Харківський національний медичний університет



СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА

ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Методичні розробки

для викладачів до проведення практичного заняття   
на тему ***«Організація роботи закладів екстреної (швидкої) медичної допомоги. Зміст роботи,   
облік і 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

СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА

ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Методичні розробки

для викладачів до проведення практичного заняття   
на тему ***«Організація роботи закладів екстреної (швидкої) медичної допомоги. Зміст роботи,   
облік і 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

УДК 614.88

Соціальна медицина та організація охорони здоров'я : методичні розробки для викладачів до проведення практичного заняття на тему «Організація роботи закладів екстреної (швидкої) медичної допомоги. Зміст роботи, облік і аналіз їх діяльності» для підготовки студентів 5-го курсу за спеціальностями: 7.12010001 «Лікувальна справа», 7.12010002 «Педіатрія», 7.12010003 «Медико-профілактична справа» / уклад. В.А. Огнєв, П.О. Трегуб, С.Г Усенко. – Харків : ХНМУ, 2018.– 31 с.

|  |  |
| --- | --- |
| Укладачі: | Огнєв В.А. |
|  | Трегуб П.О. |
|  | Усенко С.Г. |

**МЕТОДИКА ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ**

**Мета заняття:** вивчити основи організації, завдання і зміст роботи екстреної (швидкої) медичної допомоги населенню.

**Знати:**

* ***програмні питання:***

– значення служби екстреної (швидкої) медичної допомоги, її установи;

– завдання станції (відділення) екстреної медичної допомоги та її функції;

– співпраця служби екстреної медичної допомоги зі структурами Міністерства надзвичайних ситуацій;

– структура станцій екстреної медичної допомоги великого міста, види виїзних бригад, їх склад, функції;

– організація екстреної медичної допомоги в сільській місцевості;

– взаємодія служби екстреної медичної допомоги з різними медичними закладами;

– облікові документи станцій екстреної медичної допомоги, визначення та аналіз показників їх діяльності.

* ***обліково-звітна документація:***

– журнал запису викликів швидкої медичної допомоги (ф. №109-в);

– карти виклику швидкої медичної допомоги (ф. №110-в);

– книга запису амбулаторних хворих (ф. №074-в);

– журнал відривних талонів супровідних листів швидкої медичної допомоги (ф. №114-в);

– щоденник роботи швидкої медичної допомоги (ф. №115-в);

– супровідний листок станції швидкої медичної допомоги (ф. №114/у);

– журнал запису звернень за невідкладною медичною допомогою (ф. №115/у);

– щоденник роботи станції (відділення) швидкої медичної допомоги (ф. №115-1/у);

– екстрене повідомлення про надання медичної допомоги при надзвичайній ситуації (ф. №155/у);

– екстрене повідомлення про надання медичної допомоги при надзвичайній ситуації (уточнене або заключне) (ф. №155-1/у).

**Вміти:**

– заповнювати різні облікові і звітні медичні документи, застосовувати їх для аналізу діяльності станцій (відділень) екстреної медичної допомоги.

**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 та 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 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, виконання тестових завдань з подальшим розбором відповідей.

Далі проводиться виконання практичної частини в рамках вивчення представленої теми. Викладач пояснює сутність практичного завдання, алгоритм виконання та вимоги, що до нього пред'являються. Після цього студенти отримують індивідуальні або групові варіанти для самостійної роботи по виконанню завдання. Викладач контролює і координує самостійну роботу студентів по виконанню практичного завдання. У міру виконання або по закінченню встановленого часу на виконання самостійної роботи викладач перевіряє виконані завдання, оцінюючи їх.

При необхідності контроль теоретичних знань може проводитись після виконання практичного заняття.

*Форми практичних завдань*: розрахунок показників роботи екстреної (швидкої) медичної допомоги.

Після контролю теоретичних знань і виконання практичних завдань 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. 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. – C. 521-531.
2. Збірник тестових завдань до державного випробування з гігієни, соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров’я / В.Ф. Москаленко та ін. / за ред. В.Ф. Москаленка, В.Г. Бардова, О.П. Яворовського. – Вінниця : Нова Книга, 2012. – 200 с.
3. Методические указания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов 6 курса медицинского факультета по подготовке к государственному выпускному практически-ориентированному экзамену по социальной медицине и организации здравоохранения / сост. В.А. Огнев, Н.А. Галичева и др. − Харьков, 2015. – 66 с.
4. Соціальна медицина та організація охорони здоров’я / під ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2000. – С. 327-328, 458-465.
5. Соціальна медицина та організація охорони здоров’я : посібник для позааудиторної самостійної підготовки до практичних занять / В.В. Рудень. – Львів, 2004. – 595 с.
6. Тестові завдання з соціальної медицини, організації охорони здоров'я та біостатистики : навч. посібн. для студентів мед. ф-тів / за ред. В.А. Огнєва. – Харків : Майдан, 2005. – С. 145-176.

**Допоміжна література**

1. Закон Украины № 333-VII от 18.06.2013 г. «Об экстренной медицинской помощи».

2. Здоровье 2020 – основы европейской политики и стратегии для ХХІ века. – ВОЗ, 2013. – 232 с.

3. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / В.А. Медик, В.К. Юрьев. – 2-е изд. испр. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 608 с.

4. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник для студентов учреждений высшего профессионального образования / Ю.П. Лисицын, Г.Э. Улумбекова. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. –   
544 с.

5. Стародубов В.И. Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство / В.И. Стародубов, О.П. Щепин. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 619 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](http://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. Історія становлення служби екстреної медичної допомоги**

Служба екстреної (швидкої) медичної допомоги є формою позалікарняного медичного обслуговування населення. Вперше ідея її організації виникла після того, як в 1881 році під час пожежі у Віденському театрі постраждали сотні людей, які тривалий час не отримували ніякої допомоги, хоча в місті працювали клініки та лікарні.

Після цього трагічного випадку віденський лікар Ярмір Мунді запропонував організувати пункт постійного чергування лікарів, готових до виїзду на місце катастрофи і надання медичної допомоги. Він назвав його «станцією швидкої медичної допомоги». Згодом ідея набула широкого поширення, а заклади швидкої медичної допомоги почали з'являтися у багатьох країнах.

Ініціатором створення швидкої медичної допомоги в Росії був керівник лікарні при Товаристві Олександрії Червоного Хреста Карл Карлович Рейнер. У листопаді 1881 року він запропонував організувати станції в Санкт-Петербурзі. Перші заклади почали функціонувати в Москві в 1886 році після подій на Ходинському полі, коли під час масових святкувань і роздачі подарунків у зв'язку з коронацією Миколи ІІ, загинуло більш 2000 осіб на місці, без надання їм необхідної медичної допомоги.

В наслідок цього в Санкт-Петербурзі в 1899 року було відкрито 5 станцій. Як і в Москві, поштовхом до їх організації стала велика повінь навесні 1898 року.

У Києві були відкриті, на добровільних засадах, пункти з надання медичної допомоги при нещасних випадках у 1902 році. В Одесі у 1903 році на пожертвування мільйонера М.М. Толстого почала надаватись медична допомога при нещасних випадках.

У Харкові перша станція була відкрита 25 квітня 1910 року по ініціативі професора Івана Миколайовича Оболенського, а також було організовано перше товариство лікарів швидкої медичної допомоги.

І. М. Оболенського завжди приваблювало все нове в медичній допомозі. Він ознайомився з діяльністю станцій швидкої допомоги, які починали свою роботу в Європі. Особливо вдалою він визнав службу швидкої допомоги у Відні, і саме її він використовував як зразок при створенні аналогічної служби в Харкові.

Захопившись цією ідеєю, І.М. Оболенський, за допомогою особистих контактів, залучив до її реалізації групу впливових людей. Можна бути впевненими, що Іван Миколайович володів даром переконання оточуючих в корисності та необхідності розпочатої справи. І харків'яни, натхненні його прикладом, охоче надавали моральну і матеріальну підтримку для втілення його задуму.

