Харківський національний медичний університет



СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА

ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Методичні розробки

для викладачів до проведення практичного заняття  
на тему ***«Організація та зміст роботи закладів, які надають стаціонарну медичну допомогу міському населенню. Облік та аналіз їх діяльності»***

для підготовки студентів 5-го курсу по спеціальності:

– 7.12010001«Лікувальна справа»,

– 7.12010002«Педіатрія»,

– 7.12010003«Медико–профілактична справа».

Харків

2018

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ’Я

ТА УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ’Я

СОЦІАЛЬНАМЕДИЦИНА   
ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Методичні розробки

для викладачів до проведення практичного заняття  
на тему ***«Організація та зміст роботи закладів, які надають стаціонарну медичну допомогу міському населенню. Облік та аналіз їх діяльності»***

для підготовки студентів 5-го курсу по спеціальності:

– 7.12010001«Лікувальна справа»,

– 7.12010002«Педіатрія»,

– 7.12010003«Медико–профілактична справа».

*Затверджено вченою радою Харківського національного медичного університету.*

*Протокол №10 від 19.10.2017*

Харків

ХНМУ

2018

УДК614.212-054(1-21)

Соціальна медицина та організація охорони здоров'я : методичні розробки для викладачів до проведення практичного заняття на тему «Організація та зміст роботи закладів, які надають стаціонарну медичну допомогу міському населенню. Облік та аналіз їх діяльності» для підготовки студентів 5-го курсу за спеціальностями 7.12010001 «Лікувальна справа», 7.12010002,«Педіатрія», 7.12010003«Медико-профілактична справа» / укл. В.А. Огнєв, П.О. Трегуб – Харків : ХНМУ, 2018. – 30 с.

|  |  |
| --- | --- |
| Укладачі: | Огнєв В.А. |
|  | Трегуб П.О. |

**МЕТОДИКА ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ**

**Мета заняття:** вивчити організацію стаціонарної медичної допомоги в умовах міста та освоїти методику обчислення, аналізу та оцінки діяльності стаціонару міської лікарні.

**Знати:**

* ***програмні питання:***

– задачі стаціонару, структурні підрозділи стаціонару та його функції;

– порядок направлення хворих до стаціонару;

– зміст та організацію роботи лікаря-ординатора та завідуючого відділенням;

– фактори, які впливають на раціональне використання ліжкового фонду та ефективність роботи стаціонару;

– основну документацію, яка застосовується для обліку роботи стаціонару, зміст та порядок її заповнення;

– методику обчислення та аналіз показників діяльності стаціонару за даними звіту лікувально-профілактичного закладу (ф.№20).

* ***обліково-звітна документація:***

– медична карта стаціонарного хворого (ф.№003/у);

– статистична карта хворого, який вибув із стаціонару (ф.№066/у);

– журнал обліку прийому хворих в стаціонар (ф.№001/у);

– журнал відмов від госпіталізації (ф.№001-1/у);

– листок обліку руху хворих і ліжкового фонду стаціонару (ф.№007/у);

– журнал запису оперативних втручань в стаціонарі (ф.№008);

– протокол (карта) патологоанатомічного дослідження (ф.№013/у).

**Вміти:**

– заповнювати основні звітні та облікові медичні документи;

– розраховувати та аналізувати показники діяльності стаціонару лікувально-профілактичного закладу;

– розробляти заходи щодо поліпшення роботи стаціонару.

**Форма заняття:** практичне заняття.

**Місце проведення заняття:** навчальна кімната кафедри.

**Методичне забезпечення заняття:**

– методичні розробки до занять;

– методична література: робочий зошит для студентів (базова підготовка);

– презентаційні матеріали;

– тестові завдання;

– лекційний курс.

**Алгоритм проведення заняття:** Після перевірки присутності студентів викладач оголошує тему і мету заняття, пояснює актуальність її вивчення і можливість використання в практичній діяльності.

Після введення в заняття викладач з'ясовує у студентів, які питання виникли при підготовці до теми. Далі викладач переходить до розгляду і контролю знань студентів за основним теоретичним матеріалом, приділяючи додаткову увагу питанням, які студенти не змогли зрозуміти при самостійній підготовці до заняття.

*Форми контролю, що застосовуються:* усне опитування студентів, теоретична або проблемна дискусія, бліц-контрольні за варіантами – час на виконання 5–7 хв., завдання по визначенню термінології, письмовий контроль теоретичних знань – індивідуальні завдання або завдання за кількома варіантами, які включають 3–4 теоретичних питання (час на виконання не більше 20 хв.).

Після контролю теоретичних знань викладач робить основні висновки з вивченої теми, підводить підсумки контролю теоретичних знань і практичних навичок студентів, а також оголошує студентам отримані ними на занятті оцінки та домашнє завдання.

**План заняття і розрахунок часу у відсотках до тривалості заняття:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Введення в заняття | до 5% |
| 2 | Розгляд основних питань теми і контроль теоретичних знань | 65% |
| 3 | Виконання практичного завдання | 25% |
| 4 | Підведення підсумків та оголошення домашнього завдання. | до 5% |
|  | **Всього** | 100% |

**Рекомендована література**

**Базова література**

1. Біостатистика / за заг. ред. чл.-кор. АМН України, проф. В.Ф. Москаленка. – К. : Книга плюс, 2009. − С. 57-71.

2. Громадське здоров’я : підручник для студентів вищих мед. навч. закладів / В.Ф. Москаленко, О.П. Гульчій, Т.С. Грузєва [та ін.]. – Вид. 3. – Вінниця : Нова Книга, 2013. − 560 с.

3. Социальная гигиена и организация здравоохранения / под ред. Н.Ф. Серенко, В.В. Ермакова. – М. : Медицина, 1984. – С. 102-112.

4. Социальная медицина и организация здравоохранения / под общ. ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленко. – Тернополь : Укрмедкнига. 2000. – С. 23-32.

5. Тестовые задачи по социальной медицине, организации здравоохранения и биостатистике : уч. пособ. для студентов мед. ф-тов / под ред. В.А. Огнева. – Харьков : Майдан, 2005. – С. 13-20.

**Допоміжна література**

1. Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров'я / під редакцією Ю.В. Вороненко. – Київ: Здоров'я. 2002. – 360 с.

2. Репродуктивне здоров’я: медико-соціальні проблеми / за ред. В.М. Лобаса, Г.О. Слабкого. – Донецьк : Либідь, 2004. – 146 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. – 180 с.

**Інформаційні ресурси**

1. U.S. National Library of Medicine – Національна медична бібліотека США – http://www.nlm.nih.gov/

2. Державна науково-педагогічна бібліотека України ім. В.О. Сухомлинського – http://www.dnpb.gov.ua/

3. Население Украины. Демографический ежегодник. – К.: Госкомстат Украины – www.ukrstat.gov.ua

4. Наукова бібліотека Харківського національного медичного університету – http://libr.knmu.edu.ua/index.php/biblioteki

5. Наукова педагогічна бібліотека ім. К.Д. Ушинського Російської академії освіти – http://www.gnpbu.ru/

6. Національна бібліотека України ім. В.І. Вернадського – http://www.nbuv.gov.ua/

7. Національна наукова медична бібліотека України – http://www.library.gov.ua/

8. Харківська державна наукова бібліотека ім. В.Г. Короленка – http://korolenko.kharkov.com

9. Центральна бібліотека Пущинського наукового центра РАН – http://cbp.iteb.psn.ru/library/default.html

10. Центральна наукова медична бібліотека Першого Московського державного медичного університету ім. І.М. Сеченова – http://elibrary.ru/defaultx.asp

**ОСНОВНИЙ ТЕОРЕТИЧНИЙ  
МАТЕРІАЛ ДЛЯ ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ**

**1. Міська багатопрофільна лікарня**

В організації медичної допомоги міському населенню важливе місце займає стаціонарна допомога. В стаціонарах лікування проходять близько 20% населення з тих, які звертаються за медичною допомогою. Як правило, це хворі з важким перебігом захворювання. Навіть в умовах запланованого значного збільшення обсягу і поліпшення якості амбулаторно-поліклінічної допомоги значна частина хворих потребує саме стаціонарної допомоги. Організаційні форми надання стаціонарної допомоги населенню, структура лікарняних установ та їх розміщення залежать від рівня і характеру захворюваності та вікового та статевого складу населення, особливостей його розселення.

