



Первый Санкт-Петербургский
государственный медицинский университет
имени академика И.П.Павлова

Модульные приемные отделения для оказания экстренной медицинской помощи: вопросы и ответы

С. Ф. Багненко, В. М. Теплов



Содержание

Предисловие	2
Введение	3
Глава 1. Зачем нужен модуль, или краткий экскурс в историю вопроса	4
Глава 2. Выбор стационара	6
Глава 3. Проектирование: подводные камни	8
Глава 4. Немелкие мелочи	20
Глава 5. Кадры решают все	23
Глава 6. Модуль запущен. Как не испортить его работу?	25
Глава 7. Взгляд в будущее	27

Предисловие

Хотим выразить слова благодарности всем, кто так или иначе причастен к появлению этого текста, кто внес свой вклад в развитие идеи современных модульных приемных отделений и воплощение ее в жизнь: Ильдару Пулатовичу Миннуллину, Александру Григорьевичу Мирошниченко, Вадиму Владимировичу Стожарову, Дмитрию Анатольевичу Хубезову, Елене Карповой, Екатерине Цебровской, Денису Прасолу, Александре Коршуновой, Михаилу Роскошному, Антону Викторовичу Хазову, Хасанби Мухамедовичу Тетову.

Уважаемый читатель!

Эта книга представляет собой некое обобщение здравого смысла, замешанного на личном опыте взаимодействия с проектными организациями, отдельными проектировщиками, главными врачами, региональными министрами здравоохранения, сотрудниками федерального Минздрава, заведующими приемных отделений, врачами, средним и младшим медицинским персоналом, другими сотрудниками, участвующими в приеме экстренных пациентов в больницы, и, самое главное, с пациентами и их родственниками. При участии нашей команды было спроектировано не меньше полусотни стационарных отделений скорой медицинской помощи (модульных приемных отделений, Emergency Department — называйте как хотите, это не принципиально), построено более 20. В основе реализованных и нереализованных проектов — сотни больниц, изученных вдоль и поперек, месяцы командировок, тысячи километров авиаперелетов и железнодорожных поездок. Безмерная благодарность всем кураторам федерального проекта «Совершенствование экстренной медицинской помощи», входящего в состав национального проекта «Продолжительная и активная жизнь», представителям Минздрава России и не только, но в первую очередь — министру здравоохранения Российской Федерации Михаилу Альбертовичу Мурашко — за руководство и всестороннюю помощь. Благодаря его настойчивости, терпению в нашей стране началась практическая реализация строительства таких структурных подразделений больниц, принимающих «скоропомощных» пациентов. Ключевую роль здесь сыграла его идея о применении для этой цели именно быстровозводимых относительно недорогих модульных конструкций, прекрасно себя зарекомендовавших в эпоху пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19. Уверены, что новые приемные отделения для оказания экстренной медицинской помощи, созданные в рамках федерального проекта «Совершенствование экстренной медицинской помощи», спасут немало жизней наших сограждан.

Впрочем, вернемся к книге. Надеемся, что она будет востребована, так как планы по строительству таких модулей (для удобства будем их называть именно так) в нашей стране амбициозные, и, думаем, федеральным проектом регионы не ограничатся, почувствовав вкус нового качества оказания медицинской помощи. Текст специально написан в стиле публицистики для более легкого восприятия ввиду того, что методических рекомендаций, учебников, руководств, приказов Минздрава по этой теме сейчас появляется достаточное количество. Хотя, конечно, периодически придется обращаться к научным терминам, приводить какие-то числа, без которых не обойтись при объяснении того или иного момента.

Глава 1. Зачем нужен модуль, или краткий экскурс в историю вопроса

Большинство из нас в жизни сталкивались с системой здравоохранения. У кого-то были госпитализированы знакомые или родственники, кто-то попадал в больницу сам. Безусловно, больница — это стресс. Даже само название, где корнем является слово «боль», не навеивает радостных мыслей. Зачастую «приемник» является олицетворением наших самых худших ожиданий. Вы согласитесь, что нередко это место остается в памяти как сплошной кошмар и унижение. На входе происходит пересечение людей разного возраста, социального статуса, которые еще и чувствуют себя плохо, но по-разному. Сочетание визуальной картинки, запахов, звуков — все это формирует неповторимый и, к сожалению, отрицательный образ медицины. Мы пытаемся успокоить себя и близких, что сюда попали не отдыхать, а лечиться, но и эта фраза не улучшает самочувствие. Откроем секрет Полишинеля: часто медицинские работники пытаются побыстрее перевести своих друзей и знакомых сразу «на этаж» — в палату, где хоть и нет диагностических мощностей, но все гораздо спокойнее.

Все мы знаем, что сортировочный процесс пришел в мирную жизнь из военного опыта, а одним из его основоположников являлся сам Николай Иванович Пирогов. Его классическая фраза «Ходячие выходи» была первым способом отделить легких раненых от тяжелых еще в русско-турецкую войну и при обороне Севастополя. Во время Великой Отечественной войны в наших медсанбатах и госпиталях для приема раненых стали практиковать отдельные палатки для приема легких и для тяжелых. Первые оборудовались скамейками и столами с чаем, а вторые — «станками Павловского» для расстановки носилок. Первая противошоковая палата в СССР была создана в НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе в Ленинграде еще в 1962 году.

Но в гражданское здравоохранение первыми привнесли этот опыт американские врачи в 60-е годы прошлого века. Урбанизация, развитие медицинских технологий, автомобили, стройки — все это привело к тому, что приемные отделения старого типа перестали справляться с ситуацией. Тогда группа врачей в г. Александрия, штат Вирджиния, предложила изменить подход к приему пациентов, создав революционное инфраструктурное решение, которое впоследствии стало называться Emergency Department. Основой их работы стала сортировка (триаж) и выделение в отделении зон для разных групп больных: «зеленой», «желтой», «красной».

В конце 20 века такие отделения стали появляться по всему миру, став практически незаменимыми для стационаров, принимающих экстренных пациентов. За полвека сформировались целая наука, отдельная врачебная специальность и основные принципы работы таких подразделений. Одной из их важнейших задач стало обеспечение комфорта всех участников лечебного процесса, как медицинских работников, так и больных вне зависимости от тяжести их состояния, объема проводимого лечения и диагностики с момента поступления.

К сожалению, 90-е годы 20 века в нашей стране — время, когда в большинстве отраслей, а тем более в экстренной медицине, вопрос выживания явно преобладал над инфраструктурным развитием и внедрением прогрессивных идей. Лишь в начале нового тысячелетия появилась такая возможность, и некоторые руководители системы здравоохранения принялись создавать Emergency Department в своих субъектах и стационарах. Первое такое отделение было создано в НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе в 2003 году. Затем в 2010 году была проведена Коллегия МЗСР под председательством Т.А. Голиковой, по итогам которой были внесены изменения в «Порядок оказания Скорой медицинской помощи» (Пр 586Н от 02.08.2010). После этого нормативная база позволила создавать такие отделения в многопрофильных стационарах с коечной емкостью свыше 400 коек и поступлением не менее 50 экстренных больных ежесуточно. Лидерами тогда стали Татарстан (Набережные Челны, Казань), Краснодар, Волгоград и Санкт-Петербург. Их позитивный опыт перенимали другие субъекты, однако выяснилось, что без серьезного строительства и финансирования в рамках действующих приемных отделений можно создать лишь зачатки требуемой логистики. Кроме того, возникла необходимость нормативно-правового регулирования работы врачей в таких подразделениях. Была разработана Статья 35 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», регламентирующая оказание скорой медицинской помощи в стационарных условиях, и приняты два ключевых документа: Порядок оказания скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, регламентирующий основы работы стационарных отделений скорой медицинской помощи (такое название эти отделения приобрели в России), и новый профессиональный стандарт врача скорой медицинской помощи, который должен был стать главным специалистом, работающим в данных структурных подразделениях.