1 травня 1909 року група ентузіастів зібралася для обговорення цього питання і прийняла рішення про організацію Товариства швидкої допомоги. Губернатор негайно відреагував на прохання ініціаторів і вже через два дні дав позитивну відповідь. 4 травня 1909 р. був створений Комітет швидкої допомоги, куди увійшли 12 осіб, в тому числі професори університету Н.К. Кульчицький, С.А. Попов, Я.А. Анфімов, видавець газети «Південний-край» А.А. Іозефовіч та інші. Місце голови комітету було одностайно надано І.М. Оболенському. До складу комітету була включена і дружина професора, Дарина Дієвна Оболенська, що стала однодумницею і соратницею чоловіка в цьому починанні. Їй доручили організувати «Дамський комітет», який повинен був брати участь в зборі коштів, влаштовуючи вечори, лотереї та інші заходи. На засіданні, яке було проведено з ініціативи І.М. Оболенського, здійснили перший збір пожертвувань серед членів комітету. Було зібрано 4550 руб. Крім того, подружжя Оболенських внесли 3000 рублів (для оцінки суттєвості вкладів можна навести такі дані: корова у той час коштувала 25–30 руб., а кінь – до 60 руб. Таким чином, пожертвування подружжя Оболенських за вартістю відповідало стаду корів в 100 голів і навіть більше).

16 листопада 1909 року було затверджено статут Товариства швидкої допомоги, визначені його завдання. Основна мета, яку ставило перед собою Товариство, полягала в наданні безкоштовної швидкої медичної допомоги при нещасних випадках, що відбуваються на вулицях, в громадських місцях, на фабриках, заводах в межах Харкова.

Оскільки спочатку станція не мала власного приміщення, для неї виділили флігель і стайню в Олександрівській (нині 1-ша міська) лікарні, провели телефонний зв'язок. Призначений за пропозицією І.М. Оболенського старшим лікарем станції Н.А. Молохов завдяки непересічним організаторським здібностям і енергії зумів за чотири місяці провести величезну роботу і підготувати все для її відкриття. Була придбана і обладнана карета, закуплені коні, підібраний персонал, підготовлена необхідна документація.

Голова правління Товариства швидкої допомоги І.М. Оболенський подарував станції карету з усім майном і кілька замовлених їм у Відні карет для перевезення хворих.

23 квітня 1910 року в газеті «Харківські губернські відомості» були опубліковані правила виклику карети швидкої допомоги. Серед численних роз'яснень, в яких випадках і яку допомогу надає карета швидкої допомоги, а також як правильно зробити телефонний виклик, виділяється окремим значущим пунктом, що за надану допомогу плата не стягується незалежно від спроможності потерпілого. І далі йде звернення до городян: «Станція швидкої допомоги просить не турбувати лікарів марною пропозицією гонорару, якого вони ні в якому разі прийняти не можуть. Санітари і кучер за прийняття плати негайно звільняються зі служби».

25 квітня 1910 року о 10 годині ранку на Соборній площі було проведено освячення карет швидкої допомоги. Урочисте відкриття станції було покладено на ініціатора її створення професора І.М. Оболенського. У своєму виступі Іван Миколайович підкреслив, що станція не тільки перевозить постраждалих в лікарні, але і надає медичну допомогу в повному обсязі безпосередньо на місці події, що особливо важливо в критичних випадках, які загрожують життю пацієнта. О 12 годині 53 хвилини пролунав перший дзвінок з проханням про допомогу, і через 2 хвилини карета виїхала на виклик. Так почалася в Харкові благородна гуманна діяльність служби швидкої допомоги, яка не припинялася навіть в такі лихоліття, як громадянська війна і окупація міста фашистами.

У роки радянської влади спостерігається поступовий розвиток служби швидкої медичної допомоги, особливо в містах. У сільських районах вона була в зародковому стані.

В кінці 70-х років розвиток служби в усіх республіках колишнього союзу було визначено Постановою Ради Міністрів СРСР від 22.09.1977 р. «Про подальше поліпшення охорони здоров'я населення», а в Україні виданим наказом МОЗ № 870 від 14.12.77 р., який регламентував її виконання.

У документах підкреслювалась необхідність взаємозв'язку між поліклінікою та станцією, розвитку її матеріально-технічної бази, створення спеціалізованих видів, підготовки медичних кадрів та їх удосконалення, введення субординатури і продовження терміну навчання в інтернатурі до 2-х років.

Значним досягненням у розвитку системи підвищення кваліфікації лікарів служби було відкриття спеціальних кафедр швидкої і невідкладної допомоги. В 1980 році в Харкові, в інституті удосконалення лікарів була відкрита перша кафедра, потім в Ленінграді (1982 р.), Києві, Сімферополі (1988 р.).

Подальший розвиток служби швидкої медичної допомоги було визначено Постановою Ради Міністрів СРСР №773 від 19.08.82 р. «Про додаткові заходи щодо поліпшення медичної допомоги сільському населенню». У ній йшлося про необхідність організації відділень швидкої та невідкладної медичної допомоги в сільських районах.

Наказом МОЗ СРСР № 1490 від 24.12.84 р. «Про заходи щодо подальшого розвитку і вдосконалення швидкої і невідкладної медичної допомоги сільському населенню» було затверджено Положення про станцію (відділення).

**2. Організація надання екстреної медичної допомоги**

З 1 січня 2013 року набрав чинності **Закон України «Про екстрену медичну допомогу» № 5081-VI**. Він визначає організаційно-правові засади забезпечення громадян України та інших осіб, які перебувають на її території, екстреною медичною допомогою, в тому числі при виникненні надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків, а також принципи створення, функціонування і розвитку системи екстреної медичної допомоги.

**Домедична допомога –** це невідкладні дії та організаційні заходи, спрямовані на порятунок і збереження життя людини в невідкладному стані та мінімізації наслідків впливу такого стану на здоров'я, який здійснюється на місці події особами, які не мають медичної освіти, але за своїми службовими обов'язками повинні володіти основними навичками з порятунку і збереження життя людини, що знаходиться в невідкладному стані, і відповідно до закону зобов'язані здійснювати такі дії та заходи.

**Екстрена медична допомога –** це позалікарняна медична допомога в максимальному обсязі при раптових захворюваннях та при нещасних випадках на місці і під час транспортування в стаціонар.

Екстрена медична допомога – це медична допомога хворим з важким перебігом при раптових захворюваннях та постраждалим від нещасних випадків. Даний вид медичної допомоги спрямований на порятунок та збереження життя людини в невідкладних станах і мінімізації наслідків впливу такого стану на його здоров'я. Вона надається установами екстреної медичної допомоги в мінімально можливі терміни прибуття до пацієнта і максимально можливому обсязі за місцем виклику, під час транспортування та госпіталізації.

**Право на екстрену медичну допомогу.** На території України кожен громадянин України та будь-яка особа мають право на безкоштовну, доступну, своєчасну та якісну екстрену медичну допомогу, що надається відповідно до законодавства.

Іноземні громадяни та особи без громадянства, які тимчасово перебувають на території України, а також фізичні особи, взяті під варту або яким призначено покарання у вигляді позбавлення волі, забезпечуються екстреною медичною допомогою.

На території України кожен громадянин України та будь-яка особа **має прав**о**:**

– здійснити виклик екстреної медичної допомоги;

– звернутися за отриманням екстреної медичної допомоги до найближчого відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги або іншого закладу охорони здоров'я, яке може забезпечити надання такої допомоги;

– повідомити лікаря або працівника найближчого закладу охорони здоров'я незалежно від форми власності і підпорядкування про свій невідкладний стан або про невідкладний стан іншої людини.

