

## РЕАЛИЗАЦИЯ БРИГАДНОГО ПРИНЦИПА КАК ОДНО ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ КАДРОВОЙ ПОЛИТИКИ В ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ВРАЧЕЙ С ГЕРИАТРИЧЕСКИМИ ПАЦИЕНТАМИ

**Н.И. Жернакова<sup>1</sup>, А.Н. Ильницкий<sup>2</sup>  
И.С. Захарова<sup>1</sup>, Д.С. Медведев<sup>3</sup>  
К.В. Перельгин<sup>3</sup>, Г.И. Гурко<sup>3</sup>  
Н.М. Позднякова<sup>1</sup>, Н.М. Куницына<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>*Белгородский государственный университет*

<sup>2</sup>*Полоцкий государственный университет*

<sup>3</sup>*Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН*

*e-mail: zhernakova@bsu.edu.ru*

В настоящей статье изложена современная ситуация с организацией работы врачей, оказывающих гериатрическую помощь. Показана перспективность организация работы врачей по бригадному принципу.

Ключевые слова: гериатрическая помощь, бригадный принцип.

Спецификой деятельности персонала в гериатрических отделениях на любом этапе организации медицинской помощи является бригадный метод. Он заключается в том, что все врачи, которые оказывают помощь данному конкретному больному, объединяются в бригаду, причем один врач является ведущим, остальные дополняют его назначения в рамках своей специализации. Наибольшее распространение бригадный метод получил в учреждениях реабилитационного профиля [1, 2, 3].

Нами изучены принципы работы реабилитационной гериатрической бригады при хронической терапевтической патологии, сложившиеся в отечественных условиях организации здравоохранения.

В результате проведенного исследования выявлено, что в качестве лечащего врача, который проводил координацию лечебных и реабилитационных мероприятий, выступал в основном врач-терапевт (врач общей практики). Так, на санаторном этапе 100% руководителей бригады врачей имели именно эту специальность, на стационарном – 71,2+2,7%, на поликлиническом – 73,4+2,4%. Из врачей других клинических специальностей в поликлинике лечебно-реабилитационными мероприятиями руководили кардиолог (12,1+0,9% случаев), пульмонолог (5,3+0,2%), ревматолог (4,1+0,1%), прочие (3,2+0,2%). Следует отметить, что гериатр лишь в 2,0+0,1% случаев руководил проведением лечения и реабилитации, что свидетельствует о все еще недостаточном распространении этой специальности в системе организации помощи.

На стационарном этапе (общесоматические терапевтические отделения) складывается аналогичная ситуация. Кардиолог выступал в качестве лечащего врача и руководителя бригады в 10,1+0,5% случаев, пульмонолог – 6,2+0,2%, ревматолог – 5,4+0,1%, прочие – 3,0+0,3%. Частота присутствия в бригаде врача, имеющего подготовку по гериатрии, составляет 5,2+0,1% от общего количества врачей-специалистов, являвшихся руководителями бригад.

Безусловно, сам принцип многоукладности лечебно-реабилитационных мероприятий в пожилом и старческом возрасте, которые требуют применения большого количества методов, обуславливает необходимость привлечения значительного количества специалистов, владеющих отдельными методами МР. Например, на поликлиническом этапе для 79,1+2,9% больных (в расчете на 100 лиц, получавших лечение/реабилитацию) потребовалось привлечение дополнительных специалистов-консультантов уже при поступлении в отделение на лечение/реабилитацию. На ста-

ционарном этапе эта необходимость возникала в 81,2+3,1% случаев, а на санаторном – лишь в 7,1+0,9%, что, очевидно, обусловлено «нетяжелым» контингентом поступающих туда больных. Также при поступлении больные были дополнительно осмотрены следующими специалистами на этапах МР.

В поликлинических условиях – все пациенты осмотрены врачом ЛФК, физиотерапевтом, психотерапевтом. Надо заметить, что интенсивность охвата осмотрами этих специалистов велика и на других этапах организации медицинской помощи. Например, в стационарных отделениях интенсивность охвата осмотрами врачом ЛФК составляет 99,9+3,7%; физиотерапевтом – 98,5+3,4%; психотерапевтом – 71,3+2,9%. В санаторных условиях интенсивность осмотров врачом ЛФК составляет 97,1+3,5%, физиотерапевтом – 97,6+3,6%. Это обусловлено тем, что ядром реабилитационной программы являются активные кинезотерапевтические мероприятия, которые традиционно дополняются физиотерапевтическими методами и обязательным консультированием психотерапевта.

При поступлении на лечение/реабилитацию осмотр другими специалистами производится значительно реже и, как правило, отражает частоту назначения отдельных методов лечения и реабилитации. Например, на поликлиническом этапе 31,2+2,3% больных были осмотрены психологом, 29,1+1,9% – специалистом по рефлексотерапии. На санаторном этапе 17,4+0,6% пациентов получили консультацию игло-рефлексотерапевта, 15,2+0,7% – психотерапевта, в 5,1+0,3% случаев понадобилась консультация кардиолога.

