

СПРАВОЧНИК

**по исполнению национальных стандартов аккредитации в условиях
КГП на ПХВ «Городской поликлиники №17» УОЗ г. Алматы**



Алматы – 2024 год



ПРЕДИСЛОВИЕ

Из трех взаимовытекающих аспектов медицинской помощи, известных как «железный треугольник здравоохранения» - качество, доступность и стоимость - именно вопросы качества медицинской помощи актуальны в Казахстане как предмет самых частых жалоб в адрес медицинских организаций.

Постоянные и целенаправленные меры по улучшению качества и повышению безопасности пациента, регистрации всех видов инцидентов снижают риски ошибок при оказании медицинских услуг амбулаторным пациентам.

Аккредитация - всемирно распространенный феномен в различных отраслях, и представляет собой оценку ряда процессов и показателей в организации и присуждение определенного статуса по результату проведенной оценки.

В настоящем справочнике вкратце описаны ключевые требования национальных стандартов аккредитации и изложены примеры их исполнения согласно внутренних нормативных документов КГП на ПХВ «Городская поликлиника №17» г.Алматы (далее- ГП №17), но они не заменяют полного текста стандартов аккредитации и внутренних документов Городской поликлиники №17. Надеемся, он послужит полезным источником информации в ходе подготовки к национальной аккредитации и непрерывного поддержания стандартов после аккредитации!

Составители:

Тажиева А.Е. - Директор КГП на ПХВ «Городская поликлиника №17»

Мекебекова А.О. - СППиВА

Сулейменова Г.Р. - руководитель по интеграции служб в ПМСП



СОДЕРЖАНИЕ:

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СОТРУДНИКА

1. Миссия, Видение Поликлиники.....	4
2. Культура безопасности.....	5
3. Порядок приема на работу, ориентация сотрудника.....	6
4. Деловой этикет, внешний вид (дресс-код)	7
5. Пользование компьютером.....	8
6. Запрет на курение.....	8
7. Коды по безопасности: код красный, код синий, код розовый, код желтый, код черный, код белый.....	9

НАЦИОНАЛЬНАЯ АККРЕДИТАЦИЯ

Что такое аккредитация?	10
Как проходит аккредитация	10
Глава 1: Международные цели по безопасности пациентов (МЦБП)..	12
Глава 2: Доступность и преемственность лечения (ППЛ).....	19
Глава 3: Права пациента и семьи (ППС).....	20
Глава 4: Осмотр пациента (ОП).....	21
Глава 5: Оказание медицинской помощи (ОМП).....	21
Глава 6: Анестезия и хирургическое лечение (АХЛ).....	22
Глава 7: Менеджмент и использование медикаментов (МИМ).....	23
Глава 8: Обучение пациента и семьи (ОПС).....	24
Глава 9: Качество и безопасность пациента (КБП).....	25
Глава 10: Профилактика и контроль инфекций (ПКИ).....	26
Глава 11: Управление, лидерство и руководство (УЛР).....	28
Глава 12: Менеджмент зданий и безопасность (МЗБ).....	30
Глава 13: Квалификация и образование персонала (КОП).....	31
Глава 14: Менеджмент информации (МИ).....	32



Миссия и видение Городской поликлиники №17 МИССИЯ

Охрана и улучшение здоровья населения города, реализация государственной политики в области здравоохранения, регулирование предоставления медицинских услуг прикрепленному населению.

Видение

Создание эффективной системы оказания медицинской помощи прикрепленному населению, основанной на принципах солидарной ответственности за охрану здоровья между государством и человеком, с приоритетным направлением профилактики заболеваний и пропаганды здорового образа жизни, направленной на улучшение здоровья граждан, с обеспечением реализации мероприятий в рамках Единой национальной системы здравоохранения (ЕНСЗ), развитием стационарозамещающей помощи. (выписка из Стратегии развития Поликлиники на 2017-2021 г.)

2. Культура безопасности/ справедливая культура

«Справедливая культура» или «культура безопасности» - это поддерживаемая руководством атмосфера в коллективе, при которой сотрудники не боятся и не стесняются сообщать об ошибках, где нет преследования, насмешки или наказания тех, кто сообщил об инциденте.

Выявление проблем и ошибок повышает безопасность пациента.

Вне зависимости от должности, возраста, Вы не должны бояться сообщать о почти-ошибке (потенциальной ошибке), проблеме или ошибке, экстремальном событии (ошибка с нанесением значительного вреда здоровью). Можно это сделать анонимно или с указанием своего имени, заполнить «Отчет об инциденте» и поместить в «Ящик для инцидентов» (на стене между Call - центром и табло с графиком приема врачей, 1 этаж справа от входа).

Бланк отчетов об инциденте доступен для сотрудников (в сервере или на стенде).





3. Порядок приема на работу, ориентация сотрудника

1. Прием на работу осуществляется согласно утвержденному порядку в Программе по управлению персоналом:

2. Объявление вакантной должности, поиск кандидатов;

3. Собеседование (интервью) кандидата с руководителем подразделения, затем с курирующим заместителем директора;

4. Предоставление кандидатом документов, включая сведения о медицинском осмотре в отдел кадров (ОК);

5. Анализ документов отделом кадров, верификация подлинности дипломов и сертификатов у первоисточника (для медицинских работников);

6. Представление инспектором ОК кандидата на заседание Совета по кадрам (СК), ознакомление членов СК с документами, собеседование и принятие решения о приеме на работу или отказе;

7. Подписание трудового договора, ознакомление с должностными инструкциями;

8. Ориентация сотрудника* (инструктаж по пожарной безопасности, готовности к ЧС, технике безопасности, инфекционному контролю, медицинскому оборудованию и др. вопросам в зависимости от должностных обязанностей).

9. Первичное утверждение привилегий (для врачей), первичная оценка компетенций (для медицинских сестер) до начала работы с пациентами.

10. Прохождение испытательного срока, отчет о прохождении испытательного срока.

*Ориентация сотрудника - это проведение всех необходимых инструктажей при трудоустройстве для ознакомления сотрудника с требованиями к работе. Трудоустройство работников осуществляется на основе Программой управления персоналом, утвержденной в Городской поликлинике №17.

4. Деловой этикет, внешний вид (дресс-код)

Медицинские костюмы работников соответствуют принятому в Городской поликлинике № 17 единому порядку.

Все сотрудники должны носить бейдж с фото, указанием Ф.И.О. и должности. Это необходимо для идентификации сотрудников в целях безопасности.

Деловой стиль одежды сотрудников, включая административно- управленческий персонал, должен быть консервативным и сдержанным:

- обувь должна быть удобной, высота каблука не выше 4 см;
- макияж не должен быть вызывающим;
- не рекомендуется носить короткие юбки (выше колен), одежду, открывающую спину и плечи;
- волосы должны быть убраны или аккуратно уложены;
- маникюр должен быть естественным; неуместны длинные ногти. Врачам, среднему и младшему медицинскому персоналу запрещается иметь длинные ногти;
- ювелирные украшения в минимальном количестве. Врачам, среднему и младшему медицинскому персоналу запрещается носить кольца с камнями во время осмотра пациента, выполнения манипуляции или процедуры. В операционной комнате запрещено носить цепочки, часы, кольца.





5. Пользование компьютером

Все пользователи корпоративной сети Городской поликлинике №17 должны получить логин и пароль для авторизации и работы в корпоративной сети, согласно приказа Главного врача от 15 июня 2018 года № 128 «Об утверждении приложений к Политике информационной безопасности» и СОПа «Правила о парольной защите в Городской поликлинике №17».

