*Отделом здравоохранения городского Совета народных депутатов было принято решение изучить состояние здоровья населения и здравоохранения города Н за последние годы.*

*С этой целью была разработана специальная программа и создана рабочая группа, в состав которой ПДК представители городского здравоохранения и врачи организационно-методического отдела областной больницы. В процессе работы были получены и проанализированы о демографической ситуации в городе, уровне и характере заболеваемости, в том числе и на производстве, физическом развитии детей в дошкольных и школьный учреждениях. В частности, было установлено, что широкое распространение имеют болезни органов дыхания, неявной системы, системы кровообращения, а также травмы.*

*Город находятся в очень неблагоприятных экологических условиях, поскольку в 5 км. к северо-западу расположен крупный угольный разрез. Добыча угля ведется открытым способом. Содержание вредных веществ в воздухе превышает ПДК в 10-15 раз. Кроме того, город расположен в эпицентре возникновения геомагнитных бурь.*

*В рационе питания населения незначительный удельный вес растительно-молочной пищи.*

*В городе мало спортивных секций, спортивных сооружений, бассейнов, что негативным образом сказывается на физическом развитии как взрослого, так и детского населения.*

1. Городская больница, объединенная с поликлиникой.

*Стационарную помощь населению оказывает городская больница мощностью 1400 коек. В терапевтическом отделении 250 коек, время функционирования койки в отчетном году 310 дней, средняя длительность пребывания больного в стационаре - 21 день. Выявлены недостатки в организации госпитализации и выписки больных, что приводило к значительному простою коек.*

*Из 3690 больных, прошедших через терапевтическое отделение в течение года, 250 человек были госпитализированы необоснованно. 15% из числа госпитализированных в терапевтическое отделение в дальнейшем было переведено в другие отделения, в основном в неврологическое. Из 240 госпитализированных экстренно 80 умерли в стационаре. При сопоставлении клинических диагнозов с данными патологоанатомических вскрытий 180 умерших в стационаре диагнозы совпали в 156 случаях. Процент повторных госпитализаций в терапевтическое отделение в течение года составил 18%.*

*Хирургическое отделение имеет 110 коек, время функционирования койки - 370 дней, длительность пребывания больного - 11 дней. Часть больных занимает дополнительные койки. Всего через отделение прошло 3700 человек.*

*Проведенное в отчетном году изучение заболеваемости показало, что ее суммарный уровень по болезням терапевтического профиля составляет 600%о. По оценкам врачей краевой больницы, 7% из числа больных нуждаются в госпитализации. Хирургическая заболеваемость составила 380%о, в госпитализации нуждается 10% больных.*

*В штате городской поликлиники 33 врача-терапевта, занято 33, физических лиц - 24. Средняя численность населения на участке 2200 человек. Из 18000 выявленных хронических больных, подлежащих диспансерному наблюдению, на учете состоит 12000, из них 9000 наблюдается регулярно.*

*При проведении аттестации врачей-терапевтов было выявлено, что 14 из 24 не умеют анализировать данные ЭКГ - исследований. Усовершенствование по терапии в течение последних 5 лет прошли 9 человек, 5 врачей повышали свою квалификацию 10 и более лет назад, а 3 врача (в возрасте 50 лет и старше) за все годы работы не проходили курсы усовершенствования.*

*Установлено, что расхождение поликлинических и клинических диагнозов у врачей, не проходивших усовершенствование, составляет 40%, а у повышавших квалификацию -. 25%. Кроме того, врачи, прошедшие усовершенствование, реже допускают ошибки в определении сроков временной нетрудоспособности, имеют более высокие показатели своевременности взятия под диспансерное наблюдение вновь выявленных контингентов больных. Основная часть хронических заболеваний регистрируется при обращении больных в поликлинику, тогда как процент выявленных на медицинских осмотрах незначителен, что приводит к позднему обнаружению патологии.*

*В поликлинике отсутствует отделение профилактики, а также кабинет доврачебного приема, что приводит к перегрузке на приеме у врача. Отделение восстановительного лечения не имеет необходимого оборудования. Клиническая лаборатория нерегулярно снабжается необходимыми реактивами.*

*Медицинские карты амбулаторных больных на руки не выдаются. Они не имеют маркировки, многочисленны случаи утери их, что приводит к множеству дубликатов. Значительна текучесть медицинского персонала.*

