

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра скорой медицинской помощи и медицины катастроф
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

**ОПТИМИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ
МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ
СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Учебно-методическое пособие

Минск БелМАПО
2019

УДК 614.21:616-08-039.74-082(075.9)

ББК 51.1(2)2я73

О 64

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
НМС государственного учреждения образования
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»
протокол № 3 от 23.04.2019

Авторы:

Дылевский С.Н., заведующий приемным отделением Учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»

Грачев С.Ю., доцент кафедры скорой медицинской помощи и медицины катастроф БелМАПО, к.м.н., доцент

Калинина Т.В., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения БелМАПО, к.м.н., доцент

Новикова Н.П., заведующий кафедрой скорой медицинской помощи и медицины катастроф БелМАПО, к.м.н., доцент

Борисов А.В., главный врач Учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи», к.м.н., доцент

Шейко Г.В., заместитель главного врача по организационно-методической работе Учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»

Рецензенты:

Малахова И.В. заместитель директора по научной работе Республиканского научно-практического центра медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения, доцент, к.м.н.

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет»

О 64

Оптимизация работы приемного отделения многопрофильной больницы скорой медицинской помощи: учеб.-метод. пособие /С.Н. Дылевский, [и др.] – Минск: БелМАПО, 2019. – 30 с.

ISBN 978-985-584-336-9

Учебно-методическое пособие раскрывает современные подходы к организации работы приемного отделения многопрофильной больницы скорой медицинской помощи. Рассмотрены принципы сортировки пациентов, организационные и архитектурно-планировочные аспекты работы приемного отделения. Представлена типовая модель организационной структуры приемного отделения больницы скорой медицинской помощи, организация работы отделения скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания.

Учебно-методическое пособие предназначено для слушателей, осваивающих содержание образовательных программ: переподготовки по специальностям "Организация здравоохранения" (дисциплина "Организация медицинской, лекарственной помощи и обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения"), "Скорая медицинская помощь" (дисциплина "Организация скорой медицинской помощи"); а также повышения квалификации руководителей, заместителей руководителей многопрофильных больниц скорой медицинской помощи, заведующих приемными отделениями и преподавателей медицинских учреждений образования.

УДК 614.21:616-08-039.74-082(075.9)

ББК 51.1(2)2я73

ISBN 978-985-584-336-9

© Дылевский С.Н., [и др.], 2019

© Оформление БелМАПО, 2019

Содержание

	Стр.
1. Введение	4
2. Реорганизация работы приемного отделения	5
2.1 Медицинская сортировка и сортировочная шкала	5
2.2 Функции приемного отделения больницы скорой медицинской помощи	7
2.3 Организационные и архитектурно-планировочные аспекты работы приемного отделения больницы скорой медицинской помощи	8
2.4 Типовая модель организационной структуры приемного отделения больницы скорой медицинской помощи (1 категории)	9
2.5 Модель организации лечебно-диагностического процесса в приемном отделении больницы скорой медицинской помощи	11
3. Организация работы отделения скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания	17
4. Менеджмент качества оказания медицинской помощи в приемном отделении и в отделении скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания	19
5. Заключение	21
6. Приложения	
6.1 Приложение 1. Примерные штатные нормативы приемного отделения больницы скорой медицинской помощи	22
6.2 Приложение 2. Алгоритм распределения самостоятельно обратившихся пациентов между врачами-специалистами в условиях приемного отделения больницы скорой медицинской помощи (на основании превалирующих жалоб)	24
6.3 Приложение 3. Примерные штатные нормативы отделения скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания	26
7. Список литературы	27

Введение

Современная медицина ориентирована на повышение качества и доступности медицинской помощи, оптимизацию использования доступных ресурсов, стандартизацию диагностики и лечения. Приемное отделение является важным подразделением стационара, где проводится комплексная диагностика и оказание помощи пациентам в соответствии с имеющимися клиническими протоколами Министерства здравоохранения Республики Беларусь. От правильной организации работы приемного отделения многопрофильной больницы зависит эффективность медицинской помощи [1-3]. В настоящее время приемные отделения стационаров работают в условиях возрастающего потока пациентов и, как следствие, неадекватной нагрузки на персонал, перегруженности отделений стационара непрофильными пациентами, что требует внедрения новой модели организации приемного отделения, позволяющей выделить поток пациентов, нуждающихся в экстренной и неотложной медицинской помощи, а также пациентов, нуждающихся в специализированной медицинской помощи, высокотехнологичных методах лечения.

Модель организации приемного отделения на принципах медицинской сортировки показывает свою эффективность и обоснованность в регионах Евросоюза, США, Российской Федерации [4-6]. В большинстве медицинских организаций Республики Беларусь, обеспечивающих госпитальный этап оказания скорой медицинской помощи, развернуты приемные или приемно-диагностические отделения, которые не в полной мере отвечают современным требованиям. Внедрение системы медицинской сортировки является перспективным направлением в оптимизации работы приемных отделений стационаров.

Анализ литературных источников свидетельствует о постоянном увеличении числа обращений на госпитальный этап оказания скорой медицинской помощи, что приводит к перегруженности приемного отделения и несвоевременному оказанию медицинской помощи тем пациентам, которые нуждаются в ней в первую очередь [3, 7].

Для повышения эффективности работы приемных отделений многопрофильных больниц скорой медицинской помощи и перехода на новые принципы работы необходимо осуществить реорганизацию работы приемного отделения и развернуть отделение скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания с возможным пребыванием пациентов до 3-х суток [8].

Реорганизация работы приемного отделения

Основой реорганизации приемного отделения является принцип медицинской сортировки, который предусматривает решение трех основных задач: определение опасности для окружающих, выбор лечебной тактики, решение об эвакуации [9-11].

Целью является разделение потока пациентов на основании данных первичного осмотра на четыре потока:

- красный
- оранжевый
- желтый
- зеленый

Особенности данной модели организации работы приемного отделения:

- распределение пациентов по профилю и по тяжести состояния, что позволит определять приоритет в оказании медицинской помощи;
- выделение потока пациентов с неадекватным поведением, в том числе находящихся в состоянии алкогольного и наркотического опьянения;
- территориальная и функциональная целостность диагностических и лечебных мероприятий;
- непрерывное динамическое наблюдение;
- обоснованное расширение штатного расписания;
- готовность к организации и оказанию медицинской помощи при массовом поступлении.

Таким образом, сортировка позволяет выделить пациентов, нуждающихся в экстренной, неотложной помощи и тех, кто может ожидать осмотра и оказания медицинской помощи в регламентированные сроки, оптимально распределить доступные ресурсы (персонал, диагностические).

Медицинская сортировка и сортировочная шкала

Процесс сортировки должен быть доступным, быстрым, эффективным в плане оценки состояния пациента и распределения ресурсов. В целях стандартизации процесса в разных странах используются сортировочные шкалы, в соответствии с которыми пациенты направляются в определенные зоны приемного отделения [12,13]. Сортировочные шкалы различаются по уровням зонирования (от двухуровневых до пятиуровневых), по включенным критериям сортировки, по наличию/отсутствию списка жалоб, по возможному времени ожидания осмотра и т.д. Были проанализированы наиболее распространенные сортировочные шкалы, такие как ESI [14], ATS [15], CTAS [16,17], MTS [18], RETTS [19], SATS [20], FRENCH [21], и разработана адаптированная сортировочная шкала, отвечающая потребностям больницы скорой медицинской помощи.

В таблице 1 представлена адаптированная сортировочная шкала, в соответствии с которой предусмотрена оценка:

- витальных функций (дыхание, кровообращение, сознание),
- уровня боли,
- способности к передвижению (опорную функцию организма),
- психостатуса,
- инфекционной безопасности.

Таблица 1: Адаптированная сортировочная шкала приемного отделения больницы скорой медицинской помощи

Критерий сортировки	Метод оценки	Сортировочный поток (зона)			
		Красный (реанимационный)	Оранжевый	Желтый	Зеленый
Дыхательные пути (А)	Осмотр ВДП	Дыхательные пути не проходимы или асфиксия	Дыхательные пути проходимы	Дыхательные пути проходимы	Дыхательные пути проходимы
Показатели дыхания (В)	ЧД в мин., значение SpO2	ЧД более 30 или менее 8 в мин. SpO2 менее 90% с O2 SpO2 менее 75% без O2	ЧД от 25 до 30 SpO2 менее 95% без O2	ЧД от 25 до 30 SpO2 менее 95% без O2	ЧД от 9 до 25 SpO2 более 95% без O2
Кровообращение (С)	ЧСС, АД сист.	ЧСС более 200 или менее 40 АД менее 80	ЧСС от 51 до 200 АД более 80	ЧСС от 51 до 200/мин АД более 80	ЧСС от 51 до 149/мин АД более 90
Сознание (D)	Оценка уровня сознания	Кома, судороги	Сопор/ оглушение	Сопор/ Оглушение	Ясное сознание
Температура тела (Е)	Градусы Цельсия	Более 41 или менее 35С	От 35,1 до 41	От 38,5 до 41	От 35,1 до 38,4
Выраженность болевого синдрома	По ВАШ (от 0 до 10 баллов)	Не учитывается	Не учитывается	5-10	0-5
Опорная функция организма	Осмотр	Не учитывается	Не учитывается	Может сидеть, не может стоять	Может стоять и передвигаться самостоятельно
Кожные покровы	Осмотр	Цианоз	Бледные/влажные/ акроцианоз/иктеричные	Бледные/влажные/ акроцианоз/иктеричные	норма
Психостатус	Осмотр	Не учитывается	Психомоторное возбуждение, неадекватное поведение +/- АО, наркотическое опьянение	норма	норма
Инфекционная безопасность	Осмотр	Изолятор			

Принадлежность пациента к сортировочному потоку определяется по самому худшему показателю.

Согласно предложенной сортировочной шкале формируются 4 потока пациентов:

1. Красный (реанимационный) - пациенты (пострадавшие) в тяжелом/крайне тяжелом состоянии, опасном для жизни, нуждающиеся в экстренном, незамедлительном оказании медицинской помощи.

2. Желтый - состояние пациентов средней степени тяжести, не представляет опасности для жизни пациента, требующие начала оказания медицинской помощи в максимально короткие сроки - в течение 20 минут в условиях смотровой.

3. Оранжевый - пациенты в состоянии психомоторного возбуждения, алкогольного или наркотического опьянения, пациенты, ведущие асоциальный образ жизни.

4. Зеленый - пациенты в удовлетворительном состоянии, способные к самостоятельному передвижению. Рекомендуемый срок начала оказания медицинской помощи – не более 1 часа.

Функции приемного отделения больницы скорой медицинской помощи

После реорганизации приемное отделение больницы скорой медицинской помощи выполняет следующие функции [22,23]:

- прием, регистрацию, сортировку поступивших пациентов по тяжести состояния, инфекционной безопасности, психическому статусу;
- оказание скорой медицинской помощи в экстренной и неотложной формах пациентам с заболеваниями и травмами, представляющими угрозу их жизни и здоровью;
- проведение лечебно-диагностических мероприятий;
- проведение динамического наблюдения за пациентами, которые нуждаются в краткосрочном наблюдении и лечении;
- определение показаний для госпитализации в специализированные отделения стационара, перевода в другое УЗ;
- проведение санитарной обработки;
- изолирование пациентов с подозрением на контагиозное инфекционное заболевание;
- прием, учет и хранение вещей, ценностей и документов пациентов, госпитализируемых в отделения УЗ;
- ведение утвержденной учетной и отчетной документации;
- взаимодействие с организациями здравоохранения города по вопросам оказания медицинской помощи пациентам, в т.ч. извещение амбулаторно-поликлинической организации здравоохранения о необходимости посещения пациента на дому;

- взаимодействие с уполномоченными организациями по вопросам информирования об обращении граждан в приемное отделение (органы внутренних дел, ГАИ, МЧС и др.);

-поддержание готовности к оказанию скорой медицинской помощи пострадавшим при массовом поступлении в условиях проведения мероприятий по ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций.

Организационные и архитектурно-планировочные аспекты работы приемного отделения больницы скорой медицинской помощи

Приемное отделение является структурным подразделением больницы скорой медицинской помощи. Реорганизация приемного отделения имеет целесообразность при мощности стационара не менее 400 коек и среднем количестве экстренных обращений в течение суток 50 и выше. Категорийность определяется в зависимости от среднего количества обращений в сутки: высшая - более 200, первая – от 150 до 200, вторая - 100 до 150, третья - от 50 до 100 обращений [1].

Приемное отделение возглавляет заведующий отделением, на должность которого назначается врач-специалист, который имеет высшее медицинское образование по специальности «терапия», «общая врачебная практика» или «скорая медицинская помощь», практический опыт работы по специальности не менее 5 лет, первую или высшую квалификационную категорию, и назначается на должность приказом руководителя учреждения. Для повышения уровня оперативной работы приемного отделения при наличии в штате 40 и более врачебных ставок, включая должность заведующего приемного отделения, вводится должность заместителя заведующего приемного отделения. В отсутствие заведующего приемного отделения и лиц его замещающих работой руководит старший врач смены приемного отделения. Также при наличии в штате более 100 ставок среднего и младшего медицинского персонала вводится должность заместителя старшей медицинской сестры.

Структура и штатная численность медицинских и иных работников приемного отделения устанавливается исходя из объемов оказываемой пациентам медицинской помощи, численности закрепленного (обслуживаемого) населения, примерных штатных нормативов согласно приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18.12.2018 №1350 «О мерах по совершенствованию оказания скорой медицинской помощи населению в больничных организациях здравоохранения» и в соответствии с действующим законодательством об охране труда (приложение 1) [24,25].

Приемное отделение размещается в здании медицинской организации с учетом максимальной транспортной доступности для автомобилей скорой медицинской помощи и пациентов. Должен быть предусмотрен удобный

подъезд к входу (входам, если их несколько) приемного отделения с навесом; в непосредственной близости от входа должна располагаться площадка с твердым покрытием для стоянки транспорта СМП. При расчете требуемой площади рекомендуется исходить из того, что на 15 поступающих человек в сутки требуется одно машино-место (15 кв.м.). Помимо этого, должна быть предусмотрена площадка для стоянки личного транспорта пациентов, обратившихся самостоятельно. При расчете требуемой площади рекомендуется исходить из того, что на 10 поступивших человек в сутки требуется одно машино-место (15м²) [23].

