**Модуль 2 Амбулаторно-поликлиническая помощь в семейной медицине. Новые формы оказания медицинской помощи.**

Приказом МЗ РФ №541 от 23 июля 2010 года утверждены должностные функциональные обязанности медицинской сестры и фельдшера общей практики. Возросла степень ответственности за пациента. Расширение функциональных обязанностей врача, медсестры произошло по следующим направлениям: ведение занятий с пациентами в форме «школ» по нозологическому принципу, работа в «стационарах на дому» =- осуществление ухода и лечение пациентов, профилактика инфекционной заболеваемости всем членам семьи и некоторые манипуляции других специальностей. Медсестра общей практики должна делать все, что делает сестринский персонал, работающий в поликлинике с педиатром, хирургом, акушером-гинекологом. Это специалист, осуществляющий в пределах своей компетенции профилактическую, реабилитационную, доврачебную диагностическую и лечебную помощь всем членам семьи на закрепленной территории.

За время внедрения в практику семейной (общей) врачебной практики в территориях РФ продолжают действовать уже упомянутые модели групповой, индивидуальной практики (чаще на селе) и самостоятельные юридические лица (негосударственного здравоохранения) по договору со страховыми медицинскими организациями ОМС.

Однако трудности в работе врачей и медсестер общей (семейной практики) достаточно. И врач семейной практики еще не стал семейным врачом с большой буквы, он работает в рамке расширенного объема участкового терапевта: на сегодняшний день еще недостаточно оснащение врача, соотношение врачей и сестер редко 1 : 2, а нужно 1 : 4. И оплата труда этой категории специалистов не дифференцирована. Однако, учитывая положительную динамику в состоянии здоровья населения, расширение профилактической работы среди населения в территориях будет продолжено внедрение (в ряде территорий) и становление семейной медицины.

В приказе МЗ РФ от 20.11.2002 г. №350 «О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению РФ» указано: что «ключевой задачей в совершенствовании и эффективной организации ПМСП является дальнейшее развитие принципов семейной медицины, повышение роли врача общей (семейной) практики. Этим приказом утверждены положения об организации деятельности врача и медицинской сестры врача общей (семейной) практики, об организации деятельности Центра общей врачебной практики, измененный табель оснащения Центра, в том числе оснащение укладки врача.

* 1. **Виды деятельности мед. персонала в семейной медицине.**

В практической медсестры общей (семейной) практики деятельности можно выделить **3 основных вида деятельности:**

1. Знания и умения, выполняемые самостоятельно.

2. Профессиональная деятельность совместно с врачом.

3. Вопросы медико-социальной помощи населению,/по отдельным социальным вопросам семейная м/с может помочь квалифицированным советом семье. Суммируя, можно сказать, что семейная м/с в процессе деятельности на закреплённом участке оказывает:

1. Медико-социальную помощь;

2. Профилактическую;

3. Консультативную;

4. Санитарно-просветительскую деятельность.

Семейная м/с, работая в семье воспринимает дом как место, где закладывается или не закладывается хорошее здоровье. Зная взаимоотношения в семье, уклад жизни, быт и питание семьи м/с может выявить факторы риска ряда заболеваний с раннего детства, что способствует быстрому выявлению и исправлению многих проблем со здоровьем.

По сути дела, каждое посещение семьи семейная м/с может использовать для консультации по здоровому образу жизни, проведению различных профилактических мер, корректировки выявленных нарушений. Консультация семейной м/спо вопросам быта, питания могут предотвратить пагубное воздействие некоторых факторов на членов семьи, помогая усилить резистентность к болезням. Благодаря своим знаниям о семье, строя доверительные отношения с членами семьи, семейная м/с может провести опрос по скрининговым программам, определяя слабые места, факторы риска. Такие скрининги уже разработаны по выявлению риска гипертонической болезни, развитию атеросклероза, диабета, аллергических заболеваний.

Так, в число обязательных манипуляций семейной медсестры входит ежедневное измерение АД пациентам старше 35 лет, однако это не всегда выполняется.

