



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Департамент организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Центр организации первичной медико-санитарной помощи

Реализация проектов по улучшению с использованием методов бережливого производства в медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь

Методические рекомендации

г. Москва
2019 год

2 ВВЕДЕНИЕ



От пилотного проекта «Бережливая поликлиника» к «Новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь»

В октябре 2016 года по инициативе Управления по внутренней политике Администрации Президента Российской Федерации **стартовал пилотный проект** по совершенствованию системы оказания первичной медико-санитарной помощи **«Бережливая поликлиника»**

Президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам **26.07.2017 утвержден паспорт приоритетного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь»**

По состоянию **на 31.12.2018 приоритетный проект** «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» (далее – приоритетный проект) **реализуется в 52 субъектах Российской Федерации**, из них 19 субъектов Российской Федерации реализуют проект на инициативной основе.

С 2019 года приоритетный проект становится частью одного из восьми федеральных проектов национального проекта «Здравоохранение» – «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи»

Реализация федерального проекта запланирована на 2019 – 2024 годы включительно. В создании и тиражировании «Новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» будут участвовать 85 субъектов Российской Федерации, более 6,5 тыс. поликлиник будут использовать бережливые технологии в своей деятельности.

3 ВВЕДЕНИЕ



Новая модель основана на внедрении принципов бережливого производства и эффективного использования ресурсов системы здравоохранения

«Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» – медицинская организация ориентированная на:

- потребности пациента,
- бережное отношение к временному ресурсу как основному и оптимальной логистике реализуемых процессов,
- организованная с учетом принципов эргономики и соблюдения рабочего пространства,
- создающая позитивный имидж медицинского работника,
- организация оказания медицинской помощи основана на принципах бережливого производства

Цель: повышение удовлетворенности пациентов доступности медицинской помощи, эффективное использование ресурсов системы здравоохранения



4 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ



В рамках реализации проектов по улучшениям решаются следующие задачи:

- **формирование логистически эффективных потоков** пациентов (в зависимости от цели посещения) и персонала
- **сокращение сроков ожидания** медицинской помощи
- **повышение доступности** медицинской помощи
- **повышение удовлетворенности** пациентов качеством медицинской помощи
- **стандартизация** лечебно-диагностических процессов
- **оптимизация рабочего пространства**, обеспечивающего безопасность сотрудников и пациентов в медицинской организации
- **выравнивание нагрузки** между врачами и средним медицинским персоналом
- **разделение функций** персонала внутри отдельных структурных подразделений
- **эффективное использование** зданий, сооружений, медицинской техники и оборудования, кадровых и финансовых ресурсов
- **сокращение** всех видов потерь
- **создание эффективно функционирующих моделей** процессов для тиражирования опыта в другие медицинские организации
- **формирование лидерской среды** в медицинской организации, способной проводить улучшения на основе применения проектного подхода



5 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ



Проблемы, которые не решаются методами бережливого производства:

- **кадровая ситуация в медицинской организации**
- **увеличение объема оказываемых платных медицинских услуг**
- **обучение персонала IT-навыкам**
- **психологические особенности поведения посетителей медицинской организации**

6 РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОЕКТА ПО УЛУЧШЕНИЮ



Руководитель должен быть заинтересован в проведении обучения коллектива принципам, инструментам, методам и философии «БЕРЕЖЛИВОГО ПРОИЗВОДСТВА»

- 1. Проект по улучшению** в медицинской организации **реализуется комплексно**, на всех уровнях системы организации медицинской помощи, **с участием большинства сотрудников.**
- 2. Внедрение принципов** бережливого производства происходит **«сверху вниз»**
- 3.** Важный элемент - **вовлеченность руководства** в процесс положительных изменений
- 4.** На старте проекта по улучшению **задача руководителя - формирование положительного отношения персонала** медицинской организации к проектной деятельности
- 5. Руководитель медицинской организации:**
 - **активное участие** во внедрении принципов бережливого производства,
 - **выделение** необходимых **ресурсов**,
 - **консультирование команды** по вопросам компетенции,
 - **проявление интереса** к достижениям команды,
 - **присутствие на стартовых совещаниях** (kick-off),
 - **поощрение участников** рабочей группы (команды) проекта по результатам работы.
 - **заинтересован в проведении обучения** сотрудников философии, принципам, инструментам и методам бережливого производства.

Руководитель должен пройти соответствующее обучение наряду с персоналом медицинской организации, **формируя своим примером приверженность** принципам бережливого производства у всего коллектива

7 РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОЕКТА ПО УЛУЧШЕНИЮ



Типовые этапы реализации проектов по улучшению

6 месяцев (max)



Принято выделять следующие этапы реализации проекта по улучшению:

Этап 1 – «Подготовка и открытие проекта» – 2-3 недели;

Этап 2 – «Диагностика и целевое состояние» – 4-5 недель;

Этап 3 – «Внедрение улучшений» – 8-10 недель;

Этап 4 – «Закрепление результатов и закрытие проекта» – 3-4 недели. .

8 ЭТАП 1. «ПОДГОТОВКА И ОТКРЫТИЕ ПРОЕКТА»



На первом этапе осуществляется:

- определение приоритетных (проблемных) направлений для улучшений;
- формирование команды проекта, обучение философии, принципам и методам бережливого производства;
- формирование пакета распорядительных документов о реализации в медицинской организации проектов по улучшениям;
- оформление стенда проекта.



Оптимальное количество проектов – не менее пяти.

Не все проблемы и/или предложения требуют открытия проекта по улучшению

9 ЭТАП 1. «ПОДГОТОВКА И ОТКРЫТИЕ ПРОЕКТА»



Определение приоритетных (проблемных) направлений

Для этого используются подходы:

1) принятие решения на общем собрании администрации медицинской организации и участников (владельцев) процесса после открытого обсуждения;

2) по результатам анкетирования пациентов и/или сотрудников медицинской организации.

3) с помощью использования листов проблем и листов предложений для пациентов и сотрудников медицинской организации.

4) принятие инициативного решения о тиражировании лучших практик, полученных по результатам реализации проектов по улучшениям в иных

ТФ-4. Лист проблем

№ п/п	Наименование проблемы	Дата написания	Статус	ФИО исполнителя	Дата решения	Примечания
1.			⊕			
2.			⊕			
3.			⊕			

ТФ-4. Лист предложений

№ п/п	Наименование предложения	Дата написания	Статус	ФИО исполнителя	Дата решения	Примечания
1.			⊕			
2.			⊕			
3.			⊕			



Работа не начата



Работа запланирована



Работа выполняется



Работа выполнена качественно



Работа стандартизирована



ФОРМИРОВАНИЕ КОМАНДЫ ПРОЕКТА ПО УЛУЧШЕНИЮ

Статус членов команды – равенство, делегирование полномочий, совместное решение задач, коммуникативность, сплоченность, командное обучение.

Признаки эффективной командной работы:

- неформальная атмосфера;
- задачи хорошо поняты и приняты к исполнению;
- члены команды прислушиваются друг к другу;
- члены команды свободно выражают свои идеи;
- разногласия имеют место, но выражаются и концентрируются вокруг идей и методов, а не личностей;
- принимаемое решение основывается на достижении согласия, а не на большинстве голосов.

Задачи и цели деятельности рабочей группы проекта, ее полномочия и состав утверждаются приказом (распоряжением) руководителя медицинской организации.

Оптимальная численность рабочей группы – от 5 до 7 человек.

Для деятельности рабочих групп **выделено отдельное помещение**, в котором проходят совещания по реализации проектов по улучшению.

Совещания рекомендуется проводить по мере необходимости, но не реже 1 раза в неделю.



ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ЧЕРТЫ ЛИДЕРА ПРОЕКТА

- способность воплотить требуемые перемены в жизнь;
- заинтересованность и активное участие в проекте;
- способность видеть отклонения, имеющиеся на каждом этапе реализации проекта;
- способность обеспечить условия для взаимодействия между участниками проекта;
- уважение участников рабочей группы.

Функции лидера:

- управление проектом, находящегося в зоне его ответственности и компетенции,
- осуществление защиты проекта перед руководством и сотрудниками медицинской организации,
- подбор новых членов команды.



Поддержка лидера руководством медицинской организации

Лидер может возглавлять только один проект по улучшению.

ФОРМИРОВАНИЕ ПАКЕТА РАСПОРЯДИТЕЛЬНЫХ ДОКУМЕНТОВ О РЕАЛИЗАЦИИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОЕКТОВ ПО УЛУЧШЕНИЯМ

Приказы (распоряжения) руководителя медицинской организации о:

- реализации проекта (проектов) по улучшению;
- созданию рабочих групп по направлениям с указанием регламентированного времени их работы и распределении обязанностей (при наличии) в рабочих группах;
- внесении изменений в составы рабочих групп; системе подачи предложений по улучшению.



- ✓ Данный этап завершается оформлением стенда проекта, наполнение которого осуществляется в течение всего процесса реализации проекта по улучшению (приложение 2), и формированием паспорта проекта (приложение 3).

13 ЭТАП 1. «ПОДГОТОВКА И ОТКРЫТИЕ ПРОЕКТА»



ОФОРМЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННОГО СТЕНДА ПРОЕКТА ПО УЛУЧШЕНИЮ

Цель создания информационного стенда - информирование сотрудников медицинской организации о ходе реализации проекта.

Визуализация информации позволяет:

- оперативно оценивать состояние проекта,
- сотрудникам предлагать свои идеи.

На стенде необходимо отобразить (разместить):

- наименование проекта;
- приказ (распоряжение) о создании команды проекта;
- список участников проекта с фотографиями;
- паспорт проекта;
- рабочие материалы по проекту:
 - карты ПСЦ (текущее и целевое состояние),
 - план мероприятий по устранению потерь с указанием сроков и ответственных;
 - графическая визуализация динамики достижения целевых показателей в разрезе сроков реализации проекта;
 - визуализация улучшений (фотоматериалы «было-стало»).



- ✓ информация на стенде должна обновляться не реже 1 раза в неделю
- ✓ необходимо определить сотрудника, ответственного за оформление стенда и его актуализацию
- ✓ стенд рекомендуется расположить в месте проведения рабочих совещаний

14 ЭТАП 1. «ПОДГОТОВКА И ОТКРЫТИЕ ПРОЕКТА»



ОФОРМЛЕНИЕ ПАСПОРТА ПРОЕКТА ПО УЛУЧШЕНИЮ

В заголовке паспорта проекта по улучшению указывается наименование проекта

Наименование проекта должно:

отражать конкретный процесс, взятый для улучшения;
соотносится с целью и результатами проекта;
формулироваться одним предложением,
раскрывающим его суть либо отражающим эффект от его реализации.

Не допускаются такие названия как «Регистратура», «Прием врача терапевта», «Оптимизация вакцинации».

Пример названия проекта:

«Сокращение времени записи на прием к врачу терапевту», «Сокращение времени ожидания у кабинета забора крови».

The image shows a project passport form with a red callout box highlighting Block 1. The form is titled "Паспорт проекта. Название проекта" and includes a header with the Russian coat of arms and logos for "NOVAYA POLIKLINIKA" and "РОСАТОМ". The callout box contains the following text:

Блок 1: «Вовлеченные лица и рамки проекта»

Данный блок размещается в левом верхнем углу паспорта проекта по улучшению.

В данном блоке указывается:

- заказчик проекта по улучшению,
- процесс,
- границы процесса,
- Руководитель,
- команда проекта.

Блок является стандартным и не подлежит каким-либо изменениям, недопустимо внесение дополнительных участников.

15 ЭТАП 1. «ПОДГОТОВКА И ОТКРЫТИЕ ПРОЕКТА»



ОФОРМЛЕНИЕ ПАСПОРТА ПРОЕКТА ПО УЛУЧШЕНИЮ

Блок 2: «Обоснование выбора»

Данный блок размещается в правом верхнем углу паспорта проекта по улучшению

В данном блоке **указывается ключевой риск** – событие, которое может произойти (например, несоблюдение сроков ожидания медицинской помощи, невыполнение плана профилактических осмотров (диспансеризации), штрафные санкции), если выбранный процесс не будет оптимизирован

В блоке рекомендуется отразить следующие аспекты:

1. Влияние на цели/задачи
2. Масштаб процесса (кросс-функциональность)
3. Трудоемкость процесса
4. Причины неудовлетворенности заказчиков процесса (посетителей медицинской организации, ее сотрудников)

УТВЕРЖДАЮ:
Заместитель начальника
Ф.И.О.
(подпись)

Паспорт проекта. Название проекта

СВЯЗАННО:
Заместитель начальника
Ф.И.О.
(подпись, печать)

Блок 2. Обоснование выбора проекта

Например:
Процесс:
- требует участия пациента;
- задействует большое количество медицинского и прочего персонала;
- усовершенствования МИС;
- нерациональное использование рабочего времени медицинской сестры.

Обоснование:

1. Длительный процесс записи при обращении в регистратуру - более 30 минут
2. Процесс оформления первичной карты продолжительный более 15 минут
3. Отсутствие удобной эргономики на рабочих местах регистраторов. Отсутствие навигации
4. Низкая удовлетворенность пациентов (по данным анкетирования)

16 ЭТАП 1. «ПОДГОТОВКА И ОТКРЫТИЕ ПРОЕКТА»



ОФОРМЛЕНИЕ ПАСПОРТА ПРОЕКТА ПО УЛУЧШЕНИЮ

Блок 3: «Цели и плановый эффект»

Данный блок размещается в левом нижнем углу паспорта проекта по улучшению.

