

Совершенствование процесса оказания неотложной помощи в стационаре

Проект в номинации

Системные решения в здравоохранении

Организация

ГБУЗ ТО "ОБЛАСТНАЯ БОЛЬНИЦА № 3"(Г. ТОБОЛЬСК)

Участники проекта

Кибанова Анна Николаевна

Заведующий отделением неотложной помощи

г Тобольск, Тюменская обл.

ГБУЗ ТО "Областная больница №3" (г.Тобольск)

Слинько Елена Анатольевна

заведующий сектором медицинской статистики и страховой медицины

г Тобольск, Тюменская обл.

ГБУЗ ТО "Областная больница №3" (г.Тобольск)

Минина Евгения Николаевна

заведующий приемным отделением

г Тобольск, Тюменская обл.

ГБУЗ ТО "Областная больница №3" (г.Тобольск)

Сатывалдаев Мустахим Нагимович

заместитель главного врача по хирургии

г Тобольск, Тюменская обл.

ГБУЗ ТО "Областная больница №3" (г.Тобольск)

В больничных стационарах идет большая нагрузка на приемное отделение амбулаторными пациентами. Одним из возможных решений для распределения нагрузки - это организовать прием пациентов в неотложном состоянии фельдшером. Для этого выделили двух фельдшером из отделения неотложной помощи поликлиники.

Описание проекта

Актуальность проекта

Пропускная способность приемного отделения ограничена. Врачи не всех специальностей имеются в приемном отделении. При обращении пациента, например, с болью в спине, врача необходимо вызывать из неврологического отделения. В связи с этим увеличиваются сроки ожидания первичного осмотра, и как следствие пребывание пациента в приемном покое. Еще одной проблемой при разведении потоков в приемном покое - это отсутствие первого этапа сортировки пациентов. Пациенты сразу попадали на 2-й этап сортировки - сестринский пост, а их приемном покое 3: терапевтический, хирургический и травматологический. Как определиться на этапе попадания в приемник куда пойти. Отсюда идет пересечение потоков пациентов. Все это влияет на сроки и качество оказания медицинской помощи.

Обращения амбулаторных пациентов в приемное отделение составляет 50% от всех обращений. То есть это те пациенты, которые должны были пойти в поликлинику, но обратились в стационар по разным причинам: скорость оказания помощи, квалификация, доступность обследования, просто так привыкли делать. При анализе обращений к неврологу этот процент увеличивается до 70%.

Еще одной проблемой является невозможность открыть больничный лист пациенту в приемном отделении. Поэтому пациенту приходится идти в поликлинику на следующий день для открытия больничного листа. А это надо обратиться в отделение неотложной помощи к фельдшеру, отсидеть очередь, а в осмотре пациент не нуждается (был накануне в приемном отделении и лечение назначено). Еще одной особенностью для открытия больничного листа на основании осмотра врача приемного отделения является его открытие через врачебную комиссию поликлиники, что создает дополнительную нагрузку на ВК.

Цель проекта: сокращение сроков пребывания пациента в приёмном покое

Основные проблемы

1. Длительное ожидание осмотра в приемном отделении
2. Длительное пребывание пациента в приемном покое
3. Необходимость посещения поликлиники на следующий день для открытия больничного листа
4. Отсутствие 1-го этапа сортировки

Особенность учреждения

ГБУЗ ТО "Областная больница №3" - это большое учреждение со сложной структурой, которое в своем составе имеет стационар на 601 койку и поликлинику с несколькими филиалами. Поэтому к решению данного проекта мы подходили с позиции пациентоориентированности т.к. для нас нет пациентов стационарных и пациентов поликлинических. Они все наши. В проекте мы постарались пронести основную мысль - куда бы пациент не обратился, необходимо оказать помощь, не перекладывая ответственность на сотрудников поликлиники или стационара и не отправлять пациента между нашими структурными подразделениями.

Команда проекта состояла из сотрудников поликлиники и приемного отделения стационара.

Картирование процесса

При картировании текущего состояния процесса мы провели анализ от момента обращения пациента в приемное отделение до выписки больничного листа в поликлинике на следующий день. За пример взяли один из самых распространенных поводов обращения в приемное отделение "боль в спине" И на этом пути мы выявили более 20 проблем. Карта текущего состояния состояла из частей: 1 часть приемное отделение, 2 часть обращение в поликлинику через 1 день. При построении карты целевого состояния весь процесс был на уровне приемного отделения, начиная с 1 этапа сортировки, приема фельдшера, выписки больничного листа и заканчивался записью на прием в поликлинику через 5-7 дней.

Этапы реализации

- 1 этап Определение фельдшеров для работы в приемном отделении
- 2 этап Выстраивание системы сортировки при обращении пациента в приемное отделение
- 3 этап Организация работы фельдшера в приемном покое (кабинет, обучение, взаимодействие с сотрудниками)
- 4 этап Прием пациентов фельдшером в приемном отделении - направление пациентов к фельдшеру после 2-го этапа сортировки
- 5 этап Выстраивание взаимодействия между поликлиникой и стационаром в части выписки больничных листов и записи на прием в поликлинике

Важным решением стало - прием фельдшера в приемном отделении по 12 часов.

Матрица компетенций фельдшеров неотложной помощи

Прежде чем приступить к реализации проекта, мы для себя решили, что сокращать сроки пребывания пациента в приемном покое будем за счет территориального перемещения туда фельдшера из неотложной помощи поликлиники. Поэтому до начала работы мы провели тестирование среди фельдшеров неотложной помощи на предмет знания раздела СМК «Неотложная помощь», используя инструмент бережливого производства «матрицу компетенций». И увидели, что имеются пробелы в знаниях у сотрудников. Поэтому в приемное отделение мы направили фельдшеров с высокими результатами. А остальным провели внеплановую учебу.