Таким образом, в нашей стране была заложена основа функционирования приемных отделений нового типа, появились специалисты, готовые работать в них и учить этому. Однако серьезным препятствием для следующего шага было отсутствие в регионах денег для строительства. В Первом Санкт-Петербургском государственном медицинском университете им. И. П. Павлова такое отделение функционирует с 2015 года. Каждый раз при его посещении руководителями регионального здравоохранения или главврачами больниц мы слышали одно и то же: «Все это очень здорово и удобно, нам такого не хватает, но, к сожалению, не имеем финансовой возможности для реализации».

Именно поэтому идея строительства модульных приемных отделений для оказания экстренной медицинской помощи в рамках федерального проекта «Совершенствование экстренной медицинской помощи» стала крайне своевременной и актуальной для нашей страны.

Глава 2. Выбор стационара

Целевое федеральное финансирование строительства лишь одного модуля на субъект ставит руководство региона перед сложным выбором: где реализовать данный инфраструктурный проект? Требования к стационару, изложенные в руководящих документах Правительства Российской Федерации (не менее 400 коек и 20 экстренных поступлений), позволяют строить модуль практически в любой больнице субъекта. Ошибка в выборе может привести не только к неэффективному расходу государственных средств, но и к дискредитации идеи.

При определении медицинской организации необходимо ориентироваться на несколько основополагающих моментов. Оптимально, если стационар оказывает медицинскую помощь в экстренной и неотложной форме на регулярной основе по следующим основным профилям: хирургия, терапия, травматология, кардиология, неврология, акушерство и гинекология, анестезиология и реаниматология. Пул больных с нозологиями по этим профилям обеспечивает до 90% всего экстренного потока. Желательно, чтобы в структуре были сформированы первичное сосудистое отделение или региональный сосудистый центр и травмоцентр минимум 2-го уровня.

К сожалению, во многих субъектах даже в крупных больницах столичных городов не всегда представлены все упомянутые профили, что существенно осложняет помощь коморбидным пациентам, в том числе нуждающимся в дифференциальной диагностике. При планировании строительства модуля возможно изменение штатного расписания с развертыванием недостающих отделений, что позволит создать эффективно работающую больницу скорой медицинской помощи. Наличие стационара с функцией «одного окна» для бригад скорой медицинской помощи упростит маршрутизацию, обеспечит выполнение временных рамок «терапевтического окна», уменьшит число перегоспитализаций.

Руководство региона должно выбрать медицинскую организацию, активно участвующую в оказании экстренной медицинской помощи в круглосуточном формате, желательно сочетающую в себе сильную хирургическую, травматологическую и терапевтическую службы. В реальности выбор обычно падает на 500–700-коечный стационар, имеющий в своей структуре от четырех до шести упомянутых основных профилей и ежесуточно принимающий от 50 до 150 экстренных больных. Таких больниц чаще всего две-три на субъект, поэтому следует ориентироваться и на другие критерии.

Уже на этапе планирования надо четко понимать, что **модуль не решит проблему серьезного коечного дефицита, недостаток реанимационных коек и операционных в больнице!** Он лишь помогает принимать экстренных пациентов. Попытки использовать мощности нового приемного отделения для исправления застарелых проблем больницы только приведут к развалу созданной организационной структуры. Поэтому если стационар имеет недостаток других площадей, кроме приемного, его не следует рассматривать как первоочередной для реализации проекта.

Выбор пятна застройки – это следующий важный момент. Руководители медицинских организаций часто вступают в схватку за модуль, не задумываясь о долгосрочной перспективе. Площадь самой конструкции в среднем занимает 1500 м², не считая переходов, пандусов, путей подъезда и т.д. Таким образом, пристройка может поставить крест на возможности возведения полноценного многоэтажного корпуса в будущем.

Многие отечественные больницы представляют собой комплекс корпусов разных годов постройки, не связанных между собой. Это заставляет главврача иметь несколько приемных отделений в различных зданиях, что создает кадровый дефицит и приводит к межкорпусным переводам. В лучшем случае для этого используются переходы или санитарный транспорт, но часто больных везут на каталках прямо по улице, невзирая на погодные условия. Исходя из этого, при строительстве мы настоятельно рекомендуем использовать модуль одновременно как связующее звено между корпусами больницы. Это повышает комфорт пациента и позволяет на начальных этапах работы использовать в модуле персонал сразу нескольких приемных отделений. Впрочем, о кадрах поговорим позднее. Таким образом, если пятно застройки не позволяет связать корпуса, то это может стать существенным препятствием при поиске стационара. Также важным моментом при выборе места для будущего модуля является наличие под землей или на поверхности сетей (тепловых, водных, канализационных, электрических, телефонных, включая спецсвязь), что может стать непреодолимой проблемой для строительства. Следует оценить эту угрозу с точки зрения возможных финансовых затрат на их перенос.

Кроме достаточного размера, возможности соединения с различными зданиями стационара, удобства расположения, важно учесть планируемый путь движения санитарного автотранспорта. Лучшим вариантом является организация сквозного проезда через территорию, причем машина скорой медицинской помощи должна подъезжать к модулю правым бортом. Сквозной проезд позволит избежать скопления бригад в месте выгрузки пациентов в случае их массового поступления.

Также хотим особо отметить готовность руководства медицинской организации к переменам. Модуль приведет не только к повышению комфорта участников лечебно-диагностического процесса, но и к серьезным изменениям внутри стационара. На всех этапах главный врач и его заместители должны быть позитивно настроены по отношению к преобразованиям, в том числе к регулярному сотрудничеству с национальным медицинским исследовательским центром по направлению скорая медицинская помощь, с образовательными учреждениями субъекта.

Таким образом, руководство региона должно критически отнестись к выбору больницы для реализации федерального проекта. Ключевые моменты: достаточная коечная емкость, круглосуточная экстренная помощь по основным профилям с достаточным входящим потоком, наличие пятна застройки для быстровозводимой конструкции без скрытых проблем, повышающего связность учреждения, готовность руководства к переменам.

Глава 3. Проектирование: подводные камни

До недавнего времени в нашей стране было очень мало людей, кто четко представлял, что такое модульное приемное отделение для оказания экстренной медицинской помощи. Поэтому каждый проект – это новая история изобретения велосипеда. Чтобы избежать этого в будущем, нам хотелось бы продемонстрировать различные архитектурно-планировочные решения, выделить ошибки и динамику изменения проектов по мере взаимодействия в треугольнике «руководство больницы – проектная организация – НМИЦ по скорой медицинской помощи». Каждый из участников процесса оказывал влияние на модуль: главный врач пытался «закрыть» проблемные места своего стационара, проектировщик стремился загнать набор помещений в размер пятна и требования руководящих строительных документов, а сотрудники НМИЦ – привнести свой опыт организации работы таких отделений. При согласовании всеми участниками должен постоянно осуществляться поиск компромиссного решения, так как необходимо найти баланс между концептуальной реализацией идеи, пожеланиями больницы, требованиями строительных и санитарно-эпидемиологических норм.

