



Дефицит кадров: что делать?

Совещание по вопросам модернизации первичного звена здравоохранения прошло под руководством Владимира Путина в Кремле.

Министр здравоохранения Вероника Скворцова привела данные статистики. «Что касается среднего персонала, в системе первичного звена работает более 545 тысяч человек. Здесь пока нам не удалось достигнуть роста: дефицит – 130 тысяч человек. В отличие от врачей, где мы имеем прирост за последние четыре года, количество среднего медицинского персонала продолжает уменьшаться», – констатировала министр.

С 1990 года почти в два раза сократился прием в средние специальные медицинские учреждения. «Минимума мы достигли в 2012 году, с 2012 года на 41 процент увеличили прием, тем не менее мы на 16,5 тысячи выпускников отличаемся «в минус» от 1990 года». В.И. Скворцова попросила Президента дать поручение субъектам Российской Федерации увеличить прием в средние специальные учебные заведения до уровня не менее 1990 года. «Это позволит нам обеспечить приход в отрасль не менее 68–70 тысяч человек ежегодно, и даже с учетом оттока по возрасту и вследствие внутренней отраслевой миграции – 26 тысяч сотрудников со средним специальным образованием уходят каждый год – это даст нам 42 тысячи дополнительных людей в год. Таким образом, мы закроем дефицит, как и планировали, к концу 2023 года, то есть в течение 3–4 лет», – поделилась планами министр.

На страже прав пациентов

Росздравнадзор оштрафовал за 2018 год и первые шесть месяцев 2019-го более 460 медорганизаций на сумму 3,7 млн рублей за отсутствие на их стендах и сайтах сведений о возможности получить медпомощь по полису ОМС. Санкции налагались в соответствии со ст. 6.30 КоАП РФ, по которой все медицинские организации, вне зависимости от того, являются ли они государственными или частными, обязаны информировать пациентов о порядке, объеме и условиях оказания медпомощи в соответствии с программой госгарантий, уточнили в Росздравнадзоре.

Сведения эти должны размещаться на специальных стендах и официальных сайтах клиник. «Отсутствие доступной информации для граждан о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи дезинформирует пациентов и косвенно влечет за собой подмену бесплатных медуслуг на платные, что категорически недопустимо», – говорится в сообщении пресс-службы Росздравнадзора.

Содержание

ЛЕНТА НОВОСТЕЙ.....	1
ОБМЕНЯЕМСЯ ОПЫТОМ	
Оценка риска и профилактика падений у пациентов пожилого возраста в практике медицинской сестры.....	3
Задачи медицинской сестры-анестезиста при лечении массивной интраоперационной кровопотери в акушерстве.....	11
ИНФЕКЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ	
Опыт разработки правил инфекционной безопасности для буфетных-раздаточных многопрофильного ЛПО.....	17
ПО ВАШИМ ПИСЬМАМ	
Три вопроса о дезинфекции.....	26
ЭТИКА И ПСИХОЛОГИЯ	
Наставничество и тактики поддержки при адаптации молодых специалистов.....	34
КОНСУЛЬТАЦИЯ ЮРИСТА	
Трудовое право в вопросах и ответах.....	39
ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ	
Проверьте свои знания о ненаркотических анальгетиках.....	42
ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ РАЗМЫШЛЕНИЯ	
Чрезвычайные происшествия: учимся на чужих ошибках.....	44
ПАПКА НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ	
Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь. Методические рекомендации.....	48

ОЦЕНКА РИСКА И ПРОФИЛАКТИКА ПАДЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В ПРАКТИКЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

*Е.А. БАРАНОВА, старшая медицинская сестра
организационно-методического кабинета ГБУЗ «Госпиталь ветеранов
войн № 2 Департамента здравоохранения Москвы»*

Падения представляют собой высокий риск, особенно для людей пожилых и больных. Они часто вносят серьезные изменения в жизнь человека – от ран и переломов, влияющих на ограничения диапазона движения из-за потери уверенности в собственной мобильности, вплоть до невозможности вести самостоятельную жизнь.

ВОЗ определяет падение как «происшествие, при котором человек внезапно оказывается на земле или другой низкой поверхности, за исключением случаев, являющихся следствием нанесенного удара, потери сознания, внезапного паралича или эпилептического припадка». Падения являются второй по значимости причиной смерти в результате несчастных случаев и непреднамеренных травм.

Основные факторы риска падений, чаще встречающиеся у лиц пожилого и старческого возраста:

- нарушения поддержания равновесия;
- нарушения ходьбы;
- последствия инсульта;
- патология суставов;
- нарушения зрения;
- ортостатическая гипотензия;
- нарушения когнитивных (познавательных функций);
- депрессия;
- одновременный прием пациентом 4 лекарственных препаратов и более.

Вероятность возникновения падений возрастает с увеличением числа факторов риска:

- у лиц без факторов риска падения встречаются в 8% случаев;
- у лиц, имеющих 4 фактора риска и более, – в 78%.

Риск падений существенно возрастает при развитии нового или обострении имеющегося у пациента хронического соматического заболевания.

В пожилом возрасте чаще встречается ортостатическая гипотензия – состояние, при котором после резкого перехода из горизонтального в вертикальное положение кровь не успевает в достаточном количестве поступить в головной мозг, в результате чего возникает головокружение, темнеет в глазах, нарушается равновесие, что нередко заканчивается падением.

При этом 30% больных падают с кровати (главным образом – вечером и ночью при попытке встать), 28% – с кресел и стульев, не имеющих запирательных механизмов, 20% – в туалете (преимущественно женщины, вставая с унитаза после опорожнения мочевого пузыря).

Причины падений бывают внутренние и внешние.

Внешние причины падений связаны с неправильной организацией безопасного движения (неудобная обувь, плохие очки, отсутствие вспомогательных приспособлений – трости, ходунки) и безопасности жилища. Внутренние – с возрастными изменениями опорно-двигательного аппарата, органа зрения и сердечно-сосудистой системы.

Последствия падений могут самыми разными. К основным из них относятся:

- переломы костей;
- травма головы;
- повреждение мягких тканей;
- формирование «синдрома боязни».

При этом надо понимать, что:

– 60% пожилых людей старше 65 лет попадают в больницу в результате падения;

- 15–20% из них имеют переломы;
- 5–20% умирают от осложнений;
- 40% после выписки теряют самостоятельность и становятся зависимыми от окружающих.

Какими бы ни были факторы, способствующие падениям, следует их учитывать, избегать и предупреждать.

Первое, с чего следует начать, – это с оценки риска падения, которая включает в себя:

- опрос;
- физикальный осмотр;
- исследование способности больного к самостоятельному передвижению;
- оценку окружающей пациента обстановки.

Оценку риска падения проводят медицинские сестры как при поступлении пациента в стационар, так и в динамике.

Для оценки риска падения используются краткая батарея тестов физической активности и шкала Морсе или модели риска падений Хендрика II.

В краткую батарею тестов физической активности входят*:

- тест на равновесие;
- тест на скорость ходьбы;
- тест «Подъем со стула».

Тестирование проводят непосредственно в день поступления пациента в стационар. Если пациент плохо перенес транспортировку, в результате чего устал, то тестирование откладывают на следующий день.

* Подробнее – на обложке 3.

Тест на равновесие

При проведении теста на равновесие пациенту предлагают 10 сек. просто-
ять в положении «ступни сжаты вместе», затем 10 сек. – в положении «одна
ступня перед другой», а затем – в положении «тандем».

Если пациент не может устоять в положении «стопы вместе» 10 сек. – спо-
собность поддерживать равновесие в полутандемном и тандемном положе-
нии не проводится.

Если пациент не может устоять в полутандемном положении 10 сек. – спо-
собность поддерживать равновесие тандемном положении не проводится.

Невозможность стоять в положении «тандем» 10 сек. предсказывает высо-
кий риск падения.

Определение скорости ходьбы на 4 метра

Тест заключается в определении скорости ходьбы на 4 метра.

Для проведения теста необходимо расстояние около 6 метров, размерен-
ное по 1 метру:

- 4 метра непосредственно для проведения теста;
- дополнительное расстояние, чтобы пациент имел возможность продол-
жить движение еще на несколько шагов после финишной отметки, чтобы не
замедлять ходьбу из-за препятствия.

Это может быть коридор или комната.

Секундомер включается, когда пациент пересечет отметку 1 метр и выклю-
чается по пересечении 5 метров.

Первая попытка пробная. Во время второй и третьей попыток измеряется
время в секундах, за которое пациент проходит 4 метра. Учитывается луч-
ший результат.

Тест «Подъем со стула»

Данный тест дает информацию о силе и скорости работы мышц нижних
конечностей.

Для проведения теста необходимы стул без подлокотников и секундомер.
Пациента просят встать со стула 5 раз подряд с руками, сложенными на
груди, колени должны быть полностью разогнуты при каждом подъеме.

Время 10 секунд и менее свидетельствует о хороших функциональных
возможностях, а 11 секунд и более отражает неустойчивость походки.

Тест «Встань и иди»

Пациента просят встать со стула, пройти 3 м, обойти предмет на полу,
вернуться и сесть снова на стул.

Если результат от 11 до 29 сек. – это означает наличие риска падений.

Если тест выполнен за 30 сек. и более – это свидетельствует об ухудшении
функциональных возможностей и существенном возрастании риска падений.

**Нормативы выполнения теста «Встань и иди»
у здоровых людей в разных возрастных группах**

Возрастная группа, лет	Время, секунды
60–69	8,1 (7,1–9,0)
70–79	9,2 (8,2–10,2)
80–99	11,3 (10–12,7)

Шкала Морсе

- Состоит из шести переменных, которые быстро и легко заполнить;
- имеет прогностическую валидность и надежность;
- широко используется как в неотложной помощи, так и на этапе долгосрочного ухода.

Вопрос	Балл
1. Падал ли в последние 3 месяца	Нет – 0 Да – 25
2. Есть ли сопутствующие заболевания (см. медицинскую карту)	Нет – 0 Да – 15
3. Самостоятельность при ходьбе: – ходит сам (даже если при помощи кого-то) или строгий постельный режим, неподвижно – костыли/ходунки/трость – опирается о мебель или стены для поддержки	0 15 30
4. Принимает внутривенное вливание/принимает гепарин, фраксипарин	Нет – 0 Да – 20
5. Походка – нормально (ходит свободно) – слегка несвободная (ходит с остановками, шаги короткие, иногда с задержкой) – нарушения (не может встать, ходит, опираясь, смотрит вниз)	0 10 20
6. Психическое состояние – знает свою способность двигаться – не знает или забывает, что нужна помощь при движении	0 15

Интерпретация результатов

Риск падений	Баллы
Нет риска падений	0–24
Низкий	25–50
Высокий	51 и более
Высокий риск падений – КРАСНАЯ МАРКИРОВКА	

Модель риска падений Хендрика II

Факторы риска	Количество баллов
Растерянность/дезориентированность/импульсивность	4
Симптоматическая депрессия	2
Нарушения стула и мочеиспускания	1
Головокружения	1
Мужской пол	1
Назначение любых противосудорожных препаратов	2
Назначение любых препаратов бензодиазепинового ряда	1
Проба «Подъем из положения сидя со стула»:	
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	4
Сумма баллов, равная 5 или больше, сопряжена с высоким риском падения	

Профилактика падений

Избежать падений можно только с помощью организации профилактических мероприятий.

Профилактика падений – это стратегия уменьшения риска падений и травм, вызванных падениями, в сочетании с поддержанием как можно большего количества функций пациента и его независимости, насколько это возможно.

Для этого используются:

- вспомогательные устройства;
- физические нагрузки;
- медицинское ведение пациента;
- безбарьерная среда;
- идентификация пациентов с риском падения.

В качестве вспомогательных средств для ходьбы можно воспользоваться тростью, костылями или ходунками. Например, трость подходит для пациентов с минимальным односторонним снижением мышечной силы, ослаблением суставов. Ходунки больше всего подходят пациентам с повышенным риском падений, при слабости в обеих ногах или нарушении координации.

Для предотвращения падений с кровати необходимо использовать кровати с боковыми ограждениями (фото 1 на с. 8). Так как в основном пациенты падают с кровати во время вставания, то целесообразно использовать специальный поручень.



Фото 1.

Чтобы избежать падения пациентов во сне, можно воспользоваться специальным поясом (фото 2).

Что касается медицинских препаратов, то существует ряд препаратов, использование которых может увеличивать риск падений.

Лекарственные препараты	Механизм
Аминогликозиды	Нанесение прямого ушерба вестибулярному аппарату
Анальгетики (особенно опиоиды)	Снижение чувства бдительности или замедление работы ЦНС
Противоаритмические препараты	Снижение церебральной перфузии
Антихолинергические препараты	Спутанность сознания/делирий
Антигипертензивные препараты	Снижение церебральной перфузии
Нейролептики	Экстрапирамидные синдромы
Диуретики (особенно при обезвоживании пациента)	Снижение церебральной перфузии
Психотропные препараты	Снижение чувства бдительности или замедление работы ЦНС

Для профилактики падений применение таких препаратов должно быть приостановлено или дозировки должны быть сведены к минимуму. Вопросом медицинского ведения пациентов занимается лечащий врач.



Фото 2.

Физические нагрузки являются важной частью здоровой жизни практически любого человека. Пожилых людей это касается в не меньшей мере.

Тренировки в пожилом возрасте имеют массу преимуществ:

- увеличивают силу;
- продлевают самостоятельность;
- улучшают баланс и чувство равновесия;
- предотвращают или откладывают развитие ряда заболеваний, таких как диабет, остеопороз и сердечно-сосудистые нарушения;
- улучшают настроение и помогают бороться с депрессией;
- способствуют улучшению работы мозга.

Безбарьерная среда заключается в устранении вредных факторов окружающей среды, способствующих падению: отсутствие препятствий (порогов, электропроводов, незагроможденные помещения), наличие поручней, кнопки вызова медсестры в зоне доступа, расположение предметов первой необходимости под рукой.

Пациенты с риском падения по возможности должны быть размещены в палаты, расположенные рядом с медицинским постом. Также эти пациенты должны быть идентифицированы. Идентификация может быть в виде браслета на руке, стикера на двери палаты (фото 3 на с. 10) или истории болезни.

В день поступления с пациентом должна быть проведена беседа о профилактике падения.

Пациенту необходимо рассказать о том, что вставать с постели надо медленно, при ходьбе использовать вспомогательные средства, при необходимости нужно звать медицинский персонал на помощь, обувь должна быть удобной, без высоких каблуков, с фиксированной пяткой, при передвижении лучше избегать препятствий и не ходить по мокрому полу.

Медицинская сестра должна помнить, что у возрастных пациентов велик риск падения, и именно она должна предпринять все возможное для профилактики падений:

- провести оценку риска падения;



Фото 3.

- проинформировать пациента о том, как избежать падения;
- идентифицировать пациента с риском падения;
- сделать отметку о риске падения в карте сестринского наблюдения;
- создать безбарьерную среду для пациента;
- уделять больше внимания пациентам с риском падения.

Своевременная оценка индивидуальных факторов риска, систематическая регистрация падений и травматизма, повышенное внимание пациентам с риском падения, создание безопасной больничной среды уменьшают опасность падений и их последствий.

Приложение

**Журнал
учета случаев падения пациентов**

Начат: _____

Окончен: _____

№ п/п	Отделение	Дата	№ И/Б	Ф.И.О. пациента	Возраст	Обстоятельства падения	Последствия	Ф.И.О. передавшего

ЗАДАЧИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ-АНЕСТЕЗИСТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ МАССИВНОЙ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ КРОВОПОТЕРИ В АКУШЕРСТВЕ

А.В. ШЕЛЕМА, старшая медицинская сестра отделения анестезиологии-реанимации Перинатального центра БУЗОО «Областная клиническая больница», г. Омск

Массивная кровопотеря и геморрагический шок являются одними из основных причин материнской смертности в акушерстве после экстрагенитальной патологии и занимают до 25% в ее структуре. По данным ВОЗ, распространенность послеродовых кровотечений (более 500 мл) в мире составляет примерно 6% от всех беременностей, а тяжелых послеродовых кровотечений (более 1000 мл) – 1,96%, сюда же можно отнести массивные кровопотери при операциях кесарева сечения, процент которых варьирует от 0,8 до 2.

Примерно 70% всех кровотечений в акушерстве относятся к послеродовым гипотоническим кровотечениям. 29%, при которых применяется активная хирургическая тактика, обусловлены патологией плаценты (отслойка, вращение и центральное предлежание) и только 1% приходится на коагулопатию при различных формах тромбофилий. При этом среди кровотечений, определяющих материнскую и перинатальную заболеваемость и смертность, преобладают преждевременная отслойка плаценты, предлежание плаценты и нарушения в системе гемостаза.

Под массивной акушерской кровопотерей понимается кровопотеря, превышающая 1,5% от массы тела или более 25% объема циркулирующей крови.

Отличительными особенностями массивных акушерских кровопотерь являются:

- внезапность и высокий процент непрогнозируемых кровопотерь;
- значительная скорость развития кровопотери и критической гиповолемии, а также быстрое присоединение тяжелой коагулопатии.

