



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 основной ценности за счет оптимальной логистики реализуемых процессов,
- организованная с учетом принципов эргономики и соблюдения объема рабочего пространства,
- создающая позитивный имидж медицинского работника,
- организация оказания медицинской помощи основана на внедрении принципов бережливого производства

**Цель:** повышение удовлетворенности пациентов доступностью и качеством 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 titled "Паспорт проекта. Название проекта". The form is divided into several sections. A red callout box highlights the first section, "Блок 1: Вовлеченные лица и рамки проекта". The text in the callout box explains that this block is located in the top-left corner of the passport and contains information about the project initiator, process, boundaries, and the project team.

### 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:  
Заведующий поликлиникой  
Ф.И.О.  
(подпись)

Паспорт проекта. Название проекта

СВЯЗАННО:  
Заказчик (исполнитель)  
Ф.И.О.  
(подпись, печать)

Блок 2. Обоснование выбора проекта

*Например:*  
Процесс:  
- требует участия пациента;  
- задействует большое количество медицинского и прочего персонала;  
- усовершенствования МИС;  
- неадекватное 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 дозвона 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
Сокращение времени ожидания пациента при первичном обращении	2 дни	60 мин
Увеличение числа положительных отзывов при оформлении льготного рецепта	5 шт	1 шт
Разработаны планы по оптимизации процесса получения льготных лекарственных средств	Нет	Да
Сокращение расходов при оформлении льготного рецепта (сокращение расходов от колл-центра на 10%)		

Эффекты:  
Сокращение времени пребывания пациента в больнице при оформлении льготного рецепта с 180 минут до 15 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. Оформление паспорта проекта 29.05.2018
  2. Анализ текущей ситуации 15.05.18 – 29.05.18
    - разработка текущей карты процесса 18.05.2018 – 28.05.2018
    - поиск и выявление проблем 22.05.2018 – 31.05.2018
    - разработка целевой карты процесса – 11.06.2018 – 21.06.2018
    - разработка «дорожной карты» реализации проекта 21.06.2018 по 28.06.2018
    - kick-off 01.07.2018
  3. Внедрение улучшений 01.10.2018 – 14.03.2019
  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, инициалы  
Ф.И.О.  
(подпись)

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

**Паспорт проекта. Название проекта**

**Блок 1. Ключевые лица и роли проекта**  
Название проекта: [название] (наименование медицинской организации)  
Пример: - Стратегия проекта: [название] (наименование медицинского учреждения)  
Группы проекта: - [название] (наименование группы) (наименование медицинского учреждения)  
Руководитель проекта: - [название] (наименование медицинского учреждения)  
Команда проекта: - [название] (наименование медицинского учреждения)

**Блок 2. Обоснование выбора проекта**  
*Пример:*  
Процесс:  
- требует участия пациента;  
- задействует большое количество медицинского и прочего персонала;  
- усовершенствования МПС;  
- неэффективное использование рабочего времени медицинской сестры.

**Блок 3. Цели и планируемый эффект**

Наименование цели, кв. квт.	Текущий показатель	Планируемый показатель
Сокращение времени получения результатов лабораторных исследований пациентам	2 дня	60 мин
Уменьшение числа госпитализаций пациентов при оформлении лабораторных исследований	5 квт	3 квт
Качество оказания лабораторных исследований	Нет	Да
Сокращение расходов при проведении лабораторных исследований (сокращение расходов на оплату доставки и хранения на 10%)		

**Эффекты:**  
Сокращение времени пребывания пациента в поликлинике при оформлении лабораторных исследований на 35 минут

**Блок 4. Ключевые события и сроки**

**Сроки:**

1. Оформление паспорта проекта 20.08.2018
2. Анализ текущих ситуаций 15.08.18 – 20.08.18
- разработка рабочей версии проекта 15.08.2018 – 20.08.2018
- анализ и выработка стратегии 22.08.2018 – 14.09.2018
- разработка рабочей версии проекта 14.09.2018 – 21.09.2018
- разработка рабочей версии проекта 21.09.2018 до 25.09.2018
- Анализ от 01.10.2018
3. Внедрение улучшений 01.10.2018 – 10.11.2018
4. Закрытие проекта 10.11.2018

# 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.

## 22 КАРТИРОВАНИЕ ПСЦ С АНАЛИЗОМ ТЕКУЩЕГО СОСТОЯНИЯ ПРОЦЕССОВ



### ПЕРВЫЙ ЭТАП. ПОСТРОЕНИЕ КАРТЫ ТЕКУЩЕГО СОСТОЯНИЯ

#### На данном этапе проводится:

- согласование объекта картирования с заказчиком проекта
- определение сроков, границ, глубины картирования (степень детализации)
- обозначение места проведения картирования
- подготовка и выпуск в работу приказов/распоряжений на право получения информации и пр. (при необходимости)
- проведение хронометража процесса с заполнением таблицы

(название медицинской организации)						
Дата _____	День недели _____	Время начала хронометража _____	Время окончания хронометража _____			
<b>Таблица хронометража</b>						
(название процесса)						
№ п/п	Символ	Описание операции	Расстояние (м)	Время операции (сек)	ВСП* (сек)	Комментарий
<b>Итого:</b>						

