ОБЛАСТНАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №1

«Создание безопасных условий в перинатальном центре, при оказании медицинской помощи пациентам высокой группы риска»

Д.Г. Коренная
главная акушерка ОПЦ
г. Екатеринбург

Программа обеспечения безопасности пациентов 2004

World Health Organization

СЭР ЛИАМ ДОНАЛЬДСОН:

В БОЛЬНИЦЕ ПАЦИЕНТ ИМЕЕТ 10% ШАНСОВ СТАТЬ ЖЕРТВОЙ ВРАЧЕБНОЙ ОШИБКИ.

ОШИБКИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ ЗАНИМАЮТ ТРЕТЬЕ МЕСТО ПОСЛЕ НЕПРАВИЛЬНОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ И ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ.

ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ИЛИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВО ВРЕМЯ ПРОЦЕССА ЛЕЧЕНИЯ ИЛИ УМЕНЬШЕНИЕ УЩЕРБА В СЛУЧА ИХ НАСТУПЛЕНИЯ.

МАКСИМАЛЬНО ВОЗМОЖНОЕ СОТВЕТСТВИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ИСХОДОВ ОЖИДАНИЯМ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА ПРИ МИНИМАЛЬНОМ РИСКЕ ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЛЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ.

World Health Organization

Безопасность пациентов *является основополагающим принципом медицинской помощи. Каждому этапу в процессе оказания помощи свойственна какая-то определенная небезопасность.*

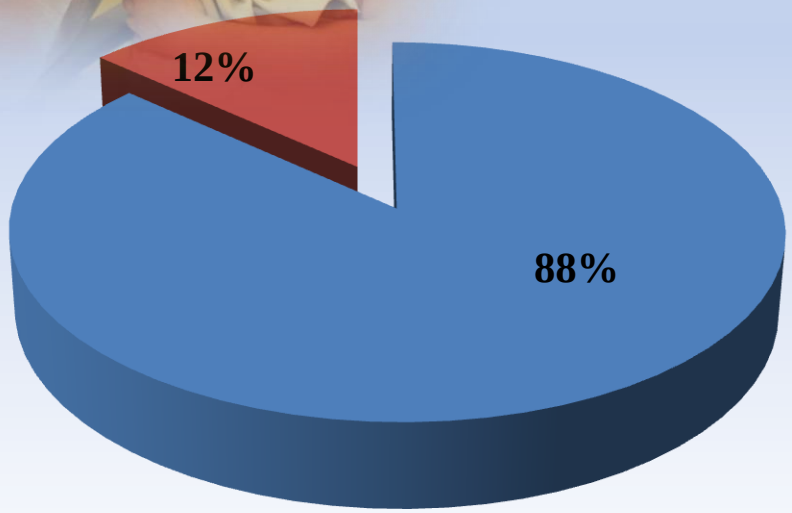
Безопасность пациента- ***комплексные мероприятия,*** *направленные на предотвращение нежелательных последствий, при оказании пациентам медицинской помощи, созданные с целью* ***улучшения результатов деятельности****, в том числе* ***инфекционный контроль****,* ***безопасное использование лекарственных средств, безопасность оборудования, безопасную клиническую практику и безопасные условия для оказания помощи.***

Безопасность пациента

Областной перинатальный центр в официальной статистике (форма № 32)

Показатели	2014	2015	2016
Принято родов	5369	5257	5464
Вне РО	6	3	6
ВИЧ	160 (2,98%)	112 (2,1%)	132 (2,9%)
Нормальные роды	284 (5,3%)	5,4%	665 (12,1%)
Многоплодные роды	127 (2,4%)	144 (2,7%)	152 (3,4%)
Из них: двоен	125	144	150
-троен	2	0	2
Несостоявшие под наблюдением ж/к	35 (0,65%)	17 (0,32%)	25(0,46%)
Преждевременные роды в сроке 22-28 нед.	103 (1,9%)	93 (1,77%)	80 (1,5%)
22-37 нед.	774 (14,4%)	826(15,7%)	787 (14,4%)
Роды в возрасте 15-17 лет	27(0,5%)	Исключены из ф.№ 32	

В нашем центре за прошедший 2016 год прошло 12 %. из 5464 родов, случившихся в 2016 году, 665(284-5,3% в 2015г.) были нормальными.



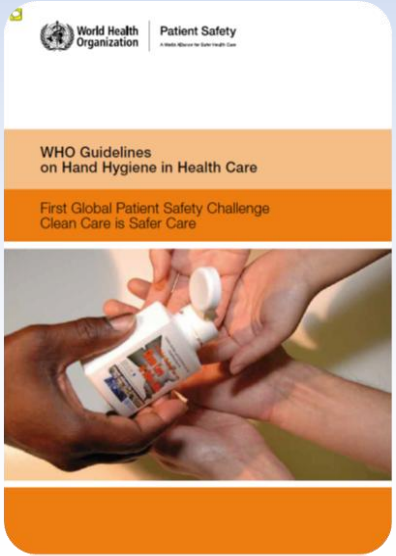
Эпидемиологическая безопасность медицинской помощи

- совокупность условий, при которых отсутствует недопустимый риск возникновения у пациентов и медицинского персонала заболевания ИСМП, состояния носительства, интоксикации, сенсибилизации организма, травм, вызванных микро- и макроорганизмами и продуктами их жизнедеятельности

- Профессиональная гигиена рук медицинского персонала
- Соблюдение семейно-ориентированных технологий
- Соблюдение протоколов, стандартов оказания медицинской помощи при выполнении манипуляций
- Профилактика профессионального заражения гемоконтактными инфекциями
- Сбор и утилизация медицинских отходов

CENTRO DE INFORMACIÓN
DE LAS NACIONES UNIDAS

«Чистота—залог безопасной медицинской помощи»
—это не выбор, а основное правило. Чистые руки защищают пациента от страданий и спасают жизни. Благодарим вас за участие в Задаче, тем самым вы содействуете безопасному уходу за пациентом»



Профессор Дидье Питте
Директор Программы инфекционного контроля
Университет Госпиталя Женевы, Факультет медицины, Швейцария.
Руководитель Первой глобальной задачи безопасности пациентов, Программа ВОЗ по безопасности пациентов

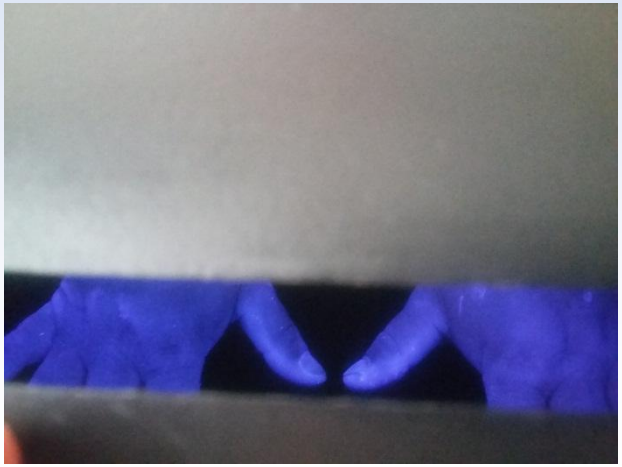
Политика профессиональной гигиены рук сотрудников

