пациентов и улучшения качества медико-санитарной помощи.

В мае 2004 г. 57-я сессия ВАЗ отметила значительный прогресс в деле реализации Резолюции WHA-55/18 и приняла решение об образовании Международного Альянса по улучшению ситуации в области безопасности пациентов, в состав которого вошла и Россия, для которой проблема обеспечения безопасности пациентов более чем актуальна. В декабре 2005 г. в Москве ВОЗ и

Минздравсоцразвития РФ провели День Альянса за безопасность пациентов, что дало возможность руководителям отрасли здравоохранения России и странам-участницам Европейского регионального бюро ВОЗ проанализировать отечественную проблему безопасности в здравоохранении и обсудить пути ее решения на глобальном, федеральном и региональном уровнях.

При этом в России наконец, как и в других цивилизованных странах, наступает время моральной и правовой ответственности медицины перед обществом и перед каждым пострадавшим пациентом.

Ошибки врачей обходятся пациентам дорого, но в России за них никто не платит. Даже если пациент выигрывает суд, у государственного учреждения нет средств на выплату ущерба, т.к. это вообще не предусмотрено в сметах расходов. Подобные суды в России крайне редки. За границей же врачи судятся постоянно, а издержки помогают им возместить страховые компании. Для исправления ситуации остро стоит вопрос о необходимости принятия Федерального закона об обязательном страховании врачебной ответственности.

Итак, решение проблем безопасной медицинской практики как важнейшего критерия качества медицинской помощи на этапе возвращения внимания и заботы государства к общественному здоровью через Национальные проекты порождает надежду, что российское здравоохранение может достигнуть показателей общественного здоровья развитых стран мира.

УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ ВРАЧЕЙ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА ПО ВОПРОСАМ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА

Муромкина А.В.

ГУЗ «Кардиологический диспансер», г. Иваново

К факторам, которые, по общему мнению, определяют эффективность лечения больных, относится уровень профессиональных знаний врачей. С целью изучения уровня подготовки врачей амбулаторного звена по вопросам аритмологии была разработана анкета, содержащая вопросы и ситуационные задачи по тактике ведения больных с нарушениями ритма сердца. Было проведено анкетирование 50 терапевтов городских поликлиник со стажем работы от 8 до 24 лет.

Состояниями, требующими экстренной помощи, 46% врачей считают желудочковую экстрасистолию и 36% — синусовую тахикардию, в то время как в данных ситуациях требуется плановое обследование больных для уточнения причин нарушения ритма и их возможного устранения, а собственно антиаритмической терапии чаще всего не требуется. Для лечения предсердной экстрасистолии 10% врачей назначают верапамил, 22% — панангин и еще 10% врачей предлагают госпитализировать больного в стационар, в то время как нечастая предсердная экстрасистолия не требует назначения антиаритмической терапии. Неоправданно агрессивная тактика отмечена при ведении пациентов с атриовентрикулярной блокадой 1 сте-

пени, при которой 6% врачей предлагают назначение атропина, 18% — панангина и еще 4% — бета-блокаторов, хотя данное нарушение проводимости надо лишь учитывать при назначении других групп препаратов.

Недостаточный уровень знаний врачей амбулаторного звена выявлен по вопросам ведения больных с фибрилляцией предсердий — одного из наиболее распространенных нарушений ритма, являющегося причиной 1/3 вызовов скорой помощи по поводу аритмий.

Наблюдение больных с постоянной формой фибрилляции предсердий считают функцией участкового терапевта 60% врачей, в то время как остальные опрошенные считают это задачей кардиолога (26%) или аритмолога (14%).

При принятии решения о купировании пароксизма фибрилляции предсердий зачастую игнорируется наличие абсолютных и относительных противопоказаний к восстановлению ритма (кардиомиопатия, сердечная недостаточность 2Б—3 стадии, частые повторные «срывы» ритма на фоне лечения), когда показан перевод аритмии в постоянную форму путем назначения сердечных гликозидов с целью

контроля частоты сердечных сокращений. В качестве средства для восстановления синусового ритма 6% опрошенных предлагают использовать панангин, назначение которого не является обоснованным.

При выборе метода лечения не всегда учитывается длительность аритмии. При пароксизме фибрилляции предсердий длительностью более 2 суток 22% врачей назначают антиаритмический препарат (новокаинамид или кордарон) без антикоагулянтной терапии.

Распространенной ошибкой является отсутствие поддерживающей антиаритмической терапии после купирования пароксизма фибрилляции предсердий, что приводит к частым повторным «срывам» ритма и частой повторной обращаемости к врачу поликлиники или вызовам бригады скорой помощи.

К препаратам, используемым для поддержания синусового ритма после кардиоверсии, 10% врачей ошибочно относят панангин. 36% врачей предлагают назначение — бета-блокаторов, 74% — кордарона, а о возможности применения соталола знают лишь 24% опрошенных.

Ошибочным и опасным является назначение антиаритмических препаратов при пароксизмальных нарушениях ритма на фоне алкогольной интоксикации (что считают возможным 14% опрошенных). В данной ситуации лечение следует начинать с дезинтоксикационной терапии с использованием препаратов калия, магния, витаминов, при тахистололии возможно назначение бета-блокаторов.

Недооценивается необходимость назначения не-прямых антикоагулянтов больным с фибрилляцией предсердий, имеющим высокий риск тромбоэмболических осложнений, а также при подготовке к плановой кардиоверсии (знают об этом не более половины врачей). 10% считают возможным назначение гепарина, 14% — аспирина и 28% — любого препарата из предложенных (варфарин, аспирин, гепарин).

Нарушения ритма, которые сложно трактовать однозначно, в отсутствие выраженных нарушений гемодинамики не требуют экстренного введения антиаритмических препаратов. В этой ситуации необходима госпитализация больного в специализированный стационар для верификации вида тахикардии (в том числе путем регистрации пищеводного отведения ЭКГ), в то время как 32% опрошенных назначают лечение (лидокаин, изоптин, дигоксин) без верификации вида аритмии.

МЕДИЦИНСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ КАК СИСТЕМА: ПРОБЛЕМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ СТАБИЛЬНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В УСЛОВИЯХ ТУРБУЛЕНТНОЙ СРЕДЫ

Мушников Д.Л.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

В трудах зарубежных и отечественных ученых по менеджменту убедительно доказывается, что изменения внешней среды, обуславливающие жизнедеятельность организаций, все больше приобретает турбулентный характер, что в условиях нашей страны проявляется в перманентных социально-экономических и политических реформах, изменении правового поля, бурном развитии медицинских и информационных технологий.

В этих условиях растет необходимость пересмотра подходов к управлению медицинскими учреждениями на основе учета и анализа состояния всех переменных внутренней среды организации (цели, задачи, персонал, технологии, культура), позволяющих обеспечить ее адаптацию к изменяющейся внешней среде. Одним из важных факторов влияющих на эффективность работы медицинских учреждений, является организационная культура, которая обеспечивает в условиях нестабильности внешней среды сохранение базовых норм и принципов медицинской деятельности, этики отношений. Выше сказанное стало теоретической основой для проведения исследования, целью которого явилось: оценить роль организационной культуры медицинских учреждений в обеспечении устойчивости их развития в условиях турбулентной внешней среды. Базой исследования явились многопрофильные объединенные больницы №3 и 4 г. Иванова.

Для оценки состояния организационной культуры медицинской организации, как части ее внутренней среды, использована авторская методика, которая предусматривает использование экспертного метода путем сочетания самооценки персоналом и оценки экспертами 251 характеристики, включенной в два блока вопросов тест-карты «Мнение персонала об организационной культуре ЛПУ и его оценка», а именно:

1. Оценка состояния организационной культуры учреждения, в котором работает опрошенный.
2. Оценка роли, места, перспектив развития взаимоотношения опрошенного с организационным коллективом с позиций развития организационной культуры данного ЛПУ.

Первый блок вопросов содержит 223 позиции, второй — 28. В соответствии с методикой оценивалось состояние 15 компонентов организационной культуры, а именно:

1. История организации.
2. Организационная идеология.
3. Историко-культурные традиции.
4. Организационные мифы и легенды.
5. Ритуалы и церемонии.
6. Организационная символика.
7. Язык организационного общения.

8. Культура внешних коммуникаций.
9. Культура внутренних коммуникаций.
10. Статусная дифференциация и технология управления организацией.
11. Организационное единство.
12. Поведение и взаимодействие в рамках организационной культуры.
13. Эстетический уровень изделий медицинского назначения.
14. Эстетический уровень зданий.
15. Культура сервиса.

Нормативы оценки каждого компонента представлены в модели (приложение к диссертации). Технология сбора информации предусматривала проведение его по типу «срезового» одномоментного тестирования медицинских работников всех уровней (руководители, врачи, средние медицинские работники со средним сестринским образованием, средние медицинские работники с высшим сестринским образованием). Объем выборки составил 196 чел. Проведен сравнительный анализ состояния организационной культуры данных учреждений с учетом показателей результативности работы, которая оценивалась по уровню выполнения плановых показателей деятельности.