По вопросам регистрации флэш-карт (электронных носителей) в Городской поликлинике №17 обращаться к программистам (вн. тел. 87021888905).

По вопросам пользования электронной медицинской картой «ДамуМед» медицинским работникам обращаться в Отдел цифровизации и статистической отчетности каб. 200, 2 этаж (тел.8 727 337 82 47).

6. Запрет на курение

КУРЕНИЕ НА ТЕРРИТОРИИ Городской поликлиники №17 ЗАПРЕЩЕНО!

(внутри здания и на прилегающем участке Городской поликлиники № 17)

*На основании пункта 5, статьи 110 Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК «О здоровье народа и системе здравоохранения»
Курение на территории КГП на ПХВ «Городская поликлиника №17»
Запрещено*





7. Коды по безопасности

Код красный	<p>В случае возгорания, задымления, пожара в здании или на территории Городской поликлиники №17 сообщить охране по внутреннему тел. «102»: «Код Красный, место блок, этаж), фамилия и должность позвонившего. Действия при пожаре: Посхеме оповещения охрана сообщает в противопожарную службу – «101», службу спасения ЧС – «112», и руководству поликлиники и инженеру по ТБ и ОТ – 87478208711.</p> <ul style="list-style-type: none">• пожарная сигнализация включается автоматически или вручную через пост охраны: «Внимание! Внимание! Внимание! Код Красный»;• Тушить;• Эвакуировать (пациентов)!;• Закрыть двери, окна (ограничить задымление и поток воздуха).
Код синий	<p>При необходимости оказания неотложной (реанимационной) помощи при потере сознания и/или остановке сердца: КОД СИНИЙ позвонить по внутреннему телефону 333 в отделение профилактики и социально-психологической помощи: «Код Синий, место, этаж или службе НМП – 87079566536</p> <ul style="list-style-type: none">• обученный по BLS сотрудник оказывает сердечно- легочную реанимацию до прихода команды «Код Синий»• команда «Код Синий» в течение 5 минут прибывает на место и оказывает реанимационную помощь
Код желтый	<p>При разлинии концентрированных химических и дезинфицирующих средств, требующих безопасного сбора и утилизации. Сообщается по внутреннему телефону 107 и службе ИК 87013297501. Дальнейшие действия по команде медицинской сестры инфекционного контроля</p>
Код черный	<p>При угрозе взрыва, получении сообщения о заложенной бомбе, обнаружении подозрительного предмета, похожего на взрывное устройство на территории или в здании.</p> <p>Сообщить на пост охраны по внутреннему номеру «102»: «Код Черный, определенное место) и инженеру по ТБ и ОТ – 87478208711.</p> <p>Сотрудник охраны вызывает работников правоохранительных органов по номеру – «102», противопожарную службу – «101», службу спасения ЧС – «112».</p> <ul style="list-style-type: none">• По утвержденной схеме оповещения, подает сигнал по громкой связи: «Внимание! Внимание! Внимание! Код Черный».
Код белый	<p>В случае возникновения угрозы насилия в помещении Поликлиники сообщить на пост охраны по внутреннему номеру «102»: «Код Белый, определенное место) и инженеру по ТБ и ОТ – 87478208711. Вкратце объяснить ситуацию: нападение, угроза, драка, крики и др. При наличии деяния подлежащего административной и уголовной ответственности, сотрудник охраны вызывает работников правоохранительных органов по номеру 102, которые дают оценку данному деянию.</p>



Код розовый

При пропаже, похищении или попытке похищения ребенка, находящегося в здании Поликлиники необходимо набрать внутренний номер телефона **102**, на пост охраны и инженеру по ТБ и ОТ – **87478208711**. В случае возникновения ситуации на территории поликлиники необходимо позвонить по моб. связи ватсап Поликлиники 8(708)5051717 и сообщить следующие сведения:

- 1) ФИО ребенка;
- 2) точный либо примерный возраст ребенка;
- 3) пол;
- 4) особые приметы, во что был одет;
- 5) последнее местоположение.

При наличии деяния подлежащего к уголовной ответственности, сотрудник охраны вызывает работников правоохранительных органов по номеру **102**, которые дают оценку данному деянию.

Национальная АККРЕДИТАЦИЯ

Что такое АККРЕДИТАЦИЯ?

АККРЕДИТАЦИЯ проводится с целью непрерывного улучшения качества медицинского ухода и безопасности путем предоставления обучения, консультаций и сертификации.

Аккредитация позволяет:

- быть конкурентоспособной организацией,
- укрепить доверие общества,
- подтвердить качество медицинских услуг и усилить меры по его улучшению,
- снизить риски (для жизни пациентов, персонала, посетителей),
- поддерживать культуру безопасности и благоприятный корпоративный дух в коллективе!

Как проходит аккредитация?

При аккредитации медицинской организации приезжает группа аудиторов из Центра аккредитации РЦРЗ, которые в течение трех рабочих дней оценивают соответствие медицинской организации национальным стандартам.

Выполнение стандартов оценивается:

- по документам (обзор правил, форм и записей);
- путем опроса сотрудников (отдельные сессии-интервью или при обходах);
- путем личного наблюдения;
- при трейсерах (обходы).

Как правильно вести себя с аудитором при аккредитации:

1) **«Не убегайте» от него!** Проявите интерес, что Вы рады с ним общаться и готовы ответить на все его вопросы. Исключение: если вам нужно быть с пациентом (лечение, процедуры, осмотр). Пациент - прежде всего!

2) **Будьте дружелюбны**, улыбнитесь и представьтесь (Ваше имя и должность).



3) **Всегда выслушивайте вопрос до конца!** У Вас всегда есть время обдумать заданный Вам вопрос.

4) **Не волнуйтесь! Не бойтесь!** Аудитор пытается ознакомиться с вашей работой, а не критиковать или проверять ее.

5) **Не стесняйтесь** переспросить или уточнить вопрос. Лучше переспросить и быть уверенным в том, что вы поняли вопрос, чем дать неверный ответ из-за того, что вы не поняли вопрос.

6) **Будьте честны!** Скажите «как есть», не придумывайте что-либо «на ходу». Такой же вопрос они могут задать еще 10 сотрудникам, и ответы должны совпадать.

Если не знаете ответ, скажите, что на него лучше ответит Ваш старший коллега (например, старшая медсестра, зав. отделением).

7) **Вы всегда можете заглянуть в документы** - справочник, правила, бейдж или памятку, это не запрещено и не считается нарушением.

Будьте готовы обосновать свой ответ на документах (правила, СОП, и т.п.). Вас могут попросить их показать!

8) **Не надо спорить «попусту»!** Аудиторы не приехали с целью критиковать Вас!

9) **Не рекомендуется** вмешиваться в ответ коллеги и пытаться ответить за него! Если Вы считаете, что Вы знаете лучше, попросите разрешения у аудитора ответить на заданный вопрос.

10) **Не говорите лишнего! Отвечайте четко на заданный Вам вопрос!** Ненужные подробности с Вашей стороны влекут за собой дополнительные вопросы от аудитора!

Не начинайте ответ «издалека». Давайте прямой и конкретный ответ на заданный вопрос.

Не говорите: «Ну, обычно это делается так, но сейчас/сегодня случилось вот так», или «Я не знаю, потому что в это время был в отпуске» и так далее. Это производит впечатление безответственности и неисполнения стандартов.

