

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ДЕТСКАЯ БОЛЬНИЦА

Учебно-методическое пособие

+



Минск БГМУ 2013

УДК 614.21(075.8)
ББК 51.1(2)2 я73
Д38

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 20.02.2013 г., протокол № 6

А в т о р ы: доц. Т. П. Павлович; проф. Н. Н. Пилипцевич; доц. А. Ф. Перковская; старший преп. И. Г. Ушакевич

Р е ц е н з е н т ы: канд. мед. наук, доц., зав. каф. поликлинической терапии Белорусского государственного медицинского университета, Р. В. Хурса; канд. мед. наук, доц. декан фак. общественного здоровья и здравоохранения Белорусской медицинской академии последипломного образования, И. Н. Мороз

Детская больница : учеб.-метод. пособие / Т. П. Павлович [и др.]. - Минск : Д38 БГМУ, 2013. – 24 с.

ISBN 978-985-528-910-5.

Содержит информацию об организации здравоохранения стационарного типа: (задачи, структура, организация работы, особенности работы врача). Подробно изложена работа отдельных структурных подразделений. Представлен перечень учетных документов, используемых в стационаре, отчетных документов и показателей деятельности медицинской организации.

Предназначено для студентов 4–5-го курсов педиатрического факультета по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение».

УДК 614.21(075.8)
ББК 51.1(2)2 я73

Учебное издание

Павлович Татьяна Петровна
Пилипцевич Николай Николаевич
Перковская Алла Федоровна и др.

ДЕТСКАЯ БОЛЬНИЦА

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск Т. П. Павлович
Редактор Н. В. Оношко

Компьютерная верстка В. С. Римошевского

Подписано в печать 21.02.13. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».
Ризография. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 1,39. Уч.-изд. л. 1,1. Тираж 70 экз. Заказ 708.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».
ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

ISBN 978-985-528-910-5

© УО «Белорусский государственный
медицинский университет», 2013

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Общее время занятий: 3 академических часа.

Медицинская помощь, оказываемая пациентам в условиях стационара, играет важную роль в системе лечебно-профилактической помощи населению. Комплекс медицинских технологий, предоставляемых в условиях стационара, включает в себя профилактические, диагностические, лечебные, консультативные, реабилитационные мероприятия. Медицинские мероприятия пациенту в стационаре оказываются под круглосуточным врачебным наблюдением и характеризуются определенной интенсивностью, что предполагает использование прогрессивных технологий.

Основной организацией для оказания медицинской помощи детскому населению в условиях стационара является больница, успешный результат деятельности которой в значительной мере определяется слаженной работой всех ее структурных подразделений. Эффективность комплекса медицинских технологий, предоставляемых в условиях стационара, обуславливают грамотные управленческие решения, основанные на планировании и анализе деятельности организации.

Обучение студентов особенностям организации медицинской помощи детскому населению в условиях стационара, а также навыкам анализа и оценки результатов деятельности больничных организаций играет важную роль в учебно-воспитательном процессе по подготовке врача-специалиста.

Цель занятия: изучить работу больницы и научиться проводить анализ деятельности больницы.

Задачи занятия:

- 1) ознакомиться с задачами, структурой и организацией работы детской больницы;
- 2) ознакомиться с учетно-отчетной документацией детской больницы;
- 3) научиться рассчитывать и оценивать показатели использования коечного фонда;
- 4) научиться рассчитывать показатели качества медицинского обслуживания пациентов;
- 5) научиться рассчитывать показатели хирургической работы и экстренной хирургической помощи.

Требования к исходному уровню знаний. Для полного освоения темы студенту следует повторить:

– из *педиатрии*: структуру и организацию работы детской поликлиники; содержание лечебно-профилактической работы участкового врача-педиатра; профилактическую и противоэпидемическую деятель-

ность участкового врача-педиатра; порядок оказания медицинской помощи детям в стационарных условиях; особенности оказания медицинской помощи детям, проживающим в сельской местности;

– *истории медицины*: формы организации медицинской помощи населению на разных этапах развития общества; становление и развитие медицинской статистики; зарождение научной демографической статистики;

– *хирургических болезней*: организацию хирургической и травматологической помощи населению в стационарных условиях; оказание специализированной медицинской помощи населению, проживающему в сельской местности.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Особенности оказания медицинской помощи детям в стационарных условиях.

2. Оказание медицинской помощи в стационарных условиях детям, проживающим в сельской местности.

3. Становление форм организации оказания медицинской помощи населению на разных этапах развития общества.

4. Особенности организации хирургической помощи детскому населению в стационарных условиях.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Номенклатура больничных организаций.

2. Характеристика медицинской помощи детскому населению в стационарных условиях.

3. Задачи детской больницы.

4. Структура детской больницы.

5. Порядок госпитализации пациентов в стационар, организация и содержание работы приемного отделения.

6. Организация работы специализированных отделений.

7. Лечебно-охранительный режим, его основные элементы. Профилактика внутрибольничных инфекций.

8. Осуществление преемственности в наблюдении пациентов между поликлиникой и стационаром.

9. Отчет о деятельности стационара, структура, порядок составления.

10. Показатели деятельности стационара, методика вычисления, оценка.

