

Запорожский государственный медицинский университет
Кафедра здравоохранения, социальной медицины и врачебно-трудовой экспертизы

**Методические разработки к практическому занятию
по предмету «Социальная медицина и организация здравоохранения»
для студентов 5 курса специальностей «лечебное дело, педиатрия»**

Тема: Организация и содержание работы детских больниц, учет и анализ их деятельности

Модуль 2

Содержательный модуль 4

Запорожье, 2016

Составили доцент Таранов В.В.,
ассистент Кремсарь И.Н.

Утверждены на заседании кафедры «» 2016 г. Протокол №

Утверждены и рекомендованы к печати на заседании цикловой методической комиссии гигиенических дисциплин «23» мая 2016 г. Протокол №...

I. Актуальность темы.

Здоровье закладывается в детстве и от того, каким будет здоровье детей, в значительной мере зависит здоровье взрослых и населения в целом. Дети и подростки в нашей стране относятся к числу наиболее приоритетных социальных групп населения, поскольку их здоровье является одним из основных факторов стабильности и развития общества.

Лечебно-профилактическая помощь детям является важной составной частью государственной системы охраны материнства и детства.

Рациональная организация медицинской помощи детям и подросткам является одной из важнейших задач системы здравоохранения.

Знание основ организации амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи детям, умение рассчитать и оценить показатели деятельности детской больницы дает возможность будущим врачам принимать управленческие решения, направленные на оптимизацию работы педиатрического учреждения и службы в целом, укрепление здоровья будущего нашей нации.

II. Учебные цели занятия:

1. Сформировать у студентов представление о системе организации медицинской помощи детскому населению.
2. Реализовать усвоение студентами структуры и функций городской детской больницы – основного учреждения системы организации медицинской помощи детскому населению, её основных структурных подразделений.
3. Ознакомить студентов с основными показателями деятельности городской детской больницы.
4. Научить студентов вычислять и анализировать основные показатели деятельности городской детской больницы.

III. Практические навыки и умения

В результате изучения настоящей темы студенты должны

Знать:

- а) систему организации медицинской помощи детям;
- б) основные виды лечебно-профилактических учреждений, оказывающих медицинскую помощь детям;
- в) структуру, задачи и организацию работы городской детской больницы;
- г) основные виды деятельности городской детской больницы и их содержание;
- д) содержание и организацию работы участкового педиатра;
- е) основные направления реформирования первично медико-санитарной помощи в части помощи детскому населению;
- ж) основные функции врача-ординатора городской детской больницы;
- з) основную учётную и отчётную документацию, используемую в работе городской детской больницы;
- и) основные показатели деятельности городской детской больницы;

Уметь:

- а) организовать работу участкового педиатра в соответствии с основными разделами его деятельности;
- б) оформлять основные учётные документы поликлиники и стационара городской детской больницы, учреждений по дошкольному и школьному воспитанию;

г) вычислять, анализировать и оценивать основные показатели городской детской больницы, а также основные показатели, характеризующие медицинские аспекты деятельности основных учреждений по дошкольному и школьному воспитанию и здоровью детей.

Быть ознакомленными:

а) с основными формами отчётных документов, используемыми в практической работе городской детской больницы;

б) с приказами Минздрава, относящимися к сфере деятельности городской детской больницы;

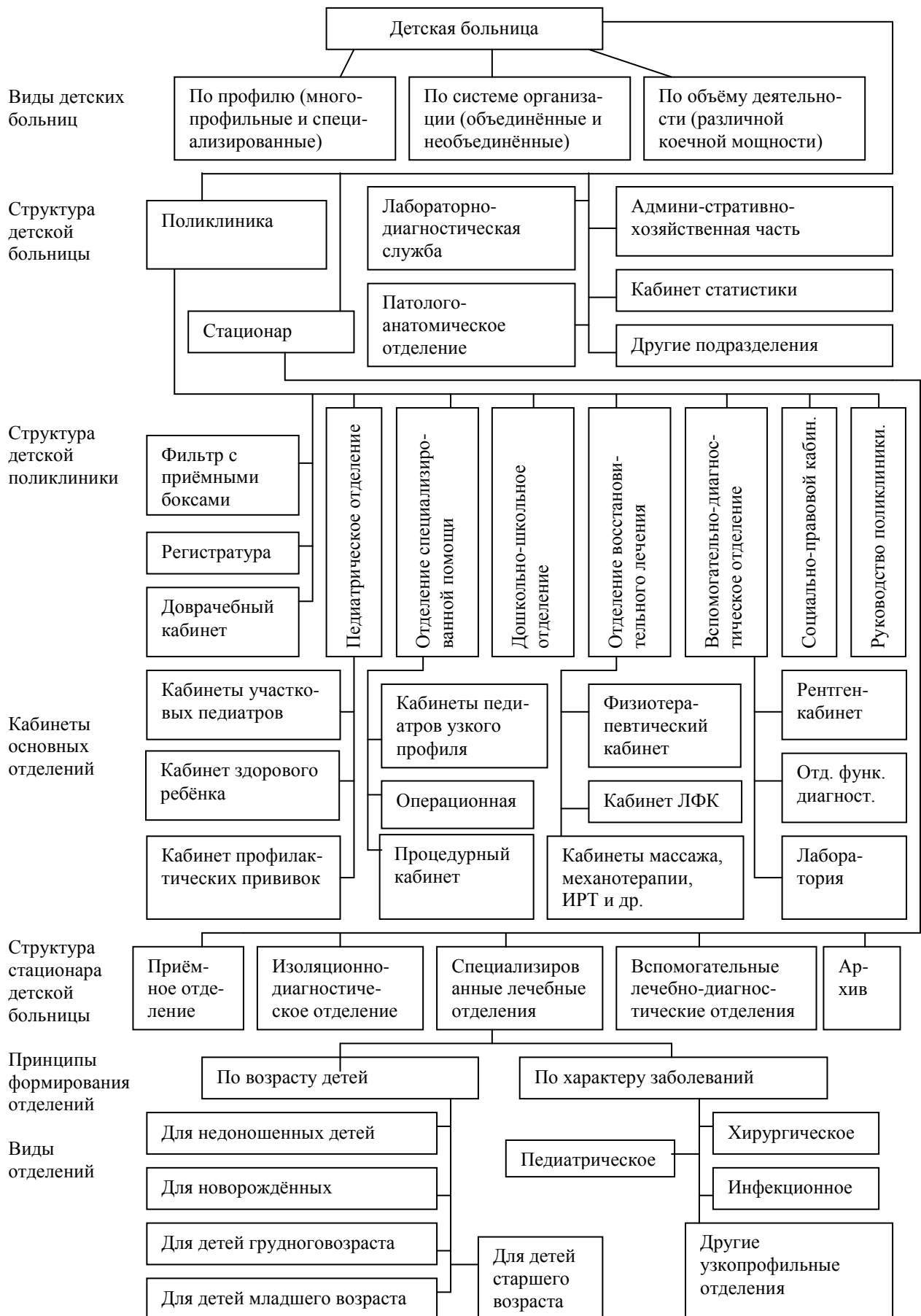
в) с методами восстановительного лечения, которые применяются в поликлинике городской детской больницы.

IV. Исходный уровень знаний

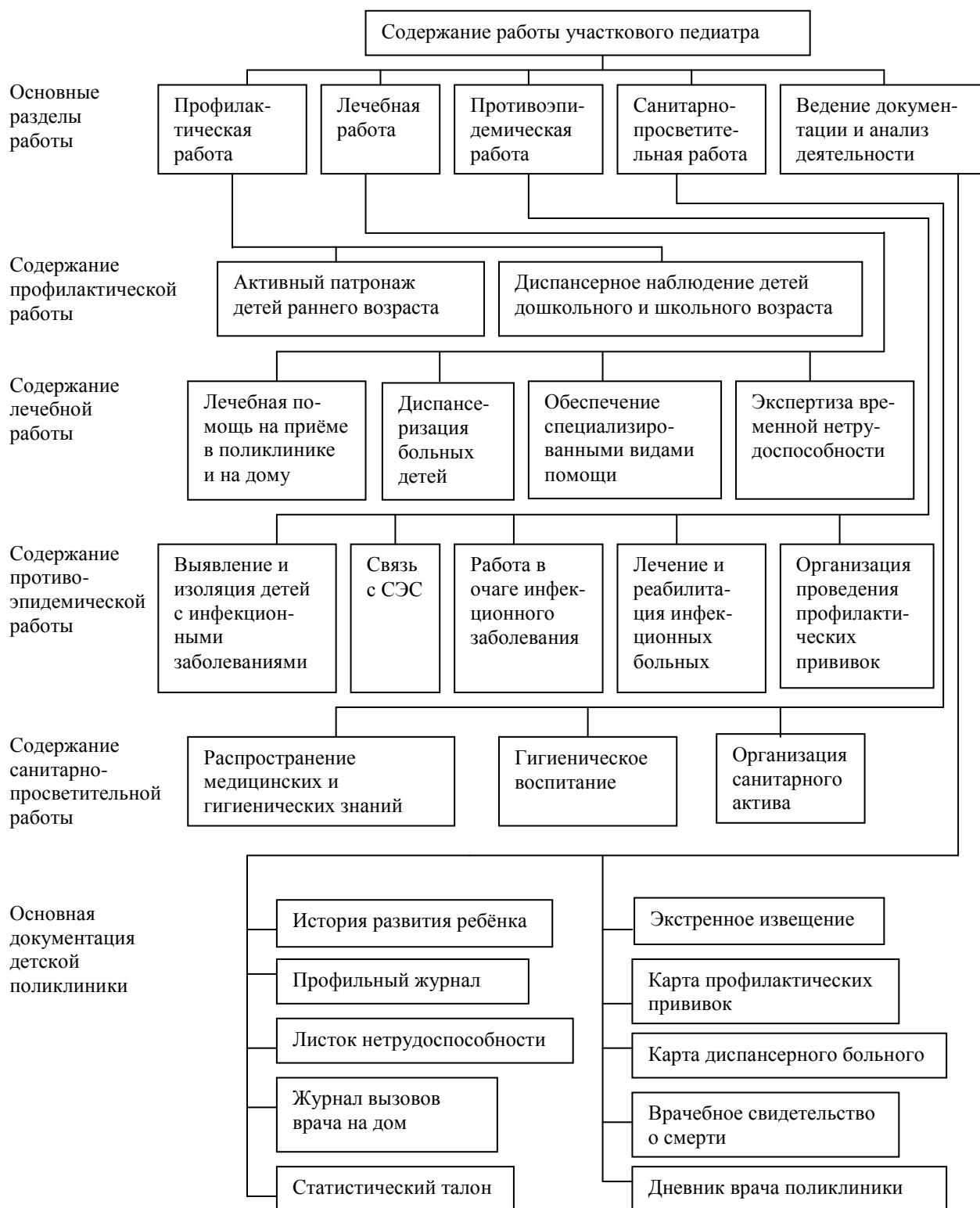
Контрольные вопросы:

