

**Первый опыт сертификации
интегрированной системы менеджмента
качества в многопрофильной медицинской
организации в Республике Башкортостан**

**Врач-терапевт отделения управления
качеством и безопасностью медицинской деятельности
ГАУЗ РБ ГКБ 18 г. Уфы,
к.м.н. Мухамедьянова А.Ш.**

- Городская клиническая больница № 18 г. Уфы в 2019 году прошла сертификацию на соответствие системы менеджмента качества стандарту ГОСТ Р ИСО 9001-2015 и Предложениям (практическим рекомендациям) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации с положительным заключением о выдаче сертификата
- Сертификацией были охвачены стационар и три поликлиники



В 2018 году администрацией больницы по собственной инициативе было принято решение о внедрении интегрированной системы менеджмента качества по требованиям стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2015 и системы добровольной сертификации «Качество и безопасность медицинской деятельности» по разделам поликлиника и стационар для улучшения качества работы и внутренних процессов

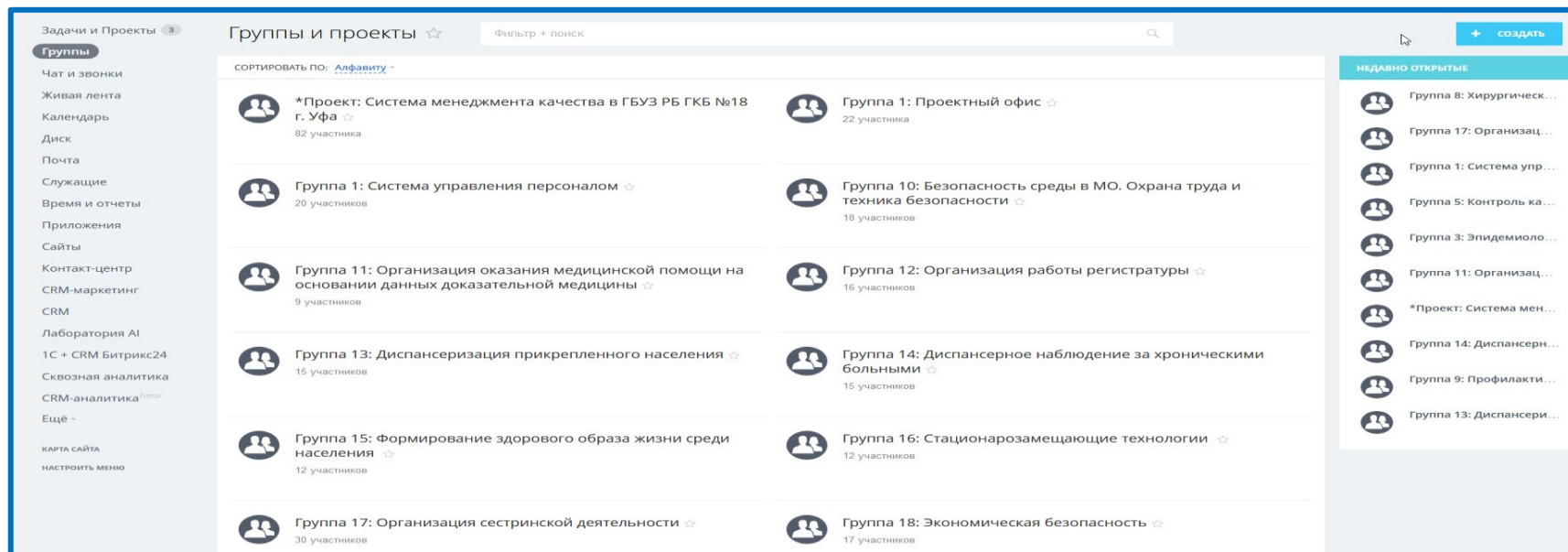
Этапы реализации проекта

- определение руководителя проекта, создание отдела качества, команды проекта и 19 рабочих групп;
- проведение самооценки по разделам требований Практических рекомендаций Росздравнадзора, стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2015 и анализ результатов;
- разработка и реализация плана мероприятий корректирующих действий,
- разработка документов, обучение персонала и внедрение процессов на местах;
- повторная самооценка по разделам требований Практических рекомендаций Росздравнадзора, стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2015 и анализ результатов;
- прохождение сертификационных аудитов на соответствие стандарту ГОСТ Р ИСО 9001-2015 и СДС «Качество и безопасность медицинской деятельности»;
- разработка плана корректирующих действий;
- разработка мероприятий непрерывного улучшения

