



**ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ГРАЖДАНМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТОВ
НА ДОМУ**

РЕСТ МЗ НО 0001-2024

дата введения 2024-00-00

УТВЕРЖДАЮ

министр здравоохранения

Нижегородской области

Г.В. МИХАЙЛОВА



Нижний Новгород

2024 г.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ
РЕГИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

СОГЛАСОВАНО рабочей группой по отработке базовых стандартов
эффективного региона по направлению Здравоохранение

Руководитель рабочей группы:

И.А. Пудова



Главный врач
ГБУЗ НО «Городская поликлиника № 4
Канавинского района г. Н.Новгорода»

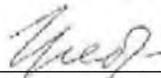
Члены рабочей группы:

Т.Н. Антохова



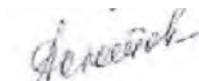
И.о. директора
ГБУЗ НО «Медицинский информационно-
аналитический центр»

Е.В. Гребенкина



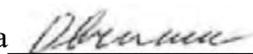
Главный врач
ГБУЗ НО «Кстовская центральная районная
больница»

М.В. Доютова



Главный внештатный специалист ОВП
(семейный врач), главный врач
ГБУЗ НО «Городская поликлиника № 50
Приокского района г. Нижнего Новгорода»

Е.А. Овчинникова



Главный врач
ГБУЗ НО «Городская поликлиника № 7
Нижегородского района г. Нижнего Новгорода»

Н.Н. Савицкая



Главный врач
ГБУЗ НО «Нижегородский областной центр
общественного здоровья и медицинской
профилактики»

А.В. Смирнов



Главный врач
ГБУЗ НО «Борская центральная районная
больница»

Предисловие

В Нижегородской области 799 863 чел. (26%) составляют люди пожилого возраста, из них 352 833 чел. (44,1%) – 70 лет и старше. Отмечен рост пожилого населения с 23,6% в 2018 г. до 26,0% в 2023г.

Пожилым пациентам самостоятельно посещать поликлинику бывает не только сложно, но и очень опасно. Поэтому довольно часто возникает необходимость вызова врача на дом.

При оказании медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возрастов, кроме медицинских проблем, медицинскому персоналу приходится принимать участие в решении многочисленных других проблем пожилых людей, которые оказывают существенное влияние на качество их жизни.

Требованием сегодняшнего дня является необходимость разработки единого стандарта, описывающего круг задач, которые должны выполняться в процессе оказания медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возрастов на дому.

Стандарт содержит ключевые положения, закреплённые действующими нормативными правовыми актами, и предназначен для организации оказания лечебно-диагностической, профилактической, реабилитационной, паллиативной помощи взрослым пациентам, утратившим способность самостоятельного посещения медицинской организации, нуждающимся в проведении динамического наблюдения, диагностических, лечебных мероприятий и не требующих круглосуточного медицинского наблюдения.

Стандарт разработан на основании внедрения в повседневную практику медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, технологий бережливого производства (lean-технологий),

способствующих созданию пациентоориентированной системы оказания медицинских услуг и благоприятной производственной среды по направлениям: обеспечение безопасности и качества, исполнение заказов, устранение потерь и сокращение затрат, создание корпоративной культуры. Бережливое производство – концепция управления, основанная на устранении всех видов потерь путем формирования непрерывного потока создания ценности с охватом всех процессов организации и их постоянного совершенствования через вовлечение персонала.

Стандарт ориентирован на потребности пациента, бережное отношение к временному ресурсу как основной ценности за счет оптимальной логистики реализуемых процессов, организацию процессов с учетом принципов эргономики и соблюдения объема рабочего пространства, создание позитивного имиджа медицинского работника, выравнивание нагрузки между врачами и средним медицинским персоналом, а также разделение функций персонала внутри отдельных структурных подразделений, эффективное использование ресурсов системы здравоохранения.

Сведения о стандарте

1. РАЗРАБОТАН:

Михайлова Галина Васильевна	министр здравоохранения Нижегородской области
Коваленко Татьяна Николаевна	заместитель министра здравоохранения Нижегородской области
Переслегина Ирина Александровна	заместитель директора по организации обязательного медицинского страхования ТФ ОМС Нижегородской области
Гребёнкина Елена Викторовна	главный врач ГБУЗ НО «Кстовская центральная районная больница»
Доютова Марина Владиславовна	главный врач ГБУЗ НО «Городская поликлиника № 50 Приокского района г. Нижнего Новгорода»
Овчинникова Елена Александровна	главный врач ГБУЗ НО «Городская поликлиника № 7 Нижегородского района г. Нижнего Новгорода»
Пудова Инна Александровна	главный врач ГБУЗ НО «Городская поликлиника № 4 Канавинского района г. Нижнего Новгорода»
Савицкая Наталья Николаевна	главный врач ГБУЗ НО «Нижегородский областной центр общественного здоровья и медицинской профилактики»
Смирнов Александр Владимирович	главный врач ГБУЗ НО «Борская центральная районная больница»
Антохова Татьяна Николаевна	и.о.директора ГБУЗ НО «Медицинский информационно-аналитический центр»
Выриков Денис Викторович	Главный специалист объединенного проектного офиса Госкорпорации «Росатом» и Правительства Нижегородской области по развитию производственных систем и внедрению бережливых технологий
Гуданова Елена Михайловна	заместитель главного врача ГБУЗ НО «Борская центральная районная больница»
Калинникова Лидия Александровна	главный внештатный специалист гериатр
Ромадин Денис Александрович	руководитель РЦ ПМСП НО
Ушакова Марина Сергеевна	заместитель главного врача ГБУЗ НО «Кстовская центральная районная больница»

2. СОГЛАСОВАН протоколом заседания рабочей группы по отработке базовых стандартов эффективного региона по направлению Здравоохранение от 30.10.2024г № 3

3. ВВЕДЕН ВПЕРВЫЕ

Содержание

1. Область применения.....	10
2. Термины и определения.....	11
3. Основные положения.....	17
1. Цели и задачи.....	17
2. Объекты применения стандарта.....	18
3.2.1. категория граждан (Клиент Стандарта), на которых направлен Стандарт	
3.2.2. уровни организационного взаимодействия	
3.2.3. участники	
3.2.4. схема взаимодействия участников	
3.2.5. процессы; операции; действия в рамках Стандарта	
3.2.5.1. Организация диспансеризации/профилактических медицинских осмотров на дому	
3.2.5.2. Организация диспансерного наблюдения на дому	
3.2.5.3. Организация вакцинации на дому	
3.2.5.4. Организация диагностических мероприятий на дому	
3.2.5.5. Организация стационара на дому	
3.2.5.6. Организация медицинской реабилитации на дому	
3.2.5.7. Организация паллиативной помощи на дому	
3. Ресурсы, применяемые для реализации стандарта.....	28
3.3.1. временные	
3.3.2. трудовые	
3.3.3. финансовые	
3.3.4. материальные	
3.3.5. цифровое обеспечение реализации стандарта	

4.	Организационные решения	30
5.	Требования к выполнению стандарта.....	34
6.	Технологии выполнения стандарта.....	35
7.	Ответственные исполнители.....	35
8.	Компетенция персонала.....	35
4.	Документы, применяемые в рамках выполнения стандарта.....	35
5.	Исключения для применения стандарта.....	36
6.	Критерии оценки качества и полноты, объема выполнения стандарта.....	37
7.	Периодичность актуализации (частота пересмотра) стандарта.....	37
8.	Информирование граждан и обратная связь.....	38
9.	Заключительная часть.....	40
10.	Нормативные ссылки.....	40
	Приложения.....	45
	Приложение I-Д. Организация диспансеризации на дому.	
	Блок-схема организации диспансеризации на дому.	
	Стандарт проведения диспансеризации на дому.	
	Приложение II-ДН. Организация диспансерного наблюдения на дому.	
	Блок-схема организации диспансерного наблюдения на дому	
	Стандарт проведения диспансерного наблюдения на дому.	
	Приложение III-В. Организация вакцинации на дому.	
	Блок-схема организации вакцинации на дому.	
	Стандарт организации вакцинации на дому.	
	Приложение IV-ДМ. Организация диагностических мероприятий на дому.	
	Стандарт проведения лабораторных исследований (забор крови) на дому.	
	Стандарт проведения инструментальных исследований (электрокардиография) на дому.	

Схема процесса «Организация консультативно-диагностических мероприятий для маломобильных пациентов пожилого и старческого возрастов».

Алгоритм доставки маломобильных пациентов в медицинскую организацию.

Приложение V-СНД. Организация стационара на дому.

Блок-схема организации стационара на дому.

Показания к лечению в стационаре на дому.

Блок-схема проведения анкетирования и КГО.

Методика бальной оценки уровней социальной адаптации с использованием основных критериев (по Крупа Т, Пакер Т.Л,1997).

Структура деятельности по повышению уровня социальной адаптации.

Алгоритм оценки потребности в формах социальной защиты.

СОК приема обращения администратором колл-центра.

Чек - лист определения экстренного и неотложного обращения пациента.

Стандарт организации стационара на дому.

Стандарт комплексной гериатрической оценки пожилого и его семьи лечащим врачом

Стандарт назначения медикаментозной и немедикаментозной терапии у пожилых.

Стратегия «7 шагов».

Мониторимые показатели и частота их определения при приеме лекарственных препаратов лицами пожилого возраста.

Шкала Brighton Adverse Drug Reactions Risk (BADRI) для оценки риска побочных реакций лекарственных средств.

Стандарт профилактики падений.

Стандарт автономной деятельности медицинской сестры.

Визитная карта патронажной медицинской сестры, работающей в автономном режиме с пожилыми гражданами на дому.

Среднее время проведения патронажа медицинской сестрой.

Укладка №1 «Забор крови».

Укладка №2 «Постановка инъекций».

Укладка №3 «Перевязка».

Лист сестринской оценки состояния и вмешательств пациента.

Приложение VI-МР. Организация медицинской реабилитации на дому.

Блок-схема организации медицинской реабилитации на дому.

Стандарт проведения медицинской реабилитации на дому.

Приложение VII-ПМ. Организация паллиативной помощи на дому.

Стандарт оказания паллиативной помощи на дому.

Стандарт профилактики пролежней.

Стандарт оценки степени тяжести пролежней.

Алгоритм взаимодействия с учреждениями социального обслуживания населения, НКО социального профиля, волонтерскими организациями.

Форма передачи сведений о гражданах, нуждающихся в социальном обслуживании и выявленных медицинским работником, в учреждения социальной защиты.

Приложение IX-КК. Критерии оценки качества и полноты, объема выполнения стандарта.

Критерии качества оказания медицинской помощи лицам

пожилого и старческого возраста на дому.

Методика расчета основных показателей.

Чек лист оценки качества процесса.

Схема проведения обратной связи от пациентов.

Скрипты опросов пациентов и/или законных представителей.

1. Область применения

Настоящий стандарт разработан рабочей группой министерства здравоохранения Нижегородской области, в целях обеспечения доступности и улучшения качества оказания медицинской помощи на дому гражданам пожилого и старческого возраста и определяют правила ее организации и критерии оценки, обобщает передовой опыт медицинских организаций, устанавливает единые требования к порядку и условиям организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возрастов на дому, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья, структурирует методики и технологии выполнения действий, а также формирует навыки выполнения действий медицинским либо немедицинским работником при оказании медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возрастов на дому.

Медицинская помощь в рамках регионального стандарта организуется и оказывается:

1) в соответствии с принципом всеобщего и равного доступа к медицинской помощи, обеспечение права всех граждан, независимо от возраста, на полноценную и здоровую жизнь;

2) соблюдения основных положений Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

3) с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

2) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми уполномоченным федеральным органом исполнительной власти и обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;

3) на основе клинических рекомендаций;

4) с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

2. Термины и определения

Пожилой возраст - 60 - 74 года по классификации возрастных групп Всемирной организации здравоохранения 2012 г.

Старческий возраст - 75 - 89 лет по классификации возрастных групп Всемирной организации здравоохранения 2012 г.

Долгожители – лица в возрасте 90 лет и старше по классификации возрастных групп Всемирной организации здравоохранения 2012 г.

Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения) и осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Диспансерное наблюдение представляет собой проводимое с определенной периодичностью необходимое обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц, проводимое в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс мероприятий, включающих медицинские вмешательства, мероприятия психологического характера и уход, осуществляемые в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан и направленные на облегчение боли, других тяжелых проявлений заболевания.

Медицинская реабилитация - комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество.

Автономность – независимость от посторонней помощи и способность самостоятельно принимать решения.

Базовая функциональная активность - способность человека самостоятельно выполнять элементарные действия по самообслуживанию (персональная гигиена, прием пищи, одевание, прием ванны, посещение туалета, перемещение на небольшие расстояния, подъем по лестнице, контролирование мочеиспускания и дефекации).

Комплексная гериатрическая оценка (КГО) - междисциплинарный диагностический процесс, результатом которого является разработка комплекса мер, направленных на долгосрочную поддержку пожилого человека, создание координированного плана лечения и длительного наблюдения

Гериатрический синдром - многофакторное возраст-ассоциированное клиническое состояние, ухудшающее качество жизни, повышающее риск неблагоприятных исходов (смерти, зависимости от посторонней помощи, повторных госпитализаций, потребности в долгосрочном уходе) и функциональных нарушений. В отличие от традиционного клинического синдрома, гериатрический синдром не является проявлением патологии одного органа или системы организма, а отражает комплекс изменений в нескольких системах. Возникновение одного гериатрического синдрома повышает риск развития других гериатрических синдромов.

Падение - происшествие, при котором человек внезапно оказывается на земле или на другой низкой поверхности, за исключением случаев, являющихся следствием нанесенного удара, потери сознания, внезапного паралича или эпилептического припадка.

Полипрагмазия - одномоментное назначение пациенту 5 и более наименований лекарственных препаратов или свыше 10 наименований при курсовом лечении.

Полиморбидность (мультиморбидность) - наличие у одного пациента двух или более хронических заболеваний вне зависимости от активности каждого из них.

Саркопения - гериатрический синдром, характеризующийся возраст-ассоциированной прогрессирующей генерализованной потерей массы и силы скелетных мышц.

Преастения - состояние, предшествующее развитию синдрома старческой астении, характеризующееся наличием отдельных ее признаков, количественно не достаточных для постановки диагноза старческой астении.

Старческая астения - гериатрический синдром, характеризующийся возраст-ассоциированным снижением физиологического резерва и функций многих систем организма, приводящий к повышенной уязвимости организма пожилого человека к воздействию эндо- и экзогенных факторов-и высокому риску развития неблагоприятных исходов для здоровья, потери автономности и смерти. Синдром старческой астении тесно связан с другими гериатрическими синдромами и с полиморбидностью, может быть потенциально обратим и влияет на тактику ведения пациента.

Физическая активность - любое движение тела, производимое скелетными мышцами, которое требует расхода энергии.

Социальное обслуживание: деятельность социальных служб, направленная на предоставление социальных услуг, осуществление социальной реабилитации и адаптации граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Клиент социальной службы: гражданин, находящийся в трудной жизненной ситуации, которому в связи с этим предоставляют социальные услуги.

Трудная жизненная ситуация: ситуация, объективно нарушающая жизнедеятельность гражданина по причинам инвалидности, неспособности к самообслуживанию в связи с преклонным возрастом или болезнью, безработицы, сиротства, одиночества, безнадзорности, малообеспеченности, конфликтов и жестокого обращения в семье, нарушения законных прав и интересов, отсутствия определенного места жительства и т.д., которую он не может преодолеть самостоятельно.

Адресность: принцип социального обслуживания населения, предусматривающий предоставление социальных услуг конкретным лицам (адресатам), нуждающимся в этих услугах.

Социальная адаптация: система мероприятий, направленных на приспособление гражданина, находящегося в трудной жизненной ситуации, к принятым в обществе правилам и нормам поведения, окружающей его среде жизнедеятельности.

Социальная реабилитация: система мероприятий, направленных на восстановление утраченных гражданином социальных связей, социального статуса, устранение или возможно полную компенсацию ограничений жизнедеятельности.

Вредная привычка: привычка к употреблению алкоголя, наркотиков, токсических веществ, курению, использованию нецензурных выражений, отрицательно влияющая на здоровье.

Самообеспечение: самостоятельные действия клиента, заключающиеся в поддержании и улучшении личного жизненного уровня и жизненного уровня своей семьи.

Социальная недостаточность: условия социальной среды, ограничивающие жизнедеятельность человека и приводящие к необходимости его социальной защиты.

Инвалидность: социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящая к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты.

Психический дискомфорт: состояние человека, характеризующееся неприятными субъективными психическими ощущениями или переживаниями.

Качество жизни: Степень удовлетворения комплекса потребностей и интересов гражданина, семьи и общества в целом.

Медицинская информационная система (МИС) — система автоматизации документооборота для медицинских учреждений, в которой объединены система поддержки принятия врачебных решений, электронные медицинские карты пациентов, данные медицинских исследований в цифровой форме, данные мониторинга состояния пациента с медицинских приборов, средства общения между сотрудниками, финансовая и административная информация.

Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ) – центральная система единого цифрового контура здравоохранения, собирает данные, поступающие из медицинских организаций, обрабатывает и хранит медицинскую документацию, формирует аналитическую информацию, позволяет оперативно принимать комплексные решения по управлению системой здравоохранения, а также обеспечивает для граждан возможность использовать услуги в электронной форме.

Вертикально-интегрированная медицинская информационная система (ВИМИС)- совокупность информационно-технологических и технических средств, которые обеспечивают информационную, методическую и организационную поддержку деятельности участников системы здравоохранения по профилю оказания медицинской помощи.

3. Основные положения

3.1. Цели и задачи

Достижение национальной цели по росту ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет к 2030 году.

