Минздрав России о ситуации с ВИЧ

Представление нашей страны как лидера Европейского региона по заражению населения ВИЧ-инфекцией крайне некорректно и не отражает истинного положения дел. С таким утверждением выступили Роспотребнадзор и Минздрав РФ в совместном комментарии к докладу Европейского бюро ВОЗ и ECDC. Необходимо отметить, говорится в документе, что Российская Федерация – единственная страна в мире, внедрившая широкое обследование населения на ВИЧ и индивидуальный (полицевой) учет всех пациентов с ВИЧ-инфекцией.

Ежегодно более 30% населения страны обследуется на наличие ВИЧ (а по отдельным регионам до 40% от населения), что существенно выше, чем в европейских странах. При расширении охвата тестированием следует ожидать и увеличения выявляемости ВИЧ, что и отмечается в Российской Федерации. В нашей стране обследуется не менее 34 млн человек ежегодно с тенденцией к увеличению (это 23,1 теста на каждые 100 человек), в то время как в странах Западной Европы охват населения тестированием на ВИЧ не превышает 10%. И зачастую диагноз ставится только при выявлении на поздних стадиях инфекции. При пересчете показателей заболеваемости в странах Европы с учетом охвата населения обследованием на ВИЧ данные по России будут ниже европейских.

В России удалось замедлить распространение ВИЧ-инфекции: в 2017 году отмечено снижение заболеваемости ВИЧ-инфекцией на 1,5%, а за 10 месяцев 2018 года удалось снизить заболеваемость еще на 2%. Рекомендуем Европейскому бюро ВОЗ использовать наработанный Российской Федерацией опыт по увеличению охвата населения тестированием на ВИЧ (не 8–10%, а как минимум в 3 раза больше), говорится в комментарии.

Около 100 миллиардов на покрытие дефицита

Существующий дефицит медицинского персонала в Минздраве оценивают в 27 тыс. сотрудников. Для того чтобы его устранить, в рамках национального проекта «Здравоохранение» будет выделено дополнительно около 98 млрд рублей. Об этом сообщила 5 декабря вице-премьер РФ Татьяна Голикова в ходе правительственного часа на заседании Совета Федерации. Ранее министр здравоохранения Вероника Скворцова заявила, что нехватку врачей и среднего медицинского персонала планируется практически полностью устранить до 2021 года.

Содержание

ЛЕНТА НОВОСТЕЙ..... 1

ОБМЕНЯЕМСЯ ОПЫТОМ
Ранняя активизация пациентов в условиях нейрореанимации..... 3
Создание системы профилактики падений на территории лечебно-профилактической организации..... 8

ИНФЕКЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ
Опыт обучения гигиенической обработке рук медицинских работников с целью профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи..... 27

ЭТИКА И ПСИХОЛОГИЯ
Вызовы современности в деятельности медицинской сестры..... 31

КОНСУЛЬТАЦИЯ ЮРИСТА
Трудовое право в вопросах и ответах..... 36

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ РАЗМЫШЛЕНИЯ
Чрезвычайные происшествия: учимся на чужих ошибках..... 45

ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ
Сестринская арифметика..... 48

ПАПКА НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ
Письмо Минтруда России № 15-1/10/В-7756, Минздрава России № 16-6/10/2-6553, Профсоюз работников здравоохранения РФ № 01-А/475 от 9 октября 2018 года..... 49
Приказ Минтруда России от 1 октября 2018 г. № 608ан..... 55
Письмо Минздрава России от 31 мая 2018 г. № 28-4/1158..... 58
Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения. Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (поликлинике)..... 73

РАННЯЯ АКТИВИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ В УСЛОВИЯХ НЕЙРОРЕАНИМАЦИИ

Б.В. ИНШИН, *старший медицинский брат ОРИТ ГКБ им. Е.О. Мухина Департамента здравоохранения Москвы, г. Москва*

Ранняя активизация – важный элемент реабилитации пациентов отделения реанимации. Это процесс улучшения двигательной активности пациентов за счет изменения положения тела в постели, высаживания пациентов, подъема на ноги. Положительное влияние данной методики заключается в профилактике развития атрофии мышц, укреплении костно-мышечного аппарата и предупреждении развития осложнений, таких как тромбозы и пневмонии. Данная методика способствует более раннему отлучению пациента от респиратора, что в значительной степени улучшает прогноз для жизни пациента.

Почему так важно активизировать пациента на ранних стадиях инсульта? Данный метод способствует стабилизации вегетативных состояний, предупреждает развитие психозов, улучшает двигательную и мышечную активность, восстанавливает чувствительность, устраняет нарушение глотания. Данная методика помогает более ранней и эффективной социализации пациента и возвращению его к привычному образу жизни.

Основной задачей ранней реабилитации является противодействие развитию иммобилизационного синдрома. Под этим термином понимают комплекс органных нарушений, связанных с нефизиологическим ограничением двигательной и когнитивной активности. Для профилактики развития иммобилизационного синдрома в нашем отделении используются специальные часы. Особенностью данных часов является то, что на циферблате ука-

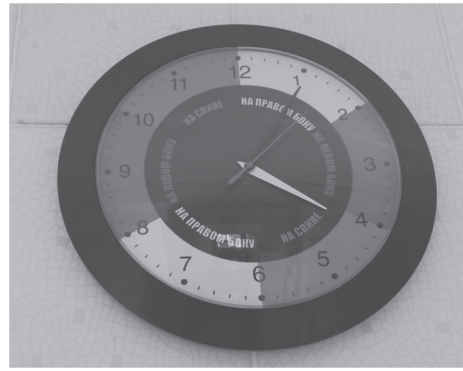

Фото 1

зано положение тела пациента, в котором он должен находиться в тот или иной промежуток времени с интервалом в 2 часа (фото 1 на с. 3). Эти часы помогают персоналу определить положение тела пациента в зависимости от времени, а врачу проконтролировать данный процесс.

Среди видов активизации, использующихся в нашей практике, следует назвать, прежде всего, изменение положения тела в постели, высаживание пациента, а также процедуру вертикализации. Хотелось бы подчеркнуть, что пациент должен находиться в одном положении не более 2 часов.

При этом необходимо помнить, что есть ряд состояний пациента, когда, к сожалению, активизация невозможна. Среди абсолютных противопоказаний – нестабильное состояние пациента, острый инфаркт миокарда, кровоизлияние в мозг, шок, тромбоэмболия легочной артерии, нестабильные переломы или отказ самого пациента. Также есть ряд относительных противопоказаний, а именно: высокий риск патологических переломов, отсутствие полноценной медицинской бригады, отсутствие возможности аппаратного мониторинга.

На всех этапах активизации необходим непрерывный аппаратный мониторинг. Наибольшее значение имеют такие показатели, как АД, ЧСС и сатурация. Мониторинг проводится до начала активизации, а также после изменения положения тела с интервалом 5–10–15 минут.

Фото 3

Фото 2

Фото 4

Рассмотрим те изменения положения тела пациента в постели, которые применяются в нашей практике. Хочу подчеркнуть, что независимо от выбранного положения тела сначала кровать приводится в горизонтальное положение. Положение Фаулера – это промежуточное положение между полулежа и полусидя. Головной конец поднимается под углом 45 градусов, под поясницу и ноги подкладывается валик (фото 2).

На фото 3 – пример укладывания пациента на спину. Среди особенностей можно выделить горизонтальное расположение рук вдоль тела с ротацией ладоней вниз и использование валика под ноги. При рассмотренных выше положениях тела в постели широкое применение в нашей практике нашли специальные ромбовидные подушки. Их использование препятствует ротации бедра наружу, снижает давление на подколенные артерии и придает стопе упор, для профилактики развития синдрома провисания.

На фото 4 – пример положения тела на боку. Из особенностей стоит отметить использование длинных подушек вдоль всего позвоночника и укладывание ног, согнутых в коленных суставах.

Еще одно положение, которое используется в нашей практике, – это положение Симса, промежуточное положение между полулежа на животе и на боку (фото 5).

Фото 5

Фото 6

Фото 7

По возможности и при отсутствии противопоказания пациент может быть уложен на живот. Но в связи с большим количеством пациентов, находящихся на респираторной поддержке, данное положение используется значительно реже.

Вторым видом использования ранней активизации является процедура высаживания пациента. Ведь большую часть привычных повседневных действий мы выполняем в сидячем положении, а именно – прием пищи, выполнение мероприятий ухода и самоухода, общение с близкими и родственниками. Для высаживания пациентов требуется наличие полноценной медицинской бригады, в состав которой входят врач-анестезиолог-реаниматолог, врач по лечебной физкультуре и дежурная медицинская

Фото 8

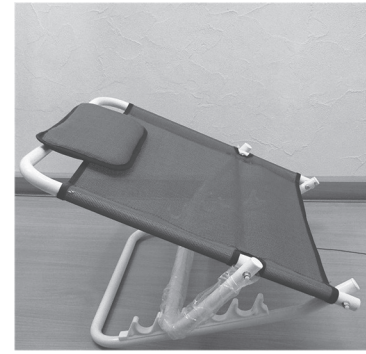

Фото 9

сестра. Процедура высаживания позволяет максимально быстро адаптировать пациента к проведению ежедневных процедур, что улучшает прогноз в реабилитации (фото 6).

Следующим видом активизации пациентов является процедура вертикализации. Это использование специальных устройств, основанных на принципе преодоления гравитации, придание пациенту вертикального положения. Вертикализация способствует поддержанию костно-суставного каркаса, укреплению мышц, приданию позвоночнику физиологически правильного положения, увеличению экскурсии грудной клетки, улучшению перистальтики кишечника, адекватному опорожнению мочевого пузыря.

Среди видов вертикализации можно выделить следующие:

– пассивная вертикализация – с использованием специальных поворотных столов;

– активно-пассивная вертикализация – самостоятельная вертикализация с использованием стендера и помощи ассистента;

– активная вертикализация – самостоятельный подъем пациента и ходьба под контролем ассистента.

Основным принципом вертикализации является ее пошаговость. Данный процесс должен проводиться постепенно с увеличением угла наклона не более чем на 15 градусов, а также непрерывным контролем гемодинамики и самочувствия самого пациента. При регулярном проведении процедуры процесс пребывания пациента в вертикальном положении может быть постепенно увеличен от 15 минут до 2 часов (фото 7).

Перечислю другие оригинальные методики, нашедшие применение в нашей повседневной практике. Например, использование специальных подушек для придания физиологически правильного положения пациенту и равномерного распределения нагрузки на костно-суставной каркас. А также применение специальных спинок для высаживания пациентов и снижения нагрузки на позвоночник (фото 8, 9).

Для пациентов, перенесших инсульт, немаловажное значение имеет обра-

ботка полости рта (фото 10). При нарушенном глотании данная процедура уменьшает риск аспирации и предупреждает развитие пневмоний.

Фото 10

Фото 11

Для санации трахеобронхиального дерева в своей практике мы используем только закрытые аспирационные системы. Данная методика позволяет санировать пациентов без отлучения от респиратора, снижает вероятность попадания инфекции извне и препятствует возникновению перекрестной инфекции (фото 11).

Для более качественного и эргономичного выполнения манипуляций мы организовали у каждой постели больного полочки, где размещены средства по уходу. Это помогает медицинской сестре сэкономить время, имея все необходимое для осуществления мероприятий ухода под рукой (фото 12).

Фото 12

Также мы используем в нашей практике сигнальные таблички для обозначения пациентов с нарушенным глотанием. Кроме того, все шприцы мы маркируем с помощью цветных стикеров для информирования персонала отделения и консультантов о том, какой препарат вводится данному пациенту.

СОЗДАНИЕ СИСТЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПАДЕНИЙ НА ТЕРРИТОРИИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Л. АНДРЕВ, *преподаватель кафедры управления сестринской деятельностью, Российский университет дружбы народов, г. Москва,*
М.Б. БЕРШАДСКАЯ, *ассистент кафедры управления сестринской деятельностью, Российский университет дружбы народов, г. Москва,*
И.О. ПОЛУБОЯРЦЕВ, *преподаватель медицинского колледжа № 2, преподаватель учебного центра компании «Сеньор Групп», фельдшер гериатрического центра компании «Сеньор Групп», г. Москва*

К сожалению, люди падают довольно часто. Проблема в том, что падения могут приводить к причинению вреда здоровью и жизни человека, потере трудоспособности, в том числе стойкой. По данным американского Центра по контролю и предотвращению заболеваний (Centers for Disease Control and Prevention, CDC), падения – самая частая причина травм, приводящих к потере трудоспособности.

Падения пациентов также не являются редкостью и в самих медицинских организациях, и на улице во время прогулок, и дома. Оказание медицинской помощи связано с высокими рисками падений пациентов старших возрастных групп, перенесших значительную кровопотерю (например, кровотечения, связанные с заболеваниями, с оперативными вмешательствами, удаление органа и пр.), беременных и родильниц, пациентов с нарушениями мозгового кровообращения, нейротравмами, травмами нижних конечностей, пациентов, принимающих определенные лекарственные препараты и пр.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), каждый год в мире происходит свыше 37 млн падений, требующих медицинской помощи.

Падения являются второй по значимости причиной смерти в результате несчастных случаев и непреднамеренных травм в мире.

Ежегодно в мире происходит 646 000 случаев смерти в результате падений, 80% из которых приходится на страны с низким и средним уровнем дохода.

Наибольшее количество смертельных падений случается среди людей старше 65 лет.

Падения – наиболее частая причина детских травм, приводящих к необходимости медицинской помощи, в том числе в специализированных отделениях, медицинских организациях (скорая/неотложная помощь, травмпункты, приемные отделения, специалисты и стационарные отделения

различного профиля).

Травмы, связанные с падениями, могут быть смертельными и не смертельными, но большинство таких травм не смертельны. Например, по данным ВОЗ, в Китайской Народной Республике на каждый случай смерти ребенка в результате падения приходятся 4 падения, вызывающие стойкую инвалидность, 13 падений, при которых требуется госпитализация более чем на 10 дней, 24 падения, при которых требуется госпитализация на 1–9 дней, и 690 падений, влекущих за собой обращение за медицинской помощью или пропуск работы/школы.

Падения являются проблемой не только медицинской, но и социальной, экономической, главным образом из-за своих последствий, связанных с необходимостью дополнительных расходов на лечение, реабилитацию (госпитализация, восстановительное лечение и пр.), уход при дефиците самоухода (стоимость расходных материалов, технических средств реабилитации, а также непосредственно ухода за пациентом с ограниченной подвижностью, выше, чем затраты на пациента, частично обслуживающего себя). Профилактика риска падений пациентов является частью системы безопасной среды в медицинской организации.

Факторы риска

Рассмотрим падение как несчастный случай, результатом которого стала цепь событий, когда «человек теряет равновесие, опору, ударяется о землю, пол или другой обьект (например, предметы мебели) на более низком уровне». Падение определяется как событие, в результате которого человек оказывается непреднамеренно лежащим на земле, полу или каком-либо другом более низком уровне.

Падение является самым частым явлением, осложняющим уход, потому что практически в 100% случаях влечет за собой травму с последующим неблагоприятным исходом. На тяжесть и тип травмы, полученной в результате падения, значительно влияют следующие факторы.

Возраст. Самый высокий риск падения угрожает пожилым людям в связи с высокой коморбидностью, нарушениями восприятия окружающего мира, тактильной чувствительности, зрения, слуха и пр.

Пол. Во всех возрастных группах и во всех регионах риску падения подвергаются оба пола. В некоторых странах отмечается, что мужчины с большей вероятностью умирают от падений, в то время как женщины больше страдают от несмертельных падений. Пожилые женщины составляют группу, наиболее подверженную падениям и травмам повышенной тяжести.

Наличие определенных заболеваний, состояний здоровья. Сердечно-сосудистые, неврологические, психические, обменные и другие заболевания, приводящие к шаткости походки, нарушению равновесия, головокружениям, нарушению зрения, слуха, тактильной чувствительности,

ориентации в пространстве, нарушениям оценки своих физических возможностей и пр.

Прием лекарств. Лекарства, способные вызвать дезориентацию, снижение внимания, зрения, слуха, тактильной чувствительности (наркотические анальгетики, сильнодействующие обезболивающие и психотропные препараты, цитостатики, глазные капли, снижающие остроту зрения и пр.).

Физиологические состояния. Во время беременности и в послеродовый период риск падения увеличивается в связи с физиологическими изменениями: изменения показателей крови (например, низкий уровень гемоглобина), частые головокружения, слабость, нарушения, вызванные значительной кровопотерей при родах, при применении эпидуральной анестезии и др. Кроме того, на последних неделях беременности у женщины закрыт «обзор дорожной обстановки и покрытия», она не видит, куда наступает.

Лечебно-диагностические процедуры/манипуляции. Длительное пребывание в горизонтальном положении при проведении каких-либо исследований, манипуляций (рентген, перевязки, иньекции, физиотерапия, массаж и пр.) при быстром (резком) вставании может приводить к головокружениям и падениям.

Кто подвергается повышенному риску падения?

- лица мужского пола;
- пожилые люди старше 65 лет;
- люди, страдающие обменными заболеваниями (сахарный диабет, остеопороз и пр.);
- импульсивные и беспокойные, гиперактивные и гипердинамичные пациенты;
- пациенты в состоянии нарушенного сознания, психики, под действием обезболивающих, психотропных препаратов;
- люди, испытывающие головокружения, проблемы со зрением, слухом, координацией движений, шейным отделом позвоночника;
- люди со сниженными мышечной координацией и малой двигательной активностью;
- люди, проживающие в специализированных учреждениях/организациях (дома сестринского ухода, дома/пансионаты для ветеранов труда, престарелых и пр.);
- пациенты с травмами (заболеваниями) головы, шеи, спины, нижних конечностей, нарушением зрения, перенесшие значительную кровопотерю, нарушения мозгового кровообращения, испытывающие голод (в т.ч. проведение исследований натощак), интоксикацию (вследствие состояния здоровья/заболевания, приема лекарственных препаратов, кахексии и пр.), при гипотензии или гипертензии, беременности и пр.;
- пациенты, принимающие определенные лекарственные препараты, лечебно-диагностические процедуры;
- пациенты/подопечные, которые падали ранее.

Методы профилактики падения пациентов

Создание безопасной среды. Под окружающей средой понимается пространство в кровати, вокруг кровати пациента, в палате, в коридоре, на прогулке и пр. Чем безопаснее окружение у пациента, тем меньше вероятность падения. Создание безопасной среды требует учета и контроля множества факторов, главные из которых:

- свободные проходы, отсутствие лишних предметов под ногами на пути пациента;
- наличие и доступность перил, стоек, пандусов, противоскользящих дорожек и покрытий;
- удобное расположение выключателей, мебели и предметов быта: выключатели для колясочников должны размещаться ниже и до входа в помещение;
- отсутствие острых углов и предметов, высоких порогов и предметов, висящих над головой;
- отсутствие шаткой мебели, длинных скатертей на столах;
- целостность напольных покрытий, отсутствие скользящих покрытий (прикроватных ковриков);
- соблюдение режимов и графиков влажной уборки пола и т.д.