Давайте перейдем к проектам. Сразу оговоримся, что в России сложно найти две одинаковые медицинские организации, поэтому от идеи «типового модуля» пришлось отказаться практически сразу. Разные характеристики стационаров, условия строительства, пятна застройки – все это привело к тому, что единый проект не был создан. Тем не менее, мы постарались соблюсти общие принципы и подходы в различных учреждениях, но с учетом их специфики.

Итак, **стационар № 1**. Кочечная емкость – более 500 коек, представлены основные профили, является травмоцентром и региональным сосудистым центром. Ожидаемое число поступлений – до 100 в сутки, в структуре модуля решено разместить травмпункт. Создатели первоначального проекта были полны оптимизма, поскольку им удалось сделать его в соответствии с требованиями строительных норм (рис. 1).

Однако детальное изучение выявило ряд проблем:

- 1) отсутствие сквозного проезда для бригад СМП, каждая из них должна подъезжать ко входу задней дверью, а следующая машина будет мешать выезду;
- 2) небольшой зал ожидания «зеленой» зоны (около 65 м²), это лишает пациентов комфортного пребывания, отсутствует возможность использовать большое пространство при массовом поступлении;
- 3) регистратуры для пациентов зеленого и желтого потоков разобщены, что потребует дополнительного рабочего места;
- 4) помещения «красной» зоны расположены максимально далеко от входа, что удлиняет путь пациента в критическом состоянии;
- 5) небольшой размер «желтой» зоны, что снижает возможности отделения по работе с пациентами, не способными к самостоятельному передвижению, нуждающимися в одновременном проведении лечебных и диагностических мероприятий.

На самом деле, эти проблемы типичны для многих стационаров, часто они повторялись в других проектах как под копирку.

В процессе работы при тесном взаимодействии всех участников процесса в тринадцатой (!) итерации почти все замечания были учтены (*рис. 2*). Размер «зеленой» зоны был увеличен почти до 100 м²; кроме того, предложенная компоновка помещений позволила при массовом поступлении сочетать его с пространством для бригад скорой медицинской помощи, а также сделать единый пост регистрации пациентов. Обратите внимание также на сквозную триажную смотровую, расположенную за этим постом. После сортировки она позволит самостоятельно перенаправлять обратившихся пациентов с серьезными проблемами со здоровьем в соответствующие зоны отделения, не пугая остальных посетителей, находящихся в зале ожидания. Путь до противошоковой операционной также стал значительно короче. Не удалось лишь добиться существенного увеличения палаты динамического наблюдения.

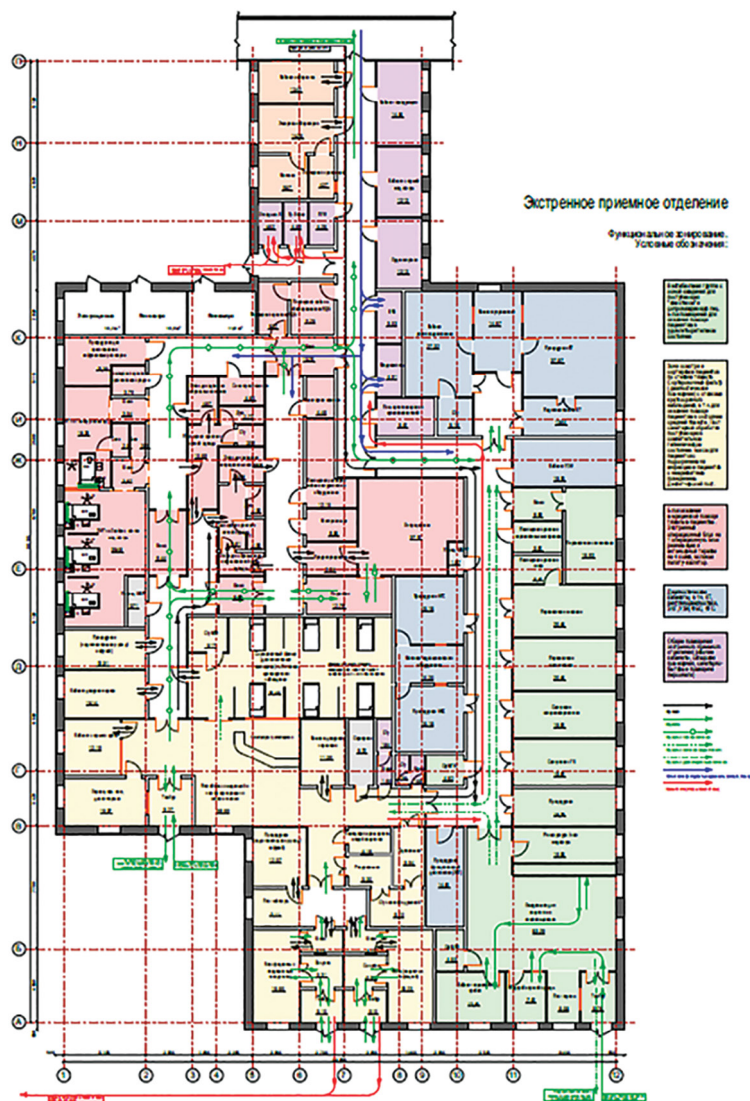


Рисунок 1. Стационар № 1, вариант первоначальный

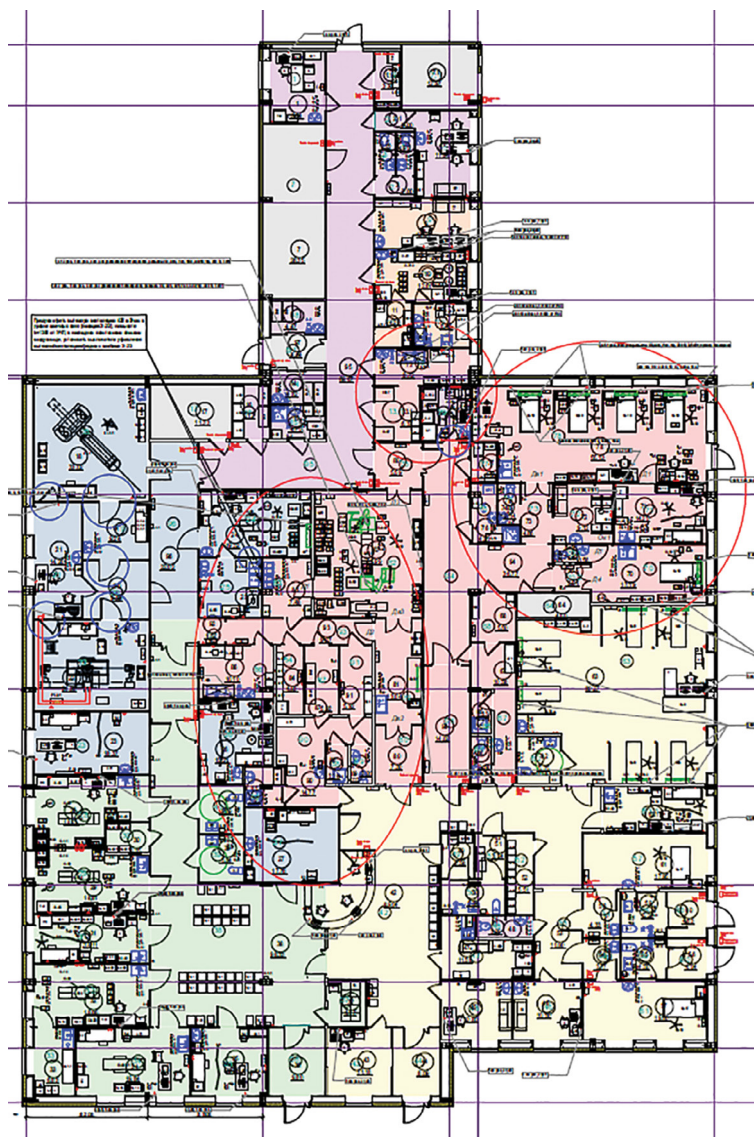


Рисунок 2. Стационар № 1, вариант окончательный

Перейдем к **стационару № 2**. Это крупная областная больница с входящим потоком экстренных пациентов около 150 человек; ожидается, что строительство модуля приведет к дальнейшему его увеличению. Как Вы можете заметить, большинство замечаний, которые были сделаны стационару № 1, здесь отсутствуют (рис. 3).



Рисунок 3. Стационар № 2, вариант первоначальный

В то же время, при внимательном изучении проекта, можно заметить, что кабинет СКТ расположен прямо в зале ожидания «зеленой» зоны. Это приведет к тому, что тяжелые пациенты (без сознания, на ИВЛ, в белье и остатках одежды, испачканных такими биологическими средами, как кровь, кал, рвотные массы и т. д.) будут регулярно проезжать через посетителей, не добавляя им приятных ощущений. Эти замечания были устранены, проект одобрен для строительства (рис. 4).

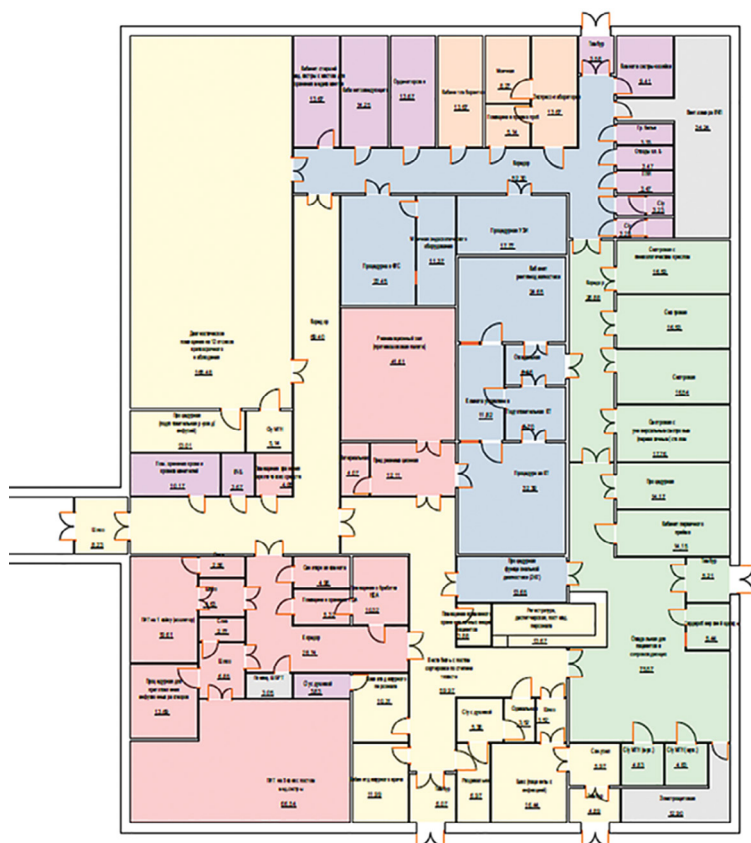


Рисунок 4. Стационар № 2, вариант окончательный

Рассмотрим **стационар № 3**. Проект планировался к реализации в больнице около 500 коек, являющейся основным скорпомощным стационаром в городе, где проживают около 250 тысяч человек, с большим числом промышленных объектов. Данный населенный пункт находится на значительном удалении от региональной столицы. Исходя из этих факторов, для медицинской организации особое значение играет готовность к работе в условиях поступления большого числа пострадавших.

Кроме того, в данном случае модуль используется как связующее звено между расположенными на расстоянии хирургическим и терапевтическим корпусами (*рис. 5*).

Переходы в обе стороны серьезно усложняют проект, но они крайне необходимы для превращения больницы в единое целое. При изучении набора помещений мы обратили внимание на сформированные в «желтой» зоне две трехкоечные палаты. Они представляют собой эрзац отделения краткосрочного пребывания, что очень проблематично на ограниченных площадях. Кроме того, создание такого блока продленного пребывания приведет к необходимости выделения дополнительного поста медицинской сестры, что только усугубит кадровый дефицит.

Было предложено убрать эти палаты и увеличить вместо них палату динамического наблюдения как ключевое место модульного приемного отделения, что и было выполнено (*рис. 6*).

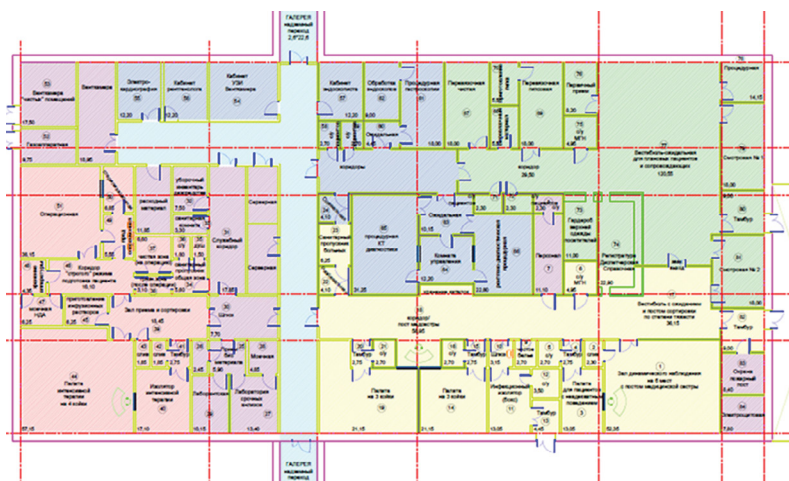


Рисунок 5. Стационар № 3, вариант первоначальный

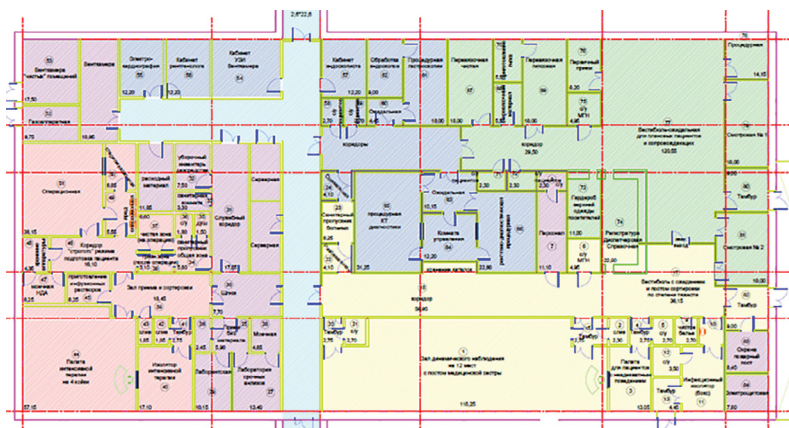


Рисунок 6. Стационар № 3, вариант окончательный

Стационар № 4 представляет собой крупную городскую больницу с коечной емкостью более 1000 коек, с объемом экстренных поступлений более 200 человек в сутки. В своей структуре имеет региональный сосудистый центр, является травмоцентром наивысшего уровня.

В первоначальном проекте сразу бросается в глаза небольшой зал ожидания, явно не рассчитанный на входящий поток; а также обращает на себя внимание вынужденная необходимость транспортировки через него пациентов красного и желтого потока для выполнения компьютерной томографии. В проект были внесены требуемые изменения, данные вопросы удалось решить, на рисунке (рис. 7) эти перемены отражены.

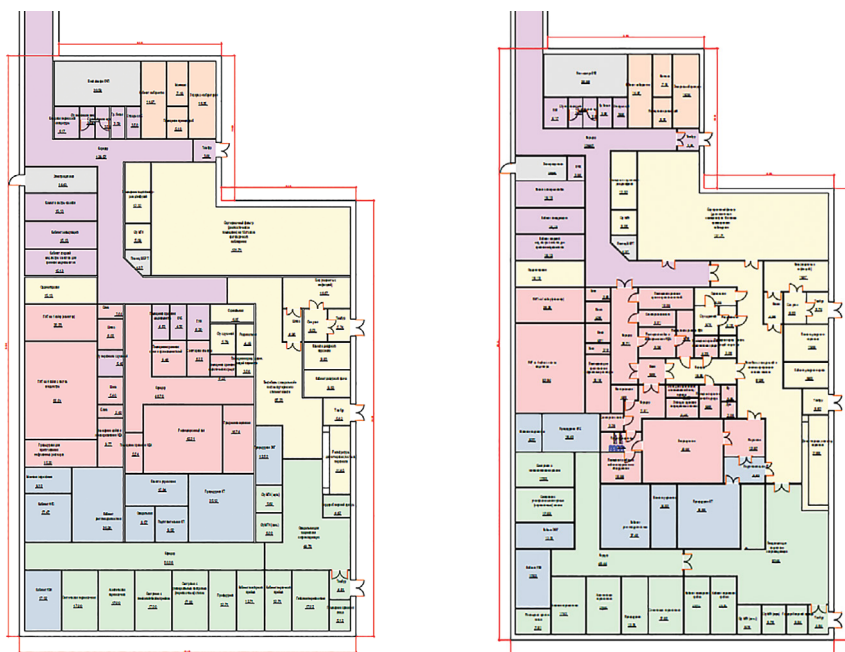


Рисунок 7. Стационар № 4, первоначальный (слева) и окончательный (справа) варианты

Стационар № 5 представляет собой многопрофильную больницу крупного города – столицы субъекта Российской Федерации. Коечная мощность составляет 450 коек, ежедневное поступление – до 120 экстренных пациентов. Отличительной особенностью в этом случае является крайне нестандартное пятно застройки, в результате чего проект имеет очень замысловатую форму, что сказывается на расположении помещений внутри.

В первоначальном варианте (рис. 8) была предпринята попытка размещения сразу двух операционных, что привело к уменьшению зала ожидания, палат реанимации и динамического наблюдения. Кроме того, предполагалось использовать компьютерный томограф в основном здании. При изучении предполагаемой логистики пациентов внутри модуля она оказалась нежизнеспособной, а компоновка помещений была признана неэффективной. Главному врачу и проектировщикам пришлось согласиться с нашими замечаниями.

Были внесены соответствующие изменения (рис. 9), удалось сформировать зал ожидания площадью более 200 м², нормальные по размерам палаты «желтой» и «красной» зон. В модуле появился блок лучевой диагностики. Правда, пришлось пожертвовать одной из операционных.

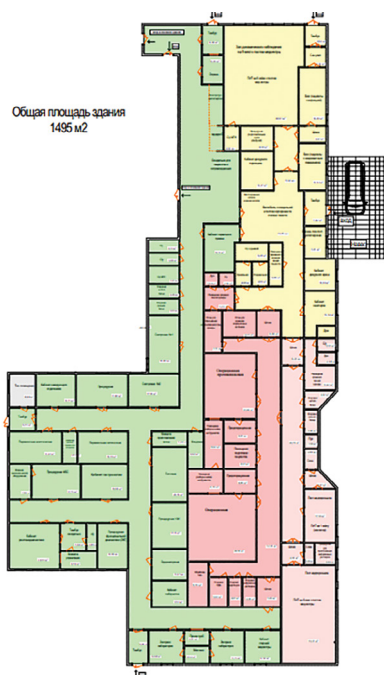


Рисунок 8.

Стационар № 5, вариант первоначальный

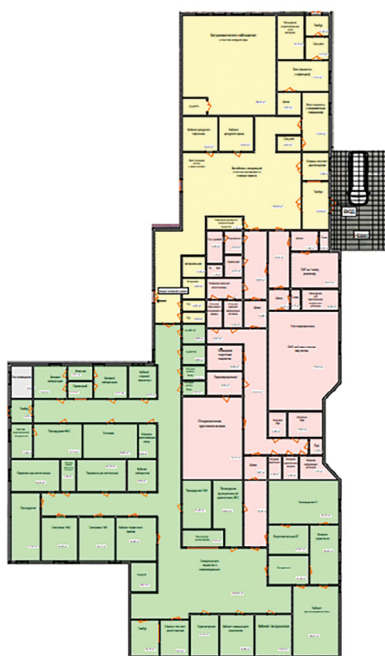


Рисунок 9.

Стационар № 5, вариант окончательный

В завершении главы хотим показать часть еще одного проекта, содержащую одновременно несколько недостатков (рис. 10). В данном случае создатели просто пытались сделать больше обычное приемное отделение старого образца, наполнив его современными технологиями. **Стационар № 6** принимает более 150 экстренных пациентов ежедневно по всем необходимым профилям для скорпомощной больницы. Однако руководство субъекта настаивало на внесении за счет регионального финансирования ряда помещений, которые не имеют прямого отношения к отделениям такого типа, таких как специализированная операционная с возможностью выполнения микрохирургических операций, МРТ. Это очень усложнило внутреннюю логику в модуле. Первоначальный вариант входной группы представлял собой полное пересечение потоков, отсутствие возможности оказания помощи пациентам в тяжелом состоянии, выраженный дефицит коек в палате динамического наблюдения.

В ходе длительной работы нам удалось исправить ряд недостатков, хотя полного удовлетворения от проекта получено не было. Тем не менее, удалось разделить входящие потоки, сформировать большую палату динамического наблюдения, противошоковую палату. Приведенный пример показывает, что попытки использовать проект для реализации сопутствующих пожеланий руководства стационара ведут к сомнительному результату.

В этой главе мы рассмотрели лишь пять стационаров из 21, включенных в федеральный проект. Безусловно, по мере взаимодействия с руководством больниц, проектными организациями, у нас росло взаимопонимание, число типовых ошибок снижалось. Однако в дальнейшем планируется строить модули в новых субъектах, поэтому есть опасность, что процесс достижения здравого смысла в каждом новом регионе будет носить циклический характер.

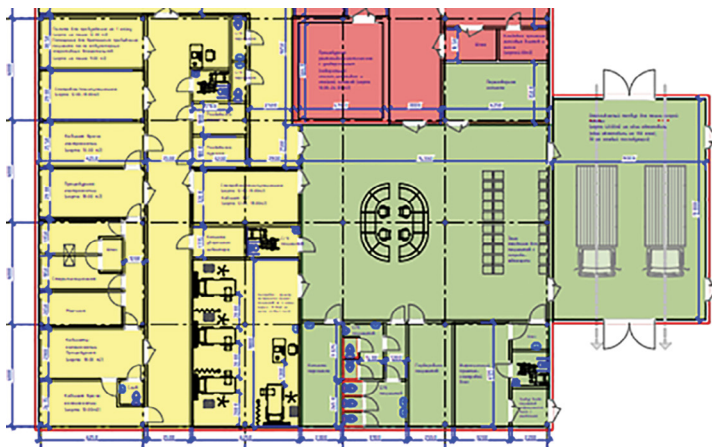


Рисунок 10. Входная группа стационара № 6, вариант первоначальный

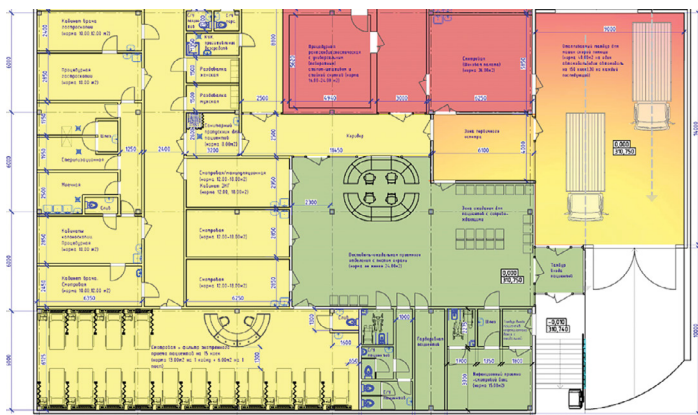


Рисунок 11. Входная группа стационара № 6, вариант окончательный

Глава 4. Немелкие мелочи

Знакомство с опытом Emergency Department во многих странах дало возможность подмечать различные мелочи и нюансы в их работе, которые мы теперь предлагаем использовать в модулях. Это позволит создать дополнительные возможности, упростить работу и сформировать то самое комфортное пространство, которое призвано создать новое отделение.

В предыдущей главе мы обсудили типичные ошибки проектирования и возможные пути их устранения. Сейчас, перемещаясь по зонам, постараемся сконцентрировать внимание именно на небольших, но значимых моментах. Итак, начнем с «зеленой» зоны и зала ожидания. Любой из вас может заметить, что подавляющее большинство людей, обращающихся за помощью в стационар, способно к самостоятельному передвижению; многие из них прибывают с сопровождающими. Всем им, скорее всего, придется ждать врачей, медицинских сестер, обследования, выписок и т. д. Чтобы ожидание не было утомительным, рекомендуем заранее предусмотреть места размещения на стенах телевизоров, информационных табло, розеток для зарядки телефона. Зал ожидания должен перекликаться с таковым в аэропорту, ведь именно там мы проводим два-три часа, пока не объявят посадку на рейс. Вспомните, чего не хватало лично Вам в эти минуты, и постарайтесь добавить это в «зеленую» зону. Например, аппарат с кофе и снеками, Wi-Fi, диванчики/скамейки с мягкими сиденьями. Возможно, Вы захотите украсить атмосферу пальмой в кадке, белым роялем, картинами на стенах: почему нет? Все это придаст отделению свое лицо, создаст условия комфортного пребывания, а ведь это именно то, к чему мы стремимся. Думаем, никто из медиков не будет спорить с тезисом, что чаще всего жалуются пациенты, которые лучше всего себя чувствуют и именно поэтому вынуждены ждать. Дайте им то, что они хотят – нормальные условия пребывания. Поймите, что эта группа требует не столько лечения, сколько развлечения, как бы это странно ни звучало. Но именно они создадут о Вас отзывы в социальных сетях и благодарности (или жалобы) на официальных ресурсах.

Современные вызовы заставляют медицинские учреждения находиться в режиме постоянной готовности к массовому поступлению пострадавших. Модуль – это и есть то место, которое в течение короткого времени должно быть подготовлено к наплыву больных и их родственников. Здесь нужно быстро организовать приемно-сортировочную площадку, собрать персонал, который будет оказывать помощь в совершенно новом формате. Зачастую в таких ситуациях понадобятся не только дополнительные врачи и медицинские сестры, но и дополнительные коечные мощности. Роль «зеленой» зоны в таком случае трудно переоценить, поскольку именно здесь есть большое свободное пространство. Но чтобы в чрезвычайной ситуации использовать его с толком, следует позаботиться заранее. Каждая смотровая – это потенциальная перевязочная, учтите это при планировании. Холл может быть не только местом сортировки, в нем можно расста-

вить достаточное количество каталок. Главное, эти точки должны быть заранее запланированы, к ним подведены кислород и электричество. Можно спрятать кислородный клапан и розетку в полу или на стене под фальшпанелями, можно оставить в открытом доступе. Главное, чтобы персонал четко знал, где будут расставлены каталки и как найти и подключить эти коммуникации.

В палате динамического наблюдения тоже есть мелочи, которые необходимо учесть при планировании и организации работы. Хотим в очередной раз напомнить о комфорте пациента. Самая большая ошибка, которую допускают многие руководители – попытка сэкономить на качественных каталках. Они должны не только хорошо двигаться во всех направлениях, иметь поднимаемый головной конец и бортики, но и быть удобными. Перед закупкой посмотрите на товар и мысленно представьте, сможете ли Вы лично на ней пролежать целые сутки. Если есть образец – ложитесь на него, не стесняйтесь. Так лучше всего понять, удобная она или нет. Если матрас тоньше 8 см – это не тот вариант, на котором нужно останавливать свое внимание.

Также обязательно следует учесть: в случае массового поступления пострадавших палата динамического наблюдения может быть превращена в дополнительные койки интенсивной терапии, расположенные максимально близко ко входу в стационар. Поэтому при оснащении не забудьте о мониторах слежения за пациентом на каждую койку, шприцевых дозаторах, дефибрилляторе, мешке Амбу, интубационном столике.

Принципы и порядок оснащения противошоковой палаты (операционной) и палаты реанимации представлены в соответствующих приказах и порядках, по этим блокам сложно дать какой-то особенный совет. Тем не менее, иногда пятно застройки имеет неправильную форму, и данные помещения приходится располагать далеко от входа. В таком случае можно рекомендовать оборудовать одну койку в палате динамического наблюдения как место проведения реанимационных мероприятий при поступлении пациента в состоянии клинической смерти.

Отдельно хотелось бы коснуться систем навигации и контроля за пациентом. Чем больше вариантов Вы примените – тем лучше. Электронная очередь, браслеты со штрихкодами, напольная, настенная, световая и голографическая навигация – технологии уже настолько вошли в нашу жизнь, что можно только напомнить о них. Уверены, что тот или иной вариант (а может, и несколько) обязательно будет использован в модуле. Но на двух моментах все-таки остановимся. Первое – это так называемая whiteboard, белая доска, где фиксируется информация о пациентах. Там может фигурировать ФИО, диагноз, время поступления, лечащий врач, а также цветовые индикаторы зоны риска тайминга и т. д. Доска может быть цифровой или заполняться маркерами, главное, чтобы она была. Где Вы запланируете ее разместить – в ординаторской или в палате динамического наблюдения – не столь важно, просто постарайтесь выбрать самое удобное место для персонала. Второе – видеонаблюдение. Оно, безусловно, крайне необходимо для обеспечения безопасности пациента и работников отделения. Все помещения, где могут находиться пациенты, обязательно должны быть оснащены камерами, данные с которых сохраняются на закрытом сервере

в течение определенного времени. Это позволит Вам не только дистанционно наблюдать за работой, предотвращать конфликты с больными и их родственниками, но и разбирать в коллективе сложные клинические ситуации, которые возникали на дежурствах.

Странно, что нам до сих пор приходится убеждать коллег в необходимости использования системы пневмопочты для связи с лабораторией. Сразу хотим развеять миф о повреждении лабораторных образцов при движении: существует масса отечественных и зарубежных публикаций, подтверждающих абсолютную безопасность для пробирок и их содержимого. Если Вы можете связать модуль с лабораторией посредством такой системы – связывайте обязательно. Если нет – все равно ищите решение, как это сделать. Поверьте, для Ваших сотрудников, вынужденных бегать с каждым анализом в лабораторию и обратно, это будет одним из лучших вложений средств, и они будут Вам очень благодарны.

Глава 5. Кадры решают все

Новое отделение, которое получит больница, исповедует совершенно иные принципы работы в сравнении с обычным приемным отделением. Мы не будем рассказывать здесь о профессиональном стандарте врача скорой медицинской помощи, работающего в стационарных условиях; самостоятельный ультразвуковой скрининг, сестринский триаж и другие отличия — это Вы можете почерпнуть в многочисленных статьях, учебниках и руководствах. Хочется рассказать о том, что нужно сделать, чтобы работа модуля была организована с самого начала его открытия.

Важнейшим для организации процессов внутри отделения является правильный подбор персонала. Примите за истину тот факт, что сотрудники действующих приемных отделений в большинстве своем не будут способны работать в новых условиях. Работа в обычном «приемнике» — это, в лучшем случае, заведение медицинской документации и поиск специалиста, который будет заниматься поступившим больным. Ни врачи, ни сестры не обучены современным принципам оказания медицинской помощи в Emergency Department. Для России в целом это до сих пор новая тема. Несмотря на то, что есть отделения, работающие 10–15 лет, кафедр, которые осуществляют подготовку специалистов для них, единицы. Поэтому для Вас задолго до запуска модуля крайне актуальным является поиск нужных сотрудников.

Ключевой фигурой в этой ситуации, безусловно, является кандидатура заведующего. Думаем, каждый согласится, что больше половины звонков на личный телефон главного врача прямо или косвенно связаны с больными, поступившими в приемное отделение с острыми состояниями. Вам нужен человек, который возьмет на себя этот сегмент работы. Он должен обладать характером, харизмой, организаторскими способностями, быть хорошим клиницистом, не бояться экстремальных клинических ситуаций. Самым лучшим вариантом в Вашей ситуации станет молодой, но опытный врач анестезиолог-реаниматолог. Наверняка в больнице такой есть. Присмотритесь к отделениям реанимации. Часто во главе такого отделения стоит матерый специалист, ас своего дела. В команде у него есть потенциальный сменщик, который исполняет его обязанности в период отпусков, но, скорее всего, в ближайшие 10–15 лет не имеющий перспектив карьерного роста. Именно такой человек и нужен. Дайте ему шанс стать лидером экстренной медицины стационара, Вашей правой рукой. Специальность «анестезиология и реаниматология» учит синдромальному мышлению, быстро принимать решения в нестандартных ситуациях, не избегать ответственности. Не бойтесь дать шанс молодому парню или девушке, скорее всего они не подведут. Предоставьте им свободу (в рамках дозволенного), и УЗИ-скрининг, сестринский триаж, ЭКМО при сердечно-легочной реанимации начнут реализовываться сотрудниками модульного приемного отделения.

Пожалуй, данное отделение является одним из самых сложных с точки зрения организации работы среднего медицинского персонала. Здесь переплетаются

обычный прием больных, работа коечного отделения, отделения реанимации и оперблока. Поэтому та же ситуация будет ждать со старшей сестрой. Те, кто работают сейчас, давно отвыкли заниматься настоящей клинической работой, не готовы нести ответственность за оборот наркотических средств и т.д. Это следующая позиция, которой надо искать замену. Решение аналогично предыдущему. Узнайте, кто помогает старшей сестре отделения реанимации или оперблока, возьмите эту молодую девочку, откройте ей будущие горизонты, и доверие вернется сторицей.

Безусловно, в работе персонала модульного приемного отделения немаловажен финансовый момент. В этом вопросе сложно давать советы, но материальная компенсация за тяжелый труд — это важная составляющая. Вашей задачей является повысить заинтересованность людей в трудоустройстве в новое подразделение, понимая изменившуюся нагрузку, характер работы и, самое главное, страх неизвестного. Вначале придется взаимодействовать с теми, кто есть, и чем раньше Вы озаботитесь подбором сотрудников, тем быстрее модуль заработает в полную силу. Если в больнице подрабатывают студенты вузов, смело трудоустраивайте их в модуль. Эти молодые люди есть Ваш самый большой кадровый потенциал. В случае их заинтересованности в реализации себя в экстренной медицине, добивайтесь поступления в целевую ординатуру по специальности «скорая медицинская помощь». Наш опыт показывает, что формирование настоящего коллектива отделения занимает три-четыре года. Постепенно сменится врачебный и сестринский персонал, который остался от старого приемного. Но помните, что особенностью деятельности врача скорой медицинской помощи в стационарных условиях является краткосрочная работа по стандартным алгоритмам с каждым пациентом. В отличие от других специальностей, такой врач достаточно быстро достигает своего потолка. В результате через пять-семь лет начнется профессиональное выгорание тех, кто трудится с момента открытия модуля. Поэтому, чтобы избежать циклического возникновения кадровых проблем, отделению постоянно необходима «свежая кровь», а ответственность за этот вопрос следует вменить заведующему.

Глава 6. Модуль запущен. Как не испортить его работу?

Наконец-то Вы перерезали ленточку. Закончилась ругань со строителями, поставщиками оборудования, ушла головная боль от тысяч проблем. Уехал глава региона вместе с министром. И вот модуль начинает работу.

Прежде всего, стоит подчеркнуть: в модульном приемном отделении каждый случай обращения — будь то пациент, доставленный бригадой скорой помощи или пришедший самостоятельно — должен сопровождаться заведением медицинской карты стационарного больного (форма 003/у). И пора забыть о понятии «отказ в госпитализации». Теперь любое закрытие карты — будь то добровольный уход пациента, отсутствие показаний для продолжения госпитализации или перевод в другую клинику — будет неизменно сопровождаться оформлением выписного эпикриза.

Это автоматически означает конец практике «отказных историй болезни» с их скромной амбулаторной оплатой. Все случаи, завершившиеся выпиской или переводом, смогут оплачиваться по новой клинко-статистической группе (КСГ) st36.048 — «Досуточная госпитализация в диагностических целях». Эта КСГ впервые появилась в Программе государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в 2025 году и в среднем оценивается в 5000 рублей (сумма варьируется в зависимости от региона и уровня учреждения). Налицо явная выгода для стационара в финансовом плане, а также в оптимизации работы коечного фонда.

Важно понимать: модульное приемное отделение — это не просто входная дверь в больницу, а продуманная система, где для каждого пациента найдется свой формат помощи. Коечный фонд такого отделения состоит из трех видов коек.

Койки скорой медицинской помощи динамического наблюдения — для тех, кому нужно присмотреться и проконтролировать состояние в течение суток. После выписки с такой койки случай оформляется по КСГ st36.048 — и медучреждение получает за это достойную оплату.

Койки скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания — идеальный вариант для экстренных пациентов, которым нужно остаться под присмотром до трех суток, чтобы пройти обследования или долечиться, но без полноценной госпитализации на профильном отделении.

Койки интенсивной терапии — для самых тяжелых, реанимационных больных, где каждая минута и каждый аппарат на счету.

В нашей книге мы не будем касаться известных проблем, таких как лицензирование нового подразделения, обеспечение безопасности сотрудников, оборота наркотиков, взаимодействие с прочими отделениями клиники. Безусловно, они значимы, но мы не сомневаемся, что все вышеперечисленные вопросы будут рано или поздно решены. Необходимо сказать о главной ошибке, которую очень хочется допустить, когда появляется такой новый современный блок. Речь пойдет о попытке использовать имеющиеся технологии для прочих нужд больницы.

Не секрет, что в отечественных стационарах зачастую есть значительный дефицит площадей, реанимационных коек и операционных.

И первое, что хочется сделать — переключить поток плановых госпитализаций в новое отделение. Ведь тут все красиво, телевизоры на стенах, навигация, свежий ремонт. Почему бы нет? Результат, который Вас поджидает — плачевен. Это пересечение потоков, конфликты в регистратуре между плановыми и экстренными пациентами, нарушенная логистика, затянутое время ожидания в «зеленой» зоне. Чтобы этого избежать, превратите освободившиеся после появления модуля одно из приемных отделений в блок приема плановых пациентов. Возможно, эти помещения будут нуждаться в косметическом ремонте, но это небольшая потеря в сравнении с тем, что получил Ваш стационар. Развивайте больницу дальше, не останавливайтесь на достигнутом.

Вторая и третья ошибки, о которых расскажем ниже, повторяют первую в других местах модуля. Сначала это желание превратить новую красивую операционную, имеющую четкое предназначение, в плановую. Мы не будем напомирать о необходимости целевого использования технологий в рамках федерального проекта «Совершенствование экстренной медицинской помощи», хотя это, безусловно, важно и наказуемо. Но даже с точки зрения здравого смысла, работа в плановом порядке внутри скорпомощного хаоса — большая стратегическая ошибка, которая приведет к тому, что в нужный момент тяжелого пациента будут везти на каталке длинными коридорами больницы вместо того, чтобы заниматься его стабилизацией, либо проблемы с плановым оперативным вмешательством придется решать в срочном порядке в связи с тем, что противошоковая операционная оказалась неожиданно занятой в утренние часы. Помните, что простые решения очень часто не являются правильными.

Ну и самая ожидаемая, самая большая ошибка, которую допускают многие — попытаться использовать палату реанимации не для краткосрочной стабилизации пациента в критическом состоянии, а как обычную палату отделения реанимации, вынесенную на периферию. Такой опыт уже есть в ряде больниц, кое-где уже завершившийся плачевно для руководства больницы. Как только Вы решите оставить больного вместо перевода, в модуле постепенно начнет формироваться «бутылочное горлышко». Через два-три дня в полный рост встанет проблема маршрутизации и обследования тяжелых пациентов, которая будет усугубляться день ото дня. Кроме этого, длительно лежащие пациенты забирают на себя внимание медперсонала, задача которого — разбираться со входящим потоком. Также важно помнить о нозокомиальных инфекциях, которые будут активно распространяться среди поступающих пациентов через руки сотрудников и систему вентиляции. Таким образом, малая выгода приведет в итоге к большим потерям.

Данные примеры, к сожалению, взяты не из головы, а из жизни. Очень хочется, чтобы счастливые обладатели современного модульного приемного отделения для оказания экстренной медицинской помощи не повторяли чужих ошибок.

Глава 7. Взгляд в будущее

Эта глава посвящена рассуждениям на тему развития модульных приемных отделений в нашей стране; она не является обязательной для прочтения теми, кто здесь и сейчас занят практической реализацией данного вопроса. В тексте ниже мы коснемся перспектив и будущего таких проектов.

Нет никаких сомнений, что программа строительства модулей будет продолжена, поскольку их эффективность давно доказана во всем мире. В нашей стране около 400 стационаров, которые в определенной степени нуждаются в трансформации своих морально и физически устаревших приемных отделений. Скорее всего, не весь объем реноваций будет выполнен при поддержке федерального бюджета. Предполагаем, что многие субъекты, поняв эффективность такой структуры, начнут реализацию своими силами.

Было бы интересно рассмотреть вопрос развития модулей в привязке к организации системы оказания скорой медицинской помощи в регионах, особенно когда речь идет о населенных пунктах с небольшой численностью. В современном мире эффективностью обладает только та структура, которая имеет достаточный уровень загруженности и повторяемости действий. Простой вопрос: лучше оперировать аппендицит там, где это делают каждый день, или там, где такая операция выполняется раз в полгода? Ответ очевиден. Именно поэтому последние годы в здравоохранении активно развиваются идеи медицинских округов с централизацией медицинской помощи, разноуровневых стационаров, высокопоточковых центров и т. д. Если в субъекте формируется медицинский округ на 150–200 тысяч человек, головной стационар этого округа не сможет нормально функционировать без модульного приемного отделения.

Формирование медицинских округов и создание высокопоточковых центров оказания специализированной помощи диктуется не только экономическими причинами, но и необходимостью качественной медицинской помощи. А кроме того, жестким дефицитом медицинских кадров за пределами крупных городов.

Совершенно очевидно, что невозможно насытить оборудованием и кадрами для оказания инвазивных видов специализированной помощи в 1769 районах в РФ. Везде нужны круглосуточная эндоскопия, эндовидеохирургия, современные оперблоки, ЦСО, отделения переливания крови, КТ, ангиография, оснащенная реанимация. А округов может быть сформировано 230. А если учесть, что 89 округов – это столицы субъектов, в которых уже все сформировано, то останется 141 округ, в которых должны быть сформированы высокопоточковые оснащенные и укомплектованные центры для оказания экстренной и плановой инвазивной специализированной помощи по основным профилям. А задача объединенных центров скорой медицинской помощи и медицины катастроф субъектов – обеспечить медицинскую эвакуацию пациентов, нуждающихся в инвазивной специализированной помощи, в эти центры. И сделать это нужно в первые сутки от момента обращения пациента в СМП.

В развитии этой концепции в будущем приемное отделение маленькой районной больницы со спорадической экстренной хирургической активностью должно быть заменено модулем или перепланировкой имеющихся помещений. Задачей такого подразделения будет диагностика и подготовка к эвакуации хирургических пациентов; при этом вся терапевтическая помощь, составляющая обычно более 70% от входящего потока, должна остаться в стационаре. Возможно, размер и оснащение такого модуля нуждаются в доработке (например, следует понять, насколько нужны «тяжелое» диагностическое оборудование и вертолетная площадка), но стратегически такой подход представляется перспективным. Безусловно, ключевое значение будет играть связность такой медицинской организации с системой здравоохранения субъекта в целом. В первую очередь, речь идет развитой дорожной сети, беспроводной передаче больших пакетов данных. В такой ситуации найдется место телемедицинским консультациям, единым информационным медицинским системам, беспилотным летательным аппаратам, диагностическим устройствам с интеллектуальной поддержкой принятия решений и т. д. В то же время, если здравоохранение будет двигаться в этом направлении, возникнет необходимость подготовки большого числа врачей по специальностям «скорая медицинская помощь», «общая врачебная практика». Это потребует изменения образовательных программ, начиная со специалитета, с увеличением объема предлагаемых студенту знаний по вопросам неотложной и экстренной медицины. Более широкий профиль знаний и умений может потребоваться и от среднего медицинского персонала. Речь идет не только про сестринский триаж, но и ассистентские функции по другим направлениям, от рентгенлаборанта до операционной сестры.

Для реализации такого подхода, безусловно, требуется предварительный кропотливый анализ, направленный на выявление неочевидных проблем и поиск взвешенных решений. В ближайшие годы, по мере строительства модульных приемных отделений и налаживания в них рабочих процессов, мы сможем оценить их эффективность и влияние на экономические и статистические показатели деятельности медицинских организаций. Это позволит объективизировать идеи, которые пока имеют подтверждение лишь в рамках отдельных стационаров, в масштабе субъекта и страны в целом.

