



МЕДИЦИНСКИЙ ВЕСТНИК БУРЯТИИ

Республиканский центр медицинской профилактики им. В.Р. Бояновой • Ежемесячная газета

ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ–2020



**МИХАИЛ МУРАШКО,
МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ:**

- Мы видим, что в политике безопасности пациентов правильно поставленный диагноз, особенно на амбулаторном этапе является первостепенным и доминирующим, потому что дальше формируется вся череда событий. Это когда мы говорим о заболевании.

Выбор тактики обследования или лечения тоже должен идти по принципу «не навреди».

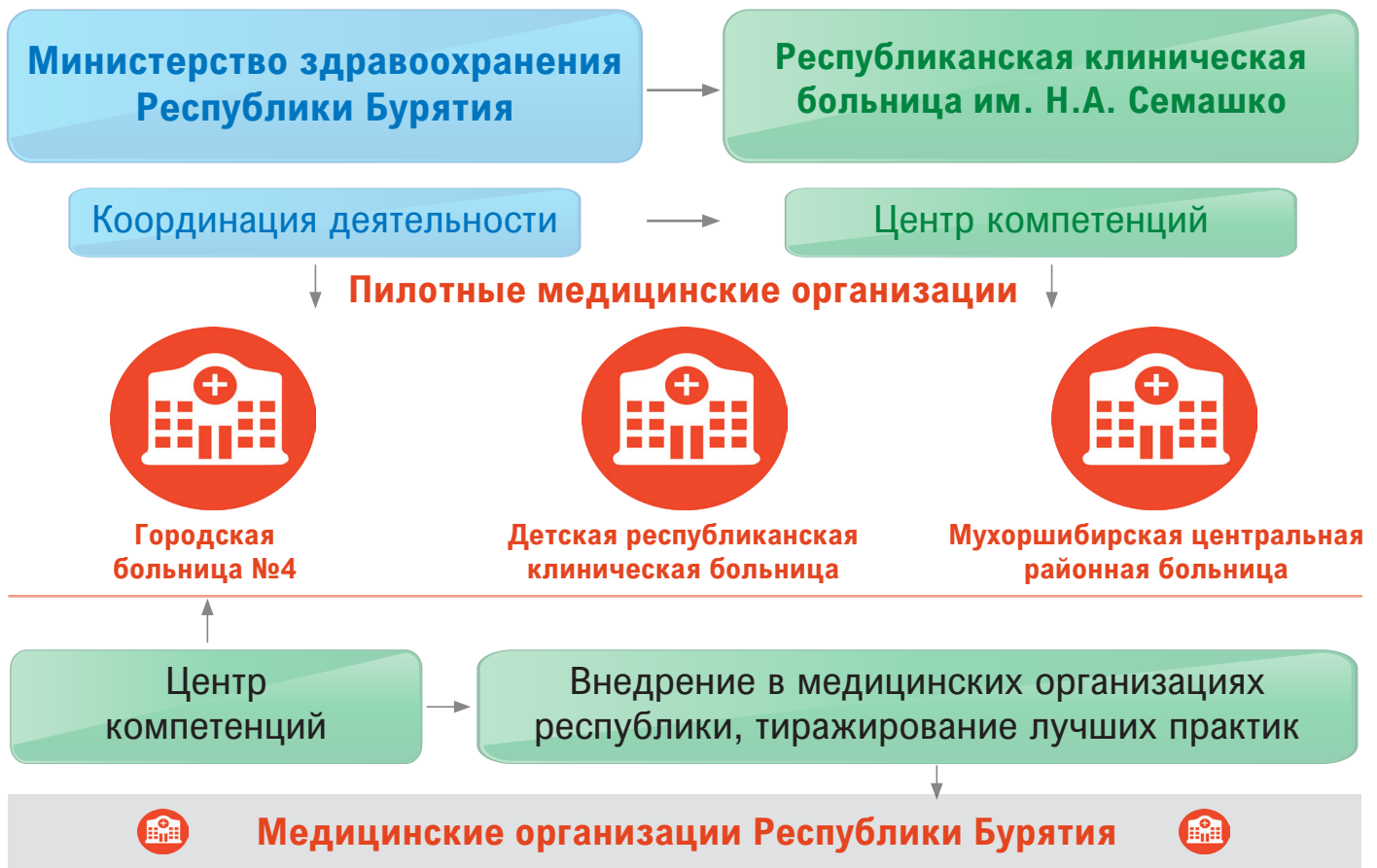
Говоря о безопасности пациента, мы, фактически, пытаемся переложить на новую форму бытия, взаимоотношений всё то, что было известно веками. Пытаемся больше детализировать: одной фразы «не навреди» сегодня уже недостаточно.



ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНКУРС
ЛИДЕР КАЧЕСТВА
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ
ФГБУ «НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ КАЧЕСТВА»
РОСЗДРАВНАДЗОРА

**В номере: проекты медицинских организаций
Республики Бурятия – участников всероссийского
конкурса «Лидер качества в здравоохранении»**

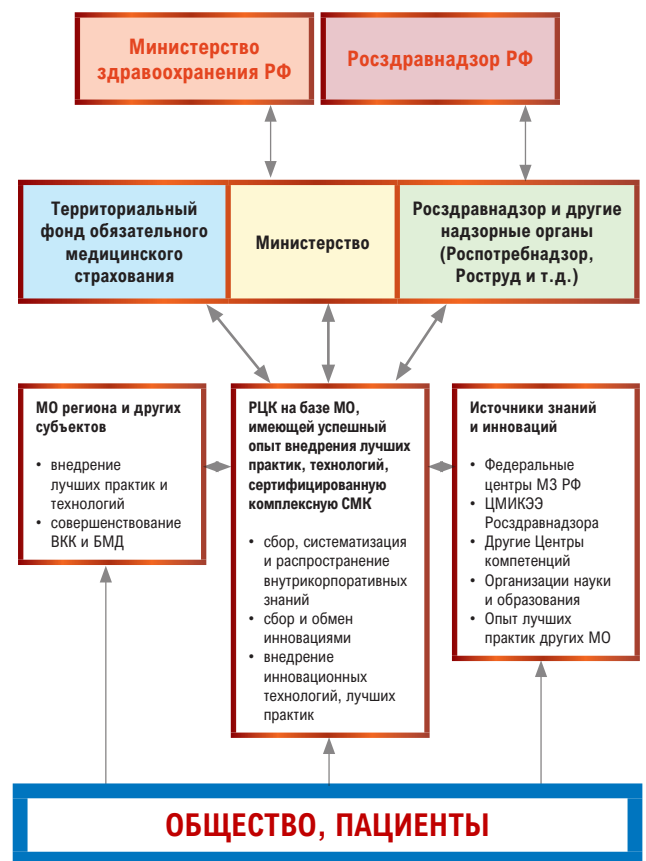
РЕГИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ И БЕЗОПАСНОСТЬЮ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ



СТРУКТУРА РАБОТЫ ЦЕНТРА КОМПЕТЕНЦИЙ

БЛОК 1 Первая встреча. Вводное обучение	Содержание блока: 1. Презентация опыта РКБ им. Н.А.Семашко по направлениям ПР 2. Прикладные аспекты: что такое ПР, цели внедрения ПР, этапы внедрения ПР, как проводить самооценку, методика реализации ПР
БЛОК 2 Самооценка МО	Содержание блока: 1. Проведение самооценки МО по ПР 2. Консультационная помощь при проведении самооценки
БЛОК 3 Аудит	Содержание блока: 1. Проведение аудита специалистами Центра компетенций 2. Оказание консультативных услуг по ходу аудита 3. Проведение аудита-тренинга для потенциальных аудиторов МО 4. Формирование выводов аудита
БЛОК 4 Обучение специалистов МО	Содержание блока: 1. Составление индивидуальных программ для каждой МО по результатам самооценки и аудита, определение объема обучения для каждой МО 2. Планирование форм обучения (выезд в МО, вебинары, обучение на базе РКБ и т.п.), привлечение лекторов 3. Проведение обучения
БЛОК 5 Сопровождение	Содержание блока: 1. Оказание консультативной помощи МО при внедрении ПР 2. Предоставление учебно-методической информации 3. Оказание консультативной помощи в разработке необходимых документов

МОДЕЛЬ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ РЦК



ОТ ПОСТАНОВКИ ЗАДАЧ ДО ПОЛУЧЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТА!