Перинатальный центр Омской областной клинической больницы представляет собой акушерский стационар в составе многопрофильного лечебного учреждения. В среднем за год у нас проходит около трех с половиной тысяч родов и тысяча восьмьсот операций кесарева сечения.

Основной задачей центра является оказание специализированной помощи пациенткам группы высокого риска, особенно с тяжелой экстрагенитальной патологией. В связи с этим из года в год остается высоким процент операций кесарева сечения до 50–60%, соответственно, встречаются случаи массивных интраоперационных кровопотерь. Их количество имеет тенденцию к увеличению, процент их составляет от 1,2 до 1,9

от общего количества операций кесарева сечения. Это связано с концентрацией в перинатальном центре пациенток, угрожаемых по развитию массивной кровопотери.

Массивные интраоперационные акушерские кровотечения обусловлены рядом причин и наиболее часто их комбинацией.

Анализ всех случаев массивной кровопотери в перинатальном центре показывает, что 40% приходится на случаи непрогнозированной кровопотери и наиболее частыми их причинами являются вращение плаценты, отслойка плаценты, атоническое маточное кровотечение, сочетающиеся с нарушениями гемостаза.

Кроме того, анализ всех случаев массивной кровопотери, объемом свыше 2000 миллилитров, показывает, что все они могут быть отнесены к группе «near miss», т.е. к случаям несостоявшейся материнской смертности.

Проблема стратегии и тактики восполнения острой кровопотери в акушерской практике особенно актуальна. По тому, как она решается, можно судить о квалификации медицинского персонала, об организации неотложной помощи в том или ином учреждении родовспоможения.

В нашем перинатальном центре используется комплексный подход в лечении массивной кровопотери, благодаря чему удалось избежать случаев материнской смертности, связанной с кровопотерей. Основу данного подхода составляют согласованные действия всей хирургической бригады: в первую очередь это активная хирургическая тактика, направленная на профилактику кровопотери – перевязка маточных сосудов, наложение гемостатических швов на матку, двухбаллонная управляемая тампонада полости матки.

Задачей анестезиологической бригады является проведение эффективной интенсивной терапии, направленной на борьбу с острой гиповолемией, развившейся вследствие массивной кровопотери, и с нарушениями гемостаза в соответствии с данными клинико-лабораторного мониторинга. Это может быть достигнуто благодаря четкому соблюдению принципа работы в команде, т.к. согласованные действия всех членов команды составляют основу эффективного лечения массивной кровопотери.

В случае развития массивной интраоперационной кровопотери участие в оказании помощи принимают несколько врачей-анестезиологов-реаниматологов и, как правило, 2–3 медицинские сестры-анестезисты.

Задачи, стоящие перед медицинской сестрой-анестезистом, многогранны и включают в себя:

- знание особенностей проведения интенсивной терапии массивных акушерских кровопотерь, этапов осуществления хирургического гемостаза;
- умение работать в команде;
- готовность к обеспечению дополнительного венозного доступа;
- знание принципа редукции анестезии и участие в его реализации;

- участие в проведении инфузионно-трансфузионной терапии;
- проведение интенсивной терапии с учетом знания фармакодинамики и фармакокинетики лекарственных препаратов;
- проведение квалифицированного клинико-лабораторного мониторинга.

Все медицинские сестры отделения анестезиологии-реанимации перинатального центра имеют квалификационную категорию, из них 60% – высшую со стажем работы в акушерской анестезиологии не менее 5 лет.

Сестринский персонал постоянно повышает уровень своих практических и теоретических знаний, принимая участие в общебольничных, региональных, всероссийских конференциях, семинарах, мастер-классах, благодаря чему они хорошо ориентируются в критических ситуациях, связанных с массивной кровопотерей и являются надежными помощниками врача в проведении интенсивной терапии.

Медицинские сестры отделения знают, что малейшее промедление с началом адекватной интенсивной терапии массивной кровопотери приводит к развитию острой гиповолемии, а также синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС), многократно усугубляющего отрицательные последствия кровопотери.

Проведение адекватной инфузионной терапии массивной кровопотери возможно только при обеспечении надежного венозного доступа. Зачастую это катетеризация трех-четырех периферических вен, что выполняет медицинская сестра-анестезист, а также ассистирование врачу-анестезиологу-реаниматологу при катетеризации одной-двух центральных вен. Для достижения необходимого эффекта используются периферические катетеры крупного диаметра и центральные двухпросветные венозные катетеры высокого потока. Необходимо отметить, что не всегда удается с первой попытки закатетеризировать периферическую вену в силу ряда причин, но все трудности были преодолены благодаря согласованности действий анестезиологической бригады, квалификации и опыту сестринского персонала.

Кроме того, непрогнозируемая массивная кровопотеря зачастую диктует необходимость изменения тактики проведения анестезии. Чаще всего, это переход от регионарной анестезии к общей в условиях искусственной вентиляции легких. В этих случаях медицинская сестра-анестезист принимает непосредственное участие в переводе пациентки на ИВЛ с готовностью к развитию ситуации трудных дыхательных путей, т.к. в акушерстве она встречается значительно чаще. В задачу медицинской сестры входит обеспечение наличия в операционной набора девайсов на случай развития ситуации трудных дыхательных путей, а также умение своевременно реагировать при развитии критической ситуации, ассистируя врачу-анестезиологу-реаниматологу.

Знание особенностей интенсивной терапии акушерских кровотечений позволяет медицинской сестре-анестезисту грамотно расставлять приоритеты по от-

ношению к различным методам лечения, отдавая предпочтение наиболее эффективным, одним из которых является аппаратная реинфузия крови.

Аппаратная реинфузия – один из методов интенсивной терапии массивной кровопотери, показавший свою высокую эффективность и безопасность. Ее применение особенно актуально в акушерстве. Внезапность и скорость развития акушерских кровотечений требуют постоянной готовности к проведению адекватной инфузионно-трансфузионной терапии, включая возможность эффективного применения аппаратной реинфузии крови. В этих случаях медицинская сестра принимает участие в тестировании аппарата, подготовке его к работе и проведении реинфузии.

Ежегодно у нас проводится более 50 аппаратных реинфузий. При оказании помощи пациенткам с массивной кровопотерей аппаратная реинфузия применялась в 100% случаев. Анализ работы за несколько лет показал, что объем реинфузируемой крови зависит от клинической ситуации и в случаях с массивной кровопотерей составляет не менее 1000 мл.

Тем не менее острая массивная непрогнозируемая кровопотеря требует проведения трансфузионной терапии компонентами крови (эритроцитарная взвесь, свежезамороженная плазма, тромбоконцентрат), особенно если кровопотеря превышает 40–50% ОЦК. Во время плазмо- и гемотрансфузии медицинская сестра-анестезист работает с аппаратом для размораживания плазмы, оказывает помощь врачу-трансфузиологу в проведении контрольных проб на совместимость, осуществляет мониторинг гемодинамики и оксигенации и при необходимости производит взятие крови для лабораторных исследований. С внедрением аппаратной реинфузии крови потребность в переливании крови значительно уменьшилась. Сравнительный анализ за три года применения аппаратной реинфузии с аналогичным периодом до ее внедрения показал, что количество плазмо- и гемотрансфузии уменьшилось на 50%, а также уменьшилось количество осложнений при проведении плазмо- и гемотрансфузии. За три года не зарегистрировано ни одного случая синдрома массивной гемотрансфузии и респираторного дистресс-синдрома.

Одним из компонентов комплексного подхода в лечении массивной кровопотери является применение современных лекарственных препаратов разнонаправленного действия. Сюда можно отнести Транексам, Протромплекс, НовоСевен, Коагил, концентрат фибриногена. Все эти лекарственные препараты действуют на различные звенья гемостаза, что в сочетании с применением аппаратной реинфузии крови повышает эффективность интенсивной терапии, позволяет в короткие сроки добиться нормализации коагуляционного каскада с достижением адекватного хирургического гемостаза и стабилизации состояния.

Препараты требуют особых условий хранения, и медицинская сестра-анестезист принимает в этом непосредственное участие, а в случае возник-

новения необходимости их использования вводит данные лекарственные средства, соблюдая технологию приготовления раствора и его введения.

Немаловажное значение в обеспечении эффективной интенсивной терапии массивной кровопотери имеет проведение современного клинико-лабораторного мониторинга. Аппаратный мониторинг подразумевает контроль показаний гемодинамики и оксигенации. Современные мониторы позволяют контролировать сатурацию кислорода, частоту сердечных сокращений, общее периферическое сопротивление сосудов, температуру тела, осуществлять капнографию и кардиомониторинг. Все медицинские сестры проводят интерпретацию данных стандартного мониторинга и строго его выполняют.

Эффективная интенсивная терапия массивных кровотечений подразумевает проведение качественного лабораторного мониторинга. Основными тестами, отражающими эффективность лечения, являются МНО, АЧТВ, уровень фибриногена, тромбоцитов, гемоглобина. Кроме того, в последние годы золотым стандартом при лечении массивных акушерских кровотечений является проведение тромбоэластографии, которая позволяет в режиме реального времени определять ведущий механизм нарушения коагуляции и корректировать качественный состав инфузионно-трансфузионной терапии.

Задачами медицинской сестры-анестезиста в данном случае являются заборы венозной крови, кратность которых зависит от клинико-лабораторных данных, и умение интерпретировать основные лабораторные тесты.

Приведу два клинических случая, которые демонстрируют эффективность комплексного подхода в лечении массивных акушерских кровотечений, в реализации которого непосредственное участие принимает медицинская сестра-анестезист.

Первый случай непрогнозированной массивной кровопотери. Истинное вращение ворсин хориона диагностировано во время операции, что обусловило развитие массивной кровопотери более 50% ОЦК в течение 30 минут. Несмотря на проведение аппаратной реинфузии крови, потребовались плазмо- и гемотрансфузия, переход на общую анестезию в условиях ИВЛ, кратковременная инотропная поддержка.

О катастрофичности развития клинической ситуации и эффективности проводимой интенсивной терапии свидетельствуют лабораторные показатели. Эпизод острой массивной одномоментной кровопотери привел к развитию ДВС-синдрома с гипокоагуляцией. Своевременно проведенная адекватная инфузионно-трансфузионная терапия преопределила благоприятный исход клинической ситуации.

Следующий случай прогнозируемой массивной кровопотери. Аппаратная реинфузия крови начата с момента начала операции, что позволило избежать плазмо- и гемотрансфузии, ограничившись введением препарата про-

тромбинового комплекса, и закончить операцию в условиях регионарной анестезии.

В обоих случаях выполнялась тромбоэластография, что позволило проводить интенсивную терапию в соответствии со стадией ДВС-синдрома.

Таким образом, оказание неотложной помощи при массивных кровопотерях в акушерстве является одной из приоритетных задач по снижению материнской заболеваемости и смертности. Задачи, стоящие перед медицинской сестрой-анестезистом, требуют от нее высокого профессионализма, умения работать в команде, знания особенностей лечения массивных акушерских кровопотерь, т.к. своевременная остановка кровотечения в сочетании с адекватной интенсивной терапией помогает предотвратить развитие критического состояния и материнской смертности от кровопотери.

ОПЫТ РАЗРАБОТКИ ПРАВИЛ ИНФЕКЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ДЛЯ БУФЕТНЫХ-РАЗДАТОЧНЫХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО ЛПО

***Е.В. ХОХЛОВА**, начальник отдела профилактики инфекционных заболеваний, Муниципальное автономное учреждение «Городская клиническая больница № 14», г. Екатеринбург,*

***В.Н. ПОПОВА**, госпитальный эпидемиолог МАУ «ГКБ № 14»*

Муниципальное автономное учреждение «ГКБ № 14» – многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение Орджоникидзевского района г. Екатеринбурга, имеющее в своем составе родильный дом, гинекологический, хирургический и терапевтический корпуса, а также поликлинику и женскую консультацию. В больнице активно ведутся разработка и внедрение правил инфекционной безопасности и алгоритмов выполнения медицинских манипуляций.

Так, за 2017–2018 гг. эпидемиологами были разработаны следующие правила и алгоритмы:

- Алгоритм проведения генеральной уборки с использованием аэрозольного генератора,
- Алгоритм проведения генеральной уборки ручным способом,
- Правила инфекционной безопасности при проведении неонатального скрининга в роддоме МАУ «ГКБ № 14»,
- Особенности подготовки ИМН к стерилизации,
- Правила обработки посуды в отделениях родильного дома,
- Правила инфекционной безопасности при работе с упаковочным материалом, предназначенным для стерилизации,
- Правила транспортировки пациентов в операционную и из операционной на каталке,
- Алгоритм укладки материала в стерилизационные коробки (биксы) для стерилизации,
- Правила инфекционной безопасности при посещении родственниками пациентов в отделениях МАУ «ГКБ № 14»,
- Правила инфекционной безопасности при сборе, хранении и утилизации пищевых отходов в отделениях больницы,
- Правила инфекционной безопасности при смене белья пациентам,
- Правила инфекционной безопасности при заборе крови на исследование из пятаки новорожденного в роддоме МАУ «ГКБ № 14»,
- Правила инфекционной безопасности в приемном отделении родильного дома МАУ ГКБ № 14 (прием женщин на роды),

- Алгоритм генеральной уборки в палате «Мать и дитя» безведерным методом,
- Алгоритм текущей уборки в палате «Мать и дитя» безведерным методом,
- Правила гигиенической обработки рук,
- Правила хирургической обработки рук,
- Правила обеспечения эпидемиологической безопасности при проведении УЗИ-исследований.

С некоторыми из вышеперечисленных разработок читатели журнала «Старшая медицинская сестра» могли ознакомиться в № 2'2019.

В этой публикации (см. материалы Приложения ниже) мы хотели бы представить разработанные нами правила инфекционной безопасности для буфетных-раздаточных. Надеемся, что наш опыт пригодится коллегам при разработке аналогичного документа в своих ЛПО.

Приложение

Правила инфекционной безопасности для буфетных-раздаточных МАУ «ГКБ № 14»

1. Буфетчицы (и резерв буфетчиц) должны иметь личные медицинские книжки и прививочные сертификаты.

Необходимые обследования и профилактические прививки.

Специалисты:

- терапевт – при поступлении на работу, далее 1 раз в год,
- дерматовенеролог – перед поступлением на работу, далее 1 раз в год,
- отоларинголог – при поступлении на работу, далее 1 раз в год,
- стоматолог – при поступлении на работу, далее 1 раз в год.

Исследования:

- туберкулез – 1 раз в год,
- сифилис – 1 раз в год,
- мазок на гонорею и ИППП – 1 раз в год,
- контактные гельминтозы и протозоозы – при поступлении на работу, далее 1 раз в год,
- носительство возбудителей кишечных инфекций – при поступлении на работу, далее 1 раз в год,
- серологическое обследование на брюшной тиф – при поступлении на работу, в дальнейшем по эпидпоказаниям,
- носительство стафилококка золотистого – при поступлении на работу, в дальнейшем по медицинским и эпидпоказаниям.

(Основание: Приказ МЗ Свердловской области № 360-п от 11.04.2012)

Прививки:

- клещевой энцефалит (по схеме);
- гепатит А (по результатам скрининга на антитела к гепатиту А) две прививки с интервалом 0,5–1 год;

- грипп (ежегодно);
 - корь (не менее 2 прививок);
 - краснуха – в возрасте до 25 лет;
 - шигелла Зонне (ежегодно);
 - АКДС (АДС) – каждые 10 лет;
 - гепатит В – с ревакцинацией через 5 лет после законченной вакцинации.
- Профессиональная гигиеническая подготовка и аттестация – 1 раз в год.

Контроль за соблюдением санитарно-эпидемиологического режима в буфетных-раздаточных осуществляет старшая медицинская сестра (ежедневно), эпидемиологи (по графику), диетсестры пищеблока (по графику). Ответственность за санитарно-эпидемиологическое благополучие в отделении несет заведующий отделением.

2. Санитарно-техническое состояние помещения должно быть удовлетворительным.

В буфетных должны быть исправны водопроводная, канализационная, вентиляционная системы. Обо всех авариях в буфетной необходимо информировать в течение часа административно-хозяйственную службу и эпидемиологов. После устранения аварий в канализационной системе необходимо в обязательном порядке проводить заключительную дезинфекцию (по согласованию с эпидемиологами).

Должен быть установлен электроводонагреватель (на случай отключения горячей воды).

Выполнены воздушные разрывы между ваннами и канализационными трубами.

Имеется гибкий душ с душевой насадкой в моечной ванне для ополаскивания.

В помещении буфетной предусматривается раковина для мытья рук.

Буфетчицы обязаны соблюдать правила личной гигиены.

Гигиеническая обработка рук должна проводиться:

- в начале рабочей смены,
- перед получением пищи, на пищеблоке,
- перед раздачей пищи,
- после проведения текущей уборки,
- после посещения туалета вымыть руки жидким мылом, затем обработать кожным антисептиком. Перед посещением туалета обязательно снимать халат.

