

Кондюрова Е.В., Казарина Л.Н., Вдовина Л.В., Чуваркова И.М., Самаркина А.Н.

Таймменеджмент на терапевтическом стоматологическом приёме

ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия», кафедра пропедевтической стоматологии, г. Нижний Новгород

Kondyurova E.V., Kazarina L.N., Vdovina L.V., Chuvarkova I.M., Samarkina A.N.

Time-management on therapeutic dental working

Резюме

Авторы на примере анализа 30 клинических случаев предлагают наиболее производительные пути управления временем врача на терапевтическом стоматологическом приеме. Успешным таймменеджментом в организации работы врача – стоматолога терапевта является внедрение процесса интенсификации в деятельность стоматологического учреждения. Ключевые слова: таймменеджмент, врач-стоматолог терапевт, условная единица трудоемкости

Summary

Authors offer the most productive ways of time-management of the doctor for therapeutic dental working from the analysis of 30 clinical cases. Introduction in process of intensification in activity of dental office is successful time-management in the organization of the therapeutical dentist work.

Key words: time management, dentist, a labor standard unit

Введение

Стоматология, как и медицина в целом, одно из многих направлений, где фиксирование времени – не главный аргумент. В погоне за человеческим здоровьем врач может не отходить от пациента целые сутки, задерживаясь после работы, на ходу меняя свои личные планы, и в этом случае вряд ли можно упрекнуть его в неумении правильно распределять своё рабочее время. Напротив, попытки упорядочить, зафиксировать для каждого пациента свои положенные 20–40 минут в день часто выглядят как равнодушие к проблеме пациента и говорить об этом не принято, в то время как в большинстве офисов существует строго регламентированный распорядок дня и на каждое новое дело, новый проект отводится определённое количество времени. В медицине же проблемы таймменеджмента часто обходятся стороной и считаются незачинными. Однако если подходить к вопросу не с позиций ускорения процесса лечения, а с позиций организации рабочего времени врача, учёта его трудозатрат, то и перспективы решения этой проблемы значительно возрастают.

Кроме того, существует ряд объективных обстоятельств, которые делают невозможным установление строго регламентированных временных рамок, по не зависящим от самого врача причинам, а затраты времени на выполнение манипуляций не всегда соответствуют трудоёмкости процесса. Стоматология постоянно развивается, в соответствии с интенсификацией меняется техническое

оснащение, что вполне логично, приводит к изменению распределения времени на стоматологическом приёме.

Соответствие показателей УЕТ реальному расходу времени может оказаться очередным шагом в становлении таймменеджмента в условиях работы врача-стоматолога, а временное нормирование должно способствовать планированию более эффективной организации лечебного процесса. Заранее планировать стандартные временные рамки для каждого пациента и на каждый клинический случай сложно по многим причинам:

- наличие разного уровня финансирования и, следовательно, разного уровня диагностического и лечебно-профилактического оборудования, требующего различных временных затрат;

- во время сбора анамнеза важно не только определить причины и динамику развития заболевания, но и установить психологический контакт с пациентом, а это зависит от квалификации врача, психологического типа пациента и его состояния на момент приема, и спланировать заранее точное время установления контакта не представляется возможным;

- применение материалов химического отверждения сокращает время работы, но имеет неудовлетворительные отдалённые результаты, а использование светоотверждаемых материалов, напротив, требует увеличения рабочего времени, но значительно повышает качество пломбы в отдалённых результатах;

- наличие или отсутствие на приёме ассистента

врача-стоматолога (возможность работы в 4 руки), а также его квалификация, темперамент, уровень подготовки.

Необходимость обоснования адекватности финансирования стоматологической службы за счёт средств бюджета и средств фондов обязательного медицинского страхования (ФОМС) в условиях рыночных отношений, сложившихся в сфере производства и продаж продукции стоматологического назначения, развития рынка в сфере оказания стоматологической помощи, ставят руководителей органов здравоохранения и финансирования перед необходимостью применения экономического эквивалента, отвечающего современным требованиям [2].