Задания для самостоятельной работы студента. Каждый студент выполняет индивидуальное задание. На основе данных годового отчета (форма 1 — организация, форма 1 — стационар) вычисляет и анализирует показатели деятельности стационара:

– показатели использования коечного фонда;

– показатели качества медицинского обслуживания в стационаре;

- показатели хирургической работы;
- показатели экстренной хирургической помощи.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Детская больница — организация здравоохранения, оказывающая квалифицированную медицинскую помощь детскому населению, нуждающемуся в круглосуточном медицинском наблюдении и интенсивном лечении.

Детские больницы оказывают помощь по территориальному принципу. На 1000 детского населения планируется 9 коек (Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 18.07.2002 г. № 963). От общего числа коек 40–50 % планируется для госпитализации детей в возрасте до 3 лет, а из этого числа 50 % коек для детей до года.

Детское население Республики Беларусь получает медицинскую помощь в стационарных условиях:

- в детских больницах;
- детских отделениях больниц общего типа;
- детских отделениях центральных районных больниц;
- родильных домах;
- стационарных отделениях диспансеров;
- РНПЦ по профилю заболевания;
- РНПЦ «Мать и дитя».

Дифференциация больничных организаций:

1) по профилю:

- многопрофильные;
- специализированные;

2) по системе организации:

- самостоятельные;
- объединенные с поликлиникой;

3) по объему деятельности: различной категоричности, определяемой коечной мощностью. По мощности детские больницы делятся на 7 категорий:

- I категория — 300–400 коек;
- II категория — 250–300 коек;
- III категория — 200–250коек;
- IV категория — 150–200 коек;
- V категория — 100–150коек;
- VI категория — 75–100 коек;
- VII категория — 50–75 коек.

Задачи детской больницы:

1) оказание квалифицированной медицинской помощи;

2) применение для обследования пациента и установления диагноза методов и средств, недоступных в амбулаторных условиях;

3) внедрение в практику обслуживания современных методов профилактики, диагностики, лечения;

4) проведение санитарно-просветительной работы среди пациентов и их родителей с целью повышения их санитарной культуры.

СТРУКТУРА ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Структура детской больницы представлена следующими функциональными подразделениями:

- 1) управление детской больницы;
- 2) стационар;
- 3) административно-хозяйственная часть;
- 4) прочие подразделения:
 - пищеблок;
 - морг;
 - аптечный склад;
 - библиотека.

Управление детской больницы:

- 1) главный врач;
- 2) заместители главного врача:
 - по медицинской части;
 - медицинской экспертизе и реабилитации;
 - административно-хозяйственной части;
- 3) кабинет медицинской статистики;
- 4) медицинский архив;
- 5) бухгалтерия и др.

Главный врач осуществляет управление больницей: организует работу больницы в соответствии с Положением о ней, приказами и инструкциями органов управления здравоохранением.

Заместитель главного врача по медицинской части непосредственно отвечает за качество лечебно-профилактической помощи и санитарно-противоэпидемическое состояние больницы. Руководит деятельностью заведующих отделениями и врачей, контролирует качество диагностики, лечения, питания и ухода за пациентами. С этой целью регулярно проводит обходы, проверяет качество ведения медицинской документации, правильность и своевременность выполнения врачебных назначений. Особое внимание обращает на своевременность госпитализации, анализ случаев расхождений диагнозов, анализирует отдельные результаты лечения. Обеспечивает проведение мероприятий по повышению квалификации медицинского персонала, разрабатывает план конференций и

занятий с врачами, контролирует его выполнение. Ответственен за правильную организацию медицинского учета и отчетности в больнице.

Заведующий отделением осуществляет непосредственное руководство деятельностью медицинского персонала отделения и несет полную ответственность за качество медицинской помощи детям с патологией.

На должность заведующего отделением детской больницы назначается квалифицированный врач, имеющий опыт работы по соответствующей специальности. Заведующий отделением подчиняется главному врачу больницы и заместителю главного врача по медицинской части. В повседневной работе он руководствуется:

- положением о детской больнице;
- должностной инструкцией;
- указаниями и распоряжениями органов управления здравоохранением;
- другими официальными документами.

Должность заведующего отделением (приказ МЗ Республики Беларусь от 2007 г. № 186) вводится при мощности отделения до 60 коек вместо должности врача соответствующей специальности.

Заведующий отделением:

- организует и обеспечивает своевременное обследование и лечение пациентов;
- проводит систематический контроль за работой врачей-ординаторов отделения по вопросам диагностики, качества и эффективности лечения, а также качества ведения медицинской документации;
- проводит еженедельный обход пациентов совместно с врачом-ординатором и средним медицинским персоналом;
- проводит осмотр вновь поступивших и наиболее тяжелых пациентов;
- разбирает с врачами-ординаторами отделения все случаи, представляющие затруднение в диагностике и лечении, случаи расхождения поликлинических диагнозов с больничными и больничных с патолого-анатомическими, а также все случаи смерти детей в отделении;
- решает вопросы поступления и выписки пациентов своего отделения, проверяет и подписывает вместе с лечащим врачом «Медицинские карты стационарного больного», эпикризы при выписке или переводе пациента из отделения;
- проверяет правильность и обоснованность выдачи листов нетрудоспособности родителям, госпитализированным вместе с больными детьми;
- в случае необходимости созывает консилиум с участием врачей-специалистов и участвует в нем;
- разрабатывает и обеспечивает выполнение режима дня в отделе-

нии, обеспечивает выполнение воспитательной работы с детьми, правильную организацию вскармливания, лечебного питания, а также решает вопрос о допуске матерей к уходу за больными детьми;

