

Задача 1.

В соответствии с Приказом Минздрава России от 07.09.2020 N 947н «Об утверждении Порядка организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов» главный врач районной больницы принимает решение о частичном переходе на ведение медицинской документации в форме электронных медицинских документов без дублирования на бумажных носителях ("смешанный документооборот") в стационаре. Планирует, исходя из технических возможностей, в течение года осуществить переход на ведение в электронном виде "Журнала учета приема пациентов и отказов в оказании медицинской помощи в стационарных условиях, в условиях дневного стационара" (учетная форма N 001/у) и «Медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях» (учетная форма №003/у).

1. Какие требования предъявляют к формированию электронного медицинского документа?
2. Какой порядок ведения "Журнал учета приема пациентов и отказов в оказании медицинской помощи в стационарных условиях, в условиях дневного стационара" утвержден приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 августа 2022 г. N 530н?
3. Какие существуют правила выдачи медицинскими организациями пациенту либо его законному представителю справок и медицинских заключений?

Ответы

1. Если форма первичной медицинской документации утверждена Федеральным законом, то формируемый электронный медицинский документ, должен иметь структуру, реквизиты и содержание, соответствующие утвержденной форме первичной медицинской документации. Допускается изменение внешнего вида, взаимного расположения полей и других элементов оформления электронного медицинского документа относительно утвержденной формы на бумажном носителе с целью его корректного отображения при формировании в форме электронного документа

2. Журнал приема больных и отказов в госпитализации ведется медицинским работником структурного подразделения медицинской организации, осуществляющего прием пациентов для оказания медицинской помощи в стационарных условиях, в условиях дневного стационара (медицинской сестрой, фельдшером, медицинским регистратором или иным работником).

Формируется в форме электронного документа, подписанного с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи медицинского работника, в соответствии с Порядком организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов. На титульном листе указываются наименование и адрес медицинской организации, основной государственный регистрационный номер (ОГРН) медицинской организации, фамилия, имя, отчество пациента.

Далее - дата и время поступления в медицинскую организацию, страховой номер индивидуального лицевого счета (далее - СНИЛС), сведения о полисе обязательного медицинского страхования (далее - ОМС) пациента (при наличии). При отсутствии сведений делается запись "неизвестно". Указывается, кем пациент был доставлен (направлен) в медицинскую организацию или обратился самостоятельно. В соответствии с учетной формой N 003/у "Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара", указывается номер медицинской карты пациента, диагноз заболевания (состояния) поставленный направившей медицинской организацией, выездной бригадой скорой медицинской помощи, код заболевания по Международной статистической классификации болезней и

проблем, связанных со здоровьем (МКБ), а в случае травмы (в том числе дорожно-транспортного происшествия) или отравления - указывается причина и обстоятельства травмы, отравления.

В графе 19 указываются исход госпитализации пациента (выписан, переведен в другую медицинскую организацию, умер), а также дата и время исхода (выписки, перевода в другую медицинскую организацию или смерти). При переводе пациента в другую медицинскую организацию указывается ее наименование.

В графе 21 указывается причина отказа в госпитализации (отказался пациент, отсутствие показаний, помощь оказана в приемном отделении медицинской организации, направлен в другую медицинскую организацию, иная причина).

В графе 22 Журнала указываются фамилия, имя, отчество медицинского работника, зафиксировавшего причину отказа в госпитализации.

3. Справки и медицинские заключения оформляются (формируются) в произвольной форме и могут выдаваться на бумажном носителе или с согласия пациента или его законного представителя в форме электронного документа с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи медицинского работника при предъявлении документа, удостоверяющего личность пациента.

Задача 2.

В Новоселецкой районной больнице Ставропольского края работает 48 врачей и 184 средних медицинских работников. Число медицинских работников, работающих в медицинской информационной системе и обеспеченных усиленной квалифицированной электронной подписью – 31, из них 23 врача и 8 медицинских сестер. Для автоматизации лечебного процесса оборудовано 37 автоматизированных рабочих места для врачей и 2 для медицинских сестер, подключенных к государственной информационной системе в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации.

