

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Тема: 1 УК-1, УК-2, ПК-1

Определение специальности «общая врачебная практика (семейная медицина)». Законодательные акты и нормативные документы, регламентирующие работу врача общей практики.

Цель: формирование понятия о целях и задачах общей врачебной практики/семейной медицины, ее месте в современной системе здравоохранения, представление специальности, как клинической, академической и научной дисциплины.

Задачи: обсуждение основных форм и принципов организации общей врачебной практики, изучение характеристик общей врачебной практики/семейной медицины, как составной части первичной медико-санитарной помощи, изучение основных нормативно-правовых документов, регламентирующих порядок деятельности учреждений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по типу общей врачебной практики.

Средства и методы обучения: обсуждение теории, самостоятельная проработка и изучение нормативных документов, регламентирующих работу врача общей практики.

Ординатор должен знать:

1. Основные формы организации общей врачебной практики.
2. Принципы финансирования в общей врачебной практике.
3. Основные характеристики общей врачебной практики (непрерывная, всеобъемлющая помощь независимо от пола и возраста, ориентированная на пациента, его семью и сообщество, консультирование, преемственность в ведении пациентов с хроническими заболеваниями, профилактическая, психологическая и социальная направленность помощи).
4. Юридические основы деятельности врача общей практики.
5. Нормативно-правовые документы, регламентирующие работу врача общей практики.

Ординатор должен уметь:

- организовать первый контакт с пациентом, имеющим недифференцированные проблемы;
- координировать помощь, оказываемую другими специалистами;
- учитывать эпидемиологическую ситуацию и уровень заболеваемости в семье и коллективе;
- обеспечивать доступ пациента к использованию лечебно-диагностической базы лечебно-профилактического учреждения;
- общаясь с пациентом, определять приоритеты в решении его проблем;
- идентифицировать факторы риска развития хронических заболеваний в каждом конкретном случае;
- формировать доверительные отношения с пациентами.

Ординатор должен владеть: навыками консультирования, основанного на сотрудничестве с пациентом, методами профилактики и укрепления здоровья, навыками привлечения членов семьи в процесс решения проблем пациента, принципами преемственности в ведении пациентов с хроническими заболеваниями.

Учебно-тематический план темы:

Лекции – 1 час

Самостоятельная работа – 1 час

Всего – 2 часа

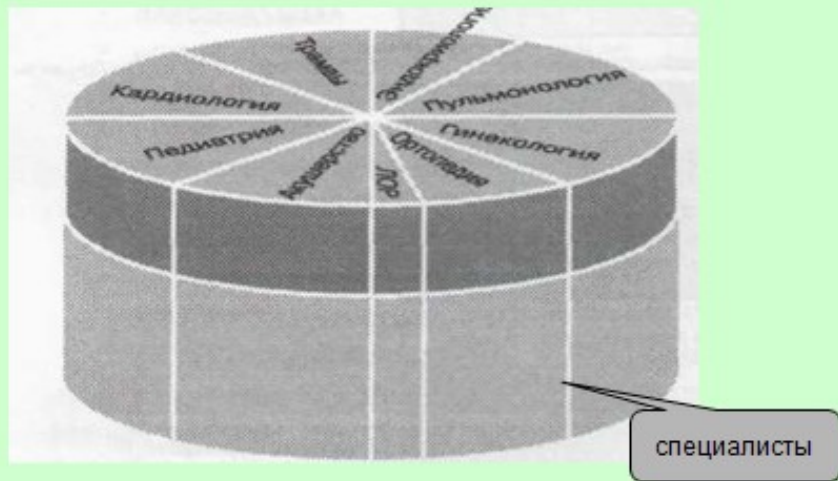
План лекции:

1. Введение.
2. История реформирования первичной медико-санитарной помощи в Российской Федерации.
3. Основные характеристики общей врачебной практики/семейной медицины как составной части первичной медико-санитарной помощи.
4. Определение специальности, как клинической, академической и научной дисциплины.
5. Основные формы организации общей врачебной практики.
6. Общие принципы организации отделения общей практики в структуре лечебно-профилактических учреждений.
7. Юридические основы деятельности врача общей практики.
8. Основные нормативно-правовые документы.