Цели должны быть:

1. Актуальными, конкретными, достижимыми, ограниченными во времени, измеримыми
2. Направлены на решение проблем процесса.

Цели не должны содержать:

1. Мероприятий, направленных на улучшение процесса (например, разгрузка регистратуры, оптимизация работы врача-специалиста, выделение дополнительного времени на обслуживание пациента и т.п.).
2. «Лозунгов» (например, повысить эффективность работы персонала, разработать планы по увеличению доли дозвола в колл-центр и т.п.).

Данный блок является стандартным и не подлежит каким-либо изменениям.

Цель:

Наименование цели, ед. изм.	Текущий показатель	Целевой показатель
Сократить время оформления карты при первичном обращении	19,3 мин	10 мин
Сократить время ожидания пациентов в очереди	15-30 мин	10 мин

Эффекты:

разработка стандарта обслуживания пациента регистратором
разработка маршрутных карт

Наименование цели, ед. изм.	Текущий показатель	Целевой показатель
Сократить время ожидания приема пациентов	2 дня	60 мин
Увеличение числа посещений кабинетов при оформлении льготных рецептов	5 000	7 000
Разработаны стандарты оказания помощи пациентам при первичном приеме	Нет	Да
Соблюдены сроки при первичном приеме пациентов (сокращены сроки ожидания приема до 15 минут по сравнению с 30 минут)		

Эффекты:
Сокращение времени пребывания пациента в поликлинике при оформлении льготного рецепта с 180 минут до 35 минут

17 ЭТАП 1. «ПОДГОТОВКА И ОТКРЫТИЕ ПРОЕКТА»



ОФОРМЛЕНИЕ ПАСПОРТА ПРОЕКТА ПО УЛУЧШЕНИЮ

Блок 4: «Ключевые события проекта».

Данный блок размещается в правом нижнем углу паспорта проекта по улучшению.

Эффективная/рекомендуемая продолжительность проекта – 4-6 месяцев.

Выделяют следующие этапы проекта:

Этап 1 «Подготовка и открытие проекта» – **2-3 недели;**

Этап 2 «Диагностика и целевое состояние» – **4-5 недель;**

Этап 3 «Внедрение» – **8-10 недель;**

Этап 4 «Закрепление результатов и закрытие проекта» – **3-4 недели.**

Даты необходимо указывать в формате «с ... до ...» в целях возможности последующего мониторинга.

Данный блок является стандартным и не подлежит каким-либо изменениям, недопустимо исключать или добавлять ключевые события.

Сроки:

1. Защита паспорта проекта 15.01.2019
2. Анализ текущей ситуации 05.12.2018 – 29.12.2018
 - разработка текущей карты процесса 05.12.2018 – 29.12.2018
 - поиск и выявление проблем 18.12.2018 – 09.01.2019
 - разработка целевой карты процесса 14.01.2019 – 28.01.2019
 - разработка «дорожной карты» реализации проекта 28.01.2019– 07.02.2019
 - kick-off 08.02.2019
3. Внедрение улучшений 08.02.2019 – 06.05.2019
4. Мониторинг устойчивости 06.05.2019-20.05.2019
5. Закрытие проекта 21.05.2019 – 06.06.2019

Блок 4. Ключевые события и сроки

Сроки:
1. Формирование паспорта проекта 29.06.2018
2. Анализ текущей ситуации 15.08.18 – 28.09.18
- разработка текущей карты процесса 15.08.2018 – 28.08.2018
- поиск и выявление проблем 22.08.2018 – 31.08.2018
- разработка целевой карты процесса – 11.09.2018 – 21.09.2018
- разработка «дорожной карты» реализации проекта 21.08.2018 по 28.09.2018
kick-off 08.02.2019
3. Внедрение улучшений 01.10.2018 – 14.01.2019
4. Закрытие проекта 14.03.2019

18 ЭТАП 1. «ПОДГОТОВКА И ОТКРЫТИЕ ПРОЕКТА»



ОФОРМЛЕНИЕ ПАСПОРТА ПРОЕКТА ПО УЛУЧШЕНИЮ. ВАЖНО!

При составлении паспорта проекта по улучшению:

1. Название, обоснование выбора и цели проекта должны быть связаны
2. Паспорт проекта оформляется отдельно на каждый проект на одном листе формата А4 в альбомной ориентации. Лист визуально делится на 4 части (по числу блоков)
3. В левом верхнем углу указывается ФИО, должность и подпись лица, которое утверждает проект и заверяется печатью организации. В правом верхнем углу – ФИО, должность, подпись лица, которое согласует проект
4. Паспорт должен быть утвержден руководителем медицинской организации и согласован с руководителем и/или представителями Регионального центра первичной медико-санитарной помощи
5. При продолжительности проекта 12 месяцев и более необходимо разделить проект на полугодия с расчетом и постановкой целей на каждые 6 месяцев реализации проекта

УТВЕРЖДАЮ:
Должность, фамилия, инициалы, Ф.И.О.
(подпись)

СОГЛАСОВАНО:
Должность, фамилия, инициалы, Ф.И.О.
(подпись, печать)

Паспорт проекта. Название проекта

Блок 1. Обоснование выбора проекта
Название проекта: [название] (название проекта)
Цели проекта: [цели] (цели проекта)
Проблема: [проблема] (проблема проекта)
Цели проекта: [цели] (цели проекта)
Руководитель проекта: [ФИО] (руководитель проекта)
Команда проекта: [состав] (состав проекта)

Блок 2. Обоснование выбора проекта
Например:
Процесс:
- требует участия персонала;
- задействует большое количество медицинского и прочего персонала;
- усовершенствования МИС;
- нерациональное использование рабочего времени медицинской сестры.

Блок 3. Цели и планируемый эффект

Наименование цели, ед. изм.	Текущий показатель	Планируемый показатель
Сокращение времени получения лекарства медицинскими сестрами в аптеку	2 мин	60 мин
Увеличение числа посещений кабинета при оформлении льготных рецептов	3 каб	1 каб
Разработано стандарт алгоритма процесса получения льготных лекарственных средств	Нет	Да
Сокращение расходов при закупке лекарств пациентам (сокращение расходов от ввода до ввода в аптеку на 10%)		

Эффекты:
Сокращение времени пребывания пациента в поликлинике при оформлении льготного рецепта с 180 минут до 35 минут

Блок 4. Ключевые события и сроки

Сроки:

1. Оформление паспорта проекта 20.08.2018
2. Анализ текущей ситуации 15.08.18 – 20.08.18
- разработка «лучшей карты» проекта 15.08.2018 – 20.08.2018
- анализ и выявление проблем 22.08.2018 – 30.08.2018
- разработка «лучшей карты» проекта 14.09.2018 – 21.09.2018
- Анализ от 01.10.2018
3. Внедрение изменений от 01.10.2018 – 10.10.2018
4. Закрытие проекта 10.10.2018

19 ЭТАП 1. «ПОДГОТОВКА И ОТКРЫТИЕ ПРОЕКТА»

ОФОРМЛЕНИЕ ПАСПОРТА ПРОЕКТА ПО УЛУЧШЕНИЮ

Паспорт проекта

«Сокращение времени ожидания и обслуживания в регистратуре »

наименование медицинской организации

УТВЕРЖДАЮ:

Зам. глав. врача

И.И. Иванов

(подпись)

УТВЕРЖДАЮ:

Администратор регистратуры

С.С. Петров

(подпись)

Общие данные:

Заказчик: Иванов Иван Иванович, заместитель главного врача

Процесс: Сокращение времени ожидания и обслуживания пациентов в регистратуре

Границы процесса:

Начало: вход пациента в холл поликлиники

Окончание: получение талона на консультацию

Руководитель проекта: Петров Семен Семенович

Команда проекта: Сидоров И.П., Синицын А.В., Петухов Н.С.

Обоснование:

1. Длительный процесс записи при обращении в регистратуру более 30 минут.
2. Процесс оформления первичной карты продолжительный более 15 минут
3. Отсутствие удобной эргономики на рабочих местах регистраторов. Отсутствие навигации.
4. Низкая удовлетворенность пациентов (по данным анкетирования).

Цель:

Наименование цели, ед. изм.	Текущий показатель	Целевой показатель
Сократить время оформления карты при первичном обращении	19,3 мин	10 мин
Сократить время ожидания пациентов в очереди	15-30 мин	10 мин

Эффекты:

разработка стандарта обслуживания пациента регистратором

разработка маршрутных карт

Сроки:

1. Защита паспорта проекта 15.01.2019
2. Анализ текущей ситуации 05.12.2018 – 29.12.2018
 - разработка текущей карты процесса 05.12.2018 – 29.12.2018
 - поиск и выявление проблем 18.12.2018 – 09.01.2019
 - разработка целевой карты процесса 14.01.2019 – 28.01.2019
 - разработка «дорожной карты» реализации проекта 28.01.2019– 07.02.2019
- kick-off 08.02.2019
1. Внедрение улучшений 08.02.2019 – 06.05.2019
2. Мониторинг устойчивости 06.05.2019-20.05.2019
3. Закрытие проекта 21.05.2019 – 06.06.2019



На данном этапе проводится:

- определение приоритетных (проблемных) направлений для улучшений
- картирование ПСЦ с анализом текущего состояния процессов
- выявление проблем и работа с ними
- составление карты целевого состояния

Данный этап завершается стартовым совещанием (Kick-off):

- защита проекта (проектов) по улучшению
- официально объявляется о начале реализации плана мероприятий по достижению целевого состояния

Результат данного этапа - план мероприятий по достижению целевого состояния, утвержденный представителем органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

21 ЭТАП 2. «ДИАГНОСТИКА И ЦЕЛЕВОЕ СОСТОЯНИЕ»

КАРТИРОВАНИЕ ПСЦ С АНАЛИЗОМ ТЕКУЩЕГО СОСТОЯНИЯ ПРОЦЕССОВ



Картирование потока позволяет:

- визуализировать и проанализировать перемещения людей и предметов по потоку создания ценности,
- увидеть потери в работе, выявить проблемы.

Картирование потока осуществляется в два этапа:

- первый этап – построение карты текущего состояния (сбор информации на месте выполнения рабочего процесса).
- второй этап – построение карты целевого состояния.

Карта текущего ПСЦ

- **Карта текущего ПСЦ** – отражает фактические показатели потока на рассматриваемую дату;
- **Карта целевого ПСЦ** – отражает состояние потока, в котором устранены проблемы, которые можно решить в рамках данного проекта. Карты целевого ПСЦ составляются на определенную дату.

Уровни детализации ПСЦ:

- межорганизационный уровень;
- уровень организации;
- уровень процессов организации.

23 КАРТИРОВАНИЕ ПСЦ С АНАЛИЗОМ ТЕКУЩЕГО СОСТОЯНИЯ ПРОЦЕССОВ



ПЕРВЫЙ ЭТАП. ПОСТРОЕНИЕ КАРТЫ ТЕКУЩЕГО СОСТОЯНИЯ. ВАЖНО!

- 1) Объяснить сотрудникам цель проведения хронометража.
- 2) Перед проведением хронометража:
 - установить элементы операций (начала и окончания);
 - определить обстоятельства, указывающие на начало и окончание операции.
- 3) Проводить хронометраж в формате стороннего наблюдения
- 4) Выбрать место наблюдателя
- 5) Учитывать психологию персонала на рабочих местах
- 6) Не проводить «репрессивные» меры при выявлении нарушений
- 7) Произвести не менее 7–10 замеров, результаты внести в таблицу хронометража.
- 8) Описать и проанализировать основные аспекты взаимодействия участников процесса:
 - выделить проблемы (дублирование функций, выполнение врачом сестринских функций, необоснованные временные потери)
 - сделать необходимые зарисовки расположения оборудования, приспособлений, мебели и т.п.;
 - сделать замеры перемещений, расстояний, времени ожидания, количества пациентов, участников процесса;
 - определить фактическое состояние возможных запасов расходных материалов, лекарственных средств.



24 КАРТИРОВАНИЕ ПСЦ С АНАЛИЗОМ ТЕКУЩЕГО СОСТОЯНИЯ ПРОЦЕССОВ



ПЕРВЫЙ ЭТАП. ПОСТРОЕНИЕ КАРТЫ ТЕКУЩЕГО СОСТОЯНИЯ

Символы, применяемые для построения карты ПСЦ

Отдельно выделяются символы описания материального и информационного потоков.

№ п/п	Термин	Обозначение	Описание
1.	Операция		Используется для обозначения операций процесса
2.	Вход/выход		Используется для обозначения границ процесса
3.	Направление материального потока		Используется для обозначения перемещения людей и предметов по потоку создания ценности
4.	Запасы		Используется для обозначения простоев/запасов/очереди. Число «один» обозначает количество единиц (к примеру, количество человек в очереди)
5.	Обмен информацией		Используется для обозначения процесса оперативного сбора данных. Рекомендуется использовать данное обозначение, чтобы показать все дополнительные операции.