1. Виды детских больниц по профилю, организации работы и мощности.
2. Структурные подразделения детских больниц.
3. Основные задачи детской больницы.
4. Основные принципы оказания амбулаторно-поликлинической помощи детскому населению. Сущность принципа территориальной участковости в условиях детской поликлиники.
5. Основные задачи детской поликлиники.
6. Структурные подразделения детской поликлиники и их основные функции.
7. Основные разделы работы участкового врача-педиатра и их содержание.
8. Диспансеризация детского населения.
9. Критерии комплексной оценки здоровья детей.
10. Группы здоровья детей.
11. Основные принципы рационального вскармливания и питания детей.
12. Содержание работы прививочных кабинетов детских поликлиник.
13. Основные задачи кабинета здорового ребёнка.
14. Учётная и отчётная медицинская документация детской поликлиники.
15. Основные задачи врача-специалиста детской поликлиники.
16. Основные принципы организации восстановительного лечения в детской поликлинике.
17. Структура и функции дневного стационара детской поликлиники.
18. Структурные подразделения стационара детской больницы и их работа.
19. Порядок госпитализации больных детей.
20. Основные задачи и функции врача приёмного отделения стационара детской больницы.
21. Основные задачи и функции врача-ординатора стационара больницы.
22. Сущность двухступенной системы медицинского обслуживания в детской больнице.
23. Методика изучения организации работы детской поликлиники.
24. Методика вычисления, анализа и оценки основных статистических показателей деятельности детской городской больницы.

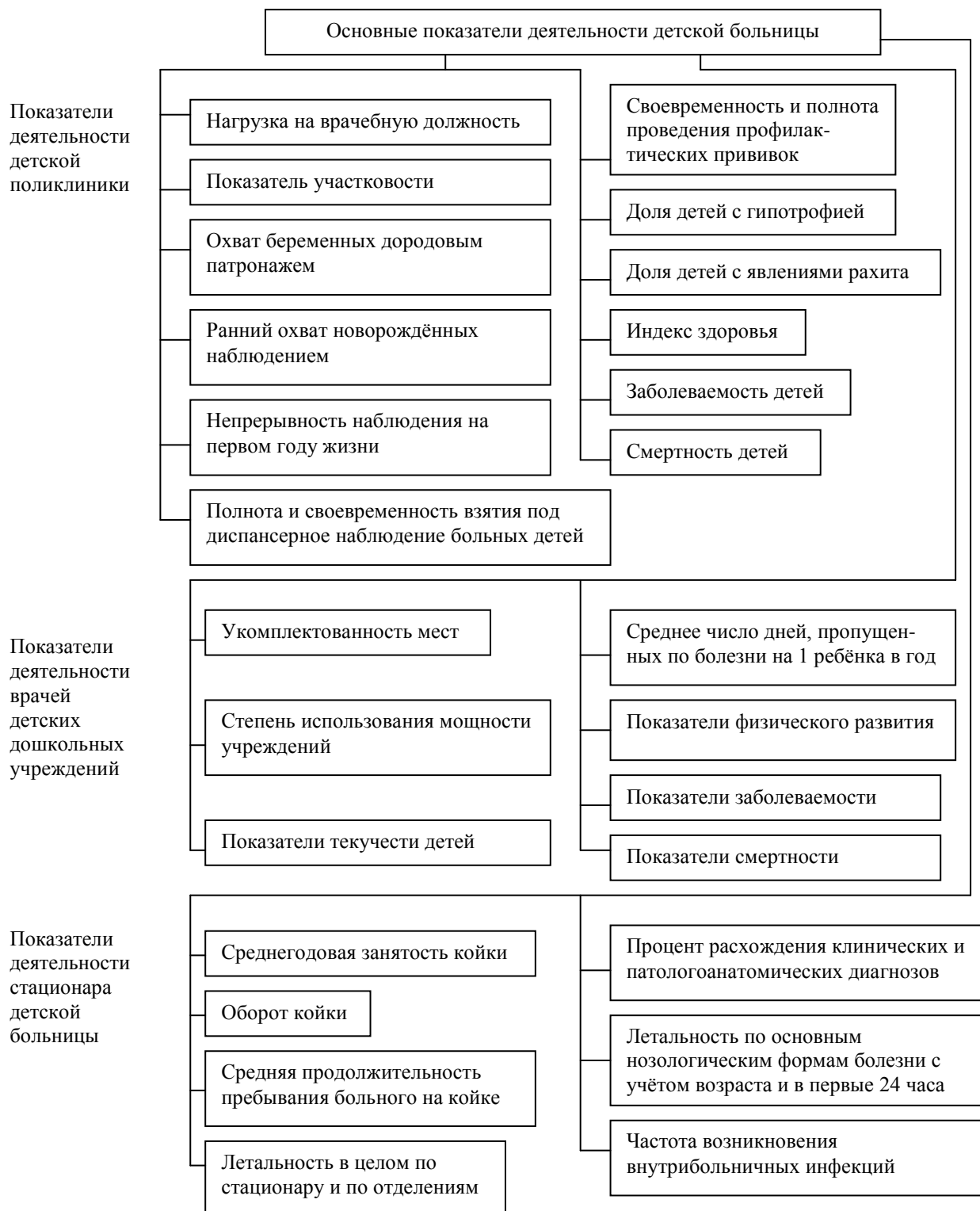
V. Логическая структура темы



Логическая структура фрагмента темы



Логическая структура фрагмента темы



VI. Основные теоретические и терминологические понятия темы

1. Детская больница – это государственное лечебно-профилактическое учреждение, обеспечивающее детям и подросткам от рождения до 18 (17 лет 11 месяцев 29 дней включительно) лет. бесплатную высококвалифицированную медицинскую помощь на основе достижений современной науки и техники.

2. Детские больницы в зависимости от объёма и характера оказываемой медицинской помощи могут быть следующих видов:

- по профилю – многопрофильные и специализированные;
- по системе организации – объединённые и не объединённые;
- по объёму деятельности – различной коечной мощности.

3. В зависимости от объёма деятельности и профиля детская больница имеет в своём составе следующие подразделения:

- стационар;
- лабораторно-диагностическую службу (вспомогательно-диагностические подразделения);
- патологоанатомическое отделение;
- административно-хозяйственная часть;
- кабинет учёта и медицинской статистики;
- другие структурные подразделения (аптека, кухня, медицинский архив, библиотека и т.д.);

4. Основными задачами детской больницы являются:

- оказание высококвалифицированной лечебной помощи;
- внедрение в практику современных методов профилактики, диагностики и лечения больных;
- развитие и совершенствование организационных форм и методов работы.

5. Больница должна оказывать первую и неотложную медицинскую помощь при острых и внезапных заболеваниях, травмах и отравлениях, вне зависимости от районов обслуживания и возраста обратившихся. Детская больница учитывает и анализирует эффективность оказываемой лечебно-профилактической помощи и изучает исходы и отдалённые результаты лечения, организует повышение квалификации врачей, среднего и младшего медицинского персонала. В больнице осуществляется санитарно-просветительная работа среди родителей и детей старшего возраста. Важнейшим условием деятельности детской больницы является преемственность в работе с другими лечебно-профилактическими учреждениями: поликлиниками, родильными домами, санаториями и др.

6. В общей системе медицинских мероприятий, направленных на охрану здоровья детей, основное место занимает амбулаторно-поликлиническая помощь.

