

## ЭФФЕКТИВНЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В РАБОТЕ УЧАСТКОВОЙ СЛУЖБЫ

**Д.Е.Шевцов**

Председатель Белорусской ассоциации врачей, г. Минск, Республика Беларусь

*Эффективная работа организации здравоохранения, в первую очередь, зависит от того, насколько рационально используются трудовые ресурсы. Отмечено, что в отрасли здравоохранения республики сохраняется значительный кадровый дисбаланс в соотношении между врачами и сестринским персоналом, возрастают нагрузки на тех и других, приводящие к профессиональной неудовлетворенности, оттоку кадров, выполнению врачами не свойственных им функций. Фактором, препятствующим повышению эффективности работы первичного звена, является, в том числе, недооценка роли средних медицинских работников, которые должны во многом облегчить работу врача-специалиста. Оценен опыт работы помощника врача в учреждении здравоохранения «34-я центральная районная клиническая поликлиника Советского района г. Минска». Сделан вывод о том, что введение должности помощника врача является своевременным, актуальным и позволяет упорядочить работу терапевтического участка в целом и четко разграничить функции между врачом, помощником врача и участковой медицинской сестрой. Введение данной должности позволяет как улучшить качество и доступность медицинской помощи населению, так и высвободить врача для выполнения более свойственных ему функций. Кроме того, введение должности помощника врача позволило повысить престиж среднего медицинского работника, а, следовательно, повысить мотивацию к труду, что сказалось и на удовлетворенности пациентов в полученной медицинской помощи.*

Улучшение здоровья населения, а значит и медико-демографических показателей зависит от работы всех организаций здравоохранения, от предоставления доступных и качественных медицинских услуг, раннего выявления факторов риска развития патологии, недопущения хронизации и обострения хронических заболеваний. При этом, эффективная работа организации здравоохранения, в первую очередь, зависит от того, насколько рационально используются трудовые ресурсы.

В настоящее время в отрасли здравоохранения республики сохраняется значительный кадровый дисбаланс в соотношении между врачами и сестринским персоналом, возрастают нагрузки на средний медицинский персонал, его неудовлетворенность и, как следствие, отток квалифицированных сестринских кадров из системы здравоохранения.

В то же время, средний медицинский персонал – это важное звено здравоохранения. В связи с происходящими в стране процессами реструктуризации и реформирования здравоохранения роль и значение специалистов среднего звена и их ответственность за результаты своего труда существенно возрастают.

Реформирование здравоохранения, характеризующееся расширением самостоятельности организаций здравоохранения, изменениями социаль-

но-экономических условий, усиливает спрос на высококвалифицированные сестринские кадры. Сегодня одним из ведущих ориентиров кадровой политики системы здравоохранения является эволюция сестринской профессии с расширением профессиональных функций, эффективным использованием потенциальных возможностей медицинских сестер.

Создание эффективной системы управления деятельностью сестринских служб, способной формировать в практическом здравоохранении среду для использования медсестер современного уровня, становится важнейшей составляющей системы управления качеством в здравоохранении.

Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 08.06.2009 г. №61 «Об утверждении номенклатуры должностей служащих с высшим и средним медицинским и фармацевтическим образованием» введена должность помощника врача по амбулаторно-поликлинической практике. Введение данной должности направлено на значительное расширение функции средних медицинских работников и уменьшение нагрузки врача на приеме пациентов.

