**Лекционный материал для самостоятельного изучения.**

**Модуль 1.**

**Общая врачебная практика.**

**Организационно-правовые основы деятельности медицинской сестры врача общей практики.**

**Темы Модуля:**

1. Организационно-правовая основа деятельности врача и медицинской сестры общей (семейной) практики.

2. Современные модели общей врачебной (семейной) практики в России и за рубежом.

3. Организация работы в кабинете врача общей практики. Амбулаторный прием, дневной стационар, малая хирургия, санитарно - эпидемиологический режим.

4. Сестринский процесс в семейной медицине.

1. **Организационно-правовая основа деятельности врача и медицинской сестры общей (семейной) практики.**

Проблема сохранения и укрепления здоровья населения Российской Федерации в настоящее время является приоритетной для нашего государства. Решение задачи улучшения здоровья населения России предполагают усиление первичной медико-санитарной помощи, дальнейшее развитие общей врачебной (семейной) практики и совершенствование ее деятельности.

Согласно статьям 32 и 33 Федерального закона № 323 «Об основах охраны здоровья граждан РФ» к видам медицинской помощи относятся:

1. первичная медико-санитарная помощь;
2. специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;
3. скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;
4. паллиативная медицинская помощь.

**Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи** и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно- гигиеническому просвещению населения. Организация оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам в целях приближения к их месту жительства, месту работы или обучения осуществляется по территориально-участковому принципу.

***Первичная доврачебная медико-санитарная помощь*** оказывается фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием.

***Первичная врачебная медико-санитарная помощь*** оказывается врачами-терапевтами (участковыми), врачами педиатрами (участковыми) и врачами общей практики (семейными врачами).

**Общая врачебная (семейная) практика** – одна из форм организации первичной медико-санитарной помощи, которая оказывается врачом общей практики (семейным врачом), обеспечивающим индивидуальное первичное и непрерывное обслуживание отдельных лиц, семей и населения, независимо от пола, возраста или вида заболевания.

**Врач общей практики (семейный врач)** – специалист, широко ориентированный в основных врачебных специальностях и способный оказать первичную (амбулаторно-поликлиническую) многопрофильную помощь при наиболее распространенных заболеваниях и неотложных состояниях. Врач общей практики, оказывающий первичную многопрофильную медико-санитарную помощь семье, независимо от возраста и пола пациентов, является семейным врачом.

**Медицинская сестра общей (семейной) практики** работает совместно с врачом общей практики и обеспечивает медицинскую помощь прикрепленному населению, включая профилактические и реабилитационные мероприятия. На должность медицинской сестры общей практики назначаются медицинские сестры, прошедшие подготовку по программе специализации «Медицинская сестра общей практики».

В условиях реорганизации здравоохранения меняется суть оказания первичной медико-санитарной помощи, которая должна взять на себя не только функции медицинской службы первого контакта, но и координатора всего процесса охраны здоровья населения, начиная с первичной профилактики и заканчивая организацией реабилитационных мероприятий.

Внедрение общеврачебной практики/семейной медицины стало насущной необходимостью. Это продиктовано как социально- экономическими условиями, резким сокращением числа участковых врачей, так и необходимостью реального внедрения мероприятий, направленных на снижение смертности населения, увеличения продолжительности жизни, укрепление здоровья граждан РФ. Становление института общей врачебной (семейной) практики предполагает значительный экономический, медицинский и социальный эффект, связанный с повышением эффективности амбулаторной помощи, с более низкими затратами на ее финансирование.

**Общую врачебную практику (Семейную медицину) как специальность отличает ряд чрезвычайно важных принципов:**

1. Длительность и непрерывность наблюдения.
2. Многопрофильность первичной медицинской помощи.
3. Отношение к семье как к единице медицинского обслуживания.
4. Превентивность как основа деятельности врача и медсестры.
5. Экономическая эффективность и целесообразность помощи.
6. Координация медицинской помощи.
7. Ответственность пациента, членов его семьи и общества за сохранение и улучшение здоровья.

***Длительность и непрерывность наблюдения*.** Непрерывность помощи - это много больше, чем медицинское обслуживание одного и того же пациента в течение длительного времени.

В понятие непрерывности входят отношения между системой семья – врач- медсестра и другими специалистами, работающими в сфере здравоохранения, к которым приходится обращаться семейному врачу за помощью и советом.

Врач общей практики и семейная медсестра играют роль защитника интересов пациента, интегратора медицинского «сервиса» независимо от того, где осуществляется этот процесс - в медицинском учреждении, дома, на работе. Непрерывность обслуживания обеспечивает сам врач или его коллеги (медсестры, парамедики, социальные работники). Долгосрочные и непрерывные отношения - это больше, чем сумма отдельных консультаций, однако их эффективность теснейшим образом связана с качеством медицинских рекомендаций.

Одним из преимуществ непрерывного обслуживания является обеспечение сотрудничества с пациентом (контроль за приемом назначаемых ему лекарственных препаратов, выполнением других рекомендаций).

Значительная роль в этом отводится поведенческой терапии, которой должны владеть врач общей практики и семейная медсестра. В этом случае уменьшается вероятность того, что пациент будет откладывать визит за медицинской помощью. Непрерывность наблюдения существенно улучшает показатели выявления психологических проблем пациента, снижает потребность в лабораторных и инструментальных услугах и, как следствие, уменьшает стоимость медицинского обслуживания.

***Многопрофильность первичной медицинской помощи*.** Если исходить из многофакторности нездоровья, семейная медицина - это единственная клиническая специальность, которая рассматривает человека как единое целое, т.е. на основе биопсихосоциальной модели.

Понятие «многопрофильность» включает в себя и юридический аспект. Врач общей практики (Семейный врач) имеет право оказывать первичную медицинскую помощь любому больному независимо от его возраста и пола. Пациент или его родственники обращаются к специалисту по семейной медицине в связи с разнообразными проблемами. Многомерный подход семейного врача к нездоровью пациента нередко может приводить к выводам, которые значительно отличаются от выводов, полученных при одностороннем, узкоспециализированном медицинском подходе.

***Семья как единица медицинского обслуживания*.** Семью характеризуют традиции, культура, религиозная принадлежность, а экология и правовые нормы создают ее внешние контуры. Наследственность, воспитание, общее и профессиональное образование определяют индивидуальные качества и поведение людей, их отношения между собой. Понимая это, специалист по семейной медицине должен воспринимать каждого пациента не только как индивидуума с определенными биологическими проблемами, но и как личность в контексте ее жизненного, социального пространства, природно- климатического и экологического окружения.

Оказывая помощь нескольким поколениям пациентов из одной семьи, врач общей практики (семейный врач) и семейная медсестра неизбежно сталкиваются с внутренними проблемами семьи. Отношение семьи к здоровью и болезням, природе и экологии, спорту и питанию, вредным привычкам и обществу в целом должно постоянно контролироваться медицинским работником в рамках лечебной концепции, включая как предсказуемые, так и неожиданные переходы семьи в зоны риска. Семья для ее членов может быть как помощником, так и источником травм. У специалиста по семейной медицине имеется уникальная возможность применить превентивные меры на раннем этапе патологических изменений.

***Превентивность - основа деятельности врача и медсестры.***

Профилактическая направленность - важнейший принцип семейной медицины. Прогнозирование развития определенных заболеваний, доклиническая их диагностика, своевременное информирование пациентов, а также принятие профилактических мер - важнейшие со- ставные элементы ежедневной работы семейного врача и медсестры.

***Принцип экономической эффективности и целесообразности помощи.*** Общая врачебная практика (семейная медицина) ввиду ее высокой общественной значимости тесно связана с такими понятиями, как достаточность, целесообразность и рентабельность. Врачи общей практики (семейные врачи) чаще других специалистов могут использовать рациональную как с медицинской, так и с экономической точки зрения выжидательную тактику, особенно в отношении обследования и лечения. Однако при хронических заболеваниях, типичных для общей практики, не принятые вовремя меры могут стать причиной значительных последующих затрат, которых можно было избежать.

К причинам экономически неэффективного медицинского обслуживания чаще относят гипердиагностику; избыточное обследование и терапию; необоснованные консультации и повторные врачебные осмотры; госпитализации и продолжительные сроки пребывания пациентов в больницах. В соответствии с принципом экономической эффективности семейной медицины действия врачебного и сестринского персонала должны быть достаточными, целесообразными, экономически эффективными и не превышать меру необходимого.

***Координация медицинской помощи.*** Важнейшим компонентом характеристики семейной медицины является интегрированное оказание медицинской помощи. Интегрированное медицинское обслуживание - это координация и объединение в эффективное целое всех персональных услуг здравоохранения, в которых нуждается пациент на протяжении длительного времени. В качестве интегратора оказания медицинской помощи выступают врач общей практики и семейная медсестра. Специалист по семейной медицине принимает экономически обоснованные клинические решения, разрабатывает программу наблюдения, лечения, определяет целесообразность привлечения узких специалистов и госпитализации. Ответственность за качество интегрированной медицинской помощи возлагается на врача общей практики (семейного врача) и его помощников, включая всех участников медицинского процесса, с которыми они взаимодействуют в рамках закона.

***Ответственность пациента, членов его семьи и общества за сохранение и улучшение здоровья.***

К важнейшим мерам, позволяющим снизить количество хронических заболеваний и их тяжесть, следует отнести такие, которые должны осуществляться ***пациентами.*** При этом происходит смещение акцентов: повышается ответственность пациента за свое здоровье. Важнейшие обязанности медицинского работника - медицинское просвещение, информирова- ние и консультирование пациента. Профилактические меры должны быть строго индивидуализированы с учетом возраста, пола и других индивидуальных факторов риска. При этом пациент - активный уча- стник лечебно-профилактического процесса, и его поведение в значи- тельной степени определяет прогноз.

**Основные документы, регламентирующие организацию общей (семейной) практики в Российской Федерации**

Первым основополагающим документом, который положил начало реорганизации первичной медицинской помощи в нашей стране, стал Приказ Минздрава №237 от 26.08.1992 г. В нем были впервые определены полномочия врача и медицинской сестры общей (семей- ной) практики, требования к помещениям и набору оборудования от- делений общей практики, квалификационные характеристики врача и семейной медсестры и общие принципы подготовки специалистов.

Социальный заказ общества на разработку и внедрение в практику системы подготовки врачей общей практики (семейных врачей) был определен Основами законодательства РФ « Об охране здоровья граждан», введенными в действие Постановлением Верховного Сове- та РФ от 22.07.93 г. Этими документами предусмотрено право семьи на выбор семейного врача, прошедшего многопрофильную подготовку по оказанию медицинской помощи членам семьи независимо от возраста и пола.

Приказом МЗ РФ от 30 декабря 1999 г №463 утверждена отраслевая программа ―Общая врачебная (семейная) практика.

*Позднее нормативно-правовая база общей врачебной (семейной) практики была дополнена следующими документами*:

* Приказ МЗ РФ № 350 от 20.11.2002 г. ―О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации‖, изложены Положение об организации деятельности Центра общей врачебной (семейной) практики Положение об организации деятельности медицинской сестры врача общей практики.
* Приказ МЗ РФ № 112 от 21.03.03 ―О штатных нормативах центра, отделения общей врачебной (семейной) практики‖.
* Приказ МЗ РФ № 402 от 12.08.03 ―Об утверждении и введении в действие первичной медицинской документации ВОП/СВ‖.
* Приказ МЗ и социального развития РФ №84 от 17.01.05 ―О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)‖
* Приказ МЗ и социального развития РФ № 584 от 04.08.06 «Порядок организации медицинского обслуживания населения по участковому принципу».
* Приказ Минздравсоцразвития РФ от 11.05.07 №325 «Критерии оценки эффективности деятельности врача общей практики (семейного врача)»
* Приказ Минздравсоцразвития РФ от 11.05.07 №326 «Критерии оценки эффективности деятельности медицинской сестры врача общей практики (семейного врача)».

Квалификационные характеристики врача общей практики (семейного врача) и медсестры общей практики приведение.