**Семейная медицина – это
медицинская специальность,
которая обеспечивает
непрерывную и
всеобъемлющую помощь
пациентам и их семьям
независимо от пола и возраста**

**Американская академия семейных
врачей (цит. По Robert B.Taylor)**

«Пирог общей практики»



Новое определение общей врачебной практики (семейной медицины)

- Общая практика/семейная медицина является академической и научной дисциплиной со своим собственным учебным (контекстуальным) содержанием, исследованиями, доказательной базой и клинической деятельностью, ориентированной на первичную помощь

Основопологающие принципы общей практики (WONCA Europe, 2002)

- Управление в первичной помощи
- Помощь, ориентированная на пациента
- Решение специфических проблем пациента
- Оказание всеобъемлющей помощи
- Всесторонняя помощь
- Популяционно-ориентированный подход

Решение специфических проблем

- Соотнести процесс принятия решений в практике с данными о заболеваемости и болезненности в популяции;
- Выделять необходимую информацию и уметь ее интерпретировать;
- Использовать соответствующие принципы работы, включающие обследование шаг за шагом, использование времени как способа оказания помощи (время лечит) и быть готовым к неопределенности;
- Быть готовым при необходимости к неотложной интервенции;
- Оказывать помощи при заболевании, имеющем неясные признаки, на ранней стадии;
- Эффективно использовать диагностические и лечебные методы

Общая врачебная практика как научная дисциплина

- Контекстуальность – использование знаний о пациенте как личности, в контексте семьи, общества и особенностей культуры
- Отношение – профессиональность врача и его этические ценности
- Научная обоснованность – внедрение в практику научно-обоснованных методов диагностики и лечения с целью обеспечения улучшения качества оказания помощи



Управление в первичной помощи

- Организовать первый контакт с пациентом, имеющим недифференцированные проблемы;
- Решать все проблемы, связанные со здоровьем пациента
- Координировать помощь, оказываемую другими специалистами;
- Обеспечивать эффективное использование ресурсов системы здравоохранения
- Обеспечить доступ пациента к необходимым ресурсам системы здравоохранения;
- Выступать в качестве адвоката пациента, защищая его интересы при обеспечении оказания помощи

Формы самостоятельной работы:

Вид работы	Контроль выполнения работы
Работа с учебной и научной литературой	Тестирование
Самостоятельная проработка отдельных тем учебной дисциплины в соответствии с учебным планом	Тестирование
Участие в научно-практических конференциях, семинарах	Предоставление сертификатов участникам
Работа с тестами и ситуационными задачами для самопроверки	Тестирование

Фонд оценочных средств

Контрольные вопросы:

1. Понятие об общей врачебной практике как составной части первичной медико-санитарной помощи.
2. Формы и принципы организации общей врачебной практики.
3. Отличие общей практики от специализированной медико-санитарной помощи.
4. Трехуровневая система организации оказания первичной медико-санитарной помощи.
5. Принципы организации отделения общей практики в структуре лечебно-профилактических учреждений.
6. Варианты финансирования общей врачебной практики

ТЕСТЫ:

УК-1

1. Какие организации осуществляют первичную медико-санитарную помощь:

- А. Медицинские и иные организации государственной системы здравоохранения;
- В. Организации муниципальной системы здравоохранения;
- С. Организации частной системы здравоохранения;
- Д. Индивидуальные предприниматели, имеющие лицензию на медицинскую деятельность;
- Е. А, В, С, Д.

2. Формы организации первичной медико-санитарной помощи:

- А. Плановая медико-санитарная помощь за счет средств пациента;
- В. Плановая и экстренная первичная медико-санитарная помощь;
- С. Только экстренная помощь, плановая помощь - платно;
- Д. Только экстренная помощь в случае острых и обострения хронических заболеваний;
- Е. Только плановая первичная медико-санитарная помощь.

3. Какие мероприятия включает первичная медико-санитарная помощь:

- А. Мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению;
- В. Мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, формированию здорового образа жизни, в том числе снижению уровня факторов риска заболеваний;
- С. Мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний;
- Д. Мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации;
- Е. Мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, санитарно-гигиеническому просвещению.

4. Первичная медико-санитарная помощь оказывается:

- А. В медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, или ее подразделении;
- В. По месту жительства (пребывания) пациента - при острых заболеваниях, обострениях хронических заболеваний в случае вызова медицинского работника;
- С. По месту выезда мобильной медицинской бригады;
- Д. В условиях дневного стационара, в том числе стационара на дому;
- Е. А,В,С,Д.

5. Первичная медико-санитарная помощь включает следующие виды:

- А. Первичная доврачебная медико-санитарная помощь, первичная врачебная медико-санитарная помощь;
- В. Первичная специализированная медико-санитарная помощь, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь;
- С. Первичная врачебная медико-санитарная помощь;
- Д. Первичная доврачебная медико-санитарная помощь, первичная врачебная медико-санитарная помощь, первичная специализированная медико-санитарная помощь, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь;
- Е. Первичная врачебная медико-санитарная помощь, первичная специализированная медико-санитарная помощь, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь.