В силу ряда особенностей (хроническая неукomплектованность врачами-терапевтами участковыми; высокая общая смертность обслуживаемого населения, в том числе от основных клас-

сов неинфекционных заболеваний; необоснованно длительные сроки очередности на проведение высокотехнологичных диагностических исследований для амбулаторных пациентов, зачастую из-за низкого контроля за качеством отбора пациентов; невыполнение участковыми терапевтами в должной мере координирующих, интегрирующих функций, что сказывалось на общем числе посещений; практически полное отсутствие профилактической работы с населением со стороны участковых терапевтов, о чем свидетельствовали высокая доля хронических заболеваний, первичной инвалидности; высокий уровень госпитализации населения и вызовов скорой медицинской помощи; отток врачебных кадров, что связано со значительной нагрузкой на врачебный персонал и неудовлетворенностью своей профессиональной деятельностью) учреждения здравоохранения «34-я центральная районная клиническая поликлиника Советского района г. Минска» (34 ЦРКП) администрацией данной организации в начале 2010 г. был запущен эксперимент по вводу помощника врача-терапевта участкового.

На момент ввода данной должности не было ни четко разработанного положения о помощнике врача с определением его функциональных обязанностей, ни модели взаимодействия врача-терапевта участкового, помощника врача-терапевта участкового и медицинской сестры врача-терапевта участкового.

Поэтому на первом этапе был разработан ряд документов, регламентирующих работу помощника врача-терапевта участкового. Приказом главного врача 34 ЦРКП от 22.02.2011 г. №98 утверждены: положение об экспериментальном терапевтическом участке; структура экспериментального терапевтического участка; список улиц экспериментального терапевтического участка; положение о помощнике врача-терапевта участкового; перечень контингентов, подлежащих диспансерному наблюдению помощником врача в терапевтическом отделении; табель оснащения кабинета помощника-врача; перечень учетно-отчетной документации помощника врача; нормативы времени на амбулаторном приеме и визитах на дому помощника врача; алгоритм работы помощника врача по наблюдению пациентов на дому; должностная инструкция помощника врача-терапевта участкового экспериментального участка; должностная инструкция медицинской сестры участковой экспериментального терапевтического участка; должностная инструкция медицинской сестры участковой патронажной экспериментального терапевтического участка.

В положении о помощнике врача-участкового было определено, что на должность помощника врача назначается:

- фельдшер (медицинская сестра) высшей квалификационной категории, имеющий высшее медицинское образование по специальности «Сестринское дело» или среднее медицинское образование по специальности «Лечебное дело» и стаж работы в должности фельдшера (помощника врача) 1 квалификационной категории не менее 3 лет;

- фельдшер (помощник врача) 1 квалификационной категории, имеющий высшее медицинское образование по специальности «Сестринское дело» или среднее медицинское образование по специальности «Лечебное дело» и стаж работы в должности фельдшера (помощника врача) 2 квалификационной категории не менее 3 лет;

- фельдшер (помощник врача) 2 квалификационной категории, имеющий высшее медицинское образование по специальности «Сестринское дело» или среднее медицинское образование по специальности «Лечебное дело» и стаж работы в должности фельдшера (помощника врача) не менее 3 лет;

- фельдшер (помощник врача), имеющий высшее медицинское образование по специальности «Сестринское дело» или среднее медицинское образование по специальности «Лечебное дело» без предъявления требований к стажу работы.

Помощник врача работает под непосредственным контролем врача-терапевта участкового, общее руководство осуществляется заведующим терапевтическим отделением.

Основными задачами помощника врача являются:

- обеспечение медицинского обслуживания населения в учреждениях здравоохранения и на дому в пределах своей компетенции;

- проведение комплекса профилактических, лечебных, диагностических и реабилитационных мероприятий;

- осуществление самостоятельного приема в поликлинике больных под контролем врача-терапевта участкового;

- организация учета и динамика наблюдения за различными группами пациентов диспансерного учета;

- определение показаний для направления на консультацию к врачу-специалисту (терапевту, профильному врачу);

- выписка рецептов в соответствии с назначениями врача;

- оказание доврачебной, неотложной помощи; осуществление активного патронажа пациентов на дому;

участие в профилактических осмотрах населения;

проведение иммунопрофилактики взрослому населению;

осуществление выписки справок, ведение учетно-отчетной документации;

осуществление санитарного надзора, организации и проведения противоэпидемических мероприятий;

проведение санитарно-просветительской работы среди населения, гигиенического обучения и воспитания, пропаганды здорового образа жизни.