У разі виявлення людини у невідкладному стані, яка не може особисто звернутися за наданням екстреної медичної допомоги, та при відсутності медичних працівників на місці події громадянин України або будь-яка інша людина, які виявили таку людину, **зобов'язаний**:

– негайно здійснити виклик екстреної медичної допомоги або повідомити про знайдену людину в невідкладному стані та про місце події працівників найближчого закладу охорони здоров'я або будь-яку особу, яка зобов'язана надавати домедичну допомогу, що знаходиться поблизу місця події;

– по можливості надати людині, виявленій в невідкладному стані, необхідну допомогу, в тому числі шляхом перевезення такої людини до найближчого до місця події, відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги або інший заклад охорони здоров'я, в якому може бути забезпечене надання необхідної медичної допомоги.

Кожен громадянин України або інша особа, що виявили у людини невідкладний стан, має **право** звернутися до підприємств, установ та організацій з проханням надати транспортний засіб для перевезення такої людини до найближчого до місця події відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги або іншого закладу охорони здоров'я, в якому може бути забезпечене надання необхідної медичної допомоги. Підприємства, установи, організації незалежно від форми власності та підпорядкування, фізичні особи-підприємці, а також водії **зобов'язані** забезпечити безоплатне перевезення наявним в їхньому розпорядженні транспортом людини, що знаходиться в невідкладному стані, до найближчого до місця події відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги або іншого закладу охорони здоров'я, в якому може бути забезпечено надання необхідної медичної допомоги.

Якщо під час перевезення бригадою екстреної (швидкої) медичної допомоги пацієнта, який перебуває у невідкладному стані, в його стані виникли раптові ускладнення, які не можуть бути усунені медичними працівниками цієї бригади, такий пацієнт доставляється до найближчого закладу охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування, де йому може бути надано необхідну медичну допомогу відповідно до його стану. Відмова в наданні медичної допомоги такому пацієнту або створення перешкод у її наданні неприпустимі й тягнуть за собою для осіб, які це допустили або зробили без поважних причин, відповідальність, визначену законом.

Медичні працівники відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги зобов'язані надати екстрену медичну допомогу пацієнту з моменту прибуття такого пацієнта в це відділення незалежно від того, супроводжує його бригада екстреної (швидкої) медичної допомоги або інші особи. Відмова в прийнятті пацієнта, що потребує екстреної медичної допомоги, або несвоєчасне надання екстреної медичної допомоги пацієнту не допускається і тягне за собою для осіб, які це допустили або зробили без поважних причин, відповідальність, визначену законом.

Надання екстреної медичної допомоги людині у невідкладному стані на місці події, під час перевезення і в закладі охорони здоров'я здійснюється відповідно до медичних показань на основі клінічних протоколів і стандартів екстреної медичної допомоги, які затверджуються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізацію державної політики в сфері охорони здоров'я.

**Виклик екстреної медичної допомоги.** Виклик екстреної медичної допомоги здійснюється безкоштовно за єдиним телефонним номером виклику екстреної медичної допомоги **103** або за єдиним телефонним номером виклику екстреної допомоги **112**.

Відмова в можливості здійснення передачі та прийняття викликів екстреної медичної допомоги забороняється і тягне для осіб, які це допустили або здійснили, відповідальність, визначену законом.

Порядок передачі викликів екстреної медичної допомоги визначається центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізацію державної політики в сфері зв'язку, за поданням центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізацію державної політики в сфері охорони здоров'я.

**Основне завдання системи екстреної медичної допомоги** – організація та забезпечення надання доступної, безоплатної, своєчасної та якісної екстреної медичної допомоги, в тому числі при виникненні надзвичайних ситуацій і ліквідації їх наслідків, медико-санітарного супроводу масових заходів та заходів за участю осіб, щодо яких здійснюється державна охорона, взаємодія з аварійно-рятувальними підрозділами міністерств, інших центральних і місцевих органів виконавчої влади при виникненні надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків.

**Основні принципи організації та функціонування системи екстреної медичної допомоги:**

– постійна готовність до надання екстреної медичної допомоги;

– оперативне та цілодобове реагування на виклики екстреної медичної допомоги;

– доступність і безоплатність екстреної медичної допомоги, її своєчасність, якість і пріоритетність;

– послідовність і безперервність надання екстреної медичної допомоги.

**3. Організація роботи екстреної медичної допомоги.**

**Особливості надання ПМСД особам похилого віку**

**Центр екстреної медичної допомоги.**

Важливе значення в наданні первинної медико-санітарної допомоги населенню має служба екстреної медичної допомоги, яка здійснюється відповідно до прийнятого в 2013 року **Закону України «Про екстрену медичну допомогу»**.

**Основними завданнями центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф є:**

– надання медичної допомоги хворим та постраждалим на місці події та під час транспортування в стаціонар в максимально короткий термін після виклику;

– надання медичної допомоги при раптових захворюваннях, які загрожують життю хворого (інфаркт, інсульт та ін. гострі стани), а також під час пологів поза спеціалізованими стаціонарів.

**Структура центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф:**

– станції екстреної медичної допомоги;

– відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги;

– пункти розміщення бригади екстреної медичної допомоги.

Всі виклики екстреної медичної допомоги надходять в **єдину диспетчерську** вцентр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, яка обробляє інформацію про подію та стан здоров'я пацієнта, передає виклик на станцію екстреної медичної допомоги, а також визначає установу охорони здоров'я, в яку бригада доставить пацієнта.

Бригада екстреної медичної допомоги зобов'язана прибути на місце події протягом **10 хвилин**, а в населених пунктах за межами міста – **20 хвилин** з моменту отримання звернення. З урахуванням метеорологічних умов, сезонних особливостей і епідеміологічної ситуації, а також стану доріг, ці нормативи можуть бути змінені.

Для цього на території створюється мережа пунктів розміщення бригад екстреної медичної допомоги з розрахунку прибуття бригади до пацієнта по вказаному нормативу. Крім цього в пунктах розміщення бригад необхідно створити всі необхідні умови для цілодобового перебування бригад, включаючи водіїв.

З огляду на значний контингент соціально незахищених громадян (літні люди, інваліди, особи з важкими хронічними, соціально значущими захворюваннями: онкологічні, психічні, наркозалежні та т. д.) актуальним є надання їм не тільки медичної допомоги, а й соціальної підтримки з боку держави.

Це призводить до збільшення витрат держави не тільки на пенсійне, але і на медико-соціальне обслуговування, до зниження якості життя значної кількості громадян країни і виникнення соціальних проблем.

Як правило, соціально незахищені контингенти потребують тривалого лікування та обслуговування.

Виникає ряд складних проблем: нерентабельність, недоцільність використання дорогих лікарняних ліжок стаціонару для лікування тривало хворіючих пацієнтів з хронічними захворюваннями, серед яких значна частина людей похилого віку, які не завжди мають потребу в інтенсивному лікуванні.

Вирішення питання може бути тільки комплексним, із залученням різних зацікавлених державних і недержавних структур, пов'язаних з наданням як медичної, так і медико-соціальної допомоги.

**В Україні медичну допомогу громадянам похилого віку надають в різних установах (відділеннях, кабінетах) серед них:**

– поліклініки, лікарські амбулаторії;

– лікарні загального профілю;

– геріатричні лікарні (відділення медико-соціальної допомоги);

– геріатричні відділення лікарень;

– лікарні, відділення сестринського догляду;

– відділення медико-соціальної допомоги та реабілітаційні відділення поліклініки;

– центри екстреної медичної допомоги;

– госпіталі для інвалідів Великої Вітчизняної війни;

– стаціонари на дому;

– денні стаціонари;

– хоспіси;

– геріатричні відділення психіатричних лікарень;

– геронто-психіатричні кабінети психоневрологічних диспансерів;

– інститут геронтології АМН України імені Д. Ф. Чеботарьова.

**Медико-соціальну та соціально-побутову допомогу в Україні надають в:**

– територіальних центрах соціального обслуговування пенсіонерів;

– відділеннях обслуговування вдома самотніх непрацездатних громадян;

– медико-соціальних центрах Товариства Червоного Хреста;

– будинках-інтернатах для престарілих та інвалідів (відділення милосердя);

– будинках-інтернатах для психічно хворих;

– житлових будинках з комплексом соціально-побутових послуг;

– центрах волонтерського руху на базі місцевих ветеранських організацій.

