

ИННОВАЦИОННЫЙ ПРОЕКТ РЕОРГАНИЗАЦИИ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ – «EMERGENCY ROOM»

² К.М. Тезекбаев, ³ Е.Н. Набиев, ² А.М. Монгол, ^{*1} П.Т. Нематилла

¹ Казахский медицинский университет непрерывного образования, г. Алматы

² Городская клиническая больница №4, г. Алматы

³ АО «Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова», г. Алматы

АННОТАЦИЯ

В статье представлены результаты реализации проекта оказания медицинской помощи, используя принципы «мультидисциплинарного осмотра» и «бригадного ведения пациентов» согласно мировым стандартам «Emergency room» на базе ГКБ №4 управления здравоохранения города Алматы. Клиника является одной из крупнейших многопрофильных клиник, оказывающих специализированную, высоко специализированную и стационар замещающую помощь жителям и гостям южной столицы. На базе клиники впервые в Казахстане открыт инновационный проект 2016 года – «Emergency room». Проведена реконструкция и реорганизация работы приемного отделения. С целью повышения качества и обеспечения доступности оказываемых медицинских услуг, опираясь на принципы пациент ориентированности в работе приёмного отделения больницы, используются методы «мультидисциплинарного осмотра» и «бригадного ведения пациентов», сходные с правилами «одного окна». В едином поле «Emergency room» размещаются все клинические специалисты, готовые одновременно осмотреть поступающего пациента. Все пациенты, проходящие обследование, находятся в поле зрения медицинского персонала. Для обеспечения осведомленности населения о деятельности клиники и предпринимаемых инновациях, проводимых мероприятиях по формированию здорового образа жизни, внедрения обязательного социального медицинского страхования установлен информационный LED-экран по утвержденной сетке вещания на «Лицевом» фасаде клиники.

Ключевые слова: приёмное отделение, догоспитальный этап, мультидисциплинарный осмотр пациентов, экстренное обращение, городское население, клиническая больница, «Emergency room».

Приёмное отделение в стационаре играет ключевую роль в постановке первичного диагноза, определении степени тяжести состояния и при решении необходимости госпитализации больного. Показаниями для госпитализации в стационар является необходимость оказания квалифицированной, специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи с круглосуточным медицинским наблюдением [1].

В своей практической деятельности врачу экстренной больницы приходится в короткое время определиться с диагнозом,

назначить дополнительные методы исследования для уточнения диагноза и назначить лечение. За короткое время врач должен оценить симптомы, провести осмотр больного и главное назначить минимум диагностических процедур для более быстрого уточнения диагноза. Правильный диагноз и эффективное, приводящее к выздоровлению в короткие сроки, лечение – эти требования предъявляют в настоящее время не только система здравоохранения, но и сами пациенты [2].

Для совершенствования системы оказания медицинской помощи необходимы

постоянный контроль и оценка динамики изменений показателей, совершенствование лечебно-диагностического процесса, внедрение новых стандартов диагностики и лечения заболеваний. [3].

В связи с ростом информирования граждан о своих правах в области здравоохранения отмечается увеличение количества жалоб больных и их родственников в медицинские организации. Возникновение жалоб на некачественную медицинскую помощь обоснованы не только отрицательными характеристиками одного конкретного медицинского работника, но и проблемами организации и управления деятельностью всей медицинской системы [4].

Плохое качество медицинских услуг – это запоздалые диагнозы, ненужные операции, несоответствующая терапия, неоправданное увеличение затрат. Надлежащее качество медицинской помощи - это соответствие оказанной медицинской помощи современным представлениям о ее необходимом уровне и объеме при данном виде патологии с учетом индивидуальных особенностей больного и возможностей конкретного медицинского учреждения. Совершенствование качества не должно рассматриваться лишь как мера административного контроля [5].

Системы, предусматривающие выдачу направлений, чреватые пробелами в обслуживании больных и задержками в лечении. «Благодаря системе направлений создается ситуация, при которой основную часть медицинской помощи оказывают врачи общей практики, а при наличии необходимости в специализированной помощи больные направляются к самым подходящим специалистам. Таким образом, по направлению специалистов Первичная медико-санитарная помощь и медицинских организаций, службами скорой медицинской помощи и санитарной авиации при самообращении в экстренных случаях больные с экстренной патологией и неотложными состояниями поступают в стационары [6].

При оказании медицинской помощи больному в приемном отделении должны

соблюдаться принципы преемственности и взаимодействия со службами скорой медицинской помощи [7].

Стационарозамещающая помощь - форма предоставления доврачебной, квалифицированной, специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи с медицинским наблюдением продолжительностью от четырех до восьми часов в течение дня [8].

С целью внедрения стационар замещающей помощи в Республике Казахстан внедрены предельные объёмы стационарной помощи [9].