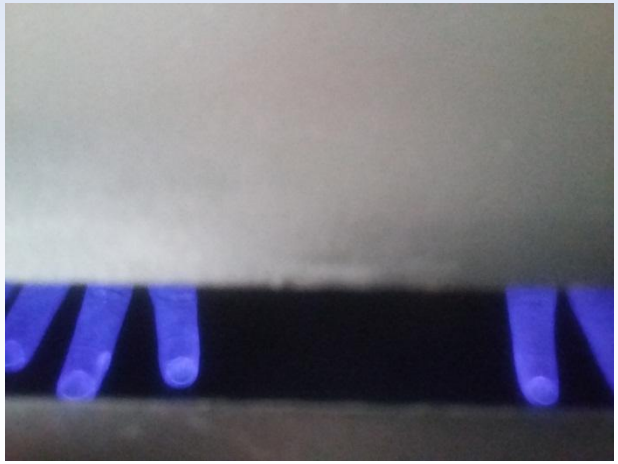
ОБЛАСТНАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №1

- Внедрен протокол «Профессиональной обработки рук» 2011г.
- Все эпидемиологически значимые помещения оборудованы дозаторами для мыла и кожного антисептика
- Регулярные занятия и зачеты в отделениях с персоналом.

- Палаты оборудованы информационными стендами, напоминающие сотрудникам о важности обработки рук.
- С пациентами проводятся беседы о значимости обработки рук.

Проведение тренингов в структурных подразделениях «Качество антисептической обработки рук», с использованием «черного ящика»



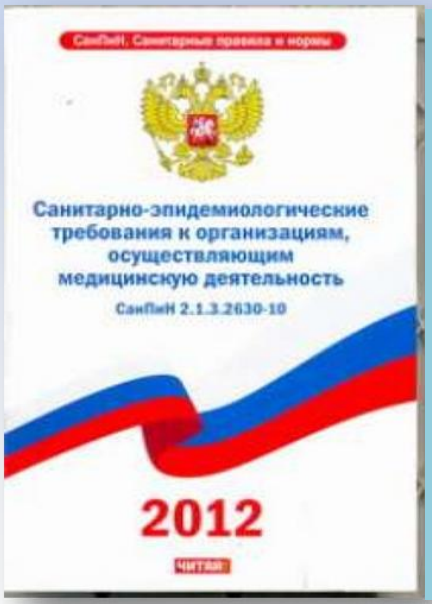


МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Методическое письмо Минздравсоцразвития России № 15-4/102-6796 от 13 июля 2011 г. «Об организации работы службы родовспоможения в условиях внедрения современных перинатальных технологий»

Подготовлено сотрудниками Департамента развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздравсоцразвития России В.И. Широковой, О.Ю. Филипповым, Ю.Е. Тереховой

Законодательная база



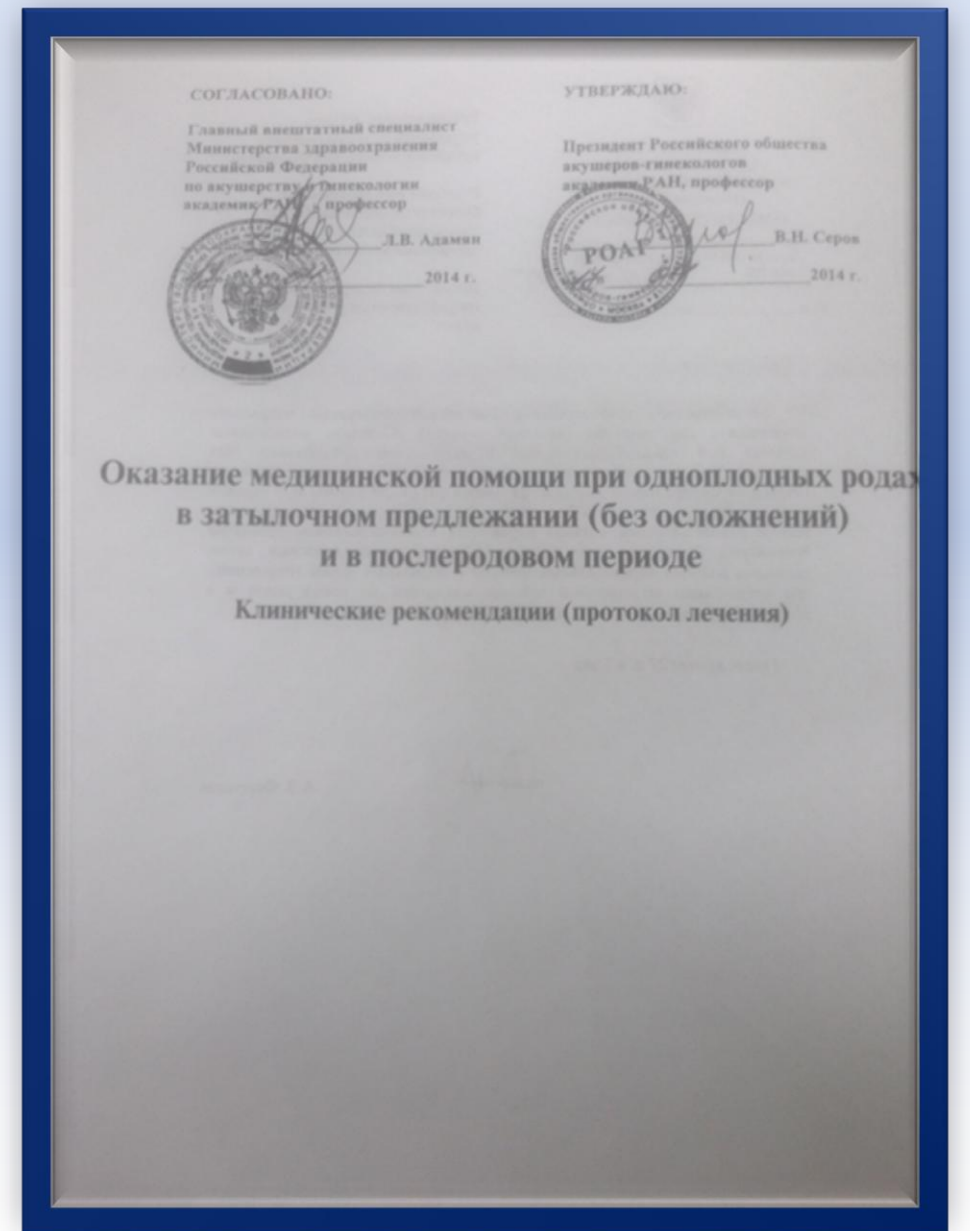
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

от 15 ноября 2012 г. N 921н

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ "НЕОНАТОЛОГИЯ"

Рождение ребенка.
Уход в родовом зале.



СОГЛАСОВАНО:

Главный внештатный специалист
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
по акушерству и гинекологии
академик РАН, профессор

Л.В. Адамян

2014 г.

УТВЕРЖДАЮ:

Президент Российского общества
акушеров-гинекологов
академик РАН, профессор

В.Н. Серов

2014 г.