У наданні медико-соціальної допомоги беруть участь як медичні працівники, так і психологи, юристи, соціальні працівники.

На жаль, в даний час в Україні не існує спеціальної державної програми, яка спрямована на вирішення низки важливих медико-соціальних проблем населення похилого віку, але в Україні затверджено Стратегію демографічного розвитку в період до 2015 року, одним із завдань якої є подолання негативних наслідків старіння населення.

За даними спеціальних досліджень, потреби літніх людей у наданні медичної допомоги на 50% більші в порівнянні з населенням середнього віку, а потреба в госпіталізації серед 60-річних і старше майже в 3 рази перевищує середню потребу в популяції.

**Основні принципи розвитку довгострокової допомоги (ДСД) вдома:**

– інтеграція довготривалої допомоги до системи первинної медичної допомоги там, де це можливо та доцільно;

– використання місцевих структур та засобів, поєднання допомоги вдома з роботою фахівців поліклінік, реабілітаційних відділень, денних стаціонарів, служб соціальної допомоги та інших підрозділів;

– забезпечення злагодженої роботи всіх секторів, включаючи державний, громадський і приватний;

– фінансове забезпечення та розробка механізмів фінансування;

– формування законодавчих механізмів служби довготривалої допомоги вдома;

– розробка показників оцінки якості надання довгострокової допомоги вдома;

– створення на базі місцевих адміністрацій спеціальних служб сприяння надання довгострокової допомоги вдома, що вирішують на комплексній основі її проблеми, аж до надання відпочинку особам, які доглядають за хворим.

Особливе місце в наданні допомоги людям похилого віку відводиться сімейним лікарям/дільничним терапевтам. Їх роль визначається потребою літніх людей в тривалому лікуванні і догляді в зв'язку з особливостями старіючого організму. На прийомах у цих фахівців значну частину пацієнтів складають люди похилого віку.

**Лікар загальної практики/сімейний лікар – це геріатр першого рівня**.

Крім лікарів-геронтологів, дільничних/сімейних лікарів, глибоких знань в області геріатрії потребують медичні працівники будь-якої клінічної спеціальності, звертаючи увагу на необхідність правильного підходу до профілю та лікування хвороб у людей похилого віку.

Для отримання необхідної медичної допомоги населенню важливо забезпечити доступність, близькість цієї допомоги, так як для літніх людей це має першорядне значення.

В Україні медичну допомогу вдома немобільним людям надають лікарі загальної практики/сімейні лікарі, в міській місцевості – дільничні лікарі, а також патронажні медичні сестри, фахівці різного профілю районних поліклінік.

В окремих поліклініках створюються медико-соціальні відділення, які, крім надання допомоги одиноким хворим, об'єднують зусилля всіх служб, що беруть участь у наданні такої допомоги.

У такому відділенні працюють лікар загальної практики/сімейний лікар або медична сестра (патронажна, маніпуляційна, фізіотерапевтична), сестри милосердя Товариства Червоного Хреста (ТЧХ) та соціальні працівники.

При вирішенні питань з надання допомоги особам похилого віку паралельно з медичними аспектами виникає досить багато медико-психологічних, соціально-побутових та інших проблем.

Для підготовки медико-соціальних кадрів для геріатричної служби з урахуванням потреб людей похилого віку, в Україні створено **Державний навчально-методичний геріатричний центр допомоги**.

Геріатричний центр координує як додипломне, так і післядипломне навчання з геріатрії не тільки медичних, а й соціальних працівників, соціологів, психологів, працівників організацій ветеранського руху. Всі, хто надає медико-соціальну допомогу особам похилого віку, повинні працювати за відповідними протоколами та стандартами.

Медична допомога населенню літнього віку в XXI ст. потребує нових сучасних підходів до організації та здійснення диспансерного спостереження, забезпечення лікування, враховуючи соціально-економічні, екологічні, побутові проблеми суспільства. Це важлива медико-соціальна проблема суспільства та держави.

**Виклики екстреної медичної допомоги поділяються на два види:**

– екстрені;

*–* не екстрені.

Це зроблено для того, щоб ефективніше використовувати ресурси. Бригада буде терміново виїжджати тільки за тими викликами, де пацієнт знаходиться у важкому стані. Тим, чий стан є не таким критичним, доведеться чекати прибуття лікарів більше години або самостійно звернутися до лікарні.

Таблиця 1

**Види викликів**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Екстрений виклик:** | | **Не екстрений виклик:** |
| Пацієнт знаходиться в невідкладному стані | | Пацієнт може почекати |
| **ознаки:**  втрата свідомості, різка біль в області серця або живота, гострі інфекційні захворювання, кровотечі, психічні розлади, що загрожують життю і здоров'ю пацієнта або інших осіб, важкі травми, ураження електрострумом, укус отруйної тварини, порушення нормального перебігу вагітності | **ознаки:**  застуда, слабкість, головний біль, біль в суглобах, підвищення артеріального тиску, больовий синдром у хворих на рак, наркотична ломка. Реакція: диспетчер перенаправляє дзвінок в лікарню або на протязі години направляє до пацієнта машину, яка не зайнята екстреним викликом | |

**4. Станція екстреної (швидкої) медичної допомоги**

**Станція екстреної (швидкої) медичної допомоги** – це заклад охорони здоров'я, основне завдання якого полягає в забезпеченні постійної готовності бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги до надання екстреної медичної допомоги в цілодобовому режимі та координація їх діяльності з оперативно-диспетчерською службою центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф на території відповідної адміністративної одиниці. Вона може мати статус юридичної особи або відокремленого підрозділу центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

Екстрена медична допомога надається при потребі всім за місцем виклику, при транспортуванні в лікувально-профілактичний заклад, при безпосередньому зверненні.

Станція функціонує в режимі цілодобового чергування і готовності до надання екстреної медичної допомоги населенню певної території обслуговування, а в разі виникнення надзвичайних ситуацій – і за її межами.

Станція є складовою частиною системи екстреної медичної допомоги при надзвичайних ситуаціях та забезпечує її функціонування в разі потреби.

**Станція екстреної медичної допомоги повинна мати постійний місячний запас:**

– медикаментів;

– перев'язувального матеріалу;

– аварійного медичного майна;

– носилок;

– необхідної апаратури;

– ящиків-висновків;

– наборів для формування додаткових виїзних бригад з метою їх використання на місці і при виїзді в інші регіони в разі надзвичайних ситуацій (катастрофи, аварії, стихійні лиха, масові отруєння та ін.)

– стабільне і автономне енергозбереження;

– радіотелефон для оперативного зв'язку;

– запасний автотранспорт.

**Станція екстреної (швидкої) медичної допомоги:**

– не видає листків непрацездатності;

– не вирішує питань тимчасової та стійкої втрати працездатності у хворих і потерпілих;

– не проводить судово-медичну, алкогольну чи наркологічну експертизу;

– не видає з цього приводу рішень, письмових довідок;

– не виконує консультативні обстеження;

– не дає рекомендацій щодо подальшого лікування.

**Основними задачами станції (відділення) екстреної медичної допомоги є:**

1) надання медичної допомоги хворим та постраждалим на місці випадку і під час транспортування в стаціонар в максимально короткий термін з отримання виклику;

2) перевезення хворих та надання їм при потребі екстреної допомоги (за винятком інфекційних), які постраждали, породіль, недоношених дітей разом з матерями згідно із заявами лікарів і адміністрації лікувально-профілактичних закладів;

3) надання екстреної медичної допомоги при раптових захворюваннях, що загрожують життю хворого (гострі порушення діяльності серцево-судинної і центральної нервової системи, органів дихання, черевної порожнини тощо), а також під час пологів поза спеціалізованих відділень і закладів.