Первая попытка внедрить трудовые единицы была сделана во второй половине 20-х годов XIX века, когда за основу был принят показатель — 20 минут рабочего времени на оказание помощи по поводу лечения среднего кариеса с пломбой из цемента [3]. Вновь трудовые единицы были введены в 1949 г. Учитывалось 23 манипуляции, но в перечень не входил учёт выполнения таких видов работ, как сбор анамнеза, осмотр полости рта первичного больного, проведение анестезии и т.д. В конце 60-х и начале 70-х годов XX в. стала внедряться методика оказания большего объёма помощи в одно посещение, и появилось положение о сокращении числа посещений и одновременном ведении учёта по трудовым единицам и посещениям. Но вместе с сокращением числа посещений соответственно уменьшались и объёмы финансирования.

25 января 1988г. была внедрена Условная Единица Трудозатрат (УЕТ) как более адекватный экономический эквивалент, используемый при формировании бюджета стоматологических учреждений [2]. На протяжении 20 лет параллельно новым научно-техническим достижениям и разработкам в области медицины и стоматологии Классификатор постоянно расширялся. И, наконец, в 2008 г. был утверждён новый и на сегодняшний день последний Классификатор стоматологических услуг и их объёмов в УЕТ с учётом интенсификации труда врачей стоматологического профиля.

При использовании новых технологий требуется не только повышение квалификации медицинских работников, но и увеличение рабочего времени на оказание стоматологической помощи по конкретному случаю.

Труд врача стал более производительным за счёт интенсификации, в конечном итоге, это ориентация на увеличение объёмов стоматологической помощи в одно посещение, от которого выигрывают все: учреждение, органы управления, врач, население, т.к. происходит не только сокращение затрат личного и рабочего времени пациента, но и снижение непроизводительных затрат рабочего времени врача [2; 4].

Цель работы - определить наиболее производительные пути управления временем при выполнении основных манипуляций на приеме врача стоматолога терапевтического профиля.

В соответствии с поставленной целью решались следующие задачи:

1. Определить соответствие между положениями системы Условных Единиц Трудозатрат, принятой 25 ян-

варя 1988г., и реальными затратами времени на данные стоматологические манипуляции.

2. Определить соответствие между положениями системы Условных Единиц Трудозатрат, принятой 5 июня 2008г. и реальными затратами времени на данные стоматологические манипуляции.

3. Провести анализ соответствия классификаторов 1988г., 2008г. и реально затраченного времени на выборочные манипуляции.

4. На основании анализа полученных результатов предложить пути управления временем на терапевтическом стоматологическом приёме.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе кафедры протезной стоматологии ГБОУ ВПО НижГМА Минздрава России.

Для решения поставленных задач было выбрано 30 клинических случаев, которые разделены поровну на 3 группы: в 1-й группе — проведена профессиональная гигиена полости рта, во 2-й — проведено лечение среднего кариеса и в 3-й - пломбирование корневых каналов трехканального зуба. Клинические случаи в каждой группе были сопоставимы по тяжести процесса и сложности выполнения манипуляций.

Для чистоты исследования были исключены манипуляции, где временной фактор зависит от индивидуальных особенностей организма пациента и человеческого фактора (например, проведение анестезии, заполнение документации, обучение пациента личной гигиене полости рта).

1 группа, в которой проводилась профессиональная гигиена полости рта, составляла 10 клинических случаев, манипуляции проводили 2 врача, по 5 случаев соответственно.

Профессиональная гигиена полости рта проводилась только пациентам с одинаковым показателем универсального индекса Гигиены по Грин-Вермиллиону (1964 г.), где значения индекса зубного налёта (ИЗН) составляло 2,83 — 3,0, что указывало на неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта и большое количество мягкого зубного налёта, а индекс зубного камня (ИЗК) был равен 2,83-3,0, что также указывало на неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта и большое количество над- и поддесневых зубного камня у всех выбранных пациентов. Манипуляции проводились на 6-ти передних зубах нижней челюсти по общепринятой формуле 43,42,41_31,32,33.

