

# Инструменты для эффективного управления структурным подразделением на примере отделения реанимации и интенсивной терапии ГАУЗ РТ БСМП г. Набережные Челны РТ



Заведующий отделением реанимации и  
интенсивной терапии ГАУЗ РТ «БСМП»  
Фазылов В.Ф



# *Отделение реанимации и интенсивной терапии*



# Кадровое обеспечение

№	Показатель	2011	2012	2013	2014	2015
1	<b>Укомплектованность в %</b>					
	Врачи	43%	44%	36%	44,4%	53%
	Средний медицинский персонал	94%	82%	82%	78%	81%
	Младший медицинский персонал	64%	43%	63%	68%	74%
2	<b>Уровень квалификации в % ( стаж более 3-х лет)</b>					
	Врачи	100%	86%	50%	33%	67%
	Средний медицинский персонал	32%	39%	25%	26%	35%
3	<b>Выполнение плана подготовки молодых специалистов (наставничество)</b>	100%	100%	100%	100%	100%
4	<b>Текучесть кадров в %</b>					
	Врачи	0,00	0,11	0,11	0,11	0%
	Средний медицинский персонал	0,08	0,07	0,07	0,09	0,6%
	Младший медицинский персонал	28,6%	43,3%	14,45	24%	31%

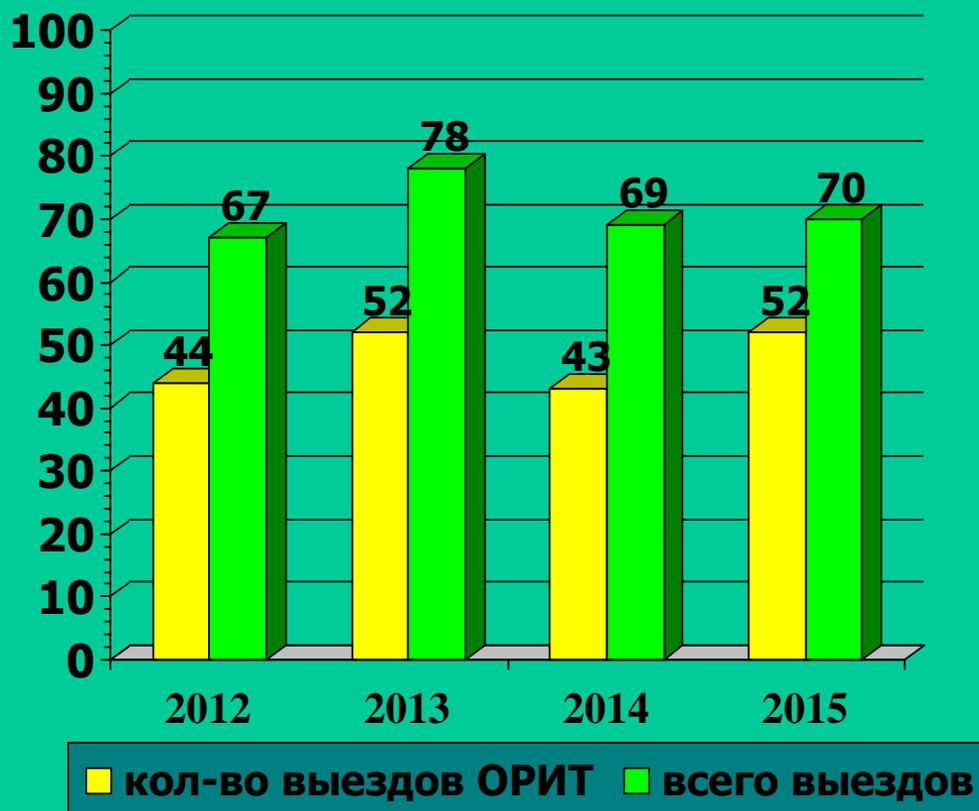
## *Количество больных прошедших через шоковый зал*

<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>
<i>312</i>	<i>464</i>	<i>646</i>	<i>968</i>

## *Донорство*

<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>
<i>3</i>	<i>3</i>	<i>2</i>	<i>0</i>

## Число выездов бригады ОРИТ по санавиации за 2012 – 2015 гг (в абсолютных цифрах)



## *Анализ штрафных санкций страховых организаций и ФОМС за 2012-15 гг.*

<i>№</i>	<i>Показатель</i>	<i>Целевые показатели</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>
<i>1</i>	<i>Частота дефектов КМП от проведенных ЭКМП и МЭЭ ( по результатам вневедомственной экспертизе)</i>	<i>Не более 20 %</i>	<i>8,0</i>	<i>8,3</i>	<i>0,0</i>	<i>4,9</i>

## Анализ жалоб со стороны пациентов и персонала

№	Показатель	2012	2013	2014	2015
1.	Количество жалоб и обращений	3	1	3	1
2.	Количество необоснованных жалоб	3	1	3	1
3.	Количество обоснованных жалоб	-	-	-	-
4.	Из них по причине:	-	-	-	-
	- дефекты работы персонала	-	-	-	-
	- дефектов помещений и оборудования	-	-	-	-
	-дефектов планирования	-	-	-	-
	-дефектов планирования	-	-	-	-
	-дефектов организации процессов	-	-	-	-
	- дефектов организации процессов	-	-	-	-
- дефектов контроля	-	-	-	-	