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Обращаясь к профессиональному сообществу, излишне говорить, что вопрос обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности является приоритетным. Но сегодня необходимо поставить эту работу на совершенно иной уровень, объединив подходы, формы и технологии работы по соблюдению современных требований по качеству и безопасности.

Безопасное выполнение медицинских вмешательств, применение лекарственных средств и медицинских изделий, обеспечение безопасных условий для оказания медицинской помощи, безопасность среды, профилактика рисков неблагоприятных событий при оказании медицинской помощи, защита информации... Приведение этих и многих других аспектов нашей деятельности к единому знаменателю, их стандартизация дадут мощный ресурс для снижения смертности и повышения удовлетворенности наших пациентов, в этом я уверена.

И в этом всем нам предстоит пройти большой путь. Вам не придется учиться на собственных ошибках, потому что самый сложный, тернистый путь первопроходцев уже пройден. Для здравоохранения Бурятии эта тема не нова. Еще 8 лет назад Республиканская клиническая больница им. Н. А. Семашко приступила к разработке и поэтапному внедрению системы менеджмента качества (ISO 9001) в самой больнице.



Первые результаты окрылили, и мы поставили амбициозную задачу внедрения СМК во всех медицинских организациях республики. Команда РКБ им. Семашко в 2016 году стала одним из 5 регионов России, кто взял на себя смелость первопроходцев и приступил к внедрению практических рекомендаций Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

С тех пор пройден непростой путь: аудиторская проверка Центра мониторинга и клинико-экономической экспертизы Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, получение Сертификата соответствия требованиям системы добровольной сертификации медицинских организаций, создание Регионального центра компетенции по качеству

и безопасности медицинской деятельности, обучение и методическая помощь по внедрению СМК в медицинских организациях республики.

Этот путь продолжается, все больше медицинских организаций приступает к внедрению СМК, осознавая, что это самый отработанный и эффективный путь нивелирования рисков при оказании медицинской помощи, систематизации всех требований по внутреннему контролю в едином ключе, повышения профессиональной компетенции всего персонала.

Это путь создания единой и настоящего профессиональной команды системы здравоохранения, к чему я стремлюсь и чего от души всем нам желаю!

Министр здравоохранения Республики Бурятия Евгения Лудупова

ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ

История этой акции началась 25 мая 2019 года, когда Всемирная ассамблея здравоохранения в рамках 72-й сессии приняла резолюцию WHA72.6 «Глобальные действия по обеспечению безопасности пациентов» и объявила 17 сентября Всемирным днём безопасности пациентов.

Признавая безопасность пациентов в качестве ключевого приоритета здравоохранения, ВОЗ в основу проведения Всемирного дня безопасности пациентов заложила основополагающий принцип медицины: прежде всего не навреди.

Цель Всемирного дня безопасности пациента — повышение глобальной осведомлённости о безопасности пациентов иощереение международной солидарности в



действиях, направленных на повышение безопасности пациентов и снижение вреда для пациентов во всём мире, как профессионального сообщества, так и самих пациентов, их родственников, различных организаций, представляющих интересы пациентов.

Нежелательные события могут возникнуть в результате любых медицинских вмешательств даже при и их правильном выполнении (вне зависимости от того, имеют ли они диагностическую, лечебную или реабилитационную направленность).

Для повышения безопасности пациентов необходимы комплексные решения в рамках системы здравоохранения — широкий спектр мероприятий по улучшению организации деятельности, в том числе инфекционный контроль, безопасное применение лекарственных средств и медицинских изделий, безопасную клиническую практику и безопасные условия для оказания помощи.

Выражаем уверенность, что Всемирный день безопасности пациентов привлечёт внимание общественности к вопросам обеспечения безопасности, стимулирует совместную работу всех заинтересованных сторон и послужит основой для разработки и внедрению программ по улучшению безопасности и качества медицинской помощи граждан в Российской Федерации.

ПРОЕКТ: СОЗДАНИЕ РЕГИОНАЛЬНОГО ЦЕНТРА КОМПЕТЕНЦИИ ПО КАЧЕСТВУ И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ



Региональный центр компетенций Республики Бурятия стал первой в России организационной структурой, призванной совершенствовать и внедрять в медицинских организациях республики современную систему управления качеством и безопасностью медицинской деятельности.

Абсолютно логично, что он был создан на базе Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко, ведь именно это многопрофильное учреждение вошло в пятерку регионов, которые взяли на себя смелость первыми приступить к внедрению практических рекомендаций Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

РУКОВОДИТЕЛЬ ПРОЕКТА:
главный врач (2007-2020 гг.)
Евгения ЛУДУПОВА,
заместитель главного
врача **Михаил ИТЫГИЛОВ**

МИССИЯ РЕГИОНАЛЬНОГО ЦЕНТРА КОМПЕТЕНЦИИ:

Внедрение в медицинских организациях Республики Бурятия современных методов управления качеством и безопасностью медицинской деятельности, идентификация, адаптация, применение и распространение лучших отечественных и международных подходов.

ЦЕНТР КОМПЕТЕНЦИЙ — это структура, нацеленная на поиск новых знаний, их активный трансфер и оказание консультационных, сервисных и профессиональных услуг.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОЕКТА по созданию Регионального центра компетенции продиктована целым рядом проблем системного характера:

- Недостаточные профессиональные компетенции персонала медицинских организаций, обуславливающего создание рисков при оказании медицинской помощи
- Отсутствие единых подходов к внедрению системы управления качеством в медицинской организации
- Отсутствие единых требований к внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности
- Отсутствие специалистов по качеству в сфере здравоохранения

НОВАТОРСТВО предложенного в проекте решения заключается в 3 ОСНОВНЫХ ПОЛОЖЕНИЯХ:

1. Региональный центр компетенции по качеству и безопасности медицинской деятельности создается на территории Российской Федерации впервые;
2. Межведомственный подход к решению поставленных задач совместно со специалистами Росздравнадзора и Роспотребнадзора РБ;
3. Междисциплинарный подход: создание регионального реестра экспертов из разных областей знаний.

ОСНОВНЫЕ ФУНКЦИИ РЦК:

- Обучение специалистов, подготовка консультантов, аудиторов и экспертов
- Информационно-аналитическое, консультационно-методическое и методологическое сопровождение мероприятий по внедрению
- Аудит внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности
- Мониторинг медицинских организаций
- Внедрение автоматизированных систем управления качеством и безопасностью медицинской деятельности медицинских организаций

ЗАДАЧИ:

1. Информационная, организационно-методическая, образовательная поддержка медицинских организаций по вопросам внедрения современных технологий управления качеством и безопасностью медицинской деятельности;
2. Изучение, хранение и распространение в системе здравоохранения передового опыта государственных и коммерческих медицинских организаций, научно-исследовательских и образовательных центров в области управления качеством и безопасностью медицинской деятельности;
3. Организация образовательных мероприятий для медицинских работников: конференций, семинаров, круглых столов, мастер-классов и др.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОЗДАНИЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РЕГИОНАЛЬНОГО ЦЕНТРА КОМПЕТЕНЦИИ:

