

**Методична розробка для лікарів – зі спеціальності «внутрішні
хвороби»**

**ТЕМА: Стандарти діагностики та лікування. Застосування
принципу доказовості у внутрішній медицині**

МІСЦЕ ПРОВЕДЕННЯ: навчальна кімната кафедри №8

КІЛЬКІСТЬ ГОДИН: 7 годин

Актуальність теми: Доказова медицина – спосіб медичної практики, коли лікар застосовує у веденні пацієнта тільки ті методи, корисність яких доведена шляхом доброякісних досліджень. Знання, отримані в процесі масштабних достовірних наукових досліджень, використовуються з метою прийняття рішення щодо призначення обстеження і лікування кожного конкретного пацієнта. Впровадження медичних стандартів на основі даних доказової медицини є підґрунтям підвищення якості медичної допомоги і створює умови для оптимального реформування національної системи охорони здоров'я.

Навчальні цілі заняття:

ЗНАТИ:

-МКХ 10;

-основні показники роботи амбулаторно-поліклінічних закладів;

-принципи доказовості у внутрішній медицині;

ВМІТИ:

-шифрувати діагнози, користуючись МКХ 10 перегляду;

-визначати і аналізувати основні показники роботи амбулаторно-поліклінічних закладів;

Зміст

теми заняття

Організація амбулаторно-поліклінічної допомоги міському населенню

Цей вид допомоги, як найбільш масовий та соціальнозначущий, займає провідне місце в медичному забезпеченні населення. Амбулаторно-поліклінічна допомога надається переважно в амбулаторіях і поліклініках.

Амбулаторія – заклад, який надає медичну допомогу хворим з однієї або кількох основних лікарських спеціальностей. У поліклініці допомога з багатьох спеціальностей. Як у амбулаторіях, так і в поліклініках здійснюється лікування хворих при звертанні в ці заклади, а також проводиться профілактична робота. Крім того, вони надають медичну допомогу хворим і вдома.

Поліклініка відрізняється від амбулаторії обсягом і рівнем лікувально-профілактичної допомоги, в останній її забезпечують лікарі основних 4-5-и спеціальностей. В амбулаторіях можуть також надавати допомогу тільки сімейні лікарі (лікарі загальної практики).

Значення поліклінік і амбулаторій визначається їх наближеністю до населення, а також можливістю оптимальної участі у медичному забезпеченні переважної більшості населення. Ці заклади займають чільне місце в профілактичній роботі і системі охорони здоров'я, їх працівники виявляють фактори ризику серед відповідних контингентів, інфекційні і соціально значущі захворювання. Робота амбулаторій та поліклінік відчутно впливає на діяльність інших закладів охорони здоров'я – лікарень, служби швидкої допомоги. Зокрема від ефективної роботи цієї ланки медичної допомоги суттєво залежать рівень та тривалість тимчасової втрати працездатності, частота ускладнень захворювань і наслідки їх перебігу, рівень госпіталізації, тривалість перебування хворих у стаціонарах і взагалі раціональне використання ліжок, а також в значній мірі оцінка населенням діяльності усієї системи охорони здоров'я.

Основні завдання міської поліклініки: • надання первинної та спеціалізованої кваліфікованої медичної допомоги амбулаторно та вдома; • проведення диспансерного спостереження за різними контингентами; • проведення лікарської експертизи працездатності; • організація та проведення профілактичних заходів, включаючи і протиепідемічні; • гігієнічне виховання населення; • вивчення показників здоров'я населення.

В період реформування системи охорони здоров'я робота поліклініки повинна бути спрямована на суттєве підвищення якості лікування населення, повне комплексне обстеження його соціально значущих груп, повноцінну реабілітацію. Всі ці заходи сприятимуть зменшенню сучасного досить високого рівня госпіталізації і забезпечать направлення хворих на стаціонарне лікування у випадках крайньої необхідності.

Основні розділи роботи поліклініки: • профілактична, включно з протиепідемічними заходами; • лікувально-діагностична; • організаційно-методична.

До профілактичних заходів відносяться як суто профілактичні (первинні), так і потенційно-профілактичні (вторинні).

Первинні заходи: • щеплення; • гігієнічне виховання населення; • диспансерне спостереження за здоровими та особами з факторами ризику; • санітарно-протиепідемічні заходи.