Выбор наиболее безопасного способа перемещения. Если пациент неуверенно передвигается в помещении (в палате, коридоре отделения и пр.), по улице (если разрешены прогулки), необходимо позаботиться о вспомогательных средствах перемещения (трость, костыли, ходунки или кресло-каталка), сопровождающих. Если пациент самостоятельно пересаживается с кровати в кресло-каталку (на стул, кресло), необходимо снизить риск падения, поставив кресло-каталку и кровать пациента на тормоз и обеспечив пациента по необходимости вспомогательными средствами перемещения (скользящая доска, противоскользящий коврик и пр.). Все действия персонала, оказывающего помощь в перемещении, должны быть спланированы, разъяснены пациенту (его родственникам, сиделке, людям, которые помогают перемещать) и скоординированы. При перемещении пациентов используйте Клинические рекомендации «Безопасное перемещение пациентов с сосудистыми мозговыми синдромами и гемиплегией» (разработчики – Национальная ассоциация по борьбе с инсультом, Союз реабилитологов России, Российская ассоциация по спортивной медицине и реабилитации больных и инвалидов).

Установка сигнализаций около кровати (сигнальной кнопки на вытянутой руке) позволит снизить риск падения при бесконтрольном перемещении. При срабатывании сигнального звонка необходимо подойти к пациенту, выяснить причину и при необходимости перемещения проконтролировать его или помочь пациенту. Сигнальные кнопки помогают пациенту вызвать помощь, когда она необходима. Пациенту необходимо обьяснить, когда надо звать на помощь, как пользоваться этой кнопкой и что медсестра придет не

сразу, а через несколько минут после подачи сигнала. Если звонят сразу несколько пациентов, то приоритет имеют пациенты с риском падения. Если системы нет, то пациентов с риском падения следует располагать в палатах ближе к персоналу.

Ограничение степени открывания окон. Окна в помещении, где находится подопечный с риском падения, должны открываться таким образом, чтобы он не смог выпасть из окна или получить травму (врезаться в окно), передвигаясь около окна. При низких подоконниках лучше ограничить приближение к окнам.

Использование низких кроватей или кроватей с ограничителями (перилами, защитными бортами) помогает предотвратить падение подопечного с кровати. Если кровать перемещается на колесах, то тормоза должны быть приведены в положение ограничения движения (стоп). Кровать с регулируемой высотой должна быть опущена на более низкий уровень. Не следует поднимать защитные ограждения у активных пациентов! Есть риск падения через ограждение, что усиливает высоту падения.

Оборудование санитарных, ванных комнат и туалетов поручнями, дополнительными приспособлениями (насадки на унитаз, сидения, стульчики, коврики и пр.) позволяет пациентам быть в определенной степени самостоятельными, проводить гигиенические процедуры без присутствия посторонних, вставать, ходить в туалет, не боясь при этом упасть. Если пациент будет бояться ходить в туалет из-за риска падения, то он начнет снижать потребление жидкости (воды), изменит рацион питания, что, в свою очередь, приведет к нарушению обмена веществ, функции выделения (запоры/поносы, недержание мочи).

Организация освещения. Во время перемещения пациентов, помещения, где они находятся, должны быть хорошо освещены. Это очень важно, особенно если помещение незнакомо, а у пациентов нарушение зрения, есть пороги, ступени, неровный пол (дефекты напольного покрытия), в помещении много посторонних предметов и мебели.

Обеспечение помощи при физиологических потребностях. Необходимо учитывать, какое пособие оказывается пациенту при отправлении физиологических потребностей. Например, контроль и сопровождение пациента до туалета (КСТ), подача судна в кровать (СВК) или высаживание на туалет рядом с кроватью (ТРК) (стульчак, биотуалет), применяется уропрезерватив (УП), катетеризация мочевого пузыря (КМП), подгузник (ПГ), уростома (УС), кишечная стома (КС), другое. Исходя из этого мы планируем систему ухода, точки контроля пациента и пр.

Обеспечение питьевого режима и дополнительного питания. Вода питьевая должна быть доступна в любое время, в удобной таре (посуде). Кроме этого, некоторым пациентам можно подготовить и поставить рядом сок, фрукты, овощи, печенья, орехи или другую разрешенную еду.

Обеспечение досуга пациента. Если пациент активный, находится в сознании и у него есть желание читать, общаться и пр., то ему надо обеспечить эти занятия. Книги, кроссворды и ручки, телефон и зарядное устройство, пульт от телевизора, прочие предметы, которые могут понадобиться пациенту, должны быть доступны.

Информирование подопечного (его родственников, сиделок) на тему «Профилактика падений». Необходимо разъяснить пациенту (его родственникам, сиделкам), чем опасны падения, и убедить пользоваться дополнительными средствами перемещения, подобрать правильную обувь и одежду (по размеру, не рваную, без лишних застежек, ремешков и пр.), научить пациента правильно обуваться, надевать одежду, пользоваться дополнительными устройствами (поручнями на стенах, насадками на унитаз и пр.), если это необходимо. Не вставать с кровати и не перемещаться без посторонней помощи (без контроля), если это запрещено, не уходить самостоятельно без разрешения из палаты/отделения.

Соблюдение режима сна и отдыха позволяет снизить риск головокружений, усталости, перемещений в темное время суток, бессонницы и пр.

Прикрепление на пациенте или на его кровати опознавательных знаков, свидетельствующих о высоком риске падений. Эта мера профилактики остается дискуссионной. В ряде клиник при высоком риске падения (свыше 25 баллов) положено надевать пациенту на кисть руки оранжевый браслет и/или прикреплять к кровати специальный знак высокого риска падения. На наш взгляд, данная мера недостаточно эффективна и несет в себе дополнительные риски. Те, кто ухаживает за пациентом, обязаны без всяких опознавательных знаков держать его в сфере повышенного внимания, соблюдая все необходимые меры профилактики падений. Посторонним этот знак ни о чем не говорит. Браслет зачастую мешает пациентам, известны случаи, когда они за него цеплялись и как раз падали. А если рукав больничной одежды длинный, то браслета не видно. Есть вопросы и этического характера – по убеждению многих специалистов, надевание браслета является нарушением прав человека (это своего рода штамп неполноценности).

Регистрация и анализ всех случаев падения. Журнал регистрации падений пациентов должен быть в каждом отделении, в котором отмечаются: Ф.И.О., дата рождения, диагноз пациента, причина падения, характер оказываемой помощи и последствия падения, Ф.И.О. медработника, оказывающего помощь, подпись. Анализ и разбор случаев падений в отделениях позволяют выявить причины падений и разработать меры по их профилактике.

Форма протокола падения
Протокол падений

Ф.И.О. _____

Год рождения _____ № комнаты _____

Дата падения _____ Время падения _____ Место падения _____
Кто обнаружил _____
Где обнаружили _____
В каком состоянии (в сознании, без сознания)_____
Версия падения персонала _____
Версия падения подопечного _____
Визуальный осмотр (наличие видимых повреждений) _____
_____
_____
Жалобы подопечного на болевые ощущения: да нет
Если да: локализация боли_____
Характер боли (при движении, в покое, при прикосновении) _____
_____
Принятые меры (вызвали скорую помощь, госпитализация, сообщили лечащему врачу, передали по смене о дальнейшем наблюдении, сообщили директору) _____
Комментарии _____
_____
Подпись м/с _____ Расшифровка _____

Перечень мероприятий по созданию системы профилактики падений в подразделениях ГКБ им. А.К. Ерамишанцева ДЗМ

1. Оценить риск падения пациентов по шкале Морзе (см. Приложение 1 на с. 17) при поступлении в стационар, при переводе из другого отделения. Проводить оценку риска падений у каждого пациента, в т.ч. переведенных из других подразделений.

2. Оценку риска падений фиксировать в медицинской документации в соответствии с приложениями к инструкции.

3. При высоком риске падения пациента планировать мероприятия по контролю за пациентом и спецуходу. Желательно таких пациентов располагать напротив сестринского поста.

4. Для предупреждения падений в помещении не должно быть неисправного напольного покрытия (дыры, провалы в полу, сколы плитки, загнутый рваный линолеум/ковролин и пр.), порогов, проводов и других предметов на полу, загромождения проходов мебелью и вещами.

5. Лестницы и коридоры должны быть хорошо освещены, ночью и в темное время должно работать дежурное освещение. Если пациенты обычно пользуются очками, то надо не забывать их надеть при перемещении.

6. При неисправности освещения, напольных покрытий, перил и прочего оборудования для перемещения пациентов сестры-хозяйки (или старшие сестры) подразделений должны незамедлительно подавать заявки в службы ремонта.

7. После попадания на пол жидкости ее необходимо немедленно вытереть. Если на пол рассыпали какие-либо предметы (мусор), сразу проводится уборка.

8. Мытье пола должно проводиться во время наименьшей активности пациентов (посетителей, персонала). При мытье пола или на скользком полу необходимо выставлять таблички «Осторожно, мокрый пол» до его полного высыхания или «Осторожно, скользкий пол». Перед ступенями или порогом также необходимо сделать табличку, предупреждающий знак, например, «Осторожно, ступени».

9. Обувь пациентов должна быть без дефектов, удобная, не растоптанная, с нескользящей подошвой, желательно с фиксированной пяткой.

10. Одежда должна быть удобной, недлинной (полы халатов, ночных рубашек, другой одежды, брюки должны быть подшиты, а не подвернуты), пациент не должен путаться в одежде.

11. Пациентов необходимо научить пользоваться перилами, поручнями, опорными ручками, ходунками, размещать опоры и подручные средства в доступном месте, проверять их исправность.

12. Не загромождать / не ограничивать доступ к опорным ручкам, перилам в коридорах отделений каталками, кушетками, сиденьями, шкафами, тумбочками и пр.

13. Периодически необходимо проверять исправность, прочность закрепления перил и поручней кровати, кресла-каталки, вспомогательных средств передвижения. При использовании ходунков, костылей, тростей проверять их исправность, прочность, целостность наконечников. Не должно быть острых наконечников, портящих напольное покрытие или скользящих по нему (например, шипы по мраморной плитке).

14. Все средства передвижения пациентов (каталки, кресла-каталки) должны быть убраны в сторону, чтобы не мешали проходу пациентов.

15. Проходы должны иметь достаточно места для ролаторов и ходунков.

16. Вспомогательные средства перемещения должны быть в доступной близости.

17. Стояночный тормоз каталок, кресел-каталок, кроватей должен быть приведен в закрытое положение для фиксации средства передвижения и предотвращения падения пациентов при опоре на эти предметы.

18. Располагать необходимые предметы (телефон, книга, пульт от телевизора и пр.), питьевую воду, еду в свободном доступе.

19. В палате ночью должен гореть ночник, позволяющий проснувшемуся пациенту ориентироваться в обстановке.

20. Чтобы избежать падения пациентов с кровати, следует пользоваться кроватями, имеющими боковые бортики, приводить высоту кровати в наиболее низкое положение.

21. Организовать наблюдение (контроль) за пациентами старших возраст-

ных групп при поступлении в стационар первые несколько суток, а также за пациентами после анестезии, находящихся на сильнодействующих обезболивающих и психотропных препаратах.

22. Пациентам необходимо избегать резких вставаний с кровати, кресла, кушетки, перевязочного стола, стула и пр. во избежание головокружения, потери сознания и падения.

23. При проведении гигиенических процедур (выхода из душа, вставании из ванны или усаживании в нее) пациенты не должны пользоваться в качестве поручня кранами или трубами водопровода, ручками на двери душевой кабины. Санитарные комнаты, душевые кабины, ванны должны быть оснащены поручнями, специальными противоскользящими ковриками, специальными сидениями (креслами).

24. Сестрам-хозяйкам, старшим сестрам отделений необходимо провести оценку безопасности окружающей среды и особое внимание уделить оснащенности душевых комнат, санузлов, исправности окон.

25. Ответственным за состояние общих помещений (холлы, коридоры, лестницы, санузлы, окна и пр.) провести оценку безопасности окружающей среды и проводить ее регулярно не реже одного раза в квартал.

26. При транспортировке на каталках лежачих пациентов обязательно контролировать положение тела пациента, использовать ограничительные бортики каталок, проводить транспортировку силами двух специалистов. Не оставлять пациента без присмотра. Не толкать силой каталку вперед при наезде на препятствие.

27. При транспортировке пациентов на креслах-каталках контролировать положение тела пациента в кресле, ставить ноги на подножки (по необходимости фиксировать), по необходимости фиксировать тело пациента ремнями безопасности, использовать подголовник. Также не оставлять пациента без присмотра и резко не толкать каталку вперед при наезде на препятствие.

28. Проводить анализ проводимых лечебно-диагностических процедур, принимаемых лекарственных препаратов, способных повысить риск падения (прием цитостатиков, ноотропных, психотропных препаратов, наркотических анальгетиков, закапывание атропина при исследовании глазного дна и пр.).

29. Врачам в случае риска падения пациента более 46 баллов проводить функциональную оценку пациента, включающую в себя:

- оценку по шкале Хендрика II (см. Приложение 3 на с. 18–19);
- анализ лекарственных средств, используемых пациентом, на предмет полипрагмазии (одномоментное использование более пяти лекарственных препаратов);
- анализ сопутствующих заболеваний, влияющих на увеличение риска падения пациента;

• оценку адекватности обезболивания;

• оценку факторов, влияющих на снижение качества сна и отдыха (бессонница, тревожность, страх, шум, яркий свет);

• поиск причин, увеличивающих риск падения пациента.

30. Ознакомить пациентов и их родственников (сопровождающих, сиделок и пр.) с правилами по снижению риска падения.

31. Провести инструктаж персонала, вовлеченного в лечебный процесс, мерам по снижению риска падения.

32. Обучить персонал правилам реагирования на факт падения, заполнению документации о падении пациентов.

33. Передавать при поручении транспортной бригаде или младшему медперсоналу транспортировать пациента, при процедуре приема-сдачи смены информацию о пациентах с риском падений.

34. Провести инструктаж со специалистами службы охраны на предмет идентификации пациентов с высоким риском падения и ограничениями режима выхода из больницы для таких пациентов. Регулярно оповещать специалистов службы охраны о пациентах с высоким риском самовольного покидания стационара и высоким риском падения.

35. Информировать о фактах падения пациентов дежурного администратора, ответственного за сбор информации, и врача отдела медицинской статистики.

36. Все работники медицинской организации должны быть вовлечены в процесс оказания медицинской помощи и профилактику риска падений пациентов.

37. Старшим сестрам совместно с заведующими подразделений разработать инструкции для персонала подразделений и пациентов по профилактике риска падений и согласовать с главной медицинской сестрой, утвердить у главного врача.

Приложение 1

Лист оценки риска падения по Морзе

Показатель	Баллы	
Падение в анамнезе Падал ли в последние 3 мес.:		
нет да	0 25	
Есть ли сопутствующее заболевание (см. медицинскую карту):		
нет	0	
да	15	
Ходит самостоятельно:		

Показатель	Баллы	
• ходит сам (даже если при помощи кого-то) или строгий постельный режим, неподвижность	0	
• костыли/ ходунки/ трость	15	
• опирается о мебель или стены для поддержки	30	
Принимает внутривенное вливание (есть система) / принимает гепарин, фраксипарин:		
нет	0	
да	20	
Походка:		
• нормальная (ходит свободно)	0	
• слегка несвободная (ходит с остановками, шаги короткие, иногда с задержкой)	10	
• Нарушения (не может встать, ходит, опираясь, смотрит вниз)	20	
Психическое состояние:		
• знает свою способность двигаться	0	
• не знает или забывает, что нужна помощь при движении	15	
Общий балл		

Приложение 2

Шкала оценки риска падений

Баллы	Степень риска	Рекомендации
0 баллов	Нет риска	Осуществление мероприятий по основному медицинскому уходу
5–20 баллов	Низкий уровень	
25–24 баллов	Средний уровень	Внедрение стандартизированных мер для профилактики падений, спецуход
Больше 45 баллов	Высокий уровень	Внедрение специфических мер, направленных на профилактику падений, спецуход

Приложение 3

Модель риска падений Хендрика II

Фактор риска	Количество баллов
Растерянность/дезориентация/импульсивность	4
Симптоматическая депрессия	2
Нарушение стула и мочеиспускания	1
Головокружение	1

Фактор риска	Количество баллов
Мужской пол	1
Назначение любых противоэпилептических препаратов (антиконвульсантов): карбамазепина, вальпроата натрия, этотоина, этосуксимида, фелбамата, фосфенитоина, габапентина, ламотриджина, мефенитоина, метсуксимида, фенобарбитала, фенитоина, примидона, топирамата, триметадиона, вальпроевой кислоты	2
Назначение любых препаратов бензодиазепинового ряда (алпрозалам, хлордиазепоксид, клоназепам, хлоразепат калия, диазепам, флуразепам, галазепам, лоразепам, мидозолам, оксазепам, темазепам, триозолам)	1
Проба «Встань и иди» или «Подъем из положения сидя на стуле» Если невозможно провести оценку данной пробы, наблюдайте за изменениями уровня активности, оценивайте другие факторы риска, отмечайте их наряду с датой и временем в карте пациента	
Способность подняться одним движением	0
Успешно поднимается за одну попытку	1
Встает, но после нескольких попыток	3
Не может подняться без посторонней помощи во время пробы (или данное заключение получено в результате медицинской ошибки/или назначен строгий постельный режим)	
Если невозможно оценить данную пробу, отметьте дату и время в карте пациента	4
Сумма баллов, равная 5 или больше, сопряжена с высоким риском падений	

Приложение 4

Этапы оценки риска падений пациентов

№ п/п	Этапы оценки риска падения	Обоснование
1.	Войти в палату, поздороваться, идентифицировать пациента, представиться, обьяснить ход предстоящей процедуры, убедиться в наличии у пациента информированного согласия на процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача	Соблюдается право пациента на информацию. Устанавливается психологический контакт с пациентом
2.	Уточнить возраст пациента. Выяснить, нет ли у пациента нарушений зрения (необходимость пользования очками, контактными линзами)	В возрасте после 65 лет риск падения увеличивается. При нарушении зрения человек может не увидеть опасности (предметов, находящихся у него на пути, влажный пол, поврежденное покрытие пола и т.д.)