Во всех 10 случаях производились временные замеры следующих элементов (этапов) лечения:

- механическая очистка поверхностей с помощью пасты и щётки;
- очистка 6-ти поверхностей зубов и удаление над- и поддесневых зубных отложений в области этих зубов с помощью ультразвукового скейлера (Мини Пьезон);
- очистка межзубных промежутков целлюлоидными штрипсами;
- двукратное покрытие фторлаком 6-ти поверхностей зубов (местная флюоризация).

Пациенты с гиперчувствительностью зубов из исследования исключались, т.к. подобные случаи требуют применения дополнительных методик и материалов, а следовательно, дополнительных затрат времени. Работа считалась выполненной по результатам визуального теста (отсутствие налёта при инструментальном осмотре стоматолога с использованием зонда и зеркала) и тактильного теста (пациент ощущает гладкость при проведении языком по обработанным поверхностям зубов).

2 группа, где проводилось лечение по поводу среднего кариеса, состояла из 10 клинических случаев. Манипуляции проводили 2 врача, по 5 случаев соответственно. При лечении среднего кариеса в исследование включались только полости, расположенные на контактных поверхностях моляров (II класс по Блеку) нижней челюсти.

Во всех 10 случаях производились замеры времени следующих этапов лечения:

- препарирование кариозной полости;
- медикаментозная обработка;
- наложение матрицы и фиксация матрицедержателя;
- наложение светоотверждаемой изолирующей прокладки Ioposit Baseline;
- наложение пломбы из универсального светоотверждаемого нанокомпозита Filtek Supreme XT и моделирование пломбы;
- шлифовка, полировка пломбы.

Сбор анамнеза, заполнение документации, инструментальный осмотр, проведение анестезии проводились, но время, затраченное на эти манипуляции, не учитывалось. Полости медиоокклюзионнодистальные (МОД) при лечении среднего кариеса исключались из исследования как требующие дополнительных затрат времени, а также исключались случаи рецидивирующего кариеса (зубы ранее уже лечённые по поводу кариеса). Работа считалась выполненной по результатам инструментального и тактильного тестов.

3 группа состояла из 10 случаев пломбирования корневых каналов пастой, которые проводили 2 врача, по 5 случаев соответственно. В исследование включались только 3-х канальные зубы (моляры верхней и нижней челюсти), учитывались только случаи лечения в одно посещение.

Во всех 10 случаях производились временные замеры следующих этапов лечения:

- препарирование кариозной полости, раскрытие полости зуба;
- удаление пульпы зуба (пульпэкстракция);
- механическая и медикаментозная обработка трёх корневых каналов;
- пломбирование трех корневых каналов пастой Foredent;
- наложение временной пломбы.

Сбор анамнеза, заполнение документации, инструментальный осмотр, анестезия проводились, но время, затраченное на эти манипуляции, не учитывалось. Склерозированные, сильно искривлённые корневые каналы, а также зубы, ранее лечённые по поводу осложнённого

кариеса, требующие специальных средств и методик для их лечения исключались из исследования как требующие дополнительных затрат времени. Работа считалась выполненной по результатам рентгенографического контроля (по данным рентгенограммы пломбировочный материал контурируется равномерно по всей длине корневых каналов от устьев до физиологических верхушек, поры в пломбировочном материале отсутствуют). Для точности исследования из числа ассистентов кафедры были выбраны 2 врача с одинаковым стажем работы (5 лет), одинаковой подготовкой (кандидат медицинских наук) и подобным типом темперамента (холерический тип).

В ходе исследования фиксировалось общее оперативное время (Топ) – время, в течение которого персонал выполнял задание. Оно делится на основное и вспомогательное. [1]

Основное (Тос), или технологическое, время (время, затраченное врачом непосредственно на изменение предмета труда) – препарирование кариозной полости, моделирование пломбы, шлифование пломбы, медикаментозная обработка и т.д.

Вспомогательное время (Твс) (выполнялись действия ассистента, необходимые для осуществления основной работы) — замешивание материалов, установка слюноотсоса и пеллеса, установка и подача полимеризационной лампы, подача и открывание ёмкостей с растворами антисептиков, гемостатических средств и т.д.