Установлено, что имеются достоверные различия в реализации элементов организационной культуры 3-й и 4-й городских больниц по следующим элементам: организационная идеология (корпоративная миссия, ценности, принципы, философия, цели, задачи, программы, критерии достижения

целей и оценки результатов) — 136,2 балла, против 198,6 ($t = 5,2$); ритуалы и церемонии — 12,3 балла против 16,2 ($t = 2,2$); организационная символика — 22,3 балла против 26,4 ($t = 2,1$); культура внешних коммуникаций медицинской организации — 36,4 балла против 45,4 ($t = 3,5$); культура внутренних коммуникаций медицинской организации — 75,7 балла против 91,1 ($t = 3,8$); статусная дифференциация и технологии управления организацией — 82,6 балла против 123,5 ($t = 3,5$); организационное единство, интеграция, включение новых членов в организацию — 20,2 балла против 33,4 ($t = 3,7$); поведение и взаимодействие в рамках организационной культуры — 120,1 балла против 187,1 ($t = 3,5$); эстетический уровень изделий медицинского назначения, используемых в организации, — 7,4 балла против 11,9 ($t = 2,2$); эстетический уровень зданий и помещений организации — 14,5 балла против 38,9 ($t = 5,2$); культура сервиса — 28,5 балла против 58,8 ($t = 5,1$); интегральная оценка — 611 баллов против 903,5 ($t = 5,8$). Установлено, что выполнение планового задания по 3-й городской больнице на 5,6% ниже, чем по 4-й городской больнице, что в купе с оценкой организационной культуры свидетельствует о худшем состоянии адаптации 3-й городской больницы к изменившимся условиям внешней среды, чем 4-й городской больницы. Полученные данные свидетельствуют о необходимости учета фактора организационной культуры при оценке готовности учреждения здравоохранения к работе в новых социально-экономических условиях.

ПЕРЕПОДГОТОВКА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ МУНИЦИПАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ РЕАЛИЗАЦИИ СОВРЕМЕННЫХ ЗАДАЧ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

Мясоедова С.Е., Жук Е.А.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Одной из основных задач последипломного образования в современных условиях является переподготовка участковых врачей-терапевтов по основной специальности. Реорганизация системы современного здравоохранения и развитие первичной медицинской помощи на основе приоритетного национального проекта «Здоровье» требуют новых подходов к преподаванию терапии этим специалистам с учетом тех задач, которые в настоящее время стоят перед ними. Они отражены в основных документах, регламентирующих объем оказания амбулаторно-поликлинической помощи (Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации №487 от 29.07.2005 г. «Порядок организации оказания первичной медико-санитарной помощи»), дополнительный объем работы участкового врача-терапевта (Приказ № 816 от 30.12. 2005 г. «Об утверждении методических рекомендаций по оформлению в 2006 г. трудовых отношений между врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, меди-

цинскими сестрами участковыми врачей-педиатров участковых, медицинскими сестрами врачей общей практики и учреждениями здравоохранения муниципальных образований, оказывающими первичную медико-санитарную помощь (а при их отсутствии — соответствующими учреждениями здравоохранения субъекта Российской Федерации) и ее эффективность (Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 282 от 19. 04. 2007 г. «Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности врача-терапевта участкового»).

Подготовка врачей-терапевтов осуществлялась в соответствии с государственным стандартом послевузовской профессиональной подготовки специалистов с высшим медицинским образованием по специальности № 040122 «Терапия» (Москва, 2001) на циклах переподготовки (общего совершенствования) для врачей с базовыми специальностями высшего медицинского образования «Лечебное дело» и «Педиатрия», закончивших вуз до 2000 г. (3,5 мес.) и сертификационного (аттестационного) совершенствования (2 мес.). Кроме

того, повышение квалификации велось в рамках тематического усовершенствования (1 мес.) в соответствии с типовой программой дополнительного профессионального образования врачей-участковых терапевтов по направлению «Терапия» (Москва, 2005), а также тематического усовершенствования по основным разделам терапии — кардиологии, ревматологии, гастроэнтерологии, эндокринологии, геронтологии, клинической фармакологии, неотложной терапии.

В течение 2005—2007 гг. подготовку по терапии прошли 398 участковых терапевтов, в том числе на цикле переподготовки — 23, в рамках сертификационного усовершенствования — 138, тематического усовершенствования по терапии 220, тематического усовершенствования по основным разделам терапии — 17. Для работы в городе Иванове подготовлены 215 участковых врачей-терапевтов, в различных городах и районах Ивановской области — 180; других областях — 3.

Учебный процесс был четко координирован деканом факультета дополнительного и послевузовского профессионального образования ИвГМА (декан — профессор А.Е. Баклушин) и обеспечен профессорско-преподавательским составом трех основных кафедр терапии данного факультета — терапии и эндокринологии (зав. — заслуженный врач РФ, профессор С.Е. Мясоедова), терапии и амбулаторно-поликлинической медицины (зав. — профессор О.А. Назарова), терапии и функциональной диагностики (зав. — профессор В.Н. Медведева), а также смежными кафедрами — анестезиологии и реаниматологии (зав. курсом неотложной терапии ФДППО — профессор А.Е. Баклушин), организации здравоохранения (зав. — профессор Е.К. Баклушина), фтизиатрии (зав. — доцент Л.И. Облогина), инфекционных болезней (зав. — профессор В.Ф. Чернобровый).

При разработке учебных программ для проведения первичной переподготовки и повышения квалификации участковых терапевтов руководствовались помимо государственного стандарта «Образовательными программами и методическими разработками для дополнительного профессионального образования врачей первичного звена здравоохранения», утвержденными Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Разработано 12 учебных программ по терапии и терапевтическим дисциплинам. Подготовлено 2 учебно-методических пособия, утвержденных Министерством здравоохранения и социального развития РФ, 2 методических рекомендаций, 2 информационных письма. Созданы 10 видеофильмов, 25 компьютерных презентаций. Подготовлено 12 тестовых заданий для промежуточного и заключительного контроля. Разработаны 5 комплектов ситуационных задач. Усовершенствована методология преподавания на основе

последовательного внедрения в курс лекций и практических занятий принципов доказательной медицины. Увеличена доля активных форм обучения, включая подготовку и представление больного для клинического разбора на лекциях, практических занятиях, клинических и клинко-анатомических конференциях; написание учебной истории болезни с анализом ведения больного на догоспитальном этапе и составлением рекомендаций по лечению, реабилитации, диспансеризации, вопросам медико-социальной экспертизы после выписки больного из стационара в соответствии с клиническими рекомендациями и стандартами ведения пациента с определенной патологией. В учебном процессе широко используются новые информационные технологии: чтение лекций и клинические разборы на основе презентаций с помощью мультимедийной техники, самостоятельная работа на компьютере с обучающими программами, видеофильмами, лекциями на цифровых носителях; дистанционное обучение. Кроме того большую помощь в самостоятельной подготовке занимает работа с литературой, поступившей в рамках Национального проекта и включающей серию руководств для врачей-терапевтов амбулаторно-поликлинического звена, которые предоставляются фундаментальной библиотекой ИвГМА и библиотеками кафедр.

Усовершенствованы формы контроля, включающие пакет стандартных тестов для аттестационного экзамена по терапии в компьютерном варианте; тесты и ситуационные задачи для заключительного контроля в цикле тематического усовершенствования для участковых терапевтов; тестовые задания для промежуточного контроля.

Определенное место в обучении участковых терапевтов занимает привлечение их к участию в областных конференциях, проводимых в рамках областной общественной организации «Общество терапевтов», посвященных актуальным разделам внутренних болезней с учетом их региональных особенностей и организуемых с привлечением ведущих российских ученых и специалистов департамента здравоохранения Ивановской области.

Таким образом, в течение 2005—2007 гг. первичную подготовку по терапии прошли 23 участковых врача, Достаточный уровень подготовки участковых врачей-терапевтов обеспечен участием в этом процессе высококвалифицированных профессоров и преподавателей ИвГМА, грамотным методологическим подходом, основанным на принципах доказательной медицины, отвечающим современным требованиям к последипломному образованию и сочетающим лучшие традиции русской клинической школы в преподавании внутренних болезней с внедрением новых информационных технологий в образовательный процесс.

К ВОПРОСУ О РЕФОРМИРОВАНИИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Новикова Т.Н., Бурсикова Д.В.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Изменения социально-экономических условий, которые произошли в результате перехода экономики России на рыночные условия хозяйствования, негативно отразились на состоянии общественного здоровья, качестве медицинской помощи населению, системе здравоохранения в целом.

Тяжелое демографическое положение и неудовлетворительные показатели здоровья населения нашей страны, к сожалению, стали привычными. Начиная с 1991 г. здоровье населения России стремительно ухудшается. В настоящее время смертность в России на 60—80% превышает европейские показатели, а общая продолжительность жизни на 16,4 года меньше чем в Японии, на 12,9 лет по сравнению с Финляндией, на 12 лет по сравнению с США. Продолжительность жизни мужского населения сегодня составляет 59 лет, что на 10—15 лет меньше чем в большинстве развитых стран. Несомненно, это связано с социально-экономическими противоречиями, но главным образом со снижением доступности и качества медицинской помощи.

