

Категория: Общие и практические вопросы организации медицинской деятельности

Опубликовано: Понедельник, 20 апреля 2020, 14:58

Автор: Андрей Таевский

Просмотров:

4029

---

Все очарованы «коронай».

Ленты новостные забиты под завязку «коронавирусным» контентом, а чего ещё проскакивает – редко и мимо. Спросом, судя по всему, не пользуется, всё внимание приковано к пандемии. А где внимание, там и мысли. Мысли выливаются в бесконечные комментарии, публикации и видеоролики. Причём, для выражения мнений в чрезвычайных обстоятельствах не нужны уже претензии на глубину анализа, свежесть информации и даже логика в рассуждениях. Стихия всё прощает. Медийное бурление настолько сильно и зло, что самой гуманной (щадящей) поведенческой линией будет, наверное, воздержание от какой-либо собственной активности в «коронной» тематике.

Собственно, я этой стратегии и придерживаюсь, уважаемые коллеги. Стойко! Всё бы хорошо, да натура творческая скулит и царапается изнутри – дескать, зачахла совсем в заточении. А тут и повод выгулять представился: идея небольшой, спокойной и, как мне вначале (напрасно!) показалось, лёгкой в подготовке публикации на одну актуальную тему.

Тема уже не раз обсуждалась в профессиональных медицинских и не только соцсетях: как втайне от злобного, жестокого инфекционного агента оказывать медицинскую помощь остро нуждающимся в ней людям, с ним ещё не знакомым? Втайне, и никак иначе. Ведь как пронюхает, так нападёт и всё испортит, непременно. Что, собственно и происходит. То одна больница «вспыхнула», то другая.

По сути, с новым коронавирусом у нас уже нет «чистых» и «грязных» медицинских организаций или подразделений. У нас есть «откровенно грязные», куда доставляются больные с подтверждённым или вероятным диагнозом, и «кто бы знал». Понятно, что суммарная мощность первых прирастает преимущественно за счёт последних вслед за обостряющейся с каждым днём потребностью.

Но эти, последние – они хоть и «последние» в сегодняшней всенародной здравоохраненческой повестке, но совсем не последние для тех, кто в них остро нуждается. И если можно смириться с тем, как они массово перепрофилируются в инфекционные стационары или «вылетают» на карантин в «грязном» по умолчанию ургентном потоке, то «вылет» медицинских организаций и подразделений, в которых оказывается плановая медицинская помощь, в общем-то, должен рассматриваться, как авария. А то и катастрофа, если речь идёт о критически важных стационарах.

То, что медицинская помощь оказывается в плановом порядке, совсем не значит, что её можно откладывать произвольно. Перенос необходимых медицинских вмешательств – рулетка. Возможные варианты выхода из

Категория: Общие и практические вопросы организации медицинской деятельности

Опубликовано: Понедельник, 20 апреля 2020, 14:58

Автор: Андрей Таевский

Просмотров:

4029

---

длительной отсрочки для нуждающегося:

- стрессовая смена образа жизни и стиля мышления помогла войти в ремиссию или сменить «букет», «освоением» которого будет время заняться до конца бедствия;
- худо-бедно дотянуть до лучших времён, чтоб увидеть свет в конце туннеля, и потом ещё подождать своей очереди до конца пост-катаклизменной перегрузки лечебной сети;
- обострения, осложнения, неминуемо «грязная» экстренная помощь или «случайно» оказавшаяся «грязной» «плановая», страдания и инвалидность;
- то же с летальным исходом.

Рулетка, как видим, «русская». Я могу ошибаться и хотел бы ошибаться, но, как мне кажется, прямой экономический ущерб вследствие закрытия целых больниц, корпусов, отделений и центров – это только бонус к срыву в чёрную дыру безвременья с чудовищными демографическими и трудовыми потерями и окончательным крахом экономики на выходе по ту сторону сингулярности.

В общем, какую-то часть плановой помощи надобно по возможности сохранять «чистой». И следующий вопрос закономерно будет о том, как уберечь от инфекционного загрязнения и остановки хотя бы критически важную часть профильных стационаров.

Ориентировочная схема эшелонированной обороны может быть, к примеру, такой:

Обеспечение работы важнейших для оказания плановой медицинской помощи профильных стационаров в неблагоприятных эпидемических условиях. Этапный отбор больных, длительная отсрочка плановой медицинской помощи которым связана с высоким риском для жизни и здоровья.

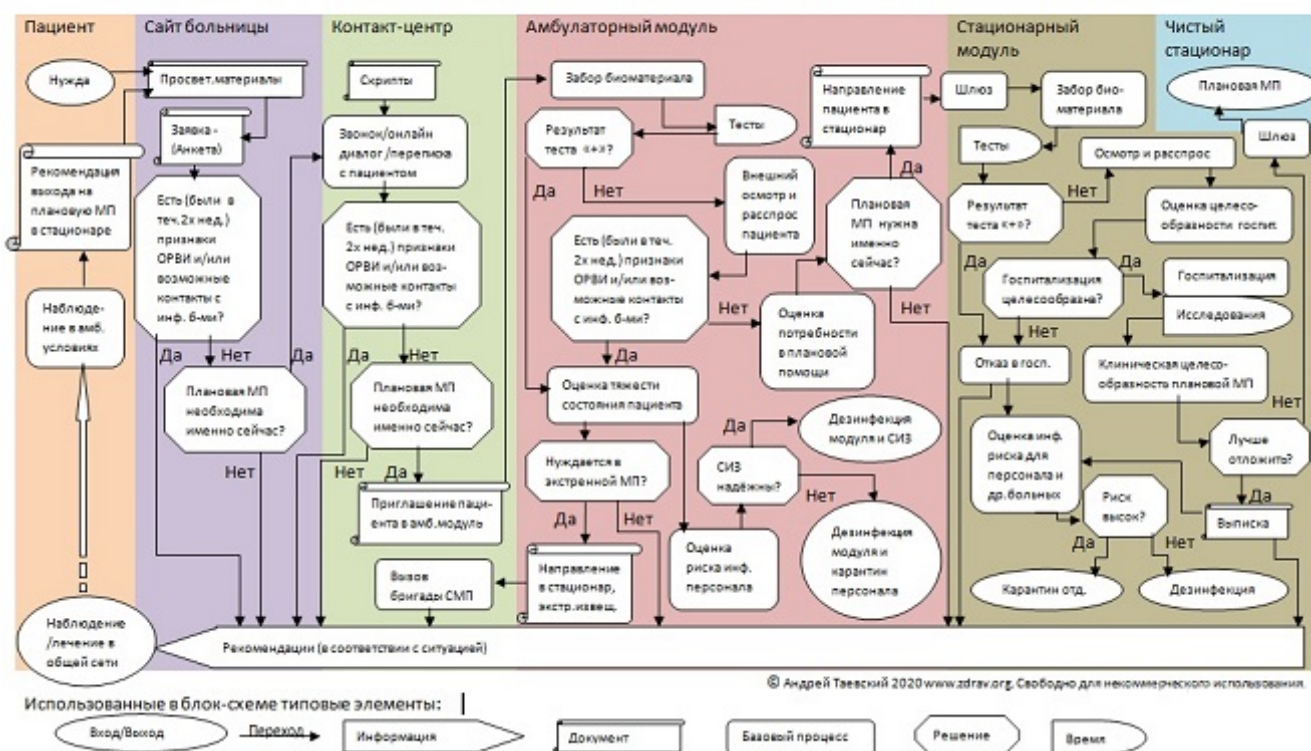


Схема.1. Этапный отбор больных, длительная отсрочка плановой медицинской помощи которым связана с высоким риском для жизни и здоровья, в профильные стационары в неблагоприятных эпидемических условиях.

**Примечание.** Свободно для некоммерческого использования.

[Полноразмерная схема.](#) Если нужен редактируемый «исходник», взять можно [«тут»](#) (потребуется регистрация).

Ай! Ой! Колкие замечания сыплются дождём! Жуть, чего там наворочено! Согласен. А если рассмотреть схему внимательно? Суть-то проста. Эшелонированная оборона с выводом из процесса рискованных кейсов, но не только. Этапная фильтрация: каждый рубеж разгружает следующий – более ресурсоёмкий, причём первый фильтр, массовый, полностью автоматизирован, а второй – максимально формализован.

Категория: Общие и практические вопросы организации медицинской деятельности

Опубликовано: Понедельник, 20 апреля 2020, 14:58

Автор: Андрей Таевский

Просмотров:

4029

---

На сайте больницы, куда пациент будет обращаться сам или по рекомендации лечащего врача, либо по ранее полученной рекомендации от самой больницы по выполнению всех условий, должна быть представлена чётко изложенная, обоснованная и понятная информация. О том, что, как и почему ему нужно делать и не делать, чтоб на выходе скорее получить не вред, а пользу для него самого и его близких, для больницы, для работающих и лечащихся в ней людей.

Прочитал, понял. Должен понять. А дальше – проверки с этапным усложнением. Форма заявки с анкетой (без неё – ничего не будет, никакого продолжения), прозвон по скриптам (решается судьба заявки), очный амбулаторный контакт с тестами (приоритет благополучия многих над интересами одного), шлюз и предварительный стационарный контроль (приоритет тот же). И только потом, убедившись в безопасности (точнее, в минимальной опасности) – шлюз и госпитализация в «чистый» стационар. Отовсюду, при малейшем подозрении – вывод на большой круг. Если ничего плохого там не произошло («грязная» экстренная госпитализация и т.п.) – скрупулёзное выполнение всех условий и новый заход.

Ясно, что не гарантия. Кто-то будет прорываться, кого-то пропустим сами вследствие неустранимого полностью несовершенства контроля. Да и сотрудники будут сами периодически «выбивать» отделения и даже больницы из процесса, несмотря на все меры предосторожности (а их нужно ещё выработать, принять и обеспечить). Но если из, грубо, сотни стационаров реально «чистыми» на сегодня остался десяток, то одновременный «вылет» на карантин одного-двух из них вместо всех десяти можно считать успехом и весомым вкладом в сохранение жизни и здоровья соотечественников.

Прошу рассматривать предложенную организационную модель исключительно в качестве ориентировочной. Буду рад увидеть более совершенные решения проблемы безопасного оказания важнейшей плановой медицинской помощи нуждающимся в ней людям в условиях пандемии и обусловленного ею затяжного системного кризиса.

---

[Обсудить в Телеграм](#)

[Обсудить в Контакте](#)

[Каталог решений Здрав.Биз.](#)

---

Всегда ваш, Андрей Таевский.