Выполняя программу иммунизации населения семейная м/с проводит профилактику инфекционных заболеваний, создавая прослойку невосприимчивых к определённым инфекциям людей, тем самым способствуя снижению возникновения и распространения этой патологии. Семейная м/с участвует в мероприятиях по реабилитации, восстановлению здоровья членов семьи, помогая отдельным членам семьи справляться с последствиями болезни не только давая консультации по соблюдению и расширению двигательного режима, обучению методам самоконтроля за состоянием здоровья, но и оказывая также непосредственную медицинскую помощь членам семей на дому после выписки из стационара, долечивая в домашних условиях. Она должна осуществлять ряд манипуляций по назначению врача: обучать методам само-ухода пациентов, членов семьи - методам ухода в зависимости от характера заболеваний, оказания паллиативной помощи, работая с конкретным пациентом обеспечить лечебную, реабилитационную помощь и психосоциальную поддержку.

На практике в повседневной деятельности семейной м/с все 3 вида деятельности выполняются не последовательно - профилактика, лечение, консультация и так далее, они переплетаются, сочетаются, однако каждый вид деятельности регламентируется приказами №237 и №500, на которых останавливались ранее. Итак. Семейная м/с проводит:

1. Организацию амбулаторного приёма врачей общей (семейной) практики включает в себя:

а) выбор вместе с врачом профиля приёма - детей, хирургических больных, беременных женщин. Несомненно, это необходимо планировать заранее - планировать дни и часы приёма новорожденных и детей 1 года жизни, раннего детства и пациентов с другими заболеваниями.

б) подготовка приборов, инструментария, стерильного материала, стерильного столика и перевязочной.

в) поиск и подготовка карт амбулаторного пациента, карт развития детей, обменных карт беременных, бланков направлений, рецептов и другой медицинской документации.

2. Ведение персонального учёта - подворные обходы и ведение профильного
журнала участка, проведение социологического исследования семьи.

3. Формирование данных о состоянии здоровья обслуживаемого населения, формирование групп диспансерного наблюдения совместно с врачом.

4. Проведение доврачебных осмотров (измерение PS, АД, определение слуха, остроты зрения (по таблицам специально для взрослых и детей), наружные акушерские измерения, определение веса, роста ребёнка, взрослого).

5. Обеспечение и предоставление сестринских услуг пациенту по назначению врача как лечебных, так и диагностических (инъекции, массаж, ЭКГ, капельные вливания, промывания, проведение профилактики пролежней и др.; забор необходимых анализов - (крови, мочи, мокроты, посева и др.) - всё это отражено в перечне манипуляций в приказе №237.

6. Оказание доврачебной помощи при неотложных состояниях и несчастных случаях.

7. Организация и участие в проведении медицинских осмотров, организованных для детей в школах и детских садах.

8. Проведение профилактических мероприятий:

• Вакцинация среди прикреплённого населения; детей в рамках Национального календаря прививок, дополнительно категорированного населения против гриппа (старческий возраст, дети), краснухи (девушек от 18 до 25 лет, гепатита В (18-35 лет);

• Планировка организации, контроль за проведением профилактических осмотров определённых групп населения на ранее выявление туберкулёза (флюрография, манту) и ВИЧ, вирусный гепатит, работа в смотровом кабинете;

• Организация и проведение занятий (совместно с врачом) «школ здоровья», школ «молодой семьи» и др.

• Дородовые патронажи беременных (двукратно);

• Активные посещения детей-инвалидов, новорожденных и детей до 1 года и одиноких пожилых людей с заболеваниями.

10. Организация и проведение гигиенического обучения населения по согласованному с врачом плану.

11. Обеспечение врача общей практики необходимыми медикаментами, стерильными инструментами, перевязочными средствами, спец. одеждой, своевременная их реновация.

12. Проведение сан-противоэпидемических мероприятий по предупреждению и распространению инфекционных заболеваний на участке (это обследование рисковых групп обслуживаемого населения - контактных с инфекционными больными, соблюдение сан-противоэпидемического режима в центре, особенно за соблюдением холодовой цепочки).

13. Ведение учёта расхода медикаментов, перевязочной материи, инструментария, бланков учёта, амбулаторных карт, бланков рецептов, б/листов.