Таблица показателей работы городской больницы

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Формула расчета | Данные по городу | Норма по РФ  | Город по сравнению с нормой | Возможные причины |
| 1. Среднегодовая занятость койки (по отделениям больницы):а. В терапевтическом отделении | число койко-дней всего за год на всех койках отделения/ число коек | 310 дней | 330-340 дней | меньше | Наличие излишних коекНедостаточная госпитализация больныхРемонт или карантин в течение годаБыстрая выписка больных |
| б. в хирургическом отделении  | число койко-дней всего за год на всех койках отделения/ число коек | 370 дней | 330-340 дней | больше | Недостаток коек в отделенииДлительная госпитализация больныхБольшое количество тяжелых больных |
| 2. Средняя длительность пребывания больного на койке в терапевтическом отделении | число койко-дней всего за год на всех койках отделения / 365 (число дней в году) | 21 | 19-20 дней | больше | Недостаточно эффективное лечениеНесоблюдение сроков выпискиБольшое количество больных с тяжелыми формами заболеваний |
| 3. Средняя длительность пребывания больного на койке в хирургическом отделении  | число койко-дней всего за год на всех койках отделения / 365 (число дней в году) | 11 | 13 дней | меньше | Недостаточно качественное лечениеНесоблюдение сроков выпискиБольшое количество больных с легкими формами заболеваний |
| 4. Коэффициент совместительства | число ставок / число физических лиц  | 1. 4 | Не более 1. 1 | больше | Стремление персонала много зарабатыватьНедостаток кадров из-за низкой заработной платы или малого количества социальных льгот |
| 5. Средняя численность населения на участке, человек |  | 2. 200 | Не более1. 800 | больше | Недостаток штатных должностей участковых терапевтовНерациональное распределение больных по участкам |
| 6. Процент охвата населения диспансерным наблюдением |  (число состоящих на диспансерном учете / число подлежащих диспансерному учету) \*100% | 66% | Не менее 80% | меньше | Низкая санитарная культура населенияПерегруженность участковых терапевтовПлохая организация процесса диспансерного наблюдения |
| 7. Регулярность диспансерного наблюдения |  (количество наблюдаемых регулярно / число состоящих на диспансерном учете) \*100% | 75% | Не менее100% | меньше | Плохая организация процесса диспансерного наблюденияПерегруженность участковых терапевтовНизкая санитарная культура населения |

Анализ некоторых показателей деятельности городской больницы и поликлиники по отношению к аналогичным показателям по области.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Формула расчета | Данные по городу | Данные по области | Город по сравнению с областью | Возможные причины несоответствия данных по городу и по области, по каждому пункту |
| 8. Расхождение поликлинических и клинических диагнозова) у квалифицированных врачей |  (количество разошедшихся диагнозов/ общее кол-во диагнозов) \*100% | 25% | 30% | меньше | Более качественный процесс повышения квалификации в городе  |
| б) у не повышавших квалификацию врачей |  | 40% | 30% | больше | Более низкая исходная квалификация врачей города |
| 9. Процент необоснованного поступления больных в терапевтическое отделение |  (число необоснованно поступивших / число больных, прошедших через терапевтическое отделение) \*100% | 6, 7% | 9, 0% | меньше | Лучшая диагностика в поликлинике городаЛучшая квалификация врачей городаБольшая полнота обследования в лечебных учреждениях города  |
| 10. Летальность в терапевтическом отделении от острого инфаркта и инсульта |  (Число умерших / число экстренных госпитализаций) \*100% | 33% | 35% | меньше | Лучшая квалификация и диагностика у врачей городаБолее легкое течение острого инфаркта и инсульта в городе |
| 11. Процент расхождения клинических и патанатомических диагнозов |  (число разошедшихся диагнозов / число вскрытий) \*100% | 13, 4% | 10% | больше | Худшая квалификация и диагностика у врачей города |
| 12. Процент повторных госпитализаций в терапевтическое отделение  |  (число повторно поступивших / число больных, прошедших через терапевтическое отделение) \*100% | 18% | 15% | больше | Худшая квалификация и диагностика у врачей городаБолее тяжелое течение заболеваний в городеНарушение правил выписки (выписка недолеченных больных |
| 13. Процент переводов в другое отделение  |  (число переведенных в другие отделения / число больных, прошедших через терапевтическое отделение) \*100% | 15% | 12% | больше | Худшая диагностика у врачей городаХудшая квалификация врачей города в распознавании неврологической патологииБольшее количество пожилых больных с сопутствующей патологией |
| 14. Процент укомплектованности штата.  |  (занятые должности / штатные должности) \*100% | 100% | 98% | больше | Недостаток врачебных кадров в области |

**Показатель оборота коек** равен значению выражения: число больных в течение года / число коек. В больнице города Н. этот показатель равен 3690/250 = 14.76 больных в среднем прошло через одну койку за год в терапевтическом отделении, 3700/110 = 33.6 больных - в хирургическом.

**Расчет необходимого количества коек в терапевтическом отделении городской больницы.**

Потребность в терапевтических койках считается по формуле: Потребность в койках терапевтического отделения городской больницы = (Уровень заболеваемости на 1000 человек \* Процент отбора на койку из 100 заболевших \* Длительность лечения одного больного в днях \* Число населения в тысячах, обслуживаемого больницей) / (Планируемая занятость койки в год в днях \* 100).

Для терапевтического отделения:

Уровень заболеваемости на 1000 человек - 600.

Процент отбора на койку из 100 заболевших - 7.

Длительность лечения одного больного в днях - 20 дней (исходя из нормы по РФ; в больнице города Н. этот показатель больше).

Число населения в тысячах, обслуживаемого больницей - 100.

Планируемая занятость койки в год в днях - 330 дней (исходя из нормы по РФ; в больнице города Н. этот показатель меньше).

