МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Т. В. Матвейчик

В ПОМОЩЬ ГЛАВНОЙ (СТАРШЕЙ) МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЕ



Минск БелМАПО
2020

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Т.В. Матвейчик

В ПОМОЩЬ ГЛАВНОЙ (СТАРШЕЙ) МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЕ

учебно-методическое пособие

Минск БелМАПО
2020

УДК 614.253.5: 005.551(075.9)
ББК 51.1(2) я73
М 33

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
НМС государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования»
протокол № 8 от 19.11.2019

Автор:

Матвейчик Т.В., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения БелМАПО, кандидат медицинских наук

Рецензенты:

Дятко И.В., главная медицинская сестра УЗ «Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии»

Кафедра пропедевтики внутренних болезней УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Матвейчик Т.В.

М 33 В помощь главной (старшей) медицинской сестре: учебно-метод. пособие /Т.В. Матвейчик – Минск: БелМАПО, 2020. – 203 с.

ISBN 978-985-584-408-3

Учебно-методическое пособие «В помощь главной (старшей) медицинской сестре» содержит современные нормативные материалы по функциям управления, санитарно-эпидемиологическому режиму, преаналитическому этапу лабораторного обследования, психологии делового общения, учету наркотических лекарственных средств.

Учебно-методическое пособие предназначено для слушателей, осваивающих содержание образовательных программ повышения квалификации из числа практикующих главных (старших) медицинских сестер, помощников врача по амбулаторно-поликлинической помощи.

УДК 614.253.5: 005.551(075.9)
ББК 51.1(2) я73

ISBN 978-985-584-408-3

© Матвейчик Т.В., 2020
© Оформление БелМАПО, 2020

618440

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение 4

Список принятых сокращений 6

Глава 1. Содержание работы главной (старшей) медицинской сестры 7

Глава 2. Организация работы медицинской сестры-регистратора 29

Глава 3. Обеспечение инфекционного контроля 33

Глава 4. Деятельность главной (старшей) медицинской сестры по учету и хранению наркотиков и сильнодействующих лекарственных препаратов 79

Глава 5. Барьеры в общении и их преодоление 92

Глава 6. Организация наставничества и работы Совета сестер 100

Заключение 109

Глоссарий 110

Приложения 114

Литература 194

Введение

Здоровье – одна из главных ценностей в современном мире. Профессионалам, которые облегчают страдания больных людей, руководствуясь принципами доброты и милосердия, отводится в обществе особо важная роль.

Сестринское дело является составной частью системы здравоохранения, включающей деятельность по укреплению здоровья, профилактике заболеваний, предоставлению психосоциальной помощи и ухода, как было отмечено на совещании Международного Совета сестер (Новая Зеландия, 1987). Формирование политики по обучению сестринскому делу систематически рассматривается под эгидой ВОЗ в разных государствах мира (Варшава, 2011; Санкт-Петербург, 2012; Вильнюс, 2013; Рига, 2015; Минск,2015; Барселона, 2016).

Основоположник образования медицинских сестер (МС) Ф. Найтингейл считала: «Сестра должна иметь троякую квалификацию: научную – для понимания болезни, сердечную – для понимания больных и техническую – для ухода за больными».

Сестринская деятельность превратилась в ключевой компонент медицинского обслуживания, в ряде государств этот процесс был вызван потребностями населения, в других – стремлением сдержать рост расходов в сфере здравоохранения. Введенная с 2009 года должность помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи (Пвр) стала отправной точкой в оптимизации функций МС, развитии научных основ сестринского дела. Конечной целью является приведение системы подготовки МС к мировым стандартам и повышение профессиональной квалификации. Согласно Государственной программе «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016-2020 годы, в соответствии с резолюцией ВОЗ 2013 года (WHA 66.23) – трансформирование образования кадров здравоохранения для достижения всеобщего охвата медико-санитарными услугами – происходят изменения эволюционного характера в образовании МС. Поддержанный на I Европейской министерской конференции ВОЗ (2015) принцип по охвату всех этапов жизни можно реализовать комплексными усилиями государства и медицинских работников.

Учебно-методическое пособие подготовлено в соответствии с пожеланиями обучающихся главных (старших) медицинских сестер курса «Организация сестринского дела» на кафедре общественного здоровья и здравоохранения ГУО «Белорусская медицинская академия

последипломного образования» (Академия) и в рамках нового направления научной школы общественного здоровья под руководством профессора, д.м.н. Э. А. Вальчука.

Тематические дискуссии, осуществляемые в ходе образовательного процесса в Академии, подсказали направления практико-ориентированного обучения главных (старших) медицинских сестер, за что автор признателен всем обучавшимся на курсе в 2001-2019 годах, особенно Антонович С.Ф., Балабко С. В., Валенковой Н. Л., Вискуб Ю. В., Владысик Л. А., Гуторович Е. В., Дворак С. В., Дычук Л. А., Ермалович Л.А., Ивашко В. П., Карницкой Т. С., Коваленко Ю. Н., Копытовой С. М., Кулагиной Г.В., Масальцевой С.В., Межуевой Т. И., Примшицу Д. И., Постихину Р.В., Пугачевой И. А., Русак С. М., Суходольской И. Л., Толкачевой Н.С., Шешко С. А., Южик С.Ф.

Отдельная личная признательность автора коллегам по кафедре общественного здоровья и здравоохранения, особенно Щавелевой М.В. и Новицкой С.Ф.

Моё личное пожелание читателю совпадает со словами Е.И. Рерих: «Пусть неустанный труд будет для тебя радостью, и огонь творчества неугасимо освещает твой путь».

Список принятых сокращений

АПО – амбулаторно-поликлиническая организация

БО – больничная организация

ГСИ – гнойно-септическая инфекция

ЗОЖ – здоровый образ жизни

ИСМП – инфекционные заболевания, связанные с оказанием медицинской помощи

ИК – инфекционный контроль

ИМН – изделия медицинского назначения

НС и ПВ – наркотические средства и психотропные вещества

ОЗ – организация здравоохранения

ООИ – особо опасные инфекции

МС – медицинская сестра

МП – медицинская помощь

ПАВ – психоактивные вещества

ПВГ – парентеральный вирусный гепатит

Пвр – помощник врача по амбулаторно-поликлинической помощи

ПК – повышение квалификации

ПМП – первичная медицинская помощь

ПСО – предстерилизационная очистка

СГО – санитарно-гигиеническая одежда

СИ – средства измерения

СИЗ – средства индивидуальной защиты

СС – Совет сестер

ТТС – трансдермальные терапевтические системы

ФЗОЖ – формирование здорового образа жизни

ЦСО – централизованное стерилизационное отделение

ЦГиЭ – центр гигиены и эпидемиологии

Глава 1. Содержание работы главной (старшей) медицинской сестры

Основная цель работы главной и старшей МС – организовать деятельность подчиненных по оказанию медицинской помощи (МП) населению возможно лучшего качества и доступности. МС принадлежит одна из ведущих ролей в реализации концепции государства по сохранению здоровья людей через изменение их образа жизни. С учетом целей и функций МС сегодня необходимы новые технологии организации ее деятельности.

Условия эффективной управленческой деятельности главной МС

Использование современных технологий управления, включая информационные; рациональное, информационно-насыщенное и детально структурированное делопроизводство; перечень основной документации (номенклатура дел) позволяют осуществлять контроль приоритетных целей и задач деятельности МС.

Основные функции управления главной (старшей) МС

- планирование (собственной деятельности и работы подчиненных);
- организация деятельности (МС и младшего медицинского персонала);
- работа с кадрами (рациональная расстановка кадров, мотивация, перераспределение функций между средним и младшим медицинским персоналом, наставничество);
- организация работы различных комиссий (Совета сестер) (СС); обеспечение получения, выдачи, учета, хранения и утилизации лекарственных препаратов и перевязочных материалов, изделий медицинского назначения (ИМН);
- контроль согласно уровням управления (рис. 1):

✓ контроль соблюдения санитарно-эпидемиологического режима и профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП);

✓ метрологический контроль;

✓ соблюдение требований по снижению непроизводственных затрат рабочего времени через систему организации труда и информационных технологий в делопроизводстве.

Выделяют три уровня управления: стратегический, функциональный и операционный.



Пирамида уровней управления, отражающая возрастание власти, ответственности, сложности и динамику принятия решений

Рис.1. Пирамида уровней управления в соответствии с динамикой власти и ее влиянием на принятие решений

Место главной (старшей) МС ОЗ, в зависимости от уровней управления, лежит в области оперативного и тактического руководства, за исключением специалистов областного и республиканского уровней системы здравоохранения, осуществляющих стратегическое руководство.

Особенности управления на нижнем (операционном) уровне

На операционном уровне управления старшая МС (в пределах компетенции) обеспечивает решение многократно повторяющихся задач и операций, быстро реагируя на изменения входной текущей информации. Этот уровень управления часто называют оперативным из-за необходимости быстрого реагирования на изменение ситуации, значительного объема выполняемых дел, динамики принятия управленческих решений, при этом большой объем занимают учетные задачи. Пример: учет затраченных материалов, продукции, времени.

Особенности управления на среднем (тактическом) уровне

На тактическом уровне главная МС ОЗ обеспечивает решение задач, требующих предварительного анализа информации, подготовленной на 1

(нижнем) этапе системы управления, предназначенном для менеджеров среднего звена и специалистов (начальник службы, заведующий отделом, научный сотрудник). Основной задачей является тактическое управление, большое значение приобретает такая функция управления как анализ. Объем решаемых задач уменьшается, но возрастает их сложность. Не всегда удается выработать нужное решение оперативно, требуется дополнительное время на анализ, осмысление, сбор недостающих сведений.

Современное управление – научно обоснованный способ организации труда различных специалистов (табл.1.1).

Таблица 1.1

Ответственное должностное лицо согласно уровню управления

Уровень управления	Должностное лицо
Стратегический	Главный врач, главная МС
Тактический	Заместители главного врача, главная МС
Операционный	Заведующий отделением (кабинетом), старшая МС, акушерка, помощник врача по амбулаторно-поликлинической помощи (Пвр)

Функции должностного лица согласно уровню управления

На стратегическом уровне функциями главного врача и главной МС являются стратегическое планирование, прогнозирование и целеполагание. На тактическом уровне заместители главного врача отвечают за планирование и организацию деятельности ОЗ, а главная МС – за оптимальное распределение ресурсов; контроль и координацию деятельности. На операционном уровне заведующие отделениями (кабинетами) выполняют функции регулирования, делегирования, мотивации работников, а старшая МС, акушерка, помощник врача по амбулаторно-поликлинической помощи (Пвр) отвечают за снабжение, координацию, контроль, учет, отчетность и анализ деятельности ОЗ.

Особенности управления на стратегическом уровне

На стратегическом уровне главный врач и главная МС обеспечивают долгосрочной планирование развития ОЗ с высокой динамикой принятия решений, предназначенной для менеджеров высшего и среднего звена и специалистов ОЗ (начальник службы, заведующий отделом, научный сотрудник) и стратегического планирования в верхних эшелонах руководства здравоохранением.

Функция управления: планирование работы – сбор, хранение, обработка, анализ информации, разработка альтернативных решений, выбор и принятие оптимального решения. Определяется направление действий, предусматривается, что должно быть сделано, в какие сроки и в какой последовательности. Планирование включает выбор целей и постановку задач, определение мероприятий, необходимых для достижения целей и задач. Четкое планирование позволяет оптимизировать работу, сделать ее более продуктивной и целенаправленной посредством документа – **плана.**

План – это перечень количественных и качественных показателей на определенный промежуток времени. Известно несколько видов планов и порядка их составления: комплексный план и дополнительные планы работы.

1. Комплексный (годовой) план работы требует определенной подготовки: проанализировать выполнение плана работы за предыдущий год; обратить внимание на причины невыполнения отдельных пунктов; определить, какие из невыполненных пунктов следует перенести на будущий год; выявить основные недостатки, ошибки, упущения в работе персонала и наметить пути их преодоления.

Структура плана должна включать следующие разделы:

- организация и пути совершенствования работы персонала по обеспечению качества оказания МП;
- организация работы по повышению квалификации (ПК), аттестации, совершенствованию ОЗ;
- контроль использования директивных документов;
- повышение качества и культуры оказания МП пациентам;
- организационные мероприятия по улучшению санитарно-гигиенических условий ОЗ, профилактике ИСМП;
- работа СС;
- профилактика карантинных инфекций, ВИЧ-инфекции и др. инфекционных заболеваний;
- охрана труда и техника безопасности в работе МС;
- организация работы по ФЗОЖ.

2. Кроме комплексного (годового) плана работы, в номенклатуре дел главной МС должны быть дополнительные планы как приложения к годовому плану. Количество дополнительных планов может меняться в зависимости от специфики деятельности и особенностей миссии ОЗ.

К дополнительным планам работы относят план работы СС; план заседаний СС; план проведения сестринских конференций; план работы

«Школы медицинской сестры» со старшими МС и их резервом; план подготовки сестринского персонала по вопросам профилактики ИСМП, ВИЧ/СПИД и особо опасных инфекций (ООИ); план-график административных обходов подразделений ОЗ.

Особое внимание главная МС уделяет плану учебы старших МС и их резерва, поскольку их деятельность характеризуется разнообразием действий, частыми переходами от одной производственной задачи к другой, высокой коммуникативной нагрузкой.

Задачи главной МС по обучению резерва кадров: рассмотрение на занятиях актуальных тем, включающих вопросы экономики, права, этики, современных технологий по оказанию МП пациентам; оперативное предоставление старшим МС информации, необходимой для эффективной работы подразделений ОЗ.

Для оптимизации деятельности и минимизации потерь времени главная МС должна иметь еженедельный регламент распределения рабочего времени.

Еженедельный регламент работы главной МС включает:

- перечень повседневных дел, участие в различных мероприятиях;
- участие в общих мероприятиях, проводимых в ОЗ: совещаниях у главного врача, административных обходах, заседаниях Совета МС, учебе старших МС;
- повседневную работу главной МС (обходы отделений, материальное обеспечение деятельности подразделений ОЗ, прием посетителей, контроль деятельности медицинских работников).

Примерная схема регламента работы главной МС

1. Изучение обязательной корреспонденции, обмен экстренной информацией (утренние планерки, рассмотрение поступивших документов и др.) – 30-40 мин.

2. Непосредственно производственная работа – 4-5 часов.

3. Обмен текущей информацией, согласование вопросов производственной деятельности, участие в рабочих совещаниях, прием посетителей – 2-3 часа.

4. Подведение итогов работы за день и планирование работы на предстоящий день – 30 мин.

Ежедневный план работы главной МС: содержание, анализ

Ежедневные планы по часам расписывают все планируемые на предстоящий день мероприятия по работе главной МС, составляются в письменном виде и отражают:

- время выполнения работ (мероприятий);
- фамилии, должности лиц, с которыми намечены встречи, место;
- наименование документов, их номера и даты утверждения, могущие потребоваться для работы;
- наименования структурных подразделений для намеченных обходов; время и место проведения совещаний, заседаний с личным участием;
- другие вопросы для решения в предстоящий рабочий день.

Анализируя выполнение ежедневного плана, следует оценить рациональность плана на день, эффективность достигнутого. Особое внимание уделяют невыполненным пунктам плана, выясняют причину, переносят мероприятия на другое время.

Критерии эффективности работы главной МС: умение устанавливать приоритеты; навыки планирования наиболее важных производственных дел, их выполнение в первоочередном порядке в ежедневном плане на начало дня; оперативность изменения плана работы сообразно обстоятельствам, что позволяет эффективно распределять рабочее время и обеспечить качественное выполнение остальных функций управления.

Функция управления главной МС: организация работы с кадрами, означающая создание определенной официальной структуры, по которой задания определяются, координируются и контролируются с целью сделать сотрудничество эффективным. Основными аспектами организационного процесса считают деление ОЗ на подразделения; определение полномочий, посредством которых осуществляется связь высшего руководства с нижними уровнями работников через делегирование полномочий как средство установления отношений между уровнями.

Организационная деятельность – процесс упорядочения взаимодействий работников ОЗ для достижения общих целей, предусматривающий определение ресурсов и действий, необходимых для достижения целей; создание на этой основе дееспособных групп; назначение лиц, ответственных за выполнение задач, и передача им прав, необходимых для выполнения порученного. Задача главной МС – связать воедино работу среднего и младшего персонала всех подразделений.

Работа главной МС с кадрами

Основная задача главной МС – создание коллектива (команды единомышленников), способного мобилизовать свою деятельность на достижение наиболее высоких результатов в работе:

- осуществление подбора, приема на работу и расстановки кадров среднего и младшего медицинского персонала;
- обеспечение своевременности ПК и аттестации МС посредством подачи заявок в учреждения образования в установленные сроки. На аттестованность специалистов ОЗ обращают внимание контролирующие органы, поскольку она влияет на качество МП. Это отмечено в решении лечебно-контрольного Совета Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29.07.2015 г. пп. 4.2 «О рассмотрении обращения гражданки А.»;
- организация обучения на рабочем месте МС для повышения уровня профессиональных знаний, совершенствования умений и навыков выполнения процедур (проведение конференций, тренингов, семинаров, тематических занятий, натаскивания с помощью наставника);
- планирование учебы в «Школе молодой МС» и обеспечение контроля знаний и умений в форме натаскивания, наставничества, аттестации на рабочем месте, тестирования и зачетов;
- формирование резерва взаимозаменяемости МС на разных участках работы;
- планирование и составление заявок на переподготовку, курсы ПК;
- участие в проведении административных обходов подразделений ОЗ;
- контроль соблюдения санитарно-эпидемиологического режима, охраны труда на рабочем месте, пожарной безопасности.

Функция управления: делегирование – передача части задач и полномочий, уже закрепленных за руководителем, лицу, которое принимает на себя ответственность за их выполнение. Посредством делегирования главная МС распределяет задачи, которые должны быть выполнены МС. Это умение является одним из положительных качеств руководителя и оценивается, как способность максимально эффективно использовать потенциальные возможности сотрудников.

Требования к главной МС при делегировании полномочий

- готовность отдать право принятия решений другим;

- готовность учитывать мнение подчиненного, исходя из посыла, что его вариант действий не обязательно полностью совпадает с решением, которое бы принял по данному вопросу руководитель;
- готовность мириться с ошибками других (подчиненный должен иметь право на ошибку) и доверять подчиненным;
- возможность найти и использовать средства контроля действий МС, организуя эффективную обратную связь и не прибегая к мелочной опеке.

При постановке главной МС задач и делегировании полномочий необходимо ответить на вопросы:

1. Определить, **что** необходимо сделать.
2. Определить, **каким образом** это сделать.
3. Объяснить, **почему** это важно **для ОЗ**.
4. Объяснить, **почему** это важно для интересов **исполнителя**.
5. **Кто** несет ответственность?
6. Согласование **ресурсов** (информационных, временных, финансовых, материальных, человеческих и властных полномочий).
7. **Когда** должно быть выполнено задание **(сроки)**?

Передача части полномочий лицу, которое принимает на себя ответственность за их выполнение, преследует определенные цели и полезна как для руководителя, так и для исполнителя, однако главная МС должна знать причины своего нежелания делегировать полномочия другим:

1. Заблуждение: «Я это сделаю лучше».
2. Отсутствие способности руководить.
3. Отсутствие доверия к подчиненным.
4. Боязнь риска.
5. Отсутствие выборочного контроля для предупреждения главного врача о возможной опасности.
6. Проблемы подбора исполнителей.

Главной МС следует ориентироваться в том, какие функции она может и должна передавать другому исполнителю, а какие нельзя делегировать ни в коем случае.

Зоны возможной передачи полномочий главной МС другому исполнителю

1. Задачи, которые руководителю *необходимо решить самому.*
2. Задачи, которые руководителю *целесообразно решать самому.*
3. Задачи, которые руководитель *может делегировать.*
4. Задачи, которые руководителю *целесообразно делегировать.*
5. Задачи, которые руководителю необходимо делегировать.

Зона 1. Задачи, которые необходимо решать самой главной МС, которые она ни при каких обстоятельствах не должна делегировать:

определение основных целей, политики и стратегии, утверждение планов, согласие на назначение на должность, увольнение, определение размера заработной платы, обсуждение планов индивидуального развития подчиненных, утверждение решений, объявление выговоров и т.д.

Зона 2. Задачи двух типов, которые целесообразно решать главной МС: те, что могут быть делегированы в случае дефицита времени, и сложные задачи, которые целесообразнее решать с помощью других лиц.

Зона 3. Задачи, которые главная МС может делегировать, поскольку они могут быть решены сотрудниками, но для этого потребуется инструктаж, наблюдение и контроль с ее стороны. На первых порах МС будут допускать ошибки, решать задачи медленнее и хуже, может иметь место недопонимание, но именно так может быть получен наибольший результат, следствием чего становится выигрыш времени для решения других задач.

Зона 4. Задачи, которые главной МС целесообразно делегировать: те, которые могут быть квалифицированно решены без ее участия или в ее отсутствие; могут выполняться сотрудниками, получившими необходимую информацию и указания; те, что необходимо решать гибко и оперативно.

Эффективное делегирование означает умение придерживаться определенных правил. «Формальные» правила описывают техническую сторону делегирования (11), а «неформальные» — психологическую (6).

«Формальные» правила делегирования полномочий

1. Четко формулируют цель (задачу) и результаты, которые должны быть получены специально подобранной МС.

2. Распределяют сферу ответственности и координируют поручение, указав, как распределяется долг за порученное задание, выделяя при этом три категории задач:

А – задача выполняется МС до получения итогового результата самостоятельно (полная передача ответственности);

Б – задача выполняется самостоятельно, но существуют промежуточные точки контроля. В случае необходимости главная МС, на основании полученной в точке контроля информации, может отменить (или переназначить) делегированную задачу, оказать необходимую помощь (частичная передача ответственности);

В – задача исполняется, но при условии тесных консультаций с главной МС (разделение ответственности).

3. Объясняют причину и важность задания.

4. Разъясняют технологию и алгоритм выполнения задания, консультируют МС по вопросам результатов, пресекают попытки обратного или последующего делегирования.

5. Устанавливают реалистичные сроки выполнения задания.

6. Основные моменты делегированного задания оформляют письменно или просят МС записать поручение, проверяют понимание задания и мотивацию сотрудника.

7. Делегируют поручение лично, дают информацию, полезную для дела.

8. Предоставляют МС запасные ресурсы и каналы помощи.

9. Информируют всех, с кем будет взаимодействовать исполнитель, о его задаче, правах и полномочиях.

10. «Запланировав» возможные проблемы, не предъявляют чрезмерных требований к МС («Человеку свойственно ошибаться»).

11. Определяют критерии качества исполнения задания и результата работы сотрудника.

«Неформальные» правила делегирования полномочий

(психологическая составляющая делового общения)

1. В момент делегирования демонстрируют сотруднику свое доверие и веру в его способности и силы.

2. Допускают возможность ошибок, люди готовы к ним.

3. Воспитывают у МС чувство собственного достоинства – поручают такие задания, которые были бы ей интересны, помогали личностному росту.

4. Уважают и ценят сотрудника, выполняющего новую и «необязательную» для него работу, оказывают психологическую поддержку.

5. Проявляют гибкость в делегировании, дают МС возможность попробовать свои силы в решении задач разнообразными путями.

6. Проявляют терпение – первоначально делегирование требует от главной МС затрат сил и времени, но позже оно в значительной мере облегчит работу и повысит эффективность деятельности.

При делегировании полномочий главной МС ОЗ нужно обратить внимание на начальный этап взаимодействия. Задачу нужно формулировать так, чтобы для МС она была:

- Реалистичной – цель должна находиться в пределах возможностей человека, она должна быть реально достижима.

- Напряженной – для достижения цели работа должна осуществляться с напряжением.
- Конкретной (измеримой) – должны быть установлены критерии, по которым цель считается достигнутой (цифровое выражение или четкое разделение на задачи).
- Контролируемой – цель должна проверять ход приближения к решению задачи.
- Согласованной – цель должна соответствовать ценностям и миссии ОЗ и не должна вступать в противоречие с другими целями.
- Иметь сроки реализации.
- Записанной исполнителем, что в несколько раз повышает вероятность достижения цели.

Постановка задач главной МС перед МС при делегировании

1. Задача – это конкретизация целей, измеримые конечные результаты деятельности. В задаче описывается желаемый результат ее решения, дается детальный план достижения.

- Задача (что сделать)
- Приоритет действий (в каком порядке)
- Способ осуществления (как)
- Обязанность (кто за что отвечает)
- Срок (когда должно быть выполнение)
- Ресурсы (материальное обеспечение выполнения).

Следует знать, что не каждый специалист, подобранный главной МС для исполнения каких-то несвойственных рабочих заданий, готов браться за исполнение охотно и с интересом, поэтому необходимо преодолеть сопротивление МС делегированию (табл. 1.2).

Таблица 1.2

Причины и тактика преодоления сопротивления МС делегированию

Причина	Тактика и способы преодоления
Пассивность, привычка во всем полагаться на руководителя	1. Демонстрируйте доверие и уверенность в том, что сотрудник сам может хорошо справиться с этим заданием («психологическое стимулирование»). 2. Дополнительно стимулируйте. Возможно, на первых этапах использования делегирования требуется продумать дополнительную систему небольших вознаграждений (поощрений) за успешное выполнение делегированных задач. 3. Обращайтесь за советом. Делегирование может осуществляться в консультативном стиле, когда руководитель обращается к подчиненному за советом и помощью. 4. Вовлекайте сотрудников в принятие решений. Участие в принятии решений облегчает принятие делегируемой задачи как «своей». 5. Обеспечьте «технологичность», четкость механизма делегирования.
Страх критики, наказаний	1. Допускайте риск ошибки. Спокойно принимайте ошибки, помогайте их исправить. 2. Критикуйте этично. Даже в случае неудовлетворительного выполнения порученной задачи подходите к ситуации конструктивно, старайтесь вместе с сотрудником понять причины неудачи, а не «ударить» по его самооценке, тем более прилюдно. 3. Оценивайте и обсуждайте обстоятельства, а не человека, дайте ему «сохранить лицо». 4. Ищите не виновных, а способ исправления ошибки, оказывая помощь. 5. Планируйте заранее подстраховку. 6. Вселяйте оптимизм, энтузиазм и вдохновение. «Позитивная» энергия, исходящая от руководителя, – главный фактор в преодолении страхов сотрудников, связанных с делегированием.
Отсутствие знаний, навыков, ресурсов	1. Вместе с постановкой задачи не забывайте выделять ресурсы и давать необходимую информацию. 2. Выделяйте достаточные для выполнения задачи полномочия (делегирование задачи также означает передачу сотруднику «кусочка» управленческой ответственности и возможностей). 3. Соотнесите силы и возможности человека с порученной задачей. Идеальная задача для делегирования интересна для самого сотрудника, трудна, но связана с его прошлыми навыками и

	опытом, и поэтому, при приложении некоторых усилий, вполне решаема. 4. Планируйте пути и способы получения информации, ресурсов, знаний (обратную связь, «каналы помощи»).
Перегруженность работой, избыток обязанностей и поручений	1. Совместно с сотрудником проведите обзор и анализ фактически выполняемой им работы. 2. Перераспределите задачи сотрудника по важности и срочности, введите новые приоритеты, включающие новые делегируемые задачи. 3. Приостановите выполнение некоторых годовых функций или даже отмените на время выполнение ряда обязанностей.
Нет мотивации, желания брать на себя ответственность	1. Возможно, в ОЗ требуется ревизия мотивации труда и включение в нее стимулов, побуждающих специалистов брать ответственность и поощряющих качественное выполнение делегированных задач. 2. Принцип признания минимального вклада. Выполнение даже незначительной порученной задачи должно поощряться, хотя бы устной благодарностью. 3. Создание информационной среды и обмен информацией. Делегирование предполагает выполнение нетипичных для сотрудника задач, играющих обучающую и развивающую роль. Для закрепления позитивного опыта, полученного в результате такого обучения, необходимо создать возможности для обмена им (например, периодически проводят что-то вроде круглых столов для сотрудников по результатам делегирования в последние 2-3 мес.). 4. Сбалансируйте обязанности сотрудника, связанные с выполнением делегированной задачи, с его правами и ресурсами. Часто отсутствие мотивации объясняется простой нехваткой средств и ресурсов для решения делегированных задач, из-за чего они воспринимаются сотрудниками как слишком трудные.

Функция управления главной МС: мотивация как средство привлечения интереса других к труду. Такими средствами для МС могут стать материальное вознаграждение, благодарность, повышение в должности, перевод на более престижную работу, наполнение «социального пакета» (жилье, стажировки, оздоровление, детские сады).

Мотивация младшего и среднего медицинского персонала частных клиник (фирм) существенно отличается от мотивации к труду врачей, поэтому рассматривать этот вопрос необходимо отдельно (рис. 2).

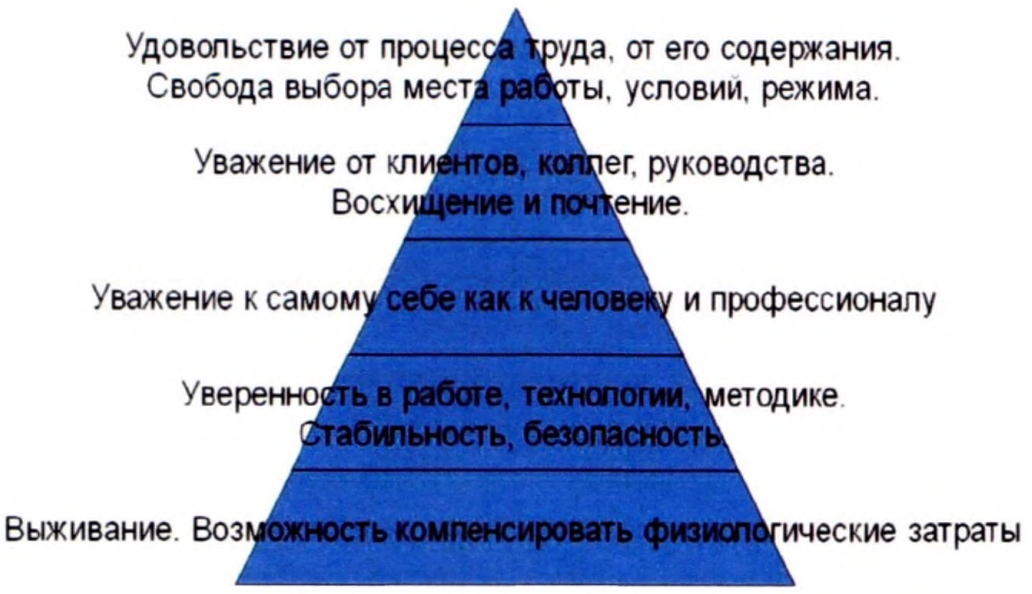


Рис. 2. Пирамида мотивации человека к труду

Пирамида мотивации человека к труду (рис. 2) дает специалисту ответ на основной вопрос: «Что дает мне работа?». Исследованием агентства «Гэллап» в 2013 году установлено, что в ФРГ 13% сотрудников высоко мотивированы на успех и заинтересованы в работе; 67% немцев работают просто «по предписанию»; 20% про себя уже уволилось.

Существуют некоторые особенности организации труда медицинских работников в зависимости от формы собственности. С появлением медицинских центров негосударственной формы собственности (фирм) мотивация к работе младшего и среднего персонала стала существенно выше. Причина состояла в том, что в фирме зарплата была выше, чем в аналогичных государственных структурах, что обусловило высокий уровень желания людей работать с большей отдачей. Развитие частных фирм привело МС к вопросам о социальном пакете, премиальных выплатах, других привилегиях, которые может давать труд. Нефинансовой мотивацией для младшего и среднего медицинского персонала фирм могут служить: организация стирки и утюжки униформы, оборудование комнаты отдыха, где сотрудники могли бы отдохнуть в течение рабочего дня, выпить кофе, расслабиться на мягких диванах. В комнате отдыха зачастую помещают специализированную медицинскую литературу, ставят DVD-диски с документальными фильмами о новостях белорусской медицины, обучающие пособия. Полезно обеспечение такого отдыха, чтобы каждая свободная минута приносила сотрудникам дополнительные знания по избранной специальности.

Не забывают в фирмах о системе дополнительного образования взрослых и курсах ПК. Возможность присутствовать на конференциях, съездах, совещаниях, обучающих семинарах в качестве представителя

фирмы повышает чувство ответственности за свои действия, дает понять, что руководство доверяет и возлагает надежды на подчиненных. Главной МС необходимо предоставлять возможность инициативы и право участия в принятии коллективных решений.

Функция управления главной МС: контроль или оценка деятельности МС, позволяющая выявить проблемы в организации труда, скорректировать их до перерастания в кризис, обеспечить достижение целей. В ходе контроля выделяются три этапа: установка стандартов и критериев, измерение и сопоставление с имеющимися результатами, и проведение корректирующих действий, если достигнутое существенно отличается от предварительно установленных стандартов.

Виды контроля в деятельности главной (старшей) МС

- предварительный
- текущий
- заключительный.

Предварительный контроль проводится до фактического начала работы, включает реализацию определенных правил, процедур, анализ деловых и профессиональных качеств, анализ качества будущих материальных ресурсов и др.

Текущий контроль проводится в ходе работы регулярным анализом деятельности подчиненных, обсуждением возникших проблем, предложениями по усовершенствованию деятельности, позволяющими исключить отклонения от намеченного ранее.

Заключительный контроль – форма обратной связи, осуществляемая после выполнения поставленных задач, предполагающая получение главной МС информации, необходимой для дальнейшего планирования и мотивации подчиненных.

Содержание контроля состоит не в том, чтобы зафиксировать нарушения, а в том, чтобы сотрудники, зная, что существует контроль, действовали эффективно, избегая ошибок. Грамотное проведение контроля позволяет выявлять факты, необходимые руководителю для снижения затрат и повышения качества МП. При осуществлении главной МС контроля ведения медицинской документации при приеме пациента следует обратить внимание на заполнение «Медицинской карты стационарного пациента» (уч. ф. № 003/у-07) с предъявлением паспорта. Это осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24.07.2012 г. № 111 «Об утверждении инструкции о порядке и условиях оказания медицинской, в том числе психиатрической,

помощи анонимно и признании утратившими силу некоторых постановлений Министерства здравоохранения Республики Беларусь и их отдельных структурных элементов». Можно ориентироваться также на приложения к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18.11.2008 г. № 1050.

Основные методы контроля и критерии оценки деятельности сестринского персонала:

- административный обход
- комплексный обход
- целенаправленный обход (проверка).

Административный обход проводится главной МС совместно с главным врачом или его заместителем в сроки, указанные в еженедельном плане-графике.

Точки контроля при административном обходе

Обязательными составляющими контроля главной (старшей) МС являются внезапные проверки при административном обходе:

- деятельности старшей МС подразделения;
- состояния санитарно-эпидемиологического режима;
- работы по ФЗОЖ;
- готовности к выполнению типичного алгоритма в аварийной ситуации;
- состояния охраны труда на рабочем месте персонала;
- противопожарных мероприятий и готовности персонала к поведению в нештатных ситуациях;
- надписей на емкостях с растворами дезинфицирующих средств в моечной, манипуляционной комнате с датой их приготовления;
- дезинфекции отработанного мягкого инвентаря;
- утилизации отходов;
- записей в журналах стерилизации и контроля качества предстерилизационной очистки инструментов (ПСО);
- соблюдения мест хранения грязного белья, уборочного инвентаря и соответствие их маркировки факту соответствующего использования. Помимо прочего, это соответствует решению лечебно-контрольного Совета Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 02.09.2015 г. пп. 5.1 «О результатах мониторинга ОДО «Анусан».

Точки контроля при комплексном обходе

Комплексный обход главная МС проводит самостоятельно, совместно с представителями Совета МС по основным направлениям:

- санитарное состояние подразделения;
- выполнение врачебных назначений;
- состояние медицинской документации;
- хранение и учет лекарственных средств;
- состояние работы по повышению квалификации и учебы персонала.

Точки контроля при целенаправленном обходе (проверке)

Целенаправленный обход главной МС проводится по мере необходимости, но имеет более конкретные задачи (выявление недостатков в организации труда, знаниях и навыках персонала, ведении документооборота, ошибок в оказании МП по обращениям граждан), проводится в присутствии старшей МС подразделения, все замечания доводятся до сведения заведующего отделением с указанием срока устранения недостатков. Информация по результату проверки заносится в акт.

Сроки выполнения контроля при административном обходе – 1-2 дня; при комплексном обходе – от 5-7 дней до 1 мес., для устранения замечаний в процессе проверки, связанных с санитарно-техническими изменениями помещений ОЗ сроки исправления определяются заместителем главного врача по административно-хозяйственной работе; при целенаправленной проверке – с указанием срока устранения недостатков в Акте проверки.

Критерии оценки деятельности сестринского персонала при осуществлении контроля

Руководствуются нормативно-правовой документацией по конкретной теме проверки, внутренними приказами ОЗ, алгоритмами и стандартами оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Республики Беларусь (прил. 1-3).

Главная МС должна организовать работу так, чтобы МП была оказана с максимально возможным для пациента эффектом: «Личный пример – не просто лучший метод убеждения, а единственный» (А. Эйнштейн). Смысл работы главной (старшей) МС – быть рулевым колесом в достижении целей (миссии) ОЗ, ибо, как считал доктор психологии Френк Карделл: «Жизнь без нашего управления подобна кораблю без рулевого колеса, попавшему в шторм. Такая жизнь подобна блужданиям ночью в огромном лесу, без фонаря, компаса и карты».

Помимо функций управления, к должностным обязанностям современной главной МС относят: участие в обеспечении охраны труда и создание условий на рабочем месте МС, а также метрологический контроль;

лекарственное обеспечение; обеспечение инфекционной безопасности. Контроль проведения санитарно-эпидемиологических мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний утвержден постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.10.2013 г. № 107 (прил. 2-3).

Многообразные обязанности главной (старшей) МС можно свести к таким дополнительным функциям:

- правильная организация труда МС и младшего медицинского персонала (прил. 4-7);
- создание условий для охраны труда, применение оптимальных форм разделения и кооперации в работе согласно программе инфекционного контроля (прил. 8);
- развитие командной формы оказания МП, преемственности, взаимозаменяемости функций, способствующих росту эффективности труда и профилактике конфликтов с пациентами (прил. 9-10);
- соблюдение правил организации питания пациентов (прил. 11-14);
- обеспечение МС правил сбора лабораторных анализов (преаналитическая функция) (прил. 15);
- лекарственное и инструментальное обеспечение (прил. 16).

Обязанности главной МС включают контроль соблюдения производственной дисциплины, законодательства о труде, знаний по основным разделам работы МС, по устранению потерь рабочего времени (прил. 6-7). Это и меры по профилактике производственного травматизма, правильного применения действующих нормативов и условий оплаты труда, а также положений нормативных документов (прил. 1-3,16), инструкций по соблюдению санитарно-эпидемиологического режима работы (гл. 3).

Участие главной МС в охране труда, медицинской метрологии

Помимо обозначенных выше функций, выполняемых главной МС ОЗ, еще одним направлением ее работы является осуществление метрологии, контроль исправности используемой медицинской техники совместно с инспектором (инженером) по охране труда. Технические устройства, используемые в медицине, называют обобщенным термином «медицинская техника» или медицинская аппаратура, которая подразделяется на медицинские приборы и медицинские аппараты. Медицинским прибором считают техническое устройство, предназначенное для диагностических или лечебных измерений (медицинский термометр, сфигмоманометр,

электрокардиограф и др.). Медицинский аппарат – техническое устройство, позволяющее создавать энергетическое воздействие терапевтического, хирургического или бактерицидного свойства, а также обеспечивать в медицинских целях определенный состав различных субстанций (для аппарата УВЧ-терапии, электролазера, искусственной почки, ушного протеза и др.).

Метрологические требования к медицинским приборам очевидны, они призваны оказывать дозирующее энергетическое воздействие на организм в безопасных дозах, поэтому заслуживают внимания метрологической службы. Измерения в медицине специфичны, поэтому в метрологии выделено направление -- медицинская метрология, базирующаяся на определенных требованиях. Основными нормативными документами по метрологии в настоящее время являются:

Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.04.2010 г. № 424 «О метрологической службе Министерства здравоохранения Республики Беларусь».

Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29.11.1996 г. № 255 «Об утверждении и введении в действие Положения о метрологическом обеспечении учреждений здравоохранения Республики Беларусь».

Контроль исправности медицинской техники как вид деятельности главной МС осуществляется совместно с инспектором (инженером) по охране труда. В целях выявления всех имеющихся в ОЗ средств измерений (СИ), их учет начинается с технической переписи, осуществляемой ежегодно по мере поступления нового оборудования, завершается к началу составления графиков поверки.

Материалы переписи СИ должны содержать следующие данные: наименование, тип, единицу измерения, класс точности, нижний и верхний предел измерения, индивидуальный номер, год выпуска, страна-изготовитель. Кроме этого, должна быть указана дата ввода в эксплуатацию, за кем закреплено СИ, данные о проверке. Сведения о СИ заносятся в журнал учета, который должен содержать разделы по каждому виду. Журнал ведется в каждом структурном подразделении ОЗ. В журнал учета в отдельный раздел включаются СИ, не обеспеченные поверкой, и импортируемые средства измерений. По мере приобретения, списания и передачи СИ другим лицам или в другое подразделение ОЗ своевременно должна осуществляться корректировка учетных данных. После осуществления переписи СИ производится анализ их состояния, принимаются необходимые решения.

Указания по эксплуатации и хранению средств измерений в ОЗ

К эксплуатации СИ допускаются работники, обученные приемам и методам измерений. СИ должны использоваться только по прямому назначению, самостоятельно произведенные усовершенствования и переделки, в результате которых изменились их метрологические характеристики, недопустимы. Неисправные, не поверенные в срок, неучтенные, а также при утере свидетельства о поверке или нарушении целостности клейма СИ считаются непригодными к эксплуатации, подлежат немедленному изъятию, проверке или ремонту. Эксплуатирующиеся в ОЗ СИ закрепляются за лицами, непосредственно работающими на них, о чем должны быть сделаны записи в журнале учета СИ.

Исходными данными для составления графиков поверки являются журналы учета СИ. Графики поверок СИ составляются ответственным за метрологическое обеспечение СИ, утверждаются руководителем ОЗ, согласовываются с базовой метрологической службой, Белстандартом, или территориальными органами Белстандарта. Главная МС обеспечивает контроль сервисного обслуживания и метрологической поверки лабораторно-диагностического оборудования, с согласия главного врача назначает ответственных лиц подразделений за этот вид деятельности.

Помимо метрологии, главная МС участвует в работе с кадрами. Основными методами работы, сохраняющими медицинских работников в условиях острого дефицита, стали система управления качеством МП, наделение уровнем властных полномочий и ответственности старших МС, улучшение микроклимата во взаимоотношениях врачей и МС, характеристики безопасности труда.

По физической интенсивности труда выделяют 3 группы профессий:

Группа 1 – легкий физический труд с большим количеством мелких ручных действий (монотонные стереотипные движения) в условиях гиподинамии и вынужденной рабочей позы.

Группа 2 – физический труд средней тяжести в сочетании с однотипными движениями, вынужденным положением тела, контактом с вредными веществами;

Группа 3 – профессии со значительной физической нагрузкой, перемещением больших грузов и значительным статическим усилием.

К факторам, обусловливающим тяжесть физического труда МС, относят следующие показатели:

- неравномерное распределение физической нагрузки на опорно-двигательный аппарат;

- динамические и статические мышечные нагрузки, связанные с подъемом, перемещением и удержанием разных по массе пациентов;
- необходимость частых и глубоких наклонов корпуса;
- длительное поддержание физиологически нерациональных рабочих поз (неудобных, вынужденно фиксированных, например, у операционной МС);
- многократно повторяющиеся движения рук разной амплитуды у инструктора ЛФК, МС по массажу, МС по физиотерапии.

Последствиями монотонности работы, ее неравномерного ритма, неправильных технических приемов при переносе тяжести и длительного напряжения отдельных мышечных групп становятся заболевания опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы.