Основой для проведения реформы здравоохранения явилась единая государственная система здравоохранения с имеющимися кадрами, материальной базой и организационной структурой. С момента создания Наркомата здравоохранения — 11 июля 1918 г. — единая государственная система здравоохранения рассматривалась, во-первых, как строго плановое хозяйство, а во-вторых, как отрасль единого народно-хозяйственного механизма. Вплоть до вхождения в ОМС единая государственная система здравоохранения была строго бюджетным ведомством, подчиняясь жестким требованиям финансово-бюджетной дисциплины. Экстенсивный путь определял развитие системы государственного здравоохранения. Количественные показатели являлись определяющими критериями развития здравоохранения. При этом углублялись негативные тенденции в состоянии здоровья всех категорий населения, медико-демографической ситуации. Очевидно, что к началу 90-х гг. четко была осознана необходимость серьезного реформирования отечественного здравоохранения.

Одним из первых и значительных достижений нового хозяйственного механизма в здравоохранении явилось снижение уровня госпитализации, интенсификация лечебно-диагностического процесса в стационарах, увеличение оборота коек, использование дорогостоящих коек по назначению. Система медицинского страхования меняла

организацию управления, финансирование, контроль и взаимоотношения с пациентом и внимание к его нуждам и запросам, исчез дефицит медицинских услуг, лекарственных средств, медицинской техники, инструментария. Коренным образом менялись финансовые взаимоотношения участников системы охраны здоровья, была введена юридическая защита прав пациентов. Но ошибки при реализации политики децентрализации и внедрение ОМС привели к сокращению доступности бесплатной медицинской помощи, снизился объем и качество медицинской помощи, стали ущемляться права граждан на здоровье, нанесен ущерб профилактике, медицинская помощь стала коммерциализированной. По мнению О.П. Щепина, причиной этого стало отсутствие концепции развития отрасли. Осуществляемая в соответствии с Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в РФ структурная реформа отрасли ставит две основные задачи: выполнение государственных гарантий населению по оказанию медицинской помощи в необходимом объеме и с высоким уровнем качества, повышение эффективности использования ресурсной базы здравоохранения. Достижению цели в решении основных задач, стоящих перед здравоохранением и лечебно-профилактическими учреждениями, способствует внедрение новых организационных технологий, как наиболее перспективных для развития всех направлений медицинской помощи — амбулаторно-поликлинической, стационарной, диагностической. В целях подготовки структурных преобразований необходимо произвести всесторонний анализ эффективности функционирования лечебно-профилактических учреждений на базе универсальной и рациональной системе показателей (Бреусов А.В., Кича Д.И. и др., 2006).

В настоящее время проводится поэтапное проведение реформы в основных звеньях здравоохранения — амбулаторно-поликлинической, скорой и стационарной медицинской помощи, укрепления материально-технической базы учреждений здравоохранения, в том числе оснащения современным медицинским оборудованием и технологиями, создания рациональной и экономической системы лекарственного обеспечения, повышение уровня квалификации медицинских работников, в т.ч. руководителей учреждений здравоохранения путем совершенствования системы подготовки, переподготовки, сертификации и аттестации, разработки единых подходов к оценке качества медицинской помощи в системе ОМС.

ОТДЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РЕАЛИЗАЦИИ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЗВЕНЕ

Оргийская О.В.

МУЗ «Родниковская центральная районная больница», г. Родники, Ивановская обл.

Реализация национального проекта в сфере здравоохранения невозможна без развития первичной медико-санитарной помощи как наиболее востребованной и доступной.

В целях повышения доступности медицинской помощи населению района намечен ввод новой поликлиники на 2008 г. Надеемся, что с введением новой поликлиники придут и новые молодые квалифицированные кадры, решится вопрос о разукрупнении терапевтических участков, которые в настоящее время составляют от 2500 до 3000 человек обслуживаемого населения на одном терапевтическом участке. Результативность и эффективность работы, направленной на достижение главной цели приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения — повышение доступности и качества медицинской помощи населению в значительной степени определяется кадровым потенциалом. Залогом успешной работы является высококвалифицированный врач. С целью выполнения мероприятий по повышению уровня знаний участковых терапевтов на курсы повышения квалификации в 2006—2007 гг. были направлены 6 терапевтов. Эффективным инструментом развития кадрового потенциала первичного звена здравоохранения, повышение его социального престижа, безусловно, является уровень заработной платы. После осуществления денежных выплат, предусмотренных рамками национального проекта, заработная плата участкового терапевта увеличилась в 2,5 раза, участковой медсестры — в 2,2 раза.

Помимо увеличения заработной платы, весомым стимулом решения кадрового вопроса является обеспечение жильем. Национальный проект «Здоровье» увязывает направленность действий руководителя медицинской организации с активизацией социальной политики органов местного самоуправления. В Родниковском районе разработана и утверждена программа «Молодой специалист», предусматривающая единовременные выплаты молодому специалисту в размере 8000 рублей и ежемесячные выплаты в течение года в размере 25% оклада, первоочередное обеспечение жильем по льготному кредитованию. Итогом этой программы стал приход на работу нового врача терапевта.

Разработаны основные направления совершенствования деятельности амбулаторно-поликлинической службы. Открыт кабинет профилактики в районной поликлинике. С вводом новой поликлиники планируется открытие отделения профилактики, на базе которого будет проводиться данный вид осмотров, что позволит разделить потоки пациентов, приходящих в поликлинику для профилактических осмотров и больных, обращающихся для диагностики и лечения. Завершена работа по

оформлению паспортов участков, которые в настоящее время имеются на всех терапевтических участках. Издан приказ главного врача, в котором определены критерии оценки эффективности работы врача-терапевта участкового МУЗ «Родниковская ЦРБ». Все это помогает в осуществлении мониторинга здоровья населения прикрепленного участка. Упорядочена деятельность специалистов участковой службы и их взаимодействие со специалистами профильных служб поликлиники и стационара. Запись ко всем специалистам на прием доступна для всех групп пациентов. На прием к любому специалисту пациент попадает в день обращения или в любой удобный для него день по предварительной самозаписи. Количество посещений к участковому врачу выросло на 12%, повысилось количество активных посещений на дому на 25%, повысилось количество посещений с профилактической целью на 17%. Главным недостатком остается отсутствие законодательной базы, которая должна связать дополнительные денежные выплаты с качеством оказанных медицинских услуг. Основным инструментом регулирования остается мера морального воздействия на работника, а ежемесячные денежные выплаты сохраняются вне зависимости от качества оказанных услуг.

С 2006 г. проводится дополнительная диспансеризация работников бюджетной сферы и работников, занятых во вредных и/или опасных условиях труда. В 2006 г. осмотрено 97,8% работников бюджетной сферы и 98,3% работников вредных производств. В 2007 г. завершается дополнительная диспансеризация работников бюджетной сферы. Осмотрено 1452 человека (78% от числа подлежащих осмотру, оставшиеся будут осмотрены до конца года), завершены осмотры работников вредных производств (532 человека или 97,8%). В 2006 г. за дополнительные диспансерные осмотры работников бюджетной сферы в ЦРБ поступило 611 000 рублей, 95% всей суммы израсходовано на оплату труда медицинских работников, занятых в проведении этих осмотров, что позволило существенно повысить как качество осмотров, так и уровень заработной платы специалистов. Итогом дополнительной диспансеризации явилось повышение диагностирования социально значимых болезней: артериальной гипертонии на 21%, сахарного диабета на 12%, болезней костно-мышечной системы на 23%. Недостатком при проведении дополнительной диспансеризации является в настоящее время то, что в перечень врачей-специалистов, проводящих осмотры, не включен врач отоларинголог. Более 40% из подлежащих дополнительным диспансерным осмотрам являются работники сферы образования, у которых уровень ЛОР патологии достаточно весом. В следующем году при проведении дополнительной диспансеризации имеет смысл включить специали-

ста отоларинголога в состав специалистов, проводящих профосмотры. Значительной прибавкой к заработной плате узких специалистов амбулаторно-поликлинического звена в 2006 г. были дополнительные выплаты за оказание медицинской помощи неработающим пенсионерам и работающим гражданам. К сожалению, в 2007 г. данная категория выплат специалистам центральных районных больниц отменена.

Положительным моментом реализации национального проекта «Здоровье» стало улучшение осна-

щения первичного звена современной диагностической аппаратурой и санитарным транспортом. В рамках национального проекта для амбулаторно-поликлинического звена поступило 3 аппарата ЭКГ, аппарат для проведения УЗИ, лабораторного оборудования, маммограф, автомобиль для оказания медицинской помощи на дому.

Все вышеперечисленные мероприятия позволили улучшить качество, доступность и уровень медицинской помощи населению Родниковского района.

К ВОПРОСУ ОБ ЭКОНОМИЧЕСКОМ УПРАВЛЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩЬЮ

Поляков Б.А., Тюриков Ю.М.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования по Ивановской области

Споры по поводу того, что важнее — первичная медико-санитарная или специализированная помощь, не имеют под собой почвы, необходимо и то, и другое. Главное — соблюсти баланс между ними. Вместе с тем, если некачественно организована первичная медико-санитарная помощь, то существенно возрастают затраты на специализированную дорогостоящую и высокотехнологичную медицинскую помощь.