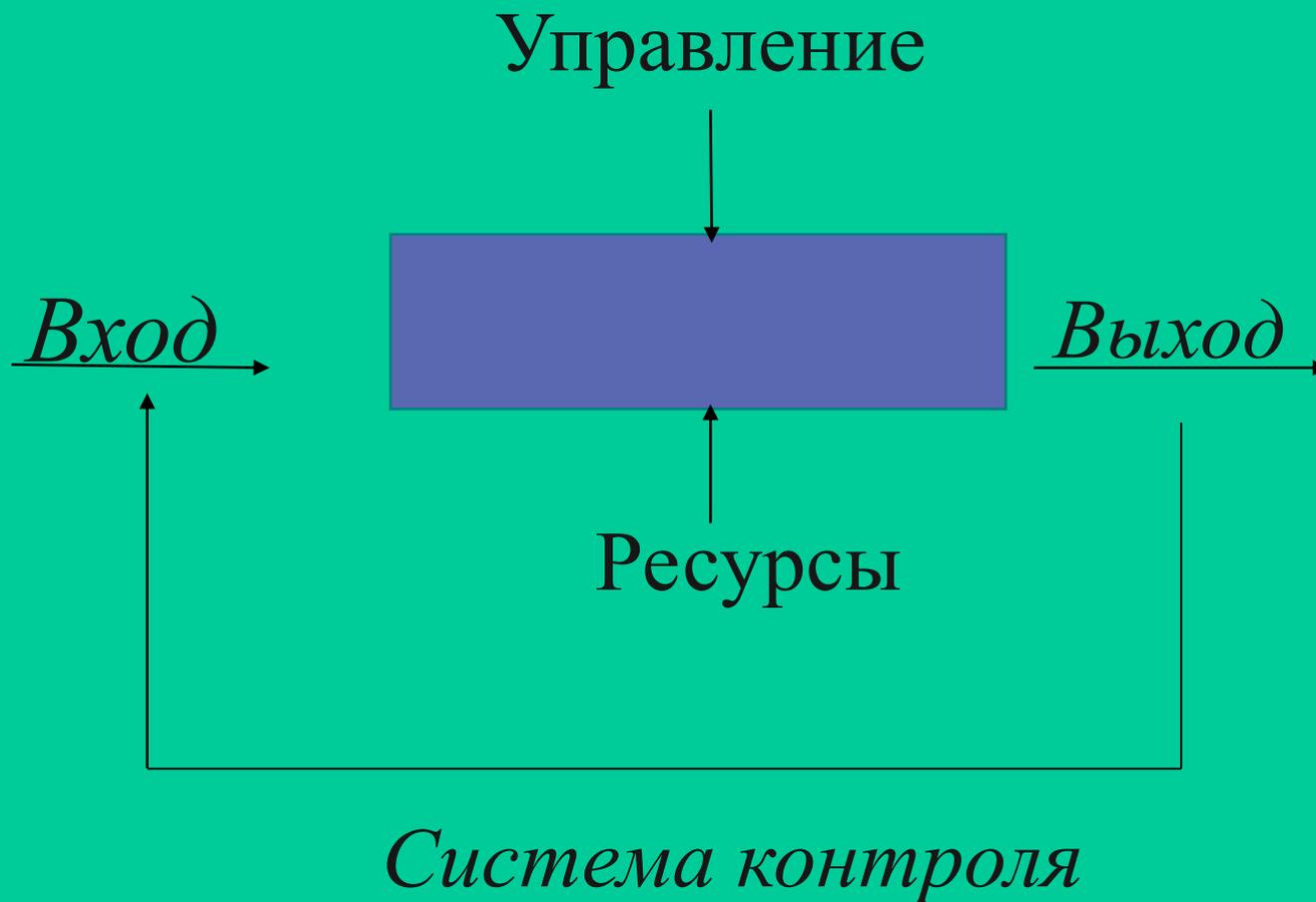
## *Смертность в ОРИТ по шкале Арасче II*

	I группа	II группа	III группа	Всего в процентах	Всего пролеченных больных	Кол-во смертей
	Смертность до 10 баллов	Смертность с 10 до 20 баллов	Смертность с 20 баллов и выше			
2009	0,8%	8,4%	11,0%	20,29%	1937	393
2010	0,7%	6,6%	11,8%	19,27%	1851	357
2011	0,7%	5,7%	9,8%	16,2%	2725	440
2012	0,2%	3,1%	10,7%	14,1%	3060	429
2013	0,2%	1,5%	12,6%	14,4%	3049	440
2014	0,2%	1,7%	12,9%	14,8%	2782	413
2015	0,0	1,7%	11,2%	12,9%	2894	372

**Процессный подход** - управление деятельностью организации, как процессом с целью эффективного достижения желаемых (запланированных) результатов.

**Процесс** - совокупность взаимосвязанных и взаимодействующих видов деятельности преобразующих входы в приемлемые для последующего потребления выходы.

# Нотация IDEF0



**Карта медико-технологического процесса - оказание медицинской помощи пациентам, нуждающихся в реанимации и интенсивной терапии (шоковый зал).**