6. В соответствии с какими нормативными документами оказывается первичная медико-санитарная помощь:

- А. С установленными порядками оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи и стандартами медицинской помощи;

- В. Приказом МЗ РФ от 15 ноября 2012 г. № 923н “Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “терапия”;
- С. Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 N 1006;
- Д. Порядками оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи;
- Е. Приказом МЗСР РФ №541 от 23. 07. 2010 года.

7. Какова рекомендуемая численность прикрепленного населения на участке семейного врача в соответствии с нормативной штатной численностью медицинского персонала:

- А. 1300 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше;
- В. 1700 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше;
- С. 1200 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше;
- Д. 1500 человек взрослого и детского населения;
- Е. 2000 и более человек взрослого и детского населения.

8. Предельный срок ожидания оказания первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме составляет:

- А. Не более трех часов после обращения;
- В. Не более двух часов после обращения;
- С. Не более пяти часов после обращения;
- Д. Не более двух дней после обращения;
- Е. В течение суток после обращения.

9. Предельный срок ожидания приема врачей-специалистов при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в плановой форме составляет: -

- А. Не более 10 рабочих дней со дня обращения;
- В. Не более 3 рабочих дней со дня обращения;
- С. Не более 15 рабочих дней со дня обращения;
- Д. Не более 5 рабочих дней со дня обращения;
- Е. Не более 1 месяца со дня обращения.

10. Предельный срок ожидания при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в плановой форме составляет:

- А. Не более 3 рабочих дней со дня обращения;
- В. Не более 5 рабочих дней со дня обращения;
- С. Не более 10 рабочих дней со дня обращения;
- Д. Не более 2 рабочих дней со дня обращения;
- Е. В течение 1 месяца со дня обращения.

Правильные ответы:

- 1. Е.
- 2. В.
- 3. А.
- 4. Е.
- 5. Д.
- 6. А.
- 7. Д.
- 8. В.

9. А.
10. В.

В функции врача общей практики входят:

- 1) оказание первичной медико-санитарной помощи;
- 2) наблюдение за семьей;
- 3) оказание помощи на дому;
- 4) постоянное наблюдение в течение всей жизни пациента;
- 5) верно все.

Медицинская помощь пациенту без предварительного согласия гражданина (или его законного представителя) может быть оказана:

1. в особых случаях
2. во всех случаях
3. никогда
4. верно только а
5. верных ответов нет

Аттестация общей практики на присвоение первой квалификационной категории проводится при стаже работы не менее

1. 3 лет
2. 5 лет
3. 7 лет
4. 10 лет
5. 2 лет

Повышение качества медицинской помощи населению возможно при выполнении следующих мероприятий: 1) улучшении технологии оказания лечебно-профилактической помощи; 2) обучении методам контроля качества всех работающих в медицинских учреждениях; 3) участии всех специалистов в мероприятиях по контролю качества

1. 1
2. 2
3. 3
4. Всех вышеперечисленных
5. Ни одного из вышеперечисленных

Формами оказания медицинской помощи являются

1. экстренная
2. неотложная
3. плановая
4. все перечисленное верно
5. отсроченная

Виды ответственности в медицине за профессиональные правонарушения разделяют на:

1. моральную
2. гражданскую
3. административную (дисциплинарную)
4. уголовную
5. государственную

Заведующий отделением врачей общей практики имеет право привлекать к анализу деятельности отделения:

1. всех работников своего отделения
2. только резерв на выдвижение
3. врачей профильного отделения
4. старшую мед. сестру отделения
5. общественный актив больницы

Врач общей практики должен знать, что при обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право:

1. сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении;
2. информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство; отказ от медицинского вмешательства;
3. получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
4. получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования;
5. возмещение ущерба в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи;

Врач общей практики должен знать, что при обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право:

1. допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав;
2. допуск к нему священнослужителя, а в больничном учреждении на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок больничного учреждения;
3. непосредственное знакомство с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получение консультации по ней у других специалистов;
4. обращение с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу лечебно-профилактического учреждения, в котором ему оказывается медицинская помощь, в соответствующие профессиональные медицинские ассоциации и лицензионные комиссии, либо в суд в случаях нарушения его прав.
5. Все перечисленное верно

Сертификат специалиста действителен в течение:

1. 1 год;
2. 3 года;
3. 5 лет;
4. 7 лет;
5. 10 лет.

Дайте определение понятия «сопутствующее заболевание»:

1. заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти;
2. заболевание, которое имеет причинно-следственную связь с основным заболеванием, но уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи;
3. заболевание, которое имеет причинно-следственную связь с основным заболеванием, но уступает ему в степени влияния на работоспособность;

4. заболевание, которое имеет причинно-следственную связь с основным заболеванием, но уступает ему в степени опасности для жизни и здоровья;
5. заболевание, которое имеет причинно-следственную связь с основным заболеванием, но не является причиной смерти.