В ходе исследования учитывалось только общее оперативное время, т.к. классификатор УЕТ подразумевает общий объём трудозатрат на выполнение манипуляций, и только в этом случае затраченное общее время на манипуляцию будет сопоставимо со значением УЕТ.

Замеры времени проводились с помощью индивидуального выборочного хронометража методом непосредственных выборочных замеров. Способ наблюдения и регистрации результатов исследования — визуальный, форма записи результатов — цифровая.

Результаты и обсуждение

Результаты, полученные в ходе проведённого исследования, были систематизированы, проанализированы и сопоставлены с данными Классификатора УЕТ (табл. №1).

В результате сопоставления объёмов трудозатрат по системе УЕТ 2008 г. наименьший объём приходится на проведение профессиональной гигиены полости рта (3,5). Средняя продолжительность расхода времени на выполнение манипуляции составляет 23 мин 09 сек, тогда как наименьшие затраты времени зафиксированы в группе лечения среднего кариеса (19 мин 54 сек), но по данным классификатора 2008 года данной манипуляцией соответствует объём трудозатрат равный 5,0, что на 1,5 УЕТ больше, чем в группе профессиональной гигиены.

Если судить по объёму УЕТ, зафиксированному в классификаторе 2008 года, где объём трудозатрат при пломбировании корневых каналов более чем в 2 раза превышает объём при проведении профессиональной гигиены, то и результаты расхода времени должны бы быть в группе № 3 более чем в 2 раза выше, чем в группе № 1.

Таблица 1. Сводная таблица УЕТ и реальных затрат времени по результатам трёх исследований.

№	Наименование операции	Среднее Затраченное время	УЕТ 1*	УЕТ 2**
1	Профессиональная гигиена полости рта в области 6 зубов	23м. 09с.	1,7	3,5
1.2	Механическое очищение поверхности с помощью щётки и пасты	7м. 23с.		
1.3	Очищение с помощью ультразвукового аппарата 6 зубов	7м. 42с.	1,2	1,5
1.4	Очищение межзубных промежутков штрипсами	2м. 18с.		
1.5	Двукратная местная флюоризация	5м. 46с.	0,5	2,0
2	Лечение среднего кариеса	19м. 54с.	1,25	5,0
2.1	Препарирование кариозной полости	4 м.		
2.2	Медикаментозная обработка	2м. 22с.		1,5
2.3	Наложение матрицы и фиксация матрицедержателя	1м. 04с.		
2.4	Наложение светоотверждаемой изолирующей прокладки	1м. 01с.	1,0	
2.5	Наложение светоотверждаемого пломбирочного материала	7 м. 52с.		3,0
2.6	Шлифовка, полировка пломбы	3м. 04с.	0,25	0,5
3	Пломбирование корневых каналов 3-х канального молтара	34м. 07с.	6,0	7,5
3.1	Препарирование, раскрытие полости зуба	1м. 53с.		
3.2	Удаление пульпы	0м. 33с.		
3.3	Механическая, медикаментозная обработка, высушивание корневых каналов	26м. 20с.	6,0	7,5
3.4	Пломбирование 3-х корневых каналов	4м. 31с.		
3.5	Наложение временной пломбы	0м. 43с.		

Примечания: * - количество УЕТ дано согласно Классификатору 1988г.

** - количество УЕТ дано согласно Классификатору 2008г.

Однако проведённое исследование это опровергает, т.к. разница между результатами 1 и 3 группы составляет 1,7 раза (почти 11 минут).

По распределению УЕТ согласно классификатору 1988г. наименьший объём трудозатрат приходится на лечение среднего кариеса (1,25), что логично сочетается с затратами времени на эту процедуру (19мин 54 сек) — это наименьший показатель из всех трёх групп по результатам исследования.