7. Основными принципами оказания амбулаторно-поликлинической помощи являются:

- бесплатное, систематическое, квалифицированное, доступное врачебное, фельдшерское, сестринское наблюдение за здоровыми детьми;
- первичная и вторичная профилактика заболеваний;
- раннее выявление и своевременное лечение больных детей;
- реабилитация больных;
- санитарно-просветительная работа по вопросам воспитания здорового ребёнка, обеспечению его нормального физического и психического развития.

8. Ведущим учреждением, оказывающим амбулаторно-поликлиническую помощь детскому населению, является детская поликлиника, которая может быть самостоятельной или входить как структурное подразделение в объединённую детскую больницу. Детская поликлиника – это лечебно-профилактическое учреждение диспансерного типа, которое обеспечивает медицинскую помощь всем детям, независимо от состояния их здоровья.

9. В районе своей деятельности детская поликлиника обеспечивает:
- организацию и проведение комплекса профилактических мероприятий;
 - лечебно-консультативную помощь в поликлинике и на дому;
 - лечебно-консультативную помощь в дошкольных учреждениях и школах;
 - противоэпидемические мероприятия (совместно с СЭС);

10. Детская поликлиника играет ведущую роль в системе организации медицинской помощи детям. От качества её работы во многом зависят уровень госпитализации детей, продолжительность их пребывания в стационаре, рациональное использование коечного фонда, уровень младенческой смертности, частота вызовов скорой медицинской помощи, результаты поликлинического и стационарного лечения.

11. Детская поликлиника осуществляет профилактическое наблюдение за детьми в зависимости от их возраста, особенностей организации воспитания и состояния здоровья, оказывает все виды лечебной помощи, координирует и обобщает деятельность других учреждений оказывающих лечебно-профилактическую помощь детям. Оказание помощи предусмотрено в поликлинике, на дому, в дошкольных учреждениях и школах.

12. Организация работы детской поликлиники строится в соответствии с общими принципами организации лечебно-профилактической помощи: участковый принцип обслуживания и профилактический метод работы. Использование участкового принципа даёт возможность участковому педиатру хорошо знать свой контингент и учитывать не только индивидуальные особенности детей, но и особенности организации их жизни в семье, а также осуществлять наблюдение не только за больными, но и за здоровыми детьми. Размер педиатрического участка составляет 800 (норматив) – 1000 (рекомендованная численность) детей от рождения до 14 лет включительно.

13. В настоящее время в Украине осуществляется реформирование первичной медико-санитарной помощи взрослому и детскому населению в направлении её оказания по принципу врача общей практики (семейного врача). Планируется, что до 31 декабря 2019 г. первичную медицинскую помощь будут оказывать, кроме врачей общей практики – семейных врачей, участковые терапевты и участковые педиатры, а с 1 января 2020 г., согласно Закону Украины «О внесении изменений в Основы законодательства Украины о здравоохранении по совершенствованию оказания медицинской помощи» от 7 июля 2011 г. № 3611–VI — семейные врачи. Врачи педиатрических специальностей (врачи-педиатры и специалисты узкого профиля) будут работать на вторичном и третичном уровнях оказания медицинской помощи. Вопросы оказания медицинской помощи детям семейным врачом отражены в теме «Семейная медицина и ее значение в системе медицинской помощи населению. Содержание и организация работы семейного врача (врача общей практики)».

14. Число штатных должностей врачей, среднего и младшего медицинского персонала устанавливается в соответствии со штатными нормативами в пределах плана и бюджета здравоохранения. Должности заведующих педиатрическими отделениями устанавливаются при наличии в штате отделения:

а) 6,5 – 9 должностей педиатров – вместо 0,5 должности врача. Заведующий этим отделением выполняет работу врача в объёме 50%;

б) более 9 должностей педиатров – сверх этих должностей. Заведующий этим отделением освобождается от работы врача.

Должность заведующего детской поликлиникой, входящей в состав городской и детской городской больницы вводится в каждой поликлинике, соответствующей действующим типовым категориям.

15. В структуру детской поликлиники входят:
- административно-хозяйственная часть (в самостоятельных поликлиниках);
 - фильтр с приёмными боксами и изолятором;
 - регистратура;
 - доврачебный кабинет;

- лечебно-профилактические отделения (кабинеты): педиатрическое отделение, отделение специализированной помощи, дошкольно-школьное отделение, отделение восстановительного лечения;

- вспомогательно-диагностические подразделения;
- кабинет учёта и медицинской статистики.

В состав педиатрического отделения входят кабинеты участковых педиатров, кабинет здорового ребёнка, кабинет профилактических прививок. Отделение специализированной помощи включает в себя кабинеты педиатров узкого профиля, операционную, процедурный кабинет. К отделению восстановительного лечения относятся физиотерапевтический кабинет, кабинеты лечебной физкультуры, массажа, иглорефлексотерапии, механотерапии, логопедический, а также дневной стационар. К вспомогательно-диагностическим подразделениям относятся рентгеновский кабинет, лаборатория, отделение функциональной диагностики.

16. Ряд помещений детской поликлиники предназначен для разобщения больных и здоровых детей. Для этой цели имеется два входа: один для здоровых детей, другой – для больных. Второй вход ведёт к фильтру, соединённому с вестибюлем поликлиники, где располагаются регистратура и бокс. При посещении поликлиники больные дети должны проходить через фильтр, где, как правило, находится наиболее опытная медицинская сестра. На основании опроса о состоянии здоровья ребёнка и причин посещения поликлиники, осмотра его кожи и зева, а при необходимости и термометрии, она решает вопрос о возможности посещения поликлиники данным ребёнком. В случае необходимости ребёнок направляется в бокс, где осматривается дежурным врачом. Все больные дети должны получать медицинскую помощь только на дому. В детскую поликлинику должны обращаться лишь здоровые дети или имеющие хроническое заболевание вне стадии обострения. Свыше 90% всех посещений ребёнка на дому приходится на долю участкового педиатра.

17. Регистратура детской поликлиники выполняет следующие задачи:

- предварительную и неотложную запись на приём к врачу и вызовов на дом;
- ведение и хранение картотеки поликлиники;
- своевременная доставка медицинской документации в кабинет врача;
- справочно-информационное обеспечение.

18. Доврачебный кабинет детской поликлиники имеет следующие задачи:

- измерение температуры и артериального давления перед осмотром педиатра;
- взятие мазка из зева для бактериологического исследования;
- проведение контрольных кормлений;
- обработка микротравм;
- выдача справок об эпидемической обстановке по месту жительства, выписок из истории развития ребёнка и направлений на обследование в связи с оформлением в дошкольное учреждение, школу, на санаторное оздоровление;
- проведение антропометрических исследований;
- выдача направлений на обследование перед поступлением в дошкольные учреждения и школы.

19. Главной фигурой в системе педиатрического обслуживания является участковый педиатр. К основным разделам работы участкового врача-педиатра относятся:

- профилактическая работа (в т.ч. диспансеризация здоровых детей);
- лечебная работа (в т.ч. диспансеризация больных детей);
- противозидемическая работа;
- санитарно-просветительная работа;
- ведение учётной документации и анализ деятельности.

20. В содержание профилактической работы участкового педиатра входят следующие мероприятия:

- посещение новорождённых в первые три дня после выписки из роддома;
- диспансерное наблюдение детей участка;

- организация санитарного актива;
- проведение санитарно-просветительной работы.

21. Согласно существующему положению педиатр и медицинская сестра детской поликлиники должны совместно посетить новорождённого в первые 3 дня после выписки из родильного дома. Если в семье родился первый ребёнок, то патронаж рекомендуется провести в первый же день после выписки. В дальнейшем участковая медсестра посещает ребёнка на дому через 1 – 2 дня в течение первой недели, и еженедельно – в течение первого месяца жизни. Участковый педиатр повторно посещает ребёнка на дому через 7 – 10 дней. При патронажном посещении на 4-й неделе жизни новорождённого участковая медсестра приглашает мать с ребёнком на первый приём в поликлинике.

22. При первичном патронаже новорождённого собирают генеалогический, акушерско-гинекологический и социальный анамнез, проводят объективное исследование, антропометрические измерения, оценку физического и нервно-психического развития, комплексно оценивают состояние здоровья с определением группы здоровья новорожденного. При этом используется выписка из родильного дома (обменная карта), отражающая характер и особенности течения ante-, intra-, и постнатального периодов и содержащая необходимые рекомендации педиатра детского отделения родильного дома участковому врачу детской поликлиники. Особого внимания требуют дети с наличием факторов риска. К ним относятся: недоношенные, родившиеся от многоплодной и патологически протекавшей беременности, дети с большой массой тела, родовой травмой, врождёнными аномалиями развития, перенесшие гемолитическую болезнь, гипоксию, нарушение мозгового кровообращения, а также родившиеся у женщин с осложнённой беременностью и экстрагенитальными заболеваниями, находящиеся на искусственном вскармливании, болеющие гипотрофией. Дети грудного возраста при наличии неблагоприятных условий жизни и воспитания (алкоголизм родителей, низкая культура материнского ухода), часто и длительно болеющие составляют группу высокой степени риска. Таких детей наблюдают по индивидуальному плану, составленному участковым врачом и заведующим отделением детской поликлиники.