Снижение общей смертности в данной категории на 30% (рассчитывается как отношение числа умерших в пожилом и старческом возрасте в течение календарного года к среднегодовой численности лиц данного возраста по текущей оценке численности населения, исчисляется на 1000 человек населения соответствующего возраста).

Увеличение на 30 % частоты госпитализации в стационар на дому на 1000 жителей в данной возрастной группе.

Увеличение не менее чем в 2 раза частоты лабораторных и инструментальных методов исследования (в том числе: уровень N-терминального фрагментомозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP), электрокардиограмма, эхокардиограмма, мониторинг ЭКГ, функция внешнего дыхания , рентгенография органов грудной клетки).

Увеличение доли вакцинированных на дому от пневмококковой инфекции на 25 %.

Улучшение качества жизни данной категории граждан через повышение медико-социальной адаптации.

Обеспечение оказания всех видов медицинской помощи лицам пожилого и старческого возрастов на дому.

Охват диспансерным наблюдением лиц пожилого и старческого возрастов, из числа подлежащих ему, не менее 90%.

Организация стационарозамещающей, в т.ч. паллиативной медицинской помощи на дому.

Ведение единого регистра в региональной МИС.ЕЦП .

Повышение удовлетворенности пациентов и /или их законных представителей не менее на 25 %.

Повышение до 80% уровня знаний среди сотрудников МО по вопросам гериатрии и геронтологии (создание центра компетенций).

Методика расчета основных показателей приведена в приложении IX-КК.

3.2. Объекты применения стандарта

3.2.1. категория граждан (Клиент Стандарта), на которых направлен Стандарт

Граждане пожилого возраста: 60-74 лет, утратившие способность самостоятельного посещения медицинской организации и нуждающиеся в оказании медицинской помощи на дому.

Граждане старческого возраста: 75 лет и старше, утратившие способность самостоятельного посещения медицинской организации и нуждающиеся в оказании медицинской помощи на дому.

Долгожители: лица в возрасте 90 лет и старше, утратившие способность самостоятельного посещения медицинской организации и нуждающиеся в оказании медицинской помощи на дому.

Законные представители граждан пожилого и старческого возрастов, утративших способность самостоятельного посещения медицинской организации и нуждающихся в оказании медицинской помощи на дому.

Важным условием реализации Стандарта является ведение регистра гериатрии и актуализация списка пациентов из числа застрахованных лиц, с учетом сведений об оказанной им медицинской помощи, на основании счетов-реестров в разрезе медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, для выделения приоритетной группы пациентов пожилого и старческого возрастов, утративших способность самостоятельного посещения

медицинской организации и нуждающихся в оказании медицинской помощи на дому. Предпочтительно ведение регистра в электронном виде с применением медицинской автоматизированной системы в соответствии с законодательством Российской Федерации об информации, информационных технологиях и о защите информации.

3.2.2. уровни организационного взаимодействия

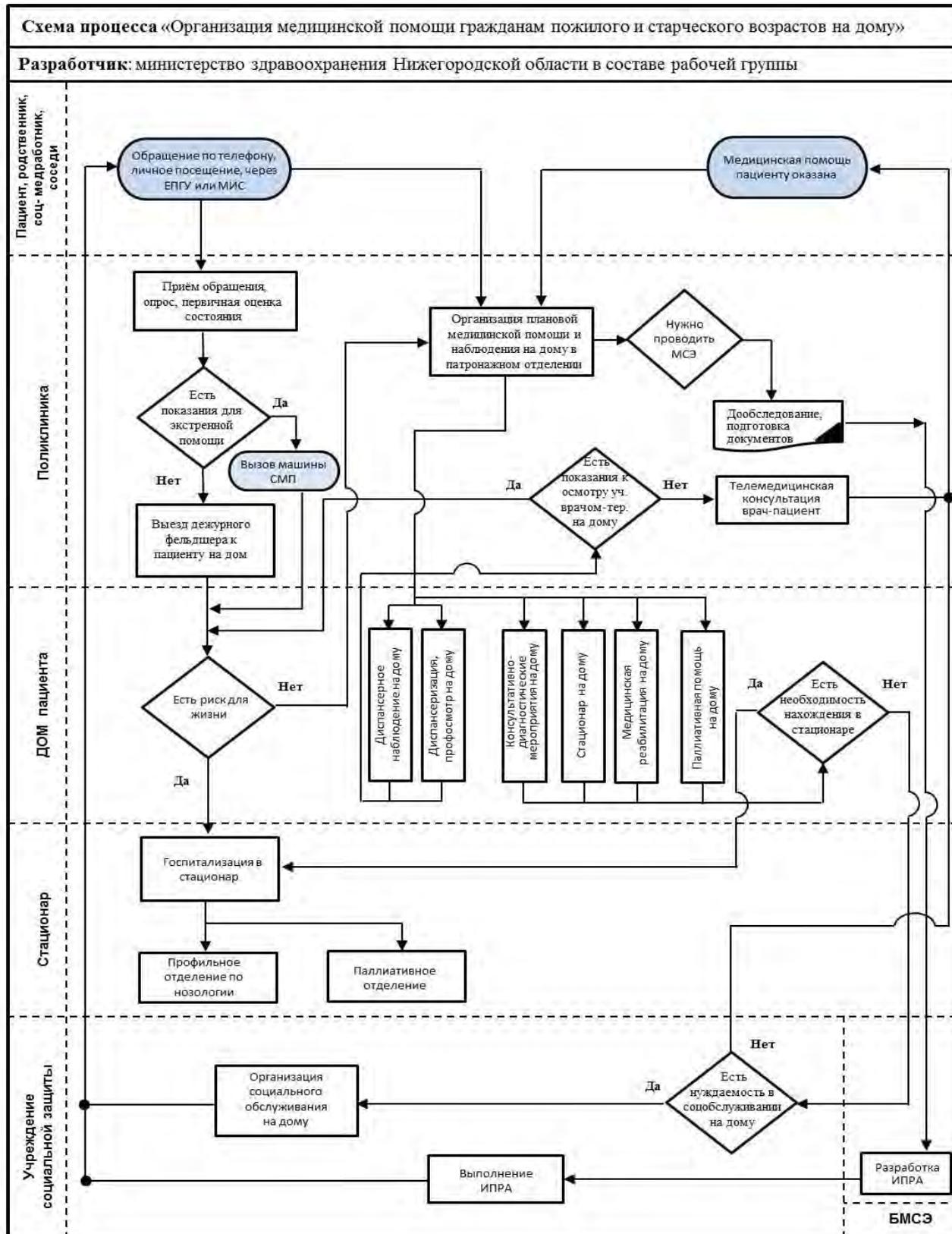
межведомственный – взаимодействие медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья;

межорганизационный уровень – взаимодействие медицинских организаций, оказывающих разные виды медицинской помощи: первичную медико-санитарную, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, специализированную, скорую, паллиативную медицинскую помощь; уровень медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь (Поликлиника) – взаимодействие между различными структурными подразделениями медицинской организации.

3.2.3. участники:

медицинские организации
социальные службы
общественные организации
государственные структуры.

3.2.4. схема взаимодействия участников



3.2.5. процессы, операции, действия в рамках стандарта:

В рамках регионального стандарта рассматриваются семь основных видов процессов при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях на дому пациентам пожилого и старческого возрастов в зависимости от цели обращения пациентов либо их законных представителей:

профилактические мероприятия, включая диспансеризацию (приложение I-Д), диспансерное наблюдение (приложение II-ДН);

вакцинация (приложение III-В);

диагностические мероприятия (приложение IV-ДМ);

стационар на дому (приложение V-СНД);

медицинская реабилитация (приложение VI-МР);

паллиативная помощь (приложение VII-ПМ);

Описание процессов соответствует целевому состоянию организации ПМСП на дому, формирует оптимальную модель распределения функций между группами работников и основу формирования типовых должностных инструкций.

В региональном стандарте представлены блок-схемы в Приложениях I-VIII.

Блок –схемы представляют собой рекомендуемый алгоритм - минимальный перечень шагов, возникающих при взаимодействии МО с пациентом. Шаги могут проходить как последовательно, так и нелинейно.

Нагрузка в смену на одну выездную бригаду составляет с учетом времени цикла и среднего времени доезда до адреса. В зависимости от потребности – количества пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи, формируется график работы на дому в одну или две смены.

3.2.5.1. Организация диспансеризации/профилактических медицинских осмотров на дому.

Полная блок-схема - приложение I-Д. Алгоритм начинается с предварительного этапа: планирование - администратор патронажного отделения формирует список пациентов, подлежащих проведению диспансеризации в плановом периоде и не прошедших ее. После этого администратор проводит обзвон пациентов/законных представителей пациента, информирует о необходимости проведения диспансеризации, согласовывает дату и время визита медицинской сестры/фельдшера, уточняет возможность доступа в квартиру, разъясняет правила подготовки к исследованиям. Медицинская сестра /фельдшер предварительно формирует объем исследований и других медицинских вмешательств для каждого пациента в зависимости от пола и возраста, подготавливает необходимое оснащение и расходные материалы. Этап диагностики – непосредственно проведение исследований и других медицинских вмешательств на дому у пациента. Следующий этап – внесение результатов исследований, заключений в медицинскую документацию. Завершающий этап – осмотр врачом терапевтом, вынесение заключения, формирование индивидуального плана наблюдения и лечения, при необходимости взятие на диспансерное наблюдение, проведение профилактического консультирования. Рекомендуется автоматизация на всех этапах процесса, использование региональной МИС, электронного медицинского документооборота.

Тактовая частота обработки звонка одному пациенту администратором (обзвон, информирование, согласование, разъяснение) составляет не более 8 минут.

3.2.5.2. Организация диспансерного наблюдения на дому.

Полная блок-схема - приложение II-ДН. Алгоритм начинается с предварительного этапа: планирование – врач терапевт участковый включает пациента в группу ДН при наличии показаний, инициирует формирование

индивидуального плана ДН с графиком посещений. Администратор патронажного отделения формирует список пациентов, подлежащих диспансерному наблюдению в плановом периоде. При проведении первого в текущем году диспансерного приема проводится одновременно с профилактическим медицинским осмотром. После этого администратор проводит проактивный обзвон пациентов/законных представителей пациента, информирует о необходимости проведения диспансерного наблюдения, согласовывает дату и время визита медицинской сестры/фельдшера, уточняет возможность доступа в квартиру, разъясняет правила подготовки к исследованиям и вмешательствам. Медицинская сестра /фельдшер предварительно формирует объем исследований и других медицинских вмешательств для каждого пациента в зависимости от плана диспансерного наблюдения, подготавливает необходимое оснащение и расходные материалы. Этап диагностики, проведения консультаций/осмотров специалистов – непосредственно проведение исследований и других медицинских вмешательств на дому у пациента. Следующий этап – внесение результатов исследований, заключений в медицинскую документацию. Завершающий этап – осмотр врачом терапевтом, вынесение заключения, формирование индивидуального план-графика диспансерного наблюдения и назначений, актуализация статуса ДН. Рекомендуется автоматизация на всех этапах процесса, использование региональной МИС, электронного медицинского документооборота.

3.2.5.3. Организация вакцинации на дому

Полная блок-схема – приложение III-В. Алгоритм начинается с предварительного этапа: планирование – врач терапевт /фельдшер составляет/актуализирует индивидуальный план профилактических прививок пациента на дому. Администратор патронажного отделения формирует список

пациентов, подлежащих вакцинации в плановом периоде. После этого администратор проводит проактивный обзвон пациентов/законных представителей пациента, информирует о необходимости проведения вакцинации, согласовывает дату и время визита медицинской сестры/фельдшера, уточняет возможность доступа в квартиру, разъясняет правила подготовки к вакцинации. Медицинская сестра /фельдшер предварительно проверяет сведения о вакцинации пациента, подготавливает необходимое оснащение и расходные материалы. Этап проведения прививки – непосредственно проведение осмотра перед вакцинацией и исполнения прививок на дому у пациента. Следующий этап – оформление -внесение сведений о прививках в медицинскую документацию. Завершающий этап – вывод из оборота вакцины с использованием системы МДЛП. Рекомендуется автоматизация на всех этапах процесса, использование региональной МИС, электронного медицинского документооборота.

3.2.5.4. Организация диагностических мероприятий на дому

приложение IV-ДМ.

Инструментальные и лабораторные исследования проводятся по назначению лечащего врача либо фельдшера в случае возложения на них отдельных функций лечащего врача. Направление на исследование оформляется в виде документа на бумажном носителе либо формируется в форме электронного документа. При невозможности выполнения инструментальных и лабораторных исследований на дому в полном объеме выполняется алгоритм доставки маломобильных пациентов в медицинскую организацию транспортом медицинской организации, личным транспортом родственников пациентов, социальным такси.

3.2.5.5. Организация стационара на дому

Полная блок - схема – приложение V-СНД.

Алгоритм начинается с предварительного этапа: планирование – формирование/актуализация индивидуального план - графика проведения стационара на дому. Информация поступает в отделение патронажной службы от фельдшера или врача неотложной службы после оказания неотложной помощи на дому маломобильным пациентам, либо при обращении родственников в МО (переезд маломобильных пациентов с других территорий, или вдруг по каким либо причинам пациенты становятся маломобильными), либо от социальных работников.

Администратор патронажного отделения формирует список пациентов, планируемых на лечение в стационаре на дому в плановом периоде. После этого администратор проводит обзвон пациентов/законных представителей пациента, согласовывает дату и время визита врача-терапевта, уточняет возможность доступа в квартиру. Врач терапевт предварительно изучает медицинскую документацию пациента (в том числе в электронном виде). Этап проведения осмотра – непосредственно проведение осмотра на дому у пациента, назначение лечебно-диагностических мероприятий. Этап лечебно-диагностических мероприятий, проведения консультаций/осмотров специалистов – непосредственно проведение исследований и других медицинских вмешательств на дому у пациента. Медицинская сестра предварительно формирует объем исследований и других медицинских вмешательств для каждого пациента согласно назначений врача, подготавливает необходимое оснащение и расходные материалы. Следующий этап – оформление - внесение сведений о результатах исследований и медицинских вмешательств в медицинскую документацию. Завершающий этап – завершение лечения в условиях стационара на дому – осмотр врача терапевта , формирование выписного эпикриза, закрытие случая.

Рекомендуется автоматизация на всех этапах процесса, использование региональной МИС, электронного медицинского документооборота.

Тактика ведения пациентов в стационаре на дому определяется в соответствии с Порядками, стандартами и клиническими рекомендациями, с ежедневным медицинским наблюдением, по показаниям организация консультации врачей специалистов, в том числе с применением ИТ – телемедицинские консультации. Внутривенное введение препарата капельным методом в условиях стационара на дому допускается в случае невозможного его введения альтернативными способами.

3.2.5.6. Организация медицинской реабилитации на дому

Полная блок - схема – приложение VI-МР.

Алгоритм начинается с предварительного этапа: планирование - формирование/актуализация индивидуального план - графика проведения медицинской реабилитации на дому в регистре ИПРА. Администратор АОМР в регистре ИПРА формирует список пациентов, планируемых на медицинскую реабилитацию на дому в плановом периоде. После этого администратор проводит обзвон пациентов/законных представителей пациента, информирует о необходимости медицинской реабилитации, согласовывает дату и время визита специалистов МДРК, уточняет возможность доступа в квартиру. Специалисты МДРК предварительно изучают медицинскую документацию пациента (в том числе в электронном виде). Этап проведения осмотра МДРК – непосредственно проведение осмотра на дому пациента, назначение реабилитационных мероприятий, формирование ИПМР, которая включает в себя мероприятия по медицинской реабилитации на дому, в том числе перечень медицинских вмешательств, оказываемых при медицинской реабилитации на дому, определение оптимальной продолжительности курса медицинской реабилитации, а также

перечень медицинских изделий, необходимых для проведения медицинской реабилитации на дому. Этап реабилитационных мероприятий – непосредственно реабилитационных вмешательств на дому у пациента. Специалисты АОМР предварительно формируют объем реабилитационных вмешательств для каждого пациента согласно назначений МРДК, подготавливают необходимое оснащение и расходные материалы для выезда на дом. Этап оформление - внесение сведений о результатах медицинской реабилитации в медицинскую документацию. Завершающий этап – завершение медицинской реабилитации на дому – осмотр врача ФРМ, формирование реабилитационного эпикриза, закрытие случая. Рекомендуется автоматизация на всех этапах процесса, использование региональной МИС, электронного медицинского документооборота.

3.2.5.7. Организация паллиативной помощи на дому

приложение VII-ПМ.

Медицинские работники при каждом осмотре на дому пациентов с хроническими неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями или состояниями выявляют нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи. Информация о пациенте, нуждающемся в оказании паллиативной медицинской помощи поступает в медицинскую организацию от пациента, родственников, врача/фельдшера неотложной помощи, участкового врача, при выписке пациента из медицинской организации, оказывающей паллиативную специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях, а также от соседей, социального работника, администрации района. Медицинский работник патронажного отделения проводит: активное динамическое наблюдение пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи, в соответствии с рекомендациями врачей-специалистов; первичный осмотр в течение двух рабочих дней после обращения и (или)

получения пациентом медицинского заключения о наличии медицинских показаний для оказания паллиативной медицинской помощи (далее - Медицинское заключение); лечение болевого синдрома и других тяжелых проявлений заболевания; назначение лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты; выполнение или назначение мероприятий по уходу за пациентом.

3.3. Ресурсы, применяемые для реализации стандарта:

3.3.1. временные:

Сроки ожидания осмотра на дому врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами) не должны превышать 24 часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию.

Сроки проведения консультаций врачей-специалистов не должны превышать 14 рабочих дней со дня обращения пациента в медицинскую организацию.

Сроки проведения консультаций врачей-специалистов в случае подозрения на онкологическое заболевание не должны превышать 3 рабочих дней.