1. Какие основные задачи стоят перед медицинскими информационными системами?
2. С какой целью создаются и как подразделяются автоматизированные рабочие места в медицинских организациях?
3. Рассчитайте обеспеченность медицинского персонала автоматизированными рабочими местами

Ответы

1. Медицинская информационная система (МИС) - комплексная автоматизированная информационная система, в которой объединены электронные медицинские записи о пациентах, данные медицинских исследований в цифровой форме, данные мониторинга состояния пациента с медицинских приборов, средства общения между сотрудниками, финансовая и административная информация.

Задачи МИС:

- Управление деятельностью медицинской организации
 - Оптимизация деятельности медицинской организации
 - Создание единого информационного пространства
 - Контроль ведения медицинской документации
 - Анализ экономических показателей оказания медицинской помощи
 - Анализ эффективности принимаемых управленческих решений.
2. Автоматизированное рабочее место (АРМ) медицинского работника представляет собой аппаратно-программный комплекс, предназначенный для выполнения заранее обусловленного круга задач, связанного с профессиональной деятельностью.

АРМ подразделяют на:

- клинические — АРМ врачей лечебных отделений, врачей- консультантов, фельдшеров, медицинских сестер;
- функциональные, радиологические, лабораторные — АРМ врачей функциональной диагностики, радиологических отделений, клиничко-биохимических лабораторий и др.;
- фармакологические — АРМ специалистов, осуществляющих разработку лекарственных средств.

Основные функций АРМ:

- ведение электронной истории болезни (электронной медицинской карты);
- учет пациентов, формирование электронной картотеки, быстрый поиск необходимой информации;
- заполнение карт профессионального осмотра;
- внесение данных о жалобах пациента, анализе жизни и здоровья, объективном статусе;
- быстрый ввод данных наблюдения, информации об отмеченных изменениях в состоянии пациента, результатах его обследований, рекомендациях;
- автоматизация постановки диагноза по МКБ-10;
- назначения лекарственных средств в соответствии с их реестром (РЛС);
- направления на консультацию;
- выдача листов временной нетрудоспособности (ЛВН).

Совокупность решаемых с помощью АРМ задач и основные направления применения.

АРМ врача –специалиста (например, рентгенолога или кардиолога) требует, кроме того, выполнения ряда специальных функций:

- снятие и обработка медицинских диагностических изображений,
- проведение измерения и анализ функциональных параметров пациента.

В АРМ среднего медицинского работника выполняются следующие основные задачи:

- поддержка ведения истории болезни и других учетных документов пребывания и движения пациента в лечебном учреждении, выполнение врачебных назначений по обследованию и лечению пациентов,
- обработка первичной медицинской документации,
- первичная работа с терминалами диагностических аппаратов.

АРМ вспомогательных и административно-хозяйственных подразделений отражает целевые установки работающего на них персонала (АРМ инженера, АРМ бухгалтера, АРМ сотрудника аптеки, АРМ хозяйственника и пр.).

Из прикладных систем: МИС МО, включая электронный листок нетрудоспособности, электронный рецепт; семейство продуктов 1С для кадрового и бухгалтерского учета, которое отдано в аутсорсинг; работа с федеральными сервисами, с казначейством, сайтами закупок.

3. Обеспеченность медицинского персонала АРМ в районной больнице составляет 17 на 100 человек, что является препятствием для эффективного и равномерного использования МИС в медицинской организации.

Задача 3.