Организация работы рабочих групп

- Деятельность 11 рабочих групп была направлена на реализацию требований общих разделов по стационару и поликлинике,
- 5 рабочих групп - разделов, касающихся организации работы регистратуры, дневного стационара, диспансеризации, диспансерного наблюдения, профилактической работы,
- а также были организованы рабочие группы по качеству и безопасности деятельности медицинской лаборатории, экономической и пищевой безопасности
- Одновременно внедрялись требования обоих нормативных документов

Для управления проектом, обмена документами и обсуждения процесса внедрения была успешно использована корпоративная информационная система к которой были подключены и внешние консультанты



The screenshot displays a web interface for a corporate information system. The main content area is titled "Группы и проекты" (Groups and projects) and features a search bar with the text "Фильтр + поиск". Below the search bar, there is a sorting option "СОРТИРОВАТЬ ПО: Алфавиту". The interface lists several project groups, each with a group icon, a title, and the number of participants:

- *Проект: Система менеджмента качества в ГБУЗ РБ ГКБ №18 г. Уфа (82 участника)
- Группа 1: Проектный офис (22 участника)
- Группа 1: Система управления персоналом (20 участников)
- Группа 10: Безопасность среды в МО. Охрана труда и техника безопасности (18 участников)
- Группа 11: Организация оказания медицинской помощи на основании данных доказательной медицины (9 участников)
- Группа 12: Организация работы регистратуры (16 участников)
- Группа 13: Диспансеризация прикрепленного населения (15 участников)
- Группа 14: Диспансерное наблюдение за хроническими больными (15 участников)
- Группа 15: Формирование здорового образа жизни среди населения (12 участников)
- Группа 16: Стационарозамещающие технологии (12 участников)
- Группа 17: Организация сестринской деятельности (30 участников)
- Группа 18: Экономическая безопасность (17 участников)


On the right side of the interface, there is a sidebar titled "НЕДАВНО ОТКРЫТЫЕ" (Recently opened) which lists several groups and projects, including "Группа 8: Хирургическ...", "Группа 17: Организац...", "Группа 1: Система упр...", "Группа 5: Контроль ка...", "Группа 3: Эпидемиоло...", "Группа 11: Организац...", "*Проект: Система мен...", "Группа 14: Диспансерн...", "Группа 9: Профилакти...", and "Группа 13: Диспансери...". At the top right of the main content area, there is a blue button labeled "+ создать" (Create).

Для управления документами с помощью инструментов ИТ была разработана форма реестра в формате Excel

1	A	B	C	D	E	F	G
2	Код документа	Название документа	Редакция	Дата выпуска	Адрес в системе электронного документооборота	Ссылка на приказ	Копия №
3	СОП-БС-001	Мероприятия по обращению с отходами I класса опасности "Лампы ртутные, ртутно-кварцевые, люминесцентные, утратившие потребительские свойства"	2	09.01.2019 г.	https://ugkb18.bitrix24.ru/~T3L1G	https://ugkb18.bitrix24.ru/~gE22Z	1
4	СОП-БС-002	Мероприятия по обращению с отходами I класса опасности "Отходы термометров ртутных"	2	09.01.2019 г.	https://ugkb18.bitrix24.ru/~nsyVm	https://ugkb18.bitrix24.ru/~gE22Z	1
5	СОП-БС-003	Методика расследования и учета микротравм, полученных работниками в процессе производственной деятельности	2	09.01.2019 г.	https://ugkb18.bitrix24.ru/~L MtxW	https://ugkb18.bitrix24.ru/~gE22Z	1
6	СОП-БС-004	Порядок действий при наступлении внештатной ситуации, представляющей экологическую угрозу	2	09.01.2019 г.	https://ugkb18.bitrix24.ru/~ZYfD2	https://ugkb18.bitrix24.ru/~gE22Z	1
7	СОП-БС-005	Управление технической документацией	2	09.01.2019 г.	https://ugkb18.bitrix24.ru/~t CIDF	https://ugkb18.bitrix24.ru/~gE22Z	1
8	СОП-ЭПБ-006	Гигиеническая обработка рук с мылом	2	09.01.2019 г.	https://ugkb18.bitrix24.ru/~U1msX	https://ugkb18.bitrix24.ru/~gE22Z	1
9	СОП-ЭПБ-007	Гигиеническая обработка рук кожным антисептиком	2	09.01.2019 г.	https://ugkb18.bitrix24.ru/~NTYHM	https://ugkb18.bitrix24.ru/~gE22Z	1
10	СОП-ЭПБ-008	Надевание стерильных перчаток	2	09.01.2019 г.	https://ugkb18.bitrix24.ru/~Nzx5N	https://ugkb18.bitrix24.ru/~gE22Z	1
11	СОП-ЭПБ-009	Надевание нестерильных перчаток	2	09.01.2019 г.	https://ugkb18.bitrix24.ru/~L cJld	https://ugkb18.bitrix24.ru/~gE22Z	1