*Лікарняними закладами відповідно до номенклатури медичних закладів є:* лікарні (республіканська, обласна, міська, центральна районна лікарня, «хоспіс», багатопрофільна, спеціалізована, відновного лікування, швидкої медичної допомоги, відомча (на водному транспорті, на залізниці); пологові будинки, перинатальні центри зі стаціонаром, госпіталі для інвалідів Великої Вітчизняної війни, воїнів інтернаціоналістів, медико-санітарні частини та інші, але провідна роль серед лікувальних закладів, в яких надається стаціонарна допомога, належить лікарням.

***Лікарня*** *–* це комплексний лікувально-профілактичний заклад лікарняного типу, що надає всі види лікувально-діагностичної, висококваліфікованої спеціалізованої стаціонарної медичної допомоги населенню при найбільш важких захворюваннях, що вимагають комплексного підходу до діагностики та лікування із застосуванням найбільш складних методик, новітніх медичних технологій, нерідко оперативного втручання, постійного лікарського нагляду, інтенсивних методів спостереження і догляду.

Або:

***Лікарня –*** це лікувально-профілактичний заклад лікарняного типу, призначений для постійного цілодобового перебування пацієнтів в медичному закладі, в якому забезпечується медичний нагляд, визначення діагнозу, лікування і відновлення працездатності.

*За профілем виділяють* багатопрофільні і спеціалізовані лікарні (кардіологічні, інфекційні, онкологічні, психіатричні та ін.).

*Багатопрофільні лікарні* – це лікувально-профілактичні заклади лікарняного типу, які забезпечують стаціонарною допомогою хворих з різними патологічними станами.

*Спеціалізовані лікарні –* це лікувально-профілактичні заклади лікарняного типу для надання стаціонарної допомоги хворим з однієї певної патології.

Залежно *від адміністративно-територіального положення* лікарні поділяють на обласні, міські, районні.

*За порядком госпіталізації* лікарні можуть бути лікарнями швидкої допомоги, лікарні для планової госпіталізації та лікарні для загальної госпіталізації.

***Завданнями міської лікарні є:***

– надання спеціалізованої цілодобової стаціонарної допомоги в достатньому обсязі за програмою державних гарантій і за програмами добровільного медичного страхування;

– апробація і впровадження сучасних методів діагностики, лікування і профілактики захворювань, заснованих на досягненнях медичної науки і практики, а також передового досвіду роботи лікувально-профілактичних закладів;

– комплексне відновне лікування;

– медико-соціальна експертиза втрати працездатності населення;

– гігієнічне виховання населення та пропаганда здорового способу життя;

– створення лікувально-охоронного режиму;

– проведення протиепідемічних заходів та профілактика внутрішньо лікарняної інфекції;

– розвиток і вдосконалення організаційних форм і методів надання медичної допомоги і догляду за хворими;

– підвищення якості лікувально-профілактичної допомоги, широке залучення громадськості до розробки та проведення заходів, спрямованих на вдосконалення лікувально-профілактичної допомоги населенню.

***Функціональними обов'язками лікарняних закладів є:***

– лікувально-відновлювальна діяльність – діагностика, лікування, медико-соціальна реабілітація, невідкладна допомога;

– профілактична діяльність – профілактика інфекційних захворювань, попередження переходу гострих захворювань у хронічні, зниження захворюваності з тимчасовою втратою працездатності та інвалідності;

– навчальна діяльність – підготовка медичного персоналу та підвищення кваліфікації медичних працівників;

– науково-дослідницька та ін.

Лікарні, ліжковий фонд яких не менше ніж на 50% використовується медичними вузами для викладання або медичними науково-дослідними інститутами в наукових цілях, називають ***клінічними***.

***Структурними підрозділами стаціонару лікарні є:***

– управління;

– приймальне відділення;

– спеціалізовані відділення;

– діагностичні підрозділи;

– клініко-діагностичні лабораторії;

– відділення відновного лікування;

– служба анестезіології та реанімації;

– патологоанатомічне відділення;

– палати денного перебування.

*Управління в міській лікарні представлено наступними посадовими особами:*

– головний лікар (в кожній лікарні);

– завідувач поліклініки (в кожній поліклініці з кількістю лікарських посад до 20);

– заступник головного лікаря з поліклінічної роботи (при наявності понад 20 посад лікарів амбулаторного прийому замість посади завідувач поліклініки);

– заступник головного лікаря по медичній частині (при наявності не менш 300 ліжок в стаціонарі і не менше 40 лікарських посад у самостійній поліклініці);

– заступник головного лікаря з експертизи тимчасової непрацездатності (при числі посад лікарів амбулаторного прийому не менше 25);

– заступник головного лікаря з акушерсько-гінекологічної допомоги (в лікарні, яка має понад 100 ліжок даного профілю замість посади завідуючого відділенням);

– заступник головного лікаря з хірургічної допомоги (в лікарні на 800 і більше ліжок, яка має не менше 300 ліжок хірургічного профілю; якщо в лікарні не має заступника по акушерсько-гінекологічній допомозі, то акушерські та гінекологічні ліжка відносять до хірургічних);

– заступник головного лікаря з економічних питань (1 посада на 110 і більше ліжок).

*До управлінського персоналу також належать:*

– завідувач відділенням;

– заступник або завідувач по АГР;

– головна медична сестра лікарні чи поліклініки (в самостійних поліклініках з числом лікарських посад не менше 30);

– старша медична сестра відділення.

**Приймальне відділення.** Обслуговування пацієнтів в стаціонарі починається в приймальному відділенні – це важливе лікувально-діагностичне відділення, призначене для реєстрації, прийому, первинного огляду, антропометрії *(від грец. «anthropos» – людина, «metreo» – вимірювати*), санітарно-гігієнічної обробки хворих, що надійшли, і надання кваліфікованої (невідкладної) медичної допомоги. Від того, наскільки професійно, швидко та організовано діє медичний персонал цього відділення, в певній мірі залежить успіх подальшого лікування хворого, а при невідкладних (ургентних) станах – і його життя. Кожен хворий, що надійшов, повинен відчути в приймальному відділенні дбайливе і привітне ставлення до себе. Тоді він перейметься довірою до закладу, де буде лікуватися.

*Виходячи з цього приймальне відділення має ряд завдань:*

– надання, при необхідності, невідкладної допомоги;

– реєстрація і виписка хворих;

– встановлення (уточнення) попереднього діагнозу;

– обґрунтування госпіталізації;

– заповнення паспортної частини медичної карти стаціонарного хворого (історії хвороби) і статистичної карти хворого, який вибув зі стаціонару;

– взяття матеріалу для лабораторного дослідження, експрес-діагностика, рентгенологічні та функціональні дослідження;

– визначення спеціалізованого відділення і направлення в це відділення хворого;

– реєстрація відмови від госпіталізації з визначенням причини відмови;

– санітарна обробка.

Для повноцінної роботи приймальне відділення повинно мати у своєму розпорядженні достатню кількість приміщень (2–3 ізольованих оглядових кабінети, санпропускник, палати інтенсивної терапії та ізоляції хворих, кабінет чергового лікаря), постійний набір медикаментів і засобів першої допомоги, можливість проводити термінові лабораторні та рентгенологічні та ін. дослідження.

У сучасній лікарні приймальні відділення можуть бути ***централізованими і децентралізованими****.*

При ***централізованій*** системі планування, коли практично всі лікувальні та діагностичні відділення зосереджені в одному корпусі, там також розташовується приймальне відділення.

При ***децентралізованій*** системі центральне приймальне відділення лікарні знаходиться або в окремій будівлі, або в одному з лікувальних корпусів.

Прийом хворого в стаціонар проводить черговий лікар приймального відділення (лікарні I–IV категорії) або черговий лікар лікарні, який зобов'язаний забезпечити своєчасний огляд хворого, ознайомитися з медичною документацією і при наявності показань госпіталізувати його до відповідного відділення стаціонару. Лікарі приймального відділення лікарні працюють в тісному контакті з лікарями відділень лікарні і мають можливість викликати лікарів інших спеціальностей, які в цей час чергують у себе у відділені, для консультації пацієнта.