Оказание медицинской помощи при одноплодных родах
в затылочном предлежании (без осложнений)
и в послеродовом периоде

Клинические рекомендации (протокол лечения)

С 2012 г в Областном перинатальном центре внедрены базовые протоколы по уходу за доношенным и недоношенным новорожденным в условиях родильного зала и операционной Приказ №329-п от 18.07.2012г

5 лет

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
«ОБЛАСТНАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 1»

г. Екатеринбург

ПРИКАЗ

от 18 07 2012 г. №329-П

«О внедрении протоколов гигиенического ухода за новорожденными и протокола действия медсестры по обучению матери принципам грудного вскармливания в отделениях больницы»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внедрить в работу Протоколы гигиенического ухода за новорожденными и Протокол действия медсестры по обучению матери принципам грудного вскармливания.

2. Заведующим и старшим медицинским сестрам отделений Областного перинатального центра ГБУЗ СО «ОДКБ №1»:
   2.1. Гигиенический уход за новорожденными проводить, согласно Протоколам.
   2.2. Проводить обучение матерей принципам грудного вскармливания, согласно Протоколу.
   2.3. Соблюдать все меры инфекционной безопасности при проведении гигиенического ухода за новорожденными.
   2.4. Контролировать правильность выполнения Протоколов.

3. Старшей медицинской сестре Проценко Т.М. – организовать обучение и обеспечить контроль выполнения технологий гигиенического ухода за новорожденными и обучение матерей принципам грудного вскармливания в отделениях Областного перинатального центра.

4. Врачу-эпидемиологу Большаковой А.Н. контролировать мероприятия инфекционной безопасности и санитарно-эпидемиологического режима в отделениях Областного перинатального центра.

5. Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.

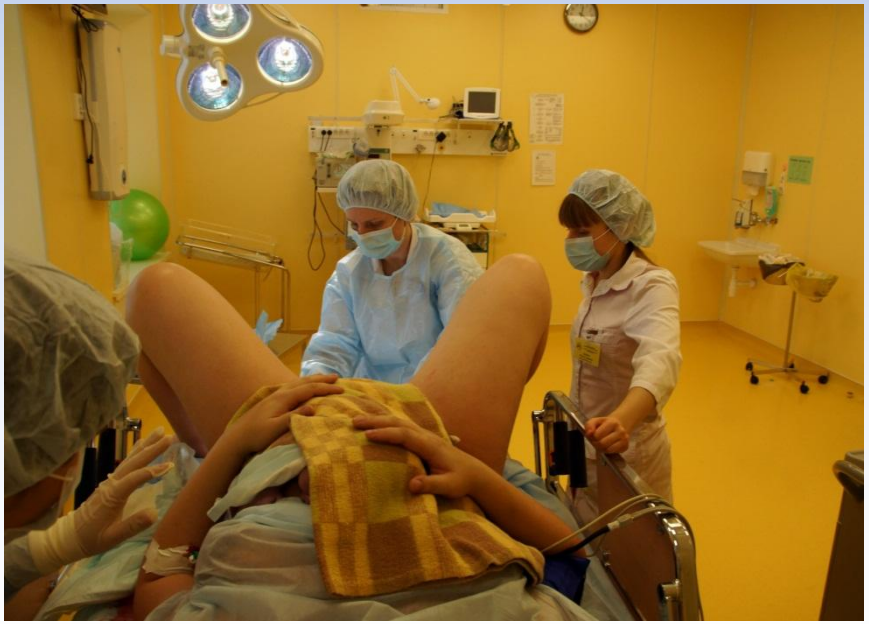
Главный врач ГБУЗ СО «ОДКБ №1», к.м.н. С.Н.Боярский

- **Протокол ухода за доношенным новорожденным без нарушения витальных функций в родовом отделении и операционном блоке.**
- **Протокол ухода за недоношенным новорожденным без нарушения витальных функций в родовом отделении и операционном блоке.**
- **Протокол гигиенического ухода за новорожденным в палатах МиД отделения новорожденных.**
- **Протокол гигиенического ухода за новорожденным в палатах ПИТ отделения новорожденных.**

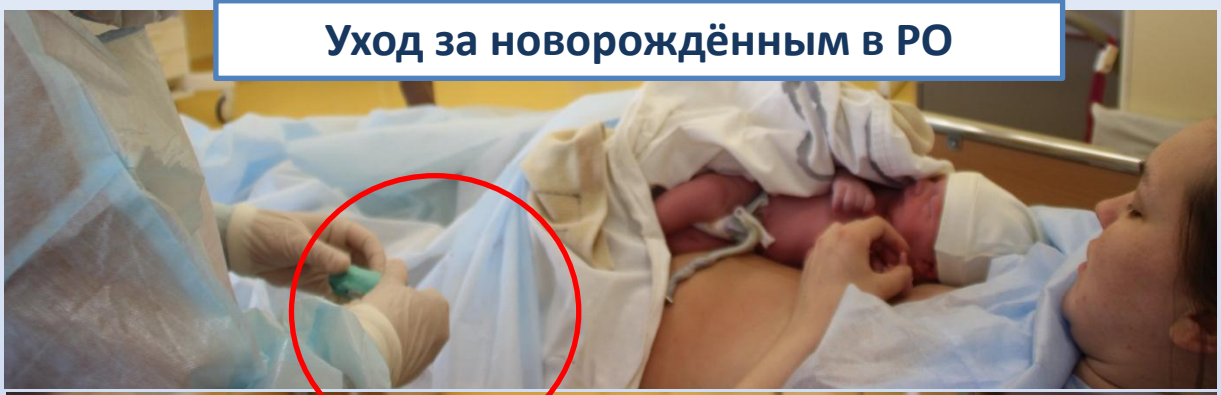
Цель введения:

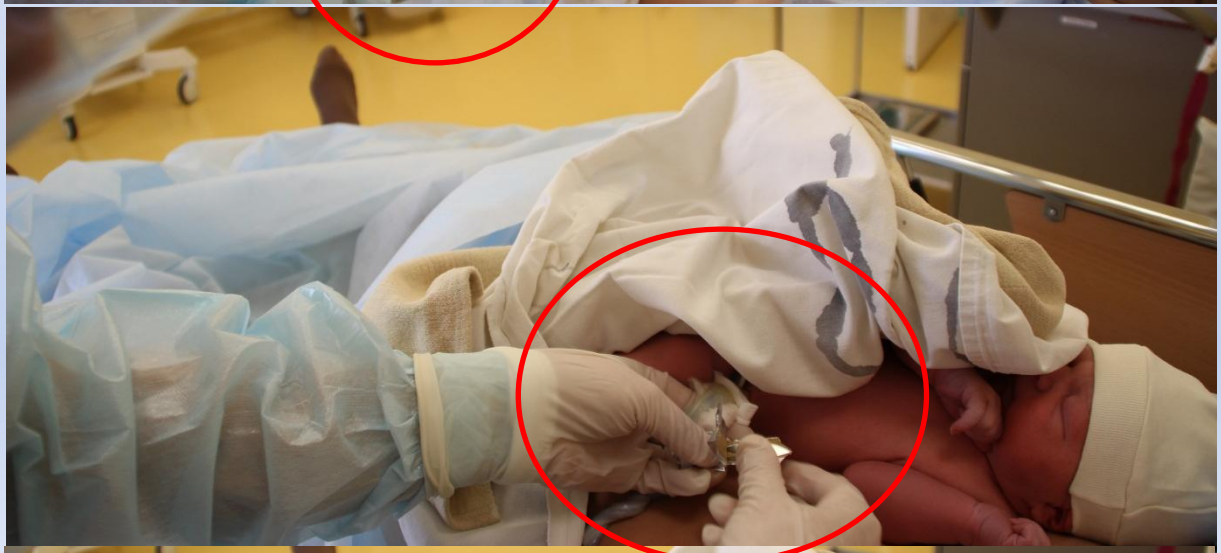
- Инфекционный контроль за инфекционно-воспалительными заболеваниями;
- Сокращение случаев ГСИ;
- Инфекционная безопасность пациента и медперсонала;
- Снижение экономических затрат ЛПУ;
- Оптимизация работы медперсонала;