**ПРИМЕЧАНИЕ:**  
\*Время создания ценности (ВСП) - заполняется ответственным за картирование.  
Ф.И.О. исполнителя, тел

## 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

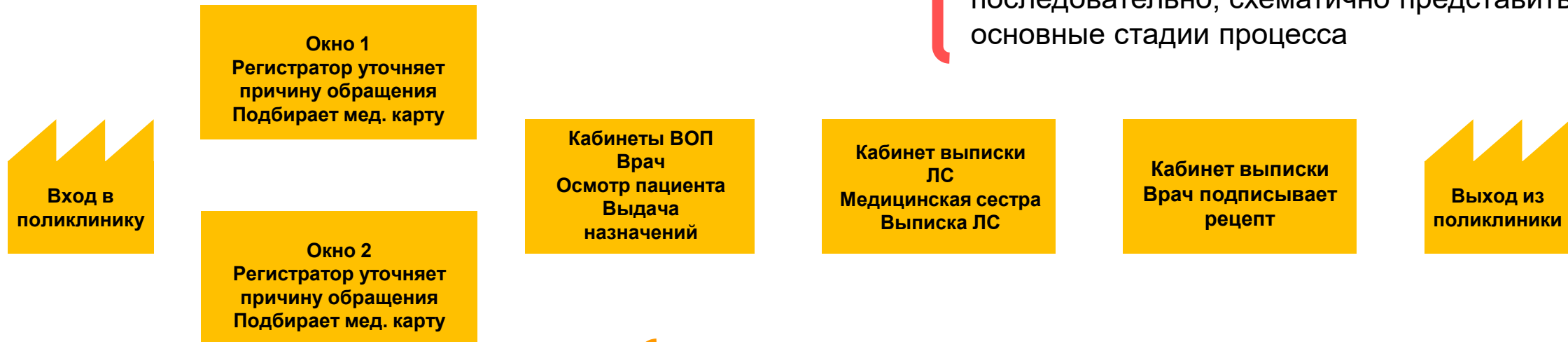
№ п/п	Термин	Обозначение	Описание
6.	Передача из рук в руки		Используется для обозначения передачи документа на бумажном носителе из рук в руки
7.	Передача через электронную систему		Используется для обозначения передачи документа/информации в специальной электронной системе/программе, по электронной 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

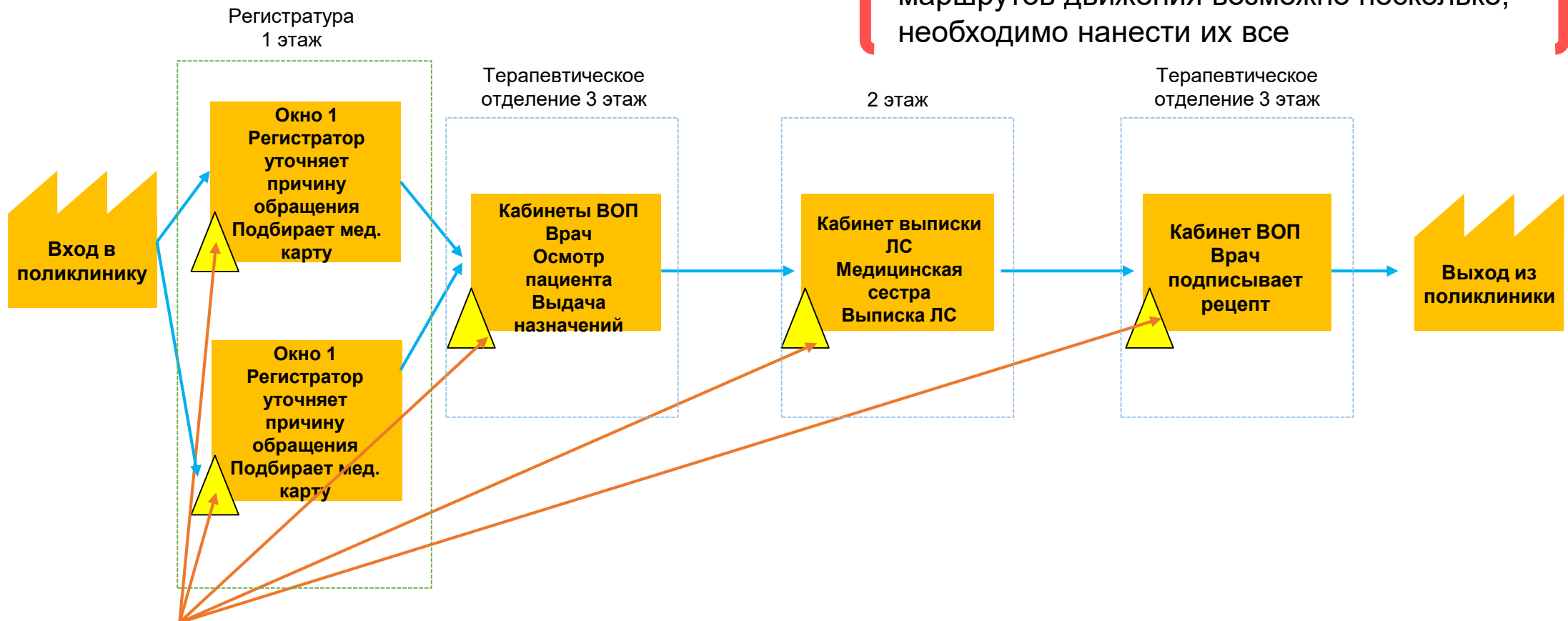
1. Первоначальную визуализацию картирования потока проводят вручную (с использованием клейких стикеров или карандаша с ластиком)
2. При описании текущего состояния процесса, следует собрать образцы всех бланков и документов, которые используются на каждом этапе

