Дэлхий дахинд осол, гэмтлийн тусламж үйлчилгээг амжилттай хөгжүүлж буй түүх, туршлагаас

World Health Organization

ДЭМБ-ын хэвлэлийн каталогийн мэдээ

Дэлхий дахинд осол, гэмтлийн тусламж үйлчилгээг амжилттай хөгжүүлж буй түүх, туршлагаас

1. Шарх ба гэмтэл - эмчилгээ. 2. Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх. 3. Эмнэлгийн яаралтай тусламж, үйлчилгээ – зохион байгуулалт ба удирдлага. 4. Сэргээн засах тусламж, үйлчилгээ.

I.Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллага. Осол, гэмтэл, хүчирхийлэл болон хөгжлийн бэрхшээлээс сэргийлэх газар.

ISBN 978 92 4 156396 3 (NLM ангилал: WO 700)

© Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллага 2010

Зохиогчийн эрхээр хамгаалагдсан. Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллагын хэвлэлийг дараах хаягаар захиалж авч болно: WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (утас: +41 22 791 3264; факс: +41 22 791 4857; цахим шуудан: bookorders@who.int). ДЭМБ-ын хэвлэлийг борлуулах эсхүл үнэгүй түгээх зорилгоор олшруулах, орчуулах хүсэлтийг ДЭМБ-ын хэвлэлийн албанд дээрх хаягаар гаргана (факс: +41 22 791 4806; цахим шуудан: permissions@who.int).

Энэхүү хэвлэлийн агуулга нь аливаа улс, газар, хот, бүс нутгийн эрхзүйн байдал, хил хязгаарын талаар Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллагын үзэл баримтлалын илэрхийлэл болохгүй. Газрын зураг дээрх тэмдэглэгээ нь хил хязгаарын ойролцоо илэрхийлэл болно.

Энэхүү хэвлэлд тодорхой компани, үйлдвэрлэгчийн бүтээгдэхүүнийг дурьдсан нь энэхүү бүтээгдэхүүнийг Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллагаас зөвлөмж болгосон эсхүл бусад ижил төрлийн бүтээгдэхүүнээс илүүд үзсэн гэсэн үг биш. Хэвлэлд алдаа гарсан байхыг үгүйсгэхгүй. Зохиогчийн эрхээр хамгаалагдсан бүтээгдэхүүний нэрийн эхний үсгийг томоор бичсэн болно.

Энэхүү хэвлэлд байгаа мэдээллийг баталгаажуулах боломжтой бүхий л арга хэмжээг Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллагаас авсан болно. Гэхдээ алдаа мадаг байхгүй гэх баталгаа өгөх боломжгүй. Энэхүү хэвлэл дэх мэдээллийг хэрхэн тайлбарлаж, ашиглах нь уншигчийн хариуцлага бөгөөд түүний хэрэглээнээс үүдсэн аливаа хохирлын хариуцлагыг Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллага хүлээхгүй.

Мальтад хэвлэв.

Дэлхий дахинд осол, гэмтлийн тусламж үйлчилгээг амжилттай хөгжүүлж буй түүх, туршлагаас

World Health Organization

Хамтран зүтгэгчид

Хянан тохиолдуулсан

Чарльз Мок, Катрин Жюллард, Манжул Жошипура, Жак Гузен

Тохиолдлын судалгаа хийхэд оролцсон

Камбож ба Ирак: Ян Ван Хенг, Ханс Хусум, Мудхафар Карим Мурад, Торбен Уисборг
Гана: Ахмед Закария
Мексик: Карлос Арреола-Рисса
Колумб ба Румын: Раэд Арафат, Андрэ Рубиано
Тайланд: Витая Чадбунчачай
Катар: Абдулвахаб Алмуслех, Ахмед Зарур, Кимбалл Маулл
Вьетнам: Нгуен Тай Сон
Бразил: Жулия М д'Андреа Грив
Канад: Жон Сампалис, Жули Вайлланкорт
Шри Ланк: Ранжит Эллавала

Шүүмжлэгчид

Абдулвахаб Алмуслех, Раэд Арафат, Карлос Арреола-Рисса, Гаутам Бодивала, Витая Чадбунчачай, Ранжит Эллавала, Жулия М д'Андреа Грив, Ян Ван Хенг, Маргарет Херберт, Ричард Хант, Ханс Хусум, Этьен Крюг, Ангела Лашохер, Мудхафар Карим Мурад, Нгуен Тай Сон, Алана Оффисер, Жунайд Раззак, Андрэ Рубиано, Скотт Сассер, Жон Сампалис, Жеймс Тернер, Мэтью Варгиз, Торбен Уисборг, Ахмед Закария.

Монгол хэлний орчуулгыг хянан тохиолдуулсан

Т.Мөнхсайхан, Э.Галбадрах, Ц.Хандармаа

Монгол хэл рүү орчуулсан:

С.Төгсдэлгэр, Ш.Нансалмаа, С.Цэгмэд

Талархал

Энэхүү хэвлэлийг бэлтгэхэд чин сэтгэл, дэмжлэг, мэдлэг мэргэжлээ харамгүй зориулсан хамтран зүтгэгчид болон шүүмжлэгчдэд ДЭМБ болон хянан тохиолдуулах хорооны зүгээс талархал илэрхийлж байна.

Тус хэвлэлийг бэлтгэхэд энд дурьдагдаагүй өөр олон хүн хувь нэмрээ оруулсан, тухайлбал хянан засварлахад дэмжлэг үзүүлсэн Ангела Бёртон, хавтасны загварыг гаргаж, хэвлэлийн эх бэлтгэсэн Ирен Ленгуй, захиргааны дэмжлэг үзүүлсэн Паскаль Ланверс-Касазола, Клейр Шёрер, Хелен Дюфей нарт тусгайлан талархал илэрхийлье. Тохиолдлын судалгааны мэдээллийг цуглуулахад туслалцаа үзүүлсэн ДЭМБ-ын бүсийн төв болон улс орнууд дах суурин төлөөлөгчийн газрын мэргэжилтнүүдэд баярлалаа. Энэхүү хэвлэлийг боловсруулах, бичих, хэвлэхэд санхүүгийн дэмжлэг үзүүлсэн АНУ-ын Өвчний хяналт, сэргийлэлтийн төв болон Дэлхийн банкны Зам тээврийн аюулгүй байдлын албанд ДЭМБ болон хянан тохиолдуулах хорооны зүгээс талархал илэрхийлж байна.

Талархал

Монгол хэлрүү хөрвүүлэхэд санхүүгийн туслалцаа үзүүлсэн Монгол Улс дахь ДЭМБ-ын суурин төлөөлөгчийн газар болон дэмжлэг үзүүлсэн ЭМЯ-ны НЭМА-ны дарга АУ-ны доктор Т.Энхзаяа нарт талархал илэрхийлье.

Гарчиг

Удиртгал 4

Хураангуй 6

Танилцуулга 10

1. Эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээ 12
Камбож ба Ирак: Эмнэлгийн яаралтай тусламж, үйлчилгээ байхгүй хөдөө орон нутагт эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээг сайжруулах нь 12
Гана: Үндэсний түргэн тусламжийн үйлчилгээ бий болж, өргөжсөн нь 17
Мексик: Нуэво Леон мужид эмнэлгийн яаралтай суурь тусламж, үйлчилгээг бэхжүүлсэн нь 21
Колумб ба Румын: Эмнэлгийн яаралтай тусламж, үйлчилгээний хууль тогтоомж 24

2. Эмнэлэгт суурилсан тусламж, үйлчилгээ 30
Тайланд: Хон Каенд хэрэгжүүлсэн гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний чанарыг сайжруулах хөтөлбөр 30
Катар: Гэмтлийн шинэ, албан ёсны тусламж, үйлчилгээг хөгжүүлэх нь 36
Вьетнам: Ханой хотын эрүүл мэндийн байгууллагуудын сүлжээний гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний чадавхийг бэхжүүлэх нь 41

3. Сэргээн засах тусламж, үйлчилгээ 46
Бразил: Сан Паулогийн эмнэлэгт хэрэгжүүлсэн хялбаршуулсан сэргээн засах тусламж, үйлчилгээний хөтөлбөр 48

4. Гэмтлийн тусламж үйлчилгээний тогтолцоо-сайжруулалт 51
Канад: Квебек мужийн гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний тогтолцоог сайжруулах нь 51
Шри Ланк: Гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг удирдах газар 56

Дүгнэлт ба сургамж 61

Удиртгал

Осол, гэмтэл нь дэлхий нийтэд өвчлөл, нас баралтын ихээхэн хувийг эзэлдэг. Жил бүр 5.8 сая хүн осол, гэмтлийн улмаас нас барж, олон сая хүн хөдөлмөрийн чадвараа алдаж байна. Дэлхий нийтэд тулгамдсан эрүүл мэндийн энэхүү асуудлыг шийдвэрлэхийн тулд тандалт, эрдэм шинжилгээ судалгаа хийх, анхдагч урьдчилан сэргийлэлт зэргийг багтаасан цогц арга хэмжээ авч хэрэгжүүлэх хэрэгтэй байна. Түүнчлэн гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг бэхжүүлэх шаардлагатай юм. Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллага (WHO) энэ чиглэлээр өргөн хүрээтэй үйл ажиллагаа явуулдаг. Тухайлбал, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний хөтөлбөр хэрэгжүүлэх, чадавхийг бэхжүүлэх чиглэлээр улс орнуудад дэмжлэг үзүүлж ирсэн. Мөн олон улсад нэр хүндтэй мэргэжилтнүүдтэй хамтарч гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг төлөвлөх, зохион байгуулах зөвлөмжүүдийг боловсруулсан, тухайлбал *Эмнэлэг хүртэлх гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний тогтолцоо*, *Гэмтлийн зайлшгүй шаардлагатай тусламж, үйлчилгээний удирдамж*, *Гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний чанарыг сайжруулах хөтөлбөр*. Эдгээр нь улс орнуудад тусламж, үйлчилгээг газар дээр нь сайжруулах, бодлогыг боловсронгуй болгоход тус дөхөм үзүүлдэг.

2007 онд Дэлхийн эрүүл мэндийн чуулганаас гэмтлийн болон яаралтай тусламж, үйлчилгээний талаар WHA60.22 дугаар тогтоол баталснаас хойш гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг сайжруулах хүчин чармайлт нэлээн эрчимжсэн. Энэхүү тогтоолд гэмтлийн болон эмнэлгийн яаралтай тусламж, үйлчилгээг боловсронгуй болгох хүчин чармайлтаа нэмэгдүүлэхийг ДЭМБ болон гишүүн орнуудын Засгийн газарт уриалсан юм. Түүнчлэн тусламж, үйлчилгээний зохион байгуулалт, төлөвлөлтийг боловсронгуй болгох зэргээр гэмтлийн болон яаралтай тусламж, үйлчилгээг сайжруулах зардал багатай арга замын талаар ухуулан таниулахыг ДЭМБ-аас хүссэн байна. Үүнээс гадна WHA58.23 дугаар тогтоолоор хөгжлийн бэрхшээлтэй хүмүүст үзүүлэх сэргээн засах тусламж, үйлчилгээг хөгжүүлэх чиглэлээр гишүүн орнуудад дэмжлэг үзүүлэхийг ДЭМБ-аас хүссэн байна.

Дээрх хүсэлтийн хариуд ДЭМБ-аас энэхүү тохиолдлын судалгаануудыг эмхэтгэж, улс орнуудын шилдэг туршлага, сургамжийг баримтжуулсан билээ. Ингэснээр эмнэлэг хүртэлх, эмнэлэг болон сэргээн засах тусламж, үйлчилгээ гэхэд гэмтлийн үеийн бүхий л тусламж, үйлчилгээ үзүүлдэг; төлөвлөдөг, удирдлага зохион байгуулалтаар хангадаг, гардан үзүүлдэг мэргэжилтнүүдийн дунд туршлага солилцох үйл ажиллагааг хөхүүлэн дэмжих зорилготой юм.

Энэхүү хэвлэлд дэлхий нийтэд хэрэгжүүлж буй шинэлэг, үр дүнтэй ажлуудын зөвхөн багахан хэсгийг нэгтгэсэн болно. Ингэхдээ эмнэлэг хүртэлх, эмнэлэг болон сэргээн засах тусламж, үйлчилгээ гэхэд гэмтлийн үеийн бүхий л тусламж, үйлчилгээг, мөн нийгэм-эдийн засгийн хөгжлийн хувьд өөр өөр түвшинд байгаа улс орнуудыг дэлхийн бүх бүс нутгаас төлөөлүүлэн хамруулахыг зорьсон билээ. Эдгээр тохиолдлын судалгаанаас нийтлэг сэдэв, сургамж ихээхэн байгааг харж болно. Нэн ялангуяа тусламж, үйлчилгээг сайжруулахад олон жилийн цуцашгүй хөдөлмөр шаардлагатайг анхаарах нь зүйтэй. Асуудал өргөс авсан юм шиг шийдэгдэхгүй гэдгийг санах хэрэгтэй. Төлөвлөлт, зохион байгуулалтын шатанд нарийн учрыг гаргах нь амжилтын үндэс болно. Гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг зөвхөн лавлагаа төвийн хэмжээнд бус, үндэсний хэмжээнд сайжруулахад эрүүл мэндийн бодлого ямар үүрэгтэй болох тухай, мөн үндэсний, орон нутгийн, байгууллагын түвшинд улс төрийн чин эрмэлзлийг бий болгоход ухуулга нөлөөллийн үйл ажиллагаа ямар ач холбогдолтой болох талаар цөөнгүй сургамж хуримтлуулсантай эндээс танилцах боломжтой. Эцэст нь, туйлын ядуу, хүнд бэрх

нөхцөлд ч тусламж, үйлчилгээг сайжруулж болдог, тусламж, үйлчилгээний зохион байгуулалт, хяналтыг сайжруулах нь хангалттай нөөцгүй газарт ч үр өгөөжөө өгч болдог талаар эдгээр тохиолдлын судалгаанууд харуулж байна.

Гэмтлийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлдэг, тусламж, үйлчилгээг сайжруулахыг хүсдэг хүн бүрт энд нэгтгэсэн сургамжийг өөрийн үйл ажиллагаанд ашиглахыг энэхүү хэвлэлийг олны хүртээл болгохын төлөө ажилласан олон хүний нэрийн өмнөөс уриалж байна.

Этьен Крюг

Хүний их эмч, Нийгмийн эрүүл мэндийн магистр

Осол, гэмтэл, хүчирхийлэл болон хөгжлийн бэрхшээлээс сэргийлэх газрын Захирал

ДЭМБ, Женев

Хураангуй

Дэлхий нийтэд тулгамдаж буй осол, гэмтлийн асуудлыг шийдвэрлэхийн тулд гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг бэхжүүлэх шаардлагатай. Дэлхийн өнцөг булан бүрт, эдийн засгийн өөр өөр түвшний улс, орнууд гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг сайжруулж чадсан олон шилдэг туршлага байдаг. Гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг төлөвлөдөг, удирдлага зохион байгуулалтаар хангадаг, гардан үзүүлдэг хүмүүст нэг нэгнээсээ суралцах зүйл олон бий.

Энэхүү хэвлэлийн зорилго нь гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний чиглэлээр үйл ажиллагаа явуулдаг мэргэжилтнүүдийн үнэ цэнэтэй туршлага, сургамжийг түгээн дэлгэрүүлэхэд оршиж байна. Энд практикт хэрэгжүүлэх боломжтой, өртөг зардал багатай, тогтвортой санаачилгуудыг хамруулж, бусад газарт нутагшуулах үр дүнтэй арга, стратегиудыг тодорхойлсон болно. Түүнчлэн гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг нэн ялангуяа бага ба дунд орлоготой улс орнуудад сайжруулах бараг боломжгүй гэсэн үзлийг няцаахад энэхүү хэвлэлийн зорилго оршино.

Тохиолдлын судалгаануудыг тулгамдсан асуудал, хэрэгжүүлсэн арга хэмжээ, үр дүн гэсэн бүтэцтэйгээр ижил төстэй байдлаар толилуулсан болно. Ингэхдээ практик шийдэлд түлхүү анхаарсан нь шийдлийг нутагшуулах боломж олгохыг зорьсонтой холбоотой юм. Хэрэгжүүлсэн арга хэмжээний **бүтэц зохион байгуулалт, үйл явц, үр дүнг** харгалзан амжилттай эсэхийг нь тодорхойлсон.

Үр дүнг нас баралт, өвчлөлийн бууралт, өвчтөний биеийн байдал /үйл ажиллагаа/ сайжирсан, өртөг зардал буурсан зэргээр хэмжихийг хичээсэн болно. Үр дүнгийн тоо мэдээ байхгүй тохиолдолд тусламж, үйлчилгээний **үйл явц, бүтэц зохион байгуулалт** сайжирсан зэргийг харгалзсан бөгөөд үүнийг яаралтай тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх хүртэлх хугацааны бууралт, амь насыг аврах үр дүнтэй тусламж, үйлчилгээний зохистой хэрэглээний өсөлт **(үйл явц)** зэргээр хэмжсэн байна. Мөн чанартай тусламж, үйлчилгээ үзүүлэхэд шаардлагатай хүний болон биет нөөцийн хүртээмж, тусламж, үйлчилгээг хянах захиргааны чадавхийг **(бүтэц зохион байгуулалт)** үүнд хамруулсан.

Тохиолдлын судалгаа нь эрүүл мэндийн байгууллага ба олон нийтэд суурилсан эмнэлэг хүртэлх, эмнэлэг болон сэргээн засах тусламж, үйлчилгээ, тогтолцоог сайжруулах санаачилгууд хамарсан болно.

1. Эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээ

Дайн мөргөлдөөний хөлд үрэгдсэн, дэлбэрээгүй тэсрэх бөмбөг газарт үй олноор булаастай үлдсэн Камбож, Ирак Улсын хөдөө орон нутагт эмнэлгийн яаралтай тусламж, үйлчилгээ хөгжөөгүй байв. Асуудлыг шийдвэрлэх зорилгоор тухайн улсын Засгийн газраас шинэлэг хөтөлбөр хэрэгжүүлж, тосгоны “анхны тусламж үзүүлэгчид” (анхны тусламжийн 2 өдрийн суурь сургалтад хамрагдсан тосгоны оршин суугчид) болон парамедикууд (450 цагийн сургалтад хамрагдсан)-ын 2 шатлалт сүлжээ байгуулжээ. Үр дүнд нь гэмтлийн шалтгаант нас баралт 40%-аас 9% болтлоо эрс буурсан байна. Хөтөлбөрийн хүрээнд сургалт зохион байгуулж, зайлшгүй шаардлагатай тоног төхөөрөмжөөр хангасан, харин түргэний машин болон бусад тээврийн хэрэгслээр хангаагүй байна. Яваандаа энэхүү тогтолцоо өргөжиж, тархварзүйн өөрчлөгдөн буй нөхцөл байдалд тохируулан зам тээврийн осол, гэмтэлд өртсөн болон яаралтай тусламж шаардсан бусад тохиолдлуудад үйлчилгээ үзүүлдэг болсон байна.

Гана Улсад гэмтсэн хүмүүс эмнэлгийн тусламж авч чадалгүйгээр нас барах нь түгээмэл байна. Иймээс Засгийн газраас удирдлагын нарийн зохион байгуулалт, ажилчдын сургалт болон түргэний машинд байх тоног төхөөрөмжид тавих тодорхой стандарт, үйл ажиллагааны тодорхой удирдамж, бүртгэл мэдээллийн тогтолцоо бүхий үндэсний түргэн тусламжийн үйлчилгээ бий болгосон байна. Энэхүү үйлчилгээ бий болсон цагаасаа асар эрэлттэй байхын зэрэгцээ тусламж үзүүлэх хүртэлх хугацаа, тусламж үзүүлэхэд зарцуулах хугацаа зэрэг гүйцэтгэлийн үндсэн үзүүлэлтүүд нь тасралтгүй сайжирч иржээ.

Мексик Улсад эмнэлэг хүртэлх яаралтай тусламж, үйлчилгээний тогтолцоо нэгэнт бүрдсэн хэдий ч дэд бүтэц, сургалтыг сайжруулах өртөг зардал багатай, тогтвортой арга

хэмжээ авч хэрэгжүүлсэн нь үр дүнтэй байв. Үүнд: түргэн тусламжийн нэмэлт пост байгуулах, парамедикуудад зориулсан ажлын байран дээрх сургалтын хөтөлбөр нэвтрүүлэх зэрэг арга хэмжээ хэрэгжүүлсэн байна. Үр дүнд нь эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээний хугацаа буурч, нуруу нугасны гэмтлийн үед нурууны хөдөлгөөнгүй байдлыг хангах, амьсгалын замыг чөлөөлөх арга ажиллагаа сайжирч, нас баралт буурчээ.

Колумб, Румын Улсад яаралтай тусламж, үйлчилгээний хууль баталж, энэ нь эмнэлэг хүртэлх яаралтай тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх ажилчдын сургалт, түргэн тусламжийн машинд байх тоног төхөөрөмж болон тусламж, үйлчилгээний стандартыг жигдлэх боломж олгосон байна. Засгийн газрын зүгээс эдгээр стандартын хэрэгжилтийг хангах механизмуудыг мөн бий болгожээ. Хууль боловсруулах явцад Засгийн газар болон яаралтай тусламж, үйлчилгээний мэргэжилтнүүд хоорондоо нягт хамтран ажилласан байна.

2. Эмнэлэгт суурилсан тусламж, үйлчилгээ

Тайланд Улсын нэгэн томоохон эмнэлэгт чанарыг сайжруулах хөтөлбөр хэрэгжүүлжээ. Тус эмнэлэгт гэмтлийн аудитын хороо байгуулж, түүнд шаардлагатай гэж үзсэн өөрчлөлтийг хэрэгжүүлэх эрх мэдлийг өгсөн байна. Хороо нь засч залруулж болох асуудлуудыг илрүүлэхийн тулд гэмтлийн бүртгэл мэдээллийг ашигласан ба шоконд орсон өвчтөнүүдийг сэхээн амьдруулах тусламж, үйлчилгээ хангалтгүй, өвчтөнийг тархи толгойн яаралтай мэс заслын өрөөнд хүргэхэд хугацаа их ордог зэрэг асуудлыг илрүүлсэн байна. Улмаар ачаалал ихтэй үед туршлагатай нарийн мэргэжлийн ажилчдыг яаралтай тусламжийн тасагт ажиллуулах, мэдрэлийн мэс засалчид болон бусад мэргэжилтнүүдийг шаардлагатай үед яаралтай дуудах радио систем нэвтрүүлэх зэрэг залруулах арга хэмжээ авч хэрэгжүүлжээ. Үр дүнд нь гэмтлийн шалтгаант нас баралт буурсан байна.

Катар Улсын нэгэн томоохон эмнэлэгт гэмтлийн тусгайлсан үйлчилгээ бий болгосноор тусламж, үйлчилгээний зохион байгуулалтыг сайжруулж чаджээ. Үүний тулд олон мэргэжлийн төлөөллөөс (хэд хэдэн нарийн мэргэжлийн эмч, сувилагч, эм зүйч, нийгмийн ажилтан) тогтсон гэмтлийн багуудыг байгуулж, тэдгээр нь хамтарч гэмтсэн хүмүүст цогц тусламж, үйлчилгээ үзүүлдэг болсон байна. Үүний зэрэгцээ чанарыг сайжруулах хөтөлбөр хэрэгжүүлж, тусламж, үйлчилгээний хяналтыг дээшлүүлсэн. Үр дүнд нь яаралтай мэс засал хийх хүртэлх хугацаа, дундаж ор хоног буурах зэрэг чанарын өөрчлөлтүүд гарсан байна.

Вьетнам Улсын нийслэл Ханой хот болон ойролцоох хөдөө орон нутгийн эмнэлгүүдийн гэмтлийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх чадавхийн үнэлгээ хийжээ. Улмаар өртөг зардал багатайгаар сайжруулж болох хэд хэдэн чиглэлийг тодорхойлж, сургалтын хөтөлбөрүүдийг шинэчилж, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээнд шаардлагатай тоног төхөөрөмж, эмнэлгийн хэрэгслийг худалдан авах, нөөцлөхөд анхаарал хандуулсан байна. Үнэлгээг дараа жил нь давтан хийхэд гэмтлийн тусламж, үйлчилгээнд нэмж төсөл хуваарилаагүй хэдий ч мэдэгдэхүйц ахиц дэвшил гарсан байв.

3. Сэргээн засах тусламж, үйлчилгээ

Бразил Улсад зам тээврийн болон бусад төрлийн осол, гэмтэлд өртөж, хөдөлмөрийн чадвар алдсан хүмүүсийн тоо байнга нэмэгдэж байгаатай холбоотойгоор сэргээн засах тусламж, үйлчилгээ нь үйлчлүүлэгчдийн эрэлт хэрэгцээг хангаж чадахгүйд хүрсэн байна. Асуудлыг шийдвэрлэхийн тулд ачаалал ихтэй нэгэн эмнэлэгт сэргээн засах тусламж, үйлчилгээний шинэлэг баг байгуулж, хүнд гэмтэлтэй өвчтөнүүдэд эмнэлэгт хэвтсэн даруйд нь зөвлөгөө өгч, сэргээн засах тусламжийг цаг алдалгүй эхлүүлж, үүний тулд гэр бүлийн гишүүдийг нь сургах арга хэмжээ авч эхэлжээ. Улмаар сэргээн засах төрөлжсөн төвд эмчлүүлэхээр хүлээж, цаг алдах явдал буурсан байна. Мөн хэвтрийн холголт цооролт, шээсний замын халдвар, үений деформаци зэрэг хүндрэлүүд эрс багассан байна.

Энэтхэг Улсын Гужаратад болсон газар хөдлөлтийн улмаас дөрвөн мөчний саажилттай хүний тоо эрс нэмэгдэж, тэдэнд зориулсан сэргээн засах тусламж, үйлчилгээ хангалтгүй байв. Эмнэлэг, олон нийтэд суурилсан сэргээн засах тусламж, үйлчилгээний (үүнд боломжийн үнэтэй тэргэнцэр, бусад туслах хэрэгсэл) хүртээмжийг сайжруулах

хөтөлбөрийг эрүүл мэндийн улсын байгууллага, төрийн бус байгууллага (NGO), иргэний нийгэм хамтран хэрэгжүүлсэн байна. Үр дүнд нь дөрвөн мөчний саажилттай хүмүүсийн 5 жилийн хугацаан дах нас баралт 60%-аас 4% болтлоо буурчээ. Энэхүү хөтөлбөрийг нийт мужийн хэмжээнд өргөжүүлж, олон төрлийн хөгжлийн бэрхшээлтэй хүмүүст сэргээн засах тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх чиглэлээр хөгжүүлсэн байна.

4. Тогтолцоог бэхжүүлэх арга хэмжээ

Канад Улсын Квебек мужид гэмтлийн шалтгаант нас баралтын түвшин Хойд Америкийн бусад хэсгүүдтэй харьцуулахад өндөр байв. Үүнийг түргэн тусламжийн олон байгууллага, эмнэлэг хоорондоо уялдаагүй, нэгдсэн стандартгүй тусламж, үйлчилгээ үзүүлж байсантай холбоотой гэж үзжээ. Иймд өвчтөнүүдэд эмнэлэг хүртэлх тусламж үзүүлэх дэс дарааг тогтоох, газар дээр нь тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх, эмнэлэг хооронд шилжүүлэх зэрэг мужийн хэмжээнд мөрдөгдөх удирдамжуудыг боловсруулсан байна. Мөн гэмтлийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх чадавхийн шалгууруудыг шатлал тус бүрээр боловсруулж, хэрэгжилтийг нь хангах чиг үүргийг хараат бус хяналтын зөвлөлд хариуцуулжээ. Мужийн осол, гэмтлийн бүртгэлийн мэдээнээс харахад хүнд зэргийн гэмтэлтэй хүмүүсийн нас баралтын түвшин эдгээр өөрчлөлтийг хэрэгжүүлж эхлэхээс өмнө буюу 1990 онд 52% байсан бол 1998 оноос хойш 8% болж буурсан байна.

Шри Ланка Улсад Засгийн газрын санаачилгаар Гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг удирдах газар байгуулж, үйл ажиллагаанд нь гэмтлийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлдэг олон бүлэг, хүмүүсийг татан оролцуулсан байна. Ингэснээр гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний тогтолцооны бүх бүрэлдэхүүн хэсгийн төлөвлөлт, үйл ажиллагааг цогцоор нь сайжруулахыг зорьж байгаа юм. Тус газраас эмнэлгийн яаралтай тусламж, үйлчилгээний хууль тогтоомжийг тоймлон үнэлж, оруулах нэмэлт өөрчлөлтийн талаар санал боловсруулж, Засгийн газарт танилцуулсан; эмнэлзүйн протоколуудыг боловсруулсан; гэмтлийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлдэг мэргэжилтнүүдийн сургалтуудыг нэгдсэн зохицуулалтад оруулсан; зарим газарт эмнэлгийн яаралтай тусламж, үйлчилгээг бий болгосон; осол, гэмтлийн үндэсний бүртгэл мэдээллийг бий болгосон байна. Байгуулагдаад дөнгөж 3 жилийн нүүр үзэж байгаа хэдий ч тус газар нь Канад Улсын тохиолдлын судалгаанд дурьдсан өөрчлөлтүүдийг Шри Ланк Улсын нөхцөл байдалд тохируулан хэрэгжүүлж чадсан.

Төгсгөлд нь дээрх бүх тохиолдлын судалгаанаас гарсан сургамжуудыг анхаарах нийтлэг асуудал, тусламж, үйлчилгээг сайжруулах арга хэрэгсэл, бодлого ба ухуулга нөлөөллийн ажил гэсэн гурван бүлэгт ангилан танилцуулсан байна. Анхаарах нийтлэг асуудлаас дурьдвал гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг сайжруулахад олон жил, зарим тохиолдолд арван жилээс их хугацааны цуцашгүй хөдөлмөр шаардлагатай байдаг ба асуудал өргөс авсан юм шиг шийдэгдэхгүй гэдгийг санах хэрэгтэй. Мөн төлөвлөлт, хэрэгжилтийн шатанд нарийн учрыг гаргах нь амжилтын үндэс болно. Удирдлага зохион байгуулалт, төлөвлөлтийг сайжруулахын ач холбогдлыг бараг бүх тохиолдлын судалгаанд цохон тэмдэглэсэн байна. Эцэст нь анхаарах нийтлэг асуудал бол туйлын ядуу, хүнд бэрх нөхцөлд ч гэсэн тусламж, үйлчилгээг сайжруулж болдог ба тусламж, үйлчилгээний зохион байгуулалт, хяналтыг сайжруулах нь хангалттай нөөцтэй газарт ч үр өгөөжөө өгдөг байна.

Тохиолдлын бараг бүх судалгаанд тусламж, үйлчилгээг сайжруулах арга хэрэгслүүдээс сургалтыг онцгойлон авч үзсэн байна. Ингэхдээ сургалтад тавих хяналтыг сайжруулах нь үр дүнг дээшлүүлэх ач холбогдолтой байна. Бас нэгэн чухал зүйл бол суурь тусламж, үйлчилгээнд анхаарахтай холбоотой юм. Ихэнх тохиолдлын судалгаанд өртөг өндөртэй технологи гэхээсээ илүү суурь тусламж, үйлчилгээний хүртээмжийг нэмэгдүүлснээр үр дүнд хүрч байгааг харуулжээ. Түүнчлэн бодлого боловсруулах, үр дүн гарсан эсэхийг үнэлэхэд үнэн зөв, цаг үеэ олсон тоо мэдээ шаардлагатай.

Бодлого, ухуулга нөлөөллийн ажилтай холбоотой нэг чухал зүйл бол үндэсний, орон нутгийн болон байгууллагын түвшинд улс төрийн чин эрмэлзэл асар чухал юм. Нэгэнт бодлогын өөрчлөлт хийж чадвал үр дүнтэй арга хэмжээг нэг байгууллагаар хязгаарлахгүйгээр өргөжүүлэх боломжтой болдог. Гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг урт хугацаанд, өргөн хүрээнд сайжруулахын тулд улс төрийн чин эрмэлзэл бий болгож, бодлогын өөрчлөлт хийх шаардлагатай бөгөөд үүнд ухуулга нөлөөллийн ажил ихээхэн

үүрэг гүйцэтгэдэг. Ухуулга нөлөөллийн ажил явуулахад нэгж дээр ажиллаж буй хүмүүсийн манлайлал шийдвэрлэх ач холбогдолтой юм. Гэмтлийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлж буй эмч, мэргэжилтнүүд тохиолдлын судалгаанд авч үзсэн олон өөрчлөлтийг санаачилсан байдаг. Энэхүү санаачилга, манлайллыг төрийн байгууллага, ТББ, иргэний нийгэм, олон нийтийн түншлэлтэй хослуулах нь илүү үр дүнд хүргэдэг байна.

Эцэст нь нэгтгэн дүгнэхэд, гэмтлийн үед үзүүлэх эмнэлэг хүртэлх, эмнэлгийн болон сэргээн засах тусламж, үйлчилгээ, тогтолцооны өөрчлөлтийг эдийн засгийн хөгжлийн өөр өөр түвшинд байгаа улс орнуудад амжилттай хийж чадсан байна. Гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний чиглэлээр ажиллаж буй хүмүүс хоорондоо санал бодлоо солилцох, хамтран ажиллах боломжийг нэмэгдүүлэх, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг бэхжүүлэх улс орнуудын хүчин чармайлтыг хөхүүлэн дэмжихэд энэхүү хэвлэл тус дөхөм болно хэмээн найдаж байна. Ингэснээр гэмтсэн олон хүний амь насыг аварч, гэмтлийн шалтгаант хөдөлмөрийн чадвар алдалтаас сэргийлж, гэмтсэн хүмүүст үзүүлэх тусламж, үйлчилгээний чанарыг сайжруулж, хэвийн амьдралд эргэн ороход нь туслах боломж бүрдэх юм.

Танилцуулга

Осол, гэмтэл нь дэлхийн хэмжээнд нас баралт, хөдөлмөрийн чадвар алдалтын тэргүүлэх шалтгаан болж байна. Энэхүү тулгамдсан асуудлыг шийдвэрлэх хариу арга хэмжээний нэг чухал бүрэлдэхүүн хэсэг нь гэмтлийн тусламж, үйлчилгээ юм. Гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг сайжруулснаар гэмтлийн шалтгаант нас баралт, хөдөлмөрийн чадвар алдалтыг нэлээдгүй хувиар бууруулах боломжтой боловч үүнийг хийх нь нэн ялангуяа бага ба дунд орлоготой улс орнуудад хүнд хэцүү, бэрхшээлтэй, өртөг зардал ихтэй гэсэн ойлголт түгээмэл байдаг. Гэсэн хэдий ч маш хүнд хэцүү нөхцөлд, бага зардлаар энэ чиглэлд мэдэгдэхүйц ахиц дэвшилд хүрч болохыг олон газар нотлоод байна. Иймд эдгээр амжилтын түүхийг онцлох, дэлхийн хэмжээнд гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг сайжруулах боломж бага гэсэн ойлголтыг залруулахад энэхүү хэвлэлийн зорилго оршиж байна. Түүнчлэн гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний чиглэлээр ажиллаж буй хүмүүст хоорондоо санал бодлоо солилцох, хамтран ажиллах боломж олгохыг зорьсон болно.

Дэлхийн эрүүл мэндийн чуулганы WHA60.22 дугаар тогтоолд гэмтлийн болон эмнэлгийн яаралтай тусламж, үйлчилгээг бэхжүүлэхэд нь гишүүн орнуудад дэмжлэг үзүүлэхийг ДЭМБ-аас хүссэн байна. Үүнд “гэмтлийн болон яаралтай тусламж, үйлчилгээний зохион байгуулалт, төлөвлөлтийг боловсронгуй болгох замаар нас баралтыг бууруулах өртөг зардал багатай арга замын талаарх ойлголтыг нэмэгдүүлэх” чиглэлээр үйл ажиллагаа явуулах хүсэлт тавьжээ. Үүнээс гадна WHA58.23 дугаар тогтоолоор хөгжлийн бэрхшээлтэй хүмүүст үзүүлэх сэргээн засах тусламж, үйлчилгээг хөгжүүлэх чиглэлээр гишүүн орнуудад дэмжлэг үзүүлэхийг ДЭМБ-аас хүссэний дагуу хариу болгож энэхүү хэвлэлийг боловсруулан, олны хүртээл болгож байна.