Имеют место особенности организации первичной медико-санитарной помощи на селе и в городских условиях.

На селе наиболее целесообразно развитие медицинской помощи по принципу семейной или общей врачебной практики, при этом должен быть соблюден ряд неперемных условий:

- оснащенный необходимым медицинским оборудованием офис;
- транспорт;
- жилье;
- достойная заработная плата.

В городе основным структурным подразделением, реализующим потребности населения в первичной медико-санитарной помощи, является поликлиника. При этом поликлиника может быть как самостоятельным лечебно-профилактическим учреждением, так и структурным подразделением муниципальной больницы.

Вместе с тем, при реализации доплат в размере 25% к тарифу за первичную медико-санитарную помощь, оказанную работающему населению, мы столкнулись с ситуацией, когда региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации отказалось оплачивать расходы и понудило к расторжению договоров с муниципальными больницами как в городе, так и с центральными районными больницами, имеющими в своей структуре поликлинические подразделения.

При реализации первичной медико-санитарной помощи через поликлиники также принципиальное значение имеет наличие транспорта, особенно во второй половине дня. В настоящее время боль-

шинство поликлиник перестают принимать вызовы на дом после 14—15 часов.

В процессе формирования объемов медицинской помощи по программе государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи мы до настоящего времени сталкиваемся с тем, что главные врачи учреждений здравоохранения стремятся увеличить объемы стационарной помощи, а объемы поликлинической помощи планируют, исходя из нормативов на обслуживаемое население, несмотря на то, что некоторые виды амбулаторно-поликлинической помощи или отсутствуют в лицензии, или присутствуют номинально.

Проводя мониторинг выполнения объемов амбулаторной помощи населению, мы констатируем, что за 8 месяцев текущего года выполнение в целом по области составило 86,3%, при этом только две небольшие больницы выполняют объемы: МУЗ «Каменская городская больница» — 108,4%, МУЗ «Лухская центральная районная больница» — 112,6%.

Муниципальные учреждения города Иваново выполнили объемы амбулаторно-поликлинической помощи на 88,3%, при этом лучше других работают: МУЗ «Городская поликлиника №5» — 94,5%; МУЗ «2-я городская клиническая больница» — 99,2%; МУЗ «Детская городская поликлиника №6» — 102,2%; МУЗ «Детская городская клиническая больница №5» — 93,0%. Хуже других данный показатель у МУЗ «Городская клиническая больница восстановительного лечения №5» — 63,3%, МУЗ «Городская клиническая больница №8» — 37,8%.

В районах области лучшие показатели у МУЗ г.о. Кинешма «Детская городская больница» — 100%, МУЗ г.о. Кинешма «Городская поликлиника» — 98%; МУЗ «Шуйская центральная районная больница» — 98%; МУЗ «Тейковская центральная районная больница» — 98%; МУЗ «Пучежская центральная районная больница» — 97,2%. Низкий показатель у МУЗ «Плеская городская больница» — 49,7%; МУЗ «Решемская участковая больница» — 64,6%; МУЗ «Заволжская центральная районная больница» — 71,7%; МУЗ «Приволжская центральная районная боль-

ница» 64,2%; МУЗ «Комсомольская центральная районная больница» — 71,7%.

Там, где объемы амбулаторно-поликлинической помощи не выполняются в объединениях, очевидно, что поликлиника функционирует за счет стационарных подразделений. Если объемы не выполняются в самостоятельных поликлинических учреждениях, а средств поликлинике хватает, это может означать, что штатное расписание составлено с большим количеством «мертвых душ».

Каковы же, на наш взгляд, пути решения существующих проблем. На селе — это, несомненно, развитие общей врачебной практики с созданием офисов, обеспечением жильем и достойной заработной платой. В городских условиях планирование объемов амбулаторно-поликлинической помощи должно осуществляться с учетом программы государственных гарантий и исходя из фактического обеспечения врачебными кадрами. Пора прекращать практику содержания поликлиник в

объединениях за счет стационарных подразделений.

Доплата за участковость терапевтам, педиатрам и работающим с ними медицинским сестрам свою положительную роль сыграла. Теперь необходимо организовать доплаты другим врачам и среднему медицинскому персоналу как в поликлиниках, так и в стационарах.

Также следует пересмотреть сложившуюся систему организации и финансирования мероприятий по диспансеризации населения. Диспансеризация — это не способ направления финансовых средств в поликлинику, а метод комплексного обследования, динамического наблюдения и оздоровления населения, проживающего в зоне обслуживания поликлиники.

Комплексное решение проблем экономического регулирования первичной медико-санитарной помощи населению возможно при условии принятия концепции развития здравоохранения Российской Федерации на перспективу.

ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ФОРМИРОВАНИЕ И РЕАЛИЗАЦИЮ УПРАВЛЕНЧЕСКОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ВРАЧЕБНОГО ПЕРСОНАЛА ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Ратманов М.А., Васильева Т.П.

МУЗ «Городская клиническая больница № 8», г. Иваново

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Важнейшим условием усовершенствования системы охраны здоровья населения и повышения качества медицинского обслуживания является научно обоснованное решение вопросов и проблем медицинских кадров. Основная цель кадровой политики — обеспечение учреждения здравоохранения высокопрофессиональным персоналом. Сегодня отрасль испытывает потребность в творчески мыслящих специалистах, обладающих социальной и профессиональной активностью, мобильностью и конкурентоспособностью на современном рынке труда.

Цель исследования: провести комплексное социально-гигиеническое исследование психологического потенциала врачей хирургического профиля и факторов, его определяющих, с учетом состояния здоровья и результативности профессиональной деятельности и разработать предложения по формированию системы их оценки и коррекции.

Базой исследования явились хирургическая служба Ивановской, Ярославской, и Костромской областей.

Полученные результаты: Состояние здоровья врачебного персонала хирургического профиля в современных условиях снижено относительно оптимального уровня на 12,4%. Ведущей причиной нарушения индивидуального здоровья большинства врачей хирургического профиля назвали высокие нервно-эмоциональные перегрузки, что определило необходимость изучения их психологического потенциала.

Состояние здоровья и результативность работы врачей хирургического профиля имеет прямую и сильную связь с их психологическим потенциалом, который в свою очередь снижен за счет следующих параметров: уровень коммуникабельности, уровень мотивации к успеху, стиль поведения в конфликте, стиль межличностных отношений. Уровень реализации психологического потенциала достоверно выше в группе с высокой результативностью деятельности, чем с низкой результативностью. Выявлено, что достижение результативности в профессиональной деятельности достигается за счет коммуникативных навыков, высокой мотивации к труду, за счет средств саморазвития для достижения профессиональных целей, использования дружелюбного стиля межличностных отношений и стиля сотрудничества для разрешения конфликтных ситуаций.

Уровень реализации психологического потенциала достоверно выше в группе с высоким уровнем здоровья, чем с низким. Установлено, что высокий уровень эмпатии и мотивации к успеху в труде, стремление к саморазвитию требует дополнительных затрат собственного здоровья. В тоже время, умение налаживать бесконфликтные, доброжелательные отношения с сотрудниками и пациентами позволяют предупредить дистрессы и сохранить здоровье.

Установлено, что достоверно чаще признаки профессионального выгорания отмечаются у медицинских работников, имеющих холерический и меланхолический темперамент, низкий уровень

эмпатии, низкий уровень мотивации к успеху, остановившиеся в профессиональном саморазвитии, не умеющие налаживать доброжелательные отношения с людьми и предупреждать конфликтные ситуации.

Факторы, которые влияют на успешность реализации врачами хирургического профиля психологического потенциала соотносятся следующим образом: факторы организационного окружения — 27,3%, трудовые факторы — 27,3%, факторы образа жизни — 22,7%, микросоциальные факторы — 13,6%, демографические факторы — 9%.

На основе полученных данных были определены 3 направления оптимизации. Первое направление — совершенствование системы оценки индивидуального здоровья врачей хирургического профиля, которое предусматривает введение субъективной и объективной оценки состояния здоровья врачей и готовности к его сохранению на основе мониторинга. Введение субъективной и объективной оценки психологического потенциала медицинских работников на основе мониторинга. Организационной основой проведения мониторинга должен стать муниципальный центр оценки кадров здравоохранения, в который должна подаваться информация о результатах диспансеризации работников, о профессиональных нарушениях, а также экспертным путем должна вестись оценка готовности работников к определенным видам профессиональной деятельности и даваться рекомендации работодателям.

Второе направление оптимизации — совершенствование системы формирования кадрового ресурса хирургической службы, которое должно строиться на основе взаимосвязанной триады критериев — «результативность профессиональной деятельности, удовлетворенность трудом, сохранение физического и психического здоровья».

Третье направление оптимизации направлено на совершенствование системы развития и коррекции психологического потенциала медицинских работников хирургического профиля во взаимосвязи с другими потенциалами на персональном, учрежденческом и территориальном уровне. Предлагается организовать в г. Иванове территориальный научно-практический Центр Медицинской культуры и профессионального развития медицинских работников, цель которого — создание оптимальных условий для эффективной работы медицинских работников, путем всесторонней поддержки и помощи им. Обеспечения наилучшего качества жизни и возможностей профессионального роста,

а также улучшения их взаимодействия с пациентами.

