

СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 614.23/25

ОРГАНИЗАЦИЯ ТРУДА МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА КАБИНЕТА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

Канд. мед. наук В. Г. Колчин

Кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения (зав.— доц. И. Г. Ни-
замов) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Реферат. Изучение организации работы кабинета функциональной диагностики в пяти городских многопрофильных больницах показало, что структура исследований и нагрузка медицинского персонала зависят от профиля работы отделений, потребности в функциональных исследованиях, технической оснащенности кабинета и квалификации персонала. Полученные данные могут быть положены в основу индивидуальной должностных инструкций, определяющих объем и характер деятельности каждого медицинского работника кабинета.

Ключевые слова: кабинет функциональной диагностики, организация работы.

Библиография: 3 названия.

Данные литературы [1, 2] и наши наблюдения показывают, что для разработки норм труда необходимо детальное изучение составных элементов трудового процесса. Наиболее рационально применять трехкратный хронометраж трудовой деятельности персонала за 1 рабочий день с четкой регистрацией затрат рабочего времени на выполнение отдельных методик и приемов в работе. При изучении работы отдельных подразделений медицинских учреждений время за один рабочий день распределяется по видам деятельности (основная и подготовительно-заключительная работа, хозяйственная деятельность, служебные разговоры, переходы и переезды, личное и незагруженное время). На основе полученных данных определяются нерациональные затраты рабочего времени. Затем вносятся поправки в организацию трудового процесса с учетом применения передовых форм и методов труда. Только после исключения нерациональных затрат рабочего времени можно приступить к составлению индивидуальных функционально-должностных инструкций для медицинских работников. При составлении функционально-должностной инструкции для медицинского персонала кабинета функциональной диагностики (ФД) нами за основу были взяты должностные характеристики схемы, рекомендованные В. Л. Дерябиной (1975) и В. Г. Никитиным (1976).

Организацию работы этих кабинетов мы изучали в пяти городских больницах (мощность — от 400 до 600 коек), имеющих в своем составе отделения различного профиля. Применяли анкетный метод, метод хронометража, фотографии рабочего дня в течение одной рабочей недели, а также использовали годовые отчетные данные.

Структура функциональных исследований была различной и зависела от профиля работы отделений стационара. Так, для обеспечения терапевтических и хирургических отделений сердечно-сосудистого профиля проводились ЭКГ от 12 до 40 отведений, фонокардиография, сфигмография, определение скорости распространения пульсовой волны, фазовый анализ сердечной деятельности, баллистокардиография, велоэргометрия; при необходимости кабинеты проводили специальные исследования: оксигеметрию, определяли парциальное напряжение кислорода и углекислого газа в крови, а также pH на аппарате АЗИВ-1. Исследования функции сердечно-сосудистой деятельности у больных в других отделениях (общехирургическом, неврологическом, гастроэнтерологическом) проводили на одноканальных и многоканальных электрокардиографах в 12 отделениях.

При обследовании терапевтических и хирургических больных в этих кабинетах определяли функцию внешнего дыхания: проводили спирометрию, исследовали легочную вентиляцию, легочный газообмен, основной обмен, ставили пробу с дозированной нагрузкой Гаррисона и пробу с задержкой дыхания. Для обследования неврологических больных кроме описанных методов применяли энцефалографию, эхо- и реоэнцефалографию, реовазо- и плетизмографию. В среднем в каждом кабинете за год выполнено 11 799 функциональных исследований, из них 61% электрокардиографиче-

ских и 39% специальных функциональных исследований других органов и систем. Мы считаем, что такой высокий процент электрокардиографических исследований говорит о недостаточном использовании других специальных функциональных методов.