- принимает необходимые меры профилактики внутрибольничных инфекций;

- систематически проводит работу по повышению квалификации врачей и среднего медицинского персонала отделения;

- проводит работу с коллективом отделения по воспитанию внимательного и чуткого отношения к детям и их родителям;

- немедленно доводит до сведения главного врача информацию обо всех чрезвычайных происшествиях (внезапная смерть, несчастные случаи и т. п.) в отделении и о принятых в связи с этим мерах;

- обеспечивает надлежащее ведение всей медицинской документации в отделении, изучает и анализирует качественные показатели, представляет отчеты о деятельности отделения в установленные сроки;

- организует санитарно-просветительную работу с детьми старшего возраста и родителями, госпитализированными с больными детьми, разрабатывает и представляет на утверждение главного врача больницы план и тематику групповых и индивидуальных бесед;

- несет ответственность за правильное хранение, учет и выдачу ядовитых и сильнодействующих лекарств в своем отделении;

- отвечает за надлежащее санитарно-гигиеническое состояние помещений отделения, одежды и белья больных детей и госпитализированных родителей, а также соблюдение личной гигиены медицинским персоналом и пациентами отделения;

- участвует в производственных совещаниях.

- При выявлении в отделении инфекционного заболевания заведующий отделением:

- осуществляет немедленную изоляцию пациентов и совместно с врачом-эпидемиологом решает вопрос о наложении карантина, размещении пациентов, бывших в контакте с источником инфекции, пресечении возможных путей передачи инфекции;

- обеспечивает необходимые условия госпитализации вновь поступивших пациентов;

- докладывает главному врачу или его заместителю по медицинской части обо всех случаях внутрибольничных инфекций в отделении;

- контролирует оформление и передачу «Экстренных извещений об инфекционном заболевании, пищевом отравлении, осложнении после прививки» (форма 058/у), детально выясняет все обстоятельства, способствующие возникновению внутрибольничной инфекции.

СТАЦИОНАР ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Пациенты в стационар поступают:

- 1) по направлению врачей детских поликлиник;
- 2) по направлению врача скорой (неотложной) медицинской помощи, доставившего в больницу пациента;
- 3) при самостоятельном обращении пациента в приемном отделении;
- 4) переводом из другой больницы.

Плановая госпитализация ребенка осуществляется по направлению детской поликлиники. В направлении должны быть представлены данные:

- о заболевании (начало заболевания, особенности течения);
- проведенном лечении;
- лабораторных и инструментальных методах исследования в амбулаторных условиях;
- всех перенесенных заболеваниях (соматических и инфекционных);
- отсутствию у ребенка контакта с инфекционными больными дома, в детских дошкольных учреждениях и в школе на протяжении 3 дней;
- проведенных прививках.

Структура стационара:

- 1) приемное отделение;
- 2) лечебные специализированные отделения;
- 3) операционный блок;
- 4) лечебно-вспомогательные и диагностические отделения.

ПРИЕМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

Приемное отделение представляет собой своеобразное «зеркало» больницы, отражающее особенности организации и порядок деятельности больницы в целом.

Приемное отделение располагается на первом этаже и осуществляет круглосуточный прием пациентов по плановым и экстренным показаниям. Работает в отделении врач приемного отделения или дежурный врач. В любое время суток в приемное отделение для оказания медицинской помощи могут быть привлечены врачи-специалисты из лечебных специализированных отделений.

Функции приемного отделения:

- прием пациентов, их обследование;
- оказание экстренной помощи;
- установление диагноза и решение вопроса о госпитализации;
- регистрация поступивших и выбывших, оформление паспортной части медицинской карты стационарного больного (форма № 003/у);
- санитарная обработка поступивших;
- выполнение анализов по показаниям со стороны здоровья пациента;

- организация консультаций врачей-специалистов;
- наблюдение за пациентами, находящимися в диагностической палате;
- справочно-информационная работа.

Приемное отделение стационара детской больницы боксированно (число коек в боксах — 3–4 % от общего числа коек). Наиболее удобными для работы являются индивидуальные боксы Мельцера–Соколова. Они включают предбоксник, палату, санитарный узел, шлюз для персонала. В больницах при отсутствии боксов для приема детей организуются 2–3 изолированных смотровых кабинета и 1–2 санпропускника.

Для оказания неотложной помощи ребенку в приемном отделении предусмотрен набор необходимых медикаментов и средств первой помощи.

Задачи врача приемного отделения:

- тщательный сбор анамнеза заболевания пациента;
- установление потребности в экстренной помощи поступившим пациентам, обеспечение ее оказания;
- обследование пациента с целью установления диагноза;
- установление показаний и противопоказаний к госпитализации (в случае отказа в госпитализации произвести запись в журнале отказов с указанием причины);
- заполнение соответствующих документов;
- направление пациента в определенное отделение.

В случае поступления детей без родителей, последние немедленно извещаются об этом работниками приемного отделения. При отсутствии такой возможности эти сведения заносятся в журнал госпитализации, и информация передается в милицию.

Врачи приемного отделения работают в тесном контакте с врачами-специалистами лечебных отделений больницы.

ЛЕЧЕБНЫЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ ОТДЕЛЕНИЯ

Организация лечебно-охранительного режима. Лечебно-охранительный режим является составной частью комплекса лечебной работы в стационаре. Это система мероприятий, направленных на создание наиболее благоприятных условий для пациента, поднятие нервно-психического тонуса, стимуляцию защитных и компенсаторных сил организма. В его основе внимание к пациенту, меры, способствующие устранению факторов, отрицательно влияющих на самочувствие (плохое освещение, неудобная постель, невкусно приготовленная пища и др.). Важными элементами лечебно-охранительного режима являются борьба с болью, страхом перед болью, отвлечение пациента от «ухода в болезнь» (психологическая подготовка к операции, использование болеутоляющих

средств). Один из элементов отвлечения пациента — наличие в стационарах комнат отдыха.

Особенность организации лечебно-охранительного режима в детских стационарах состоит в необходимости проведения воспитательно-педагогической работы с детьми. Для этой цели в детских больницах введены штатные должности педагогов-воспитателей. С пациентами, которые лечатся в стационаре длительное время, проводится также и учебная работа. В отделении должны быть предусмотрены игровые, веранды или прогулочные комнаты, хорошо оборудованный участок для прогулок на территории больницы.

Отделения должны быть обеспечены игрушками, играми, книгами, материалами для детского творчества (вырезания, рисования, лепки, изготовления игрушек). Организация досуга детей в стационаре особенно важна в вечерние часы. Ручной труд, лепка, рисование, чтение вслух улучшают настроение детей и способствуют спокойному сну. Огромную роль в правильной организации досуга детей играют палатные медицинские сестры.

Элементы лечебно-охранительного режима:

- строгое соблюдение режима дня в отделении (своевременное и правильное питание, организация сна, досуга);
- оптимальный выбор и назначение лекарственных средств в соответствии с протоколами (стандартами лечения);
- снятие страха перед проведением манипуляций;
- организация отдыха, особенно в вечернее время;
- эстетика учреждения;
- отношение с родственниками пациента.

Противоэпидемический режим работы. Это один из важнейших разделов работы стационара. Представляет собой систему мероприятий, направленных:

- на предупреждение заноса инфекции в стационар;
- предупреждение распространения инфекции;
- создание в отделениях оптимальных санитарно-гигиенических условий с учетом характера и тяжести заболевания.

В соответствии с Положением об осуществлении государственного санитарного надзора (Постановление Совета Министров от 2006 г. № 1546 в редакции от 2011 г. № 1446) руководители лечебных организаций здравоохранения стационарного типа являются ответственными за обеспечение необходимого санитарно-эпидемического режима.

В обеспечении санитарно-эпидемического режима значение имеет:

- организация работы приемного отделения;
- цикличность заполнения палат;
- соблюдение норматива площади на 1 койку;

- режим обработки и уборки палат;
- контроль за выполнением медицинским персоналом правил личной гигиены.

В отделениях для детей дошкольного и школьного возрастов в палатах должно быть не более 4 коек.

В детских больницах значительно больше, чем в больницах для взрослых, следует опасаться внутрибольничных инфекций. Для предотвращения заноса инфекционных заболеваний в стационар игрушки и книги для передачи детям разрешено принимать только новые, не бывшие в употреблении.

При выявлении ребенка с острым инфекционным заболеванием в отделении устанавливается карантин на срок инкубационного периода для данного заболевания. Проводится учет и наблюдение за детьми, контактировавшими с инфекционным больным. Их в течение инкубационного периода данного заболевания нельзя перемещать в другие палаты. В зависимости от выявленного острого инфекционного заболевания проводятся специальные противоэпидемические мероприятия (исследования на бактерионосительство, обработка помещений и пр.).

Организация обеспечения медикаментами. Медикаменты, перевязочный материал, медицинский инструментарий, предметы ухода за пациентами поступают в отделения из больничной аптеки. Отпуск лекарств производится аптекой по требованию отделений. Требования на отпуск сильнодействующих средств визируются не только заведующим отделением, но и главным врачом больницы или его заместителем.

Организация питания пациентов. Питание пациентов является важнейшим элементом комплексного лечения. Хозяйственная служба обеспечивает больницу продуктами по установленным нормам, организовывает их надлежащую обработку, приготовление пищи в пищеблоке в соответствии с технологией и требованиями диетологии, доставку в отделения. В отделениях раздача пищи пациентам осуществляется через столовую или доставляется непосредственно в палаты. За качество пищи несет ответственность врач-диетолог или диетсестра, шеф-повар, старшая медсестра. Питание детей организуется в соответствии с возрастом и патологическим состоянием. В Минске лечебно-профилактические организации ежедневно обеспечиваются питанием централизованно из УП «Витамин».

Особенности организации лечебно-диагностической помощи в детской больнице. Лечебные отделения (палаты) стационара детской больницы формируются по возрасту и по характеру заболеваний.

В зависимости от возраста выделяют следующие отделения (палаты):

- для недоношенных новорожденных;
- детей грудного возраста;

- детей младшего возраста;
- детей старшего возраста.

По характеру заболеваний отделения (палаты) могут быть:

- педиатрические общие;
- хирургические;
- инфекционные и другие специализированные отделения (палаты).

Оборудование палат и оснащение отделений зависит от их профиля, специфики работы, необходимости создания наиболее благоприятных условий для лечения детей и выполнения персоналом служебных обязанностей.

Анатомо-физиологические особенности новорожденных, своеобразный характер течения заболевания определяют необходимость создания специальных отделений для новорожденных и недоношенных детей в составе детских больниц. Организация работы этих отделений позволяет создать особые условия для наиболее раннего контингента пациентов, сконцентрировать в отделении специально подготовленные медицинские кадры, а также специальную аппаратуру и оборудование. Создание таких отделений дает возможность своевременно переводить заболевших новорожденных из родильных домов, что способствует более четкой организации и соблюдению санитарно-противоэпидемического режима в родильных домах.