Разработанные по результатам исследования методические и организационные подходы прошли апробацию в период 2006—2007 гг. на базе учреждений Ивановской и Ярославской областей. Совершенствование системы управления факторами, определяющими уровень психологического потенциала врачебного персонала хирургической службы, обеспечивающий высокий уровень результативности деятельности и сохранение собственного здоровья, обеспечили достижение медико-социальной и экономической эффективности. Это выразилось в повышении комплексного показателя результативности деятельности по модели конечных результатов с 0,78 в 2004 г. до 0,84 в 2006, повышению доли врачей удовлетворенных работой с 34,5% до 65,7%, пациентов удовлетворенных оказанными услугами с 88,9% до 98,3%, снижением экономических затрат службы в связи с сокращением дней временной нетрудоспособности на 4% (145 456 рублей).

Выводы

1. Состояние здоровья врачебного персонала хирургического профиля в современных условиях снижено относительно оптимального уровня на 12,4%.
2. Психологический потенциал врачебного персонала снижен за счет следующих параметров: уровень коммуникабельности, уровень мотивации к успеху, стиль поведения в конфликте, стиль межличностных отношений.
3. Факторы, влияющие на успешность реализации врачами хирургического профиля психологического потенциала: факторы организационного окружения (27,3%), трудовые (27,3%), факторы образа жизни (22,7%), микросоциальные факторы (13,6%), демографические факторы (9%).
4. Разработанные методические и организационные подходы позволили достичь следующих результатов: повышения комплексного показателя результативности деятельности с 0,78 в 2004 г. до 0,84 в 2006; повышения доли врачей удовлетворенных работой с 34,5% до 65,7%; пациентов удовлетворенных оказанными услугами с 88,9% до 98,3%; снижения экономических затрат службы в связи с сокращением дней временной нетрудоспособности на 4% (145 456 рублей).

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ МОНИТОРИНГА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТАНОВЛЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Руженская Е.В.

ГУЗ «Областная клиническая психиатрическая больница «Богородское», г. Иваново

Кадровый потенциал медицинского персонала психиатрической службы составляют все сотрудники с высшим и средним медицинским образованием, участвующие в оказании психиатрической

помощи. К ним относятся специалисты, работающие в разных системах — здравоохранения, социального обеспечения, образования, исполнения наказаний.

Совершенствование кадрового потенциала предполагает управление: численностью и структурой кадров, подготовкой и переподготовкой организаторов в соответствии с потребностями практического здравоохранения, профессиональным ростом управленческого персонала, использованием их профессиональных возможностей, кадровым отбором, мероприятиями по сохранению кадров, факторами стабилизации профессиональной мотивации (социальная защищенность, уровень заработной платы, микроклимат в коллективе и др.).

Общая модель управления кадровым потенциалом любой службы основана на реализации задачи по оптимальному функционированию медицинских организаций. Подготовка профессионала (с высшим или средним медицинским образованием), является важной задачей всех учреждений, сопрягающихся с ним в процессе обучения и дальнейшего осуществления профессиональной деятельности.

На додипломном этапе подготовки подразумевается, что учащиеся медицинского колледжа или вуза еще не являются специалистами, но уже в этот период додипломного становления студенты-медики должны рассматриваться как кадровый потенциал здравоохранения, который надо сохранять и развивать. Именно в этот период формируется профессиональная мотивация, закладывается основной багаж медицинских знаний, развиваются профессионально важные качества, закрепляются личностные черты, начинают проявляться профессиональные ограничения.

Мероприятия по управлению кадровым потенциалом здравоохранения на додипломном этапе не имеют специфичной направленности относительно специализированной службы, имеют целью совершенствование общей подготовки, а также сохранение и развитие их личностных ресурсов. Совершенствование подготовки предусматривается меняющимся образовательным стандартом, высокими требованиями к качеству обучения.

Для сохранения и развития личностных ресурсов необходимо использовать следующие направления:

- раньше привлекать студентов к работе в практическом здравоохранении с целью повышения мотивации к будущей профессиональной деятельности, облегчения «вхождения в профессию», повышения образовательного интереса;
- при изучении медицинской психологии уделять внимание подготовке к возможному негативному влиянию профессиональных факторов на личность врача;
- при изучении юридических и экономических разделов в рамках общественного здоровья и здравоохранения использовать обучающие программы, тренирующие развитие аналитических способностей и умение стратегически мыслить;
- использовать возможности досуговых мероприятий в колледже и вузе с целью повыше-

ния мотивации к профессиональной деятельности, поднятия престижа профессии и др.

На последипломном этапе управления кадровым потенциалом своей организации занимается администрация того ЛПУ, где начнет свою профессиональную деятельность новый специалист. Опыт частных медицинских организаций, проводящих эти мероприятия не формально, демонстрирует их эффективность.

Прием на работу специалиста проводится на основании оценки профессиональных знаний по специальности, в которой он будет работать. Здесь присутствуют существенные отличия для специалистов с высшим и средним медицинским образованием.

Специалист с высшим образованием, приступающий к работе, начинает ее в интернатуре или ординатуре по психиатрии и этот период является для него адаптационным. В большинстве случаев интернатура или ординатура проходят на базе того же образовательного учреждения, в котором проходят постдипломную профессиональную подготовку специалисты, уже работающие в психиатрии. Общие клинические и организационные требования, общая методика преподавания, тесное взаимодействие с врачами-практиками, сотрудничество с клинической базой кафедры делает период становления интерна или ординатора эффективным.

Руководитель ординатуры или интернатуры является для врача тем человеком, который проводит не только становление специалиста в клиническом плане, но и может по окончании подготовки в полной мере охарактеризовать его как личность, дать оценку его социально-психологическим качествам и рекомендации не только аттестационной комиссии, но и будущему работодателю.

При введении новых технологий оценки и развития персонала, один из этапов возможен уже в интернатуре (ординатуре), что позволит руководителю обучения не только оценить специалистов, но и направлять их становление, «формировать» профессиональные навыки и корректировать те особенности, которые будут негативно или тормозящее сказываться на дальнейшей работе. Современные образовательные технологии, направленные на развитие как профессиональной клинической, так и профессиональной психологической компетентности специалиста, позволяют это делать.

Для обучения и профессионального формирования специалиста со средним образованием, приходящего работать в психиатрическую службу, не предусмотрено первичной подготовки по специальности и потому оцениваться руководителем при приеме на работу будут общие знания и профессиональная мотивация специалиста.

Цель дальнейшего собеседования — достижение обратной связи с будущим работником, объяснение ему кадровых стратегий организации, принципов работы с кадрами, согласование интересов организации с личными планами специалиста, его потребностями в профессиональном и личностном аспектах.

Для того, чтобы эффективно проводить мониторинг персонала, необходима информация «вводного контроля», который и должен быть осуществлен при трудоустройстве с последующим занесением информации в индивидуальную карту сотрудника. На данном этапе также может быть предложено диагностирование социально-профессиональных и профессионально-психологических характеристик специалиста. Четкое объяснение работнику его преимуществ от наличия такой информации для сравнения ее с аналогичной в динамике, в интересах его профессионального развития и планирования карьеры, мотивирует врача к участию в обследовании. Полученные таким образом сведения доступны руководителю ЛПУ и кадровой службе и являются начальным элементом технологии по оценке персонала. У работника остается право отказаться от углубленного обследования, в таком случае индивидуальная карта мониторинга не будет содержать этих сведений, будет вноситься только объективная информация.

Под оценкой персонала в современной организации подразумевают определение степени эффективности его труда. В этом заключается цель оценки результатов деятельности, которую можно представить себе как продолжение функции контроля. Такая система повышает эффективность управления человеческими ресурсами организации через положительное воздействие на мотивацию сотрудников, планирование профессионального обучения, планирование профессионального развития и карьеры сотрудников, кадровые решения, связанные с поощрением, карьерным ростом или расторжением трудового договора.

В дальнейшем мероприятия администрации по сохранению и естественному профессиональному развитию нового работника нацелены на его адаптацию к профессиональным обязанностям, новому коллективу. При эффективной работе вуза по ука-

занным выше направлениям значительно облегчается для нового работника процесс «вхождения в профессию». Но проблемы адаптации остаются актуальными и при имеющемся у работника опыте работы по профессии и достаточном медицинском стаже.

По мере работы в ЛПУ результаты оценки работника заносятся в его индивидуальную карту мониторинга и служат для реализации программы развития кадров организации. В карте мониторинга отражается соответствие работника должностным требованиям, уровень складывающейся квалификации, степень готовности сотрудника к изменениям в его карьере (способность принять на себя ответственность, принимать самостоятельные решения, сотрудничать с более сложным коллективом и т.п.). Информация должна быть стандартизирована, удобна для сравнения, доступна оперативному анализу. Это позволит отделу кадров быть готовым выдать ее по требованию руководства как в индивидуальном порядке по сотруднику, так и сделать сравнительную характеристику в целях кадрового отбора.