Оказание первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме не более 2х часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию.

Продолжительность первого этапа диспансеризации - не более 5 рабочих дней.

При назначении дополнительных консультаций, исследований в рамках второго этапа диспансеризации с целью уточнения диагноза - не более 10 рабочих дней.

Диспансерное наблюдение устанавливается в течение 3-х рабочих дней после установления диагноза при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях или получения выписного эпикриза из медицинской карты стационарного больного по результатам оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

Сроки проведения диагностических инструментальных (функциональная диагностика (ЭКГ), ультразвуковые исследования) и лабораторных исследований на дому не должны превышать 14 рабочих дней со дня назначения исследований.

При невозможности проведения инструментальных исследований на дому организовать дообследование в условиях поликлиники либо круглосуточного стационара. Доставка нетранспортабельных пациентов осуществляется силами и средствами медицинской организации (при необходимости привлекается социальная служба).

Срок установления диспансерного наблюдения врача-онколога за пациентом с выявленным онкологическим заболеванием не должен превышать 3 рабочих дней с момента постановки диагноза онкологического заболевания.

Комплексное посещение на дому по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю "Медицинская реабилитация" составляет не менее 10 дней.

Срок организации первичного осмотра пациента, нуждающегося в оказании паллиативной медицинской помощи, - 2 рабочих дня после выписки пациента из медицинской организации, оказывающей паллиативную специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях.

Срок информирования органов социальной защиты о необходимости социального обслуживания - 2 рабочих дня.

3.3.2. трудовые:

медицинские и немедицинские работники Поликлиники.

3.3.3. финансовые:

медицинская помощь, предусмотренная региональным Стандартом, должна оказываться в рамках территориальной программы государственных гарантий

бесплатного оказания гражданам медицинской помощи с учетом порядка, условий предоставления и объема.

3.3.4. материальные:

лекарственные препараты, изделия медицинского назначения применяются в объеме, соответствующем территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также соответствующим клиническим рекомендациям и стандартам медицинской помощи.

3.3.5. цифровое обеспечение реализации стандарта

Для полноценной реализации стандарта в медицинских организациях необходимо создание единого информационного пространства с едиными правилами обработки данных, обмен информацией между различными медицинскими учреждениями и государственными органами посредством региональной медицинской информационной системы, интегрированной с ЕГИСЗ (Единая Государственная Информационная Система Здравоохранения) и обеспечивающей передачу данных в ВИМИС (Вертикально-интегрированная медицинская информационная система). Автозаполнение разделов единого регистра в региональной МИС : алгоритм действий врачебного персонала размещен в приложении. Врач любой специальности на приеме либо на дому по достижению пациентом возраста 65 лет заполняет в ЭМК анкету с гериатрическим компонентом, пациент автоматически включается в регистр, патронажное отделение получает уведомление о каждом новом пациенте.

3.4. Организационные решения.

Ключевым моментом регионального стандарта является организация оказания медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста в условиях дневного стационара – в стационаре на дому при условии, что состояние

здоровья больного и его домашние условия позволяют организовать медицинскую помощь и уход на дому.

Стационар на дому дневного стационара является структурным подразделением медицинской организации (ее структурного подразделения), оказывающей первичную медико-санитарную помощь, и организуется для осуществления лечебных и диагностических мероприятий при заболеваниях и состояниях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения.

Структура и штатная численность дневного стационара (стационара на дому) устанавливаются руководителем медицинской организации, в составе которого он создан, исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы и численности обслуживаемого населения с учетом рекомендуемого штатного норматива: 1 должность врача терапевта на 20 больных стационара на дому.

Отбор больных для лечения в стационаре на дому проводится по представлению врачей участковых терапевтов, врачей общей практики (семейных врачей) и врачей-специалистов. Полный алгоритм действий представлен в приложении V-СНД «Организация стационара на дому».

Для оказания долговременной медицинской (диагностической, лечебной) и медико-социальной помощи на дому, больным старших возрастных групп, частично или полностью утратившим способность к передвижению и самообслуживанию организуется структурное подразделение амбулаторно-поликлинического учреждения или поликлинического отделения - отделение медико-социальной помощи (далее патронажное отделение). Мощность отделения определяется главным врачом поликлиники, исходя из потребности населения старших возрастных групп, проживающих в зоне ее обслуживания, из расчета не менее 250 обслуживаемых пациентов на дому в течение года. Руководство Отделением осуществляет врач-гериатр или медицинская сестра

с высшим медицинским образованием и дополнительной подготовкой по гериатрии. Контроль за деятельностью Отделения осуществляется в пределах компетенции руководством медицинской организации, в составе которого находится Отделение.

Врач / фельдшер патронажного отделения :

выявляет старческую астению при самостоятельном обращении пациентов;

организует для пациентов со старческой астенией консультацию врача-гериатра на дому;

составляет и выполняет индивидуальный план лечения пациентов со старческой астенией с учетом рекомендаций врача-гериатра и выявленных гериатрических синдромов;

наблюдает пациентов со старческой астенией, включая осмотр пациента на дому (не реже 1 посещения в 3 месяца для медицинской сестры участковой и 1 посещения в 6 месяцев для врача).

Медицинские работники при каждом осмотре пациентов пожилого и старческого возрастов на дому, назначившие лекарственный препарат, оформляют назначение лекарственных препаратов, в том числе подлежащих изготовлению и отпуску аптечными организациями, на рецептурном бланке, оформленном на бумажном носителе за своей подписью и (или) с согласия пациента или его законного представителя на рецептурном бланке в форме электронного документа с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи медицинского работника на мобильном устройстве типа планшет, имеющего доступ в МИС.

На основании локального акта МО (приказа, регламента, и положения о патронажной службе) формируется состав укладки при осуществлении выездной работы к маломобильным пациентам. Рекомендуемые временные затраты патронажной медицинской сестрой и типы упаковок приведены в приложении V-СНД.

Для эффективной организации медицинской помощи на дому необходимо разработать и внести соответствующие изменения в должностные инструкции медицинского персонала, в том числе патронажного отделения.

Мероприятия медицинской реабилитации на дому осуществляются при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара специалистами амбулаторного отделения медицинской реабилитации, отделения медицинской реабилитации дневного стационара. Полный алгоритм действий представлен в приложении VI-МР «Организация медицинской реабилитации на дому».

Для организации работы с обращениями пациентов пожилого и старческого возрастов и /или их законными представителями, а также социальными работниками рекомендуется организовать единый «центр обработки звонков» (кол-центр на уровне медицинской организации, на уровне региона) по работе именно с этой группой граждан. С учетом медико-социальных особенностей данной категории граждан работа с входящими обращениями через единый «центр обработки звонков» является приоритетным направлением. Создание единого регионального кол-центра не отменяет возможность наличия кол-центров в медицинских организациях.

Рекомендуется провести оснащение кол-центра следующими техническими средствами:

автоматизированное рабочее место оператора.

информационная система с пользовательским интерфейсом сбора информации о пациенте, выборе цели обращения, доступом к интерфейсу с передачей информации патронажной службе.

IP-телефония, представленная виртуальной АТС с записью разговоров и фиксацией входящего потока звонков.

IP-телефонное устройство или гарнитура.

При данной конфигурации кол-центра рекомендованная длительность ожидания пациента на линии, при работе в штатных режимах кол-центра, не должна превышать 4 минуты. Штатная работа кол-центра - это работа с таким объемом обращений, который не превышает значения среднесуточного числа обращений более чем на 50%. В случае превышения рекомендуемой длительности ожидания пациента на линии, следует настроить уведомление об этом операторов кол-центра, а также руководителя кол-центра (для координации работы и контроля за работой отдельных сотрудников) через информационную систему, в которой они работают. Алгоритмы действий администратора кол-центра приведены в приложениях по каждому виду оказания медицинской помощи.

3.5. Требования к выполнению стандарта

Разработанный стандарт предназначен для применения медицинскими организациями государственной, муниципальной систем здравоохранения, оказывающими первичную медико-санитарную помощь, и обязателен для выполнения работниками медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь на дому лицам пожилого и старческого возрастов.

3.6. Технологии выполнения стандарта

Технологии выполнения стандарта учитывают результаты научных исследований в соответствии с принципами медицины, основанной на доказательствах.

3.7. Ответственные исполнители

Лица (медицинские и немедицинские работники) , в чьи функциональные обязанности входит оказание медицинской помощи на дому лицам пожилого и старческого возрастов.

3.8. Компетенция персонала

Лица, соответствующие квалификационным требованиям к медицинским работникам с высшим медицинским, средним медицинским образованием, работники с немедицинским образованием, имеющие определенные навыки, знания и опыт профессиональной деятельности, необходимые для эффективного выполнения работы по оказанию медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возрастов, прошедшие при необходимости дополнительное обучение по гериатрической помощи. Процесс подготовки специалистов имеет традиционную основу - изучение нормативно правовых актов, методических рекомендаций, клинических рекомендаций. Контроль сроков, объемов и качества оказанной медицинской помощи проводят эксперты СМО, а в МО сотрудник отдела качества, уполномоченный по качеству, врачебная комиссия, заведующий отделения. С целью стандартизации проверок применяется Чек - лист с критериями и их показателями. Аналогичный процесс формирования готовности специалистов организуется в структуре Министерства социальной политики.

4. Документы, применяемые в рамках выполнения стандарта

Форма № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях»;

Форма № 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях»;

Форму № 030/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения»;

Форма № 035-у/02 Журнал учета клинико-экспертной работы лечебно-профилактического учреждения»:

Форма № 064/у «Журнал учета профилактических прививок»;

Форма № 063/у «Карта профилактических прививок»;

Форма № 131/у «Карта учета профилактического медицинского осмотра (диспансеризации)»;

Форма № 057/у-04 «Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию»;

Форма № 027/у «Выписка из медицинской карты амбулаторного больного»;

Форма № 088/у «Направление на медико-социальную экспертизу медицинской организацией»

Форма № 106/у «Медицинское свидетельство о смерти»;

Форма № 003-2/у «Карта сестринского наблюдения за больными с пролежнями»;

Форма информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство;

Форма отказа от медицинского вмешательства;

Форма согласия гражданина (его законного или уполномоченного представителя) на направление и проведение медико-социальной экспертизы.

5. Исключения для применения стандарта

Не применяется в отношении :

иностранных граждан;

лиц без гражданства;

в случаях, если в соответствии с законодательством требуется иной порядок.

6. Критерии оценки качества и полноты, объема выполнения стандарта

Оценка качества и полноты, объема выполнения стандарта проводится согласно утвержденному графику аудита, который включает ответственного за проведение аудита, частоту проведения проверок, и чек-лист - специальный перечень вопросов, а также требований для каждого проверяемого параметра.

Чек-лист обязательно должен содержать, что именно подлежит оценке: структура, процессы, результаты, а также должны быть указаны источники данных для оценки. Кроме этого должна применяться двоичная система оценки: ДА – наличие, соответствие, правильное выполнение и т.д.; НЕТ – отсутствие, несоответствие, неправильное выполнение, незнание.

Организация должна проводить анализ и оценку данных, полученных в результате мониторинга и измерений для определения областей улучшения.

Рекомендуемые чек листы для проведения аудитов приведены в приложении IX-КК.

7. Периодичность актуализации (частота пересмотра) стандарта

Пересмотр стандарта:

-плановый– актуализация не реже чем один раз в 1 год;

-внеплановый, при любых изменениях методологии, условий осуществления процесса, обновления нормативной базы и т.д.

Пересмотр стандарта организации осуществляет разработчик.

При пересмотре действовавший ранее стандарт отменяют, а в предисловии к пересмотренному стандарту указывают, взамен какого стандарта он разработан.

Информацию о замене действующего стандарта и об утверждении пересмотренного стандарта публикуют в установленном порядке.

8. Информирование граждан о порядке применения стандарта и обратная связь

Реализация информирования о порядке применения стандарта на территории региона РФ включает в себя информационно-коммуникативные и образовательные мероприятия для населения по вопросу организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возрастов на дому.

Мероприятия должны проводиться с использованием ресурсов медицинских учреждений, социальных служб, общественных организаций, государственных структур, средств массовой информации.

Цель – распространение достоверных знаний о порядке и условиях организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возрастов на дому, а также информирование о необходимости своевременных действий, направленных на профилактику и лечение. Мероприятия включают:

- размещение информационных стендов, видеороликов, в том числе демонстрация на мониторах в медицинских организациях, учреждениях социальной защиты населения, органах исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан и в сфере социальной защиты населения;
- предоставление печатных материалов (памятки, алгоритмы) самими людьми пожилого и старческого возраста, их родственникам, ухаживающим лицам, социальным работникам;
- организацию и проведение школ, семинаров, вебинаров для пациентов и членов их семей/ухаживающих лиц, для социальных работников на базе медицинских и социальных учреждений, в том числе с применением

информационных технологий (в режиме видеоконференц связи, телемедицинских консультаций);

– организацию местных информационных кампаний в области общественного здравоохранения при участии общественных организаций, государственных структур, средств массовой информации, крупных интернет-порталов.

Механизмы обратной связи с пациентами: путем личного интервьюирования и в режиме видеосвязи, а также обезличенного анкетирования, электронный лист проблем, размещенный на сайтах МО, автоматизированный обзвон роботом (голосовой ассистент на базе искусственного интеллекта). Для повышения результативности интервьюирования при оценке удовлетворенности пациентов качеством услуг проводится выходной опрос (при завершении случая оказания медицинской помощи) согласно рекомендуемого скрипта. Пациенты и/или законные представители оценивают по предложенной бальной системе, насколько результаты полученной услуги соответствуют их ожиданиям. Так же пациенты могут отразить свои комментарии и предложения. Адаптированный скрипт опроса – пациент оценивает не всю медицинскую организацию, а точки контакта: легко ли было найти информацию на сайте, дозвониться до поликлиники и пр. Полученные данные собираются, и каждую неделю анализируются уполномоченным лицом. Рекомендуется в еженедельных отчетах выделить самые низкие оценки и начать обзванивать недовольных пациентов. Этот инструмент поможет отрабатывать негативные эмоции по горячим следам и улучшать впечатление.

Механизм регулярной обратной связи позволяет улучшить качество обслуживания и лечения, определить слабые стороны в работе персонала, увеличить удовлетворенность и лояльность пациентов, получить ценные идеи

для инноваций и улучшений. Схема проведения обратной связи, скрипты опросов приведены в приложении IX-КК.

9. Заключительная часть

Разработанный стандарт проходит этапы обсуждения, экспертизы, утверждается приказом министра здравоохранения Нижегородской области.

После этого стандарт проходит процедуру регистрации, опубликования и введения в действие.

10. Нормативные ссылки

Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Постановление Правительства Российской Федерации от 09.02.2022 №140 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения»

Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»

Федеральный закон от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»

Приказ Минздрава России (Министерство здравоохранения РФ) от 27.04.2021 №404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»

Приказ Минздрава России от 15.03.2022 №168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»

Приказ Минздрава России от 29.01.2016 № 38н
«Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю
«гериатрия» (с изменениями)

Приказ Минздрава России № 345н, Минтруда России № 372н от 31.05.2019
«Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной
медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских
организаций, организаций социального обслуживания и общественных
объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою
деятельность в сфере охраны здоровья»

Приказ Минздрава РФ от 28.08.1999 № 297 «О совершенствовании
организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого
возраста в Российской Федерации»

Методические рекомендации «Комплекс мер, направленный на профилактику
падений и переломов у лиц пожилого и старческого возраста» (утв.
Минздравом России 15.12.2020)

Клинические рекомендации «Падения у пациентов пожилого и старческого
возраста»

Приказ Минздрава России от 18.11.2021 № 1068н «Об утверждении стандарта
медицинской помощи при недостаточности питания (мальнутриции) у
пациентов пожилого и старческого возраста (диагностика и лечение)»

Приказ Минздрава России от 17.02.2022 № 81н «Об утверждении стандарта
медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста при
когнитивных расстройствах (диагностика и лечение)»

Приказ Минздрава России от 18.11.2021 № 1067н «Об утверждении стандарта
медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста при
хронической боли (диагностика и лечение)»

Клинические рекомендации «Недостаточность питания (мальнутриция) у пациентов пожилого и старческого возраста»

Клинические рекомендации «Когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста»

Клинические рекомендации «Делирий, не обусловленный алкоголем и другими психоактивными веществами, у лиц пожилого и старческого возраста»

Клинические рекомендации «Хроническая боль у пациентов пожилого и старческого возраста»

Приказ Минздрава России от 31.07.2020 № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых»

Приказ Минздрава России от 30.11.2017 № 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий». Федеральный закон от 28.12.2013 «N 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»

Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»

Постановление Правительства РФ от 15.04.2014 № 296 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Социальная поддержка граждан»

Приказ Минтруда России от 29.12.2023 № 902 «О реализации в Российской Федерации в 2024 году пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе, в рамках федерального проекта «Старшее поколение» национального проекта «Демография»

Приказ Минтруда России от 27.12.2023 № 895 «О реализации в Российской Федерации в 2024 году Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе»
«ГОСТ Р 52495-2005. Национальный стандарт Российской Федерации. Социальное обслуживание населения. Термины и определения»
(утв. Приказом Ростехрегулирования от 30.12.2005 N 532-ст)

Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 21.03.2017 № 293н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)»

Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 17.06.2019 № 413н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-гериатр»

Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31.07.2020 № 475н «Об утверждении профессионального стандарта «медицинская сестра / медицинский брат»

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 02.05.2023 № 206н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием»

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10.02.2016 №N 83н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам со средним медицинским и фармацевтическим образованием»

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31.07.2020 № 785н «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»

ФГБУ "Национальный институт качества" Росздравнадзора «Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества

и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (поликлинике)»

СП 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней»

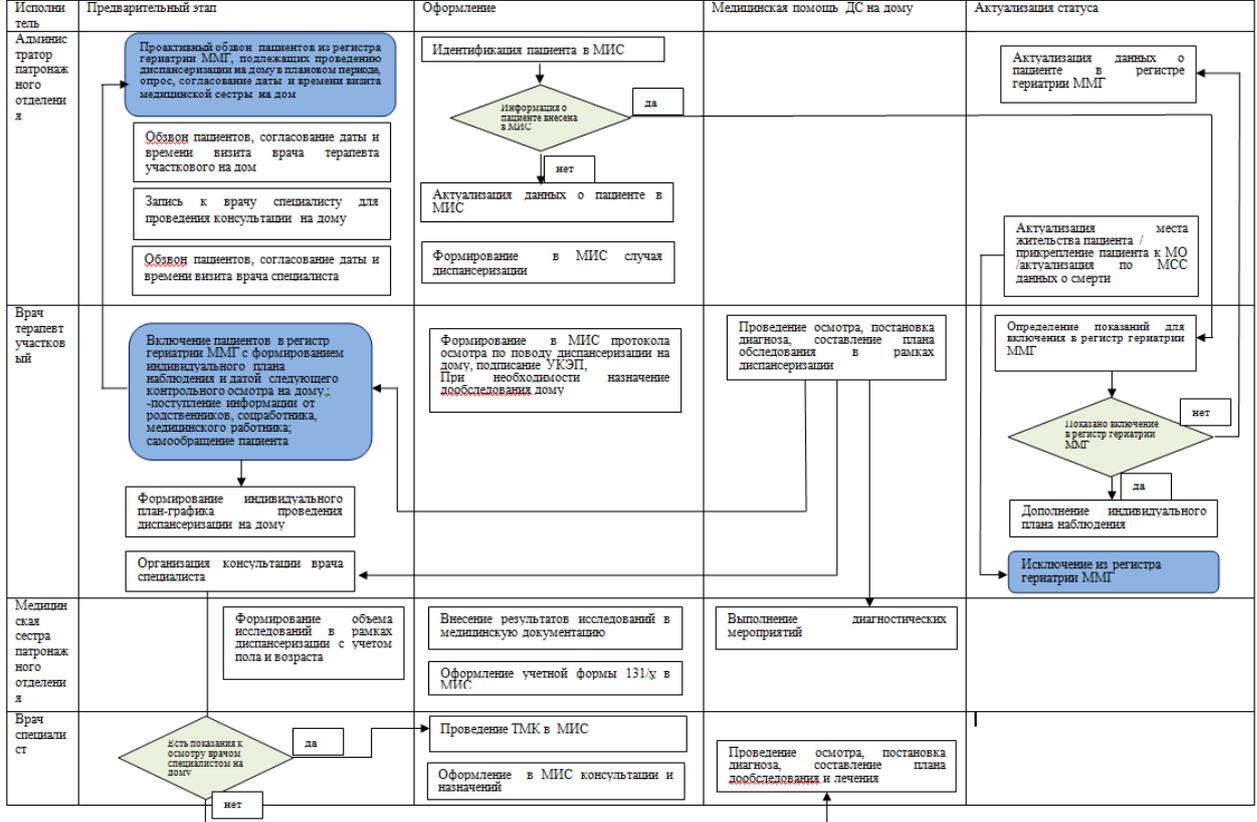
Постановление Правительства Нижегородской области от 22.12.2022 №1096 «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Нижегородской области на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов»

Методические рекомендации ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России от 27.09.2023 № 12-23 «Организация записи на прием к врачу, в том числе через единый портал государственных и муниципальных услуг и единые региональные кол-центры»

Методические рекомендации «Организация оказания медицинской помощи на дому пациентам пожилого и старческого возраста, полностью или частично утратившим способность к самообслуживанию»/ Е.В. Каракулина, Э.К. Вергазова, А.С. Грачева, О.Н. Ткачева и др. – М.:2020.

Приложение I-Д. Организация диспансеризации на дому.

Блок-схема организации диспансеризации на дому.



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ
РЕГИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

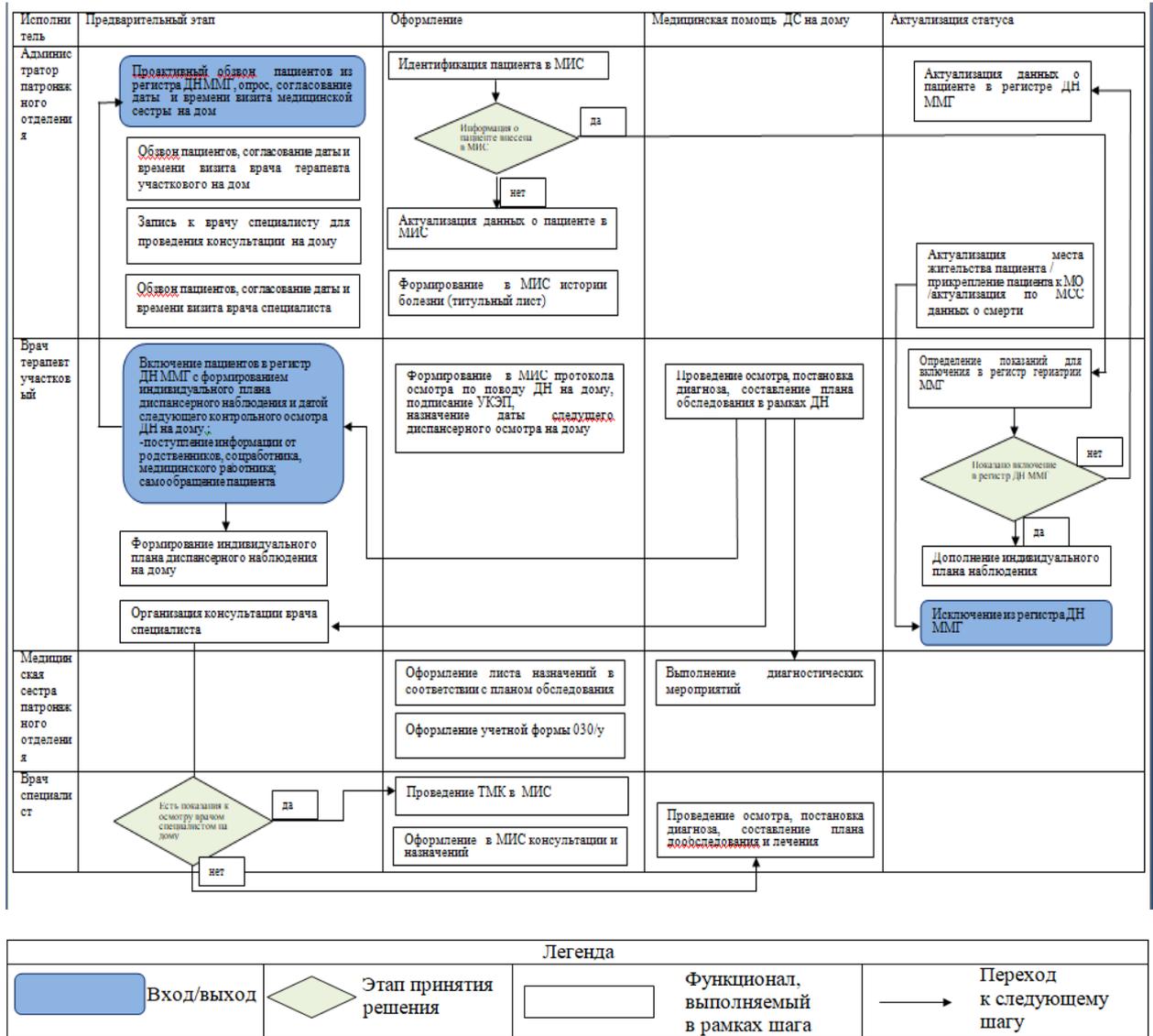
Стандарт проведения диспансеризации на дому.

Поликлиника	Название МО		Служба здоровья	Стандартная операционная карта			СОК №	
	Отделение	Кабинет		Проведение 1-го этапа диспансеризации на дому		Дата	Лист / листов	
№		На дому у пациента	2800	Проведение 1-го этапа диспансеризации на дому			1/2	
№	Рабочая последовательность действий			Время, сек		Ключевые указания	Схема рододоговой рабочей последовательности	
				Общ	ходьба			
	(1-й день) 1 этап – сбор анамнеза и антропометрия (проводит медицинская сестра/фельдшер):						<p>Движение медицинского персонала</p>	
	Заполнение информированного добровольного согласия на проведение 1 этапа диспансеризации			60		◇ ▽		
	Проведение анкетирования пациента			180		◇ ▽		
	Сбор анамнеза			120		◇ ▽ ☆		
	Измерение массы тела (опрос)			10		◇ ▽ ☆		
	Измерение роста (сантиметровая лента)			40		◇ ▽ ☆		
	Измерение окружности талии			20		◇ ▽ ☆		
	Внесение данных в медицинскую документацию (карта учета №131у)			180		◇ ▽ ☆		
	(1-й день) 2 этап – проведение исследований (проводит медицинская сестра/фельдшер):							
	Снятие ЭКГ в покое			240		◇ ▽ ☆ + ●		
	Измерение внутриглазного давления			60		◇ ▽ ☆ + ●		
	Измерение артериального давления (на обеих руках)			120		◇ ▽ ☆ + ●		
	Проведение экспресс-теста на содержание глюкозы в крови			180		◇ ▽ ☆ + ●		
	Проведение экспресс-теста на содержание холестерина в крови			60		◇ ▽ ☆ + ●		
	Забор крови из вены для проведения общего анализа крови			240		◇ ▽ ☆ + ●		
	Забор анализа кала на скрытую кровь для лиц в возрасте 75 лет (пациент или его законный представитель заведомо уведомляются о необходимости сдачи анализа кала в промаркированную тару)			30		◇ ▽ ☆ + ●		
	(1-й день) 3 этап – объективный осмотр пациента (проводит							

	фельдшер):											
	Осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов			180		◇ ▽ ☆						
	Аускультация легких и сердца			120		◇ ▽ ☆ + ●						
	Пальпация брюшной полости			60		◇ ▽ ☆						
	Пальпация молочных желез у женщин			120		◇ ▽ ☆						
	Внесение данных в медицинскую документацию (карта учета №131у)			180		◇ ▽ ☆						
	(2-й день) 4 этап – объективный осмотр пациента (проводит врач-терапевт):											
	Консультация по результатам данных анализов и исследований			180		◇ ▽ ☆						
	Проведение краткого индивидуального профилактического консультирования			300		◇ ▽ ☆						
	Внесение данных в медицинскую документацию (карта учета №131у)			120		◇ ▽ ☆						
	ИТОГ:			2800								
СИЗ							Условные обозначения	Стандартный запас	Безопасность	Контроль качества	Критический пункт	Требуется навык
	●	+	◇	▽	☆							
Подписи												
Исполнитель	Зав. поликлиники	Помощник эпидемиолога	Составитель	Ф.И.О.	Подпись	Дата						
1.												
2.		Старшая мед.сестра поликлиники	Инженер по охране труда	Утверждено								
3.			Главный врач									

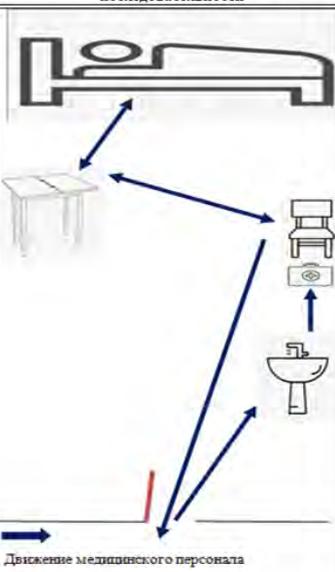
Приложение II-ДН. Организация диспансерного наблюдения на дому.

Блок-схема организации диспансерного наблюдения на дому



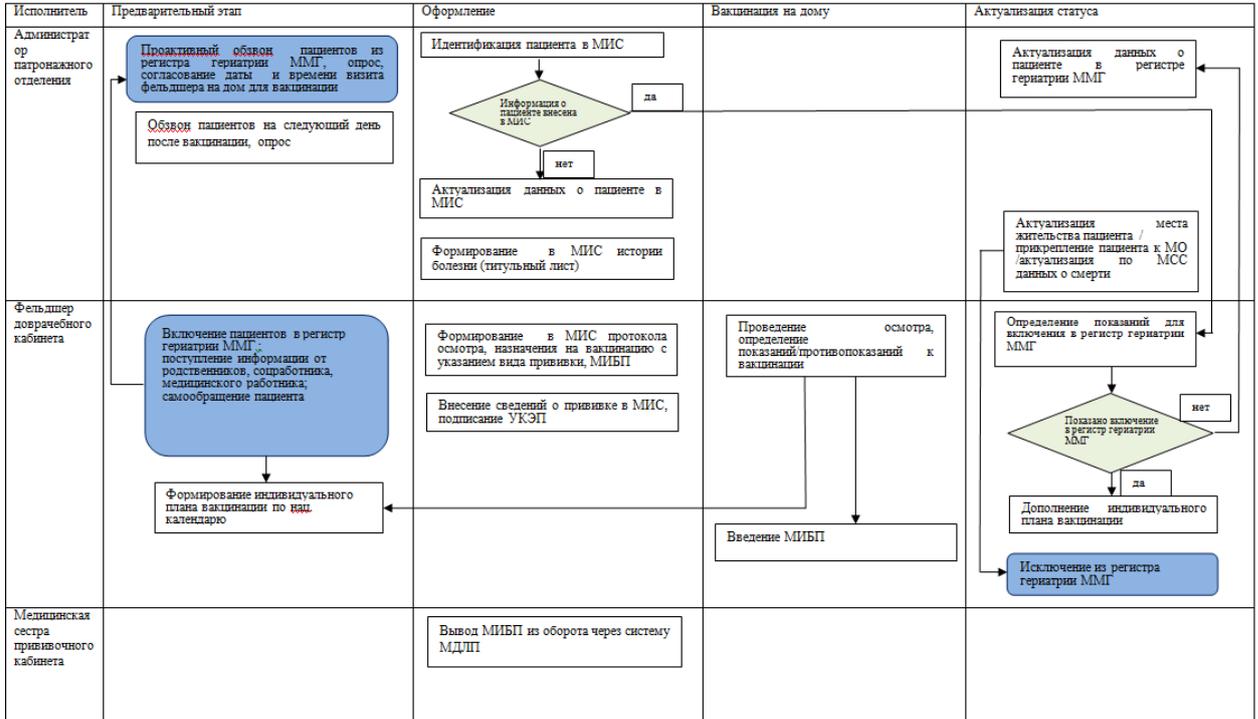
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ
РЕГИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Стандарт проведения диспансерного наблюдения на дому

		Название МО				Стандартная операционная карта		СОК №				
						Диспансерное наблюдение на дому						
Поликлиника	Отделение	Кабинет	Время такта, сек	Состав смены	Наименование операции		Дата	Лист / листов				
№		На дому у пациента	3360		Диспансерное наблюдение на дому			1/2				
№	Рабочая последовательность действий			Время, сек.		Ключевые указания	Схема поэтапной рабочей последовательности 					
			Общ.	ходьба								
I. 1 этап – формирование заявки на проведение осмотра (проводит оператор Call-центра):												
1	Согласование даты и времени приема на дому			120		◇ ▽						
2	Внесение данных в МИС			60		◇ ▽						
II. 2 этап – выезд среднего медицинского персонала для проведения диагностических исследований (проводит м/с, фельдшер):												
1	Сбор анамнеза			120		▽ ◇ ☆						
2	Снятие ЭКГ в покое (в соответствии с ИПН)			240		▽ ◇ ☆ + ●						
3	Проведение антропометрии			120		▽ ◇ ☆ + ●						
4	Измерение артериального давления (на обеих руках)			120		▽ ◇ ☆ + ●						
5	Забор крови из вены для проведения анализа крови (в соответствии с ИПН)			240		▽ ◇ ☆ + ●						
6	Внесение данных в медицинскую документацию			300		▽ ◇ ☆						
7	Внесение данных в МИС			300		▽ ◇ ☆						
III. 3 этап – выезд врача-терапевта:												
1	Сбор жалоб			120		▽ ◇ ☆						
2	Осмотр на выявление визуальных и иных локализационкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию шитовидной железы, лимфатических узлов			300		▽ ◇ ☆ + ●						
3	Измерение артериального давления (на обеих руках)			120		▽ ◇ ☆ + ●						
4	Аускультация легких и сердца			120		▽ ◇ ☆ + ●						
5	Пальпация брюшной полости			60		▽ ◇ ☆ + ●						
6	Измерение сатурации			60		▽ ◇ ☆ + ●						
7	Консультация по результатам данных анализов и исследований			180		▽ ◇ ☆						
8	Назначение/коррекция лечения по основному заболеванию			180		▽ ◇ ☆						
9	Внесение данных в медицинскую документацию			300		▽ ◇ ☆						
10	Внесение данных в МИС			300		▽ ◇ ☆						
ИТОГ:				3360								
СНЗ							Условные обозначения	Стандартный запас	Безопасность	Контроль качества	Критический пункт	Требуется навык
	Медицинский халат	Медицинский костюм	Медицинская обувь	Одноразовые перчатки	Маска	Головной убор		●	+	◇	▽	☆
Подписи												
Исполнитель	Зав. поликлиникой	Помощник эпидемиолога	Составитель	Ф.И.О.	Подпись	Дата						
1.												
2.	Старшая м/с поликлиники	Инженер по охране труда	Утверждено									
3.			Главный врач									

Приложение III-В. Организация вакцинации на дому.