14. Осуществление контроля за сохранностью и исправностью медицинской аппаратуры и оборудования, своевременного их ремонта и списания.

15. Ведение своевременно и качественно учётно-отчётной документации.

16. В плане медицинского обслуживания женщин медсестра общей практики должна информировать женщин о правилах соблюдения репродуктивного здоровья, зная группы риска беременности и родов, давать советы о обращении в центры о применении контрацептивов. Медсестра должна наблюдать за правильностью течения беременности и нормального развития плода, а в семье – создание благоприятного психологического климата и бережного отношения к беременной. До родов организовывать школы материнства, где женщина подготавливается к родам, получает консультацию по сбалансированному питанию. Это те действия, которые терапевтическая медсестра не выполняет.

17. При обслуживании новорожденных на дому медсестра общей практики должна уметь ответить на все вопросы: об уходе за ребенком, купание, прогулках, свободном пеленании, о диете при кормлении грудью, о методах контрацепции после родов.

Патронируя ребенка первого года жизни, медицинская сестра общей практики контролирует соблюдение гигиенических правил и прибавку массы тела, объясняют родителям необходимость проведения прививок, противорахитической профилактики. Задача медицинской сестры - научить родителей внимательно относиться к разным проявлениям нездоровья ребенка, обучить родителей простым процедурам (закапывание в глаза, чистка носа и ушей, постановка газоотводной трубки и клизмы), приемам гимнастики и массажа после назначения их врачом.

В семье,воспитывающей ребенка, важно выработать с родителями единую линию предупреждения вредных привычек, формированию гигиенических навыков (ограничение просмотра телевизора, компьютерных игр, уход за телом и др.)

Очень серьезный вопрос – о работе с семьями медико-социального риска (неполными семьями, многодетными, малоимущими, в семьях с детьми-инвалидами). Чем больше внимания и участия, терпения медицинская сестра проявит в этих семьях, тем больше шансов у семьи справиться с их проблемами.

Особо важна роль семейной медицинской сестры выполнении профилактической деятельности – мы уже говорили о том, что она должна сама проводить прививки и взрослым и детям, участвовать в проф. осмотрах детей в школах и детсадах – в сельской местности.

Вместе с врачом семейная медицинская сестра оказывает медицинскую помощь при травмах и ранах (иммобилизация, наложение повязок и т. д.), вскрывает мелкие абсцессы, а,значит, готовит стерильный столик, делает перевязки, вводит противостолбнячную сыворотку и т. д. Опять-таки это несвойственная работа для участковой терапевтической сестры.

Теперь вы понимаете, какой объем работы у семейной медсестры, именно потому здесь следует выдерживать принцип – на 1 врача общей (семейной) практики должно быть не менее 2 медсестер общей практики и они должны быть взаимозаменяемыми и периодически «ротироваться», то есть работать поочередно в центре и на дому, распределяя обязанности поровну, работая в содружестве в команде с врачом.

В условиях внедрения общей врачебной практики (семейной медицины) необходима активизация и изменение роли медсестры. Будучи непосредственным помощником ВОП (семейного врача) в деле профилактики, реабилитации и лечения членов семьи, медицинская сестра вместе с тем выполняет большую самостоятельную работу. Основное место в деятельности медицинской сестры занимает патронажная работа, главной целью которой является выполнение назначений врача, наблюдение за приоритетными семьями, выявление семей с социально-гигиеническими проблемами, своевременное информирование врача. Патронажные посещения, поквартирные обходы, личные общения с жителями участка, членами семей и в кругу семьи — это проверенная практикой форма организации работы, которая должна составить основу работы медицинской сестры общей практики. Патронажная работа проводится при участии врача - это является преимуществом медсестры семейного врача перед фельдшером и акушеркой в сельской местности. Фельдшер и акушерка ФАПов, в силу удаленности от сельской участковой больницы, не имеют возможности повседневного контакта с врачом. Медсестра общей практики городской поликлиники имеет возможность получать у врача советы по мере необходимости и иногда делать самостоятельные обследования. Вместе с тем она выполняет все необходимые в амбулаторных или поликлинических условиях манипуляции — инъекции, измерение артериального давления, температуры, пульса, постановка банок и др.

При патронажном посещении медсестра наблюдает больного, выясняет состояние здоровья членов семьи, проверяет правильность выполнения рекомендованного лечения, режима. Если при посещении семьи медсестра выявляет ухудшение в состоянии здоровья пациентов и систематическое невыполнение рекомендаций семьей, то она принимает соответствующие меры, приглашает пациентов к врачу общей практики или посещает семью вместе с врачом. Патронажные посещения используются для санитарно-просветительной работы в семьях, повышения санитарной культуры и санитарной грамотности населения.

Результаты патронажной работы обсуждаются с врачом. Врач просматривает записи медсестры, анализирует результаты работы и дает свои указания. Таким образом, вся профилактическая работа на участке может эффективно проводиться только путем патронажных посещений, а медицинская сестра должна рассматриваться наравне с ВОП (семейным врачом) - проводником профилактики.

Это требует от медицинской сестры глубоких знаний семьи, профилактики заболеваний, психологии пациентов, знания этических норм работы с семьей. И всегда незаменимым помощником в работе медсестры с семьей должен быть приветливый, оптимистичный тон взаимоотношений, без излишней официальности в отношениях. В то же время не допускается излишняя фамильярность, предельная вежливость и чуткость, высокая культура общения — основные требования для установления взаимных контактов. В отличие от врача медсестра имеет больше времени для детального ознакомления с состоянием пациента, условиями его жизни в семье, особенностями взаимоотношений в семье, отношения пациента к заболеванию, что составляет основу для выполнения медицинских назначений.

Поле деятельности сестры общей практики становится значительно шире, чем функциональные обязанности просто участковой терапевтической сестры. Она, работая в команде с врачом общей практики, должна быть достаточно ориентирована в основных смежных специальностях, способна оказывать многопрофильную амбулаторную помощь при наиболее распространенных заболеваниях и неотложных состояниях, должна синтезировать как профилактическую, социальную, так и лечебную, а порой и психологическую помощь.

Медицинские сестры ведут занятия в школах для пациентов с бронхиальной астмой, сахарным диабетом, артериальной гипертензией. Основные задачи школ - разъяснение в доступной форме сведений о заболевании, его осложнениях, возможностях немедикаментозного и медикаментозного лечения, обучение методам самоконтроля своего состояния, приемам оказания самопомощи при его ухудшении. Целями обучения пациентов в школах являются стабилизация течения заболевания, улучшение качества жизни пациентов, снижение числа осложнений.

Регламентация работы медицинской сестры общей практики детализирована Приказом №237 МЗ РФ. Медицинская сестра общей практики моет осуществлять свою деятельность, как в государственных медицинских учреждениях, так и в негосударственных в порядке частной практики. Медсестра общей практики работает по контракту (договору). При этом обслуживаемый контингент формируется с учетом права свободного выбора врача и медсестры общей практики.

Объем работы медсестры общей практики определяется лицензией: это амбулаторный прием, посещения на дому, оказание неотложной помощи, выполнение профилактических, лечебно-диагностических мероприятий, содействие решению медико-социальных проблем семьи.

Наиболее успешно в отделениях обще врачебной практики (ОВП) медицинскими сестрами решаются вопросы выполнения врачебных назначений. Квалификация медицинских сестер и оснащенность офисов позволяют своевременно и в должном объеме осуществлять назначение врача: сбор и выполнение анализов, проведение диагностических мероприятий (запись ЭКГ, измерение артериального давления и внутриглазного давления, определение остроты зрения, функции внешнего дыхания и т.д.), а также провести медикаментозное лечение.

Работа семейных медицинских сестер на дому предусматривает одну из основных целей - осуществление условий для максимально долгого и успешного проживания инвалида или пенсионера у себя дома с помощью разнообразных средств ухода и технических приспособлений.

Это можно достичь, решив следующие задачи:

1. Обеспечение безопасности пациента:

• пожарная безопасность;

• электрическая безопасность;

• устранение препятствий по уходу передвижения;

• установление перил, ручек, укрепление ковриков и т.д.;

• безопасное хранение чистящих, отбеливающих средств, красителей и т.д.;

• надежность затворов на окнах и дверях;

• безопасное хранение лекарств, контроль за содержимым домашних аптечек, хранение лекарственных средств;

• соответствие высоты стульев, кровати и т.д. по росту пациента.