Вторинні заходи: • своєчасне виявлення інфекційних захворювань і повідомлення про інфекційного хворого в санітарно-епідеміологічну станцію; • організація ізоляції хворих, спостереження за контактними та одужуючими; • організація поточної дезінфекції.

Лікувально-діагностична робота включає: • раннє виявлення захворювань та повноцінне своєчасне обстеження хворих; • лікування хворих в поліклініках і вдома, в тому числі в стаціонарах удома із застосуванням відповідного комплексу методів відновлювального лікування; • надання невідкладної медичної допомоги при раптовому порушенні стану здоров'я хворого; • обстеження, відбір і направлення хворих на госпіталізацію; • відбір і обстеження хворих для санаторно-курортного лікування; • проведення експертизи тимчасової втрати працездатності; •

відбір і направлення хворих з ознаками стійкої втрати працездатності до медико-соціальних експертних комісій.

Міська поліклініка включає: 1. Управління 2. Господарча частина 3. Реєстратура 4. Кабінет долікарського прийому 5. Відділення профілактики 6. Лікувально-допоміжні відділення (фізіотерапевтичне, ЛФК, рефлексотерапії) 7. Лікувально-профілактичні підрозділи (відділення чи кабінети з 18-20 спеціальностей) 8. Діагностичні підрозділи 9. Інші підрозділи: - кабінет невідкладної допомоги - кабінет обліку та медичної статистики - денний стаціонар - госпрозрахункове відділення

Організаційно-методична робота включає: • аналіз стану здоров'я населення; • оцінку діяльності поліклініки, її підрозділів і персоналу; • впровадження в практику нових ефективних методів і засобів профілактики, діагностики, лікування, а також організаційних форм і методів роботи: • організацію та забезпечення підвищення кваліфікації медичного персоналу (направлення на післядипломну підготовку та стажування в стаціонарах, проведення науково-практичних конференцій і семінарів).

Згідно з наказом МОЗ України №127 від 21.05.1998 р. замість кабінетів обліку та медичної статистики створюються інформаційно-аналітичні відділення. Для забезпечення прийому населення в поліклініці та надання медичної допомоги вдома посади лікарів у містах із населенням понад 25 тисяч у міських поліклініках, які входять до складу міських лікарень (медико-санітарних частин зі стаціонаром), встановлюються згідно з наказом МОЗ України № 33 від 23.02.2000 р. Якщо в складі поліклініки є дермато – венерологічні, онкологічні чи фтизіатричні кабінети (відділення), то для прийому хворих того чи іншого профілю вводяться штати лікарів-спеціалістів, які визначаються за штатними нормативами відповідного кабінету (відділення). Слід зазначити, що з удосконаленням первинної медико-санітарної допомоги та запровадження загальної практики (сімейної медицини) співвідношення різних спеціалістів буде змінюватися і забезпеченість населення лікарями окремих спеціальностей зменшиться, оскільки сімейні лікарі мають забезпечувати більше 80 % всіх звертань за амбулаторною допомогою.

Ефективність діяльності поліклініки залежить від правильної організації роботи всіх її підрозділів і медичного персоналу. Це стосується насамперед розробки оптимальних графіків роботи, регулювання потоку відвідувачів, чим займаються насамперед керівні посадові особи, а також реєстратура, долікарський кабінет і самі лікарі.

Завдання реєстратури: • довідково-інформаційне забезпечення; • попередній та невідкладний запис на прийом і викликів додому – телефонних та за безпосередніми заявками пацієнтів; • регулювання інтенсивності потоку людей (направлення при потребі до долікарського кабінету, до відділення профілактики тощо) з метою створення рівномірного навантаження лікарів; • оформлення та зберігання медичної документації; • своєчасний підбір і доставка до лікарських кабінетів медичної документації, зокрема карт амбулаторних хворих (якщо вони зберігаються в поліклініці, а не у жителів).

