

## НОРМИРОВАНИЕ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР МИЛОСЕРДИЯ БОКК ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ НА ДОМУ

© 2014 Мороз Ирина Николаевна

кандидат медицинских наук, доцент

© 2014 Светлович Татьяна Георгиевна

кандидат медицинских наук, доцент

Белорусская медицинская академия последипломного образования  
220013, Республика Беларусь, г. Минск, ул. П. Бровки, д. 3, корп. 3

менеджер проекта “Белорусское общество Красного Креста”

220030, Республика Беларусь, г. Минск, ул. К. Маркса, д. 35

E-mail: moroz\_iri@bk.ru, tsvetlovich@tut.by

Дан анализ затрат рабочего времени медицинских сестер милосердия Службы сестер милосердия Белорусского общества Красного Креста при оказании медико-социальной помощи на дому.

*Ключевые слова:* нормы труда, медико-социальная помощь на дому, одинокие и одиноко проживающие лица в возрасте 60 лет и старше, инвалид, Служба сестер милосердия Белорусского общества Красного Креста.

На современном этапе развития общества, сопровождающегося старением населения и ростом потребности населения в медико-социальной помощи, все большее внимание уделяется предоставлению медицинских и социальных услуг нуждающимся в нестационарных условиях, в том числе на дому. По данным С.И. Шляфрова (2010), Н.Н. Симоновой, Г.Б. Бекиной и др. (1988) среди всех обратившихся в поликлинику за медицинской помощью на дому доля лиц 60 лет и старше составила 60,0 %, а среди обратившихся за скорой медицинской помощью - более 65,0 %. В общем объеме медицинской помощи, оказываемой городскими поликлиниками, почти 30,0 % занимает медицинская помощь на дому. При ежегодном увеличении числа обращений населения за скорой медицинской помощью до 80,0 % обратившихся пациентов остаются дома после оказания им соответствующей помощи<sup>1</sup>.

Во многих странах мира служба помощи на дому и другие нестационарные формы обслуживания для лиц 60 лет и старше стали развивающейся индустрией. Несмотря на это, вопросы организации медико-социальной помощи на дому лицам в возрасте 60 лет и старше, особенно одиноким и одиноко проживающим, как в России, так и в Беларуси остаются по-прежнему актуальными, их решение требует комплексного подхода с привлечением специалистов учреждений здравоохранения,

социальной защиты, общественных организаций и др. Внедрение организационных форм оказания медико-социальной помощи на дому с привлечением ресурсов общественных организаций требует разработки нормативных документов по труду, соответствующих современным технологиям предоставления данного вида помощи и потребности населения в тех или иных услугах медико-социальной помощи на дому<sup>2</sup>.

Нормирование труда является одним из инструментов, позволяющих решить вопросы рациональной расстановки и использования кадров, повышения эффективности и качества работы при оказании медико-социальной помощи на дому<sup>3</sup>. Анализ нормативных документов по труду показал, что большинство из них являются отраслевыми и не учитывают специфики оказания и потребности нуждающихся в медико-социальной помощи на дому<sup>4</sup>.

В рамках реализации совместного проекта Белорусского общества Красного Креста и Консорциума Австрийского, Немецкого, Швейцарского Красного Креста “Укрепление Службы сестер милосердия БОКК” было проведено исследование, целью которого было разработать нормы труда медицинских сестер милосердия Белорусского общества Красного Креста (БОКК), оказывающих медико-социальную помощь на дому.

При определении нормативных показателей по труду (норм времени, нормы нагрузки (обслужива-

ния), норматива численности) использовались методические рекомендации ГУ Национального НИИ общественного здоровья РАМН “Разработка технологии нормирования труда в здравоохранении”, утвержденные Минздравсоцразвития России 20 декабря 2007 г. № 250-ПД/704, а также Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь “Об утверждении примерных штатных нормативов медицинских и других работников поликлиник и детских поликлиник (поликлинических отделений)” от 7 декабря 2007 г. № 150 и др.<sup>5</sup>

Исследование по изучению структуры и объемов затрат рабочего времени медицинской сестры милосердия Службы сестер милосердия БОКК при оказании медико-социальной помощи на дому на трудовые операции и различные виды деятельности осуществлялось с использованием метода фотохронометражных наблюдений<sup>6</sup>. Был разработан классификатор (словарь) видов деятельности и трудовых операций медицинской сестры милосердия Службы сестер милосердия БОКК при оказании медико-социальной помощи на дому, наблюдательный лист, в котором регистрировалось продолжительность каждой трудовой операции (“Карта учета деятельности медицинской сестры милосердия Службы сестер милосердия БОКК по оказанию медико-социальной помощи на дому”).