11) **Вы всегда можете попросить совет у аудитора** по вопросу касательно работы или темы разговора. Аудиторы всегда рады дать полезные советы, которые нужно терпеливо выслушать и поблагодарить за рекомендации.

12) На вопрос, кто отвечает за качество (качество работы), ответ – **КАЖДЫЙ работник!** Для экспертов важно понять, что вы качественно работаете и постоянно стремитесь улучшать свою работу (**через инциденты, индикаторы, проекты по улучшению**).

13) **Уверенность в ответах и ваша добросовестная работа** - залог того, что вы сумеете достойно показать ваш ежедневный труд и соответствие стандартам!

14) **Улыбнитесь и поблагодарите эксперта!**

УДАЧИ!

Глава 1: Международные и национальные цели по безопасности пациентов

Знать и выполнять цели по безопасности пациентов (МЦБП) - обязанность каждого медицинского работника!

Цель 1. Правильная идентификация пациентов

Перед каждой процедурой, забором биоматериала на анализ, введением лекарственных средств (ЛС) и любой иной манипуляцией необходимо проверить полные Ф.И.О. и дату рождения пациента (спросить устно, проверить по браслету или проверить по документам). На каждом листе в медицинской карте должны быть полные **два идентификатора пациента (Ф.И.О., дата рождения)**. Пациенты дневного стационара должны носить бейдж с указанием Ф.И.О. и даты рождения.

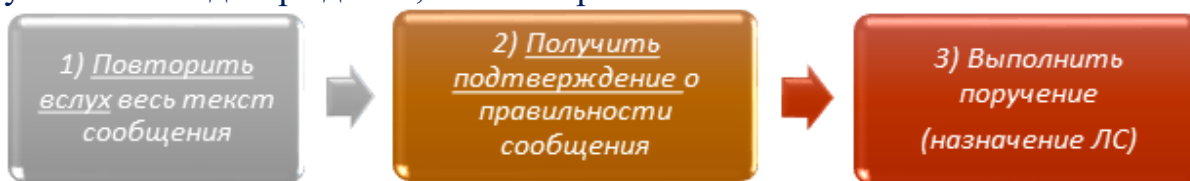
См. Правила идентификации пациентов*

Цель 2. Эффективная передача информации среди сотрудников

При получении назначения лекарства от врача устно или сообщении критического или экстренного результата анализа устно или по телефону, нужно:



При невозможности записать: полностью повторить сообщение вслух и услышать подтверждение, что все правильно.

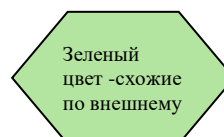


В Городской поликлинике №17 определены критические (значительно отклоненные от нормы) значения лабораторных и диагностических исследований, при выявлении которых необходимо оповещение врача пациента.

См. Правила передачи информации устно и по телефону *

Цель 3. Повышение безопасности использования медикаментов высокого риска.

Концентрированные электролиты хранятся только в тех отделениях, где определена их клиническая необходимость. Для предупреждения ошибочного введения они хранятся на отдельной полке, обозначены красной наклейкой





(упаковка, и если отдельные ампулы, вынутые из упаковки), доступ к ним ограничен. Также цветной наклейкой маркируются медикаменты со **схожей упаковкой и со схожим названием** - чтобы повысить внимание персонала и не перепутать их. **Синим цветом** - схожие по названию, **зеленым цветом** - схожий по внешнему виду.

См. **Правила обращения с медикаментами высокого риска ***

Определения по медикаментам

<p>Действия врача при выявлении нежелательного явления (НЯ) на медикамент: регистрация в медицинской карте и сообщение ответственному за фармаконадзор (Ким В.Э. заместитель директора по ЛР, фармацевт Сейдахмет С.Т., Ауганбаева А.К. – врач дневного стационара)</p>
<p>Формулярная комиссия – главный экспертно-консультативный орган, обсуждающий все вопросы, связанные с использованием медикаментов</p>
<p>Серьезное НЯ – это нежелательное явление, которое потребовало госпитализации, либо привело к нарушению трудоспособности, инвалидизации, или к смерти пациента</p>
<p>Аудит врачебных назначений – проверка врачебных назначений/рецептов вторым специалистом, компетентным в данном вопросе для обнаружения возможных ошибок и предупреждения ошибок в последующем (улучшения процесса назначения). Аудит проводится провизором (рецепты), заведующим отделением (выборочно), врачом-экспертом СПП, врачом-клиническим фармакологом</p>
<p>Антибиотики ограниченного применения – антибиотики, которые врач может выписать пациенту только после разрешения/консилиума с заведующим отделением или заместителем директора по лечебной работе или врачом-клиническим фармакологом.</p> <p>К ним относят: левифлоксацин, моксифлоксацин, меропенем, ванкомицин</p>
<p>«Политика управления антибиотиками» - документ/программа, разработанная в поликлинике и описывающая правила назначения антибиотиков.</p> <p>Комиссия по управлению антибиотиками – комиссия из врачей и среднего медперсонала принимающая решения по всем вопросам применения антибиотиков. Проводит аудит назначений антибиотиков.</p>
<p>Медикаменты высокого риска (МВР) - это медикаменты, при неправильном применении которых можно нанести значительный вред пациенту. Эти медикаменты требуют особого внимания при хранении, назначении и выполнении. Маркируются красным стикером и хранятся отдельно. Список доступен для врачей и медсестер</p>
<p>Руководство по управлению и использованию ЛС – главный письменный документ, разработанный в поликлинике и описывающий правила использования</p>



медикаментов на всех этапах (заявка, закуп, хранение, назначение, выполнение, утилизация, мониторинг эффектов, мониторинг безопасности и прочее). Все правила описанные в данном документе обязательны к исполнению!

Лекарственный формуляр (ЛФ) - список медикаментов, используемый в поликлинике. Формируется формулярной комиссией поликлиники на основе Казахстанского национального формуляра, пересматривается не реже 1 раз в год. Любой врач может подать заявку на включение нового медикамента в формуляр. ЛФ доступен для всех врачей

5 золотых правил выполнения назначения: перед введением медикамента пациенту, медсестра ОБЯЗАТЕЛЬНО должна

1. Спросить у пациента его ФИО полностью и дату рождения – чтобы удостовериться что это именно тот пациент (идентификация)
2. Свериться с назначением врача тот ли это медикамент
3. Свериться та ли это доза перед тем как развести и приготовить раствор или таблетку
4. Свериться тот ли это путь введения (в/в, в/м, п/к, внутрь, инфузия)
5. Свериться то ли это время введения для данного медикамента

Данные правила значительно снижают риск медикаментозной ошибки на этапе введения медикаментов

Полное назначение медикамента - назначение считается полным, если оно выписано разборчивым почерком, медикамент написан правильно без ошибок, есть доза медикамента, путь введения, время введения, (если инфузия обязательно скорость введения), и срок применения медикамента

Устное назначение медикамента (т.е. без предварительной записи в лист назначения или рецепт) – имеет место только при экстренных неотложных ситуациях. Врач устно сообщает медсестре какие медикаменты, в какой дозе и куда вводить, медсестра на месте разводит и выполняет назначения врача. После оказания помощи все данные назначения врачом записываются в медицинскую карту пациента, медсестра ставит отметку о выполнении с указанием дозы введенного медикамента и времени введения.