Готово | списки, перечни, политика | Рабочие инструкции | Алгоритмы | СОПы | Чек-листы | Бланки | Приказы | Поликлиника

Разработано 922 документа (СОПы, рабочие инструкции, алгоритмы, чек-листы)

	ГАУЗ РБ ГКБ № 18 г. Уфы			РИ-УК-122
Работа команд по улучшению качества				
Страница 1 от 8	Редакция:	В силе от:	Утвердил	Копия номер
	1	18.02.2019 г.	Главный врач Иржапов Ж.А.	1

1. ПРЕДМЕТ ДОКУМЕНТА И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Данное руководство представляет собой рекомендации по организации работы команд по улучшению качества и безопасности деятельности медицинской организации. Рекомендации предназначены для руководителей структурных подразделений, руководителей рабочих групп и комиссий, а также команд, которые занимаются улучшением деятельности организации в целом, улучшением отдельных процессов или решением конкретных проблем медицинской организации.

2. СВЯЗЬ С ДРУГИМИ ДОКУМЕНТАМИ

- Процедура *Реализация корректирующих действий*
- Процедура *Анализ со стороны руководства*
- Процедура *Управление рисками*
- Сертификационные/аккредитационные стандарты

РИ-УК-122 Работа команд по улучшению качества_K1.pdf

Размер: 513.44 КБ
Изменен: 12.04.2019 11:48:17

СКАЧАТЬ

Поделиться ссылкой

<https://ugkb18.bitrb24.ru/~dln>

Управление персоналом. Медицинские кадры. Компетентность и компетенции.

Несоответствие:

отсутствие программ по снижению текучести кадров, наставничества, системы оценки персонала, регулярной оценки мнения персонала



Результат: внедрение программ по снижению текучести кадров, наставничества, системы оценки персонала, регулярной оценки мнения персонала и тестирования сотрудников по вопросу профессионального выгорания с помощью автоматизированных программ

Анкетирование персонала. Диагностика «Удовлетворенность»

Дата: 23.10.2019 14:44 Врч: Не определено

Уважаемый(ая) коллега!
Оцените, пожалуйста, насколько каждое утверждение в таблице анкеты верно для вас – по 10-балльной шкале.
Для этого выберите значение «Вопрос и ответ».

Данные:
1. Выберите пол: "мужской", "женский"
2. Выберите категорию сотрудника - руководитель структурного подразделения - врач - медицинская(ая) сестра(брат)
3. Введите в графу "Знач." значение балла насколько Вы оценили поставленный вопрос. Значение нужно вводить арабскими цифрами, например: 1, 2, 3, ..., 9, 10.

