



Медицинская академия имени С.
И. Георгиевского
ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»

Презентация

На тему: «Организация и анализ деятельности медицинских организаций. Применение статистических методов для оценки работы стационара»



Выполнила: врач-
ординатор
Зыкина Ольга
Владимировна

г. Симферополь,
2019г.



Основные задачи детской больницы:

- Восстановительное лечение, которое включает диагностику заболевания, лечение, неотложную терапию и реабилитацию.
- Апробация и внедрение в практику здравоохранения современных методов лечения, диагностики и профилактики, основанных на достижениях медицинской науки и техники.
- Создание лечебно-охранительного режима.
- Проведение противоэпидемических мероприятий и профилактика внутрибольничной инфекции.
- Проведение санитарно-просветительной работы.
- Повышение качества лечебно-профилактической помощи.



Структура.

Приемное отделение стационара детской больницы должно быть боксировано (боксы должны составлять 3—4% от общего числа коек). Наиболее удобными для работы являются индивидуальные боксы Мельцера—Соколова, которые включают в себя предбоксник, палату, санитарный узел, шлюз для персонала. В небольших больницах при отсутствии боксов для приема детей должно быть предусмотрено не менее 2—3-х изолированных смотровых кабинетов и одного-двух санпропускников.

Для оказания неотложной помощи ребенку в приемном отделении должен быть постоянный набор необходимых медикаментов и средств первой помощи. При приемном отделении организуются палаты интенсивной терапии и временной изоляции больных.

Врач приемного отделения должен собрать тщательный анамнез, произвести осмотр больного, установить предварительный диагноз, назначить и провести лечение (при необходимости), решить в какое отделение направить больного и возможен ли допуск матери к уходу за ребенком.

В случае поступления детей без ведома родителей последние немедленно извещаются об этом работниками приемного отделения. При отсутствии такой возможности сведения о ребенке заносятся в специальную книгу и сообщаются в милицию.

Врачи приемного отделения работают в тесном контакте с врачами-специалистами отделений больницы. В приемном отделении ведется журнал приема детей на госпитализацию и журнал отказов в госпитализации, имеются сведения от старших сестер отделений о количестве свободных мест по отделениям. При отсутствии стола справок через приемное отделение родители получают сведения о состоянии здоровья ребенка.





Отделения (палаты) стационара формируются по возрасту и по характеру заболеваний. В зависимости от возраста выделяют следующие отделения (палаты): для недоношенных, для новорожденных, для детей грудного возраста, для детей младшего возраста, для детей старшего возраста. По характеру заболеваний отделения (палаты) могут быть: педиатрические общие, хирургические, инфекционные и другие узкопрофильные отделения (палаты).

Оборудования палат и оснащение отделений зависит от их профиля и диктуется спецификой работы и необходимостью создания наиболее благоприятных условий для лечения детей и выполнения персоналом служебных обязанностей.

В отделениях для детей дошкольного и школьного возрастов палаты должны быть небольшие — с числом коек не более четырех. Целесообразно иметь застекленные перегородки между палатами для того, чтобы персонал мог следить за состоянием детей и их поведением. Важной особенностью организации работы этих отделений является необходимость проведения там воспитательной работы с детьми. Для этой цели в детских больницах устанавливаются специальные должности педагогов-воспитателей, С больными, которые лечатся в стационаре длительное время, проводится также и учебная работа. В отделении должны быть предусмотрены столовые-игровые, веранды или прогулочные комнаты, хорошо оборудованный участок для прогулок на территории больницы. Отделения должны быть обеспечены игрушками, играми, книгами, материалами для вырезания, рисования, лепки, изготовления самодельных игрушек. Организация досуга детей в стационаре особенно важна в вечерние часы. Ручной труд, лепка, рисование, чтение вслух, проводимые в конце больничного дня, улучшают настроение детей и способствуют спокойному сну. Немаловажная роль в правильной организации досуга детей принадлежит палатным медицинским сестрам. Необходимо предусмотреть возможность пребывания в стационаре вместе с ребенком матери.





