

Организация и содержание работы участкового терапевта

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) в Республике Беларусь включает развитую систему различных амбулаторных организаций (фельдшерско-акушерские пункты, сельские врачебные амбулатории, поликлиники, диспансеры и др.). Более половины всех посещений в поликлиниках и более 90 % посещений врачами пациентов на дому приходится на долю терапевтической службы, а в структуре заболеваемости, смертности и причин инвалидности пациенты терапевтического профиля составляют более 30 %. Таким образом, наиболее востребованными специалистами первичного звена отечественного здравоохранения являются терапевты амбулаторно-поликлинических организаций.

В основу организации медицинской помощи, включая терапевтическую, положен участково-территориальный или участково-производственный (цеховой) принцип. Врачебный терапевтический участок – это определенная численность населения, объединенная общностью территории проживания (часть города, районного центра, поселка и др.) или трудовой деятельности (по производственно-цеховому принципу), ПМСП которым обеспечивает одна врачебная должность терапевта. Участковый врач-терапевт оказывает квалифицированную терапевтическую помощь.

Основными действующими документами, регламентирующими штатную численность должностей врачей и нормативы их нагрузки в амбулаторно-поликлинических организациях в настоящее время являются Постановления МЗ РБ № 150 от 7.12.2007 г. «Об утверждении примерных штатных нормативов медицинских и других работников поликлиник и детских поликлиник (поликлинических отделений)» и № 161 от 13.12.2007 г. «Об утверждении отраслевых норм времени обслуживания взрослого и детского населения врачами государственных организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, финансируемых за счет средств бюджета».

Цеховую медицинскую службу финансирует предприятие, поэтому ее мощность и структура зависят от возможностей содержащего ее предприятия – от крупных санитарных частей с поликлиникой и стационаром до одного цехового терапевта, который может вести прием на базе ближайшей территориальной поликлиники. Наличие цеховой службы на предприятии не лишает пациентов права в полном объеме пользоваться услугами своей территориальной поликлиники.

Содержание работы участкового терапевта в значительной мере приближается к содержанию работы врача общей практики (ВОП) или семейного врача, являющегося главным представителем первичного звена медицинской помощи в системах здравоохранения большинства стран мира.

ВОП – это специалист с высшим медицинским образованием по лечебному делу или педиатрии, имеющий юридическое право (прошедший специальную подготовку) оказывать первичную многопрофильную медико-социальную помощь населению. Она включает оказание квалифицированной терапевтической помощи при наиболее

распространенных заболеваниях внутренних органов и первой врачебной помощи при других заболеваниях и неотложных состояниях; координацию разных видов медицинской помощи; предполагает наблюдение за членами семьи на протяжении всей жизни; владение основами медицинской психологии и методами формирования здорового образа жизни; организацию медико-социальной помощи семье. В обязанности ВОП входит также выполнение ряда широкопрофильных лечебно-диагностических манипуляций, например, исследование сухожильных рефлексов, отоскопия, ларингоскопия, офтальмоскопия, измерение внутриглазного давления, вагинальное исследование, диагностика и ведение беременности, первичная хирургическая обработка ран, вскрытие абсцессов, транспортная иммобилизация при переломах и др.

Семейный врач (СВ) – это квалифицированный специалист с высшим медицинским образованием, оказывающий первичную многопрофильную медико-санитарную помощь всей семье независимо от пола и возраста ее членов. В настоящее время, несмотря на небольшие различия в компетенциях ВОП и СВ в некоторых странах (ВОП ведет прием прикрепленного населения по территориальному принципу, а СВ наблюдает семьи), всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендует использовать эти термины как равнозначные.

Современный этап развития здравоохранения нашей страны предусматривает приоритет именно ПСМП над другими видами медицинской помощи с внедрением различных форм медицинского обеспечения, включая ВОП/СВ.

Успешное функционирование терапевтической и других служб поликлиники невозможно без четкой организации, планирования работы и рабочего времени врача. Планирование труда медицинских работников проводится исходя из следующих видов норм труда: норма времени (величина затрат рабочего времени для выполнения условной единицы работы одним работником), норма нагрузки (установленный объем работы за единицу рабочего времени) и норма численности медицинских работников (Постановление МЗ РБ № 161 от 13.12.2007 г.).