Энэхүү хэвлэлд толилуулсан тохиолдлын судалгаанууд нь гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг сайжруулах боломжийн өртөгтэй, тогтвортой арга хэмжээнүүдийг танилцуулж, өөр газарт нутагшуулах үр дүнтэй стратегийг тодорхойлоход анхаарсан байна. Тохиолдлын судалгааг сонгохдоо мэргэжлийн сэтгүүлд нийтлэгдсэн судалгааны ажил болон ДЭМБ-ын Гэмтлийн болон яаралтай тусламж, үйлчилгээний зөвлөх багийн мэдээллийг ашигласан болно. Мөн ДЭМБ-ын бүх бүс нутаг болон бага, дунд, их орлоготой улс орнуудыг ижил төлөөлүүлэхийг зорьсон. Тусламж, үйлчилгээний хамрах хүрээний хувьд эмнэлэг болон олон нийтэд суурилсан эмнэлэг хүртэлх, эмнэлгийн болон урт хугацааны сэргээн засах тусламж, үйлчилгээ, эрүүл мэндийн бодлого, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний үндэсний болон орон нутгийн тогтолцооны асуудлыг хамруулсан. Төлөөлөх чадвартай тохиолдлын судалгаануудыг сонгохыг хичээсэн боловч бүх судалгааг хамруулах боломж байгаагүйг тэмдэглэх нь зүйтэй.

Тохиолдлын судалгаа болгоныг дараах бүтцийн дагуу бэлтгэн танилцуулсан. Үүнд:

1. **Тулгамдсан асуудлыг тодорхойлох, танилцуулах:** шинэ хөтөлбөр буюу өөрчлөлтийг эхлүүлэх шалтгаан болсон тулгамдсан асуудлыг тайлбарласан хэсэг.
2. **Авч хэрэгжүүлсэн арга хэмжээг тайлбарлах:** тулгамдсан асуудлыг шийдвэрлэхийн тулд сонирхогч талууд юу хийсэн бэ? Арга хэмжээг нутагшуулахад тус дөхөм болох үүднээс авч хэрэгжүүлсэн арга хэмжээтэй холбоотой практик асуудлуудыг цохон тэмдэглэсэн болно.
3. **Хэрэгжүүлсэн арга хэмжээний үр дүнг үнэлэх:** *бүтэц зохион байгуулалт, үйл явц, үр дүнгийн* үзүүлэлтүүдээр үнэлсэн болно. Тухайлбал, үр дүнг нас баралтын бууралт, өвчтөний хүртэх бусад үр өгөөжөөр (өвчлөл буурах, үйл ажиллагааны сэргэлт сайжрах, өртөг зардал буурах г.м.) хэмжсэн. Гэвч энэ төрлийн тоо мэдээ зөвхөн сайн бүртгэл мэдээлэлтэй газар буюу хангалттай хэмжээний санхүүжилттэй төслийн хувьд олдоцтой байв. Хэрэгжүүлэхэд олон жил шаардагдах арга хэмжээ (ж.нь, үндэсний бодлогын өөрчлөлт) болон бүртгэл мэдээлэл сайн хөгжөөгүй газрын хувьд ийм тоо мэдээ олоход төвөгтэй байж болно. Өвчлөл, нас баралтын тоо мэдээ байхгүй бол тусламж, үйлчилгээний үйл явц, бүтэц, зохион байгуулалтыг хэрхэн сайжруулсныг тохиолдлын судалгаанд тодотгон харуулсан болно.
   - Тусламж, үйлчилгээний үйл явцыг яаралтай тусламж үзүүлэх хүртэлх хугацаа, амь насыг аврах арга ажиллагааны зохистой хэрэглээ зэргээр илэрхийлэх боломжтой.

- Тусламж, үйлчилгээний бүтэц, зохион байгуулалтыг чанартай тусламж, үйлчилгээ үзүүлэхэд шаардагдах хүний болон биет нөөцийн хүртээмж, тусламж, үйлчилгээнд хяналт тавих захиргааны чадавхи зэргээр илэрхийлж болно. Гол нь энэхүү сайжруулсан бүтэц, зохион байгуулалт нь хэр тогтвортой, боломжийн өртөгтэй эсэхийг анхаарна. Бага орлоготой улс орнуудад тусламж, үйлчилгээний бүтэц, зохион байгуулалтыг тогтвортойгоор сайжруулах (ж.нь, шаардлагатай тоног төхөөрөмж, зохих ёсоор сургагдсан ажилтан хангалттай тоогоор байх) нь томоохон амжилт бөгөөд ижил төстэй бусад улс орнуудад чухал сургамж болох ач холбогдолтой юм.

Тохиолдлын судалгаануудад танилцуулсан олон шийдэл нь тухайн газар (газарзүйн байршил, эрүүл мэндийн байгууллага, нийгэм-эдийн засгийн түвшин г.м.)-ын онцлогт нийцсэн байдаг ба бусад газарт хамаатуулах боломжгүй байж болно. Тохиолдлын судалгаануудаас авах гол сургамж бол орон нутгийн тулгамдсан асуудлыг ойлгож, нотолгоонд тулгуурласан шийдэл боловсруулж, өөрийн онцлогт нийцсэн, голдуу зохион байгуулалт, төлөвлөлттэй холбоотой арга хэмжээг тогтвортой хэрэгжүүлэх, үр дүнтэй эсэхийг үнэлэх, үнэлгээний үр дүнд үндэслэн арга хэмжээг үргэлжлүүлэх эсэхийг шийдэхийн ач холбогдлыг ойлгоход оршино.

Тохиолдлын судалгааг шинжлэх ухааны үндэслэлтэй бичсэн бөгөөд оновчтой саналыг өөрийн нөхцөлд нутагшуулахыг зорьж буй хүмүүст тус дөхөм болохыг хичээсэн болно. Энэхүү хэвлэлийг бодлого боловсруулагчид, ЭМЯ-ны албан хаагчид, эрдэм шинжилгээ сургалтын байгууллагын ажилтнууд, эрүүл мэндийн ажилтнууд, ТББ, хэвлэл мэдээллийнхэн болон олон нийт зэрэг гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг сайжруулахыг хүсч буй бүх хүнд зориулсан болно.

1. Эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээ

Камбож ба Иракд: Эмнэлгийн яаралтай тусламж, үйлчилгээ байхгүй хөдөө орон нутагт эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээг сайжруулах нь

1. Тулгамдсан асуудлын танилцуулга

Энэхүү тохиолдлын судалгаанд авч үзсэн Ирак Улсын хойд нутаг (Сулаймания засаг захиргааны нэгж) болон Камбож Улсын баруун хойд нутаг (Баттамбанг муж) газарзүйн байрлал, онцлог шинжээрээ хоорондоо асар ялгаатай. Гэхдээ хоёул удаан хугацааны дайн мөргөлдөөний хөлд үрэгдсэн эмгэнэлт түүхтэй. Үүний үр дүнд энэ нутагт (Камбож-Тайланд болон Иран-Иракийн хил залгаа нутаг) дэлбэрээгүй тэсрэх бөмбөг газарт үй олноор булаастай үлдсэн байдаг. Энэхүү аюултай бүс нутаг газрын зураг дээр тэмдэглэгдээгүй үлдсэн ба орон нутгийн оршин суугчид хэдийн аюулыг нь мэдсэн ч энэхүү бүс нутагт нэвтэрч малаа бэлчээрлэх, мод түүх, газар тариалан эрхлэх зэргээр амь насандаа аюул учруулсаар ирсэн.

Энэ бүс нутагт дэлбэрэлтэд өртсөн гэмтэл түгээмэл тохиолдох боловч гэмтсэн хүмүүсийг аюултай бүсээс гаргах, тусламж, үйлчилгээ үзүүлэхэд ихээхэн хугацаа шаардагддаг байв. Учир нь, энд харилцаа холбоо, зам харгуй муу, эмнэлгийн яаралтай тусламж, үйлчилгээ (ж.нь, түргэн тусламжийн сүлжээ) хөгжөөгүй, анхны тусламж үзүүлэх орон нутгийн чадавхи сул байв. Тосгоны оршин суугчид шархадсан хүмүүсийг илжиг, хүн тэргээр аюултай бүсээс гаргаж, тэндээсээ хувийн буюу хөлсний тээврийн хэрэгслээр эмнэлэгт хүргэдэг байжээ. Эмнэлэгт хүргэхээс өмнө анхны тусламж тэр бүр үзүүлдэггүй байв. 1996 онд энэ бүс нутагт хийсэн нэгэн судалгаагаар дэлбэрэлтээс шалтгаалсан нас баралтын түвшин 40 орчим хувь байсан нь ижил төстэй бусад газарт хийсэн судалгааны дүнтэй дүйцэж байжээ.

Судалгаанд хамрагдсан хоёр бүс нутгийн эдийн засаг, эрүүл мэнд, боловсролын дэд бүтэц олон жилийн зэвсэгт мөргөлдөөний улмаас алдагдсан, орон нутгийн оршин суугчид ихээр дүрвэж уламжлалт ёс заншил алдагдсан байв. Алслагдмал орон нутгийн гэмтсэн хүмүүст тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх санхүүгийн нөөц бололцоо туйлын хязгаарлагдмал, энэ нөхцөл байдлыг сайжруулахад төсөөлөхөд ч бэрх байв.

2. Хэрэгжүүлсэн арга хэмжээ

Дэлбэрэлтэд өртсөн болон бусад хүнд гэмтэл авсан хүмүүст үзүүлэх тусламж, үйлчилгээг сайжруулах үйл ажиллагааг “Тосгоны их сургууль” хэмээх үзэл баримтлалын дагуу хэрэгжүүлсэн. Үүний тулд орон нутгийн оршин суугчдад эмнэлэг хүртэлх хугацаанд амь нас аврах аргуудыг зааж, эмч биш хүмүүст амь тэнссэн үеийн тусламж, үйлчилгээг хариуцуулсан байна. Сэргийлж болох нас баралтын дийлэнх хувь эмнэлэг хүртэлх хугацаанд тохиолддог тул эмнэлэг хүртэлх хугацаанд амь аврах суурь тусламжийг хугацаа алдалгүй газар дээр нь үзүүлдэг болоход сургалт чиглэж байв.

Төсөл хэрэгжүүлсэн хоёр бүс нутаг (хойд Ирак, баруун хойд Камбож)-т орон нутгийн эрүүл мэндийн газрууд болон оршин суугчид гадны сургагч нартай хамтран ажиллажээ. Бүс нутаг тус бүрт орон нутгийн эрүүл мэндийн 22 ажилтныг сонгон сургасны 2 нь их эмч, бусад нь албан ёсны анагаахын сургалтад хамрагдаагүй, зарим нь орон нутгийн эрүүл мэндийн анхан шатны түвшинд ажиллаж буй эмч биш хүмүүс байв. Сургагдсан их эмч нар нь төслийн орон нутгийн зохицуулагчаар ажилласан байна. Сургалтад хамрагдах хүмүүсийг тосгоны дарга болон бусад оршин суугчдын санал болгосноор сонгосон ба эдгээр нь гэмтлийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх талаар тодорхой туршлагатай, нэр хүндтэй хүмүүс байв. Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ үндсэндээ хөгжөөгүй эдгээр бүс нутагт газар булсан тэсрэх бөмбөгтэй талбайгаас мэс засал хийдэг эмнэлэг хүртэл тусламж, үйлчилгээний сүлжээ бий болгох үүднээс парамедикуудыг газарзүйн байршлаар нь сонгосон байна.

“Тосгоны их сургуулийн сургалт”-ын загвар нь Афган-ЗХУ-ын дайны үед 1980-1990-ээд онуудад ашиглаж байсан загвар дээр суурилсан бөгөөд амьсгалын замыг чөлөөтэй болгох, цус алдалтыг тогтоох зэрэг эмнэлэг хүртэлх хугацаанд үзүүлж болох

энгийн тусламжийг заахад анхаарсан. Энэхүү загвар нь суурь тусламжаас ахисан түвшний тусламж, үйлчилгээ хүртэл сургалтын 3 модультай бөгөөд хүнд гэмтэл авсан 3 өвчтөнд тусламж, үйлчилгээ үзүүлэхэд хангалттай хэмжээний яаралтай тусламжийн багаж, хэрэгсэл бүхий 25 кг жинтэй багцыг (үүргэвч) сургалтыг амжилттай дүүргэсэн сурагч болгонд өгдөг байна. Модулиудын хооронд сурагч нар талбар дээр ажиллаж, дэлбэрэлтэд өртсөн хүмүүст тусламж үзүүлэх дадлага хийдэг. /Сургалтын хөтөлбөрийн талаар Шигтгээ 1-ээс дэлгэрүүлнэ харна уу/.

1997-1999 онуудад 44 парамедикаас бүрдсэн үндсэн багийг сургаж, тэдгээрээс хамгийн туршлагатайг нь сургагч багшаар томилсон ба орон нутгийн сургагч нар дараа дараагийн сургалтуудыг зохион байгуулж, 2001 он гэхэд нийт 135 парамедикийг сургаж бэлдсэн байна.

Шигтгээ 1 **Камбож, Иракд хэрэгжүүлсэн парамедикийн сургалтын хөтөлбөр**

АЛХАМ 1 (1997): 44 сурагч, 150 цаг

- Амьсгалын зам чөлөөлөх (нэг нэгэн дээрээ дадлага хийх): арга ажиллагаа, байршуулалт
- Хиймэл амьсгал (нэг нэгэн дээрээ болон манекен дээр дадлага хийх): байршуулалт, зүрх-уушгины сэхээн амьдруулалт, кетаминаар өвдөлт намдаах
- Цусны эргэлтийг хянах (мөчний гэмтэлтэй мэдээгүйжүүлэлт хийсэн амьтан дээр дадлага хийх): фасцийн доорх боолт ба даралт (даралтат боолт, чангалуур биш), осголтоос сэргийлэх, сэхээн амьдруулах шингэн сэлбэлт
- Эмнэлзүйн баримтжуулалт хийх: физиологийн эрсдэлийн үзүүлэлтүүд
- Яаралтай тусламжийн багцаар хангах
- Шалгалт авах, гэрчилгээ гардуулах

6 сарын дадлага:
Гэмтсэн хүмүүст тусламж үзүүлж, баримтжуулах
Тосгоны анхны тусламж үзүүлэх дор хаяж 50 идэвхтэн сургах

АЛХАМ 2: 44 сурагч, 150 цаг
Өмнөх сургалт, тусламж, үйлчилгээг үнэлнэ
Алхам 1-ийг давтана

- Амьсгалын зам чөлөөлөх (манекен дээр дадлага хийх): мөгөөрсөн хоолойн интубаци
- Хиймэл амьсгал (мэдээгүйжүүлэлт хийсэн гэмтэлтэй амьтан дээр дадлага хийх): хамар-ходоодны ба цээжний гуурс байршуулах
- Цусны эргэлтийг хянах (мэдээгүйжүүлэлт хийсэн гэмтэлтэй амьтан дээр дадлага хийх): хавсарсан гэмтэлтэй үед цус алдалтыг хянах
- Шалгалт авах, гэрчилгээ гардуулах

6 сарын дадлага:
Гэмтсэн хүмүүст тусламж үзүүлж, баримтжуулах
Тосгоны анхны тусламж үзүүлэх дор хаяж 50 идэвхтэн сургах

АЛХАМ 3: 44 сурагч, 150 цаг
Өмнөх сургалт, тусламж, үйлчилгээг үнэлнэ
Алхам 1, 2-ыг давтана

- Амьсгалын зам чөлөөлөх (мэдээгүйжүүлэлт хийсэн гэмтэлтэй амьтан дээр дадлага хийх): мэс засал хийх
- Цусны эргэлтийг хянах (мэдээгүйжүүлэлт хийсэн гэмтэлтэй амьтан дээр дадлага хийх): лапаротоми
- Шалгалт авах, гэрчилгээ гардуулах

Дадлага:
Гэмтсэн хүмүүст тусламж үзүүлж, баримтжуулах
Тосгоны анхны тусламж үзүүлэх дор хаяж 100 идэвхтэн жилд сургах

Төгсгөл (2001)
Хөтөлбөрийн үр дүнд дүн шинжилгээ хийх

Хөтөлбөрийн хүрээнд тосгоны оршин суугчдаас анхны тусламж үзүүлэх хүмүүсийг сургаж, цаг алдалгүй тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх өргөн хүрээтэй сүлжээ байгуулсан. Үүний тулд парамедикууд тосгоны оршин суугчдаас сайн дурын идэвхтнүүдийг сонгож, суурь тусламжийн 2 өдрийн сургалтад хамруулж, 6-12 сарын дараа 1 өдрийн давтан сургалт зохион байгуулсан байна. Анхны тусламж үзүүлэх сургалтад эрэгтэй, эмэгтэй хүмүүс, хүүхдүүд хамрагдаж болох ба нэг парамедик өөрийн шаталсан сургалтуудын хооронд дор хаяж 50 хүнийг анхны тусламжийн чиглэлээр сургасан байна. Таван жил хэрэгжсэн энэхүү төслийн хүрээнд нийт 5,200 хүнийг анхны тусламж үзүүлэх сургалтад хамруулжээ. Сургалтын хөтөлбөрийн бас нэг зорилго нь алслагдсан хөдөө орон нутагт итгэлцэл, нийгмийн сүлжээг дахин бий болгоход оршиж байв.

Сургагдсан парамедикуудад ажлын байран дээр нь зааж сургах, үзүүлж буй тусламж, үйлчилгээнд нь хяналт тавих тогтолцоо бүрдүүлсэн. Гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний чиглэлээр практик туршлага сайтай зохицуулагч сар тутам парамедикуудад зориулсан давтан сургалт зохион байгуулж, тусламж, үйлчилгээтэй холбоотой тэдэнд тулгарсан асуудлаар зөвлөгөө өгч ажиллаж байв. Зохицуулагчийн үүргийг Ирак Улсад орон нутгийн их эмч, Камбожи Улсад ахлах парамедик гүйцэтгэж байв.

Хөтөлбөрийн хүрээнд түргэний машин, өөр ямар нэгэн тээврийн хэрэгслээр хангаагүй. Гэмтсэн хүмүүсийг өмнөхийн нэгэн адил хамаатан садан, тосгоны оршин суугчид, улмаар тосгоны анхны тусламж үзүүлдэг идэвхтнүүд болон парамедикууд аль боломжтой тээврийн хэрэгслээр эмнэлэг рүү тээвэрлэж байв. Хөнгөн тохиолдлуудыг дүүргийн эмнэлэг буюу тосгоны эрүүл мэндийн төвд, хүнд тохиолдлуудыг мэс заслын төвд эмчилж байв. Төсөл хэрэгжсэн хоёр бүс нутагт Итали Улсын Яаралтай тусламжийн хүмүүнлэгийн байгууллагыг ажиллуулдаг мэс заслын лавлагаа эмнэлэг үйл ажиллагаанд нь оролцож явуулсан.

Хөтөлбөрийн хэрэгжилтэд хяналт-шинжилгээ, үнэлгээ хийх зорилгоор бүртгэл мэдээллийн тогтолцоо бий болгож, парамедикууд тусламж, үйлчилгээ үзүүлсэн хүн болгоны оношь, анх тусламж үзүүлэх болон эмнэлэгт хэвтэх үеийн физиологийн хүнд хөнгөний зэрэг, эмнэлэг хүртэлх хугацаанд үзүүлсэн тусламж, үйлчилгээ г.м. үндсэн мэдээллийг бүртгэж, улмаар орон нутгийн зохицуулагч нарт өгдөг байна. Физиологийн хүнд хөнгөний зэргийг цусны даралт, амьсгалын тоо, ухаан санааны байдлаар үнэлнэ. Парамедикуудын бүртгэсэн мэдээллийг эмнэлэгт үзүүлсэн тусламж, үйлчилгээний мэдээллээр баяжуулж, хөтөлбөрийн үр дүнг үнэлэхэд ашигласан байна.

3. Үр дүн

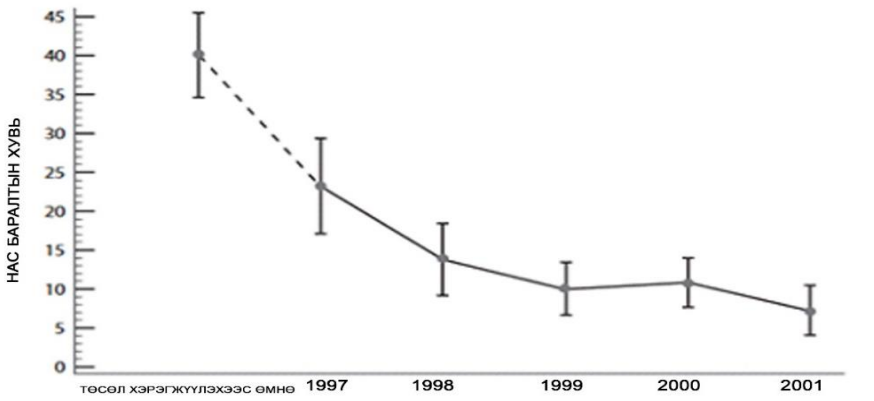
Төсөл хэрэгжүүлснээс хойш 5 жилийн дараа анхны нарийвчилсан үнэлгээ хийсэн. Энэ хугацаанд нийт 1,061 гэмтсэн хүнд тусламж, үйлчилгээ үзүүлснээс ихэнх нь хүнд гэмтэлтэй байжээ (гэмтлийн хүндийн зэрэг[1] дунджаар 12 оноо). Гэмтсэнээс хойш эмнэлгийн анхны тусламж авах хүртэлх дундаж хугацааг 1997-2001 оны хооронд 2.9-өөс 1.8 цаг хүртэл бууруулж чадсан. Харин эмнэлэгт хүртэлх дундаж хугацааг бууруулж чадаагүй ба энэ нь 5.7 цаг байсан нь төсөл хэрэгжсэн бүс нутгуудын алслагдмал байдалтай холбоотой байв.

Ихэнх өвчтөнд зөвхөн анхны суурь тусламж үзүүлэхэд хангалттай байв. Тухайлбал, мөчний хүнд гэмтэлтэй, шоктой (систолын даралт 90 мм муб-аас бага) 221 өвчтөнд шарх болон таслагдсан мөчин дээр самбайгаар боолт хийж, цус алдалтыг зогсоох зорилгоор даралтат боолт тавьж, цус алдаж буй артерийн судасны дээд хэсэгт даралттай боолтыг хийсэн. Шоктой өвчтөнүүдэд судсаар 3 литр хүртэл кристаллоид шингэнийг юүлж, сэхээн амьдруулах тусламж үзүүлж, осголтоос сэргийлэх арга хэмжээ авчээ. Тусламж, үйлчилгээ авсан нийт 1,061 хүнээс цөөн тохиолдолд нь ахисан түвшний тусламж, үйлчилгээ үзүүлсэн, тухайлбал мөгөөрсөн хоолойд гуурс тавих буюу крикотиротомийг таван хүнд хийсэн бол цээжний хөндийд гуурсыг дөрвөн хүн тавьсан байна.

Төсөл хэрэгжүүлсний дүнд гэмтлийн шалтгант нас баралтыг 40%-аас 8% болтол бууруулж чадсан (Зураг 1). Уг төсөлд Афганистаны дайны талбарт хэрэгжүүлсэн загварыг ашигласан бөгөөд энгийн арга хэмжээг цаг алдалгүй хэрэгжүүлэх нь амь нас аварч болдгийг дахин баталгаажуулсан юм.

[1] Гэмтлийн хүндийн зэрэг гэдэг нь биеийн гэмтэл хэр хүнд болохыг илэрхийлсэн тоон оноо бөгөөд энэхүү оноо нь нас баралттай хамааралтай бөгөөд 1 (үл ялих гэмтэл)-ээс 75 (маргаангүй үхэлд хүргэх гэмтэл) хүртэл байна.

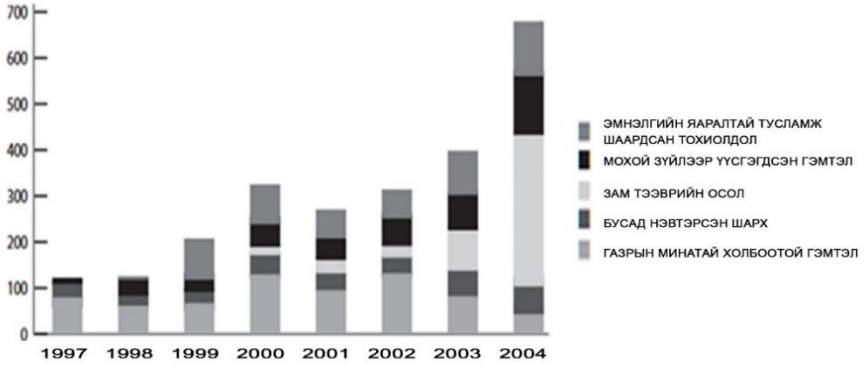
Зураг 1 **Камбож, Ирак Улсад хэрэгжүүлсэн "Тосгоны их сургуулийн" загвараар эмчлүүлсэн хүмүүсийн дундах гэмтлийн шалтгаант нас баралт**



ҮР ДҮНГ ЖИЛИЙН ДУНДАЖ БОЛОН 95%-ИЙН ИТГЭМЖИТ ХЯЗГААР (СТАТИСТИКИЙН НАРИЙВЧЛАЛЫН ХЭМЖҮҮР)-ААР ХАРУУЛСАН БОЛНО.
ЭХ СУРВАЛЖ: ХАНС ХУСУМ (ЗОХИОГЧИЙН ЗӨВШӨӨРӨЛТЭЙГЭЭР)

"Тосгоны их сургуулийн" загварыг нөхцөл байдалд тохируулан өргөжүүлж болдог нь мөн батлагдсан. Камбож Улсад сургалтыг өргөжүүлж, дүүргийн эмнэлгүүдийг хамруулсан бол Ирак Улсад тэсрэлт, дэлбэрэлтийн шалтгаант гэмтэл буурч, зам тээврийн осол нэмэгдэхэд загварыг тохируулан хэрэглэсэн байна. Эмнэлэг хүртэлх гэмтлийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлсэн хүмүүсийн дотор дэлбэрэлттэй холбоотой гэмтэл авсан тохиолдлын эзлэх хувь 1997 онд 91% байсан бол 2004 онд 15% болж буурчээ. Улмаар өөрчлөгдөж буй нөхцөл байдалд тохируулан өөр төрлийн гэмтэл, эрүүл мэндийн асуудалтай хүмүүст тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх болж, парамедик болон анхны тусламж үзүүлэгч нарт зориулсан сургалтын хөтөлбөрийг шинэчилсэн байна. Эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх сургагдсан ажилтны тоог нэмснээр илүү олон хүнд тусламж, үйлчилгээ үзүүлж чадсаныг Зураг 2-оос харна уу. Гэмтэл авснаас хойш эмнэлгийн анхны тусламж авах хүртэлх дундаж хугацаа 1997-оос 2004 оны хооронд 2.4-өөс 0.6 цаг хүртэл багасчээ.

Зураг 2 **Ирак Улсын төсөл хэрэгжсэн бүс нутагт парамедикаас тусламж, үйлчилгээ авсан тохиолдлын тоо ба төрөл**



ЭХ СУРВАЛЖ: WISBORG ET AL. PREHOSPITAL TRAUMA SYSTEM IN A LOW-INCOME COUNTRY: SYSTEM MATURATION AND ADAPTATION DURING EIGHT YEARS. JOURNAL OF TRAUMA, 2008, 64:1342-8 (ЗОХИОГЧИЙН ЗӨВШӨӨРӨЛТЭЙГЭЭР)

Дүгнэж хэлэхэд, нөөц боломж хязгаарлагдмал, орлого багатай нөхцөлд ч эмнэлэг хүртэлх гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг мэдэгдэхүйц сайжруулж болдгийг энэхүү тохиолдлын судалгаа харуулж байна. Үүний тулд түргэн тусламжийн машин хэрэгслээр хангасан эмнэлгийн яаралтай тусламжийн алба байх шаардлагагүй, харин нэгэнт бүрдсэн эрүүл мэндийн анхан шатны тусламж, үйлчилгээний чадавхийг сайжруулахад хангалттай юм. Түүнчлэн суурь тусламжийг цаг алдалгүй үзүүлж чадвал сэхээн амьдруулах ахисан түвшний тусламж тэр бүр шаардагддаггүй. Эцэст нь, тусламж, үйлчилгээг сайжруулахад орон нутгийн оролцоо, өөрийн нөхцөлд тохируулан тусламж, үйлчилгээг өөрчлөх боломж чухал ач холбогдолтой байна.

Эх сурвалж

Ascherio A et al. Deaths and injuries caused by landmines in Mozambique. *The Lancet*, 1995, 346:721-4.

Heng YV, Davoung C, Husum H. District hospitals or trauma centers? A controlled study of trauma training for rural nongraduate surgeons in Cambodia. *Prehospital Disaster Medicine*, 2008, 23:483-489.

Husum H. Effects of early prehospital life support to war injured. The Battle of Jalalabad, Afghanistan. *Prehospital Disaster Medicine,* 1999, 14:75-80.

Husum H, Gilbert M, Wisborg T. *Save lives, save limbs*. Penang, Malaysia, Third World Network, 2000.

Husum H et al. Rural prehospital trauma systems improve trauma outcome in low-income countries: a prospective study from north Iraq and Cambodia. *Journal of Trauma*, 2003, 54:1188–96.

Jahunlu H, Husum H, Wisborg T. Mortality in land mine accidents in Iran. *Prehospital Disaster Medicine*, 2002, 17:107-9.

Wisborg T et al. Prehospital trauma system in a low-income country: system maturation and adaptation during eight years. *Journal of Trauma*, 2008, 64:1342-8.

Wisborg T et al. The social impact of paramedics and first responders in landmine-infested villages in northern Iraq. *Rural and Remote Health*, 2008, 8:816-27 (онлайн).

Гана: Үндэсний түргэн тусламжийн үйлчилгээ бий болж, өргөжсөн нь

1. Тулгамдсан асуудлын танилцуулга

Гана Улсад зам тээврийн осол, бусад төрлийн осол, гэмтэл өсөн нэмэгдэж байна. Гэмтлийн үед тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх эмнэлгийн чадавхийг бэхжүүлж, гэмтлийн шалтгаант нас баралтыг бууруулах чиглэлээр ихээхэн хүчин чармайлт гаргасан боловч үр дүн нь сайнгүй байсан. Учир нь, гэмтсэн хүмүүсийн ихэнх нь эмнэлэгт хүргэгдэхээсээ өмнө нас барж байв. Нэгэн судалгаагаар гэмтлийн шалтгаант нас баралтын 80 гаруй хувь нь эмнэлэг хүртэлх хугацаанд тохиолдож байгааг тогтоожээ. Энэ үзүүлэлт хот суурин газрын хувьд ч их байсан ба хөдөө орон нутагт харьцангуй өндөр байв.

Дээрх асуудлыг шийдвэрлэхэд хялбар байсангүй. Гана Улсад 2000-аад оны эхэн үе хүртэл эмнэлэг хүртэлх гэмтлийн тусламж, үйлчилгээ туйлын хязгаарлагдмал байсан. Хүнд өвчтэй буюу гэмтсэн хүмүүсийг хөлсний тээврийн хэрэгслээр (такси, жижиг оврын автобус г.м.) эмнэлэгт хүргэж, тээвэрлэлтийн хөлсийг өвчтөний ар гэр төлдөг, заримдаа ослын газрын хажуугаар явж байсан жолооч нар сайн санааны үүднээс гэмтсэн хүмүүсийг үнэгүй тээвэрлэдэг байв. Гэмтсэн хүмүүст заримдаа газар дээр нь анхны тусламж үзүүлдэг боловч тусламж үзүүлж буй хүмүүс албан ёсны сургалтад хамрагдаагүй байх нь түгээмэл. Түргэн тусламжийн машинтай эмнэлэг ховор учраас өвчтөнийг эмнэлэг хооронд тээвэрлэхэд ч хүндрэлтэй байв. Ийм тохиолдолд голдуу өвчтөний ар гэрийнхэн унаа зохицуулж, төлбөрийг нь даах шаардлагатай болдог ба тээвэрлэлтийн зардал өндөр байдаг тул ар гэрийнхэн нь зардал олох гэж хугацаа алдаж, улмаар тусламж, үйлчилгээ оройтох эрсдэл үүсдэг байна.

Дээрх асуудлыг шийдвэрлэх оролдлого хийж байсан, тухайлбал хөлсний жолооч нарыг анхны тусламж үзүүлэх сургалтад хамруулж, тэд нараар эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээний *de facto* тогтолцоо бүрдүүлэхийг зорьж байв. Гэсэн хэдий ч энэ чиглэлээр зохион байгуулалттай арга хэмжээ хэрэгжүүлж чадаагүй байна. Түүнчлэн зарим хотод түргэн тусламжийн тогтолцоо бий болгох санаачилга гаргаж байсан ч энэ нь эмнэлгүүдэд түргэн тусламжийн машин олгохоор хязгаарлагдаж, харин ажилчдыг сургах, сэлбэг хэрэгслээр хангах, байнгын хяналт тавих зэрэг тогтолцооны бусад асуудлыг орхигдуулсан байна. Ийм ч учраас эдгээр санаачилгын дийлэнх нь эхэлснээсээ хойш хэдхэн сарын дотор унтарч байв.

2. Хэрэгжүүлсэн арга хэмжээ

Эрүүл мэндийн мэргэжилтнүүд болон олон нийтийн олон жилийн ухуулга нөлөөллийн үйл ажиллагааны үр дүнд 2000-аад оны эхээр эмнэлэг хүртэлх гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг сайжруулах улс төрийн дэмжлэг нэмэгдсэн байна. Нэн ялангуяа 2001 оны 5 дугаар сарын 9-ний өдөр нийслэл Аккра хотын цэнгэлдэх хүрээлэнд томоохон осол гарч, 120 гаруй хүн амь насаа алдсаны дараа энэ асуудалд хандуулах анхаарал улам нэмэгджээ. Эл өдөр хөлбөмбөгийн тэмцээний дараа гарсан үймээний үеэр олон хүн дарагдаж нас барсан юм. Олныг хамарсан ослын үед эмнэлэг хүртэлх тусламж үзүүлэх зохион байгуулалт муу байсныг хэвлэл мэдээллээр шүүмжилж, үндэсний хэлэлцүүлгүүд хүртэл зохион байгуулсан байна.

Дараа жил нь Гана Улсын төрийн тэргүүн эрхэмсэг Жон Агикум Куфур парламентын чуулганы нээлтийн үгэндээ Эрүүл мэндийн сайд, бусад албаны хүмүүст хандаж, гэмтсэн хүмүүст эмнэлэг хүртэлх үр дүнтэй тусламж үзүүлж, эмнэлэгт хүргэх үндэсний түргэн тусламжийн үйлчилгээ бий болгохыг даалгажээ. Энэхүү үүрэг даалгавар, мөн эрүүл мэндийн салбар, үндэсний гал сөнөөх үйлчилгээ, улсын прокурорын газар болон бусад хамтрагч байгууллагын мэргэжилтнүүдийн нөр их хөдөлмөрийн үр дүнд **Үндэсний Түргэн Тусламжийн Үйлчилгээ** (NAS)-г 2004 онд бий болгож чадсан байна. Тус үйлчилгээ нь ЭМЯ-ны харъяа агентлаг хэлбэрээр зохион байгуулагдсан хэдий ч төрийн бусад байгууллагаас асар их дэмжлэг авч бий болсон юм. ҮТТҮ нь гэмтсэн болон өвчтэй хүмүүст эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээ үзүүлж, эмнэлэгт зохих ёсоор тээвэрлэн хүргэх үүрэгтэй байна.

ҮТТҮ нь Гана Улсын 10 бүс нутгийн 3-т нь байрлах 7 посттойгоор үйл ажиллагаагаа эхлүүлж байв. Үндэсний гал сөнөөх үйлчилгээний 57 гал сөнөөгч, ЭМЯ-аас ажилд авсан 6 жолоочийг эмнэлгийн яаралтай тусламжийн техникчээр сургаж, 15 сарын туршилтын хугацаа (2004-2005)-нд түргэн тусламжийн 7 постод ажиллуулсан байна. Энэ хугацаанд олон саад бэрхшээл тулгарсан нь түргэн тусламжийн багууд болон хөтөлбөрийн зохицуулагч нарт үнэтэй сургамж өгч, туршлагажих боломж олгосон нь хожим үйлчилгээг өргөжүүлэхэд ихээхэн ач холбогдолтой байсан юм.