№ п/п	Этапы оценки риска падения	Обоснование
3.	Определить, нет ли у пациента нарушения походки и равновесия («походка пьяного»; походка, при которой пациент ходит, широко расставляя ноги и пошатываясь)	Неустойчивая походка – одна из наиболее частых причин падения
4.	Уточнить перечень лекарственных препаратов, которые пациент принимает по назначению врача	Прием диуретических средств может заставить пациента ускорить передвижение, что, в свою очередь, может спровоцировать падение. Прием транквилизаторов, седативных и снотворных препаратов может вызвать слабость, рассеивание внимания и, как следствие, падение
5.	Определить методом наблюдения быстроту реакции пациента на потенциальную опасность	Замедленная реакция увеличивает риск падения
6.	Определить, нет ли у пациента головокружения при перемещении из положения лежа в положение сидя и стоя	Наличие такого головокружения увеличивает риск падения при самостоятельном перемещении
7.	Определить, нет ли у пациента дезориентации во времени и пространстве (не понимает, где он находится, какое время года, который час и т.д.)	При наличии дезориентации пациент может совершать неадекватные действия, которые могут спровоцировать падение
8.	Определить обьем движений в суставах	Нарушение обьема движений в суставах может привести к неустойчивой походке, боли в суставах увеличивают риск падения
9.	Уточнить, пользуется ли пациент при ходьбе средствами помощи (трость, ходунки, костыли и пр.), в каком они состоянии и где находятся	Неправильно подобранные средства помощи, потерянные, неисправные и пр. увеличивают риск падения
10.	Уточнить медицинский диагноз пациента. Сделать вывод о степени риска падения пациента. Наметить план мероприятий по профилактике падения	Некоторые заболевания предрасполагают к падению

Приложение 5

Отчет о падении пациента в отделении

Дата «_____» _____

Ф.И.О. медработника, _____

обнаружившего пациента и оказывающего помощь

Должность _____

Ф.И.О. пациента	
Дата рождения	
Диагноз основной	
Сопутствующий диагноз	
Имелись ли риски падения пациента	ДА НЕТ НЕ ОТМЕЧЕНО
Приняты ли меры по профилактике падений	ДА НЕТ НЕ ОТМЕЧЕНО
Информирован ли врач о риске падения	ДА НЕТ НЕ ОТМЕЧЕНО
Информирован ли сам пациент, родственники о риске падения и его профилактике	ДА НЕТ НЕ ОТМЕЧЕНО
Информирован ли средний и младший медперсонал о риске падения у данного пациента и его профилактике	ДА НЕТ НЕ ОТМЕЧЕНО
Дата, время падения	«__» _____ 20__ г. __ ч __ мин.
Описание падения:	_____ _____
Где произошло падение пациента?	В палате, в холле, коридоре, в туалете, в душе, в процедурной, перевязочной, с кровати, со стула Другое _____ _____
Что пациент пытался делать перед тем, как он упал, или во время падения?	Пытался встать с кровати, пересесть на кресло, что-то достать с тумбочки, шел по коридору после процедуры, шел в туалет, после туалета Другое _____ _____
Использовал ли пациент вспомогательные средства перемещения (костыли, трости, ходунки, кресло-каталку, другое _____)	ДА НЕТ НЕ ОТМЕЧЕНО
После падения пациент был обнаружен:	в положении лежа, сидя, пытался подняться, лежал и не двигался и ждал помощи самостоятельно встал и пошел дальше / но ждал помощи для дальнейшего движения
После падения пациент жаловался на сильную боль	В какой-либо конечности_____ в месте ушиба/удара _____ в области раны _____ другое _____

Пациент испытывал головокружение, нарушение зрения, головную боль, шум в ушах или пр. симптомы, предшествовали падению?	ДО: ДА НЕТ НЕ ЗНАЕТ Другое _____ После: ДА НЕТ / НЕ ЖАЛУЕТСЯ Другое _____
Освещение в месте падения было достаточным?	ДА НЕТ Дополнительно _____
Напольное покрытие соответствует требованиям	ДА НЕТ Дополнительно _____
Одежда, обувь пациента соответствует требованиям	ДА НЕТ Дополнительно _____
Окружающая обстановка в месте падения соответствует требованиям	ДА НЕТ Дополнительно _____
Другое	_____ _____

Ф.И.О. сотрудника _____ /_____

подпись

Приложение 6

Ежедневный план сестринского контроля безопасности пациентов высокого риска падений

Отделение _____

Ф.И.О. пациента_____ Дата рождения _____

Дата	**При поступлении**	**Дата**	**Дата**	**Дата**	**Дата**	**Дата**	**Дата**	**Дата**	**Дата**	**Дата**
Надет оранжевый браслет										
Пациент и его семья получили информацию по профилактике падений										
Напольные покрытия без дефектов, пол нескользкий										
Одежда, обувь пациента соответствует требованиям										
Кнопка вызова находится в доступности										
Средства перемещения находятся рядом с пациентом										
Кровать в низкой позиции, колеса застопорены										

Дата	При поступлении	Дата	Дата	Дата	Дата	Дата	Дата	Дата	Дата	Дата
Подняты защитные поручни кровати										
Обеспечен доступ к питьевой воде, еде										
Обеспечен регулярный туалет										
Обеспечен досуг										
Другое										
Ф.И.О. и подпись медсестры										

Приложение 7

Журнал учета падений пациентов

Отделение _____

Начат «___» _____ 201__ г. Окончен «___» _____ 201__ г.

№	Дата	Ф.И.О. пациента	Обстоятельства и характер травмы	Время и вид оказанной помощи	Ф.И.О. медработника	Подпись медработника	Примечания

Приложение 8

Карта мониторинга мероприятий по профилактике падений

Отделение _____ за _____ месяц 201__ г.

№	Название показателя	Единица измерения	Показатель	Примечание
1.	Количество падений пациентов в стационаре	абс. число		
2.	Количество падений пациентов в ТП	абс. число		
3.	Количество предотвращенных фактов падения	абс. число		

№	Название показателя	Единица измерения	Показатель	Примечание
4.	Число сообщений о падении пациента	абс. число		
5.	Общее число койко-дней	абс. число		
6.	Доля переданных сведений о падении пациентов	в %		
7.	Доля переданных сведений о предотвращенных фактах падения	в %		
8.	Показатель падений на 1000 койко-дней	в % (на 1000)		

Заведующий отделением _____ Ф.И.О.
Старшая медицинская сестра _____ Ф.И.О.
«_____» _____ 201__ г.

Приложение 9

Карта мониторинга мероприятий
по профилактике падений за _____ месяц 2018 г.

№	Название показателя	Единица измерения	Показатель/отделения					
			нейрохирургии	неврологии	ОНМК	травматологии	ПСО	гинекологии
1.	Количество падений пациентов в стационаре	абс. число						
2.	Количество предотвращенных фактов падения	абс. число						
3.	Число сообщений о падении пациента	абс. число						
4.	Общее число койко-дней	абс. число						
5.	Доля переданных сведений о падении пациентов	в %						

№	Название показателя	Единица измерения	Показатель/отделения					
			нейрохирургии	неврологии	ОНМК	травматологии	ПСО	гинекологии
6.	Доля переданных сведений о предотвращенных фактах падения	в %						
7.	Показатель падений на 1000 койко-дней	в % (на 1000)						

Врач отдела медицинской статистики
Ф.И.О. _____ подпись

Приложение 10

Памятка по профилактике падений для пациента во время пребывания в стационаре ГБУЗ «ГКБ им. А.К. Ерамишанцева ДЗМ»

Уважаемый пациент!

Мы стремимся к тому, чтобы уменьшить риск падения пациентов в стационаре, результатом которого могут быть серьезные травмы. При поступлении в стационар медицинская сестра проведет оценку риска падений.

Если медицинская сестра определила высокий риск падений, мы просим вас соблюдать следующие правила:

– прежде чем утром (днем после отдыха) встать с кровати, попросите помощи (пригласите медицинскую сестру, сиделку);

– после пробуждения спустите ноги с кровати, убедитесь, что у вас нет головокружения, прежде чем подниматься;

– сообщите медицинской сестре, если вы не можете дотянуться до костылей, трости, ходунков или кресла-каталки;

– скажите медицинской сестре о любых поломках костылей, тростей, ходунков, кресла-каталки или о неисправности кровати;

– скажите медицинской сестре о недостаточной освещенности помещений, нарушений напольных покрытий, загромождении проходов и о том, что мешает свободному передвижению.

Важно помнить: если вас попросили не вставать с кровати без сопровождения, попросите помощи и не вставайте сами!

Как безопасно встать с кровати

Убедитесь, что все необходимые подручные средства, способные облегчить передвижение, доступны и находятся в пределах досягаемости:

– кнопка вызова медперсонала;
– очки;
– удобная (желательно закрытая, с фиксированной пяткой) обувь с нескользящими подошвами;
– пижама подходящей длины (брюки застегнуты);
– боковые поручни кровати опущены;
– подручные средства для передвижения (ходунки, трость, ходунки или кресло-каталка) исправны и находятся возле кровати.

Как правильно спуститься с кровати

Медленно переходите из положения лежа в положение сидя:
– повернитесь сначала набок, а затем вставайте не спеша, опираясь на кровать, держась за поручни, спустите ноги с кровати;
– перед тем как встать, посидите на краю кровати в течение нескольких минут, упираясь ногами в пол;
– не торопитесь, поднимайтесь медленно, при необходимости воспользуйтесь вспомогательными средствами (ходунки, трость, ходунки или кресло-каталку) или попросите помощи у медперсонала.

Запрещено вставать с кровати (стула, кресла-каталки), если:

– вам было рекомендовано не вставать с кровати (стула, кресла-каталки) самостоятельно;
– вы чувствуете головокружение и/или недостаток равновесия;
– вспомогательное средство, которое вы используете для передвижения, неисправно, недосягаемо;
– вы чувствуете слабость в ногах, головокружение.

Только общими усилиями мы сможем достичь вашей безопасности!

ОПЫТ ОБУЧЕНИЯ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКЕ РУК МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Е.В. ГОРЕЛИКОВА, *врач-эпидемиолог, к.м.н., АНО ДПО «Пермский институт повышения квалификации работников здравоохранения», г. Пермь*

Профессиональная деятельность медицинских сестер связана с высоким риском инфицирования ИСМП (такими как ВИЧ-инфекция, вирусные парентеральные гепатиты, туберкулез и т.д.), а также с заражением данными инфекциями пациентов.

Проблема актуальна для всех учреждений здравоохранения любого профиля. ИСМП ухудшают прогноз заболеваний, вызывают страдания пациентов, продлевают госпитализацию и приводят к дополнительным затратам системы здравоохранения. Факты, приводимые зарубежными и отечественными исследователями, позволяют утверждать, что ИСМП возникают у 6–12% больных, поступающих в медицинские организации. В России, по данным официальной статистики, ежегодно регистрируются примерно 30 тысяч случаев инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.

Современные медицинские организации представляют собой сложные экологические системы. Работающие в них сотрудники и пациенты, приходящие на прием, ежедневно контактируют с различными факторами инфекционной природы, несомненно, оказывающими влияние на их здоровье и работоспособность.

По данным многочисленных исследований, одним из основных факторов распространения инфекции в медицинских организациях являются руки медицинского персонала.

Мировая практика показывает, что качественная гигиена рук проводится лишь в 40%, т.е. из 10 случаев, при которых она необходима, лишь в четырех. Это связано в первую очередь с отсутствием достаточных знаний и навыков по технике обработки рук и должной мотивации у персонала. Другие причины – недостаток времени, отсутствие необходимых условий, наличие проблем с кожей рук и профессиональных дерматитов, а также недостаток финансирования этого направления, и в результате – приобретение либо некачественных антисептиков, либо в количестве, не отвечающем потребности в них.

Во главе работы по профилактике инфекций, связанных с оказанием ме-

дицинской помощи, стоит медицинская сестра как основной организатор, исполнитель и ответственный контролер, правильность действий которого зависит от его знаний и практических навыков.

На основании изложенного выше целью и задачей нашей организации дополнительного профессионального образования является повышение уровня знаний и умений в области гигиенической обработки рук.

За период 2015–2017 гг. нами обучено 12 902 слушателя со средним медицинским образованием из 16 регионов РФ (Пермский край, Свердловская область, Тюменская область, Кировская область, ХМАО, ЯМАО, Волгоградская область, Нижегородская область, Краснодарский край, Республика Марий Эл, Тверская область, Белгородская область, Ростовская область, Владимирская область, Республика Башкортостан, Республика Удмуртия).

Выявленные причины невыполнения требований по дезинфекции рук у средних медицинскихработников:

- 78% – недостаток информации и знаний;
- 14% – проблемная кожа рук медицинского персонала;
- 8% – недостаток времени.

Наиболее частые ошибки медицинских сестер при дезинфекции рук:

- не знают,в каких случаях необходимо проводить дезинфекцию рук;
- не знают правильное количество кожного антисептика, необходимого для качественной дезинфекции рук;
- не знают алгоритм (последовательность втирания кожного антисептика);
- не знают, что после смены перчаток необходимо обязательно обработать руки кожным антисептиком.

Обучение проводится по утвержденным программам дополнительного профессионального образования. Занятия на базе нашего института проводятся высококвалифицированными специалистами в симуляционно-тренинговом манипуляционном центре в виде бинаров, где слушатели могут отработать практические навыки. Обучение на выездных циклах проходит на базе медицинских организаций (актовый зал поликлиники либо стационара). Мы с собой привозим необходимое оборудование, создающее имитацию процедурного кабинета. Занятия проходят группами (количество от 10 до 20 человек). В структуре занятия есть мастер-класс по правильной технике дезинфекции рук.

Гигиеническая обработка рук регламентирована СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляемым медицинскую деятельность», Федеральными клиническими рекомендациями «Гигиена рук медицинского персонала».

Для достижения эффективного мытья и обеззараживания рук необходимо соблюдать следующие условия:

- коротко подстриженные ногти;
- отсутствие лака на ногтях;

• отсутствие искусственных ногтей;
• отсутствие на руках колец, перстней и других ювелирных украшений.

Неухоженные ногти и околоногтевые ложа являются идеальным местом для обитания микроорганизмов. Медработники, носящие искусственные ногти, предоставляют прекрасное место обитания длябактерий и дрожжевой микрофлоры. На коже под кольцами находится больше микроорганизмов, чем на коже без украшений. Украшения не позволяют обработать кожу под ними.

Чтобы качественно провести гигиеническую обработку рук, медицинский персонал должен быть обеспечен в достаточном количестве эффективными средствами для:

• мытья рук (жидкое мыло с дозатором (диспенсером);
• обеззараживания рук (кожные антисептики);
• ухода за кожей рук (кремы, лосьоны, бальзамы и др.) для снижения риска возникновения контактных дерматитов.

Кожные антисептики для обработки рук должны быть легкодоступными на всех этапах лечебно-диагностического процесса. В подразделениях с высокой интенсивностью ухода за пациентами и с высокой нагрузкой на персонал (отделения реанимации и интенсивной терапии и т.п.) дозаторы с кожными антисептиками для обработки рук должны размещаться в удобных для применения персоналом местах (у входа в палату, у постели больного и др.). Следует также предусматривать возможность обеспечения медицинских работников индивидуальными емкостями (флаконами) небольших обьемов (до 200 мл) с кожным антисептиком.

Спиртосодержащие кожные антисептики признаны «золотым стандартом» обработки рук, так как они:

• просты в применении;
• быстро и надежно действуют;
• высоко эффективны против клинически значимых микроорганизмов;
• хорошо переносятся кожей рук и позволяют поддерживать защитную функцию кожи.

Правила «5 этапов гигиены рук», разработанные ВОЗ, определяют ситуации, при которых персоналу необходимо обработать руки:

• перед контактом с пациентом;
• после контакта с пациентом;
• перед проведением инвазивных процедур;
• после контакта с секретами или экскретами организма;
• после контакта с окружением пациента.

Способы гигиенической обработки рук:

• гигиеническое мытье рук мылом и водой для удаления загрязнений и снижения количества микроорганизмов;
• обработка рук кожным антисептиком для снижения количества микро-

организмов до безопасного уровня.

Этапы обработки рук:

- снять кольца, браслеты, часы;
- открыть кран, отрегулировать температуру воды;
- смочить руки под струей воды;
- нанести жидкое мыло на ладонь в количестве 1,5–3 мл, вспенить мыло;
- трение запястий круговыми движениями (каждое движение повторяется 5 раз):

1) тереть одну ладонь о другую ладонь возвратно-поступательными движениями;

2) правой ладонью растирать тыльную поверхность левой кисти, поменять руки;

3) соединить пальцы одной руки в межпальцевых промежутках другой, тереть внутренние поверхности пальцев движениями вверх и вниз;

4) соединить пальцы в «замок», тыльной стороной согнутых пальцев растирать ладонь другой руки;

5) охватить основание большого пальца левой кисти между большим и указательным пальцами правой кисти, вращательное трение, поменять руки;

6) круговым движением тереть ладонь левой кисти кончиками пальцев правой руки, поменять руки;

- смыть мыло с рук;
- просушить руки;
- закрыть воду (кран закрывается с помощью бумажного полотенца);
- нанести кожный антисептик на кисти рук в количестве 3–5 мл из дозатора локтевого настенного или из емкости производителя;
- втирать кожный антисептик в кожу рук до полного высыхания, строго соблюдая последовательность вышеперечисленных движений (30 сек.).

Также важно ухаживать за кожей рук, используя средства по уходу (профессиональные кремы, бальзамы) перед началом работы, во время перерывов, после окончания работы и по мере необходимости.

Таким образом, полученные медицинскими сестрами знания и умения по гигиенической обработке рук снизят риск возникновения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи в медицинских организациях.

ВЫЗОВЫ СОВРЕМЕННОСТИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Е.А. РЕМНЕВА, *преподаватель ГАПОУ Республики Карелия «Петрозаводский базовый медицинский колледж», г. Петрозаводск*

«Сейчас – как раз то самое время, когда настоящее прямо на наших глазах превращается в будущее».

Айзек Азимов

Если пофантазировать и представить, что нам в руки попала машина времени и мы бы перенесли человека из XVII века в наш XXI век, то, скорее всего, он испытал бы огромный шок от увиденного, потому что его реальность совсем другая. Однако если то же самое сделать с человеком из XIII века, переместив его также на четыре века вперед, в XVII век, то такого шока, скорее всего, он не испытал бы, ведь его реальность немногим отличалась от того, что ждало бы его через четыреста лет. Тому, что происходит в XVII веке, удивится разве что человек из неолита, где не было даже колеса, но какой при этом временной разрыв! Это сравнение ярко иллюстрирует, что мир с каждым веком развивается гораздо быстрее. Изменения вокруг нас происходят намного стремительнее, чем мы можем себе представить.

Даже если сравнить себя в 2018 году с человеком из 70-х годов прошлого века – то, что тогда казалось фантастикой, сейчас – наша с вами реальность. Скорость изменений нарастает катастрофически. Системы искусственного интеллекта настолько развиты, что скоро смогут заменять собой продавцов, бухгалтеров, юристов. Искусственный интеллект замещает рабочие профессии, где труд рутинный и стандартизированный. Компьютеры стали по-настоящему мощными и теперь способны выполнять работу, которую раньше мог выполнить только человек (например, распознавать раковую опухоль на томографическом снимке). Роботы стали доступнее и дешевле, чем человек, а главное, производительнее и эффективнее во многих процессах. В медицину робототехника тоже вносит свой вклад. В ближайшие пять лет будет активно развиваться рынок микродиагностических устройств: человек в любых условиях и в любое время сможет зафиксировать свои текущие физиологические показатели и мгновенно передать данные конкретному врачу через компьютерную сеть.