Основные задачи отделений для новорожденных детей:

- оказание квалифицированной медицинской помощи больным доношенным и недоношенным новорожденным, создание оптимальных условий выхаживания детей;
- проведение организационно-методической работы и повышения квалификации педиатров по актуальным вопросам неонатологии;
- анализ заболеваемости и смертности новорожденных в районе обслуживания.

В крупных детских больницах организованы специализированные отделения для новорожденных с неинфекционной, инфекционной, хирургической и неврологической патологией.

Перевод новорожденных и недоношенных детей из родильных домов осуществляют при условии транспортабельности ребенка и предварительного согласования с заведующим специализированным отделением или главным врачом больницы, куда переводится ребенок.

Транспортировка новорожденных детей производится в специально выделенной и оборудованной санитарной машине, оснащенной кузовом, в сопровождении среднего медицинского персонала, подготовленного по вопросам физиологии и патологии новорожденных детей.

В отделение реанимации и интенсивной терапии транспортировка больных новорожденных и недоношенных детей производится по принципу «на себя» в специализированной транспортной реанимационной машине с врачом-реаниматологом или врачом-педиатром.

Лечение детей в отделении организует врач-ординатор стационара, который непосредственно подчиняется заведующему отделением. Количество должностей врачей-ординаторов детских больниц определяется на основании приказа МЗ Республики Беларусь от 08.02.1993 г. № 24 из расчета 1 должность на 15 педиатрических коек или 10 коек отделения для недоношенных детей.

Врач-ординатор выполняет следующий объем работы:

- оказывает помощь больным детям с применением необходимых диагностических исследований и методов лечения на основе современных достижений медицинской науки и практики;

- назначает обследование, медикаментозное лечение, лечебные процедуры и манипуляции, лечебное питание, режим, соответствующий уход за больными детьми и несет ответственность за выполнение сделанных назначений;

- самостоятельно проводит специальные виды исследований в соответствии с профилем отделения;

- ежедневно проводит обход пациентов совместно с палатной сестрой, участвует в обходах заведующего отделением, докладывая ему о пациентах, в случаях необходимости консультируется с врачами-специалистами;

- ведет медицинские карты стационарных больных путем ежедневных записей в них сведений о состоянии больных детей, их лечении, питании, режиме и т. д.;

- докладывает заведующему отделением обо всех затруднениях в определении диагноза, а также обо всех переменах в состоянии пациента;

- руководит работой среднего и младшего медицинского персонала, непосредственно ему подчиненного, проверяет правильность и своевременность выполнения ими всех врачебных назначений;

- согласовывает с врачом-диетологом больницы вопросы пищевого режима пациентов;

- проводит санитарно-просветительную работу с детьми старшего возраста, родителями, госпитализированными с детьми;

- сообщает перед уходом из стационара заведующему отделением, а в его отсутствие дежурному врачу о тяжелобольных детях, требующих особого врачебного наблюдения с указанием, в чем именно должно выражаться наблюдение и какие лечебные мероприятия должны применяться;

- несет дежурство по больнице согласно установленному графику;

- представляет заведующему отделением больных детей, подлежащих, по его заключению, переводу или выписке из отделения;

- в установленные внутренним распорядком больницы дни и часы информирует родителей и родных о состоянии здоровья детей, находя-

щихся под его наблюдением;

- проводит и оформляет выписку и перевод пациентов в другие больницы и отделения.

Выписка детей из больницы осуществляется:

- при полном выздоровлении;
- необходимости перевода в другие лечебные организации;
- стойком улучшении состояния пациента;
- хроническом течении заболевания, не поддающемся лечению в данной организации;
- по требованию родных или опекуна до излечения заболевания, если выписка не угрожает непосредственно жизни пациента и не опасна для окружающих.

В последнем случае необходимо предупредить родителей о последствиях несвоевременной выписки для здоровья ребенка. О выписке больного ребенка по требованию родителей делается запись в медицинской карте стационарного больного с указанием того, что родители предупреждены о несвоевременности выписки. О выписке ребенка, требующего долечивания на дому, в день выписки передается информация в детскую поликлинику по месту жительства: направляется эпикриз с подробным описанием проведенного обследования, лечения и необходимыми рекомендациями на будущее.

Преемственность в работе стационара и поликлиники. Качество помощи в стационаре во многом зависит от своевременности и полноты обследования и лечения пациента во внебольничной организации. Обеспечение четкой преемственности между поликлиникой и стационаром в подготовке пациентов к госпитализации — важный фактор повышения эффективности лечебного процесса, сокращения длительности пребывания пациента в стационаре. Преемственность заключается в поступлении лечащему врачу стационара информации о состоянии здоровья в виде выписки из истории развития ребенка, на выбывших из стационара заполняется эпикриз, который поступает в поликлинику.

Качество стационарной помощи определяется:

- преемственностью между внебольничными лечебными организациями и стационаром;
- уровнем внедрения достижений медицинской науки;
- уровнем подготовки медицинских кадров, их квалификацией;
- наличием плана обследования и лечения, контролем за выполнением назначений;
- своевременностью лечения не только основного, но и сопутствующих заболеваний;
- длительностью диагностического периода (число дней, предшествующих началу проведения полного объема лечебных мероприятий).