Больницы постепенно ограничивают свою деятельность лечением острых случаев, принимая только таких больных, которые нуждаются в относительно интенсивной помощи, в постановке сложного диагноза или в сложном лечении. Больницы должны перестроиться, чтобы приспособиться к этим новым обстоятельствам. Таким образом, при внедрении системы стационар замещающей терапии возрастает роль приемного отделения. Когда специалисты на до госпитальном этапе строго должны отсеивать больных, которые могут лечиться амбулаторно и которые нуждаются в стационарном лечении. В стационарном лечении нуждаются больные требующие оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи с круглосуточным наблюдением [10].

В качестве индикаторов оценки качества оказания медицинской помощи на до госпитальном этапе используются: соблюдение протоколов диагностики и лечения, показатель расхождения диагнозов со стационарами, показатель госпитализации, показатель повторных вызовов (по вине медицинского персонала), качество оформления и ведения медицинской документации и обоснованность вызовов на себя [11,12].

Многие авторы считают, что в настоящее время в странах бывшего Союз Советских Социалистических Республик разрабатываются и обсуждаются стратегия и тактика совершенствования работы медицинских учреждений в четырех направлениях: улучшение состояния здоровья

населения, повышение качества и оперативности оказания медицинской помощи, более рациональное использование имеющихся ресурсов, обеспечение широкого доступа населения к современным средствам диагностики и лечения [13,14].

Таким образом, острая коронарная патология, острая хирургическая патология травмы и политравмы являются актуальной проблемой современной медицины и имеют тенденцию к постоянному росту, как по показателям заболеваемости, так и по показателям смертности. Качество и своевременность оказания специализированной помощи таким больным во многом зависят от организации работы приемного отделения ургентных клиник. Совершенствование работы приемных отделений должно улучшить показатели качества оказания специализированной медицинской помощи. Оценку качества оказания медицинских услуг можно произвести путем внутренней и внешней экспертизы, аудита, контроля, надзора, но во всех случаях для этого необходимы соответствующие численные меры, то есть индикаторы. Эти аспекты и послужили основой для сравнительного анализа работы приемного отделения на примере клиник, оказывающих специализированную медицинскую помощь экстренным больным, с целью оптимизации их работы и созданию алгоритмов оказания медицинской помощи. Результаты такого анализа позволяют разработать систему целенаправленных мер подходящих для данных условий. Среди возможных мер - пересмотр действующих больничных протоколов, более интенсивное использование многопрофильных травматологических групп, улучшение телефонной связи в сельской местности. Работа приемных отделений больниц зависит от развитости амбулаторной службы и распределении обязанностей между амбулаториями и больницами. В Российской Федерации реформирование амбулаторно-поликлинической помощи и внедрение общеврачебной практики, развитие отделений помощи на дому, стационарозамещающих технологий привело к уменьшению

числа обращений больных на станции скорой помощи и в стационары [15].

Это не значит, что персонал скорой помощи не нужно обучать основам реанимации; с другой стороны, вопрос о том, нужно ли проводить реанимационные действия на месте происшествия или больного необходимо срочно везти в больницу, предстает довольно сложным. Для совершенствования системы оказания медицинской помощи необходимы постоянный контроль и оценка динамики изменений показателей, совершенствование лечебно-диагностического процесса, внедрение новых стандартов диагностики и лечения заболеваний [16].

Важно точно определить те факторы, которые способствуют смертности от предотвратимых причин; этому может служить систематический анализ смертности от травм. Результаты такого анализа позволяют разработать систему целенаправленных мер подходящих для данных условий. В городе Новомосковске организация центра медицинской помощи на дому больным с хронической патологией позволила снизить обращаемость на станцию скорой медицинской помощи, в том числе и по поводу внезапных заболеваний с 2004 по 2006 годы на 7,3% [17].

Организация лечебно-диагностического отделения в стационаре по опыту г. Новомосковска Тульской области снижает частоту и удельный вес повторных вызовов, исключает отказы в госпитализации, не требует от бригад скорой помощи постановки точного диагноза для госпитализации в отделение соответствующего профиля [17].

Для сбора социологической информации применялся анонимный опрос респондентов по специально разработанной анкете (приложение). По мнению одного из известных теоретиков методологии социологических исследований В.А. Ядова, данный метод можно использовать в качестве достоверного источника данных [18].

Впервые в Казахстане на базе ГКБ№4 реализован проект оказания медицинской помощи, используя принципы «мультидисциплинарного осмотра» и «бригадно-

го ведения пациентов» согласно мировым стандартам «Emergency room». Место, куда доставляется пациент «Emergency room». Там, в едином поле размещаются все клинические специалисты готовые одновременно осмотреть пациента и определить тактику лечения пациента. Все пациенты, находящиеся на дообследования находятся в поле зрения медицинского медперсонала. Так и медицинский персонал доступен для пациента. Разграничиваются потоки пациентов нуждающихся в амбулаторной помощи, травмпункта и догоспитальной помощи приемного отделения. Пересмотрена система навигации для более удобной ориентации пациентов, с применением международных опознавательных знаков, нумерацией и названием кабинета. Для сопровождающих и родственников создана зона комфорта и доверия, с возможностью дисциплинарного видеонаблюдения за оказанием медицинской помощи пациентам.

