

Результаты организации и проведения диспансерного наблюдения больных хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ) и пациентов с высоким риском их развития

Для врачей общей практики, участковых терапевтов, врачей-специалистов, врачей (фельдшеров) отделения (кабинета) медицинской профилактики, врачей центров здоровья, фельдшеров ФАП

ГБУЗ «ПОЦМП»

Врач по медицинской профилактике Чепасова Т.В.

г. Пенза

Июнь 2015 г.



РОПНИЗ

Российское общество
профилактики
неинфекционных
заболеваний



**Диспансерное наблюдение
больных хроническими
неинфекционными
заболеваниями и пациентов
с высоким риском
их развития**

Методические рекомендации

Москва 2014

В основе Методических рекомендаций лежат положения Приказа Минздрава России от 21 декабря 2012 г. № 1344н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения» в форме, адаптированной к практическому применению участковым врачом с поясняющими комментариями и дополнительными информационными материалами.

Список ЛПУ, не получивших методические рекомендации

- Башмаковская РБ
- Белинская РБ
- Вадинский филиал Нижнеломовской МРБ
- Заметчинская РБ
- Иссинская РБ
- Малосердобинский филиал Колышлейской РБ
- Наровчатская РБ
- Неверкинская РБ
- Пачелмская РБ
- Сосновоборская РБ
- Тамалинская РБ



Контингенты, подлежащие диспансерному наблюдению

Вся система диспансеризации и диспансерного наблюдения нацелена на их профилактику, раннее выявление и квалифицированное лечение

ХНИЗ, имеющие общие факторы риска:

- болезни системы кровообращения, обусловленные атеросклерозом неосложненного и осложненного течения;**
- злокачественные новообразования;**
- болезни органов дыхания;**
- сахарный диабет.**

Таблица № 9. Смертность населения в трудоспособном возрасте от отдельных причин смерти за 4 месяца 2014 - 2015 гг. по области

	4 месяца 2014 г.		4 месяца 2015 г.		на 100 000 населения в труд. возрасте	
	человек	структура в %	человек	структура в %	4 месяца 2014 г.	4 месяца 2015 г.
Всего умерших	1414	100,0	1439	100,0	548,2	557,9
в том числе:						
от болезней системы кровообращения	451	31,9	466	32,4	174,9	180,7
из них: ИБС	200	44,3	204	43,8	77,5	79,1
в том числе от инфаркта миокарда	22	11,0	28	13,7	8,5	10,9
от ЦВБ	91	20,2	79	17,0	35,3	30,6
от болезней органов дыхания	68	4,8	70	4,9	26,4	27,1
из них от пневмонии	19	27,9	22	31,4	7,4	8,5

По данным ГБУЗ МИАЦ

Основная цель и задачи диспансерного наблюдения

Для лиц с доказательными ХНИЗ:

- предотвращение прогрессии патологического процесса;
- предотвращение развития обострений;
- снижение числа госпитализаций и осложнений;
- повышение качества и увеличения продолжительности жизни

Для лиц, не имеющих доказательных ХНИЗ:

- предотвращение прогрессии патологического процесса;
- развития внезапных осложнений;
- повышение качества и увеличение продолжительности жизни.

Кто осуществляет диспансерное наблюдение

1. врач-терапевт (врач-терапевт участковый, врач-терапевт участковый цехового лечебного участка, врач общей практики);
2. врачи-специалисты (по профилю заболевания гражданина);
3. врач (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской профилактики;
4. врач (фельдшер) центра здоровья;
5. фельдшер фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского здравпункта)

приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 марта 2012 г. N 252н.

Ориентировочный объем диспансерного наблюдения в масштабах терапевтического участка

В настоящее время в среднем на терапевтическом участке одного врача-терапевта под диспансерным наблюдением находится около 400 человек в городах и около 350 человек в сельской местности

По данным эпидемиологических исследований и результатов диспансеризации взрослого населения в 2013 году при средней численности терапевтического участка в 2000 человек под диспансерным наблюдением должно находиться около 800 человек, имеющих различные сочетания ХНИЗ, из них:

- более 50% составляют граждане, имеющие артериальную гипертонию (АГ).;
- около 230 пациентов с ИБС на каждом терапевтическом участке;
- около 50 с сахарным диабетом;
- около 60 человек больных хронической обструктивной болезнью легких.

Больные со злокачественными новообразованиями должны находиться под наблюдением онкологов.