**До загальних функцій станції екстреної медичної допомоги відносяться:**

– прийом від населення викликів та їх забезпечення;

– надання на догоспітальному етапі згідно медико-економічним стандартам екстреної медичної допомоги хворим та потерпілим;

– перевезення хворих та потерпілих, які потребують медичного супроводу, в стаціонари лікувально-профілактичних закладів;

– підготовка та направлення виїзних бригад за межі території обслуговування для участі в ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій;

– ведення обліку вільних лікарняних ліжок в стаціонарах лікувально- профілактичних закладів та визначення місць екстреної госпіталізації;

– діагностично-консультативні та довідково-інформаційні послуги населенню по телефону;

– накопичення і оновлення запасів медикаментів, перев'язувального матеріалу, виробів медичного призначення для роботи в повсякденних умовах і при виникненні надзвичайних ситуацій;

– забезпечення взаємодії з іншими медичними закладами, правоохоронними органами, пожежними частинами, службою екстреної медичної допомоги при надзвичайних ситуаціях, іншими рятувальними і оперативно-ремонтними службами;

– забезпечення наступності і взаємозв'язку з лікувально-профілактичними закладами при наданні екстреної медичної допомоги;

– оперативне інформування органів управління охорони здоров'я та інших зацікавлених організацій про нещасні випадки, катастрофи, надзвичайні та інші ситуації.

**Категорії станцій екстреної медичної допомоги**. Категорія залежить від кількості населення, що проживає на території міст та сільських адміністративних районів або кількості викликів, що надходять до станції.

Таблиця 2

**Категорії станцій екстреної медичної допомоги**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Категорія** | **Кількість населення** | **Кількість викликів** |
| 1-ша | 1–2 млн. | 75–100 тис. |
| 2-а | 500 тис. – 1 млн . | 50–75 тис. |
| 3-тя | 200 тис. – 500 тис. | 25–50 тис. |
| 4-та | 50 тис. – 200 тис. | 10–25 тис. |
| 5-та | до 50 тис. | 5–10 тис. |

При обслуговуванні понад 2 млн. населення або більше 100 тис. викликів, станції екстреної медичної допомоги відносяться до не категорійних.

Для надання екстреної медичної допомоги створюються виїзні бригади, кількість і вид яких визначається головним лікарем в залежності від необхідності, але не менше ніж 0,7 на 10 тис. населення. Кожна станція (крім IV і V категорії) повинна мати спеціалізовані бригади. Серед **спеціалізованих бригад** виділяють наступні їх види:

– кардіореанімаційні;

– психіатричні;

– неврологічні;

– інтенсивної терапії та реанімації, в тому числі дитячої реанімації.

**Підрозділами станції екстреної медичної допомоги є:**

– диспетчерська для прийому звернень і передачі викликів виїзним бригадам;

– підрозділ обліку вільних лікарняних ліжок в лікувально-профілактичних закладах та організації регулювання потоку екстреної госпіталізації хворих в межах передбаченої штатної чисельності;

– консультативно-довідкова служба для інформування населення з невідкладних медичних питань;

– підрозділ транспорту з парком санітарних та інших машин;

– підрозділ медичної статистики;

– навчальні класи для забезпечення систематичної підготовки медичних працівників та водіїв санітарного автотранспорту з питань надання екстреної допомоги на догоспітальному етапі.

У структурі станції екстреної (швидкої) медичної допомоги працює оперативний відділ (диспетчерська), який приймає та забезпечує виклики.

Реєстрація потреб населення та управління бригадами здійснюється за допомогою радіотелезв’язку.

**Робота медичного евакуатора.** Вся робота оперативного відділу розпочинається з медичного евакуатора. Саме до нього звертається населення з викликом. Медичний евакуатор (диспетчер) оперативного відділу при відповіді на телефонний дзвінок повинен назвати свій особистий номер, уточнити причину виклику, адресу, прізвище, вік абонента, занести дані в картку виклику з відміткою часу. При будь-яких сумнівах або потребі в консультації він перемикає прохача на пульт старшого лікаря. Телефонний дзвінок під час цього не переривається, що дозволяє в повному обсязі вирішувати різноманітні ситуації.

Картка виклику передається старшому диспетчеру оперативного відділу для прийняття рішення про направлення бригади з попереднім визначенням її профілю. За телефонним дзвінком лікаря, а також в разі отруєння або нещасного випадку, відразу визначають наявність місця у відповідній лікарні і передають виклик на виконання диспетчеру.

Якщо на даному напрямку немає вільних бригад, виклик обслуговує бригада з найближчої підстанції або старший диспетчер по рації розшукує через оперативний відділ бригаду, яка звільнилася після виконання виклику.

**Станція екстреної (швидкої) медичної допомоги має право:**

– відмовляти населенню у допомозі при необґрунтованому зверненні і передавати виклики при необхідності в амбулаторно-поліклінічні заклади;

– направляти виїзні бригади тільки до кордонів вогнищ уражень, якщо вони становлять загрозу для життя чи здоров'я членів бригади;

– госпіталізувати хворих або потерпілих у найближчий лікувально-профілактичний заклад для надання екстреної медичної допомоги незалежно від наявності вільних ліжок, підпорядкованості, форми власності;

– вимагати від лікувально-профілактичних закладів двічі на добу інформацію про наявність вільних лікарняних ліжок;

– при надзвичайних ситуаціях мобілізувати і направляти в регіони працівників для участі в ліквідації медико-санітарних наслідків;

– співпрацювати з державними, недержавними закладами при плануванні і проведенні заходів щодо надання екстреної медичної допомоги.

**5. Підстанція (пункт) екстреної (швидкої) медичної допомоги**

**Підстанція (пункт) екстреної (швидкої) медичної допомоги –** цеструктурний підрозділ на правах відділення, який забезпечує своєчасну екстрену медичну допомогу на догоспітальному етапі дорослому та дитячому населенню при станах, коли є загроза їх життю або здоров’ю**.**

**Підстанція (пункт) екстреної (швидкої) медичної допомоги організовується на території обслуговування станції екстреної (швидкої) медичної допомоги з урахуванням:**

– 10-хвилинної в міській і 20-хвилинної в сільській місцевості транспортної доступності до меж зони обслуговування;

– чисельності населення;

– наявності та стану транспортних шляхів;

– насичення транспортними підприємствами і сільськогосподарськими комплексами;

– наявності лікувально-профілактичних закладів та матеріальної бази для їх розміщення.

Завідувач підстанцією очолює і несе відповідальність за всі її види діяльності.

Підстанція працює в цілодобовому режимі. Зміна чергових бригад проводиться, як правило, о 7 та о 19 годині. З 11 до 23 години, коли приходить найбільша кількість звернень, додатково працює денна бригада. При наявності декількох підстанцій на цій території зміна чергувань не повинна здійснюватися на всіх підстанціях в один і той же час.

Бригада екстреної медичної допомоги працює з мінімальною кількістю заїздів на підстанцію, завдяки отриманню викликів з підстанції, центральної диспетчерської під час руху. З приймальних відділень стаціонарів бригада не транспортує хворих до дому. Таке питання може вирішувати виключно старший лікар.

**Категорії підстанцій** визначаються по кількості виїзних бригад:

1-ша категорія – 13 і більше бригад;

2-а – 6–12 бригад;

3-тя – 2–5 бригад.

**6. Лікарня екстреної (швидкої) медичної допомоги**

**Лікарня екстреної (швидкої) медичної допомоги** – це лікувально-профілактичний заклад, призначений для цілодобового надання стаціонарної екстреної допомоги населенню при гострих захворюваннях, травмах, нещасних випадках, отруєннях в повсякденних умовах і надзвичайних ситуаціях.

Вона може організовуватися в обласних центрах і містах з населенням не менше 300 тисяч чоловік та функціонувати як самостійна установа, входити до складу об'єднання швидкої медичної допомоги.