Как элемент стационарозамещающих технологий на базе детских больниц организуют работу отделения дневного пребывания.

В отделении дневного пребывания дети находятся под наблюдением медицинского персонала только в дневные часы, получают лечение, приближенное к стационарному (по объему и интенсивности).

Длительность работы отделения дневного пребывания составляет не менее 10 ч при 6-дневной рабочей неделе. Количество коек определяется материально-техническими возможностями больницы, а также потребностью в данном профиле коек. Отделения дневного пребывания организуются с учетом профиля патологии: гастроэнтерологические, неврологические, диагностические и т. д. Длительность лечения ребенка зависит от профиля патологии.

Пациенты в отделении дневного пребывания больницы пользуются 2-разовым питанием по действующим нормативам для стационаров и дополнительно за счет привлеченных средств предприятий, общественных фондов. Контроль за качеством пищи возлагается на врача-диетолога больницы и службу санитарно-эпидемиологического надзора.

Листы нетрудоспособности и справки о временной нетрудоспособности по уходу за больными детьми родителям на период лечения в отделении дневного пребывания не выдаются, ибо уход, кормление и лечение детей берет на себя отделение дневного пребывания.

Работа отделения дневного пребывания проводится в тесном контакте с амбулаторно-поликлинической и стационарной службами лечебно-профилактических организаций.

МЕДИЦИНСКАЯ И ОТЧЕТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

Перечень форм первичной медицинской документации детской больницы:

1. Журнал учета приема больных и отказов в госпитализации (форма № 001/у).
2. Медицинская карта стационарного больного (форма № 003/у).
3. Листок учета движения больных и коечного фонда стационара (форма № 007/у).
4. Сводная ведомость учета движения больных и коечного фонда по стационару, отделению или профилю коек (форма № 016/у).
5. Выписка из медицинских документов (форма 1 мед/у-10).
6. Статистическая карта выбывшего из стационара (форма № 066/у).

Перечень отчетных документов, заполняемых в детской больнице:

1. Отчет о медицинских кадрах (форма 1 — медкадры).
2. Отчет о деятельности стационара (форма 1 — стационар).
3. Отчет организации здравоохранения (больницы и амбулаторно-поликлинической организации) (форма 1 — организация).

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Анализ деятельности детской больницы проводится на основании «Отчета о деятельности стационара», «Отчета организации здравоохранения (больницы и амбулаторно-поликлинической организации)» и учетных медицинских документов. Показатели сгруппированы по определенным направлениям работы больницы. Расчет количественных и качественных показателей деятельности детской больницы принципиально не отличается от таковых в больнице для взрослых.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОКАЗЫВАЕМОЙ НАСЕЛЕНИЮ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Рассчитываются следующие показатели: обеспеченность больничными койками, специализация коечного фонда, уровень госпитализации населения.

Обеспеченность населения больничными койками:

$$\frac{\text{Число коек на конец года} \times 10\,000}{\text{Численность населения на конец года}} .$$

Этот показатель рассчитывается на уровне конкретной территории (района, города, области, республики). Показатель вычисляется по всем профилям коек в расчете на 10 000 населения (терапевтические, хирургические, педиатрические, инфекционные и т. д.). В Республике Беларусь нормативы числа коек определены на 1000 населения — государственные минимальные социальные стандарты.

Структура коек по профилю (структура коечного фонда):

$$\frac{\text{Число коек данного профиля на конец года} \times 100}{\text{Общее число коек на конец года}} .$$

Данный показатель рассчитывается как на территориальном уровне, так и по больнице.

Уровень госпитализации населения (число госпитализированных на 1000 или 100 жителей):

$$\frac{\text{Количество госпитализированных в стационары за год} \times 1000 (100)}{\text{Среднегодовая численность населения}} .$$

Это показатель территориального уровня. Он характеризует доступность стационарной помощи. Вычисляется по профилям коек, отдельно для детей и взрослых. Установлен норматив уровня госпитализации на 1000 жителей. В Республике Беларусь в 2011 г. уровень госпитализации составил 280 случаев на 1000 человек.

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТАЦИОНАРА

Для оценки работы стационара рассчитываются и анализируются

показатели, характеризующие штаты медицинской организации по данным «Отчета организации здравоохранения (больницы и амбулаторно-поликлинической организации)» (форма 1 — организация). Дальнейший анализ проводится по данным «Отчета о деятельности стационара» (форма 1 — стационар) и другим учетно-отчетным документам.

Отчет о деятельности стационара (годовой) составляют больничные лечебно-профилактические организации всех профилей для взрослых и детей и представляют вышестоящему органу управления здравоохранением, Министерству здравоохранения.

Структура «Отчета о деятельности стационара» (форма 1 — стационар):

1. Паспортная часть.
2. Раздел I. Состав больных в стационаре и исходы их лечения.
3. Раздел II. Коечный фонд и его использование.
4. Раздел III. Хирургическая работа стационара.

Анализ деятельности стационара по данным годового отчета проводится по следующим разделам:

1. Использование коечного фонда.
2. Качество медицинского обслуживания в стационаре.
3. Хирургическая работа в стационаре.
4. Экстренная хирургическая помощь в стационаре.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОЕЧНОГО ФОНДА

Показатели использования коечного фонда важны для характеристики объема работы стационара, организационных аспектов работы, эффективности использования коечного фонда и являются необходимыми для расчета экономических показателей работы больницы.

Показатели использования коечного фонда рассчитываются на основании данных «Отчета о деятельности стационара».

Среднее число дней работы койки в году (среднегодовая занятость койки):

$$\frac{\text{Число койко-дней, фактически проведенных пациентами в стационаре}}{\text{Число среднегодовых коек}}$$

Этот показатель вычисляется как в целом по стационару, так и по отделениям. Нормативное значение средней занятости койки в году для городских больниц составляет 340–350 дней (без инфекционных и родильных), для сельских больниц — 310–320 дней. Плановые значения этого показателя устанавливаются для каждой больницы исходя из конкретных условий деятельности. Меньший показатель свидетельствует о недогруженности коечного фонда (простое коек), более высокие значения показателя свидетельствуют о перегрузке стационара.

Средняя длительность пребывания пациента на койке (средняя длительность одной госпитализации):

Число койко-дней, проведенных пациентами в стационаре .

Число использованных пациентов*

Данный показатель вычисляется в целом по стационару и по отделениям. Предусмотрен норматив средней длительности одной госпитализации (за счет бюджета) для каждого профиля коек.

Величина этого показателя зависит, прежде всего, от состава отделений в стационаре и профиля коек. При оценке деятельности стационара по этому показателю следует сравнивать одноименные отделения.

Кроме того, значение средней длительности пребывания в стационаре связано со многими особенностями организационной работы и качеством лечения пациентов: тяжести заболевания, качества доклинической подготовки пациента, своевременности госпитализации, качества диагностики и лечения в стационаре.

Оборот койки (функция больничной койки):

Число использованных пациентов за год .

Среднегодовое число коек

Показатель оборота койки дает представление о среднем числе пациентов, лечившихся в течение года на одной койке. Он рассчитывается в целом по стационару и по отделениям. Значение этого показателя зависит от многих причин и в первую очередь от средней длительности пребывания пациента на койке, времени простоя койки, загруженности стационара.

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ В СТАЦИОНАРЕ

Для эффективного руководства работой стационара необходимо анализировать показатели, характеризующие качество обслуживания госпитализированных пациентов. Для этого рассчитываются показатели по данным, представленным в «Отчете о деятельности стационара».

Состав пациентов, лечившихся в стационаре:

Число пациентов, выписанных из стационара с определенным диагнозом × 100 .

Число пациентов, выписанных из стационара

Структура лечившихся в стационаре пациентов зависит от состава отделений. Состав пациентов по заболеваниям не является непосредственно характеристикой качества лечения, но именно с ним во многом связаны показатели качества лечения.

Средняя длительность лечения пациента с определенной патологией в стационаре:

Число койко-дней, проведенных выписанными пациентами с определенным диагнозом .

Число выписанных пациентов с данным диагнозом

* Число использованных пациентов вычисляется как сумма поступивших в стационар, выбывших и умерших, деленная на 2.

Показатель позволяет судить о качестве лечения пациентов в стационаре. Но на его величину оказывают влияние много факторов. Часть

из них не зависит от работы стационара: пол, возраст, тяжесть заболевания, сроки поступления в стационар и др. Другие факторы зависят от организации работы стационара: сроки обследования пациента в стационаре, своевременность постановки диагноза, эффективность применяемого лечения, возникновение осложнений в процессе лечения.

Больничная летальность:

$$\frac{\text{Число пациентов, умерших в стационаре} \times 100}{\text{Число использованных пациентов}}$$

При оценке деятельности больницы обязательно дается характеристика больничной летальности. Этот показатель зависит как от качества медицинского обслуживания пациентов в стационаре, так и от многих других факторов: возраста, пола, состава пациентов по заболеваниям, тяжести заболевания, своевременности госпитализации и др. Данный показатель вычисляется как в целом по стационару, так и по отделениям.

Летальность при отдельных заболеваниях:

$$\frac{\text{Число умерших в стационаре пациентов с данным заболеванием} \times 100}{\text{Число выписанных и умерших пациентов с данным заболеванием}}$$

Показатель вычисляется по всем классам и наименованиям заболеваний, представленным в «Отчете о деятельности стационара».

На величину данного показателя влияет много причин: возраст больного, тяжесть заболевания, наличие сопутствующих заболеваний и осложнений, своевременность госпитализации, качество лечения на догоспитальном этапе и, конечно, эффективность лечения больного в стационаре.

Для более детального анализа летальности вычисляются показатели по разным группам больных (летальность по возрастным группам, по тяжести в момент поступления, по срокам госпитализации, досуточная летальность и др.)

Досуточная летальность:

$$\frac{\text{Число умерших в стационаре в первые 24 часа после поступления} \times 100}{\text{Число пациентов, поступивших в стационар}}$$

Показатель характеризует летальность госпитализированных в течение первых суток с момента поступления пациента в стационар. Он зависит как от качества догоспитальной помощи населению, так и от состояния интенсивной терапии в стационаре. Показатель вычисляется и по отдельным причинам (например, от инфаркта миокарда, пневмонии).