Проанализируйте демографическую ситуацию в Александровском районе Ставропольского края, если в 2021 году число родившихся на 1000 населения составило 9,7, а суммарный коэффициент плодovitости 1,19. Уровень общей смертности – 15,7‰. В структуре причин общей смертности преобладают болезни системы кровообращения - 48,9%, травмы и отравления - 25,4%, новообразования - 13,7%, болезни органов дыхания - 6,5%. В Александровском районе не было детей, умерших в возрасте до 1 года. Возрастной состав населения: дети от 0 до 14 лет – 20,5%, лица трудоспособного возраста – 56,5%, лица старше трудоспособного возраста – 21,4%. Средняя продолжительность жизни мужчин 68,3, а женщин 74,2 года.

- 1). Отражают ли показатели Александровского района демографическую ситуацию, сложившуюся в Ставропольском крае и в РФ?
- 3). Как оценить тип воспроизводства населения в районе, достигается ли минимальный уровень простого воспроизводства населения?
- 3). На что следует обратить первоочередное внимание для улучшения демографической ситуации в районе?

Ответы

- 1). Демографическая ситуация в Александровском районе близка к ситуации, сложившейся в Ставропольском крае и общероссийской, так уровень рождаемости в РФ и СК идентичен и составляет 9,8‰ и практически не отличается от уровня в Александровском районе. Суммарный коэффициент плодovitости 1,19 говорит о том, что не достигается простого воспроизводства населения. Уровень общей смертности и естественная убыль населения в Александровском районе выше, чем в РФ (14,5‰ и - 4,7‰) и в СК (13,1‰ и -3,3‰).
- 2). Тип воспроизводства населения в Александровском районе регрессивный, т.к. доля детей меньше доли лиц старше трудоспособного возраста,
- 3). Для улучшения демографической ситуации в районе следует обратить первоочередное внимание на снижение общей смертности и повышение рождаемости.

Задача 4.

Проведена экспертная оценка качества медицинской помощи у 60 больных, прошедших лечение в стационаре районной больницы. Тактика медицинской помощи признана правильной в 49 случаях. Планируемый результат лечения достигнут у 55 больных. Проведено анкетирование 57 больных закончивших лечение в стационаре, удовлетворенность полученным лечением отмечена у 50 опрошенных. Стоимость 1 койко-дня в соответствии с планом должна была составить 19500 руб., фактическая - 15200 руб.

1. Вычислите коэффициенты медицинской, социальной и экономической эффективности работы медицинского персонала стационара.
2. С какой целью проводится экспертиза качества медицинской помощи?
3. Какие виды контроля качества медицинской помощи существуют?

Ответы:

1). Коэффициент медицинской эффективности =
$$\frac{\text{Число больных с достигнутым результатом лечения}}{\text{Общее число пролеченных больных}} = \frac{55}{60} = 0,92$$

Коэффициент социальной эффективности =
$$\frac{\text{Число больных удовлетворенных обслуживанием}}{\text{Общее число анкетированных}} = \frac{50}{57} = 0,88$$

$$\text{Коэффициент экономической эффективности} = \frac{\text{Планируемая (нормативная) стоимость лечения}}{\text{Фактическая стоимость лечения}} = \frac{19500}{15200} = 1,28$$

2). Экспертиза качества медицинской помощи проводится в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

3). Существует *ведомственный контроль качества медицинской помощи, который проводят внутри* медицинских организаций:

а). Заведующие структурными подразделениями – осуществляют текущий контроль и проводят экспертизу 10% законченных случаев лечения,

б). Заместители руководителя МО по клинико-экспертной работе, лечебной работе проводят 30 - 50 экспертиз ежеквартально,

в). Врачебные комиссии медицинских организаций осуществляют экспертизу качества постоянно при направлении пациентов на МСЭ, у длительно болеющих пациентов, а также в случае предъявления жалоб пациентом.

Внутренний контроль качества также осуществляют органы управления здравоохранением.

Вневедомственный контроль: лицензионно-аккредитационные комиссии, фонды ОМС, страховые медицинские организации, органы сан. эпид. надзора, Госстандарт РФ, общественные объединения потребителей

Независимый контроль: аудиторские или арбитражные службы, независимые от потребителей и производителей медицинских услуг

Экспертиза качества может быть: *плановой, целевой и комплексной*

Задача 5

В поликлинику районной больницы 1.08. был принят на работу выпускник СтГМУ участковым терапевтом. Заведующий терапевтическим отделением попросил составить вновь принятого врача годовой план работы.