Блок-схема организации вакцинации на дому



Стандарт организации вакцинации на дому.

Logo Нижегородский стандарт поликлиники		Название МО		Служба здоровья		Стандартная операционная карта			СОК №						
Поликлиника		Отделение	Кабинет	Время такта, сек	Состав смены	Проведение вакцинации на дому					Дата	Лист /листо в			
№		На дому у пациента			М/с	Проведение вакцинации на дому						1/2			
№	Рабочая последовательность действий				Время, сек.		Ключевые указания	Схема домашней рабочей последовательности							
					Общ.	ходьба									
1	Врачу провести осмотр пациента, рассказать о процедуре и заполнить необходимую документацию				300										
2	Медицинской сестре:														
2.1	Прилечь пациенту удобное положение в кровати, либо усадить на стул/кресло				10										
2.2	Провести гигиеническую обработку рук				70		5	+	▽						
2.3	Надеть медицинские перчатки				20			+	▽						
2.4	Перед использованием вакцины проверить: наличие этикетки на флаконе или ампуле; соответствие названия вакцины назначению врача; и срок годности вакцины; наличие видимых признаков повреждения флакона или ампулы; видимых признаков загрязнения содержимого флакона или ампулы				20			+	▽	☆					
2.5	Перед применением флакон (ампулу) протереть снаружи спиртовой салфеткой. Вскрыть алюминиевый колпачок или снять защитную пластиковую наклладку с адьювантикового колпачка и обработать резиновую пробку салфеткой спиртовой				8			+	▽						
2.6	Шприцем однократного применения 2,0 и иглой отобрать, необходимую дозу для введения пациенту, удалить из шприца избыток воздуха				10			+	▽						
2.7	Место введения вакцины продезинфицировать спиртовой салфеткой, положить до полного высыхания антисептика				19			+							
2.8	Ввести вакцину строго в соответствии с официальной инструкцией по применению ИЛП				5			+	▽	☆					
2.9	Приложить спиртовую стерильную салфетку к месту инъекции, извлечь иглу, попросить пациента держать салфетку 5 мин.				5			▽	+	◇					
2.10	Остатки вакцины во флаконах, использованные одноразовые иглы, шприцы, салфетки, перчатки после инъекции сбросить в соответствующие контейнеры с дезинфицирующим раствором в соответствии с инструкцией по разведению ДС				25			▽	+						
2.11	Сведения о выполненной профилактической прививке ввести в соответствующие учетные медицинские документы							▽	+						
3	Непосредственно после введения вакцины в течение 30 минут осуществлять медицинское наблюдение за пациентом				1800			▽	+						
ИТОГ:				292		5		▽	+						
Условные обозначения											Стандартный запас	Безопасность	Контроль качества	Критический пункт	Требуется навык
Медицинский халат											●	+	◇	▽	☆
Медицинский костюм															
Медицинская обувь															
Одноразовые перчатки															
Маска															
Головной убор															

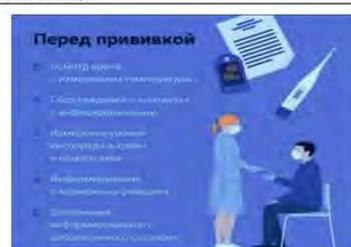
Подписи						
Исполнитель	Зав. поликлиникой	Помощник эпидемиолога	Составитель	Ф.И.О.	Подпись	Дата
1.						
2.	Старшая м/с поликлиники	Инженер по охране труда	Утверждено			
3.			Главный врач			

Название МО		Визуальное приложение стандартной операционной карты				СОК №	
Наименование операции		Забор крови из вены медицинской сестрой вакуумной системой на дому					
№ шага	Основные шаги	Инструменты, оборудование	Ключевые указания	Время, сек.	Пояснения	Ключевые указания	
1	Подготовка оснащения для проведения вакцинации	Иммунобиологические лекарственные препараты, термоконтейнер (сумка-холодильник), набор хладагентов, термондикаторы – регистраторы, спиртовые салфетки, емкости для медицинских отходов		60		+ ◇ ☆ ▽	
2	Осмотр пациента непосредственно перед вакцинацией	Термометр медицинский, тонометр для измерения АД, пульсоксиметр	Отсутствие противопоказаний	300		☆	
3	Введение вакцины строго в соответствии с официальной инструкцией по применению ИЛП	одноразовые шприцы и иглы		432		+ ◇ ☆ ▽	
4	Осуществление наблюдения за пациентом после введения вакцины	Термометр медицинский, тонометр для измерения АД, пульсоксиметр	Отсутствие реакции на введение вакцины	1800		▽ ◇	

ФОТОВИЗУАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ









МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ
РЕГИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Приложение IV-ДМ. Организация диагностических мероприятий на дому.

**Стандарт проведения лабораторных исследований
(забор крови) на дому.**

ИИИ Нижегородский стандарт		Название МО		Служба здоровья		Стандартная операционная карта			СОК №			
Поликлиника		Отделение		Кабинет		Время такта, сек		Забор крови из вены медицинской сестрой вакуумной системой на дому				
№		На дому у пациента		278		М/с		Забор крови из вены медицинской сестрой вакуумной системой на дому				
№	Рабочая последовательность действий					Время, сек. Общ. ходьба		Ключевые указания	Схема подкастовой рабочей последовательности			
	1	Придать пациенту удобное положение в кровати, либо усадить на стул/кресло, рассказать о процедуре, положить пробирки на переносной манипуляционный столик (лоток) для забора крови					10					
2	Провести гигиеническую обработку рук					70	3	+				
3	Надеть медицинские перчатки					20		+				
4	Расположить руку пациента на удобной для забора крови поверхности (стол, подлокотник кресла, валик для забора крови), осмотреть место венопункции, выбрать точку венопункции, проальцировать вену					10		*				
5	Зафиксировать агут на 10 см выше места венопункции, попросить пациента сжать кулак					8						
6	Место венопункции продезинфицировать двумя спиртовыми салфетками, подождать до полного высыхания антисептика					19		+				
7	Взять иглу, снять с нее защитный колпачок, вставить в иглодержатель до упора					2		◇				
8	Под углом 15-30 градусов ввести иглу с держателем в вену					5		▽				
9	Взять со стола пробирку, вставить пробирку в иглодержатель до упора и удерживать ее					3		+				
10	Попросить пациента разжать кулак. Снять или ослабить агут					5						
11	Набрать кровь в пробирку до метки, извлечь пробирку					43		▽				
12	Перемешать биоматериал с консервантом					10		Не встряхивать!				
13	Установить пробирки в штатив					5		◇				
14	Приложить спиртовую стерильную салфетку к месту венопункции, извлечь иглу, попросить пациента держать салфетку 5 мин.					5		+				
15	Поместить иглу в емкость для отходов класса Б					3		+				
16	Наложить на место инъекции давящую повязку					16		+				
17	Обработать антисептиком валик для забора крови, рабочую поверхность процедурного столика					20		+				
18	Снять перчатки, поместить в емкость (пакет) для отходов класса Б, обработать руки антисептиком					22		+				
ИТОГ:						278	3					
СИЗ							Условные обозначения	Стандартный запас	Безопасность	Контроль качества	Критический пункт	Требуется навык
	Медицинский халат	Медицинский костюм	Медицинская обувь	Одноразовые перчатки	Маска	Готовый убор		●	+	◇	▽	☆

Исполнитель	Зав. поликлиники	Помощник эпидемиолога	Составитель	Ф.И.О.	Подпись	Дата
1.						
2.	Старшая м/с поликлиники	Инженер по охране труда	Утверждено			
3.			Главный врач			

ВИЗУАЛЬНАЯ ЧАСТЬ

Название МО		Визуальное приложение стандартной операционной карты			СОК №	
Наименование операции		Инструменты, оборудование		Забор крови из вены медицинской сестрой в вакуумной системой на дому	Ключевые указания	
№ шага	Основные шаги			Ключевые указания	Время, сек.	пооянения
1	Подготовить оснащение для забора крови	Пробирки, лоток, агут, валик для забора крови, спиртовые салфетки, емкости для медицинских отходов			60	+
2	Осмотреть место венопункции, выбрать точку венопункции, проальцировать вену			Отсутствие очагов поражения	30	*
3	Под углом 15-30 градусов ввести иглу с держателем в вену	Вакуумная система			30	+
4	Набрать кровь в пробирку до метки, извлечь пробирку	Пробирка			40	▽

ФОТОВИЗУАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ

--	--	--

Стандарт проведения инструментальных исследований (электрокардиография) на дому.

№	Рабочая последовательность действий	Время, сек. Общ. холд-ба	Ключевые указания	Схема пошаговой рабочей последовательности	
				Снятие ЭКГ медицинской сестрой на дому	
				Состав смены	Наименование операции
Название МО		Служба здоровья		СОК №	
Поликлиника		Время такта, сек		Дата / Лист / листов	
Отделение		386		1/2	
Кабинет		М/с		Снятие ЭКГ медицинской сестрой на дому	
№		386			
На дому у пациента					
1	Прилечь пациенту удобное положение в кровати, оголить голени, предплечья и верхнюю часть тела. Рассказать о процедуре, положить переносной аппарат ЭКГ на столик (стул) для снятия ЭКГ.	120		<p>Движение медицинского персонала</p>	
2	Провести гигиеническую обработку рук.	70	3		
3	Надеть медицинские перчатки.	20			
4	Обезжирить участки кожи, на которые будут накладываться электроды, протирая их салфеткой с антисептиком.	20			
5	Поместить салфетку в емкость для отходов класса Б.	2			
6	Поверхность электродов также обезжиривается, на нее или на кожу наносится гель для улучшения электропроводимости.	20			
7	Наложение электродов на теле пациента в определенном порядке. На правую руку накладывается красный электрод, на левую – желтый. Для правой ноги предназначен черный электрод, для левой – зеленый.	20			
8	Наложение грудного электрода: V1 – четвертое межреберье справа, в 2 см от края грудины;	2			
9	Наложение грудного электрода: V2 – четвертое межреберье слева, в 2 см от края грудины;	2			
10	Наложение грудного электрода: V3 – посередине между V2 и V4;	2			
11	Наложение грудного электрода: V4 – пятое межреберье, по среднеключичной линии;	2			
12	Наложение грудного электрода: V5 – пятое межреберье, по переднемышечной линии, на уровне V4;	2			
13	Наложение грудного электрода: V6 – пятое межреберье, по среднемышечной линии, на уровне V4.	2			
14	Включить аппарат.	5			
15	Оценить правильности наложения электродов.	5			
16	Снятие ЭКГ ленты.	30			
17	Снятие электродов с пациента.	20			
18	Обработать антисептиком электроды, рабочую поверхность столика.	20			
19	Снять перчатки, поместить в емкость (пакет) для отходов класса Б, обработать руки антисептиком.	22			
ИТОГО:		386	3		

СИЗ							Условные обозначения	Стандартный запас	Безопасность	Контроль качества	Критический пункт	Требуется навык
Медицинский халат	Медицинский костюм	Медицинская обувь	Одноразовые перчатки	Маска	Головной убор			●	+	◇	▽	☆
Подписи												
Исполнитель	Зав. поликлиникой	Помощник эпидемиолога	Составитель	Ф.И.О.	Подпись	Дата						
1.												
2.	Старшая м/с поликлиники	Инженер по охране труда	Утверждено									
3.			Главный врач									

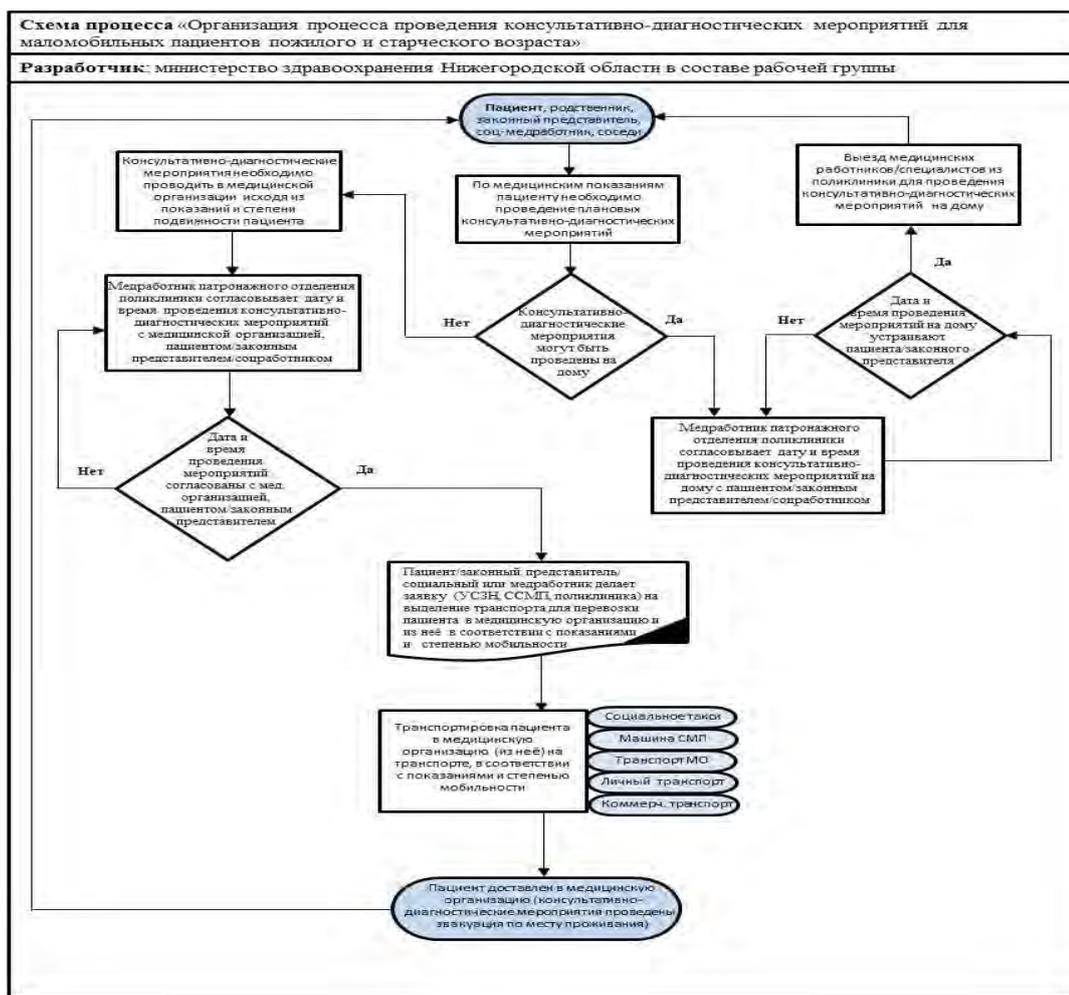
ВИЗУАЛЬНАЯ ЧАСТЬ

Название МО		Визуальное приложение стандартной операционной карты				СОК №	
Наименование операции		Снятие ЭКГ медицинской сестрой на дому					
№ шага	Основные шаги	Инструменты, оборудование	Ключевые указания	Время, сек.	Пояснения	Ключевые указания	
1	Обезжирить участки кожи, на которые будут накладываться электроды и сами электроды.	дезинфицирующее средство для рук, салфетки дезинфицирующие для обработки аппарата ЭКГ	Отсутствие очагов поражения	42		▽ ◇ ☆ +	
2	Наложение электродов согласно их расположению.	гель электродный для ЭКГ		32		◇ ☆ ▽	
3	Снятие ЭКГ.	лента для ЭКГ	электрокардиограф	40		▽ ◇	

ФОТОВИЗУАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ



Схема процесса «Организация консультативно-диагностических мероприятий для маломобильных пациентов пожилого и старческого возраста»



Алгоритм доставки маломобильных пациентов в медицинскую организацию.