Ключевые точки проекта

Если разложить процесс на ключевые точки кратко он будет выглядеть таким образом:

-Медицинские работники: фельдшер, узкие специалисты стационара, врачи приемного отделения

-Точка входа: Пациент обратился в приемном отделении для оказания медицинской помощи

-Процесс:

1.Сортировка пациентов 1 этап

2.Прием пациента фельдшером

3.Назначение обследования

4.Выдача рекомендаций по лечению

5.Открытие больничного листа

6.Запись в поликлинику на повторный прием через 5-7 дней

-Что на выходе, т.е. какой результат: пациенту в день обращения открыт больничный лист

- пациент охвачен профилактическим осмотром

- исключены лишние посещения в поликлинике

-Что получает пациент: Пациенту оказана медицинская услуга в приемном отделении в рамках его заболевания

Гемба - фактическое место работы фельдшера в приемном покое

В процессе работы мы использовали много раз инструмент бережливого производства "Гемба", то есть мы команда проекта часто выходили на рабочее место фельдшера для того, чтобы на месте разобраться в причинах возникновения проблем. Здесь особую роль надо отметить заведующей приемным отделением, которая на протяжении всего проекта была рядом с фельдшерами и помогала выстроить взаимодействие с сотрудниками диагностики, приемного отделения и другими. Руководитель проекта (врач терапевт) работала в кабинете фельдшера около 3-х недель. Все это помогало своевременно видеть недостатки в работе и своевременно их устранять. Так, например, изначально фельдшер работал до 20.00. Когда мы поняли, что пациенты стали специально обращаться в приемный покой после этого времени, мы изменили расписание работы фельдшера с 10.00 до 22.00.

Проблемы в ходе реализации проекта:

-Пациенты стали обращаться в приемное отделение после 20.00 (решение увеличили время приема фельдшера до 22.00)

-Пациенты, которые знают, что фельдшер открывает больничный лист, приходят в приемное отделение к 8.00, а фельдшер работает с 10.00

-Имеются случаи нарушения этапов сортировки, когда регистратор с 1-го этапа направляет пациентов к фельдшеру

-Врачи приемного отделения перекладывают свою работу на фельдшера

Механизм реализации практики

В приемном отделении обновлена маршрутизация для пациентов в трех цветах, что соответствует количеству постов. Также повесили там QR код, на который можно навести телефон и проследовать необходимым маршрутом. Пациент обращается в приемное отделение. В проекте мы работали только с пациентами, которые самостоятельно обращаются в приемное отделение. Скорая помощь в границы проекта не входила. Регистратор встречает пациента на входе и проводит предварительный опрос. У регистратора есть СОП, в котором прописано с какими поводами к кому необходимо пациента направить.

Пациент направляется на 2-й этап сортировки. На посту медицинская сестра проводит с пациентом опрос на наличие жалоб, просматривает МИС. При

определении у пациента неотложного состояния, она направляет пациента к кабинет фельдшера.

Фельдшер проводит осмотр пациента, заполняет протокол в МИС, назначает анализы, обследования. Пациент проходит обследования и возвращается на повторный прием. При необходимости фельдшер может обратиться за консультацией терапевта или другого специалиста. После заполнения протокола и постановки диагноза, фельдшер назначает лечение. Если пациенту необходимо открыть больничный лист, фельдшер открывает его сразу на приеме. Проводит запись пациента на повторный прием в поликлинике через 5-7 дней. Другие врачи приемного отделения направляют пациента к фельдшеру, если ему необходимо открыть больничный лист.

Во время реализации проекта было принято решение о расширении функционала фельдшера. Теперь он проверяет в МИС наличие диспансеризации и профОсммотров у пациентов. Так как большое количество пациентов, которое обращается в приемное отделение, но не приходит в поликлинику (преимущественно трудоспособное население). Годом ранее в стационаре был открыт кабинет раннего выявления заболеваний. Поэтому фельдшер предлагает пациенту начать проходить обследование в приемном отделении и завершить его в поликлинике.

Пациент приходит на повторный прием в поликлинику, где ему при необходимости корректируют лечение и закрывают больничный лист, а также закрывают 1-й этап диспансеризации или профОсммотра.

Результаты работы

При незначительном увеличении обратившихся пациентов в приёмное отделение за 2024 год, заметно снизились посещения у терапевта на 31%, невролога на 36%, на 6% у травматолога за счет хронических пациентов, направленных к фельдшеру.

Результатами работы проекта за 2024 год стали следующие:

1. Фельдшер в день принимает в среднем 30-40 чел.
2. За 2024г. фельдшер принял более 6 тыс. пациентов (23% от всех осмотров взрослого населения)
3. Профилактическая работа фельдшера в приемном отделении:
-направлено пациентов на диспансеризацию 1512 чел.

-направлено пациентов на профосмотры 1942 чел.

-направлено на диспансеризацию репродуктивного здоровья 132 чел.

4.Среднее ожидание первичного осмотра в приемном отделении фельдшера 15 мин.

5.Среднее время пребывания пациента, направленного к фельдшеру с получением результатов в приемном отделении 70 мин.

6.Пропускная способность приемного отделения осталась примерно на одном уровне: в час проходит 6чел.

7.Снижение количества жалоб пациентов на отказ от оказания медицинской помощи в сторону приемного отделения в 6 раз.