Организация рабочего места МС

Существует несколько зон работы МС, в которых можно использовать элементы эргономики (ФТЛ, массаж). При организации рабочих мест с целью обеспечения безопасности и удобства труда необходимо учитывать то, что конструкция рабочего места, размеры и взаимное расположение его элементов должны соответствовать антропометрическим, физиологическим и психофизиологическим данным МС. Важен выбор положения тела работающей МС, при этом необходимо учитывать:

1. Физическую тяжесть работы.
2. Размеры рабочей зоны и необходимость передвижения в ней персонала в процессе выполнения своих функций.
3. Технологические особенности процесса выполнения работы.
4. Статические нагрузки рабочей позы.
5. Время пребывания в особом положении и перерывы на обед.

Для выполнения медицинских функций в позиции «стоя» рабочее место МС организуется как при физической нагрузке средней тяжести и тяжелой. Если технологический процесс оказания медицинской помощи не требует постоянного перемещения работающего специалиста, и физическая тяжесть работы позволяет выполнять ее в положении сидя, в конструкцию рабочего места рекомендуют включать кресло и подставку для ног. Соционика и эргономика предлагают использовать пространственную компоновку рабочего места для МС и врачей. Конструкция рабочего места должна обеспечивать выполнение трудовых операций в зонах выполняемых действий в зависимости от требуемой точности и частоты действия:

- выполнение трудовых операций «очень часто» (2 и более операций в минуту) и «часто» (менее 1 операции в минуту) должно

производиться в пределах зоны легкой досягаемости и оптимальной зоны моторного поля для выполняемых действий;

- исполнение редких трудовых операций допускается в пределах зоны досягаемости производимых действий.

Одним из первых факторов, определяющих здоровье медицинских работников и качество МП, является значительное физическое напряжение, о чем свидетельствуют частые перерывы в процессе выполнения процедуры, мешающие специалисту. Негативное воздействие на МС оказывают психологические факторы, ассоциированные со случаями фатальных заболеваний или травм, работой с престарелыми пациентами и смертью. Учет всех факторов – трудная задача для главной МС, но он выявляет возможности работников, не удовлетворенных или получающих удовольствие от своей работы.

Резюме. Содержание работы главной (старшей) МС представляет собой организацию, планирование и контроль деятельности медицинских работников со средним образованием и младшего медицинского персонала подразделений ОЗ для обеспечения имеющихся или предполагаемых потребностей населения в медицинской профилактике, лечении и укреплении здоровья. Деятельность главной (старшей) МС осуществляется в амбулаторно-поликлинических организациях (АПО), больничных организациях (БО), в условиях отделений дневного пребывания и вне ОЗ, в зависимости от потребностей пациента в динамическом медицинском наблюдении.

Обеспечение предупреждения ИСМП, преаналитической функции, безопасности труда МС, работы с НС и ПВ представляет собой не только трудные, но и ответственные задачи, контролируемые по всей строгости законодательства Республики Беларусь.

Вопросы для саморазвития

1. Какие функции управления главной (старшей) МС вам известны?
2. Какие виды контроля осуществляют главные (старшие) МС?
3. Назовите известные вам дополнительные функции в работе главной (старшей) МС.
4. Каковы критерии эффективности работы главной (старшей) МС.

Глава 2. Организация работы медицинской сестры-регистратора

Первая встреча пациента с системой оказания первичной медицинской помощи (ПМП) начинается с регистратуры или приемного покоя БО, поэтому от правильной расстановки кадров и организации работы этих структурных подразделений зависит дальнейшее конструктивное взаимодействие пациента со специалистом системы оказания МП. Стандартизация технологических процессов в организации работы МС-регистратора невозможна без новых технологий по коммуникациям (прил. 4-5).

Основным критерием эффективности технологий по разграничению потоков пациентов в регистратуре является унификация требований к технологическим процессам (алгоритмам). Их соблюдение позволяет обеспечивать качество медицинской помощи за счет сокращения времени на получение необходимой информации (прил. 6-7) пациентом. Стандартизация деятельности МС-регистратора на основе единой технологии по разграничению потоков пациентов в регистратуре, получению и сохранению информации предложена с учетом проблем пациента и использования современных информационных технологий. Конфиденциальность сведений о пациенте и самом факте его обращения, т.е. доверительность, не подлежащая огласке, гарантируется на этапе первичного контакта с АПО. Ряд документов Республики Беларусь напоминает о юридической ответственности медицинских работников за соблюдение действующего законодательства (ст. 11, 59, 30, 60 УК), уголовной ответственности (ст. 178 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении») за ненадлежащее исполнение своих обязанностей, подкрепленное Правилами медицинской этики и деонтологии (постановление Минздрава Республики Беларусь от 7 августа 2018 г. № 64).

Разработчики программ компьютерной регистрации учета пациентов должны руководствоваться рекомендациями ВОЗ: «При составлении регистров болезней важно соблюдать правила хранения тайны. Следует не только проинструктировать занимающегося регистрацией, но позаботиться о том, чтобы никто из посторонних не имел доступа к регистрам. Принято различать абсолютную и медицинскую секретность, последняя запрещает предоставление информации посторонним в любых целях, не приносящих пользы больному, но допускает выдачу информации другим врачам и организациям в интересах больного».

Руководитель ОЗ должен издать приказ по ограничению доступа компьютерной базы данных пациента лицам, не имеющим к этому профессионального отношения.

Главной МС следует организовать учебу для повышения практических навыков по активной коммуникации МС-регистратора, которая проявляется не только в умении организовать работу, получении и сохранении информации, но и правильном осуществлении диспетчерской деятельности с потоками пациентов в ОЗ.

Алгоритмы разработаны в целях нормативного обеспечения законодательства о здоровье граждан, согласно решению Коллегии Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.10.2009 г. № 13-2 «О состоянии первичной медицинской помощи в Республике Беларусь и пути ее улучшения» (п. 6.4.), приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30.09.2010 г.№ 1030.

Технология базируется на знании МС-регистратором должностных обязанностей (прил. 4-5), консультативно-диагностических этапов осуществления медицинской помощи и технологии действий для пациента с разными заболеваниями и состоянием декомпенсации нарушенных функций органов и систем, по телефону. Технология нуждается в соблюдении алгоритма действий в стандартных и необычных ситуациях согласно рекомендациям (прил. 6-7).

1. **Штатные ситуации** в работе МС-регистратора (прил. 6):

- Алгоритм действий МС-регистратора при первичном обращении пациента к участковому врачу и врачу-специалисту (с направлением).
- Алгоритм действий МС-регистратора стола справок.
- Алгоритм действий МС-регистратора по обеспечению регистрации вызова и передачи его врачу.

2. **Нештатные ситуации** в работе МС-регистратора (прил. 7):

- Алгоритм действий МС-регистратора при обращении пациента к узкому специалисту (без направления).
- Алгоритм действий МС-регистратора при отсутствии талона на прием.
- Алгоритм действий МС-регистратора при отсутствии карточки в картохранилище,
- Алгоритм действий МС-регистратора для обеспечения пациентов медицинской помощью при отсутствии врача-специалиста или записи к нему.

- Алгоритм действий МС-регистратора при обращении пациентов, прописанных, но не проживающих на территории, обслуживаемой поликлиникой.
- Алгоритм действий МС-регистратора при неотложном состоянии у пациента.
- Алгоритм действий МС-регистратора при обращении иностранных граждан для оказания медицинских услуг на платной основе.

Критерии оценки эффективности метода и условия осуществления

- в стандартных ситуациях действия МС-регистратора соответствуют истинному состоянию проблем пациента в момент оказания помощи;
- в нештатных ситуациях действия МС-регистратора соответствуют истинному состоянию проблем пациента в момент оказания помощи, но отличаются вариативностью исполнения.

Условия осуществления алгоритма помощи пациенту при личном обращении или по телефону представляют совокупность трех компонентов:

- снижение остроты проблем обратившегося в АПО пациента и повышение качества его жизни;
- профессиональные навыки МС-регистратора (компетентность);
- использование информационных технологий.

Возможные проблемы при выполнении алгоритма действий МС-регистратора в штатных и нештатных ситуациях

Экспертную оценку и контроль выполнения Алгоритма осуществляет главная МС согласно плану работы. Проводится 1 раз в год при отсутствии нареканий и жалоб пациентов или членов их семей на низкое качество работы регистратуры.

Возможные проблемы при выполнении Алгоритма:

- Несоблюдение основных принципов оказания помощи пациенту при обращении или по телефону: полноты информации, своевременности, целесообразности действий, правомочности, достоверности, системности и преемственности.
- Возникновение нештатных ситуаций при оказании помощи пациенту во время личного обращения или по телефону, не отраженных в Алгоритме.
- Низкая культура и слабое владение навыками коммуникации МС-регистратора при выполнении Алгоритма, в сочетании с недостаточным

самоконтролем может снизить качество МП и привести к обоснованной жалобе или конфликту.

Алгоритм отвечает современным требованиям, предъявляемым к общению и получению информации пациентом от медицинского работника и благоприятен для осуществления таких интегральных этических принципов, как совокупности и единства факторов, обеспечивающих потребности человека и свободы выбора. При этом МС-регистратор становится передовым звеном в цепочке оказания необходимого качества МП для населения. Общий контроль работы регистратуры АПО и приемного покоя БО осуществляется главной МС ОЗ.

В докладе ВОЗ (2008) отмечено, что существуют особенности, отличающие традиционную медицинскую помощь от медицинской помощи, ориентированной на пациента. Они состоят в партнерстве с пациентом; первоочередном внимании к его потребностям в области медицины; длительности личных отношений; всеобъемлющей непрерывной помощи, ориентированной на пациента; ответственности за состояние здоровья всех жителей региона на протяжении их жизненного пути. К этому необходимо стремиться всем медицинским работникам, начиная с первичного звена – регистратуры АПО и приемного покоя БО.

Резюме. Алгоритмы работы регистратуры в АПО относятся к технологиям, способствующим перераспределению потоков пациентов в пользу расширения доступности, своевременности и целесообразности МП, комплексно влияющими на ее качество. Обеспечивается гибкая система реагирования на потребности пациента, преемственность диагностики и лечения врачами-специалистами без дублирования на основе принципа «информированного согласия» пациента, справедливости МП вне зависимости от возраста, уровня доходов, статуса и места жительства пациента. Привнесение новых элементов культуры взаимодействия, алгоритмов работы МС-регистратора опосредованно влияет на качество предлагаемой населению МП, дополняется контролем старшей МС регистратуры.

Вопросы для саморазвития

1. Каковы критерии оценки эффективности и условия осуществления работы регистратуры?
2. Назовите критерии оценки эффективности действий МС-регистратора в стандартных ситуациях
3. Назовите критерии оценки эффективности действий МС-регистратора в нестандартных ситуациях?

Глава 3. Обеспечение инфекционного контроля

Соблюдению санитарно-эпидемиологического режима в ОЗ отводится особое место, поскольку он напрямую влияет на качество МП.

Практика свидетельствует, что не все молодые специалисты ориентируются в вопросах выполнения требований приказов, что побудило нас систематизировать знания по этому разделу деятельности главной (старшей) МС. С целью сокращения времени поиска необходимых нормативных документов в учебно-методическом пособии предложен перечень приказов Министерства здравоохранения Республики Беларусь по избранному разделу работы (прил. 2-3), что соответствует идее программы обучения на протяжении всей жизни.

Примеры толкования отдельных положений нового приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 05.07.2017 г. № 73 «Санитарные нормы и правила «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, оказывающим медицинскую помощь, в том числе к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний в организациях здравоохранения», принятого взамен отмененного постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20.10.2013 г. № 107 «Санитарные нормы и правила «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям здравоохранения, оказанию медицинских услуг, в том числе по косметологии, а также к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний в организациях здравоохранения» и комментарии даны ниже (прил. 1-3).

Помимо этого отменено постановление Главного государственного санитарного врача Республики Беларусь от 26.12.2002 г. № 143 «Об утверждении Санитарных правил по осуществлению дезинфекционной деятельности». Знание и понимание содержания деятельности, регламентируемой представленными документами, во многом обеспечивает инфекционную безопасность предоставления МП.

Инфекционное заболевание, связанное с оказанием медицинской помощи (ИСМП) – это инфекционное заболевание, приобретенное пациентом при оказании МП в ОЗ, или на дому, или при оказании скорой МП:

- инфекционное заболевание у родителя или другого законного представителя, госпитализируемого для осуществления ухода за несовершеннолетним пациентом, приобретенное им в БО;

- инфекционное заболевание работника ОЗ, приобретенное им в результате осуществления профессиональной деятельности.

Для обеспечения инфекционной безопасности в ОЗ необходимо ежегодно разрабатывать Программу инфекционного контроля (прил. 8).

Возбудители ИСМП и пути передачи

Возбудители ИСМП в зависимости от степени патогенности для человека и условий возникновения делят на облигатно-патогенные и условно-патогенные. К облигатно-патогенным микроорганизмам относятся вирусы гепатита В, С, Д, ВИЧ, гриппа и других острых респираторных и острых кишечных инфекций, герпеса, цитомегаловирусной инфекции, анаэробные клостридии, хламидии.

Условно-патогенные микробы – основные возбудители ИСМП. К ним относится стафилококк (золотистый и эпидермальный), стрептококк, энтерококки, эшерихия клебсиелла, энтеробактер, протей, серратиа. Они вызывают такие заболевания как абсцессы, флегмоны, скарлатину, нагноение ран, пневмонии, сепсис, дизентерия и т.д.

Выделяют следующие пути распространения ИСМП:

✓ *Экзогенный* (попадание инфекции в организм пациента из внешней среды):

1. Воздушно-капельный путь (попадание инфекции в организм посредствам зараженного воздуха).

2. Контактно-бытовой (через предметы ухода, белье, медицинский инструментарий, личные вещи больного человека).

3. Алиментарный (заражение путем употребления недоброкачественной пищи и жидкости).

4. Парентеральный (введение инфицированных лекарственных препаратов, несоблюдение санитарно-эпидемических норм при выполнении внутривенных манипуляций).

✓ *Эндогенный* (распространение инфекции внутри организма). Например, перитонит как осложнение при остром аппендиците.

Регистрация ИСМП производится в день постановки диагноза «ИСМП» в журнале учета инфекционных заболеваний (форма № 60/У).

Перечень форм ИСМП, подлежащих учету во всех ОЗ

1.1. Все острозаразные инфекционные заболевания, подлежащие обязательному учету и оповещению (прил. 3).

1.2. Все случаи и формы сепсиса, а также бактериального шока, развивающегося после медицинских вмешательств.

1.3. Все случаи и формы внутрибольничных инфекций, связанные с:

1.3.1. Родами и абортами (мастит, нагноения промежности, эндометрит, прочие).

1.3.2. Оперативными вмешательствами:

- инфицирование ран кожи и слизистых оболочек (инфильтрат, абсцесс, некроз, расхождение швов, рожа раны, прочие септические нарушения заживления раны);
- инфекционные осложнения на оперированном органе (перитонит, абсцесс и флегмона брюшной полости, плеврит, остеомиелит, тромбофлебит, другие).

1.3.3. Инъекциями лечебных и профилактических препаратов (инфильтрат, абсцесс, флегмона, другие).

1.3.4. Переливанием крови и ее заменителей, гемодиализом, гемосорбцией, парентеральным питанием, катетеризацией сосудов (флебит, другие).

1.3.5. Трансплантацией органов и тканей.

1.3.6. Использованием аппаратов искусственного дыхания, трахеотомии, интубации, промывания бронхов, отсасывания слизи из дыхательных путей (пневмония, ларингит, бронхит, сепсис и гангрена легкого, плеврит и др.).

1.3.7. Катетеризацией мочевого пузыря, бужированием уретры, цистоскопией, другими эндоскопическими исследованиями мочевой системы (цистит, пиелонефрит, уретрит).

1.3.8. Пункциями, биопсией, биопробой, забором крови для анализа (инфильтрат, абсцесс, флебит).

1.3.9. Химиотерапией.

1.3.10. Иммуносупрессивной терапией.

1.3.11. Лучевой терапией.

1.3.12. Эндоскопическими и мануальными исследованиями женской половой сферы (эндометрит, сальпингоофорит, др.).

1.3.13. Стоматологическими манипуляциями (стоматит, синусит, абсцесс и флегмона мягких тканей).

1.3.14. Закапыванием глазных капель, закладыванием мази, измерение глазного давления и другими инструментальными и мануальными исследованиями глаз (конъюнктивит, кератит и др.).

1.3.15. Лабораторным заражением.

1.4. Пищевые токсикоинфекции у стационарных пациентов.

1.5. Все остальные инфекционные осложнения или заболевания у пациентов и медработников, которые могут быть расценены как инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП).

Факторы риска ИСМП

1. Обусловленные самим возбудителем (микроорганизмы):

- быстрое размножение микроорганизмов;
- мутации микроорганизмов, которые приводят к их устойчивости к дезинфектантам;
- вследствие естественного отбора остаются наиболее вирулентные штаммы.

2. Обусловленные организмом пациента:

- воздействие радиации и химических веществ;
- широкое применение препаратов, подавляющих иммунитет (гормоны, цитостатики);
- увеличение среди населения лиц пожилого возраста;
- увеличение количества социально- неблагополучного населения (обеднение);
- бесконтрольное применение АБ;
- повышенная восприимчивость больных к патогенным и условно-патогенным микроорганизмам.

3. Социальные и природные факторы:

- природные катаклизмы (наводнения);
- миграция населения;
- занесение инфекций из других стран.

Основные направления профилактики ИСМП в ОЗ

1. Специфическая профилактика: иммунизация.

2. Неспецифическая профилактика:

- санитарно-противоэпидемические мероприятия (контроль за санитарно-эпидемиологическим режимом, санация носителей и др.);
- дезинфекционно-стерилизационные мероприятия;
- архитектурно-планировочные мероприятия (изоляция, обеспечение разделения потоков пациентов, рациональное устройство вентиляции и др.).

Нормативные документы, регламентирующие вопросы дезинфекции, предстерилизационной очистки (ПСО), стерилизации медицинского инструментария

В целях облегчения самостоятельной работы медицинских работников с нормативными документами предложены пояснения к основным позициям приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25.11.2002 г. № 165 «О проведении дезинфекции и стерилизации учреждениями здравоохранения».

1. Дезинфекция, ПСО и стерилизация ИМН производится с целью профилактики ИСМП у пациентов и персонала ЛПО.

2. Дезинфекцию изделий проводят с целью уничтожения патогенных и условно-патогенных микроорганизмов: вирусов (в т.ч. ВИЧ-инфекции), вегетативных бактерий (включая микобактерии туберкулеза), грибов (включая грибы рода кандида).

3. Дезинфекции подлежат все изделия после применения их у пациентов (проводится в два этапа).

4. Стерилизацию изделий проводят с целью уничтожения микроорганизмов всех видов, в том числе споровых форм. Стерилизации подлежат все изделия, соприкасающиеся с раневой поверхностью, контактирующие с кровью в организме пациента или вводимой в него, инъекционными препаратами, а также изделия, которые в процессе эксплуатации контактируют со слизистой оболочкой и могут вызвать ее повреждение.

5. Изделия многократного применения, подлежащие стерилизации, перед стерилизацией подвергаются предстерилизационной очистке. ПСО проводят с целью удаления с изделий белковых, жировых, механических загрязнений, а также остатков лекарственных средств.

6. В качестве средств дезинфекции, ПСО и стерилизации в Республике Беларусь используются только разрешенные в установленном порядке физические и химические средства (прил. 3).

7. Емкости с растворами дезинфицирующих, моющих и стерилизующих средств должны быть изготовлены из коррозионностойких материалов, снабжены перфорированными поддонами и плотно закрывающимися крышками, иметь четкие надписи с указанием названия средства, его концентрации, даты приготовления.

Критерии эффективности соблюдения дезинфекционного и стерилизационного режимов

Об эффективности соблюдения дезинфекционного и стерилизационного режимов свидетельствуют следующие критерии:

- отсутствие высева в смывах санитарно-показательной и патогенной микрофлоры;
- отсутствие высева микроорганизмов со стерилизованных изделий;
- отсутствие роста микроорганизмов в дезинфекционных растворах и антисептиках;

- отсутствие роста биотестов, закладываемых в паровые и воздушные стерилизаторы, в сочетании с удовлетворительными результатами физического и химического контроля;
- отсутствие положительных проб на скрытую кровь и синтетические моющие средства при контроле эффективности ПСО;
- 100% камерное обеззараживание постельных принадлежностей из отделений хирургического, акушерского, и инфекционного профиля, из других – по эпидемиологическим показаниям.

Контроль эффективности работы дезинфекционной и стерилизационной аппаратуры

Контроль работы дезинфекционного оборудования включает направление контроля и виды контроля.

Направления контроля:

- техническая исправность дезинфекционного оборудования, приборов, систем подачи воды и пара;
- правильность загрузки и выгрузки вещей из дезинфекционной камеры;
- соблюдение режима дезинфекции.

Направление контроля по работе стерилизационного оборудования – контроль условий стерилизации, обеспечиваемых персоналом объекта надзора (работа стерилизатора, упаковка, загрузка и т.д.).

Виды контроля делятся на:

- самоконтроль, осуществляемый персоналом ОЗ, который проводится ежедневно, с соблюдением установленных норм и правил при каждом сеансе дезинфекции, а также визуально по показаниям средств измерения температуры и бактериологических тестов, которые применяются ежеквартально;
- второй контроль – метрологический и технический – проводится в соответствии с договорами и сроками поверки, а также после монтажа и ремонта и опирается на действующую нормативную документацию;
- третий контроль – государственный санитарный надзор, который осуществляют санитарно-эпидемиологические учреждения. Как визуально, так и с использованием средств измерения температуры и бактериологических тестов проводится 1 раз в год.

Направление контроля по работе стерилизационного оборудования – контроль условий стерилизации, обеспечиваемых персоналом объекта надзора (работа стерилизатора, упаковка, загрузка и т.д.). Отсюда вытекают три вида контроля:

- самоконтроль, осуществляемый персоналом ОЗ визуально по показаниям техническим, химическим и бактериологических тестов (ежемесячно);

- метрологический и технический контроль, проводится в соответствии с договорами и сроками поверки технического состояния оборудования, а также после ремонта и монтажа;

- государственный санитарный надзор – осуществляется санитарно-эпидемиологическим учреждением при каждом плановом обследовании визуально, также с использованием бактериологических тестов, химических индикаторов, средств измерения температуры. Выборочно проверяется не менее 25% всего стерилизуемого оборудования ОЗ за одно плановое обследование, а в течение года все 100% стерилизационного оборудования.

Дезинфекция. Методы, режимы (температура, время, выдержка)

Дезинфекция проводится с целью профилактики ИСМП у пациентов и персонала ОЗ.

Методы применяют в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25.11.2002 г. № 165 «О проведении дезинфекции и стерилизации учреждениями здравоохранения».

Дезинфекция или обеззараживание – это совокупность способов полного, частичного или селективного (избирательного) уничтожения потенциально патогенных для человека микроорганизмов на объектах внешней среды в целях разрыва путей передачи возбудителей инфекционных заболеваний, от источников инфекции к восприимчивым людям.

Дезинфекция *высокого* уровня – метод дезинфекции, обеспечивающей гибель всей вегетативной микрофлоры, в том числе вирусов, грибов и некоторых спор.

Дезинфекция бывает очаговая и профилактическая.

➢ Очаговая дезинфекция проводится в эпидемическом очаге в связи с возникновением случая инфекционного заболевания или бактерионосительства.

Очаговую дезинфекцию делят на текущую и заключительную.

Текущая дезинфекция – это дезинфекция, которая проводится в очаге в присутствии источника инфекции, и направлена на уничтожение возбудителей по мере их выделении больным человеком или носителем.

Заключительная дезинфекция проводится после госпитализации, выздоровления или смерти пациента, то есть, после удаления источника

инфекции с целью полного освобождения очага от возбудителей, рассеянных больным человеком.

➢ Профилактическая дезинфекция проводится вне связи с эпидемическими очагами в местах вероятного скопления возбудителей инфекционных болезней (ОЗ, детские дошкольные учреждения, предприятия пищевой промышленности и общественного питания, вокзалы, вагоны, учреждения культуры и т.д.).

Методы дезинфекции

- механический – проветривание, влажная уборка, стирка белья и др. для уменьшения контаминации микроорганизмов на объектах;
- физический – кипячение, воздействие ультрафиолетовыми лучами, солнечным светом, высушивание, сжигание, прокаливание, водяной насыщенный пар под избыточным давлением, а также сухой горячий воздух;
- химический – использование растворов химических средств путем протирания, орошения, погружения инструментов в раствор. Выбор средства зависит от особенностей изделия и его назначения;
- биологический – уничтожение возбудителей инфекционных болезней во внешней среде средствами биологической природы (с помощью микробов-антагонистов). Имеет строго специфическое назначение.

Качество дезинфекции – это степень соответствия дезинфекции стандарту или требованиям нормативных документов.

Эффективность дезинфекции – это степень достижения конечного результата вследствие проведения дезинфекции.

Дезинфекцию с использованием *физического* метода выполняют:

- *кипячением* изделий в дистиллированной воде в течение 30 мин. и с добавлением 2% натрия двууглекислого (сода пищевая) в течение 15 мин., можно кипятить изделия из стекла, металла, термостойких полимерных материалов и резины. Перед кипячением изделия очищают от биологических загрязнений (кровь, слизь и др.), промывая водопроводной водой и соблюдая при этом меры безопасности при работе с биологическими жидкостями. Отсчет времени дезинфекционной выдержки начинают с момента закипания воды;
- *паровым* методом в паровом стерилизаторе (автоклаве) дезинфицируют также изделия из стекла, металла, резины, латекса, термостойких полимерных материалов водяным насыщенным паром под давлением 0,5 атмосферы при t 110°С в течение 20 мин.

ПСО изделий не требуется. Изделия складывают в стерилизационные коробки и помещают в паровой стерилизатор. Дезинфекция осуществляется воздействием водяного насыщенного пара под избыточным давлением. Хорошо использовать данный метод для медицинских изделий однократного применения.

- *воздушным* методом в воздушном стерилизаторе (сухожаровом шкафу) дезинфекцию осуществляют для изделий из стекла, металлов, силиконовой резины и проводят в открытом виде на полках воздушного стерилизатора при t 120°С в течение 45 мин. При данном методе изделия необходимо предварительно отмыть, так как органические вещества пригорят к поверхностям изделий.

Химический метод дезинфекции наиболее распространен в ОЗ.

Дезинфекцию с использованием химических препаратов проводят способом полного погружения изделий в раствор в разобранном виде, заполняя дезинфицирующим раствором полости и каналы сразу после применения или двукратного протирания, не допуская их подсушивания. Снятие игл осуществляется при помощи специальных приспособлений (иглоотсекателей и т.д.). Запрещается снятие игл руками, необходимо предварительное отмывание изделий от биологических загрязнений во избежание снижения эффективности действия у рабочего раствора дезинфицирующего средства. При дезинфекции химическим методом необходимо использовать специальные полимерные емкости с крышками для минимального воздействия химических растворов на медперсонал.

Химическую дезинфекцию проводят погружением, протиранием, орошением.

При видимом загрязнении ИМН биологическими субстратами, во избежание снижения эффективности действия у рабочих растворов дезинфицирующих средств рекомендуется проведение предварительного промывания водопроводной водой или раствором дезинфицирующего средства, не обладающего фиксирующим действием, в специально выделенной емкости с соблюдением мер безопасности. Промывные воды в последующем дезинфицируются одним из методов по режиму для вирусных гепатитов.

При протирании не рекомендуется применять средства содержащие альдегиды, а также формалин во избежание побочного токсического эффекта для персонала. Недостатком многих средств из этих групп является их способность фиксировать органические загрязнения на поверхности и в каналах изделий. Во избежание этого изделия необходимо предварительно отмывать от загрязнений с соблюдением противоэпидемических мер, а

затем дезинфицировать, о чем есть сведения в инструкциях по применению средства

Наиболее щадящим действием по отношению к материалам, из которых изготавливаются ИМН, в том числе, термолабильные, обладают альдегид-содержащие средства. Они рекомендованы для изделий из стекла, металлов, резин, а также полимерных материалов.

Применение спирта этилового синтетического ректификованного рекомендовано только для дезинфекции инструментов из металлов. Спиртосодержащие средства обладают свойством фиксировать загрязнения органического происхождения, что обусловливает необходимость предварительного отмывания загрязненных изделий перед дезинфекцией с соблюдением противоэпидемических мер.

Хлорсодержащие средства, а также большинство средств на основе перекиси водорода предназначены для дезинфекции изделий из коррозионностойких металлов, а также других материалов – резин, пластмасс, стекла. Допускается применение перекиси водорода медицинской и технической (марка А и Б).

Дезинфекцию изделий химическим методом осуществляют дезинфицирующими средствами по режимам, рекомендованным при вирусных инфекциях (вирусные гепатиты, ВИЧ-инфекция), в противотуберкулезных учреждениях – по режимам микобактерицидного действия.

Дезинфекция и ПСО ИМН могут быть совмещены в одном этапе при использовании средств, разрешенных Министерством здравоохранения Республики Беларусь для этих целей (наличие у препаратов моющих свойств не является показанием для совмещения дезинфекции и предстерилизационной очистки). По окончании дезинфекционной выдержки изделия промывают проточной водой. Оставшиеся загрязнения тщательно отмывают с помощью механических средств (ерши, щетки, салфетки марлевые или бязевые и др.). После дезинфекции изделия используют по назначению или (при наличии показаний) подвергают дальнейшей предстерилизационной очистке и стерилизации.

ПСО. Цель проведения. Состав растворов, температурный режим, экспозиция, кратность использования. Ополаскивание, режим сушки

ПСО ИМН проводят после их дезинфекции и последующего отмывания остатков дезинфицирующих средств под проточной водой. Новые инструменты, не применявшиеся для работы с пациентами, должны

также пройти ПСО с целью удаления промышленной смазки и механических загрязнений.

Все изделия перед стерилизацией должны подвергаться ПСО с целью удаления белковых, жировых, механических загрязнений, а также лекарственных средств. Все разъемные изделия должны подвергаться ПСО в разобранном виде.

Для ПСО используются физические и химические средства, разрешенные к использованию в РБ согласно инструкциям по применению, утвержденным Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

ПСО проводят ручным и механизированным способом. ПСО механизированным способом должно осуществляться по инструкции, прилагаемой к конкретному оборудованию. Для методики ПСО ручным способом используют емкости из пластмассы, стекла или покрытых эмалью (без повреждений), а также растворы, содержащие перекись водорода медицинскую или техническую (марки А и В) и моющие средства («Лотос», «Лотос автомат», «Астра», Виксан-мед, «Прогресс»). При использовании моющего средства «Лотос» и «Лотос-автомат» необходимо использовать ингибитор коррозии – 0,14% раствор олеата натрия.

Для проведения ПСО ручным способом необходимо приготовить моющий раствор: раствор пергидроля 27,5% –20 г. Моющее средство («Прогресс», «Айва», «Астра», «Лотос») – 5 г. Вода питьевая 975 г. – количество компонентов для приготовления одного литра моющего раствора.

- погружение изделий в моющий раствор при t 50°С на 15 мин.;
- мойка каждого изделия в моющем растворе при помощи ерша или ватно-марлевого тампона от 0,5-1 мин.;
- ополаскивание под проточной водой при применении моющего средства «Биолот» 3 мин., «Прогресс» 5 мин., «Астра», «Лотос», «Айна» 10 мин.;
- ополаскивание в дистиллированной воде от 0,5-1 мин.;
- сушка горячим воздухом при t 85°С в сушильном шкафу до полного исчезновения влаги;
- моющий раствор перекиси водорода с синтетическим моющим средством можно использовать в течение суток до загрязнения (появление розового цвета) и подогревать неизмененный раствор можно до 6 раз.

Совмещение дезинфекции и ПСО в одном этапе позволяет упростить обработку инструментов, уменьшить количество емкостей, сократить время обработки. При использовании растворов, совмещающих дезинфекцию и

ПСО, необходимо строго следовать методическому документу по применению конкретного средства.

Контроль качества ПСО изделий медицинского назначения. Цель. Кратность проведения контроля

Контроль качества ПСО проводят специалисты территориальных ЦГиЭ в зависимости от эпидемической значимости медицинской организации и конкретной эпидемиологической ситуации.

1-й уровень контроля (самоконтроль) проводится МС в ЦСО (стерилизационной), непосредственно после проведенных предстерилизационных мероприятий (после их дезинфекции, последующего отмывания остатков дезинфицирующих средств под проточной водой, сушки горячим воздухом при t 85°С в сушильном шкафу и обязательном остывании медицинского инструментария) в количестве не менее 1% от объема каждой обработанной партии, но не менее 3 наименований однородных инструментов.

Качество ПСО оценивают путем постановки азопирамовой пробы (на наличие остаточного количества крови). ПСО должны подвергаться все ИМН с целью удаления белковых, жировых, механических загрязнений, а также лекарственных средств.

2-ой уровень контроля организуется и осуществляется старшей МС ЦСО либо ответственным лицом не реже 1 раза в неделю методом «случайной выборки» в объеме не менее 2-3 наименований однородных инструментов.

3-й уровень контроля организуется и осуществляется главной МС ОЗ либо ответственным лицом не реже 1 раза в месяц методом «случайной выборки» в объеме не менее 2-3 наименований однородных инструментов.

4-й уровень контроля осуществляется специалистами территориальных ЦГиЭ в период проведения надзорных мероприятий, а также в зависимости от конкретной ситуации.

Все уровни контроля обязательны для исполнения во всех ОЗ, их результаты отражаются в журнале «Учета качества предстерилизационной обработки» (уч. форма № 328/у).

Азопирамовая проба. Методика постановки. Количество тестируемого материала. Время тестирования. Действия при положительной пробе. Учет результатов постановки пробы

Азопирамовая проба. Для приготовления исходного раствора берут 100 г амидопирина и 1,0-1,5 г. солянокислого анилина, смешивают их в

сухой мерной посуде и доводят до 1л 95°этиловым спиртом. Смесь тщательно перемешивают до полного растворения ингредиентов.

Исходный раствор азопирама следует хранить в плотно закрытом флаконе в темноте. Допустимый срок хранения исходного раствора азопирама составляет: при t 4°С (в холодильнике) – 2 мес.; при комнатной t (20±2°С) – не более 1 мес. Умеренное пожелтение исходного раствора без выпадения осадка в процессе хранения не снижает рабочих свойств раствора.

Перед постановкой пробы готовят реактив азопирама, смешивая равные объемные количества исходного раствора азопирама и 3% раствора перекиси водорода. Реактив азопирама можно хранить не более 2 час. При более длительном стоянии может появиться спонтанное розовое окрашивание реактива. При температуре выше +25°С раствор розовеет быстрее, поэтому его необходимо использовать в течение 30-40 мин. Не следует подвергать проверке горячие инструменты, а также хранить реактив азопирама на ярком свету и вблизи нагревательных приборов.

Методика постановки азопирамовой пробы

1. *Протирание* изделия марлевой салфеткой, смоченной реактивом.
2. *Нанесение* 2-3 капель реактива на изделие с помощью пипетки.
3. *Введение в полые изделия* реактива внутрь с помощью чистого шприца или пипетки, количество зависит от величины полости. Реактив оставляют внутри изделия 1 мин., после чего сливают на марлевую салфетку. Контролю подлежат: в ЦСО – 1% от каждого наименования изделий, обработанных за смену, в отделениях – 1% одновременно обработанных изделий каждого наименования, но не менее 3 единиц.

Результат постановки азопирамовой пробы оценивается через 1 мин. При контакте реактива с загрязненным участком появляется фиолетовое окрашивание, быстро, в течение нескольких секунд, переходящее в розово-сиреневое или буроватое. Азопирам выявляет наличие гемоглобина, пероксидаз, окислителей (хлорамин, хлорная известь, стиральные порошки с отбеливателем), а также ржавчины. Буроватое окрашивание наблюдается при наличии ржавчины и хлорсодержащих окислителей, в остальных случаях окрашивание розово-сиреневое. При постановке азопирамовой пробы окрашивание реактива, наступившее позже, чем через 1 мин. после постановки пробы, не учитывается. Исследуемые изделия должны иметь комнатную температуру (не выше 25°С).

При положительных пробах вся партия инструментария подлежит повторной обработке до получения отрицательных проб.

Стерилизация. Определение. Методы, режимы

Стерилизация ИМН – важнейшая составляющая неспецифической профилактики госпитальных инфекций.

Стерилизация – это уничтожение всех патогенных и непатогенных микроорганизмов, в том числе их споровых форм. Стерилизации подлежат все изделия, соприкасающиеся с раневой поверхностью, контактирующие с кровью в организме пациента или вводимой в него, инъекционными препаратами, а также изделия, которые в процессе эксплуатации контактируют со слизистой оболочкой и могут вызвать ее повреждение.

Стерилизация проводится после дезинфекции и ПСО и является завершающим этапом обработки ИМН, для успешной реализации которого необходимы следующие требования:

- эффективная очистка;
- соответствующие упаковочные материалы;
- соблюдение правил упаковки ИМН;
- соблюдение правил по загрузке стерилизатора упаковками с ИМН;
- адекватное качество и количество стерилизуемого материала;
- соответствующая работа оборудования;
- соблюдение правил хранения, обращения и транспортировки стерильного материала;

Стерилизация – наиболее эффективный метод с точки зрения финансовых и временных затрат и технологической совместимости.

Стерилизацию осуществляют разнообразными методами

1. Физическими:

- паровым – водяной насыщенный пар, под избыточным давлением;
- воздушным – сухой горячий воздух;
- инфракрасным – инфракрасное излучение;
- радиационным – ионизирующие £ и β излучения.

2. Химическими:

- жидкостным – растворы химических средств;
- газовым – окись этилена или ее смесь с другими компонентами, паро-формалиновый, озоновый;
- плазменным – пары перекиси водорода в сочетании с их низкотемпературной плазмой.

Различают 2 основных *вида* стерилизации:

- *высокотемпературный* – пар, горячий воздух, инфракрасный;

• *низкотемпературный* – газовый, плазменный, жидкостный, радиационный.

Выбор метода зависит от особенности стерилизуемых изделий.

При стерилизации паровым, воздушным и газовым методами изделия, как правило, стерилизуют упакованными в стерилизационные упаковочные материалы. При паровом методе, кроме того, используют стерилизационные коробки без фильтра и с фильтрами.

На упаковках стерилизованных изделий должны быть сведения о дате стерилизации, на стерилизационных коробках – о датах стерилизации и вскрытия, а также подпись медработника.

При паровом методе стерилизации стерилизующим средством является водяной насыщенный пар под избыточным давлением 2 атм.±(0,2)

t 132°С (±2°) 20 мин. (±2 мин.), при таком режиме стерилизуют общие хирургические инструменты, специальные детали приборов и аппаратов из коррозийно-стойких металлов, стекла, хирургическое белье, перевязочные материал в стерилизационных коробках.

Хирургическое белье и перевязочный материал укладывают в стерилизационные коробки параллельно движению пара.

Резиновые изделия (перчатки, трубки, катетеры, зонды и т.д.), шовный материал стерилизуют при 1,1 атм. ±(0,2) t 120°С (± 2°) 45 мин. (±3 мин.).

Запрещается хранение стерилизованного шовного материала в емкостях со спиртом этиловым.

Воздушным методом стерилизуют изделия из металлов, в том числе и коррозионно-нестойких, стекла (шприц с пометкой 200°С), инъекционные и манипуляционные иглы, изделия из силиконовой резины.

Стерилизуемые изделия равномерно укладывают горизонтально поперек полок, не допуская перекрытия продувочных окон и решетки вентиляции. Объемные изделия следует класть на верхнюю металлическую решетку, чтобы они не препятствовали потоку горячего воздуха. Изделия стерилизуют, завернув их в стерилизационные упаковочные материалы, или в открытом виде, загружая стерилизационную камеру на 70% объема.

В стерилизаторах пользуются средством, содержащим нагретые стеклянные шарики (гласперленовые шариковые стерилизаторы), стерилизуют изделия, применяемые в стоматологии (боры, зонды и т.д.). Изделия стерилизуют по режимам, указанным в инструкции по эксплуатации конкретного стерилизатора, разрешенного для применения. После стерилизации инструменты используют сразу по назначению.

Стерилизацию раствором химических реактивов следует применять для стерилизации изделий из термолабильных материалов, когда невозможно применить другой метод стерилизации. Для стерилизации изделий растворами химических средств используют вещества, разрешенные к применению для данной цели, по режимам согласно инструктивно-методическим документам, утвержденным в установленном порядке Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

При стерилизации растворами химических веществ используются стерильные емкости из стекла, металла, термостойких пластмасс, выдерживающих стерилизацию паровым методом, или покрытых эмалью (без повреждения).

Температура растворов, за исключением специальных режимов применения перекиси водорода и для альдегидсодержащих средств, должна составлять не менее 20°С, а для остальных средств не менее 18°С. Стерилизацию проводят при полном погружении изделий в раствор, свободно их раскладывая. При большой длине изделия его укладывают по спирали. Разъемные изделия стерилизуют в разобранном виде. Каналы и полости заполняют раствором. Во избежание разбавления рабочих растворов, используемых для стерилизации, погружаемые в них изделия должны быть сухими. После стерилизации все манипуляции проводят со строгим соблюдением правил асептики. Изделия извлекают из раствора с помощью стерильных пинцетов (корнцангов), удаляют раствор из каналов и полостей, а затем промывают в стерильной воде, налитой в стерильные емкости, согласно рекомендациям методического документа по применению конкретного средства. При каждом переносе из одной емкости в другую освобождение каналов и полостей и их заполнение свежей жидкостью осуществляют с помощью стерильного шприца, пипетки или иного приспособления.

Промытые стерильные изделия после удаления остатков жидкости из каналов и полостей используют сразу по назначению или помещают (с помощью стерильных пинцетов, корнцангов) на хранение в стерильную стерилизационную коробку, выложенную стерильной простыней на срок не более 3 суток.

Наиболее часто используемые химические растворы для стерилизации ИМН:

- р-р сайдекса: для металла – 4 часа, для пластмассы – 10 час.;
- р-р перекиси водорода 6%: при комнатной температуре – 6 час. (360 мин.), при t 50°С – 3 час. (180 мин.);

Для газового метода стерилизации используют смесь ОБ (смесь окиси этилена и бромистого метила в весовом соотношении 1:2,5, соответственно), окись этилена, пары раствора формальдегида в этиловом спирте.

Стерилизацию смесью ОБ и окисью этилена проводят при комнатной температуре (не менее 18°С), при t 35°С и 55°С, парами раствора формальдегида в этиловом спирте при t 80°С. Стерилизацию газовым методом осуществляют в стационарных газовых стерилизаторах, разрешенных к применению в установленном порядке, а также в портативных аппаратах (микроанаэростатах) объемом 2,0 дм ^{3} и 2,7 дм ^{3}).

Перед газовой стерилизацией изделия после пред стерилизационной очистки вытирают чистой салфеткой или подсушивают при комнатной температуре либо при t 35°С до исчезновения видимой влаги. Удаление влаги из каналов полимерных (резиновые, пластмассовые) катетеров, трубок проводят с использованием централизованного вакуума, при его отсутствии – с помощью ручного насоса или резиновой груши.

После подсушивания ИМН в разобранном виде упаковывают в пакеты из рекомендованных упаковочных материалов, затем помещают их в стационарный или портативный аппарат, закрывают крышкой и прижимают зажимом. Стерилизация газовым методом используется в основном в промышленности при упаковке одноразового медицинского инструментария.

Сроки сохранения стерильности материала в зависимости от упаковки

Паровой метод

Срок сохранения стерильности изделий, стерилизованных в герметичной упаковке в пергаменте, бумаге мешочной пропитанной, бумаге мешочной влагопрочной, бумаге упаковочной высокопрочной, бумаге крепированной, стерилизационной коробке с фильтром – **20 сут.,** а в любой негерметичной упаковке и стерилизационной коробке без фильтра – **3 сут**.

Кратность использования пергамента, бумаги мешочной непропитанной, бумаги мешочной влагопрочной и бумаги крепированной – до 2 раз, крафт-бумаги – до 3 раз (с учетом целостности).