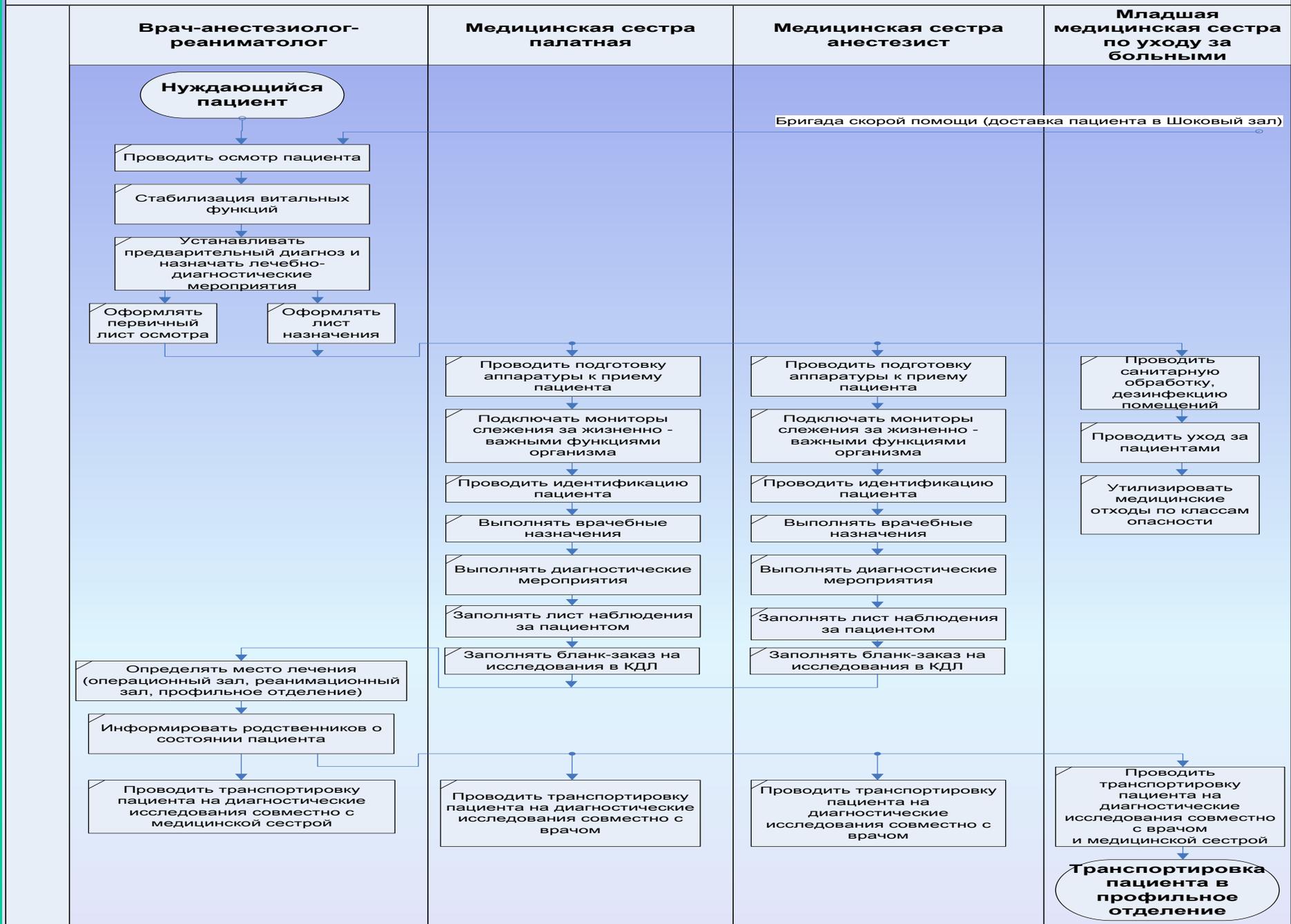
№п/п	Наименование подпроцесса	Процедуры	Задача	Локально нормативная документация	Исполнитель	Контролирующий	Ресурсное обеспечение	Индикативные показатели
1	Поступление звонка из ПДО	1. Очная консультация	1.Определение пациента на госпитализацию в шоковый зал	Регламент. Функциональные обязанности медсестры ПДО, Приказ № 919н от 15.11.2012	Деж врач реаниматолог, медсестры ПДО, медсестры ОРИТ, врачи специалисты	Зав ОРИТ, зав ПДО	Набор для оказания первой медицинской помощи. Местный, сотовый телефон	Отсутствие ожидания. Готовность зала к приему пациента
2.	Поступление больного с нарушением витальных функций	1.Транспортировка	1.Доставка на каталке в шоковый зал	Функциональные обязанности	Фельдшер СП, санитар ПДО,	реаниматолог, зав ПДО	Каталка, белье, сопроводит лист СП	1 мин
		2.Перекладывание пациента	Определение места	Стандарт транспортировки пациента	Санитар ПДО, Санитары ОРИТ, Фельдшер СП	Реаниматолог, Медсестра ОРИТ	Кровать, белье	1 мин
		3. Снятие одежды	С целью проведения медицинских манипуляций и сан обработки	Функциональные обязанности	Санитарки ПДО	Реаниматолог, Медсестра ОРИТ	Ножницы	5 мин
		4. Сан обработка	Биологическая безопасность	Функциональные обязанности	санитары ОРИТ,	Реаниматолог, Медсестра ОРИТ	Мыло	5мин

3	Обследование больного в шоковом зале	1.Сбор анамнеза, 2.осмотр: пальпация, перкуссия, аускультация. 3.Подключение и снятие показаний с монитора слежения. 4.Врачебный прием (консилиум)	1.Оценка состояния больного. 2.Стабилизация витальных функций 3.Установить диагноз при поступлении	Регламент. Функциональные обязанности Приказ № 919н от 15.11.2012. . Правила оформления мед карты стац больного . Методическое пособие по диагностике и лечению сочетанных травм на базе ГАУЗ РТ «БСМП» . Список ЖВП .Функциональные обязанности	Деж врач реаниматолог, медсестры ПДО, врачи специалисты  Врач реаниматолог, зав ОРИТ,	Зав ОРИТ, зав ПДО	Рентген аппаратура, УЗИ, ЭКГ, пробирки для анализов, инфузионные системы, шприцы, перчатки, медикаменты, согласно списка ЖВП, прикроватный монитор, аппарат ИВЛ, фонендоскоп, набор для интубации и для установки подключичного катетера; мочевого катетер, назогастральный зонд, одноразовые расходные материалы по уходу за больными, перчатки, маски, бумага, ручка, кожный антисептик	Обследование до 15-ти минут; лечение до стабилизации витальных функций
4	Определение лечебно-диагностических мероприятий	Проведение экстренной инструментальной и лабораторной диагностики	1.Подтверждение диагноза	Методическое пособие по диагностике и лечению сочетанных травм, хирургической-нейрохирургической патологии, на базе ГАУЗ РТ «БСМП»	Врач реаниматолог Рентген лаборант, специалист функц. диагностики, КДЛ, врачи специалисты(хирург, травматолог, нейрохирург)	Заведующий отделением реанимации, реаниматолог.	Аппарат рентген, рентген пленка, УЗИ. КТ томограф. Набор для лапароцентеза, плевральной пункции. КДЛ. Перчатки, маски, кожный антисептик.	До 1- го часа