2. Уважение человеческого достоинства, соблюдение прав человека.

3. Соблюдение конфиденциальности (тайны личных дел, диагноза, содержание переговоров и т.д.).

4. Обеспечение качества общения с пациентом (доступность для беседы, эмоциональная поддержка).

5. Расширение круга общения пациента, создание обстановки для этого (доступность телефона, наличие адресов, письменных принадлежностей, побуждение к расширению общения).

6. Поощрение независимости и самостоятельности пациента, позволение делать столько, сколько он может.

7. Применение средств к расширению самообслуживания и большей самостоятельности (оборудование помещений, применение приспособлений: опорной палки, костылей, колясок и т.д.).

8. Одобрение действий пациента.

9. Профилактика и диагностика любого населения (психического, сексуального, финансового, физического).

10.Оказание помощи в приеме пищи, передвижении, уходе за ногтями и волосами, стирки, одевании, доставки и приготовлении пищи, выполнении гигиенических процедур, уборка помещений и т.д. в зависимости от потребности пациента.

11.Обеспечение инфекционной безопасности пациента.

12.Организация ремонта бытовой техники.

Поликлиника, постепенно трансформируясь в диагностическо-консультативные центры, концентрирует в своем составе специализированную консультативную, диагностическую, профилактическую и оздоровительную помощь, что позволяет перейти от специализированной стационарной медицинской помощи к специализированной амбулаторно-поликлинической помощи. Оказание консультативно-диагностической помощи в условиях поликлиник возможно только при модернизации имеющегося лечебно-диагностического оборудования.

В структуре поликлиник развиваются службы ухода, центры медико-социальной помощи, дневные стационары и центры амбулаторной хирургии, стационар на дому, отделения и центры восстановительного лечения.

Для освобождения службы скорой медицинской помощи от несвойственных ей функций (60% всех вызовов составляют обращения по поводу обострения хронических заболеваний) передаются функции неотложной помощи в звено общеврачебные практики.

**2.2 Новые формы оказания медицинской помощи**

Одним из положительных аспектов реформирования здравоохранения яв­ляется внедрение новых малозатратных технологий и развитие стационаро-замещающей помощи населению, которые представлены в основном дневными стационарами и стационарами на до­му.

**Дневные стационары** в амбулаторно-поликлинических учреждениях предназначены для проведения профилактических, диагностичес­ких, лечебных и реабилитационных мероприятий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения, с применением современных мало-затратных медицинских технологий в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных.

Основные цели работы дневных стационаров:

1) совершенствование организации и повышение качества оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях

2) повышение экономической эффективности деятельности ЛПО на основе внедрения и широкого использо­вания современных медицинских технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации

Функции дневного стационара:

– проведение комплексных профилактических и оздоровительных ме­роприятий лицам из групп риска повышенной заболеваемости, в том числе профессиональной, а также длительно и часто болеющим

– проведение сложных и комплексных диагностических исследований и лечебных процедур, связанных с необходимостью специальной подготов­ки больных и краткосрочного медицинского наблюдения после проведения указанных лечебных и диагностических мероприятий

– подбор адекватной терапии больным с впервые установленным диа­гнозом заболевания или хроническим больным при изменении тяжести за­болевания

– проведение комплексного курсового лечения с применением совре­менных медицинских технологий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения

– осуществление реабилитационного и оздоровительного комплекс­ного курсового лечения больных и инвалидов, беременных женщин

– проведение экспертизы состояния здоровья, степени утраты трудо­способности граждан и решение вопроса о направлении на МСЭ

В дневных стационарах отбор и ведение больных осуществляется, как правило, врачами общей практики, участковыми терапевтами и врачами-специалистами. В дневных стационарах специализированных профилей показания к пребыванию в них и объем проводимых лечебно-диагнос­тических мероприятий определяют врачи-специалисты и доводят эту ин­формацию до врачей общей практики и участковых терапевтов.