**Основні завдання лікарні екстреної (швидкої) медичної допомоги:**

– цілодобова стаціонарна екстрена медична допомога хворим та потерпілим при патологічних станах із загрозою життю, раптовим погіршенням здоров'я і при надзвичайних ситуаціях;

– лікувально-діагностична допомога зазначеним контингентам до кінцевого результату;

– взаємодія з медичними, немедичними закладами та установами при вирішенні питань організації та надання екстреної допомоги;

– участь в розробці прогнозів потреби в медичній допомозі;

– участь в розробці пропозицій щодо удосконалення організаційних форм і методів діагностики, лікування, профілактики, та зниження впливу негативних факторів, які впливають на виникнення раптових захворювань, нещасних випадків тощо;

– організація і проведення заходів по підготовці лікарні до роботи в надзвичайних ситуаціях;

– створення постійного запасу для забезпечення постійної роботи лікарні в умовах надзвичайних ситуацій;

– інформування місцевих органів влади і управління охорони здоров'я у випадках масових уражень людей та виявленні хворих з підозрою на особливо небезпечні інфекції.

**Основними функціями лікарні екстреної (швидкої) медичної допомоги є:**

– цілодобовий прийом і госпіталізація пацієнтів, доставлених бригадами екстреної медичної допомоги, іншим транспортом і тих, хто звернувся безпосередньо до приймального відділення та за направленням лікувально-профілактичних закладів;

– екстрена кваліфікована спеціалізована медична допомога хворим та потерпілим, медичне сортування потерпілих при їх масовому надходженні в лікарню;

– невідкладний лікарський огляд хворих і потерпілих, які надійшли в приймальне відділення, їх госпіталізація за показаннями, незалежно від наявності вільних місць;

– переведення хворих і потерпілих для подальшого стаціонарного лікування і реабілітації в інші лікувально-профілактичні заклади міста для забезпечення оперативного використання ліжкового фонду**.**

**До загальних структурних підрозділів лікарні** **екстреної (швидкої) медичної допомоги відносяться:**

– приймальне відділення з довідково-інформаційною службою;

– відділення анестезіології та інтенсивної терапії;

– спеціалізовані клінічні відділення, профіль і потужність яких визначаються потребою і місцевих умов;

– діагностичні відділення та кабінети;

– травмпункт;

– операційний блок;

– токсикологічне відділення;

– аптека;

– патологоанатомічне відділення;

– централізована стерилізаційна;

– адміністративно-господарська частина;

– обчислювальний центр;

– організаційно-методичний відділ;

– планово-економічний відділ;

– відділ медичної статистики;

– бухгалтерія;

– інші відділи та відділення відповідно до місцевих потреб.

Організаційно-функціональна структура визначається головним лікарем відповідно до потреби, обсягами фінансування і нормативам використання прибутків госпрозрахункової діяльності.

Лікарня є базою для підготовки та вдосконалення працівників з питань організації та надання екстреної медичної допомоги, проведення науково-дослідних і дослідно-конструкторських робіт.

На базі лікарні можуть створюватися обласні, міські, державні центри з підготовки відповідних фахівців.

Очолює лікарню і несе персональну відповідальність за всі види її діяльності головний лікар.

Штат встановлюються управлінням охорони здоров'я відповідно до штатних нормативів міських лікарень і станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги.

**ПРАКТИЧНЕ ЗАВДАННЯ**

На підставі наведених нижче даних необхідно розрахувати показники діяльності заклади екстреної (швидкої) медичної допомоги, зробити висновки та розробити заходи щодо поліпшення роботи екстреної медичної допомоги.

**Деякі дані роботи**

**закладу екстреної ( швидкої ) медичної допомоги за 2016 рік**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Показники діяльності** | **Кількість** |
| 1. | Кількість населення (тис.) | 94,5 |
| 2. | Кількість викликів | 60 |
| 3. | Середньодобова кількість викликів ЕМД | 61 |
| 4. | Кількість працюючих бригад | 7 |
| 5. | Кількість виїздів ЕМД на протязі і 4-х хвилин з моменту виклику | 42 |
| 6. | Загальна кількість викликів ЕМД | 58 |
| 7. | Кількість випадків розбіжності діагнозів ЕМД та стаціонару | 7 |
| 8. | Загальна кількість хворих, доставлених ЕМД в стаціонар | 28 |
| 9. | Кількість шпиталізованих хворих, доставлених ЕМД в стаціонар | 26 |
| 10. | Загальна кількість хворих доставлених ЕМД в стаціонар для госпіталізації | 29 |
| 11. | Кількість хибних викликів ЕМД | 3 |
| 12. | Загальна кількість викликів ЕМД | 58 |
| 13. | Кількість викликів, які обслужені лікарськими бригадами | 42 |
| 14. | Загальна кількість викликів, які обслужені лікарськими та фельдшерськими бригадами | 58 |
| 15. | Час, витрачений бригадою на обслуговування викликів протягом доби | 15 |
| 16. | Час, витрачений бригадою на обслуговування викликів протягом 24 годин | 24 |
| 17. | Кількість повторних викликів ЕМД на протязі доби | 6 |
| 18. | Загальна кількість викликів ЕМД на протязі доби | 58 |
| 19. | Кількість успішних реанімацій, проведених бригадами ЕМД | 13 |
| 20. | Загальна кількість реанімацій, виконаних бригадами ЕМД | 18 |
| 21. | Кількість летальних випадків у присутності бригади ЕМП | 4 |
| 22. | Загальна кількість викликів бригади ЕМД | 58 |

**Розрахунок показників роботи**

**закладу екстреної ( швидкої ) медичної допомоги**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Забезпеченість населення ЕМД:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Кількість викликів – 60 | х 1000 | = | 0,63 ‰ | | Середньорічна кількість населення – 94500 | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Середньодобове навантаження бригади ЕМД**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Середньодобова кількість викликів ЕМД – 61 |  | = | 8,71 | | Кількість працюючих бригад – 7 | |  |  | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  |  |   **Своєчасність виїздів бригад:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Кількість виїздів ЕМД на протязі і 4-х хвилин з моменту виклику – 42 | х 100 | = | 72,41 % | | Загальна кількість викликів ЕМД – 58 | |
| **Розбіжність діагнозів ЕМД і стаціонару:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Кількість випадків розбіжності діагнозів ЕМД і стаціонару – 7 | х 100 | = | 25 % | | Загальна кількість хворих доставлених ЕМД в стаціонар для госпіталізації – 28 | |
| **Питома вага госпіталізованих хворих:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Кількість госпіталізованих хворих, доставлених ЕМД в стаціонар – 26 | х 100 | = | 89,66 % | | Загальна кількість хворих доставлених ЕМД в стаціонар для госпіталізації – 29 | |
| **Питома вага помилкових викликів:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Кількість помилкових викликів ЕМД – 3 | х 100 | = | 5,17 % | | Загальна кількість викликів ЕМД – 58 | |
| **Питома вага викликів, які обслуговані лікарськими бригадами:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Кількість викликів обслужених лікарськими бригадами – 42 | х 100 | = | 72,41 % | | Загальна кількість викликів, обслугованих лікарськими і фельдшерськими бригадами – 58 | |
| **Коефіцієнт зайнятості бригади ЕМД:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Час, витрачений бригадою на обслуговування викликів на протязі доби – 15 |  | = | 0,625 | | Час, витрачений бригадою на обслуговування викликів протягом 24 годин – 24 | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Питома вага повторних викликів:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Кількість повторних викликів ЕМД на протязі доби – 6 | х 100 | = | 10,34 % | | Загальна кількість викликів ЕМД на протязі доби – 58 | |  |  |  | |
| **Питома вага успішних реанімацій:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Кількість успішних реанімацій, виконаних бригадами ЕМД – 13 | х 100 | = | 72,22 % | | Загальна кількість реанімацій, виконаних бригадами ЕМД – 18 | |
| **Питома вага летальних випадків:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Кількість летальних випадків у присутності бригад ЕМД – 4 | х 100 | = | 6,9 % | | Загальна кількість викликів ЕМД – 58 | |

**Аналіз і висновок:** Розрахувавши показники роботи екстреної (швидкої) медичної допомоги, можна визначити, що забезпеченість населення екстреною медичною допомогою склала 0,63 ‰, при цьому середньодобове навантаження бригади ЕМД = 8,71. Показник розходження діагнозів ЕМД та стаціонару: 25 %.