Автоматизация настолько глобальна, что большое количество рабочих мест как во всем мире, так и в России уже сейчас находится под угрозой. Взамен появляются новые рабочие места, но они требуют от человека высокой квалификации и профессионализма. Уже сегодня в нашей с вами

профессии есть потребность в тех, кто одновременно сможет заменить трех-четырех специалистов. Люди должны будут заниматься такой работой, которую роботы выполнить не смогут – и это работа с другими людьми и коллективами.

Цифровизация всех сфер жизни требует от нас компьютерной грамотности. Но компьютерная грамотность, как мы ее понимаем в большинстве случаев, – умение пользоваться интернет-браузером, отправить электронную почту или написать текст в текстовом редакторе – необходима, но совершенно недостаточна в настоящее время. Нам требуются более серьезные навыки работы с цифровыми технологиями. Уже сейчас медицинская сестра одновременно работает в трех-четырех компьютерных программах, вводит данные, настраивает оборудование.

На скорость изменений влияет глобализация экономики, знаний и технологий. Мы движемся в сторону все большей интеграции. Порой непонятно, в какой стране создан тот или иной продукт, так как один его компонент может быть изготовлен в Китае, другой – в России, а третий – в Южной Корее. Поэтому специалисты XXI века должны уметь работать в мультиязычных и мультикультурных средах. Компетенцией XXI века становится свободное владение английским и другими языками, и вместе с тем понимание национального и культурного контекстов на языке оригинале. Ведь любой человек в какой-то момент может стать пациентом.

Экологизация – еще одна очень важная тенденция, которая уже получила широкое распространение в мире и важность которой постепенно начинают осознавать и в России. Экологизация означает бережливое отношение к любым типам используемых природных ресурсов, а также сокращение объема производимых отходов. Мы все понимаем, что природные богатства небезграничны, поэтому должны нести ответственность за место, в котором мы обитаем, – будь то наш дом, город, страна или наша планета Земля. Мы меняем опасные для человека и окружающей среды ртутные термометры на более безопасные – с галлием и электронные. Еще в недавнем времени про классификацию медицинских отходов мало кто знал, а тем более применял принципы сортировки медицинских отходов в работе. Теперь по-другому просто нельзя, мы не только правильно сортируем медицинские отходы, обезвреживаем их, но и отправляем во вторичную переработку.

Бережливое производство, управление производственным процессом, основанное на постоянном стремлении к устранению всех видов потерь, предполагает вовлечение в процесс оптимизации каждого сотрудника и максимальную ориентацию на потребителя. Проект «бережливая поликлиника» внедряется во многих ЛПО страны, это первый опыт для России, и он приживается не без шероховатостей. В то же время бережливое производство – принцип, по которому уже давно живут и развиваются многие крупные предприятия, организации и корпорации всего мира.

Демографические изменения, растущая продолжительность жизни увеличивают нагрузку на институты здравоохранения – пенсионерам чаще требуется медицинская помощь. И здесь тоже необходимы изменения в подходах к организации работы медицинского персонала.

Развитие биотехнологий, в том числе использование биоразлагаемых материалов, генная инженерия, производство препаратов биосинтеза, кардинальным образом уже сейчас влияет на медицину. Например, более мягкая альтернатива антибиотикам – использование бактериофагов. И для того чтобы двигаться в сторону стремительно развивающегося мира, нам нужно ускоряться.

Как уже было сказано выше, все будет автоматизировано. Но искусственный интеллект не сможет заменить человека там, где нужно «человеческое». И это наша с вами сфера. Наша с вами профессия будет нужна всегда. Но в соответствии с трендами времени от нас потребуется больше профессионализма. Наша профессия «пенсионером» не станет никогда, но то, что она изменится, – это факт. Нам потребуется больше навыков работы с человеком. И эти навыки должны быть на очень высоком уровне. Компетенциями XXI века являются эмоциональная грамотность, умение работать с запросами потребителя, клиентоориентированность. В нашем случае – пациентоориентированность.

Примером безупречной пациентоориентированности можно назвать американскую клинику Мэйо. Ключевым принципом лучшей в мире сервисной организации являются всего четыре слова: «Нужды пациента превыше всего». Данная клиника была основана в начале 1900-х годов в небольшом захолустном городке. Указанный принцип позволил ей не просто просуществовать до наших дней, а превратиться в огромный медицинский центр, входящий в список 100 лучших американских компаний. В этой клинике все вновь приходящие специалисты, в том числе и медсестры, имеющие большой опыт работы, проходят интенсивный курс ориентации на пациента.

К идеальным стилям поведения медицинских работников клиники Мэйо относятся: уверенность в себе, чуткость, гуманность, проявление интереса и уважения к личности пациента, прямота, основательность. Вроде бы это все прописные истины. Но как их реализовывать на практике?

Например, что значит чуткость? Вот высказывание пациента клиники Мэйо: «Медицинский работник пытается понять мои чувства и мысли». Как часто мы пытаемся понять чувства и мысли пациента? А ведь это дает нам многое, мы начинаем понимать проблемы пациента, эффективнее ему помогаем, что, в свою очередь, намного снижает риск возникновения конфликтных ситуаций.

Прямота – диалог в открытой форме, без недомолвок и намеков. Все бы ничего, но говорить часто приходится непростые вещи. И как это сделать просто и понятно для пациента?

Выше приведен пример американской клиники. Наши культуры и истории разные, поэтому и мы тоже разные.

Наша современница и соотечественница Анна Александрова Сонькина не первый год работает в России над проблемой общения, ориентированного на пациента. В своих статьях она уделяет много внимания ситуации общения медицинских работников с пациентами в России. Автор пишет, что в нашей стране внимание к личности пациента дается с трудом. К сожалению, у нас пока нет исследований, которые бы описали, что происходит по факту. Но в публикациях пациентов в СМИ и социальных сетях часто встречаются такие характеристики поведения медиков, как невнимательность, неуважительное отношение, пренебрежение и даже хамство.

Обучение всех медицинских работников навыкам общения становится просто необходимым. Важными в пациентоориентированном общении становятся следующие умения:

1. Умение слушать. Мы часто перебиваем пациентов, обьясняя это тем, что нам не хватает на это времени. При этом в исследованиях показано, что, когда пациентам давали договорить, не перебивая, большинство укладывались менее чем в 60 секунд, и никому не потребовалось больше 150 секунд, даже когда им предлагали продолжать.

2. Умение задавать открытые вопросы. Мы часто задаем вопросы в закрытой форме, на которые можно ответить только да или нет, тем самым повышая тревожность пациентов. Альтернативный стиль вопросов – открытый. При этом пациенты чувствуют, что они выслушаны, и больше доверяют медицинскому работнику. Параллельно с этим нам удается получить больше информации от пациента за меньшее время.

3. Умение структурировать работу помогает контролировать время и обеспечить выполнение поставленных задач. Очень полезно с самого начала работы с пациентом сказать, сколько у вас времени и что вам нужно успеть сделать.

4. Умение дозированно разьяснять. Разьяснение информации пациентам часто непонятно и сложно или, наоборот, разьяснений слишком мало. Основной эффективный навык – дозирование исходя из принципа «измельчай и проверяй». Информация при использовании этого навыка дается маленькими порциями с осознанными паузами между ними. Паузы позволяют реагировать на сказанное и показывать свою реакцию пациенту. Таким образом, процесс разьяснения превращается из монолога в диалог с пациентом.

5. Умение принимаюше реагировать на мысли, реакции, решения пациента, с которыми, с точки зрения медицины, сложно согласиться. Это и отказ пациента по каким-то своим убеждениям от лечения или требование неадекватного лечения, и выражение недовольства условиями работы поликлиники или стационара, и явное выражение недоверия или неуважения, вплоть до агрессии и конфликта. Естественная реакция на противостояние

у медицинского работника, как и у большинства, – конфронтация, часто приводящая к конфликту. При этом доказано, что именно повышает вероятность выстраивания отношений – это безусловное принятие. Мы можем сказать пациенту: «Да, я понимаю, как вы могли прийти к такому выводу». Частая ошибка – это поспешный переход к переубеждению и контраргументации, потому что работает мнение, что остановиться на принятии – значит согласиться. На самом деле это не так, и, чтобы пациент почувствовал, что он принят, и был готов слушать альтернативную позицию, очень важна пауза после принятия.

6. Умение проявлять эмпатию. Зачастую мы стараемся не откликаться при столкновении с эмоциями пациентов, что те часто принимают за равнодушие и безразличие. На самом деле сочувствовать можно и нужно. Эффективное проявление эмпатии со стороны медицинского работника необходимо пациенту и может снизить риск эмоционального выгорания.

В настоящее время в России вопрос межличностных отношений медицинских работников и пациентов стоит очень остро. Как следствие – многочисленные жалобы в различные инстанции, сообщения в СМИ, социальных сетях. И сейчас не важно, кто прав или не прав. Важно то, что пациент может быть непростым, со своей картиной мира, и мы, современные медицинские работники, должны это понимать, принимать и уметь общаться с таким пациентом, учитывая вышеперечисленные принципы. А значит, развивать в себе эти умения, доводить их до автоматизма.

Чтобы быть готовыми к завтрашнему дню, необходимы постоянное обучение и наращивание компетенций. Образовательную траекторию можно задать себе самостоятельно: путем стажировок, онлайн-курсов и практики. Это гораздо сложнее, чем идти по давно существующей образовательной колее, но увлекательнее и результативнее. Модель современного образования – «образование через всю жизнь». И такую модель нам поможет реализовать система непрерывного медицинского образования для медицинских работников. Сегодня эта система внедряется в России, встает на рельсы. За ней – будущее нашего с вами развития.

ТРУДОВОЕ ПРАВО В ВОПРОСАХ И ОТВЕТАХ

На вопросы читателей отвечают ведущие специалисты службы правового консалтинга «Гарант».

В соответствии с п. 4 Правил допуска лиц к работе с наркотическими средствами и психотропными веществами, утвержденных постановлением Правительства РФ от 06.08.1998 № 892, в трудовой договор необходимо включать взаимные обязательства администрации организации и сотрудника, связанные с оборотом наркотических средств и психотропных веществ.

Какую формулировку в дополнительном соглашении к трудовому договору следует указать работнику, допущенному к работе с наркотическими и психотропными средствами? Какие определить обязательства сторон в данном случае?

Допуск физических лиц к работе с наркотическими средствами и психотропными веществами, а также к деятельности, связанной с оборотом прекурсоров, предусматривает включение в трудовой договор взаимных обязательств организации (индивидуального предпринимателя) и физлица, связанных с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и (или) прекурсоров (п. 3 Правил допуска лиц к работе с наркотическими средствами и психотропными веществами, утвержденных постановлением Правительства РФ от 06.08.1998 № 892 (далее – Правила).

То есть помимо обязательных условий трудового договора, прямо определенных ст. 57 ТК РФ, в трудовой договор с работником, непосредственно выполняющим работу с наркотическими средствами и психотропными веществами, должны быть включены взаимные обязательства работника и работодателя, связанные с оборотом наркотических средств и психотропных веществ. Поскольку трудовая функция предполагает работу с наркотическими средствами и психотропными веществами, взаимные обязательства сторон, связанные с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, в силу положений абзаца одиннадцатого части второй ст. 57 ТК РФ будут выступать в качестве обязательных условий трудового договора.

К сожалению, каких-либо официальных разъяснений, что же должно быть предметом взаимных обязательств, связанных с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, на федеральном уровне, нет. Однако региональные органы иногда принимают документы, рекомендующие включать в трудовой договор с рассматриваемыми категориями работников некоторые дополнительные условия.

Так, письмом Департамента здравоохранения Свердловской области от 03.11.1998 № 02-16/12 в трудовой договор рекомендуется включать следующие взаимные обязательства:

1. Обязательства работника:

– обеспечение сохранности наркотических средств и психотропных веществ;

– принятие мер по предотвращению порчи и утраты;

– ведение в установленном порядке учета, отчетности о движении наркотических средств и психотропных веществ;

– своевременное информирование работодателя об обстоятельствах, препятствующих соблюдению порядка хранения, учета, ведения прочих операций с наркотическими средствами и психотропными веществами;

– иные обязательства с учетом конкретных условий работы.

2. Обязательства работодателя:

– создавать работникам, чья деятельность связана с законным оборотом наркотических средств и психотропных веществ, условия для выполнения ими своих обязанностей;

– своевременно принимать меры к выявлению и устранению причин и условий, препятствующих выполнению этими работниками своих обязанностей;

– не менее двух раз в год проводить инструктажи по правилам работы с наркотическими средствами и психотропными веществами;

– своевременно знакомить работников под подпись с изменениями в законодательстве о наркотических средствах и психотропных веществах, правилами, инструкциями, регламентирующими их оборот;

– своевременно рассматривать сообщения работника об обстоятельствах, угрожающих нарушению установленного порядка оборота наркотических средств и психотропных веществ;

– иные обязательства с учетом конкретных условий работы.

Также целесообразно предусмотреть отметку о том, что работник ознакомлен с законодательством о наркотических средствах и психотропных веществах и обязуется соблюдать и исполнять его.

Представляется, что организация может воспользоваться этими рекомендациями, поскольку они не противоречат трудовому законодательству и законодательству о наркотических средствах и психотропных веществах (смотрите также Методические рекомендации по организации оборота наркотических и психотропных лекарственных препаратов для медицинского применения в медицинских и аптечных организациях, которые доведены письмом Министерства здравоохранения РФ от 27.02.2018 № 25-4/10/1-1221).

Со своей стороны рекомендуем обратиться за официальными разъяснениями в соответствующие федеральные (Роструд, ФСКН России) или региональные органы, уполномоченные в сфере трудовых отношений или отношений, связанных с оборотом наркотических средств и психотропных веществ.

Следует отметить, что трудовой договор (дополнительное соглашение к трудовому договору) не может быть заключен до получения заключения органов по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими служебными обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам или психотропным веществам либо культивируемым наркосодержащим растениям, непогашенной или неснятой судимости за преступления средней тяжести, тяжкое, особо тяжкое преступление или преступление, связанное с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ, их прекурсоров либо с незаконным культивированием наркосодержащих растений, в том числе за преступление, совершенное за пределами РФ, а также справки органов здравоохранения об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими служебными обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам или психотропным веществам либо культивируемым наркосодержащим растениям, заболеваний наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом и без соответствующего приказа юридического лица.

Имеет ли право работодатель, кроме привлечения к дисциплинарной ответственности и депремирования, применять к работникам штраф, например, за курение на производственной территории работодателя?

Штраф не является предусмотренной трудовым законодательством мерой ответственности, к которой может быть привлечен работник. Следовательно, работодатель в данной ситуации не вправе применять к работнику штраф за курение на производственной территории.

Обоснование вывода:

Прежде всего, отметим, что такого понятия, как штраф, трудовое законодательство не содержит.

Работодатель вправе привлечь работника в порядке, установленном ТК РФ, иными федеральными законами, к двум видам ответственности – дисциплинарной и материальной (часть первая ст. 22 ТК РФ). Применять к работнику иные меры ответственности работодатель не вправе.

Виды дисциплинарных взысканий, которые могут применяться за совершение дисциплинарных проступков, перечислены в ст. 192 ТК РФ и включают замечание, выговор, увольнение по соответствующим основаниям, но не штраф. Эта же норма предусматривает, что другие дисциплинарные взыскания могут быть предусмотрены для отдельных категорий работников только федеральными законами, уставами и положениями о дисциплине, утверждаемыми федеральными законами (часть пятая ст. 189 ТК РФ). Нормативных правовых актов, вводящих дисциплинарное взыскание – штраф, нет. Следовательно, возложение на работника дисциплинарного взыскания за курение в виде штрафа противоречит действующему законодательству

(смотрите ответ 2 Роструда с информационного портала «Онлайнинспекция.РФ»).

Материальная ответственность работника, как следует из части первой ст. 238 ТК РФ, заключается в его обязанности возместить работодателю причиненный ему прямой действительный ущерб (например, в ситуации, когда работник нарушил запрет на курение на рабочем месте, установленный в правилах внутреннего трудового распорядка, в результате чего сработала противопожарная система, осуществляющая распрыскивание воды, что привело к порче имущества работодателя).

Соответственно, применение к работнику штрафа за курение противоречит действующему законодательству.

За привлечение работника к ответственности в виде штрафа работодатель может быть привлечен к административной ответственности по ст. 5.27 КоАП РФ.

Должен ли работодатель (больница) страховать работников от несчастных случаев и инфекционных заболеваний (в частности, от туберкулеза)?

Работодатель обязан производить обычное социальное страхование своих работников в соответствии с Федеральным законом от 24.07.1998 № 125-ФЗ. Страхование медицинских, фармацевтических и иных работников, работа которых связана с угрозой их жизни и здоровью (в том числе в связи с работой в сфере предупреждения распространения туберкулеза), может осуществляться работодателем либо в добровольном порядке, либо в случае, когда обязанность по такому страхованию предусмотрена законом субъекта РФ, муниципальным нормативным правовым актом, коллективным договором, соглашением, трудовым договором, локальным нормативным актом.

Обоснование вывода:

Статья 64 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 № 5487-I предусматривала обязательное страхование медицинских, фармацевтических и иных работников государственной и муниципальной систем здравоохранения, работа которых связана с угрозой их жизни и здоровью, устанавливаемое в соответствии с перечнем должностей, занятие которых связано с угрозой жизни и здоровью работников, утверждаемым Правительством Российской Федерации. Аналогичные нормы были установлены в отдельных федеральных законах в отношении определенных категорий медицинских работников (абзац второй п. 2 ст. 22 Федерального закона от 30.03.1995 № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», абзац второй п. 2 ст. 15 Федерального закона от 18.06.2001 № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации», абзац второй п. 2 ст. 22

Закона РФ от 02.07.1992 № 3185-I «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»).

Однако с 1 января 2012 года Основы утратили юридическую силу. Соответствующие нормы из перечисленных федеральных законов также утратили свою силу. В Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» не содержится норм об обязательном страховании жизни и здоровья медицинских и иных работников, занятых на работах, связанных с угрозой их жизни и здоровью.

Соответственно, обязанность по страхованию медицинских, фармацевтических и иных работников, работа которых связана с угрозой их жизни и здоровью, в настоящее время на федеральном уровне не установлена (смотрите апелляционное определение СК по гражданским делам Московского областного суда по делу № 33-7445/14); Федеральным законом от 24.07.1998 № 125-ФЗ предусмотрена только обязанность любого работодателя производить обычное социальное страхование своих работников от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

При этом в силу ст.ст. 5, 8 и 9 ТК РФ обязанность работодателя – организации здравоохранения – по страхованию ее медицинских, фармацевтических и иных работников, труд которых связан с угрозой их жизни и здоровью, может быть предусмотрена законодательством субъекта РФ или муниципального образования, а также коллективным договором, соглашением, локальным нормативным актом, трудовым договором.