Создание дневных стационаров при поликлиниках позволяет прово­дить в амбулаторных условиях лечебные и диагностические процедуры, ранее осуществляемые только в больничных учреждениях, оказать по­мощь пациентам, нуждающимся в активном обследовании и лечении, ко­торые по ряду причин не могут быть госпитализированы в больницу, а так­же тем, у кого во время посещения поликлиники возникло неотложное состояние.Дневные стационары на базе поликлиник должны ориенти­роваться не только на активные методы лечения и обследования, но и в значительной степени на работу с пациентами старших возрастов с хрони­ческими заболеваниями, что, с одной стороны, имеет большое социальное значение, а с другой — освобождает койки в больницах для больных, дей­ствительно нуждающихся в стационарном лечении.

Стационары на дому – как правило, являются структурным подразделени­ем отделения неотложной помощи поликлиники, могут создаваться также на базе МСЧ, поликлинических отделений больниц, диспансеров, женских консультаций и даже больниц. Направляют больных на данное лечение участковые терапевты, врачи-специалисты и врачи неотложной помощи, а также врачи общей практики.

Организация стационара на дому обеспечивает оказание квалифициро­ванной медицинской помощи больным, нуждающимся в лечении в стацио­наре, если состояние больного и домашние условия (социальные, матери­альные, моральные) позволяют организовать необходимый уход за боль­ным на дому. В большинстве случаев в стационарах на дому наблюдаются лица стар­шего возраста с хронической патологией.

Возможно 2 метода организации работы врачей и медсе­стер в стационарах на дому:

1) централизованный – для работы в стационаре на дому специ­ально выделяют врача-терапевта и 1-2 медсестры, при этом в день обслуживается 12-14 больных

2) децентрализованный – осуществляется врачом общей практики или участковым терапевтом и медсестрой, наиболее целесообразен

Стационары на дому могут трансформироваться с передачей функций врачу общей практики или перерасти в центры амбу­латорной помощи, которые будут оказывать не только специализирован­ную, но и социальную помощь.

Дом (отделение) сестринского ухода, хоспис организуется на базе отдельных участковых больниц сельской местности, городских многопрофильных и специализированных (психиатрических, противотуберкулезных, онкологических и т.д.) больниц по решению местных Советов народных депутатов и согласованию с местными органами здравоохранения.

**Дома (отделения ) сестринского ухода, хосписы.**

Дом (отделение) сестринского ухода предназначается для проведения курса поддерживающего лечения больным преимущественно пожилого и старческого возраста, одиноким, страдающим хроническими заболеваниями и нуждающимся в медицинском и социальном уходе.При наличии соответствующих условий в них могут также получать поддерживающее лечение и социальный уход дети-инвалиды и дети в период оформления их в интернатные учреждения общего типа.

Для проведения симптоматического лечения больных в территориальных стадиях, организации им квалифицированного ухода, социально-психологической помощи больным и их родственникам создаются благотворительные медицинские учреждения - хосписы.

Мощность дома сестринского ухода определяется, исходя из существующих условий и потребности, органами здравоохранения; мощность отделения - главным врачом больницы.

Направления на госпитализацию в дома (отделения) сестринского ухода и хосписы осуществляются участковыми врачами территориальных, цеховых и сельских приписных участков, здравпунктов, врачебных амбулаторий или другими врачами-специалистами, по представлению фельдшеров, работников органов социального обеспечения, общественных и благотворительных организаций.

В направлении на госпитализацию отражается статус больного, полный клинический диагноз, рекомендации по проведению поддерживающего лечения.

Деятельность дома (отделения) сестринского ухода и хосписа регламентируется приказом Минздрава РФ от 1 февраля 1991 г. N 19 "Об организации домов сестринского ухода, хосписов и отделений сестринского ухода многопрофильных и специализированных больниц", действующим законодательством, приказами и указаниями вышестоящего органа здравоохранения (руководителя больницы) и Положением о лечебно-профилактическом учреждении, работающем в условиях нового хозяйственного механизма.

 Дом (отделение) сестринского ухода и хоспис ведет учет и представляет отчеты о своей работе по формам и в порядке, установленном Минздравом РФ.

Основной задачей дома (отделения) сестринского ухода является повышение доступности медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста, страдающим хроническими заболеваниями.

 В соответствии с поставленной задачей дом (отделение) сестринского ухода осуществляет:

- прием, размещение больных и престарелых соответственно профилю заболевания и тяжести их состояния;

- квалифицированной медицинский уход за больными и престарелыми;

- социальное обслуживание больных и престарелых;

- своевременное выполнение врачебных назначений и процедур;

- медицинскую реабилитацию больных и престарелых с элементами трудотерапии;

- динамическое наблюдение за состоянием больных и престарелых;

- своевременную диагностику осложнений или обострений хронических заболеваний;

- выписку больных в сроки, установленные органом здравоохранения и закрепленные в договоре (соглашении);

- оформление одиноких престарелых граждан в дома-интернаты.

Дом (отделение) сестринского ухода обеспечивает:

- первую экстренную и неотложную помощь;

- своевременный перевод больных и престарелых при обострении хронических заболеваний или ухудшении их состояния, в соответствующие лечебно-профилактические учреждения;

- периодические врачебные осмотры госпитализированных лиц, в зависимости от состояния, но не реже одного раза в неделю;

- консультативную помощь хроническим больным по рекомендации врачей;

- психологическую помощь и адекватную симптоматическую терапию;

- питание, в том числе диетическое, в соответствии с врачебными рекомендациями.

Противопоказания для направления в дом (отделение) сестринского ухода общесоматического профиля;

- активные формы туберкулеза;

- венерические заболевания;

- острые инфекционные заболевания;

- психические заболевания.

Основные задачи хосписа:

- формирование новой формы медицинского и социального обслуживания инкурабельных больных - благотворительной медицины;

- повышение доступности стационарной медицинской помощи больным терминальной стадии и улучшение им медицинской помощи на дому;

- проведение симптоматического лечения больных в терминальных стадиях, организация им квалифицированного ухода с применением психотерапевтических и традиционных методик;

- подбор и проведение необходимой обезболивающей терапии;

- оказание социально-психологической помощи больным и родственникам, обучение родственников навыкам ухода за тяжелобольными.

**2.3 Оценка качества работы врача общей/семейной практики**

Основным документом в области оценки качества работы врача и мед. сестры общей практики является приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 325 от 11.05.2007 г. «Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности врача общей практики».

1. Основной целью введения критериев оценки эффективности деятельности врача общей практики является проведение анализа диагностической, лечебно-практической и организационной работы участка врача общей практики лечебно-профилактического учреждения для улучшения качества оказания первичной медико-санитарной помощи и мониторинга состояния здоровья прикрепленного населения.

2. Основными учетными медицинскими документами при оценке эффективности работы врача общей практики являются:

• медицинская карта амбулаторного больного (учетная форма № 025/у-04);

• история развития ребенка (учетная форма № 112/у);

• паспорт врачебного участка общей врачебной практики (учетная форма № ОЗО/у-ВОП);

• ведомость учета врачебных посещений в амбулаторно-поликлинических учреждениях, на дому (учетная форма № 039/у-02);

• контрольная карта диспансерного наблюдения (учетная форма № 030/у-04);

• талон амбулаторного пациента (учетная форма № 025-12/у);

• карта гражданина, имеющего право на получение набора социальных услуг по учету отпуска лекарственных средств (учетная форма № 030-Л/у).

3. При оценке эффективности деятельности врача общей практики рекомендуется использовать следующие критерии его деятельности:

 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;

• против гепатита В - не менее 90% лиц в возрасте до 35 лет;

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

• выполнение плана профилактических прививок против гриппа;

Стабилизация или снижение показателя смертности населения на дому:

• при сердечно-сосудистых заболеваниях;

• при туберкулезе;

• при сахарном диабете;

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

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;

Артериальная гипертония:

• число вновь выявленных больных артериальной гипертонией;

• снижение уровня первичной заболеваемости ишемической болез¬нью сердца;

• снижение числа инвалидов в результате инфаркта миокарда и инсульта;

• снижение смертности прикрепленного населения от инфарктов миокарда и инсультов;

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;

Онкологические заболевания:

• отсутствие случаев онкологических заболеваний видимых локализаций, выявленных в III-IV клинических стадиях;

Полнота охвата мероприятиями по динамическому медицинскому наблюдению за состоянием здоровья отдельных категорий граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг, в том числе лекарственного обеспечения, санаторно-курортного и восстановительного лечения;

Обоснованность назначения лекарственных средств и соблюдение правил выписки рецептов пациентам, имеющим право на получение набора социальных услуг;

При оказании амбулаторно-поликлинической помощи детям:

1. Профилактическая деятельность врача общей практики (семейного врача) среди детского населения:

• 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 врачебных патронажей детей первого года жизни на 100 и деления на количество плановых врачебных патронажей детей первого года жизни);

• полнота охвата профилактическими осмотрами детей (данный показатель рассчитывается путем умножения числа осмотренных детей во время профилактических осмотров на 100 и деления на число детей соответствующего возраста, подлежащих профилактическим осмотрам).

Полнота охвата профилактическими осмотрами детей составляет не менее 95% от общего числа детей соответствующего возраста, подлежащих профилактическим осмотрам, в том числе на первом году жизни - не менее 100% (в 1 месяц, 3 месяца, 6 месяцев, 9 месяцев, 12 месяцев). Рекомендуется осмотр врачом-педиатром детей первого года жизни при проведении профилактических осмотров;

• полнота охвата профилакгическими 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, составляет: в возрасте 3 месяцев - не менее 80%, 6 месяцев не менее 50%, 9 месяцев - не менее 30%;

Лечебно-диагностическая деятельность врачей общей практики (семейных врачей) среди детского населения:

Диспансерное наблюдение детей:

• удельный вес детей, состоящих под диспансерным наблюдением, в общем числе детей, прикрепленных к участку врача общей практики (семейного врача);

• полнота охвата диспансерным наблюдением по нозологическим формам (составляет не менее 90% от общего числа детей, состоящих под диспансерным наблюдением);

• удельный вес детей, снятых с диспансерного наблюдения по выздоровлении (составляет не менее 10% от общего числа детей, состоя¬щих под диспансерным наблюдением);

• динамика численности детей-инвалидов;

Лечебно-профилактическая помощь детям, состоящим под диспансерным наблюдением:

• 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 санатор-но-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;

• обоснованность назначения лекарственных средств и соблюдение правил выписки рецептов пациентам, в том числе имеющим право на получение набора социальных услуг;

Динамика заболеваемости детей:

• динамика показателя первичной заболеваемости у детей (данный показатель рассчитывается путем умножения количества установленных впервые в отчетном периоде случаев первичной заболеваемости у детей на 100 и деления на число детей, прикрепленных к участку врача обшей практики);

• динамика показателя общей заболеваемости (распространенности) у детей (данный показатель рассчитывается путем умножения количества установленных в отчетном периоде случаев общей заболеваемости (распространенности) у детей на 100 и деления на число детей, прикрепленных к участку врача общей практики). Анализ в динамике уровней первичной и общей заболеваемости у детей по нозологическим формам заболеваний позволяет выявить дефекты в оказании медицинской помощи, негативно влияющие на диагностику, профилактику и лечение, и в дальнейшем планировать мероприятия по их устранению;

Отсутствие случаев смерти детей на дому, в том числе детей первого года жизни;

Отсутствие случаев досуточной летальности детей в стационаре, в том числе детей первого года жизни.

Эффективность деятельности врача общей практики (семейного врача) при оказании амбулаторно-поликлинической помощи женщинам в период беременности оценивается отсутствием следующих критериев:

• антенатальная гибель плода;

• врожденные аномалии развития, не выявленные во время беременности;

• разрыв матки до госпитализации;

• несвоевременная госпитализация при гестозе средней степени тяжести;

• несвоевременная госпитализация при переношенной беременности.

Конкретные критерии оценки эффективности деятельности врача общей практики определяются руководителем лечебно-профилактического учреждения с учетом численности, плотности, возрастно-полового состава населения, уровня заболеваемости, географических и иных особенностей.

При необходимости по решению руководителя лечебно-профилактического учреждения здравоохранения могут использоваться дополнительные критерии оценки эффективности деятельности