**Заходи щодо поліпшення роботи екстреної (швидкої) медичної допомоги:** Необхідно розширити можливості догоспітального лікування хворих (у амбулаторних установах) з метою профілактики гострих станів, ускладнень і зменшення навантаження на стаціонари. Виробити єдині підходи до лікування хворих з екстреною патологією на догоспітальному та госпітальному етапах.

**ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | У приймальне відділення лікарні невідкладної медичної допомоги у важкому стані доставлено чоловіка 43 років. Черговий лікар діагностував гострий інфаркт міокарду. Незважаючи на проведені лікувально-реанімаційні заходи, пацієнт через 2 години помер в кардіологічному стаціонарі. Якому фахівцю найдоцільніше доручити встановити основну причину смерті в даному випадку? | | | | |
|  | А | | | | Лікарю-експерту |
|  | В | | | | Лікарю екстреної допомоги |
|  | \* С | | | | Лікарю-патологоанатома |
|  | D | | | | Судово-медичному експерту |
|  | Е | | | | Черговому лікарю |
| 2. | Медична допомога населенню на догоспітальному етапі надається в більшості випадків в поліклініках, амбулаторіях та ін. Що з перерахованого є складовою частиною цієї допомоги? | | | | |
|  | А | | | | Аптеки |
|  | В | | | | Диспансери |
|  | С | | | | Науково-дослідні інститути |
|  | \* D | | | | Служба екстреної (швидкої) медичної допомоги |
|  | Е | | | | Центри здоров'я |
| 3. | На догоспітальному етапі медичну допомогу надають поліклініки, амбулаторії, станції екстреної (швидкої) медичної допомоги. В яких випадках медична допомога надається станціями екстреної (швидкої) медичної допомоги? | | | | |
|  | А | | | | Виконання призначень лікаря на дому |
|  | В | | | | Госпіталізація планових хворих |
|  | С | | | | Надання медичної допомоги інфекційним хворим |
|  | \* D | | | | Нещасні випадки, отруєння |
|  | Е | | | | Проведення диспансеризації |
| 4. | Серед виїзних бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги станцій I, II, III категорій повинні бути спеціалізовані бригади та бригади інтенсивної терапії та реанімації. Визначте, що з перерахованого відноситься до спеціалізованих бригад? | | | | |
|  | А | | | | Геронтологічні |
|  | В | | | | Інфекційні |
|  | С | | | | Лор-бригади |
|  | \* D | | | | Неврологічні |
|  | Е | | | | Офтальмологічні |
| 5. | На станціях та підстанціях екстреної (швидкої) медичної допомоги ведеться ряд обліково-звітних документів. Визначте, який документ використовується на станціях та підстанціях екстреної (швидкої) медичної допомоги? | | | | |
|  | А | | | | Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання |
|  | \* В | | | | Карта виклику екстреної (швидкої) медичної допомоги |
|  | С | | | | Медична карта амбулаторного хворого |
|  | D | | | | Статистичний талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів |
|  | Е | | | | Талон амбулаторного пацієнта |
| 6. | У стаціонар міської багатопрофільної лікарні хворі госпіталізуються за направленням лікарів амбулаторно-поліклінічних установ, служби екстреної (швидкої) допомоги, а також при безпосередньому їх зверненні. Яку питому вагу серед госпіталізованих становлять хворі, доставлені службою екстреної (швидкої) допомоги? | | | | |
|  | А | | | | 5% |
|  | \* В | | | | 10% |
|  | С | | | | 15% |
|  | D | | | | 20% |
|  | Е | | | | 25% |
| 7. | Громадянин С. вдома, перед вечірньою робочою зміною, відчув сильний біль в голові, нудоту. Дружина викликала службу екстреної (швидкої) медичної допомоги. Після огляду пацієнта, лікар констатував підвищення артеріального тиску, надав необхідну медичну допомогу і рекомендував не виходити на роботу. Чи має лікар екстреної (швидкої) медичної допомоги право видати листок непрацездатності? | | | | |
|  | А | | | | Так, на 1 день |
|  | В | | | | Так, на 3 дні |
|  | С | | | | Так, на 5 днів |
|  | D | | | | Так, на 7 днів |
|  | \* Е | | | | Ні, не має права |
| 8. | На догоспітальному етапі медичну допомогу надають поліклініки, амбулаторії, станції екстреної (швидкої) медичної допомоги. В яких випадках медична допомога надається станціями екстреної (швидкої) медичної допомоги? | | | | |
|  | А | | | | Виконання призначень лікаря на дому |
|  | В | | | | Госпіталізація планових хворих |
|  | С | | | | Надання медичної допомоги інфекційним хворим |
|  | \* D | | | | Пологи, що відбулися поза лікувальними установами |
|  | E | | | | Проведення диспансеризації |
| 9. | Серед виїзних бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги станцій I, II, III категорій повинні бути спеціалізовані бригади та бригади інтенсивної терапії та реанімації. Визначте, що з перерахованого відноситься до спеціалізованих бригад? | | | | |
|  | А | | | | Геронтологічні |
|  | В | | | | Інфекційні |
|  | С | | | | Лор-бригади |
|  | D | | | | Офтальмологічні |
|  | \* E | | | | Психіатричні |
| 10. | Міський житель Д., 50 років, перебуваючи вдома, близько 22-ї години раптово відчув гострий біль за грудиною. Для надання медичної допомоги в даній ситуації необхідно: | | | | |
|  | \* А | | | | Викликати бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги |
|  | В | | | | Викликати дільничного лікаря-терапевта |
|  | С | | | | Звернутися в кардіологічний стаціонар |
|  | D | | | | Звернутися в поліклініку за місцем проживання |
|  | Е | | | | Звернутися в терапевтичний стаціонар |
| 11. | | Громадянин С. вдома, перед вечірньою робочою зміною, відчув сильний головний біль, нудоту. Дружина викликала швидку медичну допомогу. Лікар після огляду пацієнта констатував підвищення артеріального тиску. Якими повинні бути подальші дії лікаря станції екстреної ( швидкої ) медичної допомоги? | | | |
|  | | A | | Видати направлення на подальше лікування | |
|  | | \*B | | Надати невідкладну медичну допомогу хворому | |
|  | | C | | Надати рекомендації щодо подальшого лікування | |
|  | | D | | Провести експертизу втрати працездатності | |
|  | | E | | Провести консультативне обстеження | |
| 12. | | Однією з найбільш вагомих частин системи охорони здоров'я на догоспітальному етапі є екстрена (швидка) і невідкладна медична допомога. Яка з наведених установ має надавати цю допомогу? | | | |
|  | | A | | Аптеки | |
|  | | \* B | | Найближчі лікувально-профілактичні установи незалежно від відомчої підпорядкованості та форм власності | |
|  | | C | | Науково-дослідні інститути | |
|  | | D | | Санітарно-епідеміологічні станції | |
|  | | E | | Центри здоров'я | |
| 13. | При організації однієї з служб амбулаторної допомоги населенню були використані наступні принципи: спадкоємність, територіальність, своєчасність, диспансеризація, безперервність. Який із зазначених принципів не використовується при організації системи екстреної (швидкої) медичної допомоги населенню? | | | | |
|  | A | | Безперервність | | |
|  | \* B | | Диспансеризація | | |
|  | C | | Наступність | | |
|  | D | | Своєчасність | | |
|  | E | | Територіальність | | |
| 14. | При організації однієї з служб з надання населенню медичної допомоги на догоспітальному етапі були використані наступні принципи: єдність, наступність, своєчасність, дільничності, диспансеризація, випереджальна профілактика. Який із зазначених принципів використовується при організації системи екстреної (швидкої) медичної допомоги населенню? | | | | |
|  | A | | Випереджальна профілактика | | |
|  | B | | Диспансеризація | | |
|  | C | | Дільничності | | |
|  | D | | Єдність | | |
|  | \* E | | Своєчасність | | |
| 15. | При наданні екстреної (швидкої) та невідкладної медичної допомоги міському населенню на догоспітальному етапі, хворих обслуговують станції екстреної (швидкої) допомоги, а на госпітальному – лікарні екстреної (швидкої) медичної допомоги. Який організаційний принцип реалізується в діяльності даної служби екстреної (швидкої) медичної допомоги? | | | | |
|  | A | | Безперервність | | |
|  | B | | Дільничності | | |
|  | \* C | | Єдність | | |
|  | D | | Своєчасність | | |
|  | E | | Територіальність | | |
| 16. | Медичний заклад має наступний склад структурних підрозділів: управління, оперативний відділ, відділ госпіталізації, відділ виїзних бригад. До якого номенклатурного типу відноситься даний медичний заклад? | | | | |
|  | A | | Лікарня екстреної (швидкої) медичної допомоги | | |
|  | B | | Спеціалізована поліклініка | | |
|  | \* C | | Станція екстреної (швидкої) медичної допомоги | | |
|  | D | | Станція порятунку на воді | | |
|  | E | | Центр виїзної планової та екстреної консультативної допомоги | | |
| 17. | При організації роботи станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги, які обслуговують населення різних населених пунктів, встановили наступний максимальний час доїзду медичних бригад до хворого: 10, 15, 20, 25, 30 хвилин. Який з цих показників приймається за нормативний час доїзду до хворого бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги в міській місцевості? | | | | |
|  | \* A | | 10 хвилин | | |
|  | B | | 15 хвилин | | |
|  | C | | 20 хвилин | | |
|  | D | | 25 хвилин | | |
|  | E | | 30 хвилин | | |
| 18. | При організації роботи станцій швидкої медичної допомоги, які обслуговують населення різних населених пунктів, встановили наступний максимальний час доїзду медичних бригад до хворого: 10, 15, 20, 25, 30 хвилин. Який з цих показників приймається за нормативний час доїзду до хворого бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги в сільській місцевості? | | | | |
|  | A | | 10 хвилин | | |
|  | B | | 15 хвилин | | |
|  | \* C | | 20 хвилин | | |
|  | D | | 25 хвилин | | |
|  | E | | 30 хвилин | | |
| 19. | Для ефективного надання загальнопрофільної екстреної медичної допомоги в штатний склад лінійних виїзних бригад станцій швидкої медичної допомоги входить лікарський, середній і молодший медичний персонал. Яке структурне співвідношення між лікарським, середнім і молодшим медичним персоналом найбільш часто встановлюється при комплектуванні таких бригад? | | | | |
|  | A | | 1 лікар + 2 фельдшера + 1 санітар-водій | | |
|  | \* B | | 1 лікар + 1 фельдшер + 1 санітар-водій | | |
|  | C | | 1 лікар + I фельдшер + 1 санітар + 1 санітар-водій | | |
|  | D | | 1 лікар + 2 фельдшера + I санітар + 1 санітар-водій | | |
|  | E | | 2 лікаря + 1 фельдшер + 1 санітар + 1 санітар-водій | | |
| 20. | Для ефективного надання спеціалізованої екстреної медичної допомоги в штатний склад спеціалізованих виїзних бригад станцій швидкої медичної допомоги входить лікарський, середній і молодший медичний персонал. Яке структурне співвідношення між лікарським, середнім і молодшим медичним персоналом найбільш часто встановлюється при комплектуванні таких бригад? | | | | |
|  | A | | 1 лікар + 1 фельдшер +1 санітар-водій | | |
|  | \* B | | 1 лікар + 2 фельдшера + 1 санітар + 1 санітар-водій | | |
|  | C | | 1 лікар + 2 фельдшера + 2 санітара + 1 санітар-водій | | |
|  | D | | 2 лікаря + 1 фельдшер + 1 санітар + 1 санітар-водій | | |
|  | E | | 1 лікар + 2 фельдшера + 1 санітар-водій | | |
| 21. | У структурі причин викликів екстреної (швидкої) медичної допомоги провідні місця займають хвороби органів кровообігу, дихання, травлення, сечостатевої системи, а також симптоми невідкладних станів. Які із зазначених хвороб виступають як головна (1-е місце) причина виклику швидкої медичної допомоги? | | | | |
|  | A | | Симптоми невідкладних станів | | |
|  | B | | Хвороби органів дихання | | |
|  | \* C | | Хвороби органів кровообігу | | |
|  | D | | Хвороби органів травлення | | |
|  | E | | Хвороби сечостатевої системи | | |
| 22. | Бригада екстреної (швидкої) допомоги, яка обслуговує міське населення має штат в складі: 1 лікар + 1 фельдшер + 1 санітар-водій. Яким профілем бригади швидкої допомоги відповідає даний штат? | | | | |
|  | A | | Інтенсивної терапії | | |
|  | B | | Кардіологічної | | |
|  | \* C | | Лінійної | | |
|  | D | | Протишокової | | |
|  | E | | Токсикологічної | | |
| 23. | О 14 годині в міську станцію екстреної (швидкої) та невідкладної допомоги представники адміністрації установи привезли пацієнта, який перебував у нетверезому стані на робочому місці. Вони зажадали від лікарів проведення експертизи за фактом алкогольного сп'яніння. Чи проводить ця установа таку експертизу? | | | | |
|  | A | | Видає з дозволу головного лікаря | | |
|  | B | | Іноді | | |
|  | \* C | | Ні | | |
|  | D | | При особливих умовах | | |
|  | E | | Так | | |

**КОНТРОЛЬНІ ПИТАННЯ**

1. Історія виникнення служби екстреної (швидкої) медичної допомоги.

2. Значення служби екстреної (швидкої) медичної допомоги, її закладів.

3. Задачі станції (відділення) екстреної (швидкої) медичної допомоги.

4. Функції станції (відділення) екстреної (швидкої) медичної допомоги.

5. Співробітництво служби екстреної (швидкої) медичної допомоги з структурами Міністерства надзвичайних ситуацій.

6. Структура станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги.

7. Види виїзних виїзних бригад, їх склад.

8. Функції виїзних бригад.

9. Організація екстреної (швидкої) медичної допомоги в сільській місцевості.

10. Взаємодія служби екстреної (швидкої) медичної допомоги з різними медичними установами.

11 Облікові документи станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги, визначення та аналіз показників їх діяльності.

**ЗМІСТ**

|  |  |
| --- | --- |
| Методика проведення заняття………………………………………............... | 3 |
| Основний теоретичний матеріал для підготовки до заняття……................. | 6 |
| 1. Історія становлення служби екстреної медичної допомоги…… | 6 |
| 2. Організація надання екстреної медичної допомоги....................... | 9 |
| 3. Організація роботи екстреної медичної допомоги…….………… | 11 |
| 4. Станція екстреної (швидкої) медичної допомоги........................... | 15 |
| 5. Підстанція (пункт) екстреної (швидкої) медичної допомоги…… | 19 |
| 6. Лікарня екстреної (швидкої) медичної допомоги.......................... | 19 |
| Практичне завдання........................................................................................... | 22 |
| Тестові завдання ................................................................................................ | 25 |
| Контрольні питання .......................................................................................... | 30 |

*Навчальне видання*

**СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА**

**ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Методичні розробки для викладачів

до проведення практичного заняття на тему:

***«Організація роботи закладів екстреної (швидкої) медичної допомоги. Зміст роботи, облік і аналіз їх діяльності »***

для підготовки студентів 5-го курсу

за спеціальностями: 7.12010001 «Лікувальна справа», 7.12010002, «Педіатрія», 7.12010003 «Медико-профілактична справа».

|  |  |
| --- | --- |
| Укладачі : | ***Огнєв Віктор Андрійович*** |
|  | ***Трегуб Павло Олегович*** |
|  | ***Усенко Світлана Георгіївна*** |
|  |  |

Відповідальний за випуск *В.А. Огнєв.*

Формат А5. Ризографія. Ум. друк. арк. 1,94.

Тираж 100 прим. Зам. № 17-33535.

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

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 18.07.2008 р.