Структура умерших пациентов в стационаре:

$$\frac{\text{Число умерших в стационаре пациентов с данным заболеванием} \times 100}{\text{Число умерших пациентов в стационаре}}$$

Показатели структуры умерших в стационаре показывают удельный вес умерших от отдельных причин по отношению ко всем умершим

в стационаре:

Показатель совпадения клинических и патологоанатомических диагнозов (вычисляется по данным патологоанатомического отделения):

$$\frac{\text{Число совпадений клинических и патологоанатомических диагнозов} \times 100}{\text{Общее число вскрытий умерших в стационаре}}$$

Данный показатель вычисляется также по отдельным причинам смерти умерших в стационаре пациентов. Он характеризует качество клинической диагностики в стационаре.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РАБОТА СТАЦИОНАРА

Хирургическая работа оценивается по данным «Отчета о деятельности стационара».

Хирургическая активность:

$$\frac{\text{Число операций, проведенных в стационаре} \times 100}{\text{Число лиц, выбывших из стационара}^*}$$

Величина данного показателя зависит от профиля отделений, входящих в состав стационара, а также от удельного веса коек хирургического профиля в структуре коечного фонда стационара.

Летальность оперированных пациентов (послеоперационная летальность):

$$\frac{\text{Число умерших после операции} \times 100}{\text{Число оперированных пациентов}}$$

Этот показатель вычисляется для отдельных видов операций. Он является важной характеристикой качества медицинской помощи в стационаре, но в то же время зависит и от других факторов: возрастного состава пациентов, тяжести заболевания, своевременности доставки в стационар, качества лечения на догоспитальном этапе.

Структура оперативных вмешательств:

$$\frac{\text{Число операций, проведенных по данному поводу} \times 100}{\text{Всего выполнено операций в стационаре}}$$

Расчет показателя проводится по всем видам оперативных вмешательств, представленных в «Отчете о деятельности стационара». На этот показатель оказывают влияние профиль стационара и структура больничных коек.

Частота послеоперационных осложнений:

$$\frac{\text{Число осложнений, возникших у пациентов после оперативных вмешательств} \times 100}{\text{Всего выполнено операций в стационаре}}$$

* Число выбывших пациентов вычисляется как сумма выписанных и умерших.

Данный показатель вычисляется по данным специального учета послеоперационных осложнений и является важнейшей характеристикой

качества оперативного лечения пациентов.

ЭКСТРЕННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В СТАЦИОНАРЕ

Показатели экстренной хирургической помощи вычисляются по данным «Отчета о деятельности стационара».

Своевременность доставки пациентов в стационар:

$$\frac{\text{Число пациентов, доставленных в стационар до (после) 24 ч от начала заболевания} \times 100}{\text{Число пациентов, доставленных в стационар по экстренным показаниям}}$$

Своевременная доставка пациентов с экстренной хирургической патологией — важнейшее условие их эффективного лечения. Она зависит от своевременности обращения пациентов за медицинской помощью, качества работы службы скорой медицинской помощи.

Структура пациентов, доставленных по экстренным показаниям:

$$\frac{\text{Число пациентов с определенной нозологической формой} \times 100}{\text{Всего пациентов, доставленных по экстренным показаниям}}$$

Расчет показателя проводится по всем видам экстренных показаний.

Удельный вес оперированных по экстренным показаниям пациентов:

$$\frac{\text{Число пациентов, оперированных по экстренным показаниям} \times 100}{\text{Всего оперированных пациентов в стационаре}}$$

Показатель характеризует объем оперативной активности при стационарном лечении пациентов с экстренной хирургической патологией. При конкретной нозологии в зависимости от состояния пациента доля оперированных может значительно колебаться.

Летальность пациентов, доставленных по экстренным показаниям:

$$\frac{\text{Число умерших пациентов с острой хирургической патологией} \times 100}{\text{Всего пациентов, доставленных по экстренным показаниям}}$$

Показатель вычисляется по каждому виду экстренных хирургических показаний, а также в зависимости от срока доставки (до 24 ч и после 24 ч с момента начала заболевания). При своевременной доставке пациентов в стационар этот показатель отражает качество оказания экстренной хирургической помощи. Он определяется отдельно по группе оперированных и неоперированных пациентов с острой хирургической патологией. Вычисление показателей проводится по каждому заболеванию с учетом срока доставки пациентов с экстренной хирургической патологией в стационар.

При оценке экстренной хирургической помощи анализируются также показатели частоты послеоперационных осложнений с учетом сроков доставки в стационар и вида хирургической патологии.

ЛИТЕРАТУРА

Основная

1. *Социальная гигиена и организация здравоохранения* / под ред. А. Ф. Серенко, В. В. Ермакова. М. : Медицина, 1984.
2. *Руководство к практическим занятиям по социальной гигиене и организации здравоохранения* / под ред. Ю. П. Лисицына. М. : Медицина, 1984.

Дополнительная

3. *Мальковец, М. В.* Вычисление и оценка показателей деятельности лечебно-профилактических учреждений : метод. рекомендации / М. В. Мальковец, Г. А. Зеленская, Л. П. Плахотя. Минск. : БГМУ, 1996.
4. *Лисицын, Ю. П.* Социальная гигиена и организация здравоохранения : проблемные лекции / Ю. П. Лисицын. М. : Медицина, 1992.
5. *Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения* : в 2 т. / под ред. Ю. П. Лисицына. М. : Медицина, 1987. Т. 2.
6. *Педиатрия* : учеб. пособие / А. В. Сукало [и др.]; под ред. М. В. Чичко, Е. М. Русаковой. Минск : Выш. шк., 2008.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы.....	3
Организация работы детской больницы.....	5
Структура детской больницы	6
Анализ деятельности детской больницы.....	17
Литература	23

Репозиторий БГМУ