23. Матерям в зависимости от состояния здоровья ребёнка и его индивидуальных особенностей дают советы по созданию соответствующих гигиенических условий, правильной организации вскармливания, режима дня, прогулок. Медицинская сестра обучает мать правилам ухода за ребёнком, купанию, туалету, одеванию. При повторных активных посещениях медицинская сестра осматривает ребёнка, контролирует выполнение матерью врачебных назначений.

24. В возрасте 1 мес. ребёнка осматривает в поликлинике участковый педиатр. В дальнейшем он наблюдает здоровых детей первого года жизни 1 раз в месяц, желательно в условиях поликлиники. Профилактическая работа с детьми 1-го года жизни включает патронажное наблюдение, профилактические приёмы с оценкой физического, нервно-психического и двигательного развития детей, контроль за их правильным вскармливанием, режимом жизни и воспитания. В возрасте 3, 6, 9 и 12 мес. участковый врач проводит тщательный осмотр ребёнка, антропометрические измерения, беседу с матерью, изучение заболеваемости. Результаты наблюдения фиксируются в виде подробного эпикриза, в котором даётся оценка состояния здоровья ребёнка по группам здоровья, составляется план наблюдения (а при необходимости и оздоровительных мероприятий) на последующий период. Матери ребёнка дают подробные рекомендации по вскармливанию, организации режима дня, физическому воспитанию, закаливанию, профилактике рахита и другим вопросам.

25. Здоровых детей в возрасте до 2 – 3 мес. должны осматривать хирург, ортопед-травматолог. В течение первого года жизни ребёнка осматривают также офтальмолог, невропатолог (дважды в году), отоларинголог, стоматолог, логопед, другие специалисты – по показаниям.

26. На втором году жизни участковый педиатр наблюдает ребёнка 1 раз в квартал. При этом проводятся антропометрические измерения, даётся оценка состоянию развития ребёнка. Один раз в год ребёнка осматривает стоматолог, другие специалисты – по показаниям.

27. На третьем году жизни педиатр осматривает ребёнка 1 раз в полугодие. Основное внимание при этом обращается на организацию режима, закаливающие процедуры, физическое воспитание, рациональное питание, развитие движений, нервно-психическое и физическое развитие ребёнка. Два раза в год проводят антропометрические измерения. Проводятся осмотры отоларинголога, офтальмолога, стоматолога, других специалистов – по показаниям с максимальным оздоровлением выявленных больных. Проводятся лабораторные исследования. Участковая медсестра осматривает ребёнка 1 раз в квартал.

28. Дети дошкольного возраста наблюдаются участковым педиатром, стоматологом 1 раз в год. Дети 5 лет, кроме того, наблюдаются офтальмологом, невропатологом, отоларингологом, хирургом, ортопедом, логопедом-стоматологом. Перед поступлением в школу детей осматривают те же специалисты, что и в 3 года, а также невропатолог. Педиатр даёт заключение о состоянии здоровья ребёнка, составляет план оздоровительных мероприятий до поступления в школу.

29. Учащиеся 1 – 3, 5 - 8 классов осматриваются педиатром, стоматологом 1 раз в год, а 4-х и 9-х классов, кроме того, офтальмологом, невропатологом, отоларингологом, хирургом, ортопедом, другими специалистами дети во всех классах осматриваются по показаниям. После 9-го класса дети передаются под наблюдение в подростковые кабинеты.

30. Детей-инвалидов педиатр должен осматривать 2 раза в год, профильные специалисты – по показаниям, в соответствии с планом диспансеризации.

31. Детей, посещающих дошкольные учреждения, а также школьников осматривают в декретированные сроки врачи дошкольно-школьного отделения поликлиники и врачи-специалисты. Тем не менее, участковый педиатр должен знать результаты этих осмотров и назначенные врачами оздоровительные и лечебные мероприятия.

32. Диспансеризация детского населения включает:

- периодические профилактические осмотры групп здоровых детей, объединённых общими возрастными признаками, с проведением установленного объёма лабораторных и инструментальных исследований;
- определение и оценку состояния здоровья с целью выявления детей, имеющих факторы риска;
- дообследование нуждающихся с использованием современных методов диагностики;
- выявление заболеваний на ранних стадиях с последующим проведением комплекса необходимых лечебно-оздоровительных мероприятий и динамического наблюдения за состоянием здоровья детей.

33. После проведения персонального учёта всех детей, подлежащих диспансеризации, планирование профилактических осмотров проводится по следующим группам:

- новорождённые;
- дети первого и второго года жизни;
- дети дошкольного возраста в организованных коллективах;
- дети дошкольного возраста, не посещающие дошкольные учреждения;
- школьники до 15 лет.

34. Во время профилактических осмотров проводится комплексная оценка здоровья каждого ребёнка с учётом 4 критериев: уровня функционального состояния основных систем; степени сопротивляемости и резистентности организма; уровня физического и нервно-психического развития и степени его гармоничности; наличия или отсутствия хронической (в т.ч. врождённой) патологии.

35. По состоянию здоровья дети распределяются на 5 групп. К I относятся здоровые дети, с нормальным физическим и нервно-психическим развитием, не имеющие врождённых аномалий и функциональных отклонений, требующих коррекции. Ко II группе принадлежат дети, у которых нет хронических заболеваний, но имеются некоторые отклонения в росте и развитии, функциональном состоянии отдельных систем организма, реконвалесценты,

перенесшие различные инфекционные болезни, имеющие склонность к частым заболеваниям (более 4 – 5 раз в год), а также имеющие признаки развития ревматических болезней, туберкулёза и других. Дети этой группы характеризуются сниженными функциональными и адаптационными возможностями организма, они нуждаются в оздоровлении, лечении, активной профилактике.

В III, IV и V группы включаются больные дети с хронической патологией в состоянии компенсации, субкомпенсации и декомпенсации, требующие постоянного наблюдения и лечения, а также специальных мер профилактики, направленных на предотвращение дальнейшего развития болезни и осложнений.

На основе изучения состояния здоровья детей участковый педиатр составляет план мероприятий для каждой из групп здоровья, проводит конкретные профилактические мероприятия. В задачи участкового врача входит анализ заболеваемости и смертности детей своего участка, разработка мероприятий по улучшению этих показателей.

36. Лечебная работа участкового врача осуществляется во время поликлинического приёма и при оказании помощи на дому.

Она включает в себя:

- лечение детей на дому детей с острыми заболеваниями и с обострениями хронических болезней;
- выявление больных с хроническими формами заболевания, своевременное их лечение;
- диспансерное наблюдение за больными с широким использованием всех видов реабилитации;
- дежурства в больнице при работе в объединённой со стационаром поликлинике.

37. Эффективность работы участкового педиатра зависит от правильно составленного скользящего графика работы, который позволяет родителям с детьми посетить участкового врача в удобное для них время; от организации работы вспомогательного звена (регистратуры, медсестры, кабинетов функциональной диагностики, лабораторий); от возможностей использования консультаций специалистов.

38. Существуют нормы нагрузки участкового врача-педиатра. За 1 час приёма необходимо осмотреть 5 детей (за 3 часа – 15 детей), за 1 час работы на участке – 1,5 посещения (за 3,5 часа – 5 детей).

39. При обслуживании детей на дому участковый врач выполняет следующие виды работы:

- патронажные посещения здоровых детей;
- первичные вызовы к больному ребёнку;
- активное посещение больных (без повторного вызова родителями) до полного выздоровления, госпитализации или возможности посещения поликлиники;
- повторные вызовы к больному.

В выходные и праздничные дни больных детей на дому обслуживает дежурный врач-педиатр.

40. Участковый педиатр посещает больных детей в день поступления вызова, оказывает лечебную помощь на дому, обеспечивает дальнейшее наблюдение до полного выздоровления или разрешения посетить поликлинику, либо госпитализирует ребёнка.

41. Во время обслуживания вызова врач определяет тяжесть состояния ребёнка, ставит предварительный диагноз заболевания, решает вопрос о возможности лечения на дому или необходимости госпитализации. Медицинская помощь в домашних условиях оказывается при заболеваниях, протекающих в лёгкой или среднетяжёлой форме при отсутствии выраженных симптомов интоксикации, одышки, нарушений сердечно-сосудистой, нервной и других систем. Врач назначает лечение, режим и питание, обеспечивает лекарствами для однократного приёма детей первого года жизни. Все данные о состоянии больного и рекомендации записывают в историю развития ребёнка.

42. Такая форма медицинской помощи как «стационары на дому» показана, когда мать из многодетной семьи не соглашается госпитализировать нуждающегося в этом ребёнка, поскольку необходим её уход за оставшимися малолетними детьми. При организации «стационара на дому» поликлиника обеспечивает при необходимости организует регулярные посещения медицинской сестры несколько раз в день. Участковый педиатр посещает ребёнка ежедневно до полного выздоровления, а по показаниям – и чаще.

43. Диспансерное наблюдение за больными. Детей, подлежащих диспансеризации выявляют врачи всех специальностей при профилактических осмотрах и на амбулаторных приёмах, а также при оказании помощи на дому.