Ежедневно перед началом работы старшей медсестрой отделения проводится осмотр буфетчиц с записью результатов осмотра в журнале «Здоровье». Буфетчица не допускается до работы с признаками ОКИ, ОРВИ, пищевым отравлением, гнойничковыми заболеваниями и др.

Журнал «Здоровье» (ф. № 2-лп) для сотрудников пищеблока, буфетно-раздаточных отделений в _____

(наименование учреждения, отделения)

Дата	Ф.И.О.	Должность	Отметка об отсутствии кишечных заболеваний	Отметка об отсутствии гнойничковых заболеваний, ангины	Контроль бол./миста (диагноз)	Роспись ст.м/с допуск к работе	Роспись сотрудника

У буфетчиц должно быть несколько халатов:

- для раздачи пищи с маркировкой «Для раздачи пищи» (смена 1 раз в день и по мере загрязнения);
- для получения пищи с пищеблока с маркировкой «Для получения пищи»;
- для мытья посуды с маркировкой «Для мытья посуды»;
- для уборки в буфетной с маркировкой «Для уборки» (меняется 2 раза в неделю).

Все халаты хранятся отдельно друг от друга, не соприкасаясь между собой.

3. Получение пищи с пищеблока.

Пища с пищеблока в отделения выдается строго по графику.

Буфетчицы при входе в комнату ожидания должны снять верхнюю одежду, вымыть руки с мылом. Получать пищу буфетчицы должны в спецодежде («халат для получения пищи», косынка или медицинская шапочка).

Пищу получать в емкость (термоконтeйнер) с плотно закрывающейся крышкой.

Все емкости для I, II, III блюд, различных лечебных столов должны быть промаркированы.

Хлеб получается в двойном мешке: наружный – клеенчатый, внутренний – хлопчатобумажный.

В буфетной клеенчатый мешок двукратно протирают спецветошью, смоченной дезраствором, и просушивают, хлопчатобумажный – сдают в стирку не реже 1 раза в неделю.

Хлеб хранится в шкафу с отверстиями для вентиляции без полиэтиленовой упаковки. При уборке шкафов крошки с полок сметаются с помощью специальной щетки и 1 раз в неделю полки протираются 1%-м раствором уксусной кислоты.

Раздача пищи должна производиться в халатах с маркировкой «Для раздачи пищи».

Ни больные, ни младший медицинский персонал, ни прочий персонал не допускаются к раздаче пищи.

Пища раздается в течение 2 часов с момента приготовления ее на пищеблоке, в буфетной не подогревается.

Посуды должно быть в достаточном количестве (дополнительно 5% к максимальной наполняемости отделения). Посуду с трещинами, сколами, отбитыми краями, деформированную, с поврежденной эмалью использовать нельзя.

Весь инвентарь должен быть промаркирован (например: доска и нож – «хлеб», доска и нож – «масло», доска и нож – «сыр» и т.д.).

4. В связи с тем, что пациенты, находящиеся в реанимационно-анестезиологическом отделении (РАО), всегда числятся за определенным отделением, медсестра РАО, руководствуясь назначением врача, с утра подает заявку в отделение, указывая номер лечебного стола и количество человек для получения лечебного питания.

Пищу для реанимационного больного привозит буфетчица отделения (или ее резерв). Пища с пищеблока получается в специальном термосе или плотно закрываемом контейнере (все емкости должны иметь обозначение «Для пищевых продуктов»).

Перед транспортировкой тележка двукратно обрабатывается дезинфицирующим средством, сверху выстилается чистая пленка, выставляется посуда, контейнер с пищей, сверху также накрывается пленкой. Доставляется в РАО на грузовом лифте (в определенные для буфетчиц часы).

Медсестра РАО принимает пищу от буфетчицы отделения, осуществляет кормление больных. После окончания приема пищи грязная посуда относится в буфетную соответствующего отделения, где обрабатывается буфетчицей согласно «Правилам мытья посуды».

5. При отсутствии в отделении столовых раздача пищи осуществляется буфетчицей по палатам. Для этого формируется тележка для раздачи пищи. Перед этим тележка двукратно обрабатывается дезинфицирующим средством, выставляется посуда, контейнер с пищей, нарезанный хлеб (выдается вилкой или в перчатках). Использованная посуда собирается около буфетной на специальном столе или тележке.

NB! Категорически запрещается оставлять в буфетных остатки пищи после ее раздачи больным, а также смешивать пищевые остатки со свежими блюдами.

Пищевые отходы от неинфекционных больных собираются в ведра с крышкой с маркировкой «Пищевые отходы». Собираются пищевые отходы после каждого приема пищи. В промежутках между приемами пищи ведра (в закрытом виде) должны находиться в прохладном месте.

СанПиН № 2.1.7.2792-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами» допускает использование пищевых отходов из неинфекционных стационаров для сельскохозяйственных целей (п. 4.7).

Индивидуальный предприниматель (по договору) ежедневно собирает пищевые отходы. По корпусу отходы переносятся в ведрах с крышкой, используется хозяйственный лифт.

В конце рабочего дня ведро для сбора пищевых отходов должны подвергаться дезинфекционной обработке. В моечной ванне для мытья кухонной посуды имеющимися моюще-дезинфицирующими средствами (по противобактериальному режиму) проводится мытье ведер, после чего моечная ванна подвергается дезинфекции.

Если пищевые отходы не забираются посторонними лицами, то пищевые отходы необходимо засыпать или заливать дезинфицирующим раствором и в конце дня выносить на контейнерную площадку в двойном мешке.

Пищевые отходы от выявленных инфекционных больных (например, с острой кишечной инфекцией, туберкулезом и др.) полностью заливаются дезинфицирующим раствором в палате больного и по окончании экспозиционной выдержки пищевые отходы сливаются в канализацию, посуда доставляется для дальнейшей обработки в буфетную-раздаточную.

6. В моечных помещениях должны быть инструкции по правилам мытья столовой и кухонной посуды с указанием концентрации и объемов применяемых моющих и дезинфицирующих средств.

На моечных ваннах должен быть обозначен литраж.

Обработка столовой посуды:

– посуду освобождают от остатков пищи (в ведро «Пищевые отходы» с крышкой),

– погружают в применяемый моюще-дезинфицирующий раствор по противобактериальному режиму (при отсутствии карантина), выдерживают экспозицию (норма расхода рабочего раствора дезсредства – 2 л на 1 комплект посуды). Мойка посуды должна проводиться чистой ветошью (губки нельзя использовать), при температуре 40–50°C, должен быть водный термометр для измерения температуры воды.

– ополаскивание должно проводиться горячей водой t° не ниже 65°C в течение 3 минут с помощью душа с гибким шлангом в сетчатых поддонах;

– высушивают на специальных решетчатых полках;

– мытье транспортной посуды осуществляется в отдельной моечной ванне соответствующих размеров.

Рабочий раствор моюще-дезинфицирующего средства применяется однократно.

Ветошь для мытья посуды, обработки столов после каждого использования замачивается в отдельных емкостях с маркировкой «Дезинфекция ветоши», в дезинфицирующем растворе (согласно технологическим картам применения и приготовления дезинфицирующих растворов).

NB! В случае выявления в отделении инфекционного больного необходимо организовать дезинфекцию посуды в палате в специальных промарки-

рованных емкостях по режиму соответствующей инфекции и только после экспозиционной выдержки посуду можно будет мыть в буфетной-раздаточной.

Посуду следует мыть в спецхалате, фартуке, перчатках.

Большим должны выдаваться стаканы (кружки). Запрещается мыть стаканы в туалетах, умывальных раковинах, предназначенных для мытья рук и др.

Чистую столовую посуду, разделочные доски хранят в закрытых шкафах или на решетках.

Чистые столовые приборы хранят в зале в специальных ящиках-кассетах, ручками вверх. Хранение их на подносах рассыпью не разрешается. Кассеты для столовых приборов ежедневно подвергают санитарной обработке.

7. После каждой раздачи пищи и обработки посуды производят влажную уборку помещений буфетных. Уборочный инвентарь должен иметь маркировку «Для буфетной», храниться в отдельном шкафу; ветошь после мытья полов замачивается в дезинфицирующем растворе в том же ведре, после окончания экспозиции, прополаскивается, просушивается на ведре. По окончании уборки включается бактерицидная лампа на 30 минут.

Генеральная уборка проводится 1 раз в неделю. Надеть халат с маркировкой «Для уборки», резиновые перчатки. Удалить из буфетной все лишние предметы (мусор). Оборудование должно быть отключено от сети.

Алгоритм проведения генеральной уборки

Тщательно вымойте стекла со специальным моющим средством для стекол; зимой – только внутреннюю поверхность.

Вымойте моюще-дезинфицирующим раствором в концентрации и при экспозиции, указанной в инструкции по применению средства, рамы, подоконники, столы, оборудование, панели, кафельную плитку, двери, косяки.

Промойте моюще-дезинфицирующим раствором с помощью ершика радиаторы, плинтусы, пространства за табуретами, столами, шкафами.

Промойте этим же раствором мойки.

Вычистите и промойте моюще-дезинфицирующим раствором, а затем горячей водой раковину.

Промойте моюще-дезинфицирующим раствором пол.

Во время уборки не забывайте менять ветошь и дезинфицирующие растворы по мере загрязнения.

По окончании экспозиции протрите оборудование, столы, стены, полы чистой ветошью, смоченной водой.

По окончании уборки включите бактерицидную лампу на 60 минут.

Сделайте запись в журнале генеральных уборок с указанием даты проведения, концентрации и названия дезинфицирующего раствора, с подписью ответственного лица, проводившего генеральную уборку.

Применяются дезинфицирующие средства, разрешенные к применению на

территории Российской Федерации в установленном порядке. В инструкциях к этим дезинфицирующим средствам должен содержаться регламент технологии современной дезинфекции и мытья посуды. В буфетных должен быть месячный запас дезинфицирующих и моющих средств, которые должны храниться в отдельном шкафу (тумбочке).

Организация питьевого режима

8. Ответственным лицом за организацию питьевого режима в отделении является буфетчица. Для обеспечения питьевой водой пациентов в отделении должно быть выделено место, оснащенное столиком с оцинкованным бачком с плотно прилегающей крышкой с замком и накрытым чистым чехлом или чайником.

Смена питьевой воды проводится 2 раза в день, в одно и то же время: утром, до завтрака и вечером, сразу после ужина (в летнее время не менее 3 раз).

После смены воды делается отметка: дата, часы смены воды, роспись ответственного лица (это может быть график на стене или клеенчатый флаер, который прикрепляется к ручке питьевого бачка).

Нельзя доливать воду в бачки (чайники).

Обработка бачков (чайников) для питьевой воды

- Вылить остатки питьевой воды;
- в I ванне* тщательно промыть щетками в моюще-дезинфицирующем растворе, t_{воды} при этом должна быть не менее 40°C;
- во II ванне ополоснуть горячей водой при t° не менее 65°C шлангом с душевой насадкой;
- опрокинуть бачок (чайник) на чистый, предварительно обработанный стол (для просушивания).

Самая эпидемиологически безопасная организация питьевого режима – чайники, вода в них должна кипятиться на электрической плите (5 минут с момента закипания).

При использовании бачка: после просушивания залить из титана воду, закрыть бачок на замок, надеть сверху чистый чехол (чехол стирается 1 раз в неделю).

9. В отделениях должно быть достаточно холодильников, 1 раз в месяц холодильники размораживаются и моются, с отметкой в журнале. В холодильнике необходим бытовой термометр (t° =+4–6°C), температура должна фиксироваться в журнале или температурном листе. Продуктовые передачи должны храниться в чистых, сухих, промаркированных пакетах с указанием: даты, № палаты, Ф.И.О. пациента. Старшая медицинская сестра совместно с буфетчицей осуществляет контроль за продуктами переда-

* Если объем моечной ванны не позволяет полностью погрузить в нее бачок для воды, то рекомендуется использовать чайники.

чами. На холодильнике висит список запрещенных продуктов.

10. В буфетной-раздаточной должна быть следующая документация:

- график и журнал генеральных уборок;
- график и журнал кварцевания;
- журнал «Здоровье» для сотрудников;
- технологические карты приготовления и применения дезинфицирующих средств;
- правила мытья посуды;
- меню вывешивается ежедневно.

Обо всех случаях пищевых отравлений, ОКИ у пациентов, сотрудников заведующий отделением должен немедленно информировать заместителя руководителя МО по службе, начальника отдела профилактики инфекционных заболеваний.

Посторонние лица в буфетные не допускаются.

Один раз в месяц в буфетных должны проводиться дезинсекция, дератизация (по договору).

Вновь принятые на работу буфетчицы не должны допускаться до работы без учебы и зачета (зачет должна принять старшая сестра отделения).

ТРИ ВОПРОСА О ДЕЗИНФЕКЦИИ



Есть ли у аэрозольной дезинфекции серьезные и доказанные преимущества и на что обратить особое внимание при использовании этого метода?

*Алла Перфилова,
старшая медицинская сестра*

Отвечает Е.В. Дубель, врач-эпидемиолог.

В основу аэрозольной дезинфекции положен принцип преобразования жидкого дезинфицирующего средства в мелкодисперсный аэрозоль с помощью специального оборудования.

Дисперсность аэрозоля напрямую влияет на его проникающую способность, а значит, и на качество дезинфекции. Наилучшими свойствами в данном отношении обладает так называемый «сухой туман», т.е. аэрозоль с размером частиц от 3,5 до 10 микрон, который способен заполнять весь объем обрабатываемого помещения и проникать в самые труднодоступные участки, одновременно обеззараживая как воздух, так и различные поверхности.

Антимикробное действие мелкодисперсного аэрозоля дезинфицирующего средства достигается за счет испарения частиц препарата, их конденсации на микробном субстрате. В то же время неиспарившиеся молекулы дезинфектанта выпадают на поверхности обеззараживаемых объектов и образуют бактерицидную пленку.

Основными преимуществами аэрозольной дезинфекции являются:

– высокая эффективность при обработке помещений больших объемов, включая труднодоступные места, благодаря равномерному распределению дезинфектанта;

– экономичность – требуется небольшой объем жидкого вещества;

– при соблюдении инструкции аэрозоль не оказывает повреждающего воздействия на объекты больничной среды (медоборудование, мебель, покрытия стен, пола, потолков и т.д.);

– безопасность для медицинского персонала и пациентов: за счет применения специального оборудования процесс обработки является автоматизированным и исключает так называемый человеческий фактор;

– совместимость с другими технологиями, применяемыми для профилактики ИСМП (ультрафиолетовое излучение, бактерицидные фильтры, ламинные потоки).

В медицинских организациях для аэрозольного метода дезинфекции допускается использовать готовые к применению средства или концентраты, ра-

бочие растворы которых относятся к IV классу малоопасных или III классу умеренно опасных химических соединений при введении в желудок и при нанесении на кожу.

Как правило, в аэрозольном состоянии эти же средства относятся ко II классу высокоопасных или I классу чрезвычайно опасных химических соединений. В связи с этим аэрозольная дезинфекция должна осуществляться строго в отсутствие людей (как пациентов, так и медицинского персонала) при соблюдении необходимых мер безопасности и применении средств индивидуальной защиты лицами, участвующими в проведении обработки.

Для обеззараживания воздуха и поверхностей аэрозольным методом в медицинских организациях предпочтение следует отдавать дезинфицирующим средствам с широким спектром антимикробного действия, в том числе с бактерицидной, вирулицидной, фунгицидной, спороцидной активностью. Чаще всего в данных целях используются средства на основе перекиси водорода.

При проведении аэрозольной дезинфекции необходимо придерживаться стандартных мер предосторожности. Перед началом эксплуатации нового оборудования в медицинских организациях врач-эпидемиолог и инженер по медицинской технике согласовывают режимы применения аппарата, оценивают состояние вентиляции, энергоснабжения помещений, подлежащих дезинфекции.

Обработка проводится в отсутствие людей. Наиболее приемлемым считается режим процесса дезинфекции с возможностью его удаленного контроля и экстренной остановки в случае необходимости. Во время генерации аэрозоля оборудованием на двери обеззараживаемого помещения размещают предупреждающую табличку «Не входить! Идет дезинфекция!» либо включают предупреждающие световые табло.

Перед проведением дезинфекции аэрозольным методом помещение максимально герметизируют, отключают электроприборы, закрывают окна и двери. Необходимость отключения систем вентиляции и кондиционирования воздуха уточняется в инструкции по применению дезинфицирующего средства.

Сотрудник, выполняющий дезинфекционную обработку, должен находиться за пределами обрабатываемого объекта и при необходимости экстренного входа в помещение надевает средства индивидуальной защиты глаз, кожи, органов дыхания.

После активного распыления аэрозоля и выдержки экспозиции, время которой определяется в соответствии с инструкцией по применению конкретного дезсредства, проводят проветривание с целью снижения остаточного содержания распыленного средства в воздухе до безопасного уровня.