№	Рабочая последовательность действий	Время, сек.		Ключевые указания	Схема пошаговой рабочей последовательности	
		Общ.	ходьба			
I. Врач (при принятии решения о необходимости направления пациента для проведения обследования в рамках медицинской организации или госпитализации в стационар для проведения комплексного лечения и обследования пациента):						
1	-определяет дату и время направления в медицинскую организацию, сообщает пациенту/законному представителю пациента.	60		▽ ◇ ☆		
2	-вносит данные в журнал информации «Журнал регистрации инвалидов и пациентов из маломобильной группы населения». Пациент(или законный представитель):	120		▽ ◇ ☆		
3	-подают заявку в социальную службу по телефону «горячей линии» на предоставление социального транспорта.	300		▽ ◇		
Работник социальной службы:						
4	-оформляет заявку на выделение социального транспорта.	180		▽ ◇		
5	-связывается с пациентом/законным представителем, сообщает дату и время прибытия автомобиля, уточняет необходимость присутствия социального работника.	180		▽ ◇		
II. День доставки пациента в медицинскую организацию:						
1	Социальный работник за 30 минут до прибытия социального транспорта уведомляет пациента/законного представителя о прибытии автомобиля в установленное время.	120		▽ ◇		
2	Законный представитель/социальный работник сопровождают пациента до социального транспорта и на всем пути следования до медицинской организации.			▽ ◇ ☆ + ●		
3	По прибытию в медицинскую организацию законный представитель/социальный работник уведомляют о прибытии пациента регистратора поликлиники/приемного покоя.	180		▽ ◇		
4	Регистратор поликлиники вызывает лицо, ответственное за сопровождение инвалидов и маломобильных пациентов в медицинской	180		▽ ◇		

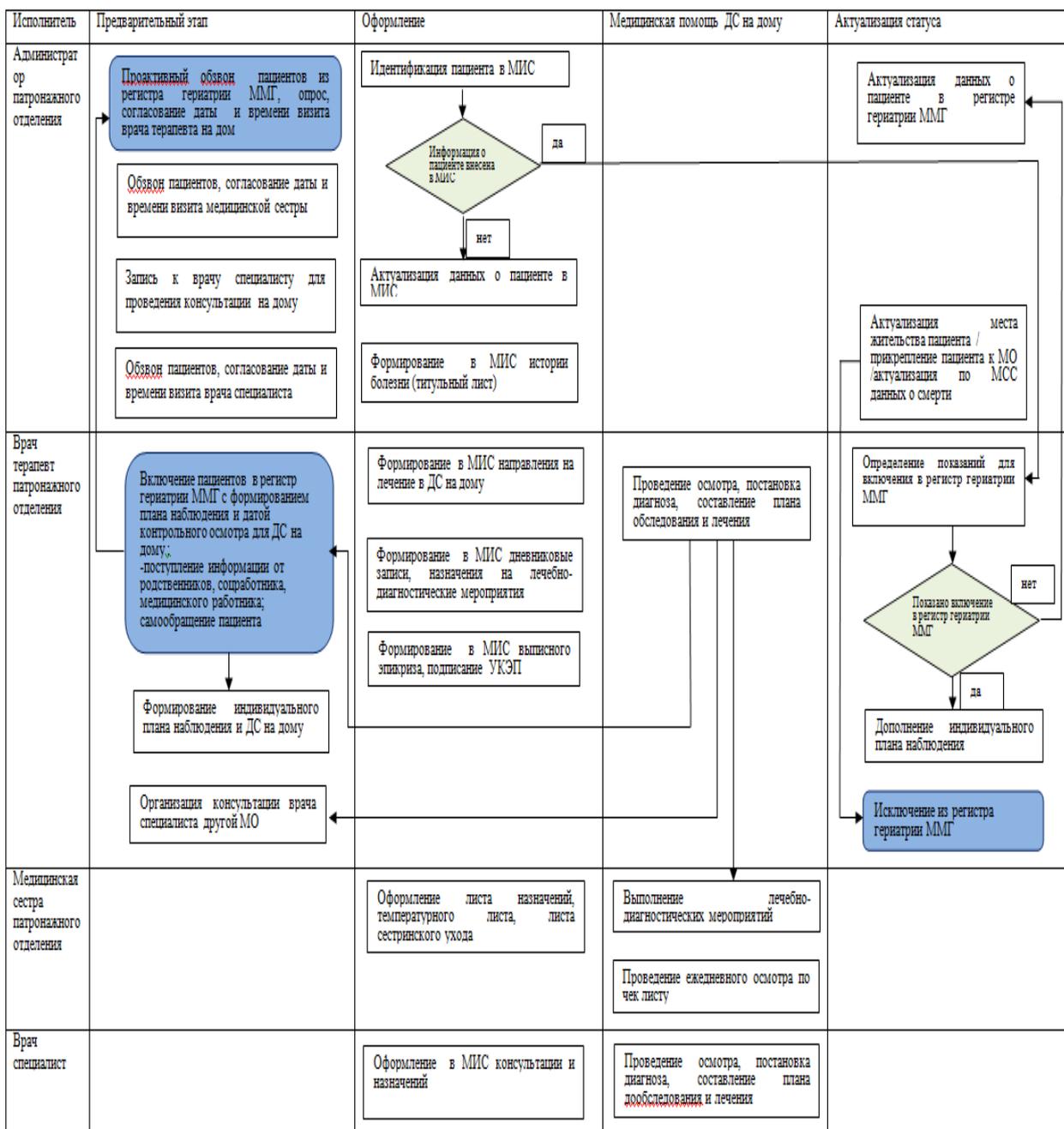
организации.					
III. Ответственное лицо:					
1	-Фиксирует время прибытия пациента в «Журнале регистрации инвалидов и пациентов из маломобильной группы населения» и сопровождает пациента и его законного представителя/социального работника в кабинет врача, при необходимости в диагностические кабинеты.			▽ ◇ ☆ + ●	
2	-Знакомит пациента со всеми специалистами, задействованными в работе с ним, лично представив по фамилии, имени, отчеству специалиста и пациента друг другу. Обследование инвалидов или других пациентов из маломобильной группы населения проводится в первоочередном порядке.			▽ ◇ ☆ + ●	
3	-Сопровождает пациента и его законного представителя/социального работника до выхода из здания, а при необходимости по пути движения - до стоянки автотранспорта.			▽ ◇ ☆ + ●	
4	-При решении вопроса о необходимости госпитализации, сопровождает пациента до профильного отделения и сообщает информацию об особенностях здания: наличии лифтов, поручней, расположения санитарных комнат, приспособлений и устройств применительно к его функциональным ограничениям.			▽ ◇ ☆ + ●	
5	-После сопровождения пациента до места назначения, информирует о завершении данного мероприятия заведующего поликлиникой/приемным покоем и регистрирует результат обращения в «Журнале регистрации инвалидов и пациентов из маломобильной группы населения».			▽ ◇ ☆	
IV. Доставка пациента до дома осуществляется социальным транспортом. Пациента сопровождает законный представитель или социальный работник.					

ИТОГ:						1320						
СНЗ							Условные обозначения	Стандартный запас	Безопасность	Контроль качества	Критический пункт	Требуется навык
	●	+	◇	▽	☆							

Подпись						Дата
Исполнитель	Зав. поликлиникой	Помощник эпидемиолога	Составитель	Ф.И.О.	Подпись	Дата
1.						
2.	Старшая мед.сестра поликлиники	Инженер по охране труда	Утверждено			
3.			Главный врач			

Приложение V-СНД. Организация стационара на дому.

Блок-схема организации стационара на дому.

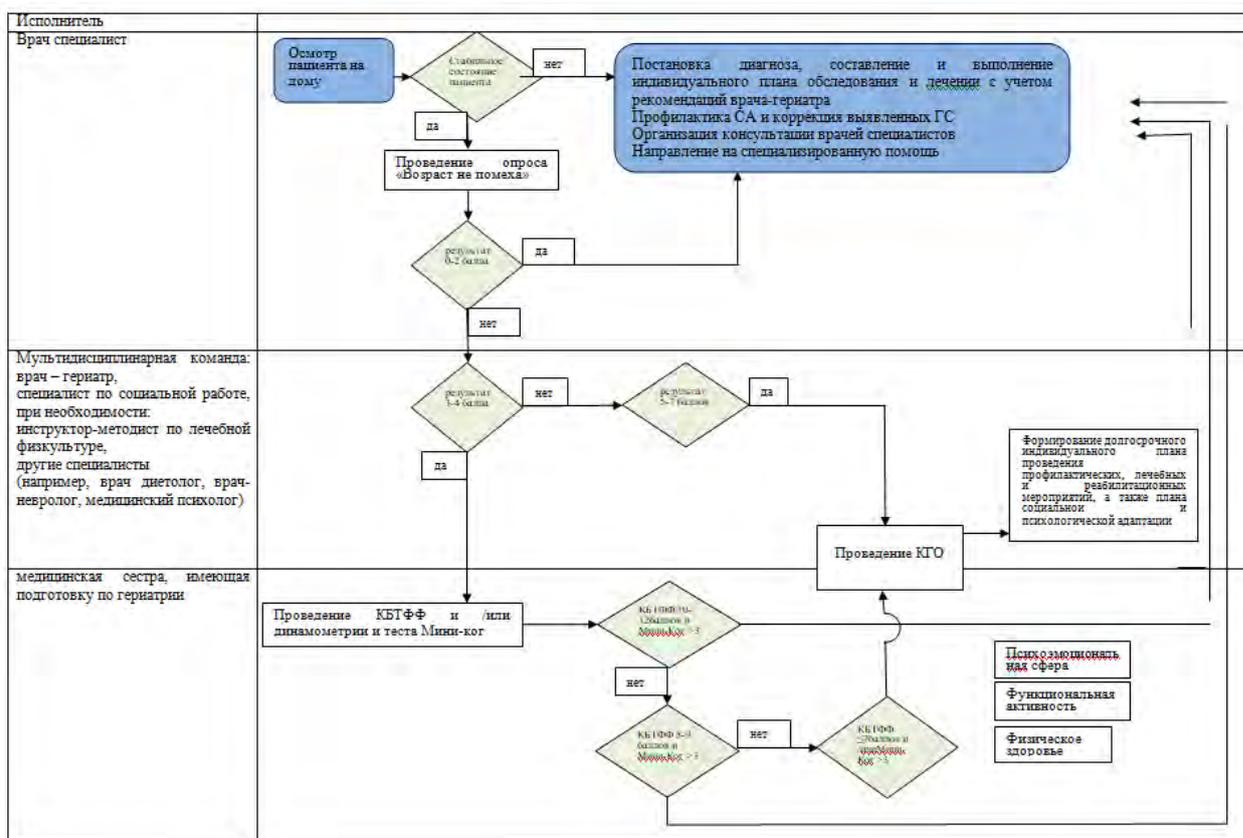


Показания к лечению в стационаре на дому.

- лица, нуждающиеся в коррекции лечения, в подборе новой схемы лечения, при неэффективности в ранее подобранной терапии;
- лица, находящиеся на амбулаторном лечении и нуждающиеся в лечебных средствах, после применения которых на протяжении определенного времени должно осуществляться врачебное наблюдение в связи с возможными неблагоприятными реакциями;
- лица, нуждающиеся в парентеральном введении медикаментозных средств на протяжении сравнительно длительного времени и требующие динамического наблюдения за температурой тела, артериальным давлением, ЭКГ, пульсом, дыханием;
- лица, нуждающиеся в проведении комплексного курсового лечения с применением современных медицинских технологий в условиях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения;
- после первого этапа круглосуточного лечения в стационаре с уточненным диагнозом (после проведенного диализа, после купирования пароксизмов тахикардии, тахиаритмии и др.);
- лица, нуждающиеся в контролируемом лечении;

- лица из групп риска, в т.ч. риска развития профессиональной патологии, нуждающиеся в проведении комплексных профилактических и оздоровительных мероприятий на дому.

Блок –схема проведения анкетирования и КГО



Методика бальной оценки уровней социальной адаптации с использованием основных критериев (по Крупа Т, Пакер Т.Л,1997)

Критерии и параметры оценки социальной адаптации	высокий уровень адаптации	средний уровень адаптации	низкий уровень адаптации
1. Деятельность:			
1.1 Самообслуживание – виды деятельности, которые человек обычно выполняет для поддержания своего хорошего самочувствия. (от 3 до 0 баллов) (умывание/купание, гигиена рта, уход за своей внешностью, одевание, туалет, прием пищи, мобильность, пользование транспортом,	Полностью обслуживает себя. Временные рамки выполнения 2-3 часа в сутки. Средства адаптации не требуются. Нет	1. Объем деятельности умеренно снижен. 2. Деятельность по самообслуживанию требует более половины дня. 3. Потребность в	Объем самостоятельной деятельности по самообслуживанию

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ
РЕГИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

<p>шопинг, обращение с деньгами, приготовление пищи, техника безопасности)</p> <p>Параметры:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Объем деятельности (полный, незначительно/умеренно снижен, значительно выражено снижен); • Скорость выполнения (2-3 часа в сутки, занимает более половины дня, становится основным видом деятельности); • Потребность в средствах адаптации (отсутствует, ситуационная, постоянная) • Потребность в помощи других лиц (отсутствует ситуационная, постоянная). 	<p>потребности в помощи других лиц. Имеется незначительное ограничение, обусловленное острым заболеванием или обострением хронического.</p> <p>3 балла</p>	<p>средствах адаптации отсутствует/ситуационная. 4. Требуется ситуативная помощь другого лица в деятельности по самообслуживанию (при ухудшении состояния здоровья).</p> <p>2 балла</p>	<p>значительно или выражено снижен, занимает все продуктивное время, требует постоянного использования средств адаптации или помощи других лиц.</p> <p>1 – 0 баллов</p>
<p>1.2. Продуктивная деятельность – виды деятельности, которые отвечают целям общества и обеспечивают поддержку для себя и своей семьи через производство товаров и услуг, выполнение некоторых обязанностей. (от 3 до 0 баллов) (оплачиваемая работа, добровольный труд, образование, работа по хозяйству, родительские обязанности, уход, изучение возможных вакансий, планирование ухода на пенсию).</p> <p>Параметры</p> <ul style="list-style-type: none"> • Объем деятельности: полный, неадекватный, отсутствует • Количество времени занятия данными видами деятельности: в норме, снижено, отсутствует. 	<p>Объем продуктивной деятельности включает оплачиваемую или добровольную работу, работу по хозяйству, планирование ухода на пенсию; занятия этими видами деятельности требуют нормального количества времени. Имеется незначительное ограничение, обусловленное острым заболеванием или обострением хронического.</p> <p>3 балла</p>	<p>Объем деятельности не адекватный: занижен - ограничивается работой по хозяйству, выполнением родительских обязанностей, уходом за членами семьи; чрезмерно завышен - продуктивная деятельность ведется во вред здоровью. затрачиваемое количество времени на продуктивную деятельность значительно ниже или выше нормативных параметров (5-8 ч.)</p> <p>2 балла</p>	<p>Продуктивная деятельность отсутствует.</p> <p>1- 0 баллов</p>
<p>1.3. Досуговая деятельность - виды деятельности, которые доставляют индивиду удовольствие, удовлетворяют интересы, снимают стресс, поддерживают физическую форму, социальные взаимоотношения, способствуют самовыражению и творчеству. (физкультура и спорт, художественное творчество, рукоделие, уход за животными, хобби, клубы и группы, баня, сауна, посещение музеев, игры, развлечения) (от 3 до 0 баллов)</p> <p>Параметры</p> <ul style="list-style-type: none"> • характер досуговой деятельности: определен устойчиво, ситуационно, не определен. 	<p>Виды досуговой деятельности определены, занятия ими постоянные, не ухудшающие дееспособность.</p> <p>Имеется незначительное ограничение, обусловленное острым заболеванием или обострением хронического</p>	<p>Досуговая деятельности снижена: не определен постоянный вид деятельности, имеется склонность к деятельности, ухудшающей дееспособность (алкоголь и связанные с ним виды досуга).</p>	<p>Досуговая деятельность отсутствует, или значительно снижена</p>

РЕСТ МЗ НО 0001-2024 утвержден министром здравоохранения Нижегородской области

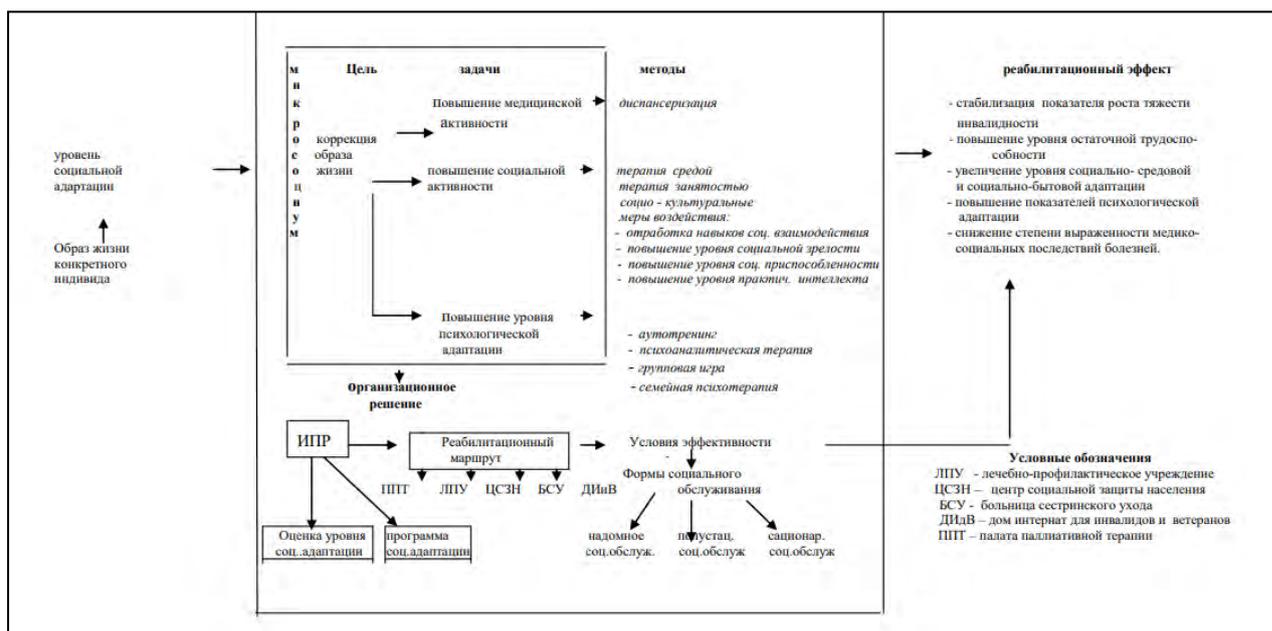
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ
РЕГИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

