

ОРГАНИЗАЦИЯ ТРАНСПОРТНОЙ БРИГАДЫ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

Н.Г. Косцова¹, Т.Б. Свиридова², канд. эконом. наук, Е.А. Соколова²

¹Российский университет дружбы народов,
117198, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6;

²Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова (филиал),
107392, Москва, ул. Малая Черкизовская, д. 7

E-mail: archelaya@yandex.ru

Представлены сведения об опыте организации транспортной бригады в Городской клинической больнице №52 Москвы. Обоснована модель организации деятельности внутрибольничной транспортной бригады.

Ключевые слова: многопрофильный стационар, медсестра, транспортировка больных.

Для цитирования: Косцова Н.Г., Свиридова Т.Б., Соколова Е.А. Организация транспортной бригады в многопрофильном стационаре. Медицинская сестра. 2018; 20 (3): 28–33. DOI: 10.29296/25879979-2018-03-08.



С развитием медицинских технологий объем инструментальных исследований увеличивается в разы. Если провести хронометраж по транспортировке пациентов на исследования, доставке в операционные, в отделение из реанимации, окажется, что затраты времени на эти виды работ у 1 медсестры составят до 4–5 ч. Как и в любой крупной больнице, расположенной в нескольких корпусах, мы практически ежедневно сталкиваемся с ситуацией, когда средний и младший медицинский персонал практически всю первую половину рабочего дня выполняет не свойственные ему обязанности, т.е. заменяет курьеров, развозит пациентов, носит истории болезни, забирает результаты анализов и т.д.

Поэтому без изменения организации труда этих групп сотрудников существенно улучшить лечебно-

диагностический процесс не представляется возможным. Четкое разделение труда медсестры и санитарки – важный момент оптимизации лечебного процесса. Исходя из сказанного, возникла необходимость создания транспортной бригады, которая бы доставляла пациентов на лечебно-диагностические процедуры, в операционные, занималась бы их переводом из отделения в отделение.

Долгие годы престиж работы медсестры, ее социальный статус были невысокими, но сейчас в России ведется активная целенаправленная работа по повышению статуса сестринской профессии, ее значимости.

Обязанности медсестры зависят от типа и профиля медицинской организации, занимаемой должности и характера выполняемой работы. Функциональные обязанности медсестры изложены в должностных инструкциях, однако они могут меняться в зависимости от кадровой политики медицинской организации. На плечи среднего и младшего медицинского персонала ложится большая нагрузка.

Так, в нашем стационаре было подсчитано число транспортировок пациентов на диагностические исследования и оперативные вмешательства за 1 день. Их оказалось около 400. Останутся ли у санитарок время и силы на качественную уборку, регламентированную санитарными правилами? А ведь, согласно СанПиН, необходимо убирать 2 раза в день, обрабатывать все поверхности, проводить генеральную уборку по графику и заполнять необходимую документацию. А если в отделении нет санитарки? Тогда ее обязанности ложатся на плечи медсестры.

Время, которое тратит медсестра на транспортировку пациентов, она должна использовать на выполнение своих непосредственных обязанностей. Выходом из сложившейся ситуации может стать создание дополнительной службы внутри больницы, т.е. переход на инсорсинг, цель которого – оптимизировать процессы уборки и транспортировки пациентов, задействуя младший медицинский персонал практически без изменения его обязанностей.

Инсорсинг (от англ. Insourcing) – задействование внутренних ресурсов организации в новых целях и проектах. Часто некоторые отделы организации или сотрудники недостаточно загружены работой и целесообразнее возложить на них дополнительные функции, чем не использовать их или отдавать на аутсорсинг [7].

Инсорсинг позволяет организации сократить издержки на неиспользуемые мощности или извлечь дополнительную прибыль из конкурентного преимущества.

Учитывая изложенное, решение о создании службы внутрибольничной транспортировки должно приниматься с учетом задач транспортировочной программы, настоящих и будущих потребностей, функций, срока действия, степени надежности, уровня обслуживания и экономичности.

По данным зарубежных авторов, в более чем 90% транспортных программ при транспортировке больных используется отдельная линия связи для диспетчерского центра. При планировании организации транспортной бригады важно учитывать общую роль информационных коммуникаций в работе. Центральная диспетчерская служба – ядро отдела транспорта; запросы принимаются в течение дня. Диспетчер «привязывает» входящие запросы к существующим маршрутам в реальном времени и определяет их график, указывая время, когда каждое место обслуживания в маршруте должно быть отработано.