УК-2

К методам изучения подчиненного, которые целесообразно применять в медицинских учреждениях, относятся:

1. анкетирование;
2. тестирование;
3. наблюдение;
4. эксперимент.

Под типом руководства понимают:

1. формы управляющего воздействия;
2. степень свободы участия коллектива в выработке решений;
3. сложившуюся систему отношений в коллективе.

Делегирование полномочий – это:

1. наделение подчиненного определенной свободой действий;
2. наделение правами и обязанностями какого-либо лица в сфере его компетенции;
3. предоставление полной свободы действий какому-либо лицу.

К принципам делегирования полномочий относят следующие принципы, кроме:

1. полной самостоятельности;
2. диапазона контроля;
3. фиксированной ответственности;
4. соответствия прав и обязанностей;
5. передача ответственности на возможно более низкий уровень;
6. отчетности по отклонениям.

Не являются методами мотивации:

1. экономическая заинтересованность;
2. целевой подход в управлении;
3. меры, направленные на неукоснительное соблюдение подчиненными порядка в учреждении;
4. качественное расширение выполняемой работы;
5. участие работников в управлении учреждением.

Благоприятный социально-психологический климат коллектива определяет все, кроме:

1. организованности;
2. благодушия;
3. коллективизма (сплоченности);
4. информированности;
5. ответственности.

Врач имеет право на страхование профессиональной ошибки в случае если

- 1) в результате ошибки причинен вред или ущерб здоровью гражданина, связанный с небрежным выполнением врачом своих профессиональных обязанностей
- 2) в результате ошибки причинен вред или ущерб здоровью гражданина, связанный с халатным выполнением профессиональных обязанностей
- 3) ошибки не связаны с халатным или небрежным выполнением врачом своих профессиональных обязанностей

Деонтология - наука о долге врача и среднего медицинского персонала, который состоит в том, чтобы

1. обеспечить наилучшее лечение
2. создать благоприятную обстановку для выздоровления больного
3. установить доверительные отношения: больной-врач, врач-больной, врач-родственники больного, врачи между собой
4. все перечисленное

Функции управления персоналом представляют собой:

1. комплекс направлений и подходов работы в с кадрами, ориентированный на удовлетворение производственных и социальных потребностей предприятия;
2. комплекс направлений и подходов по повышению эффективности функционирования предприятия;
3. комплекс направлений и подходов по увеличению уставного фонда организации;
4. комплекс направлений и подходов по совершенствованию стратегии предприятия;
5. комплекс направлений и мероприятий по снижению себестоимости продукции.

ПК-1

Определение понятия «здоровья» ВОЗ:

1. отсутствие болезней
2. физическое благополучие
3. состояние полного физического, психического, социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов.

Что такое общественное здоровье?

1. совокупность показателей здоровья отдельных людей
2. совокупность показателей здоровья населения.

Перечислите первичные факторы риска ухудшения здоровья:

1. бактериальные
2. курение
3. механические
4. злоупотребление алкоголем
5. нерациональное питание
6. гиподинамия
7. химические
8. психоэмоциональный стресс

Назовите вторичные факторы риска

1. грипп
2. диабет
3. артериальная гипертензия
4. вирусный гепатит
5. липидемия, холистеринемия
6. ревматизм
7. аллергия
8. иммунодефициты

Санитарно-гигиеническая работа по профилактике табакокурения должна быть адресована:

1. к детям и подросткам;
2. к лицам, пробующим табак;
3. к недавно курящим;
4. к давно курящим
5. Ко всем перечисленным группам

Оптимальным методом выявления лиц группы риска по возникновению заболевания является

- а) учет обращаемости
- б) учет случаев временной нетрудоспособности
- в) профосмотр
- г) все перечисленные

К практически здоровым относятся

- а) хронические больные с частыми обострениями
- б) лица с факторами риска
- в) лица с хроническими заболеваниями в стадии ремиссии в течение 2 лет
- г) лица с хроническими заболеваниями в стадии ремиссии в течение 3-5 лет

К мерам первичной профилактики относятся

- а) санаторно-курортное лечение
- б) противорецидивное лечение
- в) гигиеническое воспитание населения
- г) всё перечисленное

Профилактика токсикоманий включает:

1. объединение практических, максимально приближенных к месту учебы и проживания подростков мероприятий по улучшению психоадаптационных возможностей;
2. раннюю и непрерывную антитоксикоманическую пропаганду;
3. повышение осведомленности в проблеме токсикоманий родителей и лиц, работающих с подростками;
4. разработку и внедрение скрининговых процедур, направленных на выявление нарушений на различных структурных уровнях организма;
5. все перечисленное.

Какие направления существуют в формировании здорового образа жизни?

1. создание, развитие, усиление, активизация позитивных для здоровья условий, факторов, обстоятельств;
2. преодоление низкой физической активности гиподинамией;
3. экологической активности, экологически грамотного поведения, деятельности за оздоровление внешней среды;
4. преодоление, уменьшение факторов риска здоровью;
5. правильное питание.

Выберите группы факторов, имеющих значение в формировании здоровья человека:

1. образ жизни;
2. психические факторы;
3. физические факторы;
4. генетика, биология человека;
5. внешняя среда человека, экологические, природно-климатические факторы;
6. состояние здравоохранения.

Функциями врачебно-физкультурного диспансера являются:

1. гигиеническое воспитание населения;
2. проведение социологических опросов среди медицинских работников;
3. ведение учетно-отчетной документации;
4. анализ причин спортивного травматизма;
5. выдача рекомендаций по двигательным режимам для различных групп населения.

Какой из методов пропаганды здорового образа жизни наиболее эффективен?

1. печатный;
2. наглядный;
3. устный;
4. комбинированный;
5. последовательный

Ситуационные задачи

ПК 1, УК-1

Задача

К врачу общей практики обратилась мама 9 летней девочки с жалобами на то, что дочь много времени сидит за компьютером и мало двигается.

Status praesens communis: кожные покровы обычной окраски, чистые, рост 130 см, вес 28 кг, физическое развитие среднее, гармоничное. Периферические лимфатические узлы в пределах возрастной нормы. Дыхание везикулярное, ЧДД 21 в мин, тоны сердца ритмичные, звучные, АД 105/60 мм. рт. ст., пульс 80 в минуту, ритмичный. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю правой реберной дуги, безболезненная при пальпации. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез без особенностей, со слов пациента.

Вопросы: К какой стадии готовности к занятиям физической активностью относится пациент? Дайте рекомендации по занятию физической активностью? Какова норма двигательной активности, в данной возрастной группе?

Ответы: «Встать со своего кресла». Начинать с умеренной физической активности, медленно и постепенно удлиняя время занятий (время 20-60 мин одно занятие, для начинающих 5-10 мин), со временем повышая интенсивность занятий. Занятия должны включать разминку, активный период и период остывания (разминка-5-10 мин, нагрузка 15-40мин, расслабление 5-10мин). 16-20 тысяч шагов, время двигательной активности 3,0-3,3 часа ежедневно.

ПК 1, УК-1

К врачу общей практики обратилась женщина 29 лет с просьбой дать рекомендации по занятию физической активностью. Пациентка раньше занималась фитнесом, плаванием, но не регулярно (не хватало времени). Status praesens communis: кожные покровы обычной окраски, чистые, вес 88 кг, рост 168 см. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, ЧДД 18 в мин, тоны сердца ритмичные, звучные, АД 130/80 мм. рт. ст., пульс 70 в минуту, ритмичный. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю правой реберной дуги, безболезненная при пальпации. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез без особенностей, со слов пациентки.

Вопросы: К какой стадии готовности к занятиям физической активностью относится пациент? Дайте рекомендации по занятию физической активностью. Какова норма двигательной активности, в данной возрастной группе?

Ответы: «Планирование первого шага». Оптимальная частота занятий – не менее 5 раз в неделю, лучше ежедневно. Занятия должны включать разминку, активный период и период остывания (разминка-5-10 мин, нагрузка 15-40мин, расслабление 5-10мин). Интенсивность нагрузки увеличивается постепенно. Уровень интенсивности нагрузки: умеренная нагрузка – при пульсе 50-70% от максимальной частоты сердечных сокращений, скорость упражнений позволяет участникам комфортно беседовать; интенсивная нагрузка – пульс > 70% от максимальной частоты сердечных сокращений. 10-14 тысяч шагов в день.

ПК 1, УК-1

К врачу общей практики обратился пациент 56 лет с просьбой дать рекомендации по занятию физической активностью. Пациент раньше не занимался физической активностью (считал, что это не нужно и отнимает много времени). Anamnesis vitae: около

10 лет страдает артериальной гипертензией, принимает не регулярно диротон 5 мг утром. Курит 20 лет по пачке сигарет в день. Status praesens communis: кожные покровы обычной окраски, чистые, вес 95 кг, рост 181см. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, ЧДД 19 в мин, тоны сердца ритмичные, акцент 2го тона над аортой, АД 150/90 мм. рт. ст., пульс 82 в минуту, ритмичный. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю правой реберной дуги, безболезненная при пальпации. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез без особенностей, со слов пациента.

Вопросы: К какой стадии готовности к занятиям физической активностью относится пациент? Дайте рекомендации по занятию физической активностью. Рассчитайте МЧСС для данной возрастной группы.

Ответы: «Встать со своего кресла». Перед началом занятий необходима консультация у врача. Начинать с умеренной физической активности, медленно и постепенно удлиняя время занятий (время 20-60 мин одно занятие, для начинающих 5-10 мин). Занятия должны включать разминку, активный период и период остывания (разминка-5-10 мин, нагрузка 15-40 мин, расслабление 5-10мин). Уровень интенсивности нагрузки: умеренная нагрузка – при пульсе 50-70% от максимальной частоты сердечных сокращений. МЧСС = 220 – возраст.

ПК 1 , УК-1

К врачу общей практики во время проведения дополнительной диспансеризации обратился мужчина 40 лет с просьбой дать рекомендации по занятию физической активностью. Он активно занимается различными видами спорта (футбол, бег, плавание) и хочет знать нет ли противопоказаний к продолжению занятий. Anamnesis vitae: не курит. Онкологические, венерические заболевания отрицает. Status praesens communis: кожные покровы обычной окраски, чистые, вес 90 кг, рост 176 см. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, ЧДД 18 в мин, тоны сердца ритмичные, звучные, АД 120/80 мм. рт. ст., пульс 80 в минуту, ритмичный. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю правой реберной дуги, безболезненная при пальпации. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез без особенностей, со слов пациента.

Вопросы: К какой стадии готовности к занятиям физической активностью относится пациент? Дайте рекомендации по занятию физической активностью. Какова норма двигательной активности, в данной возрастной группе? Рассчитайте МЧСС для данной возрастной группы.

Ответы: «Не терять темп». Оптимальная частота занятий – не менее 5 раз в неделю, лучше ежедневно. Занятия должны включать разминку, активный период и период остывания (разминка-5-10 мин, нагрузка 15-40мин, расслабление 5-10мин). Уровень интенсивности нагрузки – пульс > 70% от максимальной частоты сердечных сокращений. 10-14 тысяч шагов в день. МЧС = 220- возраст.

УК-2

В подчинении заведующего отделением 4 человека. Один из них работает качественно, но медленно и неравномерно. Поэтому особенно ответственную работу заведующий отделением поручает другим сотрудникам, которые успевают делать все, в том числе и помогать медлительному сотруднику. Но последнее время вам стали поступать жалобы на перегрузку, часто сотрудники стали отказываться выполнять работу за другого.

Вопросы:

Определите верную стратегию выхода из психологической игры и разрешения конфликтной ситуации. Помните о том, что вы находитесь в роли руководителя.

Определите верную стратегию выхода из психологической игры и разрешения конфликтной ситуации. Помните о том, что вы находитесь в роли подчиненного. Охарактеризуйте конструктивность влияния данной ситуации на коллектив

УК-2

Заведующий отделением Б в аэропорту встречает своего подчиненного – врача А, которая уже две недели не работает. Вам сказали, что он болеет. А Вы видите его не только в добром здравии, но отдохнувшим. Он кого-то с большим нетерпением встречает в аэропорту. При этом во вверенном заведующему отделении огромный объем работы, не хватает сотрудников.

Вопросы:

Определите верную стратегию выхода из психологической игры и разрешения конфликтной ситуации. Помните о том, что вы находитесь в роли руководителя.

Определите верную стратегию выхода из психологической игры и разрешения конфликтной ситуации. Помните о том, что вы находитесь в роли подчиненного.

Охарактеризуйте конструктивность влияния данной ситуации на коллектив

Рекомендуемая литература

Основная

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>

Дополнительная

1. 1. Сборник нормативно-правовых актов, регулирующих трудовые отношения в сфере здравоохранения [Электронный ресурс] / В. М. Шипова; под ред. Р. У. Хабриева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015 <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970430521.html>

Приложение

Нормативно-правовая база

1. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 31.12.2014) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"
2. Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 01.12.2014) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2015)
3. Приказ Минздрава России от 20.11.2002 N 350 (ред. от 18.05.2012) "О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации" (вместе с "Положением об организации деятельности медицинской сестры врача общей практики")
4. Приказ Минздрава РФ от 26.08.1992 N 237 "О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)"
5. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 17.01.2005 N 84 "О Порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)". (Зарегистрировано в Минюсте РФ 21.02.2005 N 6346)
6. Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 N 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»
7. Приложение к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. N 543н

Приложение:

ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ

1. Настоящее Положение устанавливает правила организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению на территории Российской Федерации
2. Организация оказания первичной медико-санитарной помощи осуществляется в медицинских и иных организациях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, в том числе индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на медицинскую деятельность, полученную в порядке, установленном законодательством Российской Федерации (далее - медицинские организации).
Организация оказания первичной медико-санитарной помощи осуществляется медицинскими организациями и их структурными подразделениями в соответствии с приложениями № 1 - 27 к настоящему Положению.
3. Работникам организаций, включенных в утвержденный Правительством Российской Федерации перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда, и населению закрытых административно-территориальных образований, территорий с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, включенных в утвержденный Правительством Российской Федерации перечень территорий, первичная медико-санитарная помощь осуществляется с учетом особенностей организации оказания медицинской помощи, установленных Правительством Российской Федерации.
4. Первичная медико-санитарная помощь в медицинских организациях может оказываться населению:
 - а) в качестве бесплатной - в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования и средств соответствующих бюджетов, а также в иных случаях, установленных законодательством Российской Федерации;
 - б) в качестве платной медицинской помощи - за счет средств граждан и организаций.
5. Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни, в том числе снижению уровня факторов риска заболеваний, и санитарно-гигиеническому просвещению.
6. Первичная медико-санитарная помощь оказывается в плановой и неотложной формах.
7. Первичная медико-санитарная помощь оказывается:
 - 1) амбулаторно, в том числе:
в медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, или ее подразделении, по месту жительства (пребывания) пациента - при острых заболеваниях, обострениях хронических заболеваний в случае вызова медицинского работника или при посещении им пациента с целью наблюдения за его состоянием, течением заболевания и своевременного назначения (коррекции) необходимого обследования и (или) лечения (активное посещение), при патронаже отдельных групп населения при выявлении или угрозе возникновения эпидемии инфекционного заболевания, больных инфекционным заболеванием, контактных с ними лиц и лиц, подозрительных на инфекционное заболевание, в том числе путем подворных (поквартирных) обходов, осмотров работников и учащихся;

по месту выезда мобильной медицинской бригады, в том числе для оказания медицинской помощи жителям населенных пунктов с преимущественным проживанием лиц старше трудоспособного возраста либо расположенных на значительном удалении от медицинской организации и (или) имеющих плохую транспортную доступность с учетом климато-географических условий;

2) в условиях дневного стационара, в том числе стационара на дому.

8. В целях повышения эффективности оказания первичной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи, в структуре медицинских организаций может организовываться отделение (кабинет) неотложной медицинской помощи, осуществляющее свою деятельность в соответствии с приложением N 5 к настоящему Положению.

С учетом образования контингентов граждан, временно (сезонно) проживающих на территории населенного пункта (в том числе на дачных участках и садовых товариществах), отделение (кабинет) неотложной медицинской помощи может организовываться в непосредственном приближении к месту временного (сезонного) проживания.

9. Первичная медико-санитарная помощь оказывается в соответствии с установленными порядками оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи и стандартами медицинской помощи.

10. Первичная медико-санитарная помощь включает следующие виды:

первичная доврачебная медико-санитарная помощь, которая оказывается фельдшерами, акушерами, другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий, здравпунктов, поликлиник, поликлинических подразделений медицинских организаций, отделений (кабинетов) медицинской профилактики, центров здоровья;

первичная врачебная медико-санитарная помощь, которая оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами) врачебных амбулаторий, здравпунктов, поликлиник, поликлинических подразделений медицинских организаций, офисов врачей общей практики (семейных врачей), центров здоровья и отделений (кабинетов) медицинской профилактики;

первичная специализированная медико-санитарная помощь, которая оказывается врачами-специалистами разного профиля поликлиник, поликлинических подразделений медицинских организаций, в том числе оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь.

11. В малочисленных и (или) расположенных на значительном удалении от медицинской организации или ее подразделения населенных пунктах, в том числе временных (сезонных), медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь по территориально-участковому принципу, на территории обслуживания которых расположены такие населенные пункты, осуществляют организацию оказания первой помощи населению до прибытия медицинских работников при внезапных, опасных для жизни острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, травмах, отравлениях с привлечением одного из домашних хозяйств.

Организация оказания первой помощи включает формирование аптечки первой помощи, ее пополнение по мере необходимости, обучение навыкам оказания первой помощи, обеспечение лиц, оказывающих первую помощь, а также лиц, имеющих высокий риск развития внезапной сердечной смерти, острого коронарного синдрома и других жизнеугрожающих состояний, и членов их семей методическими пособиями и памятками по оказанию первой помощи при наиболее часто встречающихся жизнеугрожающих состояниях, являющихся основной причиной смертности (в том числе внезапной сердечной смерти, острого коронарного синдрома, острого нарушения мозгового

кровообращения), содержащими сведения о характерных проявлениях указанных состояний и необходимых мероприятиях по их устранению до прибытия медицинских работников.

12. Первичная доврачебная и первичная врачебная медико-санитарная помощь организуются по территориально-участковому принципу.

13. Территориально-участковый принцип организации оказания первичной медико-санитарной помощи заключается в формировании групп обслуживаемого контингента по признаку проживания (пребывания) на определенной территории или по признаку работы (обучения) в определенных организациях и (или) их подразделениях.

14. Распределение населения по участкам осуществляется руководителями медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в зависимости от конкретных условий оказания первичной медико-санитарной помощи населению в целях максимального обеспечения ее доступности и соблюдения иных прав граждан.

15. В целях обеспечения права граждан на выбор врача и медицинской организации допускается прикрепление граждан, проживающих либо работающих вне зоны обслуживания медицинской организации, к врачам-терапевтам участковым, врачам общей практики (семейным врачам) для медицинского наблюдения и лечения с учетом рекомендуемой численности прикрепленных граждан, установленной пунктом 18 настоящего Положения.

16. В медицинских организациях могут быть организованы участки:

фельдшерский;

терапевтический (в том числе цеховой);

врача общей практики (семейного врача);

комплексный (участок формируется из населения участка медицинской организации с недостаточной численностью прикрепленного населения (малокомплектный участок) или населения, обслуживаемого врачом-терапевтом врачебной амбулатории, и населения, обслуживаемого фельдшерско-акушерскими пунктами (фельдшерскими здравпунктами);

акушерский;

приписной.

17. Обслуживание населения на участках осуществляется:

фельдшером фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта;

врачом-терапевтом участковым, врачом-терапевтом цехового врачебного участка, медицинской сестрой участковой на терапевтическом (в том числе цеховом) участке;

врачом общей практики (семейным врачом), помощником врача общей практики, медицинской сестрой врача общей практики на участке врача общей практики (семейного врача).

18. Рекомендуемая численность прикрепленного населения на врачебных участках в соответствии с нормативной штатной численностью медицинского персонала составляет:

на фельдшерском участке - 1300 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше;

на терапевтическом участке - 1700 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше (для терапевтического участка, расположенного в сельской местности, - 1300 человек взрослого населения);

на участке врача общей практики - 1200 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше;

на участке семейного врача - 1500 человек взрослого и детского населения;

на комплексном участке - 2000 и более человек взрослого и детского населения.

19. В районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, высокогорных, пустынных, безводных и других районах (местностях) с тяжелыми климатическими условиями, с длительной сезонной изоляцией, а также в местностях с низкой плотностью

населения участки могут быть сформированы с меньшей численностью прикрепленного населения, с сохранением штатных должностей врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей), медицинских сестер участковых, медицинских сестер врача общей практики, фельдшеров (акушеров) в полном объеме.

20. В зависимости от конкретных условий оказания первичной медико-санитарной помощи населению в целях обеспечения ее доступности могут формироваться постоянно действующие медицинские бригады, состоящие из врача-терапевта участкового, фельдшеров, акушеров и медицинских сестер, с распределением между ними функциональных обязанностей по компетенции, исходя из установленных штатных нормативов, предназначенных для расчета количества должностей, предусмотренных для выполнения медицинской организацией возложенных на нее функций.

21. Первичная специализированная медико-санитарная помощь организуется в соответствии с потребностями населения в ее оказании, с учетом заболеваемости и смертности, поло-возрастного состава населения, его плотности, а также иных показателей, характеризующих здоровье населения.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается по направлению медицинских работников, оказывающих первичную доврачебную и первичную врачебную медико-санитарную помощь, а также при самостоятельном обращении пациента в медицинскую организацию.

22. Для оказания медицинской помощи больным с острыми хроническими заболеваниями и их обострениями, нуждающимся в стационарном лечении, но не направленным для оказания стационарной медицинской помощи в медицинскую организацию, может организовываться стационар на дому при условии, что состояние здоровья больного и его домашние условия позволяют организовать медицинскую помощь и уход на дому.

Отбор больных для лечения в стационаре на дому проводится по представлению врачей участковых терапевтов, врачей общей практики (семейных врачей) и врачей-специалистов.

При организации стационара на дому осуществляется ежедневное наблюдение больного врачом-специалистом и медицинской сестрой, проведение лабораторно-диагностических обследований, медикаментозной терапии, различных процедур, а также консультации врачей-специалистов по профилю заболевания.

В субботние, воскресные и праздничные дни наблюдение за больными может осуществляться дежурными врачами и медицинскими сестрами, а также службой неотложной медицинской помощи. При ухудшении течения заболевания больной должен быть незамедлительно переведен в круглосуточный стационар.

оценки эффективности деятельности врача общей практики (семейного врача).