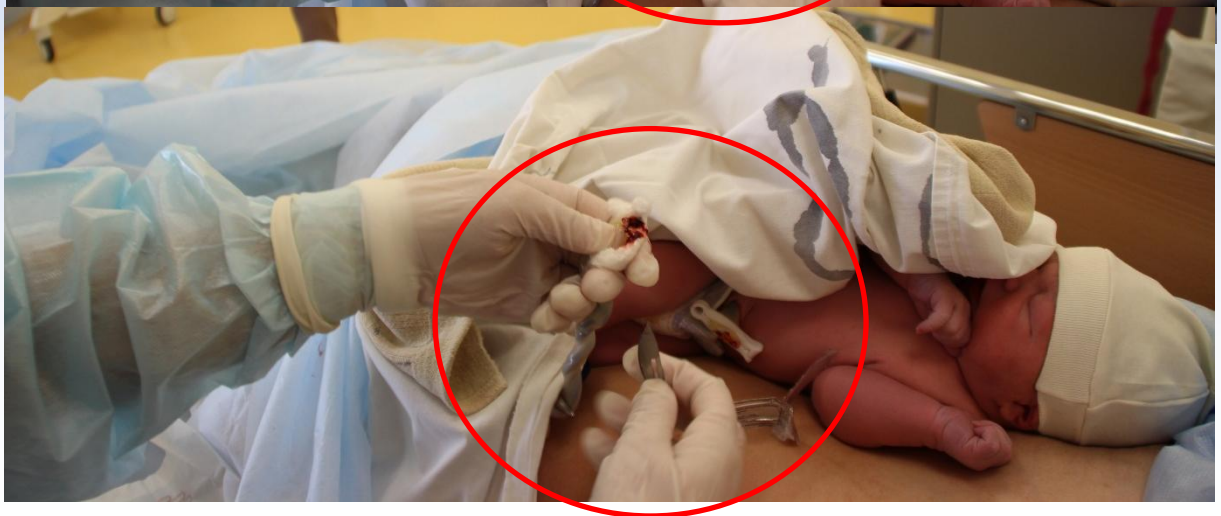
Тепловая цепочка. Длительный кожный контакт. Ранее начало грудного вскармливания



Уход за новорождённым в РО







Лист динамического наблюдения
в
Родовом отделении

Приложение 2.

Лист наблюдения и вскармливания **№ истории родов**

Ф.И.О.матери_____ Дата родов_____

Время_____

Родовой блок **Температура в родзале, операционной_____**

Информирована ли женщина о совместном пребывании с ребенком в родильном отделении и о технике кормления ребенка грудью (подчеркнуть): да нет

Первые 2часа

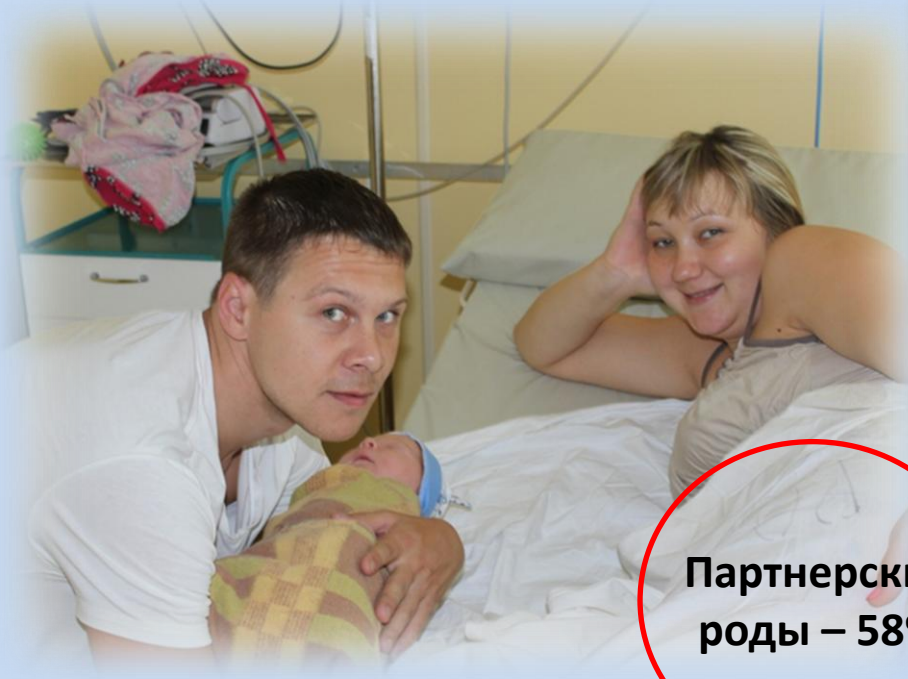
	Время после рождения														
	Минуты														Часы
	1	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	1	1,5	2
Контакт «кожа к коже»															
Первое прикладывание к груди															
Измерение температуры тела ребенка															
Измерение частоты дыханий															
Цвет кожных покровов															

Подпись акушерки

Взвешивание и измерение ребенка.

1) **Проводят к концу второго часа после рождения.**
2) **Весы должны находиться рядом с источником лучистого тепла, положить на них подогретую пеленку.**
3) **Измерять вес ребенка под источником лучистого тепла.**

Кожу ребенка в родильном зале не обрабатывают, не обмывают, смазку не снимают. При необходимости достаточно протирания теплой пеленкой. Удаление крови и мекония проводить проточной водой , допустимо использование детского мыла в индивидуальной расфасовке. Тугое пеленание не используется. Все проведенные манипуляции с новорожденным зафиксировать в утвержденной медицинской документации