осуществление осмотра пациентов перед проведением иммунизации.

Также было определено, что помощник врача должен знать нормативные правовые акты и другие руководящие материалы по вопросам здравоохранения, протоколы оказания неотложной медицинской помощи населению, принципы профессиональной деятельности по избранной специальности, организационные, диагностические, лечебные, профилактические мероприятия при заболеваниях у взрослого и детского населения, основные аспекты амбулаторной помощи, показатели состояния здоровья населения, основы трудового законодательства, правила и нормы охраны труда и пожарной безопасности.

Помощник врача организует проведение диспансеризации. Врачи-терапевты участковые передают под наблюдение помощника врача пациентов диспансерного учета группы ДЗ. Помощник врача оформляет картотеку пациентов диспансерного учета группы ДЗ и приглашает пациентов, в соответствии с планом диспансерного наблюдения, на диспансерный осмотр; проводит осмотр пациента: физикальный осмотр, тонометрию, подсчет частоты пульса и дыхания; оценивает результаты проведенных специальных методов исследования; выписывает рецепты для продолжения лечения, ранее назначенного врачом; при выявлении ухудшения состояния пациента в динамике оформляет направление на консультацию к врачу-терапевту участковому или врачам-специалистам соответствующего профиля; направляет на консультирование к врачу-терапевту или к врачу-специалисту соответствующего профиля пациентов при выявлении у них признаков первичного заболевания для уточнения диагноза и назначения лечения; проводит анализ диспансеризации пациентов и докладывает его результаты на производственных совещаниях в отделениях 1 раз в месяц.

Заведующий отделением осуществляет подбор визитов на дому, подлежащих выполнению помощником врача и осуществляет ежедневный кон-

троль за выполнением помощниками врача визитов на дому. Помощник врача оказывает медицинскую помощь на дому в рамках своей компетенции, выписывает рецепты в соответствии с назначением врача, в том числе для льготной категории лиц, организует консультации больных участковым врачом или врачом-специалистом по медицинским показаниям; информирует врача-терапевта участкового о выполнении диагностических и лечебных процедур, обо всех случаях нарушения режима больными, невыполнения противоэпидемических требований инфекционными больными, оставленными для лечения на дому.

Определен перечень контингентов, подлежащих диспансерному наблюдению помощником врача в терапевтическом отделении, а именно: диспансерная группа пациентов по следующим нозологическим формам: хроническая ИБС при стабильном состоянии гемодинамики; артериальная гипертензия I–II степени; язвенная болезнь 12-перстной кишки; состояние после перенесенной ангины, острой неосложненной пневмонии, острого тонзиллита; деформирующий остеоартроз; лица из 3-й клинической группы, переданные из МГКОД; ветераны войн; одинокие; одиноко проживающие; пациенты, нуждающиеся в паллиативной помощи; онкологические больные 4-й клинической группы; пациенты, часто вызывающие бригады скорой медицинской помощи.

Нормативы времени на амбулаторном приеме и визитах на дому помощника врача составили:

число посещений на 1 час приема – 4,0;

число посещений на дому на 1 час – 2,0.

Был согласован алгоритм работы помощника врача по наблюдению пациентов на дому, в котором определено, что помощник врача активно посещает пациентов на дому с целью своевременного выявления ухудшения в состоянии пациентов с выполнением следующих мероприятий:

осмотр пациента с измерением артериального давления, пульса, температуры тела, осмотром кожных покровов, видимых слизистых, периферических лимфоузлов, щитовидной железы, молочных желез (у женщин);

аускультативное исследование органов грудной клетки, пальпаторное и перкуторное исследование органов брюшной полости;

определение пульсации на *a.dorsalispedis*, наличия отека нижних конечностей;

решение вопросов дообследования пациента;

осуществление контроля за выполнением пациентами рекомендаций врача и наличия медикаментов;

обучение пациентов оказанию самопомощи при неотложных состояниях;

информирование лечащего врача об изменениях в состоянии здоровья пациентов, определение совместно с лечащим врачом ИПР для пациентов и контроль за их выполнением.