Фотохронометражные наблюдения за медицинскими сестрами милосердия Службы сестер милосердия БОКК Гродненской и Витебской областей, оказывающих медико-социальную помощь на дому, осуществлялись в течение 19 рабочих дней.

Были изучены затраты рабочего времени 19 медицинских сестер милосердия Службы сестер милосердия БОКК Гродненской и Витебской областей, оказывающих медико-социальную помощь на дому. Для определения нормативных показателей по труду использовались затраты рабочего времени 12 медицинских сестер милосердия Службы сестер милосердия БОКК Гродненской и Витебской областей, оказывающих медико-социальную помощь на дому 84 нуждающимся.

Анализ затрат рабочего времени медицинских сестер милосердия Службы сестер милосердия БОКК осуществлялся в зависимости от категории нуждающихся, которая определяется степенью выраженности ограничения жизнедеятельности и потребности в медико-социальной помощи и подразделяется на лиц с первой, второй и третьей категориями. Первая категория - лица, имеющие резко выраженное ограничение жизнедеятельности вследствие заболеваний, дефектов или травм, приводящее к социальной недостаточности, требующее постоянного постороннего ухода (специального, медицинского и (или) бытового) и помощи других лиц, т.е. люди, полностью утратившие способность к самообслуживанию и передвижению. Вторая категория - лица, испытывающие выраженное ограничение жизнедеятельности вследствие заболеваний, дефектов или травм, приводящее к социальной недостаточности, т.е. люди, частично утратившие способность к самообслуживанию и передвижению только в пределах своего жилого помещения. Третья категория - лица, испытывающие умеренно выраженное ограничение жизнедеятельности.

Среди обслуживаемых Службой сестер милосердия БОКК на дому двух исследованных регионов преобладали лица первой категории, имеющие резко выраженное ограничение жизнедеятельности, полностью утратившие способность к самообслуживанию и передвижению, доля которых, соответственно, составила 64,3 % (54 из 84). Доля лиц второй категории, у которых отмечалось выраженное ограничение жизнедеятельности и которые частично утратили способность к самообслуживанию и передвижению, составила 35,7 % (30 из 84) (табл. 1). В районах Витебской области доля лиц первой категории, нуждающихся в медико-социальной помощи на дому, составляла 57,5 % (27 из 47 обслуживаемых), в Гродненской области - 72,9 % (27 из 37 обслуживаемых). При этом статически значимых различий структуры нуждающихся в ме-

Таблица 1

**Категории пациентов Службы сестер милосердия БОКК (ССМ) и средние затраты времени на одного пациента в день при оказании медико-социальной помощи на дому (95 % ДИ, мин; %)**

Категория пациентов ССМ БОКК	Удельный вес пациентов ССМ БОКК (n, %)	Средние затраты времени на 1 пациента в день, мин
Первая	54 (64,3)	55,6 (47,8-63,6)
Вторая	30 (35,7)	47,5 (43,8-51,2)
Всего	84 (100,0)	52,7 (44,8-60,6)
Соотношение	1:1,8	1:1,2

диксо-социальной помощи на дому по категориям обслуживания в двух регионах не выявлено ( $\chi^2=0,47$ ,  $p = 0,49$ ). Поэтому анализ затрат рабочего времени проводился суммарно по регионам в зависимости от категории обслуживания пациента.

Результаты исследования показали, что в структуре затрат рабочего времени медицинской сестры милосердия Службы сестер милосердия БОКК при оказании медико-социальной помощи на дому основной вид деятельности, связанный непосредственно с предоставлением услуг медицинской, индивидуального ухода, хозяйственно-бытовой и социальной помощи, составлял 65,9%, вспомогательная деятельность - 19,4 %, работа с документами - 5,5 %, служебные разговоры - 1,5 %, прочая деятельность - 3,7 %, личное необходимое время - 4,0 % (табл. 2). Незагруженного времени отмечено не было.