На стационарном этапе организации помощи 27,3+1,4% больных осмотрены игло-рефлексотерапевтом, 4,1+0,6% – психологом. Необходимость в консультировании кардиологом возникла в 17,3+0,8% случаев, ревматологом – 2,1+0,3%, окулистом – 5,3+0,2%, нефрологом – 2,1+0,03%, эндокринологом – 1,2+0,01%, пульмонологом – 1,1+0,02%, фтизиатром – 3,7+0,4%. Обращает на себя внимание то, что частота привлечения для консультаций специалистов клинического профиля наиболее высокая на стационарном этапе, в т.ч. по сравнению с поликлиникой и санаторием. Это обусловлено тем, что на стационарном этапе нередки диагностические сложности, возникает необходимость проведения дифференциальной диагностики, что требует осмотра больного многими специалистами.

Однако на этапах гериатрической помощи нередки случаи отсутствия осмотров больного врачами-специалистами. Например, на поликлиническом этапе отсутствие дополнительных осмотров имело место в 21,2+1,4% случаев, на санаторном – в 93,7+3,2%, стационарном – 19,0+1,1%. Высокая частота встречаемости больных, которым не требовалась консультация специалиста при поступлении, связано не только со спецификой контингента, но с недостаточной организационно-методической базой для проведения лечебно-реабилитационных мероприятий в пожилом возрасте в условиях санатория, нередко недостаточной кадровой комплектацией местного санатория.

Привлечение для осмотра пациентов врачей-специалистов (невролог, эндокринолог, пульмонолог и пр.) обусловлено на этапе стационара неясной клинической ситуацией, необходимостью проведения дифференциальной диагностики, коррекции назначений, на поликлиническом этапе – требованиями к обеспечению диспансерного наблюдения при хронической терапевтической патологии, ухудшением состояния пациента в период проведения курса лечения/реабилитации, что потребовало назначения дополнительного объема мероприятий. Кратность осмотра специалистами определяется в каждом конкретном случае возникшей клинической ситуацией.

При этом важным аспектом организационной деятельности медицинской бригады является мотивация труда, регулирование и разрешение конфликтов в организации.

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 гериатрических отделениях ЛПУ, как правило, применяются 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 гериатрических учреждениях для этого целесообразно внедрение системы оценки качества лечебно-реабилитационного процесса. Система оценки качества состоит из 4 уровней.

Первый уровень – заведующий отделением, который производит оценку качества составления и реализации лечебно-реабилитационных мероприятий по специально разработанной методике; второй уровень – заместитель главного врача по медицинской части; 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, выгоды (приемлемости) для работника, готовности человека приложить определенные усилия для достижения цели. В процессе оказания гериатрической помощи в качестве цели рассматривается соблюдение стандартов ведения больных и инвалидов. При этом оценка деятельности врача и медицинской сестры в гериатрическом отделении 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 гериатрической помощи. Кроме того, система оценки качества лечения/реабилитации и стандарты ведения больных создают предпосылки для формирования технологической дисциплины, что является важным вкладом в регулировании и разрешении конфликтов в гериатрических отделениях.

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 понимают подведение итогов деятельности в краткосрочном периоде, т.е. как бы мгновенный срез деятельности отделения на данный момент времени.

Для осуществления регулирования и контроля необходимо иметь четкую систему получения первичной статистической информации в отделениях.

Таким образом, бригадный принцип является перспективным в организации гериатрической помощи.

*Работа выполнена в рамках гранта «Разработка нового метода оценки биологического возраста человека» (ФЦП «Развитие научного потенциала высшей школы», регистрационный номер: 2.1.1/12806).*

## Литература

1. Ветитнев, А.М. Маркетинг санаторно-курортных услуг / А.М. Ветитнев.– М.: Медицина, 2001. – 224 с.
2. Ильницкий, А.Н. Организация этапной медицинской реабилитации больных терапевтического профиля / А.Н. Ильницкий, Э.Э. Вальчук. – Минск: Беларуская навука, 2003. – 317 с.
3. Basta, L. Ethical issues in the management of geriatric cardiac patients / L. Basta // Am. J. Geriatr. Cardiol. – 2005. – № 14(6). – P. 331 – 332.
4. Casado-Marin, D. Long-term care services in Spain: an overview / D. Casado-Marin // Gac. Sanit. – 2006. – № 20. – P. 135 – 142.

## THE REALISATION OF TEAM PRINCIPLE AS ONE OF THE WAY OF HEALTH CARE ORGANISATION IN GERIATRIC PATIENTS

**N.I. Zhernakova<sup>1</sup>, A.N. Ilnitski<sup>2</sup>**  
**I.S. Zaharova<sup>1</sup>, D.S. Medvedev<sup>3</sup>**  
**K.V. Perelygin<sup>3</sup>, G.I. Gurko<sup>3</sup>**  
**N.M. Pozdnyakova<sup>1</sup>, N.M. Kunitsyna<sup>1</sup>**

*<sup>1)</sup>Belgorod State University*

*<sup>2)</sup>Polotsk State University*

*<sup>3)</sup>St.Petersburg Institute of  
Bioregulation and Gerontology,  
NMB of RAMS*

*e-mail: zhernakova@bsu.edu.ru*

The modern situation of organization of doctors' practice in geriatrics is described in this article. The team principle is very perspective for quality of aid.

Keywords: geriatrics, team principle.