Нозологические формы заболеваний, по поводу которых ребёнок состоит у врача той или иной специальности, периодичность наблюдений, необходимые методы обследования, пути оздоровления, критерии эффективности диспансеризации определяются действующими методическими рекомендациями Министерства здравоохранения.

44. Противоэпидемическая работа участкового врача включает в себя следующие элементы.

- учёт детей, подлежащих профилактической вакцинации;
- планирование прививочной работы на участке;
- подготовка к вакцинации детей с аллергическими реакциями (осуществляется под контролем иммунолога);
- контроль за привитыми детьми, учёт необычных реакций на прививки, выявление, учёт, лечение поствакцинальных осложнений и их профилактика;
- наблюдение за больными инфекционными болезнями на дому, регистрация заболеваний в СЭС, лечение, госпитализация заболевших;
- работа в очаге: изоляция заболевших, наблюдение за контактными, организация текущей и заключительной дезинфекции;
- разработка и проведение мероприятий по реабилитации детей, перенесших инфекционные заболевания.

Сроки активной иммунизации детского населения определены приказом Министерства здравоохранения. Профилактические прививки должны проводиться в прививочных кабинетах детских поликлиник, могут проводиться также в детских дошкольных учреждениях и школах, а в сельской местности – в лечебно-профилактических учреждениях сельских врачебных участков, поликлинических отделений районных больниц. Категорически запрещены прививки на дому. Для учёта профилактических прививок используются следующие документы: медицинская справка о рождении, история развития ребёнка, карта профилактических прививок.

В содержание работы прививочных кабинетов детских поликлиник входят следующие функции:

- разработка совместно с участковым педиатром планов профилактических прививок на территории обслуживания;
- решение совместно с участковым педиатром вопросов о сроках проведения прививок детям, имеющим медицинские противопоказания;
- организация и проведение запланированных профилактических прививок;
- ведение карты профилактических прививок;
- организация учёта детей, подлежащих прививкам и отбор детей для прививок;
- контроль за организацией и проведением профилактических прививок детям в детских учреждениях района обслуживания;
- организация и проведение занятий с врачами и средним медицинским персоналом по повышению их квалификации по прививочной работе;
- проведение санитарно-просветительной работы среди населения по вопросам профилактики инфекционных заболеваний;
- изучение эффективности прививок и анализ заболеваемости в соответствии с данными о вакцинации.

45. Санитарно-просветительные мероприятия с родителями проводятся как во время приёма, патронажа на дому, так и на специальных занятиях. В обязанности участкового педиатра и медсестры входят плановые беседы по актуальным вопросам воспитания здорового ребёнка и профилактики заболеваний. Для обучения новому комплексу массажа и гимнастики, способам приготовления новых видов пищи мать направляют в кабинет профилактической работы с детьми (кабинет здорового ребёнка). Такие кабинеты созданы в детских поликлиниках для осуществления профилактической работы со здоровыми детьми раннего возраста.

В кабинете здорового ребёнка работают фельдшер или медсестра, имеющие подготовку по профилактической и санитарно-просветительной работе. В их обязанности входит обучение родителей методике искусственного вскармливания детей, методике проведения массажа и гимнастики в различные возрастные периоды детей, обеспечение их методическими материалами по уходу за детьми, а также выполнение назначений врача по профилактике рахита у детей.

Основными задачами кабинета здорового ребёнка являются:

- пропаганда здорового образа жизни в семье;
- обучение родителей основным правилам воспитания здорового ребёнка (режим, питание, физическое воспитание, закаливание, уход и др.);
- контроль за нервно-психическим развитием детей;
- оценка уровня физического развития;
- санитарное просвещение родителей по вопросам гигиенического воспитания, профилактики заболеваний и отклонений в развитии ребёнка.

46. Вся медицинская документация подразделяется на учётную и отчётную.

Профильный журнал (форма 75-а) с общей характеристикой участка и паспортными данными детей, проживающих на участке, включает список детей с факторами риска, нуждающихся в специальном диспансерном обслуживании. В нём регистрируются также инфекционные заболевания. По данным журнала анализируется заболеваемость и уровень распространённости болезней, полнота охвата диспансерным наблюдением и другие показатели работы. Журнал является одновременно рабочим, учётным и отчётным документом.

При обращении в поликлинику регистратор выдаёт талон на приём к врачу (форма 25-4/у), в котором отмечены возраст, место проживания и причина обращения.

Основным документом является история развития ребёнка (форма 112/у). В неё помимо паспортной части, вносят данные анамнеза жизни, семейного анамнеза, антропометрии, результаты наблюдения за здоровьем и развитием ребёнка, сведения о перенесённых заболеваниях, лабораторных и инструментальных исследованиях, профилактических прививках, всех назначениях по режиму, питанию, профилактическим и лечебным мероприятиям. На листке записи уточнённых диагнозов формы 112/у фиксируют в хронологическом порядке диагнозы всех заболеваний, перенесённых ребёнком.

На выявленное во время приёма в поликлинике и на дому заболевание оформляют статистический талон (форма 25-2/у).

При обнаружении больного инфекционным заболеванием врач обязан заполнить карту экстренного извещения (форма 058/у) и отослать её в течение 12 часов в районную СЭС.

Вызов участкового врача на дом фиксируют в журнале вызовов (форма 031/у). При госпитализации ребёнка в стационар направляют историю развития или выдают сопровождающему подробную выписку из неё (форма 027/у) со сведениями о проведенных лечебных мероприятиях и эпидокружении. На выписанного из стационара больного оформляют эпикриз с подробными записями о проведённом лечении с указанием дальнейших мер, направленных на укрепление здоровья ребёнка, который клеивают в форму 112/у.

Основным документом при проведении диспансеризации является история развития ребёнка (форма 112/у), на обложке которой производят в зависимости от диагноза соответствующую цветовую маркировку. Одновременно с этим на каждого больного

оформляют контрольную карту диспансерного наблюдения (форма 030/у), с соответствующей форме 112/у цветовой маркировкой. С помощью карты диспансерного наблюдения осуществляют учёт диспансерных больных и контроль за проводимым наблюдением. В форме 030/у отмечают паспортные данные, диагноз и его изменения в ходе наблюдения, сроки повторных осмотров и госпитализации. Профилактические осмотры детей, не посещающих детские коллективы, учитывают по талонам, а детей организованных коллективов учитывают по спискам (форма 048/у).

Планирование, проведение и учёт профилактических прививок осуществляется с помощью «Карты профилактических прививок» (форма 063/у), которую хранят в картотеке по участкам и по срокам проведения очередной прививки.

Участковые врачи обязаны вести дневник врача (форма 039/у), с помощью которого учитывается нагрузка в течение рабочего дня. Дневник заполняется на основании талонов на всех больных, бывших на приёме у врача, списков детей, подлежащих целевому осмотру, и журнала записей вызовов врача на дом.

47. Основной задачей врача-специалиста детской поликлиники является организация и проведение лечебной и профилактической работы с детьми в тесном контакте с другими врачами.

С этой целью он обязан:

- осуществлять профилактические осмотры и приём детей с отклонениями в состоянии здоровья;
- оказывать необходимую консультативную и лечебную помощь заболевшим детям на дому;
- участвовать в оздоровлении детей в дошкольных учреждениях и школах;
- проводить систематическое диспансерное наблюдение и лечение детей с длительно текущими заболеваниями до снятия с учёта по медицинским показаниям, анализировать эффективность диспансеризации и лечения;
- внедрять в практику работы новейшие методы диагностики и лечения;
- вести медицинскую документацию;
- проводить санитарно-просветительную работу.

48. Восстановительное лечение организуется в одной или нескольких поликлиниках, что определяется потребностью детского населения в нём и его численностью в зоне обслуживания. Основными показаниями для лечения в отделениях восстановительного лечения детских поликлиник являются последствия заболеваний органов дыхания, нервной системы, а также врождённых и приобретенных болезней опорно-двигательного аппарата. Основной задачей отделения является проведение комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий восстановительного лечения с учётом характера и тяжести заболевания, возраста и индивидуальных особенностей ребёнка.

49. С целью интенсификации работы детских поликлиник, более полного обеспечения детей стационарной помощью и рационального использования коечного фонда, на их базе создаются дневные стационары. В структуру дневного стационара для детей входят: кабинет врача, палаты для больных, процедурный кабинет, кабинет психологической разгрузки и отдыха больных. На лечение в дневной стационар направляются больные дети, не требующие строгого постельного режима, способные активно передвигаться и не имеющие противопоказаний для лечения вне стационарных условий.

50. В дошкольно-школьном отделении работают врачи и медсёстры детских дошкольных учреждений и школ, расположенных в районе деятельности поликлиники. Их рабочие места находятся в обслуживаемых учреждениях, а в самой поликлинике находится кабинет заведующего этим отделением.

51. Стационарная помощь детям предоставляется в детских больницах, в т.ч. специализированных, в детских отделениях общих больниц, в диспансерах, медицинских центрах.