*Пацієнти, для госпіталізації на стаціонарне лікування, можуть надходити таким чином:*

– каретою екстреної медичної допомоги: при нещасних випадках, травмах, гострих захворюваннях і загостренні хронічних захворювань;

– за направленням дільничного лікаря в разі неефективного лікування в амбулаторних умовах, перед проведенням експертизи медико-реабілітаційної експертної комісії (МРЕК), а також за направленням військкомату;

– переведенням з інших лікувально-профілактичних закладів (по домовленості з адміністрацією);

– при самостійному зверненні хворого у разі погіршення його самопочуття на вулиці неподалік від лікарні.

*Розрізняють* ***три види госпіталізації пацієнтів*** *залежно від способу доставки хворого до лікарні та його стану:*

– планова госпіталізація;

– екстрена госпіталізація;

– госпіталізація при самостійному зверненні.

Якщо хворого доставляють в приймальне відділення в стані середньої тяжкості і тим більше в тяжкому стані, то ще до реєстрації медична сестра зобов'язана надати хворому першу (долікарську) медичну допомогу, терміново запросити до хворого лікаря і швидко виконати всі лікарські призначення. Лікар приймального відділення оглядає хворого і вирішує питання про необхідність його госпіталізації в даний лікувальний заклад. В разі госпіталізації медична сестра здійснює реєстрацію пацієнта і оформляє необхідну медичну документацію. Після реєстрації пацієнта медсестра направляє його в оглядовий кабінет для огляду лікарем і виконання необхідних діагностичних і лікувальних процедур. Якщо хворий доставлений в приймальне відділення з вулиці в непритомному стані і без документів, то медична сестра після огляду його лікарем надає екстрену медичну допомогу і заповнює необхідну документацію. Після цього вона зобов'язана дати телефонограму у відділення поліції. В телефонограмі вказують прикмети пацієнта (стать, приблизно вік, зріст, статура), перераховує у що був одягнений хворий. У всіх документах до з'ясування особистості хворого, він повинен значитися як «***невідомий***».

***Основна медична документація приймального відділення:***

1) «Журнал обліку, прийому хворих і відмов від госпіталізації» – в журналі медична сестра фіксує: прізвище, ім'я, по-батькові хворого, рік народження, дані паспорта та страхового поліса, домашня адреса, місце роботи і посада, телефони (домашній, службовий, близьких родичів), дату і час надходження, звідки і ким він доставлений, характер госпіталізації (плановий, екстрений, самозвернення), діагноз установи, що направила, діагноз приймального відділення, в яке відділення лікарні направлений хворий. При відмові хворому в госпіталізації в журнал заносяться відомості про причини відмови та про надану допомогу: медична допомога, направлення в інший стаціонар, відсутність показань до госпіталізації та ін.;

2) «Медична карта стаціонарного хворого» (традиційно називається історією хвороби) – медична сестра оформлює титульний листок історії хвороби, а також заповнює паспортну частину і ліву половину «Статистичної карти хворого, який вибув зі стаціонару»;

3) «Журнал реєстрації та передачі в органи санепіднагляду випадків шкірно-заразних захворювань» – заповнюється при виявленні у хворого педикульозу, корости, мікроспорії та ін., додатково роблять позначку у відповідному розділі історії хвороби;

4) Екстрене повідомлення в органи санепіднагляду – заповнюють при наявності у хворого інфекційного захворювання, харчового отруєння, педикульозу;

5) «Журнал телефонограм» – медична сестра фіксує в журналі текст телефонограми, дату, час її передачі, ким вона прийнята;

6) Алфавітний журнал хворих, що поступили (для довідкової служби).

*Для раціонального використання ліжкового фонду виділяють показання для направлення пацієнтів до цілодобового стаціонару, серед них:*

– наявність невідкладних або екстрених показань;

– необхідність використання інтенсивних способів лікування;

– потреба в проведенні складних досліджень;

– соціально-побутові умови життя пацієнта.

**Спеціалізовані відділення –** це основний структурний елемент лікарні (хірургічні, терапевтичні, неврологічні, урологічні і т.д.).

Залежно від завдань, що вирішуються конкретною лікарнею, чисельності населення, що обслуговується і потреби його в різних видах медичної допомоги, клінічні та лікувально-діагностичні підрозділи стаціонару можуть мати різну потужність. Наприклад, в лікарнях швидкої медичної допомоги необхідне велике відділення інтенсивної терапії та реанімації, велика кількість операційних, підрозділів для експрес-діагностики. У лікарнях відновного лікування широко використовують методи лікування без прийому ліків та повинні бути передбачені приміщення для проведення механотерапії, лікувальної фізкультури і т.д.

*Штати медичного персоналу відділення стаціонару лікарні:*

1) кількість ліжок на одного лікаря від 12 в гематологічному відділенні до 40 в фтизіатричному, для лікування хворих з кістково-суглобовим туберкульозом;

2) 15 ліжок на лікаря в 9 профілях в відділеннях (акушерське, нейрохірургічне і ін.);

3) 20 в 5 (онкологічне, проктологічне та ін.);

4) 25 в 9 (гінекологічне, інфекційне, кардіологічне та ін.);

5) 30 в 8 (терапевтичне, ендокринологічне, офтальмологічне та ін.).

*Посада завідуючого відділенням* встановлюється в залежності від кількості ліжок:

1) 60 ліжок в 9 профілях (терапевтичному, хірургічному, неврологічному та ін.);

2) 50 ліжок в 6 профілях (кардіологічному, дерматовенерологічному та ін.);

3) 45 ліжок в акушерському фізіологічному відділенні;

4) 40 ліжок в 14 профілях (гастроентерологічному, кардіологічному для інфарктних хворих та ін.);

5) 30 ліжок в 7 профілях (гематологічному, нейрохірургічному, неврологічному та ін.);

6) 25 ліжок в 3 профілях (торако-хірургічному, акушерському обсерваційному, патології вагітності).

У відділенні, як правило, функціонує два пости, які обслуговують 4 медичні сестри. У кожному відділенні штатним розкладом передбачена старша медична сестра. Крім палатних медичних сестер є наступні посади: медична сестра (як правило, дві) процедурного кабінету, операційні, дієтичного харчування, перев'язувальні медичні сестри та ін.

*Очолює відділення стаціонару завідувач відділенням, якого призначають з найбільш кваліфікованих та досвідчених лікарів. В його функціональні обов'язки входить:*

– організація прийому хворих до відділення;

– огляд хворих, що надійшли до відділення;

– перевірка обґрунтованості призначень лікування;

– регулярне проведення обходів хворих спільно з лікуючим лікарем;

– контроль за своєчасним і повним обстеженням хворих;

– організація консультації хворих різними спеціалістами;

– участь в патологоанатомічних конференціях;

– складання медичного звіту та аналіз ефективності роботи відділення;

– організація праці персоналу;

– контроль якості роботи лікарів;

– аналіз випадків діагностичних помилок;

– проведення заходів щодо підвищення кваліфікації медичного персоналу;

– участь в проведенні експертизи тимчасової втрати працездатності та ін.

*У відділенні лікувальну роботу проводить лікар-ординатор, виконуючи наступні функції:*

– складання плану якості лікування хворих;

– обхід та огляд хворих;

– призначення лікування та діагностичного обстеження;

– контроль за виконанням середнім медичним персоналом його призначень;

– ведення медичної документації;

– складання рекомендацій для подальшого лікування в амбулаторно-поліклінічних установах;

– проведення медико-соціальної експертизи втрати працездатності;

– підвищення кваліфікації;

– підтримка лікувально-охоронного режиму у відділеннях;

– контроль за санітарно-гігієнічним станом відділення;

– здійснення профілактики внутрішньо лікарняної інфекції.

*Крім завідувача відділенням та лікарів-ординаторів ряд функцій виконує старша медична сестра:*

– допомагає завідувачу відділенням в організації роботи медичних сестер і молодшого медичного персоналу;

– допомагає завідувачу відділенням у вирішенні адміністративно-господарських питань, у веденні обліку та звітності;

– складає графіки роботи середнього і молодшого медичного персоналу;

– забезпечує впровадження раціональних форм та методів роботи середнього і молодшого медичного персоналу;

– забезпечує контроль за санітарним станом відділення та хворих;

– відповідає за постачання у відділення медикаментів і організацію харчування хворих.