ҮТТҮ нь 2006 оноос бүрэн хүчин чадлаар ажиллаж эхэлсэн бөгөөд тухайн оны эцэс гэхэд түргэн тусламжийн постын тоо 7-оос 19, харин 2009 оны төгсгөлд 24 болтлоо нэмэгдэж, Кумаси, Аккра хотуудад нэгдсэн хяналтын 2 төв ажиллах болсон байна. Улмаар ҮТТҮ нь гурван шатлалт захиргааны бүтэцтэй болсон байна. Үүнд:

- *Үндэсний төв удирдлага*: Удирдлагын баг нь ЭМЯ-ны орон тооны мэргэжилтнүүдээс бүрддэг. Энэ нь бодлого боловсруулах, нөөц дайчлах, ҮТТҮ-ний хууль батлуулах, яаралтай тусламжийн техникч нарыг сургах, ҮТТҮ-г өргөжүүлэх, бэхжүүлэх чиглэл, зураглалыг гаргах үүрэгтэй. Үндэсний төв удирдлага нь:
  - захирал, менежер (түргэн тусламжийн машины засвар үйлчилгээ, бэлэн байдлыг хангах зэрэг олон чиг үүрэг хэрэгжүүлнэ)
  - ханган нийлүүлэлт хариуцсан зохицуулагч (түргэн тусламжийн машин болон постуудын тоног төхөөрөмж, хэрэгслийн хангамж, чанарыг хариуцдаг яаралтай тусламжийн ахлах техникч байна)
  - ня-бо, 2 нарийн бичгийн дарга, 2 жолоочийн бүрэлдэхүүнтэй үйл ажиллагаа явуулдаг.
- *Бүсийн төв*: Бүс (Гана Улсын 10 бүс нь тус бүр 2 сая орчим оршин суугчтай) болгон хагас цагаар ажилладаг бүсийн зохицуулагчтай байна. Зохицуулагч нь Бүсийн эрүүл мэндийн үйлчилгээний захирал болон Бүсийн гал сөнөөх үйлчилгээний ахлагчтай хамтран ажиллана. Зохицуулагч нь түргэн тусламжийн постуудад мэргэжил аргазүйн дэмжлэг үзүүлэх, хяналт тавих, тэдгээрийг төв удирдлагатай холбох чиг үүрэгтэй.
- *Дүүргийн пост*: Түргэн тусламжийг гардан үзүүлэх шатлал бөгөөд энд яаралтай тусламжийн техникч нар ажиллана. Яаралтай тусламжийн ахлах техникч нь постыг ахлан ажиллана. Түргэн тусламжийн машинууд дүүргийн гал сөнөөх байгууллага дээр байршдаг тул яаралтай тусламжийн ахлах техникч нь дүүргийн гал сөнөөх байгууллагын удирдлагад захирагддаг ба эндээс түргэн тусламжийн багуудын үйл ажиллагаанд өдөр тутмын хяналт тавьдаг. Кумаси, Аккра хотуудад нэгдсэн хяналтын 2 төв ажилладаг ба энд дуудлага хүлээн авч, шаардлагатай бол постуудад мэдээлэл дамжуулдаг байна.

ҮТТҮ нь яаралтай тусламжийн техникч нараас бүрддэг. Үйлчилгээг анх эхлүүлж байхад ЭМЯ, үндэсний гал сөнөөх үйлчилгээний сургагч нар гал сөнөөгчдийг яаралтай тусламжийн техникчээр бэлдсэн байна. Үүнээс хойш сургалтыг үндэсний гал сөнөөх байгууллагын сургалтын баазыг ашиглан ЭМЯ-аас явуулдаг болжээ. Сургалтыг шаардлагын дагуу зохион байгуулдаг ба албан ёсны гэрчилгээтэй сургалт хараахан зохион байгуулж эхлээгүй байна.

Түргэн тусламжийн үйлчилгээг эрүүл мэндийн байгууллагууд болон хувь хүмүүс авч болох ба үйлчилгээ авахын тулд тусгай утас (193)-аар дуудлага өгөх, постон дээр биечлэн очиж дуудлага өгөх, орон нутгийн FM станциар зарлуулж дуудлага өгөх боломжтой.

ҮТТҮ нь үзүүлж буй тусламж, үйлчилгээндээ нарийн хяналт тавьдаг. Парамедикууд тусламж үзүүлсэн тохиолдол тус бүрт бүртгэл нээж (нэг нүүр маягт), үзүүлсэн тусламж, үйлчилгээний тухай бүртгэл хөтөлдөг. Багийн ахлагч нар бүртгэлд хяналт тавьж, нэгдсэн мэдээний санд оруулж, урт хугацааны хяналт-шинжилгээнд ашигладаг. Мэдээний санг ашиглан үйлчилгээний хэрэглээ, чанарыг хянаж, төлөвлөлтийг боловсронгуй болгох боломжтой юм.

Гана Улсын ҮТТҮ-ний өдөр тутмын ажил © *Ахмед Закария*

ҮТТҮ-ний диспечер хяналтын төвд ажиллаж байгаа нь © *Ахмед Закария*

3. Үр дүн

Үндэсний Түргэн Тусламжийн Үйлчилгээ (NAS) нь зохион байгуулалт сайтай, тогтвортой бүтэц болон хөгжиж чадсан бөгөөд өнгөрсөн хугацаанд шатлал хоорондын эрх мэдлийн хуваарилалт тодорхой болж, бүртгэл мэдээлэл бэхжсэн. Хяналт шинжилгээ үнэлгээ болон чанарыг сайжруулах үйл ажиллагаанд тоо мэдээг ашиглах явдал тогтмолжиж, яаралтай тусламжийн техникч нарын сургалтын болон түргэн тусламжийн машин, постуудад байх тоног төхөөрөмжийн стандарт тодорхой болсон байна.

ҮТТҮ-ний оновчтой бүтэц зохион байгуулалтын ачаар 5 жилийн хугацаанд тусламж, үйлчилгээ ихээхэн өргөжиж бэхжсэн байна. Ийнхүү системтэйгээр төлөвлөхгүйгээр зүгээр л түргэн тусламжийн машинаар хангах нь ямар үр дагаварт хүргэдгийг Гана Улсын өмнөх туршлага болон бусад улсын гашуун туршлага ч харуулж байна.

Тусламж, үйлчилгээний үйл явц сайжирсныг ҮТТҮ-ний хэрэглээ болон бусад гүйцэтгэлийн шалгуур үзүүлэлтээс харж болно. ҮТТҮ нь 2004 онд 205 тохиолдолд тусламж, үйлчилгээ үзүүлж байсан бол 2008 он гэхэд энэ нь 8,250 тохиолдол болж нэмэгджээ(Хүснэгт1). Түүнчлэн үйлчилгээний үр ашигтай байдал сайжирч, эхний 3 жил (2004-2006)-д хуурамч дуудлага, хаяг тодорхойгүй байдал их гардаг байсан бол сүүлийн үед энэ асуудал мэдэгдэхүйц буурсан байна.

ХҮСНЭГТ 1 **Үндэсний Түргэн Тусламжийн Үйлчилгээний хэрэглээний өсөлт**

	2004	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**
Хүлээн авсан дуудлагын тоо	546	2,541	5,551	8,463	8,114
Тусламж, үйлчилгээ үзүүлсэн тохиолдлын тоо	205	1,498	4,442	7,995	8,250

Тусламж, үйлчилгээ үзүүлсэн тохиолдлын тоо хүлээн авсан дуудлагын тооноос бага байж болох ба энэ нь хуурамч дуудлага, хаягийн тодорхойгүй байдалтай холбоотой байна. Түүнчлэн тусламж, үйлчилгээ үзүүлсэн тохиолдлын тоо хүлээн авсан дуудлагын тооноос их байж болох ба энэ нь хэд хэдэн хүн нэг дор бэртсэн тохиолдлуудтай холбоотой юм.

Дуудлагын бүтцийн хувьд эх барихын (23%) болон осол, гэмтлийн (22%) дуудлага зонхилж байна. Эмнэлгүүдэд түргэн тусламжийн машин байхгүйтэй холбоотой эмнэлэг хоорондтээвэрлэсэн өвчтөний тоо тусламж, үйлчилгээ үзүүлсэн тохиолдлын тооноос их байна. Гэхдээ сүүлийн жилүүдэд тусламж, үйлчилгээ үзүүлсэн тохиолдлын эзлэх хувь нэмэгдэж байна (Хүснэгт 2).

Гүйцэтгэлийн үндсэн үзүүлэлтээс харахад тусламж, үйлчилгээний чанар сайжирч, эмнэлэг хүртэлх хугацаа богиноссон байна. Дуудлага авснаас хойш газар дээр нь очих хүртэлх дундаж хугацаа 2006 онд 17 минут байсан бол 2008 онд 13 минут болж буурчээ. Мөн газар дээр нь тусламж, үйлчилгээ үзүүлэхэд зарцуулах дундаж хугацаа 2006 онд 19 минут байсан бол 2008 онд 14 минут болж багассан байна. Дуудлагаар гарснаас хойш постон дээр эргэн ирж, дараагийн дуудлагад гарахад бэлэн болох хүртэлх хугацаа 2006-аас 2008 оны хооронд 3 цаг 7 минутаас 2 цаг 8 минут болтол буурч, нөөцийн ашиглалт сайжирсан байна.

ХҮСНЭГТ 2 **Дуудлага ирсэн байршил**

Байршил	2006	2007	2008
Эмнэлэг	3,343 (75%)	5,986 (75%)	5,317 (64%)
Оршин суух хаяг	370 (89%)	838 (10%)	1,353 (16%)
Гудамж, талбай	459 (10%)	789 (10%)	1,444 (18%)
Тодорхойгүй	270 (6%)	382 (5%)	136 (2%)
Нийт	4,442	7,995	8,250

Бүхэлтгэсний улмаас хувиудын нийлбэр 100 хүрэхгүй байж болно

Гэмтлийн буюу бусад яаралтай тусламж шаардсан тохиолдлуудын эмнэлэг хүртэлх хугацаанд нас барсан үзүүлэлтээр үр дүнг тооцох нь сайн боловч бидний тохиолдолд ийм тоо мэдээ олдоц муутай байв. Гэхдээ тусламж, үйлчилгээний явц сайжирсан нь илт байна. Өмнө нь ихэнх гэмтсэн хүмүүс анхны тусламж ч авч чаддаггүй, эмнэлэгт хүргүүлэх унаа байдаггүй байсан бол ҮТТҮ бий болсноор яаралтай тусламж шаардлагатай хүмүүсд тусгайлан сургагдсан мэргэжилтнүүд тусламж үзүүлэх боломжтой болсон. Түүнчлэн шилжүүлэх шаардлагатай өвчтөнүүдийг цаг алдалгүй эмнэлэг хооронд шилжүүлдэг болсон байна.

Үндэсний Түргэн Тусламжийн Үйлчилгээг (NAS) бий болгоход пост байгуулах байшин сав, шаардлага хангасан хүний нөөц олдохгүй зэрэг олон саад бэрхшээл тулгарч байсан хэдий ч тусламж, үйлчилгээний явцыг мэдэгдэхүйц сайжруулж чаджээ. Үүнээс гадна өдөр тутмын үйл ажиллагаанд чамгүй саад бэрхшээл тулгарсаар байна, тухайлбал хуурамч дуудлага өгөх, гудамжны нэр, байшингийн дугаар тодорхойгүй байх, бусад тээврийн хэрэгсэл зам тавьж өгөхгүй байх, зарим эмнэлэг яаралтай тусламж шаардлагатай тохиолдлуудыг хүлээн авахаас татгалзах явдал түгээмэл байна.

Түүнчлэн санхүүжилт нь түргэн тусламжийн өсөн нэмэгдэж буй эрэлт хэрэгцээг гүйцэхгүй байна. ҮТТҮ нь ЭМЯ-ны үйл ажиллагааны төсвөөс шууд санхүүждэг бөгөөд 2008 онд нийт 900,000 ам.долларын санхүүжилт авсны дийлэнх нь цалин урамшуулал, ажлын хувцас, сургалт, машины засвар үйлчилгээ, шатахуун, тоног төхөөрөмж, эмнэлгийн хэрэгсэлд зарцуулагджээ. Үүнд тээврийн хэрэгсэл шинээр худалдан авах зардал ороогүй бөгөөд ҮТТҮ-г анх бий болгож байхад 50 тээврийн хэрэгсэл худалдан авч, дараа нь олон улсын байгуулагаас нэмж 36 машин хандивласан байна.

Эцэст нь дүгнэхэд, саад бэрхшээл их байсан ч ҮТТҮ тогтвортой өргөжин өсч байгаа нь ийм төрлийн үйлчилгээний эрэлт хэрэгцээ их, мөн үйлчилгээг сайн төлөвлөсөнтэй холбоотой юм. Энэхүү үйлчилгээг олон салбарын оролцоотойгоор төлөвлөж, дүүргийн болон бүсийн түвшинд үйлчилгээнд хяналт тавьж, үндэсний түвшинд ХШҮ, чанарын хяналтыг сайн хэрэгжүүлсэн нь ихээхэн ач холбогдолтой байв. Үүнд бүртгэл мэдээллийг сайжруулсан нь чухал үүрэг гүйцэтгэсэн хэдий ч хамгийн гол нь Засгийн газрын улс төрийн дэмжлэг байсан юм.

Эх сурвалж

Forjuoh S et al. Transport of the injured to hospitals in Ghana: the need to strengthen the practice of trauma care. *Prehospital Immediate Care*, 1999, 3:66-70.

Гана Улсын ЭМЯ. Үндэсний түргэн тусламжийн үйлчилгээний бодлогын тойм, 2008. www.moh-ghana.org/moh/docs/policies/policy_briefs/Ambulance.pdf (хандалтын огноо: 20.11.2009).

Mock CN et al. Trauma mortality patterns in three nations at different economic levels: implications for global trauma system development. *Journal of Trauma*, 1998, 44:804–14.

Мексик: Нуэво Леон мужид эмнэлгийн яаралтай суурь тусламж, үйлчилгээг бэхжүүлсэн нь

1. Тулгамдсан асуудлын танилцуулга

Мексикд нас баралт, хөдөлмөрийн чадвар алдалтын тэргүүлэх шалтгаан нь осол, гэмтэл болсон. 1970-аад оноос моторт тээврийн хэрэгслийн тоо нэмэгдэж, зам тээврийн осол, гэмтлийн тоо хурдацтай нэмэгдэж эхэлсэн. Иймд осол, гэмтлээс сэргийлэх, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг бэхжүүлэх шаардлагатай болсон. Тусламж, үйлчилгээг зөвхөн эмнэлгийн төдийгүй эмнэлэг хүртэлх орчин бэхжүүлэх нь чухал байв.

Мексикд гэмтлийн шалтгаант нас баралтын дийлэнх (70 гаруй хувь) нь эмнэлэг хүртэлх орчинд тохиолддог. Өндөр орлоготой улс орнуудад эмнэлэг хүртэлх нас баралтын түвшин үүнээс бага (60 хүртэлх хувь) байдаг тул Мексикд эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээг сайжруулахад анхаарах нь зүйтэй.

Энэхүү тохиолдлын судалгаанд Мексикийн хойд хэсэгт оршдог Нуэво Леон мужийг хамруулсан болно. Газар нутгийн хувьд харьцангуй том тус муж нь хуурай бүс нутагт байрладаг ба 3 сая орчим хүн амын дийлэнх нь Монтеррей хотод төвлөрөн оршин суудаг байна. Зам тээврийн осол 1970-аад оноос эрс нэмэгдэж эхлэснээс хойш эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх чадавхийг үе шаттайгаар нэмэгдүүлж ирсэн бөгөөд 1990-ээд оны эхэн гэхэд харьцангуй сайн хамралт бүхий эмнэлгийн яаралтай тусламжийн тогтолцоо бүрдүүлж чадсан байна. Бараг бүх хот, суурин газарт Улаан загалмай нийгэмлэг, Ногоон загалмай нийгэмлэг, хотын захиргаа зэрэг хэд хэдэн байгууллага эмнэлгийн яаралтай тусламж үзүүлдэг байсан бөгөөд эдгээр нь бүгд өөрийн гэсэн дуудлагын дугаар, посттойгоос гадна хоорондын өдөр тутмын үйл ажиллагааг уялдуулан зохицуулдаггүй байв. Үүний улмаас Монтеррей хотод л гэхэд дуудлага авснаас хойш ослын газарт түргэн тусламж ирэх хүртэлх дундаж хугацаа харьцангуй их буюу 16 минут байв. Нэн ялангуяа хүн ам сийрэг, гудамж талбайн тэмдэглэгээ болон зам харгуй муутай ядуу дүүргүүдэд тусламж, үйлчилгээний хожимдол их байжээ.

Түүнчлэн эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээний чанар харилцан адилгүй, түргэн тусламжийн төвүүдэд эмнэлгийн яаралтай тусламжийн техникчийн албан ёсны сургалтад хамрагдсан парамедикуудаас гадна ийм сургалтад хамрагдаагүй, ажлын байран дээрээ туршлагажиж, сургагдсан ажилтнууд ажилладаг байв. Мөн гэмтлийн тусламж, үйлчилгээ болон бусад чиглэлээр ажлын байран дээрх тогтмол сургалт байдаггүй байв.

2. Хэрэгжүүлсэн арга хэмжээ

Нуэво Леон дах нөхцөл байдлыг сайжруулахын тулд хэд хэдэн арга хэмжээ авч хэрэгжүүлсэн байна.

Дэд бүтэц: Түргэн тусламжийн постын тоог нэмэгдүүлсэн. 1990-ээд оны эхэн үед Монтеррей хотод эмнэлгийн яаралтай тусламжийг голдуу Ногоон загалмай байгууллага үзүүлдэг бөгөөд түргэн тусламжийн 2 посттойгоор 1 сая гаруй хүн амд тусламж, үйлчилгээ үзүүлдэг байв. Тусламж, үйлчилгээний хүртээмжийг сайжруулж, дуудлага авснаас хойш тусламж үзүүлэх хүртэлх хугацааг бууруулахын тулд хотын өөр өөр дүүргүүдэд түргэн тусламжийн 4 пост байгуулжээ.

Дуудлагын нэгдсэн үйлчилгээ: Тусламж, үйлчилгээний шуурхай байдлыг хангахын тулд утасны ижил дугаар (ж.нь, 911) бүхий яаралтай тусламжийн нэгдсэн үйлчилгээ бий болгож, энэхүү дугаараар цагдаа, гал команд, эмнэлгийн яаралтай тусламжийн дуудлага өгөх боломж бүрдүүлсэн. Дуудлага хүлээн авсан диспечер ослын газарт хамгийн ойр байгаа түргэний машинтай холбогдож, чиглэл өгдөг байна. Ингэснээр ямар пост ослын газарт ойр байрлаж байгааг мэдэхгүй хүмүүс өөр газарт дуудлага өгч хугацаа алдах явдлыг бууруулсан байна.

Сургалт: Парамедикийн сургалтыг сайжруулсан нь ихээхэн үр дүнтэй байв. 1994 онд Монтеррей хотын Ногоон загалмай байгууллагын парамедикуудад зориулж 2-3 хоногийн ажлын байран дээрх тасралтгүй сургалтын хөтөлбөрийг хэрэгжүүлж эхэлсэн бөгөөд эхний сургалт нь эмнэлэг хүртэлх гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний сэдвээр хийгдсэн байна. Энэхүү сургалтыг парамедикууд өндрөөр үнэлж, нааштай хүлээн авсан бөгөөд нэн ялангуяа эмнэлгийн яаралтай тусламжийн техникчийн албан ёсны сургалтад

хамрагдаагүй парамедикуудад асар хэрэгтэй сургалт болсон. Одоо энэ төрлийн сургалтыг тогтмол зохион байгуулж, ихэнх парамедикуудыг хамруулжээ.

Дээрх богино хугацааны сургалтаас гадна эмнэлгийн яаралтай тусламжийн техникчийн албан ёсны сургалтад хамрагдсан парамедикийн тоо нэмэгдсээр байна. Энэ нь нэг талаас парамедикийн ур чадварт тавих шаардлага өсөн нэмэгдэж байгаатай, нөгөө талаас хотын захиргаанаас ийм төрлийн сургалтад хамрагдах тэтгэлэг олгодог болсонтой холбоотой юм. 1990-ээд оны эхэнд Монтеррей хотын түргэн тусламжийн парамедикуудын ¼ орчим нь эмнэлгийн яаралтай тусламжийн техникчийн гэрчилгээтэй байсан бол одоо энэ нь 75% болтол нэмэгджээ.

Ийнхүү дэд бүтэц, харилцаа холбоо, сургалтыг сайжруулахад парамедикууд, эмнэлгийн яаралтай тусламжийн байгууллагын удирдлагууд, их эмч нар, хотын захиргаа зэрэг сонирхогч талуудын нягт хамтын ажиллагаа шийдвэрлэх үүрэгтэй байв.

3. Үр дүн

Хэрэгжүүлсэн арга хэмжээний амжилтыг эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээний явц, түүний үр дүнгээр (нас баралт) үнэлсэн. Монтеррей хотод түргэн тусламжийн постын тоог нэмснээр дуудлагад очих дундаж хугацааг 16-аас 10 минут хүртэл бууруулж чадсан байна.

Сургалтыг сайжруулсны дүнд эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээний явц буюу оновчтой тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх талаар ахиц дэвшил гарсан. Тухайлбал, эмнэлэг хүртэлх гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний сургалтыг нэвтрүүлснээс хойш амьсгалын дистресстэй өвчтөнүүдэд амьсгалын замыг чөлөөлөх арга хэмжээ авах явдал 16%-аас 39% болтол нэмэгджээ. Түүнчлэн нуруу нугасыг хөдөлгөөнгүй бэхлэх тусламж үзүүлсэн өвчтөний хувь 39-өөс 67 болтол нэмэгдсэн байна.

Тусламж, үйлчилгээний явц ийнхүү сайжирсны ачаар гэмтлийн шалтгаант нас баралт буурсан байна. Хүснэгт 1-д сургалтыг сайжруулахаас өмнөх ба дараах үеийн нас баралтыг харьцуулжээ.

ХҮСНЭГТ 1 **Нуэво Леон мужид хэд хэдэн төрлийн сургалтын хөтөлбөр хэрэгжүүлсний үр дүнд түргэн тусламж авсан өвчтөнүүдийн дунд гэмтлийн шалтгаант нас баралт буурсан байдал, 1999-2004**

Сургалтын төрөл, байршил	Сургалтаас өмнө	Сургалтын дараа
Монтеррей – богино хугацааны суурь сургалт	10.3%	7.4%
Сан Педро – богино хугацааны ахисан түвшний сургалт	3.4%	3.7%
Санта Катарина – яаралтай тусламжийн техникчийн суурь сургалт	6.3%	2.5%

Дээрх тоо баримтаас харахад суурь сургалтыг сайжруулсны үр дүнд нас баралт буурсан хэрнээ ахисан түвшний сургалтыг сайжруулсан Сан Педро хотод өөрчлөлт гараагүй байна (нас барат 3.4-өөс 3.7 хувь болсон нь статистикийн үнэн магадтай өөрчлөлт биш байв). Сан Педро хотын эмнэлгийн яаралтай суурь тусламж анхнаасаа сайн байсан бөгөөд ахисан түвшний сургалтаар мөгөөрсөн хоолойн интубаци зэрэг илүү нарийн тусламж, үйлчилгээний аргыг заасан боловч нас баралт бууараагүй нь магадгүй нэгэнт суурь тусламж сайн бол ахисан түвшний арга техник нэвтрүүлснээр нас баралтыг нэмж бууруулах боломж бага байдагтай холбоотой байж болзошгүй. Иймд суурь сургалтын хамралтыг өргөжүүлэх нь зардал ихтэй ахисан түвшний сургалт зохион байгуулснаас илүү үр дүнтэй байна.

Тусламж, үйлчилгээг сайжруулах арга хэмжээг хэрэгжүүлснээр зардал өссөн нь ойлгомжтой. Ажлын байран дээрх богино хугацааны сургалтын нэг сурагчид ногдох зардал 150 ам.доллар, эмнэлгийн яаралтай тусламжийн техникчийн 3 сарын сургалтын нэг сурагчид ногдох зардал 200 ам.доллар орчим байв. Сургалтын зардлыг орон тооны парамедикийн сарын дундаж цалин болох 300 ам.доллартай харьцуулж дүгнэх нь зүйтэй.

Ажлын байран дээрх тасралтгүй сургалт зохион байгуулах, дэд бүтэц сайжруулах, түргэн тусламжийн постын тоог нэмсэнтэй холбоотой ажилчдын тоог нэмэх зэрэгт зарцуулсан зардал нь Монтеррей хотын Ногоон загалмай байгууллагын жилийн төсвийг (488,000 ам.доллар) 16%-иар нэмэгдүүлсэн тооцоо гарчээ. Энэ нь харьцангуй их зардал хэдий ч нас баралтыг бууруулсан үр дүн нь чамлахааргүй байсан тул орон нутгийн засгийн газраас ихээхэн дэмжлэг хүлээсэн байна. Үүнээс хойш түргэн тусламжийн постын тоог 7 болгон нэмэгдүүлж, ажлын байран дээрх сургалтыг 1994 оноос хойш тасралтгүй үргэлжлүүлж байна.

Өөрчлөлтийн үр дүнг баримтжуулах нь чухал. Бүртгэл мэдээлэлгүйгээр дээрх өөрчлөлтийн үр дүн зардлаас хэтэрснийг нотлох боломж хомс байх байлаа. Дээрх өөрчлөлтийг эхлүүлэхээс өмнө яаралтай тусламж, үйлчилгээний бүртгэл мэдээлэл харьцангуй сул хөгжсөн ба түүнийг ашиглан нас баралтад гарч буй өөрчлөлтийг үнэлэх боломжгүй байв. Тиймээс тусламж, үйлчилгээг сайжруулах хүрээнд бүртгэл мэдээллийг боловсронгуй болгож, парамедикуудын үйл ажиллагаанд өвчтөний тухай ерөнхий мэдээлэл, гэмтлийн төрөл, амин чухал үзүүлэлтүүд, үзүүлсэн тусламж, үйлчилгээ, үр дүнг бүртгэх нэг нүүр маягт нэвтрүүлсэн байна. Үүний үр дүнд ажлын ачааллыг нэмэхгүйгээр тусламж, үйлчилгээний чанарыг урт хугацаанд хянах боломжтой болсон. Ийм ч учраас төсөл хэрэгжиж дууссан ч эдгээр маягтыг үйл ажиллагаанд ашигласаар байна.

Эмнэлгийн яаралтай тусламжийн сургалт, дэд бүтцийг сайжруулах нь үр ашигтай болохыг Мексикийн энэхүү тохиолдлын судалгаа харуулж чадлаа. Үүний нэгэн адил нааштай өөрчлөлтийг бага ба дунд орлоготой бусад улсад мөн хэрэгжүүлэх боломжтой байж болно.

Эх сурвалж

Arreola-Risa C et al. Trauma care systems in urban Latin America: the priorities should be prehospital and emergency room management. *Journal of Trauma*, 1995, 39:457-462.

Arreola-Risa C et al. Cost-effectiveness of improvements in prehospital trauma care in Latin America. *Prehospital and Disaster Medicine*, 2004, 19:318-325.

Arreola-Risa C et al. The effect of emergency medical technician certification for all prehospital personnel in a Latin American city. *Journal of Trauma*, 2007, 63(4):914-919.

Колумб ба Румынд: Эмнэлгийн яаралтай тусламж, үйлчилгээний хууль тогтоомж

Дэлхийн бараг бүх улс оронд гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг сайжруулах талаар тодорхой арга хэмжээ авч хэрэгжүүлдэг. Ингэхдээ лавлагаа төвүүдийн үйл ажиллагааг сайжруулахад анхаарах нь түгээмэл байдаг. Гэвч эдгээр лавлагаа төвүүд нь хүртээмж муутай, хэрэгжүүлж буй үйл ажиллагаа нь тархай бутархай байх нь олонтаа. Үүний үр дүнд гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний хүртээмж улсын хэмжээнд хязгаарлагдмал, үүнд: алслагдмал хөдөө орон нутагт тусламж, үйлчилгээний чанар, хамралт муу хэвээр үлддэг. Энэ нь нэн ялангуяа эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээний хувьд түгээмэл ажиглагддаг.

Бидний авч үзсэн хоёр тохиолдлын судалгаанд эмнэлгийн яаралтай тусламж, үйлчилгээг системтэйгээр сайжруулахын тулд яаралтай тусламж, үйлчилгээтэй холбоотой хууль баталжээ. Энэ нь эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний бүх шатлалд болон эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээнд байвал зохих хүний болон биет нөөцийн хэрэгжүүлж болохуйц, боломжийн үнэтэй стандарт, түүний хэрэгжилтийг хангах механизмыг бий болгох зорилготой байна.

Тохиолдлын судалгаанд хууль тогтоомжийг боловсруулах явц болон агуулгын талаар мэдээлэл оруулсан болно. Румын Улсын тохиолдлын судалгаанд ЭМЯ-нд хууль тогтоомжийг батлах, хэрэгжилтийг нь хангах эрх бүхий өндөр албан тушаалтан байх нь ямар үр өгөөжтэй болохыг харуулсан байна.

А. Колумбын эмнэлгийн яаралтай тусламжийн анхны хууль, удирдамж

1. Тулгамдсан асуудлын танилцуулга

Колумбд бусад аж үйлдвэржиж буй орнуудын нэгэн адил зам тээврийн осол, гэмтэл ихээр гардаг. Мөн байгалийн гамшиг, улс төр болон хар тамхитай холбоотой зэвсэгт мөргөлдөөн их байдаг тул осол, гэмтэл түгээмэл юм. Ийм ч учраас Колумбын хот, суурин газруудад эмнэлгийн яаралтай тусламж, үйлчилгээний бие даасан тогтолцоонууд үүсч хөгжсөн байна. Эдгээр нь тухайн орон нутгийн нөөц бололцоонд тулгуурлан хөгжсөн тул харилцан адилгүй бүтэц, зохион байгуулалт, хүчин чадалтай байв. Тухайлбал, нийслэл Богота хотод Францын загварт тулгуурлан эмнэлгийн яаралтай тусламжийн тогтолцоог хөгжүүлсэн ба түргэн тусламжийн баг бүр хүний их эмчтэй байв. Харин Картагена, Кали, Меделлин зэрэг жижиг хотуудад уламжлалт нийтийн үйлчилгээний салбарт тулгуурлан, гал сөнөөгчид, иргэний хамгааллын болон Улаан загалмайн сайн дурын идэвхтнүүдээс бүрдсэн эмнэлгийн яаралтай тусламж, үйлчилгээний тогтолцоог бүрдүүлжээ. Зохион байгуулалтын энэхүү ялгаатай байдлаас шалтгаалж эмнэлгийн яаралтай тусламж, үйлчилгээний сургалт, нэгдсэн захиргааг бий болгоход хүндрэлтэй болсон байна.

Хот болгон өөрийн гэсэн тогтолцоотой байсан тул тэдний тусламж, үйлчилгээний протокол, хүн хүчний сургалт, нөөц хангамж, нэр томъёо нь хүртэл асар ялгаатай байв. Эмнэлгийн яаралтай тусламжийн хүний нөөцийн нэршил, албан тушаалын шатлал, цол гуншин ч харилцан адилгүй байжээ. Цаг хугацаа өнгөрөхийн хирээр Колумбын эмнэлгийн яаралтай тусламжийн тогтолцооны энэхүү замбараагүй зохион байгуулалт нь асуудал дагуулж эхэлсэн байна. Олон хүнийг хамарсан осол гарч, өөр өөр хот суурин газрын яаралтай тусламжийн багуудыг дайчлах шаардлагатай болоход тэднийг нэгдсэн зохицуулалтаар хангах боломжгүй болж ирсэн. Энэ нь 1985 онд 22,000 хүний амь насыг авч одсон Аренас галт уулын дэлбэрэлтийн үед хурцаар мэдрэгдсэн байна. Энэ ослын үед яаралтай тусламжийн олон багийг дайчлах шаардлагатай болсон ба тэдний хамтын ажиллагаа үр дүн муутай, бухимдал ихтэй болсон түүхтэй. Улмаар яаралтай тусламжийн ажилтнууд өөрсдөө сургалтыг стандартчилах, нэгдсэн хууль тогтоомжтой болох шаардлага тавьсан.

Хэрэгцээ их байсан ч шийдэл амаргүй байв. Колумбын өөр өөр бүс нутагт гарч буй осол, гэмтэл нь асар ялгаатай байсан тул хот, хөдөөгийн хаана ч суурь болон нарийн мэргэжлийн тусламж үзүүлэх чадавхи бүхий яаралтай тусламжийн тогтолцоо бүрдүүлэх хэрэгтэй болсон байна. Үүний тулд нэгдсэн зохицуулалт, нарийн зохион байгуулалттай хүчин чармайлт шаардлагатай болов.

2000 оноос өмнө хот, суурин газруудад тусламж, үйлчилгээний өөр өөр протокол ашигладаг иргэний хамгааллын болон Улаан загалмайн идэвхтнүүд зэрэг харилцан адилгүй багууд түргэн тусламжийн үйлчилгээ үзүүлдэг байв.
© Андреас Рубиано

2. Хэрэгжүүлсэн арга хэмжээ

Эмнэлгийн яаралтай тусламж, үйлчилгээг стандартчилахын тулд оролцогч талуудын консорциум болох Эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээний Колумбын нийгэмлэгийг байгуулсан байна. Нийгэмлэгийн бүрэлдэхүүнд эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээ үзүүлдэг эмч нар, улсын ба хувийн түргэн тусламжийн байгууллагын төлөөлөл, гэмтлийн өвчтөнүүдэд тусламж, үйлчилгээ үзүүлдэг эмнэлгийн удирдлагууд, эрдэмтэн судлаачид, Улаан загалмай нийгэмлэг, иргэний хамгааллын албаны сайн дурынхан, гал сөнөөгчид, аврагч нар орж байна. Нийгэмлэг нь эрүүл мэндийн асуудал хариуцдаг Нийгмийн хамгааллын яамтай байгуулагдсан цагаасаа нягт хамтран ажиллаж ирсэн.

Эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээний Колумбын нийгэмлэг хэд хэдэн зорилт дэвшүүлсэн бөгөөд юуны өмнө эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээ үзүүлдэг ажилтнуудын сургалтыг стандартчилахын тулд Колумбын их сургуулиудтай хамтран туслах сувилагч, яаралтай тусламжийн техникч болон яаралтай тусламжийн технологич нарын сургалтын хөтөлбөрийг боловсруулахыг чухалчилсан.

Хоёрт, эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээнд засгийн газрын оролцоог нэмэгдүүлэхийг зорьсон байна. Өмнө нь Колумбын засгийн газраас эмнэлгийн ажилчдын сургалт, ур чадвар зэрэгт тавих шаардлагыг стандартчилж, эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний чанар, зохицуулалтыг сайжруулах эрхзүйн шинэчлэлтийг хийж байсан бөгөөд үүнтэй төстэй шинэчлэлтийг эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээний хувьд хийхийг зорьсон юм. Энэхүү эрхзүйн шинэчлэлтийг чиглүүлэх зөвлөмжүүдийг нийгэмлэгийн зүгээс боловсруулсан байна.

Дээрх зорилтуудыг хэрэгжүүлэх эхний алхам болгож эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээ үзүүлдэг ажилтнуудын сургалтыг стандартчилах удирдамж боловсруулжээ. Ингэхдээ үндэсний стандартаас гадна Гэмтэлтэй өвчтөний эмнэлэг хүртэлх сэхээн амьдруулалтын суурь сургалтын хөтөлбөр, ДЭМБ-ын *Гэмтэлтэй өвчтөний эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээний тогтолцоо* (2005), *Гэмтлийн зайлшгүй шаардлагатай тусламж, үйлчилгээний удирдамж* (2004) зэрэг олон улсын эх сурвалжуудыг өргөнөөр ашигласан байна. Үүний үр дүнд Эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээний Колумбын нийгэмлэг, Эрүүл мэндийн шинжлэх ухааны хүрээлэн, Нийгмийн хамгааллын яамны хамтын бүтээл болох *Эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээний үндэсний удирдамжийг* 2005 онд баталжээ.

Ийнхүү эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгчдэд зориулсан сургалтыг стандартчилах эхний зорилтыг хэрэгжүүлсний дараа эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээний эрхзүйн орчин бүрдүүлэхэд анхаарсан байна. Улмаар Колумбын засгийн газраас бусад сонирхогч талуудтай хамтран эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээг үндэсний хэмжээнд нэгдсэн зохион байгуулалтад оруулах хэд хэдэн хууль тогтоомж батлан гаргажээ. Эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээний Колумбын нийгэмлэг нь энэхүү үйл ажиллагаанд мэргэжил аргазүйн дэмжлэг үзүүлэх, ухуулга нөөөллийн ажил зохион байгуулах зэргээр хувь нэмрээ оруулсан байна.

Эрхзүйн шинэчлэлтийн хүрээнд Нийгмийн хамгааллын яамны 2005 оны 3616 дугаар тушаал[2] батлагдсан бөгөөд энэ нь эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээ үзүүлдэг ажилчдын сургалтыг стандартчилсан байна. Энэхүү тушаалыг боловсруулахад *Эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээний үндэсний удирдамжийг* тулгуур баримт бичиг болгон ашигласан бөгөөд эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээ үзүүлдэг ажилчдын үүрэг, хариуцлагыг албан тушаалын шатлалаар нь ялгавартайгаар тогтоож өгсөн байна.

Үүнээс жилийн дараа буюу 2006 онд Нийгмийн хамгааллын яамны 1043 дугаар тушаал гарсан ба энэ нь эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний чанарыг сайжруулах тухай 2002 оны 1043 дугаар тушаалыг шинэчилсэн баримт бичиг юм. 2006 оны шинэчилсэн тушаал нь эмнэлэг хүртэлх болон эмнэлгийн яаралтай тусламж, үйлчилгээтэй холбоотой дараах зохицуулалтыг шинээр бий болгосон байна. Үүнд:

- Эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээ, эмнэлгийн яаралтай тусламж, үйлчилгээ, эмнэлзүйн удирдамж, эмнэлзүйн протокол, жижиг ба томоохон ажилбар, инвазив ажилбар, сэхээн амьдруулах суурь ба ахисан түвшний тусламжийн нарийвчилсан тодорхойлолтыг оруулж, эмнэлгийн яаралтай тусламжийн техникч, технологич зэрэг ажилтнуудын ажлын байрны тодорхойлолт, тэдэнд тавих боловсролын шаардлагыг тусгасан
- Түргэн тусламжийн ажилтан, тоног төхөөрөмжид тавих техникийн шаардлага, үүнд мөн бүртгэл мэдээллийн журмыг томъёолсон
- Эмнэлгийн яаралтай тусламжийн тасагт ажиллах хүний нөөц, тоног төхөөрөмжид тавих техникийн шаардлагыг тусламж, үйлчилгээний шатлал тус бүрээр боловсруулсан
- *Эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээний үндэсний удирдамжийг* үндэсний хэмжээнд хэрэгжүүлэх зөвлөмж болон түргэн тусламжийн үйлчилгээг магадлан итгэмжлэх шалгуурыг тусгасан.

Нийгмийн хамгааллын яамны 2006 оны 1011 дүгээр тушаалаар түргэн тусламжийн үйлчилгээний чанарт аудит хийх аргыг баталсан. Уг тушаалд эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ, үүнд мөн түргэн тусламжийг магадлан итгэмжлэх асуудлыг тусгайлан тусгасан байна. Тухайлбал, эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний чанарын тодорхойлолт, чанарыг хэмжих дүрэм, чанарын сайжруулалтыг санхүү, техник, удирдлагын үүднээс хянах асуудлыг тусгажээ.

3. Үр дүн

Дээрх тушаал шийдвэрүүд Колумбын эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээний бүтэц зохион байгуулалт, явцыг сайжруулсан. Нэгдүгээрт, эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээний сургалтыг стандартчилж, үүний үр дүнд 5 хотод байрлах үндэсний 6 их сургуульд эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээний сургалтын хөтөлбөрийг нэвтрүүлж, салбарын хүний нөөцийг бэлтгэх үйл ажиллагааг стандартчилсан байна. Эдгээр их сургуулиуд *Эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээний үндэсний удирдамжид* тулгуурлан эмнэлгийн яаралтай тусламжийн технологчийн сургалтын хөтөлбөрийг боловсруулжээ. Сургалтыг улам боловсронгуй болгох үүднээс их сургуулиуд хамтран Эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээний их сургуулийн хөтөлбөрийн үндэсний нийгэмлэг байгуулсан байна. Ийнхүү эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээний ажилтан бэлдэх сургалтад ихээхэн анхаарч, зохион байгуулалтыг нь мэдэгдэхүйц сайжруулж чадсан.

Хоёрдугаарт, эрхзүйн шинэчлэлтийн хүрээнд эмнэлгийн яаралтай тусламж, үйлчилгээний чанарт тавих шаардлага, үйл ажиллагааг нь жигдлэхэд анхаарсан байна. Үүний үр дүнд ослын үед эмнэлгийн яаралтай тусламжийн өөр өөр нэгжүүдийг дайчлах шаардлага гарахад тэднийг нэгдсэн зохицуулалтаар хангахад харьцангуй хялбар болсон байна. Тухайлбал, 2008 оны 3 дугаар сард Невадо дель Хуйла галт уул дэлбэрэхэд эмнэлгийн яаралтай тусламжийн өөр өөр нэгжүүдийг дайчилсан бөгөөд энэ үед тэдний зохицуулалт, хамтын ажиллагаа нэлээд сайжирсныг бүгд цохон тэмдэглэжээ. Түүнчлэн

[2] Колумбд “тушаал” гэдэг нь яамнаас батлан гаргадаг дүрэм, журам бөгөөд энэ нь тухайн тушаалыг гаргасан байгууллагын эрхлэх асуудлын хүрээнд хамардаг бүх байгууллагын хувьд хуулийн хүчин чадалтай мөрдөгддөг. Харин Колумбын хууль тогтоох байгууллагаас баталсан тушаалыг бүх иргэд хэрэгжүүлэх үүрэгтэй байдаг тул илүү өргөн хамрах хүрээтэй байна.

2009 оны 10 дугаар сард Богота хотод гамшгийн томоохон сургуулилт хийхэд эмнэлгийн яаралтай тусламжийн орон нутгийн нэгжүүд хоорондоо төдийгүй олон улсын багуудтай маш сайн хамтран ажилласан байна.

Эцэст нь, осол, гэмтлийн шалтгаант нас баралт үндэсний түвшинд 2002 онд 44,000 байсан бол 2007 онд 28,000 болж буурчээ. Үүний зэрэгцээ нас баралтад хүргэгүй осол, гэмтлийн тоо 215,000 (2002)-аас 282,000 (2007) болж өссөн байна.[3] Өөрөөр хэлбэл, энэ хугацаанд осол, гэмтлийн тохиолдлуудын дунд үхлийн түвшин буурсан байна.[4] Батлахад төвөгтэй боловч эрхзүйн шинэчлэлтийн үр дүнд эмнэлгийн яаралтай тусламж сайжирсан нь үүнд нөлөөлсөн нэг хүчин зүйл байх магадлалтай.

B. Румын дах эрхзүйн шинэчлэлт ба эмнэлгийн яаралтай тусламж хариуцсан албан тушаал бий болгосон туршлага

1. Тулгамдсан асуудлын танилцуулга

1990-2000 оны хооронд Румынд эмнэлгийн яаралтай тусламж үзүүлэх чиглэлээр нэлээд ахиц дэвшил гарсан. Тус улсад 1990 оноос өмнө яаралтай тусламжийн улсын сүлжээ нэгэнт бүрэлдэн тогтсон байсан ба зарим газар гал сөнөөх байгууллагууд түргэн тусламжийн нэмэлт үйлчилгээ үзүүлж эхэлсэн байна. Үүний зэрэгцээ зарим эмнэлэг өөрийн яаралтай тусламжийн тасгийн зохион байгуулалтыг сайжруулах арга хэмжээ хэрэгжүүлж эхэлжээ. Гэсэн хэдий ч Румын Улсын эмнэлгийн яаралтай тусламжийн тогтолцоо тархай бутархай хэвээр байв. Эмнэлэг хүртэлх түргэн тусламж, эмнэлгийн яаралтай тусламжийн чанар, хүртээмж орон нутгийн нөөц бололцоо, санаачилгаас ихээхэн хамаарч байв.

2. Хэрэгжүүлсэн арга хэмжээ

Эмнэлгийн яаралтай тусламжийн хууль тогтоомж: 2005 онд ЭМЯ-ны зүгээс эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг сайжруулах тухай хууль санаачилж, үүнд эмнэлгийн яаралтай тусламжийн талаар тусдаа бүлэг оруулсан байна. Тэргүүлэх чиглэл тогтоож, хуулийн төсөл боловсруулах Эмнэлгийн яаралтай болон гамшгийн үеийн тусламж, үйлчилгээний зөвлөх хороо байгуулж, бүрэлдэхүүнд нь энэ чиглэлээр мэргэшсэн эмч нарыг багтаасан байна. Тус хороо нь шийдвэр гаргах эрх мэдэл багатай зөвхөн зөвлөх үүрэгтэй байсан хэдий ч хууль тогтоох үйл явцад ихээхэн хувь нэмэр оруулж чадсан. Зөвлөх хороо нь *2006 оны Эрүүл мэндийн тогтолцоог шинэчлэх тухай хуулийн* эмнэлгийн яаралтай тусламжтай холбоотой агуулгыг үндсэндээ томъёолсон байна. Энэхүү хуулийн дагуу яаралтай тусламж, үйлчилгээний зардлыг төрөөс, эмнэлгийн бусад тусламж, үйлчилгээг даатгалаас буюу бусад эх үүсвэрээс хариуцана. Хуулинд мөн эмнэлгийн яаралтай тусламжийн тасгийн орон тоо, биет нөөц, санхүүжилтэд тавих шаардлагыг шатлал тус бүрээр ялгавартайгаар тогтоосон байна. Зөвлөх хорооноос түргэний машин, түүнд байх эм, материал, хүний нөөцөд тавих шаардлагыг тодорхой болгосон.

Эрүүл мэндийн тогтолцоог шинэчлэх тухай хуулийг хэрэгжүүлэх хүрээнд ЭМЯ-аас эмнэлгийн яаралтай тусламжтай холбоотой хэд хэдэн тушаал баталсан. Тухайлбал, гал сөнөөх албыг хариуцдаг Дотоод хэргийн яамтай хамтран ЭМЯ-аас 2006 оны 1092/1500 дугаар хамтарсан тушаал[5] баталсан бөгөөд үүнд анхны тусламж үзүүлэх түргэний машинаас эхлээд эрчимт эмчилгээний хөдөлгөөнт нэгжийн машин хүртэл хэд хэдэн төрлийн түргэний тээврийн хэрэгсэл, түүнд ажиллах хүний нөөц, үзүүлэх тусламж, үйлчилгээнд тавих шаардлагыг тодорхой болгосон байна. Түүнчлэн түргэн тусламжийн аюулгүйн журмыг боловсруулж, хэрэгжилтийг нь хангах зорилгоор цагдаагийн

[3] Шүүх эмнэлгийн хүрээлэнгийн тоо мэдээ. Эмнэлгүүд хүчирхийлэл, амиа хорлолт, зам тээврийн осол, гэмтэл, ажил мэргэжилтэй холбоотой осол, гэмтэл зэрэг зарим төрлийн гэмтлийг заавал мэдээлэх үүрэгтэй байна.

[4] Тохиолдлын дундах үхлийн түвшин гэдэг нь гэмтсэн хүмүүсээс хэдэн хувь нь нас барсныг илэрхийлдэг үзүүлэлт юм. Үндэсний түвшинд гэмтлийн тохиолдлуудын үхлийн түвшин 2002 онд 20% (буюу 215,000 тохиолдлоос 44,000 нь нас барсан) байсан бол 2007 онд 10% (буюу 282,000 тохиолдлоос 28,000 нь нас барсан) болж буурсан байна.

[5] Хамтарсан тушаалын эхний дугаар (1092) нь ЭМЯ-ны тушаалын дугаар, хоёр дах дугаар (1500) нь Дотоод хэргийн яамны тушаалын дугаар юм.

байгууллагатай түншлэл тогтоож, цагдаагаас санамсаргүй шалгалт хийх замаар хяналт тавьдаг.

ЭМЯ-аас эмнэлэгт үзүүлэх яаралтай тусламж, үйлчилгээтэй холбоотой хэд хэдэн тушаал баталсан байна. ЭМЯ-ны 2006 оны 1764 дүгээр тушаалаар эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ (үүнд: эрчимт эмчилгээ)-ний үндсэн чадавхид тавих стандарт, 2007 оны 1706 дугаар тушаалаар эмнэлгийн яаралтай тусламжийн тасгийн хүний нөөц, тоног төхөөрөмж, эм, дэд бүтцэд тавих стандартыг түвшин I (ахисан түвшний яаралтай тусламж үзүүлэх чадавхи бүхий бүсийн эмнэлэг)-ээс түвшин IV (яаралтай тусламж үзүүлэх чадавхигүй, ийм тусламж шаардсан бүх өвчтөнийг дараагийн шатлалд илгээх ёстой эмнэлэг) хүртэл шатлал тус бүрээр баталсан. Стандартад оношлогоо, эмчилгээний чадавхи, орон тоо, хүний нөөцийн боловсролд тавих шаардлагыг яаралтай тусламжийн байгууллага тус бүрээр тодорхой заажээ.

Эмнэлгийн яаралтай тусламж хариуцсан орон тоо бий болгох: 2007 онд ЭМЯ-нд эмнэлгийн яаралтай болон гамшгийн тусламж хариуцсан төрийн нарийн бичгийн дарга (SOS)-ын орон тоо бий болгож, *Эрүүл мэндийн тогтолцоог шинэчлэх тухай хуулийн* эмнэлгийн яаралтай тусламжтай холбоотой хэсгийн хэрэгжилтийг хариуцуулжээ. Уг албан тушаалтныг эрүүл мэндийн сайдын санал болгосноор Ерөнхий сайд томилдог ба тэрээр яаралтай тусламж, үйлчилгээний удирдлага, зохион байгуулалттай холбоотой шийдвэрийг бие даан гаргах эрхтэй байна. ТНБД-ын эрхлэх асуудлын хүрээнд түргэн тусламж, гал сөнөөх байгууллагын үзүүлдэг эмнэлэг хүртэлх тусламж, эмнэлгийн яаралтай тусламж хамаарах ба энэ чиглэлээр дүрэм журам боловсруулах, хэрэгжүүлэх, үнэлэх, хяналт тавих эрхтэй. ТНБД нь эдгээр тусламж, үйлчилгээг шууд удирдахаас илүү хяналт-шинжилгээ, аудит хийх замаар хяналт тавьдаг байна.

3. Үр дүн

Эмнэлгийн яаралтай болон гамшгийн тусламж хариуцсан ТНБД-ын орон тоо бий болгосон нь *Эрүүл мэндийн тогтолцоог шинэчлэх тухай хууль*, эмнэлгийн яаралтай тусламжтай холбоотой бусад хууль, тогтоомжийн хэрэгжилтийг хангахад ихээхэн ач холбогдолтой байна. Энэ нь түргэн тусламж, эмнэлгийн яаралтай тусламжийн үйл ажиллагаанд хяналт тавих эрх мэдэл нэмэгдсэнтэй зарим талаар холбоотой байна. ТНБД, түүний томилсон албан тушаалтнууд урьдчилж мэдэгдэхгүйгээр хяналт шалгалт хийх эрхтэй бөгөөд өмнө нь эмнэлгүүд яаралтай тусламжийн чадавхиа өөрсдөө үнэлж, шатлалыг тогтоодог байсан бол үүнийг хараат бус шинжээчдээр баталгаажуулдаг болсон байна. Түүнчлэн эмнэлгийн яаралтай тусламж, үйлчилгээний санхүүгийн удирдлага доголдож буй нэгж, байгууллагад хариуцлага тооцох боломжтой болжээ.

Хууль, тогтоомжийн хэрэгжилтийг хангах талаар гарсан ахиц дэвшлийн үр дүнд яаралтай тусламжийн зохион байгуулалт үндэсний хэмжээнд сайжирсан байна. Тухайлбал, үндэсний шинэ стандартад нийцсэн эмнэлгийн яаралтай тусламж, үйлчилгээ үзүүлдэг газрын тоо 2006 онд 9 байсан бол 2009 оны төгсгөлд 32 болтол нэмэгджээ. Мөн яаралтай тусламж үзүүлдэг 64 эмнэлгийн яаралтай тусламжийн тасгийг үндэсний стандартад нийцүүлэн бэхжүүлсэн байна.

Эмнэлгийн яаралтай тусламж, үйлчилгээг шинэчлэх хүрээнд эмнэлэг хүртэлх, эмнэлгийн яаралтай болон гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний бүртгэл мэдээллийг сайжруулахад анхаарчээ. Энэхүү ажил эхлэл төдий байгаа хэдий ч ойрын ирээдүйд тоо мэдээг тусламж, үйлчилгээг үнэлэх, бүх шатлалд гүйцэтгэлийг сайжруулахад ашиглах боломжтой болно. Урьдчилсан тоо мэдээг харсан ч гэсэн ахиц дэвшил гарч байгаа нь тодорхой байна. Тухайлбал, хууль тогтоомж батлагдаж, ТНБД-ын орон тоо бий болсноос хойш Бухарест хотод дуудлага авснаас хойш түргэн тусламж ирэх хүртэлх дундаж хугацаа 30-аас 8 минут болтол буурсан байна.

Дүгнэн хэлэлхэд, тохиолдлын судалгаанд хамрагдсан хоёр улсад эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээг үндэсний хэмжээнд сайжруулах эрхзүйн шинэчлэл хийсэн ба ингэхдээ гэмтлийн болон яаралтай тусламжийн мэргэжлийн хүмүүс Засгийн газартай нягт хамтран ажиллаж, мэргэжил аргазүйн дэмжлэг үзүүлсэн байна. Колумбд энэхүү дэмжлэгийг мэргэжлийн нийгэмлэг үзүүлсэн ба сургалтын нэгдсэн стандарт бий болгож, үндэсний сургалтын байгууллагуудад эмнэлэг хүртэлх тусламжийн сургалтын нэгдсэн хөтөлбөр нэвтрүүлэхэд онцгой анхаарсан байна. Румынд эмнэлгийн яаралтай

тусламжийн үндэсний стандартын хэрэгжилтийг үндэсний хэмжээнд хангахад анхаарч, хууль тогтоомжийн хэрэгжилтийг хангах эрх бүхий албан тушаал шинээр бий болгосон нь ихээхэн ач холбогдолтой байв.

Эх сурвалж : Колумб

Forensis, 2008, National Institute of Legal Medicine and Forensic Sciences, www.medicinalegal.gov.co/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=60 (хандлатын огноо: 24.06.2009).

Улаан загалмай, Улаан хавирган сар нийгэмлэгүүдийн олон улсын холбоо. Гамшгийн яаралтай тусламжийн сангийн MDRCO003, Glide No.VO-2008-0000046-COL ажиллагаа, 2009 оны 7 дугаар сарын 24-ний өдөр. Колумб: Галт уул. (www.reliefweb.int/rw/rwb.nsf/db900sid/MUMA-7UA2HH?OpenDocument, хандалтын огноо: 12.01.2010).

Колумбын Нийгмийн хамгаллын яам, Эрүүл мэндийн шинжлэх ухааны хүрээлэн, Эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээний Колумбын нийгэмлэг: Эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээний үндсэн удирдамж. Богота, 2005.

Колумбын Нийгмийн хамгаллын яам: Эрүүл мэндийн туслах ажилтны орон тоо, мэргэжлийн тодорхойлолт, сургалтад тавих шаардлагыг батлах тухай 2005 оны 10 дугаар сарын 10-ны өдрийн 3616 дугаар тушаал (www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo14639DocumentNo1150.PDF, хандалтын огноо: 04.06.2009).

Колумбын Нийгмийн хамгаллын яам: Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх байгууллага, компаниудад тавих тусламж, үйлчилгээний чанарын болон бусад шаардлагыг батлах тухай 2006 оны 4 дүгээр сарын 3-ны өдрийн 1043 дугаар тушаал (www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo14997DocumentNo1679.PDF, хандалтын огноо: 04.06.2009).

Колумбын Нийгмийн хамгаллын яам: Нийгмийн аюулгүй байдлын эрүүл мэндийн тогтолцоонд эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний чанарыг хангах тогтолцоо байгуулах тухай 2006 оны 4 дүгээр сарын 3-ны өдрийн 1011 дүгээр тушаал (www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo15355DocumentNo2509.PDF, хандалтын огноо: 04.06.2009).

Morales C, Rubiano A (eds). Intervencion internacional en desastres [Гамшгийн үеийн олон улсын ажиллагаа]. In *Fundamentos de Atenciyn Prehospitalaria [Эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээний үндэс]*, 1st ed. Bogota, Distribuna, 2004:559-569.

Paredes Zapata GD. Terrorism in Colombia. *Prehospital and Disaster Medicine*,2003, 18(2):80-7.

Rubiano A. Atencion prehospitalaria en escenarios dificiles, experiencia Colombiana y el proceso educativo en emergencias. *The Internet Journal of Rescue and Disaster Medicine*, 2005 (2). Вэб хаяг: www.ispub.com/journal/the_internet_journal_of_rescue_and_disaster_medicine/volume_8_number_1_14/article/atencion_prehospitalaria_en_escenarios_dificiles_experiencia_colombiana_y_el_proceso_educativo_en_emergencias.html (хандалтын огноо: 28.12.2009).

Эх сурвалж: Румын

Ministry of Health of Romania. ASISTENŢĂ MEDICALĂ DE URGENŢĂ. Legislaţie, proiecte, alte informaţii. Legislaţia primară şi secundară şi alte acte normative [Emergency medical care. Legislation, projects, other information. The primary and secondary legislation and other decrees]. (www.ms.ro/pagina.php?id=422, accessed 17 November 2009).

2. Эмнэлэгт суурилсан тусламж, үйлчилгээ

Тайланд: Хон Каенд хэрэгжүүлсэн гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний чанарыг сайжруулах хөтөлбөр

1. Тулгамдсан асуудлын танилцуулга

Тайландын Нийгмийн эрүүл мэндийн яам (МОРН)-ны тооцоолсноор 1991 онд осол, гэмтэлд өртсөн 1.2 сая гаруй хүн улсын эмнэлэгт тусламж, үйлчилгээ авсан байна. Эдгээрээс 600,000 нь эмнэлэгт хэвтэж, 25,000 нь нас баржээ. Ийм олон хүн осол, гэмтэлд өртөж байсан хэдий ч гэмтсэн хүмүүс, гэмтлийн төрлийн талаар тоо мэдээ хомс байв. Ийм ч учраас осол, гэмтлээс үр дүнтэй сэргийлэх, тусламж, үйлчилгээний үр дүнг дээшлүүлэх, осол, гэмтлийн асуудалд хандуулах анхаарлыг нэмэгдүүлэх боломж хязгаарлагдмал байв.

Олны дунд гэмтлийн тусламж, үйлчилгээнд зориулж буй хөрөнгө нөөц хангалттай гэсэн нийтлэг ойлголт тархсан байсан хэдий ч гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний төлөвлөлт, зохион байгуулалтыг сайжруулахад зохих ёсоор анхаардаггүй гэсэн ойлголт тусламж, үйлчилгээ үзүүлж буй хүмүүсийн дунд түгээмэл байв. Гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний зохион байгуулалт учир дутагдалтайгаас болж олон хүн сэргийлж болох шалтгаанаар хорвоог орхиж байна гэж үзэж байсан боловч үүнийг батлах эсхүл шийдэл олох боломж байгаагүй юм. Тайландын баруун хойд бүс нутгийн худалдаа, улс төрийн төв болсон Хон Каен мужийн гэмтлийн томоохон төвийн ажилчид энэхүү асуудлыг хэрхэн шийдвэрлэхийг оролдсоныг энэхүү тохиолдлын судалгаанаас олж мэдэх болно.

Хон Каен муж нь 1.7 сая хүн амтай боловч мужийн эмнэлгүүд нь давхар зэргэлдээх орон нутгийн хүн амд тусламж, үйлчилгээ үзүүлдэг байна. Тухайлбал, Хон Каены эмнэлгийн Гэмтлийн төв нь тус мужийн оршин суугчдаас гадна зэргэлдээх хөдөөгийн эмнэлгүүдээс шилжүүлсэн тохиолдлуудад тусламж, үйлчилгээ үзүүлдэг байв.

2. Хэрэгжүүлсэн арга хэмжээ

Хон Каен мужийн эмнэлгийн эмч нар осол, гэмтэлтэй холбоотой өвчлөл, нас баралт, эдийн засгийн зардал асар их байгааг ойлгож, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг сайжруулах арга замыг эрэлхийлж байв. **Чанар сайжруулах хөтөлбөрийг** гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний үр дүнг нэмэгдүүлэх зардал багатай арга болгон ашигласан байна. Чанар сайжруулах хөтөлбөр үр өгөөжтэй болохыг анх хөгжингүй орнуудад нотолсон ба яваандаа бүх улсад үр дүнтэй болохыг хүлээн зөвшөөрч эхэлжээ. Энэхүү тохиолдлын судалгаанд Хон Каен мужийн эмнэлэгт хэрэгжүүлсэн гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний чанарыг сайжруулах хөтөлбөрийн загварыг танилцуулсан болно.

Гэмтлийн бүртгэл мэдээллийг бий болгосон нь: гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг сайжруулах эхний алхам болгож 1989 онд гэмтлийн бүртгэлийг бий болгосон байна. Энэ нь осол, гэмтлийн давтамж, хүндийн зэрэг, хандлагыг ойлгоход тус дөхөм болох тоо мэдээ цуглуулах, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг сайжруулах арга замыг тодорхойлох мэдээллээр хангах үндсэн зорилготой байв. Нэн ялангуяа эмнэлгийн хүний болон бусад нөөц ажлын ачаалалд нийцэж байгаа эсэхийг тогтоох, осол, гэмтэлд өртсөн өвчтөний дунд тохиолдож буй хүндрэл, нас баралтыг судлах, нас баралтаас сэргийлэх арга замыг тодорхойлохыг зорьж байв. Гэмтлийн бүртгэл мэдээлэл нь яваандаа чанар сайжруулах хөтөлбөрийн бүрэлдэхүүн хэсэг болсон юм.

ХҮСНЭГТ 1 **Хон Каены гэмтлийн бүртгэл мэдээллийн төслийн багууд, тэдгээрийн бүрэлдэхүүн ба үүрэг хариуцлага**

Төслийн удирдлагын баг Гэмтэл, яаралтай тусламжийн төвийн нарийн бичгийн дарга Дараах тасаг, нэгжийн дарга нар: Гэмтэл, яаралтай тусламжийн төв Мэс заслын баг Гэмтэл ба шүүх эмнэлгийн тасаг Яаралтай тусламжийн тасаг
Бүртгэлийн маягт хөтлөх баг Яаралтай тусламжийн тасгийн ажилчид *Маягт дээр ерөнхий мэдээллийг бүртгэх асуудал хариуцана* Яаралтай тусламжийн тасгийн сувилагч *Маягт дээр бусад мэдээллийг бүртгэх асуудал хариуцана*
Мэдээг компьютерт шивэх баг Яаралтай тусламжийн тасагт дөрвөн туслах ажилтан *Мэдээг компьютерт шивэх асуудал хариуцана*
Хэвтэн эмчлүүлэгчдийн бүртгэл мэдээллийг хөтлөх баг Хоёр сувилагч *Бүртгэлийн маягтад эцсийн онош, гэмтлийн хүндийн зэрэг, эмчилгээний өртөг, үр дүн зэргийг бүртгэх асуудал хариуцана*
Тоо мэдээнд боловсруулалт, дүн шинжилгээ хийх баг Программист Туслах ажилтан

Хон Каенд гэмтлийн бүртгэл мэдээллийг бий болгохын тулд өөр өөрийн үүрэг хариуцлага бүхий таван баг байгуулсан (Хүснэгт 1). Гэмтлийн бүртгэл мэдээллийн төсөлд зориулан ажлын байр гаргаж өгсөн нь эмнэлгийн удирдлага тус төслийг дэмжиж байгаагийн илэрхийлэл болж байв. Гэмтлийн бүртгэл мэдээллийг амжилттай хөгжүүлэхэд эмнэлгийн удирдлага, бодлого боловсруулагчдын дэмжлэг шийдвэрлэх ач холбогдолтой байсан. Түүнчлэн гэмтлийн тоо мэдээг ашиглах байгууллагуудын төлөөллийг төлөвлөлтөд өргөнөөр оролцуулсан нь бүртгэл мэдээллийг хэрэглэгчдийн эрэлт хэрэгцээнд нийцүүлэхэд чухал байв. Тоо мэдээ цуглуулах үйл ажиллагааг аль болох хялбар, уян хатан байлгахад анхаарснаар тоо мэдээг бүрэн гүйцэд цуглуулах, шаардлагатай тохируулгыг (ж.нь, шинэ код) цаг алдалгүй хийх боломж олгосон юм.

Гэмтлийн бүртгэл мэдээллийг чанар сайжруулахад ашиглах нь: Гэмтлийн бүртгэл мэдээллийг өвчтөнд тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх, осол, гэмтлээс сэргийлэх тогтолцоог сайжруулахад ашигладаг. Өвчтөнд үзүүлэх тусламж, үйлчилгээний хувьд санхүүгийн удирдлагыг сайжруулах, даатгалын төлбөр тооцоог хялбаршуулах, цагдаад мэдээлэл өгөх, өвчтөн болон түүний ар гэрийнхний сургийг гаргах, тусламж, үйлчилгээний аудит хийхэд бүртгэл мэдээллийг ашигладаг байна. Харин осол, гэмтлээс урьдчилан сэргийлэхийн хувьд осол, гэмтлийн давтамж, хүндийн зэрэг, хандлага, өртөмтгий хүн амыг тодорхойлоход бүртгэл мэдээллийг ашигладаг байна.

Өвчтөнд үзүүлэх тусламж, үйлчилгээний чанарыг сайжруулахад гэмтлийн бүртгэл мэдээллийг ашиглахдаа Шигтгээ 1-д тусгасан хэд хэдэн аргад тулгуурласан байна.

Гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг үнэлэх, сайжруулахад бүртгэл мэдээлэл болон Шигтгээ 1-д тайлбарласан чанар сайжруулах аргыг хослуулан ашиглана. Тусламж, үйлчилгээг зохих ёсоор үзүүлсэн эсэхийг үнэлэхийн тулд хөнгөн зэргийн гэмтлээс болж нас барсан эсхүл хэвлийн нэг эрхтэний гэмтэл, амьсгалын замын бөглөрөлтэй холбоотой гэмтэл зэрэг үр дүнтэй эмчлэх бүрэн боломжтой гэмтлийн улмаас нас барсан тохиолдлуудыг сонгож үнэлгээ хийж болно. Ийм төрлийн нас баралтыг сэргийлж болох нас баралт гэх ба Хон Каенд хийсэн үнэлгээгээр хамрах хугацаанд 80 орчим хүн буюу гэмтлийн шалтгаант нийт нас баралтын 1/3 гаруй нь сэргийлж болох шалтгаанаар эндсэн байв. Иймд гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг сайжруулснаар эмнэлгийн нас баралтыг мэдэгдэхүйц бууруулах боломжтой нь тодорхой болов.

Үнэлгээний үр дүнд тулгуурлан Гэмтлийн аудитын хороо байгуулж, амьд гарах магадлал өндөртэй байсан боловч нас барсан бүх өвчтөнд үзүүлсэн тусламж, үйлчилгээнд мэргэжил нэгтний тойм үнэлгээ хийсэн байна. Ингэснээр эмчилгээний үр дүнд шийдвэрлэх нөлөөтэй байж болох хэд хэдэн түгээмэл асуудлыг тодорхойлжээ.

ШИГТГЭЭ 1 **Хон Каенг эмнэлгийн чанар сайжруулах хөтөлбөрт ашигласан аргууд**

- *Оролцооны аргаар үйл ажиллагааны судалгаа хийх*. Энэ нь хэд хэдэн үе шаттай:
  - тулгамдсан асуудал, түүний үндсэн шалтгааныг тодорхойлох;
  - шийдэл боловсруулах;
  - сонгосон шийдлийг хэрэгжүүлэх; үр дүнг үнэлэх.

  Эмнэлэг хүртэлх тусламж, эмнэлгийн яаралтай тусламжийн тасаг, хэвтэн эмчлүүлэх тасгийн үйл ажиллагаатай холбоотой тулгамдсан асуудлыг илрүүлэхэд гэмтлийн бүртгэл мэдээллийг ашиглана. Улмаар асуудлын үндсэн шалтгааныг тодорхойлно. Асуудлын шийдлийг боловсруулахын тулд олон мэргэжлийн баг байгуулж, шийдлүүдийг хэлэлцэж, хамгийн тохиромжтойг нь сонгоно. Сонгосон шийдлийг хэрэгжүүлж, бүртгэл мэдээллийг ашиглан үр дүнг нь үнэлнэ.
- *Мэргэжил нэгтний тойм үнэлгээ*. Гэмтлийн бүртгэлийн тоо мэдээнд мэргэжил нэгтний тойм үнэлгээ хийнэ. Ингэхдээ мэргэжил нэгтнүүдийн уулзалт зохион байгуулж, гэмтлийн үед үзүүлсэн эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ, түүний алдаа дутагдал, сайжруулах арга замыг авч хэлэлцэнэ. Мэргэжил нэгтний тойм үнэлгээг сар тутмын хурал зөвлөгөөн зохион байгуулах, өвчний түүхээс санамсаргүй түүвэрлэлт хийж үнэлэх, мэргэжил нэгтнүүдийн хамтарсан үзлэг хийх зэргээр гүйцэтгэж болно. Ингэхдээ хэн нэгнийг буруутгахаас зайлсхийж, аль болох дэмжлэгт орчин бүрдүүлэх нь чухал юм. Зөвхөн ингэж чадсан тохиолдолд үнэлгээ үр өгөөжөө өгнө.
- *Эмнэлзүйн аудит*. Өвчний түүхийг ашиглан өвчтөнд үзүүлсэн тусламж, үйлчилгээний чанарыг үнэлэх ба үүний тулд ямар тусламж, үйлчилгээг шаардлага хангасан гэж үзэх шалгууруудыг урьдчилан тогтооно. Үнэлгээнд хамруулах өвчний түүхийг санамсаргүйгээр сонгож болохоос гадна тодорхой хугацаанд эмчлүүлсэн бүх хүний өвчний түүхийг хамруулж хийнэ. Үнэлгээнд хамруулах тохиолдлуудыг сонгосны дараа өвчний түүхээс холбогдох мэдээллийг шүүж, аудитын багаар хэлэлцэж, сайжруулах талаар зөвлөмж боловсруулна.

Нийтлэг тулгамдсан асуудал:

- Амь насанд аюултай гэмтлийг буруу буюу хожуу оношлох
- Яаралтай тусламжийн тасагт сэхээн амьдруулах тусламжийг зохих ёсоор үзүүлээгүй, ж.нь шоктой өвчтөнд шингэн сэлбэх эмчилгээг зохих ёсоор хийгээгүй, амьсгалын замын бөглөрөлтэй өвчтөний амьсгалын замыг чөлөөлөх тусламж, үйлчилгээг зохих ёсоор үзүүлээгүй байх
- Өвчтөнийг эмнэлэг хооронд шилжүүлэхэд яаралтай тусламж, үйлчилгээг зохих ёсоор үзүүлээгүй байх
- Гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний чанарыг тогтмол хянах, үнэлэх чадавхи сул байх

Мэс заслын тусламж, үйлчилгээтэй холбоотой тулгамдсан асуудал:

- Мэс заслын тусламж оройтож үзүүлэх – энэ нь голдуу ажилчид хоорондын харилцаа холбоо муу байснаас, тухайлбал яаралтай мэс засал хийх шаардлагатай өвчтөн байгаа талаар мэс заслын эмч нарт цаг алдалгүй мэдэгдэж чадаагүйгээс болдог
- Амь насанд аюултай гэмтэл байгааг мэс засал хийх явцад хожуу илрүүлэх
- Шингэний болон электролитийн тэнцвэр алдагдсаныг хожуу оношлох буюу оношлохгүй байх
- Мэс засал хийх явцад буруу шийдвэр гаргах, мэс заслын алдаа гаргах

Дээрх алдаа дутагдлыг илрүүлсний дараа Гэмтлийн аудитын хороо эдгээрийг “тусламж, үйлчилгээний алдаа”, “тогтолцооны алдаа” гэсэн хоёр бүлэгт ангилсан байна. Аудитын хорооны дүгнэлтийг мэс заслын багт танилцуулж, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний гүйцэтгэлийн шалгуур үзүүлэлт боловсруулах ажлын хэсэг байгуулжсан. Гүйцэтгэлийн шалгуур үзүүлэлт гэдэг нь гэмтлийн бүртгэл мэдээллийн тусламжтай хянаж болох тусламж, үйлчилгээний явцын хэмжүүр юм. Эдгээр үзүүлэлт нь тусламж,

үйлчилгээний чанарыг илэрхийлэх ба чанар нь стандартын шаардлага хангахгүй бол залруулах арга хэмжээ авч хэрэгжүүлэх дохио болдог байна. Мэс заслын багийн ажлын хэсгээс гүйцэтгэлийн 27 шалгуур үзүүлэлт боловсруулсан ба хоёр жил тутам шинэчилдэг байна. Хон Каены чанар сайжруулах хөтөлбөрт ашигласан гүйцэтгэлийн шалгуур үзүүлэлтийн жишээг /Шигтгээ 2-оос харна уу./

ШИГТГЭЭ 2 **Хон Каен мужийн эмнэлгийн гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний чанарыг сайжруулах хөтөлбөрийн гүйцэтгэлийн шалгуур үзүүлэлтийн жишээ**

- Нэвтэрсэн шархтай өвчтөнд эмнэлэгт ирснээс хойш 1 цагийн дотор үзлэг хийнэ
- Чөмөгт ясны хугаралтай өвчтөнд эмнэлэгт ирснээс хойш 48 цагийн дотор бэхлэх ажилбар хийнэ
- Хэвлийн гэмтэлтэй цусны даралт бага (систолын даралт 90 мм муб-аас бага)-тай өвчтөнд эмнэлэгт хэвтсэнээс хойш 1 цагийн дотор лапаротоми хийнэ
- Комын Глазго шаталбараар 13-аас бага оноотой бүх өвчтөнд эмнэлэгт ирснээс хойш 4 цагийн дотор толгойн компьютерт томографи хийнэ
- Хавсарсан буюу хүнд гэмтэл бүхий бүх өвчтөнд цээжний рентген шинжилгээ хийнэ

Гүцэтгэлийн шалгууруудыг тогтоосны дараа мэс заслын багтай хамтарч өмнө нь тодорхойлсон тулгамдсан асуудал тус бүрт шийдэл боловсруулсан.