52. Стационар детской больницы имеет следующие структурные подразделения:

- отделение приёма и выписки больных;
- изоляционно-диагностическое отделение;
- специализированные палатные лечебные отделения, в т.ч.: педиатрическое, хирургическое, инфекционное, другие узко-профильные отделения;
- вспомогательные лечебно-диагностические отделения, в т.ч.: кабинет функциональной диагностики, рентген-кабинет, лаборатория, физиотерапевтический кабинет, кабинет лечебной физкультуры;
- патологоанатомическое отделение;
- административно-хозяйственная служба;
- архив.

Вспомогательно-диагностические подразделения, патологоанатомическое отделение, административно-хозяйственная служба могут быть общими для поликлиники и стационара детской больницы.

53. Дети в стационар направляются в порядке экстренной и плановой госпитализации. Поступление детей в стационар может осуществляться по направлению лечащего врача, врача скорой и неотложной помощи или самотёком. В каждом из этих случаев степень обследования ребёнка на догоспитальном этапе будет различной.

При поступлении ребёнка в приёмное отделение врач должен последовательно решить следующие задачи:

- а) установить потребность в экстренной помощи и обеспечить её оказание;
- б) обследовать ребёнка с целью установления диагноза;
- в) установить показания и противопоказания к госпитализации;
- г) заполнить необходимую медицинскую документацию.

При госпитализации с ребёнком матери необходимо в истории болезни обосновать причину совместной госпитализации.

Кроме перечисленных функций, отделение проводит санитарную обработку госпитализируемых больных, выполняет функции справочно-информационной службы, обеспечивает выписку из стационара.

54. Специализированные палатные лечебные отделения детской больницы формируются по возрасту детей и по характеру заболеваний (профилю оказания медицинской помощи).

Существуют следующие виды отделений (палат) в зависимости от возраста детей:

- а) для недоношенных детей;
- б) для новорождённых;
- в) для детей грудного возраста;
- г) для детей младшего возраста;
- д) для детей старшего возраста.

По профилю оказания медицинской помощи в стационарах детских больниц существуют педиатрические, хирургические, инфекционные и другие узкопрофильные отделения.

55. В стационаре врач-ординатор обслуживает 20 коек. При наличии в отделении 60 коек выделяется должность заведующего отделением. Заведующие осуществляют непосредственное руководство деятельностью медицинского персонала отделений и несут полную ответственность за качество и культуру медицинского обслуживания больных детей.

56. Педиатр (ординатор) стационара больницы обслуживает больных детей, применяя необходимые диагностические исследования и методы лечения на основе современных достижений науки и практики; назначает медикаментозную терапию, лечебные процедуры, различные манипуляции, питание, режим, соответствующий уход и несёт ответственность за выполнение назначений. Он самостоятельно проводит специальные виды исследований и в соответствии с профилем отделения, присутствует при рентгеноскопии и др.

Кроме того, педиатр обязан:

- ежедневно проводить обход совместно с палатной медицинской сестрой; участвовать в обходах заведующего отделением, докладывая ему о своих больных; при необходимости консультировать детей у врачей-специалистов; вести истории болезни, ежедневно записывая в них состояние больных детей, их лечение, питание, режим и др.;

- докладывать заведующему отделением о всех затруднениях в диагностике, о динамике состояния больного; руководить работой среднего и младшего медицинского персонала, непосредственно ему подчинённого; осуществлять контроль за правильностью и своевременностью выполнения ими врачебных назначений;

- планировать и проводить санитарно-просветительную работу с детьми старшего возраста, госпитализированными матерями и родителями, приходящими за справками;

- дежурить в больнице согласно установленному графику;

- проводить и оформлять выписку и перевод больных.

При ходатайстве родителей о выписке ребёнка из больницы в тех случаях, когда состояние ребёнка требует стационарного лечения, ординатор обязан предупредить родителей о последствиях при несвоевременной выписке и доложить об этом заведующему отделением или главному врачу.

При выписке по требованию родителей в истории болезни делается запись о том, что они предупреждены о несвоевременности и нецелесообразности выписки ребёнка. Педиатр сообщает об этом факте в учреждение, направившее ребёнка.

57. В детских больницах должна быть обеспечена двухступенная система медицинского обслуживания, при которой уход за больным ребёнком осуществляет только средний медицинский персонал (медицинская сестра).

58. К уходу за больным ребёнком в стационаре может привлекаться его мать. Этот вопрос решается лечащим врачом и заведующим отделением в зависимости от тяжести состояния ребёнка, его возраста и индивидуальных особенностей, а также наличия условий для обеспечения питания, дневного и ночного отдыха матери.

При госпитализации матери вместе с ребёнком по заключению врача ей выдаётся листок нетрудоспособности на весь срок необходимого пребывания в стационаре.

VII. Методика выполнения учебных заданий

Задание 1 Методика вычисления, анализа и оценки основных статистических показателей деятельности детской городской больницы.

Анализ статистических показателей деятельности детской городской больницы проводится по следующим разделам:

I. Общая характеристика района деятельности и ЛПУ.

II. Анализ деятельности поликлиники.

III. Анализ деятельности стационара.

IV. Анализ деятельности вспомогательных подразделений.

V. Анализ показателей, характеризующих медицинскую помощь в детских дошкольных учреждениях и школах.

Показатели деятельности детской городской больницы по каждому разделу работы вычисляются по нижеуказанным формулам. В случаях, когда показатели являются общими для лечебно-профилактических учреждений, обслуживающих взрослое и детское население, или показатели вычисляются аналогично, формулы для их вычисления не приводятся.

Оценка каждого из полученных показателей осуществляется в его сопоставлении с оценочными критериями, которые приводятся в настоящем приложении, а также в приложении 5 (справочно-информационные материалы).

I. Общая характеристика района деятельности и ЛПУ

1. Обеспеченность населения врачебными кадрами.

2. Укомплектованность больницы кадрами врачей (укомплектованность штата).

3. Коэффициент совместительства.

4. Обеспеченность населения поликлинической помощью:
4.1. Число занятых врачебных должностей по амбулаторно-поликлиническому обслуживанию на 10000 детей.

Число занятых врачебных должностей по амбулаторно-поликлиническому обслуживанию x 10000
Средняя численность детского населения

- 4.2. Средняя численность детского населения, приходящаяся на один педиатрический участок.

Численность детей, проживающих на территории обслуживания детской поликлиники
Число педиатрических участков

- 4.3. Среднее число врачебных посещений, приходящихся на одного ребёнка в год.

Общее число всех посещений к врачам, сделанных детьми, проживающими в районе обслуживания
Средняя численность детей, проживающих на территории обслуживания детской поликлиники

5. Обеспеченность детского населения стационарной помощью.

- 5.1. Число педиатрических коек на 1000 населения.

- 5.2. Уровень госпитализации детей.

Число госпитализированных детей x 100

Средняя численность детей, проживающих на территории обслуживания детской поликлиники

II. Показатели деятельности детской поликлиники.

1. Организация работы поликлиники.

- 1.1. Динамика посещений поликлиники.

- 1.2. Распределение посещений поликлиники по виду обращений (по поводу заболевания или профилактических осмотров).

- 1.3. Нагрузка на врачебную должность, - количество посещений по приёму в поликлинике и на дому на одну врачебную должность за год, месяц, час приёма.

- 1.4. Соблюдение участкового принципа медицинского обслуживания (участковость).

- 1.5. Активность посещения врачами больных на дому.

2. Профилактическая работа детской поликлиники.

- 2.1. Показатели организации патронажа.

- 2.1.1. Охват новорождённых наблюдением врача в первые 3 дня после выписки из родильного дома:

Число новорождённых, поступивших под наблюдение детской поликлиники и проживающих на данном участке, которых врач посетил в первые 3 дня x 100

Число новорождённых, поступивших под наблюдение детской поликлиники и проживающих на данном участке

Аналогично вычисляется показатель охвата новорождённых наблюдением медицинской сестрой в первые 3 дня после выписки из родильного дома. Указанные показатели свидетельствуют о степени преемственности между родильным домом и детской поликлиникой. В некоторых детских поликлиниках участковые педиатры принимают участие в осмотре новорождённых детей непосредственно в родильном доме в день выписки детей, что способствует более полному охвату новорождённых детей наблюдением детской поликлиники.

- 2.1.2. Систематичность (регулярность) наблюдения детей в возрасте до одного года врачом:

Число детей, достигших 12 мес. и наблюдавшихся врачом без длительных перерывов $\times 100$
Число детей, достигших 12 мес. в данном году

Аналогично вычисляется показатель систематичности наблюдения медицинской сестрой детей в возрасте до одного года.

Расчёт этих показателей производится с учётом того, что организация профилактической помощи анализируется у детей, достигших 12 мес. в отчётном году, так как важно охарактеризовать качество наблюдения за весь год жизни данного ребёнка, а не за календарный год. Систематическим наблюдением за ребёнком в возрасте до одного года следует считать наблюдение с перерывом не более 2 мес., в летнее время – до 3 мес.

Аналогичным образом вычисляются показатели систематичности наблюдения детей других возрастных групп (второй, третий год жизни и т.д.).