		Принятие решения о профиле больного и тактике лечения.	2.Интерпритация диагностических исследований и лабораторных анализов. Определение плана лечебно - диагностических манипуляций	Стандарт оказания помощи профильного отделения. Регламент КДЛ.	Врач реаниматолог врачи специалисты (хирург, травматолог, нейрохирург)	Заведующий отделением реанимации, ответственный хирург, реаниматолог	История стац больного, бумага, ручка,	Принятие решения о профиле больного и тактике лечения.
5	Выполнение лечебно-диагностических мероприятий	Выполнение плана лечебных мероприятий . поддержание и (или) искусственное замещение обратимо нарушенных функций жизненно важных органов и систем при состояниях, угрожающих жизни	Стабилизация состояния больного. Улучшение	Лист назначения, карта наблюдения, карта сестринского наблюдения.	Медсестра ОРИТ, реаниматолог	Врач реаниматолог, зав ОРИТ	Лист назначения, лист наблюдения, история стац больного, ручка, шприцы, медикаменты согласно списка ЖВП, маски, перчатки, белье, кожный антисептик,	Стабилизация состояния больного. Улучшение До 24 часов, 3 суток, 7 суток.

		Встреча с родственниками	Донесение информации в доступной форме	Регламент	Зав отделением	Зав отделением	Одноразовые халаты	30 минут
6	Перевод в профильное отделение	Доставка пациента в профильное отделение	Транспортировка в профильное отделение	Регламент работы транспортной службы.	Транспортная служба-санитар. <u>Медсестра профильного отделения</u>	Зав ОРИТ, врач реаниматолог, медсестра	Каталка, белье.	10 минут

A2 Оказание реанимационной помощи (противошоковый зал)



№ п/п	Наименование критерия	Показатель критерия	
		нормативный	фактический
<b>1</b>	<b>Оказание квалифицированной стационарной медицинской помощи взрослому населению и эффективное использование коечного фонда</b>		
<b>1.1</b>	Уровень качества лечения (УКЛ)	не менее -0,92	
<b>1.2</b>	Расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов	не более - 2%	
<b>1.3</b>	Частота случаев внутрибольничного инфицирования	Не более 0,1% от числа пролеченных больных	
<b>1.3.1</b>	Частота инфекционных осложнений (сепсис, внутрибольничные пневмонии, связанные с применением ИВЛ) по результатам рассмотрения ПВК ВБИ	не более 0,1%	
<b>1.3.2</b>	Частота инфекций мочевых путей, связанных с катетеризацией	не более 0,1 %	
<b>1.4</b>	Доля пациентов, имеющих пролежни	не более 5%	
<b>1.5.</b>	Летальность при сочетанной травме (МКБ – Т06.8)	не более 22%	
<b>2.</b>			
<b>2.1*</b>	Доля правильной идентификации пациента	100%	
<b>2.2*</b>	<b>Показатель падений на 1000 койко-дней</b>	<b>не более 2,0</b>	
*			

2.3	Доля правильной гигиенической обработки рук	не менее 80%	
3			
3.1	Показатель уровня квалификационной подготовки врачей и среднего медицинского персонала.	100% (при стаже работы свыше 3 лет).	
4	Публикация научной статьи в медицинских журналах, выступления на НПК и публикация в сборниках материалов конференции – не менее одной.		
5	<b>Освоение новых методов диагностики, лечения и организации труда:</b>		
5.1	Внедрение инвазивного мониторинга у п/о больных с ОНМК с по геморрагическому типу	Не менее 70% больных с ОНМК	
5.3	Ведение больных в соответствии с федеральными порядками и стандартами(ПРИКАЗ от 15 ноября 2012 г. N 919н«ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ ПО ПРОФИЛЮ "АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ"	100%	
6	<b>Показатели удовлетворенности пациентов качеством организации мед. помощи</b>		
6.1	По социологическому опросу БСМП	не менее 85-100%	
6.2	по материалам опроса СМО и ФОМС	не менее 85-100%	
6.3	Обоснованные жалобы пациентов	0	
7.	Частота дефектов КМП проведенных ЭКМП МЭЭ (по результатам вневедомственной экспертизы).	не более - 10%	
8.	<b>Коэффициент результативности отделения</b>	<b>0,85- 1,0</b>	

## Лист экспертной оценки

Медицинская карта стационарного больного № \_\_\_\_\_

Наименование	баллы	Уровни контроля		
		1	2	3
<b>Оценка набор диагностических мероприятий (ОНДМ)</b>				
Диагностическое обследование не проводилось	0			
Выполнены отдельные малоинформативные обследования	0,25			
Обследование проведено наполовину	0,5			
Обследование проведено почти полностью, имеются некоторые упущения	0,75			
Обследование проведено полностью	1,0			
<b>Оценка диагноза (ОД)</b>				
Несоответствие поставленного диагноза клинико – диагностическим данным	0			
Отсутствие развернутого клинического диагноза с отражением стадии, фазы, локализации, нарушения функции, наличие осложнений	0,5			
В диагнозе не полностью отражена сопутствующая патология и осложнения основного, дефекты ведения медицинской документации	0,75			
Поставлен развернутый клинический диагноз по основному и сопутствующим заболеваниям	1,0			
<b>Оценка набора лечебно – оздоровительных мероприятий (ОНЛМ)</b>				
Лечебно – оздоровительные мероприятия практически не проводились	0			
Выполнены отдельные малоэффективные процедуры, манипуляции, мероприятия	0,25			
Лечебно – оздоровительные мероприятия выполнены на половину	0,5			
Лечебно – оздоровительные мероприятия выполнены почти полностью, имеются некоторые упущения	0,75			
Набор лечебно – оздоровительных мероприятий выполнен полностью	1,0			