Эмнэлэг доторх харилцаа холбооны саатлыг багасгах

- Харилцаа холбоог хялбаршуулах зорилгоор жижүүрт гарч буй бүх эмч нарыг радио холбоогоор хангах. Радио холбооны байршлыг шалгах ажлыг өдөр тутам хийж, эмч нар үнэлэлт дүгнэлт өгч, гүйцэтгэлийн талаар мэдээлж танилцуулж байх.

Сэхээн амьдруулах тусламж, үйлчилгээний доголдол, хожимдлыг бууруулах

- Мэс заслын ахлах эмч нарыг гэмтэлтэй өвчтөн олноор ирдэг цагуудад (үдээс хойшхи ээлж) яаралтай тусламжийн тасагт ажиллуулж, яаралтай тусламж үзүүлдэг залуу эмч (резидент, дадлагажигч эмч) нарт тавих хяналтыг сайжруулах.
- Гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний багт шинээр орж ажиллах залуу эмч нарт гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний талаар чиг баримжаа олгох ажлыг сайжруулах.
- Яаралтай тусламжийн эмчийн урт хугацааны сургалтын хөтөлбөр нэвтрүүлж, гэмтлийн дайчилгааны (яаралтай тусламжийн тасаг руу бусад шаардлагатай мэргэжлийн эмч нарыг цаг алдалгүй авчирч тусламж үзүүлэх) багуудыг байгуулах.

Эрчимт эмчилгээний буюу яаралтай тусламжийн тасагт шинээр хэвтсэн өвчтөнүүдэд үзүүлэх тусламж, үйлчилгээтэй холбоотой тулгамдсан асуудлыг бууруулах

- Ахлах резидент/дадлагажигч эмч нарыг эрчимт эмчилгээний тасагт эмчлэгдэж буй, биеийн байдал нь маш хүнд байгаа өвчтөнүүдийг хянах ажилд тохоон томилох.

Тусламж, үйлчилгээг сайжруулах дээрх арга хэмжээг хэрэгжүүлэх, хяналт тавих багуудыг томилсон байна. Түүнчлэн гэмтлийн бүртгэл мэдээлэл, гүйцэтгэлийн шалгууруудыг ашиглаж тусламж, үйлчилгээний чанарт ерөнхий хяналтыг тавьж, Гэмтлийн аудитын хорооны мэргэжил нэгтний үнэлгээг тасралтгүй сайжруулж, Мэс заслын багийн санал болгосон залруулга, сайжруулах арга хэмжээг хэрэгжүүлэх чадавхийг бэхжүүлэхэд анхаарч ажилласан.

Хон Каены эмнэлэгт хэрэгжүүлсэн чанар сайжруулах хөтөлбөрийн гол зорилго нь гэмтэлтэй өвчтөнүүдэд үзүүлэх эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээг сайжруулахад оршиж байсан хэдий ч гэмтлийн бүртгэл мэдээлэлд тулгуурлан гэмтэлтэй өвчтөнүүдийг эмнэлэг хооронд шилжүүлэх явцад үзүүлж буй тусламж, үйлчилгээний алдаа дутагдлыг залруулахад мөн анхаарсан байна. Улмаар гэмтэлтэй өвчтөнийг эмнэлэг хооронд шилжүүлэх үйл явцыг сайжруулах төлөвлөгөө боловсруулж, хүний нөөцийн хөгжил, тусламж, үйлчилгээ болон харилцаа холбоо, бүртгэл мэдээллийн тогтолцооны хөгжил гэсэн 3 чиглэлээр үйл ажиллагаа төлөвлөн хэрэгжүүлжээ. Тухайлбал, орон нутгийн буюу олон нийтийн түвшинд шинээр ажилд орж байгаа хүмүүст зориулсан албан сургалтууд, эмч нарын эрдэм шинжилгээний хурлуудыг тогтмол зохион байгуулж, өвчтөн шилжүүлэх явцад баримтлах дүрэм, харилцаа холбооны системийг бий болгосон байна.

Хон Каен мужийн эмнэлэгт чанар сайжруулах хөтөлбөр хэрэгжүүлсний үр дүнд гэмтлийн тусламж, үйлчилгээ сайжирч, нас баралт буурчээ.
© Витаяа Чадбунчачай

3. Үр дүн

Чанар сайжруулах хөтөлбөрийн үр дүнд тусламж, үйлчилгээний явц сайжирч, нас баралт буурсан байна. Тусламж, үйлчилгээний явцыг гүйцэтгэлийн хэд хэдэн шалгуур (хожимдол, алдаа)-аар хянах боломжтой (Хүснэгт 2). Хожуу, буруу оношлох, буруу эмчлэх, тогтолцооны сул тал зэрэг ихэнх алдаа, дутагдал багассан боловч аргазүйн алдаа буураагүй байна. Дээрх алдаа, дутагдлын улмаас нас барсан тохиолдлын тоо мөн мэдэгдэхүйц буурчээ. Тухайлбал, 1994 онд 265 алдаа дутагдал (буюу нийт алдаа дутагдлын 65%) өвчтөн нас барахад нөлөөлсөн бол 2000 онд энэ нь 88 алдаа дутагдал (буюу нийт алдаа дутагдлын 56%) болж буурсан байна.

ХҮСНЭГТ 2 **Хон Каен мужийн эмнэлэгт гэмтсэн өвчтөнд үзүүлсэн тусламж, үйлчилгээний алдаа дутагдлын бууралт**

	Алдаа дутагдал гарсан тохиолдлын тоо					
Он	Хожуу оношлох	Буруу оношлох	Буруу эмчлэх	Аргазүйн алдаа	Тогтолцооны сул тал	Нийт
1994	10	24	222	12	139	407
1995	13	8	172	19	89	301
1998	6	7	73	8	67	161
2000	3	12	102	18	21	156

Хон Каен мужийн эмнэлэгт тусламж, үйлчилгээ сайжрахын зэрэгцээ гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний нийт тогтолцоонд эерэг өөрчлөлтүүд гарсан нь гэмтэлтэй өвчтөнийг эмнэлэг хооронд шилжүүлэх үйл явцыг боловсронгуй болгох чиглэлээр хэрэгжүүлсэн үйл ажиллагаатай холбоотой байв. Эмнэлэг хооронд шилжүүлж буй гэмтэлтэй өвчтөнүүдэд үзүүлэх тусламж, үйлчилгээг 1997 ба 2000 онд харьцуулбал амьсгал дэмжих (55-аас 78% хүртэл), цус алдалтыг тогтоох (53-аас 68% хүртэл), чиг барьж боох (44-өөс 54% хүртэл) тусламж үзүүлэх нь нэмэгдсэн байна.

Тусламж, үйлчилгээний явц ийнхүү сайжирсны ачаар нийт болон сэргийлж болох нас баралт буурчээ. Гэмтсэний улмаас эмнэлэгт хэвтсэн нийт өвчтөний дотор нас баралт 1994 онд 8% байсан бол 2000 онд 4.6% болж бараг хоёр дахин буурсан байна. Түүнчлэн гэмтлийн хүнд зэрэг болон олон улсын бусад шалгуураар үнэлэхэд амьд гарах магадлал ихтэй (>75%) өвчтөнүүдийн нас баралт буюу сэргийлж болох нас баралт 1994 онд 3.2% байсан бол 2000 онд 1.3% болж бараг 2/3-аар буурсан.

Гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний чанарыг хянах, боломжийн өртөгтэй, тогтвортой арга хэмжээ хэрэгжүүлснээр тусламж, үйлчилгээг сайжруулж, нас баралтыг бууруулж болдгийг энэхүү тохиолдлын судалгаа харуулж байна. Үүний тулд эмнэлэгт суурилсан гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний чанарыг сайжруулах хөтөлбөр хэрэгжүүлсэн бөгөөд хөтөлбөрийн үр дүнг хянах зорилгоор гэмтлийн бүртгэл мэдээллийн тогтолцоо бий болгосон байна. Үүнтэй ижил арга хэмжээг дэлхийн бусад улс орнуудын эмнэлэгүүдэд хэрэгжүүлэх бүрэн боломжтой юм.

Эх сурвалж

Chadbunchachai W *et al.* The comparative study for quality of trauma treatment before and after the revision of trauma audit filter, Khon Kaen hospital 1998. *Journal of the Medical Association of Thailand,* 2001, 84(6):782-790.

Chadbunchachai W et al. Study on performance following Key Performance Indicators for trauma care: Khon Kaen Hospital 2000. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 2003, 86(1):1-7.

Chardbunchachai W, Suppachutikul A, Santikarn C. *Development of Service System for Injury Patients by Utilizing Data from the Trauma Registry* (ISBN: 974-294-569-1). Khon Kaen, Thailand, Office of Research and Textbook Project, Khon Kaen Hospital, 2002.

Mock CN *et al. Guidelines for trauma quality improvement programmes.* Geneva, World Health Organization, 2009.

Катар: Шинэ, албан ёсны гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг нэвтрүүлэх нь

1. Удиртгал ба асуудлын тодорхойлолт

Осол, гэмтэл нь Катар улс дахь нас баралтын болон хөгжлийн бэрхшээлтэй болох гол шалтгаан болоод байна. Олон улсын авто замын холбооноос Катар нь замын хөдөлгөөнөөс шалтгаалсан нас баралт өндөртэй бүс нутгуудын нэг бөгөөд 100 000 хүн амд 19 нас баралтын тохиолдол бүртгэгддэг гэжээ. Ямар нэгэн арга хэмжээ авахгүй бол дээрх тоо тухайн улс орон дахь тээврийн хэрэгслэлийн тоо ихсэх тусам улам нэмэгдсээр байх болно. Унаж, бэртэх нь нас баралт болон биеийн үйл ажиллагааны байнгын алдагдлын хоёр дахь гол шалтгаан болоод байгаа бөгөөд барилга болон бусад ажлын байранд илүүтэй тохиолддог байна. Ахмад настны нас баралтын гол шалтгаан болох зүрх судасны эмгэг, хорт хавдраас илүүтэйгээр Катар улсын ард түмэнд осол, гэмтэл тохиолдол ихээхэн хохирол учруулж байна. Бодит байдал дээр осол, гэмтлийн улмаас нас барах нь зүрхний өвчин, хорт хавдар, халдварт өвчний улмаас нас барж байгаагаас илүү байна.

Катар улс дахь осол, гэмтэлд өртсөн өвчтнүүдийн хүн ам зүйн үзүүлэлтүүдийг АНУ, Австрали эсвэл Европтой харьцуулахад нэлээд өвөрмөц юм. Энэ нь зарим талаараа соёл иргэншил болон Персийн булангийн бүс нутгийн эрчимтэй хөгжиж буй эдийн засаг, барилгажилттай холбоотой. Эрэгтэй, эмэгтэй хүмүүсийн осол, гэмтэлд өртсөн байдлаас харахад, 94% нь эрэгтэй, 6% нь эмэгтэй, гэмтсэн хүмүүсийн 95% битүү гэмтэлтэй байна.

Иймээс Катар улсын эрүүл мэндийн салбар нь ямар нэг арга хэмжээ авахгүй бол хүнд гэмтлийн тоо жилээс жилд нэмэгдэх асуудалтай тулгарч байна. Хэдийгээр нөөц боломж, бэлтгэгдсэн эрүүл мэндийн мэргэжилтнүүд байгаа хэдий ч эрүүл мэндийн салбарын болон осол, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлдэг байгууллагын тогтолцоо нь өсөн нэмэгдэж байгаа осол, гэмтлийн асуудлыг шийдвэрлэхэд хангалтгүй байна.

2. Тусламж, үйлчилгээг сайжруулсан нь

Осол, гэмтэлд өртсөн хүмүүсийн тоо өсөн нэмэгдэж байгаа асуудлыг шийдвэрлэхийн тулд Катар улс орон даяараа олон арга хэмжээг авч хэрэгжүүлсэн. Үүнд: замын хөдөлгөөний аюулгүй байдал, осол, гэмтлээс урьдчилан сэргийлэх, осол, гэмтлийн тандалтыг сайжруулах, эмнэлэг хүртэлх Яаралтай Тусламж, Үйлчилгээг (EMS) сайжруулсан гэх мэт үр дүнтэй арга хэмжээнүүд орно. Эдгээр нь бүгд чухал арга хэмжээнүүд байсан юм. Энэ нь эмнэлэгт суурилсан тусламж, үйлчилгээг сайжруулахад чиглэгдсэн.

Катар улсад осол, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлдэг гол эмнэлэг нь Хамадын нэгдсэн эмнэлэг (HGH) бөгөөд 600 ортой эрүүл мэндийн болон мэс заслын цогц тусламж, үйлчилгээг үзүүлдэг төв эмнэлэг юм. Энэ эмнэлэг нь Хамад анагаах ухааны корпорацийн (HMC) харъяад байдаг бөгөөд Катар улсад хэд хэдэн эмнэлгийг мөн хариуцан ажилладаг байна. 2007 онд Хамад анагаах ухааны корпораци нь (HMC) АНУ-ын Питтсбургийн Анагаах Ухааны Төвтэй хамтран Катар улс даяар ялангуяа Хамадын нэгдсэн эмнэлгийн осол, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний чадавхийг сайжруулахад голлон мэргэжил арга зүйгээр хангаж ажиллав. 2007 оноос хойш Хамадын нэгдсэн эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ сайжирсан буюу осол, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг сайжруулахад эмнэлгийн зохион байгуулалт, төлөвлөлтийг оновчтой болгосноор тусламж, үйлчилгээний хяналт, гүйцэтгэл дээшилсэн.

Осол, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээ: Хамадын нэгдсэн эмнэлэгт 2007 оны 11 дүгээр сард осол, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг сайжруулахаас өмнө гэмтэлтэй өвчтөнүүдийг бусад мэс засал болон эмчилгээ хийлгэж байгаа нийт өвчтөнүүдтэй хамт асарч сувилдаг байв. 2007 оноос осол, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг шинэ зохион байгуулалтад оруулсан.

Осол, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний үр дүнг оновчтой болгох зорилгоор захиргааны болон эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний нэгжийг байгуулсан. Тус нэгж нь гэмтэлтэй өвчтөнүүдэд олон төрлийн нарийн мэргэжлийн тусламж, үйлчилгээг үзүүлж

эхэлсэн. Гэмтлийн тусламж, үйлчилгээ эрхэлсэн захирлаар (жишээ нь бүрэн мэргэшсэн мэргэжилтэн, эсвэл мэргэшиж байгаа) гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний талаар туршлага бүхий зөвлөх мэс засалчыг тусгайлан хөлсөлж ажиллуулсан. Гэмтлийн яаралтай тусламжаар мэргэшсэн хоёр дахь зөвлөх мэс заслын эмч нь гэмтлийн эрчимт эмчилгээний тасагт (ICU) өвчтөнд хяналт тавьж ажилладаг байна.

Гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг 4 багаар үзүүлдэг бөгөөд багийг гэмтлийн мэс засалч удирддаг. Баг тус бүрт (хүснэгт 1) нэмэлт үүрэг хүлээсэн мэс засалч (баг тус бүрт дөрвөн), эрчимт эмчилгээний эмч (тухайлбал, эрчимт эмчилгээний тасагт өвчтөнийг асрах мэргэжилтэн) ордог байна.

Гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний үр дүнг сайжруулахад тусламж, үйлчилгээтэй холбоотой бүртгэл мэдээллийг оруулдаг, дүн шинжилгээ хийдэг туршлагатай гэмтлийн сувилагч, гэмтлийн бүртгэлийн ажилтнуудын оролцоо маш чухал байлаа. Эмнэлзүйн эм зүйч болон нийгмийн эрүүл мэндийн мэргэжилтэн нь өдөр тутмын үйл ажиллагааны тайлагналтад оролцдог. Гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний тэмдэглэл нь гэмтэл бэртэл болон өвчтөний биеийн байдлыг эрэмбэлэн ангилах, эмчилгээ үнэн зөв явагдсаныг баталж өвчтөнд тусламж, үйлчилгээг үзүүлсэн баримт бичиг юм. Гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний үндсэн шаардлага нь бүх түвшинд гэмтэгсдэд гэмтлийн асаргаа сувилгааг үзүүлэхэд анхаарах явдал юм.

Гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг үр дүнтэй үзүүлэхийн тулд дүрс оношилгоо, цусны банк, хагалгааны өрөө, эрчимт эмчилгээний тасгийн ажилтан, сувилагч нарын хамтын ажиллагааг зөв зохицуулж, гэмтлийн өвчтөний эрүүл мэндийн хэрэгцээг тодорхойлж, эмнэлгийн эрэмбэлэн ангилалтын дагуу гэмтэлтэй ирсэн өвчтөнд тусламж, үйлчилгээг үзүүлэх боломжтой болгосон. Дээрх хамтын ажиллагаа нь согог засал, мэдрэлийн мэс засал, хүүхдийн мэс заслын мэс засалчид болон бусад нарийн мэргэжлийнхэний дэмжлэг, хамтын ажиллагаа дээр үндэслэсэн байсан.

Нэгдсэн эмнэлгийг “Гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний жишиг төв" болгон хөгжүүлэх ёстой гэж зарласан ба 2008 оны 6-р сарын Захирлуудын Зөвлөлийн шийдвэрээр дээрх арга хэмжээнүүд хийгдсэн.

Хүснэгт 1 **Гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний багийн бүтэц (үндсэн болон туслах гишүүдийн хамт)**

Гэмтлийн зөвлөх мэс засалч
Багийн ахлагч*
Ерөнхий/гэмтлийн мэс засалчид (4) *
Сувилагч (5 хүн шаардлагатай тохиолдолд хүний нөөцийг нэмж болно)*
Дүрс оношилгооны эмч*
Уушигны эмгэг судлалын эмч*
Цусны банкны технологич*
Гэмтлийн сувилагч
Эмнэлзүйн эм зүйч
Нийгмийн ажилтан
Гэмтлийн бүртгэгч
Сэргээн засалч эмч

* Эдгээр төрлийн мэргэжилтнүүдээс тус бүр дор хаяж 1 мэргэжилтэн гэмтлийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх үед бэлэн байх шаардлагатай (ж.нь хүнд гэмтсэн өвчтөнд тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх шаардлагатай яаралтай үе)

***Гэмтлийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх хүчин чадал, хүний нөөц*:** Гэмтсэн үйлчлүүлэгчид яаралтай тусламжийн тасагт (ED) /8 гэмтлийн эрчимт эмчилгээний ортой/ чадварлаг гэмтлийн мэс засалчдын багаас 1 эмч, яаралтай тусламжийн тасгийн 5 сувилагч байнга цаг үргэлж тусламж, үйлчилгээг үзүүлдэг байна. Нэмэлт гэмтлийн мэс засалч нь эмнэлэгт байнга бэлэн байдаг. Мэс засалд орох шаардлагатай бүх тохиолдолд гэмтлийн зөвлөх мэс засалч нь хагалгааны өрөөнд байж мэс заслын үйл явцыг хянана. Мэс засал хийхийн өмнө, мэс засал хийх явцад мэс заслын зөвлөх эмч мэргэжил арга зүйгээр хангадаг.

Яаралтай тусламжийн тасгийн болон эрчимт эмчилгээний тасгийн сувилагч нарын мэдлэг, туршлагыг байнга нэмэгдүүлэх нь тусламж, үйлчилгээг сайжруулахад

чухал үүрэг гүйцэтгэсэн. Бүх гэмтлийн мэс засалчид нь Хамад Олон Улсын Сургалт Төвөөс явуулсан Сэхээн амьдруулахын өмнөх лавшруулсан тусламж (Advanced Trauma Life Support) болон Ахисан түвшины Гэмтлийн мэс заслын эмчилгээ (Advanced Trauma Operative Management, ATOM) сургалтанд хамрагдсан байна.

Хүнд гэмтэл авсан өвчтөнүүдэд үзүүлэх тусламж, үйлчилгээний менежментийг сайжруулахад дараах арга хэмжээнүүдийг авч хэрэгжүүлсэн. Үүнд: Газар дээр нь эмнэлзүйн лабораторийн тусламж, үйлчилгээг үзүүлэх, дүрс оношилгооны тоног төхөөрөмжийг (Рентген болон компьютер томографи (CT) сканнер) ойролцоо байрлуулах, цус тээвэрлэх, шууд цус сэлбэх заавар, гэмтлийн яаралтай тусламж үзүүлэх заавар (хагалгааны өрөө, цусны банк, гэмтлийн багийнханг дуудах удирдамж), эрчимт эмчилгээний тасгийн ажилтны мэдлэг чадварыг дээшлүүлэх зэрэг арга хэмжээ, зохион байгуулалтыг хийсэн.

Сэхээн амьдруулах тусламжийн дараа өвчтөнийг мэс заслын өрөө, 12 ортой гэмтлийн эрчимт эмчилгээний тасаг, эсвэл 30 ортой хэвтүүлэн эмчлүүлэх тасаг руу шилжүүлнэ. Гэмтлийн тусламж, үйлчилгээ нь гэмтсэн үйлчлүүлэгчид мэс заслын тусламж, үйлчилгээ үзүүлэхээс гадна хэвтүүлэн эмчлэх, эрчимт эмчилгээний тусламж, үйлчилгээг үзүүлдэг.

Гэмтлийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлдэг гэмтлийн багийн өглөөний яриа, Хамадын Нэгдсэн эмнэлэг *© Kimball Maull*

Гэмтлийн эрчимт эмчилгээний тусламж, үйлчилгээг хүнд гэмтсэн өвчтөнүүдэд гэмтлийн мэс засалч, эрчимт эмчилгээний эмчийн бүрэлдэхүүнтэй үзүүлдэг. Нэмэлт гэмтлийн мэс засалч нь хэвтүүлэн эмчлэх нэгжийг хариуцдаг.

Тусламж, үйлчилгээний хяналт. Гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг чанартай үзүүлэхийн тулд сайн бэлтгэгдсэн мэргэжилтэн хэрэгтэй. Гэхдээ ажилтнууд болон хүний нөөцийг оновчтой ашиглах, тусламж, үйлчилгээний чанарыг хянах механизм зайлшгүй шаардлагатай. Гэмтлийн тусламж, үйлчилгээнд хяналтыг өдөр тутам хийдэг. Өвчтөнд үзүүлсэн эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний талаарх өглөөний эмч нарын хамтарсан үзлэгийг өдөр бүр гэмтлийн 4 багийн 3 нь ээлжээр хийдэг. Энэхүү эмч нарын хамтарсан үзлэг нь эрчимт эмчилгээний тасагт мөн хийгдэнэ.

Үүнээс гадна, өвчтнүүдийн нөхцөл байдалд тохирсон эмчилгээ, үйлчилгээг авч чадаж байгаа эсэхийг баталгаажуулахын тулд гэмтлийн тусламж, үйлчилгээ нь өөрийн гэсэн албан ёсны хяналтын хөтөлбөртэй байна. Гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг сайжруулах Өвчтөний аюулгүй байдал (PIPS) хөтөлбөр нь мэдээллийн нэгдсэн сан, хувь хүний мэдээлэл дээр тулгуурладаг. Стандарт бус тусламж, үйлчилгээ үзүүлсэн нь илрэхэд ахлах сувилагч болон Гэмтлийн эмнэлгийн дарга нь шууд анхааралдаа авч үздэг. Үүний гол бүрэлдэхүүн хэсэг болох гэмтлийн багийн гишүүн бүр өөрсдийн үүрэг хариуцлагыг ухамсарлах юм. Өвчтөний тусламж, үйлчилгээтэй холбоотой асуудлууд нь өглөөний эмч нарын хамтарсан үзлэгийн мэдээ эсвэл эмнэлэгт хүн бүр бөглөх боломжтой гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний үр дүнг сайжруулах (TIP) маягтаар дамжуулан ил болох боломжтой. Гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний үр дүнг сайжруулах маягтаар илэрсэн бүх асуудлыг сар бүрийн хурлын хэлэлцэх хөтөлбөрт тусгана.

Гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний хяналт нь үйл явдлыг ангилж, шаардлагатай бол үйл ажиллагааны төлөвлөгөөг боловсруулах, стандартчилагдсан үйл явцыг ашигладаг. Тусламж, үйлчилгээний стандартаас ялгаатай буюу олон өвөрмөц нөхцөл байдлыг сонгож дараагийн шатны хяналт руу шилжүүлдэг.

Энэ үйл явц нь хэд хэдэн хороодын захиргааны удирдлага, байнгын уулзалтаар зохион байгуулагддаг. Өвчлөл болон нас баралтын тухай хурлыг сар бүр зохион байгуулж, нас баралт, хүндрэлийн талаар хэлэлцэж хянана. Тус хурлын үр дүнг Гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг сайжруулах хороонд хүргүүлж нас баралт, гол хүндрэлүүдээс урьдчилан сэргийлэх боломжтой эсэх, тусламж, үйлчилгээг зөв зохистой үзүүлсэн эсэхийг шийддэг.

Системд суурилсан асуудал нь эмнэлэг хүртэлх болон нийт гэмтлийн тусламж, үйлчилгээтэй холбоотой бүхий л асуудлуудыг Гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг сайжруулах хорооны хөтөлбөрт тусгана. Дээрх хороонд яаралтай тусламжийн үйлчилгээний төлөөлөл, гэмтсэн өвчтөнтэй харилцдаг эмнэлгийн болон эмнэлгийн бус байгууллагын төлөөлөл ордог.

***Боловсрол*:** 2007 оноос хойш Гэмтлийн тусламж, үйлчилгээ нь зөвхөн өвчтөнийг эмчлэх бус, харин олон салбарыг хамарсан эмнэлгийн болон эмнэлгийн бус ажилтнуудад эрүүл мэндийн боловсрол олгоход идэвхтэй үйл ажиллагаа явуулж ирсэн. Эдгээр хөтөлбөрүүд нь албан болон албан бус боловсролын хөтөлбөрүүдээс бүрддэг. Боловсролоос гадна Хамад Анагаахын Корпораци, ялангуяа Хамадын нэгдсэн эмнэлгийн гол зорилго нь дадлагажигч эмч, анагаахын оюутнууд, сувилагч оюутнууд, уушигны эмгэг судлалын оюутнууд, дүрс оношилгооны технологич оюутнуудыг өргөнөөр хамруулахыг зорьсон. Бүх оюутнууд гэмтлийн сэхээн амьдруулах тасаг, мэс заслын өрөө, яаралтай тасаг, хэвтэн эмчлүүлэх болон амбулаторит ажиллаж, гэмтсэн өвчтөнүүдэд тусламж, үйлчилгээ үзүүлдэг байв. Үүний зэрэгцээ тэд осол, гэмтэлтэй холбоотой ээлжээр хичээл заах, лекц, семинарт хамрагдах зэрэг олон төрлийн үйл ажиллагаанд оролцдог. Хамад Олон улсын сургалтын төв нь бүх шатлалд ажиллах гэмтлийн эмчийг сургах, гэрчилгээжүүлэхэд гол үүрэг гүйцэтгэдэг.

***Сэргээн засах эмчилгээ*:** Сэргээн засах эмчилгээ нь эмчилгээний салшгүй нэг хэсэг. Физик эмчилгээ, сэргээн засах эмчилгээний тасаг (PMR) нь олон мэргэжлийн тусламжийг нэгтгэдэг. Сэргээн засах эмчилгээний хөтөлбөрийн гол зорилго нь өвчтөнийг хөгжлийн бэрхшээлтэй болохоос урьдчилан сэргийлэх явдал юм. Энэ нь тэдэнд бие бялдар, сэтгэл зүй, нийгэм, мэргэжил болон боловсролын чадавхийг хэвийн хадгалахад туслах зорилготой. Сэргээн засах эмчилгээ нь цочмог, цочмогдуу үеийн хүнд гэмтлийн дараа өвчтөнийг эмнэлэгт хэвтүүлэн эмчлэн, сувилахаас гадна түүнтэй холбоотой олон мэргэжлийн багийн ур чадварыг нэгтгэх, олон нийтийн оролцоог хангах замаар хэрэгждэг. Үүнд олон мэргэжлийн сэргээн засах баг, асуудалд суурилсан тусламж, эмчилгээ, үнэлгээ дүгнэлт, төлөвлөгөөний биелэлт, дагаж хянах гэх мэт үйлчлүүлэгчийн үнэлгээ орно. Сэргээн засах эмчилгээний тасаг нь цочмог гэмтэлтэй өвчтөний тусламж, үйлчилгээнд ч оролцдог. Тэд бас цочмог, цочмогдуу үеийн сэргээн засах тусламж, үйлчилгээнээс илүү урт хугацааны сэргээн засах тусламж, үйлчилгээний үр дүнг илүү авах өвчтөнг тодорхойлдог. Цочмог, цочмогдуу үеийн сэргээн засах эмчилгээ дуусаны дараа эдгээр өвчтөнүүдийг үргэлжлүүлэн 43 ортой физик эмчилгээ, сэргээн засах эмчилгээний тасаг руу шилжүүлдэг байна. Энд ихэнхдээ тархины гэмтэл, нуруу нугасны гэмтэл, булчингийн гэмтэл хамаардаг.

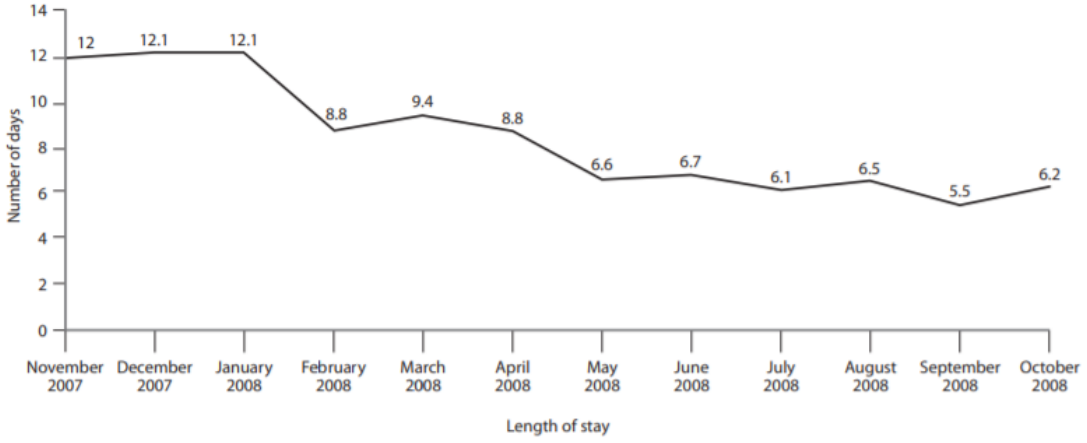
3. Үр дүн

Тусламж, үйлчилгээний бүтэц, зохион байгуулалтыг боловсронгуй болгосноор гэмтлийн тусламж, үйлчилгээ сайжирсан. Энэ бол гэмтсэн өвчтөнүүдэд тусламж, үйлчилгээ үзүүлдэг эмч нар болон олон мэргэжлийн багийн мэдлэгийн түвшинг сайжруулсан явдал юм. Үүнтэй зэрэгцэн тоног төхөөрөмж, сэлбэг хэрэгслийг байх ёстой газар нь байрлуулж, тусламж, үйлчилгээний хүрээг тодорхой болгосон. Өвчтөний аюулгүй байдал (PIPS) хөтөлбөрөөр дамжуулан тусламж, үйлчилгээг хянаснаар дан ганц гэмтлийн тусламж, үйлчилгээ төдийгүй эмнэлгийн ерөнхий тусламж, үйлчилгээний чанарыг сайжруулах боломжтой юм. Ийнхүү тусламж, үйлчилгээний бүтэц, зохион байгуулалт сайжирсан нь эмчилгээний үйл явц, үр дүн сайжрахад нөлөөлсөн.

Тусламж, үйлчилгээний явцын хувьд харилцаа холбоо сайжирсан. Түргэн тусламжийн ажилтнууд болон гэмтлийн сэхээн амьдруулах тасгийн хооронд гэмтлийн

кодын идэвхжил, бэлэн байдалд зориулсан радио холбоо барьдаг болсон. Гэмтлийн улмаас сэхээн амьдруулах тасагт хүргэгдэж ирсэн өвчтөнүүдийг мэс заслын өрөөнд шууд оруулж хэвлийн хөндийн мэс засал хийх хугацаа 60 минутаас 30 минут болж багассан. Өмнө нь цус,цусан бүтээгдэхүүн авахад удаан хугацаагаар саатал гардаг байсан бол одоо яаралтай мэс засалд шаардлагатай цус, цусан бүтээгдэхүүн мэс заслын өрөөнд шууд хүргэгдэж ирдэг болсон. Эмчилгээний үр дүн, түүний дотор эмчилгээнд ашиглах багаж хэрэгслийн нөөц, зардлыг тооцоход гэмтлийн өвчтөний эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлэх дундаж хугацаа 12-аас 6 хоног болж буурчээ (Зураг 1).

Зураг 1 Осол, гэмтлийн улмаас хэвтэх эмчлүүлэгсэдийн дундаж ор хоног буурсан (2007-2008)



Мөн судалгаа, эрдэм шинжилгээний ажлууд хийгдсэн болон стандартчилагдсан Ахисан түвшины гэмтлийн мэс заслын эмчилгээний (АТОМ) олон улсын сургалт бий болсон зэрэг нь энэхүү эерэг өөрчлөлт гарахад нөлөөлсөн.

2009 онд Хамадын нэгдсэн эмнэлэг нь Америкийн гэмтлийн мэс заслын төвийн коллежийн баталгаажуулах хөтөлбөрийн дагуу албан ёсоор баталгаажсан Нэгдүгээр түвшины /level 1/ олон улсын эмнэлэг болж чадсан.

Мөн энэхүү мэдэгдэхүйц гарсан сайжруулалттай холбоотой гэмтсэн өвчтөний эмчилгээ болон эмчилгээний дараах үр дүнг (нас баралтын тохиолдлыг оролцуулан) сайжруулах талаар хийгдсэн Хойд Америкийн судлаачдын судалгаар ч нотлогдож байлаа.

Вьетнам: Ханой хотын эрүүл мэндийн байгууллагуудын сүлжээнд гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний чадавхийг сайжруулах нь

1. Тулгамдсан асуудлын танилцуулга

Вьетнамд осол, гэмтлийн түвшин 1980-аад оноос хойш тасралтгүй нэмэгдсээр ирсэн нь моторт тээврийн хэрэгсэл, нэн ялангуяа мотоциклийн хэрэглээ нэмэгдсэнтэй холбоотой байв. Энэхүү өсөн нэмэгдсэн ачааллыг эрүүл мэндийн салбар дийлэхээ больж, тандалт, судалгаа, урьдчилан сэргийлэлт, оношилгоо, эмчилгээ зэрэг осол, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний тогтолцооны бүхий л асуудлыг хамарсан хариу арга хэмжээ хэрэгжүүлэх шаардлагатай болжээ.

Энэ тохиолдлын судалгаанд Вьетнамын нийслэл Ханой хотыг хамруулсан бөгөөд энэ нь 2,700 км^2 нутаг дэвсгэр дээр 6,520,674 хүн ам шигүү оршин суудаг хот юм. Хотыг тойроод газар тариалан эрхлэлтийн бүс нутаг байдаг бөгөөд энэ бүс нутгийн оршин суугчдад хотын Эрүүл мэндийн газар (ЭМГ) тусламж, үйлчилгээ үзүүлдэг байна. Ханой хот болон зэргэлдээ бүс нутгийг Ханой дүүрэг гэх ба энд эрүүл мэндийн пост (буюу 5,000 орчим хүнд анхан шатны тусламж, үйлчилгээ үзүүлдэг нэгж), дүүргийн эмнэлэг, хотын эмнэлэг, хоёр лавлагаа төвөөс тогтсон эрүүл мэндийн байгууллагуудын сүлжээ нэлээд сайн хөгжсөн байна. Лавлагаа төвүүд нь ЭМЯ-ны харъяа, харин бусад эрүүл мэндийн байгууллага нь Ханой хотын ЭМГ-ын харъяа үйл ажиллагаа явуулдаг. Эдгээр эрүүл мэндийн байгууллагаас тогтсон сүлжээ нь сайн ажилладаг бөгөөд өмнө нь байсан зонхилон тохиолдох хүүхдийн халдварт өвчнүүдийн гаралтыг бууруулж, хүн амын дундаж наслалтыг 69-д хүргэсэн байна.

Гэвч осол, гэмтэл эрс нэмэгдсэнээс энэхүү сүлжээний үйл ажиллагаа доголдож, 1990-ээд оны эцэс хүртэл энэ асуудлыг шийдвэрлэх системтэй төлөвлөлт, зохион байгуулалт бараг хийгдээгүй байна. Гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний хүчин чадал лавлагаа болон хотын эмнэлгүүдэд харьцангуй сайн байсан боловч дүүргийн эмнэлэг, анхан шатны эрүүл мэндийн постуудад хязгаарлагдмал, мөн эмнэлэг хүртэлх тусламж үзүүлэх чадавхи сул байв. 1990-ээд оны эцэс хүртэл Ханой хот түргэн тусламжийн ганцхан станцтай байсан ба тэнд нэг ээлжинд 5 түргэний машин ажиллаж байсан нь тусламж, үйлчилгээний ачаалал, түргэн тусламжийн хожимдлыг бууруулж чадахгүй байжээ. Дуудлага өгснөөс хойш түргэн тусламж ослын газарт ирэх хүртэлх дундаж хугацаа 30 минут, хүнд гэмтэлтэй хүмүүсийн 15% нь л түргэн тусламжаар эмнэлэгт хүргэгддэг ба үлдсэн нь такси, хувийн унаа, мотоцикл, моторт болон энгийн дугуй зэргээр анхны тусламж авалгүйгээр эмнэлэгт хүргэгддэг байв.

2. Хэрэгжүүлсэн арга хэмжээ

1990-ээд оны сүүл гэхэд осол, гэмтлийн асуудал ноцтой хэмжээнд хүрсэн нь хүн бүрд мэдрэгдэж, Засгийн газар, эрүүл мэндийн мэргэжилтнүүд, ТББ, бусад хамтрагч талууд асуудалд анхаарлаа хандуулж, осол, гэмтлийн тандалт (ЭМЯ) болон эрдэм шинжилгээ, судалгааны ажлыг (эрдэм шинжилгээ, сургалтын байгууллагууд) эрчимжүүлж, нотолгоо бүрдүүлж эхэлжээ. Зарим байгууллага нь зам тээврийн аюулгүй байдал, осол, гэмтлээс урьдчилан сэргийлэх асуудал, зарим нь гэмтлийн тусламж, үйлчилгээнд анхаарал хандуулж ажиллаж байв. Эдгээр үйл ажиллагааг нэгдсэн зохицуулалтаар хангах зорилгоор хамтрагч талуудын оролцоог хангасан Осол, гэмтлийн хяналтын ажлын хэсгийг байгуулсан байна. Үүнд ЭМЯ, Ханой хотын ЭМГ зэрэг төрийн байгууллага, Вьетнамын Улаан загалмай нийгэмлэг, НҮБ-ын Хүүхдийн сан, ДЭМБ зэрэг олон улсын байгууллага, Ханой хотын Нийгмийн эрүүл мэндийн сургууль зэрэг эрдэм шинжилгээ, сургалтын байгууллага, ТББ-ын төлөөлөл багтжээ. Энэхүү ажлын хэсэг нь 2002 оноос хойш тогтмол хуралдаж, осол, гэмтлийн хяналтын үйл ажиллагааг улсын хэмжээнд зохицуулж ирсэн.

Зөвхөн гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний асуудлыг авч үзвэл энд ЭМЯ, Ханой хотын ЭМГ голлох үүрэгтэй оролцож, гэмтлийн болон яаралтай тусламжийн стандартын хэрэгжилтийг хангахыг эмнэлгүүдэд үүрэг болгосон тушаал баталсан байна. Үүнд дэд бүтэц, эмнэлгийн тоног төхөөрөмж, хүний нөөцийн сургалт, хөгжлийн асуудлыг

хамруулсан бөгөөд хэдийгээр нэмэлт санхүүжилт олгох зохицуулалт хийгээгүй ч гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг сайжруулах хүчин чармайлтыг хөхиүлэн дэмжих орчин бүрдүүлснээрээ ихээхэн ач холбогдолтой байв. Түүнчлэн түргэн тусламжийн хоёр станц нэмж байгуулснаар эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээний хүчин чадлыг мэдэгдэхүйц нэмэгдүүлж, дуудлагаар очих хугацаа буурч, тусламж, үйлчилгээний хамралт сайжирсан байна.

Энэхүү тохиолдлын судалгаанд анхан шатны эрүүл мэндийн пост, хот болон дүүргийн эмнэлгийн түвшинд гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний чадавхийг бэхжүүлэх арга хэмжээнд голлон анхаарсан болно. /Эдгээр байгууллагын талаарх үндсэн мэдээллийг Хүснэгт 1-ээс харна уу/.

ХҮСНЭГТ 1 **Гэмтлийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлдэг Ханой хотын ЭМГ-ын харъяа байгууллагууд**

Байгууллага	Дундаж хүчин чадал
Эрүүл мэндийн пост	Нэг шөнө хэвтэж өнгөрүүлэх 0-6 эмнэлгийн ортой 5 сувилагчтай Ерөнхий мэргэжлийн 1 их эмчтэй Сард 15 орчим гэмтлийн тохиолдол хүлээн авч, шилжүүлдэг
Дүүргийн эмнэлэг	100 эмнэлгийн ортой 100 сувилагчтай 20 их эмчтэй 1-3 мэс заслын эмчтэй (ерөнхий мэс засал) Сард 60 орчим гэмтлийн тохиолдол хэвтүүлэн эмчилж эсхүл дараагийн шатлалд шилжүүлдэг
Хотын эмнэлэг	200-300 эмнэлгийн ортой 600 сувилагчтай 150 их эмчтэй 20 мэс заслын эмчтэй Сард 150 орчим гэмтлийн тохиолдол хэвтүүлэн эмчилдэг

Эдгээр байгууллагуудад гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг сайжруулах төлөвлөгөө нь хэд хэдэн бүрэлдэхүүн хэсэгтэй байв. Нэгд, эрүүл мэндийн ажилтнуудад зориулсан сургалт нэмэгдсэн. Гэмтлийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлдэг эмч, сувилагч нарт зориулсан тасралтгүй сургалт өмнө нь бараг зохион байгуулагддаггүй байсан тул Ханой хотын ЭМГ мэргэжлийн ТББ-уудтай хамтарч эмч, сувилагч нарт зориулсан гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний тасралтгүй сургалтын тусгай хөтөлбөрүүдийг боловсруулж, түүнийг оролцооны аргаар зохион байгуулж, лекцийг ур чадварын сургалттай хослуулсан байна. Ихэнхдээ ЭМГ-т ажилладаг мэс заслын болон гэмтлийн мэргэжилтнүүдийг сургагч багшаар бэлдэж, улмаар сургалтыг Ханой хот, Вьетнам даяар өргөжүүлэн нэвтрүүлж, сургалтын хамрах хүрээг өргөжүүлэхийн зэрэгцээ багш нарыг нэмэлт сургалтанд хамруулж, ур чадварыг нь тасралтгүй дээшлүүлэхэд анхаарч ирсэн.

Долоо хоногийн хугацаатай эдгээр сургалтыг Ханой хотод олон удаа зохион байгуулж, одоогийн байдлаар 320 их эмч, 410 сувилагчийг сургаад байгаа ба яваандаа Ханой хотын ЭМГ-ын харъяа яаралтай тусламжийн төвүүдэд ажилладаг бүх эмч, сувилагч нарыг энэхүү сургалтад хамруулахаар зорилт дэвшүүлжээ. Түүнчлэн сургалтыг Вьетнамын 12 хотод зохион байгуулж, нэмж 295 их эмч, 360 сувилагчийг сургаад байна.

Материаллаг нөөц (эмнэлгийн тоног төхөөрөмж, хэрэгсэл)-ийн хангамжийг сайжруулах ажлыг нарийн төлөвлөх үүднээс 2002 онд хотын хэмжээнд гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний хэрэгцээний үнэлгээг хийжээ. Үнэлгээг ДЭМБ-ын “*Гэмтлийн зайлшгүй шаардлагатай тусламж, үйлчилгээний удирдамж”-ийн* шалгуурын дагуу хийсэн байна. Энэхүү удирдамжид хүний нөөц (орон тоо, сургалт, ур чадвар) болон материаллаг нөөц (тоног төхөөрөмж, хэрэгсэл)-тэй холбоотой 260 шалгуурыг хөдөөгийн эмнэлгээс лавлагаа төв хүртэлх эрүүл мэндийн байгууллагууд хангасан байвал зохино гэж үзжээ. Эдгээрээс заримыг нь зайлшгүй хангасан байх шалгуур хэмээн тодорхойлсон ба энэ нь бүх улс орнуудад эдийн засгийн үр ашигтай гэж тогтоогдсон нөөц юм.

Хэрэгцээний үнэлгээг Ханой хотын ЭМГ, ЭМЯ, ТББ, гэмтлийн олон улсын шинжээчид хамтран хийж, эрүүл мэндийн байгууллагууд дээр очиж, дээрх шалгууруудыг хангаж байгаа эсэх талаар газар дээр нь үнэлсэн байна. Үнэлгээ хийсэн хөндлөнгийн шинжээчид эрүүл мэндийн ажилтнуудтай ярилцлага хийж, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх байгууллагын хүчин чадал, ажилчдын ур чадвар, сургагдсан байдал, бодит нөөцийн хүртээмж болон бодит ажиллагааг үнэлсэн. Үнэлгээний хяналтын хуудсан дээрх шалгуур тус бүрийг дараах байдлаар оноогоор үнэлсэн. Үүнд:

- **Хамааралгүй**: эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний тухайн шатлалд хамаарахгүй шалгуур
- **Байхгүй** (байх ёстой боловч): 0
- **Хангалтгүй** (шаардлагатай хүмүүсийн бага хувь нь тухайн тусламж, үйлчилгээг авах буюу нөөцийг ашиглах боломжтой): 1
- **Зарим талаар хангалттай** (шаардлагатай хүмүүсийн ихэнх нь тухайн тусламж, үйлчилгээг авах буюу нөөцийг ашиглах боломжтой боловч бүгд биш): 2
- **Хангалттай** (шаардлагатай хүмүүс бүгд тухайн тусламж, үйлчилгээг авах буюу нөөцийг ашиглах боломжтой): 3

Үнэлгээ хийхдээ тухайн материаллаг нөөцийн хүртээмжээс гадна шаардлагатай бүх хүнд хүртээмжтэй эсэхийг харгалзсан. Тухайлбал, оношилгооны тоног төхөөрөмж эвдэрч хараахан засагдаагүй байвал 1 буюу 2 гэсэн үнэлгээ өгнө. Хэрэгцээний үнэлгээ нь хэд хэдэн зорилготой. Нэгд, дараа дараагийн үнэлгээг харьцуулах суурь түвшинг тодорхойлно. Хоёрт, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний чадавхи бүрдүүлэхэд тавьж буй олон улсын стандартын шаардлагыг эрүүл мэндийн ажилчдад таниулна. Гуравт, үнэлгээгээр илрүүлсэн алдаа дутагдлыг засч залруулах үйл ажиллагааг идэвхижүүлнэ.

Ийнхүү Ханой хотод гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний чадавхийг сайжруулах хоорондоо уялдаа бүхий хэд хэдэн арга хэмжээ авч хэрэгжүүлсэн байна. Тухайлбал, эмч, сувилагч нарын ажлын байран дээрх сургалтыг эрчимжүүлж, ийм төрлийн сургалтыг тогтмол зохион байгуулж, орон нутгийн чадавхийг бэхжүүлсэн; тоног төхөөрөмж, эмнэлгийн багаж, хэрэгслийн хэрэгцээг тооцоолж төлөвлөхөд анхаарал хандуулсан; гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний чанарыг сайжруулах хөтөлбөрийг хэд хэдэн эмнэлэгт хэрэгжүүлж, тусламж, үйлчилгээний удирдлагын чадавхийг дээшлүүлсэн. Эдгээр арга хэмжээг ЭМГ-ын харъяа бүх түвшний эмнэлэгт цогцоор нь хэрэгжүүлэхийн зэрэгцээ эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээний чадавхийг сайжруулахад анхаарсан байна.

Гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний сургалт, Ханой хот.
© Нгуен Тай Сон

3. Үр дүн

2002, 2003, 2005 онд хийсэн хэрэгцээний үнэлгээний үр дүнд тулгуурлан хэрэгжүүлсэн арга хэмжээнд дүгнэлт хийж болно. Үнэлгээнд тусламж, үйлчилгээний шатлал тус бүрээс хэд хэдэн эрүүл мэндийн байгууллагыг түүвэрлэн хамруулсан ба ДЭМБ-ын *Гэмтлийн зайлшгүй шаардлагатай тусламж, үйлчилгээний удирдамж дахь* 260 шалгуурын дагуу үнэлсэн байна. Зарим гол шалгуурыг Хүснэгт 2-т харуулсан болно.

ХҮСНЭГТ 2 **Ханой хотын гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний чадавхийн үнэлгээ, 2002, 2003, 2005**

Шалгуур	Орон нутгийн эрүүл мэндийн пост			Дүүргийн эмнэлэг			Хотын эмнэлэг		
	2002	2003	2005	2002	2003	2005	2002	2003	2005
Үнэлгээнд хамрагдсан байгууллагын тоо	12	12	2	6	6	2	4	4	1
Ур чадвар									
Гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний чиглэлээр төгсөлтийн дараах сургалтад хамрагдсан их эмчийн эзлэх хувь	0	0	30	20	40	83	25	40	50
Гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний чиглэлээр төгсөлтийн дараах сургалтад хамрагдсан сувилагчийн эзлэх хувь	0	0	20	10	20	24	15	20	25
Сэхээн амьдруулах суурь ур чадвар	1	2	2	1-2	2	2-3	2	2-3	3
Сэхээн амьдруулах ахисан түвшний ур чадвар	0	0	1	1-2	2	2	2-3	3	3
Материаллаг нөөц									
Амилуулах суурь тусламж	0	1	1	1	2	2-3	2-3	3	3
Амилуулах суурь тусламжийн лавшруулсан тусламж	Хамааралгүй			1	1-2	2-3	2-3	3	3
Цээжний гуурс	Хамааралгүй			1	2	2	3	3	3
Хүчилтөрөгч	0	1	1	1	2	2	2	3	3
Судсаар сэлбэх шингэн	0	1	3	2	3	3	3	3	3
Цус сэлбэх	Хамааралгүй			1	2	2	2	2	3
Хүзүүний бэхэлгээ	0	0	2	0	0	2	1	2	3
Нурууны бэхэлгээ	0	0	2	0	0	2	0	0	3

Хүснэгтэд ашигласан онооны тайлал: хамааралгүй (тухайн шатлалд хамаарахгүй), 0 (байх ёстой боловч байхгүй), 1 (хангалтгүй), 2 (зарим талаар хангалттай), 3 (хангалттай).

Төгсөлтийн дараах сургалтад хамрагдсан их эмч, сувилагчийн эзлэх хувь дүүрэг, хотын эмнэлгүүдэд нэмэгдсэн байна. Ийм ч учраас амилуулах суурь тусламж болон лавшруулсан түвшний ур чадварын үнэлгээ нэмэгдэж, хотын эмнэлгүүд хүссэн түвшиндээ бүрэн, харин дүүргийн эмнэлгүүд бараг хүрсэн байна. Хотын ба дүүргийн эмнэлгүүдэд материаллаг нөөцийн хүртээмж үнэлгээнээс үнэлгээний хооронд мөн сайжирч, хотын эмнэлгүүд хүссэн түвшинд бараг хүрсэн бол дүүргийн эмнэлгүүд энэ түвшинд зарим талаар хүрсэн байна. Харин орон нутгийн эрүүл мэндийн постуудад хүний болон материаллаг нөөцийн хүртээмж сайжирсан хэдий ч хүссэн түвшинд тэр бүр хүрч чадаагүй байна.

Дөрвөн жилийн хугацаанд хийсэн үнэлгээнүүдийн дүнгээс харахад зардал багатай ч дээрх өөрчлөлтүүд тогтвортой байв. Бүтэц, зохион байгуулалтын хүчин чадлыг нэмэгдүүлснээр тусламж, үйлчилгээний явц хэрхэн сайжирсныг мөгөөрсөн хоолойд интубацийн гуурс тавих жишээн дээр харж болно. 2002 он хүртэл энэхүү ажилбарыг зөвхөн эрчимт эмчилгээний тасгийн эмч нар хийдэг байсан бөгөөд яаралтай тусламжийн тасагт интубацийн гуурс байдаггүй байв. Үүний улмаас маш хүнд гэмтэлтэй зарим өвчтөнд амилуулах тусламж, үйлчилгээг цаг алдалгүй үзүүлж чаддаггүй байв. Гэмтсэн өвчтөнд үзүүлэх амилуулах тусламж хожимдох нь сэргийлж болох нас баралтын түгээмэл шалтгаан болдог тул энэхүү тусламжийн чадавхийг сайжруулах нь зүйтэй гэж

үзсэн. Дээр өгүүлсэн сургалтуудын хүрээнд яаралтай тусламжийн тасгийн эмч, мэс засалч нарт амилуулах тусламж, үүн дотроо мөгөөрсөн хоолойн интубацийн ур чадвар эзэмшүүлэхэд анхаарч, яаралтай тусламжийн тасгуудыг интубацийн гуурсаар хангасан. Улмаар сэхээн амьдруулах лавшруулсан түвшний ур чадвар болон амилуулах лавшруулсан түвшний тусламжийн материаллаг нөөцийн хүртээмж сайжирчээ (Хүснэгт 2).

Эрүүл мэндийн байгууллагуудад гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг сайжруулахын зэрэгцээ эмнэлэг хүртэлх яаралтай тусламж, үйлчилгээний бүтэц, зохион байгуулалт, боловсронгуй болгоход анхаарч ажиллажээ. Улмаар түргэн тусламжийн постын тоог нэмж, түргэн тусламжийн газарзүйн хамрах хүрээг өргөжүүлсэн байна. Мөн эмнэлэг хүртэлх яаралтай тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх мэргэжилтнүүдийн тоог нэмж, сургалтыг эрчимжүүлсэн. Дээр дурьдсан төгсөлтийн дараах тасралтгүй сургалтуудад эмнэлэг хүртэлх яаралтай тусламж, үйлчилгээ үзүүлдэг эмч, сувилагч нар олноор хамрагдсан байна. Үр дүнд нь дуудлага өгснөөс хойш түргэн тусламж ирэх хүртэлх дундаж хугацаа 2002-оос 2009 оны хооронд 30-аас 15 минут болтол буурч, түргэн тусламжаар эмнэлэгт хүргэгдсэн хүнд гэмтэлтэй хүмүүсийн эзлэх хувь 1990-ээд оны сүүл үед 15% байсан бол 2009 онд 26%-д хүрсэн ч цаашид хийх ажил их байна.

Ханой хотод гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг сайжруулах зорилгоор хэрэгжүүлсэн эдгээр арга хэмжээ нь өртөг зардал багатай, тогтвортой байсныг цохон тэмдэглэх нь зүйтэй. Түргэн тусламжийн пост шинээр байгуулах, сургалт зохион байгуулахад л нэмэлт зардал гарсан, харин эмнэлгүүдийн материаллаг нөөцийг нэмэгдүүлэхэд нэмэлт зардал гаргаагүй ба зөвхөн зохион байгуулалт, төлөвлөлтийг нь сайжруулсан байна.

Энэхүү зардал багатай энгийн арга хэмжээг хэрэгжүүлснээр гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг бүх шатлалд тогтвортой сайжруулж болдгийг энэхүү тохиолдлын судалгаанаас харж болно. Өртөг зардал багатай, үр дүн ихтэй арга хэмжээнүүдийг тодорхойлоход ижил аргачлалаар хэрэгцээний үнэлгээ хийх нь чухал ач холбогдолтой. Иймээс арга хэмжээ хэрэгжүүлэхээс өмнө, хэрэгжүүлэх явцад, хэрэгжүүлсний дараа давтан хийх нь хэрэгжүүлсэн арга хэмжээний үр дүнг хянах, сайжруулах, өөрчлөлт шинэчлэлийг хөхиүлэн дэмжихэд асар чухал байна. Хэрэгцээний үнэлгээний аргачлалыг боловсруулахдаа ДЭМБ-ын *Гэмтлийн зайлшгүй шаардлагатай тусламж, үйлчилгээний удирдамжийг* ашигласан байна. Ханой хотын туршлагыг дэлхийн бусад бүх улсад хэрэгжүүлэх бүрэн боломжтой.

Эх сурвалж

Mock CN et al. Guidelines for essential trauma care. Geneva, World Health Organization, 2004.

Mock CN et al,. Evaluation of trauma care capabilities in four countries using the WHO-IATSIC Guidelines for Essential Trauma Care. World Journal of Surgery, 2006, 30:946-956.

Nguyen TS, Mock CN. Improvements in trauma care capabilities in Vietnam through use of the WHO-IATSIC Guidelines for Essential Trauma Care. Injury Control and Safety Promotion, 2006, 13:125-127.

Nguyen TS et al. Assessment of the status of resources for essential trauma care in Hanoi and Khanh Hoa, Vietnam. Injury, 2007, 38:1014-1022.

World Health Organization. Checklist for surveys of trauma care capabilities. (www.who.int/violence_injury_prevention/services/traumacare/en/index.html and www.who.int/violence_injury_prevention/services/traumacare/estc_checklist. pdf , accessed 19 February, 2010).

3. Сэргээн засах тусламж, үйлчилгээ

Бразил: Сан Паулогийн эмнэлэгт хэрэгжүүлсэн хялбаршуулсан сэргээн засах тусламж, үйлчилгээний хөтөлбөр

1. Тулгамдсан асуудлын танилцуулга

Бразилд сүүлийн 30 жилд эдийн засгийн өсөлт, хотжилт хурдацтай явагдаж, нэн ялангуяа залуу эрэгтэйчүүд осол, гэмтэлд өртөх нь нэмэгджээ. Холбооны ЭМГ-ын мэдээгээр гадны шалтгаант (үүнд: осол, гэмтэл, живэх, амьсгал боогдох, хордох) нас баралтын тоо 2006 онд 130,000-д хүрч, нийт нас баралтын 12%-ийг эзэлж байв. Бразил улсад Дөч хүртэлх насны хүн амын дунд осол, гэмтэл, нэн ялангуяа унаж бэртэх, хүчирхийлэл, зам тээврийн осол, гэмтэл нь нас баралтын тэргүүлэх шалтгаан болсон байна. Осол, гэмтлийн өвчлөл мөн нэмэгдэж, гэмтлийн улмаас эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлсэн хүний тоо 1998 онд 54,915 (буюу 10,000 хүн амд 3.3) байсан бол 2007 онд 70,328 (буюу 10,000 хүн амд 4.2) болж өсчээ.[6]

Гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний өсөн нэмэгдэж буй хэрэгцээг хангахын тулд эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээ үзүүлдэг болон эмнэлгийн яаралтай тусламжийн мэргэжилтнүүдийг сургалтад хамруулж, чадавхийг нь дээшлүүлэхэд анхаарч байв. Гэвч саяхныг хүртэл гэмтлийн улмаас хөгжлийн бэрхшээлтэй болсон өвчтөнүүдийн урт хугацааны сэргээн засах тусламж, үйлчилгээнд төдийлөн анхаарч байгаагүй байна. Бразилийн ихэнх хот, хөдөө орон нутгийн эмнэлгүүдэд хэвтэн эмчлүүлж буй гэмтэлтэй өвчтөнд зориулсан сэргээн засах тусламж, үйлчилгээ хязгаарлагдмал, өвчтөн нэгэнт эмнэлгээс гарсан хойно ийм төрлийн үйлчилгээ авах боломж улам бүр багасдаг байна.

2. Хэрэгжүүлсэн арга хэмжээ

Бразилийн томоохон хотуудын нэгэн адил Сан Пауло хотод гэмтлийн улмаас хөгжлийн бэрхшээлтэй болсон иргэдийн тоо өссөөр ирсэн. Сан Паологийн их сургуулийн Анагаах ухааны тэнхмийн харъяа эмнэлгийн Гэмтэл, согог судлалын хүрээлэн (ГССХ) нь гэмтлийн лавлагаа тусламж, үйлчилгээ үзүүлдэг бөгөөд энд нуруу нугасны гэмтэл, ахмад настны дунд чөмөгний хугарал, мөч тайрах болон олон хавсарсан гэмтэлтэй хүнд өвчтөнүүд эмчлэгддэг. ГССХ нь гэмтлийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлдэг 162 ортой эмнэлэг бөгөөд өмнө нь энд сэргээн засах төрөлжсөн мэргэшлийн тусламж үзүүлдэггүй байв. Гэвч 1980-1990-ээд онуудад сэргээн засах тусламж, үйлчилгээний эрэлт эрс нэмэгдэж, гэмтлийн улмаас хөгжлийн бэрхшээлтэй болсон хүмүүс сэргээн засах төвд эмчлүүлэхийн тулд нэг жил, түүнээс ч удаан хугацаагаар хүлээх шаардлага тулгардаг байжээ. Ийнхүү хүлээлгэнд байх хугацаанд хэлбэр алдагдах, цооролт, халдвар зэрэг хоёрдогч хүндрэлүүд гарч, сэргээн засах тусламжийн үр дүнг бууруулж байв. Өнгөрсөн 20 жилийн хугацаанд Сан Паулод сэргээн засах хэд хэдэн төв шинээр байгуулсан боловч энэ нь өсөн нэмэгдэж буй хэрэгцээг хангаж чадахгүй хэвээр байлаа. Мөн эдгээр төвүүд нь голдуу амбулаториор үйлчилдэг тул Сан Пауло шиг том хотод хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэд өдөр бүр хотын нэг захаас нөгөө рүү явж, тусламж, үйлчилгээ авах нь хэцүү байв.

Сэргээн засах тусламж, үйлчилгээний эрэлт хэрэгцээг хангахын тулд ГССХ тусгай хөтөлбөр хэрэгжүүлж эхэлсэн байна. Сард тус хүрээлэнд гэмтэлтэй 1,400 орчим хүн хэвтэн эмчлүүлж, эдгээрээс 50 орчим хүн (үүнд: нуруу нугасны гэмтэлтэй 2, доод мөчний хүнд гэмтэлтэй 40, дунд чөмөгний хугаралтай ахмад насны 2, хавсарсан гэмтэлтэй 10 хүн)-д урт хугацааны сэргээн засах тусламж, үйлчилгээ шаардлагатай гэсэн тооцоо гарчээ. Иймд ГССХ нь өвчтөнүүдийн үйл ажиллагааг сэргээх, хоёрдогч хүндрэлээс сэргийлэх, бие даан амьдрах боломжийг нь дээшлүүлэх зорилгоор анх 1995 онд нуруу нугасны гэмтэлтэй өвчтөнүүдэд зориулж *Сэргээн засах тусламж, үйлчилгээний хялбаршуулсан хөтөлбөрийг* бий болгож, яваандаа бусад гэмтлийг хамруулан өргөжүүлсэн байна.

[6] Эх сурвалж: www.datasus.gov.br

Тус хөтөлбөр нь үений хэлбэр алдагдах, цооролтоос сэргийлэх; үе мөчний хөдөлгөөнийг сэргээн засах (орноос тэргэнцэр, тэргэнцрээс ор руу шилжих чадвар суулгах); өтгөн, шингэний ялгаралтыг хянах чадварыг сэргээх; өвдөлт намдаах; бие даан хувийн ариун цэврээ сахих чадвар эзэмшүүлэх; сахиурт нь зориулж сургалт зохион байгуулах зорилготой байв. Сэргээн засах багаас өвчтөнийг гэрийн орчинд дасгах, үүний тулд угаалгын өрөөнд өвчтөнд зориулсан бариул хийх, хаалганы зай завсрыг өргөтгөх, налуу зам хийх зэрэг гэрийн зохион байгуулалтыг өөрчлөх талаар зөвлөгөө өгдөг байна.

Өвчтөн, түүний ар гэрийнхэнд чиг баримжаа олгох ажлыг физик эмчилгээний эмч, хөдөлгөөн засалч, сэргээн засах сувилагчаас бүрдсэн цомхон баг хийж гүйцэтгэдэг. Шаардлагатай бол сэтгэл судлаач, нийгмийн ажилтан, хөдөлмөр засалчийг татан оролцуулдаг байна. *Сэргээн засах тусламж, үйлчилгээний хялбаршуулсан хөтөлбөрийн* баг нь өөрийн гэсэн тогтсон тасаг нэгжгүй, бусад тасаг нэгжээр явж тусламж, үйлчилгээ үзүүлдэг байна.

Багийн үйл ажиллагаанд тусгай тоног төхөөрөмж шаардлагагүй бөгөөд энэ нь юуны өмнө эрүүл мэндийн боловсрол олгох хөтөлбөр юм. Сэргээн засах тусламж, үйлчилгээг мэс засал хийсний дараа өвчтөний биеийн байдал тогтворжсон даруйд эхлүүлдэг ба энэ нь голдуу гэмтэл авснаас хойш 2-3 дахь долоо хоногоос эхэлдэг. Багийн гишүүд өвчтөн, түүний ар гэрт үе мөчний хэлбэр алдагдахаас сэргийлэх, хөдөлгөөний дутагдал, цооролтоос сэргийлэхийн тулд өвчтөний байрлалыг өөрчлөх арга, арьс арчилгаа, катетер тавих, орноос тэргэнцэр, тэргэнцрээс ор руу шилжих арга зэргийг зааж өгдөг. Түүнчлэн хувцаслах, хувийн ариун цэврээ сахих, усанд орох, бэлгийн хавьталд орох асуудлаар зааж зөвлөнө. Шаардлагатай бол тэргэнцэр олгох жор бичиж өгнө. Нуруу нугасны гэмтэлтэй хүнд тохирсон сайн чанарын тэргэнцэр 300-500 ам.долларын үнэтэй (нугасны дээд хэсгийн гэмтэлтэй, дөрвөн мөчний саажилттай хүмүүст их биеийг хөдөлгөөнгүй байлгах тусгай зориулалтын тэргэнцэр хэрэгтэй ба энэ нь үүнээс үнэтэй) байна. Эхний тэргэнцрийг улсаас үнэгүй олгож, 4 жил тутам үнэгүй сольж өгдөг боловч үүнд тодорхой хугацаа (3-6 сар) шаардагддаг тул ар гэр нь санхүүгийн боломжтой бол эхний тэргэнцрийг өөрсдөө худалдан авч, цаашид улсаас үнэгүй солиулдаг байна. Сүүлийн 5 жилийн хугацаанд тэргэнцэрийн хүртээмж сайжирч, хүлээгдэл буурсан.

Гэмтэл, согог судлалын хүрээлэнгийн (ГССХ) дундаж ор хоног 2 сар орчим байх ба энэ хугацаанд *Сэргээн засах тусламж, үйлчилгээний хялбаршуулсан хөтөлбөрийн* баг өвчтөнд сэргээн засах тусламж, үйлчилгээ үзүүлдэг. Эмнэлгээс гарснаас хойш 30-60 хоногийн дараа өвчтөнүүд эхний хяналтын үзлэгт орж, цаашдын хяналтын үзлэгийн хуваарийг өвчтөний биеийн байдлаас хамаарч тогтоодог байна. Хяналтын үзлэгээр хүндрэлээс урьдчилан сэргийлэх, үйл ажиллагааг сэргээх тусламж, үйлчилгээ үзүүлдэг. Харин сэргээн засах цогц тусламж, үйлчилгээг Сан Паулогийн их сургуулийн Сэргээн засах анагаах ухааны хэлтэс амбулаториор үзүүлдэг боловч энд хүлээгдэл ихтэй байдаг. ГССХ, Сэргээн засах анагаах ухааны хэлтэс нь нэг их сургуулийн нэгжүүд боловч нэг нэгнээсээ нэлээн алслагдсан байдаг ба Сэргээн засах анагаах ухааны хэлтэс нь хэвтүүлэн эмчлэх тасаггүй тул нэгээс нөгөө рүү өвчтөн шууд шилжүүлэх боломжгүй юм. Эмнэлгээс гарсан өвчтөнүүд Сэргээн засах анагаах ухааны хэлтсийн хүлээлгэнд 6 сар орчим байдаг тул нуруу нугасны гэмтэлтэй өвчтөнүүдийн 20-30 орчим хувь нь л эндхийн сэргээн засах тусламж, үйлчилгээнд хамрагддаг байна. Иймд *Сэргээн засах тусламж, үйлчилгээний хялбаршуулсан хөтөлбөрийн* баг нь өвчтөнүүдэд хүндрэлээс хэрхэн сэргийлэх талаар зааж сурган, оршин суугаа газрынх нь ойролцоо сэргээн засах тусламж, үйлчилгээ үзүүлдэг эмч, эрүүл мэндийн байгууллагуудын талаарх мэдээллийг өгдөг.

Хялбаршуулсан хөтөлбөрийг хэрэгжүүлж эхэлсэн эхний 3 жилийн хугацаанд нуруу нугасны гэмтэлтэй цөөн (жилд 15-25) хүнд харьцангуй богино хугацаа (15-30 хоног)-ны сэргээн засах тусламж, үйлчилгээ үзүүлсэн. Хөтөлбөрийн үйл ажиллагаа өргөжихийн хирээр хугацааг 30-60 хоног болгон уртасгаж, өвчтөн, түүний ар гэрийнхэнд сургалт зохион байгуулдаг болсон. 1999 он гэхэд хөтөлбөр нь тусламж, үйлчилгээ хэрэгтэй бүх хүнд үйлчилгээ үзүүлэх боломжтой болж, бүрэн хүчин чадлаараа ажиллаж эхэлсэн байна.

ГССХ-ийн Сэргээн засах тусламж, үйлчилгээний хялбаршуулсан хөтөлбөрийн багийн гишүүд (зүүнээс баруун): нийгмийн ажилтан, физик эмчилгээний эмч, хөдөлмөр засалч, хөдөлгөөн засалч, физик эмчилгээний эмч, сувилагч, сэтгэл судлаач. *© Жулия Мария д'Андреа Грийв*

3. Үр дүн

1999-2008 онуудад ГССХ-нд нуруу нугасны гэмтэлтэй 424 шинэ өвчтөн хэвтэн эмчлүүлсэн ба тэдний дунд хүндрэлийг багасгахад сэргээн засах тусламж, үйлчилгээний хөтөлбөр нь ихээхэн нөлөө үзүүлсэн байна. Өмнө нь тус хүрээлэн сэргээн засах тусламж, үйлчилгээ үзүүлдэггүй байсан ба эмнэлгээс гарсан өвчтөнүүд удаан хугацаанд (дунджаар 22 сар) хүлээлгэнд байсны эцэст өөр эмнэлгийн сэргээн засах тасагт хэвтэн эмчлүүлдэг байсан. Энэ үед буюу 1981-1991 онд ГССХ-нд хэвтэн эмчлүүлсэн нуруу нугасны гэмтэлтэй 186 өвчтөний хүндрэлийн тоо мэдээтэй 1999-2008 оныг харьцуулж үзье.

Хүснэгт 1-ээс харахад хүндрэл илэрсэн өвчтөний эзлэх хувь буурсан ба үений хэлбэр алдагдлын хүндрэл бараг арилсныг цохон тэмдэглэх нь зүйтэй. 1999 оноос хойш хетеротоп ясжилт ба гүний хураагуур судасны бөглөрөл гэсэн 2 төрлийн хүндрэлийг шинээр бүртгэдэг болсон тул эдгээрийн тархалтыг өмнөх үетэй харьцуулах боломжгүй байна. Гэсэн хэдий ч эдгээрийн тархалт харьцангуй бага байна.

ХҮСНЭГТ 1. **Бразилийн Сан Паулогийн их сургуулийн эмнэлэгт эмчлүүлсэн нуруу нугасны гэмтэлтэй өвчтөнүүдэд бүртгэгдсэн хүндрэл, 1981-1991 ба 1999-2008 оны харьцуулалт**

Хүндрэл	1981-1991 N=186	1999-2008 N=424	Бууралт, хувиар
Шээсний замын халдвар	85%	57%	28%
Цооролт	65%	42%	23%
Өвдөлт[a]	86%	63%	23%
Булчингийн чангарал	30%	10%	20%
Үений хэлбэр алдагдал	31%	8%	23%
Хетеротоп ясжилт	-	15%	-
Гүний хураагуур судасны бөглөрөл	-	5%	-

[a]Өвдөлт: үйл ажиллагааны сэргэлтийг саатуулсан архаг өвдөлт
N – тухайн хугацаанд эмчлүүлсэн өвчтөний тоо
Эх сурвалж: Greve et al, 1994; Souza et al, 2009

Харьцуулж буй 2 хугацаанд (1981-1991 буюу "өмнө нь", 1999-2008 буюу "дараа нь") эмчлүүлсэн өвчтөнүүд нас (дундаж нас өмнө нь 29, дараа нь 35), хүйсийн (эрэгтэй өмнө нь 70%, дараа нь 84%) хувьд хоорондоо төстэй. Гэмтлийн шалтгааны хувьд ялгаатай: галт зэвсгийн шалтгаант гэмтэл өмнө нь 54%, дараа нь 19%. Гэмтсэн нугасны түвшин ялгаатай: өмнө нь өвчтөний 65% нь хоёр мөчний, 35% нь дөрвөн мөчний саажилттай, дараа нь 59% нь хоёр мөчний, 41% нь дөрвөн мөчний саажилттай. Мэдрэхүй, хөдөлгөөний үйл ажиллагаа бүрэн алдагдсан өвчтөн 84% байсан бол дараа нь 86% болсон.

Эдгээр тоо мэдээнээс харахад, сэргээн засах энгийн тусламж, үйлчилгээг цомхон багаар үзүүлсэн нь нуруу нугасны гэмтэлтэй хүмүүсийг хүндрэлээс сэргийлэх асар үр дүнтэй арга хэмжээ болсон. Энэхүү баг нь тусгай тасаг, нэгж байгуулахгүйгээр, олон тоног төхөөрөмж, багаж хэрэгсэл шаардахгүйгээр энгийн сэргээн засах тусламж, үйлчилгээг үзүүлсэн нь хөтөлбөрийн зардлын үр ашгийг улам бүр нэмэгдүүлсэн байна. Түүнчлэн нуруу нугасны гэмтэлтэй хүмүүст эмнэлгээс гарснаас нь хойш ч гэсэн хяналт тавьж ажилласан нь хүндрэлээс сэргийлэхэд асар чухал байв.

Нуруу нугасны гэмтэлтэй өвчтөнүүдэд төрөлжсөн мэргэшлийн төвд сайн сургагдсан баг сэргээн засах тусламж, үйлчилгээг үзүүлэх нь сайн хэдий ч нөөц боломж хязгаарлагдмал үед нэгдсэн эмнэлэгт ч гэсэн сайн сургагдсан цомхон баг үр дүнтэй тусламж, үйлчилгээ үзүүлж болдгийг энэхүү тохиолдлын судалгаа харууллаа.

Сэргээн засах тусламж, үйлчилгээний хялбаршуулсан хөтөлбөрийг бусад төрлийн гэмтлийн тусламж, үйлчилгээнд ашигласан нь

Сэргээн засах тусламж, үйлчилгээний хялбаршуулсан хөтөлбөрийг нуруу нугасны гэмтлээс гадна бусад төрлийн гэмтэл (ахмад настны дунд чөмөгний хугарал, доод мөчний хүнд гэмтэл)-ийн тусламж, үйлчилгээнд ашигласан.

Ахмад настны дунд чөмөгний хугарал

Дунд чөмөгний хугаралтай ахмад настай өвчтөнүүдийн дунд нас баралт, үйл ажиллагааны алдагдлыг бууруулах зорилгоор энэхүү хөтөлбөрийг хэрэгжүүлсэн. 1999 он хүртэл ийм төрлийн өвчтөнүүдэд зориулсан сэргээн засах тусламж, үйлчилгээ байгаагүй юм. Тус хөтөлбөрийг согог заслын мэс заслын эмч, ахмад настны анагаах ухааны судлаач нар хамтран удирдаж, дунд чөмөгний хугаралтай, мэс засал хийх шаардлагатай ахмад настнуудыг хамруулсан. Хөтөлбөрийн хүрээнд өвчтөн, түүний ар гэрийнхэнд мэс заслын дараа илэрч болох үйл ажиллагааны алдагдал, түүнийг даван туулах талаар боловсрол олгосон. Хөтөлбөрийн багт их эмч (согог заслын мэс засалч, настан судлаач, шаардлагатай бол бусад мэргэжлийн их эмч), сувилагч, нийгмийн ажилтан, хөдөлгөөн засалч, сэтгэл зүйч, шаардлагатай бол хөдөлмөр засалч ордог байна. Хөтөлбөрийн зорилго нь хүмүүсийг аль болох богино хугацаанд хөл дээр нь босгож, туслах хэрэгсэлтэй буюу хэрэгсэлгүйгээр явж сургах, хэвтэрт орох ба үүнтэй холбоотой хүндрэл (цооролт, үений хөдөлгөөний хязгаарлалт, булчингийн хатингаршил, халдвар)-ээс сэргийлэхэд оршсон. Сэргээн засах тусламж, үйлчилгээг мэс засал хийснээс хойш даруй эхлүүлдэг байна. Ингэхдээ физик эмчилгээ, хөдөлгөөн сэргээхэд саад болж болзошгүй хавсарсан өвчний эмчилгээ хийхийн зэрэгцээ шаардлагатай бол өвчтөний гэрт очиж, амьдрах орчныг өвчтөний хэрэгцээнд нийцүүлэн өөрчлөх талаар зөвлөгөө өгч байлаа. Тухайлбал, угаалгын өрөөнд өвчтөнд зориулсан бариул хийх, хаалганы зай завсрыг өргөтгөх, шатанд бариул хийх, унаж бэртэхээс сэргийлж сул хивс, зарим төрлийн тавилга г.м. аюулт хүчин зүйлийг зайлуулах зэргээр гэрийн зохион байгуулалтыг өөрчлөх арга хэмжээ авахад тусалдаг.

Доод мөчний хүнд гэмтэл

Бразилийн томоохон хотуудад хүргэлтийн үйлчилгээнд болон хувийн унааны зориулалтаар мотоцикл унах нь ихсэж, улмаар доод мөчний гэмтэл нэмэгдсэн. Эдгээр гэмтлийн үед, заримдаа олон сар, жилээр эмчилгээ хийсний эцэст мөч тайрах хагалгаа хийхээс өөр аргагүй байдалд хүртэл ордог байна.

Мотоциклийн ослын улмаас доод мөчний хүнд гэмтэл авсан өдөрт дунджаар хоёр өвчтөн шинээр ирж, ГССХ-ийн яаралтай тусламжийн тасагт хэвтэн эмчлүүлдэг байна. Ийм өвчтөнд урт хугацаа (6-24 сар)-ны эмчилгээ хийж, давтан мэс засал хийх шаардлагатай болдог. Эмчилгээ хийсэн ч багагүй хувь (10%) нь хөлөө тайруулахаас өөр аргагүй байдалд ордог. Доод мөчөө тайруулсан 4 шинэ өвчтөн долоо хоног тутам сэргээн засах багийн тусламж, үйлчилгээг авдаг байна. Энэхүү багт их эмч (согог заслын мэс засалч, физик эмчилгээний эмч), хөдөлгөөн засалч, хөдөлмөр засалч, сувилагч, сэтгэл зүйч, нийгмийн ажилтан, протезийн техникч ордог. Их эмч нар өвчтөний биеийн байдлыг үнэлж, протез захиалж, мэс заслын шарх эдгэрмэгц протезийг тохируулдаг байна. Протезийн зардлыг улсаас даадаг ба захиалгыг бэлэн болгоход 6-8 долоо хоног шаардагддаг. Энэ хооронд өвчтөнд тайруулсан мөчийг хэрхэн арчлах талаар зөвлөгөө өгнө.

Протез бэлэн болсны дараа 12 долоо хоногийн сургалт зохион байгуулна. Энэ хугацаанд өвчтөнийг протезд дасгах, дотоод орчинд болон гадуур протезтой алхах дасгал хийнэ. Энэхүү сургалтыг эмнэлэгт хэвтэж байх хугацаанд, долоо хоногт 2-3 удаа зохион байгуулна. Сургалтад хамрагдсан өвчтөнүүдийн 75% буюу хөлөө өвдөгнөөс дээш тайруулсан хүмүүсийн 50%, өвдөгнөөс доош тайруулсан хүмүүсийн 80-90% нь протезийг тасралтгүй хэрэглэж, үйл ажиллагааны хувьд бусдаас хараат бус болж чадсан байдаг. Сэргээн засах тусламж, үйлчилгээ хийж эхлэхээс өмнөх үеийн тоо мэдээ хомс боловч тухайн үед өвчтөнүүдийн 40 хүрэхгүй хувь нь протез хэрэглэж, үйл ажиллагааны хувьд бусдаас хараат бус болж чаджээ. Үүнтэй харьцуулахад өнөөгийн 75 хувийн үзүүлэлт бол яах аргагүй томоохон амжилтын илрэл юм.

Сэргээн засах тусламж, үйлчилгээний төрөлжсөн мэргэшлийн тусгай төвүүдэд хэрэгжүүлэх сэргээн засах цогц хөтөлбөрүүд маш чухал боловч өртөг зардал ихтэй байдаг. Нөөцийн хувьд хязгаарлагдмал хөгжиж буй улс орнууд өртөг зардал багатай сэргээн засах суурь тусламж, үйлчилгээ хөгжүүлснээр гэмтлийн шалтгаант үйл ажиллагааны алдагдал, хоёрдогч хүндрэлийг бууруулах бүрэн эд боломжтой юм.

Нэгдсэн эмнэлгүүдэд сэргээн засах тусламж, үйлчилгээний сайн сургагдсан цомхон баг байгуулах нь асуудлыг шийдэх гарц байж болно. Өвчтөний эрүүл мэндийг дэмжих, хүндрэлээс сэргийлэх зорилгоор энгийн сэргээн засах суурь тусламж, үйлчилгээг гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний нэг бүрэлдэхүүн хэсэг болгон хөгжүүлсэн. Энэ нь өвчтөний үйл ажиллагааг сэргээх боломжийг нэмэгдүүлэх ач холбогдолтой. Сэргээн засах баг байгуулан сургаж, ажиллуулахын зэрэгцээ тэднийг эмчилгээнд аль болох эртнээс татан оролцуулах шаардлагатайг гэмтлийн эмч нарт ойлгуулах нь зүйтэй. Гэмтлийн дараах эрт үеийн сэргээн засах тусламжийг өвчтөнийг эмнэлэгт байхад нь цаг алдалгүй эхлүүлж, эмнэлгээс гарсных нь дараа урт хугацаанд хяналтад байхын чухлыг энэхүү тохиолдлын судалгаа харуулсан. Мөн сэргээн засах тусламж, үйлчилгээнд хувь хүнийг өөрийг нь, ар гэрийг нь оролцуулах нь тусламж, үйлчилгээний үр дүнг дээшлүүлэхэд чухал ач холбогдолтой байна.

Эх сурвалж

Furlaneto ME, Garcez-Leme LE. Impact of delirium on mortality and cognitive and functional performance among elderly people with femoral fractures. Clinics (Sr o Paulo), 2007, 62(5):545-52.

Greve JMD, Chiovato J, Batisttella LR. Critical Evaluation – 10 years SCI rehabilitation treatment in a developing country 1981-1991, Sr o Paulo, Brazil. Free paper in the 33rd Annual Scientific Meeting of the International Medical Society of Paraplegia. Kobe, Japan. May 30-June 2 1994. Souza DR et al. Perfil dos pacientes com lesr o medular aguda do Instituto de Ortopedia e Traumatologia Do HC-FMUSP [Profile of patients with acute spinal cord lesions treated at the Institute of Orthopaedics and Traumatology of HC-FMUSP]. XIII Congreso de la Asociaciyn Mйdica Latinoamericana de Rehabilitaciyn. Punta del Este, Uruguai. 27-30 October, 2008

Souza DR et al. Characteristics of traumatic spinal cord injuries in a referral center: Institute of Orthopaedics and Traumatology, Clinical Hospital, Faculty of Medicine, University of Sr o Paulo, IOT-HCFMUSP, Sr o Paulo, Brazil. Free paper in the International Society of Physical and Rehabilitation Medicine (ISPRM) World Congress. Istanbul, Turkey. June 13-17 2009.

Дөрөв. Гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний тогтолцоо – сайжруулалт

Канад: Квебек мужийн гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний тогтолцоог сайжруулах

1. Тулгамдсан асуудал

1990 онд Квебек муж 8 сая хүн амтай, жил бүр осол, гэмтлийн улмаас 100 000 хүн амд 53 хүн нас бардаг байсан. Квебек дэх гэмтлийн ачааллыг бууруулахын тулд гэмтлийн эмч нар, орон нутгийн засаг захиргаанаас гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг сайжруулах арга замыг хайж эхэлсэн. 1987 онд хийсэн суурь судалгааны үнэлгээгээр Квебек мужид осол, гэмтлийн улмаас гэмтсэн хүмүүсийн нас баралтын түвшин нь Канад болон АНУ-ын олон эмнэлгүүдэд эмчлүүлж байсан хүмүүсийн нас баралтын түвшингээс харьцангуй өндөр байсан.

Бусад газруудад гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний төлөвлөлт, байгууллагын тогтолцоог нийтэд нь сайжруулснаар нас баралтыг бууруулсан тул Квебект дээрхтэй ижил төстэй аргуудыг хэрэглэх нь мэдээжийн үр дүн өгөх нь ойлгомжтой. 1993 оноос өмнө Квебект осол, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээ нь янз бүрийн хүчин чадалтай, цар хүрээтэй, ур чадварын түвшинтэй хэвтэн эмчлүүлэх болон амбулаторид суурилсан байсан. Осол, гэмтэлд өртсөн өвчтөнд эмнэлэг хүртэлх гурвалсан үйлчилгээ буюу гэмтэж бэртсэн өвчтөнд эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх хамгийн ойрын эмнэлэгт аваачих, өвчтөний ослын хүндрэлийг тооцох болон осол, гэмтлийн мэргэжлийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх чадвартай хүлээн авах төвтэй тогтолцоо байхгүй байсан. Төвүүдийн хооронд өвчтөнд хүрч очих, өвчтөн шилжүүлэх, тээвэрлэхэд зориулагдсан харилцаа холбоо байхгүй байв. Үүнээс гадна, эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээний удирдамж, чанарын хяналтын механизм байхгүй байсан. Мужийн нэгдсэн стандарт байхгүйгээс эмнэлэг бүр өөрийн чадавхийг дураараа тодорхойлж байв.

Квебек мужийн захиргаа 1990 онд осол, гэмтлээс урьдчилан сэргийлэх ажилд ач холбогдол өгсний үр дүнд 1987 онд хийсэн бүс нутгийн осол, гэмтлийн тогтолцооны чанарыг сайжруулах арга хэмжээг шат дараалан байнгын үнэлгээ, өөрчлөлттэйгээр эхлүүлсэн явдал юм.

2. Хэрэгжүүлсэн арга хэмжээ

Осол, гэмтлийн бүртгэл

Квебекийн гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний тогтолцоог бэхжүүлэх гол бүрэлдэхүүн хэсэг бол нэг мужийн хэмжээнд осол, гэмтлийн бүртгэлийг бий болгох явдал юм. Энэ нь хэд хэдэн эмнэлгийн бүртгэл дээр суурилсан. Осол, гэмтлийн бүртгэлийн тогтолцоо сайжрахын хирээр бүх томоохон эмнэлгүүдийн осол, гэмтлийн үйлчилгээний мэдээллүүд нэгдсэн систем орж бүртгэл сайжирсан ба мужийн аль ч эмнэлэгт осол, гэмтлийн улмаас хандсан бүх өвчтөн хамрагдах болсон. Энэ бүхэн нь нотолгоонд суурилсан шийдвэр гаргах, улмаар Квебекийн осол, гэмтлийн тогтолцоонд хэрэгжүүлсэн арга хэмжээ, олон үр нөлөөг үнэлэх боломжтой болгожээ.

Осол, гэмтлийн бүртгэлд өвчтөнүүдийг дараах байдлаар бүртгэж байв. Үүнд: осол, гэмтлийн шалтгаантай нас баралт; 3 хоногоос дээш хугацаагаар эмнэлэгт хэвтэж эмчлүүлэх; эрчимт эмчилгээний тасагт орох; эсвэл нэг эмнэлгээс нөгөөд шилжүүлэх. Осол, гэмтлийн улмаас доорх шалгууруудын аль нэгний улмаас нас барсан зарим нэг өвчтөнүүдийг "хүнд" гэмтэлтэй гэж тодорхойлдог. Үүнд:

- 12-аас их гэмтэл бэртлийн оноотой
- Эмнэлэг хүртэлх индекс 3-аас их
- 3 буюу түүнээс дээш тооны гэмтэлтэй ослын үеийн оноо (AIS) бүхий 4 буюу түүнээс дээш гэмтэл
- Эмнэлэгт 3-аас дээш хоног байрлаж буй.

Ослын үеэр нас барсан өвчтөнүүд бүртгэлд ордоггүй боловч, яаралтай тусламжийн тасагт ирээд нас барсан эсвэл эмнэлэгт хүргэгдэж байх замдаа нас барсан бол бүртгэлд ордог байв.

I-р үе шат- Эхлэл: Гэмтлийн төвийн магадлан итгэмжлэл, осол, гэмтлийн цахим сүлжээ (1993-1994).

1992 онд дөрвөн эмнэлэг "магадлан итгэмжлэгдсэн" гэмтлийн төв болж, үүний 3 нь Монтреалд (Квебек мужийн том хот), 1 нь Квебек хотод (мужийн нийслэл) бий болжээ. Эдгээр эмнэлгүүдийн осол, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний чадавхи нь Америкийн мэс засалчдын Коллежоос ((ACS –American College of Surgeons) - Канад болон АНУ-ын мэс засалчдаас бүрдсэн мэргэжлийн байгууллага)) тогтоосон хатуу шалгуурыг хангасан байх ёстой юм. Магадлан итгэмжлэгдсэн эмнэлэг нь 24 цагийн турш өвчтөнд тусламж, үйлчилгээ үзүүлэхэд бэлэн тусгай гэмтлийн багтай байх (тухайлбал бүрэн сургагдсан) эсвэл ерөнхий мэс засалчаар ахлуулсан байнгын ажилтан, яаралтай тусламжийн эм тариа, мэдээ алдуулалтын их эмч, мэдрэлийн мэс засалч, ортопед мэс засалчтай байх шаардлага тавигдсан. Мөн төв нь 24 цагийн турш үйлчилгээ үзүүлдэг түргэн тусламжийн өрөөтэй байх ёстой. Үүнээс гадна, 24 цаг дуудлагын сувилагч ажиллаж, мэргэшсэн эмч нарыг эмнэлэг дээр 30 минутын дотор дуудаж авчрах ёстой байв. Дараагийн жил нь (1993) Монреалийн хоёр эмнэлэг 1 дүгээр шатлалын (гуравдагч шатлалын хамгийн өндөр түвшин) магадлан итгэмжлэгдсэн гэмтлийн төвүүдтэй болсон.

Квебекийн Засгийн газар эмнэлгийн санхүүжилтийг сайжруулсанаар гэмтлийн төвийн дэд бүтэц бэхжсэн байна. Гэмтлийн эмчилгээний өрөөнүүд нь эмнэлгийн яаралтай тусламжийн өрөөнүүдийн шаардлагатай тоног төхөөрөмж, оношилгооны тоног төхөөрөмжөөр тоноглогдсон. Үүнээс гадна Квэбэкийн Засгийн газар гэмтлийн төвийн дэд бүтцийг бэхжүүлэхээс гадна тоног төхөөрмжийн засвар үйлчилгээний байдал, Америкийн мэс засалчдын Коллежийн стандартын хэрэгжилтийг хянах ажлыг хариуцдаг гадны хяналтын зөвлөлийг томилж ажиллуулсан.

II үе шат – Завсрын: Эмнэлэг хүртэлх гурвалсан тусламж болон эмнэлэг хооронд тээвэрлэх удирдамж (1995-1997).

Энэ үе шатанд эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээг онцгойлон авч үзэх болно. II үе шатанд Кэбэкт эмнэлэг хүртэлх гурвалсан үйлчилгээний бодлого бий болсон. Бүх өвчтөнүүдийг эхлээд хамгийн ойр эрүүл мэндийн байгууллагад хүргэж, биеийн байдал нь тогтворжсоны дараа шаардлагатай бол дараагийн шатлалын эрүүл мэндийн байгууллага руу шилжүүлнэ. Мөн түүнчлэн яаралтай тусламжийн олон төрлийн үйлчилгээ үзүүлж байгаа үед тусламж, үйлчилгээний хяналт, зохицуулалт хязгаарлагдмал байв. Квэбэкт хийсэн хэд хэдэн судалгаагаар шийдвэрлэх шаардлагатай тогтолцооны зарим асуудлуудыг илрүүлсэн. Нэгдүгээрт, хэрэв эмнэлэг хүртэлх хугацаа 1 цагаас хэтэрвэл өвчтөний нас барах эрсдэл гурав дахин нэмэгдэж байв. Хоёрдугаарт, 1993-1995 онуудад 1-р шатны гэмтлийн төв рүү шууд хандсан өвчтөн болон хамгийн ойрын эмнэлэгт очоод дараа нь дээд шатны нарийн мэргэжлийн эмнэлэгт шилжсэн өвчтөний биеийн байдлыг харьцуулсан байна. Судалгааны үр дүнгээс харахад 1-р шатны гэмтлийн төвд шууд очоогүй хүмүүсийн нас барах магадлал 57%-иар өндөр мөн эмнэлэгт эмчлүүлсэн өдөр болон эрчимт эмчилгээний хугацаа урт байсан байна.

Иймээс эмнэлэгт очихоос өмнөх хугацааг багасгах мөн амь насанд аюултай гэмтэл авсан өвчтөний биеийн байдлыг тодорхойлж 1-р шатлалын гэмтлийн төвд шууд хүргэдэг гол зорилго бүхий эмнэлэг хүртэлх гурвалсан удирдамжийг нэвтрүүлсэн. Энэ удирдамжийг 1-р үе шатанд албан бус, заавал дагаж мөрдөхгүй шалгуур болгон нэвтрүүлсэн бол 2-р үе шатанд орон нутгийн Засаг захиргаанаас албан ёсны эрх авч, заавал мөрдөх шалгуур болгон нэвтрүүлсэн.

Энэ удирдамж нь эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээний үйл явц, эмнэлэгт хүргэх хугацааг багасгаж тогтоож өгсөн. Эдгээр удирдамжуудад өвчтөний гэмтсэн байдал, тээврийн хэрэгсэлийн хүрч очих зайд тулгуурласан түргэн тусламжийн техникчид (яаралтай тусламжийн ажилтан) зориулсан удирдамжийг багтаасан байсан. Энэ удирдамж нь хэд хэдэн гэмтэлтэй өвчтөнүүдийг 1 дүгээр шатлалын гэмтлийн төвд шууд аваачих эрхийг олгосон. Хэрэв энэ нь боломжгүй бол (их хол зайтай бол) өвчтөнийг анхан шатны эрүүл мэндийн байгууллага руу аваачиж, 1 дүгээр шатлалын гэмтлийн төв рүү аль болох боломжоороо хурдан шилжүүлэхээр заасан байна. Шилжүүлэх бодлого нь 1-р шатлалын (гуравдагч шатлал), 2 (завсрын), 3-р (анхан шатны, орон нутгийн эмнэлэг)

шатлалын гэмтлийн төвүүд ямар өвчтөнийг лавлагаа шатлал руу шилжүүлэх талаар илүү сайн тодорхойлох хэрэгтэйг мөн тогтоосон. Гуравдагч шатны төв эмнэлэг болон ойр орчмын эмнэлгүүдийн хооронд байгуулсан шилжүүлэх удирдамжийг хэрэгжүүлэхийн тулд шилжүүлэх гэрээг бий болсон. Энэ хугацаанд, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлж буй эмнэлгүүдийн цахим сүлжээний чадавхийг сайжруулах, стандартчилах талаар ахиц дэвшил гарсан.

1993 онд байгуулагдсан 1-р шатлалын гэмтлийн төвөөс гадна, 1994, 1995 онуудад 2 шатлалын төвийг байгуулж, 3-р шатлалын төвийг 1995-1996 онд байгуулав. Бүх тохиолдолд гэмтэж бэртсэн өвчтөнүүдийг бусад өвчтөнүүдтэй адил ерөнхий эмнэлгүүд хүлээн авч тусламж, үйлчилгээ үзүүлдэг. Гэмтлийн эмнэлгийн төв гэж тусгай шинэ эмнэлгийг байгуулаагүй. Харин зөвхөн эмнэлэг доторх осол, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний чадавхийг сайжруулж, стандартын түвшинд хүргэсэн юм. 2010 онд 3 дугаар шатлалын 26 төв, 2 дугаар шатлалын 27 төв, 1 дүгээр шатлалын 3 төвүүд бий болсон байв. 1 дүгээр шатлалын төв томоохон хотуудад - Монреаль хотод хоёр, Квебек хотод нэг нь байрлав. 2 болон 3-р шатлалын төвүүд мужийн хүн амын тархалтаас хамаарч байрлаж байсан ба нутгийн өмнөд хэсэгт хүн ам илүү нягт суурьшсан тул илүү олон төвийг бий болсон. Монреальтэй зэрэгцэн 1-р шатлалын төвийн ойролцоо оршдог нэг муж бусад бүх Квэбэкийн 17 муж бүрд 2 болон 3 дугаар шатлалын төв доод тал нь 1 байдаг байна. Нэмж хэлэхэд, төрөлжсөн төвүүдэд гэмтлийн нарийн мэс засал ялангуяа тархи, нуруу нугасны гэмтлийн чиглэлээр менежмент хийгдэв.

Эмнэлэг хооронд шилжүүлэх удирдамжид гэнэтийн осол, гэмтлийн үеийн тусламж, үйлчилгээний эмнэлгийн чадавхийн шалгуур, урт хугацааны сэргээх засах тусламж, үйлчилгээний шалгуурыг тус тус боловсруулж тусгасан. Үүнд өвчтөнг эмнэлгээс гарсны дараа сэргээн засах байгууллага руу хэн илгээх талаарх удирдамж орсон байна. Үүнтэй зэрэгцэн сэргээн засах эмнэлэгт тавигдах шалгуурыг нэгэн адил тогтоож, эдгээр эмнэлгийг магадлан итгэмжлэх үйл явц давхар явагдсан. Түүнчлэн осол, гэмтлийн тогтолцоо дахь сэргээн засах тусламж, үйлчилгээний бүрэлдэхүүн хэсэгт гэмтлийн улмаас урт хугацааны хөгжлийн бэрхшээлтэй болж гэртээ байгаа хүмүүсийн хэрэгцээ орж байв. Байгууллага, агентлагууд нь урт хугацааны хөгжлийн бэрхшээлтэй болсон гэмтлийн өвчтөнүүдийн амьдрах таатай орчинг бүрдүүлсэн олон нийтийн үйлчилгээг үзүүлж эхлэв. Эдгээр үйлчилгээ өвчтөн болон түүний хамаатан садан, ойр дотны хүмүүсийн нийгмийн оролцооны түвшин, амьдралын чанарыг сайжруулах хүсэл эрмэлзэлийг идэвхижүүлэхэд чиглэгдэнэ.

III үе шат - Дэвшилтэт: Гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний тогтолцоог дахин хянах, үнэлэх, нэгтгэх (1998 оноос хойш).

Гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний тогтолцооны суурь нь гэмтлийн төв, шилжүүлэх удирдамж болон тусламж, үйлчилгээний стандартаас бүрдэнэ. Энэ тогтолцоо нь 3 дугаар шатлалд улам өргөжсөн. Энэ шатлалд тогтолцооны хөгжил, оролцоог судалж, үнэлэх, дүгнэх, нэгтгэх, гэмтлийн төвийг дахин томьёолж, 2 болон 3-р шатлалын төвүүдийг өргөжүүлэхийг зорьж байв. Зарим 2, 3 шатлалын төвүүд түвшин тогтоосон шалгуурыг хангахгүй, гэмтсэн өвчтөнд тусламж, үйлчилгээ үзүүлэхээ больсон байв. Яаралтай тусламж үзүүлдэг бүх эмнэлгүүд нэгдэж байв. Эмнэлэг хүртэлх гурвалсан үйлчилгээг ашиглах удирдлага, зохион байгуулалтын удирдамжийн хэрэгжилт илүү сайжирч байв. Энэ шатлалд төрөлжсөн төвүүдийн гэмтлийн нарийн мэргэжлийн (дээр дурьдсан) менежментийн үйл ажиллагаа явагдаж эхэлсэн.

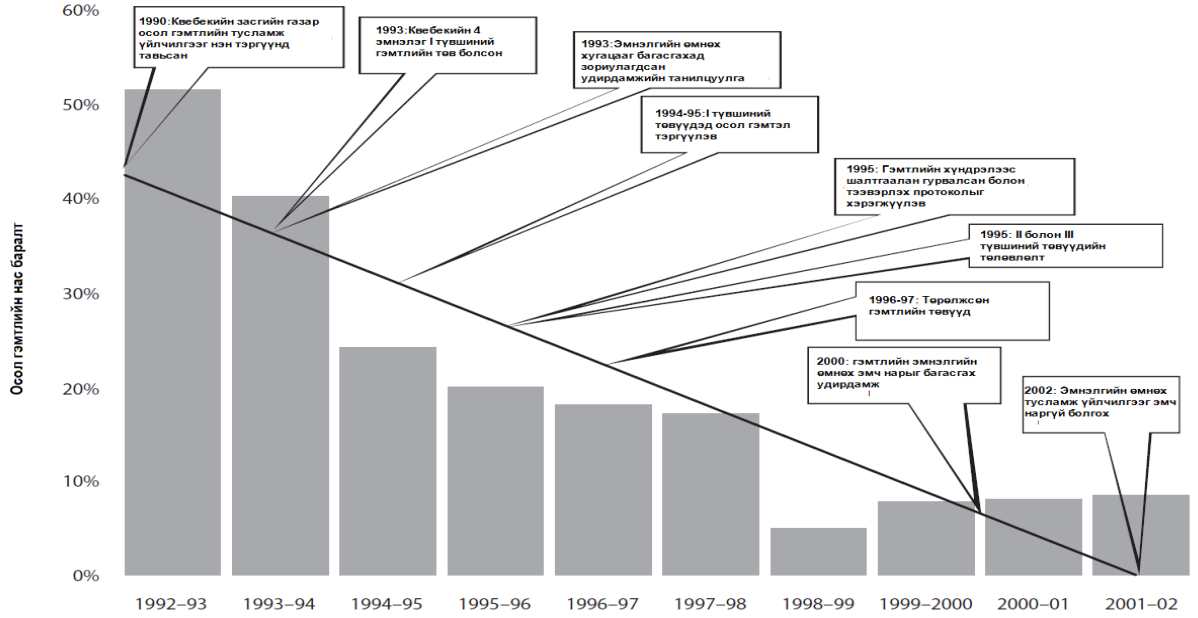
3. Үр дүн

Квебекийн гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний тогтолцооны хөгжил нь нотолгоонд тулгуурлаж, нотолгооны хариуд бодлогын өөрчлөлтүүд гарч эхэлсэн. Үүнд: үйл ажиллагааны үр дүнтэй байдлыг нотлох баримт, асуудлыг тодорхойлсон нотолгоонууд орсон. Асуудлыг тодорхойлсон жишээнд, судалгаагаар осол, гэмтлийн газарт хүрч очих цаг хугацаа урт байх нь тусламж, үйлчилгээний үр дүнд муу нөлөөтэйг, мөн шаардлагагүй дүрэм журмыг хүчингүй болгох, цаг хугацааг богиносгох зэрэг асуудал байгааг илрүүлсэн. Иймээс эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээний удирдамжийг гаргасан байна.

Үйл ажиллагааны үр дүнтэй байдлыг тогтоосон жишээнээс харахад, 1 дүгээр шатлалын гэмтлийн эмнэлгийн өвчтөнүүдийн нас баралтын түвшин магадлан итгэмжлэл авахаас өмнө 20% байсан бол дараа нь 10% хүртэл буурсан байна. Энэхүү чухал ач холбогдолтой арга хэмжээ нь магадлан итгэмжлэлийн үйл ажиллагааны ач холбогдлыг харуулж, түүнийг өргөжүүлэхийн тулд ухуулга нөлөөлөл хийх шаардлагатайг нотолж өгсөн.

Ерөнхийдөө эдгээр гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний тогтолцооны хөгжил дэвшил нь тусламж, үйлчилгээний үйл явцыг тогтвортой сайжруулахад хүргэсэн. Жишээлбэл, III үе шатанд эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээний дундаж хугацаа нь тогтолцоог хэрэгжүүлэхээс өмнө 62 минут байсан бол дараа нь 44 минут хүртэл буурсан байна. Тогтолцоог эхлэхээс өмнө 1-р түвшний гэмтлийн төвд амь насанд аюултай боловч эмчлэх боломжтой (хүнд гэмтлийн оноо 25-49) өвчтөний хувь 36% -аас эхлэж байсан бол III үе шатанд 84% болж өссөн байна. Дээрх өөрчлөлтүүд болон үүнтэй төстэй бусад өөрчлөлтүүд нь хүнд гэмтэлтэй өвчтөнүүдийн нас баралтын түвшинг тогтвортой буурахад хүргэсэнийг зураг 1-д харуулав. Тогтолцоог эхлэхээс өмнө 52% байсан нас баралтын түвшин, 1998 оноос хойш 8% хүртэл буурсан байна.

Зураг 1 **Квебекэд хүнд гэмтэлтэй өвчтөнүүдийн нас баралт (жилээр)**



Гэмтлийн улмаас нас барсан шалгуур үзүүлэлтийг хүнд гэмтлийн оноо (ISS) 12-аас дээш, эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээний индекс 3-аас дээш, 3 ба түүнээс дээш гэмтэлтэй Abbreviated (AIS) гэмтлийн оноо 3 ба түүнээс дээш болон эмнэлэгт 3-аас дээш хоног хэвтсэн байхаар тогтоосон. Тайлбар: нас баралтын хувь жил бүр бага зэргийн хэлбэлзэлтэй байх магадлалтай. Гэсэн хэдий ч ерөнхий хандлага тогтвортой буурч байна. MDs = эмч нар.

Эх сурвалж: Liberman et al. Implementation of a trauma care system: evolution through evaluation. *Journal of Trauma*, 2004, 56:1330-1335 (зөвшөөрөлтэйгээр)

Үүний зэрэгцээ сэргээн засах тусламж, үйлчилгээний үр дүнг сайжруулах, хянах болон үнэлэхийн тулд үүнтэй төстэй дүн шинжилгээ явуулсан байна. Эдгээрийг үнэлэхийн тулд, үйл ажиллагааны үр дүнг сайжруулахад шаардлагатай мэдээлэл эмнэлэгт байхгүй учир эмнэлгээс гарах тоо мэдээлэлд үндэслэн гэмтлийн бүртгэлийг бэхжүүлэх шаардлага бий болсон. Урт хугацааны дагаж хийгдэх судалгаа хэрэгтэй байсан бөгөөд одоогийн байдлаар гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний тогтолцоо дахь сэргээн засах тусламж, үйлчилгээний үнэлгээ хэсэгчилсэн байдлаар хийгдэж байна.

Квебекийн гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний тогтолцоог бий болгох, сайжруулах нийт зардал нь бага боловч тогтвортой хэрэгжсэн. Канадын 2 000 000 долларын анхны санхүүжилтийг (орон нутгийн эрүүл мэндийн төсвийн 1% -иас бага) гэмтлийн том төвүүдийг хөгжүүлэх шалгуур үзүүлэлтийг гаргах, дэд бүтцийн зардалд зориулсан (дээр дурьдсан 1-р үе шат) юм. Хяналт шинжилгээ, үнэлгээ хийх зохион байгуулалтын болон

магадлан итгэмжлэлийн хорооноос гаргасан удирдлага, зохицуулалт, хяналт хийхэд шаардлагатай зардлууд л зөвхөн үргэлжилж байв. Энэ зардал нь эрдэм шинжилгээний сайн дурын ажилтан, гэмтлийн эмч нарт илүү ихээр зарцуулагдаж байв. Эцэст нь ноцтой хүнд гэмтсэн хүн бүрд (гэмтэл бэртлийн оноо 16 ба түүнээс дээш авсан) үзүүлж буй тусламж, үйлчилгээний зардлыг нэмсэн ба эдгээр өвчтөнүүд нь ихэвчлэн эмнэлгийн эмчилгээний зардлаас их хэмжээгээр хэрэглэсний улмаас эрүүл мэндийн даатгалын сангаас төлөх төлбөрийн хэмжээнээс давдаг. Иймээс мужийн захиргаа I шатлалын гэмтлийн төвд даатгалын сангаас төлөх төлбөрийг нэмэгдүүлсэн байна. Орон нутгийн засаг захиргааны хувьд энэ зардал нь маш бага байсан.

Дүгнэж хэлэхэд, энэхүү судалгаа нь осол, гэмтлээс урьдчилан сэргийлэх, тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх байгууллагын бүтэц зохион байгуулалт, төлөвлөлтийг сайжруулснаар эмнэл зүйн болон эдийн засгийн үр ашигтай (жишээ нь өндөр орлоготой) орчин нөхцөлийг бүрдүүлж чадна гэдгийг харуулж байна. Энэ нь мөн газарзүйн томоохон бүсэд эмнэлэг хүртэлх болон эмнэлэг доторх тусламж, үйлчилгээний тогтолцооны төлөвлөлтийн үр ашгийг харуулж байна. Энэ бүхэнд хяналт, үнэлгээ, бүртгэл мэдээлэл чухал үүрэгтэйг онцлох хэрэгтэй. Бүхэл бүтэн тогтолцоонд урт хугацааны хяналт хийх, хэрэгжилтийн явцыг үнэлэх, асуудлыг тодорхойлоход авсан бүх алхам, арга хэмжээнүүд нотолгоонд тулгуурласан болно. Хэдийгээр жишээ нь өндөр орлоготой улс орнуудынх боловч, бүх улс оронд нотолгоонд суурилсан тогтолцоог бэхжүүлэхэд ашиглаж болох юм.

Эх Сурвалж

Liberman M et al. Implementation of a trauma care system: evolution through evaluation. Journal of Trauma, 2004, 56:1330-1335.

Sampalis JS et al. Standardized mortality ratio analysis on a sample of severely injured patients from a large Canadian city without regionalized trauma care. Journal of Trauma, 1992, 33:205-211.

