

Мировые практики реорганизации системы оказания экстренной медицинской помощи

О. И. Нечаев

ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»



Фото: istockphoto

Рост посещения отделений экстренной и неотложной медицинской помощи наблюдается по всему миру. Правильно организованная работа экстренных служб приводит к улучшению результатов лечения и уменьшению сроков пребывания пациентов в стационаре. Реформирование систем здравоохранения направлено на централизацию оказания неотложной первичной медицинской помощи и ее концентрацию в меньшем количестве медучреждений.



Израиль

Системой экстренной медицинской помощи в Израиле управляет отдел скорой помощи Министерства здравоохранения. Отдел отвечает за подготовку системы госпитализации, общественной медицины и взаимодействует с организацией «Маген Давид Адом» для приема и лечения экстренных больных и раненых, в том числе при событиях с массовыми жертвами.

Проблемы и решения

Учитывая, что Израиль находится в состоянии угрозы террористических актов, сформирована прямая связь между армейскими офицерами, руководителями Министерства здравоохранения, руководителями общественной службы здравоохранения и больницами. Количество коек для неотложной помощи всегда может быть удвоено в случае экстренного сценария. В приемном отделении используются такие передовые технологии, как навигационная система и роботы, которые помогают найти дорогу.

фото: aimindia.com



фото: timesofisrael.com

▲
Транспортировка пациента

**В ИЗРАИЛЬСКИХ БОЛЬНИЦАХ
МАРШРУТИЗИРОВАТЬ ПАЦИЕНТОВ
ПОМОГАЮТ РОБОТЫ. ОНИ ПРОВОЖАЮТ
ЧЕЛОВЕКА ДО ОТДЕЛЕНИЯ**

▲
Больницы Индии придерживаются принципа: 5 минут от поступления пациента до сортировки

Индия

Индия является развивающейся страной, из-за быстрого экономического роста и урбанизации она сталкивается с проблемами как слаборазвитой, так и развитой экономики. Чрезвычайные ситуации, вспышки инфекционных заболеваний и несчастные случаи являются обычным явлением во всех частях страны. Индийская программа неотложной помощи отражает инфекционные и тропические заболевания, характерные для субконтинента, а приоритетное внимание уделяет подготовке врачей к оказанию неотложной помощи при травмах, сердечно-сосудистых и неврологических заболеваниях.

Проблемы и решения

Министерство здравоохранения Индии создало целостную сеть травматологических учреждений по всей стране в целом и вдоль национальных автомагистралей в частности. На основании принципов триажа для травмоцентров были разработаны критерии качества оказания медицинской помощи. Администрация центров отслеживает несколько важных показателей, чтобы гарантировать качество оказания медицинской помощи:

- время от поступления до сортировки менее 5 минут;
- доступ к неврологам и нейрохирургам в течение 5 минут при подозрении на инсульт;
- время от поступления до рентген-операционной — 20 минут после инсульта.



Фото: cnaluxury.channelnewsasia.com

▲ Отделение неотложной помощи в больнице Тан Ток Сенг в Сингапуре

Сингапур

Регистрация и сортировка в больницах скорой помощи производится на стойке регистрации в системе «триаж». Существует четыре различных уровня приоритета:

1. Реанимация и тяжелобольные пациенты. Пациенты в состоянии сердечно-сосудистого шока или угрожающего коллапса немедленно направляются в отделение реанимации.
2. Серьезные чрезвычайные ситуации (неамбулаторные). Пациенты с острыми заболеваниями, которые должны лечиться в больнице. Они находятся в стабильном состоянии, не требуют реанимации. Примеры: перелом/вывих конечности, травмы средней тяжести, сильная боль в животе и другие серьезные заболевания.
3. Незначительные чрезвычайные ситуации (амбулаторная помощь). Пациенты с острыми симптомами, находящиеся в стабильном состоянии и способные ходить. Этим пациентов могут лечить врачи общей практики в отделении неотложной помощи. Примеры: растяжения связок, легкие травмы, незначительные боли в животе, рвота, сыпь и умеренные головные боли.
4. Хронические заболевания или состояние, которое присутствовало в течение длительного времени. Этим пациентов должны наблюдать врачи общей практики. Примеры: хронические боли в суставах, хронические кожные заболевания, длительные выделения из носа, старые шрамы, катаракта и удаление татуировок.

Япония

Распределение пациентов осуществляется на догоспитальном этапе по уровням больниц неотложной помощи:

- центр неотложной помощи первого уровня работает с пациентами, которых можно лечить амбулаторно;
- центр неотложной помощи второго уровня работает с пациентами, которые могут лечиться как стационарные пациенты на общем медицинском этаже. Во вторичных больницах неотложной помощи терапевты и хирурги часто работают по совместительству в ночное время в отделении неотложной помощи;
- центр неотложной помощи третьего уровня работает с пациентами в операционной или отделении интенсивной терапии.

Врачи неотложной помощи в третичных больницах неотложной помощи обычно проходят обучение по одной дополнительной специальности, например хирургия травм, интервенционная радиология или реаниматология.

Проблемы и решения

Частые перенаправления в другие больницы, поскольку пожилые пациенты и пациенты с потерей сознания требуют широкого дифференциального диагноза, а на догоспитальном этапе сложно определить нужный профиль по превалирующему диагнозу.