Утвержденная этим Постановлением норма времени на 1 посещение терапевта при первичном приеме составляет 15 мин (4 посещения в час), при повторном – 10,7 мин (5,6 посещений в час). Исходя из сложившейся практики, определена средняя норма нагрузки на терапевтическом приеме – 4,4 человека в час (из расчета 3 первичных посещения по 15 мин и 1,4 повторных по 10,7 мин). При работе на домашних визитах норма нагрузки составляет 2 пациента в час.

Для большинства врачей (включая участковых терапевтов) и средних медицинских работников установлена 38,5-часовая рабочая неделя, что составляет 1619 часов в год, из которых 912 час. отводится на прием в поликлинике (амбулатории), 707 час. – на выполнение домашних визитов. С учетом вышеизложенного на одну должность терапевта планируется 4013 осмотров пациентов (первичных и повторных) в поликлинике, 1414 – на дому. При подведении итогов работы за год нагрузка, фактически выполненная врачом (отделением, поликлиникой) оценивается относительно этих планируемых нормативов.

Численность территориального терапевтического участка устанавливается главным врачом поликлиники в соответствии с действующими нормативами и учетом ряда факторов: половозрастного состава (по данным переписи населения), плотности населения участка, сложившейся посещаемости и др., и составляет 1700 - 1800 человек – примерно 0,59 должности терапевта на 1000 населения (Постановление МЗ РБ № 150 от 7.12.2007 г.). Соответственно общему числу жителей, прикрепленных к территориальной поликлинике, определяется количество терапевтических участков, которые объединяются в терапевтические отделения – по 6,5 - 9 должностей терапевтов, на которые вводится должность освобожденного заведующего отделением. Для участков ВОП оптимальная численность прикрепленного населения составляет 1300 человек.

Важную роль во всех видах деятельности терапевта играет участковая медсестра, поэтому на одну врачебную должность устанавливается 1,5 должности медсестры.

Рабочий день участкового терапевта складывается из амбулаторного приема в поликлинике (примерно 4 часа) и оказания пациентам помощи на дому (оставшееся время). Количество часов, затрачиваемое врачом на эти виды работы, зависит от посещаемости поликлиники, количества вызовов на дом по дням недели, времени года, эпидемиологической ситуации и прочих обстоятельств. Поэтому время работы на амбулаторном приеме может или увеличиваться или сокращаться в пользу работы на дому в соответствии с необходимостью. В дни недели с более низкой посещаемостью (вторник, четверг) планируются преимущественно такие виды деятельности, как проведение диспансеризации, прививок, санитарно-просветительной работы и прочее. Рационально составленный график работы повышает доступность участкового врача для населения. Практика показывает, что наиболее удобен такой график, когда врач поочередно работает в разные часы дня в разные дни недели (посменно). Заведующий отделением составляет график работы каждого терапевта на месяц, главный врач утверждает его.

Для регуляции потока пациентов в поликлинике практикуется предварительная выдача регистратурой талонов на прием к врачу (утвержденная форма № 025-1/у-07) с указанием в них номера, даты и времени приема пациента, фамилии врача и номера кабинета. Прием экстренных пациентов ведется независимо от наличия у них талона.

Запись вызова врача на дом производится диспетчером поликлиники (обычно по телефону) до 12 часов дня, а выполнение визитов врачом – в свободное от амбулаторного приема время, но обязательно в день поступления вызова.

Посещение заболевших на дому может осуществляться не только по вызову пациента, но и по инициативе врача (к тяжелым пациентам, престарелым, инвалидам и др.), а также по заявке врачей стационара (при выписке тяжелого пациента) или скорой помощи. Это «активные» визиты. Они являются одним из важных показателей правильно организованной амбулаторной медицинской помощи.

Для планирования и проведения лечебной и профилактической помощи населению участковому врачу необходимы такие данные, как:

- план территории участка с указанием этажности домов, числа квартир;
- описание санитарно-технического состояния участка;
- перечень промышленных и других хозяйственных объектов, находящихся на вверенной территории;
- демографические данные;
- сведения об инфекционной заболеваемости на участке;
- сведения о заболеваемости по отдельным нозологическим формам;
- численность и изменения в диспансерных группах;
- списки и учет осмотров отдельных контингентов населения (инвалидов Великой Отечественной войны, труда; онкологических пациентов; лиц, стоящих на учете в туберкулезных диспансерах и др.);
- сведения о прививках;
- сведения о госпитализации и расхождении диагнозов;
- сведения о смертности на участке;
- основные поквартальные показатели работы.

Эти и другие необходимые сведения заносятся в паспорт врачебного участка (форма № 030/у-04).

Врачу, особенно начинающему, необходима также «Папка участкового терапевта», которая хоть и не является утвержденной (т.е. обязательной, единой) формой документации, но в повседневной практике участкового терапевта очень полезна, поскольку в нее собирается набор необходимых для работы документов: инструкция о порядке выдачи листков нетрудоспособности и справок; клинические протоколы обследования и лечения основных терапевтических заболеваний; рекомендации по тактике и неотложных мерах при выявлении особо опасных инфекций и других инфекционных заболеваний; графики прививок; перечень контингентов населения, имеющих льготы при получении лекарственных препаратов в аптеках и целый ряд других справочно-информационных материалов.

Папка участкового терапевта и иная оперативная информация могут быть представлены в электронном варианте (при соответствующем оснащении рабочего места врача), что отвечало бы современным технологиям организации труда.

В работе участкового врача используются учетные и неучетные формы медицинской документации.

Основные утвержденные формы.

Медицинская карта амбулаторного пациента (форма № 025 - 1/у-07).

Статистический талон (форма № 025-2/у).

Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром, профессиональном отравлении (форма № 058/у).

Ведомость учета посещений, заболеваний и пролеченных пациентов врачом в амбулаторно-поликлинических организациях (форма № 025-3/у-07).

Карта учета диспансерного наблюдения (форма № 131/у-Д).

Контрольная карта диспансерного наблюдения (форма № 030/у).

Направление на медико-социальную экспертизу (форма № 2-мсэ/у-09).

Журнал учета инфекционных заболеваний (форма № 060/у).

Справка о нуждаемости в санаторно-курортном лечении (форма № 070/у).

Санаторно-курортная карта (форма № 072/у).

Выписка из медицинских документов (форма 1мед/у-10), которая может использоваться вместо санаторно-курортной карты при направлении пациента в санаторные учреждения.

Медицинская справка о состоянии здоровья (форма 1здр/у-10).

Индивидуальная программа медицинской реабилитации пациента (форма 7-мсэ/у-09).

Листок нетрудоспособности.

Справка о временной нетрудоспособности.

Примером неутвержденных форм являются:

- направление на стационарное лечение.
- бланки направлений на лабораторное исследование, рентгенографию грудной клетки, ЭКГ, ЭхоКГ и др.
- бланки рецептов для получения лекарств на общих и льготных условиях.

Содержание работы участкового терапевта отличается многообразием, в котором можно выделить следующие основные разделы, неразрывно связанные между собой как звенья единого процесса:

1. Лечебно-диагностическая работа на приеме в поликлинике (амбулатории) и на дому.
2. Осуществление комплекса мероприятий по медицинской реабилитации пациентов.
3. Проведение медико-социальной экспертизы (МСЭ).
4. Профилактическая работа.
5. Повышение собственной квалификации и уровня профессиональных знаний среднего персонала (участковой медсестры).

- б. Анализ и планирование работы по всем разделам деятельности с предоставлением отчетов и ведение необходимой учетно-отчетной документации.

В амбулаторно-поликлинической практике наиболее целесообразен и применяется синдромный метод диагностики заболеваний, предусматривающий:

- выявление симптомов и синдромов;
- выбор ведущего синдрома и определение формирующих его патофизиологических механизмов;
- определение нозологических форм заболеваний, при которых имеются данные симптомы, синдромы и механизмы;
- дифференциальную диагностику (сопоставление имеющихся у пациента клинических, лабораторных и других данных с клинической картиной каждой из подозреваемых нозологических форм) и установление окончательного диагноза.

При необходимости проводятся консультации с заведующим терапевтическим отделением, врачами «узких» специальностей, по показаниям оказывается неотложная помощь пациенту, решаются вопросы об экстренной или плановой госпитализации, в т.ч. и в отделение дневного пребывания пациентов (не нуждающихся в круглосуточном врачебном наблюдении), назначается лабораторно-инструментальное обследование и лечение, соответствующее действующим клиническим протоколам.