Данные нового введения позволяет рационально использовать кадровые ресурсы и ресурсы стационара. Значительно снижается транспортировка в пределах отделения и усиливается контроль за обследуемыми пациентами. Не маловажным является расположенная в Emergency room службы поддержки пациентов, готовая в любой момент разрешить возникающее споры, инциденты здесь и сейчас.

Выводы:

1. Время пребывания больного в приемном отделении, расхождение предварительных и клинических заключительных диагнозов, повторное обращение больных с последующей госпитализацией являются индикаторами оценки качества эффективности медицинских услуг, характеризующие работу приемного отделения.

2. В результате внедрения «Emergency room» отмечено снижение количества врачебных ошибок, сокращение финансовых потерь. Благодаря оптимизации закупок медикаментов и расходных материалов, учету оплаты всех услуг, сокращено количества дополнительно проводимых консультаций. Сокращены временные затраты медицинского персонала за счет: автоматизации поиска необходимой информации,

автоматизации ведения текущей документации, повышения оперативности проведения консультаций, собрания анамнеза и постановки диагноза. Уменьшены трудовые затраты медицинского персонала благодаря увеличению оперативности, поиска и обработки справочной и документальной информации, доступа к персональной медицинской информации о пациенте, подготовки отчетов, заключений и других документов.

Ожидаемые результаты.

1) Повысить доступность и качество оказания медицинских услуг за счет:

- увеличения пропускной способности приемного покоя более чем в 2 раза;
- повышения степени соответствия лечения и обследования установленным стандартам;
- сокращения времени ожидания пациентов в диагностических отделениях (УЗИ, рентген, КТ, МРТ);
- снижения количества врачебных ошибок;

2) Сократить финансовые потери благодаря:

- оптимизации закупок медикаментов и расходных материалов;
- учёту оплаты всех услуг;
- сокращению количества дополнительно проводимых консультаций, обследований и анализов, назначаемых различными специалистами из-за отсутствия данных о ранее проведенных процедурах;

3) Сократить временные затраты мед. персонала за счет:

- автоматизации поиска необходимой информации;
- автоматизации ведения текущей документации;
- повышения оперативности проведения консультаций, собрания анамнеза и постановки диагноза.

4) Уменьшить трудовые затраты мед. персонала благодаря увеличению оперативности:

- поиска и обработки справочной и документальной информации;
- доступа к персональной медицинской информации о пациенте;
- подготовки отчетов, заключений и других документов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 сентября 2015 года № 761 «Об утверждении Правил оказания стационарной помощи».
2. Мусаева Н.Н. Оптимизация организации работы приемного отделения многопрофильного стационара при экстренных обращениях травматологических пациентов / Н.Н. Мусаева, Г.К. Каусова // Вестник Каз НМУ. 2017. №1. С.496-497.
3. Ниязова Г.И. Об оценке качества оказания медицинской помощи после внедрения АСУ скорой помощи / Г.И. Ниязова // Материалы Центрально - Азиатской конференции «Современные инструменты обеспечения качества медицинских услуг». 2010. С.160-161.
4. Кумар А.Б. Совершенствование качества медицинских услуг / А.Б. Кумар, Л.К. Кошербаева // Материалы Центрально - Азиатской конференции «Современные инструменты обеспечения качества медицинских услуг». 2010. С.79.
5. Киялова А.В. Оценка качества оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе службой СМП / А.В. Киялова // Материалы Центрально-Азиатской конференции «Современные инструменты обеспечения качества медицинских услуг». 2010. С.153-155.
6. Постановление Правительства Республики Казахстан от 19 ноября 2009 года № 1887 «Об утверждении Правил обеспечения получения гражданами гарантированного объема бесплатной медицинской помощи» // Казахстанская правда от 1.12.2009 г. № 281 (26025).
7. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 785 «Об утверждении Правил взаимодействия организаций здравоохранения» Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 1 декабря 2009 года № 5948.
8. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 798 «Об утверждении Правил оказания стационар замещающей помощи» Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 2 декабря 2009 года № 5951.
9. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 799 «Об утверждении предельных объемов стационарной помощи» Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 2 декабря 2009 года № 5949.
10. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 796 «Об утверждении видов и объемов медицинской помощи» Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 3 декабря 2009 года № 5955.
11. Павлюченко Л.А. Основные индикаторы качества работы выездных педиатрических бригад г. Астаны / А.Л. Павлюченко // Материалы Центрально-Азиатской конференции «Современные инструменты обеспечения качества медицинских услуг». 2010. С.86-88.
12. Киялова А.В. Анализ повторных вызовов как индикатор качества оказания скорой медицинской помощи на до госпитальном этапе / А.В. Киялова, Г.И. Ниязова, Б.Т. Каупбаева // Материалы Центрально - Азиатской конференции «Современные инструменты обеспечения качества медицинских услуг». 2010. С.149-151.
13. Тосекбаева К.Д. К вопросу улучшения качества оказания скорой медицинской помощи / К.Д. Тосекбаева, Г.М. Алпысбекова, О.Т. Жузжанов // Материалы Центрально-Азиатской конференции «Современные инструменты обеспечения качества медицинских услуг». 2010. С.97-99.
14. Хе Н.С. Индикаторы – мера измерения качества медицинской помощи / Н.С. Хе, А.А. Шаймерденова, Б.Т. Каупбаева // Материалы Центрально-Азиатской конференции «Современные инструменты обеспечения качества медицинских услуг». 2010. С.169-170.