Таблица 2

**Структура затрат рабочего времени  
медицинской сестры милосердия  
Службы сестер милосердия БОКК при оказании  
медико-социальной помощи на дому**

Виды элемент деятельности	Затраты времени	
	Абс., мин	%
Основная деятельность (услуги МСП)	6159,9	65,9
Вспомогательная деятельность	1811,1	19,4
Работа с документацией	513,3	5,5
Служебные разговоры	138,3	1,5
Прочая деятельность	347,0	3,7
Личное необходимое время	378,3	4,0
Итого	9348,0	100,0

Наибольший удельный вес трудовых затрат медицинской сестры милосердия Службы сестер милосердия БОКК при оказании медико-социальной помощи на дому связан с выполнением основного вида деятельности (65,9 %), значительная часть времени которого затрачивается на предоставление услуг медицинской помощи (29,4 %), индивидуального ухода (20,6 %). Кроме того, в затраты времени на оказание основного вида деятельности были включены затраты времени на выполнение услуг хозяйственно-бытовой и социальной помощи, удельный вес которых, соответственно, составил 7,2 и 8,7 %.

В общей структуре рабочего времени при оказании медико-социальной помощи на дому почти каждая пятая часть времени использовалась на выполнение вспомогательной деятельности (19,4 %) и включала: затраты времени на пе-

реезды (15,3 %), подготовку сумки (0,4 %), переодевание (0,7 %), обработку рук (3,0 %). Значительная часть времени вспомогательной деятельности расходовалась на дорогу к пациенту (15,3 %), что необходимо учитывать как при организации медико-социальной помощи, так и при определении норм нагрузки медицинской сестры милосердия Службы сестер милосердия БОКК.

Анализ структуры затрат рабочего времени медицинской сестры милосердия Службы сестер милосердия БОКК при оказании медико-социальной помощи на дому пациентам с первой и второй категориями также показал, что наибольшие трудовые затраты связаны с выполнением основного вида деятельности (67,1 и 63,4 %) и вспомогательной деятельности (18,7 и 20,7 %). Следует отметить, что значительная часть времени вспомогательной деятельности также расходовалась на дорогу к пациенту первой и второй категорий, удельный вес которых, соответственно, составил 14,8 и 16,3 %.

Анализ затрат рабочего времени за весь период наблюдения показал, что затраты времени медицинской сестры милосердия Службы сестер милосердия БОКК, непосредственно связанные с оказанием медико-социальной помощи пациенту на дому, составили 7015,3 мин (75,0 %), затраты времени, непосредственно не связанные с обслуживанием пациента на дому, - 2332,7 мин (25,0 %).

К трудовым затратам медицинской сестры милосердия Службы сестер милосердия БОКК, непосредственно не связанным с оказанием медико-социальной помощи пациенту на дому (25 %), были отнесены: часть затрат времени вспомогательной деятельности (16,4 %), в том числе дорога к пациенту (15,3 %); подготовка сумки (0,4 %); переодевание (0,7 %); часть затрат времени на работу с документами (0,4 %); служебные разговоры (0,4 %); личное необходимое время (4,0 %); прочая деятельность (3,7 %), включающая затраты времени на обучение, занятия с медицинским персоналом, волонтерами, работу с общественностью, "фандрейзинг", работу с грузами гуманитарной помощи и др.

В процессе исследования не определялись средние затраты времени медицинской сестры милосердия Службы сестер милосердия БОКК на первичное и повторное посещения пациента на дому, так как все пациенты уже находились на патронажном динамичном наблюдении, продол-

жительность которого составляла 5,2 (95 %ДИ 4,5-5,9) года, и нуждались в постоянной медико-социальной помощи на долговременной основе.

Определение средних затрат времени медицинской сестры милосердия Службы сестер милосердия БОКК, непосредственно связанных с оказанием медико-социальной помощи на дому, на одного пациента в день осуществлялось с учетом соотношения пациентов первой (64,3 %) и второй (35,7 %) категорий, находящихся на обслуживании (см. табл. 1). Средние затраты времени медицинской сестры милосердия Службы сестер милосердия БОКК, непосредственно связанные с оказанием медико-социальной помощи на дому, у пациента с первой категорией составили 55,6 (95 % ДИ 47,8-63,6) мин в день, со второй категорией - 47,5 (95 % ДИ 43,8-51,2) мин в день (см. табл. 1). Следует отметить, что средние затраты времени медицинской сестры милосердия Службы сестер милосердия БОКК, непосредственно связанные с оказанием медико-социальной помощи на дому пациенту с первой категорией, были в 1,2 раза выше, чем у пациента со второй категорией. При этом статически значимых различий трудовых затрат времени в зависимости от категории обслуживания пациентов не выявлено ( $t=1,91$ ,  $p>0,05$ ). Таким образом, в среднем затраты времени медицинской сестры милосердия Службы сестер милосердия БОКК, непосредственно связанные с оказанием медико-социальной помощи на дому, на одного пациента в день составили 52,7 (95 %ДИ 44,8-60,6) мин.