По результатам проведения специальной оценки условий труда был установлен класс «2» условий труда на рабочих местах, должности с вредными или опасными условиями труда не выявлены.

Нужно ли включать в трудовой договор информацию о тяжести трудового процесса?

Информация об условиях труда на рабочем месте является обязательным условием, включаемым в трудовой договор. Данное правило касается всех работников, включая тех, кто трудится в допустимых условиях. Если в трудовом договоре такое положение отсутствует, необходимо заключить приложение к трудовому договору или дополнительное соглашение к нему о том, что условия труда являются допустимыми.

Обоснование вывода:

Согласно ст. 212 ТК РФ на всех без исключения работодателей возложена обязанность по проведению специальной оценки условий труда в соответствии с Федеральным законом от 28.12.2013 № 426-ФЗ «О специальной оценке условий труда» (далее – Закон № 426-ФЗ). По результатам проведения специальной оценки условий труда устанавливаются классы (подклассы) условий труда на рабочих местах (ч. 2 ст. 3 Закона № 426-ФЗ).

В соответствии с пп. «а» п. 9 ст. 12 Федерального закона от 28.12.2013

№ 421-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «О специальной оценке условий труда», вступившим в силу с 01.01.2014, перечень условий, обязательных для включения в трудовой договор, содержащийся в части второй ст. 57 ТК РФ, дополнен таким условием, как «условия труда на рабочем месте».

Поэтому в настоящее время у работодателя существует обязанность отражать в трудовом договоре сведения об условиях труда на рабочем месте работника.

Напомним, что условия труда – это совокупность факторов производственной среды и трудового процесса, оказывающих влияние на работоспособность и здоровье работника (часть вторая ст. 209 ТК РФ). В соответствии с ч. 1 ст. 14 Закона № 426-ФЗ условия труда по степени вредности и (или) опасности подразделяются на четыре класса – оптимальные, допустимые, вредные и опасные условия труда. Согласно ч. 3 ст. 14 Закона № 426-ФЗ 2-й класс условий труда является допустимыми условиями.

Соответственно, в рассматриваемом случае в трудовом договоре нужно указать, что условия труда работника являются допустимыми.

Дополнить трудовые договоры работников недостающими условиями можно путем составления приложения к трудовому договору либо заключения дополнительного соглашения к нему, как это предусмотрено частью третьей ст. 57 ТК РФ.

Приложение к трудовому договору или дополнительное соглашение к нему заключается текущим числом с указанием на то, что его действие распространяется на отношения, возникшие ранее заключения данного соглашения, то есть со дня утверждения отчета о проведении специальной оценки условий труда.

В тексте приложения или дополнительного соглашения необходимо указать, что трудовой договор дополняется пунктом (указать номер) примерно следующего содержания: «Условия труда на рабочем месте по степени вредности и (или) опасности являются допустимыми условиями труда (2-й класс), что подтверждается отчетом о проведении специальной оценки условий труда от (указать дату)».

Если сотрудник вернулся из командировки в два часа ночи и этот день является его нерабочим днем, то необходимо оплатить этот день полностью или только фактически отработанное время?

Как подтвердить время (для оплаты), затраченное на получение багажа, и путь от аэропорта до дома?

По данному вопросу мы придерживаемся следующей позиции.

Необходимо оплатить только фактически затраченное работником время в пути; за каждый час ночного времени работнику также полагается

доплата в размере не менее 20% оклада. Время в пути увеличивается на время, затраченное на путь от аэропорта до места жительства работника, если аэропорт находится за чертой населенного пункта. Документами, подтверждающими такое время, могут быть: квитанция, выданная водителем такси, с указанием времени вызова такси и прибытия в пункт назначения; проездной документ на общественный транспорт и служебная записка с указанием затраченного времени исходя из расстояния и средней скорости транспортного средства.

Обоснование позиции:

При решении вопроса об оплате выходных дней, приходящихся на время командировки, следует руководствоваться нормами ТК РФ и Положения об особенностях направления работников в служебные командировки, утвержденного постановлением Правительства РФ от 13.10.2008 № 749 (далее – Положение).

Из п. 5 и п. 9 Положения следует, что за выходные дни в командировке, в течение которых работник не отдыхал, а привлекался к выполнению служебного поручения, производится оплата не в виде среднего заработка, а по правилам, установленным ст. 153 ТК РФ. В соответствии с п. 4 Положения дни нахождения в пути к месту командировки и обратно включаются в период командировки. При этом вопрос об оплате выходных дней, которые работник провел в пути, в том числе дня отъезда и дня возвращения в выходной, Положением специально не урегулирован. Тем не менее сложилась практика, что по правилам ст. 153 ТК РФ оплачиваются не только выпадающие на выходные дни командировки, когда работник выполнял служебное поручение в месте командирования, но и другие выходные дни, которые работник не может использовать по своему усмотрению в связи с командировкой (день отъезда, день приезда, дни нахождения в пути).

Согласно ст. 153 ТК РФ работа в выходной или нерабочий праздничный день оплачивается не менее чем в двойном размере. При этом законодательство не содержит указания о том, сколько часов, приходящихся на исполнение служебного поручения в выходной, следует оплатить в повышенном размере – только фактически затраченные часы или весь день, независимо от количества часов, которые работник затратил на исполнение служебного поручения. Вместе с тем заработная плата каждого работника зависит, в частности, от количества затраченного труда (ст. 132 ТК РФ). За выходные и праздники выплачивается, как мы уже выяснили, не средний заработок, а заработная плата в двойном размере. Когда речь идет о выплате заработной платы за исполнение работником трудовых обязанностей, оплачивать необходимо только фактически отработанные сотрудником часы. Поэтому полагаем, что в двойном размере надо оплачивать каждый час в пути. Такой подход, на наш взгляд, в полной мере соответствует и положениям части третьей ст. 153 ТК РФ, согласно которой оплата в повышенном

размере производится только за часы, фактически отработанные в выходной или нерабочий праздничный день. Если на выходной приходится часть рабочего дня, в повышенном размере оплачиваются часы, фактически отработанные в выходной день (от 0 часов до 24 часов). Таким образом, по нашему мнению, в рассматриваемой ситуации по правилам ст. 153 ТК РФ необходимо оплатить только фактически затраченное работником время в пути.

Согласно части первой ст. 96 ТК РФ ночным считается время с 22 до 6 часов. Порядок оплаты ночного времени, используемого работником при прибытии из командировки в его выходной день, законодательством специально не урегулирован. Из буквального толкования части первой ст. 154 ТК РФ повышенной оплате подлежит именно работа в ночное время. Представляется, что, находясь в пути к месту командирования и обратно, работник как таковой работы не выполняет. В то же время для целей предоставления гарантий командированному работнику за время нахождения в пути понятие «работа» в правоприменительной практике толкуется расширительно. Подтверждением этому является приведенная позиция судов и Минтруда России, в соответствии с которой время нахождения работника в пути, пришедшееся на его выходной день, должно быть оплачено по правилам ст. 153 ТК РФ, хотя данная статья формально также устанавливает необходимость компенсации работникам именно работы в выходной день. Полагаем, что аналогичный подход следует применять и при решении вопроса о необходимости выплаты работнику за время нахождения в пути компенсации, предусмотренной ст. 154 ТК РФ. Соответственно, за каждый час ночного времени, используемого работником при возвращении из командировки в его выходной день, ему полагается доплата в размере не менее 20% часовой тарифной ставки (оклада). С порядком расчета часовой ставки исходя из оклада можно ознакомиться в материале «Энциклопедия решений. Доплата за работу в ночное время».

Из п. 4 Положения следует, что при определении продолжительности командировки дополнительно ко времени отправления и прибытия транспортного средства, на котором работник отправляется в командировку, следует присоединить время, необходимое для того, чтобы добраться до (от) аэропорта, но только если аэропорт находится за чертой населенного пункта. Норм, предусматривающих учет затраченного на получение багажа времени при определении продолжительности командировки, законодательство в любом случае не содержит.

Перечень документов, подтверждающих, в частности, время, затраченное на дорогу от находящегося за чертой населенного пункта аэропорта до места жительства работника, на законодательном уровне не установлен. Соответствующих разъяснений компетентных органов нами, к сожалению, не обнаружено. Полагаем, что если, например, работник добирался на такси,

то в этом случае таким документом может быть квитанция, выданная водителем такси, с указанием времени вызова такси и прибытия в пункт назначения. Если работник добирался на общественном транспорте, таким документом может быть билет и служебная записка с указанием затраченного на дорогу времени. Если работник добирался на личном транспорте, на наш взгляд, он также может предоставить служебную записку с указанием затраченного времени исходя из расстояния и средней скорости транспортного средства. Так, например, в постановлении Девятого арбитражного апелляционного суда от 08.02.2017 № 09АП-65616/16 суд исходил из примерной продолжительности времени, необходимого для прибытия к месту назначения.

ЧРЕЗВЫЧАЙНЫЕ ПРОИСШЕСТВИЯ: УЧИМСЯ НА ЧУЖИХ ОШИБКАХ

Ошибка в диагностике смерти

Фельдшер осужден за отказ в проведении реанимационных мероприятий пациентке в состоянии клинической смерти.

По прибытии на вызов фельдшер скорой помощи констатировала биологическую смерть пациентки с признаками жизни, тем самым отказавшись оказывать ей какую-либо помощь. Позднее пациентка скончалась. Фельдшер внесла недостоверные сведения в карту вызова: изменила время прибытия машины по адресу, а также время снятия ЭКГ. Суд признал медработника виновной по двум статьям и приговорил к двум годам условно. Также ей запрещено в течение этого срока заниматься медицинской деятельностью.

Медицинские работники должны различать клиническую и биологическую смерть. Пациенту, находящемуся в состоянии клинической смерти, проводят сердечно-легочную реанимацию в соответствии с утвержденными алгоритмами. При неэффективности реанимационных мероприятий констатируется биологическая смерть.

Постиньекционный абсцесс как повод для иска к медицинскому учреждению

Пациентка с постиньекционным абсцессом обратилась в суд с требованием возместить причиненный моральный вред.

У женщины 50 лет, страдающей ожирением (рост 160 см, вес 120 кг) и сахарным диабетом 2-го типа, после курса внутримышечных иньекций витаминных и нестероидных противовоспалительных препаратов в месте иньекций в области правой большой ягодичной мышцы развился абсцесс, который потребовал хирургического лечения. Женщина подала иск в суд, требуя, чтобы поликлиника, где она проходила курс иньекций, возместила ей моральный ущерб в размере 20 тыс. рублей.

Исход дела пока неизвестен.

Какова перспектива судебного рассмотрения? Насколько вероятно, что истице удастся выиграть судебный спор и получить компенсацию?

Представьте себе, что нас пригласили в суд в качестве экспертов и судья задает нам вопросы, которые помогут ему разобраться в ситуации и понять, виновата ли медсестра, которая выполняла иньекции, в том, что у пациентки развился постиньекционный абсцесс.

Вероятно, судья спросит нас, что чаще всего бывает причиной постиньекционных абсцессов при внутримышечных иньекциях, выполненных в про-

цедурном кабинете поликлиники?

Обратившись к исследованиям причин гнойно-септических осложнений внутримышечных иньекций, мы должны ответить, что самой частой причиной постиньекционных абсцессов является введение лекарственного вещества мимо мышцы – в подкожно-жировую клетчатку.

Получив такой ответ, судья не может не спросить о том, что необходимо предусмотреть, чтобы ввести лекарственный препарат в мышцу, а не в подкожно-жировую клетчатку?

Наш ответ очевиден – необходимо подобрать иглу соответствующей длины, которая должна пройти через всю толщину подкожно-жировой клетчатки и попасть в мышцу.

Здесь сразу последует просьба уточнить, какую длину должна была иметь игла для истицы?

Для ответа на этот вопрос нам придется обратиться к специальной литературе. В руководстве для медсестер королевского госпиталя Marsden авторы советуют следующую длину игл для внутримышечных иньекции в ягодицу в зависимости от веса пациента:

31,5–40 кг: игла 2,5 см

40,5–90 кг: игла 5–7,5 см

более 90 кг: игла 10–15 см

Таким образом, учитывая, что вес пациентки 120 кг, игла должна была иметь длину 12–15 см.

Получив такую информацию, судья может обратиться к медсестре и спросить ее, какой иглой она пользовалась в данном случае. Если ответ будет – 3–5 см, это будет доказательством того, что в данном случае имело место противоправное действие – нарушение технологии внутримышечного введения, которое послужило прямой причиной образования постиньекционного абсцесса.

Вопросы ответчику и экспертам может задавать не только судья, но и адвокат истца. Предположим, он хорошо подготовился и стал задавать массу мелких вопросов, уточняющих, как именно медсестра выполняла внутримышечную иньекцию. В ходе этих вопросов медсестра вынуждена вспомнить следующие детали:

- сколько шприцев она использовала для введения витаминов B_1 и B_6,
- выполняла ли она аспирационную пробу и что она делала, если при проведении пробы в шприце обнаруживается кровь (меняла шприц или нет);
- сколько времени длилась иньекция (от момента обработки кожи до момента изъятия иглы) и т.п.

Предположим, медсестра ответила, что использовала 2 шприца, что аспирационную пробу делает всегда, но шприц при положительной пробе не меняет. Относительно продолжительности иньекции медсестра точно сказать не смогла, но предположила, что одна иньекция могла длиться 30 секунд.

Для определения времени иньекции адвокат мог предложить провести следственный эксперимент на макете. Экспериментальная иньекция от момента обработки места иньекции до момента изъятия иглы длилась 35 секунд.

Теперь предположим, что адвокат истца просит экспертов оценить, соблюдает ли медсестра технологию выполнения внутримышечных иньекций?

Оценивая ответы медсестры на вопросы адвоката и результаты замера времени, мы вынуждены будем сказать, что медсестра нарушает проведение аспирационной пробы: при положительной пробе следует менять шприц и иглу и заново набирать лекарственный препарат. Кроме того, она не выдерживает экспозицию после обработки иньекционного поля антисептиком (30 секунд), слишком быстро вводит лекарственное вещество (правильно – 1 мл за 10 секунд), не выдерживает паузу в 10 секунд между окончанием введения препарата и моментом изъятия иглы. Всего введение 1 мл витаминного препарата должно длиться 50 секунд, а в эксперименте оно длилось 35 секунд. Таким образом, мы вынуждены заключить, что медсестра нарушает технологию внутримышечной иньекции.

Исходя из всего изложенного, суд может решить, что в данном случае определенно имело место нарушение технологии проведения внутримышечных иньекций (противоправное деяние), которое привело к развитию осложнения в виде постиньекционного абсцесса. И ответчик не смог представить убедительных доказательств противного. Таким образом, в данном случае у истца есть реальный шанс выиграть дело.

На этом примере мы постарались показать, как в судах разбирают иски пациентов к медицинским работникам и на каких показаниях судьи строят свои решения. Надеемся, наш разбор помог читателю не только вспомнить правила выполнения внутримышечных иньекций, но и понять, как нужно готовиться к судебным разбирательствам по искам пациентов.

СЕСТРИНСКАЯ АРИФМЕТИКА

Напомним условие задачи, опубликованной в прошлом номере.

Какую дозу короткого инсулина необходимо ввести пациентке с сахарным диабетом перед завтраком, на котором она съест 3 хлебные единицы, если замеренный сахар крови составляет 10 ммоль/л?

Алгоритм подсчета дозировки короткого инсулина:

1. Откладываем порцию еды, взвешиваем, определяем количество в ней ХЕ.
2. Вычисляем нужную дозу инсулина: умножаем ХЕ на среднее количество вырабатываемого инсулина у здорового человека в данное время суток (см. таблицу ниже).
3. Вводим препарат: короткого действия – за полчаса до еды, ультракороткого – прямо перед едой или сразу после.
4. Через 2 часа измеряем глюкозу крови, к этому времени она должна нормализоваться.
5. При необходимости корректируем дозу: для уменьшения сахара на 2 ммоль/л нужна одна дополнительная единица инсулина.

Таблица

Прием пищи	Единиц инсулина на ХЕ
Завтрак	1,5–2,5
Обед	1–1,2
Ужин	1,1–1,3

Решение задачи

1. Количество инсулина, необходимое для усвоения трех хлебных единиц на завтрак:

$$1{,}5 – 2{,}5 \times 3 = 4{,}5 – 6 \text{ (ед)}$$

2. Количество инсулина, необходимое для снижения уровня сахара крови до нормальных значений:

Нормальным будем считать сахар крови, равный 5,5–6 ммоль/л.

Чтобы достичь нормальных значений, сахар крови должен быть снижен на 4,5–4 ммоль/л (10 – 4,5 = 5,5)

Чтобы снизить уровень сахара крови на 4 ммоль/л, необходимо ввести 2 ед. инсулина (по 1 единице на каждые 2 ммоль/л)

3. Общая доза инсулина – от (4,5 + 2) до (6 +2), т.е. от 7 до 8 ед.

Ответ: необходимо ввести 7–8 ед. инсулина

МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ № 15-1/10/В-7756

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ № 16-6/10/2-6553

ПРОФСОЮЗ РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ № 01-А/475

ПИСЬМО
от 9 октября 2018 года

За время действия Федерального закона от 28.12.2013 № 426-ФЗ «О специальной оценке условий труда» (далее – Закон № 426-ФЗ) наиболее часто возникают вопросы, связанные с отнесением условий труда на рабочих местах медицинских и иных работников к классу (подклассу) условий труда при воздействии биологического фактора.

В целях реализации Закона № 426-ФЗ приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 24.01.2014 № 33н утверждена Методика проведения специальной оценки условий труда (далее – Методика).

Отнесение условий пруда к классу (подклассу) условий труда при воздействии биологического фактора (работы с патогенными микроорганизмами) согласно абзацу второму пункта 29 Методики осуществляется независимо от концентрации патогенных микроорганизмов и без проведения исследований (испытаний) и измерений в отношении рабочих мест медицинских и иных работников, непосредственно осуществляющих медицинскую деятельность.

Справочно: Необходимость предоставления лицензий, подтверждающих право работы с патогенными микроорганизмами, в соответствии с Федеральным законом от 04.05.1999 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» распространяется лишь на рабочие места организаций, осуществляющих деятельность в области использования возбудителей инфекционных заболеваний человека и животных (за исключением случая, если указанная деятельность осуществляется в медицинских целях) и генно-инженерно-модифицированных организмов III и IV степеней потенциаль-

ной опасности, осуществляемая в замкнутых системах.

В соответствии со статьей 2 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинским работником является физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо физическое лицо, которое является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность.

При этом медицинской деятельностью является профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и профессиональная деятельность, связанная с трансплантацией (пересадкой) органов и (или) тканей, обращением донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях.

Приказом Минздрава России от 20.12.2012 № 1183н утверждена Номенклатура должностей медицинских работников и фармацевтических работников (далее – Номенклатура).

Указанной Номенклатурой предусмотрены также должности специалистов с высшим профессиональным (немедицинским) образованием, работа которых связана с осуществлением медицинской деятельности.

Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения утверждены приказом Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих (далее – ЕКС), раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения», которые применяются в качестве нормативных документов, а также служат основой для разработки должностных инструкций, содержащих конкретный перечень должностных обязанностей с учетом особенностей труда работников медицинских организаций.

ЕКС предусмотрена квалификационная характеристика должности врача-специалиста, применяемая в отношении должностей врачей-специалистов, по которым в ЕКС отсутствуют отдельные квалификационные характеристики.

Таким образом, наличие наименования должности в Номенклатуре, а в должностной инструкции медицинского или иного работника медицинской организации (учреждения), разработанной в соответствии с ЕКС, хотя бы одного соответствия определению понятия «медицинская деятельность» является достаточным основанием для осуществления дальнейшего отнесения условий труда с учетом групп патогенности к классу (подклассу) условий труда без проведения исследований (испытаний) и измерений.

Отнесение условий труда к классу (подклассу) условий труда при воздействии биологического фактора осуществляется в зависимости от группы патогенности микроорганизмов (возбудителей инфекционных заболеваний) с использованием Приложения № 9 к Методике.

Экспертами и (или) иными работниками организаций, проводящими специальную оценку условий труда, отнесение к группе патогенности возбудителей инфекционных болезней (патогенных микроорганизмов) проводится путем сопоставления и установления совпадений по наименованию болезней.

Группа патогенности микроорганизмов определяется в соответствии с «Классификацией биологических агентов, вызывающих болезни человека, по группам патогенности» (приложение № 3 к Санитарно-эпидемиологическим правилам СП 1.3.3118-13 «Безопасность работы с микроорганизмами I–II групп патогенности (опасности), утвержденной постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28 ноября 2013 г. № 64) (далее – СП 1.3.3118-13) и «Классификацией микроорганизмов – возбудителей инфекционных заболеваний человека, простейших, гельминтов и ядов биологического происхождения по группам патогенности» (приложение № 1 к Санитарно-эпидемиологическим правилам СП 1.3.2322-08 «Безопасность работы с микроорганизмами III – IV групп патогенности (опасности) и возбудителей паразитарных инфекций, утвержденной постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28 января 2008 г. № 4) (далее – СП 1.3.2322-08).

Для целей специальной оценки условий труда иные положения санитарно-эпидемиологических правил СП 1.3.3118-13 и СП 1.3.2322-08 не применяются.

При специальной оценке условий труда учитываются все патогенные микроорганизмы (возбудители инфекционных заболеваний), которые воздействуют на работника в ходе осуществления медицинской деятельности, исходя из наличия потенциального контакта с инфицированными пациентами, или с инфицированным биологическим материалом, включая кровь, выделения (внешние и внутренние) организма человека, с учетом механизмов и путей передачи патогенных биологических агентов (патогенных микроорганизмов).

В качестве исходных материалов при проведении специальной оценки условий труда на рабочих местах медицинских и иных работников, непосредственно осуществляющих медицинскую деятельность, наряду с документами, перечисленными в пункте 4 Методики, должны использоваться данные статистической отчетности, предоставляемые организацией в установленном порядке в вышестоящие органы об имеющихся либо имевшихся инфекционных заболеваниях у пациентов, которые определяют наличие воздействия биологического фактора в условиях труда на рабочих местах.

Для подтверждения наличия на рабочих местах медицинских и иных работников, непосредственно осуществляющих медицинскую деятельность, контакта с патогенными микроорганизмами – возбудителями инфекционных заболеваний (работы в условиях воздействия биологического фактора) и дальнейшего отнесения условий труда на рабочих местах к классу (подклассу) условий труда по биологическому фактору используются данные имеющейся в медицинской организации документации, в которой отражены основные и сопутствующие заболевания пациентов (больных), а также данные из форм федерального статистического наблюдения.

Например, приказами Росстата:

– от 28.01.2009 № 12 утверждена форма № 8 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом»;

– от 31.12.2010 № 483 утверждена форма № 33 «Сведения о больных туберкулезом»;

– от 30.12.2015 № 672 утверждена форма № 61 «Сведения о болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека»;

– от 21.07.2016 № 355 утверждена форма № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации»;

– от 22.12.2016 № 866 утверждена форма № 14 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях»;

– и другие.

Сведения, полученные в ходе изучения указанной медицинской документации и (или) из обязательных для предоставления медицинской организацией форм федерального статистического наблюдения, являются достаточным основанием для установления наименований болезней и групп патогенности возбудителей этих инфекционных заболеваний. Сроки давности сведений не должны превышать периода пять лет на день проведения специальной оценки условий труда.

Например:

В ходе оказания медицинской помощи больному ОРВИ, герпесом I типа и сифилисом на рабочем месте работника, непосредственно осуществляющего медицинскую деятельность, устанавливается III группа патогенности, в соответствии с Классификацией биологических агентов, вызывающих болезни человека, по группам патогенности, что соответствует нахождению в данной группе возбудителя сифилиса – Treponema pallidum. При дальнейшем отнесении условий труда рабочего места работника к классу (подклассу) условий труда при воздействии биологического фактора с использованием приложения № 9 к Методике это соответствует вредному классу условий труда второй степени (подкласс 3.2).

При оказании медицинской помощи больному ринитом, гастроэнтеритом,

туберкулезом и ВИЧ-инфицированному отнесение условий труда на рабочем месте к классу (подклассу) условий труда при воздействии биологического фактора устанавливается по наиболее высокой II группе патогенности микроорганизмов, к которой относятся возбудители вируса иммунодефицита человека (ВИЧ), что при использовании приложения № 9 к Методике соответствует вредному классу условий труда третьей степени (подкласс 3.3).

Таким образом, сведения в вышеуказанных и других формах статистической отчетности, обязательные для предоставления медицинской организацией, являются основными для отнесения условий труда медицинских и иных работников к классу (подклассу) условий труда при воздействии биологического фактора.

Кроме того, в соответствии со статьей 5 Закона № 426-ФЗ за работником закреплено право обращаться к работодателю, его представителю, организации, проводящей специальную оценку условий труда, эксперту организации, проводящей специальную оценку условий труда, с предложениями по осуществлению на его рабочем месте идентификации потенциально вредных и (или) опасных производственных факторов.

В этой связи одновременно со сбором исходных данных рекомендуется провести опрос работников на предмет наличия у них предложений по осуществлению на их рабочих местах идентификации вредных и (или) опасных производственных факторов с учетом того, что Федеральным законом не ограничивается состав подлежащих идентификации по просьбе работников вредных производственных факторов.

Результаты указанного опроса оформляются протоколом заседания Комиссии по проведению специальной оценки условий труда у работодателя (далее – Комиссия), в котором указываются наименования рабочих мест и их количество, наименования должностей и количество занятых на них работников, а также перечень подлежащих идентификации вредных производственных факторов на каждом рабочем месте, где заняты обратившиеся с предложениями работники.

Все перечисленные выше исходные данные передаются представителю организации, проводящей специальную оценку условий труда, и ее эксперту для дальнейшей работы с оформлением со стороны Комиссии акта передачи, в котором перечисляются передаваемые материалы и стоят подписи председателя и членов Комиссии, включая представителя первичной профсоюзной организации или иного представительного органа работников (при наличии), а также представителя организации, проводящей специальную оценку условий труда, и ее эксперта.

Одновременно работодатель согласовывает график работы эксперта и обеспечивает его сопровождение членом комиссии по проведению специальной оценки условий труда (например: специалистом по охране труда или лицом, на которого приказом возложены его функции).

Справочно: В отношении рабочих мест, предусмотренных частью 6 статьи 10 и частью 1 статьи 11 Закона № 426-ФЗ, идентификация потенциально вредных (опасных) производственных факторов не осуществляется, а декларация соответствия условий труда государственным нормативным требованиям охраны труда не оформляется.

Согласно части 6 статьи 10 Закона № 426-ФЗ идентификация потенциально вредных и (или) опасных производственных факторов не осуществляется в отношении:

1) рабочих мест работников, профессии, должности, специальности которых включены в списки соответствующих работ, производств, профессий, должностей, специальностей и учреждений (организаций), с учетом которых осуществляется досрочное назначение страховой пенсии по старости;

2) рабочих мест, в связи с работой на которых работникам в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами предоставляются гарантии и компенсации за работу с вредными и (или) опасными условиями труда;

3) рабочих мест, на которых по результатам ранее проведенных аттестации рабочих мест по условиям труда или специальной оценки условий труда были установлены вредные и (или) опасные условия труда.

Одновременно обращаем внимание, что в соответствии со статьей 4 Закона № 426-ФЗ для работодателя установлена обязанность не предпринимать каких бы то ни было преднамеренных действий, направленных на сужение круга вопросов, подлежащих выяснению при проведении специальной оценки условий труда и влияющих на результаты ее проведения.

Указанное письмо выражает позицию подписавших его сторон для использования в работе.

Министерство труда
и социальной защиты
Российской Федерации
Заместитель Министра
Г.Г. ЛЕКАРЕВ

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Первый заместитель Министра
Т.В. ЯКОВЛЕВА

Профсоюз работников здравоохранения
Российской Федерации
Председатель
М.М. КУЗЬМЕНКО

Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ
от 1 октября 2018 г. № 608ан

«О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРИЛОЖЕНИЕ № 1 К ПРАВИЛАМ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗАЦИЙ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ, ИХ СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ, УТВЕРЖДЕННЫМ ПРИКАЗОМ МИНИСТЕРСТВА ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 24 НОЯБРЯ 2014 г. № 940н»

Приказываю:

Внести изменения в приложение № 1 к Правилам организации деятельности организаций социального обслуживания, их структурных подразделений, утвержденным приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 24 ноября 2014 г. № 940н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 февраля 2015 г., регистрационный № 36314), согласно приложению.

Министр М.А. ТОПИЛИН

Зарегистрирован в Минюсте РФ 26 октября 2018 г.
Регистрационный № 52531

Приложение
к приказу Министерства
труда и социальной
защиты Российской Федерации
от 1 октября 2018 г. № 608ан

Изменения, которые вносятся в приложение № 1 к Правилам организации деятельности организаций социального обслуживания, их структурных подразделений, утвержденным приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 24 ноября 2014 г. № 940н

1. В разделе «Дом-интернат (пансионат) для престарелых и инвалидов»:

а) подраздел «Социально-медицинское отделение» дополнить позицией 19 следующего содержания:

«

19.	Сиделка	1,0 на 8 коек	1,0 на 8 коек	1,0 на 8 коек	1,0 на 8 коек

»;

б) подраздел «Отделение милосердия» дополнить позицией 11 следующего содержания:

«

11.	Сиделка	1,0 на 8 коек	1,0 на 8 коек	1,0 на 8 коек	1,0 на 8 коек

».

2. В разделе «Специальный дом-интернат, в том числе для престарелых и инвалидов»:

а) подраздел «Социально-медицинское отделение» дополнить позицией 13 следующего содержания:

«

13.	Сиделка	1,0 на 8 коек	1,0 на 8 коек	1,0 на 8 коек	1,0 на 8 коек

»;

б) подраздел «Отделение милосердия» дополнить позицией 11 следующего содержания:

«

11.	Сиделка	1,0 на 8 коек	1,0 на 8 коек	1,0 на 8 коек	1,0 на 8 коек

».

3. В разделе «Геронтологический центр»:

а) подраздел «Социально-медицинское отделение» дополнить позицией 20 следующего содержания:

«

20.	Сиделка	1,0 на 8 коек	1,0 на 8 коек	1,0 на 8 коек	1,0 на 8 коек

»;

б) подраздел «Отделение милосердия» дополнить позицией 11 следующего содержания:

«

11.	Сиделка	1,0 на 8 коек	1,0 на 8 коек	1,0 на 8 коек	1,0 на 8 коек

».

4. В разделе «Психоневрологический интернат»:

а) подраздел «Социально-медицинское отделение» дополнить позицией 22 следующего содержания:

«

22.	Сиделка	1,0 на 8 коек	1,0 на 8 коек	1,0 на 8 коек	1,0 на 8 коек

»;

б) подраздел «Отделение милосердия» дополнить позицией 11 следующего содержания:

«

11.	Сиделка	1,0 на 8 коек	1,0 на 8 коек	1,0 на 8 коек	1,0 на 8 коек

»;

в) подраздел «Общее отделение» дополнить позицией 10 следующего содержания:

«

10.	Сиделка	1,0 на 8 коек	1,0 на 8 коек	1,0 на 8 коек	1,0 на 8 коек

».

5. Подраздел «Отделение медико-социальной реабилитации» раздела «Реабилитационный центр для лиц, страдающих психическими расстройствами» дополнить позицией 25 следующего содержания:

«

25.	Сиделка	1,0 на 8 коек	1,0 на 8 коек	1,0 на 8 коек	1,0 на 8 коек

».

6. Подраздел «Социально-медицинское отделение (отделение милосердия из расчета на 25 коек)» раздела «Дом милосердия» дополнить позицией 21 следующего содержания:

«

21.	Сиделка	1,0 на 8 коек	1,0 на 8 коек	1,0 на 8 коек	1,0 на 8 коек

».

7. Подраздел «Отделение милосердия (из расчета 5 реабилитационных групп по 5 человек)» раздела «Детский дом-интернат для умственно отсталых детей (из расчета на 200 детей инвалидов)» дополнить позицией 12 следующего содержания:

«

12.	Сиделка	1,0 на 5 коек	1,0 на 5 коек	1,0 на 5 коек	1,0 на 5 коек

».

Письмо Министерства здравоохранения РФ
от 31 мая 2018 г. № 28-4/1158

Департамент общественного здоровья и коммуникаций Министерства здравоохранения Российской Федерации в рамках исполнения пункта 19 Плана мероприятий по развитию волонтерского движения в Российской Федерации направляет для учета в работе методические рекомендации по организации работы добровольцев в сфере охраны здоровья.

Заместитель директора
Департамента общественного
здоровья и коммуникаций
В.Н. БУЗИН

Методические рекомендации по организации работы добровольцев (волонтеров) в сфере охраны здоровья
(Извлечения)

Методические рекомендации по организации работы добровольцев (волонтеров) в сфере охраны здоровья предназначены для органов исполнительной власти, добровольцев (волонтеров) и организаторов добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере охраны здоровья, образовательных и медицинских организаций, а также иных заинтересованных организаций и лиц. Данные материалы содержат информацию о ключевых понятиях медицинского добровольчества (волонтерства), принципах его организации и осуществления, а также о направлениях добровольческой (волонтерской) деятельности и их особенностях.

Министерство здравоохранения Российской Федерации и Федеральный центр поддержки добровольчества в сфере охраны здоровья Минздрава России рекомендуют данное пособие к использованию для организации и координации добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере охраны здоровья, в том числе в учреждениях здравоохранения, вузах медицинского профиля, некоммерческих организациях добровольческой (волонтерской) и медицинской направленности.

Общественные организации, принимавшие участие в разработке методических рекомендаций:

Всероссийское общественное движение «Волонтеры-медики»

Союз волонтерских организаций и движений

Ассоциация волонтерских центров

Введение

В соответствии с данными Фонда «Общественное мнение» по состоянию на 2018 год более 10 миллионов человек старше 18 лет активно занимаются добровольческой (волонтерской) деятельностью в Российской Федерации. Почти две трети населения (65%) считают, что деятельность волонтеров, добровольцев, всех тех, кто на безвозмездной основе помогает незнакомым людям, способствует решению проблем, стоящих перед нашим обществом.

Согласно данным исследования, проведенного Национальным исследовательским университетом «Высшая школа экономики» в 2017 году, 89% населения нашей страны считает важным добровольчество (волонтерство) в сфере оказания квалифицированной помощи в медицинских организациях и госпиталях. Этот вид добровольческой (волонтерской) помощи занял третье место в списке самых востребованных направлений добровольчества (волонтерства) после помощи людям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, и поиска пропавших людей.

Привлечение добровольцев (волонтеров) к посильной помощи в сфере здравоохранения имеет вековую историю. Еще в конце 1870-х годов монахини московской Свято-Никольской обители стали первыми в мире сестрами милосердия, которые добровольно отправились на фронт для оказания помощи раненым бойцам. В 1913 году в России действовало 109 общин, в которых работали 3442 сестры милосердия. А к началу Первой мировой войны только в госпиталях их насчитывалось около 20 тысяч.

Сегодня добровольчество (волонтерство) в сфере здравоохранения остается эффективным инструментом реализации гражданского, личностного и профессионального потенциала обучающихся образовательных организаций, медицинского персонала, а также граждан, заинтересованных в добровольческой (волонтерской) деятельности в здравоохранении.

1. Законодательная база

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 сентября 2017 года № 678 был создан Федеральный центр поддержки добровольчества в сфере охраны здоровья, основной целью которого является выработка общих подходов к формированию и работе добровольческих (волонтерских) движений, развитие, методическая поддержка и продвижение добровольческих (волонтерских) инициатив, а также обьединение ресурсов для решения проблем в сфере охраны здоровья граждан Российской Федерации.

6 декабря 2017 года Президент России Владимир Владимирович Путин подписал Указ № 583 «О проведении в Российской Федерации Года добровольца (волонтера)». Во исполнение Указа разработан План основных мероприятий по проведению в Российской Федерации Года добровольца (волонтера) повышение уровня информированности о добровольчестве (во-

лонтерстве) и его общественное признание, распространение лучших практик добровольчества (волонтерства), развитие системной поддержки добровольчества (волонтерства) в российском обществе, создание возможностей для самореализации человеческого потенциала через добровольчество (волонтерство). Долгосрочным результатом проведения в Российской Федерации Года добровольца (волонтера) должен стать устойчивый рост числа граждан и организаций, участвующих в добровольческой деятельности, расширение масштабов реализуемых ими программ и проектов.

5 февраля 2018 года Президент России Владимир Путин подписал Федеральный закон № 15-ФЗ от 5 февраля 2018 г. «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам добровольчества (волонтерства)». Документ уравнивает понятия «волонтерство» и «добровольчество», определяет статус добровольческих (волонтерских) организаций, организаторов добровольческой (волонтерской) деятельности и добровольцев (волонтеров), закрепляет требования, которым должны соответствовать такие организации и лица, определяет меры поддержки и права сторон.

В соответствии с Федеральным законом Федеральные органы исполнительной власти:

– оказывают поддержку организаторам добровольческой (волонтерской) деятельности, добровольческим (волонтерским) организациям, в том числе в их взаимодействии с государственными и муниципальными учреждениям;

– утверждают порядок взаимодействия федеральных органов исполнительной власти, в том числе их территориальных органов, подведомственных им государственных учреждений с организаторами добровольческой (волонтерской) деятельности, добровольческими (волонтерскими) организациями;

Органы государственной власти субьектов Российской Федерации:

– разрабатывают и реализуют государственные программы (подпрограммы) субьектов Российской Федерации, содержащие мероприятия, направленные на поддержку добровольчества (волонтерства);

– утверждают порядок взаимодействия органов исполнительной власти субьектов Российской Федерации, подведомственных им государственных учреждений с организаторами добровольческой (волонтерской) деятельности, добровольческими (волонтерскими) организациями;

– оказывают поддержку организаторам добровольческой (волонтерской) деятельности, добровольческим (волонтерским) организациям, в том числе в их взаимодействии с государственными и муниципальными учреждениями и иными организациями;

– формируют координационные и совещательные органы в сфере добровольчества (волонтерства), создаваемые при органах исполнительной власти субьектов Российской Федерации.

2. Терминология

Добровольцы (волонтеры) – физические лица, осуществляющие добровольческую (волонтерскую) деятельность в целях, указанных в пункте 1 статьи 2 Федерального закона № 135-ФЗ от 11 августа 1995 года, или в иных общественно полезных целях.

Организаторы добровольческой (волонтерской) деятельности – некоммерческие организации и физические лица, которые привлекают на постоянной или временной основе добровольцев (волонтеров) к осуществлению добровольческой (волонтерской) деятельности и осуществляют руководство их деятельностью.

Добровольческая (волонтерская) организация – некоммерческая организация в форме общественной организации, общественного движения, общественного учреждения, религиозной организации, ассоциации (союза), фонда или автономной некоммерческой организации, которая осуществляет деятельность в целях, указанных в пункте 1 статьи 2 Федерального закона № 135-ФЗ от 11 августа 1995 года, привлекает на постоянной или временной основе добровольцев (волонтеров) к осуществлению добровольческой (волонтерской) деятельности и осуществляет руководство их деятельностью.

Медицинское добровольчество (волонтерство) – добровольческая (волонтерская) деятельность в сфере здравоохранения, призванная повысить качество жизни граждан на профилактическом, лечебном и реабилитационном этапах, а также оказывать информационную, консультационную, просветительскую, досугово-развлекательную поддержку населению и деятельность, направленная на организацию дополнительной помощи в осуществлении медицинской деятельности и уходе.

3. Федеральный центр поддержки добровольчества в сфере охраны здоровья

Задачи Федерального центра поддержки добровольчества в сфере охраны здоровья:

– создание открытого диалога Минздрава России и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья с медицинскими организациями, некоммерческими организациями, гражданским обществом и образовательными организациями;

– подготовка научно обоснованных предложений по совершенствованию системы подготовки добровольцев в сфере охраны здоровья;

– оказание консультативной и методической помощи по вопросам взаимодействия органов государственной власти субъектов Российской Федерации с некоммерческими организациями в сфере охраны здоровья.

Направления деятельности Федерального центра поддержки добровольчества в сфере охраны здоровья:

1. Поддержка и анализ:
– методическая поддержка НКО;
– совершенствование подготовки медицинских добровольцев (волонтеров);
– консультации по вопросам взаимодействия НКО и органов исполнительной власти;
– аналитика в сфере медицинского добровольчества (волонтерства);
– мониторинг потребности в добровольчестве (волонтерстве);
– выявление и распространение успешных практик.
2. Цифровизация добровольчества (волонтерства) – создание условий для унифицированного учета и распространения добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере здравоохранения посредством единой информационной системы с использованием интернет-технологий.
3. Внедрение мягкого регламента:
– ведомственные приказы и распоряжения;
– учет и анализ добровольческой (волонтерской) деятельности;
– модерирование взаимоотношений добровольческих (волонтерских) организаций с учреждениями здравоохранения, медицинскими образовательными организациями и региональными органами исполнительной власти в сфере охраны здоровья.
4. Подготовка кадров:
– программы повышения квалификации для государственных служащих и руководителей медицинских организаций;
– курсы для организаторов добровольческой (волонтерской) деятельности.

4. Принципы медицинского добровольчества (волонтерства)

1. Добровольность – никто не может быть принужден к занятию добровольческой (волонтерской) деятельностью. Добровольческая (волонтерская) деятельность осуществляется по собственной инициативе добровольца (волонтера).
2. Безвозмездность – добровольческая (волонтерская) деятельность не оплачивается и не является альтернативой оплачиваемой работе.
3. Ответственность – доброволец (волонтер) несет ответственность за свою работу, ее качество и соблюдение установленных сроков.
4. Самосовершенствование – доброволец (волонтер) всегда открыт для приобретения новых знаний и навыков.
5. Нравственность – доброволец (волонтер) соблюдает морально-этические принципы.
6. Равенство – добровольцы (волонтеры) признают равные возможности участия каждого в коллективной деятельности.
7. Востребованность – доброволец (волонтер) помогает только там, где это действительно необходимо.

5. Социальный эффект медицинского добровольчества (волонтерства)

1. Повышение открытости медицинских организаций, рост доверия населения к системе здравоохранения.

2. Реализация личностного и профессионального потенциала граждан, заинтересованных в добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере здравоохранения.

3. Повышение качества и скорости решения социально значимых проблем.

4. Снижение заболеваемости и смертности за счет усиления работы профилактического и первично-амбулаторного звена.

5. Получение добровольцами (волонтерами) дополнительных навыков и компетенций.

6. Формирование у населения общественного самосознания и активной гражданской позиции.

7. Формирование у профильных добровольцев (волонтеров) приверженности к будущей профессии и расширение базы социальных контактов.

6. Направления добровольчества (волонтерства) в сфере здравоохранения

Участниками медицинской добровольческой (волонтерской) деятельности могут стать лица, желающие добровольно оказывать безвозмездную помощь в сфере здравоохранения, независимо от уровня образования и социального статуса.

В сфере здравоохранения основными направлениями осуществления добровольческой (волонтерской) деятельности являются:

1. Помощь в оказании медицинских услуг и медицинском специальном уходе, оказываемая лицами, имеющими или получающими профильное медицинское образование.

2. Помощь в общем уходе за пациентами.

3. Содействие популяризации здорового образа жизни и профилактики заболеваний.

4. Содействие популяризации «кадрового» донорства крови и ее компонентов;

5. Содействие в обучении и оказании первой помощи (помощь в медицинском сопровождении спортивных и массовых мероприятий).

6. Информационная, консультационная, психологическая, просветительская, досуговая и иная поддержка пациентов медицинских организаций.

7. Профориентация школьников в медицину.

8. Иные направления, не противоречащие законодательству Российской Федерации, а также не создающие угрозу жизни и здоровью граждан / пациентов медицинской организации.

Данный перечень является открытым и неисчерпывающим, направления добровольческой (волонтерской) деятельности, указанные в нем, выделены

как наиболее популярные среди добровольческих (волонтерских) организаций и учреждений здравоохранения.

Помощь в оказании медицинских услуг и медицинском специальном уходе, оказываемая лицами, имеющими или получающими профильное медицинское образование:

Привлечение студентов медицинских вузов и колледжей к добровольческой деятельности снижает нагрузку на медицинский персонал, повышая, таким образом, скорость и качество оказания медицинской помощи. Кроме того, это позволяет воспитывать более квалифицированные кадры с помощью дополнительного обучения молодых специалистов и их ранней интеграции в профессию.

Участвовать в оказании помощи медицинскому персоналу возможно лицам, получающим или получившим профессиональное медицинское образование согласно регламенту, согласованному руководством учреждения здравоохранения. При этом перечень возможных активностей зависит от наличия у добровольца (волонтера) диплома о среднем или высшем медицинском образовании, а также курса обучения добровольца (волонтера) – студенты до 3 курса и после 3 курса участвуют в оказании разных видов помощи.

Направления деятельности:

– помощь медицинскому персоналу в ведении медицинской документации;

– помощь в транспортировке пациентов, сопровождение больных на диагностические и лечебные процедуры;

– помощь в мониторинге показателей жизнедеятельности: проведение термометрии, измерения АД, частоты пульса, частоты дыхания и т.д.;

– помощь медицинским сестрам в выполнении назначений врача;

– помощь в санитарно-гигиенической уборке и дезинфекции процедурной, перевязочной, операционной;

– помощь палатной медицинской сестре в уходе за пациентами;

– иные функции.

Помощь в общем уходе за пациентами:

Под уходом за больными в повседневной жизни понимают оказание больному помощи в удовлетворении его потребностей. К таким потребностям относятся еда, питье, умывание, движение, освобождение кишечника и мочевого пузыря. Оказывать помощь в уходе за пациентами добровольцы (волонтеры) могут как в учреждениях здравоохранения, так и на дому.

Так же, как и медицинский уход, общий уход за пациентами силами добровольцев (волонтеров) снимает существенную долю нагрузки с медицинского персонала. Кроме того, добровольцы (волонтеры), ввиду новизны подобной деятельности не успевшие испытать перегрузок и профессионального выгорания, привносят в повседневный быт больных элементы оптимизма и психологической разгрузки, создавая тем самым благоприятный психологиче-

ский климат для скорейшего выздоровления.

В отличие от помощи в специальном медицинском уходе, осуществлять повседневный уход за больными могут лица, не имеющие специального медицинского образования.

Направления деятельности:

– помощь в поддержании гигиены пациента;

– помощь в смене нательного и постельного белья;

– помощь в транспортировке;

– помощь в осуществлении кормления;

– помощь в отслеживании динамических показателей (давление, пульс, температура тела);

– помощь в поддержании гигиены помещения, в котором находится больной;

– иная помощь в уходе за пациентами.

Содействие популяризации здорового образа жизни и профилактики заболеваний:

Участие добровольцев (волонтеров) в популяризации здорового образа жизни и профилактике заболеваний у населения позволяет системно осуществлять данную деятельность среди граждан разных возрастных групп, увеличивая таким образом охват россиян профилактической информацией и привлекая к здоровому образу жизни. Добровольцы (волонтеры) могут проводить мероприятия как самостоятельно, так и совместно со специалистами и медицинским оборудованием.

Направления деятельности:

– проведение уроков, тренингов и лекций по здоровому образу жизни, включая профилактику инфекционных и неинфекционных заболеваний;

– организация интерактивно-образовательных мероприятий с использованием современных форматов обучения и преподнесения информации;

– проведение акций и выездных мероприятий в образовательных и иных учреждениях:

– иные мероприятия просветительского характера.

Содействие популяризации «кадрового» донорства крови и ее компонентов:

Актуальной проблемой донорства крови является малое распространение безвозмездности и регулярности донаций, так как кровь или ее компоненты, полученные при единовременной сдаче, не могут быть сразу же использованы для переливания в связи с определенным периодом карантинизации. Именно эти два критерия должны соблюдаться для того, чтобы национальная служба крови смогла обеспечить достаточным количеством плазмы и форменных элементов всех пациентов, которым это необходимо. Задачей добровольцев (волонтеров), работающих по данному направлению, является пропаганда донорства как акта гуманизма и составляющей здоро-

вого образа жизни, способствующей формированию здоровых привычек у донора, пропаганда кадрового донорства, а также повышение общего уровня информированности населения о важности и пользе донорства.

При этом важно отметить, что сама по себе донация крови не является добровольческой (волонтерской) деятельностью.

Направления деятельности:

– проведение просветительских мероприятий среди населения;

– помощь в проведении донорских акций и соответствующих мероприятий;

– иные мероприятия.

Содействие в обучении и оказании первой помощи (помощь в медицинском сопровождении спортивных и массовых мероприятий):

Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определяет первую помощь как особый вид помощи, оказываемой лицами, не имеющими медицинского образования, при травмах и неотложных состояниях до прибытия медицинского персонала. Согласно части 4 статьи 31 указанного закона каждый гражданин вправе добровольно оказывать первую помощь при наличии соответствующей подготовки и (или) навыков. Формированием таких навыков занимаются некоторые добровольческие (волонтерские) организации, а также медицинские и образовательные учреждения.

Добровольцы (волонтеры), участвующие в оказании первой помощи, работают совместно с бригадами скорой медицинской помощи на спортивных и массовых мероприятиях с соблюдением всех норм и правил оказания первой помощи. Это позволяет ускорить процесс оказания первой помощи и более оперативно выявлять в ходе мероприятий случаи, требующие медицинской помощи.

Направления деятельности:

– помощь в медицинском сопровождении спортивных мероприятий;

– помощь в медицинском сопровождении массовых и иных мероприятий;

– обучение населения навыкам оказания первой помощи.

Информационная, консультационная, психологическая, просветительская, досуговая и иная поддержка пациентов медицинских организаций:

Добровольцы (волонтеры) в процессе свободного общения с пациентами и проведения различных интерактивно-образовательных мероприятий способны создать комфортную психологическую обстановку, направленную на скорейшее выздоровление больных.

Направления деятельности:

– организация досуговых мероприятий в учреждениях здравоохранения для детей и взрослых;

– творческие занятия с детьми в медицинских организациях;

– общение и моральная поддержка детей и взрослых в трудной жизненной ситуации, находящихся в медицинских учреждениях;

– бытовая помощь пациентам (поддержание чистоты помещения, покупка необходимых продуктов, вещей, лекарств, помощь в приготовлении пищи и т.д.);
– обучающие мероприятия;
– и другие.

Профориентация школьников в медицину:

Добровольцы (волонтеры) помогают в профориентационной работе со школьниками, проведя лекции, интерактивные занятия и иные мероприятия, способствующие получению подрастающим поколением комплексного представления о профессии врача и формированию осознанного выбора медицинской специальности.

Направления деятельности:

– помощь в проведении учебно-теоретической работы с практическим компонентом – формирование у учащихся понимания специфики будущей профессии;
– привлечение учащихся школ к профилактическим акциям;
– проведение экскурсий в медицинские организации (больницы, поликлиники, центры медицинской профилактики)
– организация деятельности школьных волонтерских отрядов и наставничество.

Общий перечень видов деятельности, осуществляемой добровольцами (волонтерами) в медицинских учреждениях

Наименование функции	Виды помощи, оказываемые волонтерами/добровольцами
А. Помощь медицинскому персоналу и медицинский уход за пациентами.	– Помощь в проведении термометрии, измерении АД, частоты пульса, частоты дыхания с фиксированием показателей в стационарной карте; – Оказание помощи медицинскому персоналу в выдаче лекарств; – Помощь в проведении перевязок; – Помощь в подготовке стерильных инструментов, капельниц, растворов в процедурном кабинете; – Помощь в сборе необходимых анализов (ккал, моча, кровь) и доставке их в лабораторию; – Помощь в подготовке внутривенных капельных систем и проведении манипуляций (внутривенные, внутримышечные иньекции, постановка и контроль за внутривенными капельными системами) совместно с медицинской сестрой; – Помощь медицинской сестре в выполнении назначений врача; – Помощь в предоперационной подготовке пациентов; – Помощь в осуществлении всех манипуляций и уходе за пациентами под контролем среднего медицинского персонала отделения.

* Помощь имеют право осуществлять только добровольцы (волонтеры), получающие или получившие медицинское образование.

Наименование функции	Виды помощи, оказываемые волонтерами/добровольцами
Б. Помощь медицинскому персоналу в общем уходе за пациентами	– Помощь медицинской палатной сестре в уходе за пациентами, участие в кормлении пациентов при необходимости; – Помощь в смене нательного и постельного белья пациентов; – Помощь в осуществлении контроля за соблюдением больными правил личной гигиены: умывает, подмывает, причесывает пациентов, которые не могут этого делать по своему физическому состоянию; – Помощь в сопровождении и транспортировке пациентов; – Помощь в осуществлении контроля за выполнением пациентами и посетителями режима дня лечебного отделения; – Иные виды помощи, требующие специальной подготовки и знаний.
В. Организация системной досуговой и обучающей деятельности пациентов и находящихся с ними родственников	Досуговая деятельность: – Общение, эмоциональная поддержка пациентов; – Игры в помещении и на свежем воздухе; – Проведение творческих занятий, встреч; – Постановка театрализованных представлений; – Организация и проведение праздников; – Проведение сеансов АРТ-терапии; – Проведение сеансов музыкальной терапии; – Проведение сеансов ПЭТ-терапии; – Показ видео и кинофильмов; – Выпуск больничных газет и журналов совместно с пациентами; – Чтение книг вслух; – Иные виды организации досуга пациентов и развлекательные мероприятия. Обучающая деятельность: – Проведение лекций, обучающих мероприятий; – Проведение занятий по компьютерной грамотности; – Помощь в освоении программы школьного образования; – Помощь в освоении программы высшего образования; – Помощь в получении дополнительного образования, повышении квалификации; – Иные виды образовательной деятельности.
Г. Осуществление нерегулярной деятельности или деятельности, не связанной с пациентами	Хозяйственная и организационная помощь: – Помощь в проведении текущей уборки и генеральной уборки процедурного (перевязочного) кабинета с использованием дезинфицирующих средств; – Оказание помощи в ведении документации; – Роспись стен в учреждении; – Организация интерактивных элементов в пространстве (выставка работ, игровые элементы);

Наименование функции	Виды помощи, оказываемые волонтерами/добровольцами
	– Обустройство игровых комнат; – Организация точек буккроссинга; – Организация праздничного оформления; – Уход за территорией учреждения, участие в субботниках; – Высадка цветов, кустарников на территории; – Иные виды деятельности по преобразованию среды; – Уборка в помещениях учреждения; – Уборка территории больницы; – Косметический ремонт в помещениях учреждения; – Погрузка, разгрузка, подсобная помощь. Поддержка родителей и родственников пациентов не на территории лечебных отделений медицинского учреждения в рамках программ, реализуемых медицинским учреждением: – Транспортная помощь; – Помощь по хозяйству; – Создание фото и видеоматериалов силами волонтеров; – Профессиональная психологическая поддержка; волонтерами, имеющими соответствующую квалификацию; – Профессиональные юридические консультации волонтерами, имеющими соответствующую квалификацию; – Организация групп поддержки силами родственников пациентов; – Иные виды поддержки родителей и родственников пациентов. Информационная помощь: – Раздача информационных материалов посетителям учреждения; – Участие в массовых мероприятиях, направленных на повышение информированности населения об оказываемой медицинской помощи; – Участие в массовых мероприятиях по проведению диспансеризации населения; – Участие в массовых мероприятиях по ранней диагностике и профилактике заболеваний; – Участие в мероприятиях, по независимой оценке, качества оказываемых учреждением услуг; – Иные виды информационной помощи персоналу учреждения.

7. Рекомендации к медицинской документации для допуска добровольцев (волонтеров) к деятельности в медицинских организациях

Важным вопросом является установление на уровне субьекта Российской Федерации и конкретного учреждения здравоохранения перечня требова-

ний к медицинским обследованиям для добровольцев (волонтеров), работающих в медицинских организациях, которые должны основываться на общепринятых рекомендация Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального центра поддержки добровольчества в сфере охраны здоровья.

Рекомендуем применять подход, основанный на установлении минимальных требований по прохождению добровольцами (волонтерами) медицинских обследований и анализов, достаточных для получения администрацией учреждения здравоохранения и организаторами деятельности добровольцев (волонтеров) информации об отсутствии риска переноса волонтером инфекций.

Для участия в помощи медицинскому персоналу и медицинском уходе за пациентами на основании п. 16 приложения № 2 к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 апреля 2011 года № 302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда» определены требования медицинского обследования для добровольцев (волонтеров), приравненные к перечню требований для работ, выполняемые учащимися образовательных организаций общего и профессионального образования перед началом и в период прохождения практики в организациях, работники которых подлежат медицинским осмотрам (обследованиям).

Для осуществления помощи медицинскому персоналу в уходе за пациентами уровень обследований включает наличие флюорографии и справки от терапевта об отсутствии контактов с инфекционными больными.

Для организации системной досуговой и обучающей деятельности пациентов и находящихся с ними родственников, а также осуществления нерегулярной деятельности или деятельности, не соприкасающейся с пациентами, необходимость в медицинском обследовании отсутствует.

8. Сотрудничество с добровольческими (волонтерскими) организациями

С целью содействия развитию добровольческого (волонтерского) движения в сфере здравоохранения на территории каждого субъекта Российской Федерации в региональных органах исполнительной власти в сфере охраны здоровья и образовательных организациях высшего и дополнительного образования Минздрава России определены сотрудники, ответственные за добровольчество (волонтерство) в сфере охраны здоровья и взаимодействие с социально ориентированными некоммерческими организациями. Кроме того, на официальных сайтах органов государственной власти субъек-

тов Российской Федерации в сфере охраны здоровья создаются отдельные страницы, отражающие нормативно-правовую базу и информацию о взаимодействии с социально ориентированными некоммерческими организациями в сфере здравоохранения, а также контакты лица, ответственного за добровольчество (волонтерство) и взаимодействие с социально ориентированными некоммерческими организациями.

Предложение о сотрудничестве в целях участия добровольческой (волонтерской) организации в деятельности учреждения или органа исполнительной власти имеет право инициировать каждая из сторон.

Сотрудничество органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья и подведомственных им государственных учреждений с добровольческими (волонтерскими) организациями осуществляется на основании соглашений, заключенных между обеими сторонами.

Учреждение назначает ответственного сотрудника для организации взаимодействия с добровольческими (волонтерскими) организациями, который выполняет задачи, установленные Проектом постановления Правительства Российской Федерации «Об утверждении перечня видов деятельности, в отношении которых федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления утверждается порядок взаимодействия государственных и муниципальных учреждений с организаторами добровольческой (волонтерской) деятельности, добровольческими (волонтерскими) организациями».

Добровольческие (волонтерские) объединения в сфере охраны здоровья в рамках своей деятельности:

– проводят мероприятия по направлениям добровольчества (волонтерства) в сфере здравоохранения (см. Главу 2), а также по иным направлениям адресной и групповой поддержки населения;

– оказывают широкую помощь здравоохранению Российской Федерации на всех этапах оказания медицинской помощи в медицинских и социальных учреждениях и за их пределами;

– создают организационную структуру для эффективной работы с добровольцами (волонтерами), включая систему привлечения, отбора и обучения добровольцев (волонтеров), а также последующую их координацию;

– взаимодействуют с профильными учреждениями в социальной сфере и в здравоохранении, а также с другими органами государственной власти и общественными организациями, принимают участие в работе профильных консультативных и совещательных органов.

Добровольческие (волонтерские) объединения в сфере охраны здоровья могут быть зарегистрированы как самостоятельные юридические лица, или осуществлять свою деятельность без государственной регистрации или на базе:

– образовательных организаций (например, волонтерские центры);
– медицинских учреждений;
– государственных бюджетных учреждений (например, ресурсные центры по развитию и поддержке волонтерского движения);
– иных учреждений.

9. Частые ошибки при работе с добровольцами (волонтерами)

В ходе организации добровольческой (волонтерской) деятельности в государственных учреждениях важно регулярно исключать следующие ошибочные мнения о добровольцах и их деятельности:

– доброволец (волонтер) – это бесплатная рабочая сила, и работа добровольца (волонтера) ничего не стоит;
– доброволец (волонтер) ничего не умеет, «не профессионал», поэтому ему можно доверить работу, не требующую интеллектуальных затрат (например, системную уборку помещений и т.п.);
– добровольцы (волонтеры) ненадежны (нельзя поручить ничего ответственного и серьезного).

При наличии таких ложных представлений добровольцев (волонтеров) могут рассматривать как помеху основной работе, в результате чего без должной поддержки работа добровольцев (волонтеров) становится низкоэффективной, ожидания добровольцев (волонтеров) не оправдываются, что служит основной причиной их ухода из организации.

Необходимо понимать, что тесное и доверительное взаимодействие между сотрудниками и добровольцами (волонтерами) является основой успеха реализации добровольческих (волонтерских) программ. Координация работы добровольцев (волонтеров) должна быть регулярной, что позволит значительно усилить эффекты совместной работы.

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы»

ПРЕДЛОЖЕНИЯ (ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ) ПО ОРГАНИЗАЦИИ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ (ПОЛИКЛИНИКЕ)

(Извлечения)

Настоящие Рекомендации предназначены, в первую очередь, для внедрения внутреннего контроля в поликлинике (любого уровня). Перед оценкой необходимо из оценочных листов исключить те показатели, которые являются неприменимыми для конкретной МО из-за ее специфики.

В Рекомендациях используется два вида показателей. Помимо качественных, оценивающих ресурсы и процессы медицинской деятельности, предлагается использовать количественные показатели и нормативы, оценивающие исходы (результаты). Данный вид показателей важен для оценки эффективности работы МО, а также для сравнения различных МО или регионов между собой.

Показатели оцениваются при помощи ответов: «да» (наличие, соответствие, исполнение и т.д.) или «нет» (отсутствие, несоответствие, неисполнение, неправильное исполнение, неполное и т.д.).

Каждый показатель оценивается отдельно, затем проводится общий расчет по разделу в процентах в целом по МО. Градация оценок в общем по всем разделам:

- выше 80% – система обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности в МО эффективная, требует контроля и минимальных улучшений;
- 75–80% (по каждому из разделов в отдельности) – система в целом эффективна, требуются корректировки по отдельным разделам работы;
- уровень 75% и ниже – система неэффективна, выявлены значительные нарушения в большинстве разделов работы МО, требуются существенные изменения.

1.2. Источники информации, используемые при проведении внутреннего контроля

Для повышения обьективности необходимо использовать несколько источников информации, дополняющих друг друга. Весомость каждого источника информации определяется конкретными обстоятельствами, но, скорее всего, мнение пациентов будет наиболее значимым (если они обладают информацией по оцениваемому показателю).

В большинстве случаев рекомендуется использовать четыре источника информации:

1. Документация:

• нормативная – приказы главного врача, должностные инструкции, протоколы/алгоритмы, инструкции и т.д.;

• медицинская – истории болезни, амбулаторные карты, учетно-отчетные статистические формы и т.д.;

2. Персонал, знания и мнение которого можно проверить путем опроса, тестирования.

3. Пациенты и члены их семей, сопровождающие, которые могут быть опрошены устно (интервью по заранее составленной форме) или письменно (анкетирование).

4. Прямое наблюдение за процессами медицинской деятельности.

1.3. Требования к документации по стандартным операционным процедурам

Для внедрения внутреннего контроля и управления качеством необходима разработка несколько типов документов МО:

1) стандартные операционные процедуры;

2) клинические протоколы;

3) алгоритмы.

Стандартные операционные процедуры (далее – СОПы) – документально оформленные инструкции по выполнению рабочих процедур или формализованные алгоритмы выполнения действий, исполнения требований стандартов медицинской помощи.

Актуальность разработки СОПов обусловлена необходимостью рационального выбора и применения адекватных (эффективных, безопасных и экономически приемлемых, основанных на данных доказательной медицины) медицинских технологий. СОПы необходимы для оценки качества медицинской помощи, а также для защиты прав пациента и врача при разрешении спорных вопросов.

В каждом СОПе должно быть указано: цель разработки, необходимые ресурсы и технологии для его выполнения, ожидаемые результаты (промежуточные и окончательные) внедрения СОПа и критерии оценки соблюдения требований СОПа. Каждый СОП должен содержать ответы на 3 вопроса:

1) Кто участвует в реализации, выполняет его требования и какие ресурсы необходимы для его реализации?

2) Где, в каком подразделении МО следует выполнять требования СОПа?

3) Сколько времени потребуется на выполнение требований СОПа?

СОПы должны быть краткими, четкими, конкретными. Оптимальная форма – в виде таблиц или схем и алгоритмов с минимальным обьемом текстовой части.

При разработке СОПов следует учитывать принцип приоритетности. Возможно, первоочередными СОПами должны стать алгоритмы проведения процедур, связанных с повышенным риском, например, инвазивных манипуляций (внутримышечные иньекции, внутривенные иньекции, катетеризация мочевого пузыря, и т.п.), алгоритмы оказания неотложной помощи и т.д.

1.4. Требования к алгоритмам оказания медицинской помощи

Важной составляющей внутреннего контроля является внедрение разработанных в самой МО алгоритмов ведения больных при определенных состояниях. Алгоритмы представляют собой четкий перечень действий персонала в конкретной ситуации (например, при оказании первичной помощи при шоке, остром коронарном синдроме и т.д.).

Основа для разработки алгоритмов МО – документы Минздрава России, прежде всего, клинические рекомендации (протоколы лечения), порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи. Необходимость разработки алгоритмов МО обусловлена целью: обеспечить права граждан на получение медицинской помощи необходимого обьема и надлежащего качества. Алгоритмы разрабатывают многопрофильные рабочие группы, включающие врачей и средний медперсонал, строго опираясь на данные доказательной медицины. Затем алгоритмы оказания медицинской помощи в МО утверждаются на общем собрании коллектива.

Алгоритмы должны регулярно пересматриваться, обычно 1 раз в 1 год или по мере поступления информации, требующей внесения изменений.

Все вновь принятые на работу сотрудники должны, прежде чем они будут допущены до самостоятельной практики в МО, пройти обучение и сдать зачет на знания алгоритмов.

1.5. Практическое внедрение внутреннего контроля качества и безопасности в медицинской организации (поликлинике)

Работа по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности начинается с определения основных направлений деятельности, а также целей и задач, от которых напрямую зависит качество и безопасность медицинской деятельности. Целевые показатели (индикаторы) достижения результатов необходимы, их роль значима. Рекомендуется следующая последовательность действий:

- Обозначение целей и задач по каждому направлению;
- Планирование и реализация необходимых мероприятий для достижения (решения) поставленных целей и задач;
- Определение направлений работы по обеспечению и контролю качества и безопасности медицинской деятельности;
- Определение показателей (индикаторов, критериев) достижения поставленных целей и задач;
- Определение механизма контроля.

Базовый перечень направлений внутреннего контроля может быть таким:

1. Лекарственная безопасность. Фармаконадзор;
2. Контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий;
3. Хирургическая безопасность. Профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами;

4. Безопасность среды в медицинской организации. Организация ухода за пациентами, профилактика пролежней и падений;

5. Эпидемиологическая безопасность. Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи;

6. Преемственность организации медицинской помощи. Передача ответственности за пациента.

7. Организация экстренной и неотложной помощи.

8. Идентификация личности пациентов;

9. Система управления персоналом. Медицинские кадры. Компетентность и компетенции;

10. Организация оказания медицинской помощи на основании данных доказательной медицины в соответствии с клиническими рекомендациям (протоколами лечения).

11. Организация работы регистратуры

12. Стационарзамещающие технологии (Организация работы дневного стационара, «стационара на дому»)

13. Диспансеризация прикрепленного населения

14. Диспансерное наблюдение за хроническими больными

15. Организация профилактической работы. Формирование здорового образа жизни среди населения.

Указанные направления могут быть дополнены в каждой МО с учетом специфики и особенностей ее деятельности, а также в процессе совершенствования работы по внутреннему контролю. Сокращение перечня также возможно, но нежелательно, особенно в начале работы.

Рекомендации по реализации указанных выше направлений могут быть следующие:

1. Врачебная комиссия, в соответствии с Порядком, может сама своим основным составом обеспечивать необходимую работу по всем указанным выше 15 направлениям, определив конкретных ответственных лиц по каждому направлению.

2. Работа по внедрению системы может быть сконцентрирована в специально созданной подкомиссии по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности, также с закреплением ответственных по каждому направлению.

3. С учетом специфики и особенностей медицинской организации, возможно, как распределение указанных выше направлений по уже действующим подкомиссиям, так и создание новых подкомиссий по наиболее актуальным для медицинской организации задачам.

Важно то, что все представленные выше направления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности не могут эффективно реализовываться без активного участия среднего медицинского персонала. Причем по некоторым направлениям, например, по обеспечению безопасности среды в медицинской организации, организации ухода за пациентами, профилактике про-

лежней и падений, роль среднего медицинского персонала представляется ведущей. В этой связи для организации необходимой работы целесообразно приказом руководителя медицинской организации создать соответствующие комиссии (или постоянно действующие рабочие группы), например, по организации сестринского ухода, из числа среднего медицинского персонала для работы по указанным 15 направлениям. При этом при регламентации работы таких комиссий (групп) на уровне медицинской организации необходимо учесть три важных фактора:

- четко указать полномочия;
- определить ответственных лиц за организацию работы;
- обеспечить регулярное заслушивание руководителей комиссий (групп) средних медицинских работников на врачебной комиссии с целью обеспечения необходимой координации и преемственности по тому или иному направлению деятельности.

2. Основные разделы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (поликлинике)

2.1. Управление персоналом. Медицинские кадры. Компетентность и компетенции

Качество и безопасность медицинской деятельности во многом зависит от слаженной работы хорошо подготовленных медицинских работников. Штатные расписания для МО различного профиля определены порядками оказания медицинской помощи. Задача руководителя – наиболее эффективно использовать кадровый потенциал организации, иными словами, управлять персоналом.

Управление персоналом – область знаний и практической деятельности, направленная на обеспечение организации качественно подготовленным персоналом, способным выполнять возложенные на него трудовые функции и оптимальное его использование. Основными компонентами системы управления персоналом являются:

- подбор и адаптация персонала;
- оперативная работа с персоналом (включая обучение и развитие);
- оперативная оценка персонала;
- организация труда, управление деловыми коммуникациями, использование системы мотивации (включая использование материальных и нематериальных стимулов);
- стратегическая работа с персоналом (включая подготовку резерва руководителей).

Обеспечение качества и безопасности медицинской деятельности зависит от степени участия всего персонала: от медицинской сестры до главного врача, от умения работать в команде, причем мультидисциплинарной. Требуются не только высокая квалификация и исполнительская дисциплина работников, но и их творческое участие в работе МО, а также участие в процессе принятия управленческих решений.

Профессиональная компетенция определяется как наличие профессиональных знаний, умений и навыков, необходимых для оказания медицинской помощи, умение их применить в конкретной ситуации, в том числе при использовании в работе клинических протоколов и алгоритмов выполнения манипуляций. Важны профессионально значимые личностные качества: честность, ответственность дисциплинированность, аккуратность.

В комплексном процессе управления персоналом в соответствии с компетенциями обычно используют несколько последовательно реализуемых практик:

1. Определение базовых компетенций – тех, которыми должны обладать абсолютно все сотрудники (например, хорошие коммуникативные навыки).
2. Определение специализированных компетенций – тех, которые необходимы для работы на конкретных должностях или для выполнения определенных обязанностей.
3. Разработка профилей компетенций – перечня базовых и специализированных компетенций, которыми должен обладать сотрудник, работающий на конкретной должности или в определенном подразделении.
4. Согласование уровней овладения компетенциями для разных категорий сотрудников (например, от врача-ординатора до лечащего врача), а также правила перехода на новый уровень.

Важно, чтобы разработки медицинской организации по компетенциям персонала были доведены до сведения всех сотрудников. В дальнейшем модель и профили компетенций могут быть применены для оценки эффективности работы персонала.

№	Группы показателей	Показатели	№	Порядок оценки показателей	Да	Нет
1.1	Управление персоналом	Наличие приказов главного врача по вопросам управления персоналом	1.1.1	Проверить наличие приказов главного врача по вопросам:		
			1.1.2	Организация обучения персонала		
			1.1.3	Организация обучения руководителей структурных подразделений, заместителей руководителей		
			1.1.4	План по формированию и развитию кадрового потенциала МО/кадрового резерва руководителей подразделений		

№	Группы показателей	Показатели	№	Порядок оценки показателей	Да	Нет
			1.1.5	Социально-психологическое управление персоналом, включая программы адаптации новых сотрудников, молодых специалистов, мотивации и т.д.		
			1.1.6	Организация оценки персонала		
		Регулярный аудит управления персоналом	1.1.7	Проверить наличие отчетов о результатах аудитов/ регулярность проведения (не реже 1 раза в полгода)		
			1.1.8	Проверить наличие планов по устранению недостатков с указанием ответственных и сроков		
1.2*	Соответствие укомплектованности рекомендованным штатным нормативам	Соответствие штатов рекомендованным штатным нормативам по подразделениям: • укомплектованность по подразделениям • по категориям работников • коэффициент замещения (внештатных и штатных сотрудников)		Сотрудникам отдела кадров подготовить в табличном варианте сведения в соответствии с запрашиваемыми характеристиками, оценить соответствие штатов рекомендованным в зависимости от профиля МО		

Количественные показатели	Норматив
Текучесть кадров	<5% за год
Охват персонала обучением	100%

(Продолжение читайте в № 1'2019)

* Раздел 1.2. не влияет на конечную оценку по разделу, но имеют важное значение для анализа и разработки рекомендаций для МО.

СТАРШАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА
Выпуск № 8 (69)
Издатель: ООО «Современное сестринское дело»
Главный редактор Наталина КРУШИНСКАЯ
Выпускающий редактор Дмитрий КУБРАКОВ
Технический редактор Леонид КАМАЕВ
Корректор Иван БЕЛИКИН
Свидетельство о регистрации ПИ № ФС 77-36205 от 06.05.2009
Подписано в печать 14.12.2018 г.
Отпечатано в типографии «РИММИНИ».
Адрес: Н. Новгород, ул. Краснозвездная 7а, 2-й этаж,
тел. (831) 422-57-80, office@rimmini.ru
Заказ 3052 Тираж 15 000 экз.
Адрес редакции: 127254, Москва, ул. Добролюбова, д. 21А, корп. Б
Тел./факс: (495) 664-20-42, 8-916-031-02-83
Для писем: 127254, Москва, а/я № 59
E-mail: s_delo@inbox.ru