

рабочего времени среднего и младшего персонала НПЦ «Фтизиатрия» в центральном операционном блоке применили комплексную систему уборки. Эта инновационная уборочная система специально разработана с учетом потребностей больницы. Многофункциональность рабочей станции позволяет избежать лишних непродуктивных действий в процессе уборки. Данная технология обеспечивает высокий уровень больничной гигиены, безопасность для медицинского персонала, эргономичность, минимальный расход труда и времени персонала, занятого уборкой, экономию ресурсов, экологическую безопасность.

В ходе применения новейшей комплексной системы уборки работа младшего и среднего персонала значительно сократилась. Так, например, при применении современных мопов для текущей уборки операционного зала используется один держатель с насадками, при использовании же методом «ведро-швабра» применяется 3 швабры различного назначения — для потолка, стен и полов. При этом значительно сократилось время уборки залов, выросла экономия воды и дезинфицирующих средств.

В таблице приведены в сравнении временные показатели и расход воды и дезинфицирующих средств

при работе методом «ведро-швабра» и с помощью уборочной системы.

Экономия рабочего времени при использовании уборочной системы

	«Ведро-швабра»	Уборочная система
Подготовка к уборке	10 мин	7 мин
Текущая уборка	90 мин	45 мин
Генеральная уборка	180 мин	90 мин
Расход воды на операционный зал	30 л	10 л (на 20 моп-насадок)
Расход дезинфицирующих средств на операционный зал	21 таблетка (для приготовления рабочего раствора 30 л)	7 таблеток

Выводы. Применяемая новейшая уборочная система показала себя как экономная с точки зрения расхода воды, дезинфицирующих средств, времени, обеспечила эффективное и рациональное использование человеческих ресурсов, увеличение производительности труда, что повлекло за собой заметное повышение качества уборки.

Организация клинично-экспертной работы в медицинских организациях фтизиатрической службы

Н.В. Кечаева, О.П. Соколова

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии

Введение. Федеральный закон «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации» регламентирует принцип «доступность и качество медицинской помощи» и описывает уровни контроля качества и безопасности медицинской деятельности: государственный, ведомственный и внутренний контроль. Контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется в том числе определением показателей качества деятельности медицинских организаций, контролем соблюдения объема, сроков и условий оказания медицинской помощи, созданием системы оценки деятельности медицинских работников, участвующих в оказании медицинских услуг, созданием информационных систем в сфере здравоохранения. При оказании медицинских услуг в сфере обязательного медицинского страхования (ОМС) контроль объемов, сроков, качества и условий

предоставления медицинской помощи осуществляется путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи в соответствии с утвержденным порядком (Приказ № 230 ФФ ОМС от 01.12.2010). Однако в настоящее время в большинстве регионов Российской Федерации противотуберкулезная помощь не входит в систему обязательного медицинского страхования. Это позволяет, используя опыт системы ОМС и учитывая особенности фтизиатрической службы, создать и апробировать систему контроля качества фтизиатрической помощи.

Обсуждение. Опыт Федерального фонда ОМС говорит об увеличении количества проводимых экспертиз, выявленных дефектов и объемов штрафных санкций на фоне увеличения расходов на здравоохранение. Н.М. Богушевич (2009) подчеркивает, что нель-

зя ожидать обеспечения надлежащего качества медицинской помощи (КМП) только в результате активных действий по результатам экспертиз. Организаторы здравоохранения в системе ОМС отмечают важность активного взаимодействия с территориальными фондами ОМС, органами управления и учреждениями здравоохранения. Комплексный подход особенно важен во фтизиатрии, где конечный результат может быть достигнут только взаимодействием всех уровней оказания медицинской помощи в регионе, а системный подход к проведению экспертиз может стать дополнительным инструментом в оценке ситуации и в учреждении, и в регионе.

В Санкт-Петербурге активно применяется автоматизированная технология экспертизы КМП (АТЭ КМП). Для комплексной оценки фтизиатрической службы важно создать единую базу АТЭ КМП для оценки амбулаторного и стационарного этапов помощи. Единая база АТЭ КМП обеспечивает проведение экспертиз, основанных на единых принципах и соглашениях, вытекающих из существующих стандартов и протоколов лечения. Это позволит получить унифицированные данные о КМП в организациях. Порядок внутреннего контроля качества и безопасности медицинской дея-

тельности медицинской организации фтизиатрического профиля, созданный в соответствии с действующими приказами, должен отражать систему трехуровневого внутреннего контроля и включать положение о контроле качества (на основании Постановления Правительства РФ № 1152 от 12.11.2012) и положение о врачебной комиссии (Приказ МЗ и СР № 502н от 05.05.2012). И.Б. Максимов с соавт. (2013) подчеркивают, что это «нижняя» планка, от которой необходимо отталкиваться. Система АТЭ КМП может не только встроиться в существующую систему внутреннего контроля медицинской организации, но и стать важным инструментом в управлении качеством противотуберкулезной службы в целом. Единые подходы к оценке КМП в регионе в целом позволят не только сопоставлять результаты отделений одной медицинской организации, но и оценить качество лечения на всех уровнях.

Выводы. Общие подходы к проведению экспертиз, оценка лечения, основанная на доказательствах, единый понятийный аппарат, применяемый в АТЭ КМП, — все это позволяет не просто проводить оценку, но и управлять качеством медицинской помощи как в конкретной организации, так и в регионе в целом.

Организация работы медицинской сестры кашлевого кабинета: практический опыт борьбы с туберкулезом в Самарской области

И.А. Ляпина

Тольяттинский противотуберкулезный диспансер

Введение. Важнейшую роль в оказании качественной медицинской помощи пациентам играет профессиональный уровень подготовки среднего медицинского персонала как противотуберкулезной службы, так и общей лечебной сети. Медицинская сестра для эффективного выявления туберкулеза должна собрать образцы биологического материала хорошего качества, провести процедуру сбора материала, используя современную медицинскую аппаратуру, соблюдая меры инфекционной безопасности как для себя, так и для пациента.

Цель. Совершенствование манипуляции по забору мокроты в кашлевых кабинетах медицинскими сестрами с применением современных сестринских технологий.

Для достижения данной цели были поставлены и выполнены **задачи**:

1) изучить готовность медицинских сестер к обучению: проведение опросов, анкетирования;

2) разработать и апробировать программу обучения медицинских сестер с применением в мастер-классах, учебных семинарах, практической работе в группах, с проведением ролевых игр с использованием информационного раздаточного материала.

В ГБУЗ СО «Тольяттинский противотуберкулезный диспансер» была разработана и апробирована программа обучения медицинских сестер по модели: «менеджер сестринского дела — медицинская сестра кашлевого кабинета — пациент». В основу модели было положено обучение медицинской сестры организационным вопросам работы кашлевого кабинета, соблюдению санитарно-противоэпидемических требований в режимном кабинете, сестринским технологиям сбора биологического материала, инфекционной безопасности при работе с микроорганизмами 3-й и 4-й групп патогенности, установлению доверительных отношений с пациентом. Обучение медицинских сестер