25 КАРТИРОВАНИЕ ПСЦ С АНАЛИЗОМ ТЕКУЩЕГО СОСТОЯНИЯ ПРОЦЕССОВ



ПЕРВЫЙ ЭТАП. ПРАВИЛА СОСТАВЛЕНИЯ КАРТЫ ПСЦ

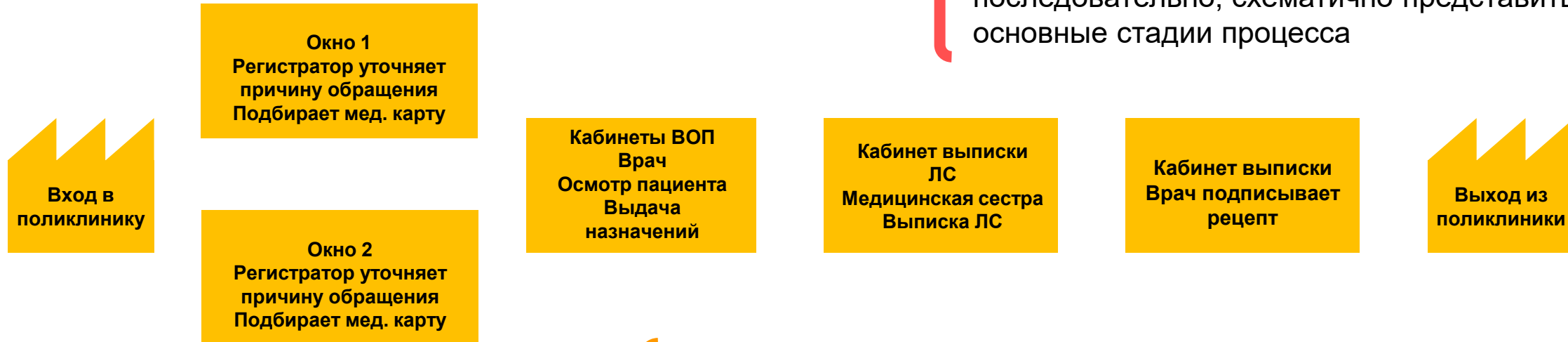
№ п/п	Термин	Обозначение	Описание
6.	Передача из рук в руки		Используется для обозначения передачи документа на бумажном носителе из рук в руки
7.	Передача через электронную систему		Используется для обозначения передачи документа/информации в специальной электронной системе/программе, по электронной почте
8.	Передаче по телефону		Используется для обозначения передачи информации по телефону
9.	Дополнительная информация		Используется для обозначения любой текстовой дополнительной информации, имеющей существенное значение для анализа и проведения дальнейших улучшений
10.	Потери/ несоответствия, проблемы		Используется для обозначения выявленных проблем/нарушений/потерь в потоках и процессах. Цвет – красный. Цифрой обозначается порядковый номер проблемы.

26 КАРТИРОВАНИЕ ПСЦ С АНАЛИЗОМ ТЕКУЩЕГО СОСТОЯНИЯ ПРОЦЕССОВ



ПЕРВЫЙ ЭТАП. ШАГИ ПОСТРОЕНИЯ КАРТЫ ТЕКУЩЕГО СОСТОЯНИЯ ПСЦ

Карта процесса «Выписка льготного рецепта» (текущее состояние)



Шаг 1. Указать на карте наименование рассматриваемого процесса

Шаг 2. Выстроить операции последовательно, схематично представить основные стадии процесса

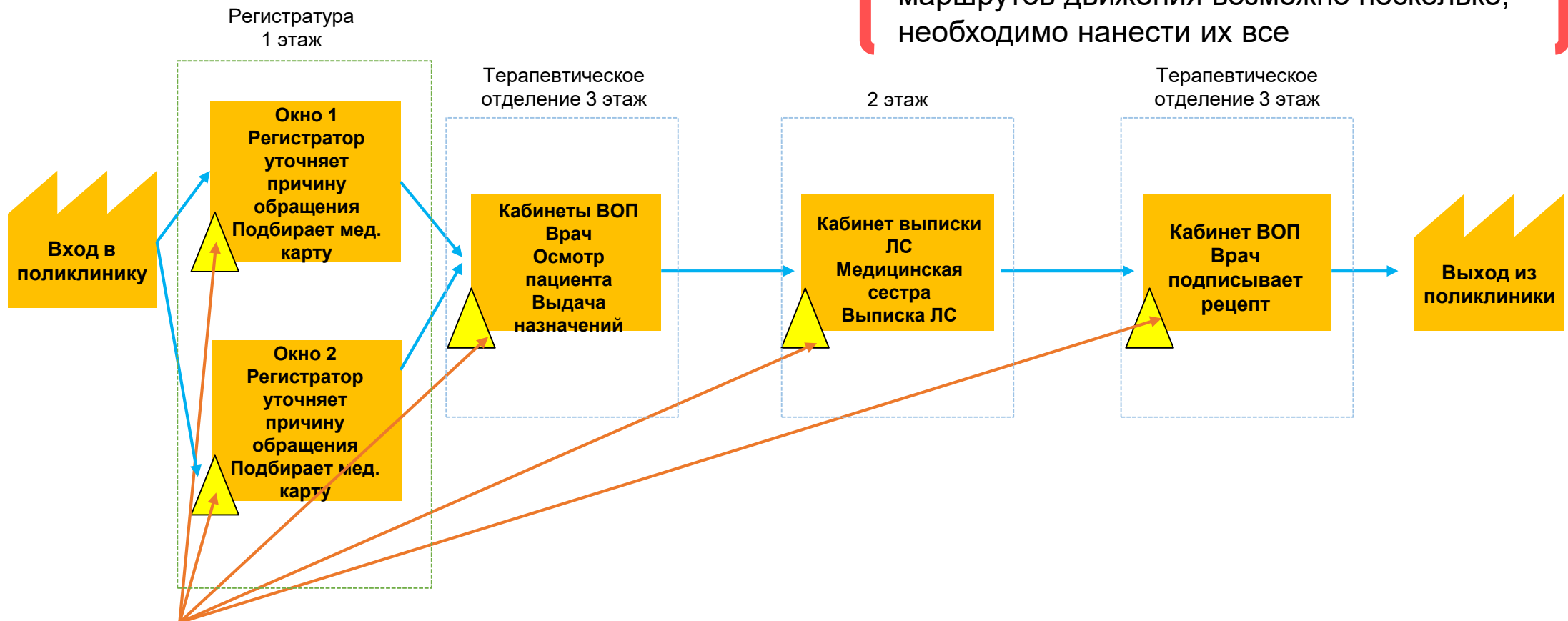
1. Первоначальную визуализацию картирования потока проводят вручную (с использованием клейких стикеров или карандаша с ластиком)
2. При описании текущего состояния процесса, следует собрать образцы всех бланков и документов, которые используются на каждом этапе

27 КАРТИРОВАНИЕ ПСЦ С АНАЛИЗОМ ТЕКУЩЕГО СОСТОЯНИЯ ПРОЦЕССОВ



ПЕРВЫЙ ЭТАП. ШАГИ ПОСТРОЕНИЯ КАРТЫ ТЕКУЩЕГО СОСТОЯНИЯ ПСЦ

Карта процесса «Выписка льготного рецепта» (текущее состояние)



Шаг 3. Нанести линии движения пациента от одного процесса к другому. Если маршрутов движения возможно несколько, необходимо нанести их все

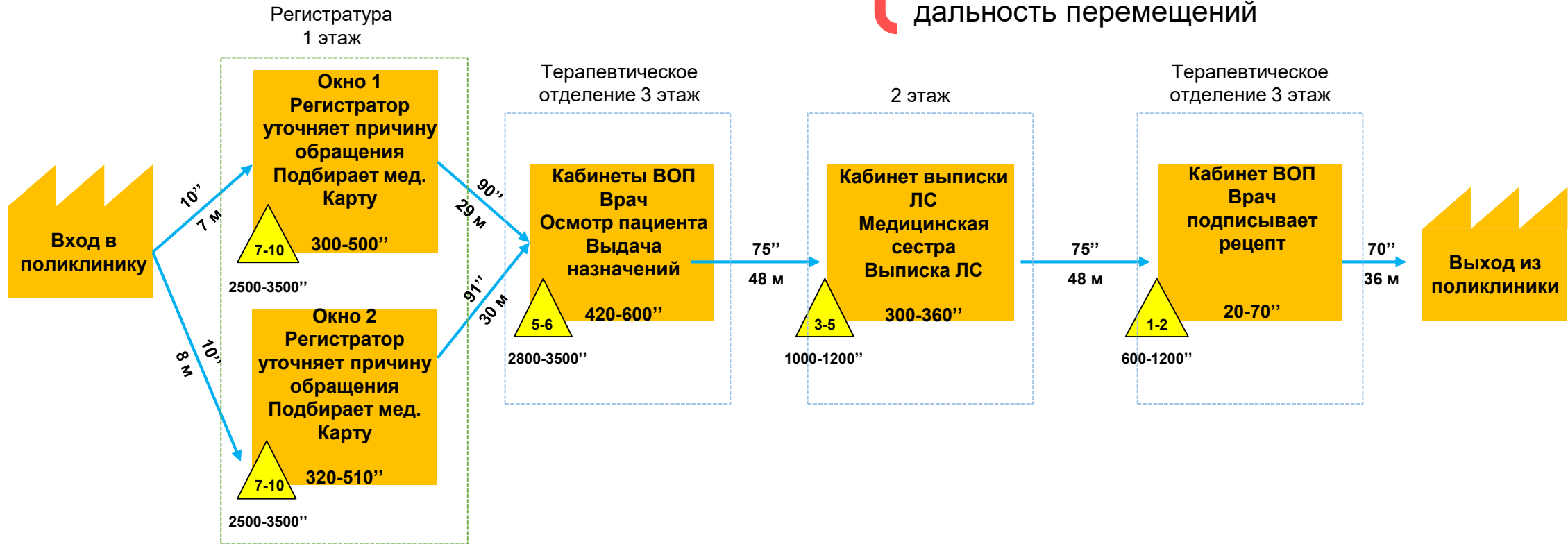
При скоплении пациентов между отдельными процессами – нанести знаки, обозначающие очередь

28 КАРТИРОВАНИЕ ПСЦ С АНАЛИЗОМ ТЕКУЩЕГО СОСТОЯНИЯ ПРОЦЕССОВ



ПЕРВЫЙ ЭТАП. ШАГИ ПОСТРОЕНИЯ КАРТЫ ТЕКУЩЕГО СОСТОЯНИЯ ПСЦ

Карта процесса «Выписка льготного рецепта» (текущее состояние)



Шаг 4. Отобразить на карте ПСЦ продолжительность каждого элемента, операции, манипуляции, длительность и дальность перемещений

На карту наносятся минимальная и максимальная продолжительность каждой операции, время ожидания и выявленные избыточные запасы (например, очередь).

29 КАРТИРОВАНИЕ ПСЦ С АНАЛИЗОМ ТЕКУЩЕГО СОСТОЯНИЯ ПРОЦЕССОВ



ПЕРВЫЙ ЭТАП. ШАГИ ПОСТРОЕНИЯ КАРТЫ ТЕКУЩЕГО СОСТОЯНИЯ ПСЦ

Карта процесса «Выписка льготного рецепта» (текущее состояние)

Шаг 5. Вычисление времени протекания процесса (ВПП)



ВПП высчитывается как **сумма ВЦ** всех операций с добавлением времени ожидания, переходов с одной операции на другую. На карте ПСЦ отображается минимальное и максимальное ВПП.

30 КАРТИРОВАНИЕ ПСЦ С АНАЛИЗОМ ТЕКУЩЕГО СОСТОЯНИЯ ПРОЦЕССОВ



ПЕРВЫЙ ЭТАП. ШАГИ ПОСТРОЕНИЯ КАРТЫ ТЕКУЩЕГО СОСТОЯНИЯ ПСЦ

Шаг 6. Поиск потерь, не создающих ценности – определение «узких мест», проблем

Пример проблем:

- небезопасные факторы окружающей среды, рабочего пространства;
- очереди и ожидания;
- неоптимальная логистика (лишние перемещения, запутанные маршруты);
- ошибки (в расписании приема), несоответствия (размещение подразделений и кабинетов не соответствует имеющейся навигации);
- значительные колебания и вариабельность в процессах или операциях;
- поломки (оборудование, транспортные средства);
- излишние запасы;
- неравномерность загрузки персонала и оборудования;
- перегрузка персонала и оборудования;
- «узкие места» (места снижения пропускной способности кабинета);
- отсутствие или несоблюдение требований стандартов, регламентов, инструкций и порядков.