# Цикл Деминга PDCA



## Критерии результативности деятельности реанимационного отделения за 2015г.

№ п/п	Наименование критерия	Показатель критерия	
		нормативный	фактический
<b>1</b>	<b>Оказание квалифицированной стационарной медицинской помощи взрослому населению и эффективное использование коечного фонда</b>		
<b>1.1</b>	Уровень качества лечения (УКЛ)	не менее -0,92	<b>0,97</b>
<b>1.2</b>	Расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов	не более - 2%	<b>0</b>
<b>1.3</b>	Частота случаев внутрибольничного инфицирования	Не более 0,1% от числа пролеченных больных	<b>0,12/2894</b>
<b>1.3.1</b>	Частота инфекционных осложнений (сепсис, внутрибольничные пневмонии, связанные с применением ИВЛ) по результатам рассмотрения ПВК ВБИ	не более 0,1%	<b>0,12%</b>
<b>1.3.2</b>	Частота инфекций мочевых путей, связанных с катетеризацией	не более 0,1 %	<b>1,5%</b>
<b>1.4</b>	Доля пациентов, имеющих пролежни	не более 5%	<b>1,54%</b>
<b>1.5.</b>	Летальность при сочетанной травме (МКБ – Т06.8)	не более 22%	<b>22,0%</b>
<b>2.</b>	<b>Качество и безопасность медицинской помощи</b>		
<b>2.1*</b>	Доля правильной идентификации пациента	100%	<b>99,7%</b>
<b>2.2**</b>	Показатель падений на 1000 койко-дней	не более 2,0	<b>0</b>
<b>2.3</b>	Доля правильной гигиенической обработки рук	не менее 80%	<b>81,4%</b>
<b>3</b>	<b>Квалифицированный уровень медицинских работников отделения:</b>		
<b>3.1</b>	Показатель уровня квалификационной подготовки врачей и среднего медицинского персонала.	100% (при стаже работы свыше 3 лет).	<b>51%</b>
<b>4</b>	<b>Публикация научной статьи в медицинских журналах, выступления на НПК и публикация в сборниках материалов конференции – не менее одной.</b>		<b>6</b>

<b>5</b>	<b>Освоение новых методов диагностики, лечения и организации труда:</b>		
<b>5.1</b>	Внедрение инвазивного мониторинга у п/о больных с ОНМК с по геморрагическому типу	Не менее 70% больных с ОНМК	<b>10%</b>
<b>5.3</b>	Ведение больных в соответствии с федеральными порядками и стандартами(ПРИКАЗ от 15 ноября 2012 г. N 919н«ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ ПО ПРОФИЛЮ "АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ"	100%	<b>100%</b>
<b>6</b>	<b>Показатели удовлетворенности пациентов качеством организации мед. помощи</b>		
<b>6.1</b>	По социологическому опросу БСМП	не менее 85-100%	<b>0</b>
<b>6.2</b>	по материалам опроса СМО и ФОМС	не менее 85-100%	<b>0</b>
<b>6.3</b>	Обоснованные жалобы пациентов	0	<b>0</b>
<b>7.</b>	Частота дефектов КМП проведенных ЭКМП МЭЭ (по результатам вневедомственной экспертизы).	не более - 10%	<b>4,9%</b>
<b>8.</b>	<b>Коэффициент результативности отделения</b>	<b>0,85- 1,0</b>	<b>0,84</b>

Результативность процесса определяется соотношением  $0,85 \leq K_p \leq 1$ . При таком значении  $K_p$  процесс считается управляемым и не имеет существенных несоответствий.

Значения коэффициента результативности:

При  $0,85 \leq K_p \leq 1$  владельцу процесса необходимо рассмотреть возможность применения предупреждающих действий для улучшения или обоснованного изменения  $K_p$ .

При  $0,7 \leq K_p < 0,85$  владельцу процесса необходимо назначить корректирующие действия по достижению результативности.

При  $K_p < 0,7$  владельцу процесса необходимо принимать срочное решение для выявления и устранения причин низкой результативности. В этом случае возможна реконструкция процесса.

$$K_{pn} = \frac{P_{\phi}}{P_n}$$

$$K_{po} = 2 - \frac{P_{\phi}}{P_n}$$

$$K_{po} = \frac{K_{pn1} + K_{pn2} + K_{pn3}}{N}$$



**Рейтинговая оценка деятельности отделений  
по коэффициенту результативности за 2015 год**  
Зона управляемости и успешного развития (1,0-0,85)

№ места	Отделение	КР 2014 г.	КР 2015 г.	Индикатор отставания
1	кардиологическое № 1	0,77	0,99	К
2	ФТО	-	0,99	И
3	клинико-диагностическая лаборатория	0,96	0,98	Б,К
4	онкологическое	0,93	0,97	Б,К,И
5	ОФД	0,87	0,96	К
6	кардиологическом № 2	0,81	0,96	К,Б
7	кардиохирургия	0,89	0,95	О,Б,К
8	Ангиорентгенхирургическое	0,87	0,94	К,У
9	ЦСО	-	0,89	О,Б,

## Рейтинговая оценка деятельности отделений по коэффициенту результативности за 2015 год

### Зона активных действий (0,85-0,7)

№ места	Отделение	КР 2014 г.	КР 2015 г.	Индикатор отставания
10	Реанимация	0,63	0,84	К,И,
11	Хирургическое №2	0,76	0,82	О,Б,К,И,У,Э
12	Сосудистая хирургия	0,77	0,81	О,Б,К,И,Э
13	ПАО	-	0,80	К,П,
14	Анестезиология	0,93	0,79	О,К,П
15	Кардиореанимация	0,76	0,77	К,Б,У,П
15	Операционный блок	0,74	0,77	О,Б,К
16	Неврологическое	0,77	0,76	О,Б,К,У,Э
17	Осанна	0,86	0,75	К,П,
18	Ожоговое	0,84	0,75	О,Б,К
19	эндоскопическое	0,78	0,74	К,П
20	Хирургическое №1	0,76	0,72	О,Б,К,П,И,Э
21	ТП	0,67	0,71	О,К,П,У,Э

## Примечание:

- **О** – показатели по основной деятельности
- **К** – показатели квалификационного уровня специалистов
- **П** – публикации и НПД
- **И** – инновации и новые методы диагностики и лечения
- **Э** – вневедомственная экспертиза
- **У** – Удовлетворенность
- **Ж** – жалобы
- **Б** – безопасность

## Критерии самооценки врача отделений реанимации и интенсивной терапии

Ф.И.О. сотрудника

№ п/п	Критерии результативности	Нормативные баллы	Диапазон отклонений	Фактические баллы
1.1	Владение методикой эпидуральной анестезии	10	-10	
1.2	Владение методикой установки катетера подключичной вены	5	-5	
1.3	Владение методикой установки катетера внутренней яремной вены	5	-5	
1.4	Владение методикой катетеризации лучевой и бедренной артерии	5	-5	
1.5	Владение кровесберегающими технологиями(селсейвер)	10	-10	
1.6	Владение методикой инвазивного мониторинга	5	-5	
1.7	Владение методикой операции трахеостомия	5	-5	
1.8	Ведение кардиохирургических больных	5	-5	
1.9	Ведение беременных и пациенток в послеродовом периоде	10	-10	
1.10	Владение работой на АИК	10	-10	
1.11	Владение работой на ЭКМО	10	-10	
1.12	Владение работой на аппарате мультифильтрат (непрерывная веновенозная гемодиализация)	10	-10	
1.13	Владение методикой интубации трахеи	5	5	
1.14	Владение навыками работы на санавиации	5	5	

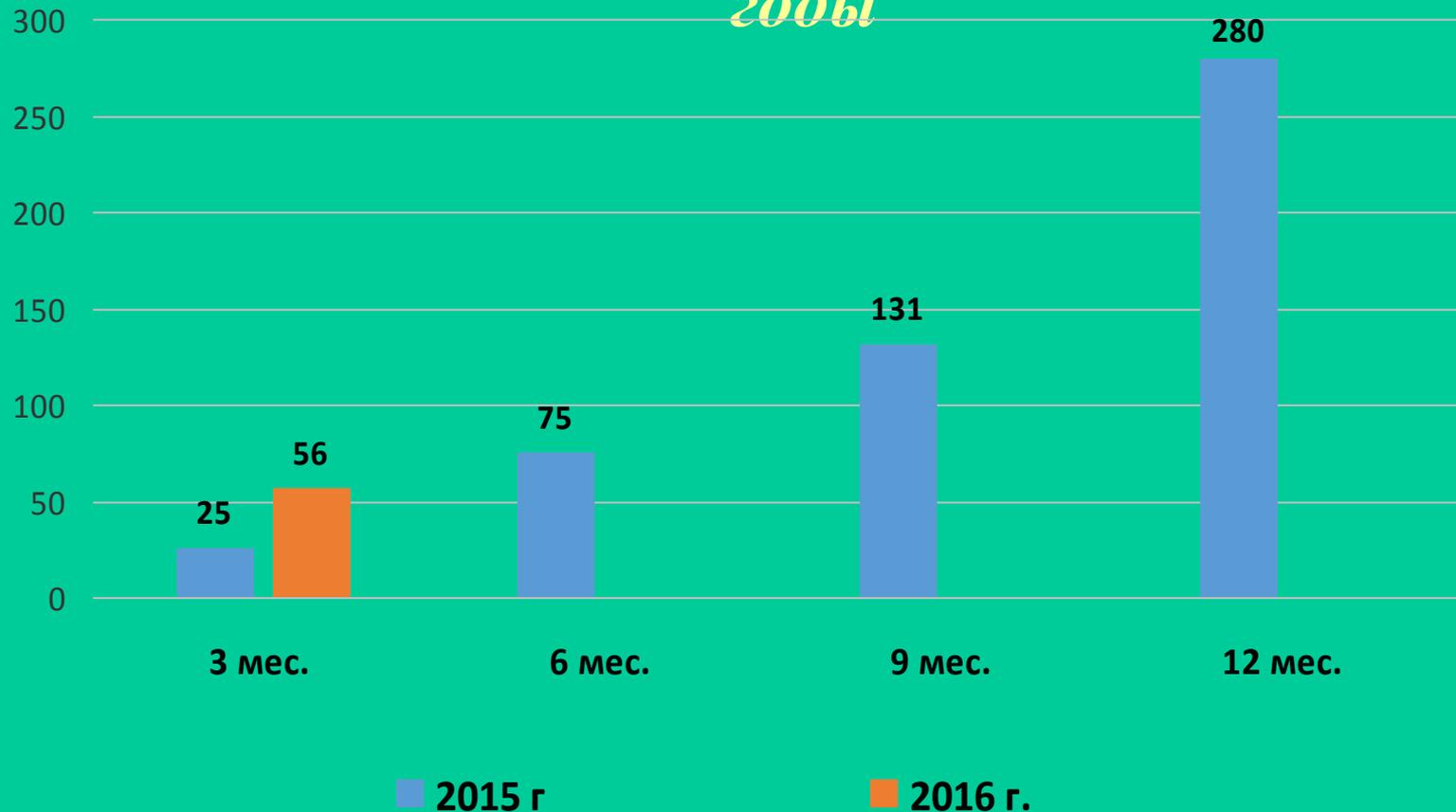
2	Число замечаний по результатам вневедомственной экспертизы.		10	- 1	
3	Число обоснованных жалоб и судебных исков.		10	- 5 - 20	
4	Наличие квалификационной категории		10	- 10	
5	Число обоснованных замечаний по результатам внутриведомственной экспертизы.		10	- 0,5	
6	Осложнения после манипуляций	<b>Существенно повлиявшие на течение болезни</b>		-5	
		<b>Вызвавшие стойкое ухудшение здоровья или инвалидизацию</b>		-15	
		<b>Повлекшие за собой смерть пациента</b>		-25	
	<b>ИТОГО</b>		<b>норма 140 баллов</b>		