По нашим данным, на одного польвованного больного в год приходится в среднем 1,5 функциональных исследования, в том числе электрокардиографических — 0,57. Количество функциональных исследований в специализированных отделениях терапевтического профиля значительно выше. Так, в терапевтическом отделении для лечения больных с легочно-сердечной патологией оно составляет 2,6 на одного польвованного больного. В хирургических отделениях общего профиля число функциональных исследований незначительно. Здесь преобладают специальные методы исследования функции сосудов нижних конечностей (осциллография и др.). Количество электрокардиографических исследований в расчете на одного польвованного больного в общехирургических отделениях составило 0,18. Намного больше функциональных исследований проводится в хирургических отделениях специализированного профиля. Так, в отделении сердечно-сосудистой хирургии число исследований на одного польвованного больного равно 3,36.

На одного врача кабинета функциональной диагностики за год приходится в среднем 4576 исследований, за 1 мес — 381, за 1 день — 16; на медицинскую сестру — соответственно 4013, 334 и 14. Нагрузка на врача и медсестру кабинета зависит от установившейся структуры, которая определяется профилем работы отделений стационара и потребностью в том или ином виде исследований на данный день. Наши наблюдения показывают, что структура функциональных исследований значительно шире в специализированных терапевтических и хирургических отделениях (сердечно-сосудистых, грудной хирургии, нейрохирургии и др.); это объясняется наличием соответствующего контингента больных. В отделениях общего профиля методы ФД используются недостаточно. Здесь назначают в основном ЭКГ, и то только части госпитализированных больных, даже при наличии необходимой аппаратуры и высокой потребности в функциональных исследованиях. Заведующие отделениями не проявляют должной активности в использовании методов ФД для обследования больных.

Затраты рабочего времени на выполнение отдельных исследований определялись степенью подготовленности медперсонала к выполнению данного исследования и их квалификацией. Нами установлено, что при проведении ЭКГ-исследования на одноканальном чернильнопишущем электрокардиографе в 12 общепринятых отделениях медсестра, имеющая стаж работы в кабинете более 10 лет, затрачивает на одного больного в среднем 10 мин без учета затрат времени на вспомогательные операции. Сюда вошли следующие элементы труда: подготовка аппарата, подготовка больного к исследованию, наложение электродов, регистрация ЭКГ и снятие электродов.

При снятии ЭКГ непосредственно в палате медсестра затрачивает на одного больного в среднем 25 мин, при проведении ЭКГ-исследования в кабинете — в среднем 15 мин. Затраты рабочего времени врача в кабинете ФД на анализ и описание одной ЭКГ в 12 отделениях при стаже работы более 10 лет составили в среднем 16 мин. Наши наблюдения показали, что врач кабинета ФД, занимающийся только анализом ЭКГ-исследований, за один рабочий день при записи на многоканальном чернильнопишущем электрокардиографе в 12 отделениях в среднем описывает и дает заключение по 20 ЭКГ. Затраты времени врача на анализ и выдачу заключения по одной фонокардиограмме составляют в среднем 60 мин.

При пользовании многоканальным чернильнопишущим электрокардиографом затраты рабочего времени медсестры, включающие подготовку больного к исследованию с наложением и снятием электродов и само исследование, составляют 5 мин. Для записи фонокардиограммы на аппарате 6 НЭК-3 (5 — 6 точек) медсестра затрачивает 20 мин и дополнительно на расчет — еще 30 мин. На запись осциллограммы уходит 20 мин, на определение основного обмена — 75 мин, на общую спирографию — 75 мин, пневмотахометрию — 3 мин, на оксигеметрию кюветным способом — 40 мин.

В соответствии с полученными данными мы разрабатываем функционально-должностные инструкции для врачей и медсестер кабинета ФД, определяющие объем и структуру деятельности каждого работника и кабинета функциональной диагностики в целом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Генкин А. Г. и Клиничко Н. М. В кн.: Материалы I Всесоюзн. симпозиума по НОТ в здравоохранении. М., 1970. — 2. Дерябина В. Л. Сов. здравоохр., 1975, 7. — 3. Никитин В. Г. Там же, 1976, 7.