

Г. О. Слабкий, С. О. Риков, С. В. Збітнєва, Д. П. Троянов
 Донецький національний медичний університет ім. М. Горького
 Київський центр мікрохірургії ока

ПОВНОВАЖЕННЯ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ З НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ХВОРОБАХ ОРГАНУ ЗОРУ В РАМКАХ КОМПЕТЕНТНІСНОГО ПІДХОДУ

В Україні, в ході реформування системи надання медичної допомоги, пріоритет віддано розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. Функції лікарів загальної практики-сімейних лікарів визначаються відповідно до їх компетенцій, які в країнах Європи запроваджені з 2005 року. Важливе місце в діяльності лікарів загальної практики-сімейних лікарів займає надання медичної допомоги при хворобах органу зору.

В рамках визначених компетенцій лікар загальної практики-сімейний лікар при наданні медичної допомоги пацієнтові з патологією органу зору: встановлює та характеризує причину звернення пацієнта; досягає консенсусу з пацієнтом у розумінні причини звернення; збирає анамнез; залучає пацієнта до співпраці в процесі консультування; складає план обстеження і пояснює його пацієнтові; складає план лікування в партнерстві з пацієнтом; підбиває підсумок консультації та дає чітку інформацію пацієнтові.

З позиції компетентнісного підходу лікар загальної практики-сімейний лікар має проводити

наступні спеціальні офтальмологічні обстеження визначення гостроти зору та кольоровідчуття; огляд повік, кон'юнктиви, слезових проток, зіниці і рогівки; дослідження очного дна методом прямої офтальмоскопії та руху очей і очного тиску (тонометрія).

При зверненні пацієнта з хворобами очей і їх придатків лікар загальної практики-сімейний лікар діагностує і лікує самостійно до одужання або ремісії неускладнений кон'юнктивіт, ячмінь, порушення рефракції: міопія, гіперметропія, пресбіопія, крім тяжких форм, зміни сітківки ока у хворих на діабет, при атеросклерозі – у разі необхідності скеровує до спеціаліста.

Діагностує і лікує за консультування зі спеціалістом: ускладнений кон'юнктивіт, дакриоденіт, дакриоцистит, катаракту.

Встановлює попередній діагноз, направляє хворого до спеціаліста, проводить подальше лікування і реабілітацію відповідно до рекомендацій спеціаліста при таких захворюваннях як кератит, глаукома, пухлини ока, травма очного яблука, стороннє тіло переднього відрізка ока.

Г. О. Слабкий, Н. Р. Готь

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

ДО ІНДИКАТОРІВ ОЦІНКИ ДІЯЛЬНОСТІ ОБЛАСНИХ ЛІКАРЕНЬ

З метою об'єктивної оцінки діяльності обласних лікарень розроблено критерії, які складаються з трьох груп: критерії структури, процесу і результату.

До індикаторів структури віднесені наступні: питома вага ліжок інтенсивної терапії (не нижче 5%), наявність в приймальних відділеннях палат інтенсивної терапії укомплектованих протишокковими укладками (100%), укомплектованість атестованими лікарськими кадрами (не нижче 95%), оснащення всіх структурних підрозділів відповідно до таблицю оснащення (100%), забезпеченість засобами медичного призначення для надання інтенсивної допомоги (100%), організація роботи центру безперервного підвищення кваліфікації медичного персоналу (наявність планів підготовки лікарів та середніх медичних

працівників, їх виконання), організація роботи контрольно-експертних комісій (наказ по закладу, протоколи засідання), комп'ютеризація всіх структурних підрозділів з доступом до Інтернет (100% підрозділи), наявність у всіх підрозділах медичних стандартів/клінічних протоколів (100% у відповідності до наказів МОЗ), впровадження сучасних організаційних та клінічних технологій за реєстрами галузевих нововведень (наявність реєстру галузевих нововведень, комісії по їх впровадженню, актів впровадження, аналізу результатів), дороговартісна діагностична та лікувальна апаратура використовується не менше 12 годин на добу (журнали роботи кабінетів), планові операції проводяться щоденно (крім вихідних та святкових) при цьому операційні використовуються не менше 8 годин на добу (протоколи опе-

рацій), організація обласного центра телемедичних консультацій (не менше 10 консультацій в день), запроваджений облік лікарських помилок, ускладнень пацієнтів в результаті використання лікарських засобів та використання обладнання (ведення журналів у всіх підрозділах, протоколів розгляду та семінарів навчання медичних працівників за результатами), впроваджена системи безпеки пацієнтів (наявність відповідної комісії, розроблених заходів відповідно до методрекомедацій МОЗ, позитивна оцінка за результати акредитації), діагностична служба включаючи рентген, функціональну та лабораторну діагностику працює цілодобово (показники обстеження ургентних пацієнтів в нічний час та святкові дні).

До індикаторів процесу в оцінці діяльності обласних лікарень віднесено наступні: госпіталізація пацієнтів тільки за показами для третього рівня медичної допомоги (рівень відповідної госпіталізації не нижче 95%), госпіталізація пацієнтів тільки у профільні відділення (100%),

застосування медичних стандартів/клінічних протоколів (не нижче 90%), робота ліжка 340 днів на рік (100%), середнє перебування на ліжку обґрунтоване експертними заключеннями (за показаннями), надання медичної допомоги пацієнтам на ранньому госпітальному етапі (приймальні відділення) (100% від потреби згідно з станом пацієнтів), задоволеність пацієнтів за даними соціологічних досліджень (80% за даними соціологічного опитування).

Індикаторами результату встановлено щорічне зниження всіх видів летальності не менше ніж на 10%, а також відповідне зниження рівня ускладнень пов'язаних з медичними втручаннями, невиконанням медичних стандартів, з відсутністю обладнання, та несправним обладнанням. Рівень внутрішньо лікарняних інфекцій має бути повністю скороченим, а рівень розходження клінічного та патологоанатомічних діагнозів має складати не більше 5%.

Г. О. Слабкий, С. В. Дудник

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького
Луганський державний медичний університет*

СИСТЕМА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ПЕРЕДЧАСНОЇ СМЕРТНОСТІ ЧОЛОВІКІВ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ У ВЕЛИКОМУ ПРОМИСЛОВОМУ РЕГІОНІ

Проблеми в стані здоров'я та якості життя чоловіків працездатного віку Луганської області, висока передчасна смертність чоловіків, проблеми в якості надання медичної допомоги, відсутність скоординованих та недосконалість існуючих заходів профілактики захворюваності та смертності, отримані негативні прогностичні тенденції смертності ЧПВ до 2030 р., вивчені медико-соціальні особливості смертності, дані медико-соціального дослідження (опитування) способу життя, рівня здоров'я, якості надання медичної допомоги стали підставою для наукового обґрунтування та розробки системи медико-соціальної профілактики смертності ЧПВ на рівні регіону з новими функціонально-організаційними підходами до надання медичної допомоги з використанням міжсекторального підходу у відповідності з сучасною стратегією державної політики у сфері охорони здоров'я щодо попередження передчасної смертності працездатного населення.

Система медико-соціальної профілактики смертності ЧПВ покликана покращити та зміцнити здоров'я ЧПВ, сформувані здоровий спосіб життя, збільшити здорове, соціально-активне довголіття та очікувану тривалість життя чоловіків шляхом підвищення якості медичної до-

помоги та усунення причин і умов, що потенціують травматизм, інвалідність, захворюваність та смертність. Основними принципами розробленої системи стали: єдність дій на всіх рівнях з метою формування здорового способу життя та покращення здоров'я чоловіків, багаторівневий та міжсекторальний підхід до організації профілактики захворюваності та смертності, пріоритет превентивних заходів профілактики, безперервність та спадкоємність заходів профілактики на всіх її етапах та рівнях здійснення, комплексність та системність.

Організаційна модель системи медико-соціальної профілактики смертності чоловіків працездатного віку базується на діяльності обласної міжсекторальної ради з питань збереження та зміцнення здоров'я ЧПВ, запобігання захворюваності, смертності, що покликана забезпечувати міжсекторальну координацію дій всіх служб та ланок в рішенні виникаючих проблем із здійснення профілактики та вирішення питань щодо першочерговості фінансування заходів з профілактики та розподілу коштів між структурними складовими системи. До складу ради увійшли представники: Головного управління охорони здоров'я, управління у справах сім'ї, молоді та спорту,