1. Какие разделы включает годовой план работы участкового терапевта?
2. Как рассчитывается плановая функция врачебной должности?
3. Определите объем планируемого числа посещений к участковому терапевту, если на участке проживает 1850 человек, а норматив числа посещений 1 взрослого к терапевту составляет 2,7.

Ответы

1. Эффективность работы участкового врача во многом зависит от правильного ее планирования. Лучше всего составлять годовые и месячные планы работы. Годовой план должен предусматривать следующие разделы: оказание первичной медико-санитарной помощи населению участка, организационные мероприятия, профилактическая и санитарно-эпидемиологическая работа, научно-практическая работа.
 - Оказание первичной медико-санитарной помощи населению: лечебно-диагностическая работа в поликлинике и на дому (первичный и повторный приём пациентов), заполнение документации.
 - Профилактическая работа: диспансерное наблюдение, санитарно-просветительная работа (лекции, беседы), работа по гигиеническому воспитанию граждан и пропаганда ЗОЖ, противоэпидемические мероприятия (специфическая, неспецифическая профилактика - активное выявление инфекционных больных).
 - Организационно-методическая работа: ознакомление с должностными обязанностями, анализ заболеваемости, анализ деятельности кабинета, ведение учётно-отчётной документации, подача статистических данных, планирование своей деятельности.

- Научно-практическая работа: систематическое повышение квалификации, посещение и участие в конференциях.
2. Планируемая нагрузка для врачей поликлиники называется функцией врачебной должности (вычисляется для каждой специальности отдельно) этот показатель наглядно демонстрирует, сколько посетителей должен принять врач за год.
Функцию врачебной должности вычисляют по формуле $\Phi = [(A \times B) + (C \times D)] \times \Gamma$, где:
А – нагрузка врача на час амбулаторного приема в поликлинике, В – число часов работы на приеме в поликлинике, С – нагрузка врача на час работы по обслуживанию пациентов на дому, Д – число часов работы при обслуживании на дому, Г – число рабочих дней в году. Плановая функция врачебной должности у терапевта составляет 3996 посещений в год.
 3. Планируемое число посещений = $(C \times Ч):1000$, где С – нормативы амбулаторной помощи населению России, Ч – численность обслуживаемого населения.

Задача 6

Для целенаправленного планирования и оценки проведенной лечебно-профилактической работы в поликлинике участковая медицинская сестра подготовила паспорт врачебного (терапевтического) участка.

1. Какая информация отражена в медицинском паспорте участка?
2. С какой целью изучается и фиксируется в медицинском паспорте участка сведения о заболеваемости?
3. Чем характеризуются первичная заболеваемость (собственно заболеваемость) и болезненность?

Ответы

1. Паспорт врачебного участка заполняется 2 раза в год: на начало текущего года и по результату исполнения в конце текущего года Данные паспорта используются для оперативного и стратегического планирования деятельности медицинской организации. В медицинском паспорте участка отражена следующая информация:
 - Характеристика врачебного терапевтического участка, численность прикрепленного населения.
 - Местонахождение: городская, сельская местность. План участка, в котором указаны этажность домов, число квартир, расположение школ, дошкольных учреждений, предприятий и других объектов.
 - Демографические данные, содержащие характеристику полового и возрастного состава населения.
 - Основные показатели работы поквартально, с указанием % обслуживаемых на дому, характеристики амбулаторных приемов, процента активных профилактических посещений.
 - Данные об инфекционных заболеваниях.
 - Сведения о заболеваемости.
2. Заболеваемость является одним из критериев оценки состояния здоровья населения. Материалы о заболеваемости населения в практической деятельности врача необходимы для: оценки эффективности проводимых лечебно-оздоровительных мероприятий, в том числе диспансеризации; оценки здоровья населения и выявления факторов риска, планирования объема профилактических осмотров; определения контингента для диспансерного наблюдения, госпитализации, санаторно-курортного лечения, трудоустройства определенного контингента больных. Сведения о заболеваемости необходимы для текущего и перспективного планирования кадров, сети различных служб и подразделений здравоохранения; прогноза заболеваемости.
3. **Первичная заболеваемость** (собственно заболеваемость) — это совокупность вновь возникших заболеваний за календарный год; рассчитывается как отношение числа

