

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ
ОБЛАСТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«ИРКУТСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ»
РЕГИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

**Стандарт организации процессов при реализации проекта
«Создание новой модели медицинской организации,
оказывающей первичную медико-санитарную помощь»
в Иркутской области**

Иркутск, 2019

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ
ОБЛАСТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«ИРКУТСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ»
РЕГИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

«Утверждаю»



министр здравоохранения
Иркутской области

О.Н. Ярошенко

2019 г.

**Стандарт организации процессов при реализации проекта
«Создание новой модели медицинской организации,
оказывающей первичную медико-санитарную помощь»
в Иркутской области**

Иркутск, 2019

Стандарт организации процессов при реализации проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» в Иркутской области. – Иркутск, 2019. – 43 с.

Методические рекомендации подготовлены сотрудниками регионального центра организации первичной медико-санитарной помощи ОГБУЗ «Иркутский областной центр медицинской профилактики».

Авторы-составители: главный врач ОГБУЗ «Иркутский областной центр медицинской профилактики», **Селедцов А.А.**, руководитель регионального центра организации первичной медико-санитарной помощи ОГБУЗ «Иркутский областной центр медицинской профилактики», руководитель регионального центра организации первичной медико-санитарной помощи **Шпенькова С.А.**, врач-методист регионального центра организации первичной медико-санитарной помощи **Боброва И.А.**

Для подготовки методических рекомендаций использовались Методические рекомендации Центра организации первичной медико-санитарной помощи Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Министерства здравоохранения Российской Федерации (2-е издание с дополнениями и уточнениями) «Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь», 2019 год.

Методические рекомендации предназначены для врачей-организаторов здравоохранения; специалистов, принимающих участие в реализации проекта по созданию «Новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь».

СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК ТЕРМИНОВ И СОКРАЩЕНИЙ.....	6
ВВЕДЕНИЕ.....	7
НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ.....	7
ОПТИМИЗАЦИЯ РАБОТЫ РЕГИСТРАТУРЫ.....	8
ОПТИМИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПРОЦЕДУРНОГО КАБИНЕТА.....	14
ПРИЛОЖЕНИЕ 1.....	20
ПРИЛОЖЕНИЕ 2.....	21
ПРИЛОЖЕНИЕ 3.....	22
ПРИЛОЖЕНИЕ 4.....	23
ПРИЛОЖЕНИЕ 5.....	24
ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОЦЕССА ВАКЦИНАЦИИ.....	27
ПРИЛОЖЕНИЕ 1.....	33
ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ.....	34
ПРИЛОЖЕНИЕ 1.....	42
ПРИЛОЖЕНИЕ 2.....	43
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	44

СПИСОК ТЕРМИНОВ И СОКРАЩЕНИЙ

АД – артериальное давление;

БП – бережливое производство;

ВП – время потерь, время выполнения работ, не создающих ценность для пациента;

ВПП – время протекания процесса, т. е. время прохождения пациентом (оказания услуги) через весь процесс или поток создания ценности от первой операции до последней;

ВТ - время такта;

ВЦ - время создания ценности, время выполнения работ по созданию ценности для пациента;

ДЦ – диагностический центр;

КПСЦ – карта потока создания ценности;

КТ – компьютерная томография;

МЗ ИО – министерство здравоохранения Иркутской области;

МРТ- магнитно-резонансная томография;

ОАК – общий анализ крови;

ПСЦ – поток создания ценности;

РМИС – региональная медицинская информационная система;

РЦ ПМСП - региональный центр организации первичной медико-санитарной помощи

СОП – стандартная операционная процедура (документ, описывающий последовательность действий и приемов при выполнении операции);

СОК – стандартная операционная карта (документ, описывающий последовательность действий и приемов при выполнении операции, включающий схему перемещения);

ТМР – всеобщее обслуживание оборудования;

ТПР – тактический план реализации;

ТФОМС – территориальный фонд медицинского страхования;

ФЛГ – флюорографическое исследование легких;

ФГДС – фиброгастродуоденоскопия;

ЧД – частота дыхания.

ВВЕДЕНИЕ

Настоящий стандарт создан на основе принципов, ценностей и методов «бережливого производства», обобщения передового опыта медицинских организаций с целью унифицирования подходов к решению проблем и задач в первичном звене здравоохранения. Стандарт является руководством по оптимизации процессов при реализации проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь». Стандарт предназначен для использования в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению.

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

При разработке стандарта использовались следующие нормативные документы:

1. ГОСТ Р 56020-2014, 56407-2015, 56906-2016, 56907-2016, 56908-2016 «Бережливое производство».
2. ГОСТ Р 53079.4-2008 «Технологии лабораторные клинические. Правила ведения преаналитического этапа».
3. Приказ МЗ РФ № 543 от 15.05.2012 г. «Об утверждении Положения об организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».
4. Приказ МЗ РФ № 124н от 13.03.2019 г. «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения».
5. Приказ МЗ РФ №173н от 29.03.2019 г. «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми».
6. СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».
7. СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции».
8. СП 3.3.2367-08 «Организация иммунопрофилактики инфекционных болезней».
9. СП 3.3.2.3332-16 «Условия транспортирования и хранения иммунобиологических лекарственных препаратов».
10. МУ 3.3.1891-04. 3.3. «Иммунопрофилактика инфекционных болезней. Организация работы прививочного кабинета детской поликлиники, кабинета иммунопрофилактики и прививочных бригад».

ОПТИМИЗАЦИЯ РАБОТЫ РЕГИСТРАТУРЫ

Оптимизация работы регистратуры включает в себя следующие компоненты:

1. Архитектурно-планировочное решение.
2. Навигация и визуализация.
3. Организационно-правовое регулирование работы.
4. Разделение потоков.
5. Подготовка кадров.
6. Стандартизация работы.

Архитектурно-планировочное решение.

Регистратура размещается на первом этаже в непосредственной близости от входа в здание. Регистратура организуется по типу открытого пространства, рабочее место (столы) регистраторов отделяется стойкой без возведения перегородок.

В регистратуре размещается инфомат с возможностью записи к врачу через электронный кабинет, получения талонов электронной очереди.

В месте ожидания размещается достаточное количество мест для сидения, корзины с бахилами.

Возможно размещение кулеров с питьевой водой, автоматов с горячими напитками и закусками.

Возможно размещение экранов, видеомониторов с трансляцией полезной информации (о здоровом образе жизни, профилактике заболеваний и т. д.), организация действия беспроводного подключения к сети Интернет.

Навигация и визуализация.

Путь от гардероба до регистратуры обозначается информационными указателями (в виде стрелочек или сплошных полос контрастного цвета).

Регистратура обозначается надписью (вывеской) достаточно крупной и хорошо заметной.

В месте ожидания размещаются информационные стенды (возможно экраны, видеомониторы) с информацией:

- порядок работы регистратуры;
- порядок обращения пациентов в поликлинику, перечень документов для обращения в поликлинику, права пациента;
- расписание работы кабинетов и врачей;
- страховые медицинские организации, ТФОМС;
- порядок оказания платных медицинских услуг;
- порядок обращения граждан к руководству поликлиники и в вышестоящие надзорные организации.

Информация должна своевременно обновляться, быть актуальной.

Все сотрудники имеют прикрепленные на рабочей одежде бейджи с указанием ФИО и занимаемой должности. Все надписи должны быть четкими, разборчивыми и понятными.

Организационно-правовое регулирование работы регистратуры.

Необходимо разработать и ввести в действие **Порядок (регламент) организации работы регистратуры**. Данный Порядок (регламент) должен включать:

1. время работы регистратуры, смены, перерывы для обеда и отдыха каждого сотрудника (*например: в рабочие дни с 7:30 до 20:00 часов без перерыва, в две смены, в выходные и праздничные дни с 7:30 до 15:00 часов без перерыва, в одну смену*);
2. количество ставок работников регистратуры (рассмотреть возможность введения ставки старшего регистратора, администратора и т. д.), взаимозаменяемость сотрудников;
3. определение функций регистратуры;
4. **!!! Важно:** для определения функций регистратуры необходимо составить перечень текущих обязанностей регистраторов и пересмотреть его с целью выявления возможности оптимизации работы, а именно:
 - исключение несвойственной, отнимающей время, работы регистратора;
 - выявление работ и (или) операций, которые возможно упростить, автоматизировать, перевести в электронный вид (например, ведение журналов, выписка электронного больничного листа, электронное расписание работы врачей и т. д.);
5. распределение функций между сотрудниками (на основании разделения потоков);
6. должностные инструкции сотрудников;
7. стандарт рабочего места регистратора (включая необходимое оснащение);
8. стандарт профессионального общения с пациентом.

Разделение потоков.

На основании пересмотренного перечня функций и задач регистратуры разделите потоки пациентов.

Пример:



Важно!!! При разделении потоков нужно обратить внимание на следующие моменты:

1. распределение функций, расчет штатных единиц, времени работы возможно только после хронометража и измерения потоков пациентов;
2. подразделения регистратуры: справочная, картотека, окно регистратора, call-центр – пространственно разделяются, изолируются друг от друга, но при этом находятся в непосредственной близости, постоянно находятся в информационном взаимодействии;
3. необходимо создание единого информационного пространства и назначение ответственного лица за получение, сохранение, передачу и распространение информации (по возможности – администратор или старший регистратор);
4. при передаче информации между подразделениями и кабинетами лучше использовать письменные электронные средства связи (например, внутреннюю электронную почту организации, мессенджеры);
5. при полном переходе на использование РМИС и хранение информации в электронном виде **упраздняется картотека** (освобождается помещение, физические лица, отпадает необходимость в перемещении карт по кабинетам, исключается возможность утраты и порчи медицинской документации).

Подготовка кадров.

Сотрудников регистратуры необходимо обучить основным принципам бережливого производства, стандартам организации рабочего места (5S), стандартам общения с посетителями.