- Участие в подготовке к сертификации «Качество и безопасность»
 1. Городская больница № 4 (сертификат № 00005/01КБМД, 2018 г.)
 2. Бурятская республиканская станция переливания крови (сертификат № 0033/02КБМД, 2020 г.)
 3. Республиканская Детская Больница МЗ Республики Тыва (заявка на сертификацию)
- Сопровождение проекта внедрения системы менеджмента качества на основе стандарта ГОСТ Р ИСО «Система менеджмента качества»
 1. Республиканская Детская Больница МЗ Республики Тыва (сертификат ГОСТ Р ИСО 9001–2015, 2019 г.)
 2. Онкологический диспансер г. Кызыл, Республика Тыва (процесс внедрения)
- Сопровождение проекта внедрения требований ВКК и БМД в медицинских организациях
 1. Тункинская ЦРБ, Гусиноозерская ЦРБ, Заиграевская ЦРБ, Хоринская ЦРБ, Баунтовская ЦРБ, Мухоршибирская ЦРБ, РКПТД (процесс внедрения)
- Стандартизация медицинской деятельности, размещено 54 СОП на сайте МЗ РБ
- Разработаны и внесены коррективы в пять разделов Практических рекомендаций Росздравнадзора по поликлинике
- Подготовлены методические рекомендации по трансфузиологии
- По инициативе РЦК создана

межведомственная комиссия Минздрава РБ по вопросам обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности, в состав вошли представители Росздравнадзора и Роспотребнадзора, планируется привлечь руководителей медицинских ВУЗа и ССУЗов

- Разработаны практические мастер-классы,
 1. По профилактике пролежней, обучено более 100 средних медработников
 2. По лекарственной безопасности, обучено 65 специалистов
 3. Внутренний аудит, обучено 34 сотрудника
 4. В семинарах по внедрению системы управления качеством приняли участие более 800 чел.
- Проведено 12 внешних оценок медицинских организаций
- В региональный компонент программы дополнительного образования студентов медколледжей включены вопросы ВКК и БМД

(хранение ЛС, хирургическая безопасность, стандартизация сестринской деятельности)

- Участие, в качестве экспертов в российских и международных конференциях в области качества МД

ОТ ПОСТАНОВКИ ЗАДАЧ ДО ПОЛУЧЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТА!

- Разработка плана мероприятий по повышению качества и безопасности медицинской деятельности в сфере здравоохранения Республики Бурятия
- Активное сотрудничество и вовлечение в деятельность Центра представителей профильных кафедр медицинских ВУЗов
- Распространение накопленного опыта по организации первого Регионального центра компетенции по качеству и безопасности медицинской деятельности
- Профессиональное взаимодействие с центрами компетенции других регионов

- Стандартизация и унификация на региональном уровне подходов к профилактике и лечению пролежней, проведению трансфузионной терапии, алгоритмам оказания неотложной помощи и др.
- Актуализация программ обучения специалистов по направлениям ВКК и БМД в соответствии с неблагоприятной эпидемиологической ситуацией по COVID-19
- Расширение форм работы РЦК в дистанционном режиме, использование новых информационных программ и платформ
- Разработка он-лайн семинаров, вебинаров по вопросам управления качеством и безопасностью медицинской деятельности

Конкурентоспособность центра компетенций определяется первоклассным уровнем и креативностью сотрудников, их мотивацией к саморазвитию и наращиванию интеллектуального капитала.

ВНЕДРЕНИЕ СИСТЕМЫ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ им. Н.А. СЕМАШКО



Организация системы дистанционного обучения (СДО) — важный шаг к развитию и обучению специалистов, а также повышению конкурентоспособности организации.

Проjekt в Республиканской клинической больнице им. Семашко» под руководством Министерства здравоохранения стал внедряться с января 2019 г. Срок его окончания 31.12.2020 г.

КУРАТОР ПРОЕКТА:

главный врач **Игорь ШПАК**

РУКОВОДИТЕЛЬ ПРОЕКТА: начальник отдела кадров Людмила АНГАПОВА

АКТУАЛЬНОСТЬ

РАССМАТРИВАЕМОЙ ПРОБЛЕМЫ:

1. Отток высококвалифицированных кадров
2. Высокая нагрузка на медицинский персонал, синдром выгорания
3. Низкая пациентоориентированность (на примере врачей: в 2019 г. в РБ — 34,3% имеют квалификационные категории, ДФО — 44,4 %, РФ — 44%) и другие.

На первых этапах проекта созданная рабочая группа изучила мировой и российский опыт организации системы дистанционного обучения медицинских специалистов для выбора оптимальной системы, разработала нормативную базу, регламенты взаимодействия заинтересованных сторон, определила методы оценки знаний, умений, навыков обучающихся с последующим отслеживанием результатов дистанционного обучения для анализа ошибок.

Сегодня в базе данных проекта зарегистрировано более 1350 человек, введен 31 курс СДО

Преимуществами внедрения СДО являются значительное повышение эффективности работы за счет свободного доступа к материалам, устранение риска их утраты при увольнении опытных работников, позициониро-



вание больницы как высокотехнологичной организации.

МИНУСЫ ON-LINE ОБУЧЕНИЯ — невозможность отработки практических навыков на электронных устройствах.

ДАЛЬНЕЙШИЕ ПЛАНЫ РАЗВИТИЯ СДО

- Внедрение потокового аудио и видео обучения
- Общение слушателей между собой по примеру Zoom
- Тестирование по модели компетенций на этапе подбора персонала
- Тестирование на этапе аттестации персонала

ОРГАНИЗАЦИЯ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ СЛУЖБЫ КРОВИ РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИЯ



Ежегодно Служба крови обеспечивает потребности в компонентах донорской крови 37 медицинских организаций республики для проведения от пяти до семи тысяч трансфузий и более одиннадцати тысяч переливаний компонентов донорской крови пациентам. Основными требованиями к донорской крови являются вирусная и иммунологическая безопасность и функциональная полноценность компонентов крови.

РУКОВОДИТЕЛИ:

главный врач **Энгельсина БУРЛАЕВА**,
заместитель главного врача
Марина БУТУХАНОВА, заведующая
отделом контроля качества
Валентина ЗЕЛЕНЦОВА

Тезис из наглядного пособия «Повышение качества медицинской помощи и безопасности пациентов в медицинских организациях (под редакцией С. С. Панисар и др.) гласит, что современные медицинские организации представляют собой крайне сложные системы, где даже самые обычные задачи сегодня зависят от функционирования комплексных систем, объединяющих множество людей, процессов, технологий. Работа каждого специалиста зависит от целого ряда факторов — от эффективной коммуникации с коллегами до показателей укомплектованности штата и доступности ресурсов внутри организации, от качества имеющегося в учреждении оборудования до архитектуры информационных систем. Каждый из этих факторов, а также многие другие,



Бутуханова М.Н.

влияет на безопасность пациента в конкретной ситуации». Такую же сложную систему представляет и Бурятская республиканская станция переливания крови (БРСПК).

ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ РАЗРАБОТКИ И ВНЕДРЕНИЯ ПРОЕКТА В БРСПК послужило отсутствие единых рекомендаций по внутреннему контролю качества для учреждений службы крови, несмотря на действующие нормативно-регламентирующие документы. Дополнительным триггером стало усиление внешнего контроля по соблюдению лицензионных требований качества и безопасности компонентов донорской крови со стороны надзорных органов (Росздравнадзора, Роспотребнадзора и др.), дефицит квалифицированных кадров в производственной трансфузиологии.



Бурлаева Э.М.

Внедрение пулирования тромбоцитов и фильтрация эритроцетвеси

ЦЕЛЬ ПРОЕКТА: повышение безопасности донорской крови и ее компонентов, снижение рисков на этапах производственной трансфузиологии.

ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ: внедрение Практических рекомендаций организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПРОЕКТА:

1. Снижению количества ошибок путем внедрения риск-менеджмента
2. Стандартизация деятельности подразделений путем внедрения сетевого документооборота, получения обратной связи от сотрудников
3. Внедрение современных инструментов управления (проектное управление, идентификация, управление персоналом, менеджмент качества)
4. Повышение удовлетворенности персонала, доноров
5. Соответствие требованиям сертификации Росздравнадзора качества и безопасности медицинской деятельности

ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА В 2017–2019 ГГ. ИСПОЛЬЗОВАЛИСЬ СЛЕДУЮЩИЕ ПРАКТИЧЕСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ:

1. Внедрение процессного подхода организации;
2. Обучение персонала (тренинги, семинары, лекции и др.);
3. Анкетирование доноров и специалистов медицинских организаций,

- тестирование персонала
4. Обработка статистических данных, анализ причин выявленных рисков
 5. Взаимодействие с ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора, с Региональным центром компетенции по качеству и безопасности медицинской деятельности МЗ РБ

С целью эффективного обеспечения безопасности и благополучия пациентов для сотрудников станции было организовано обучение на практических занятиях по сердечно-легочной реанимации, гигиенической обработке рук, профилактике падений и тренинги на командообразование, профилактику профессионального выгорания.