Анализ данной кадровой информации должен проводиться постоянно, выявлять положительные и отрицательные сдвиги в профессиональных характеристиках. В задачу руководителя ЛПУ входит отмечать положительное, стимулировать работника, повышать его мотивацию, а также принимать дополнительные усилия в случае медленного профессионального развития сотрудника или отрицательных тенденциях в показателях.

Поводом для пополнения индивидуальных карт мониторинга персонала является появление любой официальной кадровой информации, а также изучение социально-психологических характеристик сотрудников с принятой в организации периодичностью (например, при сертификации, продлении контракта).

АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНО-ТРУДОВЫХ ХАРАКТЕРИСТИК МЕДСЕСТЕР-АНЕСТЕЗИСТОВ

Рябчикова Т.В., Ласкарева Л.Н., Смольницкая Е.В., Качанова Л.А.
МУЗ «Городская клиническая больница № 7», г. Иваново
ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

С развитием медицинской науки, появлением новых технологий в профилактике, диагностике и лечении различных заболеваний растет и роль сестринского персонала, значение его деятельности. Теперь для ухода за пациентом сестра должна обладать не только специальными медицинскими знаниями и практическими навыками. В настоящее время задачи, возложенные на медицинскую сестру, особенно с проведением реформирования первичного звена здравоохранения в регионах России, делают ее работу чрезвычайно многосторонней и сложной. Задачи современного здравоохранения могут быть выполнены медицинской сестрой лишь при постоянном совершенствовании ею своих профессиональных знаний и навыков.

Особое внимание заслуживают вопросы, связанные с низким социальным статусом сестринского персонала. Низкий уровень оплаты труда, недостаточная социальная защищенность работников здравоохранения, хронические перегрузки на работе, усугубленные отсутствием надлежащих условий труда, неудовлетворенностью материально-техническим состоянием многих учреждений здравоохранения — вот сегодняшний день медсестры.

Проблема социальной защиты средних медицинских работников не может быть обеспечена только решением вопроса о повышении заработной платы, а должна включать комплекс мер по улучшению условий труда и систем жизнеобеспечения, пересмотру роли средних медицинских работников в лечебно-профилактическом учреждении,

повышение мотивационных факторов отношения к труду. При этом меры социальной защиты должны планироваться с учетом социально-демографических особенностей этой профессиональной группы, состоящей в основном из женщин, в 60% имеющих детей.

Целью работы было изучение социально-трудовых характеристик медсестер отделений анестезиологии и реанимации. Нами анонимно проанкетировано 40 медсестер-анестезистов, работающих в шести ведущих клиниках г. Иванова.

В результате полученных данных установлено, что большинство медсестер-анестезистов находятся в активном трудовом возрасте, имеют общий стаж работы 10—20 лет, работают по специальности на одном месте, то есть текучесть кадров практически сведена к нулю.

Кроме этого установлено, что большинство медсестер-анестезистов имеют высокий уровень квалификации. Однако 37,5% дипломированных анестезистов не имеют квалификационной категории, что рассматривается нами как значительный резерв в повышении профессиональной компетенции медицинских сестер отделений анестезиологии и реанимации. Тут же следует отметить о низкой информационной активности участниц опроса. Так, 2/3 опрошенных не выписывают и не читают специальной медицинской литературы, а наиболее приемлемым источником получения новых знаний большинство анестезистов считают курсы усовершенствования.

В ходе исследования было выявлено, что не удовлетворены своей работой 45% респондентов, в основном в возрасте 30—39 лет и со стажем работы более 10 лет.

Анализ результатов опроса выявил различные стороны неудовлетворенности медсестер-анестезистов. Среди опрошенных 87,5% испытывают повышенную трудовую нагрузку, работая более чем на одну ставку и имея дополнительную

работу по специальности. Кроме этого, по результатам опроса большая часть медсестер считает, что испытывает на работе большую физическую (70% анестезистов) и эмоциональную нагрузку (77,5% анестезистов). Причем наиболее устойчива к эмоциональным нагрузкам возрастная группа 40—49 лет ($p < 0,05$), а к физическим — анестезисты в возрасте до 30 лет и 30—39 лет ($p < 0,05$). Следует отметить, что все 100% участниц опроса отметили высокий риск заражения инфекционными или другими заболеваниями, а 87,5% опрошенных ощущают на себе последствия профессиональной вредности.

Кроме этого значительное большинство не удовлетворены оснащенностью (70% анестезистов) и эстетическим уровнем (62,7%) лечебного учреждения, в котором они работают.

В ходе исследования выявлено, что администрация уделяет недостаточно внимания требованиям охраны труда и производственной санитарии. Так 1/3 респондентов ответили, что не имеют условий для отдыха, не обеспечены рабочей одеждой, а специальные жиры за вредные условия труда стабильно получают лишь 47,5% опрошенных.

На уровень профессионализма и качество жизни оказывают влияния не только условия, в которых приходится трудиться, но и жилищно-бытовые условия, семейное положение.

Установлено, что удовлетворительные и неудовлетворительные жилищно-бытовые условия имеют 55% респондентов. Определено, что наиболее социально незащищенными (40,9%) являются медицинские сестры-анестезисты в возрасте до 30 лет.

Таким образом, результаты проведенного анализа социально-трудовых характеристик могут быть использованы для разработки мер по улучшению условий труда медсестер отделений анестезиологии и реанимации и повышения качества медицинской помощи.

ВЛИЯНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НА ХРОНОМЕТРАЖ РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Сажин В.П., Луцева Е.М.

ФПДО ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет

им. акад. И.П. Павлова Росздрава»

МУЗ «Новомосковская городская клиническая больница»

Практическая реализация дополнительного лекарственного обеспечения в общеврачебной практике позволяет проанализировать это явление изнутри, и, прежде всего, проследить его влияние на хронометраж рабочего времени врача с учетом этапности реализации программы ДЛО в 2005—2006 гг. В 2005 г. 47 врачами общей практики МУЗ «Новомосковская городская клиническая больница», участвующими в реализации программы ДЛО, выполнено 326 907 посещений, что в среднем составило на одного врача общей практики 6955,4 посещения в год. Годовой бюджет рабочего времени должности врача общей практики при 38,5 часовой рабочей недели и 45-дневном отпус-

ке при этом составил 1618,75 часов в год. С учетом 20% рабочего времени врача, затрачиваемого им на проведение санитарно-просветительной работы, групповых занятий, служебные разговоры, работу в дневном стационаре и личное время, коэффициент использования рабочего времени на непосредственный прием посетителей составил в расчетах 0,8. В 2005 г. в рамках ДЛО врачами общей практики выписано 275 111 рецептов, 177 735 (64,6%) из которых составили рецепты автоматизированной формы заполнения и 97 376 (35,4%) — ручной. При расчете затрат времени на оформление одного рецепта ручной формы 0,15 часа (9 мин) и автоматизированной 0,10 часа

(6 мин) (по данным собственных хронометражных наблюдений) общее количество времени, затраченного на оформление льготных рецептов одним врачом составило 688,9 часов в год, что фактически отняло 42,5% годового бюджета рабочего времени. Таким образом, с вычетом затрат времени на дополнительное лекарственное обеспечение, нагрузка на одного врача общей практики составила 9,35 чел./час, или 6,4 мин на непосредственный осмотр и общение с одним пациентом против нормативной нагрузки в 20 минут.

2005 г. явился первым этапом практического внедрения дополнительного лекарственного обеспечения, большую часть которого заняло ознакомление медицинских работников и пациентов с этой программой, освоение оформления новых рецептурных бланков и ведения документации. Организационным недостатком программы ДЛО явилось несвоевременное внедрение автоматизированной формы выписки рецептов. В 2006 г. из 242 009 выписанных рецептов рецепты автоматизированной формы составили 81,8% (198018 шт.), что позитивно сказалось не только на уменьшении количества испорченных рецептов с 5,0 до 2,1%, но и снижении общего количества времени, затраченного на оформление «льготных» рецептов одним врачом до 561,7 часов в год. Тем не менее, возложенные в 2006 г. Национальным проектом государственные обязательства в виде дополнительной диспансеризации работников бюджетной сферы и промышленных предприятий, дополнительной иммунизации населения, увеличения объ-

емов оказания первичной медико-санитарной помощи работающим гражданам и неработающим пенсионерам, неизбежно привели к увеличению количества посещений, выполненных врачами общей практики до 344 989 (на 18082 посещения больше в сравнении с 2005 г. при том же количестве физических лиц).

В случае сохранения объемов выполненных посещений на уровне 2005 г., с активным внедрением автоматизированной выписки и накоплением определенного опыта работы в программе ДЛО, временные затраты врача общей практики на непосредственную работу с пациентом без учета времени на выписку рецептов могли бы составить 8,2 мин, а фактически составили 6,9 минут. Таким образом, прирост временных затрат оказался незначительным и составил на одного пациента +0,5 мин. Оговоренная действующими нормативными документами личная ответственность врача за оформление рецептурного бланка, исключает привлечение среднего медицинского персонала к непосредственной выписке рецепта, ограничиваясь помощью в регистрации рецептов в учетно-отчетных формах. Разработка механизма вывода врачей из «канцелярского» сектора работы и автоматизация ведения медицинской документации позволит существенно сэкономить рабочее время и перенести акцент непосредственно на осмотр и общение с пациентом, укрепить авторитет и доверие врача, и, следовательно, повысить эффективность и качество лечебно-диагностического процесса.

РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ УРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В ПЕРИОПЕРАТИВНОМ ПЕРИОДЕ

Стреналюк В.Л.

ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

Актуальность темы работы определяется, с одной стороны, необходимостью повышения качества сестринской помощи на основе внедрения инновационных технологий сестринской деятельности, а с другой стороны — отсутствием данных о новых медико-организационных технологиях ухода за пациентами в периоперативном периоде в условиях урологической клиники.

В связи с современным подходом к сестринскому делу и с внедрением новых методик потребовались и новые подходы к подготовке больных урологического профиля к оперативному лечению не только со стороны врачей, но и со стороны медицинских сестер.

Вышесказанное определило цель работы: изучить опыт внедрения новых медико-организационных технологий сестринского ухода в периоперативном периоде при урологической патологии.

Выполнение в отделении сложных пластических операций на мочеполовых органах, широкое применение эндоскопических операций — трансуретральной резекции (ТУР) по удалению опухоли мочевого пузыря, применение дистанционной литотрипсии (ДЛТ) для лечения мочекаменной болезни

(МКБ) привело к острой необходимости изменить работу медицинского персонала.

Для среднего медицинского персонала разработаны новые методики предоперационной и послеоперационной подготовки пациентов к разным видам операций. Все это позволило уменьшить послеоперационные осложнения, длительность пребывания пациента в стационаре, число пациентов с цистостомами, избавить от хирургического вмешательства до 60—80% пациентов с МКБ, улучшить качество оказания медицинской помощи населению города и области.

Внедренные в работу листы динамического сестринского наблюдения способствовали более эффективному лечению наших пациентов, повышению престижа медицинской сестры, привели к плодотворному партнерству сестры и врача. При ведении листа наблюдения отмечаются только положительные моменты как со стороны медицинского персонала, так и со стороны пациента. Данная информация позволяет врачу знать о состоянии пациента за определенный период, проанализировать изменения, сделать вывод и новые назначения медицинской сестре по уходу за данным пациентом.

Особенности ухода за пациентами после урологических операций требуют от медицинского персонала определенных навыков в работе, глубоких знаний, тактичного отношения к пациентам, их психологической подготовки.

Помощником медицинской сестры является еще один документ — рабочая папка. В отделении существуют папки палатной медицинской сестры и процедурной медицинской сестры. Эти папки являются хорошим методическим пособием по подготовке пациентов к различным исследованиям и манипуляциям, по рациональному использованию рабочего времени. Применяя ее в своей работе, сестра готовится к зачету по санитарно-

противоэпидемиологическому режиму, к аттестации и т.д.

Внедрение новых подходов к подготовке больных к операциям, наблюдение за больными в послеоперационном периоде по новым стандартам позволило сократить время пребывания больных в стационаре и уменьшить сроки временной нетрудоспособности в 1,5—2 раза.

Таким образом, дополнение сестринского процесса предложенными организационными технологиями ухода за пациентами с урологической патологией в периоперативном периоде позволяет улучшить качество сестринской помощи и влияет на общие показатели качества работы отделения.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Толстов С.Н., Карасева Т.В., Руженский В.И.

г. Шуя, г. Родники, Ивановская обл.

ГОУ ВПО «Шуйский государственный педагогический университет»

Ивановская ассоциация организаторов здравоохранения

В соответствии с изменениями в системе образования, в свете Болонского процесса, возрастает проблема разработки новых, эффективных моделей обучения, целью которых является не только формирование знаний, умений и навыков на более высоком качественном уровне, но и личностно-профессиональное развитие специалиста. Это подтверждает актуальность проблемы совершенствования профессиональной подготовки специалистов социальной медицины.

Анализ проблемы реформирования профессионального образования организаторов социальной медицины позволил выявить следующие противоречия, нуждающиеся в научно-практическом решении:

- между потребностью социальной медицины в руководителях нового типа и не разработанностью целостной концепции подготовки управленческих кадров;
- между существующим консерватизмом системы профессионального образования и новыми требованиями к подготовке руководителей социальной медицины;
- между современной моделью специалиста в области управления социальной медицины и существующей моделью подготовки управленческих кадров в системе непрерывного профессионального образования;
- между необходимостью в оптимизации личностно-профессионального саморазвития специалистов социальной медицины и отсутствием системы психолого-педагогического сопровождения профессионального образования.

Одним из направлений оптимизации профессионального образования специалистов социальной медицины является более широкое использование акмеологических, интегрированных подходов, которые должны способствовать развитию профес-

сионально важных качеств, профессионального самосознания, способности к профессиональному росту. Вышеуказанные подходы составили основу изданного нами нового учебника для системы послевузовского профессионального образования врачей «Профессионализм специалиста социальной медицины», рекомендованного учебно-методическим объединением по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России.

Комплексный характер учебника определил использование структурно-функционального анализа профессиональной деятельности и труда, принцип: активности личности в общении и профессиональном самоопределении; единства обучения и воспитания; мотивации самосовершенствования; гуманистической ориентации и непрерывности образования.

Основополагающим в данном учебном пособии является использование акмеологической методологии, позволяющей достаточно эффективно решать целый ряд задач, трудно достижимых в условиях традиционной организации процесса подготовки профессионалов. Среди таких задач важнейшей является формирование личностной составляющей профессионального мастерства, включающей умения и навыки взаимодействия и общения в процессе коллективной мыслительной и практической работы, формирование у обучаемых целостных представлений о технологическом составе профессиональной деятельности на основе развития навыков системного мышления.

Основываясь на вышеуказанных задачах, в учебнике представлена концепция и практические основы развития профессионализма специалистов социальной медицины:

- принцип субъектной активации специалиста в образовательной деятельности;
- принцип дифференцированного диагностического обоснования индивидуальных образова-

тельных маршрутов в зависимости от личностно-профессиональных потребностей специалистов социальной медицины;

- принцип приоритетного воздействия на ценностно-мотивационную сферу специалиста;
- принцип адекватности содержания и форм дополнительного образования, целям профессионального развития специалистов социальной медицины;
- принцип обратной связи в сотворчестве преподавателей и слушателей в целях повышения эффективности образования;
- принцип поэтапного контроля качества образования.

Данное учебное пособие построено с учетом авторского опыта профессионального образования специалистов социальной медицины. Нами установлена эффективность акмеологического подхода в системе профессиональной подготовки специалистов социальной медицины по критерию динамики уровня творческой готовности специалистов к профессиональной деятельности.

Апробированные нами элементы обучения, позволяют оптимизировать процесс повышения квалификации, подготовки и переподготовки специалистов. Предлагаемые методики могут быть использованы в диагностике личностно-профессионального развития руководителей социальной медицины, оценке эффективности деятельности и определении перспектив их профессионального роста.

ОПЫТ СОЗДАНИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ МОДЕЛИ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Тореева Е.К.

Департамент здравоохранения мэрии г. Тольятти

Создавая структуру управления качества медицинской помощи (КМП) в г. Тольятти, было решено реализовать три различные организационные структуры: линейно-функциональную, дивизионную и матричную.

Линейно-функциональная структура организации заключается в том, что в штатном расписании лечебно-профилактического управления департамента здравоохранения имеется должность заместителя начальника управления по качеству медицинской помощи. Функционально ему подчинены все главные специалисты, линейно подчиняющиеся начальнику управления.

В каждом муниципальном учреждении здравоохранения выделен человек, ответственный за экспертизу и обеспечение КМП. Организационно-методическое руководство этой деятельностью осуществляет заместитель начальника управления по КМП в соответствии с дивизионным подходом к структуре организации.

Матричная структура заключается в том, что ежегодно, согласно плану, утвержденному департаментом здравоохранения, в городе проводится несколько проектов, направленных на тщательный анализ ситуации в здравоохранении, выявление значимых для города проблем, проведение тематической экспертизы КМП, принятие и реализация управленческого решения, направленного на улучшение ситуации. С этой целью создается команда специалистов из сотрудников департамента, учреждений здравоохранения и имеющегося в городе НП «Центр экспертизы обеспечения прав пациентов и врачей». Данная проектная группа создается временно для решения поставленных перед ней задач.

Таким путем были реализованы проекты по улучшению КМП при острых нарушениях мозгового

кровообращения, желудочно-кишечных кровотечениях, политравмах, перинатальных поражениях центральной нервной системы у детей 1-го года жизни и др.

Управленческий цикл при каждом организационном подходе имеет свои особенности.

Организация реализации принятого решения и административный контроль результатов во всех случаях осуществляется департаментом здравоохранения.

Система управления качеством медицинской помощи является частью комплексной программы развития и реформирования здравоохранения г. Тольятти.

В начале 1996 г. при поддержке мэрии и городской ассоциации врачей было создано некоммерческое партнерство «Центр экспертизы обеспечения прав пациентов и врачей» в качестве независимой экспертной организации городской системы управления КМП. Кроме этого, Департамент здравоохранения мэрии г.о. Тольятти, страховая медицинская компания «АСКО-ВАЗ», в целях более полной реализации прав и интересов пациентов, заключили соглашение с общественной организацией «Лига защитников пациентов» о совместной работе по оценке деятельности медицинских организаций.