# 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?

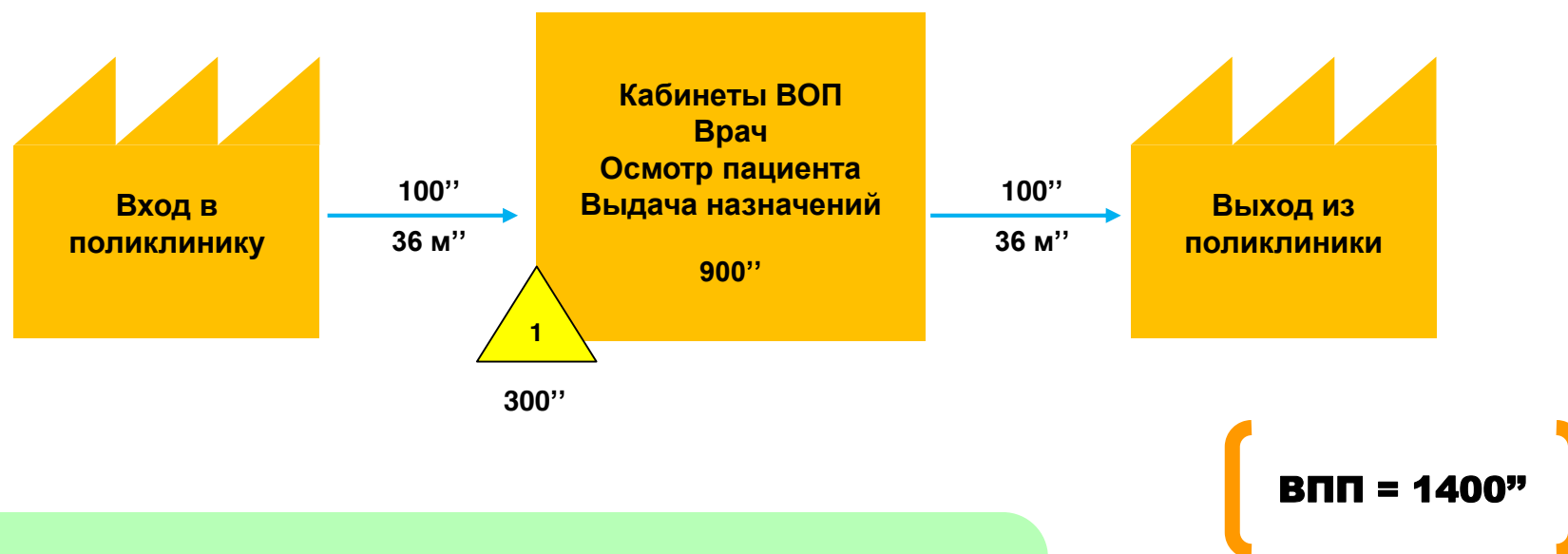


### 33 КАРТИРОВАНИЕ ПСЦ С АНАЛИЗОМ ТЕКУЩЕГО СОСТОЯНИЯ ПРОЦЕССОВ



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;

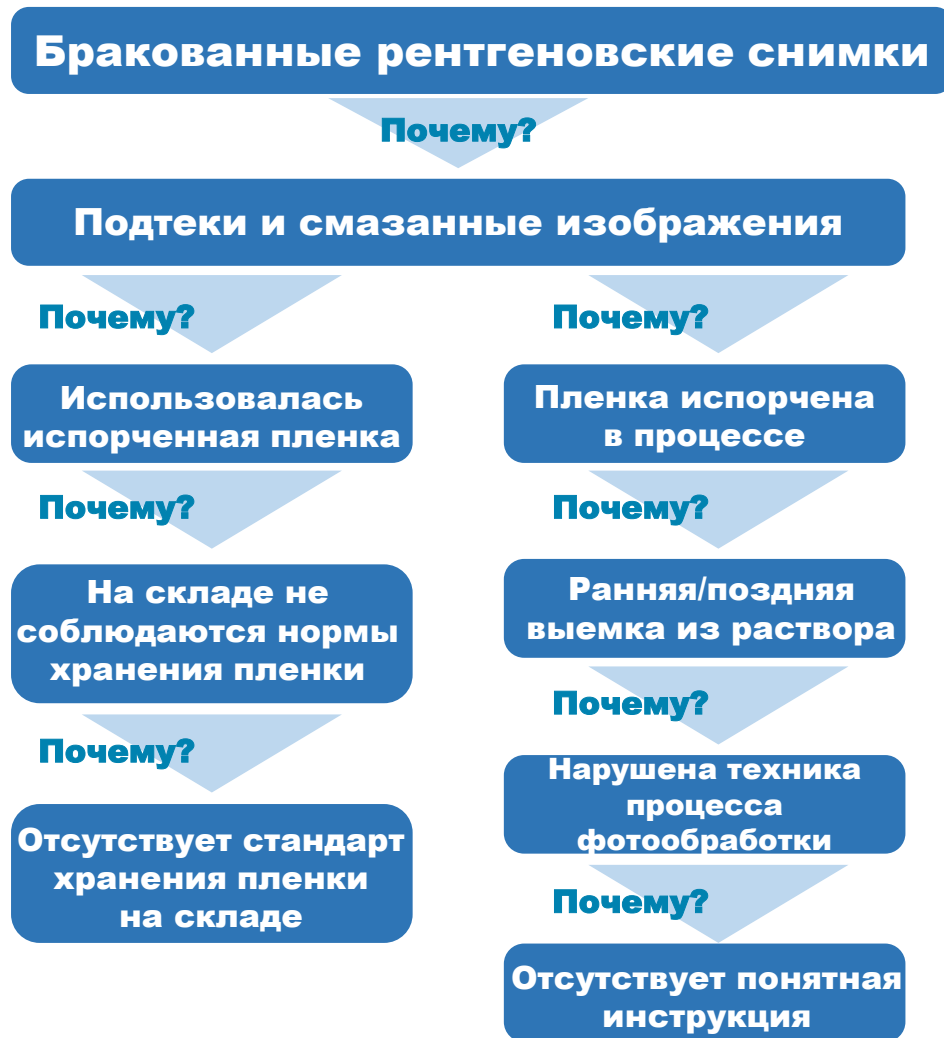
пирамида проблем.



## 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 было легче приступать 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?