Аэрозольный метод может использоваться в рамках следующих мероприятий:

- плановая профилактическая дезинфекция с целью уменьшения микробной обсемененности объектов внешней среды и предупреждения возможности размножения микроорганизмов. Чаще всего в плановом порядке аэрозольную дезинфекцию совмещают с проведением генеральных уборок;
- профилактическая дезинфекция по эпидемиологическим показаниям для предотвращения распространения возбудителей инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи. Выполняется при выявлении источников инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, а также при неудовлетворительных результатах санитарно-бактериологического производственного контроля;
- заключительная очаговая дезинфекция с целью удаления заразного начала с объектов внешней среды после выписки, перевода, выздоровления или смерти пациента, являющегося источником инфекции.

Согласно СанПиНу 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» обработку поверхностей при заключительной очаговой дезинфекции следует осуществлять способом орошения с помощью гидропульта или других распыливающих устройств. Применение аэрозольного метода позволит сделать обработку максимально эффективной с меньшими трудозатратами медицинского персонала.

Аэрозольная дезинфекция может применяться для обработки систем вентиляции и кондиционирования воздуха, а также перед сносом и перепрофилированием медицинских организаций.

Во время генеральных уборок в операционных блоках, перевязочных, процедурных, манипуляционных, палатах отделений хирургического профиля предпочтение следует отдавать режимам обработки, эффективным в отношении бактерий, вирусов, грибов рода Кандида. В соматических отделениях, кабинетах амбулаторного приема, физиотерапии, лечебной физкультуры, функциональной диагностики и т.д. дезинфекцию осуществляют по бактериальному режиму.

Для проведения заключительной дезинфекции выбираются средства и режимы обеззараживания, обеспечивающие гибель соответствующего возбудителя при использовании аэрозольного метода.

В качестве дезинфектантов, распыляемых с помощью аэрозольных установок, могут применяться только зарегистрированные в установленном порядке на территории Российской Федерации средства, имеющие свидетельство о государственной регистрации, декларацию о соответствии, инструкцию по применению на русском языке и тарную этикетку. Все средства в обязательном порядке должны проходить предрегистрационные испытания, подтверждающие, что они являются эффективными в режимах аэрозольной дезинфекции воздуха и поверхностей.

Любой прибор должен иметь сертификат соответствия, декларацию о со-

ответствии и руководство по эксплуатации на русском языке. Технические характеристики оборудования и скорость распыления дезинфектанта напрямую влияют на эффективность и безопасность обработки.

Более подробно с требованиями, предъявляемыми к оборудованию, применяемому для аэрозольной дезинфекции в медицинских организациях, можно ознакомиться в МР 3.5.1.0103-15 «Методические рекомендации по применению метода аэрозольной дезинфекции в медицинских организациях».



Каковы особенности проведения дезинфекции в лаборатории?

*А.В. Смирнова,
медицинская сестра*

Отвечает Е.В. Дубель, врач-эпидемиолог.

При организации дезинфекционных мероприятий в лабораториях применяют физические и химические методы дезинфекции. Для обеззараживания лабораторной посуды, защитной одежды персонала, бактериологических посевов, а также жидких отходов можно применять паровые стерилизаторы. В воздушных стерилизаторах допускается обеззараживать лабораторную посуду из стекла, металлов или силикона, не загрязненную органическими веществами.

Параметры паровой и воздушной стерилизации контролируют с помощью максимальных термометров, которые размещаются в контрольных точках. Количество контрольных точек зависит от объема камеры стерилизатора. Параметры паровой стерилизации дополнительно контролируются при помощи мановакуумметров.

Химический контроль термической стерилизации осуществляют при каждом цикле работы с использованием специальных тест-индикаторов, необходимое количество и точки расположения которых зависят от вида аппаратуры и объема стерилизационной камеры.

Контроль стерилизации с помощью бактериологических методов (биотестов) должен осуществляться не реже 2 раз в год, а также после ввода в эксплуатацию и ремонта аппаратуры. Биотесты, содержащие некоторое количество жизнеспособных микроорганизмов, обладающих высокой резистентностью, помещают в контрольные точки стерилизационной камеры. При качественно проведенном процессе стерилизации микроорганизмы погибают. Вид применяемых биотестов зависит от типа стерилизационного оборудования.

Химическими методами проводят обеззараживание различных поверхностей, медицинской мебели, оборудования, жидких отходов, спецодежды и других объектов. При выборе химических дезинфектантов предпочтение следует отдавать средствам с широким спектром антимикробной активности.

Объекты, загрязненные кровью, необходимо дезинфицировать растворами, обладающими активностью в отношении возбудителей парентеральных инфекций.

Рабочие растворы дезсредств готовят в специально отведенных помещениях или в вытяжном шкафу. Контейнеры (емкости) с растворами маркируют, указывая название дезсредства и его назначение, концентрацию раствора, дату приготовления и дату конечной реализации.

Дезсредства, применяемые для проведения текущих и генеральных уборок, должны обладать моющими свойствами. Текущую уборку проводят 2 раза в день. Обрабатывают полы, мебель, оборудование, подоконники, двери. Генеральные уборки проводят не реже 1 раза в месяц, в боксированных помещениях – не реже 1 раза в неделю. Во время генеральных уборок моют и дезинфицируют стены на высоту до 2 м, пол, плинтусы, двери, окна, мебель, аппараты, приборы. Для «чистой» и «грязной» зон используют отдельный уборочный инвентарь, который должен быть промаркирован и использоваться строго по назначению.

После влажной уборки включают бактерицидные облучатели. Их следует эксплуатировать в соответствии с действующими методическими документами и инструкциями по применению конкретного оборудования.

Если в течение дня нужно экстренно обработать небольшие по площади или труднодоступные поверхности, следует использовать готовые к применению формы дезсредств, которые имеют небольшое время экспозиции и выпускаются в виде спреев или дезинфицирующих салфеток. Медицинские изделия и посуду дезинфицируют способом полного погружения в рабочий раствор дезинфицирующего средства. Разъемные изделия обеззараживают в разобранном виде, каналы и полости изделий заполняют дезинфицирующим раствором.

Отдельная и очень важная тема – обращение с отходами лабораторий. Все отходы, образующиеся в «заразной» зоне лаборатории, считаются эпидемиологически опасными, т.е. относятся к классу Б и должны подвергаться обеззараживанию.

Твердые отходы, которые образуются в «заразной» зоне лаборатории, собирают в одноразовые пакеты или контейнеры желтого цвета или имеющие желтую маркировку, подвергают дезинфекции химическими или физическими методами. Жидкие отходы из «заразной» зоны запрещено сливать в канализационную сеть без предварительного обеззараживания. Чаще всего их смешивают с растворами дезсредств в пропорциях, указанных в инструкциях по применению конкретных дезинфектантов.

Лабораторную посуду с культурами микроорганизмов, как правило, обеззараживают в паровых стерилизаторах.

Пробирки со сгустками крови обеззараживают с использованием дезинфицирующих растворов или с применением физических методов дезин-

фекции. Вытряхивать необеззараженные сгустки крови из пробирок запрещено.

При погружении в дезинфицирующий раствор пробирок со сгустками крови необходимо соблюдать осторожность. Пробирку берут анатомическим пинцетом так, чтобы одна его бранша вошла немного внутрь, и погружают ее в наклонном положении до полного заполнения раствором. При правильном погружении воздушные пузыри не образуются, пробирка опускается на дно.



Как сделать максимально эффективными противотуберкулезные меры дезинфекции?

*Татьяна Крылова,
старшая сестра диспансера*

Отвечает госпитальный эпидемиолог М.А. Швецова.

В этом году НИИ дезинфектологии выпустило полезную статью-памятку «Дезинфектологическая профилактика туберкулеза в инфекционных очагах и медицинских организациях». Будет уместным процитировать наиболее важные ее фрагменты.

Дезинфекционные мероприятия при туберкулезе проводятся в форме профилактической и очаговой дезинфекции (текушая и заключительная). Сложность их осуществления обусловлена высокой природной устойчивостью возбудителей туберкулеза к воздействию физических и химических агентов; формированием резистентности к дезинфицирующим средствам; длительным выживанием возбудителя на/в объектах окружающей среды (годами); многообразием путей передачи инфекции (аэрогенный – аэрозольный, воздушно-пылевой, алиментарный, контактный); множеством объектов в окружении больного, требующих обеззараживания; длительным течением заболевания.

При туберкулезе дезинфекции подлежат воздух, мокрота, столовая и лабораторная посуда, выделения больных, остатки пищи, белье нательное, постельное, полотенца, одежда, постельные принадлежности, предметы ухода за больными, медицинские изделия, поверхности (помещения, аппараты, приборы), уборочный материал, руки медицинского персонала, медицинские отходы и пр. Каждый из этих объектов требует индивидуально-го подхода к его обеззараживанию (выбору методов, средств, технологии обработки, режимов). Исследования, проведенные в ФБУН «НИИ дезинфектологии» Роспотребнадзора по оценке туберкулоцидного действия ряда дезинфицирующих средств, показали, что четвертичные аммониевые соединения и производные гуанидина недостаточно эффективны в отношении тест-микрорганизма *Mycobacterium terrae*.

К сожалению, в практике до сих пор встречаются дезинфицирующие сред-

ства, в инструкциях по применению которых содержатся недостоверные сведения по их туберкулоцидному действию. Достаточную туберкулоцидную активность проявляют хлорактивные соединения, препараты на основе перекиси водорода, диоксида хлора, надкислоты, альдегиды, третичные амины.

Особое внимание в профилактике туберкулеза уделяется обеззараживанию воздуха, так как он является основным фактором передачи. Для снижения концентрации инфекционных аэрозолей в воздухе помещений безопасного уровня главным является правильно организованная приточно-вытяжная вентиляция с использованием фильтров высокой эффективности (Н11–Н14) и других устройств. Дополнительными средствами обеззараживания воздуха в помещениях является ультрафиолетовое излучение, применяемое в виде установок открытого и закрытого типов, соответственно применяемых в отсутствие или в присутствии людей.

В присутствии людей применяют также установки рециркуляторного типа, обеспечивающие инактивацию микроорганизмов или инактивацию микроорганизмов с последующей фильтрацией воздуха. В рециркуляторах могут быть реализованы различные технологии и принципы обеззараживания и очистки воздуха: фильтрация с помощью фильтров высокой эффективности (Н11–Н14), ультрафиолетовое бактерицидное излучение, «ионный ветер», индуцированный электромагнитным полем, обработка воздуха слабыми электрическими полями, фотокатализ и др.

Трудным для обеззараживания объектом является мокрота больных. Наиболее надежными для обеззараживания мокроты являются хлорактивные дезинфицирующие средства (ДС) неорганической и органической природы. Средства на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты рекомендованы для дезинфекции мокроты в виде растворов, приготовленных из таблетированных форм, и в форме гранул. Обеззараживание мокроты проводится также традиционным методом автоклавирования, распространенным в бактериологических лабораториях.

Для дезинфекции поверхностей в помещениях, санитарно-технического оборудования, посуды, белья, изделий медицинского назначения наиболее широко применяется химический метод. Высокую туберкулоцидную активность проявляют надкислоты, композиции на основе альдегидов и катионных поверхностно-активных веществ, хлорактивные средства на основе дихлоризоцианурата натрия, трихлоризоциануровой кислоты, хлорпроизводные гидантоина, третичные амины и др.

С целью повышения эффективности дезинфекционных мероприятий в условиях формирования резистентности возбудителей туберкулеза рекомендуется избегать применения растворов в заниженных концентрациях, длительного их хранения до использования, многократного применения. Для тех же целей предусматривается использование в практике ДС из разных

химических групп, отличающихся механизмом действия на микроорганизмы и их своевременная и правильная ротация в случае обнаружения резистентных штаммов.

Для обеззараживания объектов при туберкулезе находят применение физические и сочетанные методы дезинфекции – использование машин для дезинфекции и мойки посуды (столовой, лабораторной); для стирки и дезинфекции белья (температура 80–95°C, применение стиральных порошков с дезинфицирующим действием на основе кислородоактивных средств, надкислот и др.); установки для обеззараживания отходов, в которых применяются физические и химические агенты (СВЧ, высокая температура, механическое измельчение, дезинфицирующие средства и пр.).

Большое значение в профилактике внутрибольничного инфицирования в противотуберкулезных медицинских организациях (МО) и инфекционных очагах имеет камерная обработка личных вещей, нательного, постельного белья больных туберкулезом, постельных принадлежностей (одеяла, матрацы, подушки).

НАСТАВНИЧЕСТВО И ТАКТИКИ ПОДДЕРЖКИ ПРИ АДАПТАЦИИ МОЛОДЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ

*Е.А. РЕМНЕВА, преподаватель, Петрозаводский базовый
медицинский колледж*

Данная статья возникла как итог одного мероприятия – проектной сессии на тему «Адаптация молодых специалистов в современных ЛПУ», которую организовала и провела Карельская региональная общественная организация медицинских работников «Союз профессионалов» в городе Петрозаводске. Участниками стали 56 молодых специалистов, медицинских сестер, и их наставники из различных лечебно-профилактических учреждений города. В результате сессии были сформулированы рекомендации по эффективной адаптации начинающих специалистов как самими молодыми специалистами, так и их наставниками.

Новый коллектив для медсестры – это среда незнакомых людей с присущими им ценностями, наклонностями, установками, эмоциями, действующих по незнакомым моделям поведения.

По мнению участников проектной сессии, молодой специалист, придя в новый коллектив, сталкивается со следующими проблемами:

1. Трудности в общении с пациентами. Не всегда просто установить контакт, вызвать доверие пациента, когда ты так молод, качественно донести информацию, чтобы пациент действительно понял и принял.

2. Трудности в общении с коллегами, в том числе и с врачами. Это проблема с восприятием молодого специалиста коллегами как равного, с которым тоже нужно считаться. Или, наоборот, недооценка значимости коллег самим молодым специалистом, нарушение им правил профессиональной этики.

3. Недостаточно сформированные профессиональные компетенции (способность применять практические навыки). К сожалению, выпускники колледжей порой не обладают нужными навыками и компетенциями, их приходится формировать уже на рабочем месте.

4. Неумение справляться с чувствами, возникающими в результате столкновения с человеческой болью и смертью. Эта проблема не только молодых специалистов. Но им из-за отсутствия опыта справляться еще сложнее.

5. Низкая заработная плата. Молодой специалист еще не заработал свои надбавки и проценты к небольшой зарплате медика, что не позволяет удовлетворить его потребности. Часть выпускников медицинских колледжей по этой причине в первые несколько месяцев после устройства на работу уходит из медицины.

Ряд проблем у молодого специалиста возникает вследствие нестабильности его самооценки, которая может занимать несколько крайних полюсов,

с этим согласились и участники сессии. Это и полная зависимость самооценки от мнения других, когда человек смотрит на других, «считывает» их отношения к себе и по ним делает выводы, хороший он или плохой. Или, наоборот, излишняя самоуверенность, которая проявляется в повышенной агрессивности и конфликтности.

Как может помочь наставник справиться с данными проблемами молодому специалисту?

В совместной работе молодые специалисты и наставники решили, что в первую очередь важно оказывать поддержку молодому специалисту; слушать и слышать молодого специалиста; отстаивать интересы молодого специалиста перед коллегами и администрацией организации; помогать конструктивно разрешать конфликтные ситуации и учить этому молодого специалиста; уважать молодого специалиста и воспринимать его на равных (специалист – специалист); активно передавать ему свой опыт (щедро делиться); привлекать молодого специалиста к неформальным мероприятиям в организации.

Прежде всего наставник может помочь молодому специалисту, поддержав его. Если обратиться к Толковому словарю русского языка С.И. Ожегова, то слово «поддержать» несет в себе значение «придержав, не дать упасть».

Существует понятие «педагогическая поддержка», которое как нельзя кстати подходит к ситуации адаптации молодых специалистов – вчерашних студентов. Изначально педагогическая поддержка рассматривалась и продолжает рассматриваться преимущественно по отношению к детям школьного возраста. Однако диапазон применимости этой педагогической категории в настоящее время расширился и используется в любом возрасте.

Поддержка осуществляется несколькими тактиками: «защита», «помощь», «содействие» и «взаимодействие».

Тактика защиты

Молодой специалист не должен оставаться жертвой обстоятельств.

Задача наставника – обеспечить такое пространство взаимодействия, где нет угрозы достоинству молодого специалиста, где он не будет тут же осужден и наказан за малейший промах или недостаточную компетентность.

Как часто бывает? Приходит только что выпущенная из училища медицинская сестра на новое рабочее место со своим идеальным представлением о работе, о том, что она должна и не должна делать, и начинает это делать. Но есть правила, которые существуют в организации, свои особенные подходы к выполнению тех или иных манипуляций. И это совершенно нормально, что молодой специалист не сразу их все усваивает. Он преломляет их через свое субъективное «Я». Иногда у него может возникать даже внутреннее сопротивление, потому что его идеальная картинка была другой. Вследствие всего этого действия молодого специалиста могут не совпасть с действиями, ожидаемыми от него коллегами, он может совершать ошибки. И

это опять нормально, ни одно развитие не происходит без ошибок. К сожалению, не все сотрудники, работающие рядом с молодым специалистом, это понимают, следствием чего может быть неконструктивная критика и даже буллинг, что может закончиться печально, вплоть до увольнения молодого специалиста. Но разве этого мы хотим?