Всех сотрудников регистратуры необходимо обучить формам ведения диалога с пациентом, порядку действий в стрессовых и конфликтных ситуациях, методам разрешения конфликта и бесконфликтного взаимодействия. Обучение должно проводиться в форме тренингов с разбором типичных ситуаций и отработкой практических навыков. Тренинги желательно повторять не менее 2 раз в год.

Стандартизация рабочего места регистратора.

При организации рабочего места медицинской сестры необходимо руководствоваться принципами эргономики, 5S и визуализации.

Продумайте необходимое оснащение рабочего места регистратора, **например:** рабочий стационарный многоканальный телефон с внутренней автоматической телефонной станцией, персональный компьютер с доступом в сеть медицинской организации, цифровой принтер (не менее одного на 2 рабочих места), многофункциональное устройство (не менее одного на 3 рабочих места).

Стандартизируйте все действия регистратора. Возможно оформление стандарта в текстовом варианте и в виде блок-схем.

Стандарт визуализируйте (с использованием элементов инфографики) и разместите на рабочем месте на ламинированном листе или в ином виде, предусматривающем влажную обработку.

Стандартизация профессионального общения с пациентом.

Стандартизируйте общение регистратора с пациентом. Для этого составьте перечень желательных фраз для разных рабочих ситуаций, при этом учитывайте, что желательные фразы не должны содержать слов-раздражителей и слов-паразитов.

Слова-раздражители – это слова, при восприятии которых в воображении собеседника возникают определенные негативные образы. **Например:** «несмотря на», «должен», «наоборот», «ошибка», «неправильно», «неверно», «постоянно» и пр..

Слова-паразиты – это слова, которые не добавляют фразе никакой информативности и мешают собеседнику воспринимать смысл сказанного. **Например:** «вот», «ну», «это», «так сказать», «как бы», «на самом деле» и пр.

Необходимо, чтобы работу по составлению перечня желательных фраз регистраторы выполнили самостоятельно.

Пример:

Стандарт профессионального общения регистратора (оператора) с пациентом.

Правила отношения к пациентам:

Правило корректности

Регистратор (оператор call-центра) сохраняет спокойствие в любой ситуации и никогда не высказывает своего недовольства поведением собеседника – ни интонациями, ни словами.

В случае конфликта, регистратор (оператор call-центра) должен выяснить причину недовольства собеседника, решить инцидент, или передать решение инцидента руководству, при этом заверить собеседника, что инцидент в скором времени будет решен и будут приняты меры, чтобы такое больше не повторилось. В своих интонациях регистратор (оператор call-центра) предельно вежлив, что бы ни происходило. Нельзя намекать на грубость, медлительность или болтливость собеседника, делать ему какие-либо замечания.

Правило заинтересованности и выразительности

Регистратор (оператор call-центра) всегда демонстрирует свою заинтересованность в теме разговора (путем уточняющих вопросов), своим собеседником и в решении инцидента.

Правило понятной коммуникации

Регистратор (оператор call-центра) всегда должен общаться «на языке» собеседника. В своей речи нельзя использовать специальную терминологию, поскольку большинство пациентов её не понимают и могут воспринять как оскорбление.

Правило доброжелательности

Регистратор (оператор call-центра) всегда должен быть на ступень выше своего собеседника по эмоциональной окраске: если собеседник доброжелателен, регистратор очень доброжелателен; если собеседник нейтрален, регистратор доброжелателен; если собеседник агрессивен, раздражен, то регистратор как минимум нейтрально-вежлив.

Правило внимательности

Регистратор (оператор call-центра) всегда внимателен по отношению к своему собеседнику. Он следит за тем, чтобы собеседнику было удобно воспринимать информацию – по скорости, по громкости, по эмоциональной атмосфере. Должно быть удобно записывать под диктовку, удобно диктовать, удобно переспрашивать и при этом не чувствовать себя непонятливым.

Алгоритм общения с пациентом.

1. Приветствуйте пациента.

Доброе утро (день, вечер)!

2. Представьтесь, назовите себе имя, фамилию, должность. При разговоре по телефону назовите медицинскую организацию.

Поликлиника №1, регистратор Иванова Мария.

3. Выясните причину обращения. Задайте уточняющие вопросы.

Чем я могу Вам помочь? Вы хотите записаться на прием к врачу?

4. Выясните необходимую информацию у пациента: ФИО, дату рождения, адрес, номер полиса и т. д. Уточняйте информацию корректно.

Назовите, пожалуйста, Вашу фамилию, имя, отчество. Дата рождения? Ваш адрес?

5. Сообщите необходимую информацию: время и место (кабинет) приема, фамилию врача, перечень необходимых документов и т. д. Попросите пациента записать информацию (при разговоре по телефону). При очном обращении выдайте талон (памятку, маршрутный лист) с информацией.

6. Убедитесь, что собеседник вас правильно понял. При необходимости повторите или уточните информацию.

7. Попрощайтесь.

Всего доброго! Спасибо за обращение! Будем рады видеть вас в нашей поликлинике!

Алгоритм действий в нестандартных ситуациях.

Отказ пациенту

Отказ (даже по объективным причинам) всегда создает негативное впечатление. Поэтому задача регистратора (оператора call-центра) – отказать собеседнику так, чтобы он все равно остался доволен обслуживанием.

Правила отказа:

1. Выразите свое сожаление

Сожалею, но на данное число нет записи. К сожалению, врач в это время не принимает.

2. Предложите альтернативу

Я могу Вам предложить запись на другую дату, время и т. д. Вам будет удобно?

Конфликтный (агрессивный) пациент

Когда регистратор (оператор call-центра) сталкивается с проявлениями конфликтного поведения со стороны пациента, его задача состоит в том, чтобы смягчить конфликтную ситуацию (независимо от причин, из-за которых она возникла) и успокоить собеседника (также независимо от причин, почему тот ведет себя агрессивно). Необходимо:

1. сохранять спокойствие, демонстрировать вежливость. Только в крайних случаях люди не реагируют на спокойные интонации другого человека и продолжают кричать;
2. стараться помочь. Если человек недоволен, значит, до сих пор этого никто не сделал;
3. не противоречить собеседнику. Дать ему «выпустить пар»;
4. не оправдываться. Оправдания только раздражают. Принимать претензию как факт;
5. не спорить;
6. присоединиться к собеседнику. Показать ему, что его внимательно слушают; понимают, что он говорит; то, что он говорит, действительно важно; вы с ним, а не против него: *«Да, я понимаю вас, ситуация не очень приятная»*;
7. показать, что Вы со своей стороны начинаете оперативно работать с целью решения проблемы.
8. предложить варианты выхода из ситуации.

!!! Важно! в конфликтной ситуации нельзя:

- брать на себя обучение собеседника хорошим манерам;
- обращаться к собеседнику снисходительным или высокомерным тоном;
- принимать негативные эмоции пациента как личное оскорбление и отвечать с личной позиции;
- состязаться с собеседником в остроумии, использовать сарказм;
- повышать голос, использовать оскорбительные слова и выражения;
- использовать аргумент: *«пациентов много, а я одна»*;
- перебивать собеседника. Для перевода конфликта на мирные рельсы особенно важно закончить разговор позитивно.

ОПТИМИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПРОЦЕДУРНОГО КАБИНЕТА

Оптимизация работы процедурного кабинета включает в себя следующие компоненты:

1. Архитектурно-планировочное решение.
2. Навигация и визуализация.
3. Оптимизация времени работы кабинета.
4. Подготовка кадров.
5. Разделение потоков.
6. Стандартизация направления пациента.
7. Стандартизация рабочего места медицинской сестры.
8. Стандартизация процедуры забора крови.

Архитектурно-планировочное решение.

Кабинеты забора биоматериала размещаются на первом этаже здания, в отдельном отсеке (крыле, рекреации, отдельно стоящем здании) в непосредственной близости от клинической лаборатории.

В отсеке имеется туалет (санитарная комната) для пациентов.

В месте ожидания пациентов (холле, коридоре перед кабинетами забора биоматериала) размещается достаточное количество мест для сидения, желательно размещение корзин с бахилами.

Навигация и визуализация.

Путь от гардероба (регистратуры) до места размещения кабинетов забора биоматериала обозначается информационными указателями (в виде стрелочек или сплошных полос контрастного цвета).

Вход в отсек (рекреацию) обозначается табличкой. Входы в кабинеты забора материала обозначаются табличками с указанием функциональной принадлежности.

Например: «Процедурный кабинет. Забор крови из вены», «Сбор анализов мочи».

В месте ожидания (возле входа в процедурный кабинет) размещается табличка с информацией о подготовке к исследованию, напоминание о необходимости предъявлять документ, удостоверяющий личность при исследовании на ВИЧ-инфекцию – это позволит сократить время на опрос пациента.

Все сотрудники имеют прикрепленные на рабочей одежде бейджи с указанием ФИО и занимаемой должности. Все надписи должны быть четкими, разборчивыми и понятными.

Кабинет оснащается светозвуковой сигнализацией «Входите» для приглашения пациента на процедуру или системой «Электронная очередь» (терминал и табло).

Оптимизация времени работы.

Кабинеты забора биоматериала начинают прием пациентов до начала основного рабочего времени организации (7.15-7.45). Врач, выдающий направление на анализы, информирует пациента о времени работы кабинетов, также информация должна быть размещена на сайте организации.

Допуск пациентов в здание и работа гардероба начинается за 15 минут до начала работы кабинетов забора биоматериала.

Подготовка кадров.

Медицинских сестер необходимо обучить основным принципам бережливого производства, стандартам организации рабочего места (5S), стандартам выполнения забора биоматериала.

Необходимо предусмотреть кадровый резерв (дополнительную должность, совмещение, совместительство) на случай необходимости усиления кабинета в дни увеличения потока пациентов (дни забора крови для ДЦ, Центра СПИД и т. д.).

Разделение потоков.

Рассмотреть вопрос (для взрослого населения) о разделении потоков работающего и неработающего населения по времени. **Например:** работающему населению направления выдаются с 7.30, неработающему – с 8.30.

Для детского населения рассмотреть вопрос о разделении потоков пациентов по возрасту (до 1 года, до 7 лет, до 18 лет), по способу забора крови (венозная и капиллярная).