Иногда могут возникнуть ситуации, когда пациенту показана госпитализация, но по каким-либо причинам она затруднена или невозможна по медицинским показаниям. На этот случай возможна организация пациенту стационара на дому. Эта форма оказания медицинской помощи предусматривает квалифицированное обследование и полноценное лечение в домашних условиях с последующим продолжением его амбулаторно или в стационарных условиях. При этом у поликлиники должна быть возможность осуществить все лечебные и диагностические мероприятия на дому, обеспечить ежедневное врачебное и сестринское наблюдение, а у заболевшего – удовлетворительные материальные и бытовые условия (обеспеченность хорошим уходом и правильным питанием).

При амбулаторном лечении пациента определяются режим, рекомендации по питанию, назначаются лекарственные препараты, решаются вопросы его трудоспособности.

Фармакотерапия должна быть адекватной, содержать оптимальный минимум наиболее эффективных средств в удобных для пациента формах применения (предпочтение отдается неинъекционным препаратам, либо средствам с парентеральным введением не чаще 1 - 2 раз в день). Особенно важно учитывать это при назначении инъекционных форм антибиотиков. Парентеральное введение лекарств (внутримышечные и внутривенные инъекции препаратов, приобретенных пациентом в аптеке по рецепту) выполняется по направлению врача в процедурном кабинете поликлиники. На дому такие манипуляции может делать участковая

медсестра в течение своего рабочего дня (1 - 2 раза в день). Если необходимый препарат должен вводиться чаще, и пациент не может быть госпитализирован, то целесообразно использовать комбинированный прием (инъекционно и внутрь, при условии выпуска этого препарата в соответствующих формах), либо обсудить с пациентом иные возможности выполнения инъекций (медицинскими работниками из числа родственников, на платной основе и др.).

Из средств неинъекционного применения (орального, ингаляционного и др.) следует, при возможности, отдавать предпочтение их пролонгированным (ретардным) формам с приемом 1 - 2 раза в день.

Лекарственные препараты выписываются на специальных рецептурных бланках, в которых отмечаются условия их оплаты пациентом, за полную стоимость, бесплатно или на льготных условиях.

Во время амбулаторного приема или при посещении пациента на дому участковый терапевт может встретиться с инфекционным заболеванием или заподозрить его. В условиях поликлиники при необходимости пациент может быть проконсультирован врачом-инфекционистом, а на дому – принять решение самостоятельно и немедленно передать по телефону экстренное сообщение о заболевшем в территориальный центр гигиены и эпидемиологии (ЦГиЭ). Данные заносятся диспетчером ЦГиЭ в журнал учета инфекционных заболеваний (форма № 060/у), а врачу в ответ называется регистрационный номер, под которым зафиксировано данное сообщение, и фамилия принявшего сообщение. Последнее необходимо для последующего внесения данных о случае заболевания в поликлинический журнал учета инфекционных заболеваний под зарегистрированным в ЦГиЭ номером и заполнения формы № 058/у.

О случае инфекционного заболевания врач информирует заведующего терапевтическим отделением и врача-инфекциониста.

Обязательной госпитализации в инфекционный стационар подлежат пациенты с инфекционными заболеваниями, наиболее опасными в эпидемическом плане (например, вирусный гепатит, дизентерия, менингококковая инфекция, дифтерия) или протекающие в тяжелой форме, а также острые кишечные инфекции у пищевиков (так называют людей, работающих с пищевыми продуктами). Если же диагностируются такие заболевания, как корь, скарлатина, краснуха, острые кишечные инфекции (не у пищевиков), и они протекают в нетяжелой форме, то участковый терапевт совместно с врачом-инфекционистом организует соответствующее обследование и лечение на дому, а ЦГиЭ проводит эпидемиологическое обследование очага.

Оставляя пациента дома, участковый терапевт объясняет ему и проживающим с ним лицам меры противоэпидемической безопасности, осуществляет динамическое наблюдение за состоянием пациента, контроль за соблюдением режима и назначений, а также наблюдение за лицами, контактировавшими с заболевшим. Объем и продолжительность работы в инфекционном очаге зависят от конкретного заболевания и продолжительности его инкубационного периода. Правила и содержание работы в инфекционных очагах должны быть записаны в памятку и храниться в папке участкового врача.

После окончания случая инфекционного заболевания, когда диагноз подтвержден бактериологически и/или серологически, врач, завершающий лечение пациента заполняет экстренное извещение (форма № 058/у) с указанием регистрационного номера (того самого, под которым зафиксировано начало данного случая) и отправляет его в ЦГиЭ. Если диагноз инфекционного заболевания не подтвердился, то на отправляемом извещении делается пометка «об изменении диагноза» и указывается заключительный диагноз.