В дальнейшем - **проанализировать причины** появления проблем, чтобы **выбрать наиболее эффективный метод устранения** этих причин

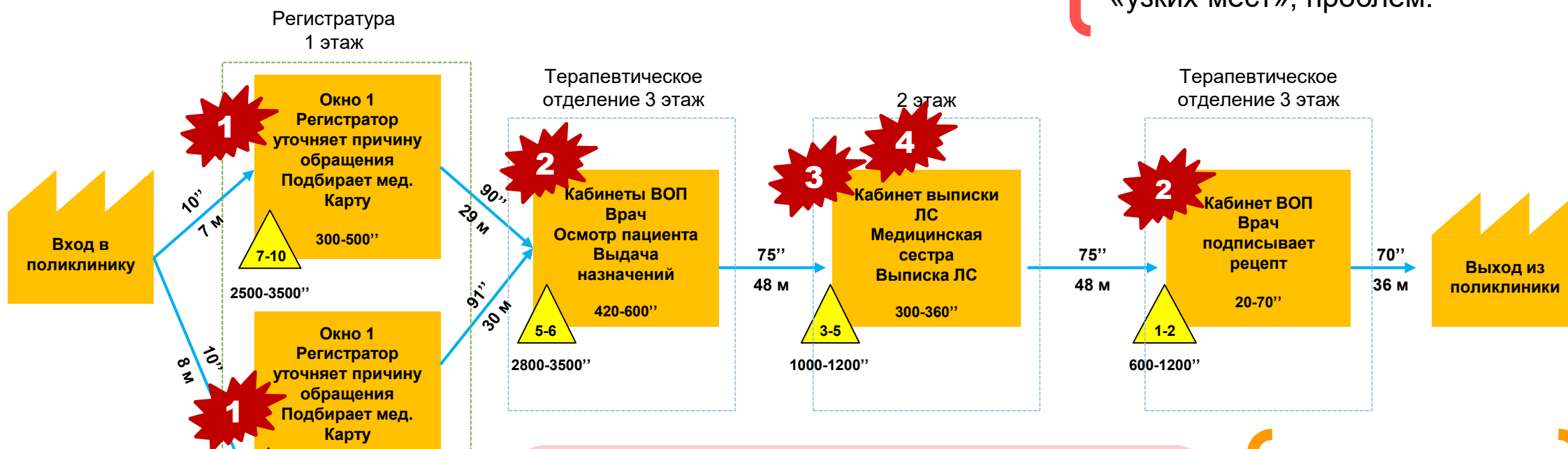
31 КАРТИРОВАНИЕ ПСЦ С АНАЛИЗОМ ТЕКУЩЕГО СОСТОЯНИЯ ПРОЦЕССОВ



ПЕРВЫЙ ЭТАП. ШАГИ ПОСТРОЕНИЯ КАРТЫ ТЕКУЩЕГО СОСТОЯНИЯ ПСЦ

Карта процесса «Выписка льготного рецепта» (текущее состояние)

Шаг 6. Поиск потерь, не создающих ценности - определение «узких мест», проблем.



1. Длительное ожидание у регистратуры
2. Длительное ожидание у кабинета врача
3. Длительное ожидание перед кабинетом выписки ЛС
4. Отсутствие оперативной информации об остатках ЛС

ВПП min = 8260''
ВПП max = 11251''



ВТОРОЙ ЭТАП. ПОСТРОЕНИЕ КАРТЫ ЦЕЛЕВОГО СОСТОЯНИЯ

На карте целевого потока:

- отсутствуют основные потери и решены главные выявленные проблемы,
- могут присутствовать этапы незначимой работы и потери, без которых в данный момент не обойтись

На этапе составления карты целевого ПСЦ задать следующие вопросы:

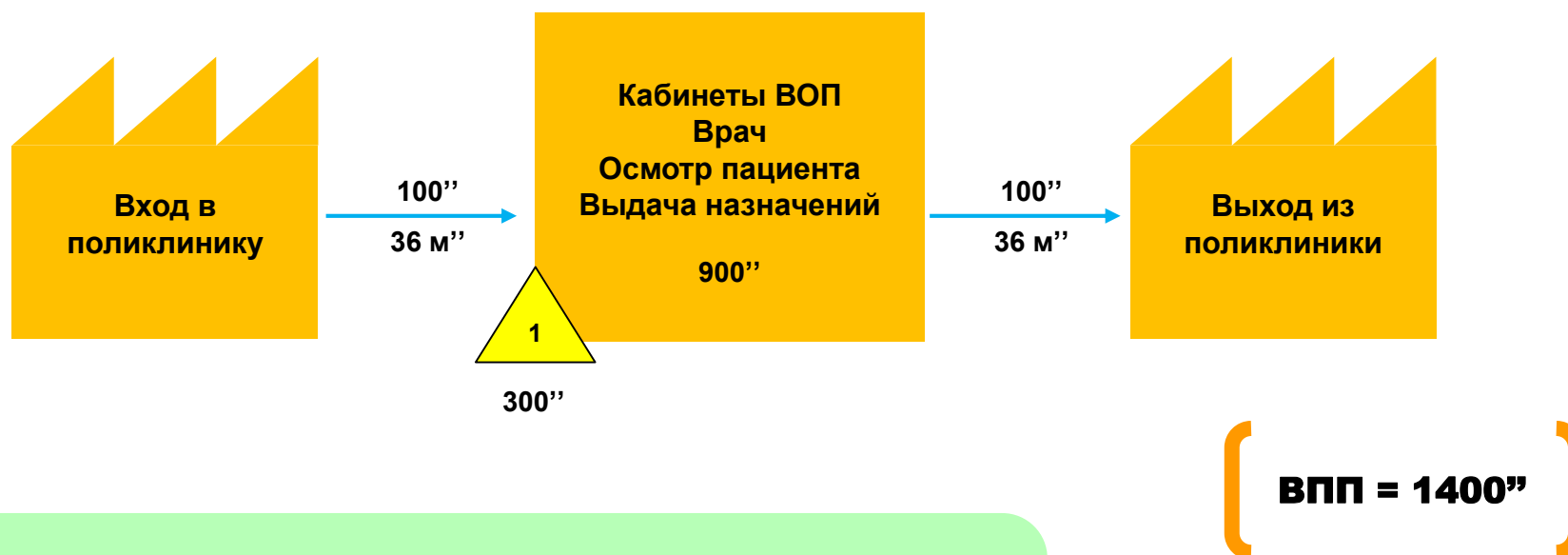
- какие операции могут быть объединены?
- какие операции могут быть исключены, как не добавляющие ценность или как лишний этап обработки?
- как организовать логистику пациентов и персонала?
- какие запасы можно сократить и до какого уровня?
- какова оптимальная длительность потока?
- насколько полны и оптимальны инструкции/стандарты на рабочих местах, всегда ли они выполняются?
- как оптимально расставить оборудование, какое оборудование должно быть модернизировано и(или) заменено?
- какие процедуры должны быть изменены?
- насколько хорошо мы понимаем требования/желания заказчиков и насколько мы руководствуемся ими при принятии управленческих решений?

33 КАРТИРОВАНИЕ ПСЦ С АНАЛИЗОМ ТЕКУЩЕГО СОСТОЯНИЯ ПРОЦЕССОВ



ВТОРОЙ ЭТАП. ПОСТРОЕНИЕ КАРТЫ ЦЕЛЕВОГО СОСТОЯНИЯ

Карта процесса «Выписка льготного рецепта» (целевое состояние)



Улучшенные процессы должны быть стандартизированы, чтобы в последующем не повторялись потери, выявленные и устраненные ранее



ВЫЯВЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ И РАБОТА С НИМИ

Методы для поиска коренных причин:

метод 5 «Почему?»;

вопросная техника 5W1H (метод Кипплинга);

диаграмма Исикавы;

диаграмма взаимосвязей;

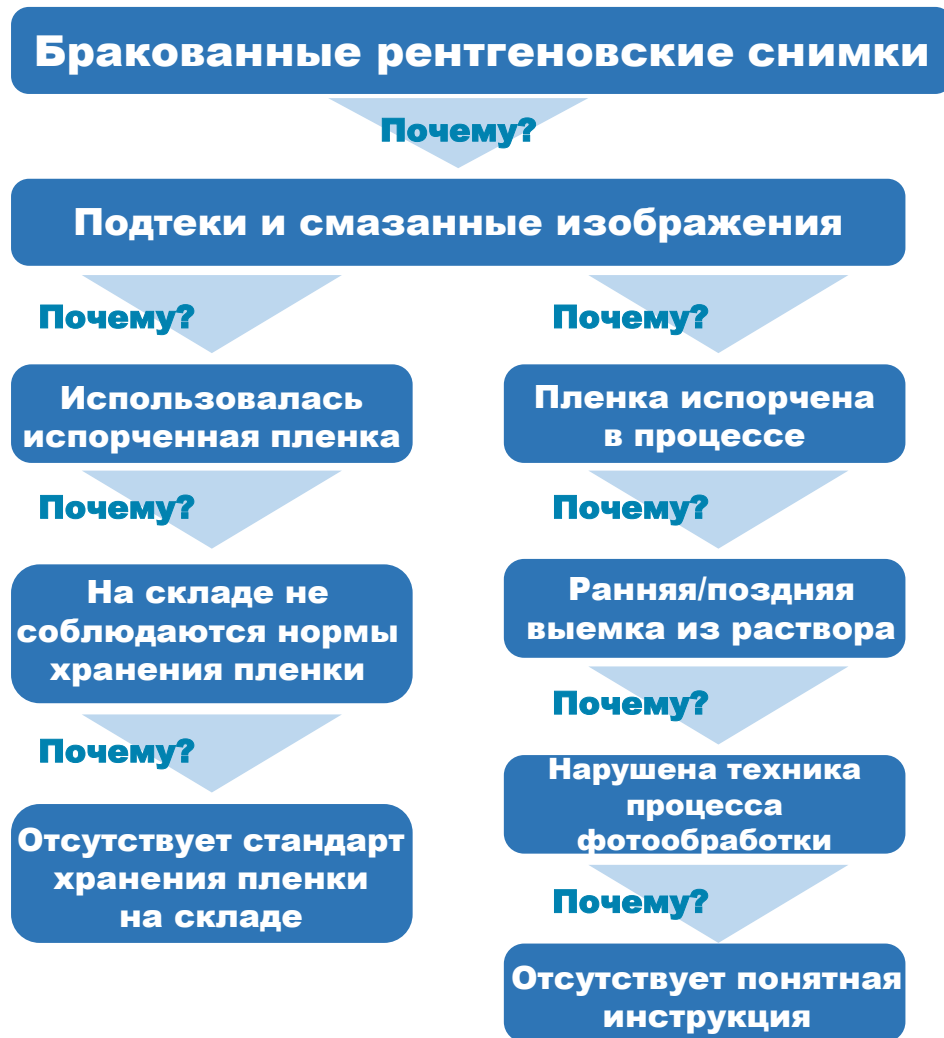
пирамида проблем.



35 ЭТАП 2. «ДИАГНОСТИКА И ЦЕЛЕВОЕ СОСТОЯНИЕ»



ВЫЯВЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ И РАБОТА С НИМИ



Выявление проблем и работа с ними. Метод 5 «Почему?»

Шаг 1. Зафиксировать проблему, которую необходимо решить путем устранения коренных причин

Шаг 2. Задать вопрос «Почему» необходимое количество раз, каждый раз стрелкой обозначая причинно-следственную связь. (На любом этапе может возникнуть не один, а несколько возможных вариантов ответа на вопрос. В этом случае у нас появляется несколько «веток»)

Шаг 3. Если при ответе на вопросы у нас появляется несколько «веток», обозначаем их все, как показано на рисунке слева

Шаг 4. Анализ «Почему» заканчивается в тот момент, когда каждую из выявленных причин мы сможем решить одним действием



Выявление проблем и работа с ними. Метод 5W1H

Метод применяется в качестве предварительного решения, чтобы легче приступить к поиску коренных причин (например, с использованием метода 5 «Почему?»).

В комплекс входят следующие вопросы:

- 1. Кто (who)?**
- 2. Что (what)?**
- 3. Когда (when)?**
- 4. Где (where)?**
- 5. Почему (why)?**
- 6. Как (how)?**

При ответе на вопросы:

- нельзя пропускать вопросы, даже если кажется, что ответ прост и очевиден;
- необходимо давать конкретные, подробные ответы на вопросы



37 ЭТАП 2. «ДИАГНОСТИКА И ЦЕЛЕВОЕ СОСТОЯНИЕ»



ВЫЯВЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ И РАБОТА С НИМИ. МЕТОД 5W1H

Вопрос

What?

When?

Where?

Why?

How?

Перевод

Что?

Когда?

Где?

Почему?

Как?

Комментарий

В чем заключается проблема?

Длительное время ожидания

Когда проблема имеет место быть?

В первой половине дня, между 8:00 и 9:00

Где обнаружена проблема?

Перед кабинетом забора крови

Почему это является проблемой?

Некомфортное ожидание, риск конфликтов пациентов в очереди

При каких обстоятельствах возникла проблема?

Все пришли к одному времени

38 ЭТАП 2. «ДИАГНОСТИКА И ЦЕЛЕВОЕ СОСТОЯНИЕ»

ВЫЯВЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ И РАБОТА С НИМИ. МЕТОД 5W1H



При постановке вопросов можно использовать следующие варианты вопросов для каждого пункта:

Кто?

- Кто столкнулся с проблемой?
- Кто выполнял работу, когда возникла проблема?
- Кто должен выполнять работу?
- Кто еще может выполнять работу?

Что?

- В чем суть проблемы?
- Что послужило ее причиной?

Когда?