*Робота лікарів і середнього медичного персоналу організовується таким чином.* Тривалість робочого дня для лікарів і медичних сестер 6,5 годин, молодшого персоналу – 7 годин.

Щодня лікар-ординатор:

– отримує інформацію від чергового медичного персоналу про стан хворих;

– знайомиться з результатами досліджень;

– в супроводі медичної сестри проводить обхід пацієнтів;

– всі призначення вносить в історію хвороби і контролює виконання попередніх призначень;

– при виписці складає епікриз і готує виписку з історії хвороби, в якій дає рекомендації лікарям амбулаторно-поліклінічного закладу щодо подальшого лікування та спостереження за хворим.

Безпосередній догляд за хворими здійснюють палатні сестри, які беруть участь в обходах, спостерігають за станом здоров'я пацієнтів, виконують відповідні призначення лікаря. Графіки їх роботи можуть бути двох і тризмінні. При розподілі часу передбачають дві денні і одну нічну зміни. Найчастіше практикується графік роботи, коли одні медичні сестри працюють тільки в денні зміни щодня, а інші працюють позмінно в нічний час.

Виділяють дві системи організації догляду за хворими:

1) *двоступенева система* – безпосередню участь у догляді за хворим беруть тільки лікарі і медичні сестри. В цьому випадку молодший медичний персонал допомагає в створенні належного санітарно-гігієнічного режиму у відділенні (здійснює прибирання приміщень і т.д.);

2) *триступенева система* – молодші медичні сестри беруть участь в безпосередньому догляді за хворими.

Організація догляду за хворим у відділенні стаціонару передбачає створення оптимальних умов навколишнього середовища і гігієнічного режиму, що сприяють ефективному лікуванню і попередженню можливих ускладнень. Для хворих, які знаходяться на стаціонарному лікуванні, встановлюється розпорядок дня, яким забезпечується своєчасне і правильне харчування, відпочинок і спокій, достатня тривалість сну.

Незалежно від системи організації догляду за хворими в стаціонарі необхідно *враховувати елементи лікувально-охоронного режиму***,** до нього відносять наступні заходи:

– увага до хворого і турбота про нього;

– чітке дотримання медичними працівниками дисципліни і правил внутрішнього розпорядку;

– усунення факторів, що негативно впливають на самопочуття хворих;

– боротьба з болем і страхом перед ним, відволікання хворого від занурення в хворобу;

– дотримання медичної етики і деонтології лікарями та середнім медичним персоналом та ін.

**Діагностичні підрозділи стаціонару лікарні.** Потужність відділень функціональної діагностики залежить від числа ліжок в лікувальному закладі. У лікарнях на 400 ліжок і більше організовують 2 відділення: одне для обслуговування хворих стаціонару, друге – для поліклінічного відділення.

До складу відділення функціональної діагностики входять різні кабінети для проведення спеціальних методів дослідження. Це кабінети електрокардіографії, векторокардіографії, оксигенотерапії і капіляроскопії, електрокінографії, тахоосціллографії, пульсотахометрії, осціллографії і плетизмографії, балістокардіографії, реовазографії, кабінет для дослідження основного обміну, обстеження органів дихання та ендокринної системи, кабінети електроенцефалографії, міографії, кабінети для ендоскопічних досліджень шлунка, кишківника, бронхів, сечового міхура. Лікувально-діагностичний процес в сучасних лікарнях передбачає також різноманітні рентгенівські дослідження.

Рентгенодіагностична служба лікарні організовується на базі центрального рентгенодіагностичного відділення з самостійними рентгенівськими кабінетами в деяких відділеннях (інфекційних, туберкульозних, приймальних відділеннях і т.д.). Доцільно розміщувати центральне рентгенівське відділення на межі стаціонару і поліклініки, на одному з поверхів лікувально-діагностичного корпус у лікарні.

**Операційний блок –** основна структурна одиниця лікувально-діагностичного відділення. Планування і режим роботи операційного блоку повинні забезпечити максимальну асептику. Основною умовою розміщення операційного блоку є його надійна ізоляція від інших підрозділів і служб лікарні при збереженні зручних зв'язків з відділенням анестезіології, палатними відділеннями хірургічного профілю, центральним стерилізаційним відділенням. З цієї точки зору для операційного блоку краще виділяти окрему прибудову або крило корпусу лікарні. Можна також розміщувати операційний блок на верхньому поверсі лікарні і обов'язково в тупиковій зоні (по горизонталі, по вертикалі).

Для дотримання асептики в операційному блоці виділяють чисту і гнійну зони. Набір і планування приміщень для чистих і гнійних операцій ідентичний. У планувальному відношенні приміщення операційного *блоку умовно ділять на 4 групи в залежності від ступеня дотримання асептики і захисту від внутрішньо лікарняних інфекцій.* Найсуворіші вимоги щодо асептики пред'являються до операційних, потім йдуть передопераційні і наркозні, далі приміщення для зберігання крові, апаратури і, нарешті, приміщення для персоналу (протокольні, сестринська, лабораторія термінових аналізів) і «чиста зона» санпропускника для персоналу.

Важливим підрозділом лікувально-діагностичного відділення є **клініко-діагностичні лабораторії**. Завдяки використанню сучасних фізико-хімічних методів дослідження, застосування електроніки і автоматики, клініко-діагностичні лабораторії здатні проводити найскладніші дослідження.

У лікарні з наявністю великої кількості ліжкового фонду має місце потужний клініко-діагностичний підрозділ, куди входять спеціалізовані відділення: клінічне (для дослідження сечі, калу, харкотиння, шлункового соку), гістологічне, біохімічне, мікробіологічне, серологічне і цитологічне. Клініко-діагностичні лабораторії мають окремі приміщення для прийому і реєстрації аналізів від хворих стаціонару і поліклініки, приміщення для фотометрії, центрифугування, забарвлення проб і препаратів.

У мікробіологічних лабораторіях обов'язкові бокси для бактеріологічних досліджень, приготування поживних середовищ, мийні, службові приміщення, комори для інструментарію і білизни, душові для персоналу. Приміщення мікробіологічного відділення повинні бути ізольовані від інших приміщень лабораторії. Для відвідувачів повинен бути окремий вхід.

У **відділенні відновного лікування** проводять усі види терапевтичного лікування (електро-, світло-, водо-, грязелікування), лікувальну фізкультуру, масаж, механо- і трудотерапію. У сучасних лікарнях ці відділення часто займають окремий корпус, так як приміщення цього відділення досить об'ємні. У корпусі повинно бути відділення фізіотерапії з кабінетом електро- і світлолікування, мікрохвильової та ультрависокочастотної терапії, а також інгаляторій; кабінет теплолікування з кабінетами для теплових процедур, аплікацій парафіну і озокериту. Відділення водолікування має бути обладнано душовим залом, приміщенням для ванн (загальних, місцевих, субаквальних), підводного душ-масажу. Обов'язковим елементом такого відділення є плавальний басейн.

В арсеналі лікувально-відновного лікування використовується грязелікування. Для грязелікувальних процедур влаштовують кабіни для роздягання, зали для грязелікування з розрахунку 8–12 м2 на 1 кушетку в душовій кабіні.

Для занять лікувальною фізкультурою передбачаються як окремі кабінети, так і зали для групових занять загальною площею не менше 100 м2. Є також окремі кабінети для масажу і механотерапії. Крім спеціальних кабінетів, в цьому відділенні передбачаються кімнати відпочинку для хворих після лікувальних процедур. Вони повинні бути обладнані кушетками і кріслами для відпочинку.

*Показання для лікування хворих у відділенні відновного лікування:*

– захворювання органів кровообігу;

– хірургічні втручання на серці;

– лікування наслідків травм;

– захворювання опорно-рухового апарату та ін.

