**Организация отделения неотложной помощи**

От администрации отделения неотложной помощи (ОНП) требуется знание распоряжений Департамента здравоохранения относительно работы госпиталей, методов страхования, потребности в кадрах и создания рабочих отношений с медицинским персоналом. Эти знания необходимы для выполнения функций полномочного руководителя ОНП, от которого требуются понимание различных методов управления и активная деятельность, а не изоляция в резиденции или кабинетная работа с документами. Функции администрации отделения включают обеспечение ухода за больными, непосредственное управление и организацию собственно медицинской помощи, что осуществляется под руководством директора.

**Регулирование деятельности ОНП**

На деятельность ОНП влияют различные внутренние и внешние контролирующие органы и службы, в том числе:

1) Совместная комиссия по аккредитации госпиталей (СКАГ);

2) Департамент здравоохранения штата;

3) Служба пожарной безопасности;

4) органы местной власти, их распоряжения, правила и инструкции, касающиеся медицинского персонала и госпиталей;

5) должностные лица, ответственные за ОНП и его деятельность;

6) Управление профессиональной безопасности и здравоохранения.

Департамент здравоохранения штата, а также инструкции и правила противопожарной безопасности определяют широкий спектр аспектов общественного здравоохранения; например, сообщения о некоторых заболеваниях, защита пациентов и служащих от огня, предупреждение инфекции и необходимая площадь для носилок при оказании неотложной помощи. Через департамент здравоохранения предоставляются лицензии, имеющие различную продолжительность действия. Часто требуется инспекция непосредственно на местах. Для получения лицензии требуется неукоснительное выполнение требований инспекции пожарной безопасности, а также ее заключение о расположении в общественных зданиях пролетов, огнетушителей, запасных дверей (на случай пожара) и о заземлении электрических приборов.

Стандарты СКАГ включают 8 положений, относящихся к ОНП. Хотя интерпретация этих стандартов может время от времени изменяться, не должно оставаться сомнений в отношении основных стандартов, которые всегда стабильны. Все госпитали, в том числе ОНП, аккредитованы СКАГ. Аккредитация требует примерно от трети участвующих предварительной уплаты взносов. Хотя неотложная медицина не имеет своих официальных представителей в Управлении СКАГ, Американский колледж врачей неотложной помощи в последнее время оказывает значительное влияние на интерпретацию стандартов.

Продолжительность времени, которое предоставляется госпиталю на рассмотрение и одобрение предложенных вариантов, бывает различной и зависит от заключения, выдаваемого инспекционной комиссией. До окончательного одобрения проходит, как правило, 3 года.

**Стандарт I.** В соответствии с этим стандартом каждый пациент обследуется (осмотр и оценка его состояния) и направляется для дальнейшего лечения; при этом функция ОНП определяется как часть общей неотложной помощи, предусмотренной региональным планом. Кроме того, от госпиталя и ОНП требуется оценка их коечной емкости для обеспечения необходимой помощи. Определенные требования предъявляются к категоризации, участию в оказании неотложной помощи в региональном масштабе и ее доступности для пациентов.

**Стандарт II.** Этот стандарт требует организации неотложной помощи в соответствии с ее сложностью. Он также требует врачебного надзора за деятельностью ОНП, что налагает на руководителя ОНП ответственность за организацию неотложной помощи и ее оценку. Он допускает создание комитета ОНП, если отделение оказывается на уровне III типа. Стандарт определяет также методы подбора персонала. Врачи, обеспечивающие неотложную помощь, должны иметь соответствующие привилегии и своей квалификацией подтверждать правомерность этих привилегий. Кроме того, обсуждаются требования к среднему медицинскому персоналу, а также использование и обучение всего немедицинского персонала, обеспечивающего оказание помощи. В последних обзорах подчеркивается необходимость определения линии поведения ОНП и методов консультативного обслуживания некоторых пациентов (например, находящихся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения).

**Стандарт III.** Стандарт III рассматривает интеграцию ОНП с госпитальными вспомогательными службами, соответствующие требования и затраты времени на выполнение лабораторных анализов и рентгенологических исследований.

**Стандарт IV.** Стандарт IV требует от персонала, обеспечивающего неотложную помощь, соответствующих навыков и умений в решении его задач, а также постоянного подтверждения своей профессиональной подготовки при оказании неотложной помощи в конкретных условиях.

**Стандарт V.** Стандарт V требует совершенствования поведения персонала и выполнения различных процедур.

**Организация работы госпиталя**

Хотя структуры организации в разных госпиталях различны, в своей основе они сходны. Почти всегда имеется Совет директоров, который определяет общую направленность решений и утверждает всю политику управления госпиталем, включая деятельность медицинской администрации. Кроме того, Совет директоров является конечной инстанцией, утверждающей основные рекомендации.

В Совет директоров входят несколько районных руководителей и исполнительный директор (должностное лицо) госпиталя, который может не обладать правом голоса. Недавно было внесено предложение дополнить совет старшим медицинским должностным лицом госпиталя или другими представителями медицинского персонала. Там, где имеется главное должностное лицо (вице-президент по делам медицины), его могут включить в совет с правом голоса (или без него). Предложение относительно пополнения Совета представителями медицинского персонала отражает значительное влияние медицинского персонала на дела госпиталей. Совет сам избирает заместителей, даже если могут быть сделаны другие назначения по указанию различных руководителей.

Минимальные задачи отделения неотложной помощи (ОНП):

* Круглосуточное снабжение всем необходимым.
* Правильное размещение оборудования и инвентаря.
* Обеспечение присмотра за несовершеннолетними.
* Оповещение личного врача пострадавшего, включая отправление телеграммы.
* Обеспечение конфиденциальности для пациентов.
* Получение (и отправление) информации и своевременное оповещение полиции и работников отдела здравоохранения.
* Транспортировка пациентов и их выписка из отделения.
* Медицинская регистрация (в ОНП).
* Получение согласия пациента на лечение.
* Профилактика инфекций.
* Регулирование работы транспорта и поступления больных.
* Рациональное распределение медикаментов.
* Обеспечение сохранности ценных вещей пациентов.
* Оказание помощи в случае катастрофы.
* Организация лечения пациентов и наблюдения за ними, а также проведения необходимых процедур, которые не выполняются в ОНП.
* Использование специальных стендов с необходимой информацией.
* Обеспечение повторных рентгенологических, лабораторных и электрокардиологических исследований.
* Уход за пострадавшими от сексуального или иного насилия, в том числе за детьми и пожилыми людьми; оповещение соответствующих органов и служб.
* Обеспечение экстренной помощи детям.
* Работа с лицами, злоупотребляющими наркотиками, и организация консультативной помощи.
* Необходимые мероприятия в случае смерти больного в ОНП.
* Помощь пациентам со специфическими медицинскими проблемами (ожоги, повреждение кисти, токсикологические проблемы, укусы животными, жертвы насилия).
* Предупреждение несчастных случаев с пациентами.
* Профилактика и лечение столбняка и бешенства.
* Организация соответствующих консультаций и перевод больных в специализированные центры (ожоговый, лечение отравлений и др.).

Состав медицинского персонала является частью инфраструктуры госпиталя. Главный медицинский руководитель избирается из штата сотрудников самим медицинским персоналом, что не требует подтверждения администрации госпиталя.

Заведующие различными клиническими отделениями избираются одним из двух способов. Они либо утверждаются администрацией госпиталя (Советом директоров), либо избираются сотрудниками этого отделения. Утвержденные заведующие обычно обеспечивают основную административную работу, обучение персонала и исследовательскую деятельность. Когда госпиталь становится базой медицинского факультета, заведующие совместно утверждаются медицинским факультетом и госпиталем, каждый из которых обладает правом вето.

В госпиталях без медицинской школы руководителя обычно избирают. В некоторых госпиталях наряду с заведующими, которые постоянно заняты в отделении, может быть избран заместитель, что позволяет персоналу участвовать в управлении своего отделения. Ряд организационных положений относится к службе неотложной медицинской помощи. Там, где для обеспечения неотложной помощи заключен контракт с группой врачей, заведующий совместно утверждается администрацией госпиталя и профессиональной группой. Там же, где врачи неотложной помощи являются сотрудниками госпиталя, руководители последнего после консультации с представителями медицинского персонала могут сами назначить заведующего отделением неотложной помощи.

Существует также усложненная структура госпитального комитета. Часто комитет состоит из представителей медицинского и обслуживающего персонала, а также администрации. Со стороны СКАГ предъявляется немало требований, особенно в отношении качества страхования жизни. Весь утвержденный персонал может быть избран в медицинские комитеты. В некоторых случаях, особенно в комитетах по катастрофам и по полномочиям, требуется представительство сотрудников отделений неотложной помощи. В большинстве комитетов участие врачей неотложной помощи является добровольным. Участие в повседневной жизни госпиталя имеет важное значение; оно способствует более тесному сотрудничеству врачей неотложной помощи с остальным медицинским персоналом.

**Процесс разработки рекомендаций**

Весь медицинский персонал, включая консультантов, штат научных сотрудников и дежурных врачей (работающих ночью), должен быть, утвержден для практической работы в госпитале. Это продиктовано уставными госпитальными нормами и инструкциями СКАТ.

Процесс разработки рекомендаций начинается с их рассмотрения заведующим отделения. В некоторых госпиталях имеются совещательные комитеты отделений, которые помогают руководителю в оценке персонала. Критерии назначения на должность включают учет различных характеристик кандидата, особенно прохождение резидентуры и его дисциплинированность. Обычно требуется заключение либо Совета, либо резидентуры, но может быть принята и эквивалентная характеристика. Например, отсутствие заключения о проживании врача в районе расположения госпиталя, оказывающего неотложную помощь, может компенсироваться наличием у претендента достаточного практического опыта, владения современными методами поддержания сердечной деятельности при реанимации и знания современных методов оказания помощи при травме, что позволит ему стать сотрудником отделения неотложной помощи.

Госпиталь не может допускать дискриминации в отношении пола, расы, национальности, вероисповедания или возраста, если только это не представлено как "право" на обеспечение помощи в определенном отделении; здесь могут существовать свои ограничения. Наличие определенных физических недостатков может использоваться для отказа в работе, если эти недостатки ограничивают способность врача к практической работе.

Отделение может дать заключение о том, что знающий и опытный врач не требуется ОНП, поскольку в штате достаточно врачей, способных обеспечить необходимое лечение имеющихся пациентов. Кроме того, врачу, не обладающему значительным дополнительным мастерством, может быть отказано в назначении на должность. При наличии такого мастерства претендент имеет больше прав, чем отделение или госпиталь.

Критерии оценки претендентов и предъявляемые к ним требования для зачисления в штат госпиталя должны быть разработаны заранее каждым отделением и утверждены Медицинским советом и Советом директоров госпиталей. Рекомендация отделения кандидату (положительная или отрицательная) направляется в госпитальный рекомендательный комитет, обычно составляется представителями всех госпитальных отделений. Рекомендательный комитет, рассмотрев рекомендацию отделения, может вернуть ее для уточнения, отвергнуть или одобрить ее. Рекомендации этого комитета далее поступают в медицинский исполнительный комитет (Медицинский совет), где они также проходят три рассмотрения.

Рекомендации Медицинского совета направляются в Совет директоров для их утверждения. Официальное назначение на должность происходит при одобрении Совета директоров и сотрудников. В уставах многих госпиталей существуют положения, допускающие временное включение врача в штат отделения на 3-месячный срок (или меньше) в том случае, когда имеется поддержка руководителя данного отделения и президента совета медицинского персонала. СКАГ не разрешает повторных назначений на основании временного приема на работу.

Повторное назначение также является процедурой, соответствующей уставным положениям госпиталя. СКАГ требует наличия критериев такого назначения и их беспристрастного выполнения. Критерии обычно основываются на требованиях госпиталя. Критерии для повторного назначения специалиста частично совпадают. Некоторые отделения и госпитали устанавливают дополнительные критерии приема на работу.

Процедура как первичного, так и повторного назначения предусматривает различные методы "соответствующего ведения процесса". При этом требуется уведомление кандидата об отказе с соблюдением такта и предоставлением ему права быть выслушанным незаинтересованными представителями госпиталя. Некоторые госпитали даже допускают присутствие при этом юриста.

**Организация оказания неотложной помощи**

Несмотря на 20 лет прогресса в области неотложной медицины, ОНП имеются не во всех госпиталях. В некоторых госпиталях неотложную медицинскую помощь по различным причинам оказывают в непрофильном отделении. В ряде учебных госпиталей образец организации ОНП просто адаптирован к медицинской школе-филиалу, а само отделение по существу не создано, несмотря на академическую принадлежность учреждения.

Руководящие установки СКАГ не требуют обязательного создания отделения неотложной помощи, если только в госпитале не возникает достаточно сложных ситуаций в связи с отсутствием специализированного отделения.

В небольших лечебных учреждениях может быть создан многопрофильный комитет, состоящий из медицинских и административных работников, который разрабатывает рекомендаций по управлению и организации деятельности, связанной с неотложной медицинской помощью.

Если в лечебном учреждении организуется специализированное отделение, то служба неотложной помощи имеет право в лице своего руководителя быть представленной в Совете по здравоохранению.

Специфических требований комитета к отделению не существует, хотя в больших ОНП могут создаваться различные комитеты для реализации своей деятельности. Типичными комитетами могут быть:

1) консультативный комитет отделения;

2) комитет гарантии качества;

3) комитет по разрешению уникальных и единовременных задач.

Там, где имеется резидентура, ее комитет может давать интервью, проводить выборы резидентов и составлять рекомендации по программе резидентуры для директора.

Комплексному отделению с более сложной структурой может потребоваться несколько координаторов (или ассоциированных шефов) для контроля за определенной деятельностью отделений. Структура организации основана на децентрализации сестринской работы; при этом средний медицинский персонал отчитывается о своей деятельности перед заведующим отделения.

Мы полагаем, что отделение лучше всего управляется одним руководителем, отвечающим за всю его деятельность. В некоторых случаях это включает наблюдение за функционированием общественных работников, добровольцев и работников транспорта. Основой эффективного и хорошо осознанного руководства отделением является унифицированное управление тремя решающими областями ОНП:

1) медицинским обеспечением;

2) обслуживанием больных;

3) регистрацией.

Администрация госпиталя и заведующий ОНП должны изучать коллизии, возникающие у работников регистратуры с посетителями. Неверно полагать, что только медицинский персонал (врачи и сестры) влияет на удовлетворение запросов пациентов.

У обеих сторон имеются свои аргументы относительно отчетов сестринского персонала отделения неотложной помощи своему руководителю. Мы придерживаемся того мнения, что это обеспечивает определенную преемственность оказания медицинской помощи, упрощает управление и учет и унифицирует подход к лечению больных. Справедливый руководитель ОНП, однако, признает, что только сестры могут определить стандарты ухода за больными, и соответственно направляет активность обслуживающего персонала на работу сестер в клинике.

Критерии удовлетворительной оценки работы медицинского учреждения:

***Госпиталь***

Посещаемость производственных собраний (более 50%).

Удовлетворительное ведение медицинской документации.

Выполнение соответствующих требований.

Минимальное число госпитализаций.

Выполнение персоналом госпитальных требований (приказы, постановления).

Удовлетворительное обеспечение качества работы.

Постоянное повышение квалификации персонала.

***Отделение***

Посещаемость производственных собраний (более SO%).

Посещаемость семинарских занятий (более 50%).

Хорошее мнение о работе отделения ординаторов и студентов.

Выполнение требований обеспечения качества работы.

Пациенты удовлетворены работой отделения; минимальное количество жалоб.

Постоянное повышение квалификации персонала.

Полная аттестация персонала.

**Гарантия качества**

Ни одной другой области деятельности в последние годы не было уделено столько внимания, как гарантии качества лечения и ухода за больными. СКАГ требует перемен и, несомненно, будет продолжать такую политику в ближайшие годы.

Программы гарантии качества, основанные на клинических критериях или ориентировочных признаках, имеют ряд положительных сторон. Прежде всего, они должны способствовать улучшению и контролю проводимого лечения. Во-вторых, они служат основой продолжения образовательных программ для врачей, сестринского и парамедицинского персонала. Проверка с целью определения адекватности документации может носить не только образовательный характер. Большое значение имеет и проведение аттестации персонала, что также способствует улучшению лечения больных.

Общий процесс повышения гарантии качества лечения включает следующее:

1) идентификацию потенциальных или реальных проблем;

2) разработку критериев оценки лечения;

3) рецензирование введенных критериев;

4) определение масштабов проблемы;

5) осуществление обратной связи и реализацию политики устранения или исправления проблемы;

6) повторное рассмотрение с использованием тех же критериев для одобрения или внесения изменений.

Определение потенциальных клинических проблем, заслуживающих особого рассмотрения, может проводиться путем идентификации клинических параметров, часто встречающихся в отделении. Одним из способов является рассмотрение 10 наиболее частых диагнозов с последующим выбором параметров из этого списка. Критерии устанавливаются на основании учета оказанной помощи и ее объема. Персонал отделения должен утвердить эти критерии. Затем рассматриваются соответствующие документы в соответствии с этими критериями. Необходимая информация должна быть предоставлена организатору здравоохранения в отношении критериев, отклоняющихся от принятых норм; это следует сделать быстро, чтобы можно было оперативно произвести необходимые исправления.

**Департамент здравоохранения штата**

Инструкции и правила, устанавливаемые в том или ином штате, носят настолько индивидуальный характер, что какое-либо их обобщение невозможно. Правила департамента здравоохранения, включая положения, касающиеся фармации, регулируют размеры лечебных помещений в расчете на одного пациента, медицинское снабжение, распределение медикаментов, контроль наркотических средств, контроль инфекционных заболеваний и использования растворов для внутривенного введения. Эти правила определяют также предоставление информации о заболеваниях, передающихся контактным путем, об убийствах и других насильственных криминальных действиях, о заражении несовершеннолетних и о случаях беременности. Наконец, департамент здравоохранения штата может определять категории неотложной помощи и ее региональное распределение.

**Структура больницы**

В проектируемом отделении больницы немногие врачи неотложной помощи будут иметь превосходные условия. Однако многие из них будут способны реорганизовать существующие структуры для более эффективного функционирования своего отделения. При этом в качестве главных принципов должно рассматриваться следующее:

1) создание комфортной атмосферы для пациентов и их семей;

2) создание возможностей для среднего медперсонала и врачей выполнять свои функции с минимальными усилиями, имея под рукой все необходимое оборудование;

3) сведение к минимуму потребности в дополнительном персонале;

4) гарантия соблюдения врачебной тайны.

План реконструкции больницы начинается с оценки количества ежегодных посещений. Проект должен составляться с учетом желаемого максимального количества обращений за неотложной помощью. Например, ежегодно помощь оказывается 30 тыс. человек, а учреждение планирует довести число обращений до 40 тыс. Следовательно, ОНП должно проектироваться с расчетом на максимальное количество больных.

Далее следуют проверка существующей практики лечения в учреждении и внесение предложений относительно ее изменения в будущем. Например, в госпитале планируют внести добавления в существующую программу, что увеличит число обращений за неотложной помощью, или, напротив, стремятся сократить объем помощи, что приведет к уменьшению числа визитов. Следует определить число обращений в час для всех сезонов года; эта оценка даст возможность выделить необходимые помещения для оказания помощи определенному числу пациентов.

При оценке ежегодных визитов пациентов в 30 тыс. среднее количество ежедневных визитов составит 82,19. При просмотре журнала регистрации неотложной помощи за год в нашем гипотетическом случае мы определили количество лечившихся пациентов за один день (в процентах) и за каждый час. Принимая посещения за каждый час (в процентах) и вычислив среднее количество посещений в день, можно определить фактическое число пациентов, обращающихся каждый час в отделение неотложной помощи. Из полученного числа обратившихся за помощью 78% не нуждались в госпитализации, а 22% были помещены в больницу. Опять-таки по этому процентному отношению легко вычислить количество больных, нуждающихся в получении того или иного объема неотложной помощи. Однако эти пациенты не будут отпущены или госпитализированы в тот же час, когда они прибыли. Никакая неотложная помощь не оказывается в столь жестких временных рамках. В реальной жизни затраты времени на госпитализацию и выписку складывают. В нашем примере мы приняли 1 час за 100%. Таким образом, каждый пациент, поступающий в течение часа, будет либо госпитализирован, либо отпущен через час домой. Однако количество пациентов, физически ожидающих неотложной помощи в нашей гипотетической больнице, отражает число поступивших и число больных, подготовленных к выписке или госпитализации в предыдущий час.

Из 30 тыс. обращений в год фактически 6,33 пациентам неотложная помощь оказывалась с 10 ч до полудня. Это означает, что мы должны располагать как минимум 6,3 (7) местами для прибывших пациентов. Конечно, некоторые из них могут быть размещены в комнате ожидания, но лучше, чтобы обслуживающий персонал непрерывно наблюдал за поступившими.

Если число посещений в год возрастет до 40 тыс., то потребность в местах увеличивается до 8,44 (9) с 10 ч до полудня.

Таким образом, общее количество мест может быть рассчитано на основании учета посещений за год, времени на госпитализацию и выписку, а также оценки пропускной способности. Особые требования предъявляются к специализации неотложной помощи в учреждении, ее адекватности, учету возраста пациентов. Такой анализ может быть сделан только с помощью компьютера.

В нашем примере мы определили, что для каждого места требуется площадь не менее 7,5 м2 (0,9 м с каждой стороны носилок шириной 91 см и 0,9 м от конца носилок длиной 182 см). Следовательно, в нашем ОНП с 30 тыс. посещений для одних носилок потребуется не менее 6,3 м2. При количестве посещений в 40 тыс. эта величина возрастает до 8,4 м2. Сюда не входит площадь помещений для проведения сортировки, а также регистратура, конференц-зал и другие рекреационные помещения.

Вопрос об отдельном размещении пациентов часто поднимается некомпетентными лицами. Чем больше приватных палат в отделении неотложной помощи, тем труднее осуществлять контроль и наблюдение за пациентами; следовательно, приходится увеличивать количество персонала.

**Специальные помещения**

Желание иметь изолированные палаты, в частности, для реанимации, для беспокойных пациентов, кабинеты для офтальмологических и ЛОР-процедур, для зубного врача, а также гипсовальную комнату, хотя оно вполне обосновано необходимостью улучшения условий работы, также увеличивает потребность в дополнительном персонале.

Необходимость в специальных помещениях должна определяться на местах и основываться на потребностях пациентов и штатных ресурсах. Отдельное помещение требуется для приватного опроса членов семей. На случай оказания неотложной помощи в сортировочной палате следует предусмотреть в ней место для беглого осмотра и заполнения истории болезни. При этом обеспечивается относительное уединение пациента. Сортировочная палата должна располагаться рядом с входом в приемный покой ОНП, чтобы все пациенты (ходячие или доставленные машиной скорой помощи) подверглись сортировке. Система двойного входа в помещение ОНП с его требованием повторной сортировки не увеличит потребность в штате. Все, что сделано в процессе сортировки, следует продолжить в госпитальной палате. В некоторых ОНП врачу, проводящему сортировку, предоставляется возможность назначать лабораторные анализы, в которых возникает необходимость. Следует также использовать возможность рентгенологического исследования.

Комната ожидания должна быть большой и комфортабельной. Мы установили, что пациента, поступающего по неотложным показаниям, сопровождают в среднем три посетителя. Следовательно, для них также потребуется дополнительная площадь. В комнате ожидания размещается просветительная информация, а также телевизор и разнообразный материал для чтения, что помогает посетителям провести время, облегчая им напряженное ожидание. Присутствие в комнате ожидания кого-либо из персонала, кто мог бы облегчить связь между членами семьи, пациентами и медиками-организаторами, создает хорошее впечатление о госпитале. Кроме того, это может способствовать поддержанию прямых связей с семьями пострадавших. Для родственников больных должны быть доступны торговые автоматы, общественные телефоны и комнаты отдыха.

В комнате для регистрации должно быть обеспечено уединенное общение пациента с персоналом, проводящим регистрацию. Пациенту необходимо создать комфортабельные условия для беседы в удобном, сидячем положении.

**Персонал**

Хотя квалификация и количество как медицинского, так и обслуживающего персонала варьирует в зависимости от сложности оказания неотложной помощи, организаторы такой помощи должны быть в достаточной степени подготовлены практически и теоретически, чтобы успешно решать медицинские проблемы, с которыми они сталкиваются. Все сотрудники ОНП должны быть подготовлены к оказанию помощи пациентам, находящимся в состоянии стресса, и уметь преодолевать часто возникающие в такой ситуации трудности. Например, некоторые медицинские работники недооценивают важности общения с членами семей пострадавших, с беспокойными, враждебно настроенными или рассерженными пациентами. Важной частью воспитания персонала в этом отношении является контроль за манерой разговора по телефону, что никогда не должно выпадать из поля зрения администрации больницы.

Заведующий ОНП является одновременно медицинским руководителем и административным директором. Следовательно, помимо компетентности в вопросах неотложной медицины, он должен иметь практический опыт и проживать рядом с больницей, а также иметь четкое представление о бюджете, нуждах персонала и обладать дипломатическими способностями и тактом, необходимым для общения с различными представителями общественности и специалистами, взаимодействующими с ОНП. Кроме того, он должен постоянно демонстрировать достаточную осведомленность в практических вопросах неотложной медицины. Средний медицинский персонал, врачи и служащие администрации быстро теряют уважение к руководителю, который не занимается практической работой и, следовательно, не способен понять возникающие в ОНП клинические проблемы. Руководитель сестринской службы (там, где она имеется в рамках ОНП) также должен постоянно демонстрировать компетентность в клинических вопросах.

Хотя квалификация персонала может быть различной, использование в ночное время дежурных, не обладающих навыками, необходимыми в неотложной медицине, сопряжено с множеством проблем.

При анализе 100 претензий к отделениям неотложной помощи по поводу небрежного отношения персонала к своим обязанностям отмечено, что на долю врачей, работавших по совместительству, проживавших в районе больницы и ранее не привлекавшихся к оказанию неотложной помощи, приходится 16% жалоб.

Оценка необходимого количества врачей и сестер может быть сделана, исходя из числа посещений пациентов. По нашим наблюдениям и расчетам, врач может принять 2,5-3 пациента в час (хотя это варьирует в зависимости от характера заболевания). Если допустить, что врачебная нагрузка составляет в среднем 2,75 пациента в час, то количество врачей для принятия 3,45 пациентов составит 1,25.

В нашем примере оказания неотложной помощи 30 тыс. пациентов продолжительность общей врачебной нагрузки составила 23,98 ч в день, а в год на это потребуется 8752,7 и 23,98 х 365). Принимая, что каждый врач работает 1920 ч в году, количество необходимых врачебных ставок составит 4,56. В этом расчете не учитывается время на болезни самих врачей и предполагается, что все врачи работают полный рабочий день.

Если число посещений возрастет до 40 тыс., то количество врачебных ставок увеличится (по аналогичному расчету) до 6,08. В нашем отделении нагрузка на каждого врача составляет 2,78 пациента в час, т.е. более 5400 человек в год. Для врачей, проживающих в районе больницы, стандарты PGY-I и PGY-II допускают увеличение нагрузки до 3,01 пациента в час.

Средний медицинский персонал (в отличие от врачей) должен обеспечивать уход и оказание помощи пациентам при поступлении, в процессе стационарного лечения и при выписке. Если исходить из того, что для сестринской ставки нагрузка предусматривает затрату 0,82 часа на каждого пациента, то за 6 часов работы сестра должна обслужить 6,9 пациента. В нашем ОНП оценка в 0,82 часа на пациента была получена на основании актуальных наблюдений и представляет опять-таки среднестатистическое значение. Оно включает определение времени, когда лечение пациентов не проводится, а также время на отпуска и на заболевание персонала.

Суммарное время работы сестер в нашем примере составило 107,97 часов в день, или 39416,35 часов в год. Если принять, что сестринский персонал имеет обеденный перерыв и фактически работает на 90% оплачиваемого времени, то всего потребуется 21,05 сестринских ставок (0,9x2080=1872; 39416,35 + 1872 = 21,05). Распределение сестринского штата опять-таки зависит от оценки местных нужд в неотложной помощи. Для 40 тыс. пациентов в нашем гипотетическом ОНП потребность в сестрах снова возрастет.

**Риск при проведении лечения**

Существует множество инструкций для врачей в отношении минимизации риска в ОНП. Разумеется, точной и окончательной схемы, исключающей медицинский риск, создать невозможно. Однако есть некоторые общие принципы, которые могут помочь в работе.

*Медицинская карта* является фактически основой защиты врача в случае жалобы. Она должна быть заполнена лаконично, четко и разборчиво. Записи под диктовку, которые допускаются для большей оперативности работы врача неотложной помощи при осмотре значительного числа пациентов, повышают полноту информации. У всех нас больше желания диктовать, нежели записывать. В медицинскую карту следует занести дату страхования и всю медицинскую информацию (врачей и сестер). Данные лабораторных исследований, электрокардиограммы и рентгенограммы должны быть прикреплены к карте.

При поступлении пациента делается запись о состоянии жизненно важных органов; такая запись периодически возобновляется (при повторных осмотрах). При выписке необходимо занести в карту показатели функции жизненно важных органов; они заранее просматриваются лечащим врачом.