2.2. Частота детей, находящихся на грудном вскармливании:

Число детей, находящихся на грудном вскармливании до 4 мес. $\times 100$
Число детей, достигших 12 мес. в данном году

Аналогично вычисляется показатель частоты детей, находящихся на смешанном и искусственном вскармливании. При оценке величины данных показателей следует учитывать ряд факторов, влияющих на характер вскармливания детей первого года жизни: состояние здоровья матери и ребёнка, качество медицинского наблюдения за беременной – в женской консультации, родильном доме, уровень санитарно-гигиенической культуры женщин и т.д.

2.3. Выполнение плана охвата детей периодическими профилактическими осмотрами:

Число детей, фактически осмотренных $\times 100$
Число детей, подлежащих осмотру по плану

2.4. Частота выявления заболеваний при профилактических осмотрах:

Число впервые выявленных заболеваний при профилактических осмотрах $\times 100$
Число детей, осмотренных при профилактических осмотрах

2.5. Частота отклонений от нормы у детей:

Число детей, с выявленной пониженной остротой слуха
(сколиозом, выражом туберкулиновой пробы и т.д.) $\times 100$
Число детей, осмотренных при профилактических осмотрах

2.6. Удельный вес детей, отстающих в физическом развитии:

Число детей, у которых выявлено отставание в физическом развитии $\times 100$
Число детей, осмотренных при профилактических осмотрах

3. Показатели диспансерного обслуживания больных детей.

3.1. Организация и качество диспансеризации больных детей.

3.1.2. Полнота охвата детей диспансерным наблюдением в связи с заболеванием.

Показатель может быть вычислен как в отношении всего диспансерного контингента больных, так и по отдельным нозологическим формам.

3.1.3. Своевременность взятия больных детей на диспансерный учёт.

Данный показатель, как и предыдущий, рассчитывают и по всему диспансерному контингенту, и по отдельным нозологическим формам.

3.1.4. Удельный вес детей вновь взятых на диспансерный учёт среди детей, состоящих под наблюдением.

3.1.5. Полнота обследования больных детей при диспансерных осмотрах

3.2. Показатели эффективности диспансеризации детей.

Эффективность диспансеризации рекомендуется оценивать по отдельным болезням в динамике за 3 – 5 лет.

3.2.1. Частота определённых результатов диспансеризации на 100 диспансерных больных детей (выздоровление, улучшение, ухудшение, без перемен, выход на первичную инвалидность, летальный исход).

3.2.2. Частота рецидивов (осложнений).

3.2.3. Удельный вес детей, ни разу не болевших в течение года данным заболеванием:

$$\frac{\text{Число диспансеризуемых детей, ни разу не болевших данным заболеванием в течение года}}{\text{Число детей, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу данного заболевания}} \times 100$$

4. Противоэпидемическая работа детской поликлиники.

4.1. Частота выявления инфекционных заболеваний на приёме:

$$\frac{\text{Число детей, у которых инфекционные заболевания были выявлены на приёме в течение года}}{\text{Число детей, состоявших под наблюдением детской поликлиники и переболевших данным инфекционным заболеванием в течение года}} \times 100$$

Показатель вычисляется по отдельным инфекционным заболеваниям и характеризует организацию противоэпидемической работы в детской поликлинике. При хорошей организации работы показатель должен быть равен нулю.

4.2. Охват профилактическими прививками детей:

$$\frac{\text{Число детей первого года жизни, вакцинированных против полиомиелита}}{\text{Число детей, достигших 12 мес. в данном году}} \times 100$$

5. Показатели, характеризующие состояние здоровья детей первого года жизни.

5.1. Частота детей с явлениями гипотрофии II – III степени:

$$\frac{\text{Число детей, имевших к первому году жизни явления гипотрофии II – III степени}}{\text{Число детей, достигших 12 мес. в данном году}} \times 100$$

Этот показатель является одним из главных в оценке эффективности работы детской поликлиники по вопросам организации рационального вскармливания детей первого года жизни и должен сопоставляться с показателем частоты перевода детей на смешанное и искусственное вскармливание.

5.2. Частота детей с явлениями рахита II – III степени:

$$\frac{\text{Число детей, имевших к первому году жизни явления рахита II – III степени}}{\text{Число детей, достигших 12 мес. в данном году}} \times 100$$

Величина данного показателя отражает качество работы женской консультации и детской поликлиники по предупреждению возникновения рахита у детей.

5.3. «Индекс здоровья»:

$$\frac{\text{Число детей, ни разу не болевших на первом году жизни}}{\text{Число детей, достигших 12 мес. в данном году}} \times 100$$

Данный показатель является важнейшим в оценке эффективности профилактической работы детской поликлиники. При осуществлении систематического наблюдения за детьми, организации рационального вскармливания детей и проведении комплекса эффективных профилактических мероприятий индекс здоровья может достигать по поликлинике 30% и более.

6. Показатели, характеризующие состояние здоровья детей.

6.1. Заболеваемость детей:

Число детей, имевших заболевания в течение года x 1000

Общее число детей, состоявших под наблюдением детской поликлиники в данном году

Показатель может быть вычислен отдельно для каждой нозологической формы, а также в зависимости от возраста детей.

Для характеристики состояния здоровья детей первого года жизни вычисляются самостоятельные показатели заболеваемости важнейшими болезнями.

6.2. Смертность детей.

Число детей, состоявших под наблюдением детской поликлиники и умерших в течение года x 1000

Общее число детей, состоявших под наблюдением детской поликлиники в данном году

Показатель вычисляется для всех детей в целом и для отдельных возрастных групп.

7. *Качество врачебной диагностики* определяется на основе сопоставления диагнозов, поставленных больным при направлении на госпитализацию, с диагнозами, установленными в стационаре.

7.1. Частота совпадения / несовпадения поликлинических и клинических диагнозов.

7.2. Удельный вес числа направлений в стационар на госпитализацию без диагноза (с симптомом, синдромом).

8. Преемственность работы поликлиники и стационара.

О преемственности в работе поликлиники и стационара судят на основании следующих групп показателей:

8.1. Процент оформленных, переданных из поликлиники в стационар и полученных обратно документов;

8.2. Процент лиц, подготовленных к плановой госпитализации;

8.3. Процент лиц, которым проведено лечение в поликлинике после выписки из стационара.

III. Показатели деятельности стационара.

1. Организация работы стационара (в т.ч. использование коечного фонда).

1.1. Среднегодовая занятость койки.

1.2. Степень использования коечного фонда (процент выполнения плана койко-дней).

1.3. Оборот койки.

1.4. Среднее время простоя койки.

1.5. Средняя длительность пребывания больного в стационаре.

1.6. Среднегодовая нагрузка врача отделения или стационара в целом.

2. Качество медицинского обслуживания в стационаре.

Состав больных в стационаре (по полу, возрасту, заболеваниям, характеру госпитализации, месту жительства).

2.1. Средняя длительность лечения больных в стационаре.

2.2. Больничная летальность.

Показатели летальности рассчитываются в целом для всех госпитализированных детей, а также для детей в возрасте от 0 до 1 года, а среди них – для детей с проявлениями рахита и гипотрофии, доношенных и недоношенных и т.д.

3. Качество врачебной диагностики. Показатель совпадения (расхождения) диагнозов.

VIII. Самостоятельная работа студентов:

Практическая часть занятия предусматривает выполнение следующих учебных заданий:

1. Ознакомление с содержанием и основными терминологическими понятиями темы под контролем преподавателя (изучение, конспектирование).
2. Расчёт и оценка основных показателей деятельности детской городской больницы:

На основе исходных данных по своему варианту, представленных в таблице 1, методики расчёта показателей, представленной в разделе VII, вычислить и проанализировать ниже следующие показатели деятельности детской городской больницы. Дать оценку полученным результатам в сопоставлении с оценочными критериями и показателями, представленными в приложении 1. Результаты расчётов и выводы оформить в виде протокола.

По разделу «Общая характеристика района деятельности и ЛПУ»:

1. Обеспеченность населения поликлинической помощью:
 - 1.1. Число занятых врачебных должностей по амбулаторно-поликлиническому обслуживанию на 10000 детей.
 - 1.2. Средняя численность детского населения, приходящаяся на один педиатрический участок.
2. Обеспеченность детского населения стационарной помощью.
 - 2.1. Уровень госпитализации детей.

По разделу «Показатели деятельности детской поликлиники».

1. Профилактическая работа детской поликлиники.
 - 1.1 Показатели организации патронажа.
 - 1.1.1. Охват новорождённых наблюдением врача в первые 3 дня после выписки из родильного дома:
 - 1.1.2. Систематичность (регулярность) наблюдения детей в возрасте до одного года врачом:
 - 1.2. Частота детей, находящихся на грудном вскармливании:
 - 1.3. Частота выявления заболеваний при профилактических осмотрах:
 - 1.4. Частота отклонений от нормы у детей:
 - 1.5. Удельный вес детей, отстающих в физическом развитии:
2. Противоэпидемическая работа детской поликлиники.
 - 2.1. Охват профилактическими прививками детей:
3. Показатели, характеризующие состояние здоровья детей первого года жизни.
 - 3.1. «Индекс здоровья»:

Таблица 1. – Исходные данные для расчёта показателей деятельности детской городской больницы

Данные годового отчета и первичных учетных документов	В а р и а н т ы											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Численность детей, обслуживаемых детской городской больницей на конец года (паспортная часть отчета ф.№20)	24705	12125	21158	8800	25890	23483	11718	10189	11511	22717	11573	18926
2. Число занятых врачебных должностей по амбулаторно-поликлиническому обслуживанию детей - Раздел I отчета ф.20. Всего	40	21	38	15	44	36	18	16	20	41	21	34
4. Число педиатрических участков (соответствует числу участковых педиатров, - Разд. I отчёта ф.№20	31	13	21	8	22	21	12	11	14	32	14	24
5. Число госпитализированных детей	4940	2350	4195	1700	5060	4700	2300	2015	2280	4520	2350	3690
7. Число новорожденных, поступивших под наблюдение детской поликлиники и проживающих на данном участке, из их числа врач посетил в первые 3 дня:	1771 / 1580	845 / 754	1470 / 1380	560 / 530	1760 / 1710	1650 / 1580	750 / 735	710 / 700	805 / 785	1550 / 1520	856 / 838	1300 / 1250
8. Число детей, достигших	1500 /	750 /	1350 /	550 / 520	1700 /	1600 /	725 / 720	650 / 610	750 / 715	1600 /	845 / 820	1250 /

12 мес. в данном году, из них наблюдавшихся врачом без длительных перерывов	1420	730	1300		1650	1540				1525		1175
9. Число детей, находящихся на грудном вскармливании до 4 мес.	1200	725	1120	475	1515	1380	675	510	620	1400	605	1110
10. Число детей, осмотренных при профилактических осмотрах	7500	3500	7000	2700	8800	7200	3400	3100	3250	6500	3300	4400
Из их числа:												
- впервые выявленных заболеваний;	3000	1420	2300	1100	3480	2850	1390	1190	1270	2550	1290	850
- детей, с выявленной пониженной остротой слуха;	52	20	45	15	70	48	18	13	15	30	16	20
- детей, с выявленным сколиозом;	250	107	220	75	280	210	100	75	80	155	90	110
- детей, с выявленным выражением туберкулиновой пробы;	350	170	350	120	460	325	155	105	115	235	125	160
- детей, у которых выявлено отставание в физическом развитии	200	93	200	65	230	180	82	65	70	134	72	85
11. Число детей первого года жизни, вакцинированных:												
- против туберкулёза;	1450	725	1320	526	1675	1580	700	630	734	1558	820	1200
- полиомиелита;	1380	732	1315	518	1687	1575	710	624	730	1550	815	1180
- коклюша, дифтерии, столбняка.	1420	715	1280	508	1687	1570	690	590	718	1550	810	1490
12. Число детей, ни разу не болевших на первом году жизни	1220	600	920	450	1507	1350	610	550	630	1320	690	1000

**Критерии оценки показателей деятельности ЛПУ и другие
справочно-информационные материалы по теме**

1. Штатные нормативы детей детских поликлиник (приказ МЗУ от 23.02.2000 г.)

Наименование должностей	Число должностей на 10000 детей
Врач-педиатр участковый	12,5
Врач-кардиоревматолог детский	0,3
Врач-гинеколог детского и подросткового возраста	0,1 но не менее 1 должности на административный район
Врач-хирург детский	0,45
Врач-ортопед-травматолог детский	0,5
Врач-уролог детский	0,2
Врач-отоларинголог детский	1,0
Врач-невролог детский	1,0
Врач-офтальмолог детский	1,0
Врач-эндокринолог детский	0,4
Врач-аллерголог детский	0,2
Врач-иммунолог детский	0,3
Врач-инфекционист детский	0,5
Врач-гематолог детский	0,2
Врач-нефролог детский	0,1 но не менее 0,5 должности на административный район
Врач-гастроэнтеролог детский	0,3
Врач-дерматовенеролог детский	0,2
Всего	18,2

2. Средняя численность детского населения, приходящаяся на один педиатрический врачебный участок:

Норматив –800.

Рекомендованная численность [3] – 1000

3. Нагрузка врачей на 1 час работы в амбулаторно-поликлинических учреждениях (расчётные нормы):

Специальность	В поликлинике на приеме	По помощи на дому
Педиатрия	5	1,5
Травматология детская	6	1,25
Ортопедия детская	5	1,25

4. Ранний охват новорождённых наблюдением в первые 3 дня после выписки из роддома: В лучших учреждениях эти показатели составляют 95 – 100%

5. Частота грудного вскармливания: примерно 80 – 85 %

6. Индекс здоровья:

При осуществлении систематического наблюдения, организации рационального вскармливания и проведении комплекса эффективных профилактических мероприятий индекс здоровья может достигать 20- 28%, и даже 30 и более.

11. Нормативы стационарной помощи городскому и сельскому населению.

Специальность	Число коек на 1000 населения	
	Городское	Сельское
Педиатрия	1,21	1,1

12. Средняя длительность пребывания больного в стационаре.

Норматив:

Педиатрия

16,4

5. Среднегодовая нагрузка врача стационарного отделения или стационара в целом, норматив:

Наименование отделений (палат)	Наименование должности врача	Число коек на 1 должность
Детское	Педиатр	20

IX. Список літератури

Основная:

1. Громадське здоров'я: підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів / За ред. В.Ф. Москаленка. – Вид. 3. - Вінниця: Нова Книга, 2013. — 560 с
2. Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров'я / За ред. Ю.В. Вороненка. - Київ: «Здоров'я», 2002. - 359 с.
3. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я (для позааудиторної самостійної підготовки до практичних занять, для ВМНЗ III-IV рівнів акредитації) / За редакцією Руденя В.В. - Львів, 2003.

Дополнительная:

1. Гребешева И.И. Организация лечебно-профилактической помощи детям. - М.: Медицина, 1987.- 224 с.
2. Моїсеєнко, Р. О. Оптимізація системи надання медичної допомоги дітям і матерям в Україні: реалії і перспективи: монографія - Київ : Логос, 2013. - 232 с.
3. Актуальные проблемы организации эффективной работы педиатрической службы в Украине // Український медичний часопис : наук.- практ. загальномедичний журн. - 2010. - N 5. - С. 15-17
4. Бухановська, Т. М. Мальцева Л. О. Сучасні підходи сімейного лікаря до збереження та поліпшення здоров'я дітей // Сімейна медицина : науково-практичний журнал. - 2013. - N 4. - С. 161
5. Гойда, Н. Г., Корицький Г. І. Оптимізація організаційно-структурної моделі обласної дитячої лікарні // Современная педиатрия: научно-практический педиатрический журнал. - 2015. - N 2. - С. 129-131
6. Гойда, Н. Г., Матюха Л. Ф. Роль сімейної медицини в організації медичної допомоги дітям // Сімейна медицина : науково-практичний журнал. - 2013. - N 6. - С. 4-5
7. Олексюк О.Б.. Стационарозамінні форми запобіжної госпіталізації дітей // Україна. Здоров'я нації. – 2010. - №2. – С.69-74
8. Педіатрична галузь у період медичних реформ: надбання і проблемні питання [Текст] / підгот. Ю.Єрмолова // Український медичний часопис : науково-практичний загальномедичний журнал. - 2013. - N 2. - С. 12-14
9. Педиатрическая служба сегодня / Therapia №2, - 2016 / <http://therapia.ua>
10. Сидорова, Л. А. Первичная медико-санитарная помощь – важная составляющая охраны здоровья детей // Медицинская сестра. - 2012. - № 8. - С. 33-39
11. Слабкий, Г. О., Бухановська Т. М. Збереження здоров'я підростаючого покоління на етапі реформування системи охорони здоров'я // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України : науково-практичний журнал. - 2014. - N 2. - С. 23-28
12. Фершал Я.Ю. Порівняльна оцінка якості сімейної та педіатричної моделей організації первинної педіатричної допомоги // Україна. Здоров'я нації. – 2015. - №1. – С.49-52

Интернет-ресурсы:

<http://intranet.tdmu.edu.ua>
<http://medbib.in.ua>
<http://vmede.org>
<http://www.bestreferat.ru>
<http://pandia.ru>
<http://medvuz.info>

X. План и организационная структура учебного занятия:

№ п/п	Этапы занятия	Уровень учебных целей	Виды контроля	Материально-методическое обеспечение	Разделение времени
I. Подготовительный этап (20%)					
1. 2. 3.	Организация занятия. Постановка учебной цели. Контроль входящего уровня знаний.	I-II	1.Индивидуальный устный опрос. 2.Структурированная письменная работа	1.Контрольные вопросы: гл. IV 2.Графологическая структура темы.	20 минут
II. Основной этап (70%)					
1.	Формирование знаний и умений соответственно учебной цели .	III	1.Изучение и конспектирование основного содержания темы. 2.Решение ситуационных задач. 3.Обсуждение вопросов темы.	1.гл. V, IV, VII	105 минут
III. Заключительный этап (10%)					
1. 2. 3.	Заключительный контроль приобретенных знаний и умений. Подведение итогов занятия. Оценка знаний студентов. Озвучивание темы следующего занятия.	III	1.Индивидуальный контроль знаний и умений. 2.Подписание протоколов. 3.Самостоятельная подготовка.	1.Протоколы. 2.Критерии оценки по ECTS. 3.Учебник. методические указания к практическому занятию.	10 минут