Важливу роль в наданні невідкладної допомоги пацієнтам відіграє **служба анестезіології та реанімації стаціонару**. Виділяють ряд причин, які викликали необхідність формування в складі стаціонарів даної служби, а саме: збільшення патології, що вимагає проведення комплексу реанімаційних заходів, анестезіологічного посібника та ін.

*Структурними підрозділами служби анестезіології та реанімації є:*

– відділення анестезіології з палатами для інтенсивної терапії;

– відділення анестезіології без ліжок для інтенсивної терапії;

– анестезіологічна група;

– відділення інтенсивної терапії загального профілю;

– вузькоспеціалізовані відділення інтенсивної терапії.

*Задачами підрозділів служби інтенсивної терапії є:*

– проведення комплексу підготовчих заходів і проведення загальної та реґіонарної анестезії при операціях, пологах і т.д.;

– здійснення комплексу заходів, спрямованих на корекцію і підтримку функцій життєвоважливих органів і систем, які постраждали в результаті захворювань, травм, оперативних втручань та інших причин;

– підвищення рівня знань медичного персоналу;

– навчання різних груп населення з питань реанімації.

*На медичний персонал анестезіологічних груп покладено такі функціональні обов'язки:*

– визначення оптимального методу анестезії (загального або місцевого);

– медикаментозна передопераційна підготовка;

– активне спостереження за станом здоров'я в післяопераційному періоді;

– реанімація і подальше лікування у відділенні;

– лікування хворих в палатах інтенсивної терапії спільно з лікарями відповідних відділень і ін.

У лікарнях з великим ліжковим фондом передбачається самостійне **патологоанатомічне відділення.** Патологоанатомічне відділення розміщується, як правило, в окремому будинку, має свої під'їздні шляхи і розташовується на окремій ділянці лікарняного парку. Секційна площа не менше 20м2 розрахована на 1 стіл. У лікарнях на 600 ліжок і більше допускаються секційні на 2 столи, відповідно, більшої площі. У набір приміщень цього відділення, крім секційних, входять передсекційна, лабораторія для гістологічних досліджень, фотолабораторія, препараторська, приміщення для зберігання трупів, траурний зал, а також службові та інші приміщення для персоналу, канцелярія, вестибюль – кімната очікування.

Приміщення для розтину трупів інфекційних хворих повинні бути ізольовані і мати окремий зовнішній вхід.

За останні роки з'явилася нова форма медичного обслуговування, як один з видів стаціонарозамінних технологій – **це палати денного перебування в стаціонарі**, які використовують приміщення звичайних лікарняних стаціонарів для тих пацієнтів, стан яких не вимагає надання їм цілодобової стаціонарної допомоги. У деяких випадках денні стаціонари можуть розміщуватися в житлових і громадських будівлях. Не допускається розміщувати в житлових і громадських будівлях денні стаціонари дерматовенерологічного, психіатричного, інфекційного і туберкульозного профілів.

Структура денних стаціонарів та планування їх приміщень повинні виключати можливість перетину «чистих» і «брудних» потоків. Місткість палат денного перебування повинна бути не більше 4 ліжок. Склад приміщень денного стаціонару визначається з урахуванням профілю ліжок, потужності денного стаціонару та місцевих умов.

*При наданні стаціонарної допомоги необхідно враховувати фактори, які впливають на рівень госпіталізації:*

– неадекватне лікування на різних рівнях амбулаторно-поліклінічної допомоги;

– недостатня доступність лікування (поліклініка-стаціонар; лікар загальної практики – лікарі фахівці);

– пізнє звернення за медичною допомогою;

– старіння населення, недостатня організація надання як медичної, так і соціальної допомоги людям похилого віку;

– недостатній розвиток стаціонарозамінної медичної допомоги.

*Крім цього, можна рекомендувати ряд заходів щодо поліпшення надання стаціонарної допомоги:*

– наступництво в роботі поліклініки та стаціонару;

– покращення підготовки хворих в поліклініці до стаціонарного лікування;

– вдосконалення системи консультативної допомоги в стаціонарі;

– впровадження в роботу стаціонару нових методів діагностики і лікування;

– підвищення рівня підготовки і кваліфікації кадрів;

– покращення технічного оснащення лікувально-профілактичного процесу;

– дотримання лікувально-охоронного режиму та ін.

*Для ефективного використання ліжкового фонду стаціонару, поліпшення надання стаціонарної допомоги важливо проводити такі заходи:*

– проводити обґрунтований відбір хворих для стаціонарного лікування амбулаторно-поліклінічними закладами;

– забезпечити своєчасну їх госпіталізацію;

– організувати систему госпіталізації пацієнтів в денні стаціонари і стаціонари на дому;

– більш глибоко обстежити хворих і проводити лікування в поліклініках;

– встановити чіткі взаємозв'язки між поліклініками і стаціонарами;

– рівномірно розподілити планову госпіталізацію пацієнтів протягом тижня, і своєчасно проводити виписку;

– виключити з практики до мінімуму повторне обстеження, що проводяться перед госпіталізацією;

– інтенсифікувати діагностичний і лікувальний процес в стаціонарі;

– впровадити нові методи комплексного лікування хворих і контролю якості роботи стаціонару;

– уніфікувати документацію, скоротити час на її заповнення;

– удосконалити систему управління;

– підтримувати тісні зв'язки з іншими аналогічними лікувально-профілактичними закладами та ін.

Необхідно при наданні медичної допомоги пацієнту враховувати *наступництво в роботі між поліклінікою і стаціонаром*. Даний розділ роботи оцінюється за наступними напрямками:

– організація обліку хворих, які потребують планової госпіталізації;

– наявність закріплених за поліклінікою місць в стаціонарі для госпіталізації планових хворих, їх кількість і профіль;

– повнота обстеження хворих, що надійшли в стаціонар в плановому порядку;

– терміни очікування для планової госпіталізації;

– відсоток відмов від госпіталізації;

– показник госпіталізації за профілем ліжок;

– виконання лікарями поліклініки рекомендацій стаціонару;

– проведення спільних конференцій з питань наступності.

*При оцінці ефективності стаціонарного лікування рекомендується враховувати фактори, що впливають на ефективність стаціонарного лікування, це:*

– компетентність і рівень кваліфікації фахівців;

– достатня матеріально-технічна база;

– достатнє діагностування;

– організація заходів, спрямованих на поліпшення роботи стаціонару.

**2. Спеціалізовані медичні центри**

Підвищення вимог до поліпшення спеціалізованої стаціонарної медичної допомоги, розвиток медичної науки, поява нових технологій, зростання неепідемічної патології, старіння населення, зростання спеціалізованої медичної допомоги, необхідність теоретичного обґрунтування лікувально-діагностичних, організаційно-методичних підходів до діагностики та лікування і наукового обґрунтування проблем, що виникають в системі охорони здоров'я, призвело до необхідності появи таких установ, як *спеціалізовані медичні центри.*

*Задачами даних центрів є:*

1) забезпечення науково-методичного та організаційного керівництва медичною допомогою відповідного профілю;

2) надання консультативно-діагностичної та лікувальної допомоги закріпленому населенню;

3) впровадження нових методів діагностики, лікування і профілактики в роботу спеціалізованих профільних відділень і кабінетів лікувально-діагностичних установ;

4) проведення підвищення кваліфікації лікарів даного профілю (на курсах, семінарах, безпосередньо на робочому місці);

5) здійснення заходів щодо підвищення рівня знань лікарів за суміжними спеціальностями.

Центри можуть створюватися як на базі потужних багатопрофільних лікарень, так і в якості самостійних установ. Існують різні види спеціалізованих медичних центрів в залежності від профілю надання медичної допомоги (кардіологічні, репродуктивних технологій, раку і т.д.).

**3. Диспансери**

**Диспансери** – це заклади, в яких надається амбулаторно-поліклінічна та стаціонарна допомога при певних захворюваннях (туберкульоз, захворювання шкіри, венеричні, психічні, ендокринні та інші захворювання), а також допомога постраждалим в результаті аварії на Чорнобильській АЕС. В Україні функціонують 11 видів диспансерів, в них розгорнуто 48400 ліжок. До складу диспансерів входить як поліклініка, так і стаціонар.

Принципами роботи диспансерів є***:***

– активне виявлення хворих і взяття їх на облік;

– активне систематичне спостереження і надання кваліфікованої допомоги;

– динамічне спостереження за хворими;

– проведення профілактичних заходів.