Лечебно-диагностическая работа участкового терапевта, как и врачей других специальностей, направлена на достижение полного восстановления нарушенных вследствие болезни функций организма, предупреждение осложнений, хронического течения и рецидивов заболевания, что в целом соответствует современному понятию медицинской реабилитации.

В настоящее время основными действующими инструктивными материалами по вопросам реабилитации в нашей стране являются приказы № 666 от 21. 06.2011г. и «Инструкция о порядке организации медицинской реабилитации в Республике Беларусь», в которых определены основные принципы медицинской реабилитации (раннее начало, преемственность, комплексность, этапность, непрерывность, индивидуальный подход), уровни организационного руководства службой медицинской реабилитации и учреждения для ее проведения, состав мультидисциплинарной бригады врачей (врач-реабилитолог, врач лечебной физкультуры, врач-физиотерапевт) для проведения реабилитационно-экспертной диагностики и составления индивидуальной программы медицинской реабилитации (форма №7 – МСЭ/у-09).

В приложении к инструкции приводится перечень заболеваний и срок проведения медицинской реабилитации.

Всех пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации, разделяют на 3 клинико-реабилитационные группы:

1. Пациенты с острыми заболеваниями и начальными стадиями хронических (неосложненное течение, благоприятный прогноз).
2. Часто и длительно болеющие; пациенты острыми заболеваниями с затяжным или осложненным течением и травмами, способными привести к инвалидности; пациенты хроническими заболеваниями, не являющиеся инвалидами.
3. Инвалиды III и II группы в первые годы инвалидности.

Восстановительным лечением пациентов 1-й группы занимается лечащий врач, 2-й и 3-й групп – отделение медицинской реабилитации поликлиники.

Функциональные нарушения вследствие заболевания человека (последствия болезни) могут проявляться на 3-х уровнях:

- органом (нарушение функционального состояния больного органа);

- организменном (ограничение жизнедеятельности);
- социальном (социальная недостаточность).

Степень выраженности функциональных нарушений в организме (ориентировочно определяется в процентах) и возможности ее компенсации отражает функциональный класс (ФК).

Выделяют 5 функциональных классов:

ФК-0 – отсутствие нарушений;

ФК-I – незначительные функциональные нарушения (не более чем 25 %), как правило, не отражающиеся или влияющие незначительно на жизнедеятельность и не вызывающие социальную недостаточность; сюда же относятся более выраженные нарушения, которые с помощью медикотехнических средств компенсируют полностью или до степени легких нарушений;

ФК-II – умеренные (от 25 до 50 %), не компенсируемые с помощью вспомогательных средств или более значительное нарушение, частично компенсируемое до умеренной степени;

ФК-III – значительные (от 51 до 75 %), не компенсируемые или слабокомпенсируемые;

ФК-IV – резко выраженные (свыше 75 %), необратимые функциональные нарушения.

Понятие ФК является универсальным и используется на всех трех упомянутых уровнях функциональных нарушений.

Оценка жизнедеятельности организма в целом проводится по комплексу параметров (критериев) жизнедеятельности: способность к передвижению, самообслуживанию, ориентации, контролю своего поведения, общению, обучению, труду. Нарушение этих показателей жизнедеятельности приводит и к социальной дезадаптации (социальной недостаточности) человека, поэтому именно они являются критериями определения стойкой утраты трудоспособности.

Процесс медицинской реабилитации состоит из нескольких этапов:

1. Диагностика последствий заболевания на 3-х упомянутых уровнях (функциональное состояние больного органа, организма в целом и социальные последствия болезни для данного пациента), результатом которой является определение ФК нарушений жизнедеятельности.

2. Оценка реабилитационного потенциала пациента, т.е. резервных возможностей организма, в значительной степени определяющихся функциональным состоянием других органов и систем.

3. Проведение медико-социальной экспертизы (МСЭ).

4. Составление и реализация индивидуальной программы реабилитации, динамическое наблюдение за пациентом.

5. Оценка результатов проведенной реабилитации, ее эффективности (в том числе и по изменению ФК после восстановительного лечения).