**Должностные обязанности медицинской сестры общей практики (семейной медсестры):**

* 1. Выполнение профилактических, лечебных, диагностических мероприятий, назначаемых врачом в поликлинике и на дому, участие в проведении амбулаторных операций.
	2. Оказание больным и пострадавшим первой доврачебной медицинской помощи при травмах, отравлениях, острых состояниях, острых состояниях, организация госпитализации больных и пострадавших по экстренным показаниям.
	3. Организация амбулаторного приема врача общей практики, подготовка рабочего места, приборов, инструментария, подготовка индивидуальных карт амбулаторного больного, бланков, рецептов, осмотр больного, предварительный сбор анамнеза.
	4. Соблюдение санитарно-гигиенического режима в помещении, правил асептики, антисептики, условий стерилизации инструментария и материалов, вер предупреждения постинъекционных осложнений, сывороточного гепатита, СПИДа согласно действующим инструкциям и приказам.
	5. Ведение учетных медицинских документов.
	6. Обеспечение врача общей практики необходимыми медикаментами, стерильным инструментами, перевязочными материалами, спецодеждой. Учет расходов медикаментов, перевязочных материалов, инструментов, бланков специального учета. Контроль за сохранностью и исправностью медицинской аппаратуры.
	7. Проведение персонального учета обслуживаемого населения, выявление его демографической и социальной структуры, учет граждан нуждающихся в надомном медико-социальном обслуживании.
	8. Проведение в поликлинике и на дому доврачебных профилактических осмотров населения.
	9. Организация учета диспансерных больных и инвалидов, часто и длительно болеющих.
	10. Участие в проведении санитарно-просветительной работе на участке.
	11. Подготовка больных к проведению лабораторных и инструментальных исследований.
	12. Современное ведение установленных учетно-отчетных, статистических документов.
	13. Постоянное повышение усовершенствования своего профессионального уровня, знаний, профессиональной культуры.
	14. Выполнение правил внутреннего трудового распорядка, медицинской этики, требований по охране труда и техники безопасности.

**Основные задачи медицинской сестры общей (семейной) практики:**

1. Проведение санитарно-эпидемиологической работы, иммунопрофилактики.
2. Обучение населения простейшим методам само- и взаимопомощи.
3. Организация ухода за детьми, подростками и взрослыми пациентами.
4. Проведение по назначению врача диагностических, лечебных, и реабилитационных мероприятий в пределах своей компетенции.
5. Оказание первой доврачебной помощи при острых заболеваниях, травмах, отравлениях, несчастных случаях, в том числе и у детей.
6. Оказание и контроль за работой младшего медицинского персонала.

Нередко проводят аналогию участковой медицинской сестры с сестрой общей (семейной) практики. Однако спектр обязанностей семейной медицинской сестры значительно больше. Одной из них является осуществление комплекса гигиенических и противоэпидемических мероприятий. Медсестра общей (семейной) практики должна быть компетентна в вопросах иммунизации населения. Педагогическая направленность деятельности семейной медицинской сестры предполагает обучение пациентов и его семьи элементарным способам взаимопомощи. Медицинская сестра общей практики должна сформулировать и провести соответствующий уход за больными детского возраста, а также выполнить соответствующие рекомендации семейного доктора. Одной из них является проведение диагностики, лечения и восстановления согласно законным правам и обязанностям. Медицинская сестра должна осуществлять первую помощь в случае экстренных состояний пациента, таких как травматические повреждения, различные виды шока, остановка дыхания и сердечной деятельности. Обязанность среднего медицинского персонала – систематическое наблюдение за деятельностью младших медицинских работников.

Рекомендуемая численность прикрепленного населения на врачебных участках (Приказ МЗСР РФ № 584 от 04.08.06) составляет:

* на участке врача общей практики - 1500 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше;
* на участке семейного врача - 1200 человек взрослого и детского населения;
* на комплексном терапевтическом участке - 2000 и более человек взрослого и детского населения.

**Критерии оценки эффективности деятельности медицинской сестры врача общей практики (семейного врача)**

(Приказ Минздравсоцразвития РФ от 11.05.07 № 326).

* 1. Основной целью введения критериев оценки эффективности деятельности медицинской сестры врача общей практики (семейного врача) является проведение анализа диагностической, лечебно - профилактической и организационной работы участка врача общей практики (семейного врача) лечебно-профилактического учреждения для улучшения качества оказания первичной медико-санитарной помощи. 2.Основными учетными медицинскими документами при оценке эффективности работы медицинской сестры врача общей практики

(семейного врача) являются:

* карта учета работы медицинской сестры врача общей практики (семейного врача) (учетная форма № 039-1/у-воп);
* медицинская карта амбулаторного больного (учетная форма № 025/у-04);
* история развития ребенка (учетная форма № 112/у);
* паспорт врачебного участка обшей (семейной) врачебной практики (учетная форма № 030/у-воп);
* контрольная карта диспансерного наблюдения (учетная форма

№030/у-04).

1. При оценке эффективности деятельности медицинской сестры врача общей практики (семейного врача), в пределах компетенции, рекомендуется использовать следующие критерии ее деятельности:
	1. При оказании амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению:
		1. Стабилизация или снижение уровня госпитализации прикрепленного населения;
		2. Снижение частоты вызовов скорой медицинской помощи к прикрепленному населению;
		3. Увеличение числа посещений прикрепленного населения лечебно-профилактического учреждения с профилактической целью;
		4. Полнота охвата лечебно-профилактической помощью лиц, состоящих под диспансерным наблюдением;
		5. Полнота охвата профилактическими прививками прикрепленного населения:
* против дифтерии - не менее 90% лиц в каждой возрастной группе взрослых;
* против гепатита в - не менее 90% лиц в возрасте от 18 до 35 лет.

против краснухи - не менее 90% женщин в возрасте до 25 лет;

* выполнение плана профилактических прививок против гриппа;
	+ 1. Стабилизация или снижение показателя смертности населения на дому:
	+ при сердечно-сосудистых заболеваниях;
	+ при туберкулезе;
	+ при сахарном диабете;

3.1.7.снижение числа лиц, умерших на дому от болезней системы кровообращения в возрасте до 60 лет и не наблюдавшихся в течение последнего года жизни;

* + 1. Стабилизация уровня заболеваемости болезнями социального характера:
			1. Туберкулез:
	+ число вновь выявленных больных;
	+ полнота охвата флюорографическим обследованием лиц - более 90% от числа подлежащих обследованию;
	+ полнота охвата бактериоскопическим обследованием лиц - более 90% от числа подлежащих обследованию;
	+ отсутствие повторных случаев заболевания у контактных лиц в очагах активного туберкулеза;
	+ отсутствие запущенных случаев заболевания туберкулезом;
		- 1. Артериальная гипертония:
	+ число вновь выявленных больных артериальной гипертонией;
	+ снижение уровня первичной заболеваемости ишемической болезнью сердца;
	+ снижение инвалидизации в результате инфаркта миокарда и инсульта;
	+ снижение смертности прикрепленного населения от инфарктов миокарда и инсультов;
		- 1. Сахарный диабет:
	+ число вновь выявленных больных сахарным диабетом;
	+ число больных сахарным диабетом с компенсированным статусом - более 50% лиц, стоящих на учете;
	+ снижение числа осложнений заболевания сахарным диабетом;
		- 1. Онкологические заболевания:
	+ отсутствие случаев онкологических заболеваний видимых локализаций, выявленных в 3-4 клинических стадиях;
		1. Полнота охвата мероприятиями по динамическому медицинскому наблюдению за состоянием здоровья отдельных категорий граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг, в т. Ч. Лекарственного обеспечения, санаторно-курортного и восстановительного лечения;
		2. Выполнение плана мероприятий по гигиеническому воспитанию и образованию населения;
		3. Выполнение плана мероприятий по обучению уходу за больными и самоуходу, связанному с конкретными заболеваниями;
		4. Выполнение плана мероприятий по обучению населения принципам здорового образа жизни;
		5. Выполнение плана занятий в «школах здоровья» с больными, имеющими заболевания:
	+ сахарный диабет;
	+ бронхиальная астма;
	+ болезни сердца и сосудов;
	1. При оказании амбулаторно-поликлинической помощи детям:
		1. деятельность медицинских сестер врачей общей практики

(семейных врачей) среди детского населения в пределах компетенции по следующим критериям:

* + полнота охвата дородовыми патронажами беременных женщин.

Данный показатель рассчитывается путем умножения количества проведенных дородовых патронажей беременных на 100 и деления на количество подлежащих дородовым патронажам беременных;

* + полнота охвата патронажем детей первого года жизни. Данный показатель рассчитывается путем умножения количества проведенных медицинской сестрой врача общей практики (семейного врача) патронажей детей первого года жизни на 100 и деления на количество плановых патронажей детей первого года жизни;
	+ полнота охвата профилактическими осмотрами детей.

Полнота охвата детей профилактическими осмотрами составляет не менее 95% от общего числа детей соответствующего возраста, подлежащих профилактическим осмотрам, в т. ч. на первом году жизни - не менее 100% (раздельно по срокам после выписки из родильного дома: 1 месяц, 3 месяца. 6 месяцев, 9 месяцев, 12 месяцев);

* + полнота охвата профилактическими прививками детей в соответствии с национальным календарем профилактических прививок.

Полнота охвата профилактическими прививками детей составляет не менее 95% от общего числа детей подлежащих прививкам;

* + удельный вес числа детей первого года жизни, находящихся на грудном вскармливании.

Удельный вес детей первого года жизни, находящихся на груд- ном вскармливании, составляет: в возрасте 3 месяцев - не менее 80%, 6 месяцев - не менее 50%, 9 месяцев - не менее 30%;

* + полнота охвата диспансерным наблюдением детей, состоящих на диспансерном наблюдении по нозологическим формам.

Полнота охвата диспансерным наблюдением детей составляет не менее 90% от числа детей, подлежащих диспансерному наблюдению по каждой нозологической форме;

* + удельный вес детей, снятых с диспансерного наблюдения по выздоровлению;
	+ динамика численности детей-инвалидов;
	+ удельный вес детей, госпитализированных в плановом порядке, в общем числе детей, состоящих под диспансерным наблюдением и нуждающихся в плановой госпитализации;
	+ удельный вес детей, направленных в плановом порядке в санаторно-курортные учреждения, в общем числе детей, состоящих под диспансерным наблюдением и нуждающихся в плановом санаторно- курортном лечении;
	+ удельный вес детей, получивших противорецидивное лечение, в общем числе детей, состоящих под диспансерным наблюдением и нуждающихся в противорецидивном лечении;
	+ удельный вес количества выполненных индивидуальных программ реабилитации детей-инвалидов в общем числе детей - инвалидов;
	+ динамика показателя первичной заболеваемости у детей;
	+ динамика показателя общей заболеваемости (распространенности) у детей.
1. Эффективность деятельности медицинской сестры врача обшей практики (семейного врача) при оказании амбулаторно- поликлинической помощи женщинам рекомендуется оценивать по следующим критериям:
	* полнота охвата диспансерным наблюдением беременных, в т. ч. выделение женщин «групп риска», в целях предупреждения и раннего выявления осложнений беременности, родов и послеродового периода;
	* выполнение плана мероприятий по физической и психопрофилактической подготовке беременных к родам, в т.ч. по подготовке семьи к рождению ребенка;
	* выполнение плана мероприятий по обучению населения принципам охраны репродуктивного здоровья и профилактики абортов.
2. Конкретные критерии оценки эффективности деятельности медицинской сестры врача обшей практики (семейного врача) определяются руководителем лечебно-профилактического учреждения с учетом численности, плотности, возрастно-полового состава населения, уровня заболеваемости, географических и иных особенностей территории.
3. При необходимости по решению руководителя лечебно- профилактического учреждения здравоохранения могут использоваться дополнительные критерии оценки эффективности деятельности медицинской сестры врача общей практики (семейного врача).
	1. **Современные модели общей врачебной (семейной) практики в России и за рубежом.**

Создание института врачей общей практики в России началось в 1988 г. В настоящее время врачи общей практики работают в основном в государственных медицинских учреждениях (территориальные поликлиники, городские и сельские врачебные амбулатории), относительно небольшая часть работают в негосударственных учреждениях и как частнопрактикующие. В обобщенном виде можно говорить о следующих формах работы врача общей практики: индивидуальный прием пациентов и групповая практика (отделения или бригады).

В качестве врача общей практики работают в основном участковые терапевты, прошедшие специальную подготовку на факультетах усовершенствования врачей. Первичная подготовка врачей общей практики осуществляется сейчас во многих вузах России. Разработана и утверждена МЗ РФ программа подготовки врача обшей практики (семейного врача) и медицинских сестер общей практики.