Очень важно было определить модель взаимодействия врача-терапевта участкового, помощника врача-терапевта участкового и медицинской сестры врача-терапевта участкового. В результате была предложена следующая модель: один врач-терапевт участковый – два помощника врача-терапевта участкового – 3 участковые медицинские сестры (рис.).

Следующим шагом на базе 1 терапевтического отделения 34 ЦРКП был организован экспериментальный терапевтический участок, в состав которого вошли 1, 2 и 4 терапевтические участки. В составе экспериментального участка работали 3 участковых медицинских сестры, два помощника врача-терапевта участкового и один врач-терапевт участковый.

Планы обучения, утвержденные администрацией поликлиники, включали: ознакомление с работой и функциями среднего медицинского персонала терапевтического отделения; освоение функций, выполняемых средним медицинским персоналом на конкретном терапевтическом участке; непосредственную работу помощником врача на вверенном терапевтическом участке.

При устройстве на работу в должности помощника врача-терапевта участкового фельдшер проходит обучение в отделении, которое длится в течение одного месяца. За это время сотрудник знакомится с особенностями работы участковой службы и конкретными функциями среднего медицинского персонала в терапевтическом отделении. На данном этапе ему поручаются следующие функции: выписка рецептов льготной категории граждан в отделении, выполнение патронажей, визитов к пациентам, имеющим хронические заболевания, часто вызывающим скорую медицинскую помощь. Обучение проходит под непосредственным патронажем заведующего отделением.



**Врач и медицинская сестра**



**Помощник врача и медицинская сестра**



**Помощник врача и медицинская сестра**

**Структура экспериментального терапевтического участка**

На втором этапе с целью изучения структуры терапевтического участка, включая половозрастную структуру, заболеваемость на участке, количество диспансерных пациентов в разрезе нозологий, льготные категории граждан, а также освоения функций среднего медицинского персонала на конкретном терапевтическом участке помощник врача закрепляется за определенным терапевтическим участком. Обучение также проходит под патронажем участковой медицинской сестры и непосредственным контролем заведующего отделением.

После завершения двух этапов обучения заведующим терапевтическим отделением принимается устный зачет, который позволяет оценить способность помощника врача приступить к самостоятельной работе.

На третьем этапе помощник врача приступает к самостоятельной работе на вверенном терапевтическом участке совместно с участковой медицинской сестрой, которая в данном случае выступает его помощником.

Первые результаты работы помощника врача позволили расширить его полномочия. С января 2011 г. три терапевтических участка объединены в два с численностью в среднем по 2500 человек. Структура медицинского персонала, обслуживающего эти участки, следующая:

два помощника врача с медицинскими сестрами, которые ведут прием на участке;

патронажная медицинская сестра, которая осуществляет выполнение патронажей, визитов к хроническим и часто вызывающим СМП пациентам, а также ведение флюороотеки и иммуноотеки на двух участках;

участковый врач (с медицинской сестрой), который руководит работой двух экспериментальных участков, осуществляет вторичный прием пациентов, консультирует и назначает лечение сложным пациентам, устанавливает окончательный диагноз и проводит при необходимости коррекцию лечения, решает вопрос о необходимости выдачи листка нетрудоспособности, направлении на госпитализацию.

Медицинские сестры врача, помощников врача и патронажная медицинская сестра работают на своих должностях по скользящему графику (по 1 месяцу).

При этом, время приема врача увеличено до 6 часов, а помощника врача – до 5 часов, так как последний обслуживает также визиты на дому.