Реабилитация может быть цикловой (одно- или многоцикловой) и непрерывной (как это требуется при ряде хронических заболеваний – артериальной гипертензии, сахарном диабете и др.). Возможна и непрерывно-цикловая схема, когда на фоне непрерывного лечения проводятся дополнительные циклы.

Показателями эффективности реабилитации являются:

1. Сокращение сроков временной нетрудоспособности (ВН) по данному случаю заболевания и общей продолжительности ВН за год.

2. Сохранение трудоспособности, профилактика инвалидности.

3. Уменьшение количества обострений заболевания за год.

4. Увеличение продолжительности ремиссий.

5. Уменьшение тяжести инвалидности, восстановление способности к самообслуживанию.

6. Поздняя летальность, увеличение продолжительности жизни.

После окончания курса реабилитации оценивается (и отмечается в индивидуальной программе реабилитации и в журнале) ФК жизнедеятельности, уменьшение которого является важнейшим показателем эффективности реабилитации.

Чрезвычайно ответственный раздел повседневной работы участкового терапевта, неразрывно связанный с лечебной, реабилитационной и профилактической деятельностью – определение трудоспособности заболевшего и продолжительности ее утраты. Чаще всего речь идет о временной нетрудоспособности (ВН), а также о своевременном выявлении признаков стойкой утраты трудоспособности (инвалидности) пациентов.

В соответствии с основными действующими приказами, регламентирующими экспертизу ВН в организациях здравоохранения Республики Беларусь, и Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29.08.2011г. №89/84 утверждена «Инструкция о порядке выдачи и оформления листков нетрудоспособности и справок о временной нетрудоспособности». Согласно указанной инструкции ВН возникает при острых заболеваниях (травмах), кризовых состояниях, обострении (декомпенсации) хронических заболеваний в следующих случаях:

- трудовая деятельность недоступна;

- трудовая деятельность противопоказана;
- при проведении инвазивных методов обследования, вызывающих временную нетрудоспособность, листок нетрудоспособности выдается лечащим врачом совместно с заведующим отделением на день манипуляции. Если в результате проведенного обследования возникло осложнение, повлекшее за собой временную нетрудоспособность, листок нетрудоспособности выдается лечащим врачом на общих основаниях;
- в период проведения обязательного периодического медицинского осмотра, если устанавливается необходимость лечения (листок нетрудоспособности выдается с первого дня обследования). В остальных случаях лицам, подлежащим периодическим медицинским осмотрам, за время обследования в центре профпатологии выдается справка о состоянии здоровья (форма 1 здр/у-10).

Основными обязанностями участкового врача при установлении ВН являются:

- проведение первичной экспертизы трудоспособности;
- выдача листка нетрудоспособности (ЛН) или справки о временной нетрудоспособности при наличии конкретного вида ВН;
- представление пациентов заведующему терапевтическим отделением, если ВН длится более 6 дней;
- представление своих пациентов на ВКК в установленные сроки и по необходимости (нуждаемость в трудоустройстве, наличие признаков стойкой утраты трудоспособности, необходимость переосвидетельствования инвалидов, необходимость предоставления академического отпуска или перевода на другой факультет по состоянию здоровья студентам высших и средних учебных заведений, решение вопроса о санаторно-курортном лечении и т.п.);
- непосредственное оформление направления на медико-социальную экспертизу (форма №2- мсэ/у-09) после проведения комплекса диагностических, лечебных, реабилитационных мероприятий и заключения ВКК о необходимости такого направления.

В профилактической работе участкового врача можно выделить 3 основных направления:

1. Санитарное просвещение населения участка;
2. Участие в проведении профилактических прививок (иммунизации);
3. Диспансеризация населения.

Санитарное просвещение – неотъемлемая часть ежедневной лечебно-диагностической работы врача. При общении с каждым пациентом ему должны разъясняться принципы здорового образа жизни и режима по конкретному, имеющемуся у пациента заболеванию, основы рационального и лечебного (для данного заболевания) питания, вред курения и злоупотребления алкоголем и другие

санитарно-гигиенические аспекты. Обязательно нужно информировать пациента о его заболевании, возможных причинах и последствиях. После такой конкретной беседы врач может приобрести в лице пациента реального союзника в борьбе с его болезнью.

Помимо индивидуальной работы с пациентами санитарное просвещение проводится и в организованных формах: лекции для посетителей поликлиники и на предприятиях, выпуск различных информационных материалов и др.