Воздушный метод

Изделия, стерилизованные без упаковки, помещают на «стерильный стол» и используют в течение одной смены.

Срок сохранения изделий, стерилизованных и герметично упакованных в бумагу упаковочную высокопрочную, бумагу

крепированную – **20 сут**. Кратность использования бумаги мешочной влагопрочной – до 2 раз, бумаги упаковочной высокопрочной – до 3 раз.

Срок сохранения стерильности изделий, стерилизованных в крафт-бумаге – **3 сут**., кратность использования – до 3 раз.

Стерилизация растворами химических веществ

Промытые стерильные изделия после удаления остатков жидкости из каналов и полостей используют по назначению сразу или помещают на хранение в стерильную коробку, выложенную стерильной простыней, на срок не более 3 суток.

Газовый метод

Изделия, стерилизованные смесью ОБ или окисью этилена, применяют после их выдержки в вентилируемом помещении в течение:

1 сут. – для изделий из стекла, металла.

5-13 сут. – для изделий из полимерных металлов, имеющих кратковременный контакт (до 30 мин.).

14 сут. – для всех изделий, имеющих длительный контакт (свыше 30 мин.) со слизистыми оболочками, тканями, кровью.

21 сут. – для изделий из полимерных материалов, имеющих длительный контакт (свыше 30 мин.), используемых для детей.

Контроль стерилизации. Физические, химические, биологические методы. Химические индикаторы различных типов (наружные, внутренние, мультипараметрические интеграторы). Наименование, количество, расположение

Комментарии к Методическим указаниям Главного санитарного врача Республики Беларусь от 30.11.1999 г. № 90-9908 «Контроль качества стерилизации изделий медицинского назначения».

Контроль качества стерилизации проводится с целью оценки эффективности процесса стерилизации и предусматривает:

- совместное использование различных видов контроля;
- анализ полученных данных;
- протоколирование результатов (на месте проведения процесса стерилизации);
- принятие решения в отношении стерилизованных изделий (принимается непосредственно на рабочих местах).

Для контроля стерилизации используют **физический, биологический, химический методы:**

- *физический* метод предусматривает контроль параметров работы стерилизационного оборудования (таймеры, датчики температуры, давления, относительной влажности и др.). Контроль производится ежедневно при каждом цикле стерилизации медицинским работником, который обслуживает стерилизационное оборудование. Данный вид контроля позволяет оперативно выявить и устранить недостатки в работе стерилизационного оборудования. Однако данный метод позволяет оценить действие параметров внутри камеры стерилизационного оборудования, но не внутри стерилизуемых упаковок;
- *химический* метод позволяет оперативно оценить один или несколько действующих параметров стерилизационного цикла, производится ежедневно при каждом цикле стерилизации. Химический метод контроля использует химические индикаторы, принцип действия которых основан на изменении агрегатного состояния индикаторного вещества или цвета индикаторной краски при действии определенных параметров стерилизации. Каждый тип индикатора зависит от метода и режима стерилизации;
- *биологический* метод основан на гибели споровых форм тест-культур, специфичных для каждого метода стерилизации, предназначен для оценки состояния стерильности изделий и материалов. Биологический метод подтверждает эффективность выбранного режима стерилизации. При химическом методе контроля используемые химические индикаторы имеют свою классификацию: по принципу размещения бывают наружные и внутренние.

Наружные индикаторы (ленты, наклейки) крепятся липким слоем на поверхность используемых упаковок (бумага, стекло, металл и др.) и потом удаляются. Наружным индикатором могут быть упаковочные пакеты, которые на своей поверхности содержат химический индикатор.

Внутренние индикаторы размещаются внутри упаковок со стерилизуемым материалом вне зависимости от ее вида (пакеты бумажные или пластиковые, металлические контейнеры и др.). К ним относятся различные виды бумажных индикаторных полосок, содержащие на своей поверхности индикаторную краску.

В зависимости от количества контролируемых параметров стерилизационного цикла различают несколько классов химических индикаторов. Чем выше класс индикатора, тем больше параметров стерилизационного цикла он контролирует, и тем выше вероятность получения стерильных материалов при их использовании.

1 класс. Индикаторы процесса стерилизации – наружные индикаторы, используемые на индивидуальных упаковках со стерилизуемым материалом. Они позволяют сделать заключение о том, что данная упаковка прошла или не прошла цикл стерилизации.

2 класс. Индикатор одной переменной предназначен для контроля только одного из действующего фактора стерилизации (например, достижение температуры, концентрации газа и т.д.).

3 класс. Мульти-параметрические индикаторы предназначены для оценки действия двух и более факторов стерилизационного цикла. Нанесенная на их поверхности индикаторная краска изменяет свой цвет только при одновременном действии нескольких параметров (например, температура и экспозиция, температура, экспозиция и насыщенность пара и т.д.).

4 класс. Интеграторы – химические индикаторы, являющиеся аналогами биологических, разработанных для использования в любых режимах парового или газового методов стерилизации. Контролируют одновременно действие всех параметров выбранного метода стерилизации. Принцип действия интеграторов основан на том, что скорость плавления химического вещества идентична скорости гибели споровых форм бактерий, являющихся тестовыми в биологических индикаторах. Преимущество интеграторов в том, что расшифровка результатов производится непосредственно после окончания цикла стерилизации и позволяет сделать заключение о стерильности или не стерильности материалов. В зависимости от метода стерилизации должно правильно проводиться размещение химических индикаторов на стерилизуемых объектах.

При паровом методе стерилизации:

- наружный индикатор – одна полоска или лента длиной 6-7 см. крепится на каждую упаковку стерилизуемого материала;
- внутренний индикатор вкладывается в каждую стерилизуемую упаковку внутрь, а при использовании металлических контейнеров (биксов) – в центре или на дне каждого.

При *открытом* воздушном методе стерилизации одна индикаторная полоска внутреннего индикатора ложится в центре: при закрытом методе воздушной стерилизации одна индикаторная полоска внутреннего индикатора вкладывается внутри каждой упаковки.

При газовом методе стерилизации с использованием этилен-оксида наружный индикатор в виде этикетки или отрезка индикаторной ленты крепится на каждую упаковку или используется упаковочный материал с

нанесенным индикатором: внутренний индикатор в виде одной индикаторной полоски вкладывается внутрь каждой упаковки.

При газовом методе пароформалином необходимо использовать упаковочный материал с нанесенным индикатором; внутренний индикатор в виде одной полоски вкладывается внутрь каждой упаковки.

Все виды химических индикаторов должны применяться в соответствии с инструкцией по их применению, утвержденной Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Для контроля состояния материально-технической базы, эффективности использования имеющегося оборудования для дезинфекции и стерилизации в ОЗ ежегодно необходима разработка Паспорта ЦСО, с указанием всех централизованных и децентрализованных мероприятий, а также всего перечня оборудования для дезинфекции и стерилизации.

Гигиена рук медицинских сестер

Мытье рук является одним из эффективных способов профилактики инфекций в ОЗ. Гигиена рук, являясь весьма простой процедурой, остается первоочередной мерой, доказавшей высокую эффективность в предотвращении ИСМП и распространении антимикробной резистентности патогенных микроорганизмов.

Для достижения эффективности уровня обеззараживания кожи рук МС работники ОЗ должны соблюдать следующие **требования**:

- коротко подстригать ногти на руках;
- не носить в рабочее время на руках искусственные ногти, ювелирные украшения;
- мыть руки;
- проводить гигиеническую антисептику рук;
- проводить уход за кожей рук с использованием кремов, лосьонов, бальзамов (далее средства для ухода за кожей рук) для снижения риска возникновения контактных дерматитов.

Правила «5 этапов гигиены рук», разработанные ВОЗ, определяют ситуации, при которых персоналу необходимо обрабатывать руки. В зависимости от характера выполняемой медицинской манипуляции различают три степени деконтаминации рук (табл. 3.1) (см. глоссарий).

Таблица 3.1 Степени деконтаминации рук

Уровни (способы) обработки	Цель обработки (степень деконтаминации)
Обычное (гигиеническое) мытье рук	Удаление грязи и транзиторной флоры, загрязняющей кожу рук МС, в результате контакта с инфицированным или колонизированным пациентом и/или контаминированными объектами окружающей среды
Гигиеническая антисептика	Удаление или уничтожение транзиторной микрофлоры
Хирургическая антисептика	Удаление или уничтожение транзиторной микрофлоры и снижение численности резидентной флоры

При мытье рук работники ОЗ должны соблюдать следующие требования:

✓ использовать для мытья рук жидкое мыло;

✓ мыть руки в следующих случаях:

- в начале рабочей смены;

- на протяжении рабочей смены в следующих случаях:

• перед гигиенической антисептикой кистей рук, если руки загрязнены, в том числе биоматериалом;

• перед выполнением хирургической антисептики рук;

• после снятия защитных перчаток;

• перед приготовлением, раздачей и приемом пищи;

• перед кормлением пациента;

• после посещения туалета

✓ вытирать вымытые руки одноразовым полотенцем или многоразовым полотенцем при условии его индивидуального использования с кратностью замены не реже одного раза в рабочую смену.

Понятие о гигиенической и хирургической антисептике рук медперсонала (требования Евростандарта EN 1500)

Гигиеническая антисептика рук предусматривает удаление или уничтожение транзиторной популяции микроорганизмов.

Показания к гигиенической антисептике рук:

• до и после контакта с инфекционным больным известной или предполагаемой этиологии;

• контакт с выделениями больных людей (гной, кровь, мокрота и др.);

• до и после мануальных и инструментальных исследований и вмешательств, не связанных с проникновением в стерильные полости;

- после посещения бокса в инфекционных стационарах и отделениях;
- после посещения туалета;
- перед уходом домой.

Этапы гигиенической антисептики кожи рук (Евростандарт EN 1500)

1. Антисептик наносят на руки в количестве 3 мл и тщательно втирают в ладонные, тыльные и межпальцевые поверхности кожи рук в течение 30-60 сек. в соответствии с применяемой схемой до полного высыхания.

2. При сильном загрязнении (кровь, слизь, гной и т.д.) сначала удаляют загрязнения стерильным ватно-марлевым тампоном или марлевой салфеткой, смоченным кожным антисептиком. Затем на кисти рук наносят 3 мл. антисептика и втирают в кожу межпальцевых областей, ладонную и тыльную поверхности до полного высыхания, но не менее 30 сек., после чего моют поточной водой с мылом.

Хирургическая антисептик жи рук предусматривает удаление или уничтожение транзиторной и снижение численности постоянной популяции микрофлоры до субинфицирующих доз.

Показания *к хирургической антисептике кожи рук:* манипуляции, связанные с контактом с внутренними стерильными средами организма (пункции составов, полостей, хирургические вмешательства и др.).

Этапы хирургической антисептики кожи рук (Евростандарт EN 1500)

1. В течение 2 мин. кисти рук и предплечья моют без щеток под теплой проточной водой с нейтральным жидким мылом, что способствует удалению загрязнений, снижает количество транзиторной микрофлоры на руках медперсонала.

2. Кисти рук и предплечья высушивают стерильной салфеткой.

3. В течение 5 мин. тщательно втирают антисептик порциями по 2,5-3,0 мл в кожу кистей рук и предплечья по стандартной методике, не допуская высыхания кожи. Общий расход антисептика – в соответствии с инструкцией к препарату.

4. Руки высушивают на воздухе.

5. На сухие руки надевают стерильные перчатки.

6. После проведения хирургических манипуляций и снятия перчаток, руки тщательно моют теплой водой с жидким мылом в течение 2 мин. Для предупреждения сушащего действия спиртов в течение 1-3 мин. наносят крем. Следует помнить о поверхностях кистей, не обрабатываемых МС должным образом (см. оборотную сторону пособия).

Антисептика. Определение. Виды. Группы химических антисептиков

Антисептика – комплекс мероприятий, направленных на уничтожение микробов в ране, максимальное их уменьшение или подавление роста микроорганизмов.

Виды:

1. химическая (химические антисептические средства);
2. физическая (УФО);
3. механическая (первичная хирургическая обработка);
4. биологическая (вакцины, сыворотки, антибиотики, бактериофаги).

Все применяемые в хирургии антисептические средства можно разделить на две группы:

- химические антисептики;
- антибиотики.

Антисептические средства делятся на 10 групп:

1. Галоиды (хлорамин Б, р-р йода 5%-10%).

2. Окислители (перекись водорода 3%, 6%; калия перманганат 0,1%-0,5% р-р).

3. Тяжелые металлы и др. (ртути дихлорид, серебра нитрат).

4. Спирт (70° этиловый спирт).

5. Формальдегиды (формалин 4% и др.).

6. Фенолы (карболовая кислота).

7. Анилиновые красители (0,1-2% р-ры бриллиантового зеленого, 1-3% р-р метиленового синего).

8. Производные нитрофуранов (фурацилин, фурагин и др.).

9. Сульфаниламидные препараты (стрептоцид, норсульфазол и др.).

10. Антибиотики (тетрациклины, аминогликозиды, стрептомицины).

Асептика. Определение. Виды

Асептика – комплекс мероприятий, направленных на предупреждение попадания микроорганизмов в ткани, органы, полости. К ней относятся:

- дезинфекция
- стерилизация
- обработка рук
- санитарно-гигиенические мероприятия
- личная гигиена.

Основные группы дезинфицирующих средств. Краткая характеристика. Требования, предъявляемые к дезинфектантам

Современное дезинфицирующее средство, как правило, представляет собой композицию по основе сбалансированной формулы, включающей одно или несколько активно действующих веществ в соотношениях, позволяющих добиться максимального синергизма или потенцирования эффекта в отношении более устойчивых микроорганизмов, а также функциональных добавок, целенаправленно изменяющих их свойства.

В зависимости от основного действующего вещества, входящего в состав дезинфектанта, дезинфицирующие средства делятся на группы:

1. Хлорактивные препараты.

Обладают широким антимикробным спектром действия. Вызывают коррозию металлов. («Хлормисепт-Р»).

2. Йодоактивные препараты.

Не действуют на споры бактерий. Недостатком при использовании р-ра йода является дубящее и прожигающее действие на ткани организма и развитие гиперчувствительности («Йодискин» и др. кожные антисептики).

3. Спирты.

Самые распространенные компоненты кожных антисептиков. Обладают широким антимикробным действием, быстро испаряются, при испарении не оставляют следов.

4. Фенолы.

Используются в противотуберкулезных диспансерах и в очагах для дезинфекции поверхностей, белья и выделений больного. Особенностью фенолов является их способность создавать остаточную пленку на дезинфицированных поверхностях.

Производные фенола – бифинол – активный туберкулоцид.

5. Четвертичные аммониевые соединения (ЧАС).

В Республике Беларусь зарегистрировано множество дезинфицирующих средств, имеющих в своем составе один или несколько ЧАС (например, «Гексадекон»).

Примером сочетания ЧАС с органическими кислотами является дезинфектант «Дескоцид» для поверхностей и оборудования, используемый как в медицине, так и в пищевой отрасли.

6. Гуанидины.

Многокомпонентные препараты на основе производных гуанидина рекомендованы для низкого и среднего уровня обработки поверхностей, проведения текущей уборки с пролонгированным действием («Полидез»).

7. Альдегиды.

Среди альдегидов применение нашли формальдегид, глутаровый и ортафталевый альдегиды, имеющие широкий спектр активности, включая

споры. Не вызывают коррозии инструментов, не повреждают поверхности, обладают хорошей проникающей способностью («Сайдекс», «Лизоформин», «КДИ»).

8. Перекись водорода, надкислоты.

Кислородоотдающие дезинфектанты быстро разлагаются, не имеют устойчивого специфического запаха («Сандим-Д», «Сандим-НУК», «Сандим-оптика»). Используются для дезинфекции и стерилизации.

9. Третичные амины.

Новый тип дезинфектантов в отношении бактерий (включая tbc), грибов и вирусов, обладают невысокой токсичностью и хорошими моющими свойствами («Триацид»).

Требования, предъявляемые к дезинфектантам:

- широкий спектр антимикробной активности;
- безопасность применения, как для персонала, так и для пациентов;
- совместимость с обрабатываемыми поверхностями;
- экономичность;
- уровень устойчивости к органической нагрузке (например, крови);
- скорость действия (экспозиция);
- приемлемый запах;
- простота в приготовлении;
- экологическая безвредность.

Выбор препарата – всегда компромисс между перечисленными свойствами и поставленными задачами.

Дезинфицирующие средства, используемые для проведения текущей уборки. Наименования. Концентрация растворов. Экспозиция. Кратность использования, сроки реализации приготовленных растворов, используемая ветошь

Дезинфицирующие средства для текущей уборки в АПО и ОЗ применяются согласно инструкции производителя, согласованной Министерством здравоохранения Республики Беларусь по следующим режимам:

- *Бактерицидный* – обеспечивает уничтожение вегетативных форм бактерий, кроме возбудителей туберкулеза, применяется для дезинфекции поверхностей, не имеющих загрязнений биологическими материалами.
- *Вирулицидный* – обеспечивает уничтожение вирусов, применяется для дезинфекции поверхностей, имеющих загрязнения биологическим

материалом (кроме мочи, кала); при регистрации случаев заболевания вирусной этиологии (энтеровирусная инфекция, вирусные гепатиты и др.).

- *Фунгицидный* – обеспечивает уничтожение грибов; применяется для дезинфекции поверхностей при подозрении или подтверждении диагноза заболеваний грибковой этиологии, обработке «влажных» объектов в душевых, ванных комнатах, санитарных пропускниках.
- *Туберколоцидный* – обеспечивает уничтожение возбудителя туберкулеза; применяется для дезинфекции поверхностей и противотуберкулезных учреждений, при подозрении или подтверждении диагноза активного туберкулеза в стационарах соматического профиля или АПО.
- *Спороцидный* – обеспечивает уничтожение вегетативных и споровых форм бактерий, вирусов, грибов, применяется для дезинфекции по показаниям (операционные, родильные залы, при регистрации случаев инфекции, вызванной анаэробной микрофлорой и т.д.).

Для текущей дезинфекции могут применяться дезинфицирующие растворы различных наименований. Концентрация раствора зависит от режима дезинфекции. Экспозиция рабочего раствора применяется согласно инструкции по данному дезинфицирующему раствору. Рабочие растворы, которые применяются для проведения текущей уборки, используются однократно, а срок реализации рабочего раствора следует применять строго по инструкции, прилагаемой к дезинфектанту. Для проведения текущей уборки используется ветошь, как однократного применения, так и многократного. Ветошь однократного применения после использования подлежит утилизации; ветошь многократного применения после использования дезинфицируется по режиму, который применялся для текущей уборки; затем прополаскивается под проточной водой, сушится, хранится в емкости «для чистой ветоши».

При генеральной уборке дезинфекция поверхностей и оборудования проводится по вирулицидному режиму. Наименование раствора будет зависеть от режима дезинфекции, как и концентрация рабочего раствора и экспозиция. Кратность использования рабочего раствора для генеральной уборки –1 раз. Сроки реализации приготовленного раствора должны быть указаны в инструкции по применению данного раствора.

Дезинфицирующие растворы. Средства, используемые для обработки использованного медицинского инструментария. Наименования, концентрация раствора, экспозиция. Кратность использования, сроки реализации приготовленных растворов

Дезинфицирующие растворы, применяемые для обеззараживания медицинских инструментов, зависят от их типа, специализации оказания медицинской помощи в конкретном случае.

При дезинфекции должны уничтожаться патогенные и условно-патогенные микроорганизмы, вирусы (включая возбудителей парентеральных гепатитов, ВИЧ-инфекции), бактерии, в т. ч. туберкулеза. Наименования дезинфицирующих средств обработки медицинского инструментария различны, зависят от типа инструмента. Концентрация растворов применяется по вирулицидному режиму. Дезинфектанты для обработки медицинского инструментария могут иметь только дезинфицирующий эффект, также возможна дезинфекция, совмещенная с ПСО. Экспозиция раствора – согласно инструкции по применению, но есть некоторая особенность: чем меньше концентрация рабочего раствора, тем больше нужно времени для проведения дезинфекции.

В каждой инструкции по применению дезинфектанта имеются таблицы по дезинфекции инструментов, а также по совмещенному применению дезинфекции и ПСО.

Кратность использования рабочего раствора в емкости № 1 для инструментов – однократное применение; в емкости № 2 дезинфицирующий раствор может применяться многократно (согласно инструкции по применению), до появления хлопьев и видимых визуальных загрязнений.

Рабочие растворы имеют различные сроки реализации в зависимости от индивидуальных рекомендаций в инструкции по применению дезинфицирующего средства. Согласно инструкции по применению соблюдается и температурный режим, применять дезинфектанты можно при комнатной температуре или подогреве до определенной температуры.

Текущая уборка помещений. Цель. Кратность. Используемые дезинфицирующие растворы, инвентарь, ветошь. Последовательность проведения. Обработка инвентаря и его хранение

Текущие ежедневные уборки помещений ОЗ должны проводиться:

- в помещениях *операционного блока, ЦСО, стерилизационной, автоклавной, в родильном зале, перевязочных, манипуляционных, смотровых, прививочных, процедурных, стоматологических кабинетах, в помещениях молочной комнаты роддома, буфетных, раздаточных, палатах хирургических отделений.* Ежедневные уборки проводят в отделениях *анестезиологии и реанимации*, отделениях для *беременных и рожениц, лабораториях* – не реже 3 раз в день с применением моющих средств, в том

числе, один раз с применением химических средств дезинфекции. После проведения текущей ежедневной уборки обеззараживают воздушную среду, при необходимости делают проветривание;

- в палатах *для пациентов с ожогами, палатах и кабинетах для пациентов с инфекционными заболеваниями, в том числе в палатах для пациентов с гнойно-септическими инфекциями (ГСИ), туберкулезом, в асептических палатах* не реже 3 раз в день с использованием моющих средств и химических средств дезинфекции. После проведения текущей ежедневной уборки должно проводиться обеззараживание воздушной среды, при необходимости – проветривание;
- в палатах и кабинетах для пациентов *терапевтического профиля* не реже 2 раз в день с применением моющих средств. После проведения текущей ежедневной уборки должно проводиться проветривание.

Последовательность выполнения текущей уборки:

1. Надеть специально выделенную санитарно-гигиеническую одежду для уборки, чистые резиновые перчатки.

2. Подготовить уборочный инвентарь, приготовить рабочие растворы дезинфицирующих средств, моющие средства.

3. Для удаления пыли провести влажную уборку поверхностей (мебель, оборудование, подоконники, умывальники, батареи) методом протирания или орошения ветошью, смоченной раствором дезинфицирующего средства.

4. Вымыть пол моющим раствором (раствором дезинфицирующего средства), соблюдая последовательность от стенки к центру помещения, а затем к выходу.

5. Провести обеззараживание воздуха помещения – кварцевание в течение 30 мин. (при наличии бактерицидного облучателя).

6. Проветрить помещение в течение 15-30 мин.

7. Продезинфицировать уборочный инвентарь:

7.1. Щетки, ерши, тряпку для пола, ветошь для протирания поверхностей погрузить в емкости для мытья полов и стен с раствором дезинфектанта, выдержать экспозицию по вирулицидному режиму согласно инструкции к дезинфектанту и промыть под струей проточной воды.

7.2. Швабры (другие объемные предметы) протереть ветошью, смоченной раствором дезинфектанта, согласно инструкции по его применению. Уборочный инвентарь хранится в сухом и чистом виде в специально выделенном помещении.

Генеральная уборка помещений. Цель. Кратность, используемые растворы, инвентарь, ветошь. Последовательность проведения. Обработка инвентаря и его хранение

Генеральная уборка проводится с целью высокоэффективной дезинфекции помещения по вирулицидному режиму для предупреждения ИСМП или по эпидемическим показаниям.

Периодичность проведения:

- *не реже одного раза в семь дней* – в помещениях операционного блока, малых операционных, ЦСО, стерилизационных, в родильном зале, перевязочных, манипуляционных, смотровых, прививочных, процедурных, стоматологических кабинетах, в помещениях молочной кухни;
- *после одномоментной выписки пациентов, а также при перепрофилировании палат* – в палатах для пациентов с ожогами, в палатах для пациентов с инфекционными заболеваниями, ГСИ, туберкулезом, в асептических палатах;
- *не реже одного раза в месяц* – в других помещениях ОЗ.

Генеральная уборка проводится согласно графику, утвержденному главным врачом АПО или ОЗ.

Требования к проведению генеральной уборки помещений ОЗ

- работники должны быть одеты в специально выделенную спецодежду и использовать средства индивидуальной защиты (СИЗ);
- должны использоваться одноразовые или продезинфицированные салфетки;
- влажная уборка поверхностей должна проводиться растворами моющих средств в последовательности потолок, окна и подоконники, стены и двери – сверху вниз, оборудование, пол – от дальней стены к выходу, туалет убираем в последнюю очередь;
- смывание нанесенных моющих средств должно осуществляться водопроводной водой, с использованием салфеток;
- дезинфекция стен, подоконников, пола, оборудования, мебели должна проводиться химическими средствами дезинфекции, в соответствии с инструкциями по их применению;
- смена СО и защитных перчаток на чистые должна проводиться работниками перед этапом смывания нанесенных химических средств дезинфекции;
- смывание химических средств дезинфекции должно проводиться водопроводной водой с использованием салфеток. Смывание можно не

проводить, если дезинфекция проводится химическими средствами дезинфекции, не требующими процедуры смывания после применения;

- после расстановки оборудования и мебели должно проводиться обеззараживание воздуха помещений.

Уборочный инвентарь для уборки помещений ОЗ должен соответствовать следующим требованиям:

- иметь четкую маркировку «пол», «выше пола» с указанием назначения помещения или цветовое кодирование с учетом функционального назначения;
- использоваться строго по назначению;
- подвергаться обеззараживанию, очистке и сушке после использования. Для этих целей допускается использование автоматических стиральных и сушильных машин;
- храниться упорядочено в шкафах, стеллажах или тележках в специально выделенных помещениях ОЗ.

В туалетах ОЗ хранение уборочного инвентаря, предназначенного для их уборки, должно осуществляться в условиях, исключающих свободный доступ к уборочному инвентарю.

Отдельный уборочный инвентарь должен выделяться для помещений:

- операционного блока, малых операционных;
- ЦСО;
- родильного зала;
- перевязочных, манипуляционных, смотровых, прививочных, процедурных и стоматологических хирургических кабинетов;
- молочной комнаты, кухонь, буфетов;
- асептических палат, палат для пациентов с ожогами, инфекционными заболеваниями, ГСИ, лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза. Для проведения уборки в этих палатах, находящихся на стерильном режиме ведения пациентов, должен применяться стерильный мягкий уборочный инвентарь;
- для туалетов.

Бельевой режим в ОЗ

ОЗ должны обеспечиваться спецодеждой для работников, одеждой для пациентов и госпитализируемых лиц, постельным бельем, пеленками, многоразовыми полотенцами в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

1. Доставка грязного белья в прачечную и чистого белья из прачечной в ОЗ, а также транспортировка грязного и чистого белья должны

осуществляться в упакованном виде в мешках или в специальных закрытых контейнерах.

2. Тара для белья должна соответствовать следующим требованиям:

- быть выполненной из материалов, устойчивых к моющим средствам и средствам дезинфекции;
- не иметь дефектов. Мешки для белья должны быть выполнены из прочных и непромокаемых материалов;
- должна быть выделена для каждого отделения отдельно для чистого и грязного белья. Перевозка грязного и чистого белья в одной и той же таре для белья не допускается;
- иметь маркировку с указанием вида транспортируемого белья (чистое или грязное), его принадлежности к отделению ОЗ.

3. Хранение чистого белья в ОЗ должно осуществляться в специально выделенных бельевых помещениях для чистого белья.

Бельевые помещения для чистого белья должны быть оборудованы:

- полками с покрытием, выполненным из материалов, устойчивых к моющим средствам и средствам дезинфекции;
- стеллажами и столами для сортировки белья.

4. Суточный запас чистого белья в приемных отделениях, отделениях анестезиологии и реанимации, палатных отделениях больничных ОЗ должен храниться на постах МС, в условиях, исключающих загрязнение и доступ посторонних лиц.

5. Смена нательного и постельного белья и одежды пациентам в стационарах должна *проводиться регулярно по мере загрязнения, но не реже одного раза в семь дней*, если иное не установлено настоящими Санитарными нормами и правилами.

6. При загрязнении белья биологическим материалом (далее – биоматериал) замена на чистое белье должна проводиться незамедлительно.

7. При сборе и хранении грязного белья в ОЗ должны соблюдаться следующие требования:

- сбрасывать грязное белье на пол помещений или в открытые приемники, а также хранить в палате *запрещается;*
- грязное белье должно собираться в тару для грязного белья и незамедлительно транспортироваться в бельевые помещения для грязного белья ОЗ;
- временное хранение грязного белья в бельевых помещениях для грязного белья в отделениях ОЗ должно быть не более 12 часов;
- работы с грязным бельем работники ОЗ должны выполнять в

сменной спецодежде и средствах индивидуальной защиты.

8. Бельевые помещения для грязного белья во вновь строящихся и реконструируемых ОЗ должны соответствовать требованиям:

- быть изолированными от палат, лечебно-диагностических помещений и бельевого помещения для чистого белья;
- быть оборудованными:

- принудительной вытяжной вентиляцией;
- устройствами обеззараживания воздуха;
- умывальником с дозирующими устройствами для жидкого мыла и антисептика.

9. Постельные принадлежности (матрацы, подушки, одеяла) в ОЗ должны подвергаться обеззараживанию методом камерной дезинфекции:

- после выписки или перевода пациента из хирургических отделений, в которых проводятся оперативные вмешательства, ожогового, педиатрического отделений, отделений для беременных и рожениц, инфекционных, туберкулезных, дерматовенерологических отделений стационаров и дневных стационаров ОЗ;
- по эпидемическим показаниям;
- при загрязнении постельных принадлежностей биоматериалом;
- после смерти пациента.

Матрацы и подушки, находящиеся в наглухо зашитых гигиенических чехлах, могут быть обеззаражены путем протирания или орошения химическими средствами дезинфекции.

Основные требования личной гигиены МС и Пвр при оказании медицинской помощи

1. Ногти на руках должны быть коротко подстрижены.

2. Запрещено ношение искусственных ногтей, колец, браслетов и других украшений, затрудняющих эффективное удаление микроорганизмов.

3. Края рабочей одежды должны полностью закрывать личную одежду.

4. Волосы должны закрываться шапочкой или косынкой.

5. Сменная обувь персонала должна быть из материалов, которые можно подвергать дезинфекции.

6. Использование МС защитных перчаток обязательно во всех случаях, когда возможен контакт с кровью пациента или с другими потенциально контаминированными материалами, слизистыми оболочками или поврежденной кожей.

7. Мытье рук предусматривает удаление грязи и транзиторной микрофлоры, загрязняющей кожу.

8. Высушивать руки после мытья следует полотенцем однократного применения или электрополотенцем. В исключительных случаях допускается использовать индивидуальное полотенце, смена которого должна производиться ежедневно.

9. Антисептика кожи рук предусматривает применение химических веществ с антимикробным действием, предназначенных для обеззараживания микрофлоры рук. В зависимости от поставленной цели и требуемой степени очистки различают гигиеническую и хирургическую антисептику рук.

10. Медицинский персонал должен быть обеспечен гигиеническими лосьонами или кремами для снижения риска возникновения контактных дерматитов, связанных с мытьем и антисептикой рук.

11. При выполнении внутривенных инъекций, капельного введения жидкостей, заборе крови дополнительно предусматривается надевание маски, передника и очков или защитного экрана.

ВИЧ-инфекция, СПИД. Определение. Этиология. Источники заражения, пути передачи, контингенты риска (приказы Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16.12.1998 г. № 351; от 10.05.2001 г. № 109; от 28.12.2006 г. № 992; от 31.12.2008 г. № 1186).

ВИЧ-инфекция – инфекционный процесс в организме человека, вызываемый вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), характеризующийся медленным течением, поражением иммунной и нервной систем, последующим развитием на этом фоне оппортунистических инфекций, новообразований, приводящих инфицированных ВИЧ к летальному исходу.

СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита человека, терминальная фаза ВИЧ-инфекции, наступающая в большинстве случаев через весьма длительный период от момента заражения. ВИЧ относится к семейству ретровирусов, содержащих фермент ревертазу (обратная транскриптазу). Имеет шаровидную форму с диаметром от 100 до 140 нанометров (0,1-0,14 микрона).

Характеризуется развитием оппортунистических инфекций и опухолей как результат глубокого клеточного иммунодефицита.

Заразившиеся ВИЧ лица в течение нескольких лет являются практически здоровыми, ведут обычный образ жизни и могут служить источником заражения других лиц.

В настоящее время описаны два этиологических агента СПИД человека: ВИЧ-1 и ВИЧ-2.

ВИЧ высокочувствителен к нагреванию. При воздействии температуры +56°С в течение 10 мин. инфекционность ВИЧ снижается, а в течение 30 мин. достигается его полная инактивация. При температуре +100°С вирус погибает в течение 1 мин. В то же время вирус устойчив к действию ультрафиолетового и гамма-излучения в дозах, обычно применяемых при стерилизации. Хлорсодержащие дезинфектанты в обычно применяемых концентрациях (1-3%-ный раствор хлорамина, 3%-ный раствор хлорной извести) инактивируют вирус в течение 10-20 мин., 0,5%-ный лизол инактивирует его в течение 10 мин., 3%-ный фенол – 20 мин. Ацетон, эфир, этиловый или изопропиловый спирты также быстро инактивируют вирус.

ВИЧ обладает относительно невысокой устойчивостью во внешней среде. В активном состоянии в крови на предметах внешней среды сохраняет заразную способность до 14 дней, в высушенных субстратах – до 7 сут. Стандартные процедуры и дезинфектанты, широко используемые в ОЗ, вполне приемлемы для инактивации вируса. По степени эпидемиологической опасности ВИЧ отнесен к 11-й группе патогенности (наряду с возбудителями холеры, бешенства, сибирской язвы и др.).

Источником инфекции является инфицированный человек в любой стадии ВИЧ-инфекции. ВИЧ-инфекция относится к категории антропонозов. Наибольшие концентрации вируса содержатся в крови, сперме, секретах женских половых органов, спинномозговой жидкости. По убывающей степени концентрации ВИЧ содержится в околоплодных водах, женском молоке, слюне, поте, слезах, экскрементах, моче. Как и при любых инфекциях, для заражения необходима определенная доза возбудителя. Чем ниже концентрация возбудителя в биологической жидкости, тем меньше риск заражения.

В настоящее время установлено три пути заражения ВИЧ:

- половой;
- парентеральный;
- вертикальный (трансплацентарный, от матери к ребенку).

Успехи отечественной медицины позволили исключить вертикальный путь заражения плода от больной матери, о чем было сообщено ВОЗ на ведомственных конференциях и в научных публикациях.

Контингенты, наиболее подверженные риску заражения – лица с нетрадиционной сексуальной ориентацией, часто меняющие половых партнеров, наркоманы, больные гемофилией, граждане, выезжающие в

неблагоприятные по СПИД страны. К группе риска относят медицинских работников, которые по роду деятельности постоянно контактируют с кровью, другими биологическими жидкостями пациентов, а также работников МВД.

Восприимчивость мужчин и женщин к ВИЧ практически одинакова. Превалирование того или иного пола зависит от пути заражения. При гетеросексуальных связях заражение женщин наступает чаще.

Профилактика ВИЧ-инфекции. Используемые дезинфекционные средства

Профилактика ВИЧ-инфекции является общегосударственной задачей и направлена на ограничение распространения ВИЧ (Кечина Е.А., 2018).

Меры профилактики:

- просвещение населения и оказание консультативной помощи по проблеме ВИЧ / СПИД;
- формирование элементов ЗОЖ, коррекция сексуального поведения;
- распространение среди населения наглядных средств анти-СПИД-пропаганды, реклама в СМИ;
- проведение Всемирного дня борьбы со СПИД (провозглашен ВОЗ с 1 декабря 1988);
- активное выявление больных ВИЧ-инфекцией, диспансерное наблюдение за ними;
- организация мероприятий по предупреждению ВИЧ-инфицирования пациентов при оказании хирургической, акушерской, стоматологической, гинекологической помощи, проведении эндоскопических исследований, переливании крови и ее препаратов и др.;
- максимальное использование медицинского инструментария одноразового пользования;
- контроль санитарно-гигиенического и эпидемиологического режимов в ОЗ;
- контроль соблюдения правил дезинфекции, ПСО, стерилизации.

Мероприятия по личной защите медицинского персонала:

- соблюдение правил личной гигиены;
- при угрозе разбрызгивания крови работать в маске, очках, перчатках;

- в процедурных, манипуляционных, перевязочных кабинетах должно быть 2 раковины (для мытья рук и для мытья медицинского инструментария);
- в операционных, процедурных, перевязочных, на посту, в манипуляционных кабинетах должны быть аптечки по профилактике заражения ВИЧ-инфекцией.

Государственные мероприятия направлены на борьбу с наркоманией и проституцией. По среднегодовым темпам снижения коэффициента заболеваемости (распространенности) ВИЧ/СПИД за 2001-2012 годы Республика Беларусь занимала 2 место среди государств СНГ. Это обусловлено также ключевым индикатором общих расходов на здравоохранение. Так, в 2018 г., например, он составлял 7% расходов государственного бюджета, сравнимый с показателями развитых стран, в которых страховая медицина покрывает расходы не только на МП, но и на медикаменты. Расходы на ВИЧ-инфекцию в Республике Беларусь в 2017 г. составили 0,5% общих расходов на здравоохранение.

Медицинских работников должна насторожить активизация инъекционного пути передачи ВИЧ с 23% до 60% (2013-2016).

Для профилактики ВИЧ-инфекции используются все дезинфицирующие средства, разрешенные к применению в ОЗ по вирулицидному режиму (см. выше).

Парентеральные вирусные гепатиты. Определение. Источники инфекции, пути передачи, контингенты риска. Профилактика

Вирусный гепатит – это инфекционное заболевание, имеющее вирусную природу, характеризующееся преимущественным поражением клеток печени и выраженными симптомами интоксикации.

Вирусные гепатиты имеют фекально-оральный механизм передачи – вирусный гепатит А (ВГА), вирусный гепатит Е (ВГЕ); парентеральный механизм передачи – вирусный гепатит В (ВГВ), вирусный гепатит D (ВГD), вирусный гепатит С (ВГС). Источником инфекции является больной острой и хронической формой парентерального гепатита (ПВГ) или вирусоноситель (HbsAg, HCViAg).

Механизмы инфицирования ПВГ

- естественный (вертикальный или трансплацентарный) (от матери к ребенку);
- контактно-гемоконтактный;
- артифициальный (искусственный).

Естественный (вертикальный) механизм реализуется в случае

перинатальной передачи вируса с формированием у ребенка врожденной инфекции. Инфицирование плода происходит следующими путями:

- гематогенно-трансплацентарным (через кровь матери);
- интранатальным (во время родов через кровь или вагинальный секрет матери).

Контактно-гемоконтактный механизм реализуется:

- при половых контактах (через кровь, сперму, вагинальный секрет);
- при прямом соприкосновении с поврежденными кожными или слизистыми покровами;
- при бытовом парентеральном инфицировании, опосредованном контактом через общие бритвенные, маникюрные приборы, расчески, зубные щетки, другие предметы, использование которых сопряжено с повреждением кожи или слизистых.

Артифициальный (искусственный) механизм заражения ПВГ реализуется:

- через инфицированные донорскую кровь и ее компоненты, органы и (или) ткани человека, при парентеральном потреблении наркотических средств и их аналогов;
- при немедицинских и медицинских манипуляциях с нарушением целостности кожных покровов и слизистых, в случаях несоблюдения санитарно-гигиенических и эпидемиологических мероприятий, установленных санитарным законодательством РБ.

При выявлении лиц, инфицированных вирусом (вирусами) гепатита, медицинский работник ОЗ должен направить форму № 058/у «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом отравлении, осложнении после прививки» не позднее 24 час. после выявления заболевшего в учреждение, осуществляющее государственный санитарный надзор, по месту выявления инфекционного заболевания (территориальный ЦГЭ).

Контингенты риска:

- лица, потребляющие наркотические средства и их аналоги;
- лица, имеющие беспорядочные половые связи;
- лица, проживающие совместно с пациентами, инфицированными вирусами ПВГ;
- лица, регулярно получающие кровь и ее компоненты, имеющие в анамнезе трансплантацию органов и (или) тканей, биологических

материалов человека (далее – реципиенты), другие инвазивные медицинские вмешательства;

- дети, рожденные от инфицированных матерей.

В группу риска профессионального заражения входят:

- обучающиеся в учреждениях среднего специального образования, учреждениях высшего образования по профилю «Здравоохранение»;
- медицинские работники, работники других специальностей, в процессе своей деятельности имеющие контакт с кровью и ее компонентами или другими биологическими материалами человека.

Мероприятия, направленные на предупреждение инфицирования ПВГ и ВИЧ-инфекции пациентов в ОЗ

- переливание крови и (или) ее компонентов по медицинским показаниям в соответствии с требованиями клинических протоколов, по решению консилиума врачей, о чем делается соответствующая запись в медицинской документации пациента;
- использование кровезаменителей и других инфузионно-трансфузионных средств;
- использование аутогемотрансфузии при проведении плановых оперативных медицинских вмешательств;
- использование в хирургической практике кровосберегающих технологий;
- использование для гемотрансфузии только одноразовых систем для переливания;
- использование одного контейнера крови и ее компонентов для одного реципиента;
- максимальное использование одноразовых ИМН, расходных материалов при проведении медицинских вмешательств;
- соблюдение требований, установленных нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения РБ, в том числе техническими нормативными правовыми актами, к проведению дезинфекционных и стерилизационных мероприятий, мероприятий по гигиене рук и использованию защитных перчаток работниками ОЗ (прил. 1-3).

Эпидемия ВИЧ / СПИД затронула практически все страны мира. В Беларуси преобладают два пути передачи инфекции: посредством инъекций и половой. Удельный вес ВИЧ-инфицированных женщин по стране в целом составляет 37,2%, мужчин – 62,8%, детей от 0 до 14 лет – 164 случая (2017). В стадии СПИД умирает 52,5% больных.

Уязвимые слои населения по риску дискриминации – ВИЧ-инфицированные; ВИЧ-инфицированные дети, от которых отказались родители; здоровые дети родителей, зараженных ВИЧ; дети-сироты с ВИЧ-отрицательным статусом по причине преждевременной смерти матери или отца с ВИЧ.

Феномены массового сознания (спидофобия и стигматизация) порождены страхом перед неизлечимой болезнью, МС не имеют права поддерживать их в общении с населением.

Памятка по сфере ответственности МС при профилактике ВИЧ

- Полное исключение МП как возможного источника распространения инфекции.
- Использование стерильных медицинских инструментов и проверенной донорской крови, СИЗ, ранняя диагностика и лечение беременных женщин полностью исключают вероятность передачи инфекции.
- Гарантированное соблюдение тайны диагноза пациента.
- Каждый гражданин страны имеет право на конфиденциальное обследование на ВИЧ с предоставлением консультации до и после обследования, и на защиту от любых форм дискриминации.
- Недопустимо ограничение прав пострадавших от этой болезни на получение МП, социальной поддержки, образования, в вопросах трудоустройства.
- При подозрении на ВИЧ следует направлять человека в АПО по месту жительства или в отделы профилактики республиканского или областных ЦГиЭ.

Мероприятия, направленные на предупреждение инфицирования ПВГ работников ОЗ

- обследование на ПВГ работников ОЗ согласно постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 06.02.2013 г. № 11 (прил. 1-2) и при проведении обязательных медицинских осмотров;
- профилактическая иммунизация против ПВГ в соответствии с законодательством РБ;
- соблюдение работниками ОЗ требований санитарно-эпидемиологического законодательства;
- соблюдение мер безопасности при работе с кровью (органами, тканями человека, другим биологическим материалом).