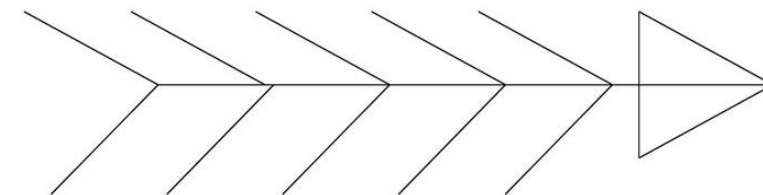




### ВЫЯВЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ И РАБОТА С НИМИ. ДИАГРАММА ИСИКАВЫ

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

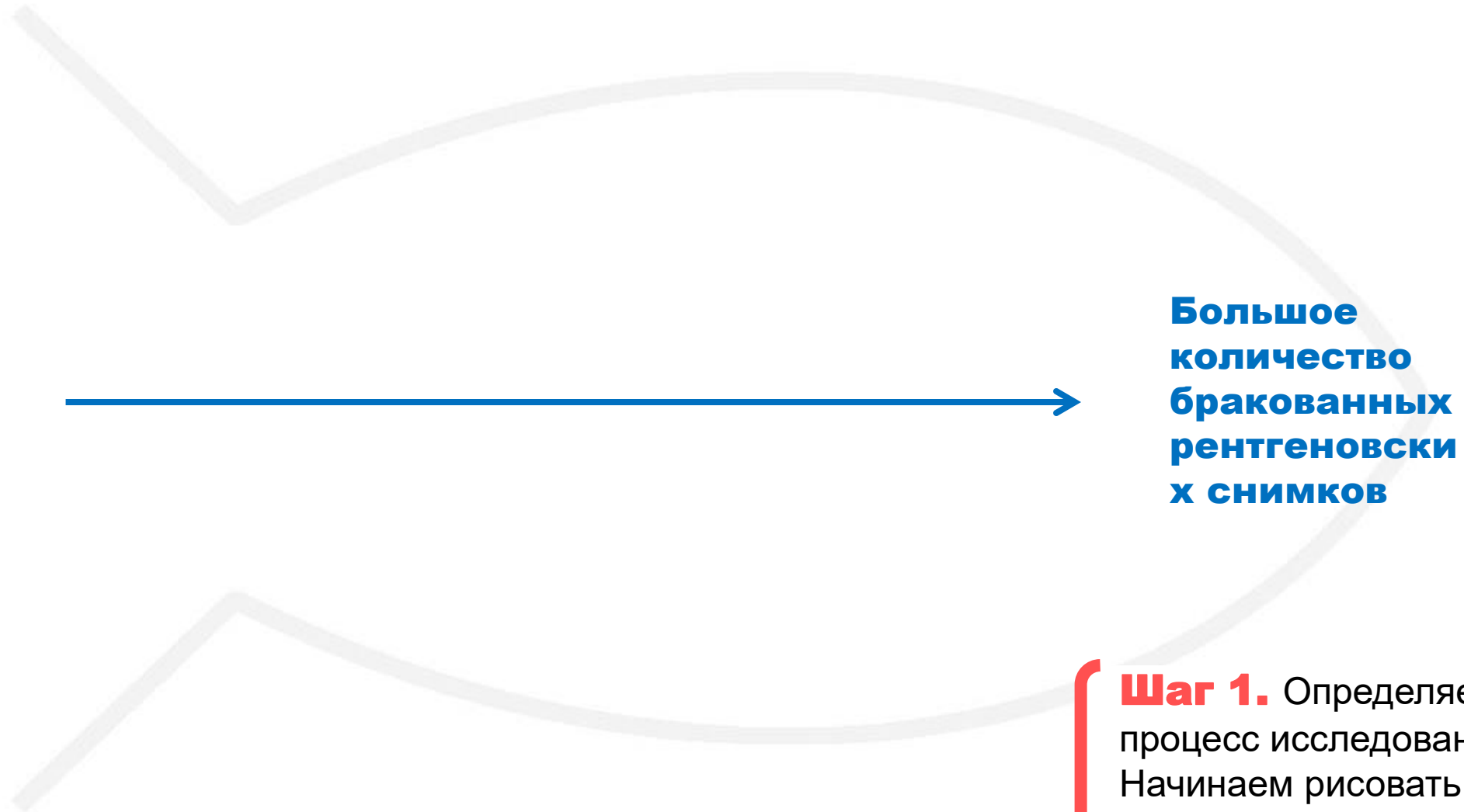


**Диаграмма Исикавы** (или «рыбья кость») – графическая визуализация, обеспечивающая системный подход к определению фактических причин возникновения проблем

## 40 ЭТАП 2. «ДИАГНОСТИКА И ЦЕЛЕВОЕ СОСТОЯНИЕ»



ВЫЯВЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ И РАБОТА С НИМИ. ДИАГРАММА ИСИКАВЫ