Опыт работы г. Тольятти подтвердил реальную возможность оценки деятельности конкретной медицинской организации и действенного управления качеством медицинской помощи на основе этой оценки. Не случайно две клинические больницы города стали участниками федерального пилотного проекта, направленного на улучшение качества услуг в здравоохранении.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ШКОЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ В МУНИЦИПАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ

Французова Т.М., Смирнова В.А.

Департамент здравоохранения Ивановской области

Численность детского населения уменьшается, состояние здоровья школьников ухудшается по ряду причин, растет число детей с хронической патологией — к 18 годам на диспансерном учете состоят 35% школьников, процент годности к военной службе не превышает 67,7%, проблемы с репродуктивным здоровьем отмечаются у 39% мальчиков и 41% девушек, увеличивается число бесплодных браков. Решить эти вопросы без школьной медицины практически невозможно. В то же время нельзя не видеть, что школьная медицина в настоящее время «больна». С одной стороны, потребность в медицинской помощи в школах растет — увеличивается число обращений по остро возникшим проблемам в здоровье (до 50 обращений в день к школьному врачу по поводу вегетососудистых дистоний, обмороков, травм, обострений хронических заболеваний и других симптомов, мешающих учебному процессу); 90% симптомов, мешающих учебному процессу; 90% призывок проводится детям школьного возраста; значительное количество детей осматривается в рамках ежегодной диспансеризации. С другой стороны — возможности реализации медицинской деятельности в школе крайне ограничены (отсутствие медицинских кабинетов, их состояние, оснащение, компьютеризация, кадровые проблемы). При таком дисбалансе между потребностью и возможностями эффективность службы низкая.

Укомплектованность учебными персоналом в образовательных учреждениях Ивановской области составляет в городской местности 97,1%, в сельской местности 50%, средним медицинским персоналом 95,5% и 77,4% соответственно. При достаточно высокой укомплектованности врачами в городских школах серьезного влияния на здоровье школьника нет.

Современные условия определяют необходимость изменения статуса врача образовательного учреждения. Те функции, которые возложены на него в существующей модели, недостаточны для воздействия на здоровье ребенка. Эффективность

воздействия может быть достигнута только в результате согласованной работы так называемой «школьной команды» — врача, педагога, психолога. На территории нашей области создан и функционирует «Центр здоровья школьника», который формирует единый банк данных о здоровье учащихся образовательных учреждений; проводит подготовку «школьных команд» по специально разработанной программе, оказывает помощь в диагностике заболеваний, используя элементы телемедицины, восполняет объем медицинских услуг в школах, где отсутствуют врачебные кадры (прежде всего малокомплектные школы и школы, отдаленные от областного центра).

Изменение статуса врача школы обуславливает необходимость расширения его функций. Мы имеем опыт работы двух школ областного центра по системе «единого педиатра», когда врач школы обслуживал ребенка как в период острого заболевания, так и в дальнейшем. Профессиональный уровень врача был значительно выше, ребенку было гораздо лучше, т.к. наблюдение за ним не прерывалось и не нужно было лишний раз посещать территориальные поликлиники. Но не был решен вопрос об оплате, и хорошее дело осталось в памяти. Наряду с этим в ряде школ областного центра были созданы реабилитационные микроцентры, использовались выездные диагностические и реабилитационные бригады.

В настоящее время в ряде школ реализуется проект «Здоровая школа». С учетом того, что в структуре хронической заболеваемости первое место у подростков занимают болезни органов пищеварения, начата работа именно по этому разделу. Модернизация действующей модели медицинского обслуживания школьников жизненно необходима. Не могут быть одинаковыми подходы к образовательным школам и школам-интернатам и детским домам. Целесообразно модернизацию школьной медицины сделать частью приоритетного национального проекта.

РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЬНЫМ

Чернобровый В.Ф., Орлова С.Н., Шибачева Н.Н., Осипова М.М., Машин С.А., Федоровых Л.П., Федосеева Е.С., Довгалюк Т.И., Лебедев С.Е., Лаврух И.Ф., Абрамова Е.А.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»
МУЗ «Городская клиническая больница №1», г. Иваново

Проблема внутрибольничных инфекций (ВБИ) в последние годы приобрела исключительно большое значение. Инфекционные болезни имеют свои особенности эпидемиологии, которые выражаются

в своеобразии механизмов и факторов передачи. При несоблюдении установленных норм в возникновении, поддержании и распространении ВБИ особую роль играет медицинский персонал.

Большое значение в организации работы среднего и младшего персонала по профилактике ВБИ принадлежит главной и старшим сестрам больницы, которые и осуществляют внутренний контроль.

Работа проводится по нескольким направлениям:

1. Обучение персонала (профессиональная учеба, конференции, практические занятия, индивидуальные зачеты по санитарно-эпидемическому режиму, тестирование).
2. Рабочее место медицинской сестры и санитарки — обеспечены памятками, инструкциями, методическими рекомендациями.
3. Контроль осуществляется за: правильностью обработки медицинского инструментария и предметов ухода; занятиями по охране труда; качеством проведения текущей и генеральных уборок; качеством бактерицидного облучения; бактериологическим мониторингом санитарно-показательной флоры; сбором и утилизацией отходов; санитарным состоянием отделений.
4. Противоэпидемические мероприятия включают: своевременное введение карантинных мероприятий; чередование дезинфектантов; строгое соблюдение мер личной профилактики персонала.
5. Охрана здоровья медицинского персонала: правильная организация труда, наличие укладок по оказанию индивидуальной помощи.

Медицинским сестрам отводится основная роль организатора, исполнителя и контролера в работе по профилактике ВБИ в лечебно-профилактических учреждениях.

Одной из проблем XXI в. является рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией. Как известно, ВИЧ-инфекция является социально значимым заболеванием. Работать с ВИЧ-инфицированными пациентами очень сложно и в психологическом плане (пациенты испытывают постоянные психосоциальные трудности), и в эпидемиологическом (медсестра должна хорошо знать возможные пути передачи болезни).

Установление диагноза «ВИЧ-инфекция» — экстремальная ситуация для пациента и большой удар по его психике. Хочется отметить, что пациенты, страдающие наркоманией, не придают особого значения выявлению у них этого диагноза. Они создают семьи, рожают детей, зная о том, что заражены, и несут уголовную ответственность за возможное заражение окружающих, но не ставят в известность своих близких «друзей».

Психологические проблемы, с которыми сталкивается больной, связаны с чувством неуверенности в сохранности семьи, работы, друзей; единственным нейтральным человеком, знающим причину проблемы, является медработник. Установлено, что медицинская сестра проводит значительно больше времени в общении с больными, по сравнению с лечащим врачом, поэтому у нее выше шансы войти в доверительные отношения с больными. Ува-

жительное поведение медработника дает больному ощущение безопасности и усиливает сознание собственного достоинства. Очень опасно нетерпение медсестры, ее небрежность в выражениях, безразличное отношение к собеседнику. Недостаточное владение медработниками навыками общения и невнимание к особенностям психического состояния пациентов приводит к провоцированию конфликтных ситуаций, а также к проявлению агрессии со стороны больного человека.

Еще сложнее складывается общение с пациентами, находящимися в терминальной стадии СПИДа, когда у больных нарастают личностные расстройства. Понимание неизбежности смерти вызывает у человека страх. Медсестра должна как можно дольше общаться с умирающим больным, внимательно выслушивать его жалобы и, по возможности, выполнять его просьбы. Помощь в уходе, психологическую поддержку могут оказать близкие больного — его родители, супруга/супруг, друзья. Следует учитывать, что умирающие пациенты часто предпочитают больше говорить, чем слушать окружающих. Важно предоставить им такую возможность.

Следует соблюдать универсальные меры предосторожности при возможном контакте с биологическими жидкостями и расценивать их как потенциально опасные.

Медсестра должна проявлять не только тактичность и сочувствие к больному, но и разъяснять важность приверженности к лечению. Необходимо вселить в страдающего человека надежду о том, что у него не все еще потеряно, так как ученые во всем мире активно занимаются поисками эффективных средств лечения и профилактики данной инфекции.

На многолетнем опыте работы МУЗ «Городская клиническая больница № 1» с ВИЧ-инфицированными (более 10 лет) мы пришли к выводу:

1. Оказание стационарной помощи ВИЧ-инфицированным должно осуществляться изолированным постом персонала.
2. Размещаться ВИЧ-инфицированные больные должны в отдельном отделении (корпусе).
3. Средний медицинский персонал, работающий с ВИЧ-инфицированными больными, должен пройти соответствующую психологическую подготовку и сам владеть приемами оказания психологической помощи.
4. Разрешать (по согласованию с лечащим врачом и старшей медсестрой) свободный доступ близких к больному.
5. Нормативная нагрузка на обслуживающий персонал должна быть сокращена как минимум в два раза.
6. Денежная компенсация персоналу за работу с ВИЧ-инфицированными больными, установленная на конец 2007 г., катастрофически мала.