<ul style="list-style-type: none"> • Качество досуговой деятельности: склонность к деятельности во время досуга, ухудшающей дееспособность – имеется, не имеется. 	3 балла	2 балла	1 – 0 баллов
<p>1.4. Медицинская активность – виды деятельности, направленные на охрану, улучшения своего здоровья, на профилактику заболеваний (санитарная грамотность, своевременное обращение за медицинской помощью, выполнение лечебных процедур, физическая активность, приемлемый рацион питания, отсутствие вредных привычек, проявления гиперзависимости от учреждений здравоохранения). (от 3 до 0 баллов)</p> <p>Параметры</p> <ul style="list-style-type: none"> • Уровень медицинской активности (высокий, средний низкий) 	<p>Высокий уровень санитарной грамотности, своевременное обращение за медицинской помощью, четкое выполнение лечебных процедур, отсутствие гиподинамии, соблюдение диеты, отсутствие вредных привычек, нет проявления зависимости от учреждения здравоохранения</p>	<p>Средний уровень санитарной грамотности, не выполнение лечебных процедур, не своевременное обращение за медицинской помощью, низкая физическая активность, не рациональное питание, курение; периодические проявления «госпитализма», необоснованные вызовы скорой помощи – 1-2 раза в месяц</p>	<p>Низкий уровень санитарной грамотности, несвоевременное обращение за медицинской помощью, самолечение, гиподинамия/а динамия, не приемлемый рацион питания, вредные привычки; постоянное проявление «госпитализма», необоснованные вызовы скорой помощи –2 раза в неделю и чаще)</p>
<p>2. Общение – виды деятельности, которые расширяют круг социальных ценностей при контакте с другими индивидами, группами (контакты с членами семьи, со сверстниками, с социальными работниками) (от 3 до 0 баллов)</p> <p>Параметры:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Размер социального окружения: полный (5-6 человек), сниженный (3-4человека), минимальный (1- 2 человека) • Состав межличностного общения: полный:(семья, друзья, коллеги), сниженный (семья, друзья),минимальный (член семьи или социальный работник) • Характер межличностного общения: взаимопонимание, конфликты 	<p>Полный размер и состав межличностного общения (с членами семьи, со сверстниками, с социальными работниками) на основе взаимопонимания Имеется незначительное ограничение, обусловленное острым заболеванием или обострением хронического заболевания</p>	<p>Сниженный размер и состав межличностного общения («замыкание» на семье, редкие дружеские связи со сверстниками, с социальными работниками). В общении присутствуют ситуационные конфликты, аутизм</p>	<p>Минимальный размер и состав межличностного общения (проживание в одиночестве, отсутствие дружеских связей со сверстниками). Преобладание в общении конфликтов, пассивности, агрессии.</p>

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ
РЕГИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

<p>3. Самосознание - это механизм социальной адаптации, при котором осуществляется формирование и осмысление своей социальной принадлежности и роли (от 3 до 0 баллов) Ценностное восприятие своего возрастного периода: позитивное, неустойчиво – нейтральное, негативное. Целостность самовосприятия (уровень самооценки): адекватный, неадекватный – завышенный или заниженный (незначительно, умеренно, значительно)</p>	<p>Ценностное восприятие своего возрастного периода: позитивное. Самооценка адекватная или незначительно завышена.</p>	<p>Ценностное восприятие своего возрастного периода неустойчиво-нейтральное. Самооценка неадекватная: умеренно завышена или занижена</p>	<p>Ценностное восприятие своего возрастного периода негативное. Самооценка неадекватная: значительно завышена или занижена.</p>
<p>ИТОГО</p>	<p>3 балла от 18 до 16 баллов</p>	<p>2 балла от 15 до 8 баллов</p>	<p>1 балл ниже 8 баллов</p>

Структура деятельности
по повышению уровня социальной адаптации



Алгоритм оценки потребности в формах социальной защиты



СОК приема обращения администратором колл-центра.

	Наименование МО		Стандартная операционная карта (СОК)			СОК № _____				
			Прием вызова на дом по телефону							
Подразделение	Каб. №	Время такта, сек	Наименование операции			Действует с	Лист/листов			
Колл-центр		120 сек	Прием вызова на дом по телефону администратором колл-центра			___ __ 2024	1			
№ шага	Рабочая шаговая последовательность и используемый инструментарий	Показатели		Ключевые указания	Схема пошаговой рабочей последовательности 					
		Время, сек	Ходьба, м							
1.	Приветствовать пациента	5	-	●◇						
2.	Выяснить причину обращения	23	-	●◇						
3.	Идентификация пациента в МИС	12	-	▼★◇						
4.	Опрос пациента по чек листу	22	-	●★◇						
5.	Актуализировать паспортные данные пациента, № телефона и домашний адрес в МИС	24	-	●★◇						
6.	Внести пациента в журнал вызовов на дом в МИС	8	-	▼◇★						
6.1.	При обращении пациента, нуждающегося в экстренной помощи, передать сведения о пациенте врачу кабинета неотложной медицинской помощи	18	-	▼◇						
6.2.	При обращении пациента, нуждающегося в неотложной помощи, передать вызов на дом фельдшеру кабинета неотложной медицинской помощи посредством МИС	3	-	▼●◇						
7.	Попрощаться с пациентом	5		●						
ИТОГ:		120	0							
СИЗ				Условные обозначения	Визуальное приложение	Стандартный запас	Безопасность	Контроль качества	Критический пункт	Требуется на вык
	Медицинский костюм	Медицинская обувь	Маска		ВП	●	☒	◇	▼	★
Подпись										
Исполнитель	Составитель	Главная медсестра	Врач-эпидемиолог	Утверждено	Подпись	Дата				
Администратор колл-центра		Специалист по охране труда		Главный врач		___ __ 2024				

Чек - лист определения экстренного и неотложного обращения пациента.

№ п/п	Основная жалоба пациента	Перечень вопросов для формирования повода к вызову	Вариант ответа	Форма вызова
1.	Боль в груди	1. Имеются боли за грудиной?	«Да» хотя бы на один из вопросов №№ 1-6	Экстренная
		2. Не помогает нитроглицерин (нитроспрей)?		
1.	Боль в груди	3. Имеется бледность, липкий пот?	«Нет» на вопросы №№ 1, 3-6	Неотложная
		4. Имеется затрудненное дыхание?		
		5. Был ранее инфаркт?		
		6. Была травма?		
2.	Высокое давление	1. Имеется боль в области сердца?	«Да» на один из вопросов №№ 1-7	Экстренная
		2. Имеется затрудненное дыхание?		
		3. Имеется рвота?		

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ
РЕГИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

		4. Имеется онемение руки, ноги? 5. Имеется асимметрия лица? 6. Имеется онемение языка, нарушена речь? 7. Имеется беременность?	«Нет» на вопросы №№ 1-7	Неотложная
3.	Высокая температура	1. Имеется потеря сознания? 2. Имеются судороги? 3. Имеются боли в животе? 4. Имеется рвота? 5. Имеется затрудненное дыхание?	«Да» на один из вопросов №№ 1-5	Экстренная
			«Нет» на вопросы №№ 1-5	Неотложная
4.	Головокружение	1. Была травма? 2. Имеются боли в области сердца? 3. Имеется кровотечение? 4. Имеется онемение руки, ноги? 5. Имеется асимметрия лица? 6. Имеется онемение языка, нарушена речь? 7. Имеется рвота? 8. Имеются боли в животе?	«Да» на хотя бы один из вопросов №№ 1-8	Экстренная
			«Нет» на вопросы №№ 1-8	Неотложная

Стандарт организации стационара на дому.

Название МО				Стандартная операционная карта			СОК №	
Поликлиника	Отделение	Кабинет	Время такта, сек	Стационар на дому			Дата	Лист /листов
№	На дому у пациента			Стационар на дому				1/2
№	Рабочая последовательность действий			Время, сек.	Ключевые указания		Схема пошаговой рабочей последовательности	
				Общ.	хоть/оба			
I. 1 день:								
1	После оказания неотложной помощи на дому фельдшер или врач передает информацию о медобслуживании пациенте врачу патронажного отделения поликлиники (либо при обращении родственников о необходимости организации стационара на дому для медобслуживания пациента)					▽ ◆		
	Администратор патронажного отделения:			530				
2	Проверяет информацию о пациенте в ЕЦП			190		▽ ◆ ☆		
3	Созванивается с пациентом или родственником			160		▽ ◆		
4	Согласовывает день приезда врача на дом для осмотра			180		▽ ◆		
II. 2 день:								
	Врач-терапевт патронажного отделения:			2100				
1	Проводит сбор анамнеза заболевания, анамнеза жизни, опрос по анкете «Возраст не помеха», объективный осмотр, определяет необходимый перечень обследования, лечения			1200		▽ ◆ ☆		
2	В поликлинике в ЕЦП создается случай, создается направление на лечение в стационаре на дому			180		▽ ◆ ☆		
3	В электронном виде в МИС делает назначения обследований, лечения в истории болезни			720		▽ ◆ ☆		
	Администратор патронажного отделения:			300				
4	Получает информацию о пациенте от врача, создает историю болезни в ЕЦП			300		▽ ◆ ☆		
III. 3 день (м/с патронажного отделения):								
1	Проводит осмотр в соответствии с листом сестринской оценки			1500		▽ ◆ ☆ ⊕ ●		
2	Выполняет назначенные инъекции			780		▽ ◆ ☆ ⊕ ●		
3	Выдает таблетированные лекарственные средства			360		▽ ◆ ☆ ⊕ ●		
4	Проводит измерение АД, ЧСС			180		▽ ◆ ☆ ⊕ ●		

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ
РЕГИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

5	Делает отметку в листе назначений, температурном листе	180		▽ ◇ ☆ ●								
6	Забор крови из вены для проведения анализа крови	240		▽ ◇ ☆ ⊕ ●								
7	Снятие ЭКГ в покое	240		▽ ◇ ☆ ⊕ ●								
IV.	4-10 день (м/с патронажного отделения):	1920										
1	Проводит осмотр в соответствии с листом сестринской оценки	420		▽ ◇ ☆ ⊕ ●								
2	Выполняет назначенные инъекции	780		▽ ◇ ☆ ⊕ ●								
3	Выдает таблетированные лекарственные средства	360		▽ ◇ ☆ ⊕ ●								
4	Проводит измерение АД, ЧСС	180		▽ ◇ ☆ ⊕ ●								
5	Делает отметку в листе назначений, температурном листе	180		▽ ◇ ☆ ⊕ ●								
V.	5-7 день (врач патронажного отделения):	2700										
1	В поликлинике получает результаты анализов, ЭКГ, анализирует	180		▽ ◇ ☆ ●								
2	На дому повторно консультирует пациента, при необходимости назначает дополнительные анализы, лечение, по показаниям оформляет направление на лечение в круглосуточный стационар.	1200		▽ ◇ ☆ ⊕ ●								
3	Назначает дополнительные обследования по показаниям	180		▽ ◇ ☆								
4	По показаниям назначает дополнительно консультации врачей специалистов: невролог, хирург, гериатр	180		▽ ◇ ☆								
5	В поликлинике оформляет дневник осмотра, лист назначений	960		▽ ◇ ☆								
VI.	10 день (врач патронажного отделения):	1200										
1	В поликлинике оформляет выписной эпикриз, в день выписки подгружается в ЕЦП и подписывается электронной подписью	1200		▽ ◇ ☆								
		ИТОГ:										
СИЗ							Условные обозначения	Стандартный запас	Безопасность	Контроль качества	Критический пункт	Требуется навык
	Медицинский халат	Медицинский костюм	Медицинская обувь	Одноразовые перчатки	Маска	Головной убор		●	⊕	◇	▽	☆
							Подписи					
Исполнитель		Зав. поликлиникой		Помощник эпидемиолога		Составитель		Ф.И.О.		Подпись		Дата
1.						Утверждено						
2.		Старшая м.с. поликлиники		Инженер по охране труда		Г. главный врач						
3.												

Стандарт назначения медикаментозной и немедикаментозной терапии у пожилых.



Стратегия «7 шагов»



Мониторимые показатели и частота их определения при приеме лекарственных препаратов лицами пожилого возраста

Препарат	Мониторимый показатель	Частота мониторинга (месяцы)
Амиодарон	Функция печени, ТТГ	6
Противоэпилептические (карбамазепин, фенобарбитал, фенитоин, примидон, вальпроевая кислота)	Плазменная концентрация препарата	3 - 6
ИАПФ или БРА	Уровень калия	6
Антипсихотические средства	Экстрапирамидные расстройства, глюкоза крови натощак, липиды	6
Дигоксин	Креатинин, плазменная концентрация препарата	6
Диуретики	Натрий и калий крови	3
Стимуляторы эритропоэза	АД, уровень железа и ферритина, общий анализ крови	1
Фибраты	Функция печени, общий анализ крови	6
Сахароснижающие	Уровень глюкозы крови и гликированный гемоглобин	6
Препараты лития	Плазменная концентрация препарата	3
Никотиновая кислота	Глюкоза крови, функция печени	6
Статины	Функция печени, прозрачность хрусталика	6
Теофиллин	Плазменная концентрация препарата	3
Гормоны щитовидной железы	Функция щитовидной железы	6

Шкала Brighton Adverse Drug Reactions Risk (BADRI) для оценки риска побочных реакций лекарственных средств

Факторы риска возникновения нежелательных побочных реакций лекарственных средств	Баллы
Гиперлипидемия	1
Количество лекарств ≥ 8	1
Пребывание в стационаре ≥ 12 дней	1
Прием противодиабетических препаратов	1
Лейкоцитоз при поступлении	1

Сумма баллов	Частота побочных реакций (%)
0	1,7%
1	6,5%
2	16,3%
3	25%
4	33,3%
5	100%

Стандарт профилактики падений.

Комната

1

Нужное — на расстоянии вытянутой руки

Все необходимое больному человеку: аптечка, стакан воды, телефон, кружка от тумбочки, одежда и другие необходимые для него предметы — должно находиться в доступной близости.

2

Больше света

Поставьте у изголовья кровати торшер, настольную лампу, бра так, чтобы человек мог до них дотянуться. В темное время суток может пригодиться ночник.

3

Помните о тормозах

- инвалидное кресло
- кровать
- детская коляска

должны стоять на тормозах, когда не используются, чтобы, опираясь на них, человек не упал.

4

Сделайте «умную» кровать

- У функциональной кровати поднимайте бортики.
- У обычной сделайте бортики из подушек и одеяла.

5

Следите за детьми и животными

- Объясните детям, как правильно общаться с вашим близким.
- Питомцы могут обивать с ног и мешать при ходьбе. Поблизости и в комфорте животного, организуйте им перегородку.

6

Убирайтесь вовремя

- Мойте полы, когда ваш близкий не ходит по квартире.
- Не используйте скользкие средства для пола.

Коридор

Не расставляйте предметы вдоль стен. У больного должна быть возможность прислониться к стене.



Избавьтесь от лишних предметов

То, что не опасно для здорового, может стать проблемой для больного. Придите, чтобы в квартире не было:

- разбросанных вещей и предметов, которыми ваш близкий не пользуется;
- поврежденного линолеума;
- ковров и ковровых дорожек (особенно у кровати и в ванной);
- высокие порогов;
- проводов на полу;
- неустойчивой или сломанной мебели;
- выбитой плитки и других повреждений пола.

Уборная

Обустройте ванную комнату

- Прикрутите ручки или небольшие поручни к стенам возле унитаза и на стене над ванной.
- Поставьте на пол и на дно ванны нескользкие коврики.
- Постарайтесь избавиться от порога у входа в комнату.

Можно и нужно

- Следите за диетой больного. Пища должна быть обогащена кальцием (молочные продукты, брокколи, фасоль, орехи) и витамином D (рыба, рыбий жир, яичный желток, говядина печени).
- Не забывайте о прогулках на свежем воздухе. Риск падений не должен означать конец активной жизни.
- Следите за физической нагрузкой больного. Необходимо выполнять хотя бы самые простые упражнения для поддержания тонуса мышц.
- Следите за слухом и зрением больного. При любом ухудшении проконсультируйтесь с врачом.
- Следите за давлением человека. У человека может кружиться голова.
- Записывайте информацию о падениях: когда человек упал и где. Проанализируйте, почему это могло случиться, что ему могло помочь.
- Проверьте, услышите ли вы больного, если он позвонит вас, и как быстро сможете подойти к нему. Будьте готовы прийти на помощь!

Нельзя

- Не ругайте человека за то, что он падает. Иначе он будет испытывать страх и вину, станет пить меньше воды, начнет пребывать в депрессивной ситуации, чтобы реже вставать с кровати.
- Не привозжайте больного к родственникам. Помните о достоинстве человека!
- Не меняйте расползшиеся предметы и мебель. Всегда протаскивайте больного по переставкам.

Стандарт автономной деятельности медицинской сестры.