Кстати, далеко не всегда представления молодого специалиста о том, как он должен работать, оказываются неверными. И в некоторых случаях к ним стоило бы прислушаться, а не отмахиваться фразой: «Да что она знает!..»

Наставник в данной тактике может взять на себя две функции: «адвоката» и «буфера».

«Адвокат» защищает право молодой медицинской сестры быть успешной, при этом еще не умея делать то, что умеют все остальные сотрудники в силу того, что у них уже есть опыт. И кто как не наставник, обладающий непрекращаемым авторитетом, может донести это до коллектива? Отмечать успехи и обсуждать неудачи, давая конструктивную обратную связь. Делиться своим опытом становления и ошибок, которые он совершил, прежде чем стал высококласным специалистом.

Из вышеперечисленных предложений участников сессии к функции «адвоката» мы можем отнести следующие действия наставника:

- отстаивать интересы молодого специалиста перед коллегами и администрацией организации. То есть быть не против молодого специалиста, а рядом с ним против проблемы. Отстаиваемые интересы бывают разными: от вопросов статуса молодого специалиста в коллективе до вопросов заработной платы;
- уважать молодого специалиста и воспринимать его на равных (специалист VS специалист, у которого меньше опыта).

А можно быть «буфером» между негативными обстоятельствами и молодым специалистом, принимая часть удара на себя, особенно когда у молодого специалиста неустойчивая самооценка. Наставник в роли «буфера» помогает конструктивно разрешать конфликтные ситуации и учит этому молодого специалиста. Не стоит оставаться безучастным, когда у молодого специалиста возникают конфликты с коллегами, нужно реагировать на них, а самое главное – «профилактировать».

Тактика помощи

Есть молодые специалисты, которые во многом могут решить свои проблемы сами, у них для этого есть и знания, и умения. Но им может помешать собственное предубеждение о том, что все их действия и результаты будут оценены окружающими как неправильные. Они боятся ошибок, боятся оценок, не верят в себя. И для того, чтобы такой специалист начал действовать, ему необходимо узнать вкус успеха – именно об этом должен позаботиться наставник, давая молодому специалисту конструктивную обратную связь.

Что это значит? Во-первых, наставнику нужно осознать, что единственной целью обратной связи является намерение повысить осведомленность молодого специалиста о его профессиональной деятельности (только факты), а не доказать свою правоту или сорвать злость. И если ваш эмоциональный заряд сильнее цели, лучше обратную связь не давать до нормализации ваших эмоций.

Помощь должна совершаться не против воли того, кому помогают. Поэтому, перед тем как дать молодому специалисту обратную связь, важно спросить его, готов ли он ее получить.

Подачу обратной связи важно начать, отметив позитивные моменты в его деятельности, то, что у молодого специалиста уже получается хорошо. Это повышает его уверенность в собственных силах, он понимает, что его здесь ценят, так он узнает вкус успеха.

Только после этого, если есть необходимость, стоит приступить к описанию события, действия молодого специалиста, которое вызвало у вас негативные чувства, и затем описать эти чувства.

Далее высказать предложения на будущее – как в следующий раз в такой ситуации следует поступить, более грамотно и профессионально. И обязательно закончить диалог позитивно.

Тактика содействия

Переход к тактике содействия возможен только после того, как молодой специалист благодаря тактикам «защиты» и «помощи» разблокирует свою активность и будет свободен для поиска и выбора.

Молодой специалист должен всегда иметь объективную возможность выбирать. Наставнику стоит в данной тактике намеренно избегать позиции советчика, а лишь вовлекать молодого специалиста в процесс осмысления его проблем. Позиции наставника в тактике содействия могут быть следующими: слушающего, вопрошающего коллеги или «рефлексивного зеркала». Особо отметим, что в предложениях наших наставников и молодых специалистов была именно такая рекомендация, относящаяся к тактике содействия: слушать и слышать молодого специалиста. И не случайно наши специалисты сделали акцент на умении слушать. Достаточно вспомнить поговорку: «Поделись проблемой, и она будет наполовину решена».

Второй составляющей после умения слушать является умение задавать открытые вопросы, приглашающие молодого специалиста поразмышлять над проблемой совместно, как партнеры. На открытые вопросы нельзя дать однозначного ответа или ответить кратко: «Да», «Нет». Обычно такие вопросы начинаются со слов: «Что...», «С чем...», «Что можете рассказать об этой проблеме?» и т.д.

Третья составляющая – умение обобщать и возвращать услышанное и увиденное, то есть быть, как сказано выше, «рефлексивным зеркалом». Возвращать молодому специалисту им же сказанное и сделанное, но только в виде

фактов, избегая интерпретаций и советов. Выводы делает он самостоятельно, находя варианты решения возникшей проблемы.

Тактика взаимодействия

Наставник через взаимодействие с молодым специалистом реально может помочь ему при решении рабочих ситуаций, дополнив в том, в чем тот пока недостаточно компетентен. К этой тактике подходит предложение участников сессии активно передавать молодому специалисту свой опыт, «щедро им делиться», то есть демонстрировать правильное действие, манипуляцию, давать совет.

Но важно понимать, что данная тактика реализуется только через договор между молодым специалистом и наставником. Наставник создает для молодого специалиста условия овладения логикой поиска и установления границ своей свободы и ответственности: «Я готова делиться своим опытом, но только в том объеме, который нужен тебе, и готов ли ты его принимать и перенимать, тебе решать, не мне». Ведь договор – это испытание свободой и ответственностью.

Может иметь место резонное возражение: коль скоро все должно проходить только по желанию молодого специалиста, он может и отказаться перенимать мой опыт и слушать мои советы? Во-первых, может быть, ваш опыт действительно ему не нужен и он прекрасно без вас справится – пусть это покажет его дальнейшая профессиональная деятельность. Но, как показывает жизнь, мало кто из молодых специалистов откажется от того, чтобы его ненавязчиво поддерживали, тактично делились накопленным опытом, отмечали успехи и помогали справиться с трудностями.

ТРУДОВОЕ ПРАВО В ВОПРОСАХ И ОТВЕТАХ

На вопросы медицинских сестер отвечают специалисты Профсоюза работников здравоохранения г. Москвы.

Если я прохожу профосмотр (медосмотр) в свой выходной день, положена ли мне какая-нибудь компенсация, отгул?

В соответствии с ч. 1 ст. 213 Трудового кодекса РФ работники, занятые на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, проходят обязательные предварительные (при поступлении на работу) и периодические медицинские осмотры для определения пригодности этих работников для выполнения поручаемой работы и предупреждения профессиональных заболеваний. В соответствии с медицинскими рекомендациями указанные работники проходят внеочередные медицинские осмотры.

В соответствии со ст. 76 Трудового кодекса РФ работодатель не вправе допускать работников к выполнению ими трудовых обязанностей без прохождения обязательных медицинских осмотров, а также в случае наличия медицинских противопоказаний.

В соответствии со ст. 185 Трудового кодекса РФ на время прохождения медицинского осмотра за работниками, обязанными в соответствии с Трудовым кодексом РФ проходить такой осмотр, сохраняется средний заработок по месту работы.

В соответствии с п. 2 Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденного Приказом Министерства здравоохранения РФ от 1 марта 2019 г. № 124-н, «профилактический медицинский осмотр проводится в целях раннего (своевременного) выявления состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях определения групп здоровья и выработки рекомендаций для пациентов».

В соответствии с п. 4 Порядка «профилактический медицинский осмотр проводится ежегодно:

- 1) в качестве самостоятельного мероприятия;
- 2) в рамках диспансеризации;
- 3) в рамках диспансерного наблюдения (при проведении первого в текущем году диспансерного приема (осмотра, консультации)).

В соответствии с ч. 1 ст. 185.1 Трудового кодекса РФ работники при прохождении диспансеризации в порядке, предусмотренном законодательством в сфере охраны труда, имеют право на освобождение от работы на один рабочий день один раз в три года с сохранением за ними места работы (должности) и среднего заработка.

Существует ли приказ о нагрузке процедурного кабинета на одну медицинскую сестру?

Нормы труда – нормы выработки, времени, нормативы численности и другие нормы – устанавливаются в соответствии с достигнутым уровнем техники, технологии, организации производства и труда.

Основание: ст. 160 Трудового кодекса Российской Федерации (далее – ТК РФ).

Для однородных работ могут разрабатываться типовые (межотраслевые, отраслевые, профессиональные и иные) нормы труда. Типовые нормы труда разрабатываются и утверждаются в порядке, установленном уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти (ст. 161 ТК РФ).

Типовые нормы труда по должности «Медицинская сестра процедурной» отсутствуют. При отсутствии типовых норм труда по отдельным видам работ и рабочим местам соответствующие нормы труда разрабатываются в учреждении с учетом рекомендаций организации, осуществляющей функции и полномочия учредителя, либо с привлечением соответствующих специалистов в установленном порядке.

Основание: п. 16 Методических рекомендаций по разработке систем нормирования труда в государственных (муниципальных) учреждениях, утвержденных приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 30.09.2013 № 504 (далее – Методические рекомендации).

Систему нормирования труда в учреждении рекомендуется устанавливать в положении о системе нормирования труда учреждения, которое либо утверждается локальным нормативным актом учреждения с учетом мнения представительного органа работников, либо включается в качестве отдельного раздела в коллективный договор.

Основание: ст. 162 ТК РФ, п. 20 Методических рекомендаций, п. 3.13 Московского трехстороннего соглашения на 2019–2021 годы между Правительством Москвы, московскими объединениями профсоюзов и московскими объединениями работодателей.

Имеет ли право медицинская сестра процедурного кабинета, ставящая внутривенный катетер при контрастировании в кабинете лучевой диагностики (КТ), на сокращенный 6-часовой рабочий день и прибор индивидуальной дозиметрии?

Пунктом 1 «Работа с рентгеновским излучением» раздела XV «Работа с радиоактивными веществами и источниками ионизирующих излучений» приложения № 1 Постановления Правительства Российской Федерации от 14.02.2003 № 101 «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности» установлено, что право на 36-часовую рабочую неделю имеют право в том числе средний медицинский персонал, работа которых непосредствен-

но связана с рентгенотерапией, экспериментальным рентгенооблучением; работа, непосредственно связанная с лучевой терапией с применением бета-аппликаторов; работа, непосредственно связанная с электронографами и электронными микроскопами напряжением свыше 30 кВ.

В случае если в соответствии с трудовым договором работника, его должностной инструкцией, работа не связана непосредственно с лучевой терапией с применением бета-аппликаторов, сокращенная продолжительность рабочего времени устанавливается по результатам специальной оценки условий труда, если условия труда отнесены к вредным условиям труда 3-й или 4-й степени или опасным условиям труда.

В соответствии с Методическими указаниями МУ 2.6.1.3015-12, утвержденными Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации 19.04.2012, в разделе 2.6.1 «Организация и проведение индивидуального дозиметрического контроля. Персонал медицинских организаций» указано, что при контроле профессионального облучения применяют для персонала группы А – индивидуальный дозиметрический контроль. К группе А относятся сотрудники, непосредственно занятые в проведении рентгенодиагностических исследований (врачи-рентгенологи, рентген-лаборанты, санитарки, инженеры и техники по наладке и эксплуатации рентгеновской аппаратуры) – Приказ Минздрава Российской Федерации от 28.01.2002 № 19 «О Типовой инструкции по охране труда для персонала рентгеновских отделений».

ПРОВЕРЬТЕ СВОИ ЗНАНИЯ О НЕНАРКОТИЧЕСКИХ АНАЛЬГЕТИКАХ

Ненаркотические анальгетики, или ненаркотические противовоспалительные средства (НПВС), – самая употребляемая группа лекарств в мире. Ежедневно эти обезболивающие принимают миллионы людей. Наверное, нет медицинской сестры, которой бы не приходилось давать пациенту таблетки парацетамола или делать инъекцию анальгина. Имея дело с этими препаратами, медицинская сестра должна быть знакома с их действием, знать, когда они противопоказаны, учитывать возможные осложнения. Наши тесты помогут вам понять, насколько вы хорошо знакомы с проблемой боли и с этой группой препаратов. Ответы на тесты см. в следующем номере.

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Суждение об острой боли:

- а) своевременно некупированная острая боль не может перейти в хроническую;
- б) острая боль – это физиологическая реакция организма на повреждение, своевременно некупированная острая боль может перейти в хроническую;
- в) острая боль – это болезнь.

2. Вещества, вырабатываемые в «очаге боли», которые вызывают возбуждение болевых рецепторов:

- а) витамины;
- б) ферменты;
- в) углеводы;
- г) простагландины;
- д) жиры.

3. Суждение о ненаркотических анальгетиках:

- а) ненаркотические анальгетики могут устранять очень сильную боль;

б) ненаркотические анальгетики обладают обезболивающим эффектом, не вызывая наркоза и наркомании. Они имеют ограниченную противоболевую активность и не устраняют сильную боль;

в) ненаркотические анальгетики не обладают обезболивающим эффектом, а применяются исключительно как противовоспалительные средства.

4. Механизм обезболивающего действия НПВ:

- а) уменьшают количество простагландинов в очаге повреждения;
- б) тормозят центральную нервную систему;
- в) тормозят проведение болевого импульса по нервному волокну.

5. Эффекты ненаркотических анальгетиков:

- а) обезболивают, понижают температуру тела, повышают свертывание крови, снижают активность воспаления;

б) обезболивают, понижают температуру тела, понижают свертывание крови, снижают артериальное давление;

в) обезболивают, понижают температуру тела, понижают свертывание крови, уменьшают отеки.

6. НПВП-гастропатия – это:

а) эрозивно-язвенное поражение слизистой желудка, вызванное приемом наркотических анальгетиков;

б) полипы слизистой желудка, вызванные приемом ненаркотических анальгетиков;

в) эрозивно-язвенное поражение слизистой желудка, вызванное приемом нестероидных противовоспалительных препаратов.

7. Ацетилсалициловая кислота противопоказана детям до 12 лет с лихорадкой при ОРВИ и других вирусных инъекциях, потому что:

а) не эффективна при вирусных инфекциях;

б) вызывает сильную кровоточивость;

в) может вызвать синдром Рея с тяжелой энцефалопатией и гепатопатией.

8. Ацетилсалициловая кислота противопоказана беременным в предродовом периоде, потому что:

а) вызывает кровотечения в родах;

б) тормозит родовую деятельность;

в) опасна для плода.

9. Быстрое введение анальгина у лиц с низким АД может вызвать:

а) резкое снижение АД;

б) головные боли;

в) нарушения ритма сердца.

10. Какой из перечисленных ниже препаратов может быть назначен при болях больному с язвой желудка (потому что не имеет гастротоксического эффекта):

а) метамизол натрия;

б) ибупрофен;

в) индометацин;

г) парацетамол;

д) ацетилсалициловая кислота.

ЧРЕЗВЫЧАЙНЫЕ ПРОИСШЕСТВИЯ: УЧИМСЯ НА ЧУЖИХ ОШИБКАХ

Перинатальный центр заплатит за инородное тело, оставленное во влагалище новорожденной девочки

У новорожденной девочки открылось влагалищное кровотечение. Чтобы остановить его, медсестра медицинским пинцетом глубоко за девственную плеву ввела во влагалище ребенка синтетические салфетки, не записав это в медицинскую документацию и не сообщив об этом врачу и матери ребенка. Через неделю девочка была выписана.

В марте и апреле у девочки из влагалища вышли салфетки. В краевой больнице ей была проведена вагиноскопия, которая выявила повреждения девственной плевы. Согласно заключению экспертов бюро СМЭ, между дефектами оказания медицинской помощи и наступившими последствиями в виде разрыва девственной плевы и легкого вреда здоровью имеется прямая причинно-следственная связь.

Органы следствия долго не могли обнаружить виновника произошедшего. Первичные показания медсестры были ложными. Признательные показания сотрудница дала только тогда, когда у следствия появились неопровержимые доказательства ее вины благодаря экспертизе салфеток и поминутному восстановлению картины событий. За это время истек срок давности привлечения медсестры к уголовной ответственности. Родители ребенка приняли решение подать гражданский иск против перинатального центра. После подачи гражданского иска к перинатальному центру медсестру уволили – на этом настоял суд.

Родители намерены взыскать с учреждения компенсацию морального вреда в общем размере 1 млн руб. (500 тыс. руб. в пользу ребенка и по 250 тыс. в пользу каждого родителя). Столь высокая сумма возмещения вызвана моральным вредом, нанесенным семье. Дело в том, что первоначально дело было возбуждено по статье 132 УК РФ – это насильственные действия сексуального характера. Допрашивали отца ребенка, восьмилетнюю сестру, тетю, которая в 2016 году при трагических обстоятельствах потеряла собственного ребенка. Все эти месяцы мать девочки мучилась подозрениями. Следователи проверяли условия проживания в семье.

После вынесения решения суда перинатальный центр может подать регрессный иск к медсестре. По мнению экспертов, ее действия были непрофессиональными, а объяснения, что она якобы запаниковала, когда ребенок начал плакать и разбудил других детей в боксе, не выдерживают критики. Ее действия противоречили должностным обязанностям медсестры.