Медичні карти в поліклініці можуть зберігатися за алфавітно-номерною системою, за дільницями та номерами медичних карт амбулаторного хворого, інколи за вулицями, номерами будинків і квартир. Важливе значення мають заходи для зменшення черг до реєстратури, зокрема через раціональне укомплектування штатів реєстраторів, розподіл їх функцій щодо ведення запису та підбору медичних документів. Зменшенню черг сприяє наявність вичерпної довідкової інформації (з визначенням дислокації дільниць, прізвищ лікарів, годин їх прийому, розміщення кабінетів, робочого дня поліклініки, лікувальних, діагностичних кабінетів і лабораторій, системи викликів лікаря додому тощо). Потрібно також організувати попередній телефонний запис та самозапис долікарів на всі дні тижня, прийом викликів додому по телефону з урахуванням графіків роботи підрозділів і конкретних спеціалістів. Безпосередні обов'язки кожного з реєстраторів визначає завідувач реєстратури. Посади медичних реєстраторів устанавлюються з розрахунку однієї на 10 лікарів, які ведуть амбулаторний прийом.

Графік роботи лікарів поліклініки має бути: • змінним; • фіксованим за початком прийому кожного дня тижня; • динамічним за його тривалістю, що залежить від необхідності виділення часу для обслуговування викликів додому та для профілактичної роботи, від сезонного збільшення певних захворювань тощо.

Змінний графік передбачає роботу лікаря в різні години протягом днів тижня. Це дозволяє населенню звертатися до лікаря в час, вільний від роботи. Значна частина відвідувань поліклініки припадає на початок тижня та першу половину дня, що слід враховувати насамперед лікарям при плануванні часу повторних і диспансерних відвідувань. З метою зменшення кількості необґрунтованих відвідувань лікарів у поліклініках працюють долікарські кабінети, завданням яких є видача направлень на обстеження, заповнення паспортної частини в направленні на медико-соціальну експертну комісію, санаторно-курортної картки, вимірювання артеріального тиску. До роботи в долікарських кабінетах залучаються досвідчені медичні сестри. В значній більшості випадків населення звертається насамперед до дільничного лікаря, який надає амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню за дільнично-територіальним принципом. Суть його полягає в спостереженні за закріпленими контингентами територіальної дільниці, наданні їм кваліфікованої лікарської допомоги.

Для дотримання дільничного принципу потрібні такі умови: • оптимальна чисельність населення дільниці; • укомплектованість поліклініки дільничними лікарями; • наявність і дотримання змінного графіка роботи лікарів; • правильна організація роботи реєстратури. Дільничний терапевт насамперед забезпечує первинну медико-санітарну допомогу (ПМСД), проте його функції у її наданні звужені порівняно з тими, що має виконувати сімейний лікар (лікар загальної практики), який надає пацієнтам різнопрофільну лікувально-профілактичну допомогу та допомагає їм у вирішенні медичних та соціальних проблем. Дільничний терапевт проводить прийом хворих у поліклініці, відвідує їх удома за викликами чи з власної ініціативи, забезпечує диспансерне спостереження за контингентами, що його потребують, здійснює експертизу працездатності. При проведенні прийому хворих у поліклініці лікар з'ясовує дані анамнезу, проводить фізикальне та інструментальне обстеження, дає рекомендації, здійснює експертизу працездатності, робить відповідні записи в медичній карті амбулаторного хворого. Крім своєчасного виявлення порушень стану здоров'я та надання певної медичної допомоги населенню своєї дільниці лікар повинен, у разі потреби, надати екстрену допомогу при раптових погіршеннях стану, травмах незалежно від місця проживання пацієнтів. До обов'язків дільничного терапевта входить також організація, в разі необхідності, своєчасної госпіталізації хворих після всебічного обстеження їх у поліклініці. Якщо хворому потрібна консультація завідувача відділення чи інших лікарів-спеціалістів, то терапевт повинен її призначити та зробити все необхідне для своєчасного проведення. Значне місце в роботі дільничного терапевта займає профілактична робота (профілактичні огляди, диспансеризація окремих груп населення, гігієнічне виховання тощо). На дільничного терапевта покладені обов'язки своєчасного виявлення інфекційних захворювань та повідомлення про це в санітарно-епідеміологічну станцію. Він також організовує ізоляцію хворих і поточну дезінфекцію в осередку інфекційного захворювання, забезпечує лікування хворих удома, спостереження за контактними, проводить (чи організовує) диспансерне спостереження за одужуючими. Підвищення якості медичної допомоги значною мірою залежить від можливостей її надання вдома. На обсяг цієї допомоги впливають склад населення за віком і статтю, особливості захворюваності, можливість проведення лабораторних та інструментальних досліджень удома, своєчасність надання допомоги та якість лікування, територіальне розташування дільниць. Після відвідування хворого вдома в день надходження виклику лікар у подальшому може при необхідності відвідувати його за своєю ініціативою (активне відвідування). Після покращання стану здоров'я хворого направляють на відповідні процедури чи на повторне обстеження до поліклініки. При потребі лікар організовує його лікування в умовах домашнього стаціонару, залучаючи для цього дільничну медичну сестру, яка виконує відповідні призначення, спостерігає за станом здоров'я пацієнта. Здійснюючи організаційно-методичну роботу, дільничний терапевт вивчає та аналізує стан здоров'я населення, показники своєї роботи.