впервые в жизни выявленных заболеваний к средней численности населения, умноженное на 1000. **Болезненность** — это распространенность всех зарегистрированных заболеваний, как вновь возникших, так и ранее существовавших, при первичном обращении в календарном году; статистически выражается как отношение числа всех зарегистрированных заболеваний населения за год к средней численности населения, умноженное на 1000.

Задача 7

При обращении к участковому терапевту служащей С. был поставлен диагноз «Острое респираторное заболевание» и назначено лечение. Через четыре дня состояние больной ухудшилось, появился кашель, поднялась температура до 39⁰. Участковый терапевт при осмотре поставил диагноз «Пневмония» и направил пациентку в стационар, где диагноз подтвердился и было проведено соответствующее лечение.

Вопросы:

1. Перечислите основные медицинские документы, которые должен заполнить участковый врач.
2. Перечислите основные медицинские документы, которые заполняет врач стационара.
3. Какой медицинский документ необходимо направить в страховую компанию?

Ответы

1. Участковый врач заполняет следующие медицинские документы
 - Медицинская карта больного, получающего помощь в амбулаторных условиях, учетная форма №025/у
 - Талон пациента, получающего помощь в амбулаторных условиях, учетная форма №025-1/у
 - Листок нетрудоспособности
 - Контрольная карта диспансерного наблюдения, учетная форма №030/у
2. Врач стационара заполняет следующие медицинские документы:
 - "Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара" учетная форма № 003/у
 - "Журнал учета приема пациентов и отказов в оказании медицинской помощи в стационарных условиях, в условиях дневного стационара" учетная форма № 001/у
 - "Лист ежедневного учета движения пациентов и коечного фонда медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара" учетная форма № 007/у
 - "Статистическая карта выбывшего из медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара" учетная форма № 066/у
 - Листок нетрудоспособности
 - Выписку из медицинской карты стационарного больного
3. В страховую компанию необходимо направить «Талон пациента, получающего помощь в амбулаторных условиях», учетная форма №025-1/у
Каждый из этих документов может быть заполнен в электронном виде.

Задача 8

В городе Невинномысск в 2020 году впервые признано инвалидами 783 человека в возрасте 18 лет и старше. Средняя численность взрослого населения составляет 117680 человек. Инвалидность в связи со злокачественными новообразованиями установлена у 169 человек, в связи с болезнями системы кровообращения у 170, в связи с психическими

расстройствами у 35, болезнями нервной системы – 26, в связи с болезнями костно-мышечной системы у 30.

Вопросы:

- 1) Дайте определение понятию «стойкая нетрудоспособность» и назовите три условия для признания гражданина инвалидом
- 2) Какие виды стойких расстройств функций организма человека существуют?
- 3) Вычислите уровень и структуру причин первичной инвалидности у взрослого населения

Ответы

1. Стойким нарушением трудоспособности (инвалидностью) называется длительная или постоянная потеря трудоспособности, либо значительное ограничение трудоспособности, вызванное заболеванием, травмой или анатомическим дефектом, приведшим к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты.

Условия для признания гражданина инвалидом:

- Нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеванием, последствиями травм или дефектов.
- Ограничение жизнедеятельности – полная или частичная утрата лицом способности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью.
- Необходимость осуществления мер социальной защиты гражданина, включая реабилитацию (наличие социальной недостаточности: неспособность к самостоятельному проживанию, к поддержанию социальных связей, к социальной интеграции, к экономической независимости).