Другим направлением проекта стало формирование комфортной среды для доноров: от организации электронной очереди, записи приема по интернету, внедрения программы лояльности постоянным донорам до создания фотозоны, Wi-Fi, детского уголка для доноров с детьми, установки кулеров и разработки телефонных речевых модулей, широкого информирования населения через СМИ, выпуска печатной продукции.

Для усиления надежности технической составляющей проекта закуплены медицинское оборудование и персональные компьютеры с установкой программы АИСТ.

Мотивационным стимулом стало премирование участников проекта в зависимости от результативности работы (2017 г. стимулирующие выплаты составили 101,3 т.р., 2018 г. — 210,6 т.р., 2019 г. — 189,5 т.р.)

По результатам независимой оценки доноров и специалистов медицинских организаций процент удовлетворенности за три года достиг своих максимальных показателей. Анкетирование среди доноров показал рост с 97% в 2017 г. до 99,9% в 2019 г. Среди медицинских учреждений удовлетворенность качеством и эффективностью применяемых компонентов крови, а также своевременностью выполнения заявок на компоненты крови составила 100%.



Зеленцова В.Ф.

В 2019 года внешний первичный аудит и оценку соответствия системы внутреннего контроля качества и безопасности провел Региональный центр компетенции МЗ РБ. В этом же году ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора сделал экспертизу состояния системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, в ходе которой на июнь 2019 года соответствие требованию составило 83%. После доработки по плану корректирующих мероприятий повторная инспекция ФГБУ в декабре 2019 года отметила 90% выполнения требований Рекомендаций Росздравнадзора.



Обратная связь с донором

Бюджетные и внебюджетные средства на реализацию проекта составили по годам:
2017 г. – 3098,0 тыс. руб.,
2018 г. – 5799,4 тыс. руб.,
2019 г. – 5370,9 тыс. руб.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Реализация проекта позволила на практике усовершенствовать работу в учреждении:

- повысить удовлетворенность сотрудников своей работой (с 72,3% в 2017 году до 85,4% в 2019 г.)
- снизить количество ошибок в работе персонала,
- обеспечить безопасность компонентов донорской крови за счет улучшения качества отбора доноров, внедрения СТУ по процессам, внутренних аудитов;
- снизить списание компонентов донорской крови по сроку годности в 2019 г. до 2,9 л. (2017 г.— 67,6л.) экономия составила 776,7 т.р.,
- повысить эффективность и результативность производственных процессов при заготовке компонентов крови (100%-ая лейкофильтрация эритроцитной взвеси и карантинизация свежемороженой плазмы, внедрение пулирования тромбоцитов в добавочном растворе и инактивация аферезных тромбоцитов)
- снизить на 52,4% затраты на приобретение дезинфицирующих средств с передачей уборки клининговой службе

ВЫВОД.

В повышении внутреннего контроля качества и безопасности сыграло выполнение последовательности циклов «план-действие-проверка-корректировка».

Результатом вышеизложенного стало получение Бурятской республиканской станцией переливания крови сертификата «Качество и безопасность медицинской деятельности» ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора в 2019 году.



Комфортные условия на этапе комплектования доноров



Условия для доноров в отделе заготовки крови

РИСК-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД И СПЕЦИФИКА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В УСЛОВИЯХ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 В РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ им. В.В. АНГАПОВА



С появлением пандемии COVID-19 на первый план в медицинской организации вышла проблема обеспечения эпидемиологической безопасности пациента и организация условий работы для медицинского и обслуживающего персонала. Реализация проекта началась 27 января и продолжается по сегодняшний день.

РУКОВОДИТЕЛИ ПРОЕКТА

главный врач **Дамбинима САМБУЕВ**,
заместитель главного врача по
медицинской части, главный внештатный
специалист по терапии и общей
практике МЗ РБ **Бадарма ГОМБОЕВА**

ЦЕЛЯМИ И ЗАДАЧАМИ ПРОЕКТА СТАЛИ:

- обучение персонала и организация безопасных эпидемиологических условий
- создание системы выявления нежелательных событий и устранения корневых причин
- разработка и применение стандартизованной документации по COVID-19



ПРАКТИЧЕСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ

- Внедрение нового принципа медицинской сортировки по риску инфицирования COVID-19
- Установка перегородок для выделения грязной/чистой зоны, внедрение в работу шлюзов, изоляторов и боксированных палат
- Внедрение новых стандартов обследования пациентов с высоким риском COVID-19
- Использование электронного документооборота в грязной зоне, использование документов на бумажном носителе в чистой зоне и обеспечение электронными устройствами/гаджетов для дистанционной передачи информации из грязной в чистую зону
- Организация входных фильтров для всех категорий персонала (термометрия, опрос, осмотр зева)
- Разделение персонала по различным категориям
- Обеспечение противочумными костюмами по классам защиты
- Проведение ежедневных видеоконференций/совещаний/консилиумов/вкс посредством Zoom
- Внедрение новых алгоритмов действий медперсонала при жизнеугрожающих состояниях (сердечно-легочная реанимация и т.д.)
- Организация диагностических исследований по принципу: «исследования – к пациенту», а не «пациент – к исследованию»



- внедрение бесконтактной доставки лекарственных препаратов из аптеки в отделения
- информационное и технологическое оснащение стационара для дистанционной работы
- организация раздельной маршрутизации персонала, пациентов

Для решения поставленных задач, начиная с января 2020 года, проводится постоянное он-лайн обучение персонала руководителями процессов, отдельно врачом-эпидемиологом по вопросам клиники, диагностики и профилактики коронавирусной инфекции; инструктажи по соблюдению правил облачения и снятия противочумных костюмов.

Для предотвращения распространения инфекции больницу разделили на чистую и грязную зоны с санпропускниками, где потоки пациентов (при госпитализации и выписке), медицинского персонала, прочего персонала и посетителей не пересекаются.

В качестве информационных и коммуникационных технологий по обеспечению безопасности пациентов в условиях COVID-19 сто-



ит назвать регламентирующую нормативную документацию, в том числе 25 внутренних приказов, 7 распоряжений, новые стандартные операционные процедуры, алгоритмы, памятки вместе с проведением видеоконференций и дистанционного консультирования.

Большое внимание обращено на организацию медицинского поста по приему лихорадящих пациентов с забором мазков на ковид, изоляторов для пациентов со средней степенью тяжести и в удовлетворительном состоянии, боксов в отделениях реанимации и интенсивной терапии для тяжелых больных, отдельно — с высоким риском коронавирусной инфекции и внебольничными пневмониями.

Среди дополнительных мер: организация ежедневного медицинского осмотра, санитарных пропускников с душевыми кабинками, дезинфекционные мероприятия.

НОВАТОРСТВО:

- рассмотрение каждого пациента как потенциально инфицированного COVID-19
- выделение категорий пациентов по рискам коронавирусной инфекции
- создание системы карантинизации для каждого пациента с целью исключения COVID-19
- организация новых схем маршрутизации пациентов/персонала
- внутреннее зонирование (выделение чистой/грязной зоны) в каждом отделении
- создание новых антиковидных режимов работы для каждого сотрудника
- внедрение дистанционного мониторинга критических зон с высоким риском инфицирования
- создание мульти-дисциплинарной бригады: инфекционист, пульмонолог и эпидемиолог

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Организованные мероприятия помогли:

1. Создать эффективную систему безопасности многопрофильного стационара



По договорам/контрактам, заключенным в целях профилактики, предупреждения и ликвидации последствий распространения коронавирусной инфекции, потрачено 13298942,05 млн. рублей

2. Обеспечить бесперебойную экстренную медицинскую помощь пациентам хирургического и терапевтического профилей, имеющих высокий риск коронавирусной инфекции
3. Снизить риск заражения новой коронавирусной инфекцией пациентов и персонала
4. Повысить раннее выявление коронавирусной инфекции для своевременного перевода инфицированных в ковидный госпиталь
5. Наладить слаженную командную работу медицинского персонала в условиях максимального дистанцирования и др.