Врачи общей практики не только выполняют функции участковых терапевтов, но также ведут прием пациентов со смежной патологией- неврологическими, офтальмологическими, хирургическими и ЛОР-заболеваниями и др.

График рабочего дня врача общей практики врача общей практики строится следующим образом: 4 часа - амбулаторный прием и 2,5 часа - посещение больных на дому.

Практика выделения квартир для врача общей практики в пре делах территориального участка привела к тому, что пациенты довольно часто пользуются услугами врачей в вечернее и даже в ночное время.

В среднем в месяц на одного врача общей практики приходится от 820 до 1200 посещений, то есть ежедневный прием составляет 16- 20 пациентов. Врачи общей практики ведут прием совместно с медицинскими сестрами, а на селе, кроме того, и с фельдшерами- акушерками. Соотношение врачебного и среднего медперсонала в учреждениях колеблется от 1:1 до 1:3

Специально подготовленных медицинских сестер пока не хватает, планируется расширить их до- дипломную подготовку в медицинских училищах и на факультетах высшего сестринского образования медицинских вузов.

Врачи общей практики, работающие в поликлиниках, пользуются лечебно-диагностической базой своего учреждения. Во врачебных амбулаториях, удаленных от поликлиник, врачи общей практики ограничиваются назначением пациентам простейших исследований (ЭКГ, рино- и отоскопия, функция внешнего дыхания, экспресс- анализы мочи на сахар, белок и др.). Из лечебных мероприятий в амбулаториях проводятся различные инъекции, массаж, физиотерапевтические процедуры (УВЧ, ингаляции, УФО, электрофорез и др.).

Численность населения, обслуживаемого одним врачом общей практики, составляет 1500 человек взрослого населения; на участке семейного врача - 1200 человек взрослого и детского населения; радиус обслуживаемого участка в городе - менее 1 км, однако имеются участки с радиусом 3 км и более. На участках, где высока доля лиц пожилого и старческого возраста, примерно каждый пятый визит делается с медико-социальной целью. Многие врачи общей практики ведут учет одиноких, хронически больных, инвалидов, лиц с асоциальным поведением, поддерживают связь с органами социального обеспечения, оформляют нуждающихся в дома-интернаты, организуют стационары на дому.

Картину заболеваемости взрослого населения по обращаемости к врачу общей практики в основном определяют 5 классов болезней: болезни органов дыхания - 250,5 случая на 1000 жителей старше 15 лет; болезни системы кровообращения - 97,8‰; болезни костно- мышечной системы и соединительной ткани - 89,0 ‰, травмы и отравления - 78,1‰ и болезни органов пищеварения - 51,7‰, что составляет соответственно 36; 14; 12,8; 11,3 и 7,4% от общего числа заболеваний. В течение года на консультацию к ―узким‖ специалистам в среднем направляется 19,1% пациентов, на обследование в другие учреждения - 14,3%, госпитализируется - 7,1% больных.

В настоящее время в мировой практике описаны следующие основные модели организации работы врача общей практики (семейного врача) (ВОП/СВ):

1. ***модель – ВОП/СВ, работающий в индивидуальном порядке (независимая врачебная практика),*** независимо от других врачей общей практики и врачей-специалистов. ВОП/СВ является независимым хозяйствующим субъектом, самостоятельно формирует свой до- ход и отвечает за финансовую деятельность. Основная трудность при этой модели заключается в проблеме круглосуточного оказания неотложной медицинской помощи и временной замены воп в случае его болезни, отпуска, повышения квалификации.
2. ***модель – групповая врачебная практика (врачебная амбулатория).*** При этом несколько врачей общей практики объединяются в групповую практику на правах юридического лица (товарищество), либо на правах соглашения с партнерами (договора о совместной деятельности). В этом случае для врачей уменьшаются затраты на приобретение медицинского оборудования с одновременным улучшением технической оснащенности за счет объединения средств общих практик, возможность поочередно оказывать неотложную помощь, заменять друг друга в случае болезни, отпуска, повышения квалификации и т.д.
3. ***модель – центры здоровья.*** Эту модель называют «скандинавской», так как она возникла и наиболее распространена в скандинавских странах. Эта модель представляет собой объединение нескольких групповых врачебных практик, что позволяет решать вопросы пмсп на более высоком уровне по сравнению с групповой практикой, первичная медико-санитарная и медико-социальная помощь в центре здоровья становится более разнообразной и эффективной. Напоминают участковые больницы, которые работают в тесном контакте с закрепленными 3-4 врачебными амбулаториями. Для центров здоровья характерна новая функция по сравнению с групповыми практиками – организация стационаров по уходу за престарелыми, больными и инвалидами.
4. ***модель – ВОП/СВ работает в поликлинике.*** Возможные варианты этой модели:

а) ВОП/СВ работает в здании поликлиники;

б) ВОП/СВ работает на территории обслуживаемого населения;

в) групповая врачебная практика (отделение общеврачебной практики в поликлинике).

При любом из этих вариантов врач общей практики/семейный врач состоит в штате поликлиники, а общеврачебная практика является структурным подразделением поликлиники.

В помощь ВОП придаются средние медработники - медсестры (манипуляционная, патронажная и др.), акушерка, в ряде случаев - и медсестра, оказывающая социальную помощь. Эта бригада на прикрепленном участке ведет всю работу - прививочную, просветительную, профилактическую, осуществляет лечение больных, наблюдение за беременными, детьми, инвалидами, пожилыми и т. д. В необходимых случаях ВОП привлекает специалистов для консультации и назначения лечения, но контроль за лечением и наблюдение пациента осуществляет сам.

1. ***модель – общеврачебная практика в сельской местности.***

В российском здравоохранении сформировались в основном две последние модели: ВОП работает в поликлинике и общеврачебная практика в сельской местности. При этом основным в отечественном здравоохранении продолжает оставаться участковый принцип медицинского обслуживания населения.

В Великобритании из 40 часов рабочей недели врач общей практики затрачивает 14% времени на профилактику заболеваний, 8% времени уделяет вопросам оптимизации среды обитания пациентов, а 21% времени уходит на деятельность по профилактике инфекционных заболеваний (особенно у детей).

Распределение рабочего времени врача общей практики в Великобритании, по данным Королевского колледжа врачей общей практики (1985), представляется следующим образом. 21% рабочего времени уходит на консультацию больных инфекционными заболеваниями, которые обычно вызываются вирусами. 14% времени занимает профилактика заболеваний: иммунизация детей, наблюдение за беременными, контрацепция, цитология мазков шейки матки и наблюдение за больными гипертонической болезнью. Остальной бюджет времени распределяется на консультацию больных.

В Бельгии врач общей практики обслуживает 725, в Финляндии

* 1730, в Германии - 2000 человек населения. Число пациентов, принимаемых в неделю врачом общей практики в Англии, колеблется от 25 до 225 , в среднем – 100-140 человек. Консультация пациента занимает от 5 до 9 мин. Число визитов врачей на дом также имеет большой разброс - от 3 до 33 в неделю, при этом у некоторых врачей они занимают 2%, а у других - до 25% рабочего времени.

В странах Западной Европы существует несколько принципиально разных систем оплаты труда врачей общей практики: фиксированная заработная плата, подушевая оплата (фиксированная сумма за каждого пациента, иногда дифференцированная по возрасту и полу пациента) и оплата за каждую оказанную услугу. Возможны также разные их комбинации.

Как правило, в западных странах врачи общей практики не являются работниками, нанятыми по договору трудового найма. Врачи общей практики заключают с местными органами управления здравоохранением договор на оказание медицинской помощи населению; таким образом, они в значительной степени не зависимы в принятии решений, касающихся ведения больных. Кроме того, в этих же странах имеют значительный вес ассоциации врачей общей практики, которые занимаются вопросами, касающимися разработки стандартов диагностики и лечения, лицензирования медицинской деятельности, правовой защиты врачей и некоторыми другими.

От врачей общей практики требуется обеспечение круглосуточной доступности первичной медицинской помощи. Однако это осуществимо лишь в случае групповой практики, когда возможна организация графика дежурств каждого из врачей.

Возможность выбора лечащего врача, как одно из основных прав пациента, представлено достаточно широко в западных странах, однако, в отличие от российской модели, существует ряд ограничений. Так, врач вправе отказать в регистрации пациенту, если тот проживает слишком далеко от места работы врача.

В последнее время наблюдается тенденция распространения групповой практики врачей, когда объединяются 5-7-9 врачей, медицинских сестер, иногда социальных работников.

**3. Организация работы в кабинете врача общей практики. Амбулаторный прием, дневной стационар, малая хирургия, санитарно - эпидемиологический режим.**

***Врач общей практики (семейный врач) осуществляет свою деятельность:***

* в государственном медицинском учреждении (поликлиника, городская и сельская врачебная амбулатория, участковая и центральная районная больница муниципальной системы здравоохранения; центр общей врачебной (семейной) практики, отделения общей врачебной (семейной) практики амбулаторно-поликлинических учреждений, здравпункт и др.);
* в негосударственном медицинском учреждении (малое акционерное, коллективное предприятие, кооператив);
* в порядке частной практики.

Чаще всего врач общей практики (семейный врач) осуществляет свою деятельность в медицинских организациях муниципальной системы здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению.

***Формы организации общеврачебной практики:***

* одиночная практика (индивидуально оказывает помощь);
* групповая практика (оказывает помощь совместно с другими врачами). В зависимости от социально - демографического состава обслуживаемого населения, бригада врачей может включать и других специалистов, в том числе социальных работников. Одиночная практика используется преимущественно в сельской местности, групповая практика - в городах.

Врач общей практики осуществляет следующие виды деятельности: профилактика, диагностика, лечение наиболее распространенных заболеваний и реабилитация пациентов; оказание экстренной и неотложной медицинской помощи; выполнение медицинских манипуляций; проводит организационную работу.

**Для организации работы врача общей практики используются следующие помещения**:

* + - 1. Кабинет приема врача - 10 кв. м.
			2. Процедурный кабинет + перевязочный кабинет - 18 кв. м.
			3. Дневной стационар на 3 койки - 21 кв. м + санузел 3 кв. м.
			4. Прививочный кабинет - 12 кв. м.
			5. Кабинет приема пациентов с подозрением на инфекционные забо- левания - 10 кв. м.
			6. Кабинет доврачебного приема + регистратура - 12 кв. м.
			7. Физиотерапевтический кабинет - 6 кв.м на 1 койку, но не менее 12 кв. м.
			8. Санитарная комната - 8 кв. м.
			9. Комната приема пищи для сотрудников - 8 кв. м.
			10. Санузел для сотрудников - 3 кв. м.
			11. Холл.
			12. Гардеробная - 4 кв. м на 1 шкаф.

При проведении общеклинических, гематологических лабораторных исследований, для оказания акушеро-гинекологической по- мощи выделяют дополнительные кабинеты. При проведения хирургических вмешательств оборудуют операционную.

В зависимости от конкретного места, где планируется размещение офиса врача общей практики, в определенной степени будет отличаться и оборудование. Офис ВОП в сельской местности, находящийся на отдаленном расстоянии от ЛПУ, где можно провести диагностические исследования и получить помощь специалистов, укомплектован большим набором оборудования, чем офис ОВП, организованный на базе многопрофильной поликлиники, где врач общей практики может воспользоваться уже имеющимся в учреждении ап- паратом ЭКГ, хирургическим оборудованием и т.д. Перечни оборудования для офисов ВОП и комплекты для оказания неотложной по- мощи семейным врачом утверждены приказом Минздрава РФ № 350 от 20.11.02 г. На начальном этапе создания офиса ВОП можно обеспечить эффективную работу и при наличии базового набора оборудования.