2. К основным видам стойких расстройств функций организма человека относятся:

- Нарушения психических функций (сознания, ориентации, памяти, интеллекта, личностных особенностей, внимания, психомоторных функций, эмоций, восприятия, мышления и т.д.);
- Нарушения языковых и речевых функций (устной; письменной, вербальной и невербальной речи; нарушение голосообразования);
- Нарушения сенсорных функций (зрения; слуха; обоняния; осязания; тактильной, болевой, температурной, вибрационной и других видов чувствительности; вестибулярной функции; боль);
- Нарушения нейромышечных, скелетных и связанных с движением функций (движения головы, туловища, конечностей, в том числе костей, суставов, мышц; статики, координации движений);
- Нарушения функций сердечно-сосудистой системы, дыхательной системы, пищеварительной, эндокринной системы и др.
- Нарушения, обусловленные физическим внешним уродством (деформации лица, головы, туловища, конечностей, приводящие к внешнему уродству; аномальные отверстия пищеварительного, мочевыделительного, дыхательного трактов; нарушение размеров тела).

3. Уровень инвалидности = $\frac{\text{Число впервые признанных инвалидами}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 100000$

Структура причин инвалидности =

$\frac{\text{Число впервые признанных инвалидами с одной нозологической формой заболевания}}{\text{Число всех впервые признанных инвалидами}}$

$\times 100\%$

Задача 9

По распоряжению главного врача по клинико-экспертной работе городской поликлиники было проведено анкетирование пациентов с целью изучения удовлетворенности пациентов оказываемой медицинской помощью. Результаты исследования показали, что удовлетворенность населения амбулаторной медицинской помощью составила 83%, что выше, чем в предыдущем году на 7%. Большинство опрошенных пациентов считают, что врачи внимательны и почтительны, уделяют достаточно времени пациенту, слушают его жалобы, обсуждают варианты лечения. Мнение пациентов о работе среднего медицинского персонала было несколько хуже, 16 из 600 опрошенных указали на грубость медицинских сестер и регистраторов. Основными причинами неудовлетворенности медицинской помощью в поликлинике являются: нехватка узких специалистов (невролог, аллерголог, кардиолог, окулист), невозможность быстро записаться на прием к врачу, увеличение доли платных медицинских услуг. Обработка и анализ данных анкетирования проводилась врачом-статистиком. Результаты мониторинга доведены до сведения администрации, заведующих отделениями, врачей и старших медицинских сестёр поликлиники.

1. Может ли мониторинг удовлетворенности пациентов оказываемой медицинской помощью применяться для контроля качества и безопасности медицинской деятельности в поликлинике?
2. Какие подходы к оценке качества медицинской помощи существуют?
3. Назовите основные компоненты качественной медицинской помощи

Ответы

1. Субъективная удовлетворенность больного лечением является важным ориентиром для организаторов здравоохранения, заинтересованных в выявлении причин неудовлетворенности больных лечением и поиском путей их устранения. Администрация поликлиники получает возможность оценить деятельность медицинской организации в целом и её отдельных структурных подразделений, управлять качеством медицинской помощи, сотрудничать с потребителями своих услуг. Недаром первым принципом менеджмента качества является ориентация на потребителей. Медицинские организации должны понимать их текущие и будущие потребности, выполнять их требования и стремиться превзойти их ожидания.