Не допускается забор крови самотеком непосредственно в пробирку или через иглу непосредственно в пробирку, использование стеклянной посуды с отбитыми краями. Емкости с биологическим материалом должны быть оснащены плотно закрывающимися крышками, пробками. Пробирки с биологическим материалом помещаются в штатив. Транспортировка штативов, емкостей с кровью (органами, тканями человека, другим биологическим материалом) допускается в контейнерах (биксах, пеналах) с плотно закрывающимися крышками, исключающими их самопроизвольное открывание в пути следования. На случай боя или опрокидывания на дно контейнера (бикса, пенала) укладывается абсорбирующий материал (четырехслойная марлевая салфетка, медицинская вата). Не допускается транспортировка в сумках (пакетах) личного пользования и помещение бланков направлений или другой документации внутрь контейнера (бикса, пенала);

- инструктаж работников ОЗ о порядке действий при аварийном контакте с биологическим материалом пациентов, загрязнении биологическим материалом объектов внешней среды согласно алгоритму действий работников ОЗ при аварийном контакте с биологическим материалом пациента;
- наличие на постоянных рабочих местах, где выполняются манипуляции с нарушением целостности кожных покровов, слизистых или работа с биологическим материалом пациентов средств индивидуальной защиты глаз и органов дыхания, непромокаемого фартука, нарукавников, пакетов для сбора загрязненной санитарно-гигиенической одежды (далее – СГО) и обуви, раствора 3% перекиси водорода, антисептика, рабочего раствора средства дезинфекции;
- регистрация аварийных контактов в журнале по форме согласно постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 06.02.2013 г. № 11 (прил. 4);
- проведение лабораторного обследования работника ОЗ и пациента на маркеры ПВГ не позднее 24 час. после аварийного контакта. Положительный результат лабораторного обследования свидетельствует, что инфицирование ПВГ произошло ранее и не имеет связи с данным аварийным контактом. В случае получения отрицательных результатов повторные обследования проводятся через 3, 6, 12 мес.

Координация, контроль выполнения мероприятий в ОЗ осуществляются комиссией по профилактике ИСМП, состав которой утверждается приказом руководителя. Помимо этого, в установленном

порядке назначается ответственное лицо, осуществляющее инструктаж и контроль проведения мероприятий, направленных на предупреждение инфицирования ПВГ.

В случае аварийного контакта ранее не привитого медицинского работника с биологическим материалом пациента, инфицированного вирусом гепатита В, рекомендуется проведение пост-экспозиционной вакцинации по ускоренной схеме, в соответствии с рекомендациями производителя вакцины. Первая доза вакцины вводится в максимально короткий срок после аварийного контакта.

Аптечка экстренной неспецифической профилактики инфицирования ПВГ и ВИЧ-инфекции у работников ОЗ при работе с биологическим материалом (согласно постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 06.02.2013 г. № 11 «Об утверждении Санитарных норм и правил «Требования в организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения вирусных гепатитов» и признании утратившим силу постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14.11.2011 г. № 112»):

- средства индивидуальной защиты глаз (очки);
- средства индивидуальной защиты органов дыхания (маски);
- непромокаемый фартук и нарукавники;
- перчатки;
- пакеты для сбора загрязненной санитарно-гигиенической одежды и обуви;
- раствор 3% перекиси водорода;
- антисептик;
- рабочий раствор средства дезинфекции.

Алгоритм действий МС при аварийном контакте с биологическим материалом пациента, загрязнении биологическим материалом объектов внешней среды

➢ В случае повреждения целостности кожных покровов при работе с биологическим материалом:

- немедленно снять перчатки рабочей поверхностью внутрь и погрузить их в емкость с дезинфицирующим раствором или поместить в непромокаемый пакет для последующего обеззараживания;
- вымыть руки с мылом под проточной водой и обильно промыть рану водой или физиологическим раствором;

- обработать рану 3% перекисью водорода.

➢ В случае загрязнения биологическим материалом кожных покровов без нарушения их целостности:

- обильно промыть загрязненный участок кожных покровов водой с мылом и обработать антисептиком.

➢ В случае попадания биологического материала на слизистую оболочку:

- немедленно снять перчатки рабочей поверхностью внутрь и погрузить их в емкость с дезинфицирующим раствором или поместить в непромокаемый пакет для последующего обеззараживания;
- тщательно вымыть руки с мылом под проточной водой и обильно промыть (не тереть) слизистую оболочку водой или физиологическим раствором.

➢ В случае загрязнения биологическим материалом СГО, личной одежды, обуви:

- обмыть поверхность перчаток, не снимая с рук, под проточной водой с мылом или раствором антисептика, дезинфицирующего средства;
- снять загрязненную СГО, личную одежду, обувь;
- СГО, личную одежду и обувь сложить в непромокаемые пакеты для последующего обеззараживания;
- снять защитные перчатки рабочей поверхностью внутрь и погрузить их в емкость с дезинфицирующим раствором или поместить в непромокаемый пакет для последующего обеззараживания;
- вымыть руки с мылом под проточной водой и обработать кожные покровы антисептиком в области проекции загрязнения СГО, личной одежды, обуви.

➢ В случае загрязнения биологическим материалом объектов внешней среды:

- биологические загрязнения на поверхности объектов внешней среды обеззараживаются раствором дезинфицирующего средства и удаляются с поверхности с последующей влажной уборкой.

Профилактика педикулеза осуществляется согласно приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29 августа 2005 г. № 477 «Об усилении мероприятий по профилактике эпидемического сыпного тифа и борьбе с педикулезом», а также согласно постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 05.07.2017 г. № 73 «Санитарные нормы и правила «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, оказывающим медицинскую помощь, в том

числе к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний в этих организациях».

Состав противопедикулезной укладки

В целях предотвращения сыпного тифа и появления вшей, их распространения необходимо осуществлять профилактические (гигиенические) мероприятия, включающие: регулярное мытье тела не реже чем 1 раз в 7 дней, смену нательного и постельного белья в эти же сроки или по мере загрязнения с последующей стиркой; регулярную стрижку и расчесывание волос головы ежедневно; систематическую чистку верхнего платья, одежды, постельных принадлежностей, опрятное их содержание; регулярную уборку помещений, содержание в чистоте предметов обстановки.

Цель профилактики – не допустить появления и распространения вшей как переносчика сыпного тифа.

Противопедикулезная укладка включает:

1. Мешок для сбора вещей пациента (матерчатый, клеенчатый).
2. Халат.
3. Непромокаемый фартук.
4. Резиновые перчатки.
5. СИЗ органов дыхания.
6. Головной убор.
7. Ножницы.
8. Машинку для стрижки волос.
9. Бритвенный станок однократного применения.
10. Частый гребень.
11. Вату.
12. Столовый уксус.
13. Инсектициды-педикулоциды (для уничтожения головных вшей, дезинсекции помещений и предметов обстановки).
14. Емкость для дезинсекции помещения, соответственно промаркированная.
15. Распылитель для орошения раствором педикулоцида.
16. Лупу.

При средней и большой зараженности пациента вшами рекомендуется использовать инсектициды и педикулоциды.

Обработка педикулоцидами детей до 5 лет, беременных и кормящих женщин, людей с заболеваниями и повреждениями волосистых частей головы и тела, с проявлениями аллергии к медицинским и косметическим средствам запрещается. Для обработки волосистых частей тела используют инсектициды, рекомендуемые Министерством здравоохранения РБ. При необходимости обработку педикулоцидами повторяют через 7-10 дней. Контроль эффективности проводимых противотуберкулезных мероприятий осуществляет ответственный за эти мероприятия путем визуального осмотра волосистых частей тела, белья, одежды, прочих вещей и предметов. Результаты осмотров пациентов на педикулез фиксируются в медицинской карте стационарного пациента в температурном листе.

Выявленных пациентов регистрируют в «Журнале учета инфекционных заболеваний, пищевых отравлений, осложнений после прививки» уч. форма 060/У. О каждом выявленном случае педикулеза в течение 12 час. медицинский работник сообщает в ЦГиЭ по телефону, а в течение 24 час. отсылается «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом отравлении, осложнении после прививки» уч. форма 058/У.

Комментарии к отдельным положениям приказа Министерства здравоохранения РБ от 5 июля 2017 г. № 73«Санитарные нормы и правила «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, оказывающим медицинскую помощь, в том числе к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний в этих организациях» приводятся в приложении 1.

Работа по организации питания пациентов в ОЗ

Питание пациентов составляет существенную часть лечения. Для его обеспечения в ОЗ необходимы следующие документы: приказ по ОЗ (прил. 10), Положение о Совете по питанию (прил. 11), план на текущий год (прил. 12), инструкция об организации питания (прил. 13), перечень стандартных диет (прил. 14). Функции контроля в этих документах осуществляют заместитель главного врача по медицинской работе ОЗ и главная МС.

Предложения по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности:

- Стандартизируйте процесс передачи дежурств, особенно у постели больного. Рекомендуется использовать алгоритм SBAR (Situation, Background, Assessments and Recommendations). Применительно к ОЗ «S» означает ситуацию, «B» – общую информацию о пациенте, «A» – оценку

ситуации, «R» – рекомендации по тому, как дальше вести пациента. Его разработали западные специалисты для того, чтобы помочь сотрудникам – не только медицинским – справляться с ошибками в коммуникации.

• Правильно оформляйте документы. Важный компонент обеспечения преемственности помощи – документы о пациенте. Речь о выписках, переводных эпикризах, результатах исследований.

• Используйте стандартные формы медицинской документации. Это повысит степень преемственности помощи. Их нужно не только правильно и в полном объеме оформить, но и вовремя доставить до адресата, например, поликлиники.

• Обеспечьте безопасность транспортировки пациентов. Безопасно перевести пациента из одного отделения в другое – первостепенная задача. Это важно как в пределах одной ОЗ, так и при транспортировке в другие организации региона.

Работа по организации преаналитического этапа лабораторных исследований в ОЗ

Понятие преаналитического этапа лабораторных исследований введено для ограничения влияния внутренних и внешних факторов, мешающих правильному отражению состояния внутренней среды обследуемых пациентов (прил. 15).

Резюме. Безопасность предоставления МП рассматривается как проблема, поскольку установлены причины ухудшения здоровья (ИСМП) 10-16% госпитализированных пациентов (2010) в европейском регионе. Каждый десятый пациент в Европе в 2000 г. пострадал от предотвратимых осложнений лечения. Одной из главных задач, обеспечиваемых деятельностью медицинских работников со средним образованием и контролируемых главной (старшей) МС, является предупреждение рисков ИСМП.

Вопросы для саморазвития

1. Перечислите мероприятия, направленные на предупреждение инфицирования ПВГ и ВИЧ работников ОЗ.

2. Каково содержание преаналитической функции и цель ее осуществления главной (старшей) МС.

3. Как организованы мероприятия, и каковы наиболее частые ошибки по соблюдению принципов диетического питания вашей БО?

Глава 4. Деятельность главной (старшей) медицинской сестры по учету и хранению наркотиков и сильнодействующих лекарственных препаратов

Возрастание числа лиц, имеющих разнообразные виды зависимостей, с которыми имеют контакт МС, обусловливает особое внимание к хранению, распределению и учету сильнодействующих наркотических веществ. Этот вид деятельности находится под постоянным контролем на всех уровнях оказания МП, что связано также с материальной ответственностью главной (старшей) МС. Перечень документов и порядок работы главной (старшей) МС с наркотическими средствами (НС) и психотропными веществами (ПВ) представлен ниже (прил. 16).

Помимо этого, в перечне материалов главной МС должны быть следующие документы:

1. Приказы главного врача: о порядке приобретения, хранения и использования НС и ПВ в медицинских целях в подразделениях ОЗ, о порядке передачи ключей (пломбиров) в подразделениях ОЗ, о порядке сдачи и уничтожения использованных ампул из-под НС и ПС в подразделениях ОЗ.

2. Списки работников ОЗ, допущенных к работам, связанным с приобретением, хранением и использованием в медицинских целях и уничтожением НС и ПВ, включенных в списки 2 и 3 республиканского перечня (с разделами) (табл. 4.1).

Таблица 4.1

Списки работников ОЗ, допущенных к работам, связанным с приобретением, хранением и использованием в медицинских целях и уничтожением наркотических средств и психотропных веществ, включенных в списки 2 и 3 республиканского перечня

№п/п	Ф.И.О. (девичья фамилия)	Занимаемая должность	Число, месяц, год рождения	Место рождения	Домашний адрес	Согласен с проводимой в отношении меня поверкой
1.	Сидорова Светлана Владимировна (Иванова)	м/с анестезист	15.06.1969	г. Минск	г. Минск ул. Одинцова, 87-2	

3. Расчет годовой потребности ОЗ в НС на будущий год.

4. Расчет годовой потребности ОЗ в ПВ на будущий год.

Для соблюдения всех требований к работе с приобретением, хранением, использованием НС, ПВ, прекурсоров или аналогов необходимо изучить нормативную методическую документацию (прил. 2, 16) и вспомогательную литературу.

Документы, необходимые в деятельности главной (старшей) МС для работы с НС и ПВ

- лицензия на деятельность, связанную с оборотом НС, ПВ, прекурсоров;
- специально оборудованные помещения для хранения, соответствующие требованиям по технической укрепленности, установленным МВД РБ и МЗ РБ;
- приказ главного врача о порядке приобретения, хранения, использования, уничтожения НС, ПВ в медицинских целях;
- список допущенных к работе с НС и ПВ работников с подтверждающими документами (по запросам РУВД);
- журнал регистрации проведения инструктажа о порядке приобретения, хранения, реализации и использования НС, ПВ в медицинских целях (инструктаж 1 раз в год со всеми лицами, имеющими допуск);
- бланк требования на получение НС (ПВ);
- журналы предметно-количественного учета всех уровней (в аптеке или у главной МС, старших МС отделений, процедурных кабинетах и на постах МС);
- журналы передачи ключей, печатей или пломбиров и содержимого сейфа (металлического шкафа, холодильника);
- в медицинских картах – листы назначений НС (ПВ);
- справки по проверке целесообразности назначения врачами НС и ПВ, соответствия записей в историях болезни записям в журналах предметно-количественного учета НС и ПВ, состояния их хранения;
- акты на уничтожение использованных больными НС и ПВ в АПО;
- акты на уничтожение использованных ампул (флаконов) из-под НС и ПВ;
- другие документы согласно постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.12.2004 № 51.

Приказ главного врача о порядке приобретения, хранения, использования, уничтожения НС, ПВ в медицинских целях должен включать:

- назначение ответственного за всю работу с НС и ПВ лица (заместитель главного врача по медицинской части);
- ответственных за ведение и хранение бланков строгой отчетности (бухгалтер) и за приобретение, учет, хранение, выдачу, списание, уничтожение НС, ПВ (главная МС), которые назначаются отдельно;
- положение о порядке приобретения, хранения и использования НС и ПВ в ОЗ;
- утвержденный перечень работников, имеющих допуск к НС и ПВ; вновь поступившие на работу после принятия приказа работники утверждаются дополнительными приказами;
- перечень НС и ПВ, приобретаемых ОЗ (в пределах списка 2 и списка 3); в перечень включаются только лекарственные средства, входящие в формулярный список ОЗ и закупаемые им;
- годовой расход НС и ПВ в ОЗ;
- среднемесячный расход НС и ПВ в ОЗ.

Контроль исполнения приказа главный врач оставляет за собой.

Главной МС следует знать о деятельности различных комиссий ОЗ, созданных согласно приказу главного врача:

- по приемке приобретенных НС и ПВ;
- по проверке целесообразности назначений НС и ПВ, состояния хранения, учета и расходования наркотических препаратов;
- по проведению ежемесячной сверки фактического наличия НС и ПВ с данными журнала предметно-количественного учета у главной МС;
- по уничтожению использованных ампул (флаконов) НС и ПВ, ТТС;
- по уничтожению неиспользованных таблеток, ампул (флаконов) НС и ПВ;
- по уничтожению ампул, ТТС, НС и ПВ в случае боя, порчи и по истечении срока годности.

Важно! Для каждой комиссии должно быть утверждено Положение о ее деятельности.

Определенную сложность в работе главной МС вызывает расчет годовой потребности ОЗ в НС и ПВ на будущий год. Одним из способов является расчет потребности в НС и ПВ на будущий год от достигнутой фактической динамики потребления израсходованных веществ за

предыдущие 2-3 года. К ней добавляют вновь выявившиеся потребности (новые технологии, новые структурные подразделения, др.), но не более чем в 1,5 раза.

Как рассчитать потребность в психотропных веществах

Потребность в ПВ (список III) рассчитать значительно проще, чем потребность в НС. Нужно определить среднее арифметическое данных по каждому препарату из отчетов об использовании НС и ПВ за последние три года. Отчеты ОЗ ежегодно представляет по установленной форме.

Пример. Главной МС нужно рассчитать годовую потребность раствора диазепама 5 мг/мл — 2,0 мл, который поставляется в ампулах.

Содержание действующего вещества в одной ампуле — 10 мг.

Расход за предшествующие три года из отчетов:

Год	Количество ампул, шт.	Расход, грамм
2015	200	2,0
2016	210	2,1
2017	220	2,2

Среднегодовой расход:

(2,0 2,1 2,2) / 3 = 2,1 г.

Согласно расчету потребность диазепама на планируемый год составляет 2,1 г.

Предметно-количественный учет этилового спирта (этанола)

Согласно прил. 5 к постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27.12.2006 г. № 120 этиловый спирт подлежит предметно-количественному учету и должен храниться в специальных металлических шкафах, сейфах (прил. 18).

Предметно-количественный учет ведется материально ответственными лицами структурных подразделений ОЗ (старшими МС). В целях предотвращения немедицинского использования этиловый спирт выдается ежедневно постовым, перевязочным, операционным МС в соответствии с количеством выполняемых манипуляций. Нормы расхода этилового спирта утверждены постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20.12.2006 г. № 115. Журнал учета должен быть пронумерован, прошнурован, подписан руководителем и заверен печатью юридического лица (табл. 4.3).

Таблица 4.3

Форма журнала предметно-количественного учета медикаментов и изделий медицинского назначения при отпуске их постовым или процедурным МС от материально ответственных лиц

Приход				Расход					
Дата получения	Откуда получено, № документа	Количество	Подпись получившего	Дата выдачи	Ф.И.О. получившего	Количество	Подпись получившего	Остаток	Контроль
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

На основании нормативных требований согласно Инструкции о порядке выписки рецепта врача (в ред. постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16.01.2016 г. № 1) главные МС должны завести документы согласно прил. 19-23:

- форму журнала учета неправильно выписанных рецептов врача согласно прил. 19;
- форму журнала регистрации рецептов врача, находящихся на отсроченном обслуживании согласно прил. 20;

Главным МС необходимо пользоваться нормативными требованиями

- образец сигнатуры согласно прил. 21;
- перечень лекарственных средств, НС, ПВ и этилового спирта, подлежащих предметно-количественному учету согласно прил. 22;
- сроки хранения рецептов врача в аптеке согласно прил. 23.

Важно! При исполнении постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.12.2004 г. № 51 особо внимательным надо быть при исполнении следующих пунктов:

п.71. Не использованные больными НС и ПВ сдаются участковыми МС главной МС АПО, а в выходные и праздничные дни – дежурным врачам или дежурным МС (ответственным работникам) и помещаются в сейф (металлический шкаф), расположенный в помещении АПО;

п.72. Уничтожение не использованных больными НС и ПВ осуществляется 1 раз в месяц в фиксированный день согласно с требованиями п. 18 настоящей Инструкции с составлением акта на уничтожение не использованных больными НС и ПВ в АПО в соответствии с приложением 20 к настоящей Инструкции.

Особенность текущего периода. В 2004 г., когда было принято постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.12.2004 г. № 51, в котором трамадол еще не был включен в список ПВ,

подлежащих предметно-количественному учету, выписывался на бланках рецептов формы 1, поэтому до 2009 г. возврату и уничтожению подлежало небольшое количество ПВ (диазепам). Морфина гидрохлорид в ампулах на рецептах не выписывался, следовательно, возврату и уничтожению не подлежал.

Первые не инвазивные наркотики в Беларуси появились в 2007 г. – пластыри с фентанилом (трансдермальные терапевтические системы – ТТС). В 2009 г. впервые были закуплены таблетки с полусинтетическим морфином (гидроморфон), затем появился морфина сульфат в таблетках («Вендал», «Морфгестик», «Долг») сублингвальные таблетки фентанила («Луналдин») раствор морфия для приема внутрь («Ораморф»).

Важно! Все эти дорогостоящие препараты в настоящее время подлежат изъятию после смерти пациента и уничтожению, несмотря на сохранность упаковки и хороший срок годности.

Согласно письму Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 06.03.2015 № 12-2-10/861 «Об использовании наркотических лекарственных средств» в целях рационального расходования бюджетных средств, выделяемых на лекарственное обеспечение, **в виде исключения** разрешено использование невскрытых НС в виде ТТС, отпущенных ранее онкологическим пациентам бесплатно и впоследствии изъятых у родственников после смерти больного. В настоящее время неиспользованные наркотические пластыри не уничтожаются, а принимаются на предметно-количественный учет у главной МС АПО и выдаются пациентам по назначению врача.

Важно! На таблетированные формы и растворы для приема внутрь данное письмо не распространяется.

Медицинские работники, допустившие грубые нарушения нормативных документов по обороту НС и ПВ, могут быть привлечены не только к административной, но и уголовной ответственности. В Уголовном кодексе (УК) имеется ст. 327 о том, что хищение НС, ПВ, их прекурсоров или аналогов наказывается лишением свободы на срок до 5 лет, а при повторных действиях, либо группой, либо с ранее судимым по Ст. 328, 329 или 331 УК наказывают на срок от 3 до 10 лет с конфискацией или без конфискации имущества и с лишением права занимать должности или заниматься определенной деятельностью. Ст. 328 указывает на наказание за незаконные без цели сбыта изготовление, переработку, приобретение, хранение, перевозку или пересылку НС и ПВ либо их прекурсоров или аналогов ограничением свободы на срок до 5 лет или лишением свободы на

срок от 2 до 5 лет. Те же действия с целью сбыта наказываются лишением свободы на срок от 5 до 8 лет со штрафом или без штрафа.

Важно! Следует обратить внимание на то, что помимо тяжести наказания существует отсутствие различий за нарушения, связанные с оборотом НС и ПВ, т.е. и трамадол, и морфин, и фентанил одинаково подлежат контролю, а не соблюдающие требования МС одинаково наказываются.

Пояснение к Закону Республики Беларусь от 13.07.2012 г. № 408-З

Ст. 17 об уничтожении НС, ПВ и прекурсоров, инструментов и оборудования для изготовления, производства и переработки НС и ПВ, прекурсоров и аналогов гласит, что если иное не предусмотрено ст. 19-21, то уничтожение препаратов осуществляется в случае:

- истечения срока годности НС и ПВ, прекурсоров;
- химического или физического воздействия на НС и ПВ, прекурсоры, следствием которого стала утрата свойств, исключающая возможность их восстановления или переработки;
- нарушения целостности упаковки и (или) маркировки НС и ПВ, прекурсоров, а также дополнительных требований к упаковке (или) маркировке НС и ПВ, используемых в медицинских целях;
- изъятия из незаконного оборота НС, ПВ, прекурсоров, аналогов;
- в иных случаях, предусмотренных законодательными актами.

Азбукой работы главных (старших) МС, работающих с приобретением, учетом, хранением и отпуском НС и ПВ в АПО или БО, является соблюдение регламентированных законодательством норм, а также правил выписки рецептов врача (прил. 24), основных рецептурных сокращений на русском (прил. 25) и латинском языках (прил. 26), перечней лекарственных средств, не разрешенных к выписке на одном рецепте (прил. 27-28).

Порядок оформления рецептов на НС и ПВ приведен в Инструкции о порядке выписки рецепта врача, утвержденной Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31.10.2007 г. № 99 в редакции этого же постановления от 09.09.2014 г. № 66:

- Пункт 15. В бланке рецепта формы 2 указывается одно НС. Номер бланка рецепта формы 2 заносится в медицинские документы пациента, которому выписано НС, причем пациент расписывается о том, что он проинформирован о назначении ему НС, и он получил рецепт формы 2. При выписке пациенту НС в виде ТТС или в ампулах врач делает отметку в

медицинских документах пациента о том, что это НС назначается в первый раз.

- Пункт 16. При выписке пациенту ПВ номер бланка рецепта формы 3 заносится в медицинские документы пациента, которому выписано ПВ. Пациент расписывается в медицинских документах о том, что он проинформирован о назначении ему ПВ, и он получил рецепт формы 3.
- Пункт 20. Для лечения инкурабельных больных, количество выписываемых в одном рецепте НС может быть увеличено в два раза по сравнению с их количеством, указанным в приложении 6 к настоящей Инструкции. В этих случаях в рецепте врача должна быть дополнительная запись «По специальному назначению». Надпись заверяется подписью и личной печатью врача.
- Срок действия рецепта на НС, выписанные на бланке рецепта формы 2, составляет 5 дней, на ПВ – 30 дней. Срок выписки лекарственных средств для лечения хронической онкологической боли определен приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10.12.2010 г. № 1388.

Предметно-количественный учет НС и ПВ в БО

Предметно-количественный учет ведется в журнале предметно-количественного учета НС (ПВ) старшей МС отделения БО и журнале предметно-количественного учета НС (ПВ) процедурной (дежурной) МС отделения БО. Это осуществляют согласно приложениям 8 и 9 к Инструкции о порядке приобретения, хранения, реализации и использования НС и ПВ в медицинских целях, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.12.2004 г. № 51.

Все журналы предметно-количественного учета должны быть пронумерованы, прошнурованы, подписаны руководителем и заверены печатью юридического лица.

На каждое наименование, фасовку, лекарственную форму, дозировку НС и ПС в журнале заводится отдельная страница.

В отделении БО, в котором проводятся операции (далее - отделение анестезиологии и реанимации), предметно-количественный учет НС и ПВ ведется в журнале предметно-количественного учета НС (ПВ) дежурной МС-анестезистом отделения анестезиологии и реанимации. Это осуществляют согласно приложению 10 к Инструкции о порядке приобретения, хранения, реализации и использования НС и ПВ в медицинских целях, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.12.2004 г. № 51.

Старшая МС отделения выдает НС и ПВ процедурным (дежурным) МС (ответственным работникам) отделений.

В отделении анестезиологии и реанимации старшая МС отделения анестезиологии и реанимации выдает НС и ПВ дежурной МС-анестезисту.

НС и ПВ выдаются на сутки, а также на выходные и праздничные дни с учетом существующей потребности.

В отделении анестезиологии и реанимации дежурная МС-анестезист выдает НС и ПВ операционным МС-анестезистам на операцию. Не использованные во время операции ампулы (флаконы) НС и ПВ возвращаются операционными МС-анестезистами дежурной МС-анестезисту с последующей регистрацией в журнале предметно-количественного учета НС (ПВ) дежурной МС-анестезистом отделения анестезиологии и реанимации.

НС и ПВ назначаются лечащим (дежурным) врачом однократно или планово с указанием кратности применения и времени первого введения (приема) непосредственно после осмотра пациента. Назначение и применение НС и ПВ оформляются записями в истории болезни и в листе назначений НС (ПВ). Это осуществляют согласно приложению 11 к Инструкции о порядке приобретения, хранения, реализации и использования наркотических средств и психотропных веществ в медицинских целях, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.12.2004 г. № 51 (далее – лист назначений).

Пероральный прием НС и ПВ осуществляется только из оригинальных заводских или аптечных упаковок в присутствии МС с указанием в истории болезни:

- наименования НС и ПВ;
- дозировки и количества принятого больным человеком НС и ПВ;
- фамилии и инициалов МС, осуществляющей их выдачу, заверенных подписью МС с указанием времени приема.

Перекладывание НС и ПВ в отделениях БО в другую раздаточную тару не разрешается.

Вскрытие ампул НС, их внутримышечное или внутривенное введение производятся процедурной или дежурной МС с отметкой в истории болезни о проведенной инъекции и времени введения с указанием фамилии и инициалов МС, осуществляющей введение наркотического средства, заверенных ее подписью. Введение НС подтверждается подписью МС в листе назначений.

При проведении операций назначение вводимых НС и ПВ регистрируется в истории болезни (протоколе наркоза, наркозной карте) с указанием:

- времени и способа их введения;
- дозировки и их количества (миллилитры и миллиграммы).

После завершения операции в истории болезни (протоколе наркоза, наркозной карте) производится итоговый подсчет использованных НС и ПВ, который заверяется подписью врача-анестезиолога-реаниматолога и МС-анестезиста.

При использовании неполного объема ампулы или флакона НС или ПВ их остатки разбавляются водой в соотношении 1:100 и уничтожаются. Об этом делается запись в истории болезни за подписями врача и МС (МС-анестезиста), а в выходные и праздничные дни – дежурного врача и дежурной МС с указанием количества и способа уничтожения НС (ПВ).

Использованные ампулы (флаконы) из-под НС (ПВ) возвращаются в сейф или металлический шкаф, находящийся на посту и в процедурном кабинете отделения, и ежедневно (за исключением выходных и праздничных дней) сдаются старшей МС отделения.

Факт сдачи использованных ампул (флаконов) из-под НС (ПВ) процедурными и дежурными МС отделения отражается в журнале учета использованных ампул (флаконов) из-под НС и ПВ в отделении БО. Сдачу осуществляют согласно приложению 12 к Инструкции о порядке приобретения, хранения, реализации и использования наркотических средств и психотропных веществ в медицинских целях утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.12.2004 г. № 51.

Старшие МС отделений БО ежедневно (за исключением выходных и праздничных дней) сдают использованные ампулы (флаконы) из-под НС и ПВ главной МС БО с отчетом о сдаче использованных ампул (флаконов) из-под НС и ПВ. Это осуществляется согласно приложению 13 Инструкции о порядке приобретения, хранения, реализации и использования наркотических средств и психотропных веществ в медицинских целях, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.12.2004 г. № 51 (далее – отчет).

Главная МС БО принимает использованные ампулы (флаконы) из-под НС и ПВ, сверяя количество сдаваемых ампул (флаконов) с данными отчета, о чем главной МС БО делается соответствующая запись в журнале учета использованных ампул (флаконов) из-под НС и ПВ. Это осуществляется согласно приложению 14 к Инструкции о порядке

приобретения, хранения, реализации и использования наркотических средств и психотропных веществ в медицинских целях утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.12.2004 г. № 51.

Использованные ампулы (флаконы) из-под НС и ПВ уничтожаются с периодичностью не реже чем один раз в 10 дней комиссией, состав которой утверждается руководителем.

Уничтожение использованных ампул (флаконов) из-под НС и ПВ производится в соответствии с пунктом 18 настоящей Инструкции с составлением акта на уничтожение использованных ампул (флаконов). Это осуществляется согласно приложению 15 к Инструкции о порядке приобретения, хранения, реализации и использования наркотических средств и психотропных веществ в медицинских целях утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.12.2004 г. № 51.

Пример из практики. Назначение врача МС (молодому специалисту) УСТНО: пациенту Х. ввести в/венно капельно раствор глюкозы 5% – 400 мл, инсулин 4 (?!!!..). Спустя время после начала инфузии состояние пациента ухудшилось. Он покрылся потом, отмечает слабость во всем теле, головокружение и т.д.

Ошибка врача: должна быть сделана запись назначения с указанием единицы измерения инсулина и акцентом для молодого специалиста на особенностях дозирования препарата в особом шприце.

Ошибка МС: на флакон глюкозы 400 мл добавлено 4 МЛ, а не ЕД, инсулина. Молодой специалист забыл о правилах дозирования инсулина с помощью инсулинового шприца с градацией единиц измерения. Пациент спасен.

Пример из практики. Сдача смены и сейфа не на рабочем месте, а в сестринской. МС, сдающая смену, невнимательно сделала запись в журнале предметно-количественного учета о фактическом наличии полных и пустых ампул НС и ПВ. Передача ключей была проведена без осмотра сейфа. МС, принимавшая смену, сейф проверила после ухода домой предыдущей МС. Были ли пустые ампулы в наличии, узнать в отсутствие предыдущего работника сложно. В журнале передачи смены была совершена техническая ошибка: несоответствие фактического наличия полных и пустых ампул.

Ошибка МС, принимающей смену: сейф проверять ВСЕГДА независимо от опыта работы и степени доверия друг другу. МС, сдавшей смену без соблюдения требований, объявлен выговор.

Рекомендация. Утром старшей МС принимать пустые ампулы от постовой МС вместе с историей болезни и журналами предметно-количественного учета (контроль ведения листов назначений, ведение журнала предметно-количественного учета НС и ПВ, отметки о введении, подписи врача и МС).

В каждой БО по приказу руководителя создается постоянно действующая комиссия. Комиссия ежемесячно производит проверку целесообразности назначения врачами НС и ПВ, соответствия записей в историях болезни записям в журналах предметно-количественного учета НС и ПВ в отделениях, состояния их хранения.

Результаты проверки оформляются документом проверки в одном экземпляре. Значимость учета главной (старшей) МС приобретения, хранения и контроля применения сильнодействующих, НС и ПВ возрастает в связи с ростом наркомании, алкоголизма и пьянства. Общий уровень наркомании в 2015 г. составлял 2,8 на 100 тыс. населения, а токсикомании – 1,0 случая на 100 тыс. населения. В 2015 г. (по сравнению с 2012 г.) прирост уровня лиц, зависимых от наркотиков, составил 2,2%, а смертность пациентов с наркотической зависимостью за 2010-2015 годы увеличилась на 5,8%. За 2007-2017 годы число наркоманов на 100 тыс. населения увеличилось в 7 раз, что подтверждает актуальность и сложность проблемы.

Пациенты не должны иметь немедицинского доступа к НС и ПВ. В целях профилактики немедицинского доступа пациентов к НС и ПВ материально ответственные лица могут подвергаться административно-правовым наказаниям за нарушения правил приобретения, хранения, учета и использования НС и ПВ, спирта, что требует внимания и знания нормативной правовой базы со стороны главной (старшей) МС.

Мониторинг ОЗ выявляет типичные дефекты в оформлении документов, связанных с учетом, приобретением, хранением, использованием НС, ПВ, прекурсоров и аналогов:

- Не в полном объеме сформирован пакет нормативных документов у ответственных лиц.
- Имеются нарушения по ведению делопроизводства:

- не сформирована номенклатура дел по данному разделу работы;
- на актах комиссий отсутствует гриф «Утверждаю»;
- не соответствует установленным нормативам наименование учетных форм, содержание граф в журналах.

- Справка о проверке целесообразности назначения НС и ПВ, состоянии хранения, учета и расходования составляется формально.
- В перечень медицинских работников, допущенных к обороту НС и ПВ в связи с кадровыми изменениями, своевременно не вносятся изменения: работники осуществляют данную деятельность без допуска, а это грубое нарушение лицензионных требований.
- Перечень НС и ПВ в данной ОЗ не соответствует имеющимся в наличии лекарственным средствам.
- Инструктаж по выполнению Инструкции о порядке приобретения, хранения, реализации и использования НС и ПВ в медицинских целях проводится нерегулярно или не всегда соблюдается последовательность «допуск к работе с НС – инструктаж – работа».

Резюме. В целях предотвращения немедицинского использования этилового спирта (этанола), НС и ПВ главными (старшими) МС, материально ответственными лицами структурных подразделений ОЗ осуществляется строгий предметно-количественный учет.

Соблюдение правил утилизации НС и ПВ не менее важно, чем их получение и использование, они также подлежат должному контролю ответственных лиц по приказу главного врача ОЗ. Проверки состояния этого раздела работы главной (старшей) МС ОЗ в 2018-2019 годах свидетельствуют о необходимости строгого постоянного контроля учета спирта, НС и ПВ.

Вопросы для саморазвития

1. Назовите основные документы, регламентирующие получение, учет, хранение, использование и утилизацию НС и ПВ.
2. Проверьте свое знание латинского языка при выписке рецептов для получения в аптечной сети.
3. Главной (старшей) МС необходимо сверить правильность оформления журнала учета использованных ампул (флаконов) из-под НС и ПВ процедурными и дежурными МС.
4. Повторите сроки хранения рецептурных бланков форм 2 и 3.

Глава 5. Барьеры в общении и их преодоление

Одним из критериев профессионализма МС является ее коммуникативная компетентность. Для МС общение с пациентом начинается с оценки его невербального поведения, внешнего вида, походки, мимики и пантомимики, голоса. Вступая в беседу с больным человеком, с первых слов МС создает у него ощущение приветливости, участия, готовности помочь. Если пациент взволнован, страдает от боли необходимо сначала его успокоить. Нельзя впадать в противоположную крайность, причитания вредны, потому что при действительно тяжелых страданиях больной человек ждет не утешений, а реальной помощи. Нередко встречаются люди, жаждущие поразить медиков масштабами своей болезни. Известный психиатр В. Балинт заметил, что «лекарством, которым чаще всего пользуются в повседневной врачебной практике, является сам врач. Другими словами, важны не только пузырек с микстурой или коробочка с таблетками, но и та манера, с которой врач прописывает их больному, и даже атмосфера, в которой лекарство назначается и принимается». В равной степени это справедливо для МС, которой необходимо с первой встречи продемонстрировать свой профессионализм, в том числе за счет внешнего вида. МС должна быть подтянутой, опрятной, говорить немногословно, но уверенно и убедительно.

В словесном общении МС с пациентом имеет значение культура голоса. МС, говорящая монотонно, бессвязно, с трудом устанавливает контакт. Спокойная, уверенная речь является важнейшим психотерапевтическим методом воздействия на больного. Гегель был прав, утверждая, что «в благозвучии голоса можно с уверенностью распознать красоту души говорящего. В грубости его голоса – грубость чувства, ему присущего».

Во время осмотра больного человека и разговора с ним МС не должна проявлять отрицательные эмоции, как бы она ни была поражена неожиданными обстоятельствами, открывшимися в ходе обследования или течения болезни. Односложные и многозначные восклицания типа «Ого», «Угу», «М-да» пугают людей, могут быть источником психогенных заболеваний (ятрогения словом, сестрогения). Врач и мастер слова Б.Е. Вотчал так говорил об умении опрашивать больного: «Искусство анамнеза – нелегкое искусство. Оно напоминает работу следователя, допрашивающего свидетелей по делу опасного преступника – болезни».

Нередки ситуации, когда пациенты словоохотливы, говорят с удовольствием, отвлекаясь от болезни, переходя на бытовые темы, подробно описывая несуществующие детали. Нельзя выказывать

нетерпение, перебивать рассказ, необходимо дать человеку возможность высказаться, а позже выяснить необходимые детали, направляя беседу конкретными вопросами. Врачевание во многом является искусством, требующим от МС усилий, творчества, умений поддержать в пациенте бодрость, веру в выздоровление, сочетаемое с навыками вести беседу.

Болезнь может изменить поведение человека, сделать его нетерпимым к новым для него, непривычным обстоятельствам. Агрессия в любом виде – проявление негативизма пациента к болезни и медицинским работникам, в первую очередь к МС. От нее требуется предельная осторожность, такт, доброта, миролюбие, чтобы не допустить конфликта и тем более его эскалации. Рекомендована техника активного слушания, приемы обратной связи и пр.

Ощущение дискомфорта, препятствий в отношениях не позволяет пациентам полностью доверять медицинским работникам. МС необходимо научиться предупреждать возникновение барьеров общения, а уж если они возникли – успешно преодолевать их. Значимость этих знаний возрастает для людей, находящихся в длительно действующих закрытых (полузакрытых) организациях.

Согласно сведениям Министерства здравоохранения Республики Беларусь, количество жалоб населения в этические комиссии ОЗ за 2015-2016 годы уменьшилось в 2 раза, однако рост письменных и электронных обращений граждан и юридических лиц в 2018 г. по сравнению с 2017 г. составил 14%. Обычной практикой в системе здравоохранения является проведение обучающих семинаров по актуальным вопросам, касающимся работы с обращениями граждан и юридических лиц в ОЗ всех уровней по вопросам знания норм законодательства, соблюдения этики и деонтологии.

В последние годы Министерство здравоохранения страны уделяет повышенное внимание вопросам коммуникаций в здравоохранении. Внесены соответствующие изменения в учебные программы высшего и среднего медицинского образования, системы дополнительного профессионального образования взрослых. В августе 2018 г. утверждено постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь «Правила медицинской этики и деонтологии», в котором представлена совокупность правил, норм и принципов поведения медицинских, фармацевтических работников при выполнении ими должностных обязанностей.

Основой деятельности медицинского работника является принцип гуманизма, который выражается в проявлении вежливости, сочувствия, уважения, сострадания, эмпатии во взаимоотношениях, как с коллегами, так

и с пациентами и их родственниками. Регулярно проводятся обучающие семинары по актуальным вопросам коммуникаций в здравоохранении, медицинской этики и деонтологии. Для участия привлекаются специалисты-психологи и социологи, которые помогают вырабатывать поведенческие стратегии и тактики коммуникативной деятельности медицинского персонала при общении с пациентами, в том числе в конфликтных ситуациях.

Однако современный пациент не всегда руководствуется нормами и правилами общественного проведения и делового этикета, нередко проявляет потребительский экстремизм и завышенные требования к МР, создает конфликтные ситуации. К стихийно возникающим конфликтным ситуациям в ОЗ специалисты должны и могут быть подготовлены. Ответственность за соблюдение правил цивилизованного взаимодействия в ОЗ лежит на медицинском работнике. Однако соответствующая просветительская работа с гражданами была бы уместна, поскольку не только МР, но и пациенты и их родственники должны знать основы построения эффективных коммуникаций.

Стили общения, характерные для медицинских работников

- *альтруистический* – специалист-медик стремится бескорыстно помогать больным людям;
- *манипулятивный* – используются средства воздействия на пациента для достижения своих целей;
- *миссионерский* – специалист стремится сохранить дистанцию в общении, соблюдает невмешательство и не осуждает;
- *партнерский* – высокая степень сотрудничества, собеседника выслушивают, не перебивая, не оценивают поспешно, не навязывают советы;
- *деловой* – общение в интересах совместного дела.

Деловое общение предполагает использование, преимущественно, делового стиля общения, и обучение такому взаимодействию является одним из основных направлений подготовки главной (старшей) МС в системе повышения квалификации.

Существенно отличаются стили общения экстравертов (общительны, проявляют естественный интерес к другим людям) и интровертов (сдержанны, спокойны, тяготеют к уединению). Обычному человеку экстраверт кажется шумным, несдержанным, а молчаливый интроверт – высокомерным или запуганным, на основании этого вывода может сложиться неверное впечатление и отношение к пациенту.

Отношение к людям является одной из характеристик стиля общения, отражающей определенные психологические потребности и установки к общению. Принято выделять разные *позиции по отношению к партнеру по общению.*

Податливый тип – характеризуется высокой потребностью быть любимым, чувствовать одобрение, внимание, желание быть важным для другого. Озадачен отношением к себе окружающих, любит распоряжаться, но и не против того, чтобы им командовали. Подсознательно все время спрашивает партнера: «Любишь ли ты меня? Позволяешь ли мне о тебе заботиться?». Эмоции выражают открыто, нередко альтруистичны.

Агрессивный тип – воспринимает другого человека как соперника, высока потребность в успехе в любой форме, в контроле над другими, плохо переносит «проигрыш», непроизвольно стремится к манипулированию. Подсознательно задает вопрос партнеру: «Сильный ты соперник? Чем ты можешь быть мне полезен?».

Отрешенный тип – стремится сохранить эмоциональную и психологическую дистанцию между собой и другими, нуждается в независимости и уединении, обычно избегает связей, обязательств. Внутренняя установка в общении с партнером: «Будешь ли ты покушаться на мою независимость?». К отрешенному типу нужно относиться с пониманием и подчеркнутым уважением.

Деловой тип – в мире профессионалов преобладают люди, для которых дело превыше всего. Деловой тип владеет умениями и навыками делового стиля общения, используя преимущества всех других стилей.

Для того, чтобы стиль общения МС не стал препятствием в общении с пациентом, необходимо осознать, что стиль поведения пациента есть проявление его характера. Если характерологические особенности не мешают делу, их следует принимать, каково бы ни было отношение к человеку.

Основные препятствия на пути к эффективному общению

Мотивационный барьер возникает у людей с разными мотивами (целями) вступления в общение, один заинтересован в получении информации, другой в немедленном излечении. С самого начала следует выяснить намерения и согласовать мотивы сотрудничества.