Партнерские роды – 58%

ОАРИТ

Совместное пребывание в палате ОАРИТ

Совместное пребывание матери и ребенка

Участие и поддержка семьи

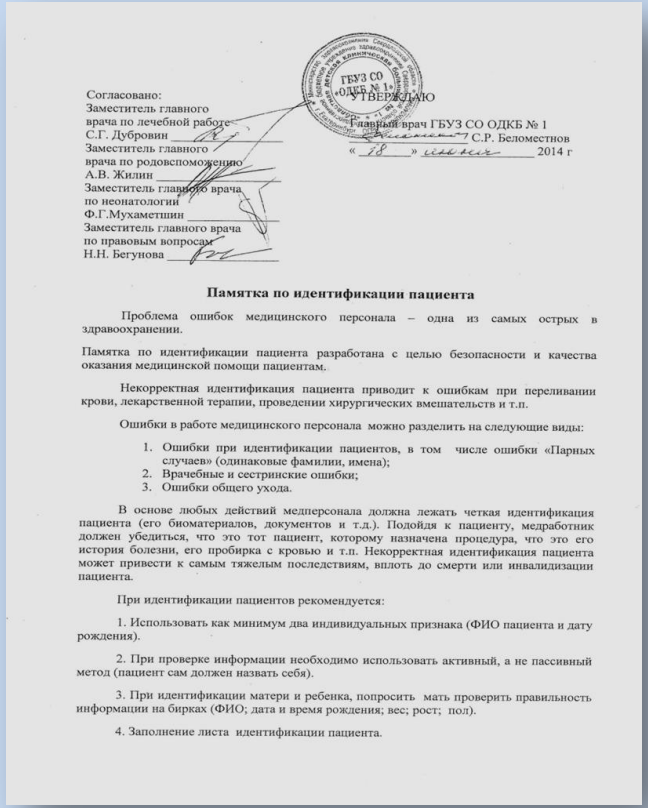
Уход за новорожденным в отделениях ОПЦ

Пуповинный остаток ведется открытым сухим способом, подгузник одеваем малышу ниже пуповинного остатка.

Главное в уходе за новорожденным - поддержание чистоты и сухости!!!

Меняем подгузник каждые 3-4 часа .

ИДЕНТИФИКАЦИЯ ПАЦИЕНТА



Согласовано:
Заместитель главного врача по лечебной работе С.Г. Дубровин _____
Заместитель главного врача по родовспоможению А.В. Жилин _____
Заместитель главного врача по неонатологии Ф.Г.Мухаметшин _____
Заместитель главного врача по правовым вопросам Н.Н. Бегунова _____

ГБУЗ СО «ОДКБ № 1»

УТВЕРЖДАЮ
Главный врач ГБУЗ СО ОДКБ № 1
С.Р. Беломестнов
«18» июня 2014 г

Памятка по идентификации пациента

Проблема ошибок медицинского персонала – одна из самых острых в здравоохранении.

Памятка по идентификации пациента разработана с целью безопасности и качества оказания медицинской помощи пациентам.

Некорректная идентификация пациента приводит к ошибкам при переливании крови, лекарственной терапии, проведении хирургических вмешательств и т.п.

Ошибки в работе медицинского персонала можно разделить на следующие виды:

1. Ошибки при идентификации пациентов, в том числе ошибки «Парных случаев» (одинаковые фамилии, имена);
2. Врачебные и сестринские ошибки;
3. Ошибки общего ухода.

В основе любых действий медперсонала должна лежать четкая идентификация пациента (его биоматериалов, документов и т.д.). Подойдя к пациенту, медработник должен убедиться, что это тот пациент, которому назначена процедура, что это его история болезни, его пробирка с кровью и т.п. Некорректная идентификация пациента может привести к самым тяжелым последствиям, вплоть до смерти или инвалидизации пациента.

При идентификации пациентов рекомендуется:

1. Использовать как минимум два индивидуальных признака (ФИО пациента и дату рождения).

2. При проверке информации необходимо использовать активный, а не пассивный метод (пациент сам должен назвать себя).

3. При идентификации матери и ребенка, попросить мать проверить правильность информации на бирках (ФИО; дата и время рождения; вес; рост; пол).

4. Заполнение листа идентификации пациента.

18.06.2014 введена в работу памятка идентификации новорожденных

Пребывание должно быть безопасным

1. 2011 г «Правила нахождения с новорожденным в палате МИД».
2. Правила посещения центра.
3. Правила посещения отделений детской реанимации.
4. Все манипуляции родильницам и новорожденным проводятся в палатах.
5. Круглосуточный доступ родителей в отделения детской реанимации.
6. Доступ открыт для посетителей.
7. Партнерские роды.

Перинатальные центры Свердловской области
3 - г. Екатеринбург (ГПЦ, ОПЦ, ОММ)
6 –Краснотурьинск, Н. Тагил, Ирбит, Первоуральск, Асбест, Каменск - Уральский

.Технология поддержки грудного вскармливания

Наблюдаем за кормлением

Приложение 4

Приказ № ____ « ___»____2015г

ФОРМА: «Наблюдение за кормлением грудью»