Итого: Потребность в койках = (600\*7\*20\*100) / (330\*100) = 254 койки требуется для терапевтического отделения городской больницы, что соответствует имеющимся ресурсам.

**Расчет необходимого количества коек в хирургическом отделении.**

Потребность в хирургических койках считается по той же формуле: Потребность в койках хирургического отделения городской больницы = (Уровень заболеваемости на 1000 человек \* Процент отбора на койку из 100 заболевших \* Длительность лечения одного больного в днях \* Число населения в тысячах, обслуживаемого больницей) / (Планируемая занятость койки в год в днях \* 100).

Для хирургического отделения:

Уровень заболеваемости на 1000 человек - 380.

Процент отбора на койку из 100 заболевших - 10.

Длительность лечения одного больного в днях - 13 дней (исходя из нормы по РФ; в больнице города Н. этот показатель меньше).

Число населения в тысячах, обслуживаемого больницей - 100.

Планируемая занятость койки в год в днях - 330 дней (исходя из нормы по РФ; в больнице города Н. этот показатель значительно больше).

Итого: Потребность в койках = (380\*10\*13\*100) / (330\*100) = 150 койки требуется для хирургического отделения городской больницы, что больше, чем имеется. Следовательно, необходимо увеличить количество хирургических коек в больнице города Н.

Выводы о деятельности городской больницы и поликлиники

СТАЦИОНАР

В результате анализа деятельности городской больницы выявлен ряд существенных недостатков:

1. простой коек в терапевтическом отделении, что связано с недостатками в орга­низации госпитализации и выписки больных и времени пребывания больных в стационаре
2. время функционирования койки в хирургическом отделении выше нормативных показа­телей, так как часть больных занимает дополнительные койки
3. потребность терапевтического отделения в койках в отчетном году на 20 коек боль­ше, чем есть, что связано с повышенным уровнем повторных госпитализаций (18%). Кроме того в городе мало спортивных сооружений, плохое обеспечение продуктами питания, чрезвычайно неблагоприятная экологичес­кая обстановка, что, возможно, и привело к повышению уровня заболеваемости по болез­ням терапевтического профиля 600%.
4. процент расхождения клинических и патологоанатомических диагно­зов составил 14%, что говорит о пониженной квалификации врачей стацио­нара или о поступлении больных с очень редкой патологией (неблагоприят­ная экологическая обстановка)

ПОЛИКЛИНИКА

О низком профессионализме врачей поликлиники дают понять такие показатели, как

1. полнота охвата больных диспансерным наблюдением 66%
2. регулярность наблюдения 75%
3. процент расхождения клинических и поликлинических диагнозов от 25 до 40%

Причины всего этого заключаются в том, что количество врачей поликлиники недостаточное (коэффициент. совместительства 1, 37), из-за этого численность насе­ления на участке на 29% выше нормативных показателей. Следствием явля­ется неполнота охвата диспансерным наблюдением хронических больных (66%), нерегу­лярность наблюдения (75%).

Кроме того, при проведении аттестации врачей было выявлено, что 58% врачей не умеют анализировать данные ЭКГ. Большинство врачей не проходи­ло курсы усовершенствования, и процент расхождения клинических и полик­линических диагнозов у врачей прошедших квалификацию меньше, чем у неп­рошедших (25%, 40%). Также врачи, прошедшие повышение квалификации, реже допус­кают ошибки в определении сроков временной нетрудоспособности, имеют более высокие показатели своевременности взятия под диспансерное наб­людение вновь выявленных контингентов больных.

Следствием низкого качества работы врачей поликлиники является и то, что большинство больных с гипертонической болезнью (53%) выявлено во второй и третьей стадии, со злокачественными образованиями на 3 и 4 ста­диях 35% больных.

В результате неправильно поставленной работы регистратуры (отсутс­твие маркировки амбулаторных карт) частые потери их и оформление боль­шого количества дубликатов.

В поликлинике плохая материально-техническая база:

1. отсутствует кабинет доврачебного приема (приводит к перегрузкам на приеме у врача)
2. отделение восстановительного лечения не имеет необходимого обо­рудования
3. клиническая лаборатория нерегулярно снабжается необходимыми ре­активами

Предложения по улучшению работы городской больницы и поликлиники

1. Выделить дополнительные средства на материальное обеспечение для приобретение мед. оборудования, инструментов, медикаментов.

2. Четко организовать госпитализацию и выписку больных для устранения значительного простоя коек терапевтического профиля.

3. Перепрофилировать часть терапевтического отделения в хирургическое, но лучше, по возможности, открыть второе хирургическое отделение или расщирить имеющееся.

4. Рассмотреть вопрос об открытии специализированного отделения неточной патологии.

5. Постоянно повышать квалификацию врачей. Проводить разборы историй болезни совместно заведующими отделений, более опытными специалистами и молодыми врачами.

6. Уменьшить нагрузку врачей поликлиники для улучшения качества лечебной работы.

7. Организовать в поликлинике отделение профилактики и кабинет доврачебного приема с целью снижения нагрузки врачей.