**Аппараты, приборы, оборудование кабинета врача общей практики (семейного врача)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№****п. п** | **Наименование** | **Дополнительное оборудование для кабинета ВОП (СВ)** |
| 1 | Аппарат для высокочастотной электрохирургии(диатермокоогулятор) - 1 шт. | 1.Аппарат для вакуум-аспирации - 1 шт. |
| 2 | Аппарат для искусственного дыхания ручной сотсасывателем -1 шт. | 2.Весы для взвешива-ния грудных детей 1 шт. |
| 3 | Аппарат УЗИ портативный - 1шт. | 3.Кресло гинекологическое – 1 шт. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 4 | Весы медицинские -1 шт. | 4.Прибор для выслу- шивания сердцебиенияплода - 1 шт. |
| 5 | Глюкотест компл. по потребн. | 5.Тазомер 1 шт. |
| 6 | Динамометр ручной и плоскопружинный -1 шт. |  |
| 7 | Жгут резиновый -1 шт. |  |
| 8 | Кардиодефибриллятор портативный -1 шт. |  |
| 9 | Коробка стерилизационная шт. - по потребн. |  |
| 10 | Лотки разные - шт. по потребн. |  |
| 11 | Лента измерительная -1 шт. |  |
| 12 | Лупа обыкновенная -1 шт. |  |
| 13 | Микроскоп -1 шт. |  |
| 14 | Молоток неврологический - 1шт. |  |
| 15 | Набор линз для подбора очков - 1 шт. |  |
| 16 | Негатоскоп -1 шт. |  |
| 17 | Облучатель бактерицидный -1 шт. |  |
| 18 | Отоскоп (галогеновый) -1 шт. |  |
| 19 | Офтальмоскоп (галогеновый) 1 шт. |  |
| 20 | Пневмотахометр -1 шт. |  |
| 21 | Рефлектор лобный (Симановского)-1 шт. |  |
| 22 | Ростомер (для взрослых и детей) -1 шт. |  |
| 23 | Световод-карандаш для осмотра зева 1 шт. |  |
| 24 | Скиоскопическая линейка 1 шт. |  |
| 25 | Стетофонендоскоп -1 шт. |  |
| 26 | Сфигмоманометр (для взрослых и детей) - 1 шт. |  |
| 27 | Светильник переносной, прикрепленный у мес-та применения -1 шт. |  |
| 28 | Таблица для определения остроты зрения (длявзрослых и детей) с осветителем 1 шт. |  |
| 29 | Термометр - 3 шт. |  |
| 30 | Тонометр Маклакова - 1 шт. |  |
| 31 | Угломер - 1 шт. |  |
| 32 | Часы песочные - 1 шт. |  |
| 33 | Шкаф сухожаровой - 1 шт. |  |
| 34 | Электрокардиограф портативный - 1 шт. |  |
| 35 | Чрезпищеводный кардиостимулятор - 1 шт. |  |

**Медицинский инструментарий кабинета врача общей практики (семейного врача):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п.п** | **Наименование** | **№ п.п** | **Наименование** | **Дополнительный инструментарий** |
| 1 | Воронка ушная 6 шт. | 29 | Ножницы для перевязочного материала - 1 шт. | Воронки ушные детские - 6 шт. |
| 2 | Долото глазное дляизвлечения инородных тел из глаза 2 шт. | 30 | Ножницы хирургические для рассечения мягких тканей- 2 шт. | Зеркала влагалищные:- двустворчатые по Куско - 3 шт. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | - N 1 -3 шт.- N 2 -3 шт.- N 3 -3 шт.* по Симсу N 1 - 5 5 шт.
* детские N 1 – 3-5 шт.
 |
| 3 | Зажимы кровооста- навливающие 10 шт. | 31 | Ножницы для разре-зания повязок с пуговкой- 1 шт. | Зонд маточный - 2 шт. |
| 4 | Зеркало для гортани 5компл. | 32 | Ножницы для ногтей-1 шт. | Конхотом - 2 шт. |
| 5 | Зеркало для носоглот-ки 5 шт | 33 | Пинцет анатомиче-ский - 2 шт. | Кюретки - 1 компл. |
| 6 | Зеркало носовое 5 шт. | 34 | Пинцет анатомиче-ский глазной - 2 шт. | Ложки Фолькмана - 10шт |
| 7 | Зонд желудочный 4шт. | 35 | Пинцет хирургиче-ский- 2 шт. | Расширители Гегара -2 компл. |
| 8 | Зонд дуоденальный 4 шт. | 36 | Распылитель анесте-зирующих средств - 2 шт. | Щприц с маточным наконечником 2 шт. |
| 9 | Зонд пуговчатый 3 шт. | 37 | Расширитель трахео- томический 2 шт. | Щипцы влагалищные для инородных тел(детские) N 1, 2 -2 шт. |
| 10 | Зонд ушной с нарез-кой 5 шт. | 38 | Роторасширитель 2шт. | Шипцы пулевые одно-зубчатые - 2 шт. |
| 11 | Зонд хирургический желобовидный (раз-ные) 1 компл. | 39 | Скальпель 6 шт. |  |
| 12 | Иглы инъекционные к шприцам 50 шт. | 40 | Скарификатор-копье |  |
| 13 | Игла-нож для удале-ния инородных тел из роговицы 2 шт. | 41 | Троакар медицинский-3 шт. |  |
| 14 | Иглы хирургические компл. по по- требн. | 42 | Трубка трахеостоми- ческая (разн.размера)- 4 шт. |  |
| 15 | Иглодержатель 4 шт. | 43 | Шприцы шт. попотребн. |  |
| 16 | Капельница одноразо-вые | 44 | Шприцы Жане 1 шт. |  |
| 17 | Канюля переходная 6 шт. | 45 | Шприц для внутри- гортанных вливанийи промываний минда- лин 2 |  |
| 18 | Катетеры металличе-ские 2 компл. | 46 | Шпатель металличе-ский 1 шт. |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 19 | Катетеры резиновые (набор) 2 компл. | 47 | Шпатели деревянные шт. по потребности |  |
| 20 | Катетеры одноразово- го использования 2компл. | 48 | Шины проволочные - 10 шт. |  |
| 22 | Корнцанг прямой 8 шт. | 49 | Шины транспортные для иммобилизации верхних и нижнихконечностей -1 шт. |  |
| 22 | Крючок для удаления инородных тел из носа3 шт. | 50 | Шприцы гортанные для извлечения ино-родных тел -2 шт. |  |
| 23 | Крючок для удаления инородных тел из уха3 шт. | 51 | Шприцы для тампо- нирования горла и носа - 2 шт. |  |
| 24 | Крючок пластинчатый двухсторонний пар-ный (по Фарабефу)-2 шт. | 52 | Шовный материал компл.- по потребно- сти. |  |
| 25 | Крючок трахеотоми-ческий острый – 3 шт. | 53 | Перчатки резиновые -10 шт |  |
| 26 | Лопаточка для разде-ления тканей - 3 шт. | 54 | Напальчники-10 шт. |  |
| 27 | Мандрен для катете- ров разных размеров –5 шт. | 55 | Перевязочный мате- риал (вата, бинты,др.) |  |
| 28 | Нож (игла) парацен-тезная -2 шт |  |  |  |

**Перечень оснащения чемодана – укладки врача общей практики (семейного врача) согласно приказа от 26.08.92 г. N 237:**

1. Стетофонендоскоп
2. Сфигмоманометр
3. Отоофтальмоскоп
4. Шприцы одноразовые с иглами 2 - 3 шт.
5. Экспресс-диагностические тесты
6. Термометр
7. Неврологический молоток
8. Жгут резиновый
9. Желудочный зонд
10. Медикаменты:

Папаверин 2 % 5 мл, 2 мл 1 амп, 2 амп

Но-шпа 2 % 5 мл, 2 мл 2 амп

Дибазол 1 % 5 мл 2 амп

Анальгин 50 % 2 мл 4 амп

Кофеин 20 % 2 мл 2 амп

Кордиамин 2 мл 2 амп

Строфантин до 0.025 % 1 мл 2 амп

Адреналин 0.1 % 1 мл 2 амп

Новокаинамид 10 % 5 мл 20 амп

Эуфиллин 2.4 % 1 мл 2 амп.

Фуросемид 1 % 2 мл 2 амп

Пипольфен 2.5 % 2 мл 2 амп

Спирт 96 % 50 мл 1 флакон

Аммиак 10 % 1 мл 2 амп

Нитроглицерин 1 % 10 мл 1 флакон (и в табл.) табл. N 40 Валидол 5 мл 5.0 (и в табл.) табл. N 10

Платифиллин 0.2 % 1 мл 2 амп

Дроперидол 0.25 % 10 мл 2 амп

Реланиум 0.5 % 2 мл 2 амп (седуксен, сибазон) Преднизолон 0.025 г 2 амп с растворителем Окситоцин 5 ед. 1 мл 2 амп

Йод 5 % спиртовой р-р 1 мл 2 амп

1. Бланки: рецепты и листы нетрудоспособности

**Рекомендуемая штатная структура кабинета врача общей практики:**

1. Врач общей практики - 1 должность на 1500 взрослого населения.
2. Медсестра врача общей практики - 1,5 должности.
3. Медсестра процедурного кабинета - в зависимости от нагрузки.
4. Медсестра физиотерапевтического кабинета - в зависимости от на- грузки.
5. Санитарка - 1,5 должности.

**АМБУЛАТОРНЫЙ ПРИЕМ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ**

В кабинете врач общей практики (семейный врач) осуществляет амбулаторный прием:

* проводит осмотр и оценивает данные физического исследования пациента;
* составляет план лабораторного, инструментального обследования;
* интерпретирует результаты анализов крови, мочи, мокроты, желудочного сока, дуоденального исследования, копрограммы, ликвора; лучевых, электрофизиологических и других методов исследования;
* проводит профилактику и лечения наиболее распространенных заболеваний; реабилитацию пациентов.
* организует дообследование, консультацию, госпитализацию пациентов, в последующем выполняет назначения и осуществляет дальнейшее наблюдение больного при следующих заболеваниях: внутренние болезни, хирургические болезни, болезни женских половых органов, инфекционные болезни, туберкулез, заболевания нервной системы, психические болезни, кожно-венерические болезни, болезни ЛОР-органов, глазные болезни, аллергическая патология.

Кроме стационарных кабинетов в учреждениях функционируют передвижные кабинеты врача общей практики (ВМК-3033 -14; ВМК- 30331-14).

**Передвижные медицинские комплексы «Кабинет врача общей практики»**

Организуют ВМК-3033 -14 на базе автобуса ПАЗ-32053 и ВМК- 30331- 14 на базе автобуса ПАЗ- 4234, которые предназначены для оказания первичной медицинской помощи населению в центрах об- щей врачебной практики, амбулаториях и участковых больницах муниципальной системы здравоохранения, отделениях общей врачебной практики амбулаторно-поликлинических учреждениях и других медицинских организациях.

**Перечень медицинских услуг, осуществляемых в передвижном медицинском кабинете «Кабинет врача общей практики»:**

* профилактика и лечение заболеваний всех возрастных групп;
* терапевтический осмотр;
* ведение беременности;
* послеродовое наблюдение;
* организация и сопровождение пациента при проведении медицин- ских мероприятий в специализированных медицинских учреждениях;
* лабораторная диагностика, в том числе общий анализ крови, биохи- мия крови, общий анализ мочи;
* гинекологические исследования;
* осмотр оториноларинголога;
* осмотр офтальмолога;
* осмотр невролога;
* УЗИ-обследование;
* осмотр дерматолога;
* ЭКГ;
* аудиометрия;
* реовазография;
* осмотр хирурга и многое другое.

**Оснащение передвижного медицинского комплекса**

**«Кабинет врача общей практики»:**

* медицинский инструмент;
* расходные медицинские материалы;
* шины транспортные для иммобилизации верхних и нижних конеч- ностей;
* кушетка медицинская;
* гематологический анализатор крови;
* биохимический анализатор крови;
* иммунологический анализатор;
* анализатор мочи;
* аппарат УЗИ;
* электрокардиограф;
* гинекологическое кресло;
* диагностическое эндоскопическое оборудование;
* набор офтальмолога;
* набор врача-оториноларинголога;
* аппарат АД;
* аудиометр;
* реовазограф;
* спирометр;
* комплект суточного мониторирования;
* портативный сосудистый доплер;
* портативный дефибриллятор;
* стетоскоп;
* тонометр автоматический;
* аптечка первой медицинской помощи.

Врач общей практики в своей работе владеет практическими навыками для осуществления различных методов диагностики и лечения, выполняемых в настоящее время узкими специалистами амбулаторно-поликлинических учреждений.

Перечень практических навыков, которыми должен владеть врач общей практики, определяется приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 237 от 28.03.92 г. «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)». Выполнение практических навыков требует высокой квалификации, соответствующей оснащенности кабинетов и разработки четких организационных принципов врача.