**Большое  
количество  
бракованных  
рентгеновски  
х снимков**

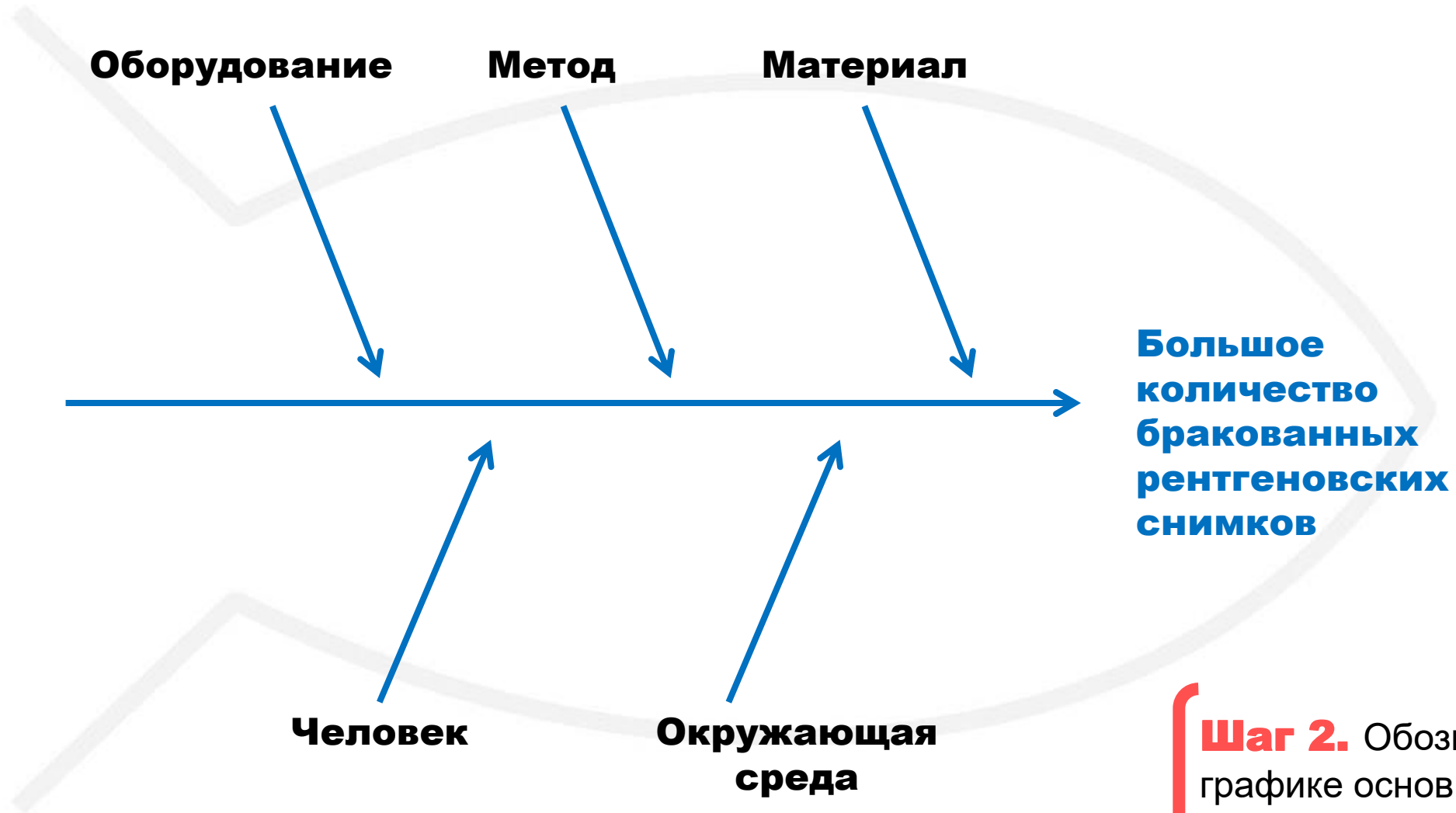
**Шаг 1.** Определяем процесс исследования. Начинаем рисовать диаграмму



## 41 ЭТАП 2. «ДИАГНОСТИКА И ЦЕЛЕВОЕ СОСТОЯНИЕ»



ВЫЯВЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ И РАБОТА С НИМИ. ДИАГРАММА ИСИКАВЫ