Анатомо-физиологические особенности новорожденных, своеобразный характер течения заболевания определяют необходимость создания специальных отделений для новорожденных и недоношенных детей в составе детских больниц. Организация этих отделений позволяет создать особые условия для наиболее раннего контингента больных, сконцентрировать, специально подготовленные в области физиологии и патологии периода новорожденное™, кадры, а также специальную аппаратуру и оборудование. Создание таких отделений дает возможность своевременно переводить заболевших новорожденных из родильных домов, что способствует более четкой организации и соблюдению санитарно-эпидемиологического режима в акушерских стационарах.

Организация работы отделений для новорожденных и недоношенных детей имеет весьма существенные особенности.

Основными задачами этих отделений являются:

- оказание квалифицированной диагностической и лечебной помощи больным доношенным и недоношенным новорожденным, создание оптимальных условий выхаживания детей;
- проведение организационно-методической работы и повышения квалификации педиатров по актуальным вопросам неонатологии;
- анализ заболеваемости и смертности новорожденных в районе обслуживания.





В крупных детских больницах организуются специализированные отделения для новорожденных с неинфекционной, инфекционной, хирургической и неврологической патологией.

Перевод новорожденных и недоношенных детей из родильных домов осуществляют при условии транспортабельности ребенка и обязательного согласования с заведующим специализированным отделением или главным врачом больницы, куда переводится ребенок.

Транспортировка новорожденных детей производится в специально выделенной и оборудованной санитарной машине, оснащенной кузовом, в сопровождении среднего медицинского персонала, подготовленного по вопросам физиологии и патологии новорожденных детей.

В отделение реанимации и интенсивной терапии транспортировка больных новорожденных и недоношенных детей производится по принципу «на себя» в специализированной транспортной реанимационной машине с врачом реаниматологом или врачом-педиатром, хорошо подготовленным по вопросам физиологии, патологии и реанимации новорожденных и недоношенных детей.





В комплексе лечебных мероприятий важное значение имеет правильное, организованное питание детей. Для этого дети грудного возраста госпитализируются с матерями. Все другие продукты питания дети первого года жизни получают с детской молочной кухни.

Детям старше года питание организуется на пищеблоке больницы соответственно возрасту.

В детских больницах значительно больше, чем в больницах для взрослых, следует опасаться внутрибольничных инфекций. Для предотвращения заноса инфекционных заболеваний в стационар игрушки и книги для передачи детям можно принимать только не бывшие в употреблении. При выявлении ребенка с острым инфекционным заболеванием в отделении устанавливается карантин на срок инкубационного периода для данного заболевания. Необходимо проводить учет контактировавших с больными детьми, которых в течение инкубационного периода уже нельзя перемещать в другие палаты. В необходимых случаях, в зависимости от выявленного острого инфекционного заболевания, проводятся и специальные противоэпидемические мероприятия (прививки, исследования на бактерионосительство).



Кадры.

Возглавляет работу детского отделения стационара заведующий. На должность заведующего отделением детской больницы назначается квалифицированный врач, имеющий опыт работы по соответствующей специальности. Заведующий отделением подчиняется главному врачу больницы и заместителю главного врача по медицинской части. В повседневной работе он руководствуется положением о детской больнице, о своих функциональных обязанностях и другими официальными документами, а также указаниями и распоряжениями вышестоящих органов здравоохранения.

Заведующий отделением осуществляет непосредственное руководство деятельностью медицинского персонала отделения и несет полную ответственность за качество и культуру медицинской помощи больным детям.



Выписка ребенка из больницы производится: при полном его выздоровлении; при необходимости перевода его в другие лечебные учреждения; стойком улучшении состояния больного, когда дальнейшая госпитализация уже не нужна; при хроническом течении заболевания, не поддающемся лечению в данном учреждении; по требованию родных или опекуна до излечения заболевания, если выписка не угрожает непосредственно жизни больного и не опасна для окружающих.

В последнем случае необходимо предупредить родителей о последствиях для здоровья ребенка несвоевременной выписки. О выписке больного ребенка по требованию родителей делается запись в истории болезни с указанием, что о несвоевременности выписки родители предупреждены. О выписке ребенка, требующего еще лечения на дому, немедленно сообщается детской поликлинике с необходимыми лечебными рекомендациями стационара, а позднее направляется эпикриз с подробным описанием проведенного обследования, лечения и необходимых рекомендаций на будущее.