**Список практических манипуляций, выполняемых врачом общей практики:**

1. Подкожные, внутримышечные и внутривенные введения лекарственных средств, крови и кровезаменителей.
2. Проведение лечебных и диагностических пункций, парацентеза.
3. Работа с аппаратом ЭКГ, самостоятельная расшифровка ЭКГ.
4. Промывание желудка через зонд.
5. Проведение реанимационных мероприятий: ИВЛ, непрямой массаж сердца, в/сердечные введения лекарств.
6. Риноскопия, ларингоскопия, отоскопия, определение степени потери слуха.
7. Пункция гайморовых пазух.
8. Передняя и задняя тампонада носа при кровотечениях.
9. Определение остроты зрения.
10. Измерение внутриглазного давления, зондирование слезного канальца.
11. Исследование глазного дна.
12. Оказание экстренной помощи при травмах, ранениях, ожогах органов зрения, удаление инородного тела.
13. Обследование неврологического больного без специальной аппаратуры.
14. Ректальное пальцевое обследование.
15. Наложение повязки, транспортных шин, жгутов при кровотечениях из магистральных сосудов.
16. Накладывает швы при поверхностных ранах, снимает послеоперационные швы.
17. Вскрывает панариций, абсцесс, флегмону.
18. Оказывает первую врачебную помощь при травмах, ожогах, обморожениях, удушении, утоплении.
19. Проводит сортировку больных, организует помощь при массовой катастрофе и выявлении особо опасных инфекций.
20. Выполняет катетеризацию мочевого пузыря.
21. Проводит вагинальное исследование при акушерско - гинеколоической ситуации.
22. Ведет физиологические роды.

**Врач общей практики совместно с медицинской сестрой ве- дет утвержденную учетно-отчетную документацию:**

* паспорт врачебного участка;
* дневники работы врача и медицинской сестры (039 - Ф) "Карта учета работы врача общей практики (семейного врача)" заполняются ежедневно в конце рабочего дня. В карте показываются сведения о проделанной работе за каждый день текущего месяца во время амбулаторного.

**В кабинете ВОП оказывается неотложная (экстренная) медицинская помощь:**

Врач общей практики (семейный врач) самостоятельно диагностирует и оказывает неотложную (экстренную) помощь на догоспитальном этапе, а также определяет тактику оказания дальнейшей медицинской помощи при следующих неотложных состояниях:

* шок (анафилактический, токсический, травматический, геморрагический, кардиогенный и др.);
* обморок;
* коллапс;
* кома (анемическая, гипогликемическая, диабетическая, мозговая, печеночная, неясной этиологии);
* острая дыхательная недостаточность;
* отек гортани, ложный круп;
* астматический статус;
* отек Квинке;
* открытый, закрытый, клапанный пневмоторакс;
* тромбоэмболия легочной артерии;
* острая сердечная недостаточность;
* нарушение ритма и проводимости сердца (пароксизм мерцания и трепетания предсердий, приступ наджелудочковой и желудочковой пароксизмальной тахикардии, полная атриовентрикулярная блокада);
* гипертонический криз;
* стенокардия, инфаркт миокарда;
* печеночная колика;
* кровотечения (артериальное, венозное, желудочно-кишечное, носо- вое, маточное, легочное);
* почечная колика;
* острая задержка мочи;
* фимоз, парафимоз;
* острая почечная недостаточность;
* острая печеночная недостаточность;
* острая надпочечная недостаточность;
* сотрясение, ушиб, сдавление головного мозга;
* "острый живот" (аппендицит, холецистит, прободная язва, ущемленная грыжа, панкреатит, острая кишечная непроходимость);
* мозговой инсульт, динамическое нарушение мозгового кровообращения;
* отек легкого;
* отек мозга;
* судорожные состояния, эпилептический статус;
* алкогольный делирий, абстинентный синдром;
* психомоторное возбуждение;
* острый приступ глаукомы;
* химические и термические ожоги, обморожения;
* поражение электрическим током, молнией, тепловой и солнечный удары;
* отравления;
* утопление, удушение;
* тиреотоксический криз;
* преэклампсия, эклампсия;
* переломы костей, вывихи, ушибы, раны, растяжения;
* клиническая смерть;
* внезапная смерть ребенка.

**В кабинете ВОП проводится организационная работа:**

При проведении организационной работы, врач общей практики руководствуется демографической и медико-социальной характеристикой прикрепленного контингента.

* 1. Пропагандирует здоровый образ жизни, проводит гигиеническое обучение, антиалкогольную пропаганду и т.п.;
	2. Дает рекомендации по вопросам вскармливания, закаливания, подготовки детей к дошкольным учреждениям, профориентации и пр.;
	3. Проводит консультирование по вопросам планирования семьи, этики, медико-сексуальных аспектов семейной жизни и пр.;
	4. Проводит противоэпидемические и лечебно-оздоровительные мероприятия;
	5. Проводит работу по выявлению ранних и скрытых форм заболеваний и факторов риска;
	6. Организует весь комплекс диагностических, лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий;
	7. Проводит диагностику беременности и наблюдение за течением беременности, лечение экстрагенитальных заболеваний, выявляет противопоказания к беременности, направляет на прерывание беременности, ведет послеродовый период.
	8. Совместно с органами социального обеспечения и службами милосердия, проводит работу по организации помощи одиноким, престарелым, инвалидам и хроническим больным, в т.ч. по уходу, устройству в дома-интернаты и пр.
	9. Проводит экспертизу временной нетрудоспособности, направлять на МСЭК, переводит на облегченную работу; проводит анализ здоровья прикрепленного контингента.

**Медицинская сестра в кабинете врача общей практики занимается:**

* Обеспечением кабинета врача общей практики (семейного врача) необходимыми медикаментами, стерильными инструментами, пере- вязочными материалами, спецодеждой.
* Ведет учет расходов медикаментов, перевязочных материалов, инструментов, бланков специального учета.
* Осуществляет контроль над сохранностью и исправностью медицинской аппаратуры и оборудования, своевременным их ремонтом и списанием.
* Проводит персональный учет обслуживаемого населения, выявление его демографической и социальной структуры, ведет учет граждан, нуждающихся в надомном медико-социальном обслуживании, приглашает на прием.
* Проводит санитарно-просветительную работу.

**ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР**

**Врач общей практики (семейный врач) организует дневной**

**стационар:**

За врачом общей практики (семейным врачом) на договорной основе могут быть закреплены койки в стационаре для ведения больных. При необходимости врач общей практики организует стационар на дому, дневной стационар при поликлинике (отделении общей врачебной практики).

В соответствии с Приказом Минздравсоцразвития РФ от 24 декабря 2010 г. N 1183н и Положением об организации деятельности дневного стационара терапевтического профиля дневной стационар осуществляет следующие функции:

* + оказание медицинской помощи в соответствии с утвержденными стандартами медицинской помощи больным с заболеваниями терапевтического профиля, не требующими круглосуточного медицинского наблюдения;
	+ лечение больных, выписанных из стационара под наблюдение врача-терапевта участкового и хирурга поликлиники либо врача общей практики (семейного врача) после оперативных вмешательств в случае необходимости проведения лечебных мероприятий, требующих наблюдения медицинским персоналом в течение нескольких ча- сов в условиях медицинской организации.

**Лечение в дневном стационаре показано:**

* + 1. Пациентам, находящимся на амбулаторном лечении и требующим по состоянию своего здоровья использования лечебных средств, после применения, которых должно осуществляться врачебное наблюдение на протяжении определенного времени в связи с возможными неблагоприятными реакциями (переливание препаратов крови, внутривенное вливание кровезамещающих жидкостей и других растворов, специфическая гипосенсибилизирующая терапия, инъекции пирогенала, внутрисуставное введение лекарственных средств и др.)
		2. Нуждающиеся во внутривенном капельном введении на протяжении некоторого времени и требующие динамического наблюдения за температурой тела, артериальным давлением, ЭКГ, пульсом, дыханием; при введении сердечных гликозидов, антиаритмических средств, кортикостероидов и др.
		3. Пациентам, за которыми требуется медицинское наблюдение вследствие проведения мелких оперативных вмешательств в течение нескольких часов.
		4. Нуждающиеся в комплексном лечении с использованием физиотерапии, ЛФК, после которых необходим отдых, а также при введении медикаментов различными способами через определенные промежутки времени.
		5. Нуждающимся в проведении сложных диагностических исследований, требующих специальной предварительной подготовки (внутривенная или ретроградная пиелография, холецистохолангиография, ирригоскопия, бронхоскопия, исследование желудочного со- ка, желчи, цистоскопия, биопсия слизистой желудка, кишечника, синовиальных оболочек суставов и др.).
		6. Требующим неотложной терапии по поводу состояний, возникших во время пребывания в поликлинике или на близлежащей территории (приступ бронхиальной или сердечной астмы, гипертонический криз, гипогликемические состояния, анафилактический шок, пароксизмы тахиаритмии и др.).
		7. После первого этапа круглосуточного лечения в стационаре с уточненным диагнозом (после проведенного диализа, после купиро- вания пароксизмов тахикардии, тахиаритмии, состояние после мини- аборта, плевральной пункции с удалением жидкости, пункции брюшной полости, пункции суставов с синовэктомией и др.).
		8. Лица, в отношении которых следует решить сложные вопросы врачебно-трудовой экспертизы с применением дополнительных лабораторных и функциональных исследований.
		9. Лица, нуждающиеся в контролируемом лечении и наблюдении (подростки, пожилые, беременные женщины и др.).

**Лечение в дневном стационаре противопоказано:**

1. Тяжелобольным, нуждающимся в круглосуточном врачебном наблюдении и медицинском уходе.
2. Больным, которым необходимо круглосуточное парентеральное введение различных медикаментозных средств.
3. Больным, нуждающимся по состоянию здоровья в строгом постельном режиме.
4. Пациентам с резко ограниченными возможностями самостоятельного передвижения.
5. Больным, пребывание которых на холодном воздухе по дороге в дневной стационар и обратно может ухудшить состояние здоровья.
6. Больным, с частыми обострениями, состояние которых значительно ухудшается в ночное время.
7. Больным, нуждающимся по состоянию здоровья в строгом соблюдении определенной диеты, выполнить которую в домашних условиях не представляется возможным.

8. Лицам, направляемым на МСЭК, которые должны быть на протяжении определенного периода времени под постоянным наблюдением медицинского персонала.

**Понятие о «малой хирургии». Особенности ведения пациентов хирургического профиля в семейной медицине.**

Одним из направлений деятельности врача общей практики и со- ответственно медицинской сестры является хирургия. Рассмотрим возможности вмешательств, выполняемых в кабинете врача общей практики в рамках «малой хирургии».

Вообще **хирургическая операция** - это физическое воздействие на ткани и органы с целью диагностики или лечения, связанное с анатомическим нарушением целости тканей.

В зависимости от продолжительности операции, а главное от тяжести операционной травмы выделяют «большие» хирургические операции и «малые» хирургические операции, составляющие область так называемой малой хирургии.

Понятие **«малые» хирургические операции** подразумевает операции, которые могут быть проведены амбулаторно, без госпитализации больного. Медицинскую помощь больным с хирургическими заболеваниями в амбулаторных условиях оказывают при условии, что травматичность хирургических вмешательств не требует круглосуточного наблюдения медицинскими работниками в послеоперационный период и пациент не нуждается в специальной предоперационной подготовке в условиях стационара с круглосуточным наблюдением.

Представление о «малой» хирургии и «малых» хирургических операциях совершенно условно; любая хирургическая операция связана с известной большей или меньшей опасностью для больного, в чем и состоит главная особенность хирургического метода лечения. Эта опасность обусловлена рядом моментов: болевыми раздражения- ми, могущими вызвать шок, возможностью кровотечения со значительной кровопотерей и особенно возможным возникновением инфекции раны. Ряд опасных моментов может возникнуть в связи с применением обезболивания, переохлаждением, психической травмой и т. д. Степень всех этих опасностей весьма неодинакова при различных хирургических операциях, но борьба с ними обязательна во всех случаях. Она сводится к безукоризненно точному выполнению всех требований асептики, правил хирургической техники, к правильной оценке показаний и противопоказаний, рациональному выбору метода обезболивания, соответствующей предоперационной подготовке больного и хорошему уходу после операции. Всеми этими качествами в полной мере должен обладать врач общей практики и его помощник-ассистент - медицинская сестра. Недостаток внимания к какому-либо из этих вопросов или «незначительная» техническая погрешность могут сделать опасной и самую небольшую хирургическую операцию.

