

УДК 005.6:61

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ УПРАВЛЕНИЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ, ОКАЗЫВАЮЩИМИ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Куницына Н.М.*Медицинский центр «Поколение», Белгород, e-mail: kun_nm@list.ru*

В статье представлены результаты собственного медико-организационного исследования по разработке стандартов управления для учреждений, оказывающих помощь пожилым гражданам. Показано, что методической основой управления системой этапной профилактики инвалидности являются дифференциация постановки цели и задач на этапах, организация деятельности персонала по бригадному методу, объединение разрозненных мероприятий в единые трехэтапные технологии, мотивация труда персонала, проведение анализа, учета и контроля, разработка табеля оснащения оборудованием для проведения реабилитационной диагностики и выполнения индивидуальных программ, разработка формулярного перечня медикаментов для служб, осуществляющих профилактику инвалидности, временное планирование. Обоснована центральная роль амбулаторно-поликлинических учреждений в оказании медицинской помощи пожилым людям.

Ключевые слова: пожилые люди, медицинская помощь, управление

THE SOME QUESTIONS OF MANAGEMENT OUT-PATIENTS DEPARTMENT AND POLYCLINIC INSTITUTION PROVIDING MEDICAL SERVICE FOR SENIORS

Kunitzyna N.M.*Medical Centre «Pokolenie», Belgorod, e-mail: kun_nm@list.ru*

The results of own investigations in fields of standards of management for institutions for seniors are presented in this article. It is proved, that the methodological base of management of step-by-step rehabilitative system are the following points – the differentiation of aims and tasks at different stages, organization of the work of personnel according to brigade principle, unifying of medical measures at polyclinics, hospital and sanatorium at one unit, the motivation of personnel activity, analyzing of the results, working out the principles of supplying by medical instruments and devices for rehabilitation diagnosis and conducting of rehabilitation programs, working out the medical formulars for medical services wich provide preventive and rehabilitations programs, working out timetable of rehabilitation. In article the central role of polyclinics in management of elders is proved.

Keywords: older persons, medical aid, management

Профилактика инвалидности – одно из ведущих направлений в работе учреждений медицинского профиля, работающих с гражданами старших возрастных групп. Управление (менеджмент) в системе этапной профилактики инвалидности у пожилых больных рассматривается как процесс распределения и движения ресурсов в группе ЛПУ, на базе которых имеются соответствующие отделения (отделения МР, отделения ВЛ и прочие) с заранее заданной целью, по заранее разработанному графику и с непрерывным контролем результатов деятельности. Проблема управления и менеджмента по отношению к службе профилактики инвалидности до сих пор серьезно не рассматривалась, а имеющиеся разработки носят фрагментарный характер [1–3]

Цель настоящей работы – разработать стандарты управления при реализации программ профилактики инвалидности для учреждений, оказывающих помощь пожилым гражданам

Материал и методы исследования

Проведено изучение состояния профилактики инвалидности на поликлиническом, стационарном и са-

наторном этапах. Всего изучено 2858 медицинских технологий. При этом на амбулаторно-поликлиническом этапе обобщены данные в совокупности 1240, стационара – 942, санатория – 676 технологий ведения пациентов разного профиля, включая терапевтический, хирургический, травматологический, неврологический и пр. Использованы методы клинического наблюдения, экспертного анализа, математико-статистической обработки, организационного эксперимента.

Результаты исследования и их обсуждение

Основными функциями управления, которые мы рассматриваем, являются постановка целей и задач; планирование; организация и руководство; мотивация труда; контроль, учет и анализ.

Постановка целей и задач

В соответствии с данными, которые мы получили при проведении исследований по изучению качества и эффективности профилактики инвалидности у пожилых больных терапевтического профиля, изучения профилактических и реабилитационных программ и составляющих их методов, результатами экспертной оценки, целесообразно выделить следующие цели и задачи профилактики инвалидности (по отноше-

нию к больным с разным ФК они имеют некоторые различия).

Цель этапной профилактики инвалидности больных с хроническими заболеваниями в пожилом и первом ФК (потенциальная угроза инвалидности), по результатам проведения экспертной оценки, заключается в предупреждении утяжеления заболевания, перехода во второй ФК, улучшении медико-социальных показателей течения заболеваний, $\chi^2 = 7,1, p < 0,05$.

С учетом многокомпонентности клинические программы по профилактике инвалидности, по данным экспертной оценки, должны способствовать достижению следующих задач:

1) улучшение показателей физической работоспособности (посредством кинезотерапевтических мероприятий), $\chi^2 = 7,9, p < 0,05$;

2) повышение уровня повседневной активности, включая бытовую активность и профессиональную деятельность (достигается путем применения трудотерапии, эрготерапии), $\chi^2 = 7,5, p < 0,054$;

3) улучшение или стабилизация физического статуса, $\chi^2 = 8,3, p < 0,05$;

4) повышение КЖ в разделах физическая работоспособность, психологическая, социальная, семейная составляющие, $\chi^2 = 9,8, p < 0,05$;

5) повышение уровня знаний пациента о своем заболевании (на основе занятий в «школах больных»), $\chi^2 = 6,9, p < 0,05$;

6) уменьшение влияния факторов риска, снижение вредных привычек, а также сопутствующих состояний и заболеваний, оказывающих влияние на течение основной патологии, по поводу которой проводятся реабилитационные мероприятия:

6.1) курение (прекращение, снижение интенсивности), $\chi^2 = 7,1, p < 0,05$;

6.2) снижение артериального давления, $\chi^2 = 8,7, p < 0,05$;

6.3) снижение или стабилизация (при уменьшенной) массы тела, $\chi^2 = 7,1, p < 0,05$;

6.4) повышение уровня физической активности, $\chi^2 = 7,3, p < 0,05$;

6.5) нормализация стереотипа питания, $\chi^2 = 7,1, p < 0,05$;

6.6) повышение приверженности к лекарственной терапии и реабилитационным мероприятиям, $\chi^2 = 7,2, p < 0,05$;

6.7) рациональное трудоустройство, наличие удовлетворенности от работы, $\chi^2 = 7,4, p < 0,05$;

6.8) уменьшение ВН (у работающих пенсионеров), $\chi^2 = 7,1, p < 0,05$;

6.9) снижение госпитализированной заболеваемости, $\chi^2 = 6,5, p < 0,05$;

6.10) снижение частоты обострений, $\chi^2 = 7,6, p < 0,05$.

Целью этапной профилактики инвалидности у пожилых больных с хронической патологией терапевтического профиля и вторым ФК (реальная угроза инвалидности) заключается в стабилизации состояния больного и недопущении формирования инвалидности.

С учетом более тяжелого состояния пожилого больного (прединвалидность) программы по профилактике инвалидности решают следующие задачи:

1) улучшение или поддержание на исходном уровне физической работоспособности больного, $\chi^2 = 7,1, p < 0,05$;

2) повышение уровня физической активности, активности повседневной деятельности, $\chi^2 = 6,9, p < 0,05$;

3) стабилизация физикального статуса, $\chi^2 = 7,3, p < 0,05$;

4) повышение КЖ, $\chi^2 = 7,0, p < 0,05$;

5) повышение уровня знаний больного об имеющемся у него заболевании, по поводу которого проводится МР, $\chi^2 = 6,9, p < 0,05$;

6) уменьшение влияния факторов риска, уменьшение вредных привычек и снижение негативного влияния сопутствующих заболеваний (синдром взаимного отягощения), $\chi^2 = 7,2, p < 0,05$;

7) трудоустройство согласно рекомендациям врача-реабилитолога с исключением производственных факторов, оказывающих травмирующее и антисаногенное влияние, $\chi^2 = 7,1, p < 0,05$;

8) предупреждение инвалидности, возможно за счет увеличения ВН и увеличения количества госпитализаций с целью проведения МР, $\chi^2 = 7,7, p < 0,05$.