РЕКОМЕНДАЦИИ.

В рамках построения эффективной системы возможна реализация следующих рекомендаций:

- Внедрение в работу новых стандартов обследования пациентов с высоким риском COVID-19, алгоритмов действий медицинского персонала при жизнеугрожающих состояниях (сердечно-легочная реанимация и т.д.)
- Переход на электронный документооборот
- Организация входных фильтров для всех категорий персонала (термометрия, опрос, осмотр зева)
- Дистанцированное взаимодействие медицинского и немедицинского персонала
- Защита персонала противочумными костюмами по классам защиты
- Ежедневное проведение видеоконференций /совещаний/ консилиумов /вкс посредством Zoom.



СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ №2



В основу проекта легла стандартизация деятельности с целью тотальной «технологичности» (воспроизводимости) качества медицинских услуг в медицинской организации.

РУКОВОДИТЕЛИ:

**главный врач Виктория КОЛМАКОВА,
заместитель главного врача
по детству Татьяна РУСИНОВА**

С 2017 по 2019 годы Городская поликлиника № 2 провела поэтапную стандартизацию всех видов профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних с соответствующим анализом проблем. Сегодня проект детской поликлиники успешно реализован в ее филиалах: педиатрическом отделении № 3 и амбулаториях поселков Нижнего Саянтуя, Забайкальский, 102–112 кварталов.

ПРОБЛЕМЫ

Основанием для открытия проекта послужили 8 взаимосвязанных проблем:

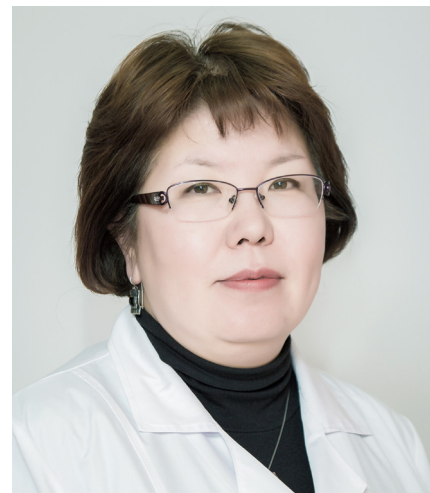
- Длительное ожидание в очереди приема врача
- Пересечение потока пациентов, подлежащих медицинскому осмотру с иными потоками пациентов
- Нерациональная маршрутизация потока пациентов
- Неоднократное посещение пациентом поликлиники при прохождении медицинского осмотра (5 и более раз)
- Возврат по потоку с целью получения медицинского заключения
- Отсутствие стандартизации процесса.
- Недостаточная доля рабочих мест, обустроенных по системе 5S
- Низкая вовлеченность сотрудников в улучшение процесса медицинского осмотра

МЕРОПРИЯТИЯ

В основные мероприятия проекта вошли изменения маршрутизации пациентов, направленные на исключение посещения регистратуры на всех этапах профилактического медицинского осмотра. Организация записи к врачам-специалистам и на исследования участковыми врачами-педиатрами, проведение на базе медицинских блоков образовательных организаций доврачебного, педиатрического осмотров и предварительной записи нуждающихся в проведении специализированного медицинского осмотра.

А ТАКЖЕ

1. Организация рабочих мест медицинского и немедицинского персонала по системе 5S
2. Пересмотр маршрутизации пациентов, изменение порядка посещения кабинетов, с исключением возврата по потоку
3. Совершенствование навигации для эффективной маршрутизации пациентов: размещение дополнительных указателей, стенов с изображением схемы поликлиники, содержащих понятные значки и цвета отделений, кабинетов и вспомогательных помещений
4. Разработка и внедрение скриптов для операторов контакт-центра, содержащих информацию по профилактическим осмотрам согласно возрастам
5. Стандартизация процессов в контексте проекта:
 - 5.1. разработка и внедрение маршрутного листа профилактического медицинского осмотра в зависимости от категории пациента;
 - 5.2. разработка шаблона электронной формы медицинского заключения;



- 5.3. разработка и внедрение СОКов по антропометрии, забору венозной крови, проведению ЭКГ, осмотра врачом-педиатром;
- 5.4. разработка стандарта рабочего места врача-педиатра образовательной организации, медицинской сестры процедурного кабинета, врача-невролога, врача-травматолога-ортопеда, врача-офтальмолога

ЭФФЕКТИВНОСТЬ

В рамках внедрения проекта достигнуты целевые показатели и произведены следующие улучшения процесса:

- Количество пересечений потока несовершеннолетних при прохождении медицинского осмотра с иными потоками пациентов снизилось с 5 до 1
- Последовательность возвратов пациента в потоке процесса прохождения медицинского осмотра сократилась с 2-х действий до 1
- Сократилось время прохождения медицинского осмотра на I этапе со 160717 секунд до 3541 секунд (в 45 раз), на II (специализированном) этапе — с 246906 секунд до 1972 секунд (в 125 раз)
- Сократилось количества посещений поликлиники при прохождении: на I этапе с 3-х раз до 0, при прохождении II этапа — с 4-х раз до 3-х
- Без участия пациента стало проводиться оформление медицинского заключения, проведения экспертизы качества медицинской помощи и доставка медицинской документации в районный военный комиссариат
- Исключено пересечение потоков пациентов, подлежащих медицинскому осмотру с иными потоками пациентов (как профилактика инфицирования в процессе

прохождения профилактического медицинского осмотра)

- Прохождение медицинского осмотра детей в возрасте 1 месяц, 1 год, 6 лет, 15–17 лет, детей сирот и детей, находящихся под опекой и попечительством, юношей, подлежащих ППГВУ, стало упорядоченным
- Организована передача результатов лабораторных исследований при

проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних посредством электронного документооборота за счет введения ЛИС «Алиса»

КЛЮЧЕВЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ

Разработанные и внедренные СОКи, алгоритмы, шаблоны позволили единообразно выполнять рутинные процессы.

С реализацией проекта существенно сократилось время прохождения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, повысилась их безопасность с исключением пересечения с иными потоками.

При проведении медицинского осмотра перераспределена нагрузка с участковых врачей-педиатров на врачей-педиатров и медицинских сестер образовательных учреждений.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ, В ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ №2



Системный подход в повышении оказания медицинской помощи пациентам, перенесшим инсульт, применили в Городской поликлинике № 2 с открытием кабинета «профилактики инсультов» и организации мультидисциплинарной бригады в рамках отделения медицинской реабилитации.

РУКОВОДИТЕЛЬ:
главный врач **В. В. КОЛМАКОВА**

Основанием внедрения проекта послужил анализ проблем ведения пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) в условиях поликлиники после выписки из стационаров.

СЛАБЫЕ ЗВЕНЬЯ СИСТЕМЫ:

- длительное время ожидания консультации невролога в общем потоке пациентов
- недостаточная организация мультидисциплинарного подхода
- отсутствие в процессе реабилитации логопедических, психологических двигательных упражнений для пациентов, перенесших инсульт
- нерациональная маршрутизация потока пациентов

- отсутствие оборудования для восстановления двигательных, речевых нарушений
- малая эффективность вторичной профилактики инсультов

На момент запуска проекта в поликлинике пациентам, перенесшим инсульт, медицинскую помощь оказывала неврологическая служба. Проводились УЗИ обследование

и определение уровня липидов клинической лабораторией ГП № 2.

Позатное совершенствование диспансерного наблюдения пациентов, перенесших инсульт, началось в 2015 году.

На первом этапе (2015–2016 гг.) открылся кабинет «профилактики инсультов» для проведения комплекса реабилитационных мероприятий мультидисциплинарной бригадой, в составе которой врач-невролог, медсестра врача-невролога, психотерапевт, врач ЛФК, психолог, логопед. Также проект включил разработку маршрутизации диспансерного наблюдения пациентов с высоким риском ССЗ и инсультами на амбулаторном этапе, составление регистра пациентов, перенесших инсульт с посещением школ здоровья и восстановления речевых навыков на логопедическом оборудовании «Лого» с БОС.

На втором завершающем этапе (2017–2019 г.г.) поликлиника прошла лицензирование отделения медицинской реабилитации, расширила штатное расписание до 2,0 ставок врача лечебной физкультуры, игло-рефлексотерапевта, создала электронный регистр пациентов, перенесших инсульт. Новым дополнительным оборудованием стали стабиллоплатформа, велоэргометр с БОС.

Вопросная техника 5W1H

Вопрос	Развернутый вопрос	Комментарий
Кто?	Для кого это является проблемой?	Пациенты, направленные на забор крови
Что?	В чем заключается проблема?	Длительное время ожидания
Когда?	Когда проблема имеет место быть?	В первой половине дня, между 8:00 и 9:00
Где?	Где обнаружена проблема?	Перед кабинетом забора крови
Почему?	Почему это является проблемой?	Некомфортное ожидание, риск конфликтов пациентов в очереди
Как?	При каких обстоятельствах возникла проблема?	Все пришли к одному времени

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ В ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ №6



Сегодня на смену старого подхода решения проблем пришло «Системное мышление», являющееся фундаментом всей области безопасности пациента. Такой системный подход применили в Городской поликлинике № 6 при организации ведения пациента с подозрением на ЗНО.

РУКОВОДИТЕЛИ ПРОЕКТА:
главный врач **Игорь АЮШИН**,
заместитель главного врача
по медицинской части
Наталья АЛЕКСАНДРОВА

ПРИОРИТЕТНЫМИ ЗАДАЧАМИ НАПРАВЛЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:

- Обеспечение диагностики онкологических заболеваний на ранних стадиях
- Снижение доли больных, умерших от злокачественных новообразований в течение первого года с момента установки диагноза до 27%
- Снижение общей смертности от ЗНО.

Сроки: 01.01.2018–01.01.2020

ОСОБЕННОСТИ В РАБОТЕ ГП №6:

ГАУЗ «Городская поликлиника №6» — крупное многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение г. Улан-Удэ,

обслуживающее население численностью 91921 человек, в том числе 68449 взрослых и 29674 детей. Особенностью населения, прикрепленного к поликлинике является его возрастная структура, где доля лиц старше 65 лет, относящихся к высокой группе риска развития онкологических заболеваний, составляет 18% от общего числа. При этом 40% обслуживаемой территории занимает частный сектор, поэтому еще одной особенностью городской поликлиники считается ее структура с многочисленными и разрозненными подразделениями, расположенными по 11 адресам Железнодорожного района города, радиусом до 25 км и площадью 120 кв. км.

ОБОСНОВАНИЕМ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА

послужил отмеченный в 2015 году рост на 12% онкозаболеваемости и 6,5% смертности от ЗНО, связанные с несвоевременным обращением за медицинской помощью (25%), длительным дообследованием (20%), несовершенством диспансеризации (25%) и другие. Проведенный анализ выявил внутренние и внешние факторы, влияющие на ситуацию. К первой группе были отнесены низкая онконастороженность врачей первичного звена, длительное обследование больных вследствие низкой укомплектованности медицинскими работниками, слабой фондооснащенностью высокоточной медицинской аппаратурой и второй группе: длительные сроки ожидания диагноза онкозаболевания в Бурятском республиканском клиническом онкологическом диспансере.

Построение эффективной системы в поликлинике началось с открытия первичного онкологического и эндоскопического кабинетов, организации работы смотрового кабинета, где прием ведут обученные по программе раннего выявления рака женской половой сферы врач-гинеколог и две акушерки, обучения по специальности «Онкология» врача-хирурга Центра амбулаторной хирургии. Поликлиника оснастилась цифровым рентген-аппаратом, маммографом, гастроскопом, УЗИ-аппаратом экспертного класса.



В разработанной в 2018 году маршрутизации больного при подозрении на злокачественное новообразование в соответствии с Приказом Минздрава России от 15.11.2012 г. № 915 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю онкология» были установлены четкие сроки прохождению обследования каждого этапа.

Поликлиника организовала внутренний контроль за качественным проведением диспансеризации хронических больных с проведением семинаров для врачей по предраковым заболеваниям. Введены постоянный мониторинг показателей диспансеризации, еженедельный мониторинг пациентов с подозрением ЗНО, критерии стимулирующих выплат врачам по показателю раннего выявления ЗНО, оптимизирована работа по взаимодействию с Республиканскими специализированными учреждениями.

ЗА ТРИ ГОДА РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА ПОЛИКЛИНИКА ДОСТИГЛА:

- Снижения показателя запущенности онкопатологии с 15,3% (2017 г.) до 12,6% (2019 г.); смертности от ЗНО на 100 тыс. населения с 204,1 (2017 г.) до 192,4 (2019 г.); годичной летальности с 27,1 (2017 г.) до 23,6 (2019 г.).
- Увеличения доли больных с выявленными злокачественными новообразованиями I–II ст. с 47% (2017 г.) до 51% (2019 г.). Показатель доли больных с выявленными злокачественными новообразованиями I–II ст. за 6 мес. 2020 г. достиг 53,8%; пятилетней выживаемости больных с онкологическими заболеваниями с 51,5 (2017 г.) до 57,8 (2019 г.).

Цель проекта и плановый эффект:

Наименование цели	Текущий показатель	Целевой показатель
Снижение сроков дообследования пациентов с подозрением на ЗНО	25 дней	14 дней
Полнота охвата дообследованием и взятия на учет	75%	90%
Увеличение удельного веса выявленных пациентов с ЗНО на 1-2 стадии	47,8%	55%

ОПТИМИЗАЦИЯ РАБОТЫ ВРАЧА-ОФТАЛЬМОЛОГА НА ПРИЕМЕ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В ГБУЗ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №1



Проблема низкой доступности оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи по профилю «Офтальмология» взрослому населению обусловила разработку и внедрение проекта по оптимизации работы медицинского персонала кабинета офтальмолога и эффективного использования внутренних ресурсов.

РУКОВОДИТЕЛИ:

главный врач

Наталья БАДМАЕВА,

заведующая отделением

оказания специализированной медицинской помощи взрослым

Цыцыгма ТАРБАЖЕЕВА

НА ЭТАПЕ «ДИАГНОСТИКА И ЦЕЛЕВОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ» рабочей группой был проведен анализ анкет пациентов, медицинского персонала и хронометраж процессных операций. Среди выявленных корневых проблем по доступности специализированной помощи оказались: ожидание очереди на плановую консультацию до 28 дней, смещение потоков пациентов в кабинете врача (пришед-

МЕТОДЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА:

- Выявление корневых причин проблемы: анкетирование, наблюдение, хронометраж, фотофиксация процесса
- Картирование потока создания ценности (текущее и целевое состояние)
- Организация рабочего места по системе 5С.
- Графическое изображение процесса (диаграмма Ямазumi, «Спагетти»)
- Мониторинг устойчивости

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПРОЕКТА:

- Сокращение времени ожидания предварительной записи на плановый прием к врачу-офтальмологу до 10 дней;
- Увеличение количества пациентов на приеме у врача-офтальмолога до 35 человек в день.
- Обеспечение амбулаторного приема плановых пациентов строго по времени — сокращение времени ожидания приема у кабинета врача от 0–5 мин.
- Увеличение времени работы врача непосредственно с пациентом на 5 мин за счет передачи части функций врача среднему медицинскому персоналу, администратору;
- Уменьшение излишних перемещений по кабинету врача на 4,9м. и медицинской сестры на 13,3м.