Перспективность развития амбулаторной хирургии, основанной на использовании современных малотравматичных методик, в настоящее время ни у кого не вызывает сомнений. Это находит свое подтверждение в том, что наряду с активным функционированием традиционных хирургических отделений происходит расширение объема амбулаторно-поликлинической помощи больным по хирургии в центрах амбулаторной хирургии, в однодневных хирургических стационарах при многопрофильных лечебных учреждениях, а также в условиях общей врачебной практики. Одним из ведущих аргументов развития амбулаторной хирургии является экономическая целесообразность, в соответствии с которой при сохранении качества хирургической помощи достигается сокращение значительной части материальных затрат, связанных с круглосуточной эксплуатацией помещений, оборудования и оплатой суточной работы медицинского персонала. При этом оптимизация результатов и безопасность оказания больным хирургической помощи обеспечивается тщательным их отбором на основе комплексного предоперационного обследования, наличием развитой инфраструктуры отделения и четким соблюдением медицинской технологии, позволяющей не только сократить сроки, но и добиться существенного экономического эффекта от проведенного лечения.

Одной из важных причин, заставляющих пересмотреть отношение к объему амбулаторной помощи, является широко распространенный набор такой лечебной тактики, когда уже на 1-2-е сутки после оперативного вмешательства пациент не нуждается в круглосуточном врачебном наблюдении и постоянном уходе. В амбулаторных условиях значительно снижается риск возникновения внутрибольничной (госпитальной) инфекции.

Кроме того, известно, что особенно дети и пожилые люди меньше испытывают психологический дискомфорт, возвращаясь сразу после операции к своим близким, в домашние условия. Нахождение больного в привычных домашних условиях, активная деятельность, отсутствие контакта с госпитальной инфекцией улучшают результаты хирургического лечения.

***Перечень вмешательств, выполняемых в кабинете врача общей практики в рамках «малой хирургии»***

Согласно Приказа Минздрава РФ от 26.08.92 N 237 «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)» (вместе с положениями

«О враче общей практики (семейном враче)», «О медицинской сестре общей практики», Квалификационными характеристиками «Врача общей практики (семейного врача)», «Медицинской сестры общей практики) врач общей практики (семейный врач) должен уметь выполнять самостоятельно следующие хирургические манипуляции:

* биопсия опухолевых образований и лимфатических узлов;
* проведение диагностических и лечебных пункций, парацентез;
* зондирование полостей, свищей;
* проведение инфильтративной анестезии, проводниковой, футляр- ной, регионарной, ваго-симпатической блокад;
* первичная хирургическая обработка ран, снятие швов;
* обработка ожоговой поверхности, инфицированных ран;
* наложение мягких повязок;
* вправление вывихов;
* транспортная иммобилизация при переломах костей, конечностей, позвоночника;
* удаление поверхностно расположенных инородных тел;
* удаление поверхностно расположенных опухолей мягких тканей;
* вскрытие абсцессов, панарициев, флегмон;
* удаление вросшего ногтя;
* пункционная цистостомия;
* диатермокоогуляция.

Особое внимание привлекают к себе острые гнойные заболевания, занимающие наиболее видное место в амбулаторной хирургии и требующие нередко оказания срочной специализированной помощи. От квалифицированности врача общей практики, своевременности установления показания к ее проведению, от методически правильно выполненного оперативного вмешательства и ведения послеоперационного периода, зависит эффективность оказанного больному хирургического пособия и продолжительность реабилитационного периода в целом.

Нередко врачу на приеме больных приходится сталкиваться с различными новообразованиями поверхностной локализации. Онкологическая настороженность врача, раннее выявление злокачественных новообразований являются определяющим фактором эффективности хирургического лечения.

Врач общей практики не только занимается малой хирургией, но и продолжают лечение больных, выписавшихся из стационара после больших операций и тяжелых травм. Они берут на учет и осуществляют динамическое наблюдение за больными с некоторыми хроническими хирургическими заболеваниями, в частности грыжами разных локализаций, варикозным расширением вен нижних конечностей, трофическими язвами голени, посттромбофлебитическим синдромом, доброкачественными опухолями молочной железы, трещинами заднего прохода, параректальными свищами. Этих больных активно вызывают для осмотра 1-2 раза в год с решением вопроса об объеме необходимых лечебных и профилактических мероприятий.

Трудно переоценить **роль медицинской сестры в процессе лечения пациента хирургического профиля.** Выполнение назначений врача, проведение многих, иногда довольно сложных, манипуляций - все это является прямой обязанностью среднего медицинского персо- нала. Медицинская сестра также участвует в обследовании пациента, подготовке его к различным оперативным вмешательствам, работает в операционной в качестве анестезиста или операционной сестры, наблюдает за пациентом в послеоперационном периоде. Основная цель медицинской сестры общей практики заключается в организации ухода за пациентами, улучшении качества медицинской помощи и создании нового уровня ухода за пациентами.

**Медицинская сестра в кабинете врача общей практики выполняет следующие хирургические манипуляции:**

* наложение всех видов повязок;
* проведение местной анестезии;
* иммобилизацию;
* составляет хирургические наборы для различных операций;
* определяет группы крови, пробы на индивидуальную совместимость;
* проводит премедикацию;
* остановку всех видов кровотечений;
* взятие посевов из раны.

При общении с пациентом, выполнении манипуляций, зачастую неприятных и болезненных, медицинская сестра должна отвлечь па- циента от тяжелых мыслей, внушить ему бодрость и веру в выздоровление. Что касается прогноза, то всегда надо высказывать твердую уверенность в благоприятном исходе.

**Санитарно-противоэпидемиологический режим.**

В соответствии с требованиями настоящих Санитарно- эпидемиологические правил и нормативов СанПиН 2.1.3.2630-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность" (утв. постановлением Главного государственного санитраного врача РФ от 18 мая 2010 г. N 58) **Санитарно-эпидемиологический режим** - это соблюдение санитарно-эпидемиологических норм и правил, направленных на предотвращение внутрибольничного заражения пациентов и медицинского персонала различными заболеваниями.

Санитарно-эпидемиологический режим включает в себя: масочный режим при эпидемиях, правила санитарной уборки в помещениях, стандарты помещений в ЛПУ, правила стерилизации инструментов и расходных материалов и т.д.

Все помещения, оборудование, медицинский и другой инвентарь должны содержаться в чистоте. Влажная уборка помещений (обработка полов, мебели, оборудования, подоконников, дверей) должна осуществляться не менее 2 раз в сутки, с использованием моющих и дезинфицирующих средств, разрешенных к использованию в установленном порядке. Организуются предварительный и периодический (не реже 1 раза в год) инструктаж персонала, осуществляющего уборку помещений по вопросам санитарно-гигиенического режима и технологии уборки.

Хранение моющих и дезинфекционных средств должно осуществляться в таре (упаковке) изготовителя, снабженной этикеткой, на стеллажах, в специально предназначенных местах.

Необходимо иметь отдельные емкости с рабочими растворами дезинфекционных средств, используемых для обработки различных объектов:

* для дезинфекции, для предстерилизационной очистки и для стерилизации изделий медицинского назначения, а также для их предварительной очистки (при использовании средств, обладающих фиксирующими свойствами);
* для дезинфекции поверхностей в помещениях, мебели, аппаратов, приборов и оборудования;
* для обеззараживания уборочного материала, для обеззараживания отходов классов Б и В (в случае отсутствия установок для обеззараживания).

Емкости с рабочими растворами дезинфекционных средств должны быть снабжены плотно прилегающими крышками, иметь четкие надписи или этикетки с указанием средства, его концентрации, назначения, даты приготовления, предельного срока годности раствора.

При работе с дезинфекционными средствами необходимо соблюдать все меры предосторожности, включая применение средств индивидуальной защиты, указанные в инструкциях по применению.

Уборочный инвентарь (тележки, мопы, емкости, ветошь, швабры) должен иметь четкую маркировку или цветовое кодирование с учетом функционального назначения помещений и видов уборочных работ и храниться в выделенном помещении. Схема цветового кодирования размещается в зоне хранения инвентаря. Стиральные машины для стирки мопов и другой ветоши устанавливаются в местах комплектации уборочных тележек.

Мытье оконных стекол должно проводиться по мере необходимости, но не реже 2 раз в год.

Генеральная уборка помещений палатных отделений и других функциональных помещений и кабинетов должна проводиться по графику не реже 1 раза в месяц, с обработкой стен, полов, оборудования, инвентаря, светильников. Генеральная уборка операционной, перевязочной, процедурных, манипуляционных, стерилизационных, и других помещений с асептическим режимом проводится один раз в неделю. В день проведения генеральной уборки в операционной операции не проводятся.

Вне графика генеральную уборку проводят в случае получения неудовлетворительных результатов микробной обсемененности внешней среды и по эпидемиологическим показаниям.

Для проведения генеральной уборки персонал должен иметь специальную одежду и средства индивидуальной защиты (халат, шапочка, маска, резиновые перчатки, резиновый фартук и др.), промаркированный уборочный инвентарь и чистые тканевые салфетки. При проведении генеральной уборки дезинфицирующий раствор наносят на стены путем орошения или их протирания на высоту не менее двух метров (в операционных блоках - на всю высоту стен), окна, подоконники, двери, мебель и оборудование. По окончании времени обеззараживания (персонал должен провести смену спецодежды) все поверхности отмывают чистыми тканевыми салфетками, смоченными водопроводной (питьевой) водой, а затем проводят обеззараживание воздуха в помещении.

Использованный уборочный инвентарь обеззараживают в растворе дезинфицирующего средства, затем прополаскивают в воде и сушат. Уборочный инвентарь для пола и стен должен быть раздельным, иметь четкую маркировку, применяться раздельно для кабинетов, коридоров, санузлов. При невозможности использования одноразовых тканевых салфеток, многоразовые салфетки подлежат стирке.

Хранение уборочного инвентаря необходимо осуществлять в специально выделенном помещении или шкафу вне помещений рабочих кабинетов.

Для обеззараживания воздуха в помещениях с асептическим режимом следует применять разрешенные для этой цели оборудование и/или химические средства. Технология обработки и режимы обеззараживания воздуха изложены в соответствующих нормативно методических документах и инструкциях по применению конкретного дезинфекционного оборудования и дезинфицирующих средств.

С целью снижения обсемененности воздуха до безопасного уровня применяются следующие технологии:

- воздействие ультрафиолетовым излучением с помощью открытых и комбинированных бактерицидных облучателей, применяемых в отсутствии людей, и закрытых облучателей, в том числе рециркуляторов, позволяющих проводить обеззараживание воздуха в присутствии людей, необходимое число облучателей для каждого помещения определяют расчетным путем согласно действующим нормам;

* воздействие аэрозолями дезинфицирующих средств в отсутствие людей с помощью специальной распыливающей аппаратуры (генераторы аэрозолей) при проведении дезинфекции по типу заключительной и при проведении генеральных уборок;
* применение бактериальных фильтров, в том числе электрофильтров. Для проведения уборки (кроме помещений класса А) допускается привлекать профессиональные уборочные (клининговые) компании, работающие в круглосуточном режиме, для которых необходимо предусматривать отдельные помещения. Персонал клининговых компаний при проведении уборки должен соблюдать настоящие правила. Устранение текущих дефектов отделки (ликвидация протечек на потолках и стенах, следов сырости, плесени, заделка трещин, щелей, выбоин, восстановление отслоившейся облицовочной плитки, дефектов напольных покрытий и других) должно проводиться незамедлительно.

Сбор грязного белья осуществляется в закрытой таре (клеенчатые или полиэтиленовые мешки, специально оборудованные и маркированные бельевые тележки или другие аналогичные приспособления) и передаваться в центральную кладовую для грязного белья. Временное хранение грязного белья в отделениях (не более 12 часов) допускается в помещениях для грязного белья с водостойкой отделкой поверхностей, оборудованных умывальником, устройством для обеззараживания воздуха. Помещение и инвентарь ежедневно моются и дезинфицируются.