Это дело – еще один пример оставления инородных тел при оказании медицинской помощи. Мы неоднократно писали об этой проблеме. Данная история интересна тем, что инородное тело оставлено не в ране во время операции, а при неинвазивной манипуляции. И если для профилактики оставления инородных тел в ране существует определенный протокол, которым должны руководствоваться члены операционных бригад, то в отношении неинвазивных процедур такого протокола не разработали. Этот пример также демонстрирует необходимость ведения сестринской документации: если бы медсестра зарегистрировала свои действия в сестринском листе, сведения о салфетках не были бы потеряны и салфетки были бы своевременно удалены.

Реальный срок за служебный подлог

Медсестра врача общей практики Н. признана виновной в совершении преступления, предусмотренного ч. 1 ст. 292 УК РФ «Служебный подлог».

Следствие установило, что, будучи медсестрой общей практики, Н. неоднократно вносила в медицинские карты амбулаторных больных заведомо ложные сведения. На основании этих сведений медсестра представила в районную больницу реестр счетов пролеченных больных, по которому были произведены страховые оплаты деятельности отделения общей практики.

Суд назначил медсестре наказание в виде исправительных работ сроком на 1 год с удержанием 20% заработка в доход государства. Адвокат подсудимой подал кассационную жалобу на приговор суда. Судебная коллегия по уголовным делам изменила приговор, исключив осуждение за один из эпизодов служебного подлога. В этой части суд освободил Н. от уголовной ответственности. Срок наказания снижен до 6 месяцев.

Столь суровый приговор объясняется тем, что в данном деле медсестра была признана должностным лицом, так как согласно должностной инструкции она была наделена организационно-распорядительными и административно-хозяйственными полномочиями в отделении врача общей практики. В частности, в ее обязанности входило составление реестров для оплаты в системе ОМС. Ниже приводим текст статьи УК РФ, по которой осуждена медсестра.

УК РФ Статья 292. Служебный подлог

1. Служебный подлог, то есть внесение должностным лицом, а также государственным служащим или муниципальным служащим, не являющимся должностным лицом, в официальные документы заведомо ложных сведений, а равно внесение в указанные документы исправлений, искажающих

их действительное содержание, если эти деяния совершены из корыстной или иной личной заинтересованности, –

наказываются штрафом в размере до восьмидесяти тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до шести месяцев, либо обязательными работами на срок до четырехсот восьмидесяти часов, либо исправительными работами на срок до двух лет, либо принудительными работами на срок до двух лет, либо арестом на срок до шести месяцев, либо лишением свободы на срок до двух лет.

2. Те же деяния, повлекшие существенное нарушение прав и законных интересов граждан или организаций либо охраняемых законом интересов общества или государства, –

наказываются штрафом в размере от ста тысяч до пятисот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от одного года до трех лет, либо принудительными работами на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового, либо лишением свободы на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

Смертельная передозировка инсулина

Прокуратура направила в отдел следственного управления СК РФ материалы для возбуждения уголовного дела в отношении медсестры, предположительно виновной в смерти годовалого ребенка от передозировки инсулина.

В районную больницу в тяжелом состоянии поступил годовалый ребенок, больной ОРВИ. Врач назначил ему капельницу, в состав которой входили глюкоза и инсулин. При сборе капельницы дежурная медсестра в 10 раз превысила дозу инсулина – вместо 8 ед. ввела 80, в результате чего маленький пациент впал в кому и через несколько дней скончался.

Прокуратура полагает, что в действиях медсестры детского отделения районной больницы наличествуют признаки состава преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ: причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей.

Передозировка инсулина – относительно частая причина трагедий при оказании медицинской помощи. В настоящее время ВОЗ работает над составлением списка препаратов, ошибочное применение которых опасно для жизни и здоровья пациентов. Инсулин в этом списке будет занимать одно из первых мест. Для лекарств из этого списка будут разработаны специальные протоколы, соблюдение которых снизит вероятность ошибок их применения.

Уголовное дело против медсестры, которая использовала поврежденный флакон с лекарственным средством

В суд направлено уголовное дело медсестры, обвиняемой по статьям «Причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей» и «Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей».

«Обвиняемая, находясь при исполнении своих профессиональных обязанностей, произвела инъекции лекарственных средств пяти новорожденным младенцам. В нарушение санитарных норм медицинский работник набирала раствор для инъекций из флакона, целостность которого была нарушена. Из-за несоблюдения стерильности в кровь детей попали токсичные бактерии, которые вызвали у них развитие инфекционно-токсического шока. Один из новорожденных скончался, четыре ребенка получили токсическое и бактериальное заражение крови», – говорится в сообщении следственного комитета.

Перед использованием лекарственного средства медсестра обязана проверить его качество: срок годности, внешний вид упаковки (флакона, ампулы), а также внешний вид самого препарата (таблетки, порошка, раствора) – он должен соответствовать описанию, данному в инструкции. Если срок годности вышел или упаковка, флакон или ампула повреждены, а также если внешний вид таблеток, порошка или раствора вызывает сомнения, использование этого средства запрещено. К сожалению, многие медсестры относятся к этому требованию легкомысленно, считая ненужной формальностью. Данная история говорит о том, что эта формальность способна спасти жизни и здоровье пациентов. Проверь медсестра состояние флакона – ребенок был бы жив.

**Министерство здравоохранения
Российской Федерации**

**Департамент организации медицинской помощи
и санаторно-курортного дела Министерства здравоохранения
Российской Федерации**

**Центр организации
первичной медико-санитарной помощи**

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

Согласовано
Главный внештатный
специалист-терапевт
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
О.М. ДРАПКИНА

**НОВАЯ МОДЕЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ,
ОКАЗЫВАЮЩЕЙ ПЕРВИЧНУЮ
МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ**

**Методические рекомендации
(Извлечения)**

Отделение (кабинет) медицинской профилактики

Отделение (кабинет) медицинской профилактики в поликлинике организуется с учетом требований приказа Министерства здравоохранения РФ от 30.09.2015 № 683н «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях».

Основные функции отделения (кабинета) медицинской профилактики для взрослых условно можно разделить на три группы:

- 1) проведение мероприятий по профилактике неинфекционных заболеваний;
- 2) организация и проведение диспансеризации и профилактических медицинских осмотров;

3) диспансерное наблюдение за определенными группами граждан.

Достижение приведенных ниже критериев должно способствовать минимизации всех видов потерь при организации работы отделений (кабинетов) медицинской профилактики.

Критерий 1. Управление потоками пациентов

Возможно формирование двух типов потоков пациентов в отделения (кабинеты) медицинской профилактики:

поток пациентов по предварительной записи, в том числе от врачей-специалистов; поток самостоятельно обратившихся пациентов, в том числе приглашенных страховыми медицинскими организациями.

Кроме того, потоки пациентов в отделениях (кабинетах) медицинской профилактики можно разделить в зависимости от повода посещения:

диспансеризация определенных групп взрослого населения, профилактический медицинский осмотр – выполнение доврачебных медицинских исследований, направление на иные исследования, входящие в объем диспансеризации и профилактического осмотра (согласно действующим нормативным документам), с возможностью записи на диагностические исследования и осмотры врачей-специалистов непосредственно в отделении (кабинете) медицинской профилактики; профилактическое консультирование (индивидуальное углубленное профилактическое консультирование, групповое углубленное профилактическое консультирование;

диспансерное наблюдение пациентов 2-й группы здоровья.

Для упорядочения вышеуказанных потоков пациентов в структуре отделения медицинской профилактики для взрослых рекомендуется предусмотреть следующие структурные подразделения:

1) кабинет организации диспансеризации и профилактических медицинских осмотров;

2) кабинет диагностики и коррекции основных факторов риска развития неинфекционных заболеваний.

При организации кабинета медицинской профилактики для взрослых рекомендуется предусмотреть зонирование помещений для осуществления деятельности по организации диспансеризации/профилактических медицинских осмотров, диагностике и коррекции факторов риска развития неинфекционных заболеваний.

Для оптимальной организации работы и обеспечения равномерной загрузки среднего медицинского персонала кабинета (отделения) медицинской профилактики необходимо разделить функции между сотрудниками с учетом времени такта, необходимого для выполнения требуемого объема работ.

Количество пересечений потоков пациентов при прохождении диспансеризации/профилактического медицинского осмотра с иными потоками пациентов в поликлинике не должно превышать 3 (трех) пересечений.

Снижение количества пересечений потоков пациентов, проходящих диспансеризацию или профилактический медицинский осмотр, с иными потоками пациентов достигается организацией отделения медицинской профилактики отдельным компактным блоком, расположенным в непосредственной близости от кабинетов, в которых проводятся исследования, входящие в объем диспансеризации/профилактического медицинского осмотра (кабинеты флюорографии, маммографии и пр.).

В структуре отделения медицинской профилактики рекомендуется предусмотреть создание процедурного кабинета, кабинета ЭКГ и пр.

Критерий 2. Качество пространства

Система навигации поликлиники должна обеспечивать быстрый поиск отделения (кабинета) медицинской профилактики.

У каждого кабинета в составе отделения медицинской профилактики, на двери либо рядом с ней, размещается табличка с указанием номера и наименования кабинета, Ф.И.О. специалиста, ведущего прием.

Рекомендовано использовать технические решения, позволяющие заменять необходимую информацию в оперативном режиме (например, крепление на магнитных лентах, использование пластиковых самоклеящихся карманов из прозрачного полипропилена горизонтального или вертикального размещения).

С целью формирования у посетителей поликлиники мотивации и приверженности к ведению здорового образа жизни на всей территории медицинской организации размещаются материалы, содержащие информацию о правилах оказания первой помощи при жизнеугрожающих заболеваниях и их осложнениях, а также материалы профилактической направленности.

Отделение (кабинет) медицинской профилактики оснащается в соответствии с требованиями стандарта оснащения отделения (кабинета) медицинской профилактики для взрослых, утвержденного приказом Министерства здравоохранения РФ от 30.09.2015 № 683н «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях».

Рабочие места в кабинете должны быть организованы по системе 5С, когда все необходимое для выполнения работы легко найти в рабочей зоне и вернуть на свое место, предметы мебели и расходные материалы расположены так, чтобы минимизировать лишние движения и перемещения.

В каждом кабинете размещается проверочный лист соответствия кабинета системе 5С.

Размещен график уборки и ответственные за его соблюдение.

С целью сокращения временных затрат на проведение анкетирования граждан рекомендуется оборудовать место для самостоятельного заполнения анкет, а также проведения анкетирования с участием интервьюера, где

разместить стол с письменными принадлежностями и чистыми анкетами для заполнения; возможно оборудование персональным компьютером для онлайн-анкетирования.

Критерий 3. Управление запасами

В медицинской организации внедрен и отлажен механизм снабжения кабинетов материальными запасами – лекарственными средствами/изделиями медицинского назначения/расходными материалами и пр. со склада медицинской организации по принципу «точно вовремя».

В кабинете в визуально доступном месте выделена зона для обеспечения снабжения кабинета необходимыми материальными запасами: размещены карточки, тара для сбора и поставки материальных запасов, стандарт осуществления снабжения кабинета материальными запасами.

Стандарт включает в себя:

указание Ф.И.О. ответственного за сбор карт и доставку материалов со склада;

указание Ф.И.О. ответственного за прием материалов в кабинете;

периодичность пополнения запасов в кабинете, количество материалов, необходимых для пополнения материальных запасов;

алгоритм осуществления снабжения кабинета с применением карточек;

алгоритм действий персонала в экстренной ситуации.

С целью содержания данных документов в надлежащем качестве, защиты их от воздействия влаги, дезинфицирующих средств, выгорания на солнце, под ультрафиолетовым излучением бактерицидных ламп, механических повреждений возможно использование специальной ламинирующей пленки.

В размещенных в кабинете стеллажах/шкафах/тумбах визуализированы материальные запасы. Имеется маркировка, сигнализирующая о необходимости их пополнения (в соответствии с рассчитанной нормой снабжения кабинета).

Критерий 4. Стандартизация процессов

Работа каждого сотрудника отделения (кабинета) медицинской профилактики усовершенствована и стандартизирована с учетом минимизации потерь, обеспечивает качество и доступность оказываемой помощи.

Не менее 50% от общего времени приема осуществляется работа непосредственно с пациентом, а колебания нагрузки в рамках одного процесса не превышают 30%.

По итогам процессов по улучшению разработаны стандарты выполнения доврачебных медицинских исследований в рамках диспансеризации/профилактического медицинского осмотра в отделении (кабинете) медицинской профилактики и др. Стандарты понятны для сотрудников, расположены в визуально доступном, удобном для использования месте.

Критерий 5. Качество медицинской помощи

Медицинская помощь (профилактическое консультирование при коррекции факторов риска, диспансерное наблюдение пациентов 2-й группы здоровья) осуществляется на основе клинических рекомендаций, а также с использованием методических рекомендаций:

1) Российские национальные рекомендации «Кардиоваскулярная профилактика», 2017 г.;

2) клинические рекомендации «Синдром зависимости от табака, синдром отмены табака у взрослых», 2018 г.;

3) «Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения», 2017 г.,

4) «Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития», 2014 г. и пр.

Охват углубленным (индивидуальным или групповым) профилактическим консультированием на втором этапе диспансеризации составляет не менее 70% от общего числа лиц, подлежащих углубленному профилактическому консультированию.

Проводится оценка эффективности диспансерного наблюдения в отделении (кабинете) медицинской профилактики пациентов с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском при отсутствии артериальной гипертензии: оценивается динамика доли пациентов, достигших снижения сердечно-сосудистого риска путем коррекции факторов риска от числа состоящих на диспансерном учете.

Сотрудники отделения (кабинета) медицинской профилактики обеспечивают: повышение уровня знаний медицинских работников по вопросам профилактики неинфекционных заболеваний и формирования среди прикрепленного населения приверженности к здоровому образу жизни;

организацию и участие в проведении мероприятий по пропаганде здорового образа жизни среди населения, в том числе в рамках информационных кампаний;

информирование населения, включая средства массовой информации, о методах коррекции факторов риска неинфекционных заболеваний и профилактики их осложнений.

Сотрудники отделения (кабинета) медицинской профилактики обеспечивают внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в пределах должностных обязанностей.

Сотрудники отделения (кабинета) медицинской профилактики осуществляют свою деятельность, руководствуясь принципами медицинской этики и деонтологии, соблюдая врачебную тайну, нормы и требования законодательства в сфере защиты персональных данных, получаемых в ходе исполнения трудовых обязанностей.

Критерий 6. Доступность медицинской помощи

Процесс диспансеризации организован таким образом, что обеспечивает ее прохождение не более чем за 3 посещения.

Амбулаторный прием в отделении (кабинете) медицинской профилактики ведется в течение всего времени работы медицинской организации, как в плановом порядке – по предварительной записи, так и при обращении граждан без предварительной записи.

В случае превышения допустимого периода ожидания в отделении (кабинете) медицинской профилактики при проведении доврачебных методов исследования в рамках первого этапа диспансеризации, профилактического медицинского осмотра, необходимо предусмотреть применение «цепочки помощи» – специально разработанного алгоритма действий и перечня ответственных лиц и других сотрудников, привлекаемых в случае невозможности самостоятельного устранения данного отклонения.

Рабочие места сотрудников отделения (кабинета) медицинской профилактики оборудованы АРМ, обеспечивающими внесение первичных данных в электронную медицинскую карту, запись на повторный прием, лабораторные и инструментальные исследования, консультации врачей-специалистов (в том числе в иные медицинские организации), формирование и обмен учетно-отчетными формами.

Критерий 7. Вовлеченность персонала в улучшения процессов

В подразделении внедрена система подачи и реализации предложений по улучшению.

Процедурный кабинет

Процедурный кабинет организуется в структурных подразделениях медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в соответствии с порядками оказания медицинской помощи по соответствующему профилю, утвержденными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации. Процедурный кабинет медицинской организации является специально организованным кабинетом, обеспечивающим выполнение забора проб биологических жидкостей на исследования (крови); внутривенных, внутримышечных, подкожных, внутрикожных инъекций и других лечебно-диагностических мероприятий.

Представленные ниже критерии предполагают внедрение единых подходов к организации работы процедурного кабинета, направленных на сокращение времени ожидания пациентами оказания медицинской помощи, повышение безопасности медицинских услуг, повышение уровня удовлетворенности населения их доступностью и качеством.

Критерий 1. Управление потоками пациентов

Можно выделить следующие потоки пациентов, направляемых в процедурный кабинет:

поток пациентов, направленных отделением (кабинетом) медицинской профилактики на забор крови в день обращения для исследования в рамках диспансеризации и профилактических медицинских осмотров;

поток пациентов, направленных на забор крови для исследования в плановом порядке (по предварительной записи);

поток пациентов, направленных в процедурный кабинет для проведения лечебных манипуляций/инъекций.

Разделение вышеуказанных потоков способствует повышению доступности и сокращению времени ожидания медицинской услуги. В процедурном кабинете возможно разделение потоков как во времени, так и в пространстве.

Критерий 2. Качество пространства

Система навигации поликлиники должна обеспечивать быстрый поиск процедурного кабинета.

У каждого процедурного кабинета, на двери либо рядом с ней, располагается табличка с указанием наименования, номера кабинета и Ф,И,О, сотрудника, ведущего прием (осуществляющего манипуляции). Рекомендовано использовать технические решения, позволяющие заменять необходимую информацию в оперативном режиме (например, крепление на магнитных лентах, использование пластиковых самоклеящихся карманов из прозрачного полипропилена горизонтального или вертикального размещения).

Процедурный кабинет должен быть оснащен в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи по соответствующему профилю, отвечать всем требованиям СанПиН.

В целях соблюдения санитарно-эпидемиологических норм необходимо предусмотреть выдачу пациентам бесплатной одноразовой обуви (бахил).

Рабочие места в кабинете должны быть организованы по системе 5С: все материалы в рабочей зоне легко найти и вернуть на свое место, предметы мебели и расходные материалы расположены в пространстве так, чтобы минимизировать лишние движения и перемещения.

Для разделения входящих и выходящих потоков пациентов в планировке процедурного кабинета рекомендуется предусмотреть организацию отдельного входа и выхода.

В целях обеспечения инфекционной безопасности целесообразно условное разделение процедурного кабинета на функциональные зоны: стерильную (асептическую) зону, рабочую зону, зону дезинфекции (хозяйственную зону).

В стерильной (асептической) зоне рекомендуется разместить манипуляционный стол для хранения стерильных материалов, упаковок, кожных антисептиков и инфузионных растворов, которые могут понадобиться в течение рабочей смены; медицинский шкаф для хранения лекарств и стерильных упаковок.

В рабочей зоне размещаются манипуляционный стол для забора крови на лабораторные исследования или выполнения внутривенных вливаний, кушетка, рабочий стол для заполнения медицинской документации, холодильник.

В хозяйственной зоне размещаются: двухсекционная раковина с подводкой горячей и холодной воды, водонагреватель, тумбочка для хранения мо-

ющих и дезинфицирующих средств, контейнеры для дезинфекции, стойки-тележки и контейнеры для сбора медицинских отходов классов А, Б.

При организации рабочего пространства учитывается, что перемещения процедурной медсестры должны быть минимальными, последовательными и соответствовать циклу операций.

В процедурном кабинете размещен проверочный лист соответствия кабинета системе 5С.

Размещен график уборки и ответственные за его соблюдение.

С целью содержания документов в надлежащем качестве, защиты их от воздействия влаги, дезинфицирующих средств, выгорания на солнце, под ультрафиолетовым излучением бактерицидных ламп, механических повреждений возможно использование специальной ламинирующей пленки.

Необходимо уделять внимание созданию условий для инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями здоровья.

Рекомендуется усовершенствовать способ вызова пациентов с ограничениями по зрению и слуху (например, система вызова пациента на основе визуально-акустических табло); для удобства слабослышащих в кабинете предусмотреть наличие индукционной петли и пр.

Критерий 3. Управление запасами

В медицинской организации внедрен и отлажен механизм снабжения кабинетов материальными запасами – лекарственными средствами/изделиями медицинского назначения/расходными материалами и пр. со склада медицинской организации по принципу «точно вовремя».

В процедурном кабинете имеется стандарт осуществления снабжения кабинета материальными запасами.

В размещенных в процедурном кабинете стеллажах/шкафах/тумбах визуализированы материальные запасы. Имеется маркировка, сигнализирующая о необходимости их пополнения (в соответствии с рассчитанной нормой снабжения кабинета). Уровень запасов не превышает недельную норму расходования.

С целью формирования стандартного объема материальных запасов и поддержания их в актуальном состоянии целесообразно ведение статистики движения лекарственных средств, медицинских изделий и расходных материалов с использованием принципа персонифицированного учета.

Критерий 4. Стандартизация процессов

Процессы забора крови и проведения лечебных манипуляций усовершенствованы с учетом минимизации потерь и стандартизированы.

Разработанные стандарты должны соответствовать действующим нормативным документам:

приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 09.01.2018 № 1н «Об утверждении требований к комплектации лекар-

ственными препаратами и медицинскими изделиями укладки экстренной профилактики парентеральных инфекций для оказания первичной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи, специализированной медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи»;

ГОСТ Р 53079.4-2008 «Национальный стандарт Российской Федерации. Технологии лабораторные клинические. Обеспечение качества клинических лабораторных исследований. Часть 4. Правила ведения преаналитического этапа»;

ГОСТ Р 52623.4-2015 «Национальный стандарт Российской Федерации. Технологии выполнения простых медицинских услуг инвазивных вмешательств»;

СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»;

СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции»;

Федеральный закон Российской Федерации от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»;

приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.08.2016 № 646н «Об утверждении правил надлежащей практики хранения и перевозки лекарственных препаратов для медицинского применения»;

приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.08.2010 № 706н «Об утверждении правил хранения лекарственных средств»;

приказ Министерства здравоохранения СССР от 02.06.1987 № 747 «Об утверждении инструкции по учету медикаментов, перевязочных средств и изделий медицинского назначения в лечебно-профилактических учреждениях здравоохранения, состоящих на государственном бюджете СССР»;

приказ Минздрава России от 20.06.2012 № 12н «Об утверждении Порядка сообщения субъектами обращения медицинских изделий обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий»;

приказ Росздравнадзора от 15.02.2017 № 1071 «Об утверждении Порядка осуществления фармаконадзора»;

«Определение степени достоверности причинно-следственной связи «Неблагоприятная побочная реакция-лекарственное средство» (классификация и методы). Методические рекомендации» (утв. Росздравнадзором 02.10.2008) и пр.

Текущая деятельность подвергается анализу на соответствие стандартам.

Стандарты регулярно пересматриваются и актуализируются по мере необходимости.

Колебания нагрузки между отдельными сотрудниками, осуществляющими прием в одном рабочем помещении, не превышают 30%.

Критерий 5. Качество медицинской помощи

Сотрудники процедурного кабинета обеспечивают внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в пределах должностных обязанностей.

Сотрудники процедурного кабинета осуществляют свою деятельность, руководствуясь принципами медицинской этики и деонтологии, соблюдая нормы и требования законодательства в сфере защиты персональных данных, получаемых в ходе исполнения трудовых обязанностей.

Критерий 6. Доступность медицинской помощи

Прием плановых пациентов осуществляется строго по предварительной записи. Исключение составляют категории граждан, имеющих право на внеочередной прием в соответствии с действующим законодательством.

Критерий 7. Вовлеченность персонала в улучшения процессов

В медицинской организации разработана система подачи и реализации предложений по улучшению (см. Типовое положение о предложениях по улучшению).

Приложение 1

Зона комфортного ожидания

Вид зоны комфортного ожидания	Описание зоны комфортного ожидания	
	Формат «минимум»	Формат «максимум»
Зона комфортного ожидания	место для сидения (стул или кушетка), кулер с водой и одноразовыми стаканами, не менее 1 места на 200 посещений плановой мощности	мягкое место для сидения (диван или кресло), кулер с горячей и холодной водой, одноразовыми стаканами, вендинговые аппараты, кондиционер (сплит-система), телевизор (монитор) для демонстрации видеоматериалов профилактической направленности и др.
Детская игровая зона	детский стол, стул, карандаши, бумага, не менее 1 игровой зоны	детский стол, стул, игрушки из материалов, предусматривающих обработку моющими средствами, книжки-раскраски,

		цветные карандаши, предусматривается наличие телевизора (монитора) для трансляции мультфильмов
	необходимо предусмотреть обустройство мест ожидания для взрослых, сопровождающих детей на амбулаторный прием, где они могут расположиться, пока играют дети, чтобы они были в зоне видимости родителей (не менее 3 мест)	

Например,



Приложение 2

Общие требования к организации рабочего места: метод 5С

Система 5С – пять принципов рациональной организации рабочего пространства, соблюдая которые можно извлечь максимальную выгоду из имеющихся ресурсов.

В основе системы лежит идея: все, что поддается оптимизации, должно быть оптимизировано, то есть организация рабочего пространства рассматривается именно как система.

Основной фактор – желание работников на всех производственных этапах изменить свою работу к лучшему, сократить количество брака и потерь времени, то есть действовать в интересах медицинской организации.

5С – система наведения порядка, чистоты и укрепления дисциплины, которая позволяет практически без капитальных затрат повышать производительность работы, снижать уровень брака и травматизма, сокращать потери в процессе оказания медицинской услуги, такие как простои, нерациональные перемещения, излишние запасы, брак в работе. Также применение системы 5С позволяет создавать необходимые стартовые условия для внедрения в подразделении сложных и дорогостоящих производственных и организационных инноваций (например, внедрение новой медицинской технологии или новой системы мотивации работников) и обеспечивать их высокую эффективность – в первую очередь за счет радикального изменения отношения сотрудников к рабочему процессу. Система предусматривает вовлечение всего коллектива в регулярную деятельность по наведению порядка, чистоты и укреплению дисциплины на рабочем месте.

Таблица 1

Пять шагов организации и поддержания порядка на рабочих местах

Шаг	Описание
Шаг 1. Сортировка	Осуществляется разделение предметов на необходимые (нужные) и ненужные и удаление ненужных предметов
Шаг 2. Самоорганизация (соблюдение порядка)	Осуществляется размещение нужных предметов на рабочем месте (рабочем пространстве) таким образом, чтобы максимально снизить потери при их использовании и поиске персоналом организации. При хранении предметов на рабочем месте в обязательном порядке используются различные методы визуализации (оконтуривание, маркировка, разметка, цветовое кодирование и другие)
Шаг 3. Систематическая уборка (содержание в чистоте)	Осуществляется постоянное поддержание рабочих мест, предметов в чистоте и постоянной готовности к использованию
Шаг 4. Стандартизация	Устанавливаются стандарты по выполнению первых трех шагов (стандарты рабочего места, содержания рабочих мест и иные регламентирующие документы)
Шаг 5. Совершенствование	Осуществляется процесс непрерывного поддержания и развития результатов, достигнутых с помощью первых четырех шагов

Таблица 2

Проверочный лист оценки соответствия рабочего места системе 5С для медицинской организации*

Шаг 1. Сортировка		Кабинет №	
№ п/п	Критерий	Оценка (0 – нет, 1 – да)	Комментарий
1	Рабочее пространство (кабинет) в целом:		
1.1	нет неиспользуемой мебели;		
1.2	вынесена неисправная мебель;		
1.3	вся офисная техника (принтер, сканер и т.п.) исправна;		
1.4	вся офисная техника (принтер, сканер и т.п.) используется;		

* Электронная версия в формате Excel доступна для скачивания на портале cpmsp.rosminzdrav.ru в разделе «Скачать». Переход к реализации следующего шага возможен только при оценке выполнения текущего шага на 83% и более.

Папка нормативных документов

1.5	нет лишних проводов;		
1.6	отсутствуют лишние личные вещи (несезонные вещи, избыточное количество посуды);		
1.7	на стенах кабинета нет избыточного размещения (картин, фото, сертификатов, свидетельств, благодарственных писем и т.п.);		
1.8	поврежденные предметы отсутствуют.		
2.	Рабочий стол:		
2.1	предметы на рабочем столе исправны;		
2.2	предметы на рабочем столе используются;		
2.3	техника на рабочем столе исправна;		
2.4	техника на рабочем столе используется;		
2.5	все канцелярские принадлежности исправны;		
2.6	все канцелярские принадлежности используются.		
3	Шкафы, тумбы:		
3.1	справочники, которые хранятся в кабинете, актуальны;		
3.2	материалы для работы в кабинете (маски, перчатки, термометры, шпателя и пр.) не повреждены		
4	Зона временного хранения:		
4.1	зона временного хранения создана		
4.2	в зону временного хранения помещены предметы, в необходимости которых есть сомнения: на них наклеен «красный» ярлык с датой и причиной помещения в зону		
5	В кабинете нет мест, которые не прошли сортировку		
Итого:		0%	При оценке 83% (15 баллов) и больше можно переходить к следующему шагу

Шаг 2. Соблюдение порядка		Кабинет №	
№ п/п	Критерий	Оценка (0 – нет, 1 – да)	Комментарий
1	Рабочие места персонала размещены удобно и комфортно. Расположение рабочих мест исключает/минимизирует потери		
2	Определены места для офисного оборудования		
3	Полки и ящики не хранят пустоту		
4	Отсутствуют ненужные предметы, информация и документация		
5	Определены места хранения предметов, инструментов		
6	Все материалы могут быть найдены за 30 сек.		
7	Определены места хранения документации		
8	Определены места хранения личных вещей		
Итого:		0%	При оценке 83% (7 баллов) и больше можно переходить к следующему шагу

Шаг 3. Содержание в чистоте		Кабинет №	
№ п/п	Критерий	Оценка (0 – нет, 1 – да)	Комментарий
1	Помещение содержится в чистоте:		
1.1	стены		
1.2	окна		
1.3	подоконник		
1.4	раковина		
1.5	пол		
1.6	дверь и дверные ручки		
2	Мебель содержится в чистоте:		
2.1	шкафы		

Папка нормативных документов

2.2	столы		
2.3	тумбы		
2.4	кушетка		
3	Оргтехника содержится в чистоте:		
3.1	на мониторе нет пыли и загрязнений		
3.2	на клавиатуре нет пыли и загрязнений		
3.3	на процессоре нет пыли и загрязнений		
4	Источники загрязнений локализованы:		
4.1	свободный доступ к углам		
4.2	источникам отопления		
Итого:		0%	При оценке 83% (13 баллов) и больше можно переходить к следующему шагу

Шаг 4. Стандартизация		Кабинет №	
№ п/п	Критерий	Оценка (0 – нет, 1 – да)	Комментарий
1	Места хранения предметов, документов визуализированы (таблички, надписи и пр.)		
2	Указатели мест хранения предметов соответствуют их месторасположению:		
2.1	содержимое тумбочек, шкафов стандартизировано (одинаково у сотрудников с одинаковыми обязанностями)		
2.2	стандартизированы и подписаны тумбочки, шкафы сотрудников		
2.3	промаркированы провода		
2.4	утвержден перечень документов, находящихся в кабинете		
2.5	использована маркировка цветом		
3	Упорядочены бланки:		
3.1	в кабинете хранится не более недельного запаса бланков		

3.2	разработан механизм регулярного пополнения запасов бланков		
3.3	визуализированы потребности пополнения запасов бланков		
4	Отмечена линия минимально необходимого на прием количества бумаги в принтере		
5	Отмечены места расположения:		
5.1	инструментов (термометры, шпатели и т.п.) для приема		
5.2	амбулаторных карт пациентов, подготовленных на прием		
6	Разработан стандарт рабочего места		
7	Разработан чек-лист действий по подготовке к приему и по окончанию приема		
8	Все материалы в рабочей зоне легко найти (за 30 сек.) и вернуть на свое место		
9	Ненужные вещи регулярно удаляются		
10	Разработан и соблюдается график уборки		
11	Все стандарты видимы и наглядны		
Итого:		0%	При оценке 83% (15 баллов) и больше можно переходить к следующему шагу

Шаг 5. Совершенствование			Кабинет №
Шаги 5С	№ п/п	Критерий	Оценка
1С	1	Рабочее пространство организовано удобно. Обеспечена возможность бесперебойной работы	0%
	2	Оргтехника, предметы, канцелярские принадлежности на рабочем столе исправны, используются	
	3	Шкафы и тумбы содержат только необходимые для рабочего процесса материалы, предметы	
	4	Организована зона временного хранения	
	5	В кабинете нет мест, которые не прошли сортировку.	

2С	1	Рабочие зоны четко распределены	0%
	2	Полки и ящики не хранят пустоту	
	3	Все предметы на своих местах	
	4	Предмет в конце рабочего дня возвращается на свое место	
3С	1	Помещение, мебель, оргтехника содержатся в чистоте	0%
	2	Источники загрязнений локализованы, свободный доступ к ним	
	3	Инвентарь для дезинфекции легкодоступен, место хранения его определено и визуализировано	
	4	Оценка эффективности уборки проводится регулярно (не реже 1 раза в неделю)	
4С	1	Места хранения предметов, документов визуализированы (таблички, надписи)	0%
	2	В кабинете хранится недельный запас бланков, разработан механизм регулярного пополнения запасов бланков, визуализированы потребности пополнения запасов бланков	
	3	Используется стандарт/чек-лист рабочего места	
	4	Ненужные вещи регулярно удаляются	
5С	1	Стандарты постоянно совершенствуются	
	2	Контрольные процедуры проводятся регулярно	
	3	Предлагаются и реализуются идеи по улучшению системы 5С	
	4	Проводится обмен опытом и тиражирование метода 5С	

Приложение 3

Характеристика элементов системы информирования и требования к ним

На пути следования пациента от входа в медицинскую организацию до необходимого кабинета должно быть организовано информационное сопровождение, включающее в себя ряд информационных носителей.

К ним предъявляются следующие требования:

1. Стенды для информационных материалов должны быть размещены в доступном месте с возможностью свободного доступа к сведениям, размещенных на данных стендах, для посетителей с целью ознакомления, не должны блокироваться дверными полотнами, предметами мебели и пр.