Название МО				Стандартная операционная карта Медико-социальный патронаж медицинской сестры			СОК №			
Поликлиника	Отделение	Кабинет	Время такта, сек	Состав смены	Наименование операции		Дата	Лист /листов		
		На дому у пациента	2910		Медико-социальный патронаж участковых медицинских сестёр, медицинских сестёр ВОП			1/2		
№	Рабочая последовательность действий			Время, сек. Общ. ходьба	Ключевые указания		Схема пошаговой рабочей последовательности			
I. 1 этап – подготовительные операции:										
1	Согласование даты и времени осмотра на дому			120						
2	Заявка на машину			300						
3	Проверка мед. сестрой оборудования, подготовка документации			600	● ◆					
II. 2 этап – выезд среднего медицинского персонала для проведения осмотра (проводит м/с):										
1	Оформление документации (согласие или отказ на проведение осмотра и дальнейшее ведение службой)			180						
2	Сбор анамнеза, опрос			180						
3	Мытье рук			30						
4	Осмотр волосистой части головы			30	✋ ☆					
5	Осмотр зр. лимфоузлов			30	✋ ☆					
6	Раздеть пациента до нижнего белья			30	✋					
7	Осмотр кожных покровов на наличие пролежней, отеков, кровоизлияний			60	✋ ☆					
8	Проведение аускультации, перкуссии			60	✋ ☆					
9	Проведение термометрии			30	✋ ☆					
10	Измерение АД, ЧСС, ЧДД			180	✋ ☆					
11	Постановка ЭКГ, пульсоксиметра			180	✋ ☆					

12	Заполнение анкеты			60								
13	Проверка аптечки на наличие лекарственных средств, выписанных врачом согласно амбулаторной карте ф.025/у			60	◆							
14	Обучение родственников приёмов ухода и само-ухода за пациентом (при необходимости)			300	✋ ☆							
15	Обучение методам самоконтроля за своим заболеванием с ведением дневника самозаписи			180								
16	Обучение родственников по профилактике пролежней, дала рекомендации, наглядные памятки(при необходимости)			300	✋ ☆							
ИТОГ:				2910								
СИЗ							Условные обозначения	Стандартный запас	Безопасность	Контроль качества	Критический пункт	Требуется навык
	Медицинский халат	Медицинский костюм	Медицинская обувь	Одноразовые перчатки	Маска	Головной убор	●	+	◆	▽	☆	

Подписи						
Исполнитель	Зав. поликлиники	Помощник эпидемиолога	Составитель	Ф.И.О.	Подпись	Дата
1.						
2.			Утверждено			
3.			Главный врач			

ВИЗУАЛЬНАЯ ЧАСТЬ

Название МО		Визуальное приложение стандартной операционной карты			СОК №	
Наименование операции		Медико-социальный патронаж участковых медицинских сестёр, медицинских сестёр ВОП				
№ шага	Основные шаги	Инструменты, оборудование	Ключевые указания	Время, сек.	пояснения	Ключевые указания
1						
2						
3						
☯ОТОВИЗУАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ						

***Визитная карта патронажной медицинской сестры,
работающей в автономном режиме с пожилыми гражданами на
дому.***

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения.....		
	Медицинская сестра _____	
Телефон патронажного отделения: _____		
Часы работы: понедельник-пятница с _____ по _____		

Среднее время проведения патронажа медицинской сестрой

<i>Наименование манипуляции</i>	<i>Место проведения</i>	<i>Время, сек</i>
Проверка перед выездом рабочего состояния средств измерения	поликлиника	180
Проверка перед выездом на наличие и пополнение необходимого количества изделий медицинского назначения, инструментария, средств защиты и т.д	поликлиника	250
Забор крови (венозной)	на дому у пациента	278
Забор крови (капиллярной)	на дому у пациента	240
Постановка инъекций в/м, п/к	на дому у пациента	780
Снятие ЭКГ	на дому у пациента	386
Перевязка (асептическая)	на дому у пациента	350
Перевязка (антисептическая)	на дому у пациента	920
Школа здоровья	на дому у пациента/ поликлиника	960
Выполнение манипуляций(АД, пульс, частота дыхания)	на дому у пациента	180
Осмотр пациента ,опрос	на дому у пациента	540
Внесение информации в МИС	поликлиника	310
Выезд на автомобиле	переезд по адресам	1200
<i>Среднее время проведения патронажа медицинской сестрой одного пациента на дому составляет не более 45 мин</i>		

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ
РЕГИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Укладка №1 «Забор крови»

1	Жгут	1 шт.
2	Перчатки одноразовые	по потребности
3	Маски медицинские	по потребности
4	Бахилы	по потребности
5	Халат медицинский одноразовый	по потребности
6	Маски медицинские	по потребности
7	Очки защитные медицинские	1 шт
8	Салфетки антисептические для инъекций	по потребности
9	Салфетки дезинфицирующие для обработки поверхностей и предметов ухода	по потребности
10	Кожный антисептик 50-250 мл	1 шт.
11	Держатели-переходники для пробирок вакуумных	по потребности
12	Пробирки вакуумные для крови	по потребности
13	Иглы для пробирок вакуумных	по потребности
14	Контейнер для сбора острого инструментария одноразовый 0,25 л	1 шт.
15	Пакет для медицинских отходов класса "Б"	2 шт.
16	Укладка для профилактики профессионального заражения ВИЧ-инфекцией (в соответствии с СП 3.3686-21 "Профилактика ВИЧ-инфекции")	1 шт.
17	Штатив для пробирок пластиковый на 14-36 гнезд	1 шт.
18	Раствор аммиака 10% 40 мл	1 фл.
19	Сумка-укладка	1 шт.

Укладка №2 «Постановка инъекций»

1	Перчатки одноразовые	по потребности
2	Маски медицинские	по потребности
3	Бахилы	по потребности
4	Халат медицинский одноразовый	по потребности
5	Лоток	по потребности
6	Салфетки антисептические для инъекций	1 шт
7	Салфетки дезинфицирующие для обработки поверхностей и предметов ухода	по потребности
8	Кожный антисептик 50-250 мл	по потребности
9	Шприцы одноразовые с иглой стерильной 2 мл, 5 мл, 10 мл, 20 мл	1 шт.
10	Контейнер для сбора острого инструментария одноразовый 0,25 л	по потребности
11	Пакет для медицинских отходов класса "Б"	1 шт.
12	Укладка «противошоковая»	1 шт
13	Сумка-укладка	1 шт.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ
РЕГИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Укладка №3 «Перевязка»

1	Халат медицинский одноразовый	по потребности
2	Перчатки резиновые одноразовые стерильные	по потребности
3	Маска медицинская одноразовая	по потребности
4	Салфетки антисептические для обработки рук	по потребности
5	Салфетки дезинфицирующие для обработки поверхностей и предметов ухода	по потребности
6	Бахилы одноразовые	по потребности
7	Пакет для отходов класса "Б"	1 шт.
8	Бинт стерильный	по потребности
9	Бинт не стерильный	по потребности
10	Лейкопластырь	по потребности
11	Кожный антисептик 50-250 мл	по потребности
12	Салфетка стерильная	по потребности
13	Лоток	по потребности
14	Ножницы медицинские	1 шт.
15	Сумка-укладка	1 шт.

N п/п	МНН	Лекарственная форма, дозировка	Количество
1	Хлоргексидинабиглюконат	раствор для местного и наружного применения 0,05%, 100 мл	1 фл.
2	Диоксометилтетрагидропиримидин + Хлорамфеникол	мазь для наружного применения 40 г	1 туба

*Лист сестринской оценки
состояния и вмешательств пациента.*

ФИО _____

Дата рождения _____

Адрес (тел для связи) _____

Диагноз (сестринский диагноз) _____

Выполнение процедур	Дата	Дата	Дата	Дата	Дата	Дата
1 <i>Общее состояние органов и систем</i>						
<i>а</i>	Частота дыханий в 1 мин					
<i>б</i>	Частота пульса в 1 мин					
<i>в</i>	АД, мм рт.ст.					
<i>г</i>	Температура тела					
<i>д</i>	Кожа (пролежни)					
<i>е</i>	Состояние слизистых (полость рта, глаза)					
2 <i>Оценка функций жизнедеятельности</i>						
<i>а</i>	Питание					
<i>б</i>	Мочепускание					
<i>в</i>	Стул					
<i>г</i>	Сон, дневная активность					
<i>д</i>	Оценка боли					
<i>е</i>	Оценка по Барселло (баллы)					
3 <i>Обеспечение ЛС</i>						
<i>а</i>	Распределение лекарственных средств (контроль срока годности, приема лекарств)					
4 <i>Манипуляции</i>						
<i>а</i>	Инъекции					
<i>б</i>	Забор анализов					
<i>в</i>	Снятие ЭКГ					
<i>г</i>	Проведение профилактической работы, обучение пациента (родственников)					
5 <i>Семейная поддержка</i>						
6 <i>Нуждаемость в социальной помощи</i>						
Замечания: _____						

Дата: _____

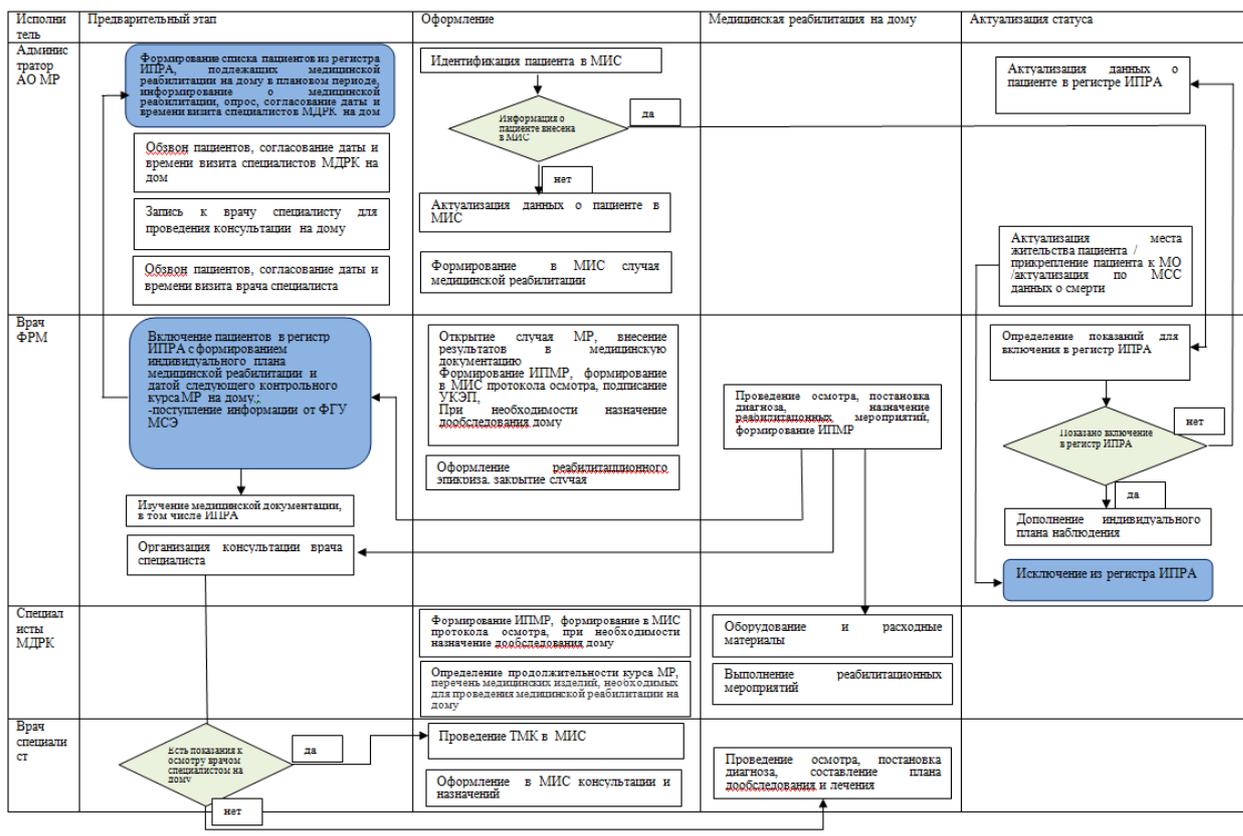
Дата следующей явки _____

Медицинская сестра: _____

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ
РЕГИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Приложение VI-МР. Организация медицинской реабилитации на дому.

Блок-схема организации медицинской реабилитации на дому.



Проведение медицинской реабилитации на дому

№ п/п	Сотрудник	Наименование мероприятия	Продолжительность
1 день			
1.	Врач физической и реабилитационной медицины, специалист по социальной работе, врач специалист	Знакомство с пациентом и членами его семьи. Оценка социально-бытовых условий проживания пациента	20 минут
		Диагностика. Определение нуждаемости в реабилитационных услугах. Оформление пациента на курс реабилитации на дому. Составление индивидуального плана-программы реабилитации на дому	60 минут
		Консультативно-информационная работа с пациентом и/или родственниками по оформлению льгот и других социальных выплат	40 минут
2 день			
1.	Психолог	Знакомство с пациентом и членами его семьи, установление контакта.	40 минут

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ
РЕГИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

		Сбор психологического анамнеза. Выявление психологических проблем	
		Первичная психологическая консультация пациента Консультативная работа с родственниками пациента	20 минут
		Составление индивидуального плана психологической реабилитации пациента. Подбор необходимых материалов для диагностики (тестов, заданий, упражнений)	40-60 минут 1 раз в течение реабилитационного курса
2.	Инструктор-методист по адаптивной физической культуре	Проведение диагностики физического состояния пациента. Учет показаний и противопоказаний к выполнению упражнений	30 минут
		Консультативная работа с пациентом и/или родственниками	20 минут
		Составление (подбор и разработка) индивидуального комплекса упражнений для проведения занятий по адаптивной физической культуре	40-60 минут 1 раз в течение реабилитационного курса
3 день			
1.	Массажист	Сбор информации о состоянии физического здоровья пациента	10-15 минут
		Ознакомление с медицинской картой, назначениями пациента. Учет противопоказаний	10-15 минут
		Осмотр пациента на наличие пролежней, опрелостей, высыпаний. Определение области массажа. Осмотр и подготовка места для массажа	10 -15 минут
		Легкий массаж	10-15 минут
2.	Логопед	Знакомство с пациентом и его семьей (родственниками)	20 минут
		Определение степени нарушения устной и письменной речи	20 минут
		Сбор и анализ необходимой информации	20 минут
4 день			
1.	Логопед	Разработка плана индивидуальных занятий	30-60 минут
		Подбор необходимых упражнений и материалов для проведения индивидуальных занятий, согласно разработанному плану	30-60 минут
2.	Инструктор по адаптивной физической культуре	Оценка физического состояния пациента	10 минут
		Проведение индивидуального занятия по АФК	20-40 минут
		Инструктаж по самостоятельному выполнению упражнений	10-15 минут
5 день			
1.	Логопед	Проведение индивидуального занятия с пациентом	15-40 минут (в зависимости от состояния инвалида)
		Консультативно-информационная работа с пациентом и/или родственниками по выполнению домашних заданий	20 минут
2.	Массажист	Оценка физического состояния пациента	5-10 минут
		Организация процедуры массажа	5-10 минут
		Массаж с введением пассивных упражнений	15-20 минут

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ
РЕГИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

		Консультативная работа с пациентом и/или родственниками	5-10 минут
6 день и 7 день			
Самостоятельное выполнение занятий и комплекса упражнений, согласно плана занятий			
8 день			
1.	Психолог	Психологическая диагностика с использованием тестов, заданий, упражнений. Выявление и анализ психологического состояния, индивидуальных особенностей клиента. Выявление степени когнитивных нарушений (памяти, внимания, мышления, интеллекта и т.д.), познавательных и эмоционально-волевых нарушений	60 минут
		Разработка индивидуальных занятий с использованием диагностических данных. Подбор необходимых материалов для индивидуальных занятий	60-90 минут
2.	Инструктор по адаптивной физической культуре	Оценка физического состояния пациента	10 минут
		Проведение индивидуального занятия по АФК	20-40 минут
		Консультирование пациента и его родственников по вопросам проведения самостоятельных занятий	15 минут
9 день			
1.	Логопед	Проведение индивидуального занятия	20-40 минут
		Консультативная работа с родственниками	10-15 минут
2.	Массажист	Оценка физического состояния клиента	5-10 минут
		Организация процедуры массажа	5-10 минут
		Массаж с введением пассивных упражнений	25-30 минут
10 день			
1.	Психолог	Проведение занятия по психологической коррекции когнитивных нарушений	20-60 минут (в зависимости от состояния клиента)
		Информационно-консультативная работа с клиентом и/или родственниками по самостоятельным занятиям в домашних условиях по коррекции когнитивных нарушений. Выдача комплекса упражнений	15-20 минут
2.	Инструктор по адаптивной физической культуре	Оценка физического состояния пациента	10 минут
		Проведение индивидуального занятия по АФК	25-40 минут
11 день			
1.	Массажист	Оценка физического состояния пациента. Отслеживание динамики состояния	5-10 минут
		Организация процедуры массажа	5-10 минут
		Массаж с введением активных упражнений	25-30 минут
2.	Логопед	Оценка динамики	5-10 минут
		Корректировка комплекса упражнений для индивидуальных занятий	10 минут
		Проведение индивидуального занятия	25-40 минут
12 день			
1.	Инструктор по адаптивной	Оценка физического состояния пациента	10 минут

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ
РЕГИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

	физической культуре	Проведение индивидуального занятия по АФК	25-40 минут
		Выдача комплекса упражнений для самостоятельного выполнения. Проведение инструктажа по выданному комплексу	10 минут
2.	Психолог	Проведение занятия по психологической коррекции познавательной сферы	20-60 минут
		Информационно-консультативная работа с пациентом и/или родственниками по самостоятельным занятиям в домашних условиях по коррекции познавательной сферы. Выдача комплекса упражнений	15-20 минут
13 и 14 день			
Самостоятельное выполнение занятий и комплекса упражнений, согласно плана занятий			
15 день			
1.	Логопед	Проведение индивидуального занятия	30-45 минут
2.	Массажист	Оценка физического состояния пациента	5-10 минут
		Организация процедуры массажа	5-10 минут
		Массаж с введением активных упражнений	30-35 минут
16 день			
1.	Психолог	Проведение занятия по психологической коррекции эмоционально-волевой сферы	20-60 минут
		Информационно-консультативная работа с пациентом и/или родственниками по самостоятельным занятиям в домашних условиях по коррекции эмоционально-волевой сферы. Выдача комплекса упражнений	15-20 минут
2.	Инструктор по адаптивной физической культуре	Оценка физического состояния пациента	10 минут
		Проведение индивидуального занятия по АФК	30-40 минут
17 день			
1.	Массажист	Оценка физического состояния пациента	5-10 минут
		Организация процедуры массажа	5-10 минут
		Массаж с введением активных упражнений	30-35 минут
2.	Логопед	Проведение индивидуального занятия, согласно разработанного индивидуального плана	35-50 минут
18 день			
1.	Инструктор по адаптивной физической культуре	Оценка физического состояния пациента	10 минут
		Проведение индивидуального занятия по АФК	35-40 минут
		Анализ и оценка динамики физического состояния пациента	10 минут
		Выдача комплекса упражнений и рекомендаций по дальнейшим самостоятельным занятиям адаптивной физической культурой	10 минут
2.	Психолог	Заключительная психологическая консультация пациента и его родственников. Оценка эффективности мероприятий	40 минут
		Рекомендации для дальнейших самостоятельных занятий	20 минут
19 день			
1.	Логопед	Оценка динамики по восстановлению устных и письменных речевых функций	15-20 минут
		Проведