

ТЕХНОЛОГИЯ СБАЛАНСИРОВАННОГО УПРАВЛЕНИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ И РЕАНИМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЙ

*А.Н. Мамась
Витебск, УО «ВГМУ»*

Возникновение санитарных потерь в условиях экстремальных ситуаций характеризуется непредсказуемостью в отношении количества пострадавших и вариабельностью категорий и степени поражений. Содержание анестезиологической и реаниматологической помощи во многом зависит от характера и структуры санитарных потерь [1, 2]. При аварии на химическом предприятии оно будет определяться токсикологическим поражением, что потребует организации детоксикационной терапии, искусственной вентиляции легких. Взрывы газа приводят к появлению тяжелообожженных, в основе интенсивной терапии которых на начальном этапе лежат инфузионно-трансфузионная и респираторная терапия. При взрывах, разрушениях домов преобладают пострадавшие с механической травмой, синдромом длительного сдавления. Все эти и другие варианты должны быть учтены в подготовительный период. Ограничение времени на подготовку соответствующих подразделений к выезду в силу внезапности и неожиданности возникновения чрезвычайных ситуаций определяет необходимость наличия специальной системы оказания помощи на этой случай.

При организации оказания помощи, как правило, используется система двухэтапного лечения пострадавших и больных [3]: 1) доврачебная и первая врачебная помощь в очаге поражения и во время эвакуации врачебно-сестринскими бригадами, направленная на спасение жизни пострадавшего, обеспечение транспортабельности; 2) специализированная помощь с использованием необходимых методов интенсивной терапии и анестезиологического обеспечения.

Среди проблем повышения эффективности применения технологий сбалансированного управления при оказании экстренной медицинской помощи в условиях возникновения экстремальных ситуаций, особое значение занимает управление качеством оказания экстренной медицинской помощи, которое должно быть основано на теоретически и практически обоснованных процедурах анализа информации, опирающиеся на статистические модели данных.

При создании системы обеспечения качества, являющегося залогом эффективности управления процессом оказания медицинской помощи, применяются методологические основы оценки, заложенные А.

Донабедианом, предложившего использовать триаду, характеризующую любой технологический процесс и состоящую из: а) структуры (ресурсов – материальных, кадровых, организационных); б) технологии (процесса оказания медицинской помощи); в) результатов.

Сбор и анализ информации всех трех блоков позволяет дать оценку качества оказания экстренной медицинской помощи. Для контроля, оценки и решения проблем качества помощи в медицинских учреждениях в США был разработан десятишаговый процесс, гармонизированный в настоящее время с международными требованиями. Этот процесс, включает в себя элементы постоянного контроля проводимого лечения (фоновый контроль), выборочную оценку лечения (дополнительный контроль), выявление недостатков и принятие при необходимости управленческих решений. Процесс носит постоянный циклический характер.

Шаг первый: Определение экспертов осуществляющих контроль качества оказания медицинской помощи. Существует система многоуровневого контроля управления качеством и принятия управленческих решений, которым соответствуют определенные эксперты или группа экспертов. Фоновый контроль осуществляют старшие врачи, заведующие подстанциями и оперативным отделом, дополнительный – старшие специалисты, зам. главного врача по лечебной работе, главный врач, эксперты, приглашенные из других лечебно-профилактических учреждений. Принятие управленческих решений по выявленным дефектам проводит администрация на основе решений лечебно-контрольной комиссии.

Шаг второй: Определение объема диагностики и лечения, а также тактики оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе.

Шаг третий: Определение наиболее значимых проблем диагностики и лечения, с высоким риском смерти или инвалидизации, сложностью диагностики на догоспитальном этапе или использованием специальных методов лечения.

Шаг четвертый: Определение индикаторов или показателей качества. Среди них выделены: 1) оперативные показатели; 2) показатели, характеризующие качество оказания медицинской помощи по конечному результату.

Шаг пятый: Установка порогов или нормативов контролируемых показателей или индикаторов. Обычно за норматив берется средний показатель на основе анализа работы за предыдущие годы.

Шаг шестой: Сбор и упорядочивание данных относящихся к индикаторам или показателям. Эти вопросы решаются экспертами и статистическим отделом с использованием автоматизированной системы обработки показателей качества.

Шаг седьмой: Оценка качества экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе, базирующихся на основе утвержденных стандартов и разработок, с использованием специального классификатора выявленных дефектов и возможностью их автоматизированной обработки по каждому сотруднику, и организации в целом.

Шаг восьмой: Конкретные действия или управленческие решения, предпринимаемые для устранения проблемы или дефекта, возникших при отклонении от заданных индикаторов или показателей.

Шаг девятый: Оценка действий или управленческих решений и фиксирование улучшений.

Шаг десятый: Выводы и заключение.

Данные меры позволяют повысить эффективность применения технологий сбалансированного управления в условиях оказания экстренной медицинской помощи при возникновении экстремальных ситуаций на базе многопрофильных медицинских учреждений. В рамках применения технологий сбалансированного управления особое место занимает анализ «узких мест», не позволяющих, в должной степени, ослабить угрозы и использовать возможности лечебного учреждения по оказанию экстренной медицинской помощи. Применение технологий сбалансированного управления и поиска форм повышения эффективности оказания экстренной медицинской помощи в условиях массового поступления больных при возникновении экстремальных ситуаций – важнейший фактор снижения летальности раннего периода. Реализация алгоритмов оказания помощи и выполнения всего комплекса реанимационных, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий в условиях острой нехватки человеческих, материально-технических, технологических и временных ресурсов, позволяют в максимально возможной степени использовать потенциал лечебного учреждения и выполнить поставленные задачи в условиях экстремальных ситуаций.

Список цитированных источников

1. Богоявленский, И.Ф.. Первая медицинская, первая реанимационная помощь. Критические состояния на догоспитальном этапе. /Том 1, том 2. – Санкт-Петербург, 2000. – 444 с.

2. Богоявленский, И.Ф. Оказание первой медицинской, первой реанимационной помощи на месте происшествия и в очагах чрезвычайных ситуаций / Справочник. – Санкт-Петербург, 2003. – 336 с.

3. Бубнов, В.Г. Научные и практические основы повышения эффективности системы оказания очевидцами (лицами первого контакта) первой медицинской помощи на месте происшествия. – М.: МИМСР, 2001, 44 с.