2. Подходы к обеспечению и оценке качества медицинской помощи:

Качество медицинской помощи оценивается:

- по результату,
- по структуре,
- по процессу оказания медицинской помощи

Отдельно стоят **социологические методы** оценки КМП: опросы по удовлетворенности потребителей (в первую очередь пациентов) и специалистов. Социологическая оценка качества медицинской помощи в системе управления медицинской организацией представляет своего рода обратную связь, позволяющую узнать, как относится население к тем или иным нововведениям, в чем заключаются их достоинства и недостатки. Результаты опросов очень часто определяются отношением пациентов к организации медицинского обслуживания, условиям оказания медицинской помощи, деонтологическим аспектам поведения медицинского персонала, выявляют представления респондентов о совершенствовании качества медицинского обслуживания в регионе и конкретной медицинской организации. Безусловно, низкий уровень удовлетворенности потребителей по результатам опросов может свидетельствовать об общем неблагоприятном положении в системе здравоохранения. Вместе с тем, интерпретация данных опросов невозможна без участия социологов и психологов.

3. Критериями качественной медицинской помощи являются:

- адекватность – соответствие потребностям потребителей и производителей;

- технологичность – соответствие современному уровню развития медицинской науки и техники;
- экономичность – соответствие полученного результата затратам;
- эффективность – соответствие фактического результата запланированному.

Задача 10

Медицинская сестра после приема попросила пациентку подождать в коридоре, пока она ей выпишет рецепт и направления на обследования. Ожидание составило более 40 минут. Пациентка начала возмущаться. На что медицинская сестра сказала: «Таких, как вы, у меня куча, не нравится - не ждите». Пациентке стало плохо, повысилось артериальное давление - возник гипертонический криз.

1. Были ли в данном случае нарушены медицинской сестрой профессиональные обязанности или этические и деонтологические нормы?
2. Каковы могут быть действия участковый врач для предупреждения подобных ситуаций?
3. Назовите основные функции участковой медицинской сестры.

Ответ

1. Назначение препаратов, обсуждение правил их приема, побочных эффектов, длительности терапии и направление на дополнительные обследования составляют важную часть приема врача. На это должно уходить не менее одной трети от общего времени приема. Это повысит уровень доверия и комплаентность пациентов. Слова медицинской сестры являются грубым нарушением деонтологических норм, обесценивают переживания больного. Переживания каждого больного уникальны для него, поэтому их нельзя сравнивать с другими. Если такая ситуация возникла (ожидание более 40 минут), то медицинский персонал должен принести извинения, подчеркнув в своих словах признание ценности этого человека.
2. Медицинская сестра должна быть устно предупреждена о недопустимости нарушения этических и деонтологических норм поведения. О произошедшем инциденте необходимо доложить главной медицинской сестре медицинской организации, которая может объявить выговор, а при повторном нарушении применить иное дисциплинарное взыскание.
3. Медицинская сестра участковая исполняет следующие обязанности:
 - Организует амбулаторный прием врача-терапевта, обеспечивает его медицинскими картами амбулаторных больных, бланками рецептов, направлений, подготавливает к работе приборы, инструменты.
 - Формирует совместно с участковым терапевтом терапевтический участок из прикрепленного к нему населения, ведет персональный учет, информационную (компьютерную) базу данных состояния здоровья обслуживаемого населения, участвует в формировании групп диспансерных больных.
 - Осуществляет диспансерное наблюдение больных, в том числе имеющих право на получение набора социальных услуг, в установленном порядке.
 - Проводит доврачебные осмотры, в том числе профилактические, с записью результатов в медицинской карте амбулаторного больного.
 - Проводит мероприятия по санитарно-гигиеническому воспитанию и образованию обслуживаемого населения, консультирует по вопросам формирования здорового образа жизни.

- Осуществляет профилактические мероприятия по предупреждению и снижению заболеваемости, выявлению ранних и скрытых форм заболеваний, социально значимых болезней и факторов риска, организует и ведет занятия в школах здоровья.
- Организует проведение диагностики и лечения заболеваний и состояний, в том числе восстановительного лечения больных в амбулаторных условиях, дневном стационаре и стационаре на дому.
- Руководит деятельностью младшего медицинского персонала.
- Ведет медицинскую документацию, принимает участие в анализе состояния здоровья обслуживаемого населения и деятельности врачебного (терапевтического) участка.
- Осуществляет сбор и утилизацию медицинских отходов.