15. Мясников А.О. Научная оценка организации преемственности в работе станций скорой медицинской помощи с лечебно-профилактическими учреждениями на догоспитальном и госпитальном этапах в условиях реформирования здравоохранения / А.О. Мясников // Автореферат на соискание учёной степени канд. мед. наук. Москва. 2009. С.28.

16. Ниязова Г.И. Об оценке качества оказания медицинской помощи после внедрения АСУ скорой помощи / Г.И. Ниязова // Материалы Центрально-Азиатской конференции «Современные инструменты обеспечения качества медицинских услуг». Астана. 2010. С.160 - 161.

17. Мясников А.О. Научная оценка организации преемственности в работе станций скорой медицинской помощи с лечебно-профилактическими учреждениями на догоспитальном и госпитальном этапах в условиях реформирования здравоохранения / А.О. Мясников // Автореферат на соискание учёной степени канд. мед. наук. Москва. 2009. 28 с.

18. Каупбаева Б.Т. Аккредитация как один из инструментов обеспечения качества медицинской помощи г. Астана / Б.Т. Каупбаева, О.А. Фомичева // Материалы Центрально-Азиатской конференции «Современные инструменты обеспечения качества медицинских услуг». Астана. 2010. С.147-149.

ТҮЙІНДІ

Мақалада Алматы қаласының денсаулық сақтау басқармасының №4 қалалық клиникалық ауруханасының базасында «Emergency room» халықаралық стандарттарына сәйкес «көпсалалы сараптама» және «пациенттерді ұжымдық басқару» принциптерін қолдана отырып, медициналық көмек көрсету жобасын іске асыру нәтижелері келтірілген. Клиника - оңтүстік астананың тұрғындары мен қонақтарына мамандандырылған, жоғары мамандандырылған және стационарлық медициналық көмек көрсететін ірі мультидисциплинарлы клиникалардың бірі. Қазақстанда тұңғыш рет 2016 жылғы инновациялық жоба - «Emergency room» клиника базасында ашылды. Қабылдау бөлімшесінің жұмысын қайта құру және қайта қалыптастыру. Медициналық қызметтердің сапасын жақсарту және медициналық қызмет көрсетудің қолжетімділігін қамтамасыз ету үшін аурухананың қабылдау бөлімінде пациенттерге бағытталған принциптерге негізделген «бір терезе» қағидасына ұқсас «көпсалалы сараптама» және «пациенттерді ұжымдық басқару» әдісі қолданылады. Бірыңғай «Emergency room» бір мезгілде келіп түскен науқастарды тексеруге дайын клиникалық мамандар орналастырылады. Тексеруден өтіп жатқан барлық науқастар медициналық персоналдың көз алдында болады. Халықтың клиника қызметі туралы хабардар болуын қамтамасыз ету және салауатты өмір салтын насихаттау бойынша қабылданған шаралар, міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыруды енгізу мақсатында ақпараттық LED - экран орнатылған және клиникадағы хабартарту кестесі бекітілген.

Кілт сөздер: қабылдау бөлімшесі, алдын ала кезең, науқастарды көпсалалы тексеру, шұғыл хабарлама, қала халқы, клиникалық аурухана, «Emergency room».

SUMMARY

The article presents the results of the implementation of the project of medical care, using the principles of «multidisciplinary examination» and «team management of patients» in accordance with international standards «Emergency room» based on the city clinical hospital №4 of the Almaty city health department. The clinic is one of the largest multidisciplinary clinics that provide specialized, highly specialized and inpatient care for residents and guests of the southern capital. For the first time in Kazakhstan, an innovative project of 2016 - “Emergency room” was opened on the basis of the clinic. The reconstruction and reorganization of the work