Назначения по телефону - могут иметь место (например, в условиях стационара на дому, или звонок от фельдшера неотложной помощи или медицинской сестры при обслуживании вызова пациента на дом за консультацией). Данные назначения обязательно производятся согласно ПРАВИЛАМ передачи устных сообщений. Принимающий медработник в специальной форме “Лист передачи устных сообщений” записывает назначение (название, доза, путь введения, частоту, скорость введения), затем перечитывает это вслух, чтобы убедиться, что верно записал переданную информацию, после получения положительного ответа подтверждает, что назначение понял. Данный “Лист передачи устных сообщений” подписывается принявшим медработником, а также обязательно течение 24 часов подписывает врач, передавший назначение по телефону. Листок сканируется и прикрепляется к медицинской карте пациента в электронной системе.

Медикаментозная ошибка - любой случай неправильного использования медикамента на каком-либо этапе (хранение, назначение, выполнение, утилизация и



пр.) который стал причиной нанесения какого-либо вреда пациенту (вреда может даже не быть)

Почти-ошибка - любой случай неправильного использования медикамента на каком-либо этапе (хранение, назначение, выполнение, утилизация и пр.), который был обнаружен и предотвращён до нанесения какого-либо вреда пациенту (до введения пациенту)

При обнаружении медикаментозной ошибки - заполняется специальная форма “Отчет об инциденте” где в пункте инциденты с медикаментами кратко описывается данная ошибка. Далее эта форма передается в Службу поддержки пациента (каб 121) или в ящик для инцидентов. Сообщить о медикаментозной ошибке может любой сотрудник или пациент

Маркировка медикамента (приготовленного раствора/инфузии или таблетки) – маркировка медикамента специальной наклейкой содержащей ФИО пациента, дату рождения, название медикамента, дозу, путь введения и время до которого следует ввести данный медикамент в случаях если по каким-либо причинам (пациент вышел, медсестру отвлекли по срочному вопросу или прочие причины) предполагается отсроченное введение (даже через несколько минут)

Цель 4. Хирургическая безопасность и тайм-аут (проверяется, тот ли это пациент, процедура, участок тела).

Перед проведением малой операции или процедуры высокого риска необходимо **маркировать** место надреза с участием пациента, проверить готовность пациента к предстоящей операции (**предоперационная верификация**).

Перед началом малой операции/ хирургической процедуры вся хирургическая команда должна провести «**тайм-аут**» - краткая пауза, когда врач подтверждает правильность пациента, правильность процедуры, правильность места вмешательства, готовность всех членов опербригады, ИМН, ЛС, оборудования и документов. Если хотя бы один предмет или сотрудник не готов, нельзя начинать операцию!

Предоперационная верификация и тайм-аут документируются в медицинской карте. Определен список процедур, требующих маркировки тела, проведения тайм-аут и исключения, не требующие этого.

См. Правила маркировки операционного участка и проведения тайм-аут*

Цель 5. Снижение внутрибольничных инфекций через гигиену рук.

Гигиена рук - самый надежный способ профилактики инфекций! **Утвержден приказом МЗ РК №151 от 2 декабря 2022г.**

Как проводить гигиеническую антисептику рук?



Продолжительность
всей процедуры:
20-30
секунд

ОБРАБАТЫВАЙТЕ РУКИ АНТИСЕПТИКОМ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ГИГИЕНЫ РУК! МОЙТЕ РУКИ, ЕСЛИ ОНИ ЯВНО ЗАГРЯЗНЕНЫ

1a

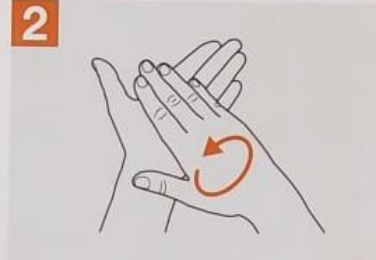


Налейте продукт в сложенную горсткой ладонь, так чтобы покрыть всю поверхность

1б

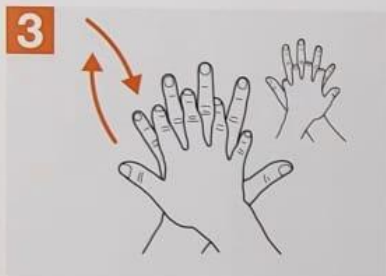


2



Потрите одну ладонь о другую ладонь

3



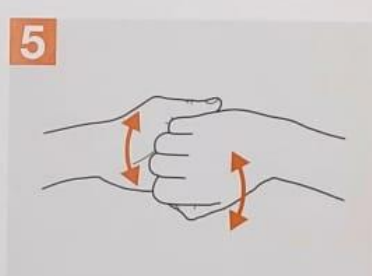
Правой ладонью разотрите тыльную поверхность левой кисти, переплетая пальцы, и наоборот

4



Переплетите пальцы, растирая ладонью ладонь

5



Соедините пальцы в "замок"; тыльной стороной согнутых пальцев растирайте ладонь другой руки

6



Охватите большой палец левой руки правой ладонью и потрите его круговым движением; поменяйте руки

7



Круговым движением в направлении вперед и назад сомкнутыми пальцами правой руки потрите левую ладонь; поменяйте руки

8



После того как ваши руки высохли, они безопасны



Всемирная Организация
Здравоохранения

Все разумные меры предосторожности были приняты Всемирной Организацией Здравоохранения для проверки информации, содержащейся в данном документе. Тем не менее опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на читателей. Всемирная Организация Здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов.



Сотрудник должен мыть руки водой с мылом перед работой, перед приемом пищи, после посещения туалета, при видимом загрязнении рук. Соблюдать **5 моментов гигиены рук** согласно рисунку: обработать руки перед контактом с пациентом, окружающей его средой, чистой/ асептической процедурой и после контакта с пациентом или окружающей его средой.

См. **Правила гигиены рук** и текст в настоящем справочнике.

ВОЗ требует соблюдать гигиену рук в следующих 5 моментах:

- **Перед контактом с пациентом:** Мыть руки перед контактом с пациентом, при приближении к нему или к ней, чтобы защитить пациента от вредных микробов.
- **Перед чистой и асептической процедурой:** Обработайте руки перед асептической процедурой, чтобы защитить пациента от вредных микробов, включая его собственные микробы.
- **После контакта с биологическими жидкостями:** Немедленно обработайте руки при возникновении риска заражения телесной жидкости и после использования перчаток.
- **После контакта с пациентом:** Обработайте руки после контакта с пациентом и окружение пациента после его/ее ухода для защиты себя и окружения от вредных микробов.
- **После контакта с предметами, окружающими пациента:** обработайте руки после контакта с любым объектом или мебелью окружавшего пациента после его ухода, даже если вы не касались пациента.

Методические рекомендации по обработке рук сотрудников медицинских организаций Республики Казахстан, утверждено приказом Председателя Комитета ГСЭН МЗ РК от 2 декабря 2022 года №151

Схема проведения при аварийной ситуаций

1. Оповещение руководства (старшая м/с, главная м/с, врач-эпидемиолог);
2. Зарегистрировать аварийную ситуацию в журнале Ф.049У в 106 каб.;
3. Провести диагностику мед.работника и пациента с помощью экспресс-теста в 106 каб.;
4. Обратиться в течение 72 часов в Центр СПИД для консультации и назначения АРВТ.

Порез или прокол иглой

- 1) немедленно снять перчатки или обнажить область раны
- 2) тщательно вымыть руки под проточной водой с двукратным намыливанием
- 3) заклеить бактерицидным пластырем

Кровь попала на открытые части тела

Вымыть руки и загрязненные участки водой с мылом

1. Оповещение руководства (старшая м/с., главная мед сестра, врач-эпидемиолог)
2. Зарегистрировать аварийную ситуацию в журнале Ф.049У в 106 каб.
3. Провести диагностику мед.работника и пациента с помощью экспресс-теста в 106 каб.
4. Обратиться в течение 72 часов в Центр СПИД для консультации и назначения АРВТ

Приказ МЗ РК от 26.05.2021г № КР- ДСМ-44 « Санэпид требования к организации и проведению санэпид и проф мероприятий по ВГ пВИЧ»

Кровь попала в глаза, на слизистые оболочки, полость рта

- 1) Глаза немедленно промыть под проточной водой в течение 1-2 мин.
- 2) Слизистая носа – промыть в течение 2 минут под проточной водой
- 3) Ротовая полость – немедленно прополоскать рот проточной водой в течение 2 минут

Кровь попала на одежду, оборудование и поверхность

- 1) Одежда снимается загрязненной стороной внутрь, укладывается в непромокаемый мешок и доставляется в прачечную. В прачечной проводится дезинфекция с последующей стиркой.
- 2) Поверхность следует немедленно протереть салфеткой с дез.средством. Салфетки утилизируются

Цель 6. Профилактика падений

В амбулаторных условиях риск падения оценивается врачом или средним медицинским работником после процедур, повышающих риск падения (по модифицированной шкале Морзе) и **организуется сопровождение** пациента с высоким риском падения. В туалете, у койки в палатах дневного стационара есть кнопки вызова персонала. При мытье полов должен быть знак **«осторожно, мокрый пол!»**. На стенах есть поручни, за которые можно удержаться. Обозначены первая и последняя ступеньки лестницы, в коридорах и в кабинетах должно быть достаточное освещение.

См. **Правила профилактики падений ***

** - утверждены Приказом директора №2 от «11» января 2024 г.*



ГЛАВА 2: ДОСТУПНОСТЬ И ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ (ДПЛ)

Ключевые требования:	Как это выполняется в Поликлинике:
Первичный скрининг (триаж) на инфекционные заболевания.	Сразу при входе в поликлинику организован пост, где дежурят работники отделения профилактики, которые проводят первичный скрининг (триаж) на инфекционные заболевания: температуращие направляются в фильтры- каб 107 и 118 вход с улицы
Триаж в регистратуре (по срочности)	Мед.регистратор проводит триаж на основании повода обращения: экстренные пациенты с жалобами на боли в области сердца и др. неотложные состояния – доставляются на коляске в кабинет ОКС. Срочные пациенты (с обострениями заболеваний): направляются к дежурному врачу или к заведующим соответствующего отделения для приема без очереди. Плановые пациенты записываются на прием к участковому врачу (ВОП, педиатру, гинекологу) на имеющееся свободное время, по выбору пациента.
Преимственность лечения и ухода На всех этапах лечения есть ответственный лечащий врач	Преимственность между разными службами, сотрудниками поддерживается через совместный план лечения и ухода, консилиумы, протоколы лечения и т.п. Участковый врач координирует лечение на всех этапах
Выписка или перевод из дневного стационара основаны на критериях	Есть показания к выписке по протоколу лечения Проводится ранее планирование выписки см. Правила выписки и перевода пациента в другую организацию*
Краткий профайл в амбулаторных картах (важные сведения)	Создан электронный профайл, который содержит важные сведения: диагнозы, операции, аллергии (если есть), диспансерный учёт и т.п. Есть раздел в КМИС. Перевод пациента от одного врача к другому (по желанию, с изменением адреса, с реорганизацией участков).
Прописан процесс отказа от лечения/ отпуска домой Действия врача, если пациент ушел из дневного стационара самовольно (без предупреждения)	Пациент подписывает «Добровольный отказ пациента от лечения или госпитализации» Врач пытается связаться с пациентом/ его участковым врачом/ВОП, если прерывается лечение
Перевод пациента из дневного стационара в круглосуточный или экстренная госпитализация амбулаторного пациента	Транспортировка пациента документируется

**ГЛАВА 3: ПРАВА ПАЦИЕНТА И СЕМЬИ (ППС)**

Ключевые требования:	Как это выполняется в Поликлиника
Руководство, сотрудники знают и соблюдают права пациентов	см. Правила соблюдения прав пациента*
Снижаются физические, языковые, культурные барьеры доступа к медицинской помощи	Инвалидные коляски/кресла у входа в здание Список сотрудников, говорящих на иностранных языках Навигация пациентов: достаточно знаков и указателей на трех языках (каз., рус., англ.) и шрифтом Брайля
Информирование прав пациента проводится на языке, понятном пациенту и в понятной для пациента форме	Права и обязанности пациента описаны на казахском и русском языке (доступны на стендах)
Конфиденциальность информации о пациенте Соблюдается приватность пациента	Ограничен доступ к медицинским картам Сотрудники не разглашают конфиденциальную информацию Ширмы, прикрытые двери и оголенных частей тела при осмотрах
Право пациента участвовать в лечении	Пациент имеет право на мнение другого врача Подписываются информированные согласия
Право на оценку боли	Проводится оценка и переоценка боли, управление болью (снижение симптомов)
Права умирающих пациентов	Удовлетворяются особые запросы умирающего пациента.
Жалобы и разногласия	Внедрен процесс сбора, расследования жалоб (СППиВА), по возможности с участием пациента Есть ящики для сбора жалоб и предложений
Специальное информированное согласие <i>Согласие включает текст:</i> О преимуществах, Рисках (осложнениях), Альтернативных методах лечения.	Берется письменно на операцию, процедуру высокого риска и на вакцинацию. Подписывает пациент или его представитель, или со слов представителя по телефону или решением консилиума врачей. см. Правила получения информированного согласия пациента*
ВНИМАНИЕ! Обязательно стучитесь перед входом в палату! Закрывайте двери при оказании медицинских услуг! Сохраняйте конфиденциальность информации о пациенте!	

Глава 4: Осмотр пациента (ОП)

Ключевые требования:	Как это выполняется в Поликлинике:
Прописано правило первичного приема по каждой специальности с указанием обязательных пунктов	см. Правила первичного и повторного приема пациента * внедрена форма «первичный осмотр пациента»



анамнеза и осмотра по системам. Первичный осмотр включает оценку физических, психологических, социальных, экономических факторов	для амбулаторных пациентов. определено содержание приемов по каждой дисциплине (виды приемов по специальности). -Психологическая оценка документируется СМР как эмоциональный статус (депрессия, испуган, неадекватное поведение ит.п.) Социальные, экономические факторы документируются медсестрой в первичном осмотре
Повторные осмотры для мониторинга результата обследования и лечения	Осмотр проводится повторно после проведенного лечения по результату обследования осмотр проводится повторно, если состояние пациента значительно изменилось со времени осмотра
Осмотр пациентов с особыми потребностями	см. Правила ухода за уязвимыми пациентами и пациентами группы риска *
Прописана частота повторных осмотров и дневниковых записей в ДС	см. Правила первичного и повторного осмотра пациента * раз в 48 часа для всех пациентов; чаще по необходимости: значительное изменение состояние пациента, изменение диагноза, определение готовности к выписке
Выполняется программа лабораторной безопасности (преаналитический этап- забор биоматериала)	см. Программу по безопасности здания и оборудования* Для снижения риска инфицирования, сотрудники при работе с биоматериалом носят СИЗ; есть устройства для промывания глаз; есть наборы для сбора разлитой жидкости (Код желтый)
Выполняется программа радиационной безопасности	см.Программу по безопасности здания и оборудования свинцовые фартуки, дозиметрический контроль
Прописаны временные рамки готовности (выдачи) результатов диагностических исследований	см. Правила назначения и выполнения диагностических исследований* зав. ЛФД контролирует своевременность выполнения экстренных исследований
Все оборудование инспектируется, калибруется, поддерживается; это документируется.	журнал технического обслуживания мед. оборудования в структурных подразделениях, наклейки на самом оборудовании, акт выполненных работ (сторонняя организация)
Внутренний и внешний контроль качества	см. Программу управления качеством рентгенологических услуг*

Глава 5: Оказание медицинской помощи (ОМП)

Ключевые требования:	Как это выполняется в Поликлинике:
Всем пациентам оказывается ЕДИНОЕ	см. Правила первичного и повторного приема



КАЧЕСТВО лечения и ухода	пациента* качество и доступ к медицинской помощи не зависят от национальности, вероисповедания, материального положения и т.п. распределение ресурсов, отношение мед. работников к пациентам зависят только от тяжести состояния пациента
План лечения и ухода за диспансерным пациентами с хроническими заболеваниями разрабатывается совместно с заведующими отделениями и документируется	«План лечения и ухода»: совместный – составляется врачом, медсестрой и др. вовлеченными специалистами по возможности, содержит измеримые цели лечения (например, «добиться рабочего давления 140/80мм.рт.ст.», «добиться стойкой ремиссии заболевания» и т.п.)
Прописаны особенности лечения и ухода пациентов группы риска	см. Правила ухода за уязвимыми пациентами и пациентами группы риска *
Внедрен Код Синий (система оказания реанимационной помощи по всей Поликлинике)	см. Руководство по оказанию реанимационной помощи (Код Синий)* см. коды безопасности на стр.10
Питание пациента соответствует его состоянию/ заболеванию Пациент и члены семьи обучены о диете пациента	Лечащий врач определяет диету пациента Членам семьи медперсонал проводит обучение (Лист обучения пациента) о диете пациента и об ограничениях в питании (запрещенные продукты) Реакция пациента на питание документируется лечащим врачом в осмотре
Оценка и переоценка боли и управление болью	см. Правила управления болью *

Глава 6: Анестезия и хирургическое лечение (АХЛ)

Ключевые требования:	Как это выполняется Поликлинике:
Стандартизовано оказание анестезии по всей Поликлинике Мониторинг пациента во время анестезии	В Поликлинике применяется только местная анестезия Во время анестезии мониторинг ЧСС; АД.
Предварительный осмотр хирурга Протокол операции План послеоперационного лечения и ухода	см. Правила проведения хирургических процедур* Документируется предоперационный эпикриз Протокол операции документируется План послеоперационного лечения совместный (врач, медсестра, др.специалисты), документируется в теч. 30 мин. после операции
Информированное согласие на операцию. С пациентом обсуждены преимущества,	Для операции - «Информированное согласие на операцию».



риски, альтернативы предлагаемого лечения	См. Правила получения информированного согласия пациента *
---	--

Глава 7: Менеджмент и использование медикаментов (МИМ)

Ключевые требования:	Как это выполняется в Поликлинике
Стандартизовано обращение с лекарственными средствами (ЛС) по всей Поликлинике	см. Правила обращения с лекарственными средствами *, где прописан процесс планирования закупа ЛС, требования к хранению ЛС, назначению ЛС, приготовлению/разведению ЛС, введению ЛС, мониторингу пациента после приема ЛС
Формулярный список	Утверждается как минимум ежегодно Формулярной Комиссией ЛС добавляются и исключаются из формулярного списка на основе критериев
Хранение ЛС	Ежемесячная проверка хранения ЛС по всей Поликлинике сотрудниками Аптеки. Старшая медсестра проверяет сроки годности ЛС каждые 10 дней. Принесенные пациентом ЛС в дневном стационаре маркируются/ФИО, дата, рождения/, хранятся отдельно.
Назначение ЛС врачами	Назначение врача полное (название ЛС, доза, путь и скорость введения, курс, время приема). Врач учитывает лекарственный анамнез (принимаемые ранее лекарства) Если назначение по показаниям, врач указывает показание (АД выше ..., боль от ...баллов) Медсестра не выполняет назначение, если оно неполное, неразборчивое- уточняет у врача
Введение ЛС	Медсестра сверяет с Листом назначения: Тот ли пациент, тот ли медикамент, та ли доза, путь введения, время/ кратность При введении нового для пациента ЛС-мониторинг состояния пациента в течение часа (каждые 15 минут проверить состояние пациента)
Есть определение «почти ошибки», связанной с ЛС	Потенциальная медикаментозная ошибка (почти-ошибка) – отклонение от ожидаемого процесса на любом этапе использования ЛС, которое не повлияло на исход в этот раз, так как было обнаружено и предотвращено до нанесения возможного вреда пациенту, но при повторении может привести к медикаментозной ошибке
Есть определение ошибки, связанной с ЛС	Медикаментозная ошибка – любое предотвратимое событие, которое может привести к неправильному использованию ЛС или угрожать



	безопасности пациента
Все почти-ошибки и медикаментозные ошибки сообщаются	Любой сотрудник должен заполнить и подать в СППиВА «Отчет об инциденте» не только при ошибках, почти ошибках, но и побочных эффектах ЛС

Глава 8: Обучение пациента и семьи (ОПС)

Ключевые требования:	Как это выполняется в Поликлинике:
Есть структура или механизм обучения пациентов, ресурсы для обучения пациентов	Каждое отделение разрабатывает памятки для пациентов и при координации с чемпионом главы «ОПС» обеспечивается доступность памяток пациентам.
Документируется оценка потребности пациента в обучении, желание обучаться, оценка уровня грамотности пациента	В первичном сестринском осмотре амбулаторного пациента медицинская сестра оценивает потребности пациента в обучении, способность к обучению, оценка уровня грамотности
Обучение пациента документируется	В листе обучения пациента
Оценка барьеров в обучении	В листе обучения пациента указываются барьеры к обучению (физические, языковые, и т.п.) и персонал по возможности, пытается снижать барьеры
Проверка того, что пациент понял/усвоил информацию	Врач или медицинская сестра или иной специалист, проводящий обучение пациента, должен переспросить у пациента ключевые моменты обучения. Например, попросить повторить, что он понял по приему лекарств. Если ответ пациента не удовлетворительный, пациенту или его члену семьи повторно объясняются ключевые моменты или информация выдается письменно (памятка, выписка)

Глава 9: Качество и безопасность пациента (КБП)

Ключевые требования:	Как это выполняется в Поликлинике:
Программа по улучшению качества и безопасности пациентов	Основной документ по улучшению качества Поликлиники. Утверждается ежегодно решением Управляющего органа Поликлиники – Наблюдательного совета
Индикаторы: Выбор индикаторов	см. Правила по разработке и сбору индикаторов качества*
Сбор данных по индикаторам	СППиВА помогает сотрудникам в выборе индикаторов, в методике сбора данных
Свод и анализ данных по индикаторам	Каждый зав. отделением и другие ответственные сотрудники собирают данные по выбранным индикаторам. По выбранному индикатору заполняется «паспорт индикатора». По данным индикаторов делается анализ и принимаются меры (действия по улучшению работы).



	<p>Если индикатор специфичный для отделения, анализ и меры принимает зав. отд., если общепольничный – анализ и меры принимают ответственные лица.</p> <p>Данные сравниваются в динамике с прошлым периодом и с внешними данными (бенчмаркинг)</p>
Валидация данных	<p>см. Инструкцию по валидации данных * Зав. отд. статистики и СПП и ВА проводят валидацию данных – пере проверку достоверности данных.</p>
«Экстремальное событие» (инцидент с нанесением значительного вреда) – есть определение, такие случаи сообщаются и разбираются (анализ корневых причин) в течение 45 дней.	<p>Экстремальное событие – это инцидент, приведший к смерти, серьезной физической травме, не связанной с естественным течением болезни пациента или его состоянием; суицид; операция не тому пациенту, не та операция, не на том месте; похищение пациента; насилие. Любой сотрудник должен заполнить и подать в СППиВА «Отчет об инциденте». СППиВА делает анализ корневых причин в течение 45 дней</p>
«Почти ошибка» («чуть не ошибся») – есть определение, такие случаи сообщаются и разбираются	<p>Это отклонение от ожидаемого процесса, которое не повлияло на исход в этот раз, но при повторении может привести к нежелательному событию. Сообщается в СППиВА через «Отчет об инциденте». см. Правила управления инцидентами *</p>
Проекты (инициативы) по улучшению работы	<p>Инициативы по улучшению качества работы и безопасности пациента планируются, выполняются, контролируются через «проекты по улучшению работы» (ПУР). В ПУР есть данные (цифры), доказывающие эффективность / успех проекта. При необходимости вносятся изменения в правила, выполняются корректирующие действия. см. Программу по улучшению качества и безопасности пациента *</p>
Управление рисками	<p>см. Программу по управлению рисками * Выявляются, анализируются и снижаются риски: раз в год в Поликлинике делается «Анализ рисков (возможных сбоях) и их последствий» (FMEA), на основе которого пересматриваются процессы высокого риска и существующие риски минимизируются</p>

Глава 10: Профилактика и контроль инфекций (ПКИ)

Ключевые требования:	Как это выполняется в Поликлинике:
Программа по профилактике и контролю инфекций	См. Программу инфекционного контроля * <ul style="list-style-type: none"> • Служба инфекционного контроля (СИК) • Комиссия инфекционного контроля (КИК) • Программа по ИК охватывает всю территорию Поликлиники, всех сотрудников, пациентов, посетителей
ВБИ (внутрибольничные инфекции или инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи)	Проводится сбор данных по ВБИ: <ul style="list-style-type: none"> • Инфекции мочевых путей (связанные с мочевым катетером и дренажами) • Инфекции послеоперационной раны • Мультирезистентные микроорганизмы (MRSA, VRA) и прочие важные для Поликлиники инфекции
СОП (стандартные операционные процедуры) по инфекционному контролю	• В Поликлинике утверждены необходимые правила и СОП в области инфекционного контроля (отдельные СОП)
Использование одноразовых и многоразовых ИМН	Повторное использование одноразовых ИМН запрещено! При истечении срока годности стерилизации и после использования многоразовых инструментов или ИМН, они повторно стерилизуются
Медицинские отходы	Сбор острых, колющих, режущих предметов - только в КБСУ (желтый пластиковый контейнер с крышкой), наполнять не более 3/4 объема. Классификация отходов по видам: А,Б,В,Г,Д
Вентиляция	В Поликлинике есть кабинеты-фильтр для изоляции пациентов с воздушно-капельной инфекцией.
Средства индивидуальной защиты (СИЗ)	СИЗ носить правильно и когда показано (см. далее)

Стандартные меры предосторожности и СИЗ

Стандартные меры предосторожности – это меры по профилактике инфекций путем обработки рук, ношения спец. одежды и средств индивидуальной защиты (СИЗ).

Если есть риск взаимодействия с кровью и любыми биологическими жидкостями пациента, нужно использовать СИЗ (халаты, маски и защитные очки и т.п.).

- Маска должна полностью закрывать нос и рот и предотвращать проникание жидкости.
- Защитные очки должны плотно прилегать. Очки для зрения и/или солнечные очки не являются альтернативой защитным очкам.
- Обрабатывать руки необходимо всегда после использования СИЗ.

СИЗ должны сниматься в следующем порядке:

- Первое: перчатки
- Второе: защитные очки или защитную маску
- Третье: медицинский халат
- Последнее: маску или респиратор с лицевой маской



Глава 11: Управление, лидерство и руководство (УЛР)

Ключевые требования:	Как это выполняется в Поликлинике:
Управляющий орган: прописаны основные функции и ответственность управляющего органа, организации, описана структура управления	Наблюдательный совет (НС) одобряет миссию Городской поликлиники 17, бюджет, стратегические планы, принимает решения об образовательной и научной деятельности. (Устав и Положение о Городской поликлинике 17)
Оценка руководства: ежегодно проводится оценка членов управляющего органа и первого руководителя Поликлиники по критериям оценки	Согласно правил оценки руководства, ежегодно проводится оценка (по установленным критериям) директора и его заместителей.
Программа по улучшению качества и безопасности пациента	<ul style="list-style-type: none"> • Программа утверждается Директором поликлиники • Ежеквартально Поликлиника отчитывается перед НС по исполнению Программы по качеству • Отчет руководства Поликлиники в НС должен включать сведения об экстремальных событиях, о результатах анализа корневых причин, о принятых системных мерах, информирован ли пациент или семья пациента об инциденте, • УОЗ принимает меры в зависимости от результатов отчета
Эффективная коммуникация (распространение информации)	Сервер (эл. почта Поликлиники, система внутренней связи «Комфорт»), совещания, письма, и др.
Приоритеты (руководство Поликлиники должно определять приоритеты для улучшения качества работы)	<ul style="list-style-type: none"> • Руководство определяет приоритеты работы (на Годовых отчетах отделения, на утренних конференциях, согласование проектов по улучшению работы - ПУР) • Руководство определяет приоритетные для их мониторинга индикаторы • Руководство отслеживает эффективность использования ресурсов (Поликлиника стремится к снижению необоснованных расходов)
<ul style="list-style-type: none"> • Мониторинг договоров 	<ul style="list-style-type: none"> • Руководство отслеживает качество исполнения договорных обязательств поставщиками товаров и услуг. Поставщики оцениваются (Форма оценки поставщика) ответственным (курирующим) лицом. • В ключевых договорах аутсорсинговых услуг прописаны индикаторы, по которым Заказчик (Поликлиника)



	отслеживает качество услуг. По индикаторам собраны данные и при необходимости, принимаются меры.
•Оценка врачей-консультантов (внештатные, по договору)	• Заместители Директора совместно с зав.отд. оценивают врачей-консультантов, не являющихся работниками Поликлиники (внештатные, по договору). Для таких врачей проводится проверка подлинности документов и утверждение привилегий
•Ежегодная оценка работников основана на индикаторах	• При ежегодной оценке работников учитываются индикаторы. • У врачей форма оценки содержит 2 индикатора (№ 1, 2 пункты в форме оценки врача).
Протоколы лечения	Ежегодно руководство Поликлиники выбирает не менее 5 протоколов диагностики и лечения, по которым отслеживается исполнение протокола: • Ведется аудит медкарт / сбор данных об исполнении требований протокола • Делается анализ, при необходимости принимаются меры
Организационная и клиническая этика При совершении ошибки применяется: 1. Утешение, если сотрудник совершил ошибку непреднамеренно, «человеческий фактор»; 2. Обучение, если сотрудник совершил рискованное действие впервые; 3. Наказание, если созданы условия работы, но сотрудник «зная», совершил рискованное действие	Любой сотрудник Поликлиники для разрешения этически-сложных вопросов может обратиться непосредственно к своему руководителю, либо вышестоящему руководству Поликлиники. Этически-сложные вопросы при оказании медицинской помощи решаются комиссионно (Этической комиссией при Поликлинике, с участием Руководства). Поликлиника гарантирует не дискриминировать пациентов при оказании медицинской помощи или работников в работе или при трудоустройстве. См. Правила соблюдения прав пациента • Руководство Поликлиники поддерживает культуру безопасности- некарательную, справедливую атмосферу, при которой сотрудники не боятся сообщать об ошибках и подают Отчеты об инциденте.

ГЛАВА 12: МЕНЕДЖМЕНТ ЗДАНИЙ И БЕЗОПАСНОСТЬ (МЗБ)

Ключевые требования:	Как это выполняется в Поликлинике:
<p>Программа по безопасности зданий</p>	<p>Программа по безопасности здания и оборудования состоит из разделов:</p> <p>I. Безопасность и охрана здания;</p> <p>II. Обращение с опасными материалами;</p> <p>III. Чрезвычайные ситуации;</p> <p>IV. Пожарная безопасность;</p> <p>V. Медицинское оборудование;</p> <p>VI. Системы инженерного обслуживания.</p> <p>VII. Лабораторная безопасность (преаналитический этап);</p> <p>VIII. Радиационная безопасность;</p>
<p>Комиссия по безопасности</p>	<p>Есть Комиссия по безопасности, которая координирует исполнение Программы по безопасности здания и оборудования</p>
<p>Система охраны</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Все носят бейджи (сотрудники, арендаторы) • Система видеонаблюдения • Инспекция охранниками отдаленных участков
<p>Пожарная безопасность</p> 	<p>Как пользоваться огнетушителем:</p> <p>Сорвать пломбу (<i>в виде лески или проволоки</i>)</p> <p>Выдернуть чеку (<i>металлическое кольцо</i>)</p> <p>Направить сопло/шланг на огонь (<i>1,5 – 2 м</i>)</p> <p>Нажать на рукоятку</p> <p>Действия при Коде красном – см. стр.10</p> <p>Ежегодно проводится практическое учение по пожарной безопасности</p>
<p>Чрезвычайные ситуации</p> 	<p>Ежегодно проводится учение (объектовая тренировка) по готовности к ЧС.</p> <p>Есть альтернативные источники воды (резервуар) и альтернативный источник электричества (дизельный генератор)</p> <p>Эвакуация пациентов (носилки/ подручные средства). Каждого пациента с ограниченными возможностями и пациентов, нуждающихся в посторонней помощи сопровождают социальные работники Поликлиники. В необходимом количестве имеются инвалидные коляски, которые находятся у каждого входа в Поликлинику.</p> <p>Для эвакуации пациентов в случае необходимости на помощь приходят мобильные группы, созданные в каждом отделении.</p>
<p>Медицинское оборудование</p>	<p>Тех.осмотр, обслуживание оборудования, проверка измерительных приборов документируется: наклейка на оборудовании, журнал технического обслуживания мед. оборудования в отделении.</p> <p>Отозванным оборудованием пользоваться запрещено!</p>
<p>Коммунальные системы</p>	<p>Ежегодно тестируются альтернативные источники воды, электричества.</p>

<p>Опасные материалы Примеры опасных материалов: Дез., хим. средства Контейнеры под давлением, баллоны с мед. газами, Все отходы (острые, медицинские, радиоактивные) Легковоспламеняющиеся / горючие средства Реагенты</p> 	<p>Есть «Список опасных материалов» Поликлиники, утверждены знаки для маркировки (стикеры) опасных материалов. На контейнере (емкости) опасного материала должна быть информация: название/состав, меры предосторожности, сроки открытия и годности. РАЗЛИТИЕ ОПАСНЫХ МАТЕРИАЛОВ – это ситуация при разлитии любого опасного материала, вошедшего в «Список опасных материалов» Поликлиники, при ликвидации и утилизации которого не требуется дополнительная помощь. Действия: Оградить место разлива, устранить разлитие (собрать, вытереть, утилизировать), пользуясь «Набором для сбора разлитой жидкости» (Код желтый). При необходимости, использовать раковину с проточной водой. Заполнить и подать в СППиВА «Отчет об инциденте».</p>
<p>Обучение персонала по вопросам безопасности</p> 	<p>Все сотрудники проходят инструктаж при трудоустройстве (вводный инструктаж: по пожарной безопасности, охране и безопасности труда, готовности к ЧС), медработникам: по медицинскому оборудованию, по работе с опасными материалами. Повторное обучение и проверка знаний (тестирование, опрос) проводится раз в год или чаще по необходимости.</p>
<p>Отчетность руководству</p> 	<p>Ежегодно Руководство Поликлиники отчитывается управляющему органу по исполнению Программы по безопасности здания и оборудования. Ежеквартально Директор Поликлиники получает отчеты об исполнении Программы по безопасности здания и оборудования от Комиссии по безопасности. При необходимости принимаются меры.</p>

ГЛАВА 14: МЕНЕДЖМЕНТ ИНФОРМАЦИИ (МИ)

Ключевые требования:	Как это выполняется в Поликлинике:
<p>Конфиденциальность и защита информации</p> <p>Доступ пациента к информации из своей медицинской карты</p> <p>Определен срок хранения записей, медицинских карт</p>	<p>См. Правила заполнения форм медицинской документации:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Сотрудники соблюдают конфиденциальность информации. Органичен доступ посторонних. <p><i>Пациент имеет право доступа к информации о себе:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • на устный запрос пациента просмотреть запись в его/ее медицинской карте медперсонал имеет право показать такую запись: <p>если же у него установлено мобильное приложение «Даму Мед», то он может просмотреть его у себя на сотовом телефоне или компьютере.</p> <ul style="list-style-type: none"> • если пациент выписан из Дневного стационара, любые запросы на копию записей в его мед.карте со стороны пациента подаются письменно от пациента на имя Директора Поликлиники (в свободной форме). • мед.карты амбулаторных пациентов хранятся в Паспорте здоровья программы «ДамуМед» - в течение жизни. • Уничтожение документов проводится с защитой конфиденциальности информации.
<p>Используются стандартизованные коды, символы и сокращения</p>	<p>См. Правила использования аббревиатур:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Список запрещенных аббревиатур и символов • Список разрешенных аббревиатур
<p>Должны быть Правила управления внутренними нормативными документами - как разрабатываются и внедряются внутренние правила и СОП Поликлиники</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ответственные лица пишут правила/СОП, согласовывают с Заместителями директора по лечебной работе и качеству, руководителем интеграции служб, делопроизводителем, юристом и руководителями заинтересованных структурных подразделений • После утверждения документ должен быть доступен всем пользователям • Проводится обучение сотрудников по требованиям новых / пересмотренных документов
<p>Содержание форм и записей в медкарте должно быть стандартизовано.</p> <p>Служба внутреннего аудита (СППиВА) проводит аудит мед. карт</p>	<p>См. Правила заполнения форм медицинской документации:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Определен порядок заполнения и расположения форм в медкарте, формы утверждены МЗ РК, либо Поликлиникой • Только авторизованные сотрудники имеют доступ к медкартам и право записей в них. • СППиВА проводит аудит медкарт (полнота, своевременность, читабельность) с привлечением различных специалистов