Кожный контакт: Да Нет Продолжительность_____

Время 1 прикладывания: через _____мин. после родов в течение _____минут

Сосал эффективно: Да Нет

ФИО матери _____ **Дата проведения_____**

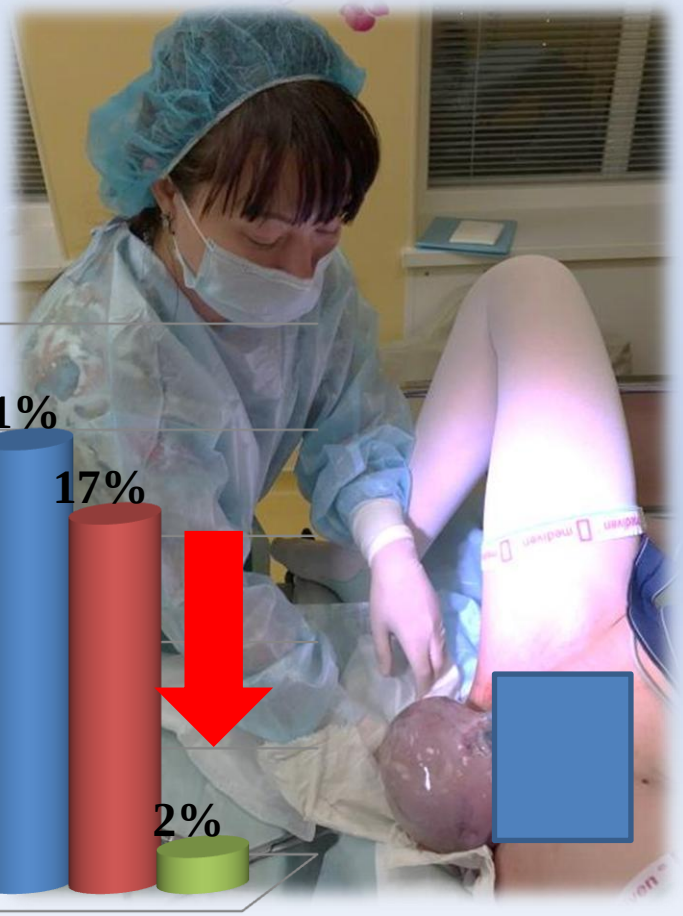
Имя ребенка _____ **Дата родов _____**

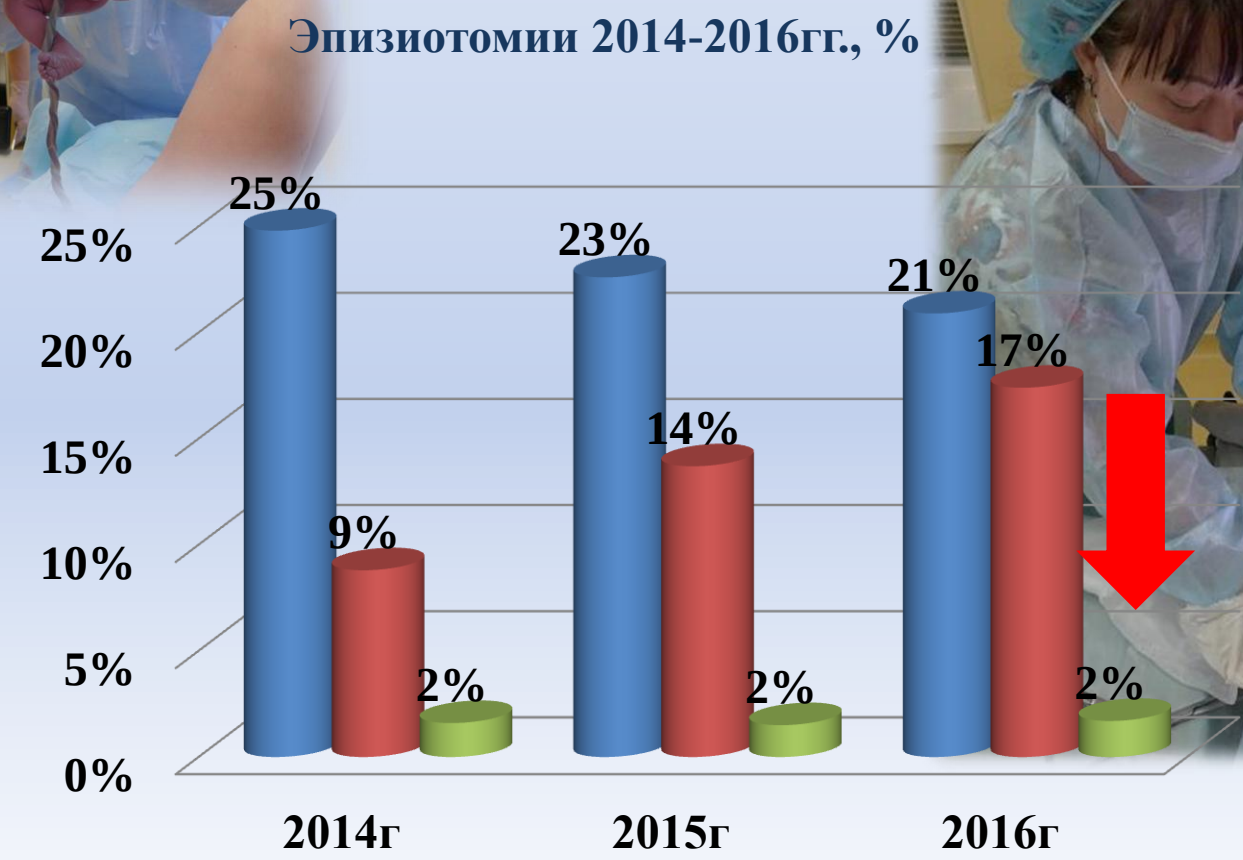
Признаки правильного кормления	***Признаки, указывающие на возможные трудности***
Расположение ребенка	
• Положение сидя, лежа, стоя	• Плечи напряжены, мать наклоняется над ребенком, ей неудобно
• Ребенок всем телом повернут к телу матери	• Тело ребенка не прижато к матери
• Нос напротив соска	• Тело ребенка изогнуто
• Подбородок касается груди	• Нос не напротив соска
• Тело ребенка прижато к телу матери	• Подбородок ребенка не касается груди
Реакции матери и ребенка	
• Матери удобно, она расслаблена	• Реакция на грудь отсутствует
• Ребенок спокоен и доволен	• Ребенок выпускает грудь, беспокоен
• Ребенок не выпускает грудь	• Мать нервничает
• Признаки рефлекса окситоцина	• Признаки рефлекса окситоцина отсутствуют
Молочные железы	
• После кормления грудь мягкая	• Нагрубание груди, лактостаз
• Соски набухшие, вытянуты вперед	• Соски плоские или втянутые
• Кожа выглядит здоровой	• Трещины или покраснения кожи
• Отсутствие боли	• Боль при сосании
Прикладывание	
• Рот широко открыт	• Рот открыт нешироко, губы вытянуты вперед
• Нижняя губа вывернута наружу	• Нижняя губа не вывернута наружу
• Язык выдвинут чуть вперед	• Язык ребенка не виден
• Ареола больше видна над ртом ребенка	• Ареола больше видна под ртом ребенка
• Сосание медленное, глубокое, паузами	• Только быстрое сосание
• Слышно глотание	• Можно слышать чмоканье и щелканье
Продолжительность сосания	
• Ребенок отпустил грудь _____	
• Ребенок сосал _____ минут	• Мать отняла ребенка от груди

Заключение:

ОАРИТИНД

Акушерское пособие.
Бережное ведение родов

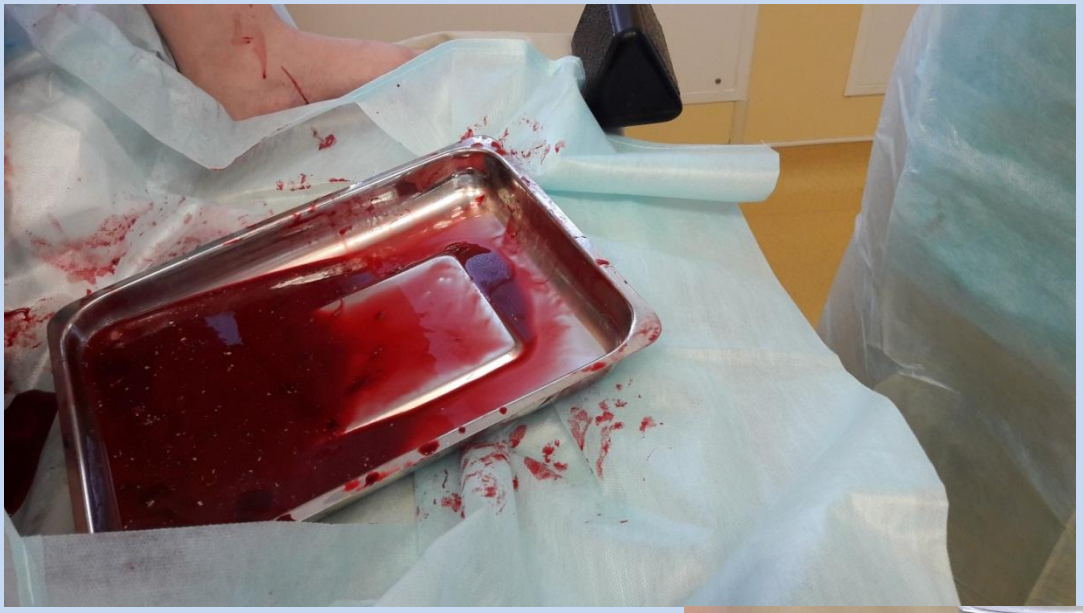




Особенности оказания акушерской помощи
Состав бригады

Ведение III периода родов.
Ранний послеродовый период

Подсчет и оценка кровопотери



1000
800
600
400
200 ml

Состав операционной бригады

1.Хирург

2. Операционная медицинская сестра

3. Врач – анестезиолог.