Таким образом, согласно данным экспертной оценки, технология этапной профилактики инвалидности должна обеспечивать повышение показателей физической работоспособности, уровня повседневной активности и КЖ. Для больных со вторым ФК важно обеспечить улучшение или по крайней мере стабилизацию состояния, что способствует предупреждению формирования значительных ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности. Главное отличие в реализации программ у больных первого и второго ФК заключается в том, что в последнем случае профилактика инвалидности достигается ценой увеличения частоты госпитализаций, удлинения сроков ВН.

Мотивация труда, учет и контроль

После принятия организационных решений важным аспектом управленческой деятельности является мотивация труда, регулирование и разрешение конфликтов в организации.

Таблица 1

Факторный анализ влияния особенностей технологий профилактики инвалидности на их качество

Факторный анализ влияния рекомендаций при переводе пациента на другой этап профилактики инвалидности на качество медицинской технологии		
Рекомендации по применению метода	Факторная нагрузка	Ранговое место
Медикаментозный метод	0,834	1
ЛФК	0,521	3
Физиолечение	0,304	6
Фитотерапия	0,395	5
Модификация поведения	0,725	2
Гидротерапия	0,407	4
Факторный анализ влияния последовательности этапов на эффективность трехэтапной профилактики инвалидности		
Последовательность этапов	Факторная нагрузка	Ранговое место
Поликлиника – стационар – санаторий – поликлиника	0,817	2
Поликлиника – санаторий – стационар – поликлиника	0,401	5
Поликлиника – санаторий – поликлиника – стационар – поликлиника	0,927	1
Стационар – санаторий – поликлиника	0,705	3
Санаторий – поликлиника – стационар – поликлиника	0,602	4

Таблица 2

Факторный анализ влияния продолжительности интервалов между курсами на эффективность мероприятий по профилактике инвалидности

Последовательность этапов	Продолжительность интервала между курсами	Факторная нагрузка	Ранговое место
Санаторий – Поликлиника	До 1 месяца	0,605	1
	2–3 месяца	0,204	2
	4–5 месяцев	0,101	3
Стационар – Санаторий	0–5 дней	0,601	1
	6–10 дней	0,105	2
	11–15 дней	0,91	3
Поликлиника – Стационар	0–1 день	0,907	1
	2–5 дней	0,92	2
	Свыше 5 дней	0,83	3

Мотивация труда рассматривается как процесс побуждения к труду, при этом учитываются содержательные и процессуальные теории мотивации. Содержательные теории в качестве побудительных мотивов к труду рассматривают внутреннее содержание человека, его потребности. Согласно процессуальным теориям, мотивация возникает в процессе труда. В реабилитационных отделениях ЛПУ, на базе которых проведено исследование, наиболее часто используются процессуальные теории мотивации, в частности, модель Портера-Лоулера. Согласно этой модели, результаты труда рассматриваются как функция внешнего вознаграждения (зарплата, значимость оплаты, уверенность в наличии связи между трудовым усилием и размером последующего вознаграждения) и внутреннего вознаграждения (похвала, продвижение

по службе и пр.). Если между размером внешнего вознаграждения и затраченными усилиями работника имеется однозначно воспринимаемая индивидуумом связь, то система мотивации срабатывает полностью; в противном случае работник частично мотивирован полученными результатами и получает только внутреннее вознаграждение за свой труд.

Для нормального функционирования описанной модели мотивации труда необходима справедливая система его оценки. В реабилитационных учреждениях для этого целесообразно внедрение системы оценки качества лечебно-профилактического (в данном конкретном случае – профилактического и реабилитационного) процесса. Система оценки качества состоит из 4 уровней.

Первый уровень – заведующий отделением медицинской реабилитации, который

производит оценку качества составления и реализации ИППР больного и инвалида по специально разработанной методике; второй уровень – заместитель главного врача ЛПУ по МСЭ и реабилитации; третий – экспертная комиссия учреждения – главный врач, заместитель главного врача, экономист; четвертый уровень – экспертная комиссия медицинского объединения, в которую включены заместители главных врачей по лечебной работе всех ЛПУ, которые входят в его состав. В зависимости от оценки качества деятельности врачебного и сестринского персонала отделений реабилитации производится начисление премии (материальное стимулирование).

Система контроля качества позволяет также реализовывать другую процессуальную теорию мотивации – постановки целей Эдвина Локка. В соответствии с ней мотивация человека определяется его целями и удовлетворенностью результатами труда. Постановка целей является осознанным процессом, предполагающим будущие намерения работника. Результаты работы индивида зависят от сложности цели, ее особенностей, выгодности (приемлемости) для работника, готовности человека приложить определенные усилия для достижения цели. В процессе оказания помощи в качестве цели рассматривается соблюдение стандартов ведения больных и инвалидов. В стандартах регламентированы вопросы отбора, составления ИППР, динамического наблюдения за пациентом, оценка эффективности проведенных мероприятий. Оценка деятельности врача и медицинской сестры в отделении МР проводится в соответствии со стандартами ведения больных. Стандарты позволяют четко сформулировать будущую цель – выработку адекватной тактики ведения больного и по окончании реабилитации, позволяют объективизировать оценку деятельности персонала, позволяют унифицировать цель (в соответствии с теорией Эдвина Лока), прояснить для персонала ситуацию, ориентировать врачей и сестер не на быстрое достижение цели, а на качество оказания реабилитационной помощи. Кроме того, система оценки качества профилактики инвалидности и стандарты ведения больных создают предпосылки для формирования технологической дисциплины, что является важным вкладом в регулировании и разрешении конфликтов.

Стабилизирующую роль в «цикле управления» занимает контроль. Контроль – это функция управления, которая позволяет оперативно принимать управленческие решения и стабилизировать ситуацию в случае ее негативного развития. Одновременно с контролем выполняется учет, под которым понимаются подведение итогов деятельности в краткосрочном периоде, т.е. как бы мгновенный срез деятельности отделения МР на данный момент времени.

Для осуществления регулирования и контроля необходимо иметь четкую систему получения первичной статистической информации в отделениях МР, в основном – учет их посещаемости больными.

Заключение

Таким образом, методической основой управления системой этапной профилактики инвалидности являются: дифференциация постановки цели и задач на этапах, организация деятельности персонала по бригадному методу, объединение разрозненных мероприятий в единые трехэтапные технологии, мотивация труда персонала, проведение анализа, учета и контроля, разработка табеля оснащения оборудованием для проведения реабилитационной диагностики и выполнения индивидуальных программ, разработка формулярного перечня медикаментов для служб, осуществляющих профилактику инвалидности, временное планирование (годовое и посуточное).

Список литературы

1. Ильницкий А.Н. Система этапной медицинской реабилитации // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2003. – № 4. – С. 51–53.
2. Whiteneck G. Measuring what matters: key rehabilitation outcomes // Arch. Phys. Med. Rehabil. – 1994. – № 75. – P. 1073–1076.
3. Wilkerson D.L., Batavia A.T., DeJong G. Use of functional status measures for payment of medical rehabilitation services // Arch. Phys. Med. Rehabil. – 1992. – № 73. – P. 111–120.

Рецензенты:

Белый Ю.А., д.м.н., профессор, зам. директора по науке Калужского филиала ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. академика С.Н. Федорова Росмедтехнологии», г. Калуга;

Прощаев К.И., д.м.н., профессор, профессор кафедры внутренних болезней №2 Белгородского государственного университета, г. Белгород.

Работа поступила в редакцию 20.07.2011.