ЭТАП — «ВНЕДРЕНИЕ УЛУЧШЕНИЙ»

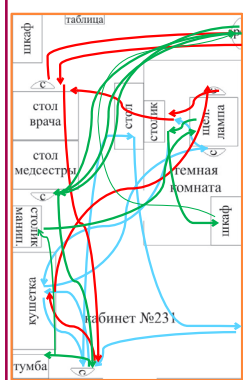
Начали с обучения медицинских сестер по проведению авторефрактометрии, оптиметрии, периметрии, организации работы операторов на приеме врача-офтальмолога и в кабинете выдачи направлений и справок; внедрили шаблоны электронных рецептов, порядок направления на консультацию к офтальмологу, рационально расставили медицинское оборудование и ввели скрипты разговора оператора Call-центра при записи к врачу офтальмологу.

ЭТАП «ЗАКРЕПЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ И ЗАКРЫТИЕ ПРОЕКТА».

В результате проведенных мероприятий удалось улучшить доступность оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи по профилю «Офтальмология». За счет перераспределения нагрузки в деятельности врача и медицинской сестры увеличилось время приема врачом каждого пациента. Прием плановых пациентов стал проходить строго по времени и вырос с 75% до 100%.

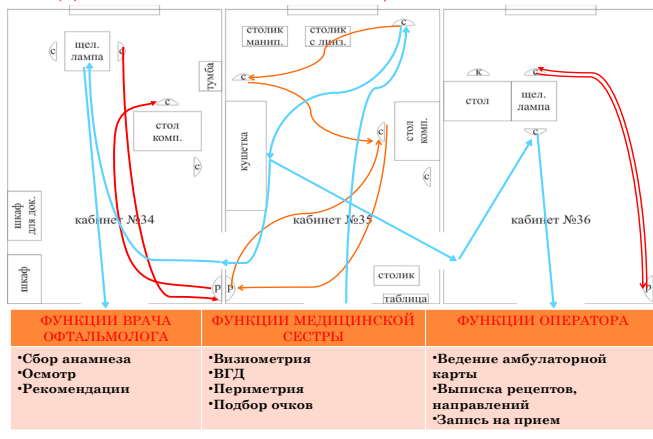
ших по записи и без нее), чрезмерная загруженность медицинской сестры, вследствие чего врач вынужден выполнять не свои собственные функции, а также недостаточное владение компетенциями медицинской сестрой: рефрактометрией и периметрией, необоснованные направления на консультацию к врачу-офтальмологу врачами терапевтами и другие.

ДИАГРАММА «СПАГЕТТИ» - ОТРАЖАЕТ ПЕРЕМЕЩЕНИЯ ВРАЧА, МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ И ПАЦИЕНТА (ТЕКУЩЕЕ СОСТОЯНИЕ)



- Выявленные проблемы и потери**
- Длительное ожидание приема
 - Время приема 15 мин. Всего на приеме 28 чел.
 - Пересечение потоков пациентов в кабинете (первичные, повторные)
 - Одновременно 2 пациента в кабинете (у врача и м/с)
 - Недостаток оборудования (нет авторефрактометра, периметра)
 - 10 % пациентов не имеют показаний для консультации офтальмолога
 - Необоснованно частые консультации и контроли
 - 15% пациентов не являются на прием
 - Высокая нагрузка у медсестры 1 пациент – 16 операций
 - 25% времени общения пациента и врача

ДИАГРАММА «СПАГЕТТИ» – ЦЕЛЕВОЕ СОСТОЯНИЕ



ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ СИСТЕМЫ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В МУХОРШИБИРСКОЙ ЦРБ



Мухоршибирская ЦРБ с 2017 по 2020 года проводит поэтапное внедрение Практических рекомендаций по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационар) Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения.

В рамках внедряемых в стационаре 5-ти направлений Рекомендаций, особая роль отведена организации внутреннего контроля качества и безопасности деятельности медицинских сестер и младшего медицинского персонала (идентификация личности пациента, безопасная среда в МО, хирургическая безопасность, эпидемиологическая безопасность, лекарственная безопасность). За этот период разработаны и внедрены более шестидесяти СОПов и алгоритмов по направлениям сестринской деятельности и деятельности младших медицинских сестер по уходу за пациентами.

РУКОВОДИТЕЛИ: главный врач **Татьяна ЗРДЫНЕЕВА**, главная медицинская сестра **Галина ПОТЕХИНА**

ЛЕКАРСТВЕННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ

Для реализации направления:

- разработаны и внедрены 12 СОПов: по организации хранения и транспортировки ЛС и МИ, также с забракованными и фальсифицированными ЛС и МИ
- на постоянной основе проводится инструктаж с лицами, ответственными за организацию хранения ЛС и МИ
- организована доставка ЛС (в т.ч., иммунобиологических препаратов) и МИ по ФАПам и врачевым амбулаториям по графику

- во всех врачевых амбулаториях и фельдшерско-акушерских пунктах по единым требованиям укомплектованы укладки для оказания скорой и неотложной медицинской помощи

В 2018 году внедрен в историю болезни лист сестринского наблюдения, где фиксируются и контролируются все параметры ухода за пациентом.

БЕЗОПАСНАЯ СРЕДА

В ЦРБ внедрена Программа предотвращения падений для обязательной оценки всех пациентов на предмет риска падений, внедрения мероприятий по предотвращению подобных случаев. Пациенты при поступлении подлежат оценке риска падений по шкале Морса медицинской сестрой отделения. Группе риска по падениям надевается идентификационный браслет желтого цвета, ставится желтая полоса на титульный лист медицинской карты в верхнем левом углу, а также приклеивается желтая наклейка (стикер) на дверь палаты.

30 января 2020 года прошли обучение восемь сотрудников ЦРБ (участковые медсестры, медсестра кабинета врача — невролога, палатные, младшие медсестры и медсестры ПИТ) по профилактике пролежней в Региональном центре компетенции в РКБ им. Н. А. Семашко. В последующем в ЦРБ организована система регистрации и сбора информации о случаях пролежней пациентов с их разбором и анализом. Разработан алгоритм оценки риска, профилактики и лечения пролежней, назначен консультант по



пролежням — старшая медицинская сестра хирургического отделения Н. А. Хомякова, организована школа для пациентов и их родственников по профилактике пролежней. Разработаны формы согласия на обучение по уходу за пациентом с риском развития пролежней и согласия пациента на предложенный план ухода. Большое значение уделяется организации взаимосвязи с участковыми врачами, заведующими ФАП, врачевыми амбулаториями с целью регистрации и сбора информации о случаях пролежней пациентов в амбулаторных условиях с оформлением извещения о выявлении пролежней и последующем выездом консультанта к пациенту.

УНИВЕРСАЛЬНАЯ (КЛИНИЧЕСКАЯ) МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА

В феврале 2020 года начато внедрение пилотного проекта «Универсальная (клиническая) медицинская сестра» на базе хирургического отделения (30 коек).

В рамках данного Проекта разработаны и утверждены Положение об универсальной (клинической) медицинской сестры и должностная инструкция. Перевязочная, процедурная и палатная медицинские сестры переведены на должность «Универсальная медицинская сестра». За каждой универсальной медицинской сестрой закреплены по десять пациентов от момента их поступления в стационар до выписки с выполнением всех врачевых назначений и оформлением соответствующей медицинской документации. В рамках данного проекта достигнуто рациональное распределение обязанностей между медицинскими сестрами, что повлияло на качество и безопасность оказания медицинской помощи и ухода за пациентами, повышение удовлетворенности пациентов.

В настоящее время нами поставлена задача о тиражировании данного опыта в другие стационарные отделения и поликлинику ЦРБ.



Н. А. Хомякова

ТЕЛЕМЕДИЦИНА НА СТРАЖЕ ЗДОРОВЬЯ. Детская республиканская клиническая больница



С внедрением телеконсультаций ДРКБ с медицинскими организациями труднодоступных районов, а затем со всеми центральными районными больницами и медицинскими организациями города у пациентов появилась уникальная возможность получить консультацию высококвалифицированных специалистов, не выезжая из района.

Особенно актуальными телеконсультациями стали в период неблагоприятной эпидемиологической обстановки, связанной с COVID-19, когда была временно приостановлена плановая работа по оказанию консультативной помощи в ДРКБ.

НОВАТОРСТВО

В условиях отсутствия нормативной базы по ТМК решение о внедрении телеконсультаций стало новаторством. В последующем появились отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья.

РУКОВОДИТЕЛИ:
главный врач **Аюр БИМБАЕВ**,
заведующая КО **Мария**
БАЛДАНДОРЖИЕВА

Срок реализации проекта
— с 20.03.2020 по 15.06.2020.

ЦЕЛЬ: повышение доступности и качества медицинской помощи детям Республики Бурятия.

ЗАДАЧИ:

- Увеличить охват специализированной консультативной медицинской помощью детского населения республики

- Оказать консультативную медицинскую помощь специалистам федеральных центров пациентам, находящимся на лечении в стационарах ДРКБ
- Динамическое медицинское наблюдение за состоянием здоровья пациентов республики.

МЕРОПРИЯТИЯ:

- Подготовка документации (внутренних нормативных документов) к проведению ТМК в условиях неблагоприятной эпидемиологической обстановки (регламент, алгоритмы, СОПы)
- Утверждение списка сотрудников, графика проведения ТМК
- Определение показаний и требований для проведения ТМК согласно внутреннему регламенту
- Проведение ТМК согласно разработанному алгоритму действий при проведении телемедицинского консультирования
- Координация регулярной работы медицинских учреждений районов и г. Улан-Удэ в режиме ТМК
- Мониторинг результатов ТМК
- Учет и анализ, проведенных ТМК
- Направление информации в Минздрав РБ.

За весь проектный период проведено 409 телемедицинских консультаций с городскими и районными медицинскими организациями (апрель 2020 года — 172 телеконсультаций, с 01.05.2020 по 15.06.2020 — 237 телеконсультаций). 351 пациенту была скорректирована тактика ведения и лечения на амбулаторном этапе, 58 пациентов по итогам телеконсультаций были госпитализированы в ДРКБ.

ВЫВОДЫ.

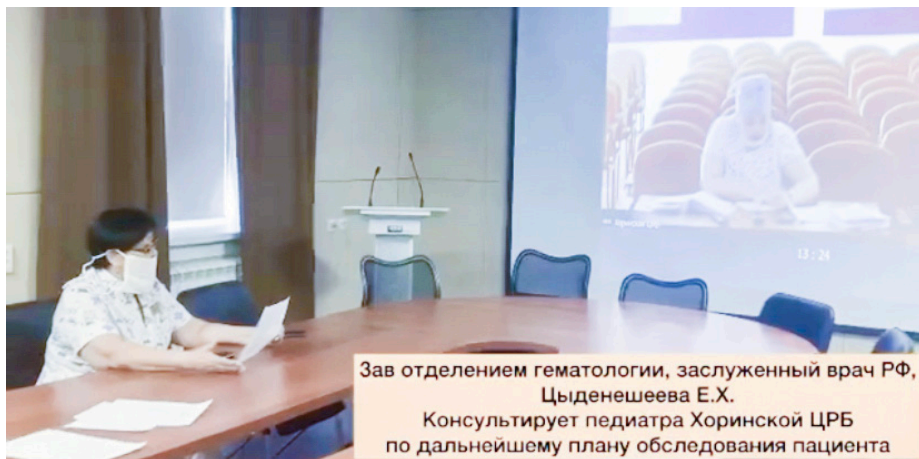
В период ограничительных мер увеличился охват нуждающихся детей в медицинской помощи. Предоставляя пациентам консуль-



тацию высококвалифицированных врачей, консилиум объединил специалистов из различных лечебных учреждений, экономя их рабочее время.

С учетом кадрового дефицита в республике ставим перед собой следующие цели: продолжение работы в формате телемедицинских консультаций «врач-врач», «врач-врач-пациент», с постепенным переходом работы в формат «врач-пациент»; удаленный мониторинг здоровья пациента (возможно приобретение переносных гаджетов и внедрение мобильных приложений, позволяющих на ранней стадии выявить различные заболевания у детей, в том числе болезни органов дыхания, сердечно-сосудистые заболевания и т.д.). Расширение спектра услуг для виртуального приема (от тестов для самостоятельного сбора анализов до таких продвинутых девайсов, как цифровые стетоскопы, гаджеты для проведения удаленного ЭКГ и т.д.), различные устройства для контроля за бронхолегочными заболеваниями.

Инновации и активно развивающиеся медицинские технологии помогут оптимизировать постановку диагноза и в целом дадут каждому пациенту доступ к качественной медицине.



Зав отделением гематологии, заслуженный врач РФ,
Цыденешева Е.Х.
Консультирует педиатра Хоринской ЦРБ
по дальнейшему плану обследования пациента

ПРОЕКТ «ЗДОРОВЫЕ УЛЫБКИ-ЗДОРОВОЕ ПОКОЛЕНИЕ» ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Обучение правилам гигиены полости рта и внедрение индивидуального плана по профилактике и лечению в школе-интернате № 22 и детском дошкольном учреждении «Колобок» смогли значительно снизить заболеваемость кариесом у подрастающего поколения.

РУКОВОДИТЕЛЬ:

главный врач **Серженна МОХОСОЕВА**

В проекте, начатом в 2016 году ежегодно диспансерное наблюдение у врачей стоматологов проходили 27 школьников 12–15 лет и 30 дошкольников от 3 до 6 лет.

ЗАДАЧИ ПРОЕКТА:

1. Формирование системы профилактики стоматологических заболеваний у детей дошкольного и школьного возрастов (чистка зубов, здоровое питание, санитарный режим и т. д.)
2. Снижение прироста распространенности и интенсивности кариеса зубов в контрольной группе
3. Снижение заболеваемости хроническими стоматологическими заболеваниями



4. Повышение информированности дошкольников, школьников, родителей, воспитателей и учителей об управляемых факторах риска стоматологических заболеваний, пропаганда здорового образа жизни.

ТРИ ЭТАПА РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА

Подготовительный этап состоял из стоматологического обследования — первичного осмотра с определением суммы кариозных, пломбированных и удаленных зубов, индекса гигиены полости рта с обучающей программой по гигиене полости рта, рациональному

питанию родителей, воспитателей, классовых руководителей. Кроме того этап включил подбор и приобретение средств гигиены ротовой полости, санацию по индивидуальному плану профилактики и лечения.

Целью второго этапа стало проведение контрольных осмотров для оценки гигиенического состояния полости рта 2 раза в год с повтором обучения гигиене полости рта, ежедневного контроля навыков чистки зубов, проведения уроков здоровья, выполнения домашнего задания родителями, создания уголков здоровья (наглядная информация для дошкольников, школьников, родителей).

На заключительном этапе сравнивались результаты обследования до и после с целью анализа эффективности системы организации лечебно-профилактических мероприятий.

ГЛАВНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ПРОЕКТА: у подростков в возрасте 12–15 лет за период с 2016 по 2019 гг. прирост кариеса снизился на 24%, а у детей от 3 до 6 лет за тот же период — на 18,2%;

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ:

с повышением общего уровня здоровья детей, где большую роль играет здоровая ротовая полость снизились затраты учебного времени детей на лечение стоматологических заболеваний, уменьшились трудовые затраты родителей на сопровождение детей в поликлинику в 2019 году по сравнению с 2016 годом на 20,8%; повысилась эффективность труда детского врача-стоматолога за счет снижения прироста кариеса временных и постоянных зубов у детей на 33,3%.

В ПЕРСПЕКТИВЕ:

- Обучение государственных и частных стоматологических клиник
- Тиражирование программы профилактики «Здоровые зубы — здоровое поколение» в учреждения министерства образования РБ
- Размещение передвижных стоматологических комплексов у торговых центров, в местах массового посещения людей в свободное время.



Участники проекта (слева направо): заведующие отделениями Надежда Капитоновна Дарбашеева, Санжита Баянжаргаловна Банзарацаева, Карина Александровна Хутакова, Юлия Матвеевна Султумова.