Рекомендуется размещать помещения приемного отделения на первом этаже здания в непосредственной близости от реанимационных отделений и оперблока, что позволяет организовать доставку пациентов непосредственно на реанимационные койки либо в операционную, минуя приемное отделение. В максимальной близости должны располагаться диагностические службы стационара: экспресс-лаборатория, рентгенкабинет, кабинеты УЗИ, компьютерной томографии.

За каждым потоком должны быть отдельно закреплены помещения разных типов (смотровые, посты медицинского персонала, санкомнаты).

Для реализации принципов сортировки выделяется сортировочный пост, располагающийся на сортировочной площадке перед входом в смотровые кабинеты. Для руководства внутрислужебной сортировкой формируется круглосуточный пост ответственного врача смены.

В составе приемного отделения должен быть предусмотрен как минимум один инфекционный изолятор для пребывания потенциально инфекционных пациентов или же изоляции иммуносупрессированных пациентов. Медицинский изолятор должен соответствовать санитарно-противоэпидемическим требованиям. Располагать изолятор рекомендуется смежно с сортировочной площадкой, чтобы обеспечить немедленную изоляцию пациента с подозрением на высоко контагиозное заболевание. Изолятор должен быть оборудован системой связи, чтобы пациенты и находящийся внутри персонал могли общаться, не покидая изолятор.

Архитектурно-планировочные и конструктивные решения помещений должны соответствовать санитарно-гигиеническим, противоэпидемиологическим и противопожарным режимам и нормативам и обеспечивать нормальные условия пребывания больных, труда и отдыха медицинского и технического персонала [26,27].

Типовая модель организационной структуры приемного отделения больницы скорой медицинской помощи (1 категории)

В приемном отделении больницы скорой медицинской помощи должны быть предусмотрены два отдельных входа, подъездные пути, обеспечивающие

однонаправленный поток движения санитарного транспорта, вертолетная площадка (целесообразно).

В структуре приемного отделения представлены:

- два пункта регистрации (регистратура), отдельно для пациентов, обратившихся самостоятельно, и для пациентов, направленных поликлиниками, другими учреждениями, или доставленных бригадами СМП;

- два сортировочных пункта соответственно двум пунктам регистрации;

- смотровые кабинеты для пациентов зеленого потока;

- процедурный кабинет для пациентов зеленого потока;

- посты медицинских сестер для пациентов зеленого потока;

- три смотровые с оборудованными перегородками для пациентов желтой зоны;

- смотровая для пациентов оранжевого потока (для пациентов, находящихся в неадекватном состоянии, состоянии алкогольного или наркотического опьянения);

- два процедурных кабинета для пациентов желтого и оранжевого потоков;

- посты медицинских сестер для пациентов желтого и оранжевого потоков;

- инфекционный изолятор (бокс);

- два поста санитарно-гигиенической обработки;

- смотровая красной зоны (реанимационный зал);

- диспетчерская (рабочее место диспетчера и медсестер для сопровождения пациентов) - функционирует в дневное время;

- лечебно-диагностические структурные подразделения:

- экспресс-лаборатория, токсико-химическая лаборатория;

- кабинет рентгенологического исследования (№1 и №2);

- кабинет компьютерной томографии;

- кабинет ультразвуковой диагностики;

- кабинет эндоскопического исследования;

- гипсовая;

- перевязочная;

- малая операционная;

- кабинет гипербарической оксигенотерапии;

- кабинет врача-гинеколога.

На территории зеленой зоны предусмотрены: зал ожидания, оборудованный стульями и монитором, на котором отображается информация о движении очереди, 5 кабинетов врачей-специалистов (1 кабинет терапевта, 1 кабинет невролога, 1 кабинет совместно для хирурга и уролога, 1 кабинет совместно для нейрохирурга и врача травматологического отделения

сочетанных повреждений (ТОСП), 1 кабинет совместно для травматолога и комбустиолога), посты медсестер и младшего медицинского персонала.

Желтая зона представлена тремя сообщающимися между собой смотровыми, оборудованными ширмами. За смотровыми этой зоны закреплены отдельные посты медицинских сестер и посты младшего медицинского персонала.

Оранжевая зона оснащена дополнительным постом младшего медицинского персонала.

Красная зона представляет собой реанимационный зал с соответствующим техническим оснащением. За ней закрепляется пост врача-анестезиолога-реаниматолога и 2 поста медицинских сестер. В условиях БСМП красная зона будет организована на функциональной основе на базе реанимационного поста приемного отделения (РППО).

В смотровых кабинетах и холле установлена система видеонаблюдения, а также имеется 2-поста охраны и 1 пост милиции, расположенные в холле приемного отделения.

Модель организации лечебно-диагностического процесса в приемном отделении больницы скорой медицинской помощи

Технология лечебно-диагностического процесса в приемном отделении больницы скорой медицинской помощи строится на постовой системе организации. Для каждого из сортировочных потоков предусмотрен свой лечебно-диагностический маршрут движения, который является неотъемлемым элементом алгоритма оказания скорой медицинской помощи больным (пострадавшим) в условиях приемного отделения. Пациенты различных потоков получают медицинскую помощь (ожидают её получения) в обособленных помещениях.

Работа персонала построена таким образом, чтобы в первую очередь обслуживались пациенты более тяжелой категории. Однако целесообразно, чтобы срок оказания медицинской помощи до момента направления пациента на лечение в амбулаторных условиях или госпитализации, в том числе на койки краткосрочного пребывания, не превышал 4-х часов.

Схематично маршрут пациента в приемном отделении больницы скорой медицинской помощи представлен на рисунке 1.

Первый этап - поступление пациента и регистрация в оборудованных пунктах.

Основные каналы поступления пациентов в приемное отделение больницы скорой медицинской помощи:

1. По направлениям врачей-специалистов территориально закрепленных поликлиник.
2. По направлениям бригад скорой медицинской помощи (бригад СМП).