Участие терапевтов в иммунизации населения осуществляется под руководством врачей-иммунологов с учетом контингентов, подлежащих прививанию и календаря прививок. Обязательными для взрослых людей (при отсутствии противопоказаний) являются прививки (вакцинация и ревакцинация) против дифтерии и столбняка (для всего населения с 16 лет до 66 лет), против краснухи (для не болевших этой инфекцией женщин детородного возраста). Прочие прививки проводятся по показаниям и с учетом эпидемической ситуации.

Участковые врачи и медицинские сестры занимаются просвещением населения относительно прививок, составляют списки населения, подлежащего иммунизации, контролируют охват ею населения участка, определяют наличие противопоказаний к проведению прививки, направляют в прививочный кабинет для вакцинации и ревакцинации.

Диспансеризация занимает особое место в деятельности участкового терапевта, хотя следует подчеркнуть, что диспансерной работой занимаются все без исключения врачи-специалисты поликлиники. Это метод профилактической работы с населением независимо от состояния здоровья. Для здоровых лиц его целью является сохранение и укрепление их здоровья (то есть первичная профилактика заболеваний), для пациентов – активное выявление лиц с факторами риска и заболеваний в ранних стадиях, профилактика обострений и осложнений, восстановительная терапия (то есть вторичная и третичная профилактика). В этой связи следует дифференцировать диспансеризацию населения (т.е. реализацию права пациента на ежегодный диспансерный осмотр и, при необходимости, на динамическое наблюдение) и диспансеризацию терапевтических пациентов.

Первая преследует цель охватить ежегодным медицинским осмотром и необходимым минимумом параклинических исследований максимальное количество населения участка (в идеале – всех жителей), а ее главным результатом является оценка состояния здоровья этих лиц и отнесение их в определенную группу диспансерного наблюдения с последующей соответствующей профилактической работой. Выделяют следующие группы диспансерного динамического наблюдения: «Д-I» – здоровые, «Д-II» – практически здоровые (лица, имевшие в ближайшем анамнезе острые заболевания, которые могут привести к хронизации патологического процесса, факторы риска хронических заболеваний или некоторые хронические заболевания без признаков обострения в течение нескольких лет) и «Д-III» – пациенты с хроническими заболеваниями, не имеющие группы инвалидности и «Д-IV» – пациенты с хроническими заболеваниями, имеющие группу инвалидности. Профилактическая работа врача с группами «Д-I» и «Д-II» заключается в пропаганде здорового образа

жизни и санитарно-гигиенических знаний, борьбе с факторами риска, в проведении индивидуальных оздоровительных мероприятий и, желательно, ежегодных профилактических осмотров (если пациент не относится к контингенту лиц, для которых эти осмотры обязательны).

Для максимального охвата диспансерным наблюдением населения своего участка терапевты используют индивидуальные осмотры:

- по обращаемости пациентов к врачу в связи с заболеванием, за справкой в бассейн, для оформления санаторно-курортной карты, поступлением на работу, поступлением в средние и высшие учебные заведения и т.п.;
- при выполнении врачом визитов на дому, в том числе, активных (т.е. без вызова пациентом) к хроническим пациентам и лицам пожилого возраста;
- по активному вызову врачом пациентов на прием.

Диспансеризация предусматривает индивидуальную многолетнюю работу с пациентами группы «Д-IIIа» и «Д-IIIб»: регулярные периодические осмотры с определенной частотой, обследование и проведение соответствующих заболеванию лечебно-оздоровительных мероприятий.

Важнейшее условие правильной организации диспансеризации пациентов – ежегодное подведение итогов и объективная оценка ее эффективности, для чего используются определенные количественные показатели работы врача с диспансерной группой и показатели эффективности диспансеризации у каждого пациента. Для проведения диспансеризации терапевтических пациентов врачу может выделяться специальное время (несколько часов в месяц), в течение которого он проводит соответствующую работу с пациентами (по предварительному вызову) и с документацией.

В обязанности участкового терапевта входит персональный учет населения своего участка с указанием тех, кто наблюдается цеховой службой, ведомственными учреждениями, диспансерами и другими организациями здравоохранения с выделением определенных контингентов лиц (инвалиды и участники ВОВ, студенты высших и средних учебных заведений, пациенты с туберкулезом и онкологическими заболеваниями, диспансерные пациенты и др.). Как отмечалось выше, эти данные заносятся в паспорт врачебного участка.