Вопросы и ответы	Рекомендации	Вопрос	Ответ	Знач.	Уст.
КАТЕГОРИЯ	Пол:		мужской		<input type="checkbox"/>
	Категория сотрудника:		женский		<input type="checkbox"/>
			руководитель структурного подразделения		<input type="checkbox"/>
			врач		<input type="checkbox"/>
			медицинская(ая) сестра(брат)		<input type="checkbox"/>
1. УСЛОВИЯ ТРУДА		1.1. В учреждении всегда чистота и порядок	Результат		<input type="checkbox"/>
		1.2. Мои рабочие места полностью оборудовано для выполнения моих должностных функций	Результат		<input type="checkbox"/>
		1.3. Условия труда на моем рабочем месте соответствуют установленным требованиям	Результат		<input type="checkbox"/>
2. ИНФОРМИРОВАНИЕ		2.1. Руководство учреждения всегда информирует меня о текущих делах учреждения и перспективных планах	Результат		<input type="checkbox"/>
		2.2. Я своевременно получаю информацию о целях, задачах учреждения, о проводимых в учреждении мероприятиях	Результат		<input type="checkbox"/>
		2.3. Мне всегда доступны все необходимые для работы документы, информация	Результат		<input type="checkbox"/>
3. СТРАТЕГИЯ, ПОЛИТИКА КОМПАНИИ		3.1. Я четко представляю себе миссию, цель и стратегию учреждения	Результат		<input type="checkbox"/>
		3.2. Я знаю задачи, стоящие передо мной и всего коллективом	Результат		<input type="checkbox"/>
		3.3. Я уверен, что в учреждении короче система управления	Результат		<input type="checkbox"/>
4. ВОВЛЕЧЕННОСТЬ И ИНИЦИАТИВНОСТЬ		4.1. Руководство учреждения умеет стимулировать и поддерживать инициативы сотрудников	Результат		<input type="checkbox"/>
		4.2. Моя работа дает мне ощущение самореализации	Результат		<input type="checkbox"/>
		4.3. Я свободно могу высказать (заявить) о своем несогласии и инициативах и знаю, как это сделать	Результат		<input type="checkbox"/>
5. ОПЛАТА ТРУДА		5.1. Оплата труда меня удовлетворяет полностью	Результат		<input type="checkbox"/>
		5.2. За труд и полученные достижения вознаграждение	Результат		<input type="checkbox"/>
		5.3. В случае повышения результатов своей работы я всегда могу рассчитывать на повышение уровня заработной платы	Результат		<input type="checkbox"/>
		6.1. Я лично вижу возможность систематически повышать свою квалификацию и профессиональное мастерство	Результат		<input type="checkbox"/>
6. КАРЬЕРА И ОБУЧЕНИЕ		6.2. В случае необходимости я всегда могу получить дополнительное обучение	Результат		<input type="checkbox"/>
		6.3. Я согласен с системой оценки персонала, действующей в учреждении, и доволен ее результатами	Результат		<input type="checkbox"/>
7. УПРАВЛЕНИЕ		7.1. Я уверен, что через год я буду работать в этом учреждении	Результат		<input type="checkbox"/>
Итого:					
Интервью не выполнено					

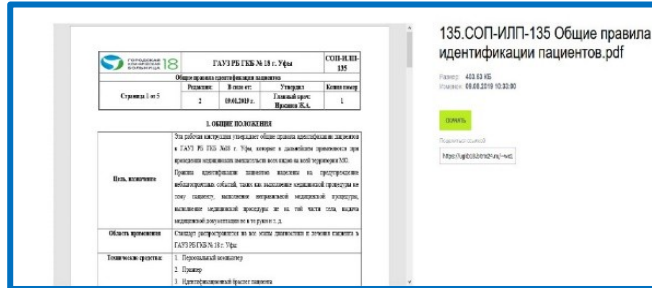
OK Отменить

Идентификация личности пациента

Несоответствие:
отсутствие системы
идентификации личности
пациента



Результат: идентификация пациента
в стационаре с помощью браслетов
с красными и желтыми клипсами,
на котором указано ФИО и отделение,
взятые в автоматическом режиме
из программы РМИАС,
что предотвращает ошибки
при переносе информации на браслет



Эпидемиологическая безопасность

Несоответствие:

несоблюдение правил гигиены рук персоналом, децентрализация ЦСО, отсутствие программы микробиологического мониторинга



Результат: выработка приверженности персонала к обработке рук, закупка дозаторов и таймеров, закупка оборудования для централизации ЦСО, приобретение программы WHONET для микробиологического мониторинга



Лекарственная безопасность. Фармаконадзор.