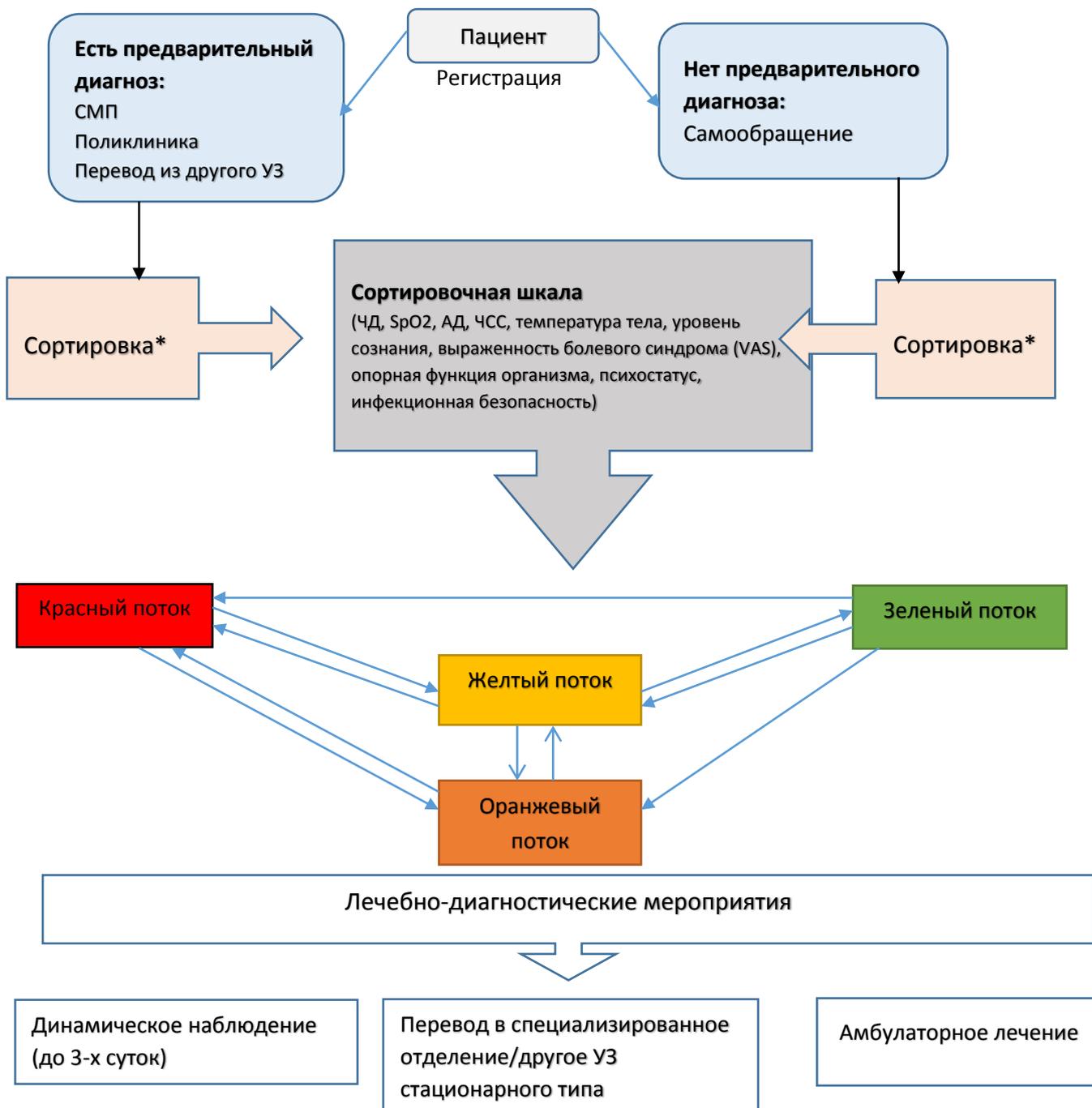


Рис.1. Маршрут пациента в приемном отделении.

3. По направлениям медицинских работников (заведующих госпитальными отделениями, сотрудниками кафедры) в соответствии с территориальным закреплением адреса регистрации (проживания) пациента (закрепление осуществляется приказами комитета по здравоохранению).

4. Самостоятельное обращение пациентов (без направления). В последние годы имеется тенденция к увеличению количества самообращений в приемные отделения стационаров. Данный аспект требует реорганизации амбулаторно-поликлинического звена оказания медицинской помощи и просвещения пациентов. С введением принципа сортировки и зонирования ожидается положительное разрешение ситуации, т.к. все пациенты первично осматриваются триажной медсестрой, а также документально установлено рекомендуемое время ожидания начала оказания медицинской помощи.

5. В порядке перевода на стационарное лечение или консультацию из других стационарных учреждений здравоохранения в установленном порядке.

В процессе регистрации в АИАС «Клиника» медицинским регистратором вносятся паспортные данные (при наличии паспорта, при отсутствии паспорта данные сопроводительного листа бригады СМП, направления направившего учреждения), адрес регистрации/проживания, место работы, контактная информация, информация о направившей организации здравоохранения (номер бригады СМП, поликлиники), направительный диагноз (не заполняется для пациентов, поступивших самотеком).

Второй этап - сортировка.

Сортировочная площадка непосредственно прилегает к пункту регистрации. За каждым пунктом сортировки закреплена триажная медсестра (фельдшер) (от англ. triage-сортировка), осуществляющая предварительную (первичную) оценку состояния пациента по критериям сортировочной шкалы. В трудных ситуациях к процессу сортировки привлекается ответственный врач смены.

Для самостоятельно обратившихся пациентов помимо потока движения определяется профиль врача-специалиста на основании основных жалоб (приложение 2). Пациентам, доставленным по направлениям учреждений здравоохранения (скорая медицинская помощь, поликлиника, другая больничная организация здравоохранения), врач-специалист назначается согласно направительному диагнозу.

После первичного осмотра формируются потоки движения пациентов. Результат принятого сортировочного решения фиксируется в системе электронной очереди и АИАС «Клиника». При ухудшении состояния пациента проводится повторная сортировка вне зависимости от этапа оказания медицинской помощи с соответствующей корректировкой сортировочного потока и условий оказания медицинской помощи.

Время допустимого ожидания до начала оказания медицинской помощи для потоков пациентов по данным сортировки представлено в таблице 2.

Таблица 2. Рекомендуемое время ожидания пациентами начала оказания врачебной помощи в приемном отделении

Сортировочный поток	Время ожидания врача-специалиста
Красный	0 минут
Оранжевый	20 минут
Желтый	20 минут
Зеленый	40 минут

Пациентам, отнесенным к зеленому потоку, выдается талон с номером очереди, привязанным к обращению в АИАС «Клиника». Согласно данному номеру очереди пациент вызывается в кабинет врача-специалиста для осмотра, а затем под этим же номером проходит назначенные врачом обследования. Назначение общеклинических лабораторных исследований (общий анализ крови, общий анализ мочи, глюкоза крови) может осуществляться триажной медицинской сестрой (фельдшером) до осмотра врачом, иные лабораторные и инструментальные исследования назначаются врачом. Пациенты ожидают вызова в общем зале в комфортных условиях, где на экранах демонстрируются различные телевизионные передачи, периодически на экран выводится список пациентов с цветовым окрашиванием фамилий, отражающим время ожидания. Прием пациентов зеленой зоны осуществляется в оборудованных кабинетах. Все кабинеты оснащены стандартно, отсутствует их разделение по профилю и полу пациентов. Предусмотрено оборудование специализированных смотровых, оснащенных дополнительным оборудованием.

Пациенты желтого потока размещаются в зале на каталках кроватях. Места пациентов отделяются друг от друга потолочными ширмами, позволяя при необходимости скрыть больного для выполнения каких-либо процедур без перемещения. Каталки оснащаются стойкой для инфузии, что позволяет не прерывать назначенное лечение при перемещении пациента. Обследование данной группы пациентов проводится в палате, кроме выполнения процедур рентгенографии, компьютерной томографии, эндоскопии, работ в перевязочной (малой операционной), гипсовой, на которые пациент доставляется санитарями данной сортировочной зоны (палаты) на каталке и контролируется врачом скорой медицинской помощи. Зал желтой зоны должен быть оснащен панелями с подведенным кислородом, мониторами неинвазивного наблюдения. Пациенты желтого потока имеют приоритет при выполнении назначенных обследований перед пациентами зеленого потока. При необходимости организуется кратковременное лечение на диагностической койке с оформлением соответствующей документации (карта наблюдения пациента на

диагностической койке) для пациентов, не нуждающихся в госпитализации в отделение скорой медицинской помощи и специализированные отделения.

Пациенты, отнесенные к оранжевому потоку, осматриваются врачом-специалистом, а при необходимости врачом-психиатром. При оказании помощи пациентам в состоянии психомоторного возбуждения используются меры по предотвращению их травмирования (мягкая механическая фиксация к каталке, введение седативных средств, помощь сопровождающих). Также оранжевая зона оснащена дополнительным постом младшего медицинского персонала.

Пациентов желтого и оранжевого поток изначально осматривает врач скорой медицинской помощи с параллельным оказанием посиндромного лечения и формированием плана лабораторно-инструментальной диагностики для конкретного пациента с последующей передачей пациента профильному врачу-специалисту.

Пациентам красного потока медицинская помощь оказывается незамедлительно, все необходимые обследования выполняются без очереди, по принципу «технологии к пациенту». Данные пациенты на всех этапах лечебно-диагностических мероприятий сопровождаются врачом-реаниматологом. Пациентам данной категории выполняются реанимационные, противошоковые мероприятия, оперативные вмешательства, интенсивная терапия одновременно с диагностическими мероприятиями с последующим переводом в специализированное реанимационное отделение. Врач-реаниматолог может привлекать для консультаций врачей любых специальностей и проводить консилиумы.

Третий этап - по результатам лечебно-диагностических мероприятий пациент направляется на:

1. Госпитализацию в специализированное профильное отделение стационара при наличии показаний. При отказе пациента от госпитализации при наличии показаний, врач обязан разъяснить ему и сопровождающим его лицам необходимость госпитализации, возможные последствия при отказе от госпитализации. Факт отказа оформляется в журнале ф.001/у с подписью самого пациента или его официальных представителей и удостоверяется подписью врача и заведующего отделением (ответственного дежурного врача). Отказы в госпитализации оформляются двумя подписями медперсонала. Пациенту выдается справка об обращении с результатами обследования, лечебными и трудовыми рекомендациями. Пациент направляется под наблюдение амбулаторно-поликлинической организации здравоохранения по месту регистрации (пребывания) пациента с обязательной передачей «актива» на закрепленную амбулаторно-поликлиническую организацию здравоохранения. Данный порядок оформления отказа от госпитализации может действовать только при отсутствии у пациента психических расстройств, в т.ч. обусловленных наличием соматической патологии. В этом случае вопрос

решается консилиумом с участием 3-х врачей после консультации врача-психиатра.

2. Госпитализацию в отделение скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания при необходимости дальнейшей диагностики для уточнения диагноза, проведения краткосрочного лечения пациентам, не нуждающимся в госпитализации в специализированное отделение стационара.

3. Перевод в другие учреждения здравоохранения стационарного типа по профилю выявленной патологии осуществляется в следующем порядке:

- если состояние пациента оценивается как среднетяжелое стабильное, то перевод в другое учреждение здравоохранения стационарного типа осуществляется в установленном порядке;

- если состояние пациента оценивается как среднетяжелое нестабильное или тяжелое, то пациент госпитализируется по экстренным показаниям в отделение интенсивной терапии и реанимации (ОРИТ) или отделение скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания до стабилизации состояния, с последующим переводом в другое учреждение здравоохранения в установленном порядке (иное решение по тактике ведения таких пациентов может быть принято только консилиумом с участием главного врача, или уполномоченного заместителя главного врача, или ответственного дежурного врача по больнице (в ночное, вечернее время, выходные и праздничные дни));

- если пациент в удовлетворительном состоянии и не нуждается в экстренном переводе в профильное отделение другого стационара, то он направляется под наблюдение амбулаторно-поликлинической организации здравоохранения по месту регистрации (пребывания) с рекомендациями по дальнейшей тактике лечения, с одновременной передачей заявки на активный визит врача-терапевта участкового.

4. В случае отсутствия показаний для стационарного лечения или дальнейшего динамического наблюдения в условиях приемного отделения пациенту выдается справка установленного образца об обращении в приемное отделение, содержащая сведения о проведенных лабораторно-инструментальных исследованиях, оказанных лечебных мероприятиях, установленном диагнозе, рекомендациях на амбулаторный этап. При необходимости наблюдения за пациентом на амбулаторном этапе передается заявка на активный визит врача в поликлинику по месту жительства с обязательной отметкой в журнале ф001/у, а также выполняется отметка о необходимости посещения врача с указанием даты явки в справке, выдаваемой на руки пациенту.

Организации работы отделения скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания

Отделение скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания (далее ОСМП КП) организуется с целью эффективного использования коечного фонда больничной организации здравоохранения, создания условий для повышения доступности и качества оказания медицинской помощи пациентам с риском развития угрожающих жизни и здоровью состояний [23,24].

Принципы организации работы ОСМП КП:

1. Круглосуточная госпитализация больных.
2. Территориальная близость приемного отделения и ОСМП КП
3. Оказание скорой медицинской помощи по широкому спектру профилей заболеваний с короткими (до 3-х койко-дней) сроками госпитализации пациентов.
4. Создание условий в стационаре по приоритетному экспресс-обследованию больных с целью максимально быстрой замены синдромального диагноза на нозологический и исключения у этих пациентов жизнеугрожающих состояний.
5. Круглосуточное динамическое наблюдение, проведение дифференциальной диагностики с целью выявления жизнеугрожающих состояний у госпитализированных больных врачом по специальности «скорая медицинская помощь» с консультированием (при необходимости) врачами-специалистами по профилю заболеваний.
6. Поддержание готовности ОСМП КП на случай массового поступления пациентов при ликвидации последствий чрезвычайной ситуации.

Функции ОСМП КП:

- оказание экстренной медицинской помощи пациентам с различными заболеваниями, не требующими помещения пациентов в специализированные отделения больничной организации здравоохранения;
- проведение обследования пациентов в оперативном режиме;
- организация динамического наблюдения;
- перевод пациентов, при наличии показаний, в специализированные отделения стационара в круглосуточном режиме или перевод в другой стационар по профилю установленной патологии согласно территориальному закреплению;
- направление пациентов в организации здравоохранения по месту жительства (пребывания) для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях с организацией активного посещения врачом общей практики на дому

в случае необходимости продолжения врачебного наблюдения в амбулаторных условиях;

- осуществление экспертизы временной нетрудоспособности;
- осуществление взаимодействия с Министерством по чрезвычайным ситуациям, Министерством внутренних дел Республики Беларусь, при необходимости с другими органами государственного управления и ведомства;
- осуществление питания пациентов;
- констатирование смерти и оформление посмертного эпикриза истории болезни лечащим врачом.

Отделение скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания возглавляет заведующий отделением, на должность которого назначается врач-специалист, который имеет высшее медицинское образование по специальности «терапия», «общая врачебная практика» или «скорая медицинская помощь» и практический опыт работы по специальности не менее 5 лет, первую или высшую квалификационную категорию, и назначается на должность приказом руководителя учреждения.

Структура и штатная численность медицинских и иных работников устанавливается исходя из объемов лечебно-диагностической работы, численности закрепленного для оказания медицинской помощи населения и рекомендуемых штатных нормативов согласно приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 1350 от 18.12.2018 «О мерах по совершенствованию оказания скорой медицинской помощи населению в больничных организациях здравоохранения» и с учетом действующего законодательства об охране труда (приложение 3) [24,25].

Рекомендуемое количество коек в ОСМП КП составляет 3-5% коечного фонда больничной организации здравоохранения.

Организационная структура ОСМП КП включает:

- помещения для пребывания пациентов (палаты на 1-4 койки);
- лечебно-диагностические помещения (пост медицинской сестры, процедурная (манипуляционная), перевязочная, диагностические кабинеты);
- хозяйственные помещения (душевая и ванная комната), умывальные, туалеты для пациентов, медицинских и иных работников, санитарная комната, клизменная, помещение для уборочного инвентаря);
- служебные помещения (кабинеты медицинских работников).

Показания для госпитализации на койки ОСМП КП:

- необходимость оказания пациенту экстренной медицинской помощи при заболеваниях, не требующих лечения в условиях специализированного отделения стационара;

- необходимость кратковременного динамического наблюдения и проведения дополнительных методов диагностики, врачебных консультаций пациентам с целью принятия решения о дальнейшей тактике оказания медицинской помощи.

На каждого пациента ОСМПКП оформляется «Медицинская карта стационарного больного» установленного образца.

Кратность осмотра врачом скорой медицинской помощи пациентов в ОСМПКП составляет не реже 1 раза в 3 часа, а также при каждом изменении состояния пациента, характеризующимся отрицательной динамикой.

Поступление пациентов в ОСМПКП и выписка из него осуществляется в круглосуточном режиме. Перевод пациентов из ОКП в госпитальные отделения или другой стационар согласовывается врачом скорой медицинской помощи с заведующим отделением по профилю заболевания пациента или ответственным дежурным врачом, уполномоченным за принятие этого решения.

Основаниями для выписки пациента из ОСМПКП на амбулаторный этап оказания медицинской помощи является удовлетворительное состояние пациента, подтвержденное данными лабораторных и диагностических методов исследований, возможность дальнейшего оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях.

Менеджмент качества оказания медицинской помощи в приемном отделении и в отделении скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания

Важной составляющей правильной организации работы приемного отделения и отделения скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания является контроль качества оказания медицинской помощи.

Проблема управления качеством медицинской помощи в приемных отделениях больниц скорой медицинской помощи имеет свою специфику, т.к. именно здесь больной получает первую помощь в условиях стационара. Учитывая, что функции приемного отделения существенно отличаются от задач других лечебно-диагностических отделений больницы, необходим научно обоснованный подход к выбору индикаторов качества с использованием современных управленческих технологий.

При организации деятельности приемных отделений должна также учитываться потребность населения в скорой помощи, оказываемой не только бригадами скорой медицинской помощи, но и специалистами приемных отделений, обеспечивающими преемственность между медицинскими организациями различного профиля и населением.

Разработка индикаторов качества для приемных отделений необходима для повышения качества медицинских услуг и устранения дефектов процесса госпитализации, а также для совершенствования управления данным

процессом. Индикаторы необходимы для внутриведомственной и вневедомственной экспертизы качества предоставляемых медицинских услуг, а также при принятии судебных решений в спорных случаях [23,24].

Для оценки эффективности работы приемного отделения применяется дифференциальный подход к определению времени оказания необходимой медицинской помощи различным категориям пациентов, при этом учитывается не только длительность пребывания, но и время начала оказания медицинской помощи:

- для пациентов, доставленных в тяжелом и нестабильном состоянии («красная» зона), пациентов в состоянии алкогольного, наркотического опьянения или с явными расстройствами поведения, или с психическими заболеваниями («оранжевая» зона) - 1 час, время начала оказания медицинской помощи должно совпадать со временем поступления пациента в стационар;

- для пациентов «желтой» зоны - до 2-х часов, при этом время начала оказания медицинской помощи не должно превышать 20 минут;

- для пациентов «зеленой» зоны - до 4-х часов, при этом время начала оказания медицинской помощи не должно превышать 40 минут.

Для оценки деятельности ОСМПКП применяются следующие показатели [23,24]:

- количество и структура пациентов, которым оказана помощь на этапе ОСМПКП;

- частота расхождения диагнозов, установленных в ОСМПКП и структурных подразделениях больничных организаций здравоохранения в случае перевода в них пациентов из ОСМПКП;

- доля пациентов ОСМПКП, направленных для оказания медицинской помощи в структурные подразделения больничных организаций здравоохранения, в том числе, переведенных в реанимационные отделения;

- досрочная летальность в ОСМПКП;

- общая летальность в ОСМПКП;

- занятость и оборот койки в ОСМПКП;

- средняя длительность пребывания пациента на койке ОСМПКП.

Заключение

Реорганизация приемного отделения больницы скорой медицинской помощи, основанная на принципах современного здравоохранения и мировых стандартах организации оказания медицинской помощи, и развертывание отделения скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания обеспечивает решение принципиально важных задач:

- обеспечение эффективной сортировки пациентов по тяжести состояния на основании адаптированной сортировочной шкалы;
- круглосуточную доступность лечебно-диагностической базы;
- повышение доступности специализированной медицинской помощи для тех пациентов, кто в ней нуждается;
- сокращение потока непрофильных пациентов в специализированных отделениях стационара, тем самым оптимизируя использование коечного фонда стационара.

Организация отделений скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания позволит снизить непрофильную нагрузку на специализированные отделения больниц скорой медицинской помощи, сократить уровень необоснованной госпитализации, в целом повысить эффективность оказания медицинской помощи пациентам в стационаре.

Приложение 1

Примерные штатные нормативы приемного отделения больницы скорой медицинской помощи*

№ п/п	Наименование должностей, профессий	Количество штатных единиц, круглосуточных постов	Условия введения единицы
Медицинские работники, имеющие высшее медицинское образование			
1	Врач скорой медицинской помощи (заведующий)	1	Из расчета на отделение
2	Врач скорой медицинской помощи	1 круглосуточный пост	Из расчета на 50 пациентов, поступающих в сутки по экстренным показаниям
3	Врач скорой медицинской помощи (ответственный врач смены)	1 круглосуточный пост	Из расчета на смену при количестве обращений по экстренным показаниям более 150 в сутки
4	Врач-терапевт	1 круглосуточный пост	Из расчета на 50 пациентов, поступающих в сутки
5	Врач-невролог	1 круглосуточный пост	Из расчета на 25 пациентов терапевтического** профиля, поступающих в сутки
6	Врач-хирург***	1 круглосуточный пост	Из расчета на 25 пациентов хирургического профиля, поступающих в сутки
7	Врач-уролог***	1 круглосуточный пост	Из расчета на смену
8	Врач-нейрохирург***	1 круглосуточный пост	Из расчета на смену
9	Врач-хирург и врач-травматолог ГОСП***	2 круглосуточных поста	Из расчета на смену
10	Врач-травматолог***	1 круглосуточный пост	Из расчета на 20 пациентов травматологического профиля
11	Врач-комбустиолог***	1 круглосуточный пост	Из расчета на смену
12	Врач-гинеколог***	1 круглосуточный пост	Из расчета на смену
13	Врач-токсиколог***	1 круглосуточный пост	Из расчета на смену
14	Врач-психиатр***	1 круглосуточный пост	Из расчета на смену
Медицинские работники, имеющие среднее специальное медицинское образование			
15	Медицинская сестра (старшая)	1	На отделение
16	Фельдшер (медицинская сестра) (для распределения потока пациентов)	1 круглосуточный пост	Из расчета на 1 сортировочную площадку
17	Медицинская сестра	2 круглосуточных	Из расчета 2 должности на

		поста	1 должность врача, предусмотренную пунктом 2 и 4 настоящих примерных штатных нормативов
18	Медицинская сестра (процедурный кабинет)	1 круглосуточный пост	Из расчета на процедурный кабинет в смену
19	Медицинская сестра (перевязочный кабинет)	2 круглосуточных поста	Из расчета на перевязочный кабинет в смену
20	Медицинская сестра (гипсовый кабинет)	1 круглосуточный пост	Из расчета на гипсовый кабинет в смену
21	Медицинская сестра (гинекологический кабинет)	1 круглосуточный пост	Из расчета на гинекологический кабинет
22	Медицинская сестра (прививочный кабинет)	1	Из расчета на прививочный кабинет
23	Медицинская сестра (диспетчерская)****	1 дневная ставка + 1 круглосуточный пост	На диспетчерскую
Прочие работники			
24	Медицинский регистратор	1 круглосуточный пост	Из расчета на 50 пациентов, поступающих в сутки
25	Медицинский регистратор (для работы по запросам правоохранительных органов/передачи учетной информации в учреждения здравоохранения)	1	Из расчета на отделение
26	Медицинский регистратор (для работы в диспетчерской)	1	На диспетчерскую
27	Санитарка	3 круглосуточных поста	Из расчета на 50 пациентов, поступающих в сутки
28	Санитарка (уборщица)	1 круглосуточный пост	На 100 обращений в сутки
29	Санитарка (процедурный кабинет)	1 круглосуточный пост	Из расчета на процедурный кабинет в смену
30	Санитарка (перевязочный кабинет)	1 круглосуточный пост	Из расчета на перевязочный кабинет в смену
31	Санитарка (гипсовый кабинет)	1 круглосуточный пост	Из расчета на гипсовый кабинет
32	Санитарка (по приему вещей)	1 круглосуточный пост	Из расчета на 50 пациентов, поступающих в сутки
33	Сестра-хозяйка	1	Из расчета на отделение

*Приведены примерные штатные нормативы, рассчитанные на основании обращаемости в приемное отделение, а также опыта оказания медицинской помощи ургентным пациентам. В зависимости от профиля и потребностей конкретного стационара возможны вариации по профильности врачей-специалистов, однако рекомендуется обязательное наличие в штате врача-терапевта, врача-невролога и врача-хирурга.

**На пациентов неврологического профиля и консультации пациентов смежных специалистов.

*** Данные штатные единицы числятся за специализированными отделениями.

****Осуществляют доставку биоматериала в другие учреждения здравоохранения со всего стационара, а также сопровождение пациентов приемного отделения и всего стационара при переводе в другое УЗ (перевод на стационарное лечение, консультацию и т.д.). В вечернее и ночное время, а также выходные и праздничные дни осуществляет дополнительно функции медицинского регистратора диспетчерской.

Алгоритм распределения самостоятельно обратившихся пациентов между
врачами-специалистами в условиях приемного отделения
больницы скорой медицинской помощи
(на основании превалирующих жалоб)

Хирург:	-боли в животе +/- температура -ушиб грудной клетки (изолированный) -инородное тело дыхательных путей/ЖКТ -изолированная рана грудной клетки/живота -ушибленная рана головы (без потери сознания/рвоты)
Нейрохирург:	-травма головы + головная боль/потеря сознания/рвота (+/- нарушение целостности кожных покровов головы)
Хирург-травматолог (ТОСП)	- травма 2-ух и более областей -травма головы + конечности -травма головы + грудная клетка/живот -травма грудной клетки + живот
Уролог:	-боль в пояснице +/- температура -кровь в моче -нарушения мочеиспускания/задержка мочи -травма половых органов (у мужчин)
Токсиколог:	-плохое самочувствие после употребления грибов -плохое самочувствие после употребления алкоголя -употребление токсической жидкости/веществ -укус змеи/ядовитых насекомых -воздействие угарного газа/токсических газов -случайная или преднамеренная передозировка медикаментов
Терапевт:	-боль в грудной клетке (без травмы) -нарушения ритма сердца -повышение АД -одышка -потеря сознания -кашель/повышение температуры/боль в горле -кровохарканье -головная боль без травмы -аллергическая реакция -плохое самочувствие + беременность -укус насекомого (кроме клеща, ядовитых насекомых)
Невролог:	-онемение конечностей/лица -нарушение речи/координации -головокружение/головная боль -боль в спине после физической нагрузки
Травматолог:	-изолированная травма конечностей -укус животных

	-укус клеща
Комбустиолог:	-ожоги (пламенем/жидкостью/паром) -термоингаляционная травма -обморожение
Гинеколог:	-боли внизу живота/выделения из половых путей (у женщин) -боли внизу живота + беременность
Анестезиолог-реаниматолог:	-кома -общее переохлаждение -асфиксия

Приложение 3

Примерные штатные нормативы отделения скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания

№ п/п	Наименование должностей, профессий	Количество штатных единиц, круглосуточных постов	Условия введения единицы
Медицинские работники, имеющие высшее медицинское образование			
1	Врач скорой медицинской помощи (заведующий)	1	Из расчета на отделение
2	Врач скорой медицинской помощи	1 круглосуточный пост	Из расчета на 8 коек
3	Врач-терапевт	1 круглосуточный пост	Из расчета на смену
4	Врач-невролог	1 круглосуточный пост	Из расчета на смену
Медицинские работники, имеющие среднее специальное медицинское образование			
5	Медицинская сестра (старшая)	1	Из расчета на отделение
6	Медицинская сестра	2 круглосуточных поста	Из расчета на 1 должность врача скорой медицинской помощи, предусмотренную пунктом 2 настоящих примерных штатных нормативов
7	Медицинская сестра (процедурный кабинет)	1 круглосуточный пост	Из расчета на процедурный кабинет в смену
8	Медицинская сестра (перевязочный кабинет)	1 круглосуточный пост	Из расчета на перевязочный кабинет в смену
Прочие работники			
9	Санитарка, младшая медицинская сестра по уходу за пациентами	1 круглосуточный пост	Из расчета на 12 коек
10	Санитарка (уборщица)	1 круглосуточный пост	Из расчета на 12 коек
11	Санитарка (буфетчица)	1	Из расчета 1 на 30 коек, но не менее 1 в смену
12	Санитарка (процедурный кабинет)	1	Из расчета на процедурный кабинет в смену
13	Санитарка (перевязочный кабинет)	1	Из расчета на перевязочный кабинет в смену
14	Санитарка (для переноски и сопровождения пациентов во вспомогательные лечебно-диагностические отделения (кабинеты))	1 круглосуточный пост	Из расчета на 6 коек
	Сестра-хозяйка	1	Из расчета на отделение

Список литературы

1. Скорая медицинская помощь на госпитальном этапе – пути реформирования приемных отделений стационаров / С.Ю. Грачев [и др.] // Экстренная медицина. – 2014. - №1 (9). – С.35-41.
2. Преемственность и взаимодействие службы скорой медицинской помощи и приемных отделений больничных организаций: учеб.-метод. пособие / С.Ю. Грачев [и др.] // Минск: БелМАПО, 2012. – С.36.
3. Дылевский С.Н. Организация работы приемного отделения многопрофильного стационара / С.Н. Дылевский, Т.В. Калинина, С.Ю. Грачев и др. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. - Мн., 2018. - № 3. - С.4-17.
4. Решение задач государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» за счет реорганизации госпитального этапа скорой медицинской помощи / А.Г. Мирошниченко [и др.] // Вестн. Северо-Западного гос. Мед. ун-та им. И.И. Мечникова. – 2013. - №3. – С.112-116.
5. Первые результаты реализации пилотного проекта «стационарное отделение скорой медицинской помощи» в многопрофильном стационаре / С.Ф. Багненко, А.М. Кужель, А.Г. Мирошниченко и др. // Скорая медицинская помощь. – 2016. - № 3. С.- 71-76.
6. Роль стационарного отделения скорой медицинской помощи в оптимизации работы реанимационных отделений многопрофильного стационара / В.М. Теплов [и др.] // Скорая медицинская помощь. - 2017. – Т.18, №2. – С.64-68.
7. Марков Ю.И. Неотложная медицина - тенденции и особенности развития (обзор литературы) / Ю.И. Марков, О.В. Иващенко, В.В. Орел // Экстренная медицина. - 2015. - № 4 (16). - С. 15-23.
8. Первый опыт работы отделения скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания многопрофильного стационара / В.Е.Парфенов [и др.] // Скорая медицинская помощь. – 2013. - №3. – С.61-65.
9. Iserson, K.V. Triage in medicine, part I: Concept, history and types / K.V. Iserson, J.C. Moskop // Ann. Emerg. Med. – 2007.- Vol.49, №3. – P.275-281.
10. Медицинская сортировка: особенности становления отечественной и западной систем / Ю.А. Соколов и [и др.] // Военная медицина. – 2018. - №3. – С.2-7.
11. Emergency department triage revisited [Electronic resource] / G. FitzGerald [et al.] // Emerg. Med. J. -2010. –No.27. – P.86-92. – Mode of access: <https://emj.bmj.com/content/emj/27/2/86.full.pdf> . – Date of access: 30.04.2018.
12. Moskop, J.C. Triage in medicine, part I: Underlying values and principles / J.C. Moskop, K.V. Iserson // Ann. Emerg. Med. – 2007. -Vol.49, №3. – P.282-287.
13. Modern Triage in the Emergency Department/ [Electronic resource] // Michael Christ [et al.]. – Dtsch Arztebl Int. - 2010. – Mode of access:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3021905/> . – Date of access: 21.06.2018.

14. Emergency Severity Index (ESI): A Triage Tool for Emergency Department Care, Version 4. Implementation Handbook 2012 Edition [Electronic resource / N. Gilboy [et al.] // AHRQ Publication No.12-004. - November 2011. – 114p. – Mode of access: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/systems/hospital/esi/ehandbk.pdf> . – Date of access: 22.06.2018.

15. Guidelines on the Implementation of the ATS in Emergency Departments, Version 4 [Electronic resource] / Australasian college for emergency medicine No.G24. – Julie 2016. – Mode of access: https://acem.org.au/getmedia/51dc74f7-9ff0-42ce-872a-0437f3db640a/G24_04_Guidelines_on_Implementation_of_ATS_Jul-16.aspx . – Date of access: 22.06.2018.

16. Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale: Education manual, Version 2,5 [Electronic resource] / CTAS National Working Group, 2012. – Mode of access: https://caep.ca/wpcontent/uploads/2017/06/module_1_slides_v2.5_2012.pdf . – Date of access: 21.06.2018.

17. Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale: implementation guidelines / R. Beveridge [et al.] // Can. J. Emerg. Med. – 1999. – Vol.1, No.3 (Suppl.). - P.1-24.

18. Santos A.P. Manchester triage system version II and resource utilisation in emergency department [Electronic resource] / A.P. Santos, P. Freitas, H.M.G. Martins // Emerg. Med. J. - 2013. – Mode of access: http://www.grupoportuguestriagem.pt/images/documentos/emergmedj2013jan%2023Epu_ahead_of_print.pdf . – Date of access: 23.06.2018.

19. Widgren, B.R. RETTS version 1.0/2013 [Electronic resource] / B.R. Widgren. – 2013. – 9 p. – Mode of access: <https://vardgivarwebb.regionostergotland.se/pages/206450/RETTS.%20Handledning.pdf> . – Date of access: 22.06.2018.

20. Rosedale, K. The effectiveness of the South African Triage Score (SATS) in a rural emergency department [Electronic resource] / K. Rosedale, Z.Smith, D. Wood // South African Med. J. – 2011. – Vol.101, No.8. – P.537-540. – Mode of access: <http://www.scielo.org.za/pdf/samj/v101n8/v101n8a22.pdf> . – Date of access: 23.06.2018.

21. Triage with the French Emergency Nurses Classification in Hospital scale: reliability and validity [Electronic resource] / P. Taboulet [et al.] // Eur. J. Emerg. Med. – 2009. – Vol.16, No.2. – P.61-67. – Mode of access: <https://pdfs.semanticscholar.org/ee1b/e66abc2589c2de4485d5bb6faeb6261e6901.pdf> . – Date of access: 23.06.2018.

22. Методические указания по работе приемных отделений стационарных лечебно-профилактических учреждений: утв. приказом комитета по здравоохранению Минского горисполкома, 15 окт. 2004 г., №613. – Минск, 2004. – 24с.

23. Организация работы стационарного отделения скорой медицинской помощи: метод. рек. / С.Ф. Багненко и [и др.] // Министерство здравоохранения Российской Федерации. – СПб., 2015. – 74с.

24. О мерах по совершенствованию оказания скорой медицинской помощи населению в больничных организациях здравоохранения: приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь, 18 дек. 2018 г., №1350.

25. Об охране труда: Закон Респ. Беларусь от 23 июня 2008 г. №356-3: с изм. и доп. от 12 июля 2013 г. № 61-3. – Минск, 2014.

26. Об утверждении Санитарных норм и правил «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, оказывающим медицинскую помощь, в том числе к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний в этих организациях»: постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь, 5 июля 2017 г., № 73.

27. Правила пожарной безопасности Республики Беларусь: постановление Министерства по чрезвычайным ситуациям Респ. Беларусь, 14 марта 2014 г., №3. – 198с.

28. Интенсификация использования ресурсов многопрофильного стационара за счет внедрения технологии стационарного отделения скорой медицинской помощи / Р.Р. Алимов [и др.] // Скорая медицинская помощь. – 2013. – Т.14, №4. – С.76-82.

Учебное издание

Дылевский Сергей Николаевич
Грачев Сергей Юрьевич
Калинина Татьяна Владленовна
Новикова Наталья Петровна
Борисов Андрей Владимирович
Шейко Гражина Васильевна

**ОПТИМИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ
МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ**

Учебно-методическое пособие

В авторской редакции

Подписано в печать 23.04.2019. Формат 60x84/16. Бумага «Discovery».

Печать ризография. Гарнитура «Time New Roman».

Печ. л. 1,81. Уч.- изд. л. 1,38. Тираж 100 экз. Заказ 72.

Издатель и полиграфическое исполнение –
государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия
последипломного образования».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 3/1275 от 23.05.2016.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3, кор.3.