Норма нагрузки (обслуживания) медицинской сестры милосердия Службы сестер милосердия БОКК при оказании медико-социальной помощи (МСП) на дому рассчитывалась с учетом времени, затраченного на выполнение деятельности, связанной непосредственно с оказанием услуг МСП на дому (369,2 мин в день), и затрат времени на оказание МСП на дому одному пациенту (52,7 мин в день) и составила 7,01, или 7 пациентов (362,9 : 52,7=7,01).

Таким образом, ежедневная норма нагрузки (обслуживания) медицинской сестры милосердия Службы сестер милосердия БОКК при оказании медико-социальной помощи на дому при соотношении пациентов второй и первой категорий (1:1,8) составила 7 пациентов.

<sup>1</sup> См.: Современные проблемы организации медицинской помощи на дому: обзорная информация / Н.Н. Симонова [и др.] // Медицина и здравоохранение. Серия "Социальная гигиена и организация здравоохранения". Вып. 4. М., 1988; Шляфер С.И. Нормирование труда врача стационара на дому амбулаторно-поликлинического учреждения // Главврач. 2012. № 4. С. 69-73; Его же. Нормирование труда врача стационара на дому амбулаторно-поликлинического учреждения // Главврач. 2010. № 11. С. 45-49.

<sup>2</sup> См.: Стационарозамещающие формы оказания медицинской помощи: методические рекомендации / В.М. Чернышев [и др.]. Новосибирск, 2009; Тахтарова Ю.Н., Абрамов А.Ю., Сасина М.С. Научное обоснование профессиональных и организационных форм деятельности среднего медицинского персонала // Экономика здравоохранения. 2007. № 10. С. 41-45; Фахрутдинова Е.В. Человеческий капитал в Республике Татарстан: динамика развития // Вопросы экономики и права. 2013. № 66. С. 121-124; Фахрутдинова Е.В., Ягудин Р.Х. Здоровье как фактор повышения качества жизни в Республике Татарстан // Вестн. Казанского государственного финансово-экономического института. 2010. № 1. С. 55-58; Ягудин Р.Х., Шуганов И.Ф., Байкеев Р.Ф. Состояние неотложной и консультативной квалифицированной медицинской помощи в Республике Татарстан // Практическая медицина. 2013. № 1-2 (69), т. 1. С. 141-147.

<sup>3</sup> Шипова В.М. Основы нормирования труда в здравоохранении: учеб. пособие / под ред. О.П. Щепина. М., 1998.

<sup>4</sup> См.: Разработка технологии нормирования труда в здравоохранении: метод. рекомендации ГУ Национального НИИ общественного здоровья РАМН : [утв. Минздравсоцразвития России 20 дек. 2007 г. № 250-ПД/704] / сост. О.П. Щепин [и др.]. М., 2007; Об утверждении примерных штатных нормативов медицинских и других работников поликлиник и детских поликлиник (поликлинических отделений): постановление М-ва здравоохранения Республики Беларусь от 7 дек. 2007 г. № 150.

<sup>5</sup> См.: Разработка технологии... ; Об утверждении... ; Шипова В.М. Нормирование труда среднего и младшего медицинского персонала // Гл. мед. сестра. 2008. № 8. С. 37-61

<sup>6</sup> См.: Тахтарова Ю.Н. Указ. соч.; Рогова М.А. Изучение затрат рабочего времени работников учреждений в целях нормирования: метод. указания Минздрава СССР. М., 1979; Шипова В.М. Основы... ; Её же. Нормирование... ; Шипова В.М., Воронцов Т.Н. Особенности нормирования труда врачей и средних медицинских работников в амбулаторно-поликлинических учреждениях // Гл. мед. сестра. 2011. № 7. С. 53-64.

Поступила в редакцию 05.07.2014 г.