8. Ввести маркировку поликлинических карт, использовать компьютерные технологии для учета и заполнения карт.

9. Уменьшить текучесть кадров путем улучшения условий труда и быта, жилищных условий.

2. Анализ деятельности детской поликлиники

*Поликлиника находится в приспособленном помещении на 1 этаже жилого дома. В течение 3-х последних лет строится новое здание, но окончание строительства задерживается.*

*Возможности обеспечить полноценную диагностическую работу на существующей базе ограничены. Мощность клинико-биологической лаборатории невелика, рентгеновский аппарат периодически выходит из строя.*

*Кабинет здорового ребенка не работает (ремонт). Не хватает боксированных помещений.*

*Среднее число детей на педиатрических участках колеблется в пределах 820-850. Штат врачей-педиаторов и патронажных медсестер укомплектованы полностью, но в значительной степени за счет совместительства.*

*Показатели деятельности детской поликлиники в отчетном году составили:*

*1) Ранний (в первые 3 месяца) охват новорожденных детей наблюдением - 85%,*

*2) Регулярность наблюдения медицинской сестрой детей 1 года жизни -68%,*

*3) Регулярность наблюдения врачом детей 1 года жизни - 56%,*

*4) Частота посещений на дому с профилактической целью: - врачом - 24%, - мед. сестрой - 45%.*

*Из общего числа детей в возрасте до 1 года (1420) на грудном вскармливании до 4 месяцев находилось 400.*

*По группам здоровья дети 1 года жизни распределились следующим образом: 1 гр. (здоровые) - 20%, II гр. (с факторами риска) - 74%, III гр. (с хронической патологией) - 6%. Установлено, что особенно много детей, относящихся ко II и III гр. здоровья, имеется у матерей в возрасте до 20 лет, а также матерей-одиночек.*

Таблица показателей деятельности детской поликлиники

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Формула расчета | Данные по городу | Данные по области | Город по сравнению с областью | Возможные причины несоответствия данных по городу и по области, по каждому пункту |
| 1. Охват беременных дородовым патронажем медсестрой детской поликлиники |  (число беременных, посещаемых медсестрой поликлиники / число новорожденных, поступивших под наблюдение поликлиники) \*100% | 70% | 80% | меньше | Большая нагрузка городских участковых педиатров и медсестерХудшее взаимодействие между детской поликлиникой и женской консультацией городаХудшая организация работы детской поликлиники города |
| 2. Охват беременных с неблагоприятным течением беременности дородовым патронажем врачом-педиатром |  (число беременных, посещаемых врачом-педиатром / число новорожденных, поступивших под наблюдение детской поликлиники) \*100% | 50% | 60% | меньше | Большая нагрузка городских участковых педиатров и медсестерХудшее взаимодействие между детской поликлиникой и женской консультацией городаХудшая организация работы детской поликлиники города |
| 3. Ранний (в первые три дня) охват новорожденных наблюдением |  (число новорожденных, поступивших под наблюдение детской поликлиники в первые 3 дня / число всех новорожденных, поступивших под наблюдение детской поликлиники) \*100% | 85% | 95% | меньше | Большая нагрузка городских участковых педиатровХудшее взаимодействие между детской поликлиникой и родильным домом городаХудшая организация работы детской поликлиники города |
| 4. Регулярность наблюдения детей первого года жизнимедсестройврачом |  (число детей, наблюдаемых регулярно \ число детей достигших 1 года) \*100% | 68%56% | 75%60% | меньшеменьше | Большая нагрузка городских участковых педиатров и медсестерХудшая организация работы детской поликлиники города |
| 5. Частота посещений детей на дому с профилактической цельюмедсестройврачом |  | 45%24% | 60%40% | меньшеменьше | Большая нагрузка городских участковых педиатров и медсестерХудшая организация работы детской поликлиники города |
| 6. Средняя численность детей на участке |  | 820-850 | 800 | больше | Меньшее относительное количество штатных должностей участковых педиатров городаМеньшие расстояния до домов наблюдаемых детей в городе |
| 7. Процент привитых детей |  (число иммунизированных / число достигших 1 года) \*100% | 35% | 50% | меньше | Большая загруженность детской поликлиники городаХудшая организация работы детской поликлиники города |
| 8. Процент детей, находящихся на грудном вскармливании до 4-х месяцев |  (число детей, вскармливающихся грудью до 4-х месяцев / общее число детей возрастом до года) \*100% | 28% | 58% | меньше | Более низкая санитарная культура населения городаРазличие традиций города и областиХудшее состояние здоровья женщин города |
| 9. Распределение детей 1-го года жизни по группам здоровья1 группа2 группа3 группа |  | 20%74%6% | 44%52%4.0% | Большее количество детей 2-й и 3-й групп в городе | Худшая экологическая ситуация в городеХудшие условия жизни в городеХудшая работа учреждений здравоохранения в городе |

Выводы о недостатках в деятельностидетской поликлиники.

1. Несмотря на укомплектованность штатов, все показатели работы поликлиники снижены (ранний охват новорожденных детей, частота посещения врачом и сестрой в профи­лактических целях на дому, регулярность наблюдения педиатром и мед. сестрой), что может быть связано с большим коэффициентом совмести­тельства (нехватка физических лиц), отсутствие кабинета здорового ребен­ка, неприспособленность помещения больницы, неудовлетворительным отноше­нием работе врачей и медсестер.
2. Процент привитых детей тоже ниже нормативных, в результате немо­тивированных отказов от вакцинации, неудовлетворительного состояния до­кументации по прививкам.
3. Инфекционная заболеваемость детей за последние 3 года возросла в 1,5 раза. Причины: недостаточность вакцинации, отсутствие боксированных помещений.
4. Нарушение взаимосвязи и преемственности между род. домом, женской консультацией и детской поликлиникой (нерегулярность, неполнота информа­ции) привело к уменьшению охватом предродовым патронажем врачами педи­атрами.
5. Кроме того, участковые педиатры небрежно ведут документацию (в 30% случаев), что не позволяет полно и объективно оценивать уровень разви­тия и состояния здоровья детей.
6. Неблагоприятные экологические, социальные, бытовые и др. факторы привели к изменению показателей по группам здоровья детей первого года жизни (уменьшилось количество здоровых детей и увеличилось кол-во детей с факторами риска и с хронической. патологией)
7. Недостаточность санпросветработы, снижение уровня здоровья молодых матерей привело к снижению процента детей находящихся на грудном вскармливании до 4х мес.

Предложения по улучшению деятельностидетской поликлиники.

1. Завершить строительство отдельного здания для детской поликлиники. Профинансировать строительство.

2. В новом здании предусмотреть достаточное количество боксированных помещений, до сдачи нового здания в эксплуатацию увеличить количество боксированных помещений за счет более рационального использования площадей поликлиники.

3. Обеспечить детскую поликлинику материально-технической базой - приобрести приборы и реактивы для клинико-биологической лаборатории, приобрести новый рентгеновский аппарат.

4. Организовать до окончания ремонта кабинет здорового ребенка в одном из помещений поликлиники за счет более рационального использования площадей поликлиники. Проводить периодические профилактические осмотры детей в кабинете здорового ребенка с целью контроля за развитием ребенка, раннего выявления заболеваний.

5. Доукомплектовать штаты детской поликлиники путем изыскания источников дополнительного финансирования (оказание платных услуг, заключение договоров с организациями и с предприятиями) с целью привлечения новых кадров.

6. Организовать связь между участковыми терапевтами и работниками детских дошкольных учреждений и школ с целью упорядочивания времени регулярных прививок, обеспечить и проконтролировать регулярное проведение профилактических прививок, проводить санитарно-просветительскую работу.

7. Организовать связь между детской поликлиникой и женской консультацией с целью организации дородового патронажа беременных специалистами детской поликлиники для более качественной диагностики и лечения пренатальной и перинатальной патологии.

*3. Анализ деятельности женской консультации и родильного дома.*

*Из общего числа беременных, поступивших в отчетном году под наблюдение в женскую консультацию (1560), 1000 женщин были взяты на учет со сроком беременности до 12 недель. Остальные обратились в консультацию в более поздние сроки, в том числе 45 женщин - после 28 недель беременности. Из общего числа женщин состоящих на учете, регулярно наблюдались 900. при этом из всех наблюдаемых женщин 890 были обследованы терапевтом, окулистом и стоматологом, а у остальных в медицинской карте отсутствовали данные о посещении того или иного врача в рекомендуемые сроки. Только 45% женщин прошли психопрофилактическую подготовку к родам. Из общего числа беременных, состоящих под наблюдением женской консультации, у 100 женщин беременность закончилась абортом (самопроизвольными или по медицинским показаниям). Кроме того, по данным женской консультации, в отчетном году было произведено 3000 абортов по желанию женщин.*

*Родильный дом имеет 50 коек. В прошлом году время функционирования койки составило 290 дней, в отчетном - 280.*

*Средняя длительность пребывания родильницы на койке возросла с 7 до 8 дн. При этом отмечено увеличение частоты применения оперативных пособий в родах (в прошлом году - 8%, в отчетном - 10%) и частота осложнений в послеродовом периоде (соответственно 1 1% и 13%).*

*Большинство женщин, имевших оперативные пособия в родах и послеродовые осложнения, были взяты на учет после 12 недель беременности, нерегулярно посещали женскую консультацию и не были обследованы полностью.*

*Из общего числа родивших в отчетном году 15% были недоношенными. Наиболее высока частота недонашивания у женщин до 20 и старше 35 лет. У матерей-одиночек процент недоношенности - 20%.*

Таблица показателей деятельности женской консультации и родильного дома

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Формула расчета | Данные по городу | Норма по РФ | Город по сравнению с нормой | Возможные причины |
| 1. Среднегодовая занятость койки в родильном доме | число койко-дней всего за год на всех койках родильного дома/ число коек | 280 дней | 300 дней | меньше | Наличие излишних коекРемонт или карантин в течение года |
| 2. Средняя длительность пребывания на койке | число койко-дней всего за год на всех койках родильного дома/ 365 (число дней в году)  | 8 дней | 8 дней | соответствует | ---- |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Формула расчета | Данные по городу | Данные по области | Город по сравнению с областью | Возможные причины несоответствия данных по городу и по области, по каждому пункту |
| 1. Процент раннего взятия беременных на учет (до 12 недель)  |  (число вставших на учет до 12 недель / число беременных) \*100% | 64. 1% | 70% | меньше | Более низкая санитарная культура населения городаМенее точная диагностика ранних сроков беременности в городеХудшая организация работы женской консультации города |
| 2. Процент позднего взятия на учет (после 7 месяцев)  |  (число вставших на учет после 28 недель / число беременных) \*100% | 2. 8% | 2. 5% | больше | Более низкая санитарная культура населения городаХудшая организация работы женской консультации города |
| 3. Процент охвата наблюдений беременных узкими специалистами |  (число охваченных наблюдением / число беременных) \*100% | 57% | 60% | меньше | Более низкая санитарная культура населения города, нерегулярность обращения к врачуНехватка специалистов в женской консультации города |
| 4. Регулярность наблюдения в женской консультации |  (число регулярных наблюдений / число беременных) \*100% | 57% | 70% | меньше | Более низкая санитарная культура населения городаХудшая организация работы женской консультации города |
| 5. Процент охвата беременных психопрофи-лактикой |  (число прошедших психологическую профилактику / общее число беременных) \*100% | 45% | 70% | меньше | Более низкая квалификация врачей женской консультации городаХудшая организация работы женской консультации городаМенее регулярное посещение беременными врачей женской консультации городаОтражение индивидуальных планов ведения беременности |
| 6. Соотношение родов и абортов | общее число родов / общее число абортов | 1: 2 | 1: 2 | --- | И в городе, и по области показатели плохие. Причинами этого могут быть плохие социально-бытовые условия, низкая культура населения.  |
| 7. Частота примененных оперативных пособий в родах |  (число оперативных пособий / общее число родов) \*100% | 10% | 8% | больше | 1. Более частая патология беременности и родов в городе2. Худшее ведение беременности врачами женской консультации городаНа величину этих показателей также влияют:  |
| 8. Частота послеродовых осложнений |  (число послеродовых осложнений / общее число родов) \*100% | 13% | 10% | больше | 1. Нерегулярное посещение беременными женской консультации2. Недостаточная полнота обследования беременных перед родами |
| 9. Процент недоношенных из числа родившихся живыми |  (число недоношенных / число родившихся живыми) \*100% | 15% | 10% | больше | 1. Среди рожавших много женщин до 20 лет и после 35 лет2. Отсутствие в женской консультации “стратегии высокого риска”3. Отсутствие индивидуальных планов ведения беременности с патологией4. Недостаточное обследование в женской консультации |

**Расчет необходимого количества коек в родильном доме.**

Потребность в акушерских койках считается по формуле: Потребность в койках городского родильного дома = (Уровень рождаемости города Н. на 1000 человек \* 100 (процент отбора на койку из 100 заболевших: в данном случае он равен 100, так как все беременные женщины обязаны рожать в родильном доме) \* Длительность госпитализации роженицы в днях \* Число населения в тысячах, обслуживаемого родильным домом) / (Планируемая занятость койки в год в днях \* 100).

Для родильного дома:

Уровень рождаемости на 1000 человек - 12, 3 (по данным 1-й части курсовой работы).

Длительность госпитализации роженицы в днях - 8 дней (исходя из нормы по РФ; в больнице города Н. этот показатель больше).

Число населения в тысячах, обслуживаемого родильным домом - 100.

Планируемая занятость койки в год в днях - 300 дней (исходя из нормы по РФ; в родильном доме города Н. этот показатель меньше).

Итого: Потребность в акушерских койках = (12, 3\*100\*8\*100) / (300\*100) = 32, 8 койки требуется для родильного дома города Н., что меньше имеющихся ресурсов. Следовательно, акушерскими койками население города Н. обеспечено хорошо.

Выводы о недостатках в деятельности женской консультации и родильного дома

Отмечены следующие недостатки:

1. отсутствие необходимого оборудования (УЗИ и ЭХО-кг)
2. недостаток специалистов (терапевт, окулист, стоматолог)
3. нет контроля за регулярностью наблюдения (не являющиеся на прием не вызываются)
4. плохо организована психопрофилактическая подготовка к родам
5. отсутствие в работе женской консультации стратегии “высокого риска”
6. не разрабатываются индивидуальные планы ведения беременных с гестозами и экстрагенитальной патологией
7. не ведется санпросветительская работа, что приводит к поздней обращаемости женщин и соответственно увеличивается число послеродовых осложнений и оперативных пособий среди женщин
8. не ведется работа по программе “планирования семьи”, также работа среди подростков, что ведет к значительному числу нежелательных беременностей у женщин до 20 лет и после 35; соответственно увеличивается частота недоношенности
9. неудовлетворительное ведение мед. документации, не заполняются “индивидуальные карты беременной, родильницы”

Предложения по улучшению работы женской консультации и родильного дома

1. Провести оснащение Ж/К и род. дома необходимым оборудованием, подготовить специалистов по проведения УЗИ и электрокардиографии плода.

2. Укомплектовать штат Ж\К врачами специалистами (терапевт, окулист, стоматолог) для организации полноценного обслуживания беременных женщин.

3. Разработать программу по комплексной подготовки к родам: - внедрение стратегии “высокого риска”

1. разработка индивидуальных планов ведения беременных с гестозами и экстрагенитальной патологией
2. как можно больше охватить беременных психопрофилактической подготовкой

4. Открыть в родильном доме отделение рожениц с экстрагенитальной патологией, и проводить дородовую госпитализацию таких беременных.

5. Обеспечить преемственность в работе роддома и Ж/К для взятия под наблюдение женщин после выписки из род. домов.

6. Наладить тесную связь между Ж/К и МСЧ текстильного комбината, чтобы обеспечить своевременный перевод беременных женщин на легкую работу.

7. Организовать санпросвет. работу в старших классах школы, ПТУ и на предприятиях города, что позволит снизить частоту нежелательных беременностей у женщин до 20 лет.

Анализ деятельности медико-санитарной части (МСЧ) текстильного комбината

*На комбинате имеется МСЧ закрытого типа. В составе МСЧ -поликлиника, фельдшерские здравпункты в цехах, диетстоловая и детский комбинат. Собственным коечным фондом не располагает, больные госпитализируются в городскую больницу. Отказов в госпитализации нет, однако плановые больные подолгу ожидают очереди на госпитализацию.*

*Поликлиника МСЧ располагается в приспособленном помещении. Кабинетов ЛФК, лечебного массажа, а также водолечебницы на комбинате нет.*

*Фельдшерские здравпункты в цехах расположены в специально оборудованных помещениях, здесь имеются также комнаты гигиены женщины.*

*МСЧ плохо обеспечивается мед. оборудованием, инструментарием, медикаментами и перевязочными средствами. Администрация комбината выделяет на эти цели дополнительные ассигнования, но они недостаточны.*

*Отмечается значительная текучесть кадров цеховых терапевтов, а также медсестер. Из 3 терапевтов со стажем более 5 лет лишь 1 прошел курсы усовершенствования.*

*Цеховые врачи и врачи узких специальностей нередко допускают ошибки в области экспертизы временной нетрудоспособности.*

*Процент расхождения диагнозов в поликлинике МСЧ и в стационаре городской больницы 35%.*

*На цеховых участках 2000 работающих. Принципы единства в технологии и территориальной близости при формировании цеховых участков соблюдены. В то же время цеховые врачи нерегулярно посещают свои цеха, слабо взаимодействуют с цеховой администрацией по вопросам контроля за состоянием производственной Среды. Санитарный актив цеха фактически не работает.*

*Периодические медосмотры лиц, имеющих проф. вредности, на комбинате организованы неудовлетворительно. Процент выполнения плана периодических осмотров - 80%. Охват диспансерным наблюдением вновь выявленных больных недостаточен.*

*На комбинате высок уровень первичного выхода на инвалидность. В отчетном году он составил: БСК - 17, 5 (N - 13, 0), КМС - 5, 0 (N - 3, 0), НС - 3, 8 (N - 3, 0) на 10000 работающих.*

*Трудовые рекомендации рабочим реализуются не в полной мере. Процент перевода на более легкую работу из числа нуждающихся составил 40%.*

*Диетическим питанием нуждающиеся в нем обеспечиваются постоянно. Столовая находится в отдельном здании на территории комбината. Установлено, что 5 сотрудников столовой не прошли мед. осмотр, а лабораторные исследования на бактерионосительство поводится нерегулярно. Работа по гигиеническому воспитанию среди персонала столовой не ведется.*

*Текстильный комбинат действует с 1943 года. Освещение цехов общее, недостаточное. Имеющаяся во всех цехах приточно-вытяжная вентиляция не эффективна.*

*Уровень шума в прядильном и ткацком цехах значительно превышает предельно допустимый. В этих же цехах имеет место повышенная запыленность воздуха, часто возникают сквозняки, что способствует возникновению ОРЗ, заболеваний ЛОР-органов.*

*Микроклиматические условия в красильном цехе не удовлетворяют санитарным требованиям (температура воздуха = 25-30 С, относительная влажность = 95-100%). 90% среди работающих составляют женщины. Основная возрастная группа - 40 лет и более.*

*В цехе большой удельный вес составляют болезни системы кровообращения и костно-мышечной системы. Основную часть утраты трудоспособности от этой патологии дает небольшая по количеству (10%) группа длительно и тяжело болеющих - 80%. Диспансерное наблюдение за этой группой не организовано.*

*В ситценабивном цехе у набойщиц часто встречаются микротравмы и гнойничковые заболевания кожи. Предусмотренная планом оздоровительных мероприятий на текущий год механизация набивки тканей осуществлена не была из-за срыва поставки соответствующего оборудования.*

Сводная таблица показателей деятельности медико-санитарной части предприятия

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Формула расчета | Данные по городу | Данные по области | Город по сравнению с областью | Возможные причины |
| 1. Процент расхождения диагнозов МСИ и стационара |  (число расхождения диагнозов) / число госпитализированных) \*100% | 35% | 30% | больше | Низкая квалификация врачейНизкие диагностические. возможностиНеудовлетворительная организация профилактических осмотров |
| 2. Процент выполнения планово-профилактических осмотров |  (фактические осмотры / плановые осмотры) \*100% | 80% | 92% | меньше | Незаинтересованность врачей и администрации в проведении осмотров.  |
| 3. Своевременность взятия под наблюдение вновь выявленных больных в процентаха) Ишемическая болезнь сердцаб) Язвенная болезнь желудкав) Сахарный диабет |  (своевременно взятые под наблюдение больные данной нозологией / все больные данной нозологией) \*100% | 60%70%80% | 75%80%90% | меньше | Недостаток специалистовНизкая квалификация врачейНеудовлетворительная деятельность цеховых врачей |
| 4. Процент переведенных на легкую работу из числа нуждающихся  |  (число переведенных) / (число нуждающихся) \*100%= | 40% | 50% | меньше | Неудовлетворительность цеховых терапевтовНеорганизованность периодических осмотровНедостаток специалистов |
| 5. Первичный выход на инвалидностьа) Ишемическая болезнь сердцаб) Язвенная болезнь желудкав) Сахарный диабет |  | 17, 5%5%3, 8% | 13%3%3% | больше | Неорганизованность мед. осмотровНедостаточный. охват больных диспансерным. наблюденияНеудовлетворительные. условия трудаПожилые рабочие |

Выводы о деятельности МСЧ и предложения по улучшению ее работы.

1. В МСЧ комбината отсутствуют кабинеты ЛФК, массажа, водолечения. Необходимо их оборудовать.

2. Отмечается плохое материально-техническое обеспечение МСЧ. Необходимо профинансировать обеспечение МСЧ медицинским оборудованием, инструментарием, медикаментами и перевязочными средствами из бюджета города, если средств предприятия для этого недостаточно.

3. Отмечается недостаточная квалификация цеховых терапевтов (малое количество врачей, прошедших курсы усовершенствования, большинство работающих врачей имеет стаж работы до 5 лет). Необходимо направить врачей, не прошедших усовершенствование, на курсы усовершенствования врачей. Особенное внимание необходимо уделить изучению проблем профессиональной патологии.

4. Отмечается, что цеховые врачи и врачи узких специальностей нередко допускают ошибки в области экспертизы временной нетрудоспособности. Необходимо провести занятия с врачами узких специальностей и цеховыми врачами по поводу экспертизы временной нетрудоспособности.

5. Отмечается значительная текучесть кадров среди врачей МСЧ. Необходимо привлечь кадры более высокой заработной платой, социальными льготами.

6. Отмечается, что цеховые врачи нерегулярно посещают свои цеха, слабо взаимодействуют с цеховой администрацией по вопросам контроля за состоянием производственной среды. Необходимо обязать цеховых врачей регулярно следить за здоровьем работающих на комбинате, обеспечить взаимодействие их с цеховой администрацией.

7. Выявлена неудовлетворительные организация и проведение периодических осмотров работающих. Охват диспансерным наблюдением вновь выявленных больных недостаточен. Необходимо обязать цеховых врачей проводить периодические осмотры работающих. Обратить особенное внимание на регулярные медицинские осмотры группы длительно и часто болеющих.

8. Выявлено, что несколько сотрудников столовой не прошли медицинский осмотр, а лабораторные исследования на бактерионосительство проводятся нерегулярно. Работа по гигиеническому воспитанию среди персонала столовой не ведется. Необходимо направить на медицинский осмотр не проходивших его работников столовой, регулярно проводить лабораторные исследования на бактерионосительство.

9. Отмечены неудовлетворительные условия труда работников текстильного комбината. Необходимо рекомендовать администрации комбината провести реконструкцию комбината с целью улучшений условий труда (обеспечить адекватное освещение и вентиляцию), при необходимости профинансировать реконструкцию из городского бюджета. Обеспечить снабжение работающих средствами индивидуальной защиты.

Заключение.

Помимо мероприятий по улучшению работы учреждений здравоохранения города Н., необходимо также провести следующие общегородские мероприятия.

1. Улучшить экологическую обстановку (реконструировать очистные сооружения, провести озеленение города, обеспечить контроль за концентрацией вредных веществ в атмосферном воздухе.)

2. Увеличить ассигнования на здравоохранение, найти дополнительные источнки доходов, чтобы оснастить все лечебно-профилактические учреждения города N. необходимым оборудованием.

3. Укомплектовать штаты специалистов за счет выпускников медицинских институтов.

4. Наладить тесную связь между руководителями ЛПУ и предприятиями города для проведения санпросветработы среди населения.

5. Разработать медработникам и администрации города меры по внедрению здорового образа жизни (поощрение работников, регулярно посещающих медосмотры; поощрение некурящих; открытие спортсекций на предприятиях и школах).