Наибольший показатель затрат времени зафиксирован в группе № 3 (пломбирование корневых каналов), что также сочетается с наибольшим объёмом УЕТ по классификатору 1988г. Однако объём УЕТ при проведении профессиональной гигиены составляет 1,7 УЕТ, а при пломбировании корневых каналов 6,0 УЕТ, что в 3,5 раза превышает объём трудозатрат при проведении профессиональной гигиены. Но по результатам исследования средние показатели затрат времени между этими группами различаются в 1,7 раз, что не позволяет сопоставить данные УЕТ 1988г. и показатели затрат времени между собой.

Проведённое исследование показывает отсутствие зависимости объёма работы от «фактора времени» на стоматологическом приёме, это наглядно продемонстрировано относительно классификатора 2008г., который составлен с учётом процесса интенсификации.

Таким образом, полученные результаты дают основание полагать, что путь руководителей стоматологических служб и учреждений к успешному таймменеджменту в управлении организацией лежит в процессе

интенсификации. Анализ данных литературы и настоящее исследование показывают, что понятия «фактор времени» и «непроизводительные затраты» скрыты не в самом стоматологическом приёме, а в его организации.

Сокращение рабочего времени и времени на непроизводительные затраты необходимо достигать не сокращением временных рамок на стоматологическом приёме для врачей, а глубоким внедрением процесса интенсификации в деятельность стоматологических учреждений: повышение квалификации врачей – стоматологов, осуществление работы в 4 руки, повышение квалификации ассистентов врачей-стоматологов, наличие современного стоматологического оборудования, которое сокращает время на каждую манипуляцию, оборудование кабинетов согласно рекомендациям Научной Организации Труда (НОТ), эргономичный инструментарий и т.д.

Выводы

Всё вышеперечисленное указывает, что проблемы таймменеджмента в стоматологии выходят за рамки стоматологического приёма и затрагивают не только такие отрасли, как базовая и постдипломная подготовка кадров, но и адекватное финансирование стоматологических учреждений, финансирование научных направлений, разработка медицинской аппаратуры, современных технологий, а также привлечение молодых кадров в научную среду. Условия для управления временем на стоматологическом приёме должны создаваться как на местном (непосредственно в стоматологическом учреждении), так и региональном и федеральном уровнях. ■

Кондюрова Е.В., к.м.н., доцент кафедры пропедевтической стоматологии ГБОУ ВПО НижГМА Минздраво-развития, г. Нижний Новгород; Казарина Л.Н., д.м.н., профессор, зав. кафедрой пропедевтической стоматологии ГБОУ ВПО НижГМА Минздравообразования, г. Нижний Новгород; Вдовина Л.В., к.м.н., доцент кафедры пропедевтической стоматологии ГБОУ ВПО НижГМА Минздравообразования, г. Нижний Новгород; Чуваркова И.М., к.м.н., ассистент кафедры пропедевтической стоматологии ГБОУ ВПО НижГМА Минздравообразования, г. Нижний Новгород; Самаркина А.Н., клинический ординатор кафедры пропедевтической стоматологии ГБОУ ВПО НижГМА Минздравообразования, г. Нижний Новгород; Автор, ответственный за переписку - Кондюрова Евгения Викторовна, г. Нижний Новгород, ул. Минина, д.20а. Тел. 8 903 052 12 56; e-mail: eval342@yandex.ru

Литература:

1. Калинин С.И. Тайм-менеджмент: Практикум по управлению временем. СПб: Речь, 2003. – 371 с.
2. Леонтьев В.К., Шестаков В.Т. Развитие и обоснование системы УЕТ в новых экономических условиях деятельности стоматологических учреждений России / Леонтьев В.К., Шестаков В.Т. // Стоматология. - 2003. - № 3. - С. 55-60.
3. Садовский В.В. Информированность руководителей негосударственных стоматологических организаций о государственных нормативах при оказании стоматологической помощи населению / Садовский В. В. // Экономика и менеджмент в стоматологии. - 2009. - №2. - С.25-33.
4. Янушевич О.О. Новые подходы в управлении и взаимодействии с профессиональными сообществами в целях формирования эффективной системы оказания медицинской помощи/ Янушевич О.О. // Экономика и менеджмент в стоматологии. - 2009. - № 1. - С.15-19.