Содержание диспансерного приема

Диспансерный прием (осмотр, консультация) врачом (фельдшером) включает:

- 1) оценку состояния пациента, сбор жалоб и анамнеза, физикальное обследование;
- 2) назначение и оценку лабораторных и инструментальных исследований;
- 3) установление или уточнение диагноза заболевания (состояния);
- 4) проведение краткого профилактического консультирования;
- 5) назначение по медицинским показаниям профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий,
в том числе направление гражданина в медицинскую организацию, оказывающую специализированную (высокотехнологичную) медицинскую помощь, на санаторно-курортное лечение, в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья для проведения углубленного индивидуального профилактического консультирования и (или) группового профилактического консультирования (школа пациента).

Роль отделения (кабинета) МП в проведении диспансерного наблюдения

Согласно Приказу Минздрава России от 21 декабря 2012г. № 1344н врач (фельдшер) отделения (кабинета) МП осуществляет диспансерное наблюдение по результатам диспансеризации :

- за гражданами, отнесёнными ко **2 группе состояния здоровья**, имеющими высокий или очень высокий суммарный сердечно-сосудистый риск;
- за гражданами, отнесёнными к **3 группе здоровья**.

Роль отделения (кабинета) МП в проведении диспансерного наблюдения **(продолжение)**

В отношении граждан, отнесённых к **3 группе здоровья**, то есть имеющих ХНИЗ, врач (фельдшер) отделения (кабинета) МП осуществляет диспансерное наблюдение **только в части, касающейся контроля за факторами риска и , главным образом, коррекции этих факторов.**

Тактика медицинского наблюдения граждан с 2, 3а и 3б группами состояния здоровья в отделениях и кабинетах МП

Согласно Приказу Минздрава России от 3 февраля 2015г. № 36ан «**Об утверждении порядка проведения диспансеризации определённых групп взрослого населения**» гражданам **со 2 группой здоровья** проводится коррекция факторов риска развития ХНИЗ (углубленное индивидуальное профилактическое консультирование и (или) групповое профилактическое консультирование в отделении (кабинете) МП, Центре здоровья, фельдшерском здравпункте, или ФАПе.

Тактика медицинского наблюдения граждан с 2, 3а и 3б группами состояния здоровья в отделениях и кабинетах МП (продолжение)

Гражданам с **3а группой состояния здоровья**, имеющим факторы риска развития ХНИЗ, и гражданам с **3б группой состояния здоровья**, имеющим высокий и очень высокий суммарный (абсолютный или относительный) сердечно-сосудистый риск, проводится коррекция имеющихся факторов риска (углубленное индивидуальное профилактическое консультирование и (или) групповое профилактическое консультирование в рамках диспансеризации в отделении (кабинете) МП, Центре здоровья, ФЗ или ФАПе.

Критерии эффективности диспансеризации взрослого населения

Охват индивидуальным углубленным профилактическим консультированием граждан со **2 и 3а группой состояния здоровья**, а также граждан с **3б группой состояния здоровья**, имеющих высокий и очень высокий суммарный (абсолютный или относительный) сердечно-сосудистый риск (плановое значение не менее 60% от имеющих медицинские показания для проведения индивидуального углубленного профилактического консультирования).

Критерии эффективности диспансеризации взрослого населения (продолжение)

Охват групповым профилактическим консультированием (школа пациента) граждан с **2 и 3а группами состояния здоровья**, а также граждан с **3б группой состояния здоровья**, имеющих высокий и очень высокий суммарный (абсолютный или относительный) сердечно-сосудистый риск (плановое значение – не менее 60% от имеющих медицинские показания для проведения группового профилактического консультирования).

Периодичность, длительность, определение объема обследования и лечения при диспансерном наблюдении

определяется врачом (фельдшером) в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи, утв. МЗ России.

- группа диспансерного наблюдения – врачом-терапевтом (Приложение к Порядку проведения диспансерного наблюдения, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. N 1344н);
- для инсулиннезависимого сахарного диабета имеется соответствующий указанным требованиям стандарт первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 декабря 2012г. N 1581н (см. раздел 2.7. «Диспансерное наблюдение больных с сахарным диабетом»).

Основаниями для прекращения диспансерного наблюдения являются:

- 1. выздоровление или достижение стойкой компенсации физиологических функций после перенесенного острого заболевания (состояния, в том числе травмы, отравления);**
- 2. достижение стойкой компенсации физиологических функций или стойкой ремиссии хронического заболевания (состояния);**
- 3. устранение (коррекция) факторов риска и снижение степени риска развития хронических неинфекционных заболеваний и их осложнений до умеренного или низкого уровня.**

В случае отказа пациента от диспансерного наблюдения оформляется письменный отказ

Анализ результатов и критерии эффективности диспансерного наблюдения

**Основными критериями эффективности
диспансерного наблюдения являются:**

- 1. уменьшение числа случаев и количества дней временной нетрудоспособности граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;**
- 2. уменьшение числа госпитализаций граждан, находящихся под диспансерным наблюдением, в том числе по экстренным медицинским показаниям, по поводу обострений и осложнений заболеваний;**
- 3. отсутствие увеличения или сокращение числа случаев инвалидности граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;**

Анализ результатов и критерии эффективности диспансерного наблюдения (продолжение)

- 4. снижение показателей предотвратимой смертности, в том числе смертности вне медицинских организаций, граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;**
- 5. уменьшение частоты обострений хронических заболеваний у граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;**
- 6. снижение числа вызовов скорой медицинской помощи и госпитализаций по экстренным медицинским показаниям среди взрослого населения, находящегося под диспансерным наблюдением.**

Алгоритм и организация учета диспансерного наблюдения пациентов

Сведения о диспансерном наблюдении вносятся:

- в медицинскую карту амбулаторного больного (форма N 025/у-04) ;
- в контрольную карту диспансерного наблюдения (форма N 030/у-04),

утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 ноября 2004 г. N 255 «О Порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг»

КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА
диспансерного наблюдения

Фамилия врача _____

Должность _____

Дата взятия на учет _____

Дата снятия с учета _____

Причина снятия _____

Код или № медицинской карты амбулаторного больного (история развития ребенка)

1. Заболевание, по поводу которого взят под диспансерное наблюдение _____

2. Диагноз установлен впервые в жизни

_____ (дата)

3. Код по МКБ _____

4. Сопутствующие заболевания

5. Заболевание выявлено:

5.1. при обращении за лечением

5.2. при профосмотре

6. Код льготы

--	--	--

7. Фамилия, имя, отчество _____

8. Пол М/Ж

9. Дата рождения _____

10. Адрес проживания _____

11. Место работы (учебы, дошкольное учреждение) _____

12. Профессия (должность) _____

13. Контроль посещений

Даты явок и достижение целевых показателей терапии

Назначено явиться														
Явился														

Даты явок

Назначено явиться														
Явился														

14. Сведения об изменении диагноза, сопутствующих заболеваниях, осложнениях

15. Проводимые мероприятия (лечебно-профилактические, направление на консультацию, в дневной стационар, госпитализацию, на санаторно-курортное лечение, трудоустройство, перевод на инвалидность)

№ п/п	Дата начала	Дата окончания	Мероприятия

Подпись врача _____ «___» 201_ г. _____ «___» 201_ г.
 _____ «___» 201_ г. _____ «___» 201_ г. _____ «___» 201_ г.
 _____ «___» 201_ г. _____ «___» 201_ г. _____ «___» 201_ г.

Замечания по итогам организационно-методических выходов в отделения и кабинеты МП ЛПУ области

1. Информационные стенды по диспансеризации оформлены не во всех ЛПУ.
2. В большинстве районов кабинет МП совмещен с доврачебным, не позволяющим качественно выполнять задачу кабинета МП.
3. Не все кабинеты МП должным образом оснащены:
 - нет приборов для бесконтактного измерения внутриглазного давления;
 - нет экспресс-анализаторов для определения общего холестерина и глюкозы крови.

Замечания по итогам организационно-методических выходов в отделения и кабинеты МП ЛПУ области

(продолжение)

4. Отсутствует книга учёта посетителей.
5. Не все сотрудники отделений (кабинетов) МП обучены в области медицинской профилактики.
6. В единичных ЛПУ в проверенных амбулаторных картах имеется информация о проведении индивидуального углубленного профилактического консультирования.
7. В заключительной записи терапевта не указывается рекомендация о направлении в «школу пациента», или в Центр здоровья для углубленного консультирования.

Замечания по итогам организационно-методических выходов в отделения и кабинеты МП ЛПУ области

(продолжение)

8. Не везде имеются графики работы «школ пациента», их документальное оформление.
9. Нарушается маршрутизация прохождения диспансеризации.
10. В кабинетах МП не оформлены папки с нормативными документами.
11. Нет контроля за пациентами, направляемыми в Центры здоровья.



РОПНИЗ

Российское общество
профилактики
неинфекционных
заболеваний



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ

**Диспансерное наблюдение
больных хроническими
неинфекционными
заболеваниями и пациентов
с высоким риском
их развития**

Методические рекомендации

Москва 2014