Штати дільничних медичних сестер встановлюються з розрахунку 1,5 посади на кожну посаду дільничного терапевта (наказ МОЗ України № 33 від 23.02.2000 р.). Дільнична медична сестра допомагає лікарю під час амбулаторного прийому – готує робоче місце, перевіряє наявність необхідної документації та надходжень медичних карток амбулаторного хворого з реєстратури (якщо ці документи зберігаються в картотечі поліклініки), при потребі вимірює артеріальний тиск, проводить термометрію, пояснює хворим порядок підготовки до лабораторних та інструментальних досліджень тощо. Вона також заповнює під контролем лікаря облікову медичну документацію (статистичні талони для реєстрації заключного діагнозу чи талони амбулаторного пацієнта, екстрені повідомлення про інфекційне захворювання, довідки про тимчасову непрацездатність), виписує направлення на діагностичні обстеження тощо. Організація та якість роботи дільничного персоналу значною мірою формує думку населення про медичну допомогу взагалі. Ефективна діяльність цієї ланки амбулаторно-поліклінічної допомоги відчутно впливає на задоволення потреби в медичному забезпеченні.

На обсяг і якість роботи лікаря впливають нерівномірність навантаження, звертання частини таких пацієнтів, яким на момент звертання допомога лікаря не потрібна. Нерівномірність навантаження визначається сезонними особливостями захворювань терапевтичного профілю, коливаннями кількості відвідувань у різні дні тижня та години протягом доби.

Складні та відповідальні функції дільничної служби потребують планування та координації її взаємодії з різними підрозділами поліклініки. Цю роботу забезпечує завідувач терапевтичного відділення. Його посада вводиться при наявності в поліклініці 6,5-9 посад лікарів-терапевтів (замість 0,5 посади лікаря). Якщо в штаті більше 9 лікарів-терапевтів, посада завідувача встановлюється понад ці посади, і в такому випадку він займається тільки своїми прямими управлінськими функціями.

При введенні посади завідувача в інших відділеннях число посад лікарів-спеціалістів певного профілю може відрізнятись. Наприклад, в отоларингологічних, офтальмологічних і неврологічних відділеннях посада завідувача вводиться при кількості лікарів відповідних спеціальностей не менше 3,0 (замість 0,5 посади лікаря). Завідувач терапевтичного та інших відділень поліклініки здійснює керівництво діяльністю всього персоналу, відповідає за обсяг і якість лікувально-профілактичної роботи та діагностичного процесу.

Він забезпечує:

- надання кваліфікованої лікувально-діагностичної допомоги хворим у поліклініці та вдома;
- складання оптимальних графіків роботи персоналу відділення;
- контроль за обсягом, якістю діагностики та лікування;
- участь у проведенні експертизи тимчасової непрацездатності та контроль за її якістю;
- впровадження в практику сучасних методів профілактики, діагностики, лікування та організації праці;
- своєчасне виявлення та лікування інфекційних хворих;
- планову госпіталізацію хворих;
- контроль за повнотою та якістю ведення облікових документів;
- складання планів і звітів;
- організацію підвищення кваліфікації медичного персоналу відділення.

Важливим структурним підрозділом поліклініки є відділення профілактики. Його основні завдання:

- проведення профілактичних медичних оглядів з метою раннього виявлення хворих і осіб з високим ризиком захворювань;
- організація, облік і контроль за проведенням диспансеризації;
- участь у розробці заходів первинної і вторинної профілактики;
- пропаганда гігієнічних знань.