Этический барьер возникает, если взаимодействию с пациентом мешает несовместимость нравственных позиций, при этом каждая сторона сама демонстрирует или нет готовность к компромиссу.

Барьер *стилей общения* зависит от темперамента, характера, мировоззрения, умения и желания учитывать позиции, мнение, оценку пациента.

Эстетический барьер возникает в случае, если пациент неопрятен, неряшливо одет, или обстановка в палате не располагают к общению. Преодолеть внутренние препятствия трудно, но если этот контакт важен, МС нельзя показывать свои истинные чувства.

Барьер отрицательных эмоций возникает в общении с расстроенным человеком. Если пациент, прежде вежливый, встречает нелюбезно, разговаривает, не поднимая глаз, не спешите принимать это на свой счет и искать причину в изменении его отношения к вам: возможно, он не справляется с плохим настроением из-за личных проблем или плохого самочувствия.

Состояние здоровья человека, физическое или духовное, значительно влияет на то, как он общается. Наблюдательным МС не составляет труда по внешним признакам догадаться о том, что происходит с человеком, выбрать соответствующий тон и слова, может быть, сократить беседу.

Психологическая защита, выстраиваемая партнером, – один из серьезных барьеров общения. Препятствием к конструктивному общению является также *барьер установки*. Спокойно относитесь к неприязни как к проявлению человеческого несовершенства, слабости, тогда несправедливое отношение к вам лично задевать не будет.

Барьер *двойника* заключается в том, что кто-то невольно судит о другом по себе, ждет поступка, какой совершил бы сам. Следует развивать способность мысленно ставить себя на позицию другого, хотя порой его некомпетентность вызывает чувство досады, ощущение потерянного времени.

Барьер *модальностей*. Незнание того, что у каждого человека есть свой приоритетный канал восприятия, нередко затрудняет общение. Как известно, существует три основных канала поступления информации: визуальный, слуховой, кинестетический. Люди принимают и перерабатывают информацию, используя все каналы, но у каждого есть один приоритетный. Внимательно наблюдая за собеседником, МС может определить тип поступления информации. Примером неэффективной коммуникации МС с аудиалом являются конструкции типа: «Разве вы не видите…?», «Смотрите…», «Как можно не увидеть, что…». Неправильно обращаться к визуалу с репликами типа: «Послушайте меня…», «Вы меня слышите или нет?» – люди говорят «на разных языках», что осложняет взаимодействие.

Барьер *характера* может создавать сложности в общении, однако воспитанные люди умеют вести себя так, чтобы не становиться источником конфликта.

Следует учитывать особенности *общения с разными типами собеседников.*

Мобильный собеседник (экстраверт-сангвиник) быстро говорит, перескакивает с одной темы на другую, ему все кажется ясным. Следить за его рассуждениями трудно, а перебивать нельзя – он сердится. Рекомендуется дать ему возможность высказаться до конца, и только затем задавать вопросы.

Ригидный собеседник (интроверт-флегматик) – «малоподвижный», думает медленно, все детализирует. Его нельзя торопить – в силу своей природы он не может быстро переключаться.

Доминантный собеседник (экстраверт-холерик) любит лидировать в разговоре, говорит громко, безапелляционно, настаивает на своем мнении. Попытка поставить его на место чревата конфликтом, МС лучше, оставшись при своем мнении, позволить пациенту высказаться, а затем в решающий момент тихо, но твердо настоять на своем.

Пассивный собеседник (интроверт-меланхолик) не обнаруживает своей реакции, не высказывается, поэтому поддерживать с ним разговор трудно. Следует применять метод активного слушания: задавать вопросы и получать обратную связь.

Сотрудничество и интеграция медицинских работников со специалистами других отраслей носит комплексный характер и основывается на результатах современных исследований, в том числе в области конфликтологии (прил. 9-10).

Этапы преодоления барьеров общения: ожидание, оценка, принятие решения

Ожидание (предвидение): проблема, которую не предвидят, это действительно проблема, а та, которую упреждают, становится возможностью.

Оценка: «В жизни каждой проблемы существует момент, когда она уже достаточно велика, чтобы ее заметить, но слишком мала, чтобы ее решить» (М. Левит, 1971). Главное состоит в том, чтобы оценить ее масштаб, а затем проявить мудрость и терпение, чтобы решить ее.

Ни одна проблема не может выдержать хорошего осмысления (мозгового штурма). Активное позитивное мышление, поиск адекватных ресурсов и лучших способов решения, список потенциальных способов решения проблемы с не только вторым, но и запасным вариантом, на случай

неэффективности первого варианта решения помогут, в итоге, преодолеть любой барьер общения.

Существуют четыре способа **принятия решений**:

- убежать от проблемы, но она всегда следует за человеком;
- забыть о ней, но, оставленная без внимания, она станет еще более серьезной;
- бороться с ней, но проблема останется;
- повернуться к ней лицом.

Главной (старшей) МС можно рекомендовать принципы решения производственных проблем, используемые в современном менеджменте.

Для начала стоит провести различие между проблемой и объективной трудностью: проблему решить можно, а с объективной трудностью ничего нельзя поделать. Не стоит тратить ресурсы попусту, пытаясь с ней бороться. Предлагаем памятку, позволяющую видеть проблему в правильном свете (Д. Максвелл, 2009):

Predictors (предсказатели) – помогают формировать будущее.

Reminders (то, что напоминает) – показывают, что нельзя добиться успеха в одиночку.

Opportunities (возможности) – вытаскивают из привычной колеи и побуждают мыслить творчески.

Blessings (благословения) – открывают двери, через которые следует пройти, чтобы продвинуться вперед.

Lessons (уроки) – позволяют специалисту использовать опыт в каждом новом производственном испытании.

Everywhere (повсюду) – напоминают человеку, что никто не застрахован от трудностей.

Messages (послания) – предупреждают о потенциальной проблеме.

Solvable (решаемые) – напоминают о том, что каждая проблема имеет свое решение.

Ответственность за соблюдение правил цивилизованного взаимодействия в ОЗ, в том числе, за стихийно возникающие конфликтные ситуации, лежит на медицинском работнике. Определенная просветительская работа с гражданами также уместна, поскольку не только врачи и МС, но и пациенты и их родственники должны знать основы построения эффективных коммуникаций.

Внимание к вопросам делового взаимодействия в здравоохранении отражено в ряде нормативных правовых актов Министерства здравоохранения Республики Беларусь, научно-методической медицинской

литературе. Внесенные в последние годы изменения в учебные программы высшего и среднего медицинского образования, системы дополнительного профессионального образования взрослых способствуют совершенствованию коммуникативной компетентности медицинского работника как критерия его профессионализма.

Резюме. Повышение культуры населения при общении с МС, врачами, фармацевтическими работниками должно строиться на знании основ построения эффективных коммуникаций, а также определенной ответственности пациента за нередко потребительское и недостойное поведение при получении медицинской помощи. Такая ответственность пациента в будущем может быть закреплена в нормативных документах. На сегодняшний день за взаимодействие медицинских работников и пациентов (их родственников) отвечают работники системы здравоохранения.

Реализация принципа гуманизма в здравоохранении на практике регулярно обсуждается в ходе обучающих семинаров по вопросам медицинской этики и деонтологии, к участию в которых привлекаются специалисты-психологи и социологи. Вырабатываемые при этом стратегии и тактики поведения медицинского персонала при общении с пациентами через понимание стилей поведения, позиции по отношению к партнеру по общению, этапов преодоления барьеров понимания друг друга способствуют предупреждению конфликтов.

Знаменитый врач Лука (Войно-Ясенецкий, свт.), на основании богатого жизненного опыта и духовного подвига, писал: «Главное в жизни – всегда делать людям добро. Если не можешь делать для людей добро большое, постарайся совершить хотя бы малое».

Вопросы для саморазвития

1. Назовите известные вам стили общения.
2. Какие встречаются типы пациентов и как их особенности следует учитывают в деловом взаимодействии?
3. Что помогает МС видеть проблему общения с пациентом в правильном свете?
4. Что представляют собой барьеры общения?

Глава 6. Организация наставничества и работы Совета сестер

Наставничество – общественное явление, направленное на совершенствование качества индивидуального обучения молодых специалистов или адаптацию к новой работе. Это доверие руководства опытному работнику, наиболее эффективная форма обучения на рабочем месте, передачи накопленного опта и знаний, применяемая для развития профессиональных навыков и достижения необходимого уровня компетентности. Ответственность за организацию наставничества возлагается на главную МС или лицо, ответственное за развитие наставничества в Совете сестер (СС).

Утверждаются основные документы: «Положение о наставничестве», «Положение о Совете наставников», «План работы ОЗ по наставничеству». Мероприятия по развитию наставничества вносятся в коллективный договор. Наставничество осуществляется на основании соглашений, заключаемых между наставником и наставляемым. В этих документах устанавливаются права и обязанности обеих сторон.

Функции наставника. Оговоренные в коллективном договоре или в Положении о наставниках полномочия наставников позволяют им выполнять функции по трудовому воспитанию, формированию знаний, умений и навыков у молодых специалистов. Как правило, наставник:

а) контролирует обеспеченность молодого специалиста предметами медицинского назначения и инфекционной безопасности;

б) совместно с администрацией создает благоприятные условия для работы;

в) вносит предложения о поощрении молодого специалиста за достижение высоких показателей в работе и учебе.

Основные функции сестры-наставника: образцовая – осуществляется собственным примером; посредническая помощь в адаптации и установлении социальных связей; педагогическая – реализуется в процессе обучения.

Наставник имеет **право**:

- вносить индивидуальные предложения по улучшению качества навыков наставляемого;
- осуществлять обучение наставляемого (адаптируемого) работника в оговоренные сроки;
- личным примером способствовать мотивации обучаемого работника на саморазвитие;
- осуществлять контроль организации труда, выполнения должностных обязанностей наставляемых;

• вносить предложения по применению мер общественного воздействия или по психологической поддержке наставляемого (в случае совершения им профессиональных ошибок) или по наказанию (при нарушении трудовой и общественной дисциплины, этических и деонтологических норм);

•повышать квалификацию в учреждениях образования.

Наставник несет ответственность за деятельность наставляемого, а также за качественное выполнение собственной работы.

Характеристика наставника (Муни, 1988): опытная МС с клиническим опытом, высокой квалификацией, навыками межличностного и педагогического общения. Личностные качества наставника – терпение, энтузиазм, не осуждающая, не угрожающая установка, непредубежденность, высокое самосознание, способность к авансированной похвале. Наставник способен прогнозировать поведение людей, обладает тактом, владеет приемами вербального и невербального общения.

Формы обучения наставников: учеба в группах; обучающий тренинг; заключительное собеседование с наставляемым специалистом; отчет перед СС; активные формы обучения в виде деловых игр, тестирование. Подготовка наставников из числа успешных МС строится в определенной логической последовательности:

• вводная самодиагностика и тестирование дают возможность наставникам оценить имеющуюся подготовку;

• вводные занятия создают условия для осмысления и выбора вариантов программы (полностью или частные разделы);

• знакомство с передовым опытом и предложение своих практических или творческих наработок, что служит основой модели будущей деятельности МС в качестве наставника; организация и проведение итогового семинара.

В процессе подготовки достигается уточнение понятий, отработка навыков, анализ и осмысление собственного делового общения. Итогом является выработка знаний, умений и навыков, использование системы представлений, учитывающей оснащенность рабочего места, специфику и особенности личности будущего ученика. Наставник должен владеть приемами делового общения для наилучшего контакта с наставляемым специалистом.

Программа обучения наставников является средством педагогического и психологического воздействия, повышающим у наставников и обучающихся ответственность за результат (прил. 9-10).

Критерии для роли наставника (Пьемме, 1986)

1. Умение оценить качества специалиста, нуждающегося в развитии.
2. Помощь в развитии каких-либо навыков.
3. Помощь в адаптации к новой организации (коллективу).
4. Эффективность учебных методов.
5. Способность выступать в качестве положительной ролевой модели.

Критерии оценки эффективности обучения наставников

1. Оценка результатов труда включает:

- степень сложности манипуляций;
- экономичность;
- правильность ведения документации.

2. Оценка деловых и личных качеств учитывает:

- уровень специальных знаний;
- психолого-педагогическую установку;
- общую подготовку, эрудицию;
- личностные качества;
- соблюдение требований этики;
- наличие мотивации на саморазвитие.

3. Взаимодействие в группе оценивают:

- по результатам работы группы «здесь и сейчас»;
- по влиянию на развитие структурного подразделения в целом.

Функция наставника – помочь молодому специалисту в адаптации на новом рабочем месте, освоении знаний и навыков, соединении теории с практикой. Основным методом обучения является сравнительный анализ трудовой деятельности наставника и воспитанника, совместный поиск лучших вариантов работы, использование опыта наставника. Получение информации «из первых рук» и обучение с помощью партнерской модели взаимодействия превращают начинающего специалиста в практика.

Ближайшая задача для наставляемого специалиста – овладение специальностью, формирование связки от знаний к навыкам и умениям, от нетвердых навыков – к прочным умениям, от прочных умений – к высококвалифицированным действиям. Отдаленная цель – сдача экзамена на вторую квалификационную категорию, участие в конкурсе «Лучшего по профессии». Наставник (медсестра-эксперт) «Школы наставничества» владеет технологией воспитательного процесса, включающей положительное восприятие ученика (верим в него, но ничего за него не делаем); закрепление навыков без принуждения и насилия; педагогическую

поддержку, позволяющую принимать человека таким, каков он есть. Используемые наставниками приемы включают многократные отработки техники манипуляций под контролем, натаскивание, индивидуальные разборы ситуаций из практики, ролевые игры, демонстрацию видеосюжетов, групповые тренинги с психологом, участие в Дне вступления в профессию, в конкурсах.

Управление адаптацией специалиста включает:

- определение профессионального уровня новичка;
- выяснение мотивов и планов нового работника;
- определение личностных качеств человека, нуждающихся в развитии;
- составление мнения о личностно-психологических особенностях и обучение молодого специалиста умению разрешать конфликтные ситуации;
- личный пример (терпение, энтузиазм, желание работать).

Необходимым условием достижения желаемых результатов является единство требований со стороны наставника и трудового коллектива.

Проблемы, возникающие в процессе наставничества и адаптации, возможности их решения

Наставники, как правило, не обладают возможностями по ликвидации разрыва в уровнях желаемого и имеющегося материального стимулирования, но, в зависимости от проявляемой инициативы, с учетом заслуг подопечного, им удается улучшить систему стимулирования, внося конкретные предложения.

В ходе адаптации сотрудника в ОЗ наставникам важно:

- ознакомить наставляемого с той схемой стимулирования, которая используется в подразделении ОЗ;
- выяснить у подопечного предпочитаемую им систему стимулирования и определить «разрыв» между предпочтительной и реальной системами стимулирования.

Наставник должен разбираться в сложностях, испытываемых наставляемым специалистом, понимая, что в профессиональной среде в качестве ключевых выделяются три группы трудностей общения, связанных с вхождением личности в группу. Они могут характеризоваться особенностями коллектива (неприятие нового человека, отсутствие интереса к нему), либо самого новичка (замкнутость, внутренняя скованность, несдержанность); развитием отношений, связанных с группообразованием, сохранением группового единства.

Наставничество — это значительная дополнительная нагрузка,

поскольку необходимо выполнение основных задач наравне со всеми. Дополнительные обязанности по проведению занятий, контролю деятельности нового сотрудника, по своевременному разъяснению действий и психологической поддержке должны морально и материально поощряться.

При обучении персонала необходимо учитывать, что средние временные затраты на подготовку составляют 6–10 час. подготовки наставника на 1 час. занятий, это время в полном объеме не восполняется.

Преимущества наставничества:

- адаптация к новому коллективу (организации) осуществляется мягче, быстрее, эффективнее;
- способствует личностному развитию и наставника и наставляемого;
- мотивирует на непрерывное обучение и саморазвитие;
- улучшает качество медицинской услуги новичка.

Недостатки наставничества:

- быстрое «выгорание» наставника из-за ответственности и стресса в силу ограниченности времени для наставничества.

Как создать программу наставничества

1.Необходимы убежденность и согласие между администрацией и наставником в том, что это наилучший способ адаптации и подготовки специалиста.

2.Коллектив должен быть в курсе происходящего, поддерживать идею наставничества.

3.Рабочая программа включает план, оценку воздействия, роль и ответственность наставника и обучаемого.

4.Отбор наставников осуществляется согласно критериям и характеристике.

5.Наставнику необходимо адекватное вознаграждение и признание.

Результаты адаптации сотрудников: быстрее достигается социально-психологическая адаптация новичка, его вхождение в коллектив, установление необходимых взаимоотношений с коллегами, руководством; обучаемый ощущает психологический комфорт, безопасность, уверенность в своих силах; чувство справедливости совершаемых обменов (труд, отношение к работе, получаемое вознаграждение); приобретение практических умений и навыков.

Технология воспитательного процесса в «Школе наставников» предусматривает положительное восприятие подопечного без претензий на

абсолютную истину; педагогическую поддержку с восприятием человека таким, каков он есть; учет особенностей личности и гибкий стиль обучения; стимулирование саморазвития наставляемого, а также использование нештатных ситуаций в обучении. Соблюдение технологии индивидуального обучения способствует повышению качества и эффективности сестринской помощи, творческий и индивидуальный подход к совершенствованию практических навыков и адаптации молодого специалиста является желательным атрибутом деятельности успешной главной МС в лучшей форме повышения качества сестринских навыков – наставничестве.

Организация работы Совета сестер

Наиболее востребованной формой выражения демократии в медицинском коллективе являются Советы сестер (СС), однако позитивный опыт отдельных ОЗ не всегда распространяется из-за неумения и нежелания преодолеть пассивность в его популяризации и тиражировании.

Цель СС: организация профессиональной деятельности МС и их обучение, систематизация и тиражирование позитивного опыта работы МС.

Задачи СС

- обучение планированию работы;
- организация работы;
- контроль исполнения решений СС;
- руководство и обеспечение качества за счет непрерывного совершенствования деятельности.

Содержание работы по планированию определяется выбором способов, путей, методов, форм работы, производится отбор исполнителей.

План работы СС позволяет:

- распределить труд между специалистами в соответствии с занимаемыми должностями и служебными обязанностями по реализации конкретного нормативно-правового акта;
- выбрать оптимальный вариант достижения цели, наиболее эффективные пути, способы, формы и методы работы;
- повысить дисциплину, ответственность и сделать каждое должностное лицо контролируемым.

Принципы планирования

1. Полнота – должны учитываться события и ситуации, которые могут иметь значение для развития ОЗ.

2. Точность – используются современные методы, средства, тактики и процедуры, обеспечивающие точность прогнозов.

3. Ясность – необходимо иметь простые и легкие при

воспроизводстве формулировки, доступные всем членам организации.

4. Непрерывность – это не одноразовый акт, а непрерывный процесс.
5. Экономичность планирования.

Перспективный план работы СС разрабатывается на год, в него вносятся основные значимые мероприятия, планируемые для проведения с Пвр, МС разных подразделений, сестрами-хозяйками и младшим медицинским персоналом:

- участие в мероприятиях, проводимых администрацией ОЗ;
- мероприятия по:

- соблюдению и контролю санитарно-эпидемиологического режима в подразделениях;

- работе комиссии по образованию СС;

- работе комиссии по информации и связям с общественностью СС; комиссии профессиональной практики СС;

- отчеты председателей комиссий;
- семинары по обмену опытом работы старших МС подразделений ОЗ по различным разделам их деятельности;
- обсуждение конфликтных ситуаций и ошибок, возникающих в работе среднего и младшего медицинского персонала;
- анализ качества сестринской помощи пациентам в подразделениях;
- распределение материального вознаграждения МС и младшим медицинским работникам, подготовка предложений о поощрениях лучших.

План утверждается главным врачом, тиражируется и распространяется между старшими МС подразделений.

Функции СС

1. Связующая (объединение всех МС ОЗ).
2. Информационная (распространение информации).
3. Руководящая (формулирование единого мнения МС).
4. Принятие решений, устранение нарушений.
5. Налаживающая (распределение ресурсов, ведение переговоров).

В сестринском деле руководителем среднего звена является главная МС, координирующая и контролирующая работу СС.

При лидирующей роли в коллективе МС и в зависимости от задач ОЗ, СС организует работу по различным направлениям деятельности сестринского и младшего медицинского персонала:

- В области профессиональной деятельности МС, Пвр и акушерок – комиссия (отдел, сектор) по *медсестринской практике* при взаимодействии с заведующими подразделениями.

• В области санитарно-гигиенического и эпидемиологического режимов – комиссия (сектор) по *инфекционному контролю* при взаимодействии с ЦГЭ.

• В области охраны труда и техники безопасности - комиссия (отдел, сектор) по *безопасности труда* сестринского персонала совместно с инспектором по охране труда и профсоюзным комитетом.

• В области профессионального образования – комиссия (отдел, сектор) *по образованию* при взаимодействии с местными учреждениями образования.

• В области информации, работы с населением, связям с общественными организациями – комиссия (отдел, сектор) по *информации и связям с общественностью* и др.

На СС в основном рассматриваются следующие вопросы:

- соблюдение санитарно-эпидемиологического режима и его нарушения в подразделениях ОЗ;
- отчеты председателей подкомиссий (комитетов, секторов);
- обмен опытом по различным разделам работы старших МС подразделений;
- обсуждение конфликтных ситуаций и ошибок в работе МС и младшего медицинского персонала;
- анализ качества МП пациентам в подразделениях.

На заседания СС приглашаются представители администрации (главный врач, главный бухгалтер, заместитель главного врача по кадрам), что позволяет оперативно решать важные вопросы деятельности МС.

Контроль исполнения решений СС

1. Заседания СС оформляются протоколами.
2. При проведении проверок работы сектора оформляется справка.
3. Вопросы, требующие рассмотрения администрации, председатель СС докладывает главному врачу или …его заместителю.
4. Контроль исполнения решений осуществляет председатель СС.
5. Председатель ежегодно отчитывается о работе СС, МС, Пвр и акушерок, а также на производственных совещаниях в присутствии главного врача ОЗ.

Инструкция по организации Совета сестер

1. Организация СС ОЗ является способом наиболее демократичного самоуправления коллективом медицинских работников.

2. СС функционирует при желании коллектива МС иметь собственный орган самоуправления и готовности администрации к

деловому сотрудничеству с этим органом.

3. Организация работы СС обеспечивается, с одной стороны, избранным председателем из числа наиболее авторитетных лидеров, а с другой – главным врачом, обеспечивающим мотивацию деятельности и административный контроль.

4. Наиболее рациональной структурой деятельности СС является наличие секторов по профессиональной практике, инфекционному контролю, безопасности сестринского персонала, образованию, связям с общественностью.

Резюме. Наставничество – наиболее современная форма обучения молодых специалистов, способствующая адаптации к новому рабочему месту. Мотивация, наличие и развитие педагогических способностей у опытных МС обеспечивают повышение качества работы молодого специалиста.

В основе наставничества должны лежать особенности личности наставника (неосуждающая педагогическая установка и профессионализм), различные педагогические приемы по технологиям и профессиональным действиям, мероприятия по адаптации на рабочем месте с учетом отношения работников к нововведениям.

Вопросы для саморазвития

1. Какие формы совершенствования качества обучения молодых специалистов или адаптации к новой работе вам известны?
2. Кто может стать наставником?
3. Какие специалисты могут выполнять функции наставника по обучению навыкам профессиональной деятельности молодых работников?

Заключение

Сестринское дело нуждается в обновлении с учетом происходящих изменений, для чего созданы условия: организация труда согласно медицинским технологиям, современное материально-техническое обеспечение рабочих мест врача и МС, рационализация их функций через информационные технологии, оптимизация этических взаимоотношений в команде врач-МС-пациент. Остается актуальной нравственная составляющая труда МС и врача: «Испытывая сострадание к больному, врач лучше лечит, а ощущая это сострадание, больной быстрее выздоравливает», – писал Э. Севрус.

Возрастание числа МС с подготовкой повышенного уровня за счет увеличения доли МС и Пвр с высшим образованием, наделенных правом вести самостоятельную профилактическую работу, способствует лучшему оказанию МП при возрастании роли главной МС, эффективности управленческой деятельности (прил. 29), что соответствует мировым тенденциям в области медицинского образования.

Знаменитый ученый Менделеев Д. И., размышляя о структуре познания, написал: «Хочется мне выразить заветнейшую мысль о нераздельности и сочетанности таких отдельных граней познания, каковые:

Вещество, сила и дух;

Инстинкт, разум и воля;

Свобода, труд и долг.

Последний (долг) должно признать по отношении к семье, Родине и человечеству, а высшее сознание всего этого – выраженным в религии, искусстве и науке. Выкиньте одно из каждой троицы – будет лишь анализ без полного синтеза, получится неустойчивая и слащавая шаткость, а в образовавшуюся пустоту того гляди проникнет отчаяние, либо ворвется какой-то вздор, не выдерживающий первичной критики».

Несмотря на сложность и многогранность труда главной и старшей медицинской сестры, непременной составляющей мотивации должно оставаться желание бескорыстной помощи, о чем Б. Гейтс писал: «Чем я всегда рад поделиться, так это своим энтузиазмом».

Е.И. Рерих писала: «Одно изречение гласит: «Чем ночь темней, тем звезды ярче». Так и ты будь в людской темноте и мирской суете носителем света, любви и знания. Чем больше будет в тебе света, тем больше рассеешь тьмы». Продолжая ее мысль о путях саморазвития через Любовь, Красоту и Знание, напоминаем (это полезно всем, работающим в сфере оказания помощи другим людям): « Пусть твоя душа будет всегда излучающей свет и благость, теплоту и сострадание, бодрость и желание помочь ближнему. Тогда ты почувствуешь, как трудные дела теряют свою тяжесть, и мрачные одеяния страдания превращаются в белоснежные покрывала чистой лучезарной радости. Будь осторожен и снисходителен в суждениях о людях, ибо ты сам еще весьма несовершенен. Но будь строг к самому себе и неустанно работай над исправлением своих собственных недочетов».

Глоссарий

Антисептика – комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленных на частичное уничтожение микробов в ране, раневой поверхности или организме в целом.

Асептика – система профилактических мероприятий, направленных против попадания микробов (инфекции) в рану, ткани, органы, полости тела пациента при медицинских манипуляциях, перевязках.

Бактерицидный режим – режим, обеспечивающий частичное снижение и уничтожение бактерий в вегетативной форме.

Биологический метод дезинфекции – уничтожение возбудителей инфекционных болезней во внешней среде средствами биологической природы (с помощью микробов-антагонистов), имеет строго специфическое назначение.

Благодеяние – этический принцип приносить добро; действие, направленное на благо другого человека или общества; доброжелательность, бескорыстие, щедрость.

Болезнь – общее или частичное ограничение жизнедеятельности организма, обусловленное срывом приспособительных механизмов под воздействием эндогенных и экзогенных факторов и характеризующееся стеснением свободы деятельности (Всемирная организация здравоохранения) (ВОЗ).

Инфекция, связанная с оказанием медицинской помощи (госпитальная, ятрогенная, нозокомиальная) – любое клиническое выраженное заболевание микробного происхождения, поражающее пациентов в результате обращения за медицинской помощью, а также МС в связи с реализацией служебных обязанностей.

Государственный реестр изделий медицинского назначения и медицинской техники Республики Беларусь – документ, содержащий сведения о зарегистрированных в Республике Беларусь и разрешенных к медицинскому применению изделиях медицинского назначения и медицинской техники.

Дезинвазия – уничтожение яиц и личинок гельминтов во внешней среде (бытового мусора, нечистот, почвы, сточных вод, с игрушек).

Дезинсекция – умерщвление или отпугивание членистоногих, имеющих эпидемиологическое и санитарно-гигиеническое значение, с целью регулирования их численности.

Дезинфекция – совокупность мероприятий, направленных на уничтожение или снижение численности популяций вегетативных и покоящихся форм патогенных и условно патогенных возбудителей на

абиотических объектах внешней среды с целью предупреждения распространения инфекционных болезней.

Дезинфекция высокого уровня – уничтожает вегетирующие бактерии, микобактерии туберкулеза, грибы, вирусы.

Дезинфекция низкого уровня – уничтожает вегетирующие бактерии, некоторые грибы и отдельные вирусы, неэффективна в отношении микобактерии туберкулеза, бактериальных спор.

Деконтаминация – процесс обработки предметов ухода и личной гигиены, при котором удаляются возбудители инфекционных заболеваний, с целью сделать использование обработанного предмета безопасным.

Здоровье для всех – направление политики ВОЗ по достижению всеми людьми мира такого уровня здоровья, который позволил бы им вести активную производственную, социальную и личную жизнь.

Здоровый образ жизни – категория общего понятия «образ жизни», включающая благоприятные условия жизнедеятельности человека, уровень его культуры и гигиенических навыков, позволяющих сохранять и укреплять здоровье, предупреждать развитие его нарушений и поддерживать оптимальное качество жизни.

Исход медицинский / результат медицинский – последствия медицинской помощи или программ здравоохранения для клинического благополучия пациентов или населения (улучшение, стабилизация, ухудшение и т.д.).

Качество – совокупность свойств и характеристик услуги, которые определяют ее способность удовлетворять установленные требования.

Качество жизни – категория, включающая сочетание условий жизнеобеспечения и состояния здоровья, позволяющее достичь физического, психического и социального благополучия и самореализации.

Качество медицинской помощи – совокупность характеристик медицинской помощи, отражающих ее способность удовлетворять потребности пациентов с учетом стандартов здравоохранения, соответствующих современному уровню медицинской науки.

Качества МС – умения, знания, профессионализм, ответственность, сотрудничество, забота, конфиденциальность.

Качество медицинской услуги – показатель результата оказанной медицинской услуги, ориентированный не только на стандартные клинические критерии, но и на показатели качества жизни.

Качество профилактической медицинской помощи – совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказания профилактической медицинской помощи имеющимся потребностям, ожиданиям пациента и

общества, современному уровню медицинской науки и медико-профилактических технологий.

Консенсус – общее согласие, характеризующее отсутствием серьезных возражений по существенным вопросам у большинства заинтересованных сторон и достигаемой в результате процедуры, стремящейся учесть мнения всех сторон и сблизить несовпадающие точки зрения.

Контроль качества медицинской помощи – деятельность, направленная на обеспечение прав пациента в получении медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества.

Лечение – совокупность мероприятий, имеющих целью восстановление здоровья и устранение или облегчение страданий больного человека.

Медицинская деятельность – профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению и организации медицинской экспертизы, осуществляемая юридическими и физическими лицами в порядке, определяемом законодательством.

Медицинская услуга – мероприятия или их комплекс, направленные на профилактику заболеваний, диагностику, лечение, имеющих самостоятельное значение и определенную стоимость.

Мероприятия санитарно-гигиенические и эпидемиологические – действия по реализации требований санитарно-эпидемиологического законодательства. Закон Республики Беларусь «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (в ред. Закона от 07.01.2012 г. № 340-З).

Миссия МС – оказание помощи конкретным людям, семьям, группам в определении и достижении ими физического, умственного и социального здоровья в условиях окружающей среды, в которой они живут и работают.

Обеспечение качества – система мероприятий, направленная на получение положительного результата.

Обстановка санитарно-эпидемиологическая – состояние санитарно-эпидемиологического благополучия населения на определенной территории в конкретный период времени. Закон Республики Беларусь «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (в ред. Закона от 07.01.2012 г. № 340-З).

Обход – главной (старшей) МС – личное ознакомление, осмотр всех помещений организации служб, сопровождаемый проверкой качества сестринского процесса (ухода). Это контроль соблюдения санитарно-эпидемиологического режима, правил учета, хранения, использования

лекарственных средств; организации лечебного питания пациентам; проверка документации, беседы с пациентами, МС, санитарками; профилактики ИСМП.

Ошибка сестринская:

1. Действие или бездействие МС, совершенное под влиянием добросовестного заблуждения, вызванного несовершенством современной медицинской науки и ее методов исследования, особым течением заболевания у определенного больного, извинительным недостатком знаний, малым опытом МС или иными объективными трудностями в работе (извинительная сестринская ошибка).

2. Действие или бездействие МС, повлекшее причинение вреда пациенту по неосторожности (вследствие легкомыслия или небрежности), влекущее юридическую ответственность (неизвинительная сестринская ошибка).

3. Неисполнение (ненадлежащее исполнение) профессиональных обязанностей, повлекшее ущерб здоровью граждан или смерть.

Эпидемиологические мероприятия – комплекс санитарно-гигиенических, лечебно-профилактических, дезинфекционных и административных мероприятий, направленных на локализацию и ликвидацию возникших эпидемических очагов инфекционных и паразитарных болезней.

Профилактика – система медицинских, социальных, гигиенических и воспитательных мер, направленных на предотвращение заболеваний путем устранения причин и условий их возникновения и развития; повышение устойчивости организма к неблагоприятным факторам окружающей среды, производственной и бытовой среды.

Профилактическая дезинфекция – дезинфекция, которая проводится вне связи с эпидемическими очагами в местах вероятного скопления возбудителей инфекционных заболеваний.

Стерилизация – комплекс мероприятий, направленных на полное освобождение объектов внешней среды от вегетативных и споровых форм микроорганизмов, возбудителей заболеваний.

Уход – научно обоснованный набор медицинских услуг, обеспечивающий гигиеническое очищение полостей, кожи, осуществление отдельно жизненно важных функций (стул, мочеиспускание, дыхание, сон), способствующий положительным изменениям в течение заболевания, повышающий качество жизни не имеющих навыков самообслуживания потребителей. Бывает временным и постоянным. Осуществляется сиделками, обученными членами семьи под контролем или при участии МС.

Приложение 1

Выдержки из приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 05.07.2017 г. № 73 «Санитарные нормы и правила «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, оказывающим медицинскую помощь, в том числе к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний в организациях здравоохранения»

САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К АРХИТЕКТУРНО-ПЛАНИРОВОЧНЫМ И КОНСТРУКТИВНЫМ РЕШЕНИЯМ ЗДАНИЙ, СООРУЖЕНИЙ И ПОМЕЩЕНИЙ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*Пп. 24 изменен на п. 19. Не допускается размещение кабинетов врачей, операционных, процедурных, манипуляционных, перевязочных кабинетов в подвальных и цокольных этажах с отметкой пола ниже 0,5 метра от планировочной отметки в зданиях организаций здравоохранения.

*Пп. 25 удален. Набор помещений организаций здравоохранения должен определяться мощностью организаций здравоохранения и профилем оказываемой медицинской помощи.

*Пп. 42 изменен. Во вновь строящихся, реконструируемых организациях здравоохранения в операционных и малых операционных следует размещать один операционный стол.

*Пп. 21 введен. Допускается устанавливать непосредственно в кабинете приема пациентов медицинские изделия, необходимые для приема врача, при использовании которых не происходит нарушения целостности кожи и слизистых.

*Пп. 68 изменен на пп. 30. Внутренняя отделка помещений организаций здравоохранения должна выполняться в соответствии с функциональным назначением помещений организаций здравоохранения; должны использоваться материалы, соответствующие требованиям настоящих СанПиН и иных ТНПА.

*Пп. 69 изменен на пп. 31. Стены, полы и потолки помещений организаций здравоохранения должны выполняться из влагонепроницаемых материалов, устойчивых к моющим средствам и химическим средствам дезинфекции, соответствующим требованиям ТНПА. Использование обоев в административных помещениях допускается. В кабинетах УЗД облицовка стен керамической плиткой не допускается.

*Пп. 73 изменен на пп. 41. В помещениях ОЗ, обеспеченных системами кондиционирования воздуха, должны поддерживаться оптимальные параметры микроклимата, установленные ТНПА, соблюдаться

параметры физических, химических и микробиологических факторов, установленные настоящими СанПиН и иными ТНПА.

*Пп. 77 изменен на пп. 40. Естественная вентиляция в помещениях должна обеспечиваться посредством форточек, откидных фрамуг, створок оконных переплетов, систем приточно-вытяжной вентиляции с естественным побуждением. Форточки, откидные фрамуги и створки оконных переплетов должны содержаться в исправном состоянии. При организации вентиляции и кондиционирования должны соблюдаться следующие требования: в зданиях должна оборудоваться система приточно-вытяжной вентиляции с механическим побуждением для помещений с нормируемым воздухообменом и естественная вентиляция.

*Пп. 40 изменен, это минимальный набор помещений малой операционной.

*Пп. 41 удален. Помещения для временного пребывания пациентов после операции при использовании «хирургии одного дня.

*Пп. 83 изменен на пп. 43. Воздуховоды, воздухораздающие и воздухоприемные решетки, вентиляционные камеры, вентиляционные установки и устройства должны содержаться в чистоте. Не должны иметь повреждений, следов коррозии, нарушения герметичности.

*Пп. 25 дополнен. В строящихся, реконструируемых БО, оказывающих МП детям, в хосписах и отделениях паллиативной помощи, должны быть предусмотрены дополнительные условия для сна и приема пищи лицами, осуществляющими уход и не являющимися работниками МО.

*Пп. 80 удален. Воздух, подаваемый в помещения, относящиеся к 1-3 классам чистоты, должен быть обработан устройствами обеззараживания воздуха, разрешенными к применению в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь. Изменены классы чистоты (1-4).

*Пп. 89 изменен на пп. 39. Нагревательные приборы, встраиваемые в облицовку стен помещений, должны применяться в особо чистых помещениях, относящихся к 2 классу чистоты. Новая редакция: Нагревательные приборы, помещений ОЗ должны иметь гладкую поверхность, допускать возможность их влажной уборки и дезинфекции.

*Пп. 84 заменен на пп. 44. Уровни микробной обсемененности воздушной среды помещений ОЗ, в зависимости от их функционального назначения и класса чистоты, не должны превышать гигиенических нормативов. *Новая* редакция: Уровни микробной обсемененности воздушной среды помещений ОЗ, в зависимости от их функционального назначения и класса чистоты, не должны превышать гигиенических

нормативов «Допустимые значения санитарно-микробиологических показателей воздушной среды помещений».

Старые требования к ежедневным уборкам. Ежедневные уборки, не менее 3 раз в день (в том числе 1 раз с применением химических средств дезинфекции), должны были проводиться: в помещениях операционного блока; в перевязочных; в манипуляционных; в смотровых; в процедурных кабинетах. После проведения ежедневной уборки должно было проводиться обеззараживание воздушной среды. Проветривание – при необходимости.

Внесены изменения в требования к ежедневным уборкам в Пп. 56 Ежедневные уборки не менее 2 раз в сутки с использованием моющих и (или) дезинфицирующих средств, за исключением помещений роддома и операционного блока. Виды уборок и кратность их проведения определяется назначением помещений и структурного подразделения. Порядок проведения уборок утверждается руководителем ОЗ. После проведения уборок при необходимости должна проводиться дезинфекция воздушной среды и проветривание ОЗ, оказывающих МП.

Прежние требования к уборочному инвентарю: он должен был быть отдельным, специально-выделенным: для помещений операционного блока; перевязочных; манипуляционных; смотровых; прививочных кабинетов; процедурных кабинетов - изменены.

*Пп. 62. Требования к уборочному инвентарю: он должен быть отдельным для помещений: операционного блока; малых операционных; для перевязочных, манипуляционных, смотровых, прививочных, процедурных; для родильного зала; для помещений ЦСО; для молочной комнаты, пищеблока; асептических палат, палат реанимации, туалетов.

Изменены требования к уборочному инвентарю, который должен быть современным по устройству и техническим параметрам; иметь четкую маркировку с указанием назначения помещения и объекта уборки; использоваться строго по назначению; подвергаться обеззараживанию и сушке после использования; храниться упорядочено в шкафах, специально выделенных местах. Хранение уборочного инвентаря для туалета должно осуществляться в условиях, исключающих свободный доступ к инвентарю.

*Пп. 61 в новой редакции. Требования к уборочному инвентарю: иметь четкую маркировку «пол» и «выше пола» с указанием назначения помещения; допускается схема цветового кодирования; использоваться строго по назначению; подвергаться дезинфекции, очистке и сушке после использования; храниться упорядочено в специально выделенных

помещениях, с раздельным размещением в шкафу. Хранение в открытом виде уборочного инвентаря для туалета не допускается.

Прежние требования к работнику, проводящему уборку, который должен быть в: СГО, СИЗ; использовать отдельный уборочный инвентарь и одноразовую или продезинфицированную ветошь; дезинфекцию и стирку СО работниками ОЗ в домашних условиях была запрещена.

*Пп.60 по новым требованиям для работника, проводящего уборку: использование СО, СИЗ; применение отдельного уборочного инвентаря и одноразовой или продезинфицированной многоразовой ветоши; дезинфекция и стирка СО работниками ОЗ в домашних условиях запрещена.

Согласно требованиям к условиям труда работников: должны проходить медицинские осмотры и иммунизацию в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

При работе с медицинскими шприцами и острыми предметами:

*после использования шприцы с иглами, острые предметы должны обеззараживаться и собираться в не прокалываемые контейнеры для утилизации;

*запрещается надевание колпачков на использованные иглы;

*для безопасного отсечения игл рабочие места должны быть обеспечены специальными настольными контейнерами с иглоотсекателями. Работники ОЗ обеспечены инструкциями по соблюдению мер предосторожности при работе с колющими и режущими инструментами, биоматериалом. Все случаи аварии учитываются в «Журнале регистрации случаев учета контакта с биологическим материалом пациентов».

При работе с острыми предметами: ·

*должно быть предусмотрено безопасное отсечение или снятие игл от шприцев в т.ч., с использованием медицинских изделий, разрешенных к применению.

*запрещается надевание колпачков на использованные иглы;

*работники ОЗ при работе с колющими и режущими медицинскими изделиями, биоматериалом должны соблюдать требования действующих СанПиН. Работники ОЗ при поступлении на работу и далее не реже одного раза в год должны проходить инструктаж со сдачей зачета. Все случаи аварии учитываются в «Журнале регистрации случаев учета контакта с биологическим материалом пациентов».

Организация работы по обращению с медицинскими отходами осталось прежним.

*Пп. 48 дополнен. Предоперационные, процедурные, в т.ч. для забора крови, прививочные, смотровые, перевязочные, манипуляционные,

кабинеты для оказания хирургической и стоматологической помощи, родильные залы, палаты и залы ОАиР, эндоскопические кабинеты, посты МС в палатах для новорожденных детей должны быть оборудованы умывальниками с установкой локтевых, ножных или бесконтактных кранов.

Показания для мытья рук персонала отменены.

*Пп. 129. Требования к гигиене рук заменены на СанПиН № 73 Пп. 99.

*В СанПиН № 73 Пп. 99 добавлено:

Работники ОЗ должны выполнять гигиеническую обработку рук в следующих случаях:

- перед контактом и после контакта с неповрежденной кожей и слизистыми оболочками пациента;
- после контакта с объектами внешней среды в окружении пациента;
- перед надеванием перчаток для проведения медицинского вмешательства;
- после контакта неповрежденной кожи рук с биоматериалом пациента.

Хирургическую антисептику рук должны проводить медицинский работник, являющиеся членами хирургической бригады перед операцией.

*Пп. 92 новый. Использование стерильных перчаток:

- при медицинских вмешательствах, в ходе выполнения которых, возможен контакт со стерильными полостями и зонами организма пациентов;
- при проведении хирургических медицинских вмешательств и операций;
- при родоразрешении;
- при проведении инвазивных рентгенологических медицинских вмешательств;
- при проведении эндоскопических медицинских вмешательств, связанных с контактом медицинских изделий с интактными слизистыми оболочками (цистоскопия, бронхоскопия, артроскопия) и др., не исключающих их вероятное повреждение.

*Пп. 93 по использованию защитных перчаток новый:

- при медицинском осмотре неповрежденных слизистых оболочек пациента;
- при подозрении на наличие у пациента заболевания кожи, контакте с его кровью;
- при постановке и удалении периферических венозных катетеров;

- при внутривенном введении лекарств;
- при заборе крови;
- при разъединении систем для внутривенного введения;
- при обследовании органов полости таза и влагалища;
- при санации трахеобронхиального дерева у пациентов, находящихся на ИВЛ с открытым дыхательным контуром;
- при проведении диагностических, эндоскопических медицинских вмешательства (ФГДС);
- по эпидемическим показаниям.

*Пп. 94 по использованию защитных перчаток новый:

- при проведении уборок;
- при контакте с моющими и дезинфицирующими растворами;
- при опорожнении емкостей с биоматериалом;
- при проведении работ по дезинфекции;
- при проведении работ с медицинскими отходами.

Отходы гр. А – белые пакеты, не опасные бытовые отходы.

Отходы гр. Б – желтые пакеты, опасные отходы, шприцы, иглы, окровавленные предметы.

Отходы гр. В – красные пакеты, особо опасные, ТБС и ВИЧ, холера.

Отходы гр. Г – черные пакеты, чрезвычайно опасные отходы, ртуть, фиксажи, радиационные отходы.

При проведении хирургических операций, перевязок МР должны соблюдать следующие требования:

- надеть перед входом чистый хирургический костюм, члены хирургической бригады – непромокаемый фартук;
- выполнить в предоперационном помещении хирургическую антисептику рук;
- надеть в помещении операционной стерильный хирургический халат и стерильные перчатки;
- проводить замену СИЗ органов дыхания и стерильных перчаток с повторной хирургической антисептикой рук при продолжительности операции свыше трех часов.

Стол для стерильных изделий медицинского назначения должен накрываться МР непосредственно перед хирургической операцией или перевязкой на одну операцию. МР должен быть в стерильном хирургическом халате, стерильных перчатках, в чистой шапочке, маске;

*стерильный стол должен покрываться стерильной простыней, сложенной в два слоя. Размер сложенной простыни (со стороны открывания

и по бокам) должен быть больше площади стерильного стола не менее, чем на 15 см;

* непосредственно перед хирургическим вмешательством на стерильные простыни должны раскладываться стерильные изделия медицинского назначения с полным закрытием стерильного стола второй половиной стерильной простыни;

*концы накрывающей половины стерильной простыни должны скрепляться стерильными металлическими зажимами;

*удаление волос пациенту в области операционного поля должно проводиться по указанию врача-хирурга с использованием бритвенных принадлежностей одноразового или индивидуального применения. При необходимости для удаления волос должны использоваться депиляторы или другие методы, не травмирующие кожные покровы пациента.

На операционном столе пациент должен быть:

*накрытым стерильным бельем. Открытыми должны оставаться участки кожи операционного поля и частей тела пациента, используемые при проведении медицинского вмешательства;

*перед входом в операционную надеть чистый хирургический костюм, бахилы, шапочку, СИЗ органов дыхания. МР (члены хирургической бригады) должны надеть непромокаемый фартук;

*в помещении предоперационной выполнить гигиеническое мытье и хирургическую антисептику рук в соответствии с требованиями настоящих СанПиН;

*в помещении операционной надеть стерильный хирургический халат и стерильные перчатки;

*при проведении операций с высоким риском повреждения сосудов, разбрызгивания биологических жидкостей работать в СИЗ глаз (очки, защитные экраны);

*работать в стерильных перчатках повышенной прочности или в двух парах стерильных медицинских перчаток при проведении операций с высоким риском повреждения перчаток;

*проводить смену СИЗ органов дыхания и стерильных перчаток с повторной хирургической антисептикой рук при продолжительности операции свыше 3 час.;

*проводить смену СО и СИЗ после каждой операции. СО, используемая медицинскими работниками в операционном блоке, должна отличаться по цвету или иметь легко различимые отличия от одежды, используемой медицинскими работниками для работы в отделении организации.

*Пп. 175 изменен на Пп. 142. Пояснения в Пп. 140, 141, 142. Для проведения медицинских вмешательств пациентам с нагноительными процессами во вновь строящихся и реконструируемых организациях здравоохранения должны быть выделены:

- септические («гнойные») операционные;
- септические («гнойные») перевязочные. При отсутствии в ОЗ отдельных септических операционных, септических перевязочных, плановые медицинские вмешательства пациентам с ГСИ должны выполняться в условиях асептической операционной, асептической перевязочной после проведения в них всех плановых «чистых» медицинских вмешательств.

После выполнения срочного (неотложного) медицинского вмешательства пациенту с ГСИ в асептической операционной, асептической перевязочной, в них должна быть проведена генеральная уборка.

*Пп. 88 изменен на Пп. 53. Все помещения, медицинские изделия, а также мебель и прочие объекты окружающей среды помещений должны содержаться в чистоте.

*Пп. 97 изменен на Пп. 54. Мебель в лечебных помещениях должна быть выполнена из материалов, устойчивых к моющим и дезинфицирующим средствам.

*Пп. 94 изменен на Пп. 55. В помещениях должны проводиться ежедневные и генеральные уборки. После проведения уборок при необходимости должна проводиться дезинфекция воздушной среды и проветривание. Дополнены классы чистоты для помещений ОЗ.

Класс чистоты	Наименование помещений организаций здравоохранения
1 класс	Операционные для трансплантации органов и тканей, проведения высокотехнологических и сложных хирургических вмешательств.
2 класс	Иные операционные; послеоперационные палаты; асептические палаты для пациентов с иммунодефицитными состояниями, в т.ч. с ожогами; стерилизационная, помещения стерильной зоны в ЦСО.
3 класс	Предоперационные; родильные залы; перевязочные; манипуляционные; процедурные; прививочные кабинеты; палаты и залы ОАиР, палаты для недоношенных, грудных, травмированных ,новорожденных детей.
4 класс	Палаты хирургических отделений, послеродовые палаты.

Приложение 2

Перечень нормативных документов для главной (старшей) МС

1. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16 декабря 1998 г. № 351 «О пересмотре ведомственных нормативных актов, регламентирующих вопросы по проблеме ВИЧ / СПИД» (выписки).

2. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 04.08.1997 г. № 201 «Об изменении и дополнении организации работы по ВИЧ-инфекции в лечебно-профилактических учреждениях Республики Беларусь».

3. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25.11.2002 г. № 165 «О проведении дезинфекции и стерилизации учреждениями здравоохранения».

4. Приказ Министерства здравоохранения БССР от 04.09.1987 г. № 179 «О проведении учета, регистрации и анализа ВБИ в лечебно-профилактических учреждениях БССР».

5. Приказ Комитета здравоохранения МГИ от 10.09.2004 г. № 536 «О совершенствовании системы учета, регистрации и анализа ВБИ в ЛПУ г. Минска».

6. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29.03.2012 г. № 31 «Требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на предотвращение заноса, возникновения и распространения острых кишечных инфекций».

7. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29.08.2005 г. № 477 «Об усилении мероприятий по профилактике эпидемического сыпного тифа и борьбе с педикулезом».

8. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23.10.2003 г. № 167 «Об утверждении инструкции по профилактике инфекционных заболеваний при эндоскопических манипуляциях».

9. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29.03.2012 г. № 31 «Требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на предотвращение заноса, возникновения и распространения острых кишечных инфекций».

10. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29.08.2005 г. № 477 «Об усилении мероприятий по профилактике эпидемического сыпного тифа и борьбе с педикулезом».

11. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23.10.2003 г. № 167 «Об утверждении инструкции по профилактике инфекционных заболеваний при эндоскопических манипуляциях».

12. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 02.12.2013 г. № 114 «Санитарно-эпидемиологические требования к транспортировке, хранению и использованию иммунобиологических лекарственных средств, проведению профилактических прививок, выявлению, регистрации и расследованию побочных реакций после профилактических прививок».

13. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18.06.2012 г. № 106 «Об установлении национального календаря профилактических прививок, перечня профилактических прививок по эпидемическим показаниям, порядка и сроков их проведения».

14. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.10.2013 г. № 107 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям здравоохранения, оказанию медицинских услуг, в том числе по косметологии, а также к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний в организациях здравоохранения, Гигиенического норматива «Допустимые значения санитарно-микробиологических показателей воздушной среды помещений организаций здравоохранения разных классов чистоты».

15. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 06.02.2013 г. № 11 « Требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения вирусных гепатитов».

16. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 03.11.2011 г. № 111 «О внесении дополнений и изменения в некоторые санитарные нормы, правила и гигиенические нормативы» (кроме подпункта 1.16 пункта 1).

17. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.04.2010 г. № 47 «Об утверждении Инструкции о порядке проведения обязательных медицинских осмотров работающих и признании утратившим силы некоторые постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь» (ред. от 26.04.2011 г.).

18. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21.03.2013 г. № 24 «Об утверждении Санитарных норм и правил «Требования к порядку проведения дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных мероприятий».

19. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16.12.2013 г. № 128 «Санитарные нормы и правила

«Требования к изделиям медицинского назначения и медицинской техники».

20. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.10.2013 г. № 107 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям здравоохранения, оказанию медицинских услуг, в том числе по косметологии, а также к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний в организациях здравоохранения», Гигиенического норматива «Допустимые значения санитарно-микробиологических показателей воздушной среды помещений организаций здравоохранения разных классов чистоты».

21. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 06.02.2013 г № 11. « Требования к проведению за вирусными гепатитами в Республике Беларусь».

22. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.12.2005 г. № 272 Главного государственного санитарного врача РБ «Об утверждении Инструкции 3.5.4.10-22-97-2005 «Организация централизованных стерилизационных отделений в организациях здравоохранения».

23. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 03.11.2011 г. № 111 «О внесении дополнений и изменения в некоторые санитарные нормы, правила и гигиенические нормативы» (кроме подпункта 1.16 пункта 1).

24. Инструкция Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23.03.1999 г. № 40-9003 «Выполнение инъекций и внутривенных инфузий в условиях лечебно-профилактического учреждения и на дому».

25. Инструкция Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 05.09 2001 г. № 113-0801 «Гигиеническая и хирургическая антисептика кожи рук медицинского персонала».

26. Инструкция Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 05.09 2001 г. № 113-0801 «Гигиеническая и хирургическая антисептика кожи рук медицинского персонала».

27. Санитарные правила 1.1.8-24-2003 от 22.12.2003 г. № 183 «Организация и проведение производственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических и профилактических мероприятий», утв. постановлением Главного государственного санитарного врача Республики Беларусь, с дополнениями и изменениями, утв. постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 01.09.2010 г. № 117.

28. Санитарные правила и нормы 2.1.7.14-20-2005 от 20.10.2005 г. № 147 «Правила обращения с медицинскими отходами», утв. постановлением Главного государственного санитарного врача Республики Беларусь, с изменениями и дополнениями, утв. постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 01.12.2008 г. № 207.

29. Санитарные правила 17-69 РБ-98 от 29.04.1998 г. № 18 «Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных заболеваний»,

утв. постановлением Главного государственного санитарного врача Республики Беларусь.

30. Санитарные правила и ветеринарные правила от 31.12.2002 г. № 155/38 «Состояние здоровья населения в связи с влиянием микробиологического фактора среды обитания человека. Листериоз», утв. постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерства сельского хозяйства и продовольствия Республики Беларусь.

31. Санитарные и ветеринарные правила «Сальмонеллез» от 14.03 2003 г. № 33/11, утв. Министерством здравоохранения Республики Беларусь и Министерством сельского хозяйства и продовольствия Республики Беларусь.

32. Санитарные и ветеринарные правила «Кампилобактериоз»,

утв. Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерства сельского хозяйства и продовольствия Республики Беларусь от 14 марта 2003 г. № 34/12.

33. Санитарные и Ветеринарно-санитарные правила по профилактике и ликвидации заболеваний, общих для человека и животных. Туберкулез, утв. Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерства сельского хозяйства и продовольствия Республики Беларусь от 26 марта 2010 г. № 31/21, с изменениями, утв. постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерства сельского хозяйства и продовольствия Республики Беларусь от 15 декабря 2010 г. № 166/91.

34. Санитарные нормы и правила «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-эпидемиологических

мероприятий, направленных на предупреждение возникновения столбняка»,

утв. постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11 апреля 2012 г. № 35.

35. Санитарные правила 17-129 РБ 2000 «Безопасность работы с микроорганизмами III-IV групп патогенности и гельминтами», утв. постановлением Главного государственного санитарного врача Республики Беларусь от 27 июля 2000 г. № 40.

36. Санитарные нормы и правила «Требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на предотвращение заноса, возникновения и распространения дифтерии», утв. постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 мая 2012 г. № 52.

37. Санитарные нормы и правила «Требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на предотвращение заноса, возникновения и распространения брюшного тифа и паратифов», утв. постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 мая 2012 г. № 53.

38. Санитарные нормы и правила «Требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на предотвращение заноса, возникновения и распространения коклюша», утв. постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13 июня 2012 г. № 70.

39. Санитарные нормы и правила «Требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на предотвращение заноса, возникновения и распространения ветряной оспы», утв. постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 05 ноября 2012 г. № 172.

40. Санитарные нормы и правила «Требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на предотвращение заноса, возникновения и распространения менингококковой инфекции», утв. постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 ноября 2012 г. № 174.

41. Санитарные нормы и правила «Требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, передаваемых иксодовыми клещами», утв. постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 07 декабря 2012 г. № 192.

42. Санитарные нормы и правила «Требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения трихинеллеза», утв.

постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 22 декабря 2012 г. № 204.

43. Санитарные нормы и правила «Требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на предотвращение заноса, возникновения и распространения гриппа», утв. постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29 декабря 2012 г. № 217.

44. Санитарные нормы и правила «Требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на предотвращение заноса, возникновения и распространения сальмонеллезных инфекций», утв. постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 июля 2013 г. № 68.

45. Санитарные нормы и правила «Требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на предотвращение заноса, возникновения и распространения кампилобактериоза», утв. постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14 августа 2013 г. № 73.

46. Санитарные нормы и правила «Требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на предотвращение заноса, возникновения и распространения хеликобактерных инфекций», утв. постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 октября 2013 г. № 106.

47. Санитарные нормы и правила «Требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на предотвращение заноса, возникновения и распространения кори и краснухи», утв. постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26 декабря 2013 г. № 130.

48. Санитарные нормы и правила «Требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на предотвращение заноса, возникновения и распространения эпидемического паротита», утв. постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 декабря 2013 г. № 133.

49. Санитарные нормы и правила «Требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на предотвращение заноса, возникновения и распространения энтеровирусных инфекций не полиомиелитной природы», утв. постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13 марта 2014 г. № 15.

50. Санитарные нормы и правила «Требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на предотвращение заноса, возникновения и распространения полиомиелита», утв. постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 декабря 2013 г. № 137.

51. Санитарные нормы и правила «Требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на предотвращение заноса, возникновения и распространения малярии», утв. постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21 марта 2013 г. № 23.

52. Методические указания от 30.11.1999 г. № 90-9908 «Контроль качества изделий медицинского назначения».

53. Методические указания Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 90-9908-1999 г. «Контроль качества изделий медицинского назначения».

Приложение 3

Нормативные документы по профилактике ИСМП в ОЗ

1. Закон Республики Беларусь «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»7 января 2012 г. № 340-З // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр». – Минск, 1992-2019.

2. О здравоохранении: Закон Республики Беларусь 18 июня 1993 г. № 2435-XII (в ред. Закона Республики Беларусь от 21.10.2016 № 164-З) // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр». – Минск, 1992-2019.

3. О мерах по снижению антибиотикорезистентности организмов: Приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь от 29.12.2015 г. № 1301.

4. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 351 от 16 декабря 1998 г. «О пересмотре ведомственных нормативных актов, регламентирующих вопросы по проблеме ВИЧ/СПИД» (выписки).

5. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25.11.2002 г. № 165 «О проведении дезинфекции и стерилизации учреждениями здравоохранения».

6. Инструкция 3.5.4.10-22-97-2005 «Организация централизованных стерилизационных отделений в организациях здравоохранения», утв. постановлением Главного государственного санитарного врача Республики Беларусь от 28.12.2005 г. № 272.

7. Инструкция 3.5-51-2006 «Дезинфекция, дезинсекция одежды, постельных принадлежностей, обуви и других объектов в дезинфекционных камерах», утв. постановлением Главного государственного санитарного врача Республики Беларусь от 23.11.2006 г. № 175.

8. Инструкция Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 40-9003 от 23.03.1999 г. «Выполнение инъекций и внутривенных инфузий в условиях лечебно-профилактического учреждения и на дому».

9. Санитарные нормы, правила и гигиенические нормативы «Гигиенические требования к устройству, оборудованию и содержанию организаций здравоохранения и к проведению санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний в организациях здравоохранения». Утв. постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 09.08.2010 г. № 109 с изменениями и дополнениями, утв. постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21.03.2011 г. № 19.

10. Санитарные правила и нормы 2.1.7.14-20-2005 «Правила обращения с, медицинскими отходами», утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача Республики Беларусь от 20 октября 2005 г. № 147, с изменениями и дополнениями, утв. постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 1 декабря 2008 г. № 207.

11. Санитарные нормы, правила и гигиенические нормативы «Гигиенические требования к содержанию территорий населенных пунктов и организаций», утв. постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 01.11.2011 г. № 110.

12. Санитарные правила устройства, оборудования и эксплуатации организаций здравоохранения, утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача Республики Беларусь от 11 июля 2003 г. № 71, с изменениями, утв. постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 6 февраля 2009 г. № 14.

13. Санитарные правила и нормы 3.6.1.22-9-2005 «Организация и проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий по профилактике гнойно-септических инфекций в отделениях (кабинетах) хирургического профиля», утв. постановлением Главного государственного санитарного врача Республики Беларусь от 04.07.2005 г. № 88.

14. Санитарные правила и нормы 2.1.7.14-20-2005 «Правила обращения с медицинскими отходами», утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача Республики Беларусь от 20 октября 2005 г. № 147, с изменениями и дополнениями, утв. постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 1 декабря 2008 г. № 207.

15. Санитарные правила и нормы 2.1.8.12-37-2005 «Гигиенические требования к шуму, создаваемому изделиями медицинской техники в помещениях организаций здравоохранения», утв. постановлением Главного государственного санитарного врача Республики Беларусь от 12 декабря 2005 г. № 217.

16. Санитарные правила и нормы 2.1.12-61-2005 «Гигиенические требования к сбору, хранению, транспортировке и первичной обработке вторичного сырья», утв. постановлением Главного государственного санитарного врача Республики Беларусь от 30 декабря 2005 г. № 285.

17. Санитарные правила 1.1.8-24-2003 от 22.12.2003 г. № 183 «Организация и проведение производственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических и

профилактических мероприятий», утв. постановлением Главного государственного санитарного врача Республики Беларусь, с дополнениями и изменениями, утв. постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 01.09.2010 г. № 117.

18. Санитарные правила и нормы 2.1.7.14-20-2005 от 20.10.2005 г. № 147 «Правила обращения с медицинскими отходами», утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача Республики Беларусь, с изменениями и дополнениями, утв. постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 01.12.2008 г. № 207.

Приложение 4

Алгоритм общения по телефону для МС-регистратора и справочной службы

1. Приветствие.
2. Подтверждение готовности к общению.
3. Прием визита или выдача информации (кроме конфиденциальной информации о пациенте).
4. Получение обратной связи о точности принятия информации.
5. Использование, при необходимости, помощи других сотрудников или переадресация пациента.
6. Активный выход на пациента при необходимости внесения дополнений и изменений в переданную ранее информацию.
7. Благодарность за общение, демонстрация готовности к участию и сопереживанию.
8. Во всех нестандартных ситуациях действовать согласно алгоритмам действий, утвержденным главным врачом.

Главная медсестра Т. Н. Петрова

Медсестра-регистратор В. А. Ивашина

Приложение 5

Рекомендации по соблюдению алгоритмов медицинской сестре-регистратору

- Во время общения в регистратуре описывайте проблемы пациента его собственными словами, называйте целями то, чего хотите добиться вместе с ним, указывайте планируемые реальные сроки.
- Храните информацию о пациенте в месте, удобном для использования, в то же время делайте ее недоступной для тех, кому она не предназначена.
- Привлекайте пациента к получению информации, которая позже станет полезной для осуществления ему консультации в амбулаторно-поликлинической организации здравоохранения. В случае, когда цель не достигнута, необходимо выяснить причину, для чего весь осуществленный диалог анализируется заново в поисках допущенной ошибки. Поведение медицинской сестры-регистратора в нестандартных ситуациях, является критерием его профессионализма и нравственности по отношению к пациенту.

Алгоритм Приложение 6,7

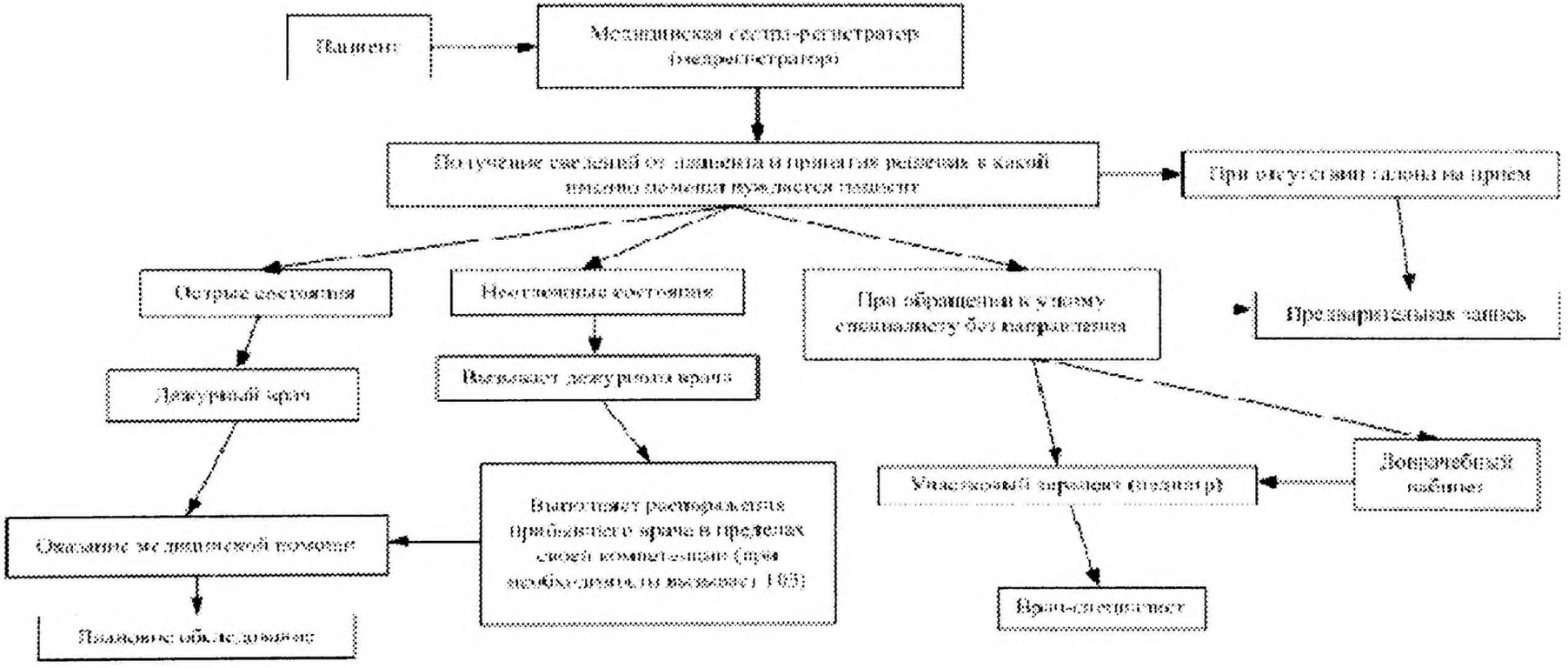
действий медицинской сестры-регистратора при:

обращении пациента к узкому специалисту,



АЛГОРИТМ

Действия медицинской сестры регистратора при вызове на дом острого состояния пациента, при отсутствии врача специалиста или записи к нему, при обращении пациента к узкому специалисту без направления, при отсутствии талона



Приложение 8

Примерная Программа инфекционного контроля

Содержание

1. Основные положения.

2. Обоснование необходимости внедрения инфекционного контроля.

3. Стандарты инфекционного контроля:

стандарт 1 – структура управления и распределение обязанностей по инфекционному контролю;

стандарт 2 – система учета и регистрации госпитальных инфекций;

стандарт 3 – микробиологическое обеспечение инфекционного контроля;

стандарт 4 – эпидемиологическая диагностика госпитальных инфекций;

стандарт 5 – профилактические и противоэпидемические мероприятия в системе инфекционного контроля;

стандарт 6 – обучение персонала;

стандарт 7– охрана здоровья персонала.

4. Задачи и эффективность инфекционного контроля.

1. Основные положения

Инфекционный контроль (ИК) – система организационных, профилактических и противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения инфекции в стационаре, которая базируется на результатах эпидемиологической диагностики.

Цель ИК – предотвращение развития большинства инфекций путем выполнения мероприятий для снижения заболеваемости, летальности и экономического ущерба от госпитальных инфекций. Организуется и проводится силами специалистов стационара.

Госпитальная инфекция (ГИ) – любое инфекционное заболевание, приобретенное или проявившееся в условиях стационара.

Инфекция, связанная с оказанием медицинской помощи (далее – ИСМП) – любое клинически распознаваемое инфекционное заболевание, развившееся у пациента вследствие оказания медицинской помощи в ОЗ, при оказании скорой медицинской помощи, МП медицинским персоналом на дому, а также инфекционное заболевание работника ОЗ в результате его профессиональной деятельности, вне зависимости от времени проявления симптомов заболевания.

1. ИСМП, вызванная патогенным возбудителем в результате его заноса в стационар бактерионосителями или лицами, находящимися в

инкубационном периоде (сальмонеллез, дизентерия, ветряная оспа, краснуха, гепатиты А, В и С и др.).

2. Гнойно-септические инфекции (ГСИ), вызываемые многочисленной группой условно-патогенных бактерий, к ним относят инфекции экзогенного и эндогенного характера.

Заносы инфекции – инфекционное заболевание, приобретенное до поступления в стационар и проявившееся или выявленное в стационаре.

Экзогенная инфекция – инфекция, развивающаяся в результате заражения организма человека микроорганизмами, попадающими извне.

Эндогенная инфекция – инфекция, развивающаяся в результате активизации эндогенной микрофлоры естественных биотопов поверхности кожи, и полостей организма, в том числе пищеварительного тракта, или вызванная микроорганизмами, ранее колонизировавшими ткани и органы пациента.

Эпидемиологический диагноз – это логическая формула, содержащая оценку эпидемиологической ситуации и ее детерминант (причин) на конкретной территории среди определенных групп населения в изучаемый отрезок времени с целью рационализации профилактических и противоэпидемических мероприятий и разработки эпидемиологического прогноза.

Стандартное эпидемиологическое определение случая – система сформулированных в виде алгоритма клинических и лабораторных критериев, позволяющих решить, имеется ли у конкретного индивидуума данное заболевание (состояние) и тем самым разделить изучаемую популяцию на «случай» и «не случай». Стандартное определение случая обеспечивает конкретное сопоставление данных эпидемиологического надзора, полученных различными наблюдателями, активное выявление случаев, разработку рабочих определений случая.

2. Обоснование необходимости внедрения ИК

ИК – стратегия повышения качества МП путем внедрения системы борьбы с ИСМП.

Внедрение программы ИК позволяет:

1. Определить истинные уровни заболеваемости, т.е. понять масштабы проблемы.

2. Выявить повышение частоты спорадических случаев инфекции или возможную вспышку.

3. Своевременно выявлять причины и факторы, влияющие на заболеваемость ГСИ.

4. Эффективно воздействовать на причину развития заболеваний путем проведения комплекса профилактических и противоэпидемических мероприятий.

5. Принимать обоснованные управленческие решения по профилактике заболеваемости ГСИ.

3. Стандарты инфекционного контроля

Стандарт 1. Структура управления и распределение обязанностей по ИК

В БО издается приказ «О назначении ответственных лиц за регистрацию и учет ИСМП и работе комиссии по профилактике ИСМП». В состав комиссии входит председатель (заместитель главного врача по медицинской части), главная МС, заведующие отделениями, врач-эпидемиолог. Ежегодно разрабатывается план работы постоянно действующей комиссии по профилактике ИСМП, а также план мероприятий по профилактике ИСМП.

Задачи комиссии

1. Разработка руководства по ИК.
2. Координация мероприятий по ИК, проводимых в отделениях БО.
3. Обеспечение активного выявления ИСМП.
4. Обучение персонала подразделений АПО и БО.
5. Контроль эффективности проводимых мероприятий по ИК.
6. Информирование медицинского персонала по результатам ИК на производственных совещаниях и медицинских советах.

Заседания комиссии по профилактике ИСМП проводятся не реже 1 раза в месяц и по мере необходимости.

Стандарт 2. Система учета и регистрации госпитальных инфекций

Острозаразные инфекционные заболевания подлежат обязательному учету и оповещению в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15.07.2012 г. № 75 «Об установлении перечня заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения».

В соответствии с приказом по БО ответственными лицами за регистрацию и учет ИСМП (учетная форма № 060/у) являются заведующие отделениями. Ответственные лица обеспечивают учет и регистрацию (учетная форма № 060/у).

Важно! Каждая ОЗ разрабатывает свой перечень госпитальных инфекций с учетом профильности.

Стандарт 3. Микробиологическое обеспечение ИК

Микробиологический мониторинг позволяет:

- решать важнейшие задачи стратегии и тактики антибиотикотерапии;
- разработать правильную организацию микробиологических направлений за качественным и количественным составом микроорганизмов, циркулирующих в стационаре;
- выбрать оптимальную стратегию борьбы с антибиотикорезистентностью;
- обеспечить трехстороннюю оперативную связь клиницист-эпидемиолог-микробиолог.

В БО разрабатывают мероприятия по микробиологической диагностике и рациональному применению антимикробных средств (табл. 8.1).

Таблица 8.1

Мероприятия по микробиологической диагностике и рациональному применению антимикробных средств в БО

Наименование мероприятия	**Сроки исполнения**	**Ответственные лица**
1. Микробиологическое исследование микробной обсемененности объектов внешней среды и воздуха, а также качества профилактикой дезинфекции	Ежеквартально и по эпидпоказа-ниям	Врач-эпидемиолог, главная МС
2. Проведение контроля стерильности изделий медназначения согласно приказу МЗ РБ № 165 «Дезинфекция и стерилизация изделий медицинского назначения»	Ежемесячно в ЦГиЭ	Врач-эпидемиолог, главная МС, старшая МС операционного блока, медсестра ЦСО
3. Проведение контроля эффективности работы стерилизационного и дезинфекционного оборудования бактериологическим методом	Ежемесячно в ЦГиЭ	Врач-эпидемиолог, главная МС, старшая МС операционного блока, МС ЦСО
4. Контроль за работой дезинфекционной камеры с использованием бактериологических тестов	Ежеквартально	Врач-эпидемиолог, главная МС
5. Микробиологический мониторинг за циркулирующими штаммами микроорганизмов в БО с использованием программы WHONET	Ежеквартально и по эпидпоказа-ниям	Зам. гл. врача по мед. части, врач-эпидемиолог, зав. отделениями
6. Своевременное проведение микробиологических исследований на чувствительность больных с гнойно–воспалительными заболеваниями для назначения рациональной антимикробной терапии	В течение года	Зав. отделениями, врачи отделений

Стандарт 4. Эпидемиологическая диагностика инфекций, связанных с оказанием МП

Цели эпидемиологической диагностики:

- установление источников инфекции;
- выявление факторов передачи и места заражения в отделениях;
- изучение биологических свойств условно-патогенных микроорганизмов, циркулирующих в отделениях БО;
- обоснование проводимых профилактических мероприятий.

Заместитель главного врача по медицинской части совместно с врачом-эпидемиологом на основе ежедневной первичной информации из отделений БО проводит эпидемиологическое расследование с целью уточнения факторов риска, установления возможных обстоятельств, повлекших к возникновению инфекционного заболевания.

Стандарт 5. Профилактические и противоэпидемические мероприятия в системе ИК

В БО разрабатывают план мероприятий по прерыванию путей передачи ИСМП (табл.8. 2).

Таблица 8.2

План мероприятий по прерыванию путей передачи ИСМП в БО

Наименование мероприятия	Сроки исполнения	Ответственные лица
1. Поддерживать нормативное обеспечение мягким инвентарем, предметами ухода за пациентами	В течение года	Начальник хозяйственной службы
2. Использовать современные средства контроля работы стерилизационного оборудования	В течение года	Главная МС
3. Обеспечить режимные кабинеты больницы оборудованием, обеспечивающим гигиену рук согласно европейскому стандарту (локтевые дозаторы, одноразовые полотенца)	В течение года	Главная МС, начальник хозяйственной службы
4. Обеспечить постоянный запас антисептических и дезинфицирующих средств в отделениях БО	В течение года	Главная МС
5. Госпитализацию больных осуществлять в палаты на 2-4 койки с изолированным сан. узлом	В течение года	Зав. отделениями
6. При переводе послеоперационных больных из отделения реанимации соблюдать цикличность заполнения палат	В течение года	Зав. отделениями.

7. Проводить пери операционную антибиотикопрофилактику послеоперационных и послеабортных осложнений	В течение года	Зав. отделениями
8. Стерилизацию медицинского инструментария осуществлять в ЦСО и в операционном блоке	В течение года	Врач-эпидемиолог, главная МС старшая МС операционного блока МС ЦСО
9. Осуществлять чередование дезинфицирующих средств и антисептических средств	Ежеквартально или по эпид. показаниям	Врач-эпидемиолог главная МС
10. При оказании медицинских услуг максимально использовать одноразовые изделия медицинского назначения (шприцы, системы, катетеры, перчатки, зеркала Куско и др.)	В течение года	Главная МС
11. Использовать в работе медперсоналом средства малой механизации (тележки для транспортировки чистого и грязного белья, тележки для транспортировки пищи и т.д.)	В течение года	Главная МС, начальник хозяйственной службы
12. Расширять спектр и объем эндоскопических операций, в т.ч. при воспалительных заболеваниях органов малого таза	В течение года	Зам. гл. врача по мед. части, зав. отделениями
13. При проведении операций пользоваться аппаратами для бесконтактных электрохирургических воздействий (УЗ-скальпель, неодимовый лазер)	В течение года	Зам. гл. врача по мед. части, зав. отделениями
14. Для выполнения постановления МЗ РБ от 7 февраля 2018 г. № 14 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами» обеспечить отделения контейнерами (емкостями) и индивидуальными пакетами для сбора отработанных ИМН, медицинских отходов. Обеспечить сбор, хранение и использование медицинских отходов (шприцы, внутривенные системы, скарификаторы, стекло, и др.)	В течение года	Начальник хозяйственной службы, врач-эпидемиолог, главная МС, инженер
15. Обеспечить контроль соблюдения санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов в структурных подразделениях БО	В течение года	Зам. гл. врача по мед. части, главная МС, зав. отделениями, врач-эпидемиолог

Стандарт 6. Обучение персонала

В БО проводится изучение нормативных и инструктивных документов по профилактике ИСМП, по проведению санитарных и противоэпидемических мероприятий с последующим контролем знаний. Контроль знаний медицинских работников по санитарно-эпидемиологическому режиму проводится 2 раза в год с обязательной сдачей зачета. В соответствии с планом занятий обучения молодых специалистов проводится повторение вопросов профилактики ИСМП на рабочих местах.

Стандарт 7. Охрана здоровья персонала

Главная задача данного стандарта – выявление и оценка профессиональных факторов риска в БО, подготовка и анализ соответствующей информации, разработка и внедрение программы профилактики профессиональной заболеваемости. В БО разрабатывают мероприятия по обеспечению безопасных условий труда медицинских работников (табл.8.3).

Таблица 8.3

Мероприятия по обеспечению безопасных условий труда медицинских работников ОЗ

Наименование мероприятия	Сроки исполнения	Ответственные лица
1. Составить перечень профессий и должностей работников, работающих с профессиональными вредностями	январь	Председатель ПК, вед. инженер по охране труда
2. Обеспечить персонал средствами индивидуальной защиты (перчатки, маски и др.)	В течение года	Главная МС, начальник хоз. службы
3. Осуществлять контроль здоровья медицинского персонала: профилактические медицинские осмотры; своевременное выявление инфекционных заболеваний; обследование на ВИЧ-инфекцию, HBs-антиген у не привитых сотрудников, HCV-антиген у привитых, контингента, подлежащего РФО	В течение года	Зам. главного врача по мед. части, главная МС, ведущий инженер по ОТ
4. Проводить контроль и организовывать плановую иммунизацию сотрудников против дифтерии, столбняка, гриппа, вирусных гепатитов, кори, гепатита В	В течение года	Главная МС, врач-эпидемиолог
5. Ежегодно проводить неспецифическую профилактику против гриппа медикаментозными средствами (поливитамины, ремантадин, оксолиновая мазь)	Предэпиде-мический период	Зам. главного врача по мед. части
6. Осуществлять комплекс мероприятий по созданию безопасных условий труда персонала	В течение года	Ведущий инженер по ОТ, начальник хоз. службы

4. Задачи и эффективность ИК

Реализация разработанной программы ИК приводит к:

- повышению качества медицинского обслуживания;
- рациональному использованию антибиотиков, что позволяет предотвратить вспышки ИСМП, вызванные полурезистентными штаммами бактерий;
- снижению частоты развития инфекций и сокращению сроков госпитализации;
- формированию позитивного отношения к данной проблеме со стороны медицинского персонала.

Условия эффективности ИК, проводимого в БО

- полное понимание медицинским персоналом проблемы профилактики ИСМП и активное участие всех специалистов в выполнении данной программы;
- обеспечение рабочих мест компьютерной техникой с соответствующим программным обеспечением;
- непрерывное обучение всего медицинского персонала выполнению стандартов ИК.

Приложение 9

Алгоритм действий МС с пациентом в конфликтной ситуации

1. Обратить внимание на пациента и проявить заинтересованность к его просьбам /жалобам /претензиям, задать уточняющие вопросы: «Скажите, … (имя, отчество), Вас беспокоит … ? В чем основная проблема? Остальное все устраивает?».

2. Выслушать пациента, согласиться с тем, что может способствовать улучшению оказываемой МП в ОЗ: «Да, это важно … / заслуживает внимания … / это наша общая задача … ».

3. Объяснить пациенту ситуацию: кратко охарактеризовать причины, повлиявшие на сложившуюся ситуацию: «Дело в том, что установленный порядок в больнице не позволяет …») / «К сожалению, (в данный момент) для Вас невозможно… , потому что положено… в целях создания благоприятных условий для Вашего выздоровления… Именно поэтому я сделал (а) /допустил (а)… (не сделал (а) /не допустила… ».

4. Попытаться увидеть в информации то, что требует экстренного решения, а что можно решить в перспективе; поблагодарить за важные сведения: «Я (мы) исправим положение дел в ближайшее время» / «Спасибо Вам за участие /за то, что с Вашей помощью мы можем улучшить…».

5. В случае, если пациент настроен категорически негативно, не вступая с ним в спор, следует прекратить разговор на нейтральной ноте и доложить о случившемся инциденте старшей МС, дежурному врачу, заведующему отделением: «Я бы не хотел (а) вступать с Вами в спор. Пожалуйста, подождите, в решении вопроса примет участие старшая МС / старшая акушерка /дежурный врач».

6. Подвести итог, попрощаться с пациентом: «Надеюсь, проблема будет решена. Я Вам сообщу об этом. Всего доброго».

Приложение 10

Этические способы регуляции межличностных отношений в системе врач-медицинская сестра-пациент

Ситуация 1. Разнообразное игнорирование требований санитарно-эпидемиологического режима и техники безопасности. Санитарки могут пропускать цикл или этап уборки, при этом моют помещение 1 раз в день, вместо необходимых 2-х раз. Они переносят уборку на утро, убирают помещение не полностью или за меньшее время, чем указано в инструкции по дезинфицирующему средству. Применяют один комплект уборочного инвентаря для разных помещений; сокращают расход чистящих средств для экономии времени на их разведение; не проветривают помещения; не используют средства индивидуальной защиты или применяют один халат для разных видов деятельности; фальсифицируют сроки действия рабочих растворов, изменяя дату разведения и максимальный срок годности.

Действия. Главной (старшей) МС проработать графики и инструкции уборки, рассчитать нужный объем расходных дезинфицирующих, моющих и чистящих средств, уборочного инвентаря с учетом площади поверхностей для обработки, кратности уборок. Следует учесть дополнительные функции (помощь старшей МС, курьерские и пр.). Провести дополнительный инструктаж «под роспись». Обеспечить регулярный контроль.

Ситуация 2. Игнорируют или некачественно исполняют должностные обязанности. МС не контролируют прием лекарств и пищи, не измеряют давление и температуру, не проводят гигиенические процедуры. Отдельные виды анализов (мочи, крови на биохимию) берут с вечера, неправильно хранят исследования при комнатной температуре в процедурных, шкафах или санитарных комнатах. Подстраивают многократные инъекции под собственный график, ночные инъекции антибиотиков делают вечером или угром, обезболивание проводят заранее, до наступления ночи. Санитарки могут одновременно раздавать первый и второй завтрак одновременно, чтобы не мыть посуду дважды, или приносить ужин и полдник одновременно, или буфетчицы просят санитарок о раздаче ужина, занижают объем порций, не всем выдают штучные продукты.

Действия. Организовать контроль, на видных местах разместить

графики раздачи пищи, меню по дням, контрольные весы на пищеблоке, утвердить правила внутреннего распорядка, провести ознакомление подчиненных.

Ситуация 3. Перекладывают исполнение своих функций на коллег. Палатные МС отмечают, что обрабатывали пролежни, кормили через зонд

(стому), делали гигиенический уход; ответственные МС перекладывают размораживание холодильников и генеральных уборок на дежурных МС.

Действия. Организовать контроль выполнения должностных обязанностей, провести дополнительную учебу (инструктаж), внедрить документацию по сестринскому процессу, ввести обязательную личную роспись за выполненные манипуляции.

Ситуация 4. На этапе трудоустройства соискатели, которых ранее со скандалом уволили с прежней работы, «теряют» трудовую книжку, или ссылаются на отказ работодателя ее вернуть, или отказываются от трудового стажа.

Действия. Отдел кадров проверяет подлинность трудовой книжки по дате выпуска, серии, номеру. Можно ввести запрос от предыдущей организации или попросить гарантийное письмо из кадрового агентства, направившего на собеседование. Иметь список профессиональных вопросов, задач или тестов для оценки знаний, опыта и навыков соискателя.

Ситуация 5. Подделка документов об образовании, прохождении повышения квалификации, специализации, посещении профессиональных конференций и выставок.

Действия. В сомнительных случаях уточняют адрес учреждения образования, сроки и как туда проехать, как звали преподавателя, сколько человек было в группе. Плавающие ответы вызывают подозрения. Можно запросить справку с графиком обучения и табель посещаемости слушателем курсов.

Ситуация 6. Опоздания или пропуски работы, когда предоставляют фальшивые справки из ГИБДД об аварии, сбоях в работе транспорта.

Действия. Проверить справку в отделении милиции по месту ДТП. Потребовать запись с видеорегистратора, если он есть в машине.

Ситуация 7. Предоставление поддельного листка нетрудоспособности или справки о приеме у врача, иногда при подлинности документа информация в них оказывается ложной.

Действия. Уточнить адрес ОЗ, имя врача, этаж, номер кабинета. Проверить контакты в социальных сетях, где могут быть выложены фотографии, опровергающие факт болезни.

Ситуация 8. Использование ресурсов ОЗ не по назначению (передают в другие места расходные материалы: шприцы, катетеры, перчатки, маски), производят лабораторные исследования для пациентов других ОЗ. Выписывание врачами лекарственных средств и расходных материалов для личных нужд или кому-то другому из отделения, многократное использование одноразовых материалов и отсутствие отметок о сроках их

расходования. МС не отмечают даты вскрытия многоразовых лекарств, набирают несколько препаратов в один шприц. Использование общественной прачечной для стирки личного белья; замена домашнего ветхого белья на новое белье организации. При недостаче разрывают полотенца надвое, шьют наволочки из ветоши.

Действия. Главной МС совместно с заместителем главного врача разработать систему учета, расходования лекарств и контроля расходования материалов, многоразовых и одноразовых медицинских изделий.

Ситуация 9. Приписка процедур и единиц трудозатрат для увеличения объема работы или имитация большего объема работы. Так могут поступать массажисты, МС физиотерапевтических отделений, ЛФК, зубные врачи при лечении поверхностного кариеса, перевязочные МС, лаборанты при работе «со стеклами», офтальмологи при проверке остроты зрения и подборе очков даже пациентам, пришедшим на прием не впервые. Врачи и МС обслуживают вызовы на дому, о которых заранее договорились. Составление требований на расходные материалы, где не указывают цифры прописью, приписывание нулей в конце цифры или единицы в начале цифры после подписания у руководителя. Когда материалы списаны, в журналах изменяют цифры для большего списания расходных материалов.

Действия. В ОЗ ввести электронные требования на расходные материалы, требовать заполнения их в печатном виде, цифры указывать прописью, сверять количество выданного и выписанного (предметов, препаратов, материалов).

Приложение 11

Положение о Совете по питанию

1. Общие положения

Совет создается приказом по ОЗ главного врача. В состав Совета должны входить: председатель (заместитель главного врача по медицинской части), секретарь (главная медсестра), члены (врач-эпидемиолог, заведующие отделениями).

В своей работе Совет по питанию руководствуется нормативными документами по организации питания Министерства здравоохранения Республики Беларусь, данным положением, приказами главного врача.

Совет обеспечивает надзор за организацией диетического питания в организации.

2. Задачи

2.1.Взаимодействие с КУП «Комбинат питания «Витамин» и упорядочение взаимодействий в учреждении здравоохранения «…».

2.2.Выборочный контроль за правильностью закладки продуктов.

2.3.Контроль осуществления бракеража готовой пищи.

2.4.Контроль выдачи полученной пищи в буфетных-раздаточных.

2.5.Экспертиза – согласование примерного сезонного меню.

2.6.Контроль выполнения примерного меню.

2.7.Контроль наличия и состояния необходимой тары, посуды, оборудования, инвентаря в буфетных-раздаточных.

2.8.Контроль ведения необходимой документации в буфетных-раздаточных.

2.9.Организация анкетирования удовлетворенности пациентов обеспечением питания с последующим принятием мер по его результатам.

2.10. Работа с предложениями и замечаниями пациентов по улучшению организации питания.

2.11. Контроль качества и безопасности блюд для здоровья пациентов.

2.12. Контроль своевременности и полноты прохождения медосмотров работниками буфетных-раздаточных.

2.13. Контроль исправности технологического, холодильного и другого оборудования в буфетных-раздаточных.

2.14. Подготовка материалов для заслушивания на производственных совещаниях, заседаниях, медицинских советах ОЗ, Совете сестер.

3. Права

3.1.Представлять материалы для обсуждения на комиссии по распределению премии.

3.2.Выходить с предложениями к администрации центра и КУП «Комбинат питания «Витамин» по улучшению организации диетического питания.

3.3.Решать вопросы целесообразности финансирования и обеспечения ресурсами мероприятий по улучшению организации диетического питания.

4. Ответственность

4.1.За организацию диетического питания в ОЗ.

Приложение 12

План работы Совета по питанию

Наименование мероприятий	Срок исполнения	Исполнитель	Отметка о выполнении
1	2	3	4
1.Рассмотреть и утвердить план работы Совета по питанию на 2019 год; - анализ анкетирования за 2018 год; - контроль осуществления бракеража готовой пищи	январь	Зам. гл. врача по мед. части, главная МС	
2. Подготовить и заслушать на заседании Совета по питанию			
2.1. Рассмотрение примерного меню на весенне-летний период, предложенного на согласование; - выполнение санитарно-эпидемиологического режима в буфетных–раздаточных; - контроль осуществления бракеража готовой пищи	март	Зам. гл. врача по мед. части, главная МС	
2.2. Выполнение норм продуктов питания на 1 пациента; - соблюдение санитарно-эпидемиологического режима в буфетных-раздаточных; - контроль осуществления бракеража готовой пищи	июнь	Зам. гл. врача по мед. части, главная МС	
2.3. О результатах анкетирования пациентов; - выполнение санитарно-эпидемиологического режима в буфетных-раздаточных; - контроль осуществления бракеража готовой пищи	сентябрь	Главная МС, зав. отделениями	
2.4. О материально-техническом оснащении буфетных-раздаточных; - выполнение санитарно-эпидемиологического режима в буфетных-раздаточных; - контроль осуществления бракеража готовой пищи	ноябрь	Нач. хоз. службы, главная МС	
3. Внести изменения в план на 2019 год; - запланировать косметический ремонт и замену мебели в буфетных-раздаточных; - контроль осуществления бракеража готовой пищи	декабрь	Зам. гл. врача по мед. части, нач. хоз. службы	

Зам. главного врача по медицинской части В.П. Петрова

Приложение 13

Инструкция
об организации диетического питания в учреждении здравоохранения «Городская Н-ская больничная организация»

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящая Инструкция устанавливает порядок организации диетического питания (далее – лечебное питание) пациентов в учреждении здравоохранения.

2. Диетическое питание – научно обоснованная система организации питания и дифференцированного использования с лечебной целью определенных пищевых продуктов, их сочетаний, видов кулинарной обработки.

Принципы диетического питания предусматривают:

- полное обеспечение организма пациента белками, жирами, углеводами, а также незаменимыми факторами питания (незаменимые аминокислоты, полиненасыщенные жирные кислоты, витамины, микроэлементы) в разных соотношениях;
- соответствие химической структуры пищевых продуктов функциональному состоянию ферментных систем организма пациента;
- щажение поврежденных болезнью ферментных систем организма пациента, путем введения или, напротив, исключения каких-либо специфических факторов питания;
- адаптация кратности приема пищи и ее кулинарной обработки к особенностям нарушения функции системы пищеварения;
- последовательный переход от щадящих рационов питания к более расширенным рационам;
- сочетание в необходимых случаях различных способов введения пищи (питательных веществ).

3. В ОЗ для пациентов организуется не менее чем 3-х разовый режим диетического питания, назначаемого лечащим или дежурным врачом пациентам, поступившим на стационарное лечение.

4. Организация диетического питания пациентов осуществляется в соответствии с перечнем стандартных диет согласно приложению 1 к настоящей Инструкции.

5. При наличии медицинских показаний лечащий врач назначает пациенту индивидуальное и дополнительное питание.

6. Индивидуальное питание, аглютеновое, гипоаллергенное, безлактозное, низколактозное и другие – вид лечебного питания, которое

назначается при отдельных заболеваниях, требующих увеличения, уменьшения или исключения из рациона отдельных пищевых продуктов с сохранением норм среднесуточного набора продуктов питания.

Дополнительное питание – вид диетического питания, которое назначается при отдельных заболеваниях, требующих увеличения отдельных компонентов рациона сверх норм среднесуточного набора продуктов питания.

Энтеральное питание – вид нутритивной поддержки, при котором питательные вещества вследствие невозможности адекватного обеспечения энергетических и пластических потребностей организма естественным путем вводятся в виде смесей для энтерального питания через рот, зонд или стому. Назначается лечащим или дежурным врачом при наличии медицинских показаний.

7. Индивидуализация пищевой ценности стандартных диет осуществляется путем подбора блюд диетического питания, включения продуктов питания, промышленного производства, использования готовых специализированных смесей.

8. Для создания эффективной организации диетического питания, анализа эффективности назначенной диетотерапии пациентов создан Совет по лечебному питанию.

Приложение 14

Перечень стандартных диет

Базовый рацион – Диета Б

Общая характеристика, кулинарная обработка.

Диета с физиологическим содержанием белков, жиров и углеводов, обогащенная витаминами, минеральными веществами, растительной клетчаткой (овощи, фрукты). Ограничиваются азотистые экстрактивные вещества, поваренная соль (6–8 г/день), продукты, богатые эфирными маслами. Исключаются острые приправы, шпинат, щавель, копчености. Блюда приготовляются в отварном виде или на пару, запеченные. Температура горячих блюд – не более 60–65 °С. Свободная жидкость – 1,5–2 л. Ритм питания дробный, 4–6 раз в день.

Показания к назначению:

Заболевания и состояния, не требующие специальных лечебных диет. Сахарный диабет 2-го типа.

Белки – 90–95 г (в том числе животные – 40-45 г).

Жиры – 79–80 г (в том числе растительные – 25-30 г).

Углеводы – 300-330 г, в том числе моно- и дисахариды (30–40 г), рафинированные углеводы исключаются из диеты больных сахарным диабетом 2-го типа.

Энергетическая ценность – 2170-2400 ккал.

Витамин С – 70 мг (для ветеранов – 80 мг, для женщин родильных отделений – 100 мг).

Для женщин родильных отделений: дополнительно молоко – 200 мл, соки – 100 мл, фрукты – 100 г.

Близкий аналог номерной системы – диета 15.

Рацион с механическим и химическим щажением – Диета П

Общая характеристика, кулинарная обработка.

Диета с физиологическим содержанием белков, жиров и углеводов, обогащенная витаминами, минеральными веществами, с умеренным ограничением химических и механических раздражителей слизистой оболочки рецепторного аппарата желудочно-кишечного тракта. Исключаются острые закуски, приправы, пряности, ограничивается поваренная соль (10 г/день). Блюда приготавливаются в отварном виде или на пару, протертые и не протертые. Температура пищи – от 15 до 60–65°С. Свободная жидкость – 1,5-2 л. Ритм питания дробный, 5-6 раз в день.

Показания к назначению:

Заболевания органов пищеварения, требующие назначения диеты с механическим и химическим щажением. Нарушения жевательного аппарата. Период после операций на внутренних органах.

Белки – 85-90 г (в том числе животные – 40-45 г).

Жиры – 79-80 г (в том числе растительные – 25-30 г).

Углеводы – 300-350 г, в том числе моно- и дисахариды (50-60 г).

Энергетическая ценность – 2170-2480 ккал.

Витамин С назначается согласно стандартной базовой диете (Б).

Близкий аналог номерной системы – диета 5 (для пациентов в послеоперационном периоде могут готовиться блюда согласно карточкам, определенным для диеты 0 – ДИЕТА ПП).

По показаниям лечащего врача назначаются специальные фармакологические композиты и смеси.

Рацион с повышенным содержанием белка – Диета М (Высокобелковая)

Общая характеристика, кулинарная обработка.

Диета с повышенным содержанием белка, нормальным количеством жиров, сложных углеводов и ограничением легкоусвояемых углеводов. Ограничиваются поваренная соль (6-8 г/день), химические и механические раздражители желудка, желчевыводящих путей. Блюда готовят в отварном, тушеном, запеченном, протертом и не протертом виде, на пару. Температура пищи – от 15 до 60-65°С. Свободная жидкость – 1,5-2 л. Ритм питания дробный, 4-6 раз в день.

Показания к назначению:

Заболевания и состояния, требующие введения повышенного количества белка (нарушения всасывания, заболевания почек с нефротическим синдромом без нарушения азотовыделительной функции, сахарный диабет 1-го типа, сепсис и другие тяжелые бактериальные болезни, тяжелая анемия).

Белки – 110-120 г (в том числе животные – 45-60 г).

Жиры – 80-90 г (в том числе растительные – 30 г).

Углеводы – 250-350 г, в том числе моно- и дисахариды (30-40 г); рафинированные углеводы исключаются больным с сахарным диабетом.

Энергетическая ценность – 2080-2650 ккал.

Витамин С – 70 мг.

Близкий аналог номерной системы – диеты 5, 7, 7а, б, 10.

По показаниям лечащего врача назначаются специальные фармакологические композиты и смеси.

Рацион с пониженным содержанием белка – Диета Н (Низкобелковая)

Общая характеристика, кулинарная обработка.

Диета с ограничением белка до 0,8, или 0,6, или 0,3 г/кг идеальной массы тела (до 60, 40 или 20 г/день), с резким ограничением поваренной соли (2-3 г/день) и жидкости (0,8-1 л/день). Исключаются азотистые экстрактивные вещества, какао, шоколад, кофе, соленые закуски. В диету вводятся безбелковый белый хлеб, пюре, муссы из набухающего крахмала. Блюда готовятся без соли, в отварном виде, не протертые. Рацион обогащается витаминами, минеральными веществами. Ритм питания дробный, 4-6 раз в день.

Показания к назначению:

Хронический гломерулонефрит с резко и умеренно выраженным нарушением азотовыделительной функции почек и выраженной и умеренно выраженной азотемией. Цирроз печени с печеночной энцефалопатией.

Белки – 20-60 г (в том числе животные – 15-30 г).

Жиры – 80-90 г (в том числе растительные – 20-30 г).

Углеводы – 350-400 г, в том числе моно- и дисахариды (50-100 г).

Энергетическая ценность – 2120–2650 ккал.

Витамин С – 70 мг.

Близкий аналог номерной системы – диеты 5, 7 г.

По показаниям лечащего врача назначаются специальные фармакологические композиты и смеси.

Рацион с повышенным содержанием белка и повышенной калорийностью – Диета Т (Высокобелковая и высококалорийная)

Общая характеристика, кулинарная обработка.

Диета с повышенным содержанием белков, жиров и углеводов. Блюда готовят в отварном, тушеном, запеченном виде, на пару. Вторые мясные и рыбные блюда в отварном виде куском или рубленые. Допускается обжаривание рыбы и мяса после отваривания.

Температура пищи – от 15 до 60-65°С. Свободная жидкость – 1,5 л. Хлорид натрия – 15 г. Ритм питания дробный, 4-6 раз в день.

Показания к назначению:

Туберкулез легких. Ожоговая болезнь.

Белки – 110-130 г (в том числе животные – 70-80 г).

Жиры – 100-120 г (в том числе растительные – 20-30 г).

Углеводы – 400-450 г.

Энергетическая ценность – 3000-3400 ккал.

Витамин С – 70 мг.

Близкий аналог номерной системы – диета Т и пациенты с ожоговой болезнью при наличии медицинских показаний.

По показаниям лечащего врача назначаются специальные фармакологические композиты и смеси.

Для облегчения назначения диет пользуются таблицей перевода старых классификаций в стандартные диеты.

Таблица перевода стандартных диет

Стандартные диеты	Диеты по старым классификациям
Б	15
П	5
ПП	0
М	5; 7; 7 а, б; 10
Н	5;7г
Т	11

Приложение 15

Инструкция
по ведению преаналитического этапа лабораторных исследований

1. Область применения

Настоящая Инструкция устанавливает требования к условиям и процедурам ведения преаналитического этапа клинических лабораторных исследований с целью исключения или ограничения влияния эндогенных, экзогенных, ятрогенных и иных факторов, мешающих правильному отражению состояния внутренней среды обследуемых пациентов в результатах клинических лабораторных исследований.

Настоящая Инструкция предназначена для использования во всех подразделениях учреждения здравоохранения «Городская Н-ская больница», разработана на основании приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10.11.2015 г. № 1123 «О порядке организации преаналитического этапа лабораторных исследований».

2. Правила ведения преаналитического этапа клинических лабораторных исследований

2.1. Общие положения

Достоверность отражения в результатах лабораторных исследований состояния внутренней среды пациента, содержания искомых компонентов в биологическом материале в значительной степени зависит от условий, в которых пациент находился в период, предшествовавший взятию у него образца биоматериала, от условий и процедур взятия образца, а также от его первичной обработки и транспортирования в лабораторию. Это факторы преаналитического этапа клинического лабораторного исследования.

С целью исключения или ограничения влияния внелабораторных факторов преаналитического этапа на результаты лабораторных исследований настоящая Инструкция регламентирует:

а) условия периода, предшествующего взятию у пациента образца биологического материала;

б) условия и процедуры взятия образца биологического материала у пациента;

в) процедуры первичной обработки образца биологического материала;

г) условия хранения и транспортирования образцов биоматериалов в клинико-диагностические лаборатории.

Настоящие правила предназначены для обеспечения качества осуществления преаналитического этапа клинических лабораторных исследований, необходимого для получения результатов, достоверно

отражающих состояние внутренней среды обследуемых пациентов в момент обследования, путем:

- правильной подготовки пациентов к проведению лабораторных тестов;
- информирования пациентов о требуемых ограничениях в диете, физической активности, курении, о правилах сбора биологических материалов, которые обычно собирает сам пациент (моча);
- инструктирования персонала, участвующего во взятии образцов биологических материалов у пациентов, об особенностях процедур взятия различных видов этих материалов;
- рациональной организации процесса взятия образцов биоматериалов;
- полноценного обеспечения процедур взятия образцов биоматериалов необходимыми инструментами, посудой, средствами первичной обработки и транспортировки.

Принимая во внимание потенциальную опасность образцов биологического материала, получаемого от пациентов, персонал, выполняющий эти функции, должен быть информирован и обучен правилам безопасного взятия образцов и располагать средствами защиты (перчатки, устройства для безопасного сбора использованных игл и т.п.) в соответствии с требованиями нормативных документов Республики Беларусь.

Настоящие правила содержат общие положения, которые по отношению к отдельным биологическим материалам и отдельным изучаемым в них компонентам анализа, биологическим объектам могут требовать особых условий и процедур.

Наличие и исполнение персоналом правил ведения преаналитического этапа лабораторных исследований является одним из обязательных условий при сертификации процессов выполнения исследований в клинико-диагностической лаборатории.

2.2. Правила подготовки пациентов

При плановом обследовании пациента рекомендуется производить взятие крови:

- утром натощак (кровь для определения параметров липидного профиля (холестерин, ЛПВП, ЛПНП, триглицериды) следует сдавать строго после 12-часового голодания; для определения пролактина после сна должно пройти не менее 2 часов);
- до осуществления диагностических или терапевтических процедур;
- за 24 часа до исследования исключить прием алкоголя.

Следует **помнить,** что:

- утренний прием лекарств должен проводиться только после взятия крови;
- физическая и мышечная нагрузка, тренировки, упражнения должны быть исключены как минимум за 3 дня до взятия крови;
- психические нагрузки, стрессы значительно изменяют биохимические показатели, поэтому при взятии крови следует создать спокойную, доброжелательную обстановку.

2.3. Правила взятия, хранения и транспортировки крови

Взятие образца биологического материала или пробы – это процесс изъятия или образования проб, охарактеризованный процедурой их взятия, то есть оперативными требованиями и/или инструкциями для отбора.

Большая часть клинических лабораторных исследований проводится в образцах крови: венозной, артериальной или капиллярной. Венозная кровь - лучший материал для определения гематологических, биохимических, гормональных, серологических и иммунологических показателей.

При взятии образца крови *из венозного или артериального катетера*, через который проводилось вливание инфузионного раствора, необходимо:

1. Катетер следует *предварительно промыть* изотоническим солевым раствором в объеме, соответствующем объему катетера, отбросить первые 5 мл (миллилитров) взятой из катетера крови. Недостаточное промывание катетера может привести к загрязнению образца крови препаратами, вводившимися через катетер.

2. Из катетеров, обработанных *гепарином*, *нельзя брать образцы* крови для исследования *показателей системы гемостаза*.

С целью обеспечения стандартизации взятия венозной крови для лабораторных исследований требуется использование специальных одноразовых систем для сбора крови.

К применению разрешены два типа одноразовых систем:

1. Система шприц-пробирка, обеспечивающая как поршневой способ забора крови, так и вакуумный (например, система S-Monovette).

2. Вакуумные системы, обеспечивающие сбор крови вакуумным методом (например, системы Vacutainer или Vacute, их аналоги).

Каждая из приведенных одноразовых систем имеет несколько вариантов и учитывает:

- объем собираемого образца для исследования;
- использование тех или иных антикоагулянтов / прокоагулянтов;
- наличие цветовой кодировки одноразовых систем для быстрого определения назначения данной системы.

2.3.1. Взятие венозной крови

2.3.1.1. Выбрать пробирки по цвету крышек, приготовить иглу, держатель, спиртовые салфетки, пластырь. Осуществлять забор крови только с использованием стерильных одноразовых систем. Работать только в одноразовых перчатках.

2.3.1.2. Наложить жгут на 7-10 см выше места прокола, обработать место прокола.

2.3.1.3. Взять иглу и снять защитный колпачок с нее (если используется двусторонняя игла, снять защитный колпачок серого цвета) со стороны, закрытой резиновой мембраной.

2.3.1.4. Вставить иглу в иглодержатель и завинтить до упора.

2.3.1.5. Снять защитный колпачок зеленого (черного) цвета со второй стороны иглы и ввести иглу в вену. Черная точка на игле указывает место заточки иглы.

2.3.1.6. Вставить заранее приготовленную пробирку в иглодержатель до упора и удерживать ее, пока кровь не перестанет поступать в пробирку. При этом игла прокалывает резиновую мембрану и резиновую заглушку в крышке пробирки. Кровь проходит в пробирку, пока не компенсирует созданный в пробирке вакуум (если кровь не идет – это значит, что игла прошла вену насквозь или уперлась в стенку вены – в этом случае нужно немного вытянуть иглу (но не вынимать!), пока кровь не пойдет в пробирку). Для визуального контроля уровня заполнения на этикетке имеется метка черного цвета. Вакуумные пробирки при правильном взятии самопроизвольно заполняются до нужной метки.

2.3.1.7. Извлечь пробирку из держателя. Если это необходимо, в иглодержатель вставить ряд других пробирок для получения нужного объема крови для различных исследований. Повторно вводить иглу в вену для этого не нужно. Если необходимо взять кровь в несколько пробирок, повторить процедуры № 6-7. Строго соблюдать очередность взятия крови. Вынуть последнюю пробирку из иглодержателя. Снять жгут.

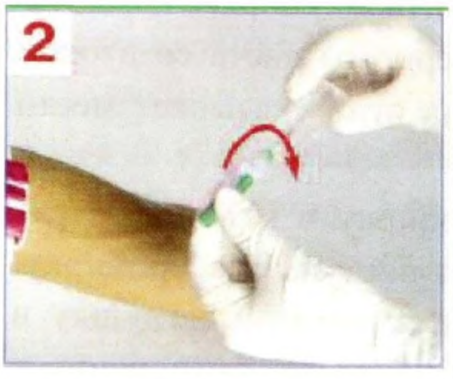
2.3.1.8. Наложить спиртовой шарик, извлечь иглу вместе с иглодержателем из вены и снять ее с иглодержателя.

2.3.1.9. Перемешать содержимое пробирки путем покачивания пробирки несколько раз (касается только голубых, фиолетовых и серых пробирок). **Не встряхивать пробирку: резкое смешивание может вызвать пенообразование и гемолиз!**

2.3.1.10. Поставить пробирку в штатив или перенести в холодильник (голубые и фиолетовые пробирки в холодильник не ставить, а хранить при комнатной температуре).

2.1.11. Вложить бланки в транспортную папку.

Процедура взятия венозной крови с помощью вакуумной системы (Vacuette) (рис. 3).

	Наложить жгут. Взять иглу левой рукой за цветной колпачок, правой рукой вывернуть и снять защитный колпачок.
	Ввернуть в иглодержатель освободившийся конец иглы в резиновом чехле и завинтить до упора.
	Снять цветной защитный колпачок и ввести иглу в вену.
	Взять иглодержатель левой рукой, а в правую руку взять пробирку и вставить ее крышкой в иглодержатель. Удерживая выступы держателя указательным и средним пальцами правой руки, большим пальцем надеть пробирку на иглу до упора. Ослабить жгут.

	После заполнения пробирки до необходимого объема извлечь ее из держателя.
	Аккуратно перемешать содержимое заполненной пробирки, переворачивая ее необходимое число раз. Если у пациента требуется взять несколько проб крови, вставить следующую пробирку в держатель и повторить все манипуляции, начиная с пункта № 4.

Рис.3. Процедура взятия венозной крови с помощью вакуумной системы (Vacuette)

Последовательность заполнения пробирок:

- Пробирка с красной крышкой или желтой крышкой.
- Пробирка с голубой крышкой.
- Пробирка с фиолетовой крышкой.
- Пробирка с серой или зеленой крышкой.

Важно! Строго соблюдайте правила хранения и транспортировки клинических проб.

2.3.2. Гематологические исследования

Пробирка с ЭДТА (фиолетовая крышка)

Сразу после взятия осторожно переверните пробирку 8-10 раз (воздушный пузырек должен переместиться из одного конца пробирки в другой). Не встряхивайте пробирки: резкое смешивание может вызвать пенообразование и гемолиз!

Хранение: при комнатной температуре.

Транспортировка: зимой в термоконтейнерах без хладагентов. Летом в термоконтейнере с 1 хладагентом.

2.3.3. Исследование гемостаза

Пробирка с цитратом (голубая крышка)

Сразу после взятия осторожно переверните пробирку 3-4 раза (воздушный пузырек должен переместиться из одного конца пробирки в

другой). Не встряхивайте пробирки: резкое смешивание может вызвать пенообразование и гемолиз!

Хранение: при комнатной температуре.

Транспортировка: зимой в термоконтейнерах без хладагентов. Летом в термоконтейнере с 1 хладагентом.

2.3.4. Биохимические исследования, исследования гормонов, онкомаркеров, маркеров остеопороза, воспаления (пробирка с зеленой крышкой)

Не встряхивайте пробирки: резкое смешивание может вызвать пенообразование и гемолиз!

Хранение: 30 мин. при комнатной температуре, затем поместить в холодильник при t° +4 +8 С.

Транспортировка: в вертикальном положении в термоконтейнерах при t° +4 +8 С.

2.3.5. Иммуногематологические (группа крови, резус-принадлежность, антиэритроцитарные антитела), аллергологические исследования, серологические маркеры инфекционных заболеваний (вирусные гепатиты, TORCH) (пробирка с красной крышкой)

Не встряхивайте пробирки: резкое смешивание может вызвать пенообразование и гемолиз!

Хранение: 30 мин. при комнатной температуре, затем поместить в холодильник при t° +4 +8 С.

Транспортировка: в вертикальном положении в термоконтейнерах при t° +4 +8 С (табл. 15.1).

Таблица 15.1

Цветовой код, область применения разных типов анализов

Цветовой код	Число перемешиваний	Тип анализа	Область применения	Химические наполнители
 красный	-	Биохимические, гормональные, серологические исследования	Исследования сыворотки в клинической химии, серологии, иммунологии	Активатор образованиясгустка крови
 голубой	3-4 раза	Коагулограмма, Д-димеры	Исследования системы гемостаза	Цитрат натрия

 фиолетовый	8-10 раз	Гематологические исследования (ОАК), гликозилированный гемоглобин, ПЦР, иммунный статус	Исследования цельной крови	ЭДТА

Важно! Все пробирки с фиолетовой, голубой, желтой крышками, а также мазки на стеклах (на флору, цитологию) с момента взятия до момента транспортировки хранятся при комнатной температуре. При хранении избегать воздействия солнечного света, источников тепла и холода.

Все пробирки с красной (коричневой) крышкой, а также пробирки для мазков ПЦР (типа «Эппендорф») с момента взятия до момента транспортировки хранятся при температуре 4-6 градусов в холодильнике.

Транспортировка всех пробирок осуществляется в термоконтейнерах. В зимнее время года без хладагентов, летом в термоконтейнерах с хладагентами.

2.4. Правила взятия, хранения и транспортировки материала для ПЦР

2.4.1. Кровь для ПЦР-диагностики. Пробирка с ЭДТА (фиолетовая крышка)

Сразу после взятия осторожно переверните пробирку 8-10 раз, чтобы кровь в пробирке тщательно перемешалась с антикоагулянтом (иначе кровь свернется, и выделение ДНК станет невозможным). После плавного перемешивания пробирку помещают в штатив.

Хранение: при комнатной температуре.

Транспортировка: зимой в термоконтейнерах без хладагентов. Летом в термоконтейнере с хладагентом.

2.4.2. Биоматериал (моча, мокрота, биоптаты, соскобы, отделяемое зева, носоглотки, миндалин, конъюктивы, грудное молоко) для ПЦР-диагностики

2.4.2.1. Соскоб эпителиальных клеток из урогенитального тракта женщины

Взятие материала. Соскобы производят из трех точек тремя разными зондами: цервикальный канал, задний свод влагалища, уретра - в одну пробирку, поочередно ополаскивая каждый зонд. При необходимости берут материал из эрозивно-язвенных поражений. Отделяемое забирают в небольшом количестве. Присутствие примесей (слизь, кровь, гной) недопустимо, т.к. приводит к деградации исследуемых микроорганизмов.

Важно! Никогда не смачивайте в пробирках типа «Эппендорф» зонды перед забором отделяемого, т.к. они заполнены или содержат транспортную среду (может вызвать зуд, раздражение, ожог)!

Цервикальный канал: удаляют слизь с поверхности шейки матки шпателем гинекологическим, либо зондом (после чего зонд, либо шпатель выбрасывают). Вводят зонд в цервикальный канал на 1-1,5 см и вращают его в течение 3-5 сек. Извлекают зонд, избегая касания стенок влагалища, и помещают его в стерильную одноразовую пробирку с транспортной средой. Погрузив рабочую часть зонда в транспортную среду, вращают зонд в течение 10-15 сек., избегая разбрызгивания раствора. Вынимают зонд из раствора, прижимая его к стенке пробирки. Отжав избыток жидкости, удаляют зонд и закрывают пробирку.

Задний свод влагалища: в случае избытка слизи и обильных выделений удаляют их шпателем гинекологическим, либо зондом, после чего их выбрасывают. Проводят зондом по поверхности слизистой в области заднего свода влагалища и экзоцервикса и переносят зонд в пробирку с транспортной средой. Погрузив рабочую часть зонда в транспортную среду, вращают зонд в течение 10-15 сек. избегая разбрызгивания раствора. Вынимают зонд из раствора, прижимая его к стенке пробирки. Отжав избыток жидкости, удаляют зонд и закрывают пробирку.

Уретра: перед взятием соскоба из уретры обрабатывают ее наружное отверстие сухим стерильным зондом. Вводят зонд в уретру на глубину 1-1,5 см и аккуратно, не поранив слизистую, несколькими вращательными движениями производят соскоб эпителиальных клеток. Переносят зонд в пробирку типа «Эппендорф» с транспортной средой. Погрузив рабочую часть зонда в транспортную среду, вращают зонд в течение 10-15 сек., избегая разбрызгивания раствора. Вынимают зонд из раствора, прижимая его к стенке пробирки. Отжав избыток жидкости, удаляют зонд и закрывают пробирку.

В процедурном кабинете должен быть запас стерильных зондов (либо тампонов) для удаления слизи. Шпатель гинекологический входит в гинекологический набор.

Хранение: при комнатной температуре – не более 6 часов, при t^{o} +2 +8°С не более 7 дней.

Транспортировка: в термоконтейнерах с охлаждающими элементами.

2.4.2.2. Моча

Взятие материала. После гигиены наружных половых органов для анализа отбирают всю порцию утренней мочи в специальный контейнер для

мочи. Мочу оставить на 1 час для оседания эпителиальных клеток. Через час, касаясь дна, отобрать мочу через переходник в пробирку с желтой крышкой.

Хранение: при комнатной температуре.

Транспортировка: зимой в термоконтейнерах без хладагентов, летом в термоконтейнере с 1 хладагентом.

2.4.2.3. Мокрота

Взятие материала осуществляют утром натощак до выполнения гигиенических процедур при глубоком откашливании в количестве не менее 0,5 мл в стерильный одноразовый флакон с широким горлом, завинчивающейся крышкой, объемом не менее 50 мл.

Хранение: не более 3 суток.

Транспортировка: в термоконтейнерах с охлаждающими элементами.

2.5. Правила сбора, хранения и транспортировки мочи

2.5.1. Методика сбора мочи и подготовка пациента для общего анализа мочи

Для сдачи общего анализа мочи необходимо после гигиены наружных половых органов собрать всю мочу в стерильную банку или контейнер. При менструации необходимо влагалище закрыть тампоном. После сбора по возможности быстро доставить мочу в лабораторию в контейнере, в который осуществлялся сбор, либо отстоять мочу в течение часа, после чего, касаясь дна, отобрать мочу через переходник в пробирку с желтой крышкой. На этикетке указать весь объем выделенной мочи.

Хранение: пробирки и контейнеры при комнатной температуре, избегать воздействия солнечного света, источников тепла и холода.

Транспортировка: зимой в термоконтейнерах без хладагентов, летом в термоконтейнере с 1 хладагентом.

2.5.2. Методика сбора мочи и подготовка пациента для анализа мочи по Нечипоренко

Для анализа по Нечипоренко мочу собирают утром, после сна (желательно, чтобы предыдущее мочеиспускание было не позднее 2 часов ночи). Перед сбором мочи проводят тщательный туалет наружных половых органов. Первая порция мочи – в унитаз, среднюю порцию собирают в стерильный контейнер для мочи. При менструации необходимо влагалище закрыть тампоном. Отстоять мочу 1 час, после чего, касаясь дна, отобрать мочу через переходник в пробирку с желтой крышкой.

Хранение: при комнатной температуре.

Транспортировка: зимой в термоконтейнерах без хладагентов, летом в термоконтейнере с 1 хладагентом.

2.5.3. Сбор суточной мочи

Пациент собирает мочу в течение 24 часов на обычном питьевом режиме. Моча собирается в чистый широкогорлый сосуд с плотно закрывающейся крышкой, емкостью не менее 2 литров. До начала сбора мочи емкость должна быть проградуирована. Утренняя моча выливается, затем вся моча за сутки собирается в одну емкость. Утренняя моча следующего дня тоже собирается в эту емкость. Измеряется и записывается весь объем мочи за сутки.

Важно! Указать точно объем мочи! Если по ошибке хотя бы одна из порций мочи не была собрана в контейнер, вся моча, собранная до этого должна быть вылита, и сбор мочи начинают снова.

- Измерить объем мочи.
- Мочу тщательно перемешать и отобрать через переходник в пробирку с желтой крышкой.
- Указать объем мочи и время, за которое она была собрана.

Для определения микроальбуминурии собирается только утренняя порция мочи или спонтанная моча.

Важно! Накануне и в день сбора мочи исключить диуретики (мочегонные всех видов).

Хранение: все время сбора суточной мочи контейнер должен храниться при комнатной температуре. Доставка в лабораторию сразу по окончании сбора.

2.5.4. Сбор мочи для биохимических исследований

Для биохимического исследования мочу собирают утром, после сна. Перед сбором мочи проводят тщательный туалет наружных половых органов. Первую порцию мочи выливают, всю мочу собирают в одноразовую емкость с крышкой.

Приложение 16

Перечень документов по работе главной (старшей) МС с наркотическими средствами и психотропными веществами

1. Закон Республики Беларусь от 13.07.2012 г. № 408-З «О наркотических средствах, психотропных веществах их прекурсорах и аналогах» (ст. 18).

2. Закон Республики Беларусь от 20 июля 2006 г. «О лекарственных средствах».

3. Декрет Президента Республики Беларусь от 19.08.2004 г. № 6 «О мерах по совершенствованию деятельности Департамента охраны МВД Республики Беларусь».

4. Постановление Министерства внутренних дел Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 4 апреля 2005 г. № 105/9 «Об утверждении инструкции о требованиях к технической укрепленности и оснащению техническими системами охраны помещений, предназначенных для хранения наркотических средств и психотропных веществ».

5. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 декабря 2006 г. № 115 «Об утверждении норм расхода этилового спирта и этилового ректификованного технического спирта организациями здравоохранения, иными организациями и индивидуальными предпринимателями, имеющими специальные разрешения (лицензии) на медицинскую, фармацевтическую деятельность, для использования на медицинские, фармацевтические цели» (в ред. постановления Министерства здравоохранения от 27 марта 2007 г. № 51).

6. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 декабря 2004 г. № 51 «Об утверждении инструкции о порядке приобретения, хранения, реализации и использования наркотических средств и психотропных веществ в медицинских целях (в ред. постановления Министерства здравоохранения от 07.12.2007 г. № 149).

7. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.05.2003 г. № 26 «Об утверждении Республиканского Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих государственному контролю в Республике Беларусь».

8. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 октября 2007 г. № 99 «Об утверждении инструкции о порядке выписки рецепта врача и о внесении изменений и дополнений в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 декабря 2006 г. № 120 (в ред. постановлений Министерства здравоохранения от 31.10.2008 г. № 181, от 09.09.2014 г. № 66, от 16.01.2016 г. № 1).

9. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31.07.2009 г. № 89 «О критериях отнесения комбинированных лекарственных средств, содержащих наркотические средства и психотропные вещества, к наркотическим средствам и психотропным веществам, подлежащим государственному контролю в Республике Беларусь и внесении изменений и дополнений в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.03.2003г. № 26».

10. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31.07.2009 г. № 89 «О критериях отнесения комбинированных лекарственных средств, содержащих наркотические средства и психотропные вещества, к наркотическим средствам и психотропным веществам, подлежащим государственному контролю в Республике Беларусь и внесении изменений и дополнений в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.03.2003 г. № 26».

11. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14.11.2011 г. № 113 «О внесении дополнений в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.05.2003 г. № 26».

12. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14.08.2000 г. № 35 «О контроле качества лекарственных средств, изготовляемых в аптеках».

Приложение 17

Должностные обязанности (старшей) МС

1. Для выполнения возложенных на нее функций МС (старшая) обязана:

1.1. Осуществлять непосредственное руководство работой среднего и младшего персонала по вопросам оказания медицинской помощи пациентам, соблюдения санитарно-противоэпидемического режима, правил и норм по охране труда и пожарной безопасности.

1.2. Ежегодно разрабатывать план работы МС (старшей), планы учебы медперсонала. Организовывать и проводить учебу (согласно плану) среднего и младшего персонала.

1.3. Присутствовать при передаче смены МС и осуществлять контроль выполнения врачебных назначений; ведением медицинской документации; правильностью приготовления и использования дезинфицирующих средств; рациональным использованием лекарственных и перевязочных средств; условий и сроков их хранения.

1.4. Организовывать, выполнять и контролировать вопросы профилактики ИСМП.

1.5. Осуществлять организацию обращения с медицинскими отходами, вести ежемесячный отчет и контролировать соблюдение санитарно-эпидемиологического законодательства.

1.6. Составлять графики работы среднего и младшего медицинского персонала, ежедневно вести табель учета рабочего времени сотрудников подразделения и своевременно представлять документы в установленном порядке в планово-экономический отдел и бухгалтерию.

1.7. Ежедневно контролировать учет прихода на работу и ухода с работы в соответствии с графиком работы персонала подразделения.

1.8. Информировать врача (заведующего) о невыходе на работу среднего и младшего медицинского персонала и о принятых мерах по обеспечению работы на их участке.

1.9. Составлять порционные требования на лечебное питание и подавать их в кабинет статистики.

1.10. Контролировать в отделении учет поступивших и выписанных пациентов.

1.11. Организовывать подготовку пациентов к переводу их в другие ОЗ.

1.12. Проводить ежедневные проверки по вопросам лечебного питания стационарных пациентов.

1.13. Осуществлять выдачу, учет, хранение и контроль использования согласно накладным этилового спирта, лекарственных и перевязочных средств, ИМН.

1.14. Ежемесячно подавать отчеты в бухгалтерию о движении лекарственных, перевязочных, средств и ИМН, одноразового мягкого инвентаря, моющих средств.

1.15. Организовывать и обеспечивать правильное использование медицинского оборудования в отделении, своевременно подавать в установленном порядке заявки на техническое обслуживание. Ежегодно проводить сверку в бухгалтерии имеющегося в отделении дорогостоящего медицинского оборудования.

1.16. Ежегодно составлять план закупок на необходимые изделия медицинского назначения, перевязочного материала, лекарственных средств и др.

1.17. Содержать оборудование, инструменты, компьютерную технику и др. в исправном состоянии, поддерживать чистоту и порядок на рабочем месте.

1.18. Осуществлять контроль укомплектованности наборов по синдромной терапии и принимать меры по своевременному их пополнению.

1.19. Контролировать исполнение требований на получение в отделении анестезиологии и реанимации (хирургических) препаратов крови, кровезаменителей; доставку в отделение, учет в установленном порядке; своевременным представлением в отделение анестезиологии и реанимации учетно-отчетных данных об использовании в отчитывающемся отделении препаратов крови и кровезаменителей.

1.20. Совместно с врачом (заведующим) проводить производственные совещания по решению производственных вопросов, своевременно доводить до сведения работников приказы и распоряжения вышестоящих органов, руководства ОЗ.

1.21. Принимать участие в совещаниях, проводимых главной МС АПО, БО, работе Совета сестер.

1.22. Принимать участие в административных обходах, проводимых врачом (заведующим) и оформлять результаты обхода.

1.23. Осуществлять формирование ЗОЖ (ФЗОЖ) среди пациентов.

1.24. Знакомить вновь принятый на работу средний и младший персонал отделения с должностными обязанностями и правилами внутреннего трудового распорядка ОЗ, проводить инструктаж по соблюдению санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима, профилактике ИСМП.

1.25. Осуществлять руководство стажировкой по охране труда на рабочем месте вновь принятого на работу среднего и младшего персонала.

1.26. Организовывать и обеспечивать условия для прохождения производственной практики учащимися медицинских колледжей, направленными в отделение.

1.27. Осуществлять учебу с резервом кадров на должность МС (старшей), с молодыми специалистами по наставничеству и участвовать в проведении профориентации.

1.28. Обеспечивать рабочие места методическими рекомендациями, инструкциями, справочной литературой, необходимыми для эффективной работы МС и младшего медицинского персонала подразделения ОЗ.

1.29. Оказывать помощь МС отделения по подготовке к прохождению аттестации на квалификационную категорию и соответствие занимаемой должности.

1.30. Повышать свою профессиональную квалификацию в установленном порядке и проходить аттестацию на соответствие занимаемой должности.

1.31. Организовывать прохождение средним и младшим медицинским персоналом профилактических медицинских осмотров, в соответствии с нормативными документами.

1.32. Проходить самой и обеспечивать в установленном порядке профилактический медицинский осмотр персонала, обучение, инструктаж и оценку знаний по вопросам выполнения требований нормативных документов в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

1.33. Соблюдать антикоррупционное законодательство, представлять письменное обязательство в соответствии с Законом «О борьбе с коррупцией».

1.34. Не допускать действий, провоцирующих пациентов и их родственников на дачу подарков и других видов благодарности за исполнение своих служебных обязанностей, а также проводить профилактическую работу по предупреждению коррупционных действий в отделении.

1.35. Соблюдать медицинскую этику и деонтологию в отношениях с коллегами, пациентами и их родственниками, вести индивидуальную работу с МС и младшим медицинским персоналом.

1.36. Обеспечивать выполнение требований инструктивно – методической документации по профилактике суицидальных попыток среди пациентов, находящихся на лечении.

1.37. Соблюдать установленные нормативными правовыми актами и локальными нормативными актами требования в области системы управления охраной труда в ОЗ.

1.38. Неукоснительно исполнять положения Директив Президента Республики Беларусь.

Приложение 18
Приложение 5
к постановлению
Министерства
здравоохранения
Республики Беларусь
от 27.12.2006 г. № 120

Перечень лекарственных средств, наркотических средств, психотропных веществ и этилового спирта, подлежащих предметно-количественному учету

1. Наркотические средства и психотропные вещества, указанные в пунктах 29, 45, 64 и 77 Инструкции о порядке приобретения, хранения, реализации и использования наркотических средств и психотропных веществ в медицинских целях, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 декабря 2004 г. № 51 (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2005 г., № 110, 8/12854).

2. Комбинированные наркотические средства, содержащие кодеин с парацетамолом или декстропропоксифен с парацетамолом.

3. Психотропное вещество фенобарбитал в таблетках.

4. Комбинированные психотропные вещества:

солутан во флаконах;

эфедрин с дифенгидрамином в таблетках.

5. Лекарственные средства списка «А»:

указанные в перечне лекарственных средств списка «А», утвержденном постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24 июня 2005 г. № 16 «Об утверждении перечня лекарственных средств списка «А» и Правил хранения лекарственных средств списка «А» (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2005 г., № 111, 8/12865);

тригексифенидил в таблетках.

6. Этиловый спирт.

7. Лекарственные средства, не указанные в пункте 1 настоящего перечня, независимо от их стоимости.

Подлежат предметно-количественному учету в организациях здравоохранения, финансируемых из бюджета, и в других организациях здравоохранения по решению их руководителей каждым материально ответственным лицом.

Приложение 19
Приложение 2
к постановлению
Министерства
здравоохранения
Республики Беларусь
от 27.12.2006 г. № 120

Наименование _____
(аптека)

Журнал учета неправильно выписанных рецептов врача

№ п/п	Дата выписки рецепта врача	Наименование организации здравоохранения или индивидуального предпринимателя	Фамилия, имя, отчество врача, неправильно выписавшего рецепт врача	Названия выписанных лекарственных средств	Описание нарушения	Принятые меры	Фамилия имя, отчество фармацевтического работника аптеки
1	2	3	4	5	6	7	8

Приложение 20

Приложение 3
к постановлению
Министерства
здравоохранения
Республики Беларусь
от 27.12.2006 г. № 120

Наименование _____
(аптека)

Журнал регистрации рецептов врача, находящихся на отсроченном обслуживании

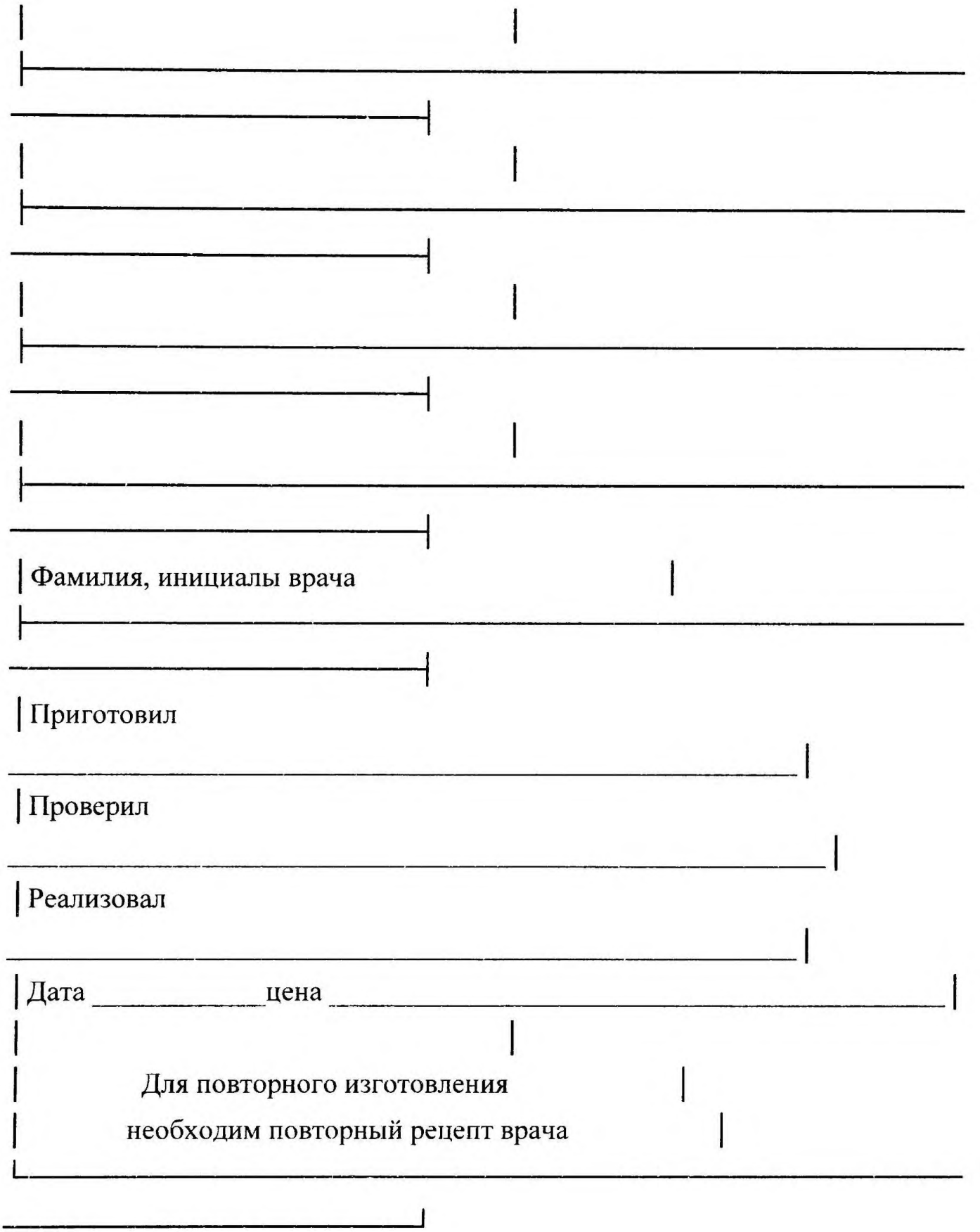
№ п/п	Дата регистрации рецепта врача	Название лекарственного средства или психотропного вещества, дозировка, количество	Номер рецепта врача и дата его выписки	Фамилия, имя, отчество больного	Адрес, домашний телефон	Дата реализации по рецепту врача
1	2	3	4	5	6	7

Приложение 21

Приложение 4
к постановлению
Министерства
здравоохранения
Республики Беларусь
от 27.12.2006 г. № 120

ОБРАЗЕЦ СИГНАТУРЫ

СИГНАТУРА <*>
Аптека № _____ Рецепт врача № _____
Фамилия, инициалы, возраст больного
Rp:



*> Размер сигнатуры 80 x 148 мм.

Приложение 22
Приложение 5
к Инструкции о порядке
выписки рецепта врача

Перечень
лекарственных средств, обладающих анаболической активностью
(в ред. постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 09.09.2014 г. № 66)

1. Кленбутерол
2. Нандролон
3. Тестостерон
4. Соматропин
5. Хориогонадотропин альфа
6. Хорионический гонадотропин

Приложение 23

Приложение 6
к постановлению
Министерства
здравоохранения
Республики Беларусь
от 27.12.2006 г. № 120

Сроки хранения рецептов врача в аптеке

Название лекарственных средств, наркотических средств и психотропных веществ	Срок хранения рецептов врача
Наркотические средства, выписанные на бланке рецепта врача для выписки наркотических средств	3 года
Лекарственные средства, наркотические средства и психотропные вещества, выписанные на бланке рецепта врача для выписки лекарственных средств на льготных условиях, в том числе бесплатно	5 лет
Психотропные вещества, выписанные на бланке рецепта врача для выписки лекарственных средств и психотропных веществ	1 год
Лекарственные средства, подлежащие предметно-количественному учету в аптеке	1 год
Лекарственные средства, обладающие анаболической активностью	1 год
Лекарственные средства списка «А», не подлежащие предметно-количественному учету	1 месяц

Стероидные гормоны в ампулах	1 месяц
Готовые лекарственные средства, содержащие кодеин и декстропропоксифен и не подлежащие предметно-количественному учету (пенталгин, спазмовералгин и другие)	1 месяц
Этиловый спирт в чистом виде и в смеси с другими лекарственными средствами	1 месяц

Срок хранения рецептов врача устанавливается, не считая периода срока их действия.

Образцы бесплатных рецептов по выписке лекарственных веществ, НВ и ПВ представлены в Инструкции о порядке выписки рецепта врача из постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31.10.2007 г. № 99 (в ред. постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31.10.2008 г. № 181).

Приложение 24
Приложение 3
к Инструкции о порядке
выписки рецепта врача
(в ред. постановления
Министерства здравоохранения
от 09.09.2014 г. № 66)

Форма

Рецепт врача для выписки психотропных веществ и лекарственных средств, обладающих анаболической активностью, реализуемых в аптеке за полную стоимость

Министерство здравоохранения Республики Беларусь	Медицинская документация Форма 3 Утверждена Министерством здравоохранения Республики Беларусь
Штамп организации здравоохранения или печать индивидуального предпринимателя	Код организации здравоохранения или индивидуального предпринимателя
Серия _____ РЕЦЕПТ № _____ "__" _____ 20__ г. (дата выписки рецепта врача)	

Фамилия, инициалы пациента _____

Возраст _____

Место жительства (место пребывания)

пациента _____

Фамилия, инициалы врача _____

Rp:

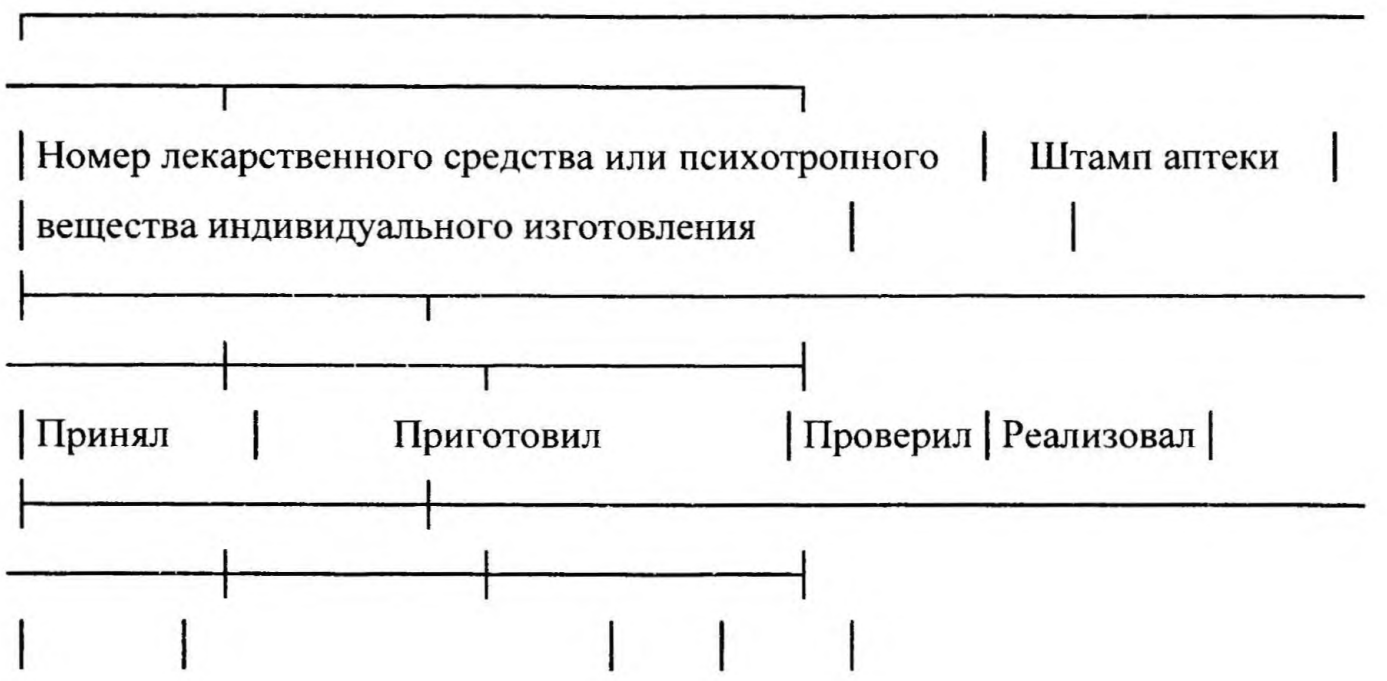
Подпись врача

Личная печать врача

Настоящий рецепт действителен в течение 30 дней

Оборотная сторона

Название лекарственного средства или психотропного вещества, его дозировка	Количество реализованных упаковок	Цена за упаковок рублей	Сумма, рублей	Номер аптеки, адрес, дата реализации и подпись фармацевтического работника



Главной (старшей) МС напоминаем общепринятые сокращения в рецептах и требованиях на латинском и русском языках (прил. 4 Инструкции). Также ей необходимо ориентироваться в препаратах с анаболическим действием (прил. 5 Инструкции), знать перечень лекарств, которые не разрешены к выписке в одном рецепте больше нормы единовременной реализации (прил. 6 Инструкции).

Приложение 25
Приложение 4-2
к Инструкции о порядке
выписки рецепта врача

Основные рецептурные сокращения на русском языке
(в ред. постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 09.09.2014 г. № 66)

№ п/п	Сокращенное наименование на русском языке	Полное наименование на русском языке
1	аэр.	аэрозоль для ингаляций
2	амп.	ампулы
3	бут.	бутылка
4	ж-ть	жидкость
5	к-ли	капли
6	к-ли глазн.	капли глазные
7	к-ли ушн.	капли ушные
8	капс.	капсулы
9	капс. ваг.	капсулы вагинальные
10	капс. к/р	капсулы кишечнорастворимые
11	капс. модиф.	капсулы с модифицированным высвобождением
12	капс. пролонг.	капсулы пролонгированные
13	крем	крем
14	лин-т	линимент (жидкая мазь)
15	мазь	мазь
16	масло	масло (жидкое)
17	микст.	микстура
18	н-ка	настойка
19	настой	настой
20	п-ки	пастилки

21	паст.	паста
22	пласт.	пластыри
23	пор.	порошок
24	пор. д/инг.	порошок для ингаляций
25	р-р	раствор
26	р-р спирт.	спиртовой раствор
27	салф.	салфетки
28	с-р	сбор
29	с-п	сироп
30	сусп.	суспензия
31	суппоз. вагин.	суппозитории вагинальные
32	суппоз. ректал.	суппозитории ректальные
33	таб.	таблетки
34	таб. ваг.	таблетки вагинальные
35	таб. жеват.	таблетки жевательные (для разжевывания)
36	таб. модиф.	таблетки с модифицированным высвобождением
37	таб. раствор.	таблетки растворимые
38	таб. п/об. кишечн.	таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой
39	таб. подъяз.	таблетки подъязычные (сублингвальные)
40	таб. пролонг.	таблетки пролонгированные
41	таб. шипуч.	таблетки шипучие
42	ТТС	трансдермальная терапевтическая система
43	упак.	упаковка
44	флак.	флакон
45	эмул.	эмульсия

Приложение 26
Приложение 4
к Инструкции о порядке
выписки рецепта врача

Основные рецептурные сокращения на латинском языке
(в ред. постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 09.09.2014 г. № 66)

№ п/п	Сокращенное наименование на латинском языке	Полное наименование на латинском языке	Перевод наименования с латинского языка на русский язык
1	Aa	ana	по, поровну
2	ac., acid.	acidum	кислота
3	aer.	aerozola (aerozolum)	аэрозоль
4	amp.	ampulla	ампула
5	aq.	aqua	вода
6	aq. purif.	aqua purificata	вода очищенная
7	but.	butyrum	масло (твердое)
8	caps.	capsulae	капсула
9	caps. gelat.	capsulae gelatinosae	желатиновая капсула
10	crem.	cremorum	крем
11	comp., cps., cp.	compositus (a, um)	сложный
12	cort.	cortex	кора
13	D.	Da. Detur. Dentur	Выдай. Пусть будет выдано. Пусть будут выданы
14	D. S.	Da, Signa; Detur, Signetur	Выдай, обозначь Пусть будет выдано, обозначено. Выдать, обозначить
15	D. t. d.	Da (Dentur) tales doses	Выдай (выдать) такие дозы
16	dil.	dilutus	разведенный
17	div. in. p. aeq.	divide in partes aequales	раздели на равные части
18	emuls.	emulsum	эмульсия

19	empl.	emplastrum	пластырь
20	extr.	extractum	экстракт, вытяжка
21	flac.	flacon	флакон
22	fl.	flos	цветок
23	fol.	folium	лист
24	fruct.	fructus	плод
25	f.	fiat (fiant)	пусть образуется (образуются)
26	gel.	gelia (gelorum)	гель
27	gran.	granulum, orum	гранулы
28	gtt.	gutta, guttae	капля, капли
29	inf.	infusum	настой
30	in amp.	in ampullis	в ампулах
31	in tab.	in tab(u)lettis	в таблетках
32	lin.	linimentum	жидкая мазь
33	liq.	liquor	жидкость
34	lot.	lotions (lotionum)	лосьон
35	m. pil.	massa pilularum	пилюльная масса
36	m. ophthalm.	membranulae ophthalmicae	глазные пленки
37	M.	Misce. Miscentur	Смешай. Пусть будет смешано. Смешать
38	mixt.	mixtura	микстура
39	N.	numero	числом
40	ol.	oleum	масло (жидкое)
41	pil.	pilula	пилюля
42	p. aeq.	partes aequales	равные части
43	pulv.	pulvis	порошок

44	q. s.	quantum satis	сколько потребуется, сколько надо
45	r., rad.	radix	корень
46	Rp.	Recipe	Возьми
47	Rep.	Repete, Repetatur	Повтори, пусть будет повторено
48	rhiz.	rhizoma	корневище
49	S.	Signa. Signetur	Обозначь. Пусть будет обозначено
50	sem.	semen	семя
51	simpl.	simplex	простой
52	sir.	sirupus	сироп
53	spec.	species	сбор
54	spir.	spiritus	спирт
55	Steril.	Sterilisa. Sterilisetur; Sterilis	Простерилизуй. Пусть будет простерилизовано; стерильный
56	sol.	solutio	раствор
57	supp.	suppositorium	свеча
58	susp.	suspensio	суспензия, взвесь
59	tab.	tab(u)letta	таблетка
60	t-ra, tinct., tct.	tinctura	настойка
61	STT	Systemae Therapeuticum Transdermale	трансдермальная терапевтическая система
62	ung.	unguentum	мазь
63	vitr.	vitrum	склянка
64	ppt., praec.	praecipitatus	осажденный
65	past.	pasta	паста

Приложение 27

Приложение 6
к Инструкции о порядке
выписки рецепта врача

Перечень лекарственных средств, наркотических средств и психотропных веществ, не разрешенных к выписке в одном рецепте врача больше норм единовременной реализации (в ред. постановления Минздрава здравоохранения Республики Беларусь от 09.09.2014 г. № 66)

№ п/п	Международное непатентованное наименование или торговое название лекарственного средства, наркотического средства и психотропного вещества	Предельно допустимая норма единовременной реализации (граммов, миллиграммов), количество (штук, флаконов, таблеток)
1	Лекарственные средства:	
1.1	Бензобарбитал	25 граммов
1.2	Дифенгидрамин раствор для инъекций 10 мг/мл в ампулах 1 мл	10 ампул
1.3	Дифенгидрамин таблетки 50 мг	20 таблеток
1.4	Комбинированные лекарственные средства, содержащие эфедрин и псевдоэфедрин, в виде сиропа или микстуры	2 флакона
1.5	Этанол, раствор для наружного применения 70-процентный во флаконах по 100 мл	2 флакона
2	Психотропные вещества:	
2.1	Алпразолам	45 миллиграммов
2.2	Буторфанол	72 миллиграмма
2.3	Диазепам	0,45 грамма
2.4	Диазепам/Циклобарбитал	0,3 грамма/3 грамма
2.5	Золпидем	0,6 грамма
2.6	Клонидин (Клофелин)	15 миллиграммов
2.7	Клоназепам	240 миллиграммов
2.8	Лоразепам	200 миллиграммов

2.9	Медазепам	1,5 грамма
2.10	Метилфенидат	1,7 грамма
2.11	Мидазолам	0,9 грамма
2.12	Нитразепам	0,6 грамма
2.13	Оксазепам	3 грамма
2.14	Псевдоэфедрин	3 грамма
2.15	Т-Федрин	60 таблеток
2.16	Темазепам	1 грамм
2.17	Теофедрин	30 таблеток
2.18	Тианептин (Коаксил)	2,3 грамма
2.19	Трамадол	5 граммов
2.20	Триазолам	15 миллиграммов
2.21	Феназепам	50 миллиграммов
2.22	Фенобарбитал	1,5 грамма
2.23	Хлордиазепоксид	1,5 грамма
2.24	Эфедрин	0,6 грамма
3	Наркотические средства:	
3.1	Бупренорфин	0,1 грамма
3.2	Декстропропоксифен	1,3 грамма
3.3	Гидроморфон в таблетках пролонгированного действия:	
3.3.1	8 мг	7 таблеток
3.3.2	16 мг	7 таблеток
3.3.3	32 мг	7 таблеток
3.3.4	64 мг	7 таблеток
3.4	Кодеин	1 грамм

3.5	Морфин	1 грамм
3.6	Морфин раствор для инъекций 10 мг/мл в ампулах 1 мл	10 ампул
3.7	Морфин в таблетках с продолжительностью действия не менее 12 часов:	
3.7.1	10 мг	10 таблеток
3.7.2	30 мг	10 таблеток
3.7.3	60 мг	10 таблеток
3.7.4	100 мг	10 таблеток
3.7.5	200 мг	10 таблеток
3.8	Тримеперидин (Промедол)	250 миллиграммов
3.9	Тримеперидин (Промедол) раствор для инъекций 20 мг/мл в ампулах 1 мл	10 ампул
3.10	Фентанил в виде трансдермальной терапевтической системы (далее - ТТС):	
3.10.1	12,5 мкг/час	5 ТТС
3.10.2	25 мкг/час	5 ТТС
3.10.3	50 мкг/час	5 ТТС
3.10.4	75 мкг/час	5 ТТС
3.10.5	100 мкг/час	5 ТТС
3.11	Фентанил, таблетки сублингвальные:	
3.11.1	100 мкг	10 таблеток
3.11.2	200 мкг	10 таблеток
3.11.3	300 мкг	10 таблеток
3.11.4	400 мкг	10 таблеток
3.11.5	600 мкг	10 таблеток
3.11.6	800 мкг	10 таблеток

Приложение 28

Приложение 7
к Инструкции о порядке
выписки рецепта врача

Нормы единовременной реализации этилового спирта для лекарственных средств, изготовленных в аптеке, или при его реализации в чистом виде

Способ применения этилового указанный в рецепте врача	Количество этилового спирта спирта, в граммах и миллилитрах, разрешенное к выписке в одном рецепте врача
Этиловый спирт для изготовления 100 граммов в расчете на лекарственных средств в аптеке в 96-процентный спирт этиловый смеси с другими лекарственными средствами	
Этиловый спирт в чистом виде с указанием в рецепте врача следующих способов применения:	
для наложения компрессов 100 миллилитров (этиловый спирт различной концентрации)	
для обработки кожи 100 миллилитров (70-процентный этиловый спирт)	

Приложение 29

Условия эффективной управленческой деятельности главной МС

- определение приоритетных целей и задач деятельности в организации здравоохранения, собственной работе и труде подчиненных;
- использование современных технологий управления;
- рациональное, информационно насыщенное и детально структурированное делопроизводство;
- профессиональное взаимодействие на всех этапах и уровнях оказания медицинской помощи, включая межведомственное и междисциплинарное.

Факторы эффективной управленческой деятельности главной МС

- умение устанавливать приоритеты;
- навык планирования наиболее важных производственных дела и выполнения их в первоочередном порядке;
- оперативное изменение плана сообразно обстоятельствам.

Критерии эффективности работы сестринского руководителя

1. **Показатели профессиональной деятельности:**

- уровень личного вклада в выполнение требований должности;
- способность к сотрудничеству с коллегами для общих целей;
- делегирование с целью максимального использования мотивирующих факторов и навыков сотрудника для получения им профессионального опыта;
- навык оценки выполнения порученного задания и позитивный отклик в конструктивной форме;
- содействие профессионально-личностному росту подчиненных, навык определить и использовать мотивацию конкретного сотрудника;
- умение и желание работать в условиях перемен;
- самостоятельность в решении нештатных вопросов;
- инициативность и способность к реализации своих идей;
- готовность нести ответственность за предложенные перемены;
- коммуникативная компетентность.

2. **Знания, умения и навыки:** аналитические качества, взгляд на ситуацию в целом; детальная проверка; качество выполнения рабочих задач и достижение поставленных целей.

3. **Личностные качества руководителя** (самостоятельность, обоснованная доминантность; настойчивость и целеустремленность; навык быстроты понимания сути проблемы; умение взаимодействия и координации

работы людей, подразделений, организаций, структур; навык контроля и способность держать в памяти детали, вовремя реагировать на отклонение; способность к быстрой реакции в нестандартной, напряженной, нештатной ситуации, смелость принятия ответственности на себя; любовь и интерес к работе при отличном знании дела, эффективное использование рабочего времени; поиск нового, расширение кругозора; отношение к критике адекватное, прислушивается к замечаниям; честность и порядочность в работе ко всем; наличие опыта и умение делиться им с коллегами).

Заключение о соответствии занимаемой должности (можно выдвинуть на новую должность, потенциал соответствует занимаемой должности, неэффективен в данной должности, лучше понизить или перевести на иное место работы, должен быть немедленно уволен).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Анваер, А.Н. Главная книга пациента / А.Н. Анваер. – Москва : Издательство АСТ, 2016. – 256 с.

2. Анализ медико-демографических показателей : учеб.-метод. пособие / М. В. Щавелева [и др.]. – Минск : БелМАПО, 2015. – 33 с.

3. Амосов, Н.М. Мое мировоззрение / Н.М. Амосов. – М. : ООО «Издательство АСТ»; Донецк : «Сталкер», 2003. – 109 с.

4. Белялов, Ф.И. Лечение болезней в условиях коморбидности / Ф.И. Белялов. – Изд. 10-е. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 544 с.

5. Биннер, Х. Управление организациями и производством: от функционального менеджмента к процессному: пер. с нем. / Х. Биннер. – М. : Альпина Паблишер, 2010. – 282 с.

6. Борисов, Ю.Ю. Алгоритмы выполнения сестринских манипуляций в терапии : учебное пособие для студентов, обучающихся по направлению подготовки 34.03.03 Сестринское дело / Ю.Ю. Борисов, О.Н. Мороз, И.В. Савощенко. – Краснодар : Цифровая типография «ЮгПринт» ИП Гусаков А.В., 2017. – 136 с.

7. Вальчук, Э.А. Сестринское дело в Беларуси: опыт прошлого, настоящее и шаг в будущее (библиографический справочник) : научно - метод. издание сотрудников БелМАПО / Э.А. Вальчук [и др.]. – Минск: БелМАПО, 2014. – 32 с.

8. Вальчук, Э.А. Государственные минимальные социальные стандарты в области здравоохранения: уч.- метод пособие / Э.А. Вальчук, А.П. Романова. – Минск : БелМАПО, 2013. – 39 с.

9. Вальчук, Э.А. Основы организационно-методической службы и статистического анализа в здравоохранении / Э.А. Вальчук, Н.И. Гулицкая, Ф.П. Царук. – Минск : Харвест, 2007. – 400 с.

10. Выговская, О.И. Алгоритмы ухода за больными : учебное пособие / О.И.Выговская. – М. : Издательство «Перо», 2016. – 28 с.

11. Герасименко, М.А. Система непрерывного медицинского образования в Республике Беларусь и за рубежом : учеб.-метод. пособие / М. А. Герасименко, Т.В. Калинина. – Минск : БелМАПО, 2015. – 37 с.

12. Гурылева, М.Э. Добровольное информированное согласие и его место в медицинской практике / М.Э. Гурылева // Главная медицинская сестра, 2011. – № 2. – С. 45–54.

13. Государственная программа развития цифровой экономики и информационного общества на 2016-2020 годы : постановление Совета Министров Республики Беларусь от 23.03.2016 г. № 235.

14. Здоровье 2020: основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здопровья и благополучия. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ,2012 (http://www.euro.who.int/_data/assets/plf_file/0003/171435/RC62wd09-Rus.pdf. по состоянию на 29 марта 2013 г.).

15. Здравоохранение в Республике Беларусь : офиц. стат. сб. за 2018 г. – Минск : ГУ РНМБ, 2018. – 300 с.

16. Здрок, О.Н. Медиация: пособие / О.Н. Здрок. – Минск : Четыре четверти, 2018. – 540 с.

17. Кечина, Е.А. Результаты дозорного эпидемиологического надзора по оценке ситуации по ВИЧ-инфекции среди групп населения с высоким риском инфицирования ВИЧ. – Минск, 2018. – 209 с.

18. Кралько, А.А. Медицинское право : учеб.-метод. пособие / А.А. Кралько. – Минск : БелМАПО, 2014. – 277 с.

19. Кралько А.А. Профилактика коррупционных правонарушений в здравоохранении / А.А. Кралько. – Минск : БелМАПО, 2017. – 68 с.

20. Лавриненко, В.Н. Психология и этика делового общения : учебное пособие для вузов. – М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2005. – 415 с.

21. Лычев, В.Г. Сестринский уход в терапии. Участие в лечебно-диагностическом процессе : учебник / В.Г. Лычев, В.К. Карманов. – М. : ГЭОТАР-Медиа,2019. – 544 с.

22. Матвейчик, Т.В. Профилактика социального сиротства в деятельности медицинской сестры и социального работника : учебно-методическое пособие / Т.В. Матвейчик. – Минск : БелМАПО, 2019. – 120 с.

23. Матвейчик, Т.В. Организационные, социальные, клинические аспекты ухода за детьми раннего возраста : учеб.-метод. пособие / Т.В. Матвейчик, Г.А. Шишко. – Минск : Ковчег, 2019. – 312 с.

24. Матвейчик, Т.В. Базовое и дополнительное образование медицинских сестер в Республике Беларусь: тенденции и перспективы : монография / Т.В. Матвейчик. – Минск : Ковчег, 2018. – 171 с.

25. Матвейчик, Т.В. Организация работы медицинской сестры и помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи при паллиативном уходе : учебное пособие / Т.В. Матвейчик, Ю.В. Вискуб, С.М. Русак. – Минск : Ковчег, 2018. – 288 с.

26. Матвейчик, Т.В. Идеи сестринского образования в трудах ученых XVI-XIX вв.: от Франциска Скорины до Флоренс Найтингейл // Сборник научных статей по итогам Национальной научно-практической конференции «Наука и практика в решении стратегических и тактических задач

устойчивого развития России» 30-31 января 2019 г. – СПб. : Изд-во «КультИнформПресс», 2019. – С. 46–49.

https://drive.google.com/open?id=1yoeFf4tM1UwlUdhYEeLIR0z1dPeH-KKd

27. Матвейчик, Т.В. Обучение медицинских сестер в Республике Беларусь и в странах европейского региона: сравнительный анализ // Вестник медицинского института им. Меграбяна. – Ереван : Изд-во Мекнарк, 2018. – Т. 8. – С. 67–73.

,https://drive.google.com/file/d/1-FSiHNxxa2rkWYWia5Z42HthXO1lbRz3/view

28. Матвейчик, Т.В. Глобальные вызовы хронических неинфекционных заболеваний: сестры на страже // Материалы VIII международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы медицины» и Второго Спутникового Форума по общественному здоровью и политике здравоохранения» 10-12.04.2018г. (Азербайджан, Баку). – С. 133.

https://drive.google.com/file/d/1ehfiK7PruoPUnDJXVCtuygDkJNVJKSTA/view

29. Матвейчик, Т.В. Технология медико-социального взаимодействия как инновационное направление работы помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи, медицинской сестры и социального работника : учеб.-метод. пособие для студентов / Т.В. Матвейчик [и др.]. – Минск : БелМАПО, 2017. – 295 с.

30. Матвейчик, Т.В. Основы работы главных медицинских сестер санаторно-курортных организаций: учебное пособие / Т.В. Матвейчик [и др.]. – Минск : БелМАПО, 2017. – 338 с.

31. Матвейчик, Т.В. Подготовка медицинских сестер в Республике Беларусь и за рубежом / Т.В.Матвейчик // Здравоохранение, 2017. – № 4. – С. 21–29.

32. Матвейчик, Т.В. Медицинская помощь и модели ее оказания медицинскими сестрами в современных условиях / Т.В.Матвейчик // Медицинские новости, 2017. – № 3. – С. 22–27.

33. Матвейчик, Т.В. Потребность в успехе как фактор снижения конфликтности медицинских сестер // «Роль первичной медицинской профилактики в укреплении общественного здоровья» : Материалы II Всероссийской научно-практической конференции, 26 мая 2017 г. / Т.В.Матвейчик, Д.А. Марченко-Тябут. – Новосибирск : Сибмедиздат, 2017. – С. 82–83.

34. Матвейчик, Т.В. Профилактическая работа помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи : учеб.-метод. пособие / Т.В. Матвейчик, Ю.В. Мещеряков. – Минск : БелМАПО, 2016. – 244 с.

35. Матвейчик, Т.В. Теория сестринского дела : учеб. пособие / Т.В. Матвейчик, Е.М. Тищенко. – Минск : Вышэйшая школа, 2016. – 366 с.

36. Матвейчик, Т.В. Из стажера – в мастера: технологии продажи медицинских услуг в организациях здравоохранения негосударственной формы собственности : учеб.-практ. пособие / Т.В. Матвейчик [и др.]. – Минск : БелМАПО, 2015. – 200 с.

37. Матвейчик, Т. В. Уровень трудовой мотивации и значение определения показателей организационных и коммуникативных навыков главных медицинских сестер в Беларуси / Т. В. Матвейчик // Научные и практические результаты в технических, общественных, естественных и гуманитарных науках. Перспективы их развития : сб. науч. ст. по итогам Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием, 22–23.01.2015. – СПб., 2015. – С. 108–111.

38. Матвейчик, Т.В. Сестринское дело в XXI веке: монография / Т.В. Матвейчик, Е.М. Тищенко, Э.В. Мезина. – Минск : БелМАПО, 2014. – 303 с.

39. Матвейчик, Т.В. Делопроизводство в работе медицинской сестры-организатора : справочное издание / Т.В. Матвейчик [и др.]. – изд. второе, перераб. и доп. – Минск : БелМАПО, 2014. – 179 с.

40. Матвейчик, Т.В. Содействие здоровому образу жизни : учебно-методическое пособие с грифом РИПО / Т.В. Матвейчик [и др.] ; науч. ред. Т.В. Матвейчик. – 2-е изд., испр. – Минск : РИПО, 2014. – 276 с.

41. Матвейчик, Т.В. О взаимодействии в профессиональном обучении медицинских сестер в системе основного и дополнительного образования взрослых // Матеріали навчально-наукової конференції з міждународною участю «Сучасні технології управління навчальним процессом в вищих медичних навчальних закладах» г. Полтава, Украина 13 марта 2014 г. – С. 142–144.

42. Матвейчик, Т. В. Сестринские ошибки как угроза безопасности пациенты / Т. В. Матвейчик // Мед. сестра, 2014. – № 8. – С. 45–50.

43. Матвейчик, Т.В. Модель организации труда помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи : монография / Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова ; Белорусская медицинская академия последипломного образования. – Минск : ГУО «БелМАПО», 2013. – 184 с.

44. Матвейчик, Т. В. Сестринский руководитель в системе первичной медицинской помощи: (для обучающихся на курсах «Организация здравоохранения», «Организация сестринского дела» медицинских вузов и колледжей) [Электронный ресурс] / Т.В. Матвейчик, А.П. Романова, Л.В. Шваб ; Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – Минск : РНМБ,

2012. – 88 с. – Режим доступа : http://med.by/content/ellibsci/BELMAPO/matvsest.pdf.

45. Матвейчик, Т. В. Организация сестринского дела : учеб. пособие для слушателей системы последиплом. мед. образования / Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова. – Минск : Выш. шк., 2006. – 301 с.

46. Матвейчик, Т.В. Организация сестринского дела в системе пенитенциарной медицины : учеб.-метод. пособие для организаторов обществ. здоровья и сестр. дела / Т. В. Матвейчик, В. И. Петров, А. А. Кралько. – Минск: БелМАПО, 2011. – 237 с.

47. Матвейчик, Т. В. Управление сестринским процессом в стационаре: монография /Т. В. Матвейчик, Э. Э. Вальчук ; Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – Минск, 2009. – 216 с.

48. Матвейчик, Т. В. Конфликты и способы преодоления (для организаций, в том числе сестринских коллективов) : учеб.-практ. пособие / Т. В. Матвейчик. – Минск: БелМАПО, 2005. – 88 с.

49. Матвейчик, Т. В. Практикум по преодолению конфликтов в сестринском коллективе : учеб.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик, О. Г. Емельянова. – Минск: БелМАПО, 2004. – 61 с.

50. Матвейчик Т.В. «Социально-педагогическое сопровождение профессионального самоопределения руководителя сестринского дела»: электронная книга (сборник учебно-практических пособий и монография). /Т.В. Матвейчик [и др.]; – Минск: БелМАПО, 2013.

51. Максвелл, Дж. Мотивация решает все / Дж. Максвелл. – Минск : Попурри, 2009. – 160 с.

52. Менделеев Д.И. Заветные мысли - М.: Голос-Пресс, 2009. – 384 с.

53. Мирский, М. Б. Сестринское дело в Белоруссии (1795-2006) / М. Б. Мирский, Е. М. Тищенко, Н. Е. Хильмончик. – Гродно : ГрГМУ, 2007. – 160 с.

54. Милькаманович В.К. Восстановление после травмы спинного мозга: практич. руководство /В.К. Милькаманович. – Минск: Амалфея, 2019. – 84 с.

55. Милькаманович В.К. Восстановление здоровья при заболеваниях крови и кроветворных органов: практич. руководство /В.К. Милькаманович. – Минск: Амалфея, 2019. – 84 с.

56. Милькаманович В.К. Восстановление здоровья при заболеваниях системы пищеварения: практич. руководство /В.К. Милькаманович. – Минск: Амалфея, 2019. – 76 с.

57. Островская И.В. Медицинские сестры и инновационные технологии в здравоохранении //Медицинская сестра. – 2019. – № 3. – С. 4-9.

58. Перфильева Г.М. Что же такое сестринское дело? / Г.М. Перфильева //Сестринское дело. – 1995. – №1. – С.4-5.

59. Перфильева Г.М., Киркеволд М. Вирджиния Хендерсон и ее теория сестринского дела / Г.М. Перфильева //Медицинская помощь. – 1998. – № 1. – С. 13-17.

60. Перфильева Г.М. Сотрудничество России с ВОЗ в области сестринского дела: новая европейская политика: «Здоровье-21» // Медицинская сестра. – 2000. – № 3. – С.43-46.

61. О концепции информационной безопасности Республики Беларусь» [Электронный ресурс]: постановление Совета Безопасности Респ. Беларусь от 18 марта 2019 г. №1 // Консультант Плюс:

62. Об утверждении Концепции развития электронного здравоохранения Республики Беларусь» [Электронный ресурс]: приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 20.03.2018 г., № 244 // Консультант Плюс:

63. О порядке оказания медицинской реабилитации в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях дневного пребывания, а также вне организаций здравоохранения [Электронный ресурс]: приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 10 дек. 2014 г. № 1300 // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 1992–2015.

64. Об утверждении Концепции реализации государственной политики формирования здорового образа жизни населения Республики Беларусь на период до 2020 года и отраслевого плана мероприятий по формированию здорового образа жизни, сохранению и укреплению здоровья населения Республики Беларусь на период до 2015 года [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 31 марта 2011г., № 335 // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 1992–2015.

65. Организация медико-социального ухода за пациентами на дому : рук. для специалистов, вовлеч. в ВИЧ-сервис и др. мед.-соц. деятельность : учеб. пособие / Т.В. Матвейчик [и др.]. – Минск: Адукацыя і выхаванне, 2011. – 368 с.

66. О правилах медицинской этики и деонтологии: постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 7 августа 2018 г. № 64.

67. Об утверждении положения о работе команды врача общей практики: приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16 ноября 2018 г. № 1185.

68. Об утверждении должностных инструкций: приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 22.08.2018 № 842.

69. Об утверждении Инструкции об объеме и порядке оказания медицинской помощи пациентам медицинскими работниками, имеющими среднее специальное медицинское образование: постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10.12.2014 № 91.

70. Об утверждении штатных нормативов медицинских работников амбулаторий общей практики и амбулаторий: приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 марта 2005 г. № 95 (ред. от 20.01.2018).

71. О некоторых вопросах выписки лекарственных средств, реализуемых из аптек по рецептам врача: приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 15 дек. 2014 г., № 1315.

72. Петровский, К. С. Гигиена питания / К. С. Петровский. – М.: Медицина, 1975. – 392 с.

73. Результаты исследований социальных и гуманитарных наук: междисциплинарный подход и синергетический эффект: монография /Бондаренко И.А, Воеводина С.С., Гетман Е.П. [и др.]; под ред. Бондаренко И.А., Подкопаева О.А. – Самара: ООО «Поволжская научная корпорация», 2018. – 316 с.

74. Ростовцев В.Н., Терехович Т.И. Две медицины //Медицина. – 2019. – №3 (106). – С.29-32.

75. О проведении обязательных и внеочередных медицинских осмотров работающих [Электронный ресурс]: постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь от 29 июля 2019 г. № 74 // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 1992–2019.

76. Об утверждении Инструкции об объеме и порядке оказания медицинской помощи пациентам медицинскими работниками, имеющими среднее специальное медицинское образовании [Электронный ресурс]: постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь от 10 дек. 2014 г. № 91 // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 1992–2019.

77. Об организации работы по формированию здорового образа жизни в системе здравоохранения Республики Беларусь [Электронный ресурс]: постановление Коллегии М-ва здравоохранения Республики Беларусь, 28 дек. 2011 г., № 21.4 // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000

[Электронный ресурс] /ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 1992–2019.

78. О порядке оказания медицинской реабилитации в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях дневного пребывания, а также вне организации здравоохранения [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 10 дек. 2014 г., № 1030 // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 1992–2015.

79. Организация работы главных медицинских сестер: инструкция: утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 5 апреля 2006 г. – Минск: БелООМС, 2006. – 48 с.

80. Сурмач, М. Ю. Менеджмент в здравоохранении : учеб. пособие для студентов фак. мед. сестер с высшим образованием / М. Ю. Сурмач, Е. М. Тищенко. – Гродно: ГрГМУ, 2007. – 284 с.

81. Управление персоналом организации: учебник / под ред. А. Я. Кибанова. – 4-е изд., доп. и перераб. – М.: ИНФРА-М, 2010. – 695 с.

82. Экономика здравоохранения : учеб. пособие / под ред. А. В. Решетникова. – 2-е изд. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 272 с.

83. Основы сестринской педагогики и повышения профессионального мастерства : учеб.-метод. пособие (для обучающихся в системе доп. образования взрослых (мед., соц., пед. работников) [Электронный ресурс] / Т. В. Матвейчик [и др.]. – Минск : БелМАПО, 2012. – 160 с. – Режим доступа: http://med.by/content/ellibsci/BELMAPO/matvosp.pdf. – Дата доступа: 01.03.2017.

84. Михалевич, П. Н. Алгоритмы работы регистратуры в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения (для медицинских сестер-регистраторов) : инструкция по применению : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 27.09.2010 / П. Н. Михалевич, Т. В. Матвейчик, А. А. Донисевич. – Минск, 2010. – 43 с.

85. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 05.07.2017 г. № 73 «Санитарные нормы и правила «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, оказывающим медицинскую помощь, в том числе к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний в организациях здравоохранения».

86. Индивидуальная форма повышения качества сестринских навыков: наставничество: инструкция по применению: утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 02.03.2006 / Т. В. Матвейчик [и др.] ; разраб. Белорус. мед. акад. последиплом. образования [и др.]. – Минск, 2006. – 30 с.

Учебное издание

Матвейчик Татьяна Владимировна

В ПОМОЩЬ ГЛАВНОЙ (СТАРШЕЙ) МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЕ

Учебно-методическое пособие

В авторской редакции

Подписано в печать 19.11.2019. Формат 60x84/16. Бумага «Discovery».
Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».
Печ. л. 12,69. Уч.- изд. л. 13,38. Тираж 100 экз. Заказ 19.
Издатель и полиграфическое исполнение –
государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования».
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя, распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя, распространителя печатных изданий № 3/1275 от 23.05.2016.
220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3, кор.3.

616336
618440

Учебно-методическое пособие «В помощь главной сестре» Матвейчик Т. В. содержит современные нормативные материалы по функциям управления, санитарно-эпидемиологическому режиму, преаналитическому этапу лабораторного обследования, психологии делового общения, учету наркотических лекарственных средств. Предназначено для системы дополнительного образования практикующим главным (старшим) медицинским сестрам, помощникам врача по амбулаторно-поликлинической помощи, для подготовки к экзамену на квалификационную категорию.



ISBN 978-985-584-408-3