Внутригоспитальная транспортировка пациентов – повседневная, рутинная работа персонала в любой медицинской организации. В условиях компенсированного состояния больных при их транспортировке на исследования до или после оперативных вмешательств согласовываются особенности подготовки пациентов к транспортировке, ее время и т.д. Внутрибольничная транспортировка при соблюдении соответствующих условий не меняет состояния пациентов и не требует обеспечения специальных высокотехнологичных условий [4].

Транспортировка внутри больницы необходима для проведения диагностических процедур (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ангиография и т. д.), хирургических вмешательств или для перевода в другие подразделения. Врачи-анестезиологи-реаниматологи считают, что этап транспортировки – один из наиболее сложных как для пациента, так и для медицинского персонала, обеспечивающего транспортировку. По степени риска и возможности развития внезапных осложнений, материальным и временным затратам, психологическому напряжению пациента и медицинского персонала транспортировка сопоставима с инвазивными диагностическими и лечебными вмешательствами.

Несмотря на относительную кратковременность этапа транспортировки, она является потенциально дестабилизирующим фактором состояния пациента с риском развития вторичных и порой ятрогенных осложнений [3, 5].

Однако даже больные в критическом состоянии могут транспортироваться безопасно при использовании соответствующего оборудования опытным и обученным персоналом. Тщательная проверка перед переводом в другое отделение и соблюдение стандартных протоколов поможет обеспечить бесперебойность всего процесса. Транспортную команду следует учесть предвидеть возможные неблагоприятные события и управлять ими. Координация этого процесса облегчит быструю передачу пациента в место назначения, избегая задержки в случае чрезвычайной ситуации или несчастного случая.

Оптимальное здоровье и благополучие пациента – основная цель безопасной транспортировки. Для безопасной транспортировки важна хорошо организованная система с соответствующим оборудованием и персоналом [6].

Обычно рекомендуется иметь, как минимум, 2 компетентных сотрудников, сопровождающих пациента. Сопровождающее лицо должно быть компетентным, опытным и желательно обученным правилам безопасной транспортировки [2].

Внутренние транспортные услуги относятся к области логистики больниц. Несмотря на то, что эти вспомогательные услуги кажутся простыми и понятными, они влияют на качество медицинской помощи. Например, поздняя доставка пациента в отделение с высокой стоимостью обслуживания (набор операционных залов или магнитно-резонансная томография) приводит к недоиспользованию ценных ресурсов. Кроме того, она нарушает первоначально запланированный график работы: пациент прибывает после запланированного времени, следующие визиты часто задерживаются или пациенту предоставляют манипуляцию, предназначенную другому человеку, что делает неизбежным увеличение времени ожидания. Во многих больницах транспортировка плохо управляется, что приводит к неудобствам для пациентов, сбоям и дополнительным расходам медицинской организации.

Исходя из целей повышения эффективности транспортировки пациентов, предлагаются новые методы, обеспечивающие значительную экономию и позволяющие работникам больницы сосредоточить усилия на качестве медицинской помощи.

К сожалению, из-за низкой изученности данной проблемы, в России отсутствуют обобщенные достоверные сведения об организации транспортных бригад. Есть лишь определенные представления о транспортировке больных в критическом

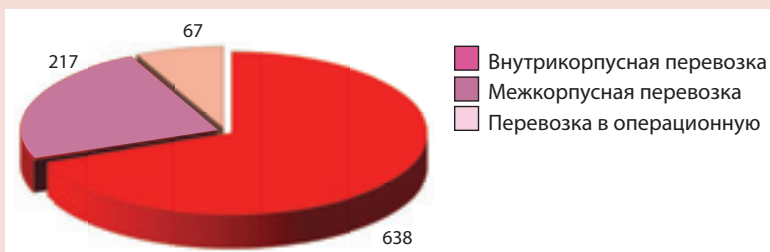


Рис. 1. Активность транспортной перевозки

состоянии, которые базируются на результатах исследований отечественных ученых.

Проблема перемещения пациентов внутри стационара долгое время оставалась и остается одной из актуальных и наиболее болезненных, что ведет к быстрому истощению сил сотрудников, снижению профессионального интереса к работе и качества медицинской помощи [9].

Городская клиническая больница (ГКБ) №52 Департамента здравоохранения Москвы – многопрофильное лечебно-диагностическое учреждение, одно из крупнейших в Москве. Оно оказывает круглосуточную неотложную и плановую медицинскую помощь более чем 54 тыс. пациентов в год. Больница располагает стационаром на 1025 коек (971 койка хирургического, терапевтического, нефрологического, акушерского профиля и 54 – реанимационных).

На территории больницы – 4 лечебных корпуса, которые не имеют межкорпусных переходов, в связи с чем вопрос межкорпусной транспортировки стоит особенно остро. В связи с постоянно увеличивающимся числом пациентов, нуждающихся в транспортировке в диагностические кабинеты, определилась целесообразность создания транспортной бригады для внутрибольничного перемещения пациентов. На момент проведения исследования транспортировка пациентов младшим и средним медицинским персоналом отделений занимала от 40 до 50% его рабочего времени. Следует заметить, что перемещение пациентов происходит в основном в дневное время, когда в отделениях должны осуществляться текущая уборка, уход за пациентами, выполнение тех или иных манипуляций. Уборка отделений, особенно палат, в вечернее время вызывает недовольство пациентов и является нарушением лечебно-охранительного режима. В транспортировке пациентов остро нуждаются 26 отделений больницы.

Было принято решение о создании транспортной бригады, для чего предложено вывести из штатного расписания всех отделений больницы от 0,5 до 3,0 ставок младшего медицинского персонала. Так, штат транспортной бригады составил 22 ставки младшего медицинского персонала. Учитывая наличие вакансий в некоторых отделениях, эти цифры могут быть увеличены.

Исходя из специфики работы, предполагали, что транспортная бригада должна формироваться преимущественно из мужчин и руководить бригадой должен бригадир, который расставит кадры в зависимости от нагрузки на тот или иной корпус и скорректирует работу в течение смены.

Администрация больницы должна была обеспечить персонал бригады помещением для переодевания, приема пищи и отдыха, рабочей формой, бригадира и членов бригады – мобильной связью и городским телефоном.

Решено было, что в заявках на консультации, которые подаются в оперативный отдел, лечащий врач должен указать вид транспортировки пациента (самостоятельно, сидя, лежа). Считаем целесообразным при заказе в типографии новых бланков заявок учесть этот пункт.

Пациенты, состояние которых оценивается врачом как тяжелое, должны транспортироваться в присутствии медицинского персонала данного отделения; транспортировка из операционных и реанимационных отделений осуществляется в сопровождении персонала отделения, в котором пациент проходит или будет проходить лечение.

Считаем целесообразным обеспечить лечебные корпуса максимальным набором диагностических кабинетов для минимизации транспортировки по улице.

Планировалось, что отделение, которое направляет пациентов, нуждающихся в транспортировке, в диагностические кабинеты, будет подавать плановую заявку накануне обследования, а персонал отделения обеспечит транспортную бригаду средствами передвижения.

Бригадир транспортной бригады должен анализировать заявки, полученные из отделений, и планировать расстановку кадров на следующий рабочий день. В течение рабочей смены из отделений могут подаваться дополнительные заявки, которые по телефону и в электронном виде принимает бригадир, о чем делает запись в журнале учета работы транспортной бригады.

Предпожительный график работы транспортной бригады – по 2 человека с 8.00 до 19.00 на каждый корпус; в ночное время работают 4 человека на всю медицинскую организацию. В периоды снижения численности пациентов, проходящих лечение в больнице, численность дежурной бригады может меняться, исходя из потребностей отделений.

Процесс создания транспортной бригады состоял из нескольких этапов. На 1-м подготовительном этапе была выявлена потребность в транспортировке пациентов в разных отделениях. Был разработан лист учета транспортировок за 1 сут, в котором учитывались транспортировки внутри корпуса и межкорпусные. Лист учета предусматривал хронометраж

разных видов транспортировки. Старшим медсестрам отделений разъяснили порядок заполнения листа учета транспортировок, после чего в отделениях проводилась аналогичная работа с дежурным персоналом.

На 2-м этапе проводился хронометраж в целях изучения потребности в перемещении пациентов в течение суток. Хронометраж осуществлялся 7 дней. Ежедневно дежурная смена подавала данные о проведенных транспортировках, все результаты заносились в единую таблицу, из которой хорошо была видна занятость персонала данным видом деятельности в зависимости от времени суток и дня недели. В ходе проведения хронометража, фиксировались также виды перевозок (на сидячей каталке или лежа).

В результате хронометража определили:

- общее число перевозок пациентов как внутри корпусов, так и межкорпусных (рис. 1);
- потребность клинических отделений в транспортной перевозке за указанный период;
- потребность в транспортной службе в зависимости от времени суток и дня недели (рис. 2).

На 3-м этапе анализировали полученные данные. Благодаря хронометражу была определена потребность в транспортировке с учетом времени суток, оказавшаяся разной (табл. 1–3).

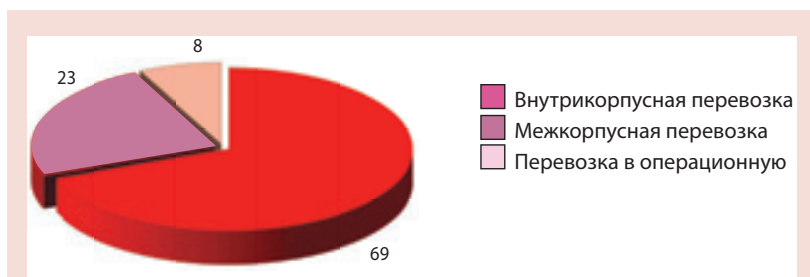


Рис. 3. Число пациентов, транспортированных за 7 дней, %

Согласно результатам хронометража, в дневное время младший медицинский персонал отсутствовал в отделении до 30–40% рабочего времени, что не могло не сказаться на качестве уборки и ее кратности. Медсестры, занятые транспортировкой, практически отсутствовали на медицинских постах, что отражалось на качестве выполнения ими их основных функций.

На 4-м этапе после получения данных хронометража и сведений о потребности в разных видах транспортировки были разработаны положение о транспортной бригаде и должностные инструкции для сотрудников, а также выделены помещения для транспортной бригады:

- диспетчерская;
- раздевалка, комната отдыха и приема пищи;

Таблица 1

Потребность отделений в перевозках за 7 дней

Корпус	Отделение	Внутрикорпусная перевозка	Межкорпусная перевозка	Транспортировка в операционную
6-й	Гинекология	33	1	52
	2-я хирургия	58	-	-
	ОРИТ №1	21	15	-
	Гастроэнтерология	16	7	-
	Урология	13	6	-
	1-я хирургия	40	5	-
5-й	Ревматология	6	20	-
	Эндокринология	6	18	-
	4-я терапия	6	13	-
	ОКР	24	2	8
	1-я кардиология ОНК	9	14	2
	2-я кардиология	14	18	-
4-й	6-я терапия	8	8	-
	Неврология	46	2	-
	Офтальмология	67	1	-
3-й	Гематология	31	16	-
	5-я нефрология	138	37	-
	4-я нефрология	69	6	5
	2-я нефрология	45	12	-
	1-я нефрология	34	8	-

Примечание. ОРИТ – отделение реанимации и интенсивной терапии; ОКР – отделение кардиореанимации, ОНК – отделение неотложной кардиореанимации.

Таблица 2

Распределение перевозок по времени

Корпус	Вид перевозки	8.30–15.00	15.00–20.00	20.00–24.00–8.30
6-й	Внутрикорпусная	157	27	26
	Межкорпусная	27	6	1
	Транспортировка в операционную	34	10	6
5-й	Внутрикорпусная	37	21	4
	Межкорпусная	89	11	1
	Транспортировка в операционную	-	-	1
4-й	Внутрикорпусная	141	2	-
	Межкорпусная	14	5	-
	Транспортировка в операционную	-	-	-
3-й	Внутрикорпусная	158	73	47
	Межкорпусная	45	7	4
	Транспортировка в операционную	-	-	-

Таблица 3

Потребность в транспортной бригаде по рабочему времени

Корпус	Вид перевозки	8.30–15.00	15.00–20.00	20.00–24.00–8.30
6-й	Внутрикорпусная	157	27	26
	Межкорпусная	27	6	1
5-й	Внутрикорпусная	37	21	4
	Межкорпусная	89	11	1
4-й	Внутрикорпусная	141	2	-
	Межкорпусная	14	5	-
3-й	Внутрикорпусная	158	73	47
	Межкорпусная	45	7	4



Рис. 3. Транспортировка пациентов из реанимации в отделение

- душ, туалет.

Пакет документов, регламентирующий деятельность транспортной бригады:

1. положение о службе внутрибольничной транспортировки;

2. должностная инструкция диспетчера;
3. должностная инструкция санитаря;
4. технологический регламент работы диспетчера транспортной бригады;

5. журнал учета работы транспортной бригады.
Основные задачи транспортной бригады:

- оперативное решение вопросов перемещения и транспортировки пациентов из профильных отделений в диагностические кабинеты и иные лечебные отделения (рис. 3);
- освобождение среднего и младшего медицинского персонала от выполнения несвойственных им функций.

Функции транспортной бригады:

- работа в круглосуточном режиме, обеспечение бесперебойного приема заявок на транспортировку из отделений;
- транспортировка пациентов из профильных отделений в диагностические кабинеты или иные лечебные отделения по заявкам отделений.

В ГКБ №54 в течение рабочей смены возглавляет работу транспортной бригады диспетчер. Рабочее место диспетчера оснащено компьютером и городским телефоном для приема заявок из отделений (рис. 4).

В функции диспетчера входят рациональная расстановка работников транспортной бригады и организация их труда, обеспечение своевременной и качественной транспортировки пациентов. Диспетчер распределяет работников по корпусам в зависимости от нагрузки и корректирует работу бригады в течение рабочей смены в зависимости от количества поступающих заявок.

С целью экономии времени санитары транспортной бригады снабжены сотовыми телефонами.

Уже с 1-го дня несомненная выгода от функционирования транспортной бригады становится очевидной не только для медсестер и младшего медицинского персонала, но и для врачей и, конечно же, пациентов.

Сейчас в составе бригады – 30 санитаров и 2 диспетчера, которые в 2016 г. обеспечили транспортировку 37 750 пациентов.

Таким образом, разработка новых форм организации работы младшего и среднего медицинского персонала на основе создания службы внутрибольничной транспортировки в крупной медицинской организации не только подтверждает их высокую экономическую эффективность, но и позволяет оптимизировать функции медсестры. Такая служба может стать альтернативой покупке транспортных услуг, предоставляемых коммерческими компаниями, особенно если учесть, что на современном рынке отсутствуют компании, решающие в соответствии с действующими нормативами и стандартами весь спектр задач, стоящих перед медицинской организацией. Кроме того, цены на такие услуги неприемлемы для бюджетных организаций.

Опыт функционирования транспортной бригады, выделенной в отдельную структуру, позволяет утверждать, что при современном состоянии здравоохранения такое решение возможно за счет реорганизации штатной и ресурсной базы крупной медицинской организации [9]. Транспортная бригада облегчает труд медсестер и санитарок, высвобождает их рабочее время для выполнения ими их непосредственных обязанностей.

В условиях оптимизации здравоохранения правильная укомплектованность отделений штатами дает возможность оптимально распределить нагрузку на персонал и благодаря этому обеспечить пациентов качественным лечением и уходом.

Руководителям медицинских организаций следует обратить внимание на факторы, мешающие медсестрам больше времени посвящать пациентам.



Рис. 4. Рабочее место диспетчера

Литература

1. Федеральный закон №323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Ашиш Кульштреша, Ясвеер Сингх. Межбольничная и внутрибольничная транспортировка пациентов: последние концепции. Индийский J. Anaesth. 2016; 60 (7): 451–7.
3. Барри П.В., Ралстон К. Неблагоприятные события, возникающие при межгоспитальном переносе критически больных. Arch Dis Child. 1994; 71: 8–11.
4. Власов А.Ю., Щеголев А.В., Курсансеитов М.М. Первый опыт транспортировки больного с тяжелой дыхательной недостаточностью в условиях экстракорпоральной мембранной оксигенации. Военно-мед. журнал. 2015; 4: 22.
5. Данн Л.Т. Вторичные оскорбления при межгоспитальном переносе раненых пациентов: проверка трансферов в районе Мерси. Травма. 1997; 28: 427–31.
6. Дивья Сетии Шалини Субраманиан. Когда дело касается места и времени: как вести безопасную межгосударственную передачу пациентов. Saudi J. Anaesth. 2014; 8 (1): 104–13.
7. Евдокимов Н.А. Аутсорсинг и инсорсинг как инструменты управления затратами. Сетевой электронный научный журнал «СИСТЕМОТЕХНИКА». 2004; 2.
8. Назаров В.В. Результаты проведения фотохронометража профессиональной деятельности старшего медицинского брата. Медсестра. 2016; 7: 46–50.
9. Соколова Е.А. Опыт внедрения транспортной бригады в работу многопрофильного стационара. Московская медицина 2016; 4 (11): 43–6.

SETTING UP A TRANSPORT TEAM AT MULTIDISCIPLINARY HOSPITAL

N.G. Kostsova; T.B. Sviridova, Cand. Econ. Sci.; E.A. Sokolova. 1Peoples' Friendship University of Russia 6, Miklukho-Maklai St., Moscow 117198, Russian Federation; 2S.M. Military Medical Academy Center (Branch); 7, Malaya Cherkizovskaya St., Moscow 107392, Russian Federation

The paper provides information on the experience in setting up a transport team at Moscow City Clinical Hospital Fifty-Two. It substantiates a model to organize the activity of an intrahospital transport team.

Key words: multidisciplinary hospital, nurse, patient transportation.

For citation: Kostsova N.G., Sviridova T.B., Sokolova E.A. Setting up a transport team at multidisciplinary hospital. Meditsinskaya sestra, 2018, 3(20): 28–33 (In Russian). DOI: 10.29296/25879979-2018-03-08