Несоответствие: отсутствие списка лекарственных препаратов, требующих особых условий хранения, списка созвучных наименований, для АБ профилактики использовался антибиотик цефалоспорин 3 поколения, не соблюдалось время и место его введения, не контролировался промежуток введения антибиотиков в отделении, отсутствие алгоритма вербального назначения лекарственных препаратов



Результат: разработка списка препаратов, требующих особых условий хранения, списка созвучных наименований ЛП, политики АБ профилактики: определены 3 группы препаратов, время и место введения; введение в программу временных промежутков назначения антибактериальных препаратов, внедрение алгоритма вербального назначения ЛП, соблюдение путей введения



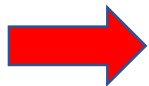
Проблема: по техническому обслуживанию оборудования пользовались услугами сторонних организаций



Результат: создан отдел технического обслуживания медицинского оборудования, который осуществляет полный цикл по обслуживанию, ремонту, вводу в эксплуатацию, обучению по использованию и диагностике

Организация экстренной и неотложной помощи . Организация работы приемного отделения.

Несоответствие: обучение персонала оказанию экстренной помощи на низком уровне, не соблюдаются принципы конфиденциальности, плановый и экстренный потоки не разделены, нет кабинета неотложной помощи в поликлинике



Результат: разработка документов, 100% обучение персонала, проведение аудитов, зонирование шторами в приемном отделении и в реанимациях, учитывая малые площади приемного отделения прием плановых пациентов только в определенное время, разделение потоков пациентов по степени тяжести на красный, желтый и зеленый потоки, запланирован ремонт приемного отделения, открыт кабинет неотложной помощи в поликлинике, закуплены автоматические дефибрилляторы

Преимственность медицинской помощи. Передача клинической ответственности за пациента.

Организация перевода пациентов в рамках одной МО и трансфер в другие МО

Несоответствие: отсутствие алгоритмов перевода внутри МО, в другую МО, передачи смены, контроля состояния автомобиля класса С, эффективной коммуникации с пациентами и персоналом



Результат: 100% обучение персонала, внедрение чек-листов передачи смены и СБОР в автоматическом режиме, ежедневное оформление чек-листа по контролю состояния автомобиля класса С для перевозки пациентов из РОЦ, разработка речевых модулей

С	Идентификация пациента	Имя	Фамилия
	Пол	Мужской	Женский
Б	Адрес	Адрес	Почтовый индекс
	Телефон	Телефон	Телефон
О	Общее состояние	Удовлетворительно	Ухудшено
	Степень информированности	Да	Нет
Н	Наблюдение за состоянием пациента	Да	Нет
	Уровень информированности пациента	Да	Нет
П	Степень информированности пациента	Да	Нет
	Уровень информированности персонала	Да	Нет

Хирургическая безопасность

Несоответствие:

не внедрены
хирургический чек-
лист, методика оценки
боли



Проблема: низкая
приверженность
персонала,
в основном врачей-
травматологов



Результат: внедрены и исполняются хирургический чек-лист,
методика оценки боли



Решение: приглашение
внешних консультантов
для разъяснительной
работы с персоналом,
еженедельные аудиты,
внедрение чек-листа
предоперационной
подготовки в отделении,
хирургического чек-
листа и чек-листа оценки
кровопотери
гравиметрическим
способом, алгоритма
и шкалы оценки боли
для врачей
и сестринского
персонала

До начала операции	До разреза кожи	До того, как начать операцию
<p>1. Проверены ли номера операционной маскировки и идентификации?</p> <p>2. Проверены ли паспортная информация, процедура и согласие (подпись родственной или в присутствии законного представителя)?</p> <p>3. Проверены ли часы операции?</p> <p>4. Проверены ли инструменты и оборудование (сроки для вентили)?</p> <p>5. Проверены ли инфузионные растворы?</p> <p>6. Проверены ли антибиотикопрофилактика?</p>	<p>1. Проверены ли инструменты, маркировка и стерильность?</p> <p>2. Проверены ли паспортная информация, процедура и согласие (подпись родственной или в присутствии законного представителя)?</p> <p>3. Проверены ли часы операции?</p> <p>4. Проверены ли инструменты и оборудование (сроки для вентили)?</p> <p>5. Проверены ли инфузионные растворы?</p> <p>6. Проверены ли антибиотикопрофилактика?</p>	<p>1. Проверены ли часы операции?</p> <p>2. Проверены ли паспортная информация, процедура и согласие (подпись родственной или в присутствии законного представителя)?</p> <p>3. Проверены ли часы операции?</p> <p>4. Проверены ли инструменты и оборудование (сроки для вентили)?</p> <p>5. Проверены ли инфузионные растворы?</p> <p>6. Проверены ли антибиотикопрофилактика?</p>