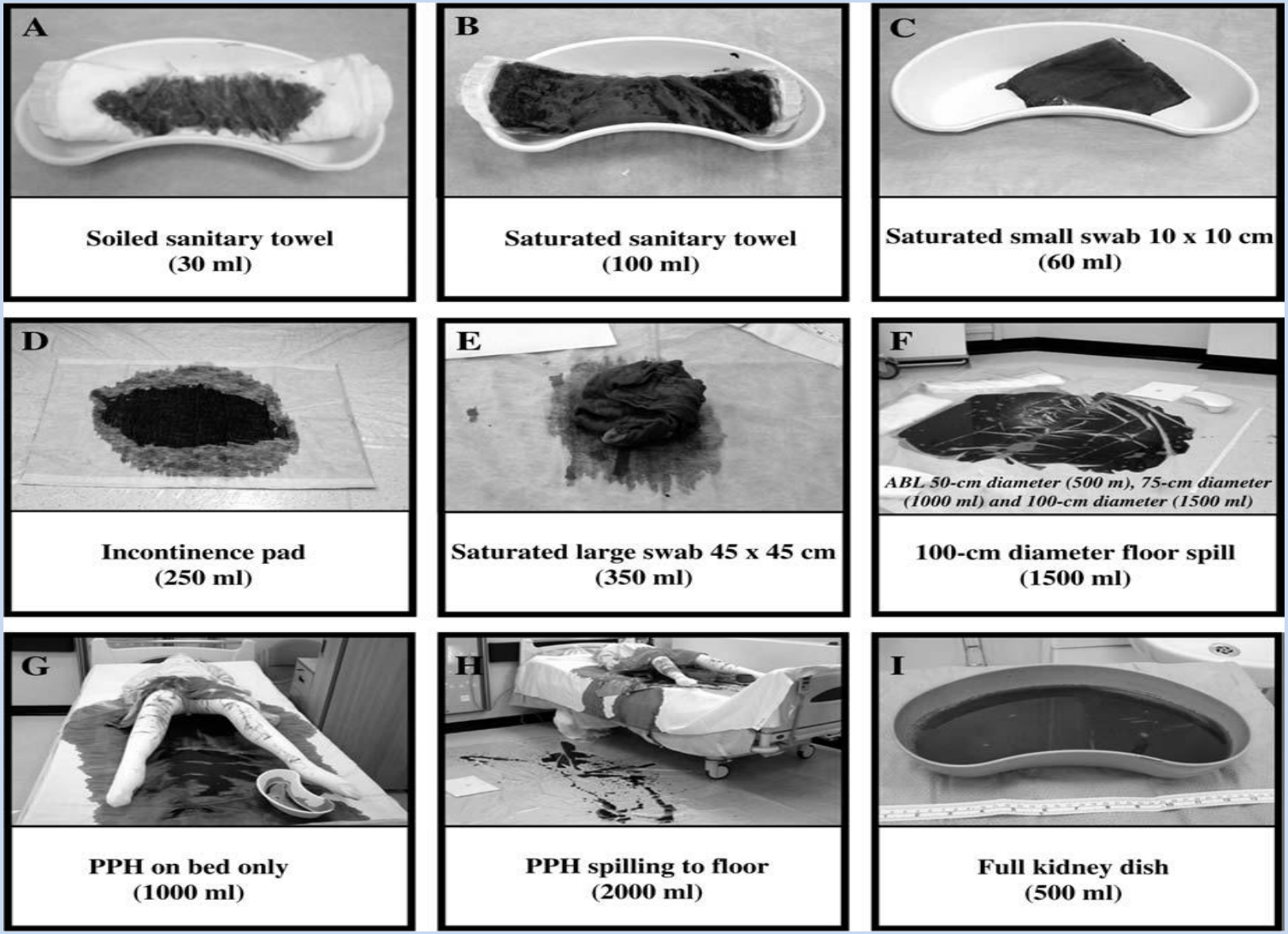
4.Ассистент хирурга.

5 Медицинская сестра-анестезист.

Состав операционной бригады у пациенток, с высоким риском развития кровотечения

- Врач- трансфузиолог.
- Готовность аппаратной аутотрансфузии.
- Сосудистый хирург.
- Резервный анестезиолог.
- Координатор бригады.
- Свободная операционная, свободная хирургическая бригада.
- Операционная медицинская сестра.
- Медицинская сестра – анестезист.
- Санитарка.

Визуальная оценка кровопотери



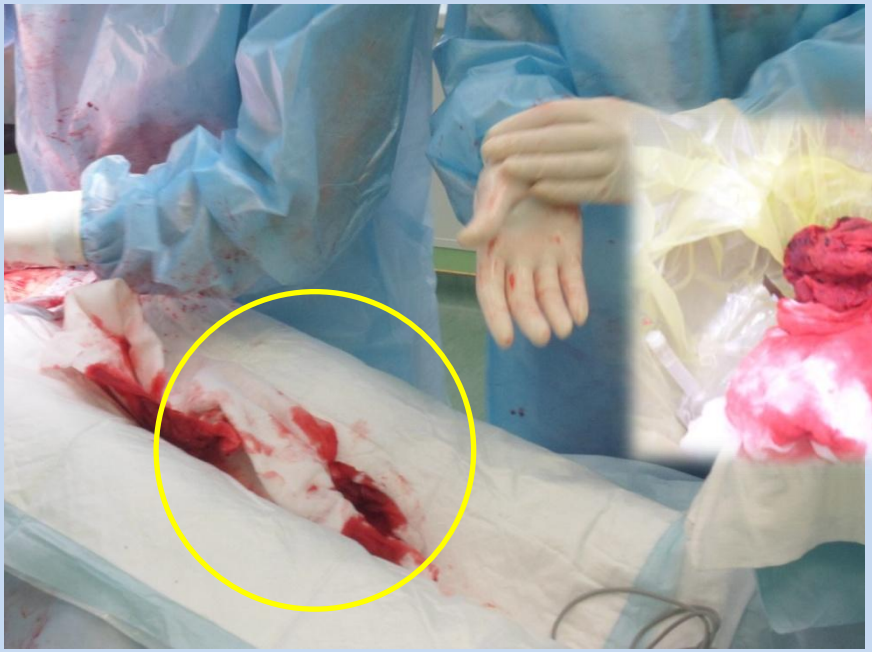
RCOG 2006 BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology

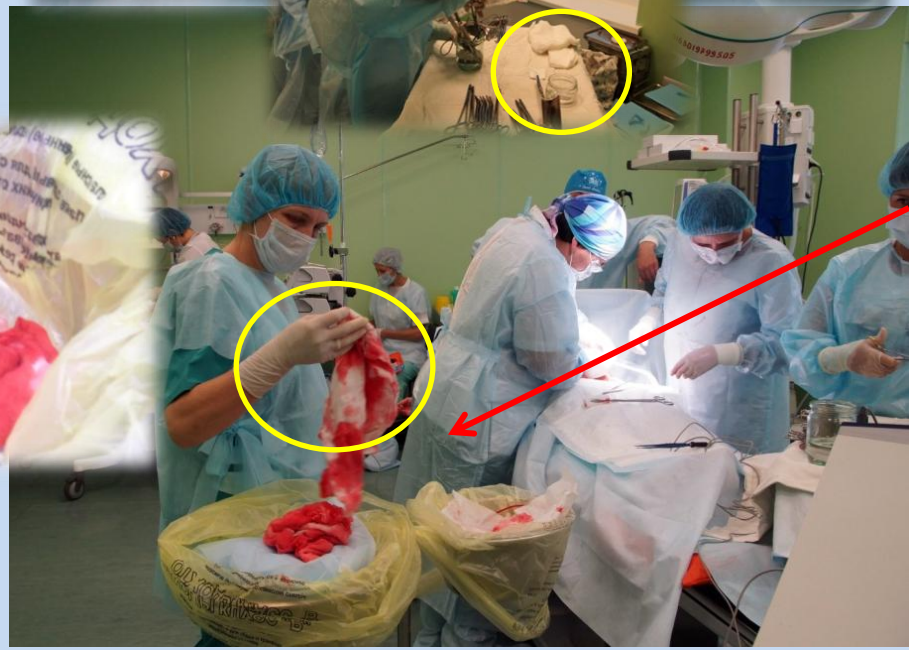
P Bose,a F Regan,b S Paterson-Browna. Improving the accuracy of estimated blood loss at obstetric haemorrhage using clinical reconstructions. 2 June 2006 919-924.

Подсчет инструментария.
Визуальная оценка кровопотери.

Подсчет салфеток до операции

Подсчет инструментария до и после операции





Повышение безопасности - внедрение в работу чек – листа операционной сестры(Пилотный проект)

ЧЕК ЛИСТ

Ф.И.О. пациента
_____

№ истории родов _____ № операционной_____
Дата операции «___»_____20___ г.
Название операции
_____
_____

Операционная бригада _____
_____

Перед операцией проведен контроль:
Аллергия_____
_____

Стерильности и подсчета количества:
Инструментов – набор № ☐
Салфеток - ☐
Игл атравматических - ☐

Лезвий (скальпелей) - ☐
Стерильность расходных материалов подтверждена:
Инструментальный набор -
Простыни -
Халаты -
Пеленки -
Оборудование (коагулятор, операционный стол, бестеневые лампы) в исправном состоянии – ☐
Подготовка высокотехнологического оборудования к операции проведена врачом-хирургом Ф.И.О._____ ***подпись***_____
Место операции промаркировано да ☐ нет ☐
Место наложения нейтрального электрода промаркировано да ☐ нет ☐
Использован антисептик : для обработки рук _____
для обработки операционного поля _____
Подпись операционной сестры _____
Расшифровка_____
Перед закрытием операционной раны произведен подсчет количества:
Инструментов – набор № - ☐
Салфеток - ☐
Игл атравматических - ☐

Лезвий (скальпелей) - ☐
Подпись операционной сестры _____
Расшифровка_____
После операции произведен подсчет количества
Название проведенной операции_____
Инструментов – набор № - ☐
Салфеток - ☐
Игл атравматических - ☐

Лезвий(скальпелей) – ☐

Неисправности медицинского оборудования_____
Подпись операционной сестры _____
Расшифровка_____
Подпись старшей операционной сестры _____
Расшифровка_____

Заболеваемость родильниц ОПЦ в 2014-2016 гг.

	2014 г.	2015 г.	2016 г.
	абс./‰	абс./‰	абс./‰
Инфекции родильниц	146/27,2	163/31,0	214/39,1
Генерализованные инфекции		1/0,2	1/0,2
Сепсис у родильниц			1/0,2
Перитонит у родильниц		1/0,2	
Локализованные инфекции	146/27,2	162/ 30,8	217/34,9
Инфекция молочной железы и соска		2/ 0,38	1/0,18
Эндометрит после естественных родов	66, в т.ч. 5 тяж./ 20,6	67, в т.ч.1 тяж./ 20,8	**88/25,0**
Эндометрит после кесарева сечения	79, в т.ч. 9 тяжелых/ 36,4	80, в т.ч. 3 тяжелых/ 39,2	**105**, в т.ч. 5 тяжелых/ 53,7
Язва промежности		2/ 0,38	2/0,3
Инфекции акушерской раны		5/ 0,95	**22/4,02**
Флебит после катетеризации		5/ 0,95	3/0,5
Количество родов всего, в т.ч.	5367	5257	5464
оперативных (кесарево сечение)	2168- 40,4%	2036- 38,7%	1952-35,7%
через естественные родовые пути	3199	3221	3512

50 пациенток были перегоспитализированы в течение пяти суток послеродового периода, из них 12 пациенток были переведены в первые трое суток послеродового периода

Эндометрит после естественных родов

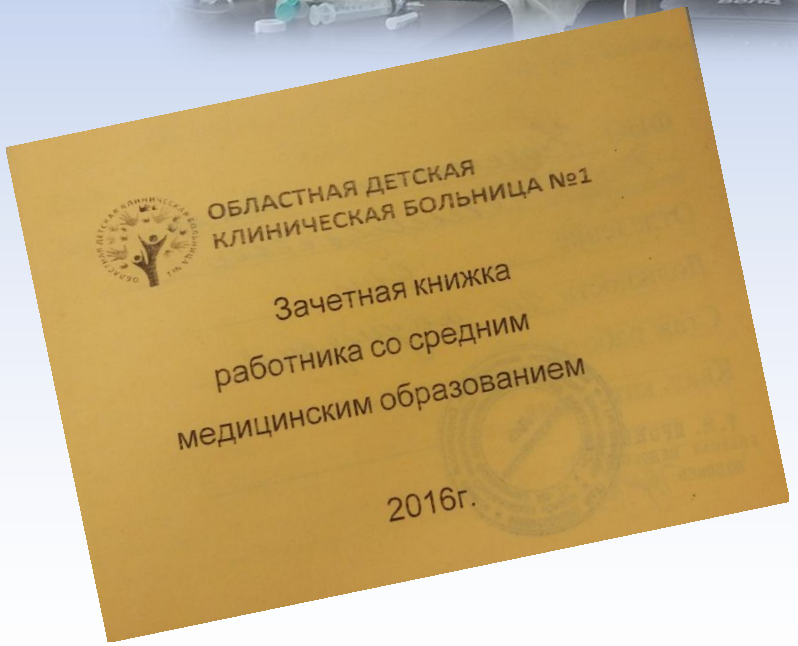
88 случаев

- Средние сутки развития заболевания 11
- 30% первобеременные (1-10)
- 27% женщин в анамнезе аборты, в среднем 0,5 аборта на каждую пациентку (диапазон 0-5)
- 20% имели выкидыши или регрессирующие беременности (0-4)
- 90% срочные роды, 10% преждевременные
- 44% преждевременное излитие околоплодных вод
- 10 часов 30 минут средняя продолжительность безводного периода
- 10% сахарный диабет
- 48% гистологические признаки хориоамнионита

Антибактериальная терапия

- 12% профдоза
- 28% курсовая АБТ
- Только 12% из группы получали незащищенные пенициллины

Обучение с получением обратной связи



БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕТА – ЭТО РАБОТА СЛАЖЕННОЙ КОМАНДЫ

ОБЛАСТНАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №1

«Создание безопасных условий в перинатальном центре, при оказании медицинской помощи пациентам высокой группы риска»

Д.Г. Коренная
главная акушерка ОПЦ
г. Екатеринбург