**Перечень разрешенных медицинских манипуляций и операций врача-анестезиолога реаниматолога Фазылова В.Ф.**

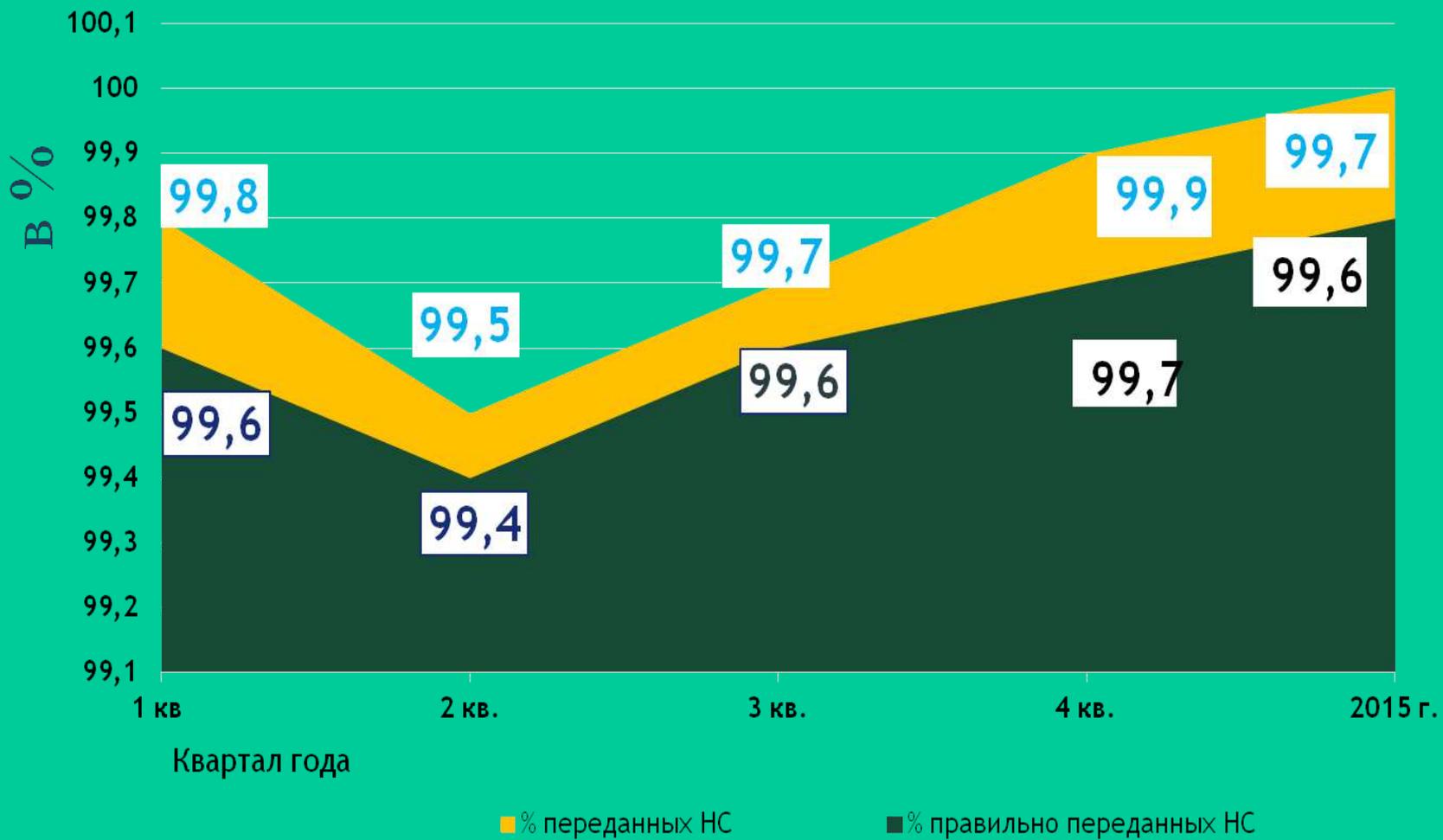
№ п/п	Название разрешенных медицинских манипуляций и операций	2016	2017 г
1	Прием, сортировка, диагностика, госпитализация неотложных и экстренных больных в приемном отделении	√	√
2	Курация стационарных больных всех профилей	√	√
3	Осуществление комплекса мероприятий по подготовке к анестезии, ее проведению при операциях, перевязках и иных диагностических лечебных процедурах.	√	√
4	Консультация больных в других профильных отделениях с целью определения показаний к госпитализации в ОРИТ и коррекция лечения в отделении	√	√
5	Участие в консилиумах	√	√
6	Консультация тяжелых больных в кардиореанимации, нейро-ПИТ	√	√
7	Выездная консультация больных в других лечебных учреждениях	√	√
8	Выезд по санавиации с проведением очных консультаций и сопровождение больных в «БСМП» на реанимобиле класса «С»	√	√
9	Катетеризация центральных вен	√	√