По возможности предусмотреть разные двери для входа и выхода пациентов из кабинета.

Стандартизация направления пациента

Направление на анализы заполняется на стандартных бланках четко, разборчиво, исключая неверное толкование. Желательно формирование направления в электронном виде с использованием РМИС. Рассмотреть вопрос о введении системы цифрового кодирования наименований исследований. **Например:** скрининговый ОАК – 100, развернутый (полный) ОАК – 101, и т. д.

Врач, выдающий направление на исследование, информирует пациента:

- о необходимости подготовки к исследованию;
- о времени работы кабинетов;
- о времени и месте получения результатов исследования.

Важно! При формировании направления в электронном виде с использованием РМИС возможно автоматическое отображение памятки о подготовке на бланке направления, времени работы кабинетов, времени и месте получения результатов исследования.

Стандартизация рабочего места медицинской сестры.

При организации рабочего места медицинской сестры необходимо руководствоваться принципами эргономики, 5S и визуализации.

Размещение рабочего и манипуляционного столов должно исключить лишние передвижения медсестры по кабинету и позволить работать сидя. Для этого столы возможно разместить буквами «Г» или «П», оснастить рабочее место вращающимся стулом на колесиках. Пример размещения – **Приложение 1**.

Размеры столов должны позволять свободно разместить необходимые материалы и инструменты. Рабочие поверхности столов зонируются в соответствии с размещаемыми материалами и инструментами, желательно провести маркировку и оконтуривание зон.

Предусмотрите место для размещения сумок, пакетов, кофт, пиджаков и других мелких вещей пациента, с которыми он может зайти в кабинет. Это может быть полка, крючки, подставка рядом с креслом пациента. Место промаркируйте надписью (табличкой), **например**: «Здесь вы можете оставить свои вещи».

На рабочем столе размещаются:

- кнопка светозвуковой сигнализации для вызова пациента;
- рабочие документы;
- направления пациентов (сортируются в зависимости от вида исследования).

На манипуляционном столе размещаются:

верхняя поверхность:

- ватные шарики, спирт, пинцеты (или спиртовые салфетки);
- штативы с пробирками для крови – каждому виду пробирок соответствует свой штатив (по цвету крышек), отдельно предусматриваются штативы для направления анализов в ДЦ и Центр СПИД;

- локтевой валик, жгут (при использовании донорского кресла с подлокотниками – только жгут);

- перевязочный материал (клеякая лента);
- маркер для пробирок;
- контейнер для сбора отходов класса В (иглы).

выдвижной ящик:

- нестерильные перчатки;
- стерильные вакуум-системы (запас на 1 день работы);
- запасные жгуты.

полка:

- контейнер для сбора грязных перчаток.

Пример зонирования рабочих поверхностей – **Приложение 2**.

При расстановке мебели в кабинете предусмотреть размещение дополнительного рабочего места для усиления кабинета в дни увеличения потока пациентов (дни забора крови для ДЦ, Центра СПИД и т. д.).

Правила обработки рук (пример - **Приложение 3**) и **Порядок действий персонала в случае аварийной ситуации** (пример – **Приложение 4,5,6**) с

использованием элементов инфографики размещаются на ламинированном листе (или в другом виде, устойчивом к влажной уборке) в доступном месте.

Стандарт процедуры забора крови из вены.

Стандартизируйте все действия медсестры процедурного кабинета. Возможно оформление стандарта в текстовом варианте и в виде блок-схем (главное, чтобы было понятно сотрудникам!).

Стандарт визуализируйте (с использованием элементов инфографики) и разместите на рабочем месте медицинской сестры на ламинированном листе или в ином виде, предусматривающем влажную обработку.

Стандартизируйте общение медицинской сестры с пациентом. Для этого составьте перечень желательных фраз для разных рабочих ситуаций. Желательно, чтобы работу по составлению перечня желательных фраз медицинские сестры выполнили самостоятельно.

Пример:

1. Порядок действий медицинской сестры при заборе крови из вены.

Ответственный – медицинская сестра процедурного кабинета.

	Действие медсестры	время
1	Нажмите кнопку светозвуковой сигнализации для приглашения пациента.	1 с.
2	Предложите пациенту сесть и освободить от одежды место венепункции.	5-7 с.
3	Просмотрите направление пациента, в случае необходимости попросите предъявить документ, удостоверяющий личность (анализ на ВИЧ). * Сканируйте направление.	5-15 с.
4	Поместите направление в соответствующую зону на рабочем столе.	1 с.
5	Опросите пациента на предмет готовности к исследованию.	5-10 с.
6	Информируйте пациента в доступной форме о ходе манипуляции.	5 с.
7	Выберите пробирки в соответствии с заявленными анализами и соберите вакуум-систему.	5-10 с.
8	Маркируйте пробирки (в случае направления в ДЦ наклейте штрих-код). * Наклейте штрих-код.	7-10 с. * 2 с.
9	Наденьте новые перчатки.	2-3 с.
10	Наложите жгут и обработайте место венепункции кожным антисептиком.	3-5 с.
11	Выполните венепункцию и произведите забор крови.	20-30 с.
12	После заполнения пробирки до необходимого объема извлеките её из держателя.	1-2 с.
13	Аккуратно перемешайте содержимое заполненной пробирки, переворачивая ее необходимое число раз. ! Не встряхивайте пробирку: резкое смешивание может вызвать пенообразование и гемолиз!	1-2 с.

14	Разместите пробирку на соответствующем штативе.	1-2 с.
15	Если у пациента требуется взять несколько проб крови, вставьте следующую пробирку в держатель, повторите забор крови.	20-30 с.
16	Извлеките иглу из места венепункции.	1-2 с.
17	Утилизируйте иглу и держатель.	1-2 с.
18	Наложите давящую повязку.	2-3 с.
19	Снимите перчатки, проведите гигиеническую обработку рук.	7-10 с.

* в случае, если в организации используется ЛИС.

2. Порядок информирования и опроса пациента

Объяснить пациенту ход процедуры. Пациент может бояться самой процедуры венепункции. Поэтому важно спокойно и доверительно, простыми словами объяснить ему, как берется кровь и, что дискомфорт и болезненные ощущения обычно исчезают после введения иглы в вену.

Пример опроса пациента:

- знаете ли Вы что к сдаче анализов нужно было подготовиться? (накануне вечером не употреблять жирную пищу и алкоголь, прекратить прием лекарственных препаратов за 12 часов до исследования, утром перед исследованием не принимать пищу и не курить);

- выполнили ли Вы условия подготовки?

3. Порядок действий в нестандартных ситуациях

Должно быть определено что делать, если:

1. У пациента с направлением на исследование на ВИЧ-инфекцию отсутствует документ, удостоверяющий личность?

- в случае, если у пациента отсутствует документ, удостоверяющий личность, в исследовании должно быть отказано. Пациенту необходимо разъяснить, что исследование выполняется только по предъявлению документа, удостоверяющего личность.

2. Пациент не готов к исследованию?

- в исследовании может быть отказано, **либо**

- забор биоматериала производится, пробирка с биоматериалом маркируется соответствующим сигналом, пациенту разъясняется, что достоверность исследования может быть снижена и его могут пригласить на повторное исследование.

3. У пациента резко ухудшилось самочувствие?

- распишите алгоритм оказания неотложной помощи, **например:**

- прекратить забор крови;

- уложить пациента;

- освободить от тесной одежды, обеспечить приток свежего воздуха;

- контролировать пульс, ЧД, АД;

- вызвать врача (кабинета неотложной помощи).

4. Произошла аварийная ситуация с биологическим материалом?

- распишите алгоритм действий в аварийной ситуации с биологическим материалом в соответствии с СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции».

Действия медицинского работника при аварийной ситуации.

- в случае порезов и уколов немедленно снять перчатки, вымыть руки с мылом под проточной водой, обработать руки 70%-м спиртом, смазать ранку 5%-м спиртовым раствором йода;

- при попадании крови или других биологических жидкостей на кожные покровы это место обрабатывают 70%-м спиртом, обмывают водой с мылом и повторно обрабатывают 70%-м спиртом;

- при попадании крови и других биологических жидкостей пациента на слизистую глаз, носа и рта: ротовую полость промыть большим количеством воды и прополоскать 70% раствором этилового спирта, слизистую оболочку носа и глаза обильно промывают водой (не тереть);

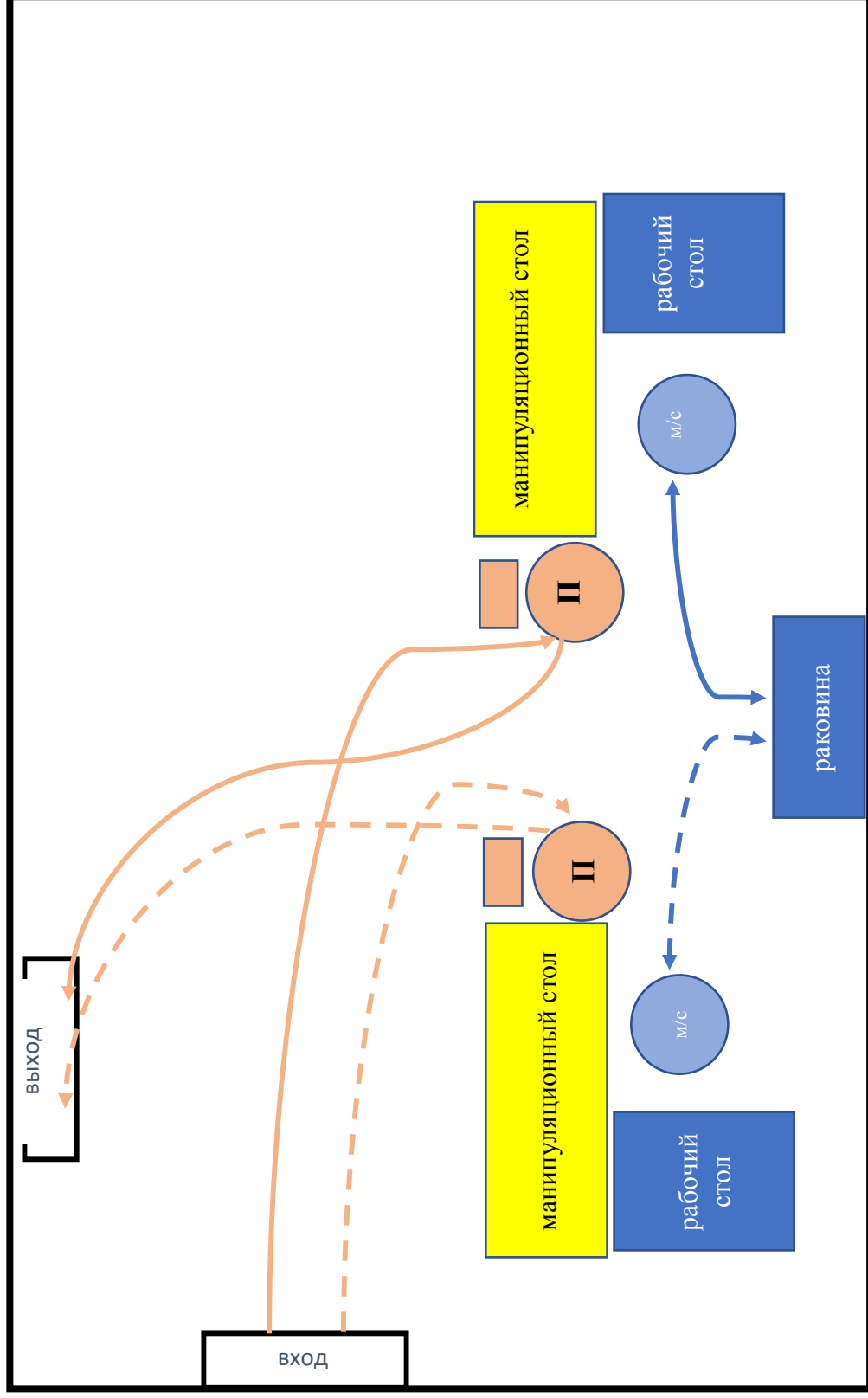
- при попадании крови и других биологических жидкостей пациента на халат, одежду: снять рабочую одежду и погрузить в дезинфицирующий раствор или в бикс (бак) для автоклавирования;

- при наличии риска заражения ВИЧ-инфекцией как можно быстрее начать прием антиретровирусных препаратов в целях постконтактной профилактики заражения ВИЧ.

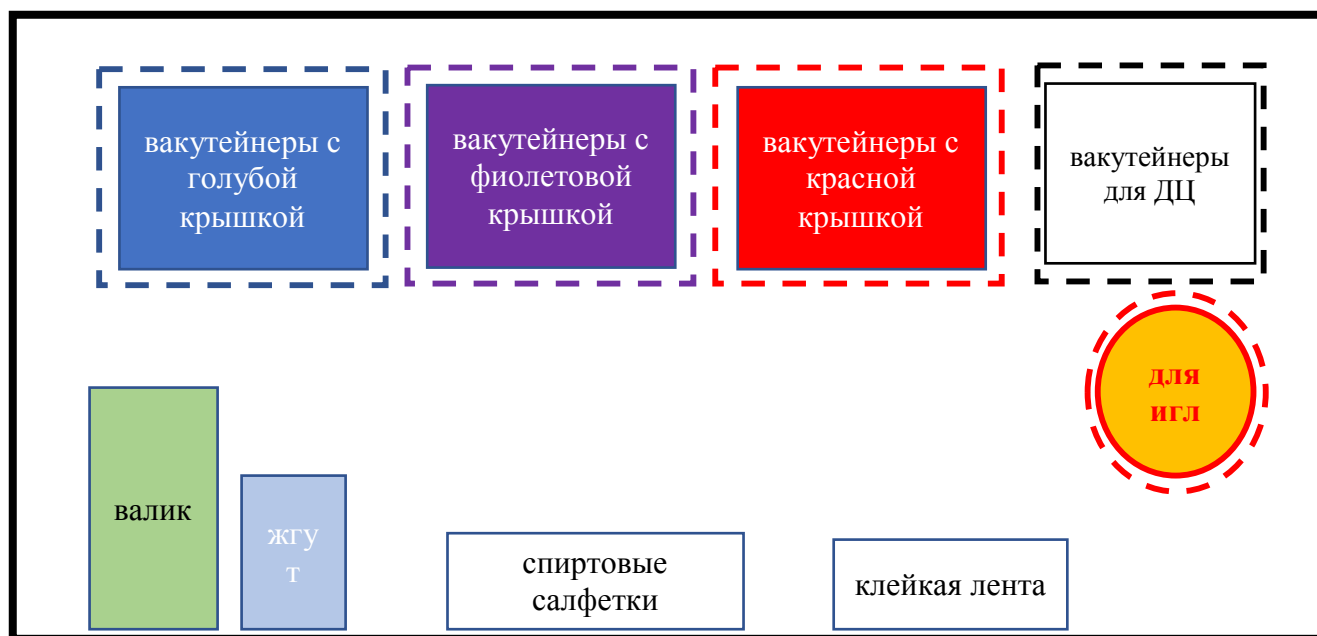
При наступлении аварийной ситуации, повлекшей за собой риск заражения ВИЧ-инфекцией, сотрудники медицинских организаций должны незамедлительно сообщать о каждом аварийном случае руководителю подразделения, его заместителю или вышестоящему руководителю.

Аварийные ситуации должны учитываться в каждой медицинской организации в Журнале учета аварийных ситуаций при проведении медицинских манипуляций.

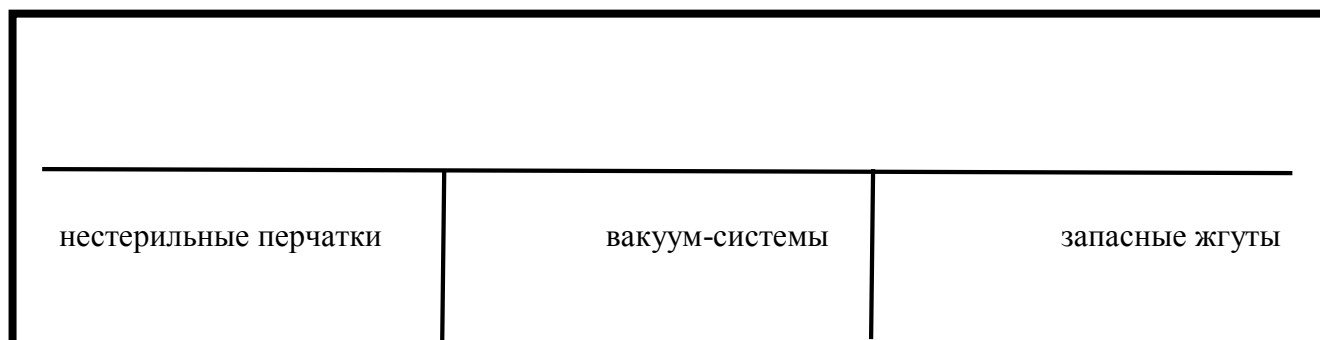
Приложение 1. Пример размещения рабочего места медицинской сестры процедурного кабинета.



Приложение 2. Пример зонирования рабочих поверхностей.
Манипуляционный стол (верхняя поверхность)

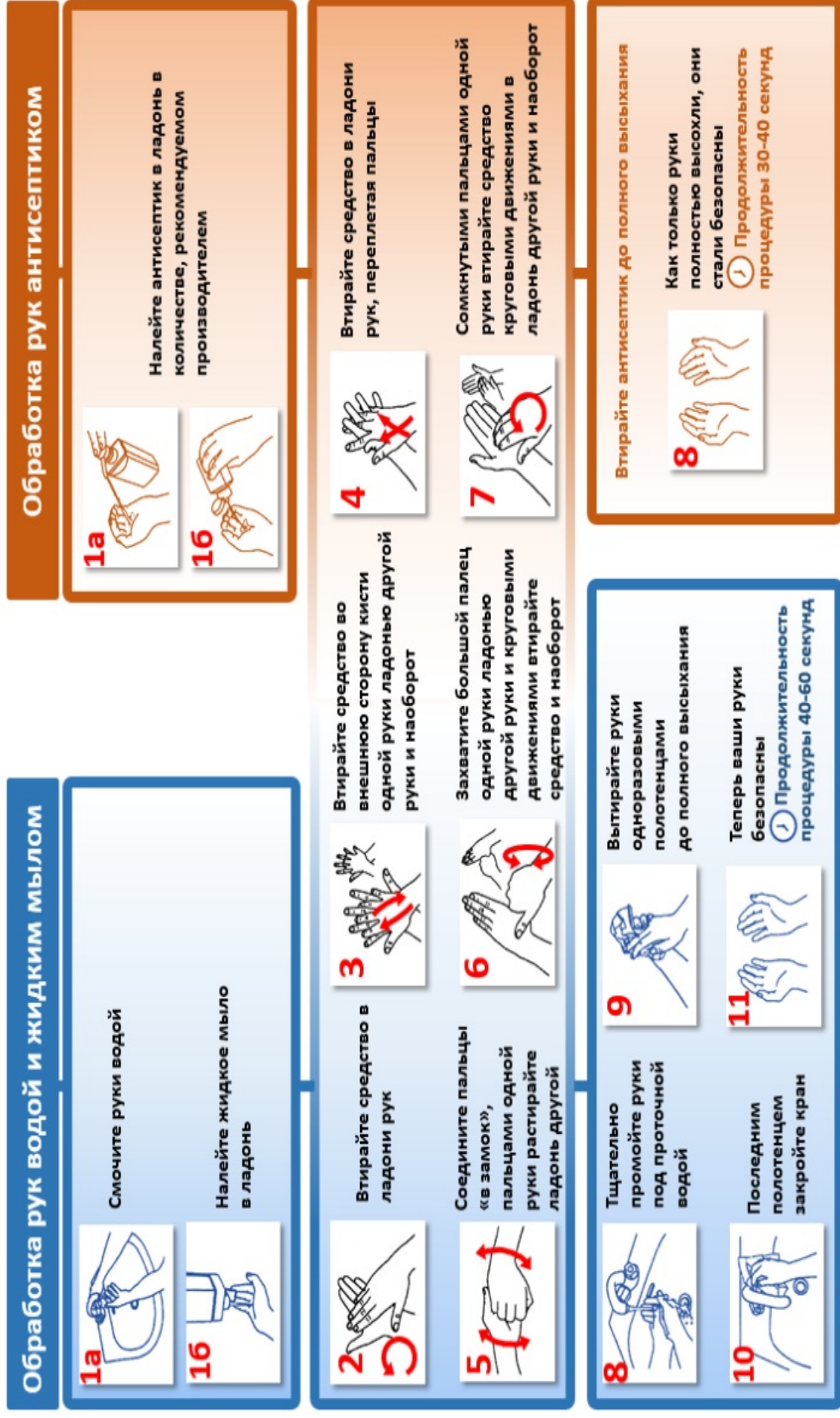


Выдвижные ящики



Полка





Действия медицинского работника, в случае возникновения аварийных ситуаций при работе с кровью и другими биологическими жидкостями (СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции»):