- Когда проблема случилась?
- Во сколько?
- Период времени, в течение которого она продолжалась?

Где?

- Где была замечена проблема? В каком конкретно месте?
- Где обычно возникает эта проблема?
- Где еще она может случиться/случается?
- Где конкретно случился дефект/потеря/остановка?

Почему?

- Почему это является проблемой?
- Что конкретно стало препятствием?
- Почему проблема возникла?

Как?

- При каких обстоятельствах возникла проблема?
- Как часто проблема происходит?
- Как изменилась общая ситуация после образовавшейся проблемы?





ВЫЯВЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ И РАБОТА С НИМИ. ДИАГРАММА ИСИКАВЫ

Используется **5 основных направлений** вероятной проблемы:

- 1. Machines** (Оборудование) – оборудование и приспособления, которые используются для выполнения данного процесса
- 2. Methods** (Метод) – методика, технология, которой необходимо следовать для получения результатов
- 3. Materials** (Материал) – «сырье», из которого будет сделан готовый продукт
- 4. Men** (Человек) – персонал. Человеческий фактор
- 5. Environment** (Окружающая среда) – условия окружающей среды

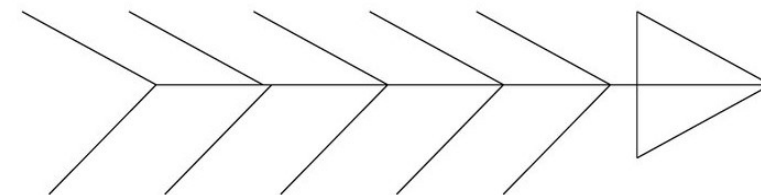


Диаграмма Исикавы (или «рыбья кость») – графическая визуализация, обеспечивающая системный подход к определению фактических причин возникновения проблем

40 ЭТАП 2. «ДИАГНОСТИКА И ЦЕЛЕВОЕ СОСТОЯНИЕ»



ВЫЯВЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ И РАБОТА С НИМИ. ДИАГРАММА ИСИКАВЫ



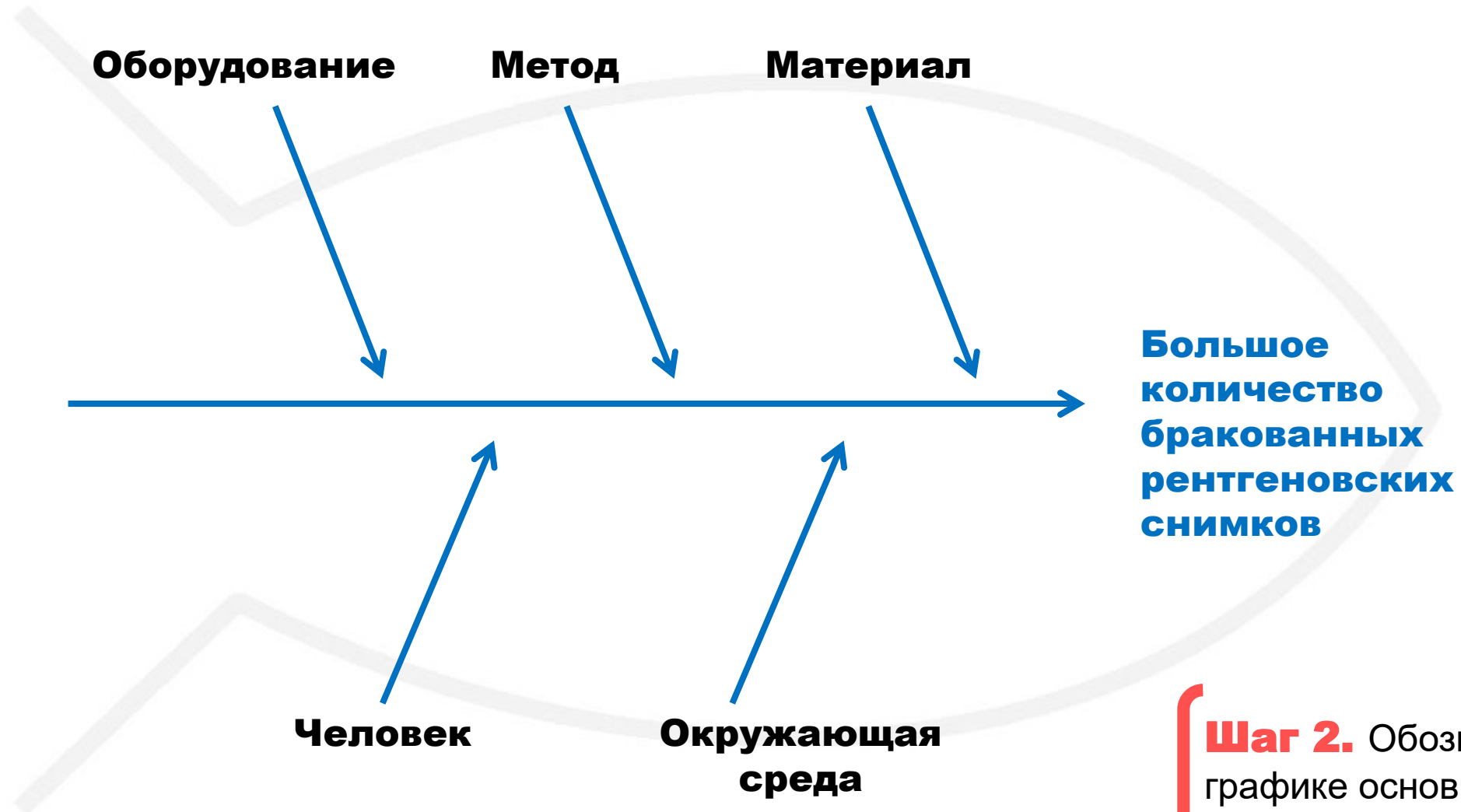
**Большое
количество
бракованных
рентгеновски
х снимков**

Шаг 1. Определяем процесс исследования. Начинаем рисовать диаграмму

41 ЭТАП 2. «ДИАГНОСТИКА И ЦЕЛЕВОЕ СОСТОЯНИЕ»



ВЫЯВЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ И РАБОТА С НИМИ. ДИАГРАММА ИСИКАВЫ

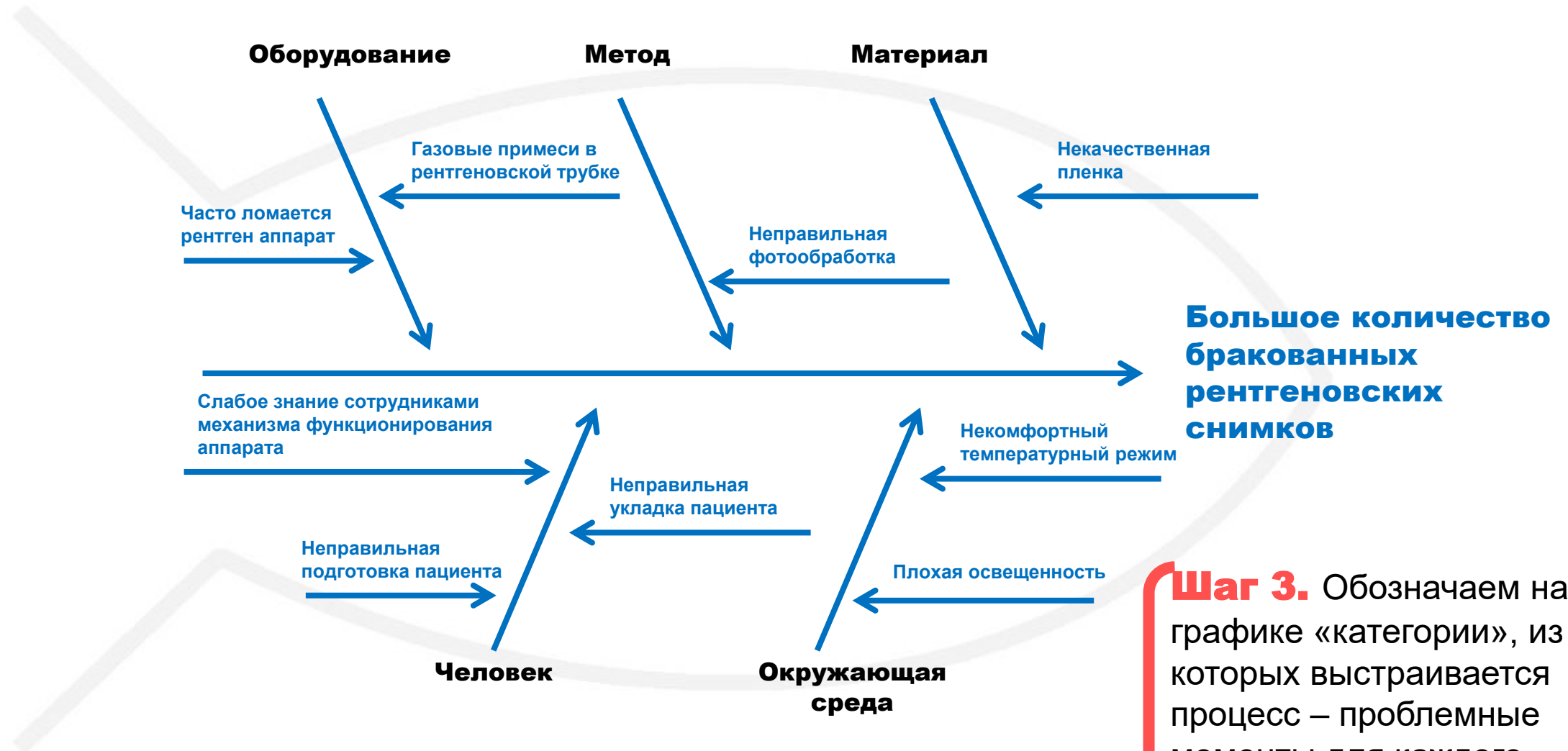


Шаг 2. Обозначаем на графике основные крупные направления

42 ЭТАП 2. «ДИАГНОСТИКА И ЦЕЛЕВОЕ СОСТОЯНИЕ»



ВЫЯВЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ И РАБОТА С НИМИ. ДИАГРАММА ИСИКАВЫ



Шаг 3. Обозначаем на графике «категории», из которых выстраивается процесс – проблемные моменты для каждого направления

43 ЭТАП 2. «ДИАГНОСТИКА И ЦЕЛЕВОЕ СОСТОЯНИЕ»



ВЫЯВЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ И РАБОТА С НИМИ. ДИАГРАММА ИСИКАВЫ



44 ЭТАП 2. «ДИАГНОСТИКА И ЦЕЛЕВОЕ СОСТОЯНИЕ»



ВЫЯВЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ И РАБОТА С НИМИ. ДИАГРАММА ИСИКАВЫ





ВЫЯВЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ И РАБОТА С НИМИ. ДИАГРАММА СВЯЗЕЙ

Позволяет выявить, устранение какой причины поможет решить сразу несколько других

Шаг 1. По центру пишем название проблемы

Шаг 2. Вокруг проблемы обозначаем источники проблемы

Шаг 3. Обозначаем графически стрелками связи между источниками по формату «причина-следствие»

Шаг 4. Фиксируем под каждым источником количество «входящих» и «исходящих» стрелок

Шаг 5. Анализ. Устранение источников с наибольшим количеством «исходящих» стрелок позволит убрать все основные проблемы





ВЫЯВЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ И РАБОТА С НИМИ. ПИРАМИДА ПРОБЛЕМ



47 ЭТАП 2. «ДИАГНОСТИКА И ЦЕЛЕВОЕ СОСТОЯНИЕ»



ВЫЯВЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ И РАБОТА С НИМИ. ПИРАМИДА ПРОБЛЕМ



48 ЭТАП 2. «ДИАГНОСТИКА И ЦЕЛЕВОЕ СОСТОЯНИЕ»



ВЫЯВЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ И РАБОТА С НИМИ. ПИРАМИДА ПРОБЛЕМ.