10	Поддержание и (или) искусственное замещение нарушенных функций дыхательной системы (ИВЛ)	V	V
11	Поддержание и (или) искусственное замещение нарушенных функций сердечно-сосудистой системы. (АИК)		V
12	Проведение экстракорпоральной детоксикации и заместительной почечной терапии	V	V
13	Пункционная через кожная коникотомия	V	V
14	Пункционная через кожная трахеостомия	V	V
15	Операция трахеостомия	V	V
16	Проведение мероприятий по подтверждению диагноза смерти головного мозга человека	V	V
17	Выполнение мероприятий (кондиционирование) после установления диагноза смерти головного мозга человека в целях сохранения органов и (или) тканей умершего больного для трансплантации	V	V
18	Работа на аппарате ЭКМО	V	V

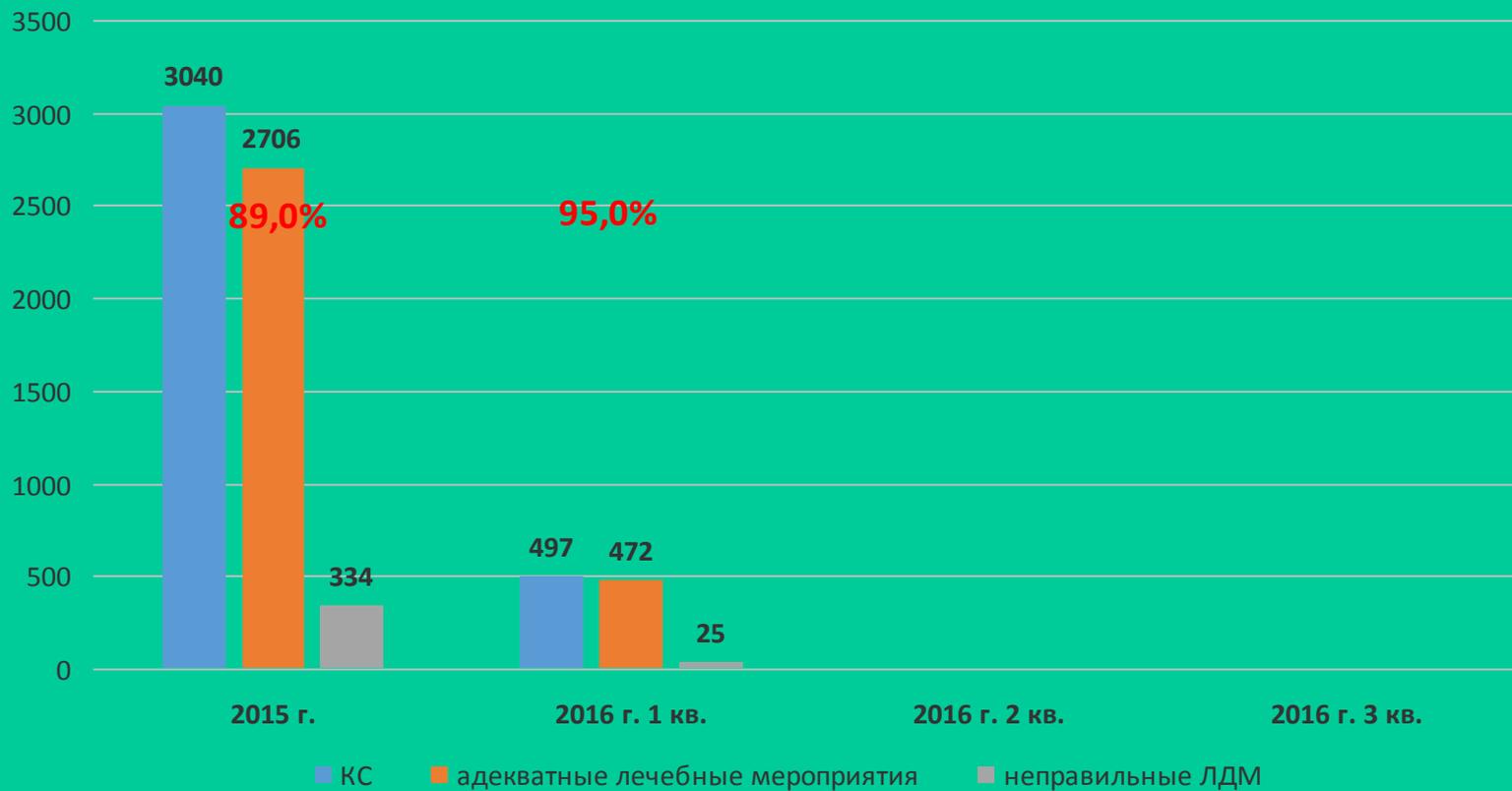
## *Зарегистрировано нежелательных событий в ГАУЗ РТ «БСМП» за 2015-2016 годы*



## Доля правильно переданных сведений о нежелательных событиях в %



## Число переданных критических состояний и адекватных лечебно- диагностических мероприятий



# Вывод

*Все перечисленные управленческие инструменты не требуют больших финансовых вложений, учитывают дефицит кадров и нацелены на непрерывное улучшение в зоне нашей ответственности. Позволяют добиваться желаемого результата.*



*Спасибо за внимание*