Дневной стационар

На базе детских поликлиник или стационаров детских больниц организуются дневные стационары.

В дневном стационаре дети получают лечение, приближенное к стационарному (по объему и интенсивности), но находятся под наблюдением медперсонала только в дневные часы.

Длительность работы стационара должна составлять не менее 10 часов при 6-дневной рабочей неделе. Количество коек определяется материально-техническими возможностями базового учреждения, а также потребностью в данном профиле коек. Целесообразна организация дневных стационаров по тем или иным профилям патологии: гастроэнтерологические, неврологические, диагностические и т.д. Длительность лечения ребенка зависит от профиля патологии и составляет в среднем 2—3 недели. Больные в дневном стационаре пользуются 2-разовым питанием по действующим нормативам для стационаров и дополнительно за счет привлеченных средств предприятий, общественных фондов.

Приготовление пищи больным осуществляется в пищеблоке лечебного учреждения, в составе которого находится дневной стационар. Контроль за качеством пищи возлагается на врача-диетолога больницы и органы санэпиднадзора.

Больничные листы и справки по уходу за больными детьми родителям на период лечения в дневном стационаре не выдаются, ибо уход, кормление и лечение детей берет на себя дневной стационар.

Работа дневного стационара проводится в тесном контакте с амбулаторно-поликлинической и стационарными службами лечебно-профилактических учреждений.



Оценка деятельности стационара

Оценка деятельности больницы проводится на основе анализа отчета лечебно-профилактического учреждения. При этом необходимо отдельно рассматривать показатели, характеризующие объем и организацию работы (состав коечного фонда, среднегодовая занятости койки, средняя длительность пребывания больного на койке, оборот койки и др.) и качество деятельности стационара (частота послеоперационных осложнений, больничная летальность и др.).

Основные показатели деятельности стационара

4 группы показателей:

1. Показатели обеспеченности населения стационарной помощью;
2. Показатели работы больничной койки;
3. Показатели качества стационарной помощи;
4. Показатели нагрузки персонала.



Показатели обеспеченности населения стационарной помощью;

Обеспеченность населения койками = Число коек, развернутых на конец года / Среднегодовая численность населения x 10 000

Данный показатель дает наиболее общую характеристику удовлетворения населения стационарной помощью, может рассчитываться как на 1 тыс., так и на 10 тыс. населения. Показатель обеспеченности койками можно рассчитать и по всем профилям коек.

Обеспеченность населения стационарной помощью = Число койко-дней в стационаре / Среднегодовая численность населения x 10 000

Данный показатель дает интегральную оценку фактически реализованной обеспеченности населения стационарной помощью, служит для анализа выполнения муниципальных заказов и территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.

Структура коечного фонда = Число коек профиля (терапевтического и др.) / Общее число больничных коек x 100

Общая частота (уровень) госпитализации = Число всех госпитализированных больных в стационар / Среднегодовая численность населения (на 1000)

Этот показатель доступности стационарной помощи и рассчитывается не только по больничному учреждению в целом, но и по профилям коек, а также по всем классам и нозологическим формам отдельно для детей, подростков и взрослых. Уровень госпитализации зависит от мощности стационара, организации и качества работы поликлиники и стационара, преемственности между этими учреждениями, а также уровня культуры и санитарной грамотности обслуживаемого населения.



Показатели обеспеченности населения стационарной помощью;

Уровень детей с инф.забол = Выписано детей с инф.забол./ Среднегодовая численность детского населения x 1000

Уровень госпитализации при отдельных заболеваниях = Число поступивших больных с данным заболеванием / Среднегодовая численность населения x 1000

Уровень госпитализации больных (процент отбора на койку) позволяет проанализировать интенсивность отбора на госпитализацию больных по разным группам заболеваний в каждом больничном учреждении.

Структура (состав) госпитализированных по заболеваниям = Число госпитализированных больных с отдельными заболеваниями / Общее число госпитализированных x 100



Показатели работы больничной койки;

Среднее число дней занятости койки = Число койко-дней, проведенных больными в стационаре / Число среднегодовых коек, фактически (работа, развернутых и свернутых на ремонт

Показатель характеризует объем деятельности стационара и эффективность использования коечного фонда. Работа койки меньше или больше норматива свидетельствует соответственно о недогрузке или перегрузке стационара. На использование койки в различных стационарах и по различным профилям влияют многочисленные факторы: госпитализация непрофильных больных, поступление плановых больных в субботу и воскресенье, выписка больных в предпраздничные и праздничные дни, догоспитальное амбулаторное обследование больных в стационаре, несвоевременное назначение диагностических исследований и комплексного лечения, несвоевременная выписка из стационара и др.

Резервами для более эффективного использования коечного фонда являются: улучшение качества подготовки больных со стороны амбулаторно-поликлинического звена к стационарному лечению и лучшая преемственность между поликлиникой и стационаром; совершенствование системы госпитализации, равномерное поступление больных в стационар во все дни недели; госпитализация больных по назначению, т. е. в больницы и отделения того профиля, который соответствует диагнозу, характеру и сложности заболевания; более широкое и своевременное использование в поликлиниках и стационарах консультативной помощи специалистов; своевременное обследование и лечение не только основного, но и сопутствующих заболеваний.

Показатели работы больничной койки;



Оборот койки = Работа койки / Средняя длительность пребывания на койке

Этот показатель свидетельствует о том, какое число больных «обслужила» одна койка в течение года. Быстрота оборота койки зависит от длительности госпитализации, что, в свою очередь, определяется характером и течением заболевания. В то же время уменьшение сроков пребывания больного на койке и, следовательно, увеличение оборота койки во многом зависят от качества диагностики, своевременности госпитализации, ухода и лечения в больнице. Расчет показателя и его анализ следует вести как в целом по стационару, так и по отделениям, профилям коек, нозологическим формам. В соответствии с плановыми нормативами для городских стационаров общего типа оборот койки считается оптимальным в пределах 25 – 30, а для диспансеров – 8 – 10 больных год.

Простой койки = 365 (число дней в году) - Работа койки / Оборот койки

Показатель позволяет определить среднее число дней незанятости койки от момента выписки предыдущего больного до поступления следующего больного. Среднее время простоя койки колеблется от 0,5 до 3 дней, в то же время эта цифра может быть и выше, например для родильных коек – до 13–14 дней. Величину простоя койки рассматривают в комплексе с другими показателями использования коечного фонда

Средняя длительность пребывания = Число койко-дней, проведенных больными в стационаре / Число использованных больных

Показатель средней длительности пребывания больных в стационаре рассчитывается по каждому отделению и по больнице в целом. Средняя длительность пребывания больных в стационаре зависит от ряда параметров, в частности, от специализации коечного фонда, пола, возраста, характера патологии и тяжести состояния пациентов, преобладания с поликлиническими учреждениями, уровня квалификации медицинского персонала, организации лечебно-диагностического процесса, оснащения стационара лечебно-диагностическим оборудованием, степени внедрения современных технологий, организации поступления и выписки больных, степени удовлетворенности пациентов организацией и качеством лечения и условиями пребывания в больнице, организации ведомственного и вневедомственного контроля качества лечебно-диагностического процесса, степени развития стационарозамещающих видов медицинской помощи.

Процент выполнения койко-дней по плану = Число фактически проведенных больными койко-дней / Плановое количество x 100

Выполнение планового норматива числа койко-дней можно рассчитать в целом по больнице и по отделениям и дать оценку полученным показателям, проанализировав, насколько выполнен норматив числа койко-дней относительно плановых значений. В оптимальном случае показатель составляет 100%. Если он менее 100%, - больница работает с недогрузкой, если более 100% - с перегрузкой (т.е. появляются незапланированные койки).



Показатели качества стационарной помощи;

Больничная летальность = Число умерших в стационаре (или на койках отдельного профиля) / Число выбывших больных из стационара (или на койках отдельного профиля)

Данный показатель характеризует: качество стационарного и поликлинического обслуживания больных, лечившихся в стационаре; уровень квалификации медицинского персонала; качество лечебно-диагностического процесса. На показатель оказывают влияние факторы, связанные с составом больных (пол, возраст, нозологическая форма, тяжесть состояния и др.), а также факторы управления качеством медицинской помощи (своевременность госпитализации, адекватность проводимого лечения и т. д.). Он вычисляется как в целом по стационару, так и отдельно по отделениям и нозологическим формам. В среднем он составляет в настоящее время 5-6%.

Досуточная летальность = Число умерших в стационаре в первые сутки после поступления в стационар / Число всех умерших в стационаре x 100

Смерть в первые сутки указывает на тяжесть заболевания и, следовательно, на особую ответственность медицинского персонала в отношении правильной организации экстренной помощи. Оба показателя дополняют характеристику организации и качества лечения больных.

Послеоперационная летальность = Число умерших больных после операций / Общее число операций x 100

Вычисляется в целом по стационару и при отдельных заболеваниях, требующих экстренной хирургической помощи.

Структура послеоперационной летальности = Число умерших больных по данной операции / Общее число умерших при всех операциях x 100



Показатели качества стационарной помощи;

Частота расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов =
Число случаев расхождений клинических диагнозов с патологоанатомическими / Общее число вскрытий умерших x 100

Показатель характеризует качество лечебно-диагностической работы в стационаре, уровень квалификации врачей стационара. При этом анализируется не только общее число диагностических ошибок, но и их категория. К ошибкам первой категории относят те из них, где установление диагноза в данном стационаре было невозможно или затруднено в силу объективных причин (тяжесть состояния, кратковременность пребывания и др.). К ошибкам второй категории относятся такие случаи, когда диагноз мог быть установлен, но допущенная ошибка не сыграла существенной роли в судьбе больного. К ошибкам третьей категории относят такие диагностические ошибки, которые обусловлены грубыми дефектами диагностического процесса в данном стационаре, что повлекло за собой неадекватную или несвоевременную терапию и, в конечном счете, послужило причиной летального исхода.

Показатели качества хирургической помощи

Число операций на 100 оперированных = Всего операций, проведенных в стационаре /
Число оперированных в стационаре x 100

Хирургическая активность в стационаре = Всего операций, проведенных в стационаре
(отделении) / Число лиц, выписанных и умерших в стационаре (отделении) x 100

Величина показателя хирургической активности зависит от квалификации хирургического персонала, технического оснащения операционных блоков, отделений анестезиологии и интенсивной терапии, соблюдения стандартов лечения хирургических больных, а также от контингента госпитализированных больных и процента экстренных госпитализаций. Среднее значение данного показателя составляет 60–70%.



Показатели качества стационарной помощи;

Показатели экстренной хирургической помощи

Уд.вес больных оперированных по экстренным показаниям = Число оперированных по экстренным показаниям больных / Всего оперированных больных в стационаре x 100

Структура больных доставленных по экстр.показ. = Число экстренных больных (с данной патологией) / Всего доставлено экстренных хирургических больных x 100

Качество экстренной хирургической помощи определяется быстротой поступления больных в стационар после начала заболевания и сроками производства операций после поступления, измеряемыми в часах. Чем выше процент больных, доставленных в больницу в первые часы (до 6 ч от начала заболевания), тем лучше поставлена скорая и неотложная помощь и тем выше качество диагностики участковых врачей. Случаи доставки больных позже 24 ч от начала заболевания должны рассматриваться как большой недостаток в организации работы поликлиники, так как своевременность госпитализации и оперативного вмешательства имеет решающее значение для благополучного исхода и выздоровления больных, нуждающихся в экстренной помощи.



Показатели нагрузки персонала

- **Нагрузка на одного врача** = $\frac{\text{Число коек в стационаре (отделении)} \times 100}{\text{Число занятых должностей врачей в стационаре (отделении)}}$
- **Функция врачебной должности** = $\frac{\text{Число койко - дней, проведенных в стационаре (отделении) за год} \times 100}{365 (\text{число дней в году}) \times \text{Число занятых должностей врачей в стационаре (отделении)}}$



**Благодарю за
внимание!**