В медицинских организациях малой мощности чистое и грязное белье может храниться в раздельных шкафах, в том числе встроенных. Кладовая для чистого белья оборудуется стеллажами с влагоустойчивой поверхностью для проведения влажной уборки и дезинфекции. Центральная кладовая для грязного белья оборудуется напольными стеллажами, умывальником, вытяжной вентиляцией и устройством для обеззараживания воздуха. Процессы, связанные с транспортировкой, погрузкой, разгрузкой белья, должны быть механизированы.

Стирка белья осуществляться в специальных прачечных или прачечной в составе медицинской организации. Режим стирки белья должен соответствовать действующим гигиеническим нормативам.

Транспортировка чистого белья из прачечной и грязного белья в прачечную должна осуществляться в упакованном виде (в контейнерах) специально выделенным автотранспортом.

Перевозка грязного и чистого белья в одной и той же таре не до- пускается. Стирка тканевой тары (мешков) должна осуществляться одновременно с бельем.

Не должно быть синантропных членистоногих, крыс и мышевидных грызунов. Проведение дезинсекции и дератизации должно осуществляться в соответствии с санитарными правилами специализированными организациями.

Урны, установленные для сбора мусора у входов в здания и на территории (через каждые 50 м) должны очищаться от мусора ежедневно и содержаться в чистоте. Кабинет ВОП обеспечен необходимым количеством технологического оборудования для обращения с отходами разных классов опасности (стойкитележеки, пакеты, мешки, контейнеры, в том числе непрокалываемые, и другое).

**Правила обработки рук медицинского персонала и кожных покровов пациентов**

В целях профилактики внутрибольничных инфекций обеззараживанию подлежат руки медицинских работников (гигиеническая обработка рук, обработка рук хирургов) и кожные покровы пациентов (обработка операционного и инъекционного полей, локтевых сгибов доноров, санитарная обработка кожных покровов). В зависимости от выполняемой медицинской манипуляции и требуемого уровня снижения микробной контаминации кожи рук медицинский персонал осуществляет гигиеническую обработку рук или обработку рук хирургов. Администрация организует обучение и контроль выполнения требований гигиены рук медицинским персоналом. Для достижения эффективного мытья и обеззараживания рук необходимо соблюдать следующие условия: коротко подстриженные ногти, отсутствие лака на ногтях, отсутствие искусственных ногтей, отсутствие на руках колец, перстней и других ювелирных украшений. Перед обработкой рук хирургов необходимо снять также часы, браслеты и пр. Для высушивания рук применяют чистые тканевые полотенца или бумажные салфетки однократного использования, при обработке рук хирургов - только стерильные тканевые. Медицинский персонал должен быть обеспечен в достаточном количестве эффективными средствами для мытья и обеззараживания рук, а также средствами для ухода за кожей рук (кремы, лосьоны, бальзамы и др.) для снижения риска возникно- вения контактных дерматитов. При выборе кожных антисептиков, моющих средств и средств для ухода за кожей рук следует учитывать индивидуальную переносимость.

**Гигиеническая обработка рук**

Гигиеническую обработку рук следует проводить в следующих случаях:

* перед непосредственным контактом с пациентом;
* после контакта с неповрежденной кожей пациента (например, при измерении пульса или артериального давления);
* после контакта с секретами или экскретами организма, слизистыми оболочками, повязками;
* перед выполнением различных манипуляций по уходу за пациентом;
* после контакта с медицинским оборудованием и другими объектами, находящимися в непосредственной близости от пациента.
* после лечения пациентов с гнойными воспалительными процессами, после каждого контакта с загрязненными поверхностями и оборудованием;

Гигиеническая обработка рук проводится двумя способами:

* гигиеническое мытье рук мылом и водой для удаления загрязнений и снижения количества микроорганизмов;
* обработка рук кожным антисептиком для снижения количества микроорганизмов до безопасного уровня.

Для мытья рук применяют жидкое мыло с помощью дозатора (диспенсера). Вытирают руки индивидуальным полотенцем (салфеткой), предпочтительно одноразовым. Гигиеническую обработку рук спиртсодержащим или другим, разрешенным к применению антисептиком (без их предварительного мытья) проводят путем втирания его в кожу кистей рук в количестве, рекомендуемом инструкцией по применению, обращая особое внимание на обработку кончиков пальцев, кожи вокруг ногтей, между пальцами. Непременным условием эффективного обеззараживания рук является поддержание их во влажном состоянии в течение рекомендуемого времени обработки. При использовании дозатора новую порцию антисептика (или мыла) наливают в дозатор после его дезинфекции, промывания водой и высушивания. Предпочтение следует отдавать локтевым дозаторам и дозаторам на фотоэлементах. Кожные антисептики для обработки рук должны быть легко доступны на всех этапах лечебно- диагностического процесса. В подразделениях с высокой интенсивностью ухода за пациентами и с высокой нагрузкой на персонал (отделения реанимации и интенсивной терапии и т.п.) дозаторы с кожными антисептиками для обработки рук должны размещаться в удобных для применения персоналом местах (у входа в палату, у постели больного и др.). Следует также предусматривать возможность обеспечения медицинских работников индивидуальными емкостями (флаконами) небольших объемов (до 200 мл) с кожным антисептиком.

**Использование перчаток**

Перчатки необходимо надевать во всех случаях, когда возможен контакт с кровью или другими биологическими субстратами, потенциально или явно контаминированными микроорганизмами, слизистыми оболочками, поврежденной кожей. Не допускается использование одной и той же пары перчаток при контакте (для ухода) с двумя и более пациентами, при переходе от одного пациента к другому или от контаминированного микроорганизмами участка тела - к чистому. После снятия перчаток проводят гигиеническую обработку рук. При загрязнении перчаток выделениями, кровью и т.п. во избежание загрязнения рук в процессе их снятия следует тампоном (салфеткой), смоченной раствором дезинфицирующего средства (или антисептика), убрать видимые загрязнения. Снять перчатки, погрузить их в раствор средства, затем утилизировать. Руки обработать антисептиком.

**Обработка рук при проведении хирургических мероприятий**

Обработку рук проводят все, участвующие в проведении оперативных вмешательств, родов, катетеризации магистральных сосудов.

***Обработка проводится в два этапа:***

I этап - мытье рук мылом и водой в течение двух минут, а затем высушивание стерильным полотенцем (салфеткой);

II этап - обработка антисептиком кистей рук, запястий и предплечий. Количество антисептика, необходимое для обработки, кратность обработки и ее продолжительность определяются рекомендациями, изложенными в методических указаниях/инструкциях по применению конкретного средства. Непременным условием эффективного обеззараживания рук является поддержание их во влажном состоянии в течение рекомендуемого времени обработки. Стерильные перчатки надевают сразу после полного высыхания антисептика на коже рук.

Кожные антисептики для обработки рук должны быть легко доступны на всех этапах лечебно-диагностического процесса. В под- разделениях с высокой интенсивностью ухода за пациентами и на- грузкой на персонал (отделения реанимации и интенсивной терапии и т.п.) дозаторы с кожными антисептиками для обработки рук должны размещаться в удобных для применения персоналом местах (у входа в палату, у постели больного и др.). Следует также предусматривать возможность обеспечения медицинских работников индивидуальны- ми емкостями (флаконами) небольших объемов (100-200 мл) с кожным антисептиком.

**Обеззараживание кожных покровов пациентов**

Обеззараживание рук медицинских работников имеет большое значение в предотвращении передачи инфекции пациентам и персо- налу. Основными методами обеззараживания рук являются: гигиеническая обработка рук медицинского персонала и обработка рук хирургов.

Для достижения эффективного обеззараживания рук необходимо соблюдать следующие условия: коротко подстриженные ногти, отсутствие искусственных ногтей, отсутствие на руках колец, перст- ней и других ювелирных украшений. Перед обработкой рук хирургов снять также часы, браслеты. Для высушивания рук использовать полотенца или салфетки однократного применения, при обработке рук хирургов - только стерильные.

Обработку операционного поля пациента перед хирургическим вмешательством и другими манипуляциями, связанными с нарушением целостности кожных покровов (пункции, биопсии), предпочтительно проводить антисептиком, содержащим краситель.

Обработка инъекционного поля предусматривает обеззараживание кожи с помощью спиртосодержащего антисептика в месте инъекций (подкожных, внутримышечных, внутривенных) и взятия крови. Для обработки локтевых сгибов используют те же антисептики, что и для обработки операционного поля.

Для санитарной обработки кожных покровов пациентов (общей или частичной) используют антисептики, не содержащие спирты, об- ладающие дезинфицирующими и моющими свойствами. Санитарную обработку проводят накануне оперативного вмешательства или при уходе за пациентом.

***Говоря о санитарно-эпидемиологическом режиме, необходимо знать его основные моменты:***

1. Дезинфекция
2. Предстерилизационная очистка
3. Стерилизация

**Дезинфекция (обеззараживание)** - это уничтожение в окружающей человека среде возбудителей инфекционных заболеваний (бактерий, вирусов и их переносчиков)

**Дезинсекция** - это уничтожение вредных насекомых, являющихся переносчиками инфекционных заболеваний.

**Дератизация** - это уничтожение грызунов, являющихся источниками или переносчиками инфекционных заболеваний (чума, туляремия).

Дезинфекции подвергаются все медицинские изделия, не имеющие контакта с раневой поверхностью, кровью, слизистыми оболочками и инъекционными препаратами. Хирургический инструментарий, которым выполнялись гнойные операции или операции пациентам, страдающим инфекционными заболеваниями, подвергается дезинфекции перед предстерилизационной очисткой и стерилизацией.

**Виды дезинфекции:**

1. Профилактическая
2. Очаговая:

а) текущая

б) заключительная

* 1. Очаговая дезинфекция - проводится в очаге при выявлении инфекционного заболевания, чтобы приостановить распространение этого заболевания.

Текущая дезинфекция - организует медицинский персонал ЛПУ: в стационарных отделениях больниц, приемных отделениях, поликлиниках, в первичном очаге при туберкулезе, дифтерии, скарлатине, вирусном гепатите, дизентерии, холере, чесотке, оспе, чуме, тифе, паротите, полиомиелите. Текущая дезинфекция сводит к мероприятиям, исключающим возможность возникновения и распространения инфекции внутри лечебного учреждения и за его пределы первичного очага.

Заключительная дезинфекция - проводится после выбытия пациента из очага (госпитализация, перемена места жительства, после смерти пациента. Этой дезинфекции подвергаются все предметы ухода за больны, помещение.

* 1. Профилактическая - по своему содержанию является текущей дезинфекцией, прерывающей путь распространения болезни. Ее целесообразно проводить в детских учреждениях, во всех ЛПУ, на предприятиях пищевой промышленности, в учреждениях обществен- ного питания, в местах общего пользования. Для этого используют дезинфицирующие средства, моющие средства (порошки, сода, мыло), физические средства (высокая температура).

**Методы дезинфекции:**

1. Физический (кипячение, воздушный, паровой, УФО, охлаждение)
2. Химический - химические вещества (дезинфектанты)
3. Радиационный
4. Механический (мытье, обработка пылесосом, вентиляция, проветривание, стирка и т.д.)
5. Комбинированный (сочетание нескольких методов) - например, влажная уборка помещений с применением дезинфицирующих растворов, затем УФО.

У нас с стране введен отраслевой стандарт «Стерилизация и дезинфекция изделия мед. назначения (ГОСТ 42-21-2-85). Этим стандартом установлены методы, средства и режимы дезинфекции, стерилизации и предстерилизационной очистки.

**Дезинфекционные мероприятия:**

Дезинфекция медицинских термометров: 3% р-р хлорамина -60мин.

Дезинфекция грелок: двукратное протирание 1% р-ром хлорамина.

Дезинфекция мензурок: полное погружение в тройной раствор 45 минут.

Дезинфекция плевательниц: погружение в 3% р-р хлорамина - 120 мин.

Дезинфекция подкладных суден, мочеприемников: погружение в 3% р-р хлорамина - 60 мин.

Экспозиция инструментов в тройном растворе: 45 мин.

Дезинфекция медицинских инструментов, соприкасающихся с биологическими жидкостями пациента: погружение в 0,4% р-р септодор-форте - 60 мин.

Дезинфекция обуви пациента с грибковым заболеванием: фор- малин 25% - экспозиция 24 часа.

Обработка кожи медицинского персонала при попадании крови пациента: 70% этиловый спирт.

Состав аварийной аптечки: 1% р-р борной кислоты, 1% р-р про- таргола, 70% этиловый спирт.

Дезинфекция наконечников для клизм: 0,4% септодор-форте -60

мин.

Дезинфекция одноразовых шприцев: погружение в 0,4% р-р сеп-

тодор-форте - 60 мин.

Дезинфекция резиновых ковриков: погружение в 1% р-р хлора- мина - 30 мин.

Дезинфекция отработанного материала в гнойной хирургии: по- гружение в 20% хлорно-известковый р-р - 1 час.

Дезинфекция зеркал зубных, гортанных, носоглоточных: погру- жение в 6% р-р перекиси водорода - 90 мин.

Дезинфекция ножниц: погрузить в тройном р-ре - 45 мин. Дезинфекция шпателей: в тройной р-р - 45 мин.

Стерильность в крафт-пакете сохраняется: 3 суток. Обработка пациента при чесотке: 33% серная мазь. Срок стерильности закрытого бикса: 3 суток.

Дезинфекция уборочного инвентаря: 3% раствор хлорамина 60 минут.

Уборка процедурного кабинета: 6% р-р перекиси водорода+0,5% моющих средств-2 раза в день.

Концентрация и экспозиция раствора септодор-форте при дезинфекции медицинских изделий, соприкасающихся с кровью: 0,4% - 1 час.

**4. Сестринский процесс в семейной медицине.**

Сестринское дело – часть медицинского ухода за пациентом, его здоровьем, наука и искусство, направленные на решение существующих и потенциальных проблем со здоровьем в изменяющихся условиях окружающей среды.

Понятие о сестринском процессе родилось в США в середине 50-х годов и в настоящее время нашло широкое развитие в современной американской, а с 80-х годов – и в западноевропейских моделях сестринского дела. Модели сестринского дела основаны на сестрин- ской философии, отражают знания и практические изменения не только сестринского дела, но и других дисциплин (этики, медицины, психологии, философии, социологии и т.д.). В настоящее время сест- ринский процесс является сердцевиной сестринского образования и создает теоретическую научную базу сестринской помощи в России.

**Сестринский процесс** – это научный метод сестринской практики, систематический путь определения ситуации, в которой находятся пациенты и медсестра и возникающих в этой ситуации проблем, в целях выполнения плана ухода, приемлемого для обеих сторон.

Целью сестринского процесса является поддержание и восстановление независимости пациента в удовлетворении основных потребностей организма.

***Достижение цели сестринского процесса осуществляется путем решения следующих задач:***

1. Создание базы информационных данных о пациенте;
2. Определение потребностей пациента в сестринском уходе;
3. Обозначение приоритетов в сестринском обслуживании, их первоочередности;
4. Составление плана ухода, мобилизации необходимых ресурсов и реализация плана, то есть оказания сестринской помощи прямо и косвенно;
5. Оценка эффективности процесса за пациентом и достижения цели ухода.

**Этапы сестринского процесса, их взаимосвязь и содержание каждого этапа**

* 1. **этап** – сестринское обследование или оценка ситуации для определения потребностей пациента и необходимых для сестринского ухода ресурсов.
	2. **этап** – сестринское диагностирование, определение проблем пациента или сестринских диагнозов.

Сестринский диагноз – это состояние здоровья пациента (нынешнее и потенциальное), установленное в результате проведенного сестринского обследования и требующее вмешательства со стороны медсестры.

* 1. **этап** – планирование необходимой помощи пациенту.

Под планированием надо понимать процесс формирования целей (то есть желанных результатов ухода) и сестринский вмешательств, необходимых для достижения этих целей.

* 1. **этап** – реализация (осуществление плана сестринского вмешательства – ухода).
	2. **этап** – оценка результатов (итоговая оценка сестринского ухода). Оценка эффективности предоставленного ухода и его коррекция в случае необходимости.

**Методы сестринских вмешательств**

Сестринская помощь планируется на основе нарушения удовлетворения потребностей пациента, а не на основе медицинского диагноза, то есть заболевания.

Методы сестринских вмешательств могут являться и способами удовлетворения потребностей.

Предполагается использовать следующие методы:

1. Оказание первой доврачебной помощи.
2. Выполнение врачебных назначений.
3. Создание комфортных условий для пациента с целью удовлетворения его основных потребностей.
4. Оказание психологической поддержки и помощи пациенту и его семье.
5. Выполнение технических манипуляций, процедур.
6. Осуществление мероприятий по профилактике осложнений и укреплению здоровья.
7. Организация обучения по проведению бесед и консультирования пациента и членов его семьи.

**Рекомендации медицинской сестре по ведению сестринского процесса**

1. Получите четкое представление о пациенте до начала планирования ухода.
2. Попытайтесь определить, что нормально для пациента, как он видит свое нормальное состояние здоровья и какую помощь может себе оказать сам.
3. Определите неудовлетворительные потребности пациента в уходе.
4. Установите эффективное общение с пациентом и его семьей и привлеките их к сотрудничеству.
5. Обсудите с пациентом потребности в уходе и ожидаемые результаты в уходе.
6. Определите степень независимости пациента в уходе (независим, частично зависим, полностью зависим, с помощью кого).
7. Проявите заботу и внимание к пациенту и его семье.
8. Выявите проблемы пациента или поставьте сестринские диагнозы. Помните, что сестринский диагноз – это состояние здоровья пациента (нынешнее и потенциальное), установленное в результате проведенного сестринского обследования и требующее вмешательства со стороны сестры.
9. Планируйте сестринскую помощь на основе нарушения удовлетворения потребностей пациента, а не на основе медицинского диагноза, то есть заболевания.
10. Заполните документацию с целью ее использования в качестве основы для сравнения в дальнейшем.
11. Не допускайте возникновения новых проблем у пациента.

**Рекомендации по ведению медицинской документации**

Документация сестринского процесса осуществляется в сестринской карте наблюдения за состоянием здоровья пациента, составной частью которой является план сестринского ухода.

1. Описывайте проблемы пациента его собственными словами. Это поможет Вам обсуждать с ним вопросы ухода, а ему – лучше понять план ухода.
2. Называйте целями то, чего хотите добиться вместе с пациентами. Умейте сформулировать цели, например: у пациента будут отсутствовать (или уменьшаться) неприятные симптомы (укажите какие), далее, укажите срок, за который, по Вашему мнению, произойдет изменение в состоянии здоровья.
3. Составляйте индивидуальные планы ухода за пациентом, опираясь на стандартные планы ухода. Это сократит время написания плана и определит научный подход к сестринскому планированию.
4. Храните план ухода в удобном для Вас, пациента и всех, кто участвует в сестринском процессе, месте, и тогда любой член бригады (смены) сможет им воспользоваться.
5. Отмечайте срок (дату, часы, минуты) реализации плана, укажите, что помощь была оказана в соответствии с планом (не дублируйте записи, экономьте время). Поставьте подпись в конкретном разделе плана и внесите туда дополнительную информацию, которая не была запланирована, но потребовалась. Проведите коррекцию плана.
6. Привлекайте пациента (к ведению записей), а также его близких к ведению записей, связанных с самопомощью или, например, с учетом водного баланса суточного диуреза.
7. Обучите всех участвующих в уходе (родственники) выполнять определенные элементы ухода и регистрировать их.

**Качества и личностные характеристики, необходимые для успешной медсестринской деятельности в семейной практике**

1. *Оказание помощи.*

а) здоровое отношение: создание атмосферы для выздоровления и нацеленности на него у себя и у пациента (вселить в себя и паци- ента надежду; обнаружить и правильно интерпретировать и понять причины и корни недуга, боли, страха, тоски, тревоги и других отрицательных эмоций; помочь пациенту принять от вас социальную, эмоциональную и духовную поддержку);

б) уход и личное внимание к тяжело и безнадежно больным (умение побыть с пациентом – просто посидеть и поговорить по- настоящему; вовлечение пациента в лечебный процесс, а для этого нужны такие качества медсестры, как умение уловить в пациенте силу, желание, тягу к выздоровлению и способность использовать эти волевые качества пациента, а иногда выступить в роли «адвоката», защищая пациента от потенциально опасных хирургических и медикаментозных вмешательств, чтобы он успел проявить свою способность справиться с болезнью самому – чаще всего требуется просто выиграть для этого время);

в) распознавание природы боли и выбор соответствующих мер для борьбы ее облегчения;

г) умение прикосновением руки успокоить пациента, наладить с ним психологическую связь;

д) эмоциональная и информационная поддержка близких больного

е) руководство пациентом, переживающим эмоциональные и физиологические изменения;

ж) применение новых и отказ от малоэффективных методов наставления, обучения, посредничества;

з) психологическое и культурное посредничество;

и) постановка и выполнение терапевтических задач;

к) создание и поддержание здоровых отношений между подопечными.

1. *Просвещение и обучение.*

а) выбор момента: определение готовности пациента учиться;

б) помощь пациенту в изменении образа жизни в соответствии с требованиями, которые накладывают последствия болезни;

в) интерпретация пациенту его состояния и обоснование необходимости лечебных мер;

г) просвещение – разъяснение тех аспектов болезни, о которых не принято говорить в обществе (физиологические отправления и т.п.), помощь в подборе соответствующей литературы.

1. *Диагностика и наблюдение.*

а) выявление и фиксирование важных изменений в состоянии пациента (распознать изменения, фиксировать их документально, убедительно излагать суть дела), определение приоритетных проблем пациента;

б) распознавание первых тревожных сигналов; предвосхищение приступа и ухудшения до появления явных симптомов;

в) предвидение проблемы, умение думать о будущем (выявление потенциальных проблем);

г) понимание требований, накладываемых конкретной болезнью, предвосхищение запросов пациента;

д) оценка нацеленности пациента на выздоровление и его потенциальных возможностей.

1. *Эффективная работа в стремительно меняющейся обстановке.*

а) умелые действия при возникновении непосредственной угрозы для жизни больного, быстрое схватывание сути проблемы;

б) умение распоряжаться: быстрое реагирование на чрезвычайную ситуацию с учетом имеющихся в наличии средств;

в) распознавание кризиса и принятие неотложных мер до прибытия врача.

1. *Терапевтические процедуры и режим.*

а) проведение парентеральных вливаний с минимальным риском и без осложнений;

б) точное и надежное проведение лечения: регистрация терапевтических и нежелательных эффектов, побочных реакций, токсичности и несовместимости препаратов;

в) уход за прикованными к постели пациентами;

г) умение создать больному комфортное положение в постели;

д) предупреждение травматизации больных с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

1. Соблюдение и обеспечение безопасности лечебного процесса.

а) систематическая подстраховка, обеспечивающая безопасное лечение и уход;

б) оценка того, что можно с пользой добавить и без вреда опустить в медицинских предписаниях в данной ситуации;

в) умение добиться своевременной и адекватной реакции больного и его родственников на происходящее.

1. *Решение организационных и рабочих вопросов.*

а) координация и организация дела при одновременном наличии множества потребностей и запросов пациента, выбор приоритетов; б) создание и поддержание в медицинском коллективе отношений, способствующих оптимизации лечебного процесса;

в) работа в условиях возможной неукомплектованности штата;

г) сохранение человеческого отношения к пациентам при невозможности тесного и частого общения (посещение его в лечебном учреждении);

д) умение проявить гибкость по отношению к пациентам, его семье, технико-бюрокрастическим требованиям.

Семейная медсестра совместно с пациентом, его родственникам, а не только с семейным врачом, размечает те мероприятия, которые необходимо провести для достижения конкретно поставленной цели. Она должна предвидеть результаты этих мероприятий. Так как с больным больше времени проводит медсестра, а в условиях семьи – родственники, то успех действия семейной медсестры будет зависеть от представлений больного и его семьи о здоровье, болезни и потребности в уходе.

***Семейная медсестра – это равноправный участник, наряду с семейным врачом, всех видов лечебно-профилактической работы на участке.***

В соответствии с мировыми стандартами семейная медсестра должна относиться к пациентам, как к уникальным личностям; уметь выявить их проблемы, в том числе внутрисемейные; координировать медицинскую помощь в течении всей жизни пациента.

Хорошая дружная «работа» семейного врача, - семейной медсестры, - пациента, - его семьи – залог снижения заболеваемости и повышения показателей здоровья в обществе.