Результат проведенной работы по выявлению проблем - **определение коренных причин и мероприятий по их устранению** в соответствии с формой:

№ п/п	Название выявленной проблем	Причины выявленной проблемы	Коренные причины	Мероприятия по устранению	Статус	ФИО исполнителя	Дата решения	Полученный эффект проведенных мероприятий
1.					⊕			
2.					⊕			

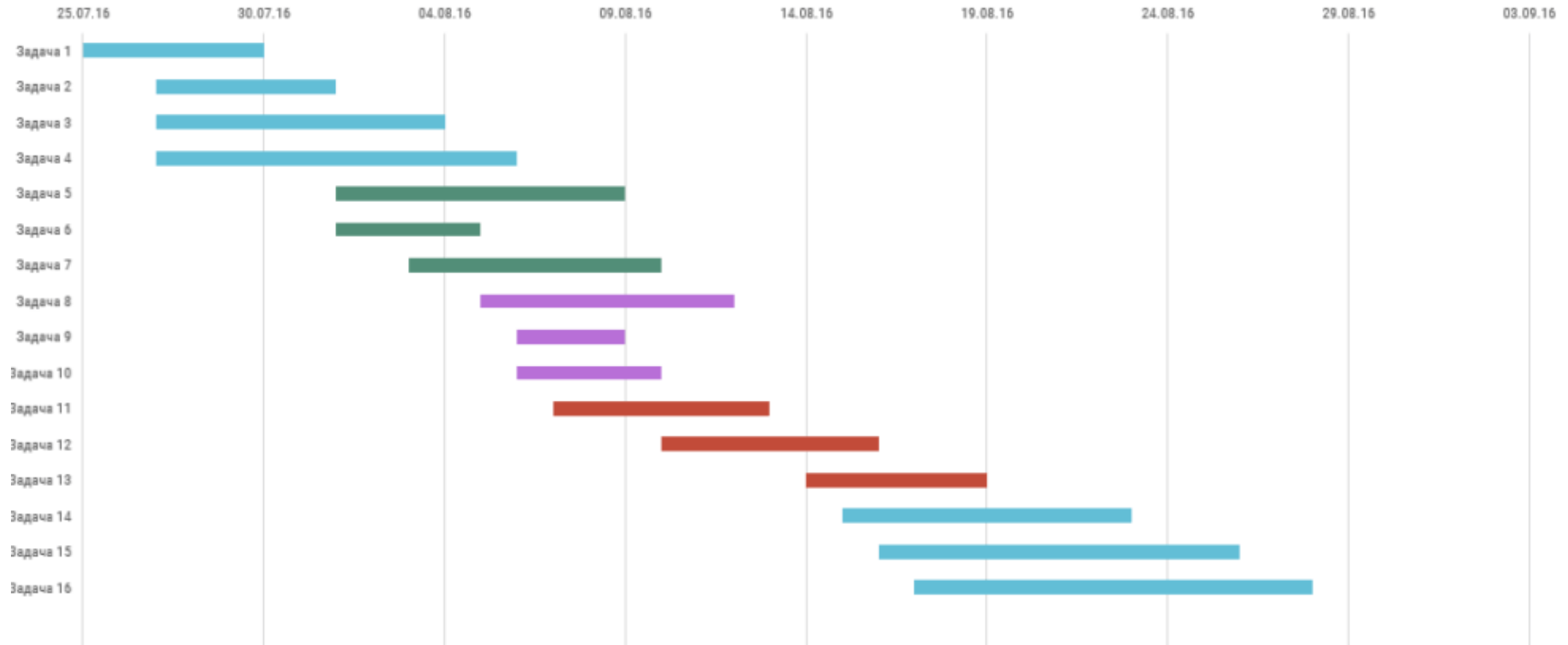
⊕ работа не начата ⊕ работа запланирована ⊕ работа выполняется ⊕ работа выполнена качественно ● работа стандартизирована

49 ЭТАП 2. «ДИАГНОСТИКА И ЦЕЛЕВОЕ СОСТОЯНИЕ»



СОСТАВЛЕНИЕ ПЛАНА МЕРОПРИЯТИЙ ПО ДОСТИЖЕНИЮ ЦЕЛЕВОГО СОСТОЯНИЯ ПОТОКА

ШАБЛОН ДИАГРАММЫ ГАНТА



После составления карты целевого состояния - составить план мероприятий по устранению выявленных проблем для достижения целевого состояния потока (для визуализации использовать диаграмму Ганта)

ПРОВЕДЕНИЕ KICK-OFF

Kick-off проводится совместно с представителями:

- органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья
- территориального ФОМС
- территориального органа Росздравнадзора
- территориального органа Роспотребнадзора
- РЦ ПМСП
- руководства медицинской организации
- командой проекта



Результат данного этапа - план мероприятий по достижению целевого состояния, утвержденный представителем органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

На данном этапе осуществляется:

- **выполнение плана мероприятий** согласно установленным срокам;
- периодическая **оценка достижения целевых показателей** процесса;
- **корректировка выполнения плана мероприятий** при необходимости;
- **еженедельный отчет команды проекта заказчику** о ходе реализации проекта по улучшению непосредственно на рабочей площадке.



Результатами данного этапа является **достижение целевого состояния** или иного состояния, обусловленного объективными причинами

52 ЭТАП 4 «ЗАКРЕПЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ И ЗАКРЫТИЕ ПРОЕКТА»



На данном этапе проводится:

- мониторинг устойчивости улучшений,
- проведение корректирующих действий (при необходимости)

Результат данного этапа - стандартизация процесса с целью сохранения и стабилизации достигнутых результатов.

Пересмотр разработанных стандартов улучшенных процессов:

- не реже 1 раза в год;

Обновление имеющихся стандартов по мере необходимости:

- в том числе при дополнительном оснащении структурных подразделений новым медицинским оборудованием (техникс модернизации,
- внедрении новых методик и пр.



Стоит учитывать, что **борьба с потерями** может осуществляться как путем **открытия полноценных проектов**, так и **без этого**: часть потерь может быть устранена путем применения инструмента 5С.

53 ЭТАП 4 «ЗАКРЕПЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ И ЗАКРЫТИЕ ПРОЕКТА»



Мониторинг устойчивости улучшений, внедренных в результате реализации проекта

План проведения мониторинга:

1. Определить показатели, соответствующие поставленным целям.
2. Установить источники информации для расчета показателей.
3. Выбрать методы сбора информации (анкетирование, интервью, наблюдение, изучение документации).
4. Определить частоту и график сбора информации и расчета показателей.
5. Назначить ответственных за сбор, анализ информации, расчет показателей.
6. Выбрать технологию обработки и анализа информации.
7. Определить, кому передавать и как использовать результаты анализа.



54 ЭТАП 4 «ЗАКРЕПЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ И ЗАКРЫТИЕ ПРОЕКТА»



МОНИТОРИНГ УСТОЙЧИВОСТИ УЛУЧШЕНИЯ ПРОЦЕССА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

№	План проведения мониторинга устойчивости внедренных улучшений в рамках реализации проекта по улучшению процесса диспансеризации определенных групп взрослого населения женщин возрастной категории 39-70 лет	
1	Показатели, соответствующие поставленным целям	«количество визитов в поликлинику при прохождении диспансеризации» — не более 3 визитов
2	Источники информации	амбулаторная карта пациента (форма 025/у), карта учета диспансеризации (форма 131/у), в том числе в электронном виде
3	Метод сбора информации	изучение документации
4	Частота и график сбора информации	еженедельно по пятницам
5	Ответственный за сбор и анализ информации	заведующий кабинетом/отделением медицинской профилактики
6	Технология обработки и анализа информации	анализ амбулаторных карт, карт учета диспансеризации пациентов, завершивших диспансеризацию за прошедшую неделю, в том числе с использованием медицинской информационной системы.
7	Предоставление и использование информации	информация предоставляется заведующей поликлиникой; для отслеживания устойчивости внедренных улучшений информация размещается в инфоцентре еженедельно в виде графика; при превышении показателя (количество визитов более 3) проводится анализ причин и принимаются управленческие решения

57 ЭТАП 4 «ЗАКРЕПЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ И ЗАКРЫТИЕ ПРОЕКТА»



РАЗРАБОТКА СТАНДАРТНОЙ ОПЕРАЦИОННОЙ КАРТЫ (СОК)

Наименование МО				Стандартная операционная карта (СОК)			СОК №1.1						
Подразделение	Отделение	Каб. №	Время такта, сек	Наименование операции			Действует с	Лист/листов					
Поликлиника	-	5	520	Забор крови из вены медицинской сестрой вакуумной системой			10.12.2018	1/3					
№ шага	Работы, выполняемые последовательно и используемый инструментарий	Показатели		Ключевые указания	Схема пошаговой рабочей последовательности								
		Время	Ходьба										
1	Предложить пациенту присесть, положить пробирки на стол для забора крови.	3			<p>Обозначения: ● - медицинская сестра в начале процесса ↗ ↘ - движения медсестер №1 и №2 ①, ② - столы для забора крови №1 и №2 ② - № шага</p>								
2	Произвести гигиеническую обработку рук.	130	5	▽ ⊕									
3	Надеть перчатки.	5		☆ См.ВП									
4	Осмотреть место венопункции, выбрать точку венопункции, пропальпировать вену.	5		◇									
5	Зафиксировать жгут на 10 см выше места венопункции, попросить пациента сжать ладонь в кулак.	10		◇									
6	Место венопункции продезинфицировать двумя марлевыми салфетками, смоченными кожным антисептиками и подождать до полного высыхания антисептика.	60		▽ ⊕ ◇ ●									
7	Взять иглу, снять с нее защитный колпачок, вставить в иглодержатель до упора.	10		◇									
8	Снять защитный колпачок с другой стороны иглы. Зафиксировать вену, обхватив предплечье. Большой палец расположить на 3-5 сантиметров ниже места укола. Натянуть кожу.	6		▽ ⊕ ◇ ☆ См.ВП									
9	Под углом 15-30° ввести иглу с держателем в вену.	15		●									
10	Взять со стола пробирку, вставить пробирку в иглодержатель до упора и удерживать ее.	6		◇									
11	Попросить пациента разжать кулак. Снять или ослабить жгут.	5		▽ ◇ См.ВП									
12	Набрать кровь в пробирку до метки, извлечь пробирку.	10		●									
13	Перемешать биоматериал с консервантом.	8		▽ ◇ См.ВП									
14	Установить пробирки в штатив.	5		▽ ◇ См.ВП									
15	Приложить сухую стерильную салфетку к месту венопункции, извлечь иглу, попросить пациента держать салфетку 5 минут.	10		⊕ ◇									
16	Поместить иглу в емкость для отходов класса Б.	10		⊕									
17	Наложить на место инъекции давящую повязку.	20		⊕ ◇									
18	Обработать руки в перчатках дезсредством, снять перчатки и поместить в емкость для отходов класса Б.	60		⊕									
19	Обработать руки антисептиком Диасептик-30, Диасептик 30-ДВС.	120		⊕									
ИТОГ:		498	5										
СИЗ							Условные обозначения	Визуальное приложение	Стандартный запас	Безопасность	Контроль качества	Критический пункт	Требуется навык
	Медицинский халат	Медицинский костюм	Медицинская обувь	Одноразовые перчатки	Маска	Головной убор		ВП	●	⊕	◇	▽	☆
Подписи													
Исполнитель	Зав. поликлиникой	Помощник эпидемиолога/врач-эпидемиолог		Составитель	Ф.И.О.	Подпись	Дата						
1.													
2.	Старшая м/с поликлиники	Инженер по охране труда		Утверждено									
3.				Главный врач									

58 ЭТАП 4 «ЗАКРЕПЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ И ЗАКРЫТИЕ ПРОЕКТА»



РАЗРАБОТКА СТАНДАРТНОЙ ОПЕРАЦИОННОЙ КАРТЫ (СОК)

Наименование МО				Стандартная операционная карта (СОК)		СОК №1.1	
				Забор крови из вены медицинской сестрой вакуумной системой			
Подразделение	Отделение	Каб. №	Время такта, сек	Наименование операции		Действует с	Лист/листов
Поликлиника	-	5	520	Забор крови из вены медицинской сестрой вакуумной системой		10.12.2018	1/3

Правила заполнения бланка СОК.

Разделы СОК для заполнения:

Информация о документе.

- сведения о рабочем месте, где применяется данный стандарт: наименование организации, подразделения, отделения, кабинета с указанием его номера;
- наименование СОК;
- наименование стандартизированной операции: сведения о действиях работника, месте их выполнения, используемых инструментах;
- учетные сведения СОК: регистрационный номер, время начала действия стандарта, порядковый номер листа и общее количество листов документа;
- время такта операции (расчетный интервал времени, которое затрачивается на производство одной медицинской услуги или комплекса таких услуг).

Время такта рассчитывается по формуле:

$$Вт = \text{Доступное для работы время} / \text{Количество медицинских услуг}$$

Где:

- ✓ **доступное для работы время** – все рабочее время без учета обеденного времени, регламентированных перерывов, планового ремонта и обслуживания, когда работа не производится;
- ✓ **количество медицинских услуг** – необходимое запланированное количество медицинских услуг (забор крови, прием пациента, флюорографическое исследование и т.д.).

Время такта периодически пересчитывается в зависимости от изменений потребности заказчика и доступного времени.

Нумерация СОК должна быть последовательной и нарастающей в порядке разработки обновленных версий данного стандарта.

Время начала действия стандарта определяется руководителем организации.

59 ЭТАП 4 «ЗАКРЕПЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ И ЗАКРЫТИЕ ПРОЕКТА»



РАЗРАБОТКА СТАНДАРТНОЙ ОПЕРАЦИОННОЙ КАРТЫ (СОК)

Наименование МО				Стандартная операционная карта (СОК)			СОК №1.1					
Подразделение	Отделение	Каб. №	Время такта, сек	Наименование операции			Действует с	Лист/листов				
Поликлиника	-	5	520	Забор крови из вены медицинской сестрой вакуумной системой			10.12.2018	1/3				
№ шага	Рабочая пошаговая последовательность и используемый инструментарий	Показатели		Ключевые указания	Схема пошаговой рабочей последовательности							
		Время, сек	Ходьба, м									
1	Предложить пациенту присесть, положить пробирки на стол для забора крови.	3			<p>Обозначения: ● - медицинская сестра в начале процесса ↗ ↘ - движения медсестер №1 и №2 ①, ② - столы для забора крови №1 и №2 ② - № шага</p>							
2	Произвести гигиеническую обработку рук.	130	5	▽ ⊕								
3	Надеть перчатки.	5		☆ См.ВП								
4	Осмотреть место венопункции, выбрать точку венопункции, пропальпировать вену.	5										
5	Зафиксировать жгут на 10 см выше места венопункции, попросить пациента сжать ладонь в кулак.											
6	Место венопункции продезинфицировать двумя марлевыми салфетками, смоченными кожным антисептиками и подождать до полного высыхания антисептика.	60		▽ ⊕ ◆ ●								
7	Взять иглу, снять с нее защитный колпачок, вставить в иглодержатель до упора.	10		◆								
8	Снять защитный колпачок с другой стороны иглы. Зафиксировать вену, обхватив предплечье. Большой палец расположить на 3-5 сантиметров ниже места укола. Натянуть кожу.	6										
9	Под углом 15-30° ввести иглу с держателем в вену.	15		▽ ⊕ ◆ ☆ См.ВП								
10	Взять со стола пробирку, вставить пробирку в иглодержатель до упора и удерживать ее.	6		●								
11	Попросить пациента разжать кулак. Снять или ослабить жгут.	5										
12	Набрать кровь в пробирку до метки, извлечь пробирку.	10		▽ ◆ См.ВП								
13	Перемешать биоматериал с консервантом.			Не встряхивать!								
14	Установить пробирки в штатив.	5		▽ ◆ См.ВП								
15	Пациента держать салфетку 5 минут.	10		⊕ ◆								
16	Положить иглу в емкость для отходов класса Б.	10		⊕								
17	Наложить на место инъекции давящую повязку.	20		⊕ ◆								
18	Обработать руки в перчатках дезсредством, снять перчатки и поместить в емкость для отходов класса Б.	60		⊕								
19	Обработать руки антисептиком Диасептик-30, Диасептик 30-ДВС.	120		⊕								
ИТОГ:		498	5									
СИЗ						Условные обозначения	Визуальное приложение	Стандартный запас	Безопасность	Контроль качества	Критический пункт	Требуется навык
	Медицинский халат	Медицинский костюм	Медицинская обувь	Одноразовые перчатки	Маска		Головной убор	ВП	●	⊕	◆	▽
Подпись												
Исполнитель			Зав. поликлиники		Помощник эпидемиолога/врач-эпидемиолог		Составитель		Ф.И.О.		Подпись	Дата
1.												
2.			Старшая м/с поликлиники		Инженер по охране труда		Утверждено					
3.							Главный врач					

60 ЭТАП 4 «ЗАКРЕПЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ И ЗАКРЫТИЕ ПРОЕКТА»



РАЗРАБОТКА СТАНДАРТНОЙ ОПЕРАЦИОННОЙ КАРТЫ (СОК)

«№ шага» - порядковый номер шага рабочей последовательности.

«Рабочая пошаговая последовательность и используемый инструментарий» - пошаговая рабочая последовательность выполнения стандартизируемой операции включая переходы и ожидания; указываются инструменты, применяемые для выполнения каждого шага.

«Показатели. Время, сек.» - время цикла выполнения соответствующего шага операции в секундах (хронометраж).

«Показатели. Ходьба, м.» - расстояние в метрах (проходит работник при выполнении шага операции).

«Ключевые указания» специальными символами, отмечаются действия, имеющие особое значение (шаги, критичные с точки зрения технологии, охраны труда, выполнения параметров качества).

№ шага	Рабочая пошаговая последовательность и используемый инструментарий	Показатели		Ключевые указания
		Время, сек	Ходьба, м	
1	Предложить пациенту присесть, положить пробирки на стол для забора крови.	3		
2	Произвести гигиеническую обработку рук.	130	5	
3	Надеть перчатки.	5		▽ ⊕
4	Осмотреть место венепункции, выбрать точку венепункции, пропальпировать вену.	5		☆ См.ВП
5	Зафиксировать жгут на 10 см выше места венепункции, попросить пациента сжать ладонь в кулак.	10		
6	Место венепункции продезинфицировать двумя марлевыми салфетками, смоченными кожным антисептиками и подождать до полного высыхания антисептика.	60		▽ ⊕ ⊖ ●
7	Взять иглу, снять с нее защитный колпачок, вставить в иглодержатель до упора.	10		⊖
8	Снять защитный колпачок с другой стороны иглы. Зафиксировать вену, обхватив предплечье. Большой палец расположить на 3-5 сантиметров ниже места укола. Натянуть кожу.	6		
9	Под углом 15-30° ввести иглу с держателем в вену.	15		▽ ⊕ ⊖ ☆ См.ВП
10	Взять со стола пробирку, вставить пробирку в иглодержатель до упора и удерживать ее.	6		●
11	Попросить пациента разжать кулак. Снять или ослабить жгут.	5		
12	Набрать кровь в пробирку до метки, извлечь пробирку.	10		▽ ⊖ См.ВП
13	Перемешать биоматериал с консервантом.	8		Не встряхивать!
14	Установить пробирки в штатив.	5		▽ ⊖ См.ВП
15	Приложить сухую стерильную салфетку к месту венепункции, извлечь иглу, попросить пациента держать салфетку 5 минут.	10		⊕ ⊖
16	Поместить иглу в емкость для отходов класса Б.	10		⊕
17	Наложить на место инъекции давящую повязку.	20		⊕ ⊖
18	Обработать руки в перчатках дезсредством, снять перчатки и поместить в емкость для отходов класса Б.	60		⊕
19	Обработать руки антисептиком Диасептик-30, Диасептик 30-ДВС.	120		⊕
ИТОГ:		498	5	

61 ЭТАП 4 «ЗАКРЕПЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ И ЗАКРЫТИЕ ПРОЕКТА»



РАЗРАБОТКА СТАНДАРТНОЙ ОПЕРАЦИОННОЙ КАРТЫ «УСЛОВНЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ».

№ п/п	Термин	Обозначение	Описание
1	Стандартный запас	●	при выполнении данного шага рабочей последовательности используется стандартный запас.
2	Безопасность	+	при выполнении данного шага рабочей последовательности необходимо уделить особое внимание вопросам безопасности на рабочем месте.
3	Контроль качества	◇	при выполнении данного шага рабочей последовательности работнику необходимо провести контроль качества выполненных действий на их соответствие определенным параметрам качества для данного действия. Параметры качества могут быть отражены в описании соответствующего шага рабочей последовательности. Контроль качества может проводиться с заданной частотой: каждый цикл выполнения операции, при выполнении каждого второго, третьего цикла и т.д. Частота проведения контроля качества отображается внутри символа в виде цифры, соответствующей частоте проведения контроля.
4	Критический шаг	▽	выполнение данного шага рабочей последовательности имеет критически важное значение для успешного выполнения всей операции. Если данный шаг будет выполнен неверно, завершение выполнения данной операции станет невозможным.
5	Требуется навык	☆	для выполнения данного шага рабочей последовательности требуется обладание навыком выполнения определенных действий. Работник, не обладающий данным навыком, не сможет качественно и безопасно выполнить текущий шаг рабочей последовательности.

№ п/п	Термин	Обозначение	Описание
6	Смотреть дополнительную информацию в визуальном приложении (ВП)	см. ВП	для данного шага рабочей последовательности в визуальном приложении к СОК представлена дополнительная информация, обязательная для изучения.

№ шага	Рабочая пошаговая последовательность и используемый инструментарий	Показатели		Ключевые указания
		Время, сек	Ходьба, м	
1	Предложить пациенту присесть, положить пробирки на стол для забора крови.	3		
2	Произвести гигиеническую обработку рук.	130	5	▽ +
3	Надеть перчатки.	5		
4	Осмотреть место венепункции, выбрать точку венепункции, пропальпировать вену.	5		☆ См.ВП
5	Зафиксировать жгут на 10 см выше места венепункции, попросить пациента сжать ладонь в кулак.	10		
6	Место венепункции продезинфицировать двумя марлевыми салфетками, смоченными кожным антисептиками и подождать до полного высыхания антисептика.	60		▽ + ◇ ●
7	Взять иглу, снять с нее защитный колпачок, вставить в иглодержатель до упора.	10		◇
8	Снять защитный колпачок с другой стороны иглы. Зафиксировать вену, обхватив предплечье. Большой палец расположить на 3-5 сантиметров ниже места укола. Натянуть кожу.	6		
9	Под углом 15-30° ввести иглу с держателем в вену.	15		▽ + ◇ ☆ См.ВП
10	Взять со стола пробирку, вставить пробирку в иглодержатель до упора и удерживать ее.	6		●
11	Попросить пациента разжать кулак. Снять или ослабить жгут.	5		
12	Набрать кровь в пробирку до метки, извлечь пробирку.	10		▽ ◇ См.ВП
13	Перемешать биоматериал с консервантом.	8		Не встряхивать!
14	Установить пробирки в штатив.	5		▽ ◇ См.ВП
15	Приложить сухую стерильную салфетку к месту венепункции, извлечь иглу, попросить пациента держать салфетку 5 минут.	10		+ ◇
16	Поместить иглу в емкость для отходов класса Б.	10		+
17	Наложить на место инъекции давящую повязку.	20		+ ◇
18	Обработать руки в перчатках дезсредством, снять перчатки и поместить в емкость для отходов класса Б.	60		+
19	Обработать руки антисептиком Диасептик-30, Диасептик 30-ДВС.	120		+
ИТОГ:		498	5	

62 ЭТАП 4 «ЗАКРЕПЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ И ЗАКРЫТИЕ ПРОЕКТА»

РАЗРАБОТКА СТАНДАРТНОЙ ОПЕРАЦИОННОЙ КАРТЫ (СОК)



Наименование МО				Стандартная операционная карта (СОК)			СОК №1.1						
Подразделение	Отделение	Каб. №	Время такта, сек	Наименование операции			Действует с	Лист из листов					
Поликлиника	-	5	520	Забор крови из вены медицинской сестрой вакуумной системой			10.12.2018	1/1					
№ шага	Рабочая пошаговая последовательность и используемый инструментарий			Показатели		Ключевые указания	Схема пошаговой рабочей последовательности 						
				Время, сек	Ходьба, м								
1	Предложить пациенту присесть, положить пробирки на стол для забора крови.			3			Обозначения: ● - медицинская сестра в начале процесса - - - - - движения медсестер №1 и №2 1, 2 - столы для забора крови №1 и №2 ① - №1 шага ② - №2 шага						
2	Произвести гигиеническую обработку рук.			130	5								
3	Надеть перчатки.			5		▽ ⊕							
4	Осмотреть место венопункции, выбрать точку венопункции, пропальпировать вену.			5		☆ См.ВП							
5	Зафиксировать жгут на 10 см выше места венопункции, попросить пациента сжать ладонь в кулак.			10									
6	Место венопункции продезинфицировать двумя марлевыми салфетками, смоченными кожным антисептиками и подождать до полного высыхания антисептика.			60		▽ ⊕ ◆ ●							
7	Взять иглу, снять с нее защитный колпачок, вставить в иглодержатель до упора.			10		◆							
8	Снять защитный колпачок с другой стороны иглы. Зафиксировать вену, обхватив предплечье. Большой палец расположить на 3-5 сантиметров ниже места укола. Натянуть кожу.			6		▽ ⊕ ◆ ☆ См. П							
9	Под углом 15-30° ввести иглу с держателем в вену.			15		▽ ⊕ ◆ ☆ См. П							
10	Взять со стола пробирку, вставить пробирку в иглодержатель до упора и удерживать ее.			6		●							
11	Попросить пациента разжать кулак. Снять или ослабить жгут.			5									
12	Набрать кровь в пробирку до метки, извлечь пробирку.			10		▽ ◆ См.ВП							
13	Перемешать биоматериал с консервантом.			8		Не встряхивать!							
14	Установить пробирки в штатив.			5		▽ ◆ См.ВП							
15	Приложить сухую стерильную салфетку к месту венопункции, извлечь иглу, попросить пациента держать салфетку 5 минут.			10		⊕ ◆							
16	Поместить иглу в емкость для отходов класса Б.			10		⊕							
17	Наложить на место инъекции давящую повязку.			20		⊕ ◆							
18	Обработать руки в перчатках дезсредством, снять перчатки и поместить в емкость для отходов класса Б.			60		⊕							
19	Обработать руки антисептиком (Дезинфекция 30 сек. Дезинфекция 30 сек.)			120		⊕							
ИТОГО:				498	5								
СИЗ							Условные обозначения	Визуальное приложение	Стандартный запас	Безопасность	Контроль качества	Критический пункт	Требуется навык
	Медицинский	Медицинский костюм	Медицинская обувь	Одноразовые перчатки	Маска	Головной убор	ВП	●	⊕	◆	▽	☆	
Подпись													
Исполнитель		Врач-эпидемиолог		Помощник эпидемиолога/врач-эпидемиолог		Составитель		Утверждено		Подпись		Дата	
		Старшая м/с поликлиники		Инженер по охране труда		Утверждено							
						Главный врач							

Сведения о применяемых средствах индивидуальной защиты

Графическая часть СОК

Таблица распределения (подписи)

63 ЭТАП 4 «ЗАКРЕПЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ И ЗАКРЫТИЕ ПРОЕКТА»



РАЗРАБОТКА СТАНДАРТНОЙ ОПЕРАЦИОННОЙ КАРТЫ (СОК)

Наименование МО		Визуальное приложение стандартной операционной карты		СОК №1.1	Дата	Лист/листов
					10.12.2018	2/3
Наименование операции		Забор крови из вены медицинской сестрой вакуумной системой				
№ шага	Основные шаги	Инструменты/оборудование	Время, сек	Пояснения	Ключевые указания	
4	Осмотреть место венопункции, выбрать точку венопункции, пропальпировать вену.		5	Отсутствие очагов поражения	☆	
9	Под углом 15-30° ввести иглу с держателем в вену.	вакуумная система	15		▽ ⊕ ◇ ☆	
12	Набрать кровь в пробирку до метки	пробирки	10		▽ ◇	
ФОТО/ЭСКИЗ/ВИЗУАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ						
<p>Место пункции</p> <p>Наложите жгут на несколько сантиметров выше места пункции</p>		<p>15°</p>		<p>МЕТКА</p>		
Шар №4		Шар №9		Шар № 12		

Наименование МО		Визуальное приложение стандартной операционной карты		СОК №1.1	Дата	Лист/листов
					10.12.2018	3/3
Наименование операции		Забор крови из вены медицинской сестрой вакуумной системой				
№ шага	Основные шаги	Инструменты/оборудование	Время, сек	Пояснения	Ключевые указания	
13	Перемешать биоматериал с консервантом.	пробирки	8	Перевернуть пробирку	Не встряхивать! ◇ ▽	
ФОТО/ЭСКИЗ/ВИЗУАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ						
Цветовой код	Количество перемешиваний	Область применения	Химические наполнители			
Средя бактэк	Не перемешивать	посев на стерильность (кровь)	питательная среда для культивирования аэробных микроорганизмов			
Красный/желтый	5-6 раз	Биохимические исследования, глюкоза, аллергология, гормоны, онкомаркеры, серологические исследования (гепатиты, сифилис, ВИЧ), инфекции, передающиеся клещами (клещевой энцефалит, болезнь Лайма/боррелиоз)	Активатор свертывания и разделительный гель			
Голубой	3-4 раза	Исследование коагуляции (МНО, АНТВ, Д-димер, фибриноген)	Цитрат натрия			
Сиреневый/фиолетовый	8-10 раз	Гематологические исследования (ОАК, СОЭ, глинированный гемоглобин, группа крови, проба Кумбса, АКГ (холдная пробирка)), HLA-типирование, ПЦР-диагностика, ангиотензин (ренин)	ЭДТА			
Черный	8-10 раз	Измерение скорости оседания эритроцитов (СОЭ)	Цитрат натрия			
Зеленый	8-10 раз	Иммунохимические исследования (клеточный иммунитет, кальций ионизированный)	Гепарин			
Серый	8-10 раз	Лактат, глюкоза (при необходимости хранения пробы до исследования более суток)	Натрия фторид/оксалат натрия/литий-гепарин			

64 ЭТАП 4 «ЗАКРЕПЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ И ЗАКРЫТИЕ ПРОЕКТА»



Пересмотр разработанных стандартов улучшенных процессов:

не реже 1 раза в год;

обновление имеющихся стандартов по мере необходимости:

- в том числе при дополнительном оснащении структурных подразделений новым медицинским оборудованием (техникой) или ее модернизации,
- внедрении новых методик и пр.

Стоит учитывать, что борьба с потерями может осуществляться как путем открытия полноценных проектов, так и без этого: часть потерь может быть устранена путем применения инструмента 5С.



Ключевые принципы системы 5С:

- 1. Сортировка, удаление ненужного**
- 2. Соблюдение порядка, самоорганизация, определение для каждой вещи своего места.**
- 3. Соблюдение чистоты, систематическая уборка**
- 4. Стандартизация процессов, операций**
- 5. Совершенствование порядка и дисциплина**





ШАГ 1: СОРТИРОВКА

Задача: классификация предметов по степени их необходимости на рабочих местах.

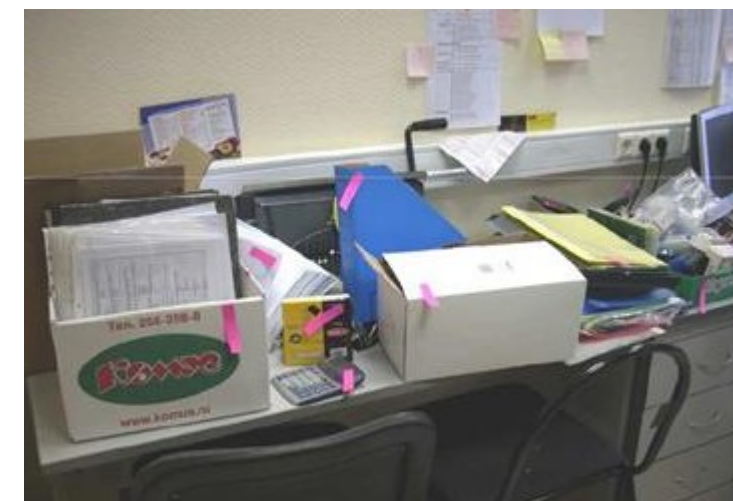
Все предметы в рабочей зоне делятся на 3 категории, и маркируются стикерами 3 цветов:

красный – ненужные предметы (низкая частота использования – один раз в течение последних 3-12 месяцев);

желтый – не нужны срочно (один раз в течение последних 2 – 3 месяцев, более 1 раза в месяц);

зеленый – нужные (один раз в неделю, ежедневно).

Организуется «зона карантина», «зона «красных ярлыков» - это временное место хранения ненужных предметов, ожидающих решения о целесообразности их нахождения на территории рабочего места (цветовая маркировка красного цвета).



67 ПРИМЕНЕНИЕ ИНСТРУМЕНТА 5С



ШАГ 2: СОБЛЮДЕНИЕ ПОРЯДКА

Задача: стандартизировать работу - рационально разместить предметы, чтобы обеспечить надежный и безопасный доступ к ним сотрудников кабинета.

Рациональное расположение предусматривает применение средств визуального управления, для информирования о местонахождении предметов.

ШАГ 3: СОДЕРЖАНИЕ В ЧИСТОТЕ

Задача: регулярная проверка своего рабочего места для поддержания порядка и чистоты.

Уборка – это не только поддержание порядка и чистоты, но и проверка рабочих зон и оборудования.

БЫЛО



СТАЛО



БЫЛО



СТАЛО



ШАГ 4: СТАНДАРТИЗАЦИЯ

Задача: самые эффективные решения, найденные в ходе предыдущих шагов необходимо закрепить стандартом рабочего места.

Стандартизация – это **превращение процедур** сортировки, рационального расположения и **уборки в привычку**. Примеры основных средств стандартизации и визуального контроля:

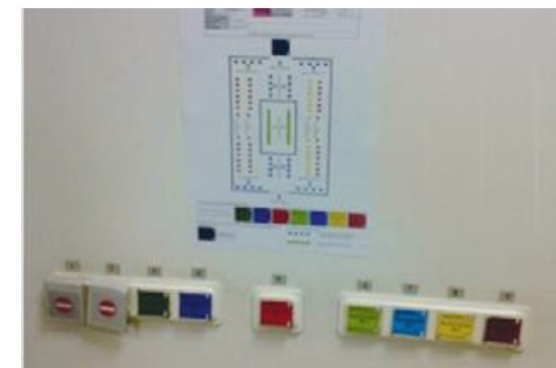
- информационный стенд;
- указания, где должны находиться те или иные предметы;
- знаки обозначения оборудования;
- предостережения и напоминания;
- краткие инструкции, памятки, схемы

ГУЗ ЯО Детская поликлиника №5				Стандартная операционная карта (СОК)			СОК № 2		
Поликлиника	Отделение	Служба	Кабинет осмотра перед прививкой	Врача-педиатра кабинета вакцинопрофилактики			Фото рабочего места врача-педиатра (схема рабочей последовательности)		
№ 5	вакцинопрофилактики	-	-	Алгоритм приема пациента врачом-педиатром перед вакцинацией			Фото рабочего места врача-педиатра (схема рабочей последовательности)		
№ шага	Рабочая пошаговая последовательность	Затрачиваемое время и расстояние		Примечания и ключевые указания					
		Общ (сек)	Ходьба (м)						
1.	Занять свое рабочее место, включить компьютер, войти в программу ЕГИСЗ под своим логином и паролем.	120	-	☆					
2.	Пригласить пациента, найти его амбулаторную карту, открыть ЭМК в программе ЕГИСЗ.	25	3						
3.	Изучение медицинской документации и проведение термометрии пациенту.	180	-	◇					
4.	Вымыть, обработать руки перед осмотром пациента.	10	6	◇					
5.	Выполнить осмотр пациента перед вакцинацией.	180	4	☆					
6.	Оформить добровольное информированное согласие.	40	-	▽					
7.	В ЭМК создать Прививочную карту пациента	-	-						
7.1	Открыть раздел Вакцинация – Прививочная карта	2	-	☆					
7.2	Проверить личные данные пациента, нажать кнопку Сохранить	3	-						
7.3	Открыть вкладку План прививок. Для составления плана прививок по национальному календарю нажать кнопку Завершить по национальному календарю.	5	-						
7.4	При необходимости редактировать план прививок, нажать кнопки Добавить, Изменить	9	-						
8.	Сделать запись в протоколе осмотра.	10	-	▽					
9.	Назначить вид вакцинации:	-	-	☆ ▽					
9.1	Открыть вкладку Назначения.	2	-						
9.2	Нажать кнопку Добавить или Загрузить из шаблона.	2	-						
9.3	Выбрать раздел Виды вакцинации.	2	-						
9.4	Выбрать галочкой вид вакцинации, пользоваться Поиском по первым буквам названия вакцины, нажать кнопку Добавить, Закрыть.	7	-						
10.	Отправить пациента в прививочный кабинет.	2	-						
11.	Пригласить следующего пациента.	3	-						
12.	Алгоритм действий при приеме следующего пациента повторяется.								
ИТОГ:		596	13						
Суб. инстру.менты					Условные обозначения	Безопасность	Контроль качества	Требуется навык	Критический пункт
	Медицинский халат, маска и шапочка	Медицинская обувь	Стефонендос коп	Шпатель		◇	◇	☆	▽
					Подписи				
Главный врач		Заведующая педиатрическим отделением		Составитель СОК			Исполнители		Дата
Мамонтова О.К.		Лыскова О.С.		Лыскова О.С.					

СОК врача-педиатра кабинета вакцинопрофилактики



Информационный стенд с фотографиями проведенных улучшений



Инструкция на стене

69 ПРИМЕНЕНИЕ ИНСТРУМЕНТА 5С



ШАГ 5: СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОРЯДКА И ДИСЦИПЛИНА

Задача: обеспечить условия для возникновения желания совершенствовать результаты.

Поддержание выполнения установленных процедур первых четырех этапов – 4С, чтобы предотвратить откат назад.

Инструменты и методы совершенствования системы 5С:

- самооценка, проверка руководителем;
- плакаты 5С с описанием инструментов 5С;
- информационные материалы 5С;
- информационные доски с фотографиями и описанием внедрения;
- взаимный обмен лучшими практиками.

Проверочный лист оценки соответствия рабочего места системе 5С для медицинской организации¹

Шаг 1. Сортировка		Кабинет №	
№ п/п	Критерий	Оценка (0-нет, 1-да)	Комментарий
1	Рабочее пространство (кабинет) в целом:		
1.1	нет неиспользуемой мебели;		
1.2	вынесена неисправная мебель;		
1.3	вся офисная техника (принтер, сканер и т.п.) исправна;		
1.4	вся офисная техника (принтер, сканер и т.п.) используется;		
1.5	нет лишних проводов;		
1.6	отсутствуют лишние личные вещи (несезонные вещи, избыточное количество посуды);		
1.7	на стенах кабинета нет избыточного размещения (картин, фото, сертификатов, свидетельств, благодарственных писем и т.п.);		
1.8	поврежденные предметы отсутствуют.		
2.	Рабочий стол:		
2.1	предметы на рабочем столе исправны;		
2.2	предметы на рабочем столе используются;		
2.3	техника на рабочем столе исправна;		
2.4	техника на рабочем столе используется;		
2.5	все канцелярские принадлежности исправны;		
2.6	все канцелярские принадлежности используются.		
3	Шкафы, тумбы:		
3.1	справочники, которые хранятся в кабинете, актуальны;		
№ п/п	Критерий	Оценка (0-нет, 1-да)	Комментарий
3.2	материалы для работы в кабинете (маски, перчатки, термометры, шпатель и пр.) не повреждены		
4	Зона временного хранения:		
4.1	зона временного хранения создана		
4.2	в зону временного хранения помещены предметы, в необходимости которых есть сомнения: на них наклеен «красный» ярлык с датой и причиной помещения в зону		
5	В кабинете нет мест, которые не прошли сортировку		
Итого:		0%	При оценке 83% (15 баллов) и больше можно переходить к следующему шагу

Методические рекомендации «Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь», М. 2019

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ



cpmsp@rosminzdrav.ru