*Диспансери виконують ряд важливих завдань в забезпеченні населення третинною медико-санітарною допомогою, серед них:*

– активне виявлення хворих;

– обстеження та уточнення діагнозу;

– призначення відповідного лікування;

– активне динамічне спостереження за хворими;

– патронаж хворих;

– проведення оздоровчих заходів;

– вивчення захворюваності в районі діяльності диспансеру;

– розробка заходів щодо попередження захворювань;

– проведення організаційно-методичної роботи;

– надання консультативної допомоги лікарям інших ЛПЗ;

– контроль повноти обліку про своєчасність оповіщення при виявленні хворого.

*Однією з важливих задач диспансеру є проведення патронажної роботи, що в себе включає:*

– вивчення умов життя і роботи хворого;

– гігієнічне виховання хворого і членів сім'ї, навчання методам індивідуальної профілактики;

– контроль за виконанням режиму, і забезпечення систематичного відвідування диспансеру;

– сприяння в працевлаштуванні хворого, отриманні різних видів соціальної допомоги.

**ПРАКТИЧНЕ ЗАВДАННЯ**

Відповідно до звітно-облікової документації провести аналіз і оцінку діяльності стаціонару об'єднаної міської лікарні. Для цього необхідно розрахувати показники діяльності стаціонару і розробити пропозиції щодо поліпшення роботи закладу.

**ІНДИВІДУАЛЬНІ ЗАВДАННЯ ДО ТЕМИ**

**«ОРГАНІЗАЦІЯ І ЗМІСТ РОБОТИ СТАЦІОНАРІВ РІЗНИХ РІВНІВ, ОБЛІК І АНАЛІЗ ЇХ ДІЯЛЬНОСТІ»**

**Деякі дані роботи стаціонару**

**об'єднаної міської лікарні за 2016 рік**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Район | Кількість  (населення) | Кількість  розгорнутих ліжок | Надійшло хворих | Виписано | В тому числі | | | | | Померло | Залишилися  в стаціонарі | Проведено  ліжко-днів |
| З  одужання | З поліпшенням | | Без змін | |
| 1 | 34000 | 250 | 5650 | 5428 | 2060 | | 3040 | | 328 | 72 | 150 | 85200 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Район | Хірургічна робота | | | | | | | Якість  діагностики | | Скарги населення | Кількість хворих з важкими стадіями онкозахворювань |
| Кількість хворих | Кількість прооперованих | Кількість посад хірургів | Кількість хворих,  доставлених в  стаціонар пізніше  24 годин після встановлення діагнозу | Кількість хворих, доставлених для надання термінової  допомоги | Кількість  ускладнень | Померли після  операції | Клінічний діагноз | Діагнози,які збіглися на секції |
| 1 | 950 | 470 | 10 | 12 | 185 | 10 | 5 | 50 | 45 | 5 | 4 |

**Аналіз показників діяльності стаціонару:**

Таблиця 1

**Показники забезпеченості населення стаціонарною допомогою**

|  |
| --- |
| **Показник і порядок його розрахунку** |
| **Забезпеченість населення лікарняними ліжками:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Число лікарняних ліжок –250 | х10000 | = | 73,53‰**0** | | Середньорічна чисельність населення – 34000 | |
| **Частота госпіталізації:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Число осіб, які вибули (виписаних + померлих) зі стаціонару – 5428+72=5500 | х1000 | = | 161,76‰ | | Середньорічна чисельність населення – 34000 | |
| **Сезонність госпіталізації:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Число вибулих (виписаних + померлих) зстаціонару) хворих в окремі місяці року (січень, лютий та ін.)\_\_\_\_ | х100 | = | \_\_\_\_\_% | | Загальна кількість вибулих (виписаних + померлих) зі стаціонару хворих за рік\_\_\_\_ | |
| **Забезпеченість населення стаціонарною допомогою:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Число ліжко-днів, проведених хворими в стаціонарах протягом року – 85200 | х1000 | = | 2505,88‰ | | Середньорічна чисельність населення – 34000 | |

Таблиця 2

**Показники роботи лікарняного ліжка**

|  |
| --- |
| **Показник і порядок його розрахунку** |
| **Середньорічна зайнятість ліжка:**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Кількість проведених хворими ліжко-днів – 85200 | = | 340,8 днів | | Середньорічна кількість ліжок – 250 | |
| |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Середня тривалість перебування хворих на ліжку:**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Кількість проведених хворими  ліжко-днів – 85200 | = | 15,49 днів | | Кількість хворих, які пройшли через  стаціонар (виписаних + число померлих) – 5500 | |  |  | |
| |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Оборот ліжка:**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Кількість виписаних і померлих – 5500 | = | 22 рази | | Середньорічна кількість ліжок – 250 | |  |  | |
| **Середній час простою ліжка:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Число днів в році – середнє число днів зайнятості ліжка в році – 365-340,8=24,2 |  | = | 1,1 | | Оборот ліжка–22 | |
| **Частота відмов від госпіталізації:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Число відмов від госпіталізації\_\_\_\_ | х100 | = | \_\_\_\_\_\_% | | Число вибулих (виписаних + померлих) зі стаціонару хворих + число відмов від госпіталізаці\_\_\_\_ | |
| **Відсоток виконання плану ліжко-днів:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Число ліжко-днів, фактично проведених хворими в стаціонарі\_\_\_\_ | х100 | = | \_\_\_\_\_% | | Планове число ліжко-днів\_\_\_\_ | |

Таблиця 3

**Показники навантаження персоналу**

|  |
| --- |
| **Показник і порядок його розрахунку** |
| **Середнє число ліжок на одну посаду лікаря (середнього медичного персоналу)**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Середньорічна кількість ліжок – 250 |  | = | 25 | | Число зайнятих посад лікарів (середнього медичного персоналу) – 10 | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Середнє число пролікованих хворих на одну посаду лікаря**  **(Середнього медичного персоналу):**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Число вибулих (виписаних + померлих) зі стаціонару хворих за рік – 5428+72 |  | = | 550 | | Число зайнятих посад лікарів (середнього медичного персоналу) - 10 | |  |  | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Середнє число ліжко-днів на одну посаду лікаря:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Число ліжко-днів, проведених хворими в стаціонарі за рік – 85200 |  | = | 8520 | | Число зайнятих лікарських посад – 10 | |  |  | |
| **Середня кількість операцій на одну зайняту посаду хірурга:**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Кількість проведених операцій – 470 | = | 47операцій | | Кількість посад хірургів – 10 | |

Таблиця 4

**Показники якості стаціонарної допомоги**

|  |
| --- |
| **Показник і порядок його розрахунку** |
| **Лікарняна летальність:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Кількість хворих, які померли в стаціонарі – 72 | х100 | = | 1,3% | | Кількість виписаних + кількість померлих 5428+72 | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Хірургічна активність:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Кількість прооперованих – 470 | х100 | = | 49,5% | | Кількість хворих хірургічного відділення – 950 | |  |  | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Післяопераційна летальність:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Кількість оперованих, які померли – 5 | х100 | = | 1,1% | | Кількість оперованих хворих – 470 | |  |  | |
| **Ефективність лікування в стаціонарі:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Кількість виписаних з видужуванням – 2060 | х100 | = | 38% | | Кількість всіх виписаних – 5428 | | Кількість виписаних з поліпшенням стану здоров'я – 3040 | х100 | = | 56% | | Кількість всіх виписаних – 5428 |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Кількість виписаних без змін в стані здоров'я – 328 | х100 | = | 6% | | Кількість всіх виписаних – 5428 | |
| **Терміновість хірургічної допомоги:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Кількість хворих, доставлених в стаціонар пізніше 24 годин після встановлення діагнозу – 12 | х100 | = | 6,5% | | Кількість хворих, доставлених для надання термінової допомоги – 185 | |
| **Повторність госпіталізації:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Число вибулих (виписаних + померлих) зі стаціонару хворих (з числа повторно госпіталізованих) протягом року | х100 | = | \_\_\_\_\_\_% | | Загальна кількість вибулих (виписаних + померлих) зі стаціонару хворих протягом року\_\_\_\_ | |
| **Додобова летальність:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Число померлих в першу добу перебування в стаціонарі\_\_\_\_ | х100 | = | \_\_\_\_\_% | | Загальна кількість вибулих (виписаних + померлих) зі стаціонару хворих\_\_\_\_ | |
| **Післяопераційні ускладнення:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Кількість хворих, які мали післяопераційні ускладнення – 10 | х100 | = | 21,3% | | Кількість хворих, прооперованих в стаціонарі – 470 | |
| **Розподіл оперативних втручань за видами, наприклад:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Кількість операцій на органах вуха, горла, носа\_\_\_\_ | х100 | = | \_\_\_\_\_\_% | | Загальна кількість операцій\_\_\_\_ | |
| **Розбіжність поліклінічних діагнозів зі стаціонарними:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Кількість поліклінічних діагнозів, які не співпали з госпіталізованими – 5 | х100 | = | 0,01% | | Кількість всіх випадків госпіталізації – 5650 | |

**Додаткові показники**

Таблиця 5

**Дефекти в роботі лікарні**

|  |
| --- |
| **Показник і порядок його розрахунку** |
| **Виявлено хворих у важких стадіях:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Кількість хворих з важкими стадіями онкозахворювань – 4 | х10000 | = | 1,20/000 | | Кількість населення в районі закріплення – 34000 | |

**ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *1.* | *З метою оцінки раціональності використання ліжкового фонду проводиться реєстрація госпіталізованої захворюваності. Який статистичний документ є основним джерелом інформації в цьому випадку?* | |
|  | *A* | *Виписка з історії хвороби* |
|  | *B* | *Звіт лікувально-профілактичного закладу за рік* |
|  | *C* | *Медична карта стаціонарного хворого* |
|  | *\*D* | *Статистична карта хворого, який вибув із стаціонару* |
|  | *E* | *Статистичний талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів* |
| *2.* | *В об'єднаній міській лікарні, за даними патологоанатомічної експертизи, у 3-х з 11 померлих від ішемічної хвороби серця діагноз не підтвердився. Які організаційні заходи слід задіяти для поліпшення ситуації?* | |
|  | *\*A* | *Аналіз допущених помилок* |
|  | *B* | *Перегляд стандартів оцінки якості* |
|  | *C* | *Підвищення ефективності диспансерного спостереження в амбулаторно-поліклінічних закладах* |
|  | *D* | *Підвищення кваліфікації персоналу* |
|  | *E* | *Удосконалення діагностичної бази* |
| *3.* | *За даними річного звіту стаціонару міської лікарні були отримано дані про фактичну кількість ліжко-днів і кількості пролікованих протягом року хворих. Який з показників роботи стаціонару можна розрахувати на підставі цих даних?* | |
|  | *A* | *Ефективність використання ліжкового фонду* |
|  | *B* | *Летальність* |
|  | *C* | *Оборот ліжка* |
|  | *D* | *Середня зайнятість ліжка* |
|  | *\*E* | *Середня тривалість перебування хворого в стаціонарі* |
| *4.* | *За даними звіту стаціонару міської лікарні отримана інформація про кількість оперованих хворих, в тому числі про кількість померлих після операції. Який показник, що характеризує роботу стаціонару, можна розрахувати на підставі цих даних?* | |
|  | *A* | *Летальність загальна* |
|  | *\*B* | *Післяопераційна летальність* |
|  | *C* | *Післяопераційна смертність* |
|  | *D* | *Показник пізньої госпіталізації від початку захворювання* |
|  | *E* | *Стандартизована летальність* |
| *5.* | *В кінці року в стаціонарі лікарні були отримані кінцеві дані про кількість хворих, пролікованих протягом року, і середньорічна кількість ліжок, які використовуються для їх лікування. Який з показників роботи стаціонару можна розрахувати за наведеними даними?* | |
|  | *A* | *Ліжковий фонд стаціонару* |
|  | *\*B* | *Оборот ліжка* |
|  | *C* | *Середньорічна зайнятість ліжка* |
|  | *D* | *Середня тривалість перебування хворих в стаціонарі* |
|  | *E* | *Середня тривалість простою ліжка* |
| *6.* | *Лікар терапевтичного стаціонару готується до атестаційного звіту, які показники він повинен оцінити з цією метою?* | |
|  | *A* | *Виконання плану ліжко-днів, завантаженість лікаря-ординатора* |
|  | *\*B* | *Летальність, частота ускладнень, середня тривалість лікування* |
|  | *C* | *Повнота використання ліжкового фонду, оборот ліжка* |
|  | *D* | *Середня зайнятість ліжка, повнота використання ліжкового фонду* |
|  | *E* | *Структура госпіталізованих хворих, середньорічна кількість хворих* |
| *7.* | *Хворого, який був госпіталізований в терапевтичне відділення, на третій день перевели в спеціалізоване гастроентерологічне відділення цієї ж лікарні. Хто повинен прийняти рішення про переведення хворого?* | |
|  | *A* | *Завідувач гастроентерологічним відділенням* |
|  | *\*B* | *Завідувач терапевтичним відділенням* |
|  | *C* | *Заступник головного лікаря міської лікарні по медичній частині* |
|  | *D* | *Лікуючий лікар гастроентерологічного відділення* |
|  | *E* | *Лікуючий лікар терапевтичного відділення* |
| *8.* | *Проводиться аналіз стаціонарної допомоги населенню району. Який з наведених показників доцільно використовувати для вирішення питання про скорочення лікарняних ліжок?* | |
|  | *A* | *Оборот ліжка* |
|  | *B* | *Рівень летальності* |
|  | *\*C* | *Середньорічна зайнятість ліжка* |
|  | *D* | *Середня тривалість лікування* |
|  | *E* | *Середня тривалість перебування в стаціонарі* |
| *9.* | *У населеному пункті планується будівництво лікарні. При обґрунтуванні площі земельної ділянки, що відводиться під будівництво, лікарю в першу чергу необхідно звернути увагу на:* | |
|  | *A* | *Категорійність населеного пункту* |
|  | *\*B* | *Ліжковий фонд лікарні* |
|  | *C* | *Рівень захворюваності населення* |
|  | *D* | *Система лікарняного будівництва* |
|  | *E* | *Територіальні розміри населеного пункту* |
| *10.* | *Аналіз організації медичної допомоги в обласному центрі показав, що кожен рік близько 12% пацієнтів отримують стаціонарну допомогу при захворюваннях, які не потребують цілодобового спостереження та інтенсивного догляду. Які організаційні перетворення доцільно провести для вирішення даної проблеми?* | |
|  | *A* | *Зміна статуту амбулаторно-поліклінічних установ* |
|  | *B* | *Зміцнення матеріально-технічної бази стаціонарів* |
|  | *C* | *Розвиток первинної медико-санітарної допомоги* |
|  | *\*D* | *Розвиток стаціонарозамінних видів допомоги* |
|  | *E* | *Структурна перебудова спеціалізованої допомоги* |
| *11.* | *У іноземця під час перебування у відпустці в Україні відбулося загострення виразкової хвороби дванадцятипалої кишки. Звернувся по допомогу. Лікувався в стаціонарі лікарні. Які документи по факту непрацездатності повинні бути видані при виписці зі стаціонару?* | |
|  | *\*A* | *Виписка з медичної карти стаціонарного хворого* |
|  | *B* | *Виписка з медичної карти стаціонарного хворого і лист непрацездатності* |
|  | *C* | *Довідка про перебування хворого в стаціонарі* |
|  | *D* | *Довідка про перебування хворого в стаціонарі і лист непрацездатності* |
|  | *E* | *Лист непрацездатності* |
| 12. | У місті Н. в поліклініку за медичною допомогою звернувся чоловік. Лікар встановив, що його стан вимагає постійного медичного спостереження, застосування складних методів обстеження та інтенсивного лікування, а також оперативних втручань, які не можуть бути виконані в амбулаторних умовах. Який вид лікувально-профілактичної допомоги йому необхідний? | |
|  | A | Амбулаторно-поліклінічна допомога |
|  | B | Екстрена медична допомога |
|  | C | Санаторно-курортна допомога |
|  | \*D | Стаціонарна медична допомога |
|  | E | Швидка медична допомога |
| 13. | Одним з видів медичної допомоги, яка надається населенню, є стаціонарна допомога. Чим визначається потужність стаціонару лікарні? | |
|  | A | Кількістю виписаних пацієнтів за рік |
|  | B | Кількістю госпіталізованих за рік |
|  | C | Кількістю звернень за день |
|  | \*D | Кількістю лікарняних ліжок |
|  | E | Кількістю прооперованих пацієнтів за рік |
| 14. | Одним із закладів по наданню медичної допомоги міському населенню є об'єднана лікарня. Що з наведеного нижче є складовою частиною лікарні? | |
|  | A | Амбулаторія |
|  | B | Диспансер |
|  | C | Діагностичний центр |
|  | D | Станція швидкої медичної допомоги |
|  | \*E | Стаціонар |
| 15. | Головна роль в наданні стаціонарної допомоги міському населенню належить багатопрофільній лікарні. Від чого залежить кількість посад середнього медичного персоналу в стаціонарі багатопрофільної лікарні? | |
|  | A | Від графіка роботи |
|  | B | Від кількості лікарів |
|  | C | Від кількості лікарняних ліжок |
|  | \*D | Від кількості лікарняних ліжок та системи обслуговування |
|  | E | Від системи обслуговування |
| 16. | У стаціонар міської багатопрофільної лікарні хворі госпіталізуються за направленням лікарів амбулаторно-поліклінічних закладів, служби екстреної (швидкої) медичної допомоги, а також при безпосередньому їх зверненні за наявності показань. Яку питому вагу серед госпіталізованих становлять хворі, доставлені автомобілем швидкої медичної допомоги? | |
|  | A | 5% |
|  | \*B | 10% |
|  | C | 15% |
|  | D | 20% |
|  | E | 25% |
| 17. | Терапевтичні відділення є основними лікувально-профілактичними підрозділами в соматичних лікарнях. Визначте, на скільки лікарняних ліжок проектується однопалатна секція в цих відділеннях? | |
|  | \*A | 25–30 ліжок |
|  | B | 50 ліжок |
|  | C | 60 ліжок |
|  | D | Не регламентується |
|  | E | Регламентується лише в міських лікарнях |
| 18. | В кардіологічне відділення міської лікарні госпіталізовано 80 хворих на гіпертонічну хворобу та ішемічну хворобу серця, з яких 20 хворим при виписці показано подальше оздоровлення. Де найбільш доцільно рекомендувати хворим подальше оздоровлення? | |
|  | A | В умовах профілакторію |
|  | \*B | У відділенні реабілітації |
|  | C | У відділенні реабілітації в умовах поліклініки |
|  | D | У денному стаціонарі |
|  | E | У стаціонарі на дому |
| 19. | Діяльність лікарні оцінюють такими показниками як: середньорічна зайнятість ліжка, середня тривалість перебування хворого на ліжку та інші. Назвіть одну із складових, необхідних для розрахунку середньорічної зайнятості ліжка? | |
|  | A | Кількість виписаних хворих |
|  | B | Кількість виписаних хворих з одужанням |
|  | C | Кількість госпіталізованих |
|  | D | Кількість госпіталізованих екстреною (швидкою) допомогою |
|  | \*E | Кількість проведених ліжко-днів |
| 20. | Інтенсивність використання лікарняних ліжок в стаціонарі оцінюється середньорічною зайнятістю ліжка, середньою тривалістю перебування хворих на ліжку та ін. Назвіть, одну зі складових, необхідних для розрахунку середньорічної зайнятості ліжка? | |
|  | A | Кількість виписаних хворих з одужанням |
|  | B | Кількість госпіталізованих за рік |
|  | C | Кількість хворих, які вибули зі стаціонару |
|  | D | Середній термін перебування хворих на ліжку |
|  | \*E | Середньорічна кількість ліжок в стаціонарі |
| 21. | Одним з показників діяльності стаціонару є середня тривалість перебування хворих на ліжку. Назвіть одну із складових, необхідних для розрахунку цього показника? | |
|  | A | Кількість виписаних хворих з одужанням |
|  | B | Кількість госпіталізованих за рік |
|  | \*C | Кількість проведених хворими ліжко-днів |
|  | D | Середньорічна зайнятість ліжка |
|  | E | Середньорічна кількість ліжок в стаціонарі |
| 22. | Одним з показників діяльності стаціонару є середня тривалість перебування хворих на ліжку. Назвіть одну із складових, необхідних для розрахунку цього показника? | |
|  | A | Кількість виписаних з одужанням |
|  | B | Кількість госпіталізованих за рік |
|  | C | Кількість госпіталізованих швидкою допомогою |
|  | \*D | Кількість хворих, що вибули із стаціонару |
|  | E | Середньорічна кількість ліжок в стаціонарі |
| 23. | В кінці року в стаціонарі лікарні були отримані підсумкові дані щодо кількості хворих, пролікованих протягом поточного року і середньорічної кількості лікарняних ліжок, які використовувалися при лікуванні хворих. Який показник роботи стаціонару можна розрахувати, маючи вище зазначені дані? | |
|  | \*A | Оборот ліжка |
|  | B | Середньорічна зайнятість ліжка |
|  | C | Середня тривалість перебування хворих в стаціонарі |
|  | D | Середня тривалість простою ліжка |
|  | E | Ніякий |

*\*\* – виділені курсивом тестові завдання необхідні при підготовці до іспитів КРОК*

**КОНТРОЛЬНІ ПИТАННЯ**

1. Номенклатура лікарняних закладів.

2. Міська лікарня, їх види.

3. Основні завдання міської лікарні.

4. Структура стаціонару міської лікарні.

5. Управління міською лікарнею.

6. Приймальне відділення та його роль в забезпеченні якості медичної допомоги.

7. Як здійснюється госпіталізація хворих?

8. Спеціалізовані відділення стаціонару, їх штати.

9. Функціональні завдання завідувача спеціалізованого відділення.

10. Функціональні завдання лікаря-ординатора спеціалізованого відділення.

11. Система організації догляду за хворими.

12. Лікувально-охоронний режим в стаціонарі.

13. Операційний блок стаціонару.

14. Відділення відновного лікування.

15. Служба анестезіології та реанімації.

16. Патологоанатомічне відділення.

17. Палати денного перебування в стаціонарі.

18. Заходи щодо покращення стаціонарної допомоги.

19. Заходи щодо ефективного використання ліжкового фонду стаціонару.

20. Спеціалізовані центри.

21. Диспансери та їх роль в організації стаціонарного лікування.

**ЗМІСТ**

|  |  |
| --- | --- |
| Методика проведення заняття……………................................................. | 3 |
| Основний теоретичний матеріал для підготовки до заняття…...……… | 5 |
| 1. Міська багатопрофільна лікарня.……………………………… | 5 |
| 2. Спеціалізовані медичні центри…..………………………….... | 18 |
| 3. Диспансери………………………………...…………………… | 19 |
| Практичні завдання…………………………………….…….…………… | 20 |
| Тестові завдання……………………………………….………………….. | 24 |
| Контрольні питання……………………………………….………………. | 29 |

*Навчальне видання*

**СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА**

**ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Методичні розробки для викладачів

до проведення практичних занять на тему:

***«Організація і зміст роботи установ, які надають стаціонарну медичну допомогу міському населенню. Облік і аналіз їх діяльності»***

для підготовки студентів 5-го курсу за спеціальністю: 7.12010001 «Лікувальна справа», 7.12010002 «Педіатрія», 7.12010003 «Медико-профілактична справа».

|  |  |
| --- | --- |
| Укладачі: | ***Огнєв Віктор Андрійович*** |
|  | ***Трегуб Павло Олегович*** |

Відповідальний за випуск *В.А. Огнєв*

Формати А5. Ризографія.Ум.друк.арк. 1,9.

Тираж 100 прим.Зам.№17-33531.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Редакційно-видавничий відділ

ХНМУ, пр.Науки,4,м. Харків, 61022

izdatknmu@mail.ru,izdat@knmu.kharkov.ua

Свідоцтво про внесення суб’єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії  
ДК№3242 від 18.07.2008р.