У цьому відділенні на постійній основі працює переважно середній медичний персонал. Керує його роботою завідувач відділення – лікар-терапевт, посада якого встановлюється в поліклініці, яка обслуговує 30 тисяч і більше дорослого населення (замість 0,5 посади лікаря). До роботи у відділенні профілактики залучають лікарів інших спеціальностей, виділяючи в їх графіку певний час для проведення профілактичних оглядів.

Якщо на базі поліклініки розмішена жіноча консультація, тоді профілактичні огляди жінок забезпечує вона. В іншому випадку в структурі поліклініки є оглядовий кабінет, для роботи в якому

виділяється одна посада акушерки в зміну на 30 тисяч дорослого міського населення. Вона має бути підготовлена за фахом з онкології, гінекології та проктології.

Основними завданнями акушерки є: • проведення оглядів жінок за їх згодою (незалежно від віку та хвороби), що вперше протягом року звернулися до поліклініки, з метою раннього виявлення передпухлинних захворювань і злоякісних новоутворень; • обов'язкове взяття мазків з піхви та цервікального каналу, відправлення їх до цитологічної лабораторії; • направлення осіб з виявленою патологією до відповідних спеціалістів. У складі відділення профілактики може діяти, як структурна одиниця, чоловічий оглядовий кабінет. У ньому працює фельдшер, підготовлений за фахом з онкології, урології та проктології. Метою створення такого кабінету, як і оглядового жіночого, є виявлення передпухлинних захворювань.

Діяльність відділення профілактики сприяє реалізації диспансерного методу, сутністю якого є: • активне виявлення контингентів, які підлягають диспансеризації, та взяття їх на облік; • повне комплексне обстеження осіб, які цього потребують; • активне лікування; • динамічне спостереження за станом здоров'я; • надання рекомендацій щодо працевлаштування; • розробка та проведення заходів профілактики захворювань і запобігання ускладнень.

Завдання диспансеризації • збереження здоров'я здорових; • раннє виявлення факторів ризику та початкових форм захворювань; • повноцінне обстеження та лікування хворих, оздоровлення осіб групи ризику; • зниження захворюваності з тимчасовою втратою працездатності та інвалідності; • підвищення продуктивності праці.

Виконання цих завдань спрямоване на збереження та зміцнення здоров'я населення. Контингенти диспансеризованих поділяються на 2 групи: перша – здорові і особи з факторами ризику, друга – хворі. Відбір осіб для диспансерного спостереження проводиться як за медичними, так і соціальними показаннями.

До контингентів дорослого населення, що підлягають диспансерному спостереженню за медичними показаннями, відносяться: • особи, що мають фактори ризику; • хворі на окремі хронічні захворювання; • особи, які часто і тривало хворіють.

За соціальними показаннями диспансерному спостереженню підлягають: • особи, які працюють в шкідливих і небезпечних умовах праці; • працівники харчових, комунальних і дитячих закладів; • вчителі загальноосвітніх шкіл; • особи з факторами ризику соціального характеру. Здійснення диспансеризації потребує певної послідовності.

МЕТОДИКА ОБЧИСЛЕННЯ ПОКАЗНИКІВ

1. Кількість відвідувань на 1 мешканця:

Методика: $\frac{\text{к-сть відвідувань в поліклініці} + \text{вдома} + \text{до стоматолога}}{\text{чисельність населення}}$

2. Забезпеченість амбулаторно-поліклінічною допомогою:

Методика: $\frac{\text{к-сть відвідувань в змiну} \times 10000}{\text{чисельність населення}}$

3. Функція лікарської посади

Методика: $\frac{\text{к-сть відвідувань в поліклініці} + \text{відвідувань вдома}}{\text{к-сть ставок лікарів даного профілю}}$

Виконання функції лікарської посади

Методика:
$$\frac{\text{фактична функція лікарської посади} \times 100}{\text{нормативна функція лікарської посади}}$$

Методика вирахування нормативної функції лікарської посади (за формулою Розенфельда).

Навантаження в поліклініці на годину + навантаження на годину по викликах \times кількість годин роботи \times на кількість робочих днів.