Врачебные записи должны учитывать все результаты наблюдений, которые отмечены персоналом при регистрации или врачом, проводившим сортировку. Заключительным этапом при выписке должны быть беседа врача с пациентом и членами его семьи о состоянии здоровья пациента, проведенном лечении и предполагаемом исходе (это касается прогноза заболевания в случае его прогрессирования и необходимости проведения нового курса лечения).

Советы по долечиванию даются в письменной форме; они должны быть изложены четко и понятно для пациента, который расписывается в их получении; копия оставляется для внесения в медицинскую карту. Сестра должна разъяснить советы по уходу за выздоравливающим пациентом, чтобы обеспечить полное понимание пациентом их смысла и его согласие с выданными рекомендациями.

В некоторых случаях, если отмечается некоторое ухудшение состояния или слишком медленное выздоровление, пациент должен через определенный период времени повторно явиться к врачу.

Тесная связь врача с пациентами и их семьями во многом облегчит разрешение проблем в будущем. Пациенты высоко ценят не только хорошее лечение, но и проявленное к ним внимание, уважительное и вежливое обращение.

При появлении у пациента вопросов относительно его состояния ему должна быть оказана консультативная помощь. Это требует четного функционирования системы вызова по телефону опытных специалистов.

Серьезные проблемы возникают в тех случаях, когда ОНП не в состоянии оказать неотложную помощь определенным категориям пациентов ввиду отсутствия необходимых специалистов или соответствующего оборудования; поэтому в системе неотложной помощи следует заранее разработать альтернативные планы для подобных вариантов.

Определенную проблему всегда представляет неотложное лечение несовершеннолетних, поступающих без сопровождающих. Существует хорошее общее правило: лечение можно проводить в том случае, когда установлен контакт с родителями, что документируется в медицинской карте. Однако в ургентных ситуациях, когда речь идет о спасении жизни или конечности, времени на такие контакты практически нет. В любом случае поступивший в ОНП, независимо от его возраста, будет осмотрен врачом.

У взрослых, если позволяет время, всегда следует получить письменное согласие на неотложное лечение. В госпиталях обычно имеются правила, регламентирующие получение согласия на выполнение процедур, и этих правил следует строго придерживаться. Однако хорошо документированная запись в истории болезни с указанием на то, что пациент осведомлен о предстоящей процедуре и связанным с ней риском (т.е. обо всем предупрежден), возможно, является даже лучшей зашитой для врача, нежели формальное письменное согласие. То же золотое правило действует и в случае, когда пациент подписывает свое несогласие с предложением врача. Подпись пациента помогает, но не в такой степени, как, например, запись в истории болезни, которая включает оценку психического состояния пациента. Пациента в состоянии интоксикации никогда не следует отпускать из больницы, даже если он желает (вопреки медицинскому совету) подписаться под отказом от лечения. Такой пациент не в состоянии понять, что ему говорят, и потому его нельзя считать достаточно компетентным в принятии серьезного решения.

Наилучшим способом обеспечения благополучия пациента и уменьшения риска при лечении является постоянное внимание лечащего персонала. Персонал — это все.

**Другие службы**

*Социальные службы* практически повседневно поддерживают ОНП. Трудности в общении с бездомными, наркоманами и алкоголиками в значительной мере устраняются при участии четко и энергично работающего управления социальными службами. Реализация потребности в юридической консультации должна быть гарантирована каждому пациенту, получающему неотложную помощь. Кроме того, это управление оказывает неоценимую помощь при размещении пациентов в домах обслуживающего персонала, использовании патронажных сестер, а также в общении с пациентами, злоупотребляющими наркотиками или алкоголем, которые поступают в ОНП.

Существует реальная потребность в помощи сотрудников *службы безопасности* для защиты персонала ОНП и его больных от буйных пациентов. Присутствие одетого в униформу полицейского часто сводит к минимуму потенциальные проблемы.

Приглашение к пациентам их *адвокатов* и доступность пасторской заботы может помочь значительному числу пациентов и членам их семей облегчить их переживания. К тому же для персонала часто важна взаимная поддержка при общении с пациентами.

**Заключение**

От администрации современного многопрофильного ОНП требуются немалые организаторские способности, нередко утрачиваемые врачами неотложной помощи с достижением ими хорошего уровня в клинической практике. От современного руководителя ОНП требуются широкая образованность и компетентность в различных областях административной деятельности, а также знание требований многочисленных постановлений, директив и правил.