Операция	«Сухой вес» емкости материала (в граммах) (А)	Количество (X)	«Малый» вес в граммах общей (В)	Учитывая артериотерапия (В-АХС) > 1,3
I этап (выполнение доступа, подготовка и, основное, этапа операции):				
Соборка материала 17x8	маркировка			
Полная x10				
Шагм большой ручкой				
Далее перечисляется все остальные материалы/инструменты				
II этап (выполнение основного этапа операции):				
Соборка материала 17x8	маркировка			
Полная x10				
Шагм большой ручкой				
Далее перечисляется все остальные материалы/инструменты				
Соборка в электросетях, в ван (С)				
III этап (завершение операции, решение выполненных, улучшение результатов):				
Соборка материала 17x8 см				



Профилактика рисков, связанных с переливанием крови и ее компонентов, препаратов из крови

- Внедрено в работу службы крови Постановление Правительства РФ от 22.06.2019 г. № 797 «Об утверждении Правил заготовки, хранения, транспортировки и клинического использования донорской крови и ее компонентов...»
- Внедрен электронный документооборот по службе крови
- Внедрена автоматизированная информационная система «Модуль – Реципиент» (Центр крови ФМБА России), что дает возможность получать электронные накладные, формировать протоколы трансфузии
- В 100% случаев при проведении трансфузии эритроцитсодержащими компонентами проводится индивидуальный подбор реципиент-донор в круглосуточном режиме силами собственной лаборатории, тем самым минимизируются риски посттрансфузионных осложнений
- Благодаря систематическим аудитам по профилактике рисков, связанных с переливанием крови персоналом немедленно исправляются замечания

Безопасность среды в медицинской организации

Несоответствие: отсутствие кнопок вызова персонала, поручней в некоторых подразделениях, оконных блокираторов, нет идентификации потенциально опасных объектов (кислородная станция, канализационная, электрощитовая)



Результат: оснащение отделений кнопками вызова персонала, поручнями, оконными блокираторами, разработка перечня потенциально опасных объектов и плана мероприятий по предупреждению нежелательных событий

Наличие клинических рекомендаций, протоколов лечения в электронном виде на каждом рабочем столе

Проведение 3-х уровнев контроля качества в автоматическом режиме с формированием электронного журнала

Пациенты: Все НЕ Выписан Выписан Поступил Свой список

Загрузить: 00:00:43.5536867

Пациенты: с: 11.10.2019 по: 28.10.2019

Всего	100	И	Опл.	№ Карты	Дата поступл.	Дата выписки	ФИО	№ Пал.	Дата рожд.	П.	Текущ. отделение	Id
1	омс											
2	омс											
3	омс											
4	омс											
5	омс											
6	плт											
7	омс											
8	плт											
9	плт											
10	омс											
11	омс											
12	плт											
13	омс											
14	омс											
15	омс											
16	омс											
17	плт											
18	омс											
19	омс											
20	плт											
21	омс											
22	омс											
23	плт											
24	омс											
25	омс											
26	омс											
27	омс											

Выберите анкету для добавления

Категория	Объект анкетирования	Анкета	Активна	Id
Контроль качества	Страховой случай	Чек-лист контроля качества оказания медицинской помощи в стационаре	<input checked="" type="checkbox"/>	20

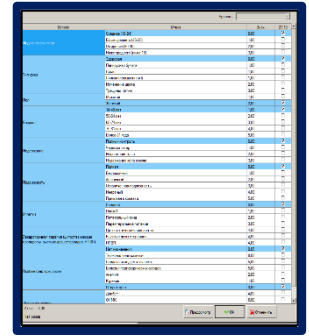
Вопрос	Ответ	Знач.	И
2.1 Своевременность оформления истории болезни	Своевременно, в соответствии с требованиями	1,00	<input type="checkbox"/>
	Своевременно, не в соответствии с требованиями	0,50	<input type="checkbox"/>
	Несвоевременно	0,00	<input type="checkbox"/>
2.2 Своевременность оформления информированного добровольного согласия, согласие на обработку персональных данных в истории болезни	Своевременно, в соответствии с требованиями	1,00	<input type="checkbox"/>
	Своевременно, не в соответствии с требованиями	0,50	<input type="checkbox"/>
	Отсутствует	0,00	<input type="checkbox"/>
2.3 Заполнение всех разделов медицинской карты стационарного больного	Своевременно, в соответствии с требованиями	1,00	<input type="checkbox"/>
	Своевременно, не в соответствии с требованиями	0,50	<input type="checkbox"/>
	Несвоевременно/отсутствует	0,00	<input type="checkbox"/>
2.4 Наличие первичного осмотра	Своевременно, в соответствии с требованиями	1,00	<input type="checkbox"/>
	Своевременно, не в соответствии с требованиями	0,50	<input type="checkbox"/>
	Несвоевременно/отсутствует	0,00	<input type="checkbox"/>
2.5 Оформление результатов первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания	Своевременно, в соответствии с требованиями	1,00	<input type="checkbox"/>
	Своевременно, не в соответствии с требованиями	0,50	<input type="checkbox"/>
	Несвоевременно/отсутствует	0,00	<input type="checkbox"/>
2.6 Установление предварительного диагноза временем приема в отделение, профильного отделения, дневного стационара или отделения ангиоэкологии и реанициации не позднее 2 часов	Своевременно, в соответствии с требованиями	1,00	<input type="checkbox"/>
	Своевременно, не в соответствии с требованиями	0,50	<input type="checkbox"/>
	Несвоевременно/отсутствует	0,00	<input type="checkbox"/>
2.7 Формирование плана обследования пациента при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза	Своевременно, в соответствии с требованиями	1,00	<input type="checkbox"/>
	Своевременно, не в соответствии с требованиями	0,50	<input type="checkbox"/>
	Несвоевременно/отсутствует	0,00	<input type="checkbox"/>
2.8 Указание в плане лечения метода (объема) хирургического вмешательства при наличии показаний	Выполнено, согласно требованиям/отсутствует необходимость	1,00	<input type="checkbox"/>
	Выполнено, не соответствует требованиям, что не повлияло на исход заболевания	0,50	<input type="checkbox"/>
	Выполнено, не соответствуют требованиям, что повлияло на исход заболевания	0,00	<input type="checkbox"/>
2.9 Установление и оформление обоснования клинического диагноза в течение 72 часов в плановом порядке и не позднее 24 часов в экстренном порядке, с внесением записи в историю болезни, подписанную лечащим врачом и заведующим профильным отделением	Своевременно, в соответствии с требованиями	1,00	<input type="checkbox"/>
	Своевременно, не в соответствии с требованиями	0,50	<input type="checkbox"/>
	Несвоевременно/отсутствует	0,00	<input type="checkbox"/>
2.10 Проведение консилиума с оформлением протокола и внесением в историю болезни	Своевременно/отсутствует необходимость в проведении	1,00	<input type="checkbox"/>
	Несвоевременно/отсутствует, без последствий для пациента	0,50	<input type="checkbox"/>
	Несвоевременно/отсутствует	0,00	<input type="checkbox"/>
2.11 Обеспечение кратности осмотров и качество записи лечащего врача	Своевременно, в соответствии с требованиями	1,00	<input type="checkbox"/>
	Своевременно, не в соответствии с требованиями	0,50	<input type="checkbox"/>
	Несвоевременно/отсутствует	0,00	<input type="checkbox"/>
2.12 Проведение осмотра заведующим профильным отделением в течение 48 часов (рабочие дни) с момента поступления пациента в профильное и реанимационное отделения, далее не реже 1 раза в неделю, с внесением записи в историю болезни	Своевременно, в соответствии с требованиями	1,00	<input type="checkbox"/>
	Своевременно, не в соответствии с требованиями	0,50	<input type="checkbox"/>
	Несвоевременно/отсутствует	0,00	<input type="checkbox"/>
2.13 Коррекция плана обследования и лечения с учетом изменений заболевания	Своевременно/отсутствует необходимость в проведении	1,00	<input type="checkbox"/>
	Несвоевременно/отсутствует, без последствий для пациента	0,50	<input type="checkbox"/>
	Несвоевременно/отсутствует	0,00	<input type="checkbox"/>