- –в случае порезов и уколов немедленно снять перчатки, вымыть руки с мылом под проточной водой, обработать руки 70%-м спиртом, смазать ранку 5% спиртовым раствором йода;
 - –при попадании крови или других биологических жидкостей на кожные покровы это место обрабатывают 70%-м спиртом, обмывают водой с мылом и повторно обрабатывают 70%-м спиртом;
 - –при попадании крови и других биологических жидкостей пациента на слизистую глаз, носа и рта: ротовую полость промыть большим количеством воды и прополоскать 70% раствором этилового спирта, слизистую оболочку носа и глаза обильно промывают водой (не тереть);
 - –при попадании крови и других биологических жидкостей пациента на рабочую одежду: снять ее и погрузить в дезинфицирующий раствор или в бикс (бак) для автоклавирования;
 - - при попадании крови и биологических жидкостей на поверхность рабочего места – обработать поверхности дезинфицирующим раствором дважды с интервалом 15 минут или залить раствором дезинфицирующего средства с экспозицией 1 час;
 - - при загрязнении медицинского оборудования кровью и биологическими жидкостями - обработать поверхности дезинфицирующим раствором дважды с интервалом 15 минут или залить раствором дезинфицирующего средства с экспозицией 1 час.
- необходимо зарегистрировать факт аварийной ситуации в журнал учета аварийных ситуаций, который должен находиться на рабочем месте (приложение №4).

Алгоритм постконтактных мероприятий при аварийных ситуациях



Действия медицинского работника при аварийной ситуации:



в случае порезов и уколов:

- *немедленно снять перчатки;*
- *вымыть руки с мылом под проточной водой;*
- *обработать руки 70%-м спиртом;*
- *смазать ранку 5%-м спиртовым раствором йода.*



При попадании крови на кожные покровы:



- *это место обрабатывают 70%-м спиртом;*
- *обмывают водой с мылом;*
- *повторно обрабатывают 70%-м спиртом.*



При попадании крови пациента на халат, одежду:



- *снять рабочую одежду;*
- *погрузить в дезинфицирующий раствор или в бикс (бак) для автоклавирования.*



При попадании крови на слизистую глаз, носа и рта:



- ✓ *ротовую полость промыть большим количеством воды;*
- ✓ *прополоскать 70% раствором этилового спирта;*
- ✓ *слизистую оболочку носа и глаза обильно промывают водой (не тереть).*

ПРИ ПОПАДАНИИ БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЕЙ НА ПОЛ, СТЕНЫ, МЕБЕЛЬ, ОБОРУДОВАНИЕ:

- загрязненное место залить дезинфицирующим раствором по режиму вирусной инфекции;
- выдержать положенное время экспозиции;
- протереть загрязненное место ветошью, смоченной в дезинфицирующем растворе;
- использованную ветошь сбросить в емкость с дезинфицирующим раствором.



ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОЦЕССА ВАКЦИНАЦИИ

Оптимизация процесса вакцинации включает в себя следующие компоненты:

1. Архитектурно-планировочное решение.
2. Навигация и визуализация.
3. Оптимизация времени работы кабинета.
4. Подготовка кадров.
5. Разделение потоков.
6. Стандартизация направления пациента.
7. Стандартизация рабочего места медицинской сестры.
8. Стандартизация процедуры вакцинации.

Архитектурно-планировочное решение.

Кабинет вакцинопрофилактики размещается в непосредственной близости от кабинетов участковых врачей, кабинета здорового ребенка (детская поликлиника) или врача-инфекциониста (взрослая поликлиника) – на одном этаже, в одном крыле, отсеке, рекреации.

В месте ожидания пациентов (холле, коридоре перед кабинетом вакцинопрофилактики) размещается достаточное количество мест для сидения, желательно размещение корзин с бахилами.

Навигация и визуализация.

Путь от гардероба (регистратуры) до места размещения кабинетов вакцинопрофилактики обозначается информационными указателями (в виде стрелочек или сплошных полос контрастного цвета).

Вход в кабинет вакцинопрофилактики обозначается табличкой. *Например:* «Прививочный кабинет».

В месте ожидания (возле входа в прививочный кабинет) размещается табличка с информацией о сроках, методах вакцинации, возможных побочных явлениях – это позволит сократить время на информирование пациента (законного представителя).

Все сотрудники имеют прикрепленные на рабочей одежде бейджи с указанием ФИО и занимаемой должности. Все надписи должны быть четкими, разборчивыми и понятными.

Кабинет оснащается светозвуковой сигнализацией «Входите» для приглашения пациента на процедуру или системой «Электронная очередь» (терминал и табло).

Оптимизация времени работы.

Кабинеты вакцинопрофилактики работают в согласовании с расписанием кабинетов участковых врачей, кабинета здорового ребенка, кабинета врача-инфекциониста (взрослая поликлиника).

В дни здорового ребенка работа кабинета вакцинопрофилактики организуется в 2 смены (в соответствии с работой кабинетов врачей-педиатров).

Врач, выдающий направление (допуск) на вакцинацию, информирует пациента (законного представителя) о времени работы кабинета вакцинопрофилактики, также информация должна быть размещена на сайте организации.

Подготовка кадров.

Медицинских сестер необходимо обучить основным принципам бережливого производства, стандартам организации рабочего места (5S), стандартам выполнения процедуры вакцинации.

Необходимо предусмотреть кадровый резерв (дополнительную должность, совмещение, совместительство) на случай необходимости усиления кабинета в дни увеличения потока пациентов (сезонные прививки – против гриппа, клещевого энцефалита; дни туберкулинодиагностики и т. д.).

Разделение потоков.

Для регулирования потока пациентов организуется *электронная очередь*. В месте ожидания (перед входом в кабинет) устанавливается терминал для получения талонов электронной очереди.

Важно! Обратите внимание на технические настройки программы электронной очереди – в талоне должна отображаться очередь непосредственно на процедуру, а не общая очередь в поликлинике!

Потоки пациентов разделяются в соответствии с СП 3.3.2367-08 «Организация иммунопрофилактики инфекционных болезней», например: туберкулиновые пробы, вакцинация БЦЖ, другие прививки и т. д. При невозможности выделения отдельных кабинетов, потоки разделяются по времени – выделение определенных дней (или часов) для проведения конкретных прививок (диагностических тестов).

По возможности предусматриваются разные двери для входа и выхода пациентов из кабинета.

Стандартизация направления (допуска) пациента

Направление (допуск) на вакцинацию заполняется на стандартных бланках (в стандартном виде в медицинских картах) четко, разборчиво, исключая неверное толкование. Желательно формирование направления (допуска) в электронном виде с использованием РМИС.

Врач, выдающий направление (допуск) на вакцинацию, информирует пациента:

- о подготовке к вакцинации (при необходимости);
- о возможных побочных явлениях, осложнениях;
- о времени работы кабинета.

Важно! Добровольное информированное согласие на вакцинацию получает врач при осмотре пациента и выдаче направления (допуска) на вакцинацию, о чем делается отметка в медицинской карте.

Стандартизация рабочего места медицинской сестры.

При организации рабочего места медицинской сестры необходимо руководствоваться принципами эргономики, 5S и визуализации.

Размещение холодильника, рабочего и манипуляционного столов должно исключить лишние передвижения медсестры по кабинету. В случае отсутствия отдельных помещений для проведения туберкулиновых проб и БЦЖ-вакцинации, в прививочном кабинете размещаются три манипуляционных стола, при этом размещение нужно сделать максимально рациональным, манипуляционные столы маркируются по видам прививок. Пример размещения – **Приложение 1**.

Размеры столов должны позволять свободно разместить необходимые материалы и инструменты. Рабочие поверхности столов зонированы в соответствии с размещаемыми материалами и инструментами, желательно провести маркировку и оконтуривание зон.

В холодильнике для хранения вакцин полки должны быть маркированы.

Предусмотрите место для размещения сумок, пакетов, кофт, пиджаков и других мелких вещей пациента, с которыми он может зайти в кабинет. Это может быть полка, крючки, подставка рядом с креслом пациента. Место промаркируйте надписью (табличкой), **например**: «Здесь вы можете оставить свои вещи».

На рабочем столе размещаются:

верхняя поверхность:

- кнопка светозвуковой сигнализации для вызова пациента;
- рабочие документы (журналы), в случае использования системы автоматического управления иммунопрофилактикой – персональный компьютер с программным обеспечением.

выдвижной ящик:

- перчатки.

На манипуляционном столе размещаются:

верхняя поверхность:

- ватные шарики, спирт, пинцеты (или спиртовые салфетки);
- контейнер для сбора отходов класса В (шприцы, отработанные вакцины);

выдвижной ящик:

- стерильные шприцы (запас на 1 день работы);
- жгут, лейкопластырь, ножницы;

полка:

- контейнер для сбора грязных перчаток.