Повышение профессиональной квалификации участкового терапевта и участковой медицинской сестры – необходимое условие их успешной повседневной работы, осуществляется путем регулярного чтения медицинской литературы, в первую очередь периодических медицинских изданий, участия в научно-практических конференциях, съездах, симпозиумах, семинарах, научных обществах и т.д., а также периодическом обучении на курсах повышения квалификации. Широко практикуются конференции по обмену опытом, аттестации на соответствие занимаемой должности, аттестация на присвоение квалификационной категории, конкурсы на лучшую медицинскую сестру и др.

Наличие квалификационной категории повышает престиж врача, позволяет производить дифференцированную оплату его труда и служит стимулом для дальнейшего профессионального роста.

Показатели работы участкового терапевта – важная составная часть оценки деятельности поликлиники в целом. Для этого ведется ежедневный учет выполненной работы на амбулаторном приеме и на дому в «Ведомости учета посещений, заболеваний и пролеченных пациентов врачом в амбулаторно-поликлинических организациях» (форма № 025-3/у-07), с определенной периодичностью (ежемесячно, ежеквартально, ежегодно) анализируются различные количественные показатели, отражающие объем и эффективность профессиональной деятельности врача.

В конце года составляется годовой отчет с анализом ряда показателей. В отчете приводится характеристика населения участка (количество, преобладающий контингент и социальный состав, количество инвалидов), рассчитывается средняя нагрузка на 1 час приема в поликлинике и работы на дому, количество посещений на дому (по вызову и процент активных из них).

Определяются показатели заболеваемости населения на участке в целом и по отдельным нозологическим формам, в том числе с временной утратой трудоспособности. Анализируется число случаев и дней ВН, средняя продолжительность одного случая по нозологическим формам, а также первичный выход на инвалидность. Особое внимание уделяется заболеваемости лиц трудоспособного возраста, а также болезням системы кровообращения, сахарному диабету, онкологическим и инфекционным заболеваниям, туберкулезу, как наиболее социально значимым.

Анализируется смертность и летальность на дому, их причины.

Оцениваются частота вызовов «Скорой помощи» (в расчете на 1000 населения), показатели госпитализации (плановой, экстренной, отделение дневного пребывания), расхождение клиничко-поликлинических диагнозов. Все случаи расхождения диагнозов анализируются и обсуждаются на врачебной конференции.

Обстоятельно оценивается работа по диспансеризации (с расчетом показателей ее эффективности и качества). Анализируется проведенная санитарно-просветительная работа и участие в иммунизации населения, количество профилактических осмотров.

Заведующие отделениями составляют общий отчет о деятельности своих отделений, который включается в годовой отчет поликлиники. Показатели сравниваются с аналогичными за предыдущие годы, а также с показателями по району, городу и т.д.

Тщательный анализ своей деятельности помогает врачу рационально планировать работу на будущий год.

Права и ответственность участкового терапевта. Изложенное выше содержание работы участкового терапевта отражает его основные должностные обязанности. Но для полноценной работы ему необходимо также знать свои права и ответственность.

Участковый врач-терапевт поликлиники имеет право:

1. Вносить предложения администрации поликлиники по вопросам улучшения лечебно-профилактической помощи населению, организации условий своего труда и труда участковой медицинской сестры.
2. Участвовать в совещаниях по вопросам организации терапевтической помощи населению.
3. Назначать и отменять любые лечебно-профилактические мероприятия с учетом состояния пациента.
4. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей, в том числе от заведующего отделением, заместителей главного врача и главного врача поликлиники (устно или в виде письменных документов, приказов, методических рекомендаций и др.).
5. Представлять участковую медицинскую сестру к поощрениям и вносить предложения о наложении взысканий при нарушении ею трудовой дисциплины и неудовлетворительном исполнении должностных обязанностей.

Участковый терапевт несет персональную ответственность за:

- недобросовестное исполнение своих функциональных обязанностей;
- невыполнение в полном объеме лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий в соответствии с клиническими протоколами;
- несвоевременную госпитализацию пациентов;
- правонарушения в процессе своей деятельности в пределах, определенных действующим законодательством;
- причинение материального и морального ущерба в пределах, определенных действующим законодательством;
- нарушение правил охраны труда, техники безопасности и противопожарной безопасности;
- несоблюдение этических норм поведения и принципов деонтологии.