Навантаження в поліклініці: терапевта – 5 в годину

педіатра – 5 в годину

хірурга – 9 в годину

Навантаження по викликах: терапевта – 2 в годину

педіатра – 2 в годину

Кількість робочих днів – 280

4. Кількість відвідувань на одне зареєстроване захворювання:

Методика:
$$\frac{\text{к-сть відвідувань в поліклініці внаслідок захвор. (сумарно)}}{\text{к-сть зареєстровано захворювань (сумарно)}}$$

5. Обстеження в поліклініці:

Методика:
$$\frac{\text{к-сть обстежень (певного виду)} \times 100}{\text{к-сть відвідувань, зареєстрованих в поліклініці}}$$

6. Рівень диспансеризації:

Методика:
$$\frac{\text{к-сть диспансерних хворих (було) + знову взято} \times 1000}{\text{чисельність населення}}$$

7. Охоплення диспансерним наглядом:

Методика:
$$\frac{\text{к-сть диспансерних хворих (було) + знову взято} \times 1000}{\text{К-сть зареєстрованих захворювань}}$$

Тестові завдання:

1. Скільки розділів містить МКХ 10 перегляду ?
 - A) 21
 - B) 19
 - C) 23
 - D) 20
2. В якому році була затверджена Міжнародна статистична класифікація хвороб 10 перегляду?
 - A) 1993р.
 - B) 2010р.
 - C) 1945р.
 - D) 2000р
3. Яке кодування використовується в МКХ 10?
 - A) цифрове
 - B) алфавітне
 - C) алфавітно-цифрове
 - D) кодування не використовується
4. Що лежить в основі побудови Міжнародної класифікації хвороб, травм і причин смерті?
 - A) спільність етіології
 - B) спільність патогенезу
 - C) спільність етіології чи патогенезу захворювань або поєднання локально-етіологічного та локально-патогенетичного принципів
 - D) спільність етіології чи патогенезу захворювань
5. Що означає терапія плацебо?
 - A) використання засобу, що імітує за формою застосовуваний лікарський препарат, але не містить діючу речовину
 - B) відсутність будь-якого лікарського препарату під час лікування
 - C) використання лікарського препарату з мінімальною кількістю діючої речовини
6. Що таке рандомізація ?
 - A) сліпа (довільна) вибірка пацієнтів для включення їх в дослідну та контрольну групу
 - B) сліпа (довільна) вибірка пацієнтів для включення їх в дослідну

С) сліпа (довільна) вибірка пацієнтів для включення їх в контрольну групу

Д) спеціальна (контрольована) вибірка пацієнтів для включення їх в дослідну та контрольну групу

7. Який із рівнів доказовості є найвищим?

А) В

В) А

С) С

Д) Е

8. Що означає рівень доказовості С?

А) достатніх доказів немає: наявність доказів недостатньо для винесення рекомендації, але рекомендації можуть бути надані з урахуванням інших обставин

В) достатньо негативних доказів: в наявності достатньо доказів, щоб рекомендувати відмовитися від застосування даного методу

С) відносна переконливість доказів: в наявності достатньо доказів на користь того, щоб рекомендувати даний метод до застосування

Д) відомі негативні докази: в наявності є досить переконливі докази того, щоб рекомендувати відмовитися від застосування даного методу

Список використаної літератури:

1. Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги»
2. Рудень В. В. Правове забезпечення процесу оформлення лікарем основної обліково-звітної документації медичного закладу / В. В. Рудень, Г. Г. Яхно, В. І. Дячишин та ін. // За ред. Заслуженого лікаря України, док. мед. наук, проф. Рудень В. В. – Львів. Видавничий дім Наутітус. – 2010. – 629с.
3. Черешнюк Г. С. Організаційні основи загальної практики – сімейної медицини / Г. С. Черешнюк, Л. В. Черешнюк // Донецьк: Видавець Заславський О. Ю., 2014. – 144с.
4. Вороненко Ю. В. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під за. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 680с.

Автор: ст. викладач кафедри,
Заслужений лікар України
Черешнюк Г. С.

«30» _____ 08 _____ 2018 р.

Затверджено на засіданні кафедри
Протокол № 2