интерпретации нет

Сестринская безопасность



Несоответствие:
отсутствие системы профилактики падений
и профилактики пролежней, наблюдения пациентов
с целью выявления ухудшения состояния пациентов



Результат: в стационаре определение риска падения и возникновения пролежней с помощью шкал Морзе и Ватерлоу, при поступлении пациента использование браслета с желтой клипсой и отметки на двери палаты у пациентов с высоким риском падения, обучение персонала программе профилактики пролежней.

В поликлинике – определение зон и категорий пациентов с риском падения, за которыми ведет наблюдение администратор. Учет пациентов с риском возникновения пролежней на дому (1 группа инвалидности, лежащие пациенты) и разъяснительная работа по уходу с родственниками и ухаживающими.

Разработка расширенной шкалы для сестринского наблюдения за пациентами в раннем послеоперационном периоде, за пациентами, находящимися на лечении в паллиативном отделении, детьми в ожоговом отделении РОЦ

Организация работы регистратуры

Несоответствие:
отсутствие
эффективной
коммуникации
с пациентами,
неотрегулированный
поток пациентов



Решение: разработка
речевых модулей
и обучение персонала,
запланирован ремонт
регистратуры по типу
открытой, картирование
амбулаторных карт
по алфавиту, регулирование
поточности пациентов
администратором

Результат: проведено обучение персонала регистратуры речевым модулям, ремонт регистратуры, поиск амбулаторных карт стал более удобным, уменьшилось количество жалоб

Диспансеризация. Диспансерное наблюдение. Формирование здорового образа жизни. Работа дневного стационара.

- Приведены в порядок документы по диспансеризации и диспансерному наблюдению, работе дневного стационара.
- На базе поликлиники № 2 функционирует Центр здоровья.
- Проводятся регулярные школы здоровья, ведется профилактическая работа с заводским населением и прикрепленными поликлиниками



Разработан план внутренних аудитов, согласно которому команда в составе заведующего отделом качества, руководителей (лидеров) рабочих групп проводит аудиты в подразделениях больницы

После каждого проведенного аудита внутренними аудиторами оформляются утвержденные бланки наблюдений и отчетов, а также сводный отчет о несоответствиях, который доводится до сведения сотрудников

Обсуждение ключевых вопросов с руководством больницы проводится по мере возникновения проблем с оформлением протокола анализа со стороны руководства. На оперативных совещаниях руководящего состава обсуждается реализация стратегического плана и планы улучшения, общие цели и цели в области качества, проводится анализ внешних и внутренних причин

В ГАУЗ РБ ГКБ № 18 г. Уфы были внедрены:

- структура и процессы для управления качеством и безопасностью медицинской деятельности;
- система обеспечения прав пациентов;
- система внутреннего контроля качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности;
- процессный подход к управлению; система управления рисками, нацеленная на достижение Международных целей в области безопасности пациентов International Patient Safety Goals;
- система управления нежелательными событиями (включая систему фармаконадзора);
- система мониторинга качества и безопасности медицинской помощи, в т.ч. выполнения медицинских вмешательств (оказания медицинских услуг) на основе выбранных показателей;
- система мониторинга результативности медицинской помощи, включая мониторинг объективных и субъективных результатов оказания медицинской помощи (мнений пациентов об оказанной им медицинской помощи, т.е. «удовлетворённости»)

Безусловно проект сильно повлиял на организацию безопасности медицинской деятельности, отношение к пациентам, взаимоотношение с коллегами



ГОРОДСКАЯ
КЛИНИЧЕСКАЯ
БОЛЬНИЦА 18