При расстановке мебели в кабинете предусмотреть размещение дополнительного рабочего места для усиления кабинета в дни увеличения потока пациентов.

Правила обработки рук (пример - **Приложение 3 к оптимизации работы процедурного кабинета**) и **Порядок действий персонала в случае аварийной ситуации** (пример – **Приложение 4,5 к оптимизации работы процедурного кабинета**) с использованием элементов инфографики размещаются на

ламинированном листе (или в другом виде, устойчивом к влажной уборке) в доступном месте.

Стандарт процедуры вакцинации.

Стандартизируйте все действия медсестры кабинета вакцинопрофилактики. Возможно оформление стандарта в текстовом варианте и в виде блок-схем (главное, чтобы было понятно сотрудникам!).

Стандарт визуализируйте (с использованием элементов инфографики) и разместите на рабочем месте медицинской сестры на ламинированном листе или в ином виде, предусматривающем влажную обработку.

Стандартизируйте общение медицинской сестры с пациентом (законным представителем). Для этого составьте перечень желательных фраз для разных рабочих ситуаций. Желательно, чтобы работу по составлению перечня желательных фраз медицинские сестры выполнили самостоятельно.

Пример:

1. Порядок действий медицинской сестры при вакцинации.

Ответственный – медицинская сестра кабинета вакцинопрофилактики.

	Действие медсестры	время
1	Нажмите кнопку светозвуковой сигнализации для приглашения пациента.	1 с.
2	Предложите пациенту сесть и освободить от одежды место вакцинации.	5-7 с.
3	Просмотрите направление (допуск) пациента, проверьте наличие добровольного информированного согласия.	5-15 с.
4	Поместите направление (карту) в соответствующую зону на рабочем столе. Внесите сведения о прививке во все формы учета. * или введите данные в программу «Вакцинация»	20-30 с. *5-7 с.
5	Информируйте пациента (законного представителя) в доступной форме о процедуре вакцинации.	10-15 с.
6	Наденьте новые перчатки.	2-3 с.
7	Достаньте вакцину из холодильника. Сверьте наименование препарата на ампуле с назначением врача, проверьте маркировку, срок годности МИБП, целость ампулы.	7-10 с.
8	Визуально оцените качество препарата (путем встряхивания сорбированных вакцин и после растворения лиофилизированных вакцин).	2-3 с.
9	Предложите пациенту (законному представителю) убедиться в наименовании и сроке годности вакцины.	3-5 с.
10	Вскройте ампулу (флакон), произведите забор вакцины в шприц.	3-5 с.
11	Обработайте место введения вакцины кожным антисептиком.	1-2 с.
12	Произведите иммунизацию.	5-10 с.

13	Утилизируйте шприц, вату, ампулу (флакон).	2-3 с.
14	Уберите в холодильник ампулу или флакон при многодозовой расфасовке препарата.	3-5 с.
15	Снимите перчатки, проведите гигиеническую обработку рук.	7-10 с.
	Итого	76-121 с. *71-100 с.

* **Важно!** При использовании в организации системы автоматического управления иммунопрофилактикой (например, программы «Вакцинация») журналы учета, прививочные формы, отчетные формы заполняются и формируются автоматически.

2. Порядок информирования пациента (законного представителя)

1. Объяснить пациенту (законному представителю) ход процедуры вакцинации.
 - Вам (Вашему ребенку) будет выполнена прививка против;
 - используется вакцина (наименование вакцины);
 - прививка выполняется (как и куда, *например: подкожно в область предплечья*);
2. Информировать о возможных реакциях, побочных явлениях.
 - после вакцинации возможно ...;
 - в случае необычных и сильных реакций вы должны обратиться за медицинской помощью;
3. Предупредить о необходимости пребывания около прививочного кабинета в течение 30 мин. после вакцинации.

3. Порядок действий в нестандартных ситуациях

должно быть определено что делать, если:

1. У пациента резко ухудшилось самочувствие?
 - распишите алгоритм оказания неотложной помощи, *например:*
 - прекратить введение вакцины;
 - немедленно вызвать врача;
 - уложить пациента;
 - на место введения вакцины приложить лед, наложить жгут выше места инъекции (если возможно) на 30 минут, не сдавливая артерии;
 - место инъекции «крестообразно» обколоть 0,1% раствором адреналина;
 - контролировать пульс, ЧД, АД.
2. Произошла аварийная ситуация с биологическим материалом?
 - распишите алгоритм действий в аварийной ситуации с биологическим материалом в соответствии с СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции».

Действия медицинского работника при аварийной ситуации:

- в случае порезов и уколов немедленно снять перчатки, вымыть руки с мылом под проточной водой, обработать руки 70%-м спиртом, смазать ранку 5%-м спиртовым раствором йода;

- при попадании крови или других биологических жидкостей на кожные покровы это место обрабатывают 70%-м спиртом, обмывают водой с мылом и повторно обрабатывают 70%-м спиртом;

- при попадании крови и других биологических жидкостей пациента на слизистую глаз, носа и рта: ротовую полость промыть большим количеством воды и прополоскать 70% раствором этилового спирта, слизистую оболочку носа и глаза обильно промывают водой (не тереть);

- при попадании крови и других биологических жидкостей пациента на халат, одежду: снять рабочую одежду и погрузить в дезинфицирующий раствор или в бикс (бак) для автоклавирования;

- при наличии риска заражения ВИЧ-инфекцией как можно быстрее начать прием антиретровирусных препаратов в целях постконтактной профилактики заражения ВИЧ.

При наступлении аварийной ситуации, повлекшей за собой риск заражения ВИЧ-инфекцией, сотрудники медицинских организаций должны незамедлительно сообщать о каждом аварийном случае руководителю подразделения, его заместителю или вышестоящему руководителю.

Аварийные ситуации должны учитываться в каждой медицинской организации в Журнале учета аварийных ситуаций при проведении медицинских манипуляций.

3. Произошла чрезвычайная ситуация, нарушающая «холодовую цепь»

- составьте План экстренных мероприятий

План экстренных мероприятий

должен включать в себя следующие документы:

- схему размещения холодильных (морозильных) камер и холодильного оборудования на территории организации, задействованных для размещения иммунобиологических лекарственных препаратов в повседневном режиме;

- схему размещения резервных холодильных (морозильных) камер, холодильного оборудования и термоконтейнеров, используемых только в чрезвычайных ситуациях с расчетом их оптимальной потребности;

- схему переключения холодильного оборудования на резервные и автономные источники питания;

- расчет потребности холодильного (морозильного) оборудования и термоконтейнеров для обеспечения сохранности иммунобиологических лекарственных препаратов;

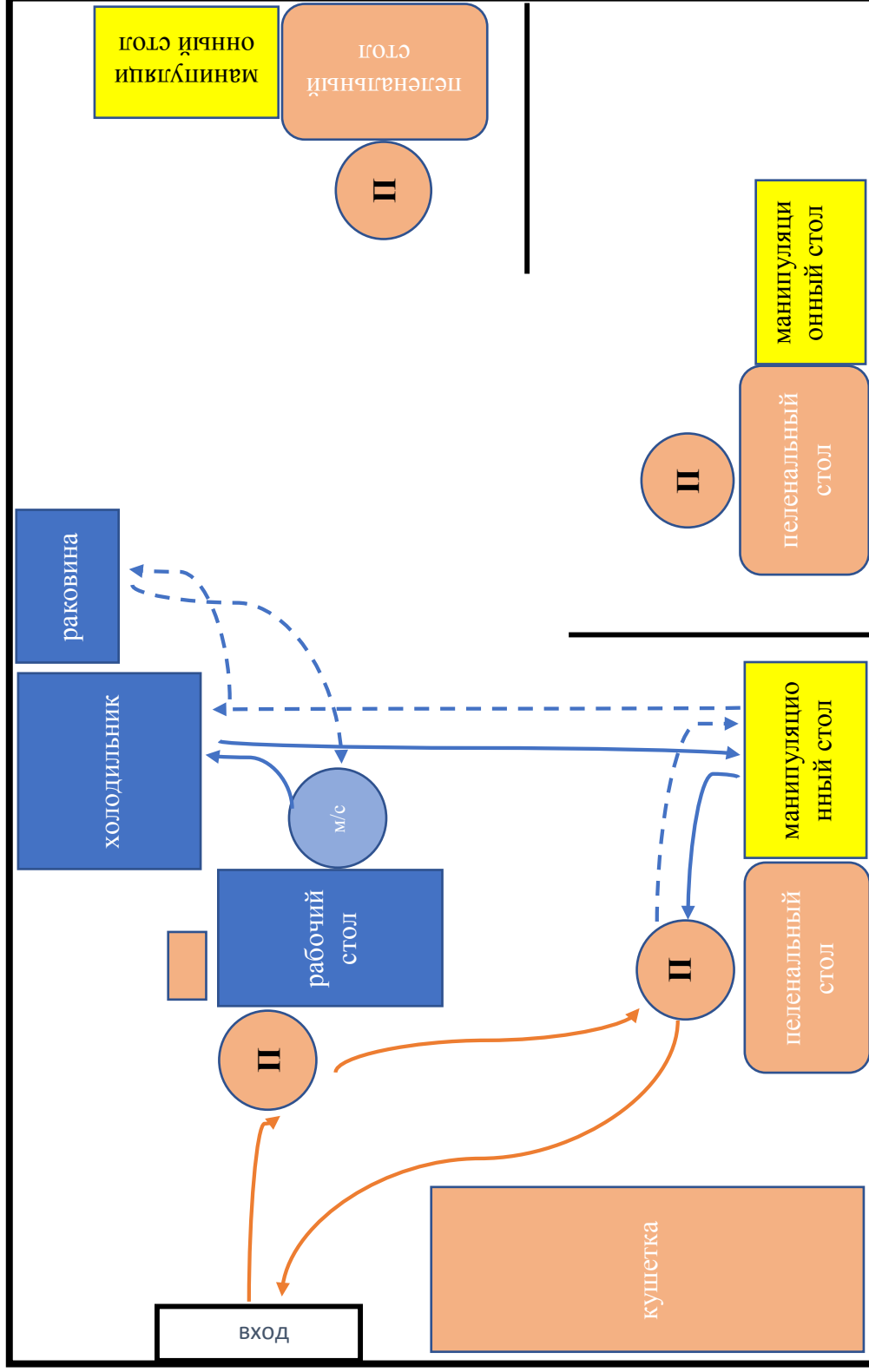
- состав аварийно-восстановительных групп (ответственные лица);

- должностные обязанности лиц по восстановлению работоспособности холодильного оборудования и энергоснабжения;

- должностные обязанности лиц по обеспечению сохранности иммунобиологических лекарственных препаратов в чрезвычайных ситуациях;

- порядок обеспечения сохранности иммунобиологических лекарственных препаратов во время их транспортирования по прямым и кольцевым маршрутам.