Фото: japantimes.co.jp

▲ Комната первичного реагирования для неотложных пациентов в Центральной больнице Национального центра глобального здравоохранения и медицины в Токио



МАНЧЕСТЕРСКАЯ ТРИАЖНАЯ СИСТЕМА ВКЛЮЧАЕТ 52 БЛОК-СХЕМЫ, РАЗРАБОТАННЫЕ С УЧЕТОМ ОСНОВНЫХ ЖАЛОБ ПАЦИЕНТОВ

Великобритания

В отделениях неотложной помощи и стационарах Великобритании используется Манчестерская триажная система. В этой системе основные предъявляемые жалобы распределяются по одной из 52 блок-схем, например «травмы головы» или «боль в брюшной полости». Ключевые параметры, такие как опасность для жизни, боли или изменение сознания, определены для каждого из этих блоков. При поступлении пациента в отделение экстренной помощи сестра-координатор соотносит его жалобы и клинические признаки с определенным алгоритмом, с помощью которого определяются приоритеты лечения. Система сортировки использует определенные критерии неотложности.

Проблемы и решения

В условиях финансового, кадрового и организационного дефицита система экстренной и неотложной помощи вынуждена решать не только медицинские, но и социальные проблемы. В результате наблюдается огромный разброс в размере, составе, направленности, доступности и финансировании медицинской и патронажных служб, что приводит к заметному неравенству в доступе к услугам экстренной помощи на базовом уровне.

В связи с этим одним из основных направлений реформы стало создание многопрофильных групп для сортировки пациентов по экстренности, балансировки нагрузки на отделения, перенаправления пациентов в другие медицинские учреждения или социальные службы с целью обеспечения повышения качества медицинской помощи.

Германия

Исторически сложилось так, что до недавнего времени в большинстве крупных больниц существовали свои отдельно укомплектованные экстренные приемные зоны — Notfallaufnahme — для различных отделений: хирургии, травматологии, гинекологии и т. п.



Фото: keh-berlin.de



Центральное приемное отделение (Zentrale Notaufnahme) Евангелической клиники королевы Елизаветы Херцберге

Проблемы и решения

Врачи, работающие в экстренных отделениях, не всегда являются специалистами именно в неотложной медицинской помощи, а иногда и вообще не имеют необходимого опыта. В связи с этим в последнее время многие крупные медицинские учреждения создают у себя центральное отделение неотложной помощи — Zentrale Notaufnahme, как правило, укомплектованное терапевтами, хирургами, анестезиологами-реаниматологами и другими специалистами. Необходимость подготовки и аттестации врачей, работающих в этих центрах, а также введение сертификата специальности для внутригоспитальной экстренной медицинской помощи вызывает большие дискуссии. При этом среди немецких врачей наблюдается тенденция выбора наиболее высокооплачиваемых специальностей, в связи с чем нехватка квалифицированных врачей экстренной медицинской помощи может превратиться в значительную проблему.

Франция

В крупных французских больницах есть отделения неотложной помощи. Служба экстренной помощи имеет две операционные с дежурным персоналом, позволяющие проводить хирургические вмешательства в любое время, а также вспомогательные службы, которые могут провести дополнительные обследования.

Отделением руководит врач скорой помощи, а узкие специалисты приглашаются дополнительно. В команде работают медсестры, помощники по уходу, социальный работник и администратор, все они имеют специальное образование для работы в экстренных случаях. Служба разделена на три зоны: приема, обследования и лечения (в том числе интенсивного), а также есть зона наблюдения за пациентами, ожидающими выхода или перевода в другое отделение.

Проблемы и решения

Во Франции была проведена значительная реорганизация системы экстренной медицинской помощи. Если раньше основная работа приходилась непосредственно на скорпомощные бригады, а приемный покой выполнял скорее диспетчерские функции, то теперь при каждом учреждении оборудованы экстренные палаты — emergency rooms, где медицинская помощь может быть оказана круглосуточно в полном объеме, и пациент находится в такой палате до окончательного определения в профильное отделение.



▲
Отделение неотложной помощи больницы в Понтуазе (Жак Витт/Сипа)



Фото: siemens-healthineers.com

▲
Въезд в больницу для машин скорой помощи

Скандинавские страны

Особенностью скандинавской системы стало объединение службы оказания срочной первичной помощи (out-of-hours, дословно: «в неурочные часы») и службы посещения на дому. Отделения срочной первичной помощи находятся при больницах, открыты круглосуточно, имеют медицинский персонал и оказывают первичную медицинскую помощь. Например, в Дании 46 сервисных центров при помощи врачей общей практики оказывают срочную первичную медицинскую помощь, в том числе и на дому. Центры чаще расположены в местных больницах, но организационно независимы.

Проблемы и решения

Все больницы скорой помощи столкнулись с необходимостью ввести систему установления очередности пациентов, но сортировка внедряется недостаточными темпами. Не все норвежские госпитали используют специальную шкалу сортировки, причем половина из них составляли шкалу самостоятельно. Меньше трети больниц имели для этого персонал с нужной квалификацией и специальную зону приема и сортировки.


В Швеции и Дании почти половина отделений неотложной помощи вообще не пользуются какой-либо шкалой сортировки для определения рейтинга срочности пациента, а еще часть отделений не придерживаются установленных стандартов и принципов в отношении рейтингов срочности пациентов экстренной медицины. 

Фото: newsinfrance.com