Определен следующий алгоритм работы объединенных участков:

- помощник врача с медицинской сестрой ведет самостоятельный прием; оказывает помощь первичным пациентам; назначает лечение, повторную явку, при необходимости, наблюдает пациентов с хронической патологией, решает вопрос о консультировании пациентов врачом-терапевтом либо профильным специалистом; осуществляет выписку рецептов льготной категории граждан;

- врач осуществляет прием пациентов, направленных к нему помощником врача, с целью уточнения (постановки) диагноза, коррекции лечения, решение вопроса о нетрудоспособности, госпитализации, экспертных вопросов;

- прием визитов из регистратуры направляется к врачу, врач осуществляет дозвонки к пациентам и решает, какие визиты отдать патронажной медицинской сестре, какие передать помощнику врача, а какие обслужить на дому лично;

- на средний медицинский персонал возложена обязанность обеспечить обучение населения приемам оказания неотложной помощи и методам ухода за больными и нетрудоспособными лицами, что позволит облегчить решение ряда медико-социальных проблем силами населения и самих пациентов, а также сформировать медицинскую активность у населения, тем самым разрушив стереотип безразличия к собственному здоровью и потребительского отношения к системе здравоохранения в целом.

Функциональные обязанности медицинских сестер (врача, помощника врача, патронажной) четко регламентированы и не повторяются.

Работа экспериментального участка показала свою высокую эффективность, поскольку достигнуты хорошие результаты по всем основным показателям, а именно: общая заболеваемость снизилась на 6,7%, общая смертность по экспериментальному участку – практически на четверть (на 24,66%), смертность в трудоспособном возрасте – на 16,25%.

В структуре причин смерти прослеживается снижение смертности от онкопатологии (на 22,15%) и отсутствие смертности от данной нозологии в трудоспособном возрасте. Также отмечено значительное снижение смертности по причине БСК (на 34,87%) среди всего населения и на 30,21% в трудоспособном возрасте.

За год диспансерная группа экспериментального участка увеличилась на 23,24%. Получена высокая оценка населением работы помощника врача: 72% опрошенных положительно отнеслись к его работе.

Установлено, что с введением должности помощника врача-терапевта участкового и в результате его работы с населением по профилактике заболеваний отмечается повышение внимания последнего к своему здоровью.

Таким образом, введение должности помощника врача является своевременным, актуальным и позволяет упорядочить работу терапевтического участка в целом и четко разграничить функции между врачом, помощником врача и участковой медицинской сестрой.

Важно, что введение данной должности позволяет как улучшить качество и доступность медицинской помощи населению, так и высвободить врача для выполнения более свойственных ему функций. Кроме того, введение должности помощника врача позволило повысить престиж среднего медицинского работника, а, следовательно, повысить мотивацию к труду, что сказалось и на удовлетворенности пациентов в полученной медицинской помощи.

#### **EFFECTIVE ORGANIZATIONAL TECHNOLOGIES IN THE WORK OF CITY PRIMARY CARE SECTOR SERVICE**

**D.E.Shevtsov**

Chairman of the Belarusian Association of Physicians, Minsk, Republic of Belarus

The effective work of health care institutions, first of all, depends on how efficiently the human resources are used. It has been noted that a significant disbalance of human resources in the physicians/nurses ratio still remains. The increasing load on this personnel results in the professional dissatisfaction, the flow out of personnel, and the performance of unusual functions by physicians. The underestimation of the role of nurses who should greatly facilitate the work of a physician is also a factor hampering improvement of the primary care efficiency. The experience of the work of an assistant physician at the health care institution "Central District polyclinic No 34" of the Soviet district of Minsk has been evaluated. It has been concluded that the timely and relevant introduction of an assistant physician allows streamlining the therapeutic sector, in general, and distinguishing responsibilities between a physician, an assistant physician, and a sector nurse. In addition, introduction of this post makes it possible both to increase the quality and accessibility of medical care and to give more time for physicians to perform their direct functions. Besides, introduction of an assistant physician allows raising the prestige of nurses, and therefore increasing their motivation to work, that in its turn, affects the patients' satisfaction with medical care.