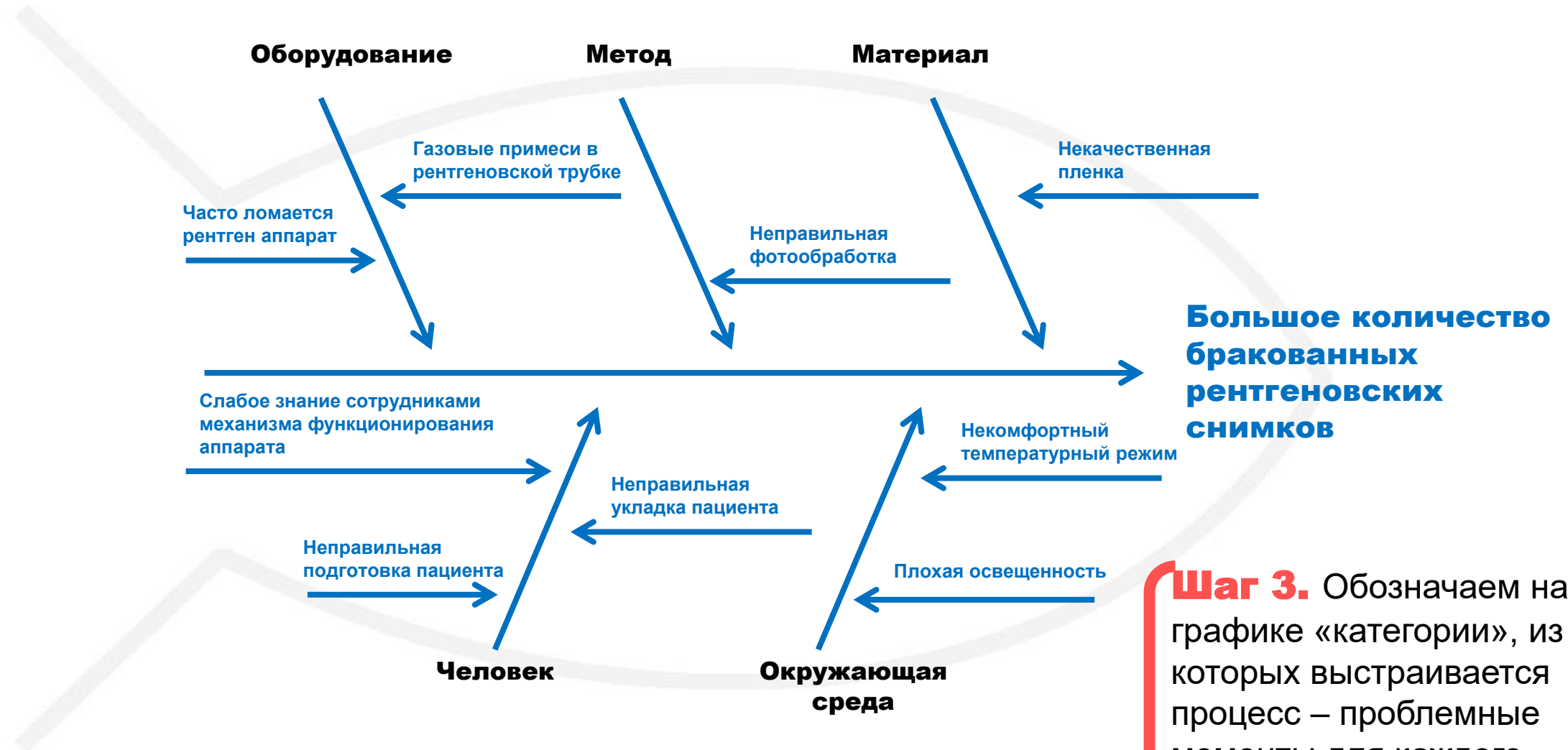


**Шаг 2.** Обозначаем на графике основные крупные направления

## 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.					⊕			

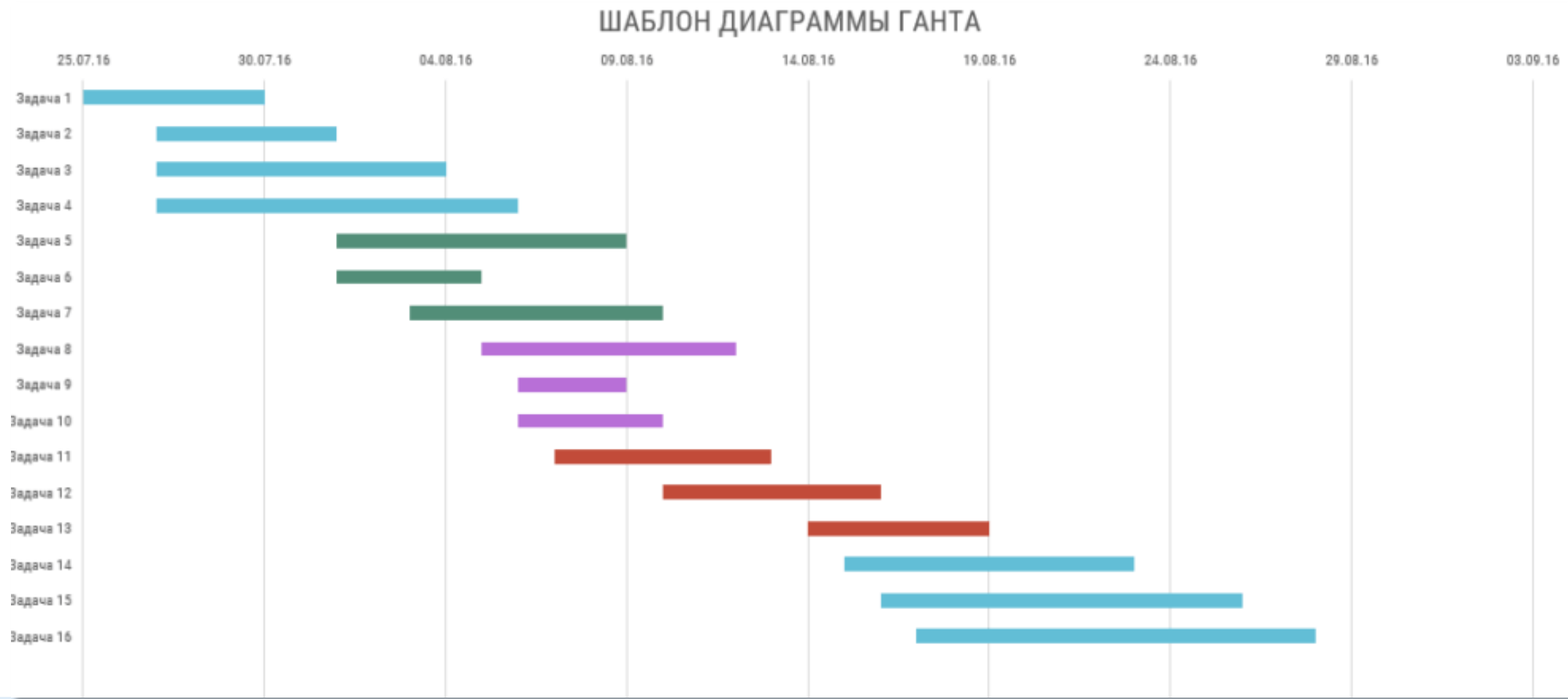
⊕ работа не начата    ⊕ работа запланирована    ⊕ работа выполняется    ⊕ работа выполнена качественно    ● работа стандартизирована



## 49 ЭТАП 2. «ДИАГНОСТИКА И ЦЕЛЕВОЕ СОСТОЯНИЕ»



### СОСТАВЛЕНИЕ ПЛАНА МЕРОПРИЯТИЙ ПО ДОСТИЖЕНИЮ ЦЕЛЕВОГО СОСТОЯНИЯ ПОТОКА



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 (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.

## 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»



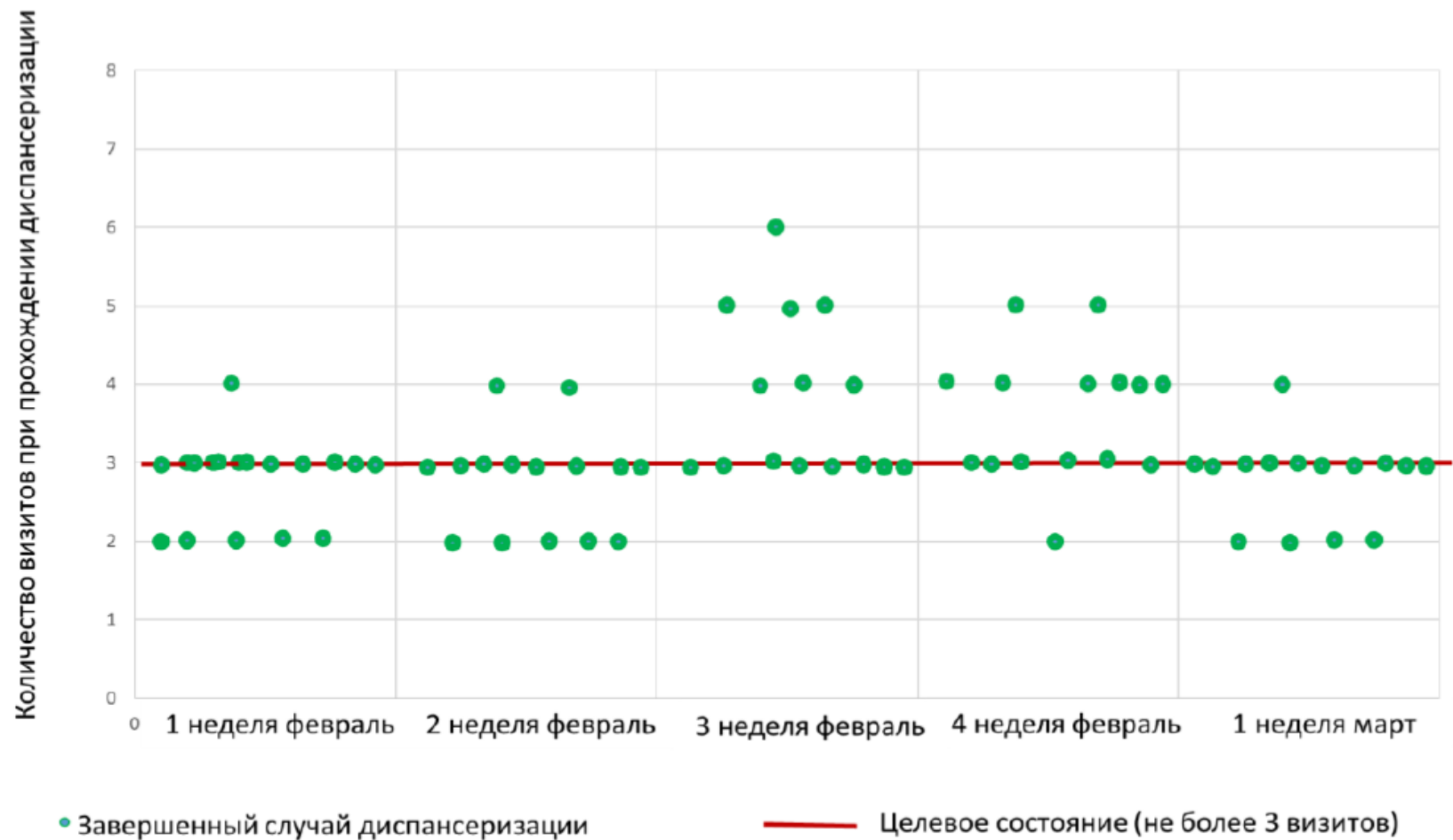
### МОНИТОРИНГ УСТОЙЧИВОСТИ УЛУЧШЕНИЯ ПРОЦЕССА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

№	<b>План проведения мониторинга устойчивости внедренных улучшений в рамках реализации проекта по улучшению процесса диспансеризации определенных групп взрослого населения женщин возрастной категории 39-70 лет</b>	
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

## 55 ЭТАП 4 «ЗАКРЕПЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ И ЗАКРЫТИЕ ПРОЕКТА»



Реализация проекта по улучшению процесса диспансеризации определенных групп взрослого населения женщин возрастной категории 30-39 лет (мониторинг устойчивости)



# 56 ЭТАП 4 «ЗАКРЕПЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ И ЗАКРЫТИЕ ПРОЕКТА»



## РАЗРАБОТКА СТАНДАРТНОЙ ОПЕРАЦИОННОЙ КАРТЫ (СОК)

### Основные требования к рабочему стандарту:

- краткость
- использование средств визуализации (фотографии, эскизы)
- отражение последовательности выполнения элементов
- отражение требований к безопасному производству работ

Наименование: МО		Стандартная операционная карта (СОК)		СОК №1.1	
Подразделение	Область	Код: №	Время: табл. сек.	Забор крови из вены мелкого животного (сетевой вакуумной системой)	Действует с: 10.12.2018
Получатель		520		Наименование операции	Действует до: 1/1
			Забор крови из вены мелкого животного (сетевой вакуумной системой)		
№ шага	Рабочая последовательность и используемый инструмент/прибор	Время, сек.	Холод, м	Ключевые узлы/шаги	Система оповещения об окончании работ
1	Проверить наличие инструмента, подготовить прибор на стол для забора крови	1	5	✓	СТОП
2	Проверить и установить дату изготовления прибора	1	5	✓	СТОП
3	Поставить прибор	1	5	✓	СТОП
4	Оценить место инъекции, выбрать точку инъекции, продезинфицировать кожу.	5	5	✓	СТОП
5	Ввести иглу в вену на 10 см выше места инъекции, проверить наличие крови в шприце	10	5	✓	СТОП
6	Место инъекции протереть спиртом, затем обработать антисептиком, обработать место инъекции антисептиком и обработать до полного высыхания антисептика	60	5	✓	СТОП
7	Взять иглу, снять с нее защитный колпачок, ввести и извлечь иглу до упора	10	5	✓	СТОП
8	Снять защитный колпачок с другой стороны иглы, продезинфицировать иглу, обработать иглу. Большой шприц расположить на 3-5 сантиметров ниже места укола. Извлечь иглу	6	5	✓	СТОП
9	Дать игле 10-20 секунд встать в вертикальное положение	15	5	✓	СТОП
10	Взять с собой прибор, ввести прибор в вакуумный дозатор и удерживать его	6	5	✓	СТОП
11	Проверить наличие датчика крови. Снять или ослабить иглу	3	5	✓	СТОП
12	Извлечь иглу и прибор до места, ввести прибор	10	5	✓	СТОП
13	Проверить наличие датчика крови	1	5	✓	СТОП
14	Установить прибор в штатив	5	5	✓	СТОП
15	Давление в шприце отрегулировать с помощью насоса, ввести иглу, проверить наличие крови в шприце 1 минут	10	5	✓	СТОП
16	Поместить иглу в лоток для отхода класса Б	10	5	✓	СТОП
17	Изложить на лоток иглу, ввести иглу	20	5	✓	СТОП
18	Обработать руки и инструменты, дезинфекция, снять перчатки и поместить в емкость для отхода класса Б	60	5	✓	СТОП
19	Обработать руки антисептиком (Дезинфекция 10, Дезинфекция 10, ДИГ)	110	5	✓	СТОП
Итого		498	5		

### Правила составления СОК

1. СОК составляется путем непосредственного наблюдения операции.

Количество наблюдений - не менее 7 – 10 циклов. Наблюдать операцию необходимо при выполнении ее разными операторами из числа наиболее эффективных

2. Содержание СОК описать простым и понятным языком

3. Каждый этап разработки, каждый пункт СОК нужно согласовывать с работником, который эту операцию выполняет

4. СОК должен размещаться на одном листе формата А4

- Допускается размещение СОК на большем количестве листов, либо использование листа формата А3
- Второй и последующие листы СОК могут быть оформлены в виде приложения к СОК, в котором даются детальные пояснения по выполнению какого-либо из шагов рабочей последовательности
- Если стандартизируемая операция слишком емкая, следует рассмотреть возможность разделения ее на несколько более простых



# 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					
Подклиника	-	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		☆ 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											
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 пробирку 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	●	⊕	◇	▽	☆
<b>Подписи</b>													
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								

## 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						
				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					
№ 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	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	●	⊕	◆	▽	☆
<b>Подпись</b>													
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			<p>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</p>								
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. 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 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. Дезинфекция 30 с. Дезинфекция 30 с. ДРС	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	●	⊕	◆	▽	☆	
Подписи													
Исполнитель				Помощник эпидемиолога/врач-эпидемиолог		Составитель				Подпись		Дата	
1.													
2.	Старшая м/с поликлиники			Инженер по охране труда		Утверждено							
3.						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>IIIar №4</p>	<p>15°</p> <p>IIIar №9</p>	<p>МЕТКА</p> <p>IIIar № 12</p>
---	----------------------------	--------------------------------

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 Бактак	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 (холодная 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

Последовательность заполнения пробирок

## 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.

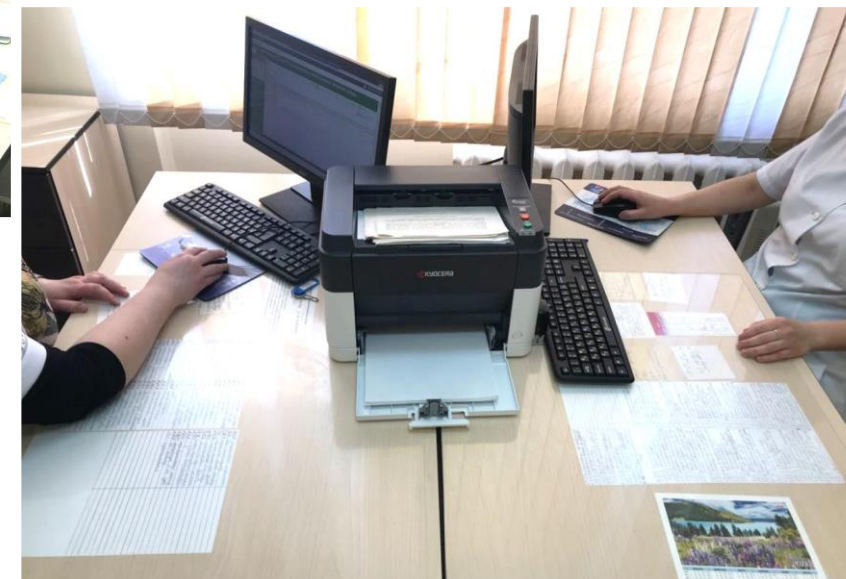
Стоит учитывать, что борьба с потерями может осуществляться как путем открытия полноценных проектов, так и без этого: часть потерь может быть устранена путем применения инструмента 5С.





### 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:

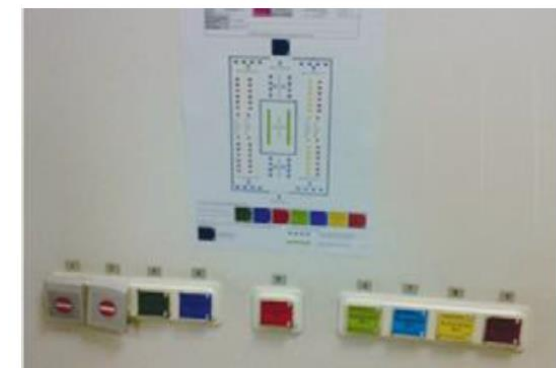
- информационный стенд;
- указания, где должны находиться те или иные предметы;
- знаки обозначения оборудования;
- предостережения и напоминания;
- краткие инструкции, памятки, схемы

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	-	-	Затрачиваемое время и расстояние		Примечания и ключевые указания			
№ шага	Рабочая пошаговая последовательность		Ощ (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 организации<sup>1</sup>

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](mailto:cpmsp@rosminzdrav.ru)**