Sampalis JS et al. Trauma center designation: initial impact on trauma-related mortality. Journal of Trauma, 1995, 39:232-239.

Sampalis JS et al. Direct transport to tertiary trauma centers versus transfer from lower level facilities: impact on mortality and morbidity among patients with major trauma. Journal of Trauma, 1997, 43:288-295.

Sampalis JS et al. Trauma care regionalization: a process-outcome evaluation. Journal of Trauma, 1999, 46:565-579.

Шри Ланк: Осол, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг зохицуулах ажлын хэсэг

1. Тулгамдсан асуудал

20 сая хүн амтай Шри Ланка арлын эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний тогтолцоо нь сайн хөгжсөн бөгөөд дунд орлоготой улс орнуудаас хамаагүй дээр гэж үздэг. Жишээлбэл, эрүүл мэндийн анхан шатны 274 нэгж байдаг бөгөөд энэ нь 4.8 км зайд үйлчилдэг байна. Энэ нь үр дүнтэй зохион байгуулалт байсан хэдий ч осол, гэмтлийн тохиолдлын түвшин нэмэгдсээр байсан.

1995 оноос хойш улсын эмнэлэгт бүртгэгдсэн өвчлөлүүдийн нэг гол шалтгаан нь осол, гэмтэл байв. 2003 оны байдлаар эмнэлэгт бүртгэгдсэн 6 хүн тутмын 1 нь осол, гэмтэлд өртсөн, 9 хүн тутмын нэг нь осол, гэмтлийн улмаас нас барж байлаа. Үүнд: зам тээврийн болон ахуйн осол, гэмтэл зонхилон тохиолдож байв. Үүний зэрэгцээ 30 жилийн турш үргэлжилсэн иргэний дайн нь осол, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний ачааллыг нэмэгдүүлсэн. Хэдийгээр сайн хөгжсөн эрүүл мэндийн дэд бүтэцтэй ч, гэмтсэн хүмүүсийн тоо өсөн нэмэгдэж байгааг шийдвэрлэхэд олон асуудал тулгарсан. Саяхныг хүртэл хөдөө орон нутагт эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээг үзүүлэх чадавхи сул байв. Гэмтсэн хүнийг харсан хүмүүс анхаарал тавьж, ямар нэг аргаар эмнэлэгт хүргэдэг байна. Эмнэлэгт доторхи тусламж, үйлчилгээний хувьд хөгжингүй арлууд байсан боловч осол, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлж байгаа бүх эмнэлгүүдэд стандарт байхгүй байв. Салбарын хэмжээнд тусламж, үйлчилгээг хянах, үнэлэх зохион байгуулалт, хяналт хийх найдвартай тоон мэдээлэл байхгүй байсан.

2000 оны эхээр дээрх үйл ажиллагаа сайжирч эхэлсэн. Түргэн тусламжийн үйлчилгээ нь нийслэл Коломбо хотод төвлөрч, Эрүүл мэндийн яам нь хотын зөвлөлийн галын бригадтай хамтран ажиллаж эхэлсэн. Төв эмнэлэг нь яаралтай тусламжийн хэлтэсийг сайжруулан бүрэн тоноглогдсон гэмтлийн шокийн өрөөтэй болгосон. Улс орны хэмжээнд, осол, гэмтлийн үед анхны тусламж үзүүлэх сургалт зохион байгуулсан. Үүнээс гадна 2005 онд Шри-Ланкийн Анагаах Ухааны Нийгэмлэг, Шри Ланкийн мэс заслын коллеж (ДЭМБ-ын Төрийн Департаментийн дэмжлэгтэйгээр) хамтран ДЭМБ-аас саяхан гаргасан “Осол, гэмтлийн үед үзүүлэх шаардлагатай тусламж, үйлчилгээний удирдамж(ДЭМБ, 2004)” болон “Осол, гэмтлийн эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээний тогтолцоо (ДЭМБ, 2005)-ны удирдамж” дээр тулгуурлан улсын эмнэлгүүдэд осол, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний хамгийн доод стандартыг яаж ашиглаж болох арга замыг хайсан уулзалтыг зохион байгуулсан.

Trishaws нь осол, гэмтэлд орсон хүмүүсийг эмнэлэгт хүргэх нийтлэг арга юм.
© Eeshara Kottegoda Vithana

Энэхүү арга хэмжээ нь олон нийтийг хамарсан цунамигийн эмгэнэлт явдлын үеэр онцгой анхаарал татсан юм. Иймэрхүү явдлууд их тохиолдож байсан бөгөөд Осол, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг зохицуулах ажлын хэсгийг байгуулснаар эдгээр өөрчлөлт, шинэчлэл нь нэлээд хурдацтай явагдаж байв.

2. Хэрэгжүүлсэн арга хэмжээ

Осол, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг бүхэлд нь сайжруулах санаачлага бол Эрүүл мэндийн тогтолцоог бүхэлд нь бэхжүүлэхийн төлөө улс орноороо чармайн ажиллах болно гэсэн уриатай Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний хөгжлийн Нотолгоонд суурилсан анагаах ухаан төслийн нэг бүрэлдэхүүн хэсэг нь байсан. Засгийн газар эхний төлөвлөлтийн үе шатанд хамтрагч талуудыг "гол хүч" болгон урьсан. Эдгээр нь Шри Ланкийн мэс заслын коллеж, Мэдээ алдуулалтын коллеж, Шри Ланкийн анагаах ухааны нийгэмлэг зэрэг мэргэжлийн байгууллагууд байв. Гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний тогтолцоог хөгжүүлэх хороог бий болгох хэд хэдэн бодлогын уулзалт зохион байгуулж, эцэст нь Осол, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг зохицуулах ажлын хэсэг нь техникийн зөвлөгөө өгөх чадвартай болсон. Эмнэлэг хүртэлх болон эмнэлэг доторх тусламж, үйлчилгээ, сэргээн засах тусламж, үйлчилгээ зэрэг бүхэл бүтэн тусламж,

үйлчилгээний асуудлыг шийдэх цогц гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний тогтолцоог авч үзсэн. Таван дэд хороо байгуулагдсан:

- Эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээ
- Осол, гэмтлийн тандалт, бүртгэл
- Сургалт
- Эмнэлзүйн заавар ба удирдамж
- Бодлого ба тогтолцооны хөгжил

Дэд хороо тус бүрийн зорилтуудын талаар дэлгэрэнгүй мэдээллийг Хүснэгт 1-д харуулав.

Хүснэгт 1 **Гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний тогтолцооны Хөгжлийн хорооны бүрдэл хэсгүүд**

1. Эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээний дэд хороо Зорилго: • Осол, гэмтлийн өвчлөл, нас баралтыг бууруулах Үйл ажиллагаа: • Оролцогч талуудад "форум" бэлтгэх • Коломбод Эмнэлгийн түргэн тусламжийг дэмжих, хэд хэдэн Эмнэлгийн түргэн тусламж, үйлчилгээг бий болгоход туслалцаа үзүүлэх • Эмнэлгийн түргэн тусламжийн сургалтын хөтөлбөрийг боловсруулах • Яаралтай тусламжийн дүрэм, журмыг боловсруулах - Хууль тогтоомжийг сурталчлах
2. Осол, гэмтлийн тандалт, бүртгэлийн дэд хороо Зорилго: • Бүртгэлийг бий болгох • Нотлох баримтыг ашиглах Үйл ажиллагаа: • Осол, гэмтлийн тандалтын тогтолцоог сурталчилах • Тандалтын хяналтын хэрэгсэлүүдийг сайжруулах: Өгөгдлийн сан, гарын авлага, программд мэдээлэл оруулах, програм хангамж, эмхэтгэл • 4 эмнэлэгт туршилт хийсэн • 6 эмнэлэгт мэдээлэл цуглуулах ажлыг үргэлжлүүлж, өргөжүүлсэн
3. Сургалтын дэд хороо Зорилго: • Осол, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээтэй холбоотой ажилладаг бүх мэргэжилтнүүдэд зориулсан үндэсний хэмжээнийн сургалтын хөтөлбөр боловсруулах Үйл ажиллагаа: • Осол, гэмтлийн үед үзүүлэх анхны тусламж үзүүлэх хөтөлбөрийг хэрэгжүүлэх • Осол, гэмтлийн үеийн тусламж, үйлчилгээ, хөдөлмөрийн чадвар алдалтын талаархи сувилагч нарт зориулсан сургалтыг хөтөлбөрийг өргөжүүлэх чиглэлээр ажиллах, • Ахлах зэргийн эмч нарт зориулсан Үндэсний осол, гэмтлийн үеийн менежментийн курс (NTMC) зохион байгуулах, хэрэгжүүлэх
4. Эмнэл зүйн заавар ба удирдамжийн дэд хороо Зорилго: • Одоо байгаа нөөцийг хянах, үнэлэх • "Шри Ланкийн осол, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний заавар" боловсруулсан
5. Осол, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний тогтолцооны бүрэлдэхүүн хэсэг дэд хороо Зорилго: • Осол, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний хүрээг бүхэлд нь хамарсан үндэсний хэмжээний гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний тогтолцоог бий болгох Үйл ажиллагаа: • Шри Ланкийн гэмтлийн төвийг тодорхойлох шалгуурыг боловсруулсан

Эх сурвалж: www.traumaseclanka.gov.lk, Шри Ланкийн Осол, гэмтлийн нарийн бичгийн дарга нарын газрын зөвшөөрөлтэй

Зураг 1 **Осол, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг зохицуулах ажлын хэсгийн үүрэг**

Эх сурвалж: www.traumaseclanka.gov.lk, Шри Ланкийн Осол, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг зохицуулах ажлын хэсгийн зөвшөөрөлтэй

Дэд хороодын хийсэн ажил болон үндсэн суурь судалгаанд үндэслэн Эрүүл мэндийн яам 2006 онд гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний тогтолцоог хөгжүүлж, 2007 онд осол, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг зохицуулах ажлын хэсгийг албан ёсоор байгуулжээ (Зураг 1). Энэхүү ажлын алсын хараа нь "Гэмтсэн хүмүүст цаг алдалгүй, найдвартай, чанартай, өртөг зардал багатай эмчилгээний үр дүнтэй зохицуулалт бүхий, тогтвортой, бэлэн байдлыг хангасан осол, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний тогтолцоог бэхжүүлэхэд оршино."

Осол, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг зохицуулах ажлын алба нь байгуулагдсанаасаа хойш осол, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний чиглэл бүрийн олон үйл ажиллагаатай холбогдсон байна.

Эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээ: Дээр дурдсанчлан, Коломбод Осол, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг зохицуулах ажлын алба байгуулагдахаас өмнө галын бригадад суурилсан түргэн тусламжийн үйлчилгээг байгуулсан. Осол, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг зохицуулах ажлын алба энэхүү түргэн тусламжийн үйлчилгээг хөгжүүлэхэд зориулж санхүүжилтийг шийдэж, шинээр орсон 30 гал сөнөөгчийг түргэн тусламжийн үйлчилгээ үзүүлэх сургалтанд хамруулж чадсан байна.

Анхандаа энэ үйлчилгээ нь зөвхөн осол, гэмтэлд өртсөн хохирогчдод зориулсан байсан бол саяхнаас энэ нь бүх төрлийн онцгой байдлын үед үзүүлэх үйлчилгээ болж өргөжсөн. Түргэн тусламжийн албыг байгуулж, өргөжүүлэх техникийн ажилд дэмжлэг үзүүлэхээс гадна ажлын алба нь олон нийтийн мэдээллийн хэрэгсэлийг ашиглан анхны тусламжийг зөв зохистой үзүүлэх талаар олон нийтэд мэдээлэл түгээх кампанит ажлыг зохион байгуулж байв.

Мөн үндэсний хэмжээнд хэд хэд дэвшил гарсан. Улсын хэмжээнд түргэн тусламжийн ашиглалтын байдал тодорхой болсон. Онцгой байдлын үеийн эмнэлгийн техникчийн мэргэшлийн шалгуурыг тодорхойлсон. Анхны тусламж үзүүлэгчийг сургах стандарт боловсруулагдаж, анхны сургалтыг улсын хэмжээнд явуулсан. Үүнд осол, гэмтэлд өртсөн хүнтэй хамгийн түрүүн харьцдаг замын цагдаа болон жолооч нарыг оролцуулсан сургалт болсон юм. Үүний зэрэгцээ улсын хэмжээнд хот суурины галын бригадын түргэн тусламжийн үйлчилгээг эхлүүлэх, сайжруулахад шаардлагатай санхүүжилт, техникийн туслалцаа авах ажлууд эхэлсэн.

Осол, гэмтлийн тандалт: Шийдвэр гаргахад шаардлагатай осол, гэмтлийн мэдээллийг сайжруулахын тулд дөрвөн эмнэлэгт туршилтын төсөл хэрэгжүүлсэн. Төсөл нь 15 сар (2006-7) үргэлжилсэн бөгөөд 20 000 өвчтөний мэдээлэл цугларсан. Энэ төслийн хүрээнд Үндэсний осол, гэмтлийн харуулдан тандалтын тогтолцоо өргөжиж, улсын хэмжээнд байрлах нийт 6 эмнэлгийг хамруулж чадсан байна. Энэхүү туршилтын төсөл дээр суурилан осол, гэмтлийн тандалтын гарын авлагын танилцуулга, стандартчилсан маягт (Осол, гэмтлийн тандалтын бүртгэл), холбогдох программ хангамж боловсруулагдсан. Туршилтын үеэр 6 эмнэлгээс таван эмнэлгийн ажилтнуудыг сургасан билээ.

Гэмтэл ослын тандалтын сургалт *© Eeshara Kottegoda Vithana*

Сургалт: Дээр дурдсанчлан осол, гэмтлийн үед үзүүлэх анхны тусламжийн сургалт нь 2003 оноос хойш тасралтгүй явагдсан бөгөөд тус ажлын хэсэг нь арлын бүх хэсэгт сургалт хийхэд тусалсан байна. Одоогийн байдлаар ойролцоогоор 2000 эмнэлгийн ажилтнууд осол, гэмтлийн үед үзүүлэх анхны тусламжийн сургалтад хамрагдсан. Энэ үндсэн сургалтаас гадна бүр ахисан түвшний сургалтууд, Үүнд Шри Ланкийн мэс заслын коллежийн боловсруулсан Ахисан түвшний осол, гэмтлээс сэргийлэх /Advanced Trauma Resuscitation/ болон Амилуулах суурь тусламжийн Менежментийн сургалтыг багтаан зохион байгуулж байв. Үүний нэгэн адил, Олон улсын гэмтлийн мэс заслын нийгэмлэгийн Үндэсний осол, гэмтлийн менежмент болон эрчимт эмчилгээний сургагч багш нарыг бэлтгэх сургалт явуулаад байна. Ажлын алба нь мөн сувилагч нарт зориулсан гэмтлийн тусгай курсыг төлөвлөөд явж байна.

Заавар ба удирдамжууд: Осол, гэмтлийн үед үзүүлэх тусламж, үйлчилгээний менежмент, оношилгоо, эмчилгээний зааврыг олон төрлөөр хэвлэн нийтэлж, дагаж мөрдөх алгортимыг багтаасан. Үүнийг Сингал болон Тамил хэл дээр орчуулан гаргав. Хэвлэсэн төслийг сонгосон эмнэлгийн мэргэжилтэнүүдэд санал авахаар хүргүүлж, шаардлагатай өөрчлөлтүүдийг хийсний дараа зорилтот бүлгүүдэд, Үүнд: яаралтай тусламж үзүүлдэг эмнэлгийн ажилтан, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгчид болон амбулаторийн албанд хүргүүлсэн.

Бодлого ба системийн хөгжил - Гэмтлийн төвийн тодорхойлолт: Хэлэлцүүлгийн эцэст, гэмтлийн төвийг тодорхойлох загварыг хийж дууссан. Гэмтлийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлдэг эмнэлгийн дөрвөн шатлал байгуулагдаж, тусламж, үйлчилгээ үзүүлэхэд тавигдах хамгийн доод шаардлагыг тогтоож өгсөн. Энэхүү баримт бичгийг мэргэжлийн коллежуудаас хараат бус ажиглагчид хянасны дараа Эрүүл мэндийн яаманд батлуулахаар явуулж, батлагдсан тохиолдолд энэ нь Шри Ланкийн эмнэлгүүд дагаж мөрддөг байна. Шаардлагатай тохиолдолд стандартчилж, шинэчлэдэг.

Гамшгийн менежмент: 2004 оны цунамигийн дараа Засгийн газар ирээдүйд тохиолдох гамшигт бэлтгэх, бэлэн байдлыг хангах арга замыг сайжруулах бүхий л боломжит арга хэмжээг авч хэрэгжүүлсэн. Энэ зорилгын хүрээнд Гамшгийн менежментийн яамыг шинээр байгуулсан. Үүний зэрэгцээ Эрүүл мэндийн яам гамшгийн үед үзүүлэх эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний ажлыг эхлүүлэхийн тулд Гамшгийн удирдлагын нэгжийг байгуулсан. Хэдийгээр тусдаа нэгж боловч энэ нь осол, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг зохицуулах ажлын хэсэгтэй нягт уялдаа холбоотой ажилладаг. Хоёр удаагийн зөвлөлдөх семинар болж, үндэсний төлөвлөгөө боловсруулахад ахиц дэвшил гарсан байна.

3. Үр дүн

Канад улсын Квебек хотод хийсэн кейс судалгаагаар гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний тогтолцоог бүхэлд нь сайжруулахад хугацаа их шаардагдах төдийгүй үр дүнгээ өгтөл бүр их хугацаа орох юм. Гэсэн хэдий ч, Шри Ланкийн осол, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг зохицуулах ажлын хэсэг нь Квэбэк мужийн осл гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний тогтолцооны эхэн үед хэрэгжүүлсэн өргөн цар хүрээтэй бүтэц, зохион байгуулалтыг хэдхэн жилийн дотор бий болгосон юм. Тус ажлын хэсэг нь үндэсний хэмжээнд осол, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг системтэй, системчилсэн байдлаар сайжруулах боломжийг олгосон бөгөөд энэ дараахь байдлаар хэрэгжсэн юм:

- Санхүүжилтийн олон эх үүсвэрийг маш их үр дүнтэй зарцуулахын тулд бүх чадлаараа чармайн ажиллах зохицуулалтыг бий болгосон. Өнгөрсөн хугацаанд орхигдсон үйл ажиллагаанууд нь одоогийн гол зорилго болсон. (ө.х бүхэл цул байх нь жижиг хэсгүүдийн нийлбэрээс илүү). Түүнчлэн жижиг, олон нэгж байгууллага нь нэг ижил ажлыг хийхээр оролдсоноос илүүтэйгээр Осол, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг зохицуулах ажлын хэсэг шиг

сайн зохион байгуулалттай, нэр хүндтэй байгууллагыг бий болгох нь чухал юм гэдгийг харуулсан.

- Осол, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг зохицуулах ажлын хэсэг нь гэмтлийн төвийн бүтэц, зохион байгуулалт, сургалтын шалгуур, эмнэл зүйн заавар, удирдамж зэрэг үндэсний хэмжээний зөвлөмж, стандартыг бий болгоход Засгийн газарт дэмжлэг үзүүлдэг. Тус ажлын хэсэг нь эдгээр үйл ажиллагааг тусдаа бүлгүүдээр хийлгэхээс илүүтэйгээр зөвлөхүүдийн зөвлөмж болон туршлагад үндэслэн асуудлыг шийдэх боломжийг харж байлаа. Зөвлөхөөс гарсан зөвлөмжүүд нь хувь хүмүүс, тэр ч байтугай мэргэжлийн нийгэмлэгүүдээс илүүтэйгээр үйл ажиллагаа явуулж байв.
- Осол, гэмтлийн үндэсний тандалтын тогтолцоог бий болгосон нь Осол, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг зохицуулах ажлын хэсгийн амжилтын нэг юм.

Дээр дурьдсан осол, гэмтлийн үед үзүүлэх анхны тусламжийн сургалт, осол, гэмтлийн үеийн тусламж, үйлчилгээ, хөдөлмөрийн чадвар алдалтын талаархи сувилагч нарт зориулсан сургалт, ахлах зэргийн эмч нарт зориулсан үндэсний осол, гэмтлийн үеийн менежментийн сургалт зэрэг олон төрлийн сургалтууд шиг иргэдэд эрүүл мэндийн боловсрол олгох үйл ажиллагаа нь тогтмол, байнга хийгдэж, улс орон даяар хэрэгжсэн. Зохицуулах ажлын хэсгээс тавьсан хяналт нь сургалтуудыг илүү сайн зохион байгуулах боломжийг олгож, урьд өмнө нь хүрч чадаагүй байсан газруудад хүрч чадсан юм.

Тиймээс зохицуулах ажлын хэсэг нь урьд нь тусдаа ажиллаж байсан олон жижиг бүлгүүдийн хүчин чармайлтыг ихээхэн нэмэгдүүлсэн. Тус ажлын хэсэг дээрх бүх ажилд шаардагдах нөөцийг бүрдүүлж, хэрэгжүүлсэн байв. Зарим санхүүгийн болон техникийн дэмжлэгийг JICA (Japan International Cooperation Agency), Нидерландын Засгийн газар, ДЭМБ-ын суурин төлөөлөлгчийн газар, AmeriCares, Олон улсын эмнэлгийн баг зэрэг олон улсын болон ТББ-уудаас авсан. Гэсэн хэдий ч орон нутгийн нөөц бололцоо, орон нутгийн чадавхи, боловсон хүчний боломжийг ашиглан ихэнх ажлыг сайн дурын үндсэн дээр хийж гүйцэтгэсэн гэдгийг онцлон тэмдэглэе. Эдгээр арга хэмжээг хэрэгжүүлэхийн тулд дээрх хороодыг ажиллуулж, олон тооны сургалтыг багтаасан хөтөлбөрийг хэрэгжүүлсэн юм.

Дүгнэлт ба сургамжууд

Энэ номонд орсон тохиолдлын судалгаанууд нь осол, гэмтлийн үед үзүүлэх тусламж, үйлчилгээг сайжруулах цаашдын үйл ажиллагаанд чухал сургамж болж өгөх юм. Эдгээр тохиолдлуудыг бага, дунд ба өндөр орлоготой улс орны эмнэлэг хүртэлх, яаралтай тусламж (яаралтай тусламжийн тасаг, эмнэлэг) болон сэргээн засах тусламж, үйлчилгээ үзүүлдэг байгууллагууд нь өөрсдийн гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний тогтолцоогоо сайжруулахад хэрэглэдэг, үүнд: сэдэвчилсэн асуудлууд, сайжруулалтыг дэмжих арга хэрэгсэл, бодлого, ухуулга нөлөөлөл зэрэг болно.

Тохиолдлын судалгааг хэрэгжүүлэхэд гол анхаарах асуудлууд

Тэвчээртэй байдал

Эдгээр өөрчлөлтүүд нь хоромхон зуур хийгддэг зүйл биш юм. Тухайлбал, Канад, Тайланд зэрэг улс оронд өөрчлөлт хийхэд 10 ба түүнээс дээш жил шаардагдаж, явцын дунд олон бэрхшээлүүдийг даван туулсан.

Тогтвортой ахиц дэвшил гаргахын тулд бүтэлгүйтэл, богино хугацааны бэрхшээлийг даван туулдаг ба тогтолцоог сайжруулж боловсронгуй болгохыг хүссэн хүмүүсийн хичээл зүтгэл ихээхэн нөлөөтэй юм

Нарийвчилсан мэдээлэлд анхаарна уу

Дээр хэлсэнчлэн, эдгээр өөрчлөлт, шинэчлэлийн аль нь ч амар бүтдэггүй. Хэрэгжүүлэхэд төлөвлөлт, гүйцэтгэлд маш нарийн анхаарч байсан. Иймдээ ч амжилттай хэрэгжсэн ихэнх тохиолдлын судалгаа нь илүү сайн зохион байгуулалт, төлөвлөлтийн ач холбогдлыг харуулж байв. Жишээ нь, Тайландын “Чанарыг сайжруулах хөтөлбөр”-ийн амжилт, Катар дахь осол, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээ нь голчлон сайн зохион байгуулалт, хяналтын үр дүнд өнөөгийн үйлчилгээнд хүрсэн байна.

Эдийн засгийн байдал

Камбож, Иракийн уул уурхайн бүс нутгууд, мөргөлдөөний дараах нөхцөл байдал зэрэг туйлын ядуу, хүнд бэрх нөхцөлд ч гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг сайжруулж болдог байна. Байгууллага (Катарын судалгаа) болон тогтолцооны түвшинд (Канадын судалгаа) сайн нөөц, бүтэцтэй байх нь осол, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг сайжруулах, хяналт тавих замаар үр ашгийг дээшлүүлэх боломжтой юм.

Сайжруулалтыг дэмжихэд ашигласан хэрэгслүүд

Сургалт

Ашигласан гол арга хэрэгслүүдийн нэг нь сургалт байсан. Богино хугацааны 1-2 өдрийн гэрчилгээтэй сургалтуудыг оруулсан. Камбож, Ирак, Мексик зэрэг улсуудад гарсан ахиц дэвшил нь сургалттай холбоотойг онцлон тэмдэглэж байв. Үүнтэй нэгэн адил сургалт нь Шри Ланкын Осол, гэмтлийн ажлын хэсэг болон Катарын Нэгдсэн эмнэлэгт осол, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэхэд хийсэн сургалтууд гол үүрэг гүйцэтгэсэн байна. Ихэнх тохиолдолд сургалт нь зохион байгуулалттай, нэгдмэл байсан. Сургалтад сурч авсан мэдлэг, ур чадварыг үнэлэх замаар зохион байгуулалттай явуулсан юм.

Нийтлэг хандлага

Дэд бүтэц, тоног төхөөрөмж, харилцаа холбоо, сургалтыг сайжруулах зэрэг цогцоор нь хөгжүүлж үр дүнд хүрсэн жишээнээс дурьдвал Мексикийн эмнэлгийн яаралтай тусламжийн үйлчилгээ юм.

Үндсэн анхаарах асуудлууд

Ихэнх тохиолдлын судалгаагаар энэ нь олон өөрчлөлтийг хийсэн суурь, боломжийн сайжруулалт байсан юм.

Мексикт хүний нөөцийн чадавхийг сайжруулахад хөрөнгө оруулахаас илүүтэйгээр амьдралын суурь чадавхийг дээшлүүлэхэд анхаарал хандуулах нь осол, гэмтлийн нас баралтыг бууруулахад нөлөө үзүүлж байв. Үүнтэй нэгэн адил Камбож, Ирактамь насыг аврах үндсэн ур чадвар, чадавхид сургах (тосгоны сайн дурынхан) сургалтанд хамруулах нь амжилтанд хүрэх гол

элемент болж чадсан. Бразилийн болон Энэтхэгт эмнэлэг болон олон нийтийг түшиглэсэн сэргээн засах тусламж, үйлчилгээ нь боломжийн, тогтвортой ажлуудын нэг байв.

Багийн ажил

Одоо байгаа дээр нэмээд олон тооны сайжруулалтуудыг хийхийг оролдсон. Үүний тулд клиник ажлыг илүү зохион байгуулалттай, илүү үр дүнтэй байдлаар хийх, тухайлбал Катар дахь осол, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний суурь дээр бий болсон осол, гэмтлийн баг болон Бразил дахь нөхөн сэргээлтийн үйлчилгээний дутагдалтай тал дээр суурилан энгийн сэргээн засах баг бий болгосон нь боломжийн шинэлэг санааны үндэс суурь болсон юм.

Осол, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээ нь эрүүл мэндийн тогтолцоог бэхжүүлэх өргөн цар хүрээтэй үйл ажиллагаа юм

Катар, Вьетнам гэх мэт орнуудад осол, гэмтэлд өртсөн хүмүүсд үзүүлэх тусламж, үйлчилгээнд голлон анхаарал тавьсан бол Ганад үндэсний түргэн тусламжийн үйлчилгээнд, Колумб, Румынд эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний хууль тогтоомжийг бий болгох зэрэг гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг сайжруулахад ач холбогдол бүхий эрүүл мэндийн тогтолцоонд суурилж байв. Мөн зарим тохиолдолд осол, гэмтэлд өртсөн өвчтөнүүдэд голчлон чиглэсэн үйл ажиллагаа нь бусад төрлийн гэмтэлтэй хүмүүс болон эмнэлгийн асуудлуудыг багтаасан өргөн хүрээг хамарсан үйл ажиллагаа болсон юм. Жишээлбэл, Камбож, Ирак дахь эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээний чадамж нь осол болсон газар дээр нь хохирогчдод голчлон анхаарч байсан.

Гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний тогтолцооны ахиц дэвшилтэй уялдан зам тээврийн ослын хохирогчдоос гадна бүр эмнэлгийн ерөнхий түргэн тусламж хамрагдаж эхэлсэн байна. Үүнтэй нэгэн адил Энэтхэгт сэргээн засах тусламж, үйлчилгээний хөтөлбөр нь Гужарат болсон газар хөдлөлтийн дараа нугасны гэмтэлтэй хүмүүст голчлон анхаарал хандуулсан. Хөтөлбөрийн хувьд өвчний мөн чанар, шалтгаанаас үл хамааран хөгжлийн бэрхшээлтэй хүмүүсийг нэгтгэсэн. Гэмтлийн эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний чадавхийг бэхжүүлэхийн тулд эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний тогтолцооны бусад хэсэгтэй уялдуулах нь нэн чухал байв.

Нарийвчлалтай цаг үеийн мэдээллийн хэрэгцээ

Мэдээлэл нь тусламж, үйлчилгээг сайжруулахад осол, гэмтлээс үүсэх хохирол, осол, гэмтлийн цар хүрээний талаар бодлого боловсруулагчдад нөлөөлөхөд ач холбогдолтой байдаг.

Мэдээлэл нь тусламж, үйлчилгээг сайжруулахад нотолгоонд тулгуурласан, үр дүнтэй, баталгаажуулсан байх ба хяналт, үнэлгээ хийхэд чухал байдаг. Энэ нь ямар арга хэмжээ авахад үр дүнтэй байж болох, цаашид үргэлжлүүлэн өргөжүүлэх эсэх, ингэснээр нөөцийг илүү үр дүнтэй ашиглах гэх мэтэд шаардлагатай юм.

Канад, Шри-Ланкийн осол, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний тогтолцооны салшгүй нэг хэсэг нь дээрх мэдээллийг өгөхийн тулд осол, гэмтлийн тандалт, бүртгэлийг бий болгох байв. Бүртгэлийн баримт бичгийг сайжруулахад чиглэсэн арга хэмжээнүүд нь Мексикт ахиц дэвшил гаргахад чухал үүрэг гүйцэтгэсэн юм.

Бодлого ба ухуулга нөлөөлөл

Улс төрийн амлалт

Хувь хүний хичээл зүтгэлээс өөрчлөлт шинэчлэлийн үр дүн хамаардаг. Гэсэн хэдий ч эдгээр өөрчлөлт, шинэчлэл нь улс төрийн амлалтаас хамааралтай байдаг. Өөрчлөлт, шинэчлэлийг институтчилэх, эсвэл тогтвортой байлгах, тэдгээрийг улам бүр өргөжүүлэхэд улс төрийн амлалтыг шаарддаг. Энэхүү улс төрийн үүрэг амлалт үндэсний хэмжээнээс байгууллагад, нэг буюу түүнээс олон түвшинд хүрдэг. Шри-Ланкд үндэсний хэмжээнд осол, гэмтлийн ажлын албыг байгуулахад үндэсний хэмжээний улс төрийн амлалтыг авч чадав. Канад улсын Квебек хотын осол, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний тогтолцоонд осол, гэмтлийн шалтгааныг орон нутгийн Засаг захиргааны тэргүүлэх чиглэл гэж тодорхойлсон. Ханойн Эрүүл Мэндийн Газрын удирдамжийн шууд үр дүнд Вьетнамын осол, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний чадавхи системтэйгээр сайжирсан. Тайландын Хон Каин дахь Осол, Гэмтлийн Аудитын Хорооны ажилд хороо нь зөвхөн эмнэлгийн удирдлагад шаардлагатай өөрчлөлт хийх эрх мэдэлтэй болсон.

Бодлогыг дэмжлэг

Улс орнуудад осол, гэмтэлд өртсөн хүмүүсд үзүүлэх тусламж, үйлчилгээг сайжруулахад чиглэгдсэн өргөн хүрээний сургалтыг хийдэг тусгайлсан төвүүд байдаг. Гэсэн хэдий ч энэ нь хангалттай биш ба үндэсний хэмжээнд хэрэгжиж байгаа хууль (холбооны тогтолцоон дахь муж, аймгийн хэмжээнд), стандартыг бий болгох, хэрэгжүүлэх замаар үндэсний хэмжээний өөрчлөлт, шинэчлэлийг дэмжих чухал арга зам хэрэгтэй байна. Санал болгож буй стандартыг

боловсруулдаг, хууль тогтоомжийн техникийн талыг хөгжүүлэх талаар Засгийн газрын шинжээчүүдээс бүрдсэн мэргэжлийн ажлын албадуудын дэмжлэгтэйгээр үндэсний хууль тогтоомжийг боловсруулж, хуулийг нутагшуулах сурталчилгааг хийдэг.

Шри Ланкийн осол, гэмтлийн ажлын хэсэг болон Колумбийн эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээний холбоо нь өөрийн улс орныхоо осол, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээг сайжруулахад удирдан чиглүүлэх үүрэг гүйцэтгэсэн.

Бодлогыг хэрэгжүүлэх гол үүрэг бүхий Засгийн газрын байр суурь бий болгох

Хууль эрх зүй, бодлогоос гадна түүнийг хэрэгжүүлэхээр томилогдсон хүн нь эрх мэдэл бүхий Засгийн газрын албан тушаалтан байх нь илүү ач холбогдолтой, тухайлбал Румынд Онцгой байдал, гамшгийн яаралтай тусламжийн асуудал хариуцсан нарийн бичгийн даргын албан тушаал гэж байдаг

Ухуулга нөлөөлөл

Ухуулга нөлөөлөл нь дээр дурдсан улс төрийн ашиг сонирхлыг бий болгоход нэн чухал юм. Энэхүү ухуулга нөлөөллийг хийхэд тэсвэр тэвчээр их шаарддаг ба тогтвортой, боломжит үндсэн мэдээллийг дэмжиж зохион байгуулалттайгаар сдавталттай хийх хэрэгтэй. Ихэвчлэн удаан хугацаанд үргэлжлэх энэ үйл явцад ямар нэг хүчин зүйлээс болж өөрчлөгдөж буй улс төрийн нөхцөл байдал бий болоход (бодлогын цонх нээгдэхэд) анхааралтай хандах хэрэгтэй. Улс төрийн нөхцөл байдлын давуу талыг ашиглах түлхүүрийг бэлэн байлгах ёстой. Жишээлбэл, Гана дахь спортын цэнгэлдэх хүрээлэн дэх үймээн самууны эмх замбараагүй байдал нь эцэстээ Үндэсний түргэн тусламжийн үйлчилгээг бий болгох бодлогын цонх болсон юм.

Олон нийтийн оролцоо

Олон нийт, хувь хүн эсвэл зохион байгуулалттай иргэний нийгэм нь ухуулга нөлөөлөл явуулах гол үндэс болдог. Эдгээр нь осол, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний идэвхтэй оролцогчид, гол гишүүд болдог ба тухайлбал, Камбож, Ирак дахь тосгоны сайн дурынхан, Энэтхэгийн олон нийтийн хөгжлийн ажилчид юм.

Манлайлал ба түншлэл

Дээрх судалгаа, тохиолдлууд дахь өөрчлөлт, шинэчлэлийн зохион байгуулалт нь хүндрэл бэрхшээлийг давах туулж, тэсвэр хатуужил болон тэднийг дэмжиж байсантай холбоотой юм. Жишээлбэл, Өөрчлөлт, шинэчлэл хийж сайжирсан Мексик дэх эмнэлгийн түргэн тусламж, Вьетнам дахь байгууллагад суурилсан осол, гэмтлийн тусламж, үйлчилгээний чадавхи, мөн Бразилийн сэргээн засах тусламж, үйлчилгээ нь эмч нарын хүчин чармайлт, ажлын байрны нөхцөл байдлыг сайжруулсаны үр дүн юм. Иймэрхүү манлайлал нь нөхөрлөлтэй хавсарч хэрэгжүүлбэл илүү үр дүнтэй хэрэгждэг байна. Колумбын Эмнэлгийн Өмнөх Тусламжийн Холбоо нь эмнэлэг хүртэлх тусламж, үйлчилгээний үндэсний хэмжээний хууль дүрмийг хөхүүлэн дэмжиж гаргаж ирсэн нь олон талын оролцогч талуудын түншлэлийн сайн жишээ юм. Үүнтэй адил Энэтхэгт сэргээн засах тусламж, үйлчилгээний тогтвортой байдлыг сайжруулсаны үр дүнд эрүүл мэндийн ажилтан, төрийн бус байгууллага, хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэдийн байгууллага, иргэний нийгмийн оролцоо бүхий нөхөрлөлийн түвшин бэхжсэн явдал юм.