2. Информационные материалы выполняются доступным для чтения с расстояния не менее 1 метра шрифтом, без исправлений; наиболее важные места выделяются с применением полужирного начертания или подчеркиваются.

3. Информационные материалы должны быть структурированы в соответствии с тематическими блоками, с использованием заголовков, линий, пробелов, с применением полужирного начертания.

4. Размещение информационных материалов осуществляется с использованием различных носителей информации: официальный Интернет-сайт медицинской организации, информационные стенды, баннеры, буклеты, брошюры и пр.

Таблица 1

**Контрольный лист оценки системы информирования
в медицинской организации**

Учреждение:		Уместность (да/нет)	Актуальность (да/нет)	Доступность (да/нет)
Заполнил:				
Дата:				
№ п/п	Элемент информации			
1	Полная информация о медицинской организации (структура, система управления, место нахождения обособленных подразделений, контактные телефоны, электронная почта, график приема граждан руководителем)			
2	Копия свидетельства государственной регистрации медицинской организации			
3	Копия действующей лицензии с приложениями			
4	Информация о вышестоящих и контролируемых организациях			
5	Информация о противодействии коррупции			
6	Информация о возможности ознакомления с нормативными правовыми актами в фронт-офисе			
7	Информация о страховых медицинских организациях, осуществляющих деятельность на территории субъекта Российской Федерации			
8	Информация о видах оказываемой медицинской помощи			
9	Информация о порядке, об объемах и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с ПГГ и ТПГГ			

Папка нормативных документов

10	Информация о показателях доступности и качества медицинской помощи, установленных ТППГ			
11	Информация о маршрутизации пациентов в условиях конкретной поликлиники (медицинской организации)			
12	Информация о правилах записи на первичный прием, консультации, обследования			
13	Информация о внеочередном приеме (оказании медицинской помощи) отдельных категорий граждан в соответствии с законодательством РФ (Федеральный закон от 12.01.1995 № 5-ФЗ «О ветеранах», Закон РФ от 15.01.1993 № 4301-1 «О статусе Героев Советского Союза, Героев РФ и полных кавалеров ордена Славы», Закон РФ от 15.05.1991 № 1244-1 «О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС»; Закон РФ «О внесении и дополнений в Закон РСФСР «О реабилитации жертв политических репрессий»)			
14	Информация о сроках и порядке проводимой диспансеризации			
15	Информация о проведении вакцинации			
16	Информационные плакаты о здоровом образе жизни			
17	Информация о льготном лекарственном обеспечении (в том числе перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов)			
18	Информация о правилах предоставления платных медицинских услуг (образец договора)			

Приложение 4

Отдельные категории материальных запасов

№ п/п	Группы/подгруппы*	Наименование категории
1		Медицинские изделия
	2	Вспомогательные и общебольничные медицинские изделия

* В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.06.2012 № 4н «Об утверждении номенклатурной классификации медицинских изделий».

	2.6	Ињекторы лекарственных средств/вакцин
		Шприцы
		Иглы
		Система для переливания, инфузионного введения растворов
	2.13	Ланцеты
	2.25	Перчатки медицинские
	2.34	Растворы/газы для санитарной обработки/обслуживания медицинских изделий и сопутствующие изделия
		Дезинфицирующие средства (например, раствор «Комбидез», раствор «Мистраль Окси», спрей «Абактерил Актив», Спрей «Эдель» и т.д.)
		Чистящие, моющие средства
	2.50	Халат медицинский
	2.56	Прочие вспомогательные и общебольничные медицинские изделия
		Вакутейнеры для забора крови
		Расходные материалы для проведения УЗИ
		Одноразовый расходный материал
		Шапочки
		Пленки
		Простыни
		Маски медицинские
		Шпатели одноразовые
		Зонд-тампон одноразовый
		Электроды одноразовые
	4	Медицинские изделия для акушерства и гинекологии
	4.2	Зеркала вагинальные
		Зеркало гинекологическое одноразовое
	4.23	Прочие медицинские изделия для акушерства и гинекологии
		Щетки эндоцервикальные
	6	Медицинские изделия для манипуляций/восстановления тканей/органов человека
	6.16	Шовные материалы и сопутствующие изделия
2		Иные материальные запасы

1	Лекарственные средства и перевязочные средства
	Лекарственные средства для деятельности поликлиники
	Лекарственные средства для деятельности дневного стационара
	Перевязочные средства
	Марля, вата
	Бинты
	Салфетки
	Лейкопластыри
3	Горюче-смазочные материалы
	Бензин
6	Прочие материальные запасы
	Печатная продукция
	Бланки
	Журналы
	Бумага
	Направления, изготовленные типографским способом

Приложение 6

**Перечень
оснований для отказа в оплате медицинской помощи
(уменьшения оплаты медицинской помощи)***

Перечень оснований для отказа или уменьшения оплаты медицинской помощи		Процесс в поликлинике
Раздел 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц		
1.1	Нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе:	
1.1.1	на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;	Процесс прикрепления, открепления пациентов от МО

* В соответствии с приказом ФФОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

1.1.2	на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации;	Процесс прикрепления, открепления пациентов от МО
1.1.3	нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке.	Процесс записи на прием
1.2	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС, в том числе:	
Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения		
2.1	Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет.	Процесс информирования населения
2.2	Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации:	Процесс информирования населения
2.2.1	о режиме работы медицинской организации;	Процесс информирования населения
2.2.2	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;	Процесс информирования населения
2.2.3	о видах оказываемой медицинской помощи;	Процесс информирования населения
2.2.4	о показателях доступности и качества медицинской помощи;	Процесс информирования населения
2.2.5	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно;	Процесс информирования населения
2.2.6	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен.	Процесс информирования населения
2.3	Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях.	Процесс информирования населения

Папка нормативных документов

2.4	Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации:	Процесс информирования населения
2.4.1	о режиме работы медицинской организации;	Процесс информирования населения
2.4.2	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;	Процесс информирования населения
2.4.3	о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации;	Процесс информирования населения
2.4.4	о показателях доступности и качества медицинской помощи;	Процесс информирования населения
2.4.5	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно;	Процесс информирования населения
2.4.6	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен.	Процесс информирования населения
Раздел 4. Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации		
4.1.	Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин.	Процесс подбора на амбулаторный прием и возврата с приема амбулаторных карт в картохранилище
4.2.	Отсутствие в первичной медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи.	Процесс ведения амбулаторной карты, в том числе электронной амбулаторной карты (ЭМК)

4.3.	Отсутствие в первичной документации информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях.	Процесс ведения амбулаторной карты, в том числе электронной амбулаторной карты (ЭМК)
4.4.	Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, «вклейки», полное переформирование истории болезни с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).	Процесс ведения амбулаторной карты, в том числе электронной амбулаторной карты (ЭМК)
4.5.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует таблице учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.).	Процесс оформления ТАП, Процесс оформления таблицы учета рабочего времени врачебного персонала
4.6.	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов.	Процесс оформления ТАП
4.6.1	Включение в счет на оплату медицинской помощи/медицинских услуг при отсутствии в медицинском документе сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи пациенту.	Процесс ведения амбулаторной карты, в том числе электронной амбулаторной карты (ЭМК), Процесс оформления ТАП

Приложение 7

Типовое ПОЛОЖЕНИЕ
о подаче и реализации предложений по улучшениям
в _____ (МО)

1. Введение

Настоящее Положение о подаче и реализации предложений по улучшениям в _____ (далее – Положение) вводится как инструмент вовлечения персонала в процесс постоянного совершенствования деятельности _____ (МО).

2. Область применения, ответственность

В данном Положении определены порядок подачи и рассмотрения в подразделениях поликлиники Предложений по улучшениям (далее – ППУ), а

также порядок вознаграждения участников процесса подачи и реализации ППУ.

Ответственность за разработку, изменение и пересмотр настоящего Положения несет _____.

Ответственность за соблюдение требований настоящего Положения несут руководители подразделений _____ и исполнители в соответствии со схемой 1.

Действие распространяется на всех сотрудников _____ (МО).

3. Обозначения, сокращения

В настоящем Положении применяются следующие сокращения:

МО – медицинские организации;

ППУ – предложение по улучшению;

РГ – рабочая группа.

4. Термины и определения

В настоящем Положении используются следующие термины и определения:

Предложение по улучшению – идея работника (группы работников), направленная на повышение результативности и эффективности любого вида деятельности медицинской организации, не требующее открытия отдельного проекта: улучшение состояния рабочих мест, повышение эффективности использования ресурсов и материальных запасов, упорядочение системы материально-технического обеспечения медицинской организации, в том числе, сокращение времени доставки материальных запасов, учета и отчетности, изменение графиков работы и ремонта оборудования или транспортных средств, обоснованное изменение мест размещения оборудования и т.п., методов управления медицинской организацией.

Автор предложения по улучшению – любой сотрудник МО _____, творческим трудом которого создано предложение по улучшению.

Рабочая группа – группа лиц из числа трудового коллектива.

Комиссия по ППУ – группа руководителей и специалистов подразделений _____, определенная приказом и ответственная за внедрение ППУ в _____.

5. Требования

5.1. Общие требования

5.1.1. Предложениями по улучшениям признаются любые предложения, являющиеся полезными для _____ и способствующие:

улучшению условий труда;

улучшению организации труда;

повышению безопасности труда;

оптимизации лечебно-диагностического и профилактического процессов; повышению качества оказываемых услуг;

сокращению материальных и нематериальных затрат.

5.1.2. Не признаются в качестве ППУ предложения:

являющиеся требованиями нормативных документов;

выполняемые по распоряжению руководства;

однотипные (поданные ранее в том же подразделении);

ухудшающие экологическую обстановку;

снижающие надежность, долговечность и другие показатели качества обслуживания и оказываемых услуг;

являющиеся констатацией общеизвестных фактов и другие предложения, не отвечающие определению ППУ.

5.1.3. Руководство и организацию работ по подаче и реализации ППУ осуществляет ответственный за работу с ППУ _____.

5.1.4. Руководство деятельностью по подаче и реализации ППУ в подразделении _____ осуществляет руководитель подразделения.

Руководитель подразделения:

участвует в организации работы по подаче ППУ;

осуществляет регистрацию ППУ;

отслеживает исполнение плана мероприятий по реализации ППУ;

оформляет документы на выплату вознаграждений авторам и содействующим реализации ППУ;

информирует команду о состоянии и проблемах подачи и реализации ППУ в подразделении.

5.1.5. Анализ работы по подаче и реализации ППУ в _____ осуществляет комиссия по рассмотрению предложений по улучшению работы поликлиники на своих заседаниях не реже одного раза в месяц.

5.2. Порядок подачи ППУ

5.2.1. ППУ подается индивидуально (от имени одного автора).

5.2.2. ППУ оформляется на бланке заявления на Предложение по улучшению (форма бланка заявления ППУ приведена на рисунке 1).

5.2.3. Бланки заявления на ППУ находятся у секретаря Комиссии по ППУ.

5.2.4. В бланке заявления на ППУ автор указывает:

фамилию, имя, отчество;

должность;

наименование структурного подразделения;

дату подачи;

а также излагает:

описание цели и сущности изменений («Предложение»);

предполагаемый эффект от внедрения.

Описание ППУ и прилагаемые к нему дополнительные материалы (схемы, макеты, фотоматериалы и пр.), необходимые для понимания сути ППУ,

должны быть подписаны автором с указанием даты оформления.

5.2.5. ППУ передается руководителю структурного подразделения.

5.2.6. Руководитель структурного подразделения проводит анализ полноты заполнения бланка заявления на ППУ в соответствии с требованиями п. 5.2.4 и в тот же день регистрирует ППУ в «Журнале регистрации предложений по улучшению», который находится у секретаря Комиссии по ППУ, с присвоением порядкового номера ППУ.

5.3. Порядок рассмотрения ППУ

5.3.1. Рассмотрение предложений и их оценка осуществляется Комиссией по ППУ.

5.3.2. Руководитель подразделения дает заключение об актуальности предложения, указывает существующие ограничения и предъявляемые требования к его реализации, определяет специалистов, с которыми необходимо согласование ППУ.

5.3.3. Комиссия по ППУ оценивает соответствие ППУ требованиям п.п. 5.1.1, 5.1.2, актуальность, новизну, необходимость реализации предложения и принимает одно из следующих решений:

предложение реализовать,

предложение отклонить,

предложение отправить на доработку.

Оценка Комиссии по ППУ подразделения является окончательной.

Комиссия по ППУ:

в случае принятия предложения к реализации указывает в бланке ППУ необходимые мероприятия, ответственного и сроки исполнения;

в случае отклонения предложения указывает причины отклонения;

в случае отправки на доработку назначает ответственного и сроки.

5.3.4. Для оперативности внедрения ППУ необходимо строго выдерживать следующие сроки рассмотрения и оценки предложений:

руководитель подразделения – 1 рабочий день,

комиссия по ППУ – в течение 2 недель.

5.4. Порядок использования ППУ

5.4.1. Реализация ППУ производится в соответствии с мероприятиями и сроками, указанными в бланке ППУ.

5.4.2. Предложение считать реализованным и оперативно внедренным при условии достижения цели ППУ и соблюдения сроков выполнения указанных в бланке ППУ мероприятий.

5.4.3. Корректировка первоначальных сроков мероприятий отмечается в графе «Примечание» таблицы бланка ППУ.

5.5. Формы поощрения и стимулирования участников процесса подачи и реализации ППУ

5.5.1. С целью поощрения и стимулирования участников процесса подачи и реализации ППУ в _____ применяются материальные и не-

материальные формы поощрения, в том числе определенные коллективным договором, правилами внутреннего трудового распорядка и другими нормативными документами, принятыми в медицинской организации.

5.5.2. К материальным формам поощрения относится ежемесячное, ежеквартальное, ежегодное премирование, начисляемое к заработной плате сотрудника. Размер премии устанавливается руководителем медицинской организации, согласно соответствующему положению о выплатах стимулирующего характера в данной медицинской организации.

5.5.3. К нематериальным формам поощрения относятся:

размещение информации об участии сотрудников в создании и реализации ППУ по итогам месяца, квартала, года на информационных стендах, в средствах массовой информации;

объявление благодарности за участие и достижение результатов в системе постоянного улучшения от руководителя МО;

информирование авторов предложений по улучшениям о распространении их предложений в других структурных подразделениях МО;

присвоение переходящего звания для подразделений МО «ЛИДЕР по внедрению предложений по улучшению» с отражением информации на стенде «Лучшие практики» и прочее.

5.6. Отчетность

5.6.1 Отчетные данные по подаче и реализации ППУ формируются в «Журнале регистрации предложений по улучшению» по итогам каждого месяца и года (рисунок 2).

Схема 1

Порядок подачи и рассмотрения заявлений на ППУ





Рис. 1

Бланк заявления на Предложение по улучшению

Изложить суть предложения по улучшению:	«.....»		
до реализации	после реализации		
Фото, описание, эскиз	Описание, эскиз		
Эффект от принятых решений:			
Ф,И,О, автора предложения по улучшению	Структурное подразделение	Дата подачи предложения по улучшению	Статус предложения: отклонено/отправлено на доработку/принято к внедрению

Рис. 2

Форма журнала регистрации предложений по улучшению

№ п/п	Дата подачи заявления	Автор заявления	Краткое содержание предложения	Дата рассмотрения Комиссией по ППУ	Статус предложения	Подпись уполномоченного	Подпись автора

Фотоматериалы

Зона ожидания

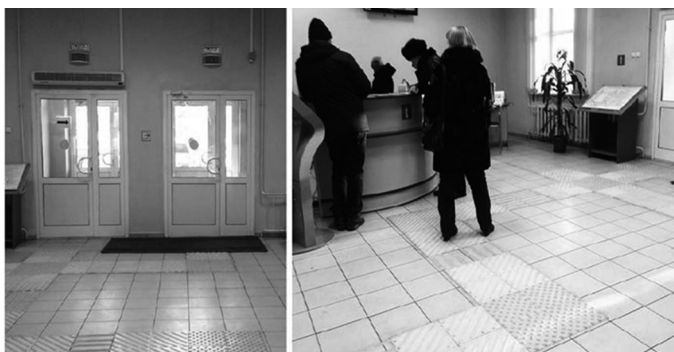


Навигация





Доступная среда



Общий вид холла первого этажа



СТАРШАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА

Выпуск № 6 (75)

Издатель: ООО «Современное сестринское дело»

Главный редактор Наталина КРУШИНСКАЯ

Выпускающий редактор Дмитрий КУБРАКОВ

Технический редактор Леонид КАМАЕВ

Корректор Лариса ЛАШКОВА

Свидетельство о регистрации ПИ № ФС 77-36205 от 06.05.2009

Подписано в печать 03.09.2019 г.

Отпечатано в типографии «РИММИНИ».

Адрес: Н. Новгород, ул. Краснозвездная 7а, 2-й этаж,

тел. (831) 422-57-80, office@rimmini.ru

Заказ 2398 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