Таким образом, интенсивность манипуляционной деятельности в отделении №1 в 2 раза выше, чем в отделении №2, хотя месячный объем сестринских манипуляционных единиц в обоих отделениях примерно одинаков. Данный показатель позволяет сравнивать интенсивность манипуляционной деятельности сестринских служб различных отделений. Распределение нагрузки по интенсивности манипуляционной деятельности позволяет регламентировать деятельность медицинских сестер в отделениях больницы, т.е. увеличивать или уменьшать объем дополнительных функций. Коэффициент манипуляционной активности целесообразно определять ежемесячно. Именно этот период позволяет наиболее объективно исследовать динамические показатели за год или несколько лет.

1. Пономарева В.В., Титова Л.А. Организация коек сестринского ухода как одна из форм реализации комплексной стратегии медико-социальной помощи пожилым людям //Успехи геронтологии. 2016. Т. 29. № 2. С. 369-371.
2. Титова Л.А., Чайкина Н.Н., Добрынина Е.А., Нестерова Е.В. Новые технологии для оптимизации работы среднего медицинского персонала// Тенденции развития науки и образования. 2015. № 9 (9). С. 61-63.

¹Титова Л.А., ¹Добрынина Е.А., ²Кузьмичева Г.В.

Элементы логистического подхода к управлению потоковым движением пациентов в стационаре ОГБУЗ «белгородский онкологический диспансер»

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации

(Россия, Воронеж)

ОГБУЗ «Белгородский онкологический диспансер»

(Россия, Белгород)

doi:10.18411/lj-05-2018-101

idsp: 000001:lj-05-2018-101

Аннотация

Суть логистики заключается в оптимизации потоковых процессов: снижении денежных и временных затрат. Медицинское учреждение - это динамичная система, в которой происходит движения различных видов потоков, начиная с потока пациентов. Характерной чертой логистического подхода к управлению в сфере здравоохранения, является особая роль, которая отводится потоку пациентов как объекту управления.

Ключевые слова: потоковое движение пациентов, специализированная медицинская помощь

Актуальность. ОГБУЗ «Белгородский онкологический диспансер» является лечебно-профилактическим учреждением, в задачу которого входит обеспечение населения специализированной стационарной помощью. Всего в 2015 году получили стационарное лечение 14 308 пациентов. Прием пациентов в стационар осуществляется в приемном отделении по направлениям, выданным поликлиникой диспансера.

Динамика потока пациентов на данном пункте регулирования имеет свои особенности [1]. Для целей оперативного управления практически значимыми являются не годовые, а более короткие временные интервалы - месячные, недельные и дневные. В утренние часы в приемном отделении скапливается большое количество пациентов,

увеличивается длина очереди и, соответственно, увеличивается время ожидания пациента перед обслуживанием [2]. Мощность потока пациентов в первые дни недели возрастает.

Материалы и методы. В качестве объекта исследования была выбрана технология и параметры хирургического лечения пациентов с заболеванием ЖКТ. Отбор показателей для анализа обеспечивал необходимый минимум, достаточный для полноценного описания потокового движения, связанного с выполнением работ по хирургическому лечению абдоминальных больных. Мониторингу подлежали 80 случаев обращений пациентов (историй болезни), сформировавших поток больных. В данной категории пациентов преобладали лица в возрасте 55-68 лет.

Результаты. Время пребывания в стационаре по структурно-временным периодам можно разделить:

1. Дооперационный период или подготовительный предусматривает сбор информации о состоянии больного с целью определения показаний к оперативному лечению. Больному производят необходимые лабораторные и инструментальные обследования, он осматривается лечащим врачом, другими врачами-специалистами при наличии показаний. В мероприятиях по дополнительному обследованию в связи с основным и с сопутствующими заболеваниями в дооперационном периоде нуждались 26,4% из числа поступивших больных. Полностью готовыми к операции оказались соответственно 73,6 %. Дооперационный период имел продолжительность 4,3 дня.

2. Период производства оперативного вмешательства характеризуется показателем времени медицинского обслуживания (продолжительностью операции) и количеством каналов обслуживания (хирургических бригад, готовых к выполнению данного вида оперативного вмешательства). Продолжительность оперативного вмешательства для данной категории пациентов составила в среднем 2,1 часа. Для характеристики потока пациентов на данном этапе, применяются такие показатели, как загрузка канала (длина очереди), время ожидания пациента перед обслуживанием. Длина очереди в день оперативного вмешательства для данного потока пациентов составила в среднем 4 человека в день, время ожидания – 2,5 часа, количество каналов обслуживания – 1. В операционном блоке имеет место недостаточная укомплектованность операционных сестер (63%), что не позволяет максимально эффективно использовать имеющиеся производственные мощности.

3. Послеоперационный период, проводимый больным в стационаре, является наиболее показательным для определения качества и эффективности организации всего производственного процесса. Это связано с тем, что течение послеоперационного периода всецело зависит от состояния больного. Средняя длительность пребывания пациентов данного потока в отделении реанимации составила 3 дня. С клинической точки зрения течение послеоперационного периода пациентов было одинаковым, поскольку использовались стандартные схемы лечения больных, летальных исходов не было, доля больных с осложнениями после операции составила - 2%. Средняя длительность лечения не превышала установленный стандарт для данной категории больных – 18,4.

Заключение. Приемное отделение диспансера производило госпитализацию в хирургический стационар, как правило, ориентируясь на наличие свободных мест, без учета пропускной способности операционного блока, подготовленности больного к хирургическому вмешательству и прочих факторов, способных ускорять, или замедлять движение потока больных в ходе лечебного процесса. Полученные в результате мониторинга данные о потоке больных, нуждающихся в стационарной помощи, позволяют утверждать о необходимости применения элементов логистического подхода к

организации работы стационара диспансера. Что позволит упорядочить поток пациентов на уровне приемного отделения и производственный процесс в целом, за счет скоординированного управления потоковым движением. Управляемость потока должна привести к более короткому сроку пребывания больного в стационаре, к экономии финансовых средств, к снижению уровня психологического утомления от больничной обстановки.

1. Пономарева В.В., Титова Л.А. Организация коек сестринского ухода как одна из форм реализации комплексной стратегии медико-социальной помощи пожилым людям// Успехи геронтологии, 2016. Т. 29. № 2. С. 369-371.
2. Титова Л.А., Добрынина Е.А. Воздействие социально-психологических факторов на качество работы среднего медицинского персонала//В сборнике: Современные направления развития медицины 2014 сборник статей Международной научно-практической конференции. Под общей редакцией В.П. Трошина. 2014. С. 143-147.