Приложение 1. Пример размещения рабочего места медицинской сестры прививочного кабинета.



ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

Оптимизация проведения профилактических осмотров и диспансеризации взрослого населения включает в себя следующие компоненты:

1. Организационно-правовое регулирование работы.
2. Архитектурно-планировочное решение.
3. Навигация и визуализация.
4. Разделение потоков.
5. Подготовка кадров.
6. Осуществление подготовительного этапа.
7. Стандартизация работы.

Организационно-правовое регулирование.

На основании приказа МЗ РФ №124н от 13.03.2019 г. «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» в медицинской организации необходимо разработать и ввести в действие ***Положение о проведении профилактических осмотров и диспансеризации.***

Данное ***Положение*** определяет:

- исходя из принципа разделения потоков, выделение подразделения (***например:*** отделение медицинской профилактики, центр здоровья, отделение диспансеризации и профосмотров), которое будет заниматься организацией и проведением профосмотров и диспансеризации;
- необходимые помещения и оснащение подразделения;
- штаты подразделения (на основании расчета оптимальной и максимальной пропускной способности);
- время работы подразделения;
- функции подразделения, распределение функциональных обязанностей между сотрудниками;
- стандарт маршрута движения пациента в процессе профосмотров и диспансеризации.

Архитектурно-планировочное решение.

Отделение медицинской профилактики размещаются в отдельном отсеке (крыле, рекреации, отдельно стоящем здании), желательно с отдельным входом. При наличии отдельного входа организуется гардероб. В отсеке имеется туалет (санитарная комната) для пациентов.

На входе размещается терминал для получения талонов электронной очереди.

В месте ожидания пациентов (холле, коридоре перед кабинетами) размещается достаточное количество мест для сидения, столы с письменными принадлежностями (для самостоятельного заполнения анкеты пациентом), корзины с бахилами.

Желательно размещение кулеров с питьевой водой, автоматов с горячими напитками и закусками (по возможности – буфета).

Возможно размещение экранов, видеомониторов с трансляцией полезной информации (о здоровом образе жизни, профилактике заболеваний и т. д.), организация действия беспроводного подключения к сети Интернет.

Навигация и визуализация.

Отделение медицинской профилактики обозначается надписью (вывеской) достаточно крупной и хорошо заметной.

Путь следования пациента (маршрут) обозначается информационными указателями (в виде стрелочек или сплошных полос контрастного цвета).

Входы в кабинеты обозначаются табличками с указанием функциональной принадлежности. ***Например:*** «Смотровой кабинет», «Кабинет врача-терапевта. ФИО.....».

Все сотрудники имеют прикрепленные на рабочей одежде бейджи с указанием ФИО и занимаемой должности.

Все надписи должны быть четкими, разборчивыми и понятными.

Разделение потоков.

Разделите поток пациентов, проходящих диспансеризацию в соответствии с приказом МЗ РФ №124н от 13.03.19 «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»:

По частоте прохождения исследований

1. профосмотр (возраст от 18 до 39 лет) – 1 раз в 1 год
 - работающие;
 - неработающие;
 - обучающиеся.
2. диспансеризация (возраст от 18 до 39 лет) – 1 раз в 3 года
 - работающие;
 - неработающие;
 - обучающиеся.
3. профосмотр и диспансеризация (возраст от 40 до 64 лет) – 1 раз в 1 год
 - работающие;
 - неработающие.
4. профосмотр и диспансеризация (возраст старше 65 лет) – 1 раз в 1 год
5. исследования 1 раз в 2 года
 - маммография (женщины 40-74 лет);
 - кал на скрытую кровь (граждане 40-64 лет).

По полу и возрасту (для определения объема профосмотра и диспансеризации)

- мужчины;
- женщины;

- от 18 до 39 лет;
- от 40 до 64 лет;
- 65 лет и старше.

Заранее пропишите маршрут для каждой половозрастной группы диспансеризации. Пример – ***Приложение 1.***

Произведите разделение потоков пациентов по времени, ***например:*** приглашайте работающих граждан к 7.30-8.00, неработающих – к 9.00-9.30.

В субботу организуйте запись преимущественно работающих граждан.

Подготовка кадров.

Сотрудников отделения медицинской профилактики необходимо обучить основным принципам бережливого производства, стандартам организации рабочего места (5S), стандартам общения с пациентом, стандартам выполнения маршрута движения пациента.

Администратора (регистратора) отделения медицинской профилактики необходимо обучить формам ведения диалога с пациентом, порядку действий в стрессовых и конфликтных ситуациях, методам разрешения конфликта и бесконфликтного взаимодействия. Обучение должно проводиться в форме тренингов с разбором типичных ситуаций и отработкой практических навыков. Тренинги желательно повторять не менее 2 раз в год.

Необходимо предусмотреть кадровый резерв (дополнительную должность, совмещение, совместительство) на случай необходимости усиления отделения медицинской профилактики в дни увеличения потока пациентов.

Осуществление подготовительного этапа диспансеризации

Адекватное планирование и проведение работы на подготовительном этапе позволит снизить все виды потерь и выполнить план диспансеризации.

Подготовительный этап:

1. Отдел (кабинет) медицинской статистики:

- определяет численность и списочный состав каждой группы населения (группы определяются на основе разделения потоков) в соответствии с плановыми объемами, утвержденными распоряжением министерства здравоохранения Иркутской области;
- определяет распределение потока в течение года;
- передает информацию в отделение медицинской профилактики и по участкам.

2. Отделение медицинской профилактики:

на основании информации от отдела медицинской статистики администратор (регистратор) отделения медицинской профилактики:

- формирует на каждого гражданина индивидуальный маршрут прохождения профосмотра и (или) диспансеризации;

- формирует и заполняет в электронном виде бланки диспансеризации таким образом, чтобы пациент только ознакомился и поставил подпись

3. Информирование и приглашение граждан на профосмотр и диспансеризацию может осуществляться по нескольким направлениям одновременно:

- адресное смс-оповещение;

- информирование представителями страховых медицинских организаций;

- адресная информационная листовка (распространяется медицинскими сестрами участковыми при обходе участка);

- информирование при обращении пациента в поликлинику (осуществляется регистратором, любым врачом, к которому обратился пациент – при использовании электронных карт возможно установление контрольного знака «Подлежит диспансеризации в этом году»);

- информирование через предприятия и организации.

Пример информационного обращения – *Приложение 2.*

4. Запись пациентов на диспансеризацию:

- для эффективной записи пациентов необходимо определить пропускную способность отделения медицинской профилактики, то есть оптимальное и максимальное количество пациентов в день;

- запись на диспансеризацию осуществляется всеми доступными средствами: через информационный портал, по телефону, при личном обращении;

- при записи нужно использовать принцип разделения потоков, *например* на субботу записывать преимущественно работающих граждан;

- при записи на диспансеризацию пациента необходимо информировать о месте, времени обследования, о необходимости предъявить документ, удостоверяющий личность, о необходимости подготовки к обследованию, о необходимости и правилах сдачи анализов (ОАК, кала на скрытую кровь). Информирование может быть в виде листовки (маршрутного листа) либо смс-оповещения.

5. Отделение медицинской профилактики

на основании записи администратор (регистратор) отделения медицинской профилактики:

- подбирает и доставляет в отделение амбулаторные карты пациентов;

- при незапланированном посещении пациента (вне записи) немедленно сообщает в регистратуру о необходимости доставить карту (по телефону или внутренней почте), пациенту в это время предлагается пройти анкетирование;

!!! Важно: при наличии электронных карт эти действия исключаются!

Стандартизация работы

Разработайте стандарт движения пациента, проходящего диспансеризацию, с указанием конкретного перечня работ для каждого кабинета (пункта следования пациента).

Профосмотр. I этап диспансеризации.

На первом этапе диспансеризации для упорядочивания движения пациентов организуется *электронная очередь*.

!!! Важно: при организации электронной очереди на первом этапе диспансеризации важно соблюдать порядок очередности кабинетов на пути следования пациента, то есть программировать электронную очередь таким образом, чтобы 1 пунктом следования всегда являлся администратор (регистратор), 2-3 пунктами – кабинет доврачебного приема либо пункт забора биоматериала, 4-5 пунктами – рентген-кабинет либо смотровой кабинет, 6 пунктом – кабинет врачебного приема, 7 (последним) пунктом - администратор (регистратор).

1. Администратор (регистратор) отделения медицинской профилактики

- предлагает пациенту взять талон электронной очереди;
- идентифицирует личность гражданина;
- выдает пациенту амбулаторную карту с прикрепленным маршрутом.

!!! Важно: при наличии электронных карт это действие исключается!

- распечатывает бланк диспансеризации и предлагает пациенту ознакомиться и подписать;

- выдает и предлагает заполнить анкету пациента;

!!! Важно: организуйте место для самостоятельного заполнения анкеты пациентом в период ожидания приема

- информирует и консультирует пациента по маршруту диспансеризации.

2. Фельдшер отделения медицинской профилактики (кабинет доврачебного приема):

- проверяет заполнение анкеты (либо анкетировает пациента, если он не успел заполнить анкету самостоятельно);

- проводит антропометрию;

- проводит измерение АД;

- проводит измерение внутриглазного давления бесконтактным методом (согласно маршруту);

- проводит регистрацию ЭКГ (согласно маршруту);

- определяет уровень глюкозы и общего холестерина в крови экспресс-методом (при наличии сертифицированного экспресс-анализатора, прошедшего метрологическую поверку с ежедневным определением погрешности прибора по сравнению с лабораторным методом определения общего холестерина и глюкозы крови)

3. Пункт забора биоматериала организуется в составе кабинета доврачебного приема отделения медицинской профилактики в случае отсутствия сертифицированного экспресс-анализатора и для приближения к пациенту забора крови на ПСА, ОАК и кала на скрытую кровь. Медицинская сестра пункта:

- производит забор венозной крови;
- производит маркировку и сбор образцов кала в специальный контейнер;
- доставляет биоматериал в лабораторию.

4. Рентгенологический кабинет

- проводит ФЛГ-исследование
- проводит маммографию (согласно маршруту)

!!! Важно: при невозможности организовать работу рентген-кабинета в составе отделения медицинской профилактики, в рентген-кабинете выделяются специальные часы приема граждан, проходящих диспансеризацию!

5. Смотровой кабинет (либо кабинет акушера-гинеколога):

акушерка (врач акушер-гинеколог):

- производит осмотр;
- производит забор цитологического мазка с шейки матки (цервикального канала).

6. Врач-терапевт отделения медицинской профилактики (кабинет врачебного приема):

- просматривает и интерпретирует результаты анкетирования, скринингового обследования, в т. ч. производит расшифровку ЭКГ;

- проводит осмотр пациента, в том числе осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний;

- определяет сердечно-сосудистый риск (относительный или абсолютный согласно маршруту);

- устанавливает диагноз;

- определяет группу здоровья;

при проведении диспансеризации дополнительно:

- проводит краткое индивидуальное профилактическое консультирование;

- определяет наличие (отсутствие) показаний для обследований на втором этапе диспансеризации;

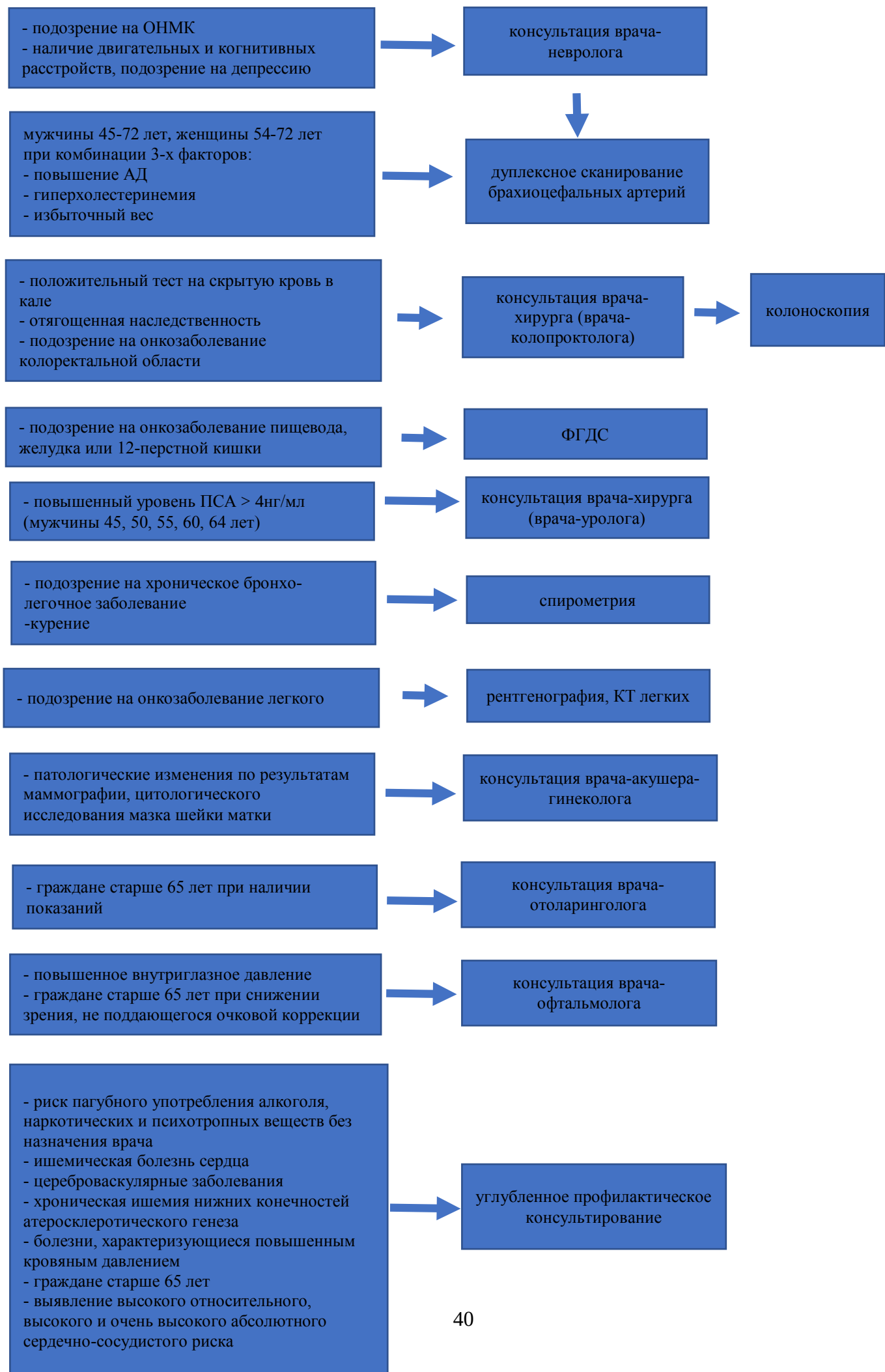
- формирует (выдает) направление на обследование на втором этапе диспансеризации.

7. Администратор (регистратор) отделения медицинской профилактики:

- производит запись пациента на обследования на втором этапе диспансеризации;
- выдает маршрутный лист второго этапа.

Примерная схема расположения кабинетов отделения медицинской профилактики и движения потока пациентов представлена в **Приложении 3.**

II этап диспансеризации.



На втором этапе диспансеризации желательно предусмотреть кабинеты консультативного приема врачей (хирурга, офтальмолога, отоларинголога и т. д.) в составе отделения медицинской профилактики, либо выделить часы приема врачей-специалистов, предназначенные только для приема пациентов по диспансеризации.

Врач-терапевт отделения медицинской профилактики:

- проводит повторный осмотр пациента по завершению маршрута второго этапа диспансеризации;
- устанавливает диагноз;
- определяет группу здоровья;
- определяет группу диспансерного наблюдения;
- определяет наличие (отсутствие) показаний для дополнительных обследований вне объема диспансеризации;
- формирует (выдает) направление на обследование на вне объема диспансеризации.

Приложение 1. Оптимизация процесса диспансеризации.

Пример индивидуального маршрута:

Мужчина, 45 лет.

	пол	мужчина
	возраст	45
№ п/п	перечень исследований	отметка о выполнении
1	анкетирование	
2	антропометрия, расчет ИМТ	
3	измерение АД	
4	измерение внутриглазного давления	
5	определение уровня общего холестерина в крови	
6	определение уровня глюкозы в крови	
7	определение ПСА в крови	
8	ЭКГ в покое	
9	ОАК	
10	измерение внутриглазного давления	
11	ФГДС	
12	определение абсолютного сердечно-сосудистого риска	
13	индивидуальное профилактическое консультирование	
14	осмотр врача-терапевта	

Женщина, 60 лет.

	пол	женщина
	возраст	60
№ п/п	перечень исследований	отметка о выполнении
1	анкетирование	
2	антропометрия, расчет ИМТ	
3	измерение АД	
4	измерение внутриглазного давления	
5	определение уровня общего холестерина в крови	
6	определение уровня глюкозы в крови	
7	ЭКГ в покое	
8	флюорография легких	
9	маммография обеих молочных желез в 2-х проекциях	
10	осмотр акушера, взятие мазка с шейки матки	
11	ОАК	
12	исследование кала на скрытую кровь	
13	определение абсолютного сердечно-сосудистого риска	
14	индивидуальное профилактическое консультирование	
15	осмотр врача-терапевта	

Приложение 2. Оптимизация процесса диспансеризации.

Пример информационного обращения.

Уважаемый Петр Петрович!

Приглашаем вас пройти бесплатное медицинское обследование в рамках диспансеризации взрослого населения в поликлинике по адресу:

Обследование проводится с целью выявления факторов риска и ранних проявлений самых распространенных заболеваний. Для вас обследование будет проводиться в марте-апреле 2019 года.

Для записи на обследование вы можете:

позвонить по тел.: 333-33-33

записаться самостоятельно через информационный портал

обратиться в регистратуру поликлиники по адресу, время работы

Будем рады видеть вас в нашей поликлинике! Будьте здоровы!

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изложенные в данном методическом пособии стандарты организации процессов, при реализации проекта по созданию «Новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» являются основными направлениями, с которых начинают открытие проектов по улучшению все медицинские организации: оптимизация работы регистратуры, оптимизация работы процедурного кабинета, оптимизация процесса вакцинации, оптимизация проведения профилактического осмотра и диспансеризации взрослого населения. Разработанные стандарты дают возможность участникам проекта реализовать комплексный подход к внедрению улучшений, а также избежать излишних затрат и ошибок на разных этапах реализации проектов в медицинских организациях.

Использование в работе данного стандарта позволит грамотно выстроить процессы, сократить потери, улучшить условия труда сотрудников, увеличить удовлетворенность пациентов качеством условий оказания услуг и повысить престиж медицинской организации в целом.

Основными принципами в работе должны стать: лидерство руководителей, вовлеченность персонала и стремление к непрерывному улучшению медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь.