

ГОСПИТАЛЬНАЯ РАЦИОНАЛИЗАЦИЯ

ЭВРИСТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ НА ОПЫТЕ ОТДЕЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

Лукашев А.М.

Городская клиническая больница №60, Москва

Для выработки порядка (последовательности) использования аналитических моделей для управления стационарными ЛПУ в рамках общей модели использован подход построения огибающей. Подавляющее большинство процессов в социуме, что показывают, в том числе, аналитические описания разработанных моделей, идут сначала достаточно быстро, а затем постепенно переходят в режим затухания, т. е. зависимость от времени описывающего их показателя, включая общественную пользу или отдачу, в использованных моделях имеет криволинейный характер. Тогда для них можно построить некоторую огибающую, которая будет описывать общие черты поведения рассматриваемых зависимостей во времени. Общий вид получаемой картины представлен на рис. 1.

Зависимости для каждой из моделей используются либо непосредственно, либо для случаев, где используется, например, ущерб вместо отдачи. Срок начала использования и максимального применения каждой из моделей определяется, соответственно, временем начала, обозначенным буквой « τ » с порядковыми номерами, и точкой пересечения с огибающей.

На практике такую зависимость-огибающую легче построить, используя значения отдачи в конце рассматриваемого периода. Общий вид зависимости показан на рис. 2.

Так как полученная огибающая соответствует кривой на рис. 1, то это обосновывает валидность предлагаемого подхода к управлению ЛПУ на основе применения

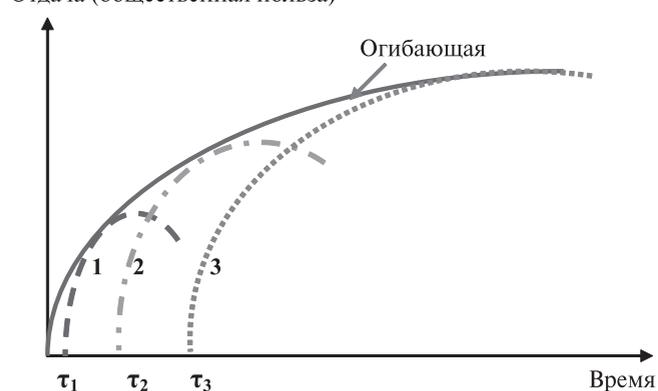


Рис. 1. Построение огибающей для выбора порядка следования.

нения аналитических моделей, и можно использовать данную последовательность, начиная с самых низких показателей отдачи. Тогда последовательность использования аналитических моделей будет следующей:

1. Модель “Корректирующего управления” и модель “Реконструкционного развития”
2. Модель “потенциальной ямы”
3. Дуальная модель “идеальная медицина”/ “идеальный пациент”
4. Модель управления персоналом
5. Модель “человеческого развития”
6. Функционально-реализационная модель
7. Модель экономической привлекательности
8. Модель производственной функции
9. Модель взаимоотношений с социумом
10. Модель экономической отдачи

Следует отметить, что данная последовательность определяется показателями, которые получены при постановке в модели параметров, характеризующих деятельность ГКБ №60, а для других условий в других ЛПУ параметры и, соответственно, последовательность применения аналитических моделей могут быть иными.

В практике ГКБ №60, поскольку несколько первых моделей близки по показателям эффективности, одним из начальных действий было включение мотивации персонала этими и другими механизмами на максимально возможный объем для того, чтобы запустить сопутствующие высокой мотивации и другие социально-психологические механизмы.

Одним из таких механизмов явилось создание не входящих в официальную структуру ГКБ объединений специалистов различного профиля из разных отделений.

Поскольку существенных улучшений в получении необходимых ресурсов ожидать не приходится, и положение медицины в этом смысле вряд ли существенно изменится, а психологические состояния типа «потенциальной ямы» будут по-прежнему характерны, одной из немногих возможностей для решения проблемы совершенствования медицинского обслуживания населения стационарной медицинской помощью является улучшение взаимодействия между отделениями и пациентами.

Проведенный в данном исследовании анализ позволил выделить следующие направления работы с геронтологическими больными:

- Социальная адаптация,
- Комплексное клиническое обследование
- Специальное лечение
- Неотложная медицинская помощь

Для решения этих задач в ГКБ №60 созданы следующие временные функциональные коллективы, центры и бригады:

- "центр" социальной адаптации пожилых людей;
- геронтологический диагностический "центр";
- временные коллективы различного характера для обеспечения деятельности ЛПУ геронтологического профиля;
- врачебные бригады "быстрого реагирования".

Кроме того, организованы следующие мероприятия для повышения отдачи ГКБ №60:

- обследования с целью уточнения темпов старения;
- лечение и наблюдение за больными с преждевременным старением;
- лекции и семинары для групп профилактики преждевременного старения.

Все новые структуры были созданы на общественных и добровольных началах, поскольку введение официальных новых структурных единиц сопряжено со значительными трудностями, требует множества согласований, решений и получения дополнительных средств.

Кроме того, введены специальные формы учета геронтологических больных, которые позволяют лечащему врачу получить более полное впечатление и всю необходимую информацию для лечения геронтологического пациента.

В ходе формирования новых структур использовался описанный выше принцип или модель "естественной" мотивации. В основе этой модели, разработанной автором в ходе деятельности по подготовке данной работы, как уже отмечалось, лежит представление о том, что индивид, добровольно пришедший работать в учреждение медицинского профиля, да, к тому же, с геронтологической направленностью, уже заведомо мотивирован на социально полезную деятельность, выражающуюся в уходе и лечении пожилых людей. Однако внешние обстоятельства очень часто лишают его возможности проявить свою нацеленность на выполнение взятых на себя обязательств. Для того, чтобы преодолеть действие указанных внешних обстоятельств, необходимо снизить их действие, хотя бы временно, предоставив небольшую премию, кратковременный отдых, интересный практический случай, а для некоторых лиц значимым будет даже любезный разговор с руководителем. После того, как "груз обстоятельств" на краткий срок спадет, можно объявить конкурс на замещение вакантных мест в новом подразделении, действующем на общественных началах. "Естественная" мотивация



Рис. 2. Построение огибающей для практического случая использования аналитических моделей в ГКБ №60.

Уровень общественной пользы

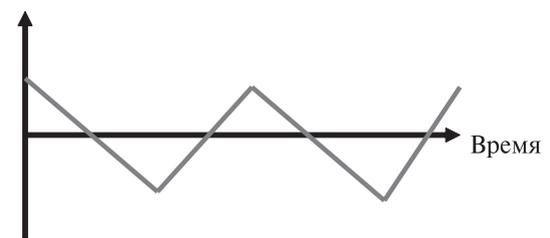


Рис. 3. Изменение общественной пользы в процессе реализации командитной аналитической модели управления стационарным ЛПУ.



Рис. 4. Структурная схема центра социальной адаптации пожилых людей

вынудит индивида предложить себя для участия в конкурсе, а после победы в этом конкурсе он будет воодушевленно работать в новом качестве. Появляющиеся успехи будут его дополнительно мотивировать.

Реализация предложенного подхода осуществлялась по командитной модели. Сначала осуществлялось корригирующее управление, когда уровень спада оказывался неприемлемым, создавалось очередное общественное образование в рамках реконструкционного развития, и вновь осуществлялось корригирующее управление так, что профиль отдачи от ЛПУ представлял собой пилообразную линию, как показано на рис. 3.

Период повторения на практике составил около полугода. Создаваемые добровольные объединения следовали закладываемому общему принципу единоначалия и иерархического подчинения, поскольку на эти подразделения возложены задачи, требующие



Рис. 5. Структурная схема врачебной бригады «быстрого реагирования»



Рис. 6. Структурная схема диагностического геронтологического центра.

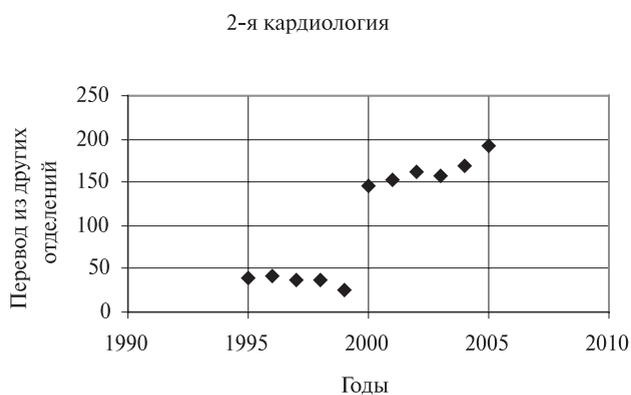


Рис. 7. Перевод из других отделений для определенного подразделения ГКБ №60.

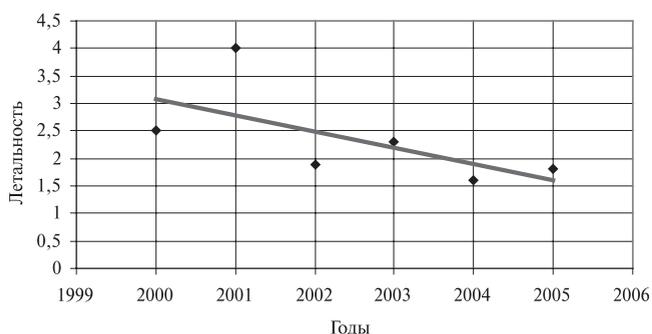


Рис. 8. Изменение в уровне смертности по годам.

быстрого и правильного решения. На рис.4 представлена структурная схема центра социальной адаптации пожилых людей, в задачи которого входит гасить любые проблемы социально-психологического характера, возникающие у пожилых людей, поступающих и находящихся в ГКБ №60 или уходящих из больницы.

Для снижения опасности для здоровья и жизни пациентов в ГКБ №60 была создана сначала одна, а затем и вторая бригада «быстрого реагирования» (рис.5), сотрудники которых дежурили в приемном покое и были готовы отправиться в любое отделение по первому зову. Структурная схема аналогична предыдущей, но уже с другим составом. В данном случае главную роль играет ведущий терапевт-геронтолог общего профиля, который осуществляет медицинское руководство коллективом бригады. Административный работник также имеет медицинское образование, но сравнительно небольшой опыт, выполняет обеспечивающие функции и приобретает опыт непосредственного решения проблем, возникающих при медицинском обслуживании пожилых людей.

Создание специализированного диагностического центра вызвано к жизни появлением сложных, пограничных, «стертых» болезненных состояний у пожилых людей, что затрудняет диагностирование. Структура центра представлена на рис.6. Здесь главную роль играет врач-консультант, основной обязанностью которого является истолкование результатов обследования пациентов на приборах Центра.

Учет влияния вновь создаваемых коллективов в рамках реконструктивного развития может быть выполнен путем добавления в соответствующие модели структур, отвечающих новым объектам совместной деятельности специалистов различных отделений.

На практике аналитические модели управления реализованы в использовании новых подходов к мотивации персонала и в управлении с применением определенных параметров. Одним из таких параметров являются показатели, определяющие переводы из отделения в отделение. В одних случаях, как было установлено обследованием, такие переводы не выполнялись, в других – переводы были необоснованными. Регулирование этого процесса и стало одним из управляющих воздействий. Примером может послужить изменение такого показателя для одного из подразделений ГКБ №60, показанное на рис.7.

Легко видеть, что изменился не только уровень, но и тенденция изменения показателя. Это приводит к существенным изменениям в уровне смертности, как показано на рис. 8.

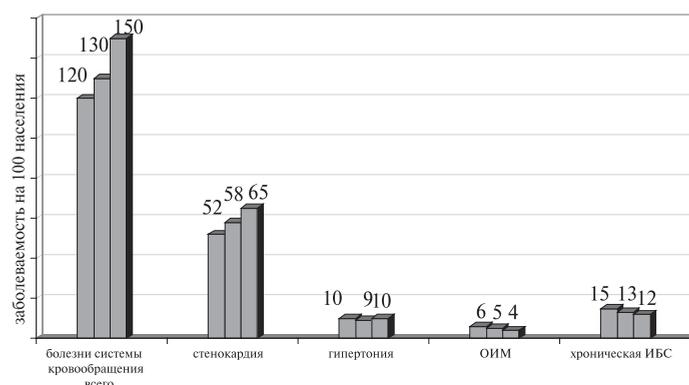


Рис. 9. Нозология через 2,4,6 лет наблюдения.

Изменения происходят и в самой сложной группе болезней, которая выдвинулась на первые роли по причинам смертности. Данные по ведущей группе болезней системы кровообращения представлены на рис.9.

Из рис.9 следует, что примерно половину заболеваемости приносит стенокардия, она же, увеличиваясь со временем, дает основной вклад и в общий прирост болезни системы кровообращения. Остальные заболевания проявляют себя на практи-

чески постоянном уровне, что, на фоне постоянно ухудшающейся экологии и других неблагоприятных воздействий, может рассматриваться как определенное достижение коллектива стационарного ЛПУ, в том числе, и за счет применения аналитических моделей для управления организацией.

Таким образом, внедрение антистрессовых мероприятий дает хорошие результаты при управлении лечебной деятельностью стационарных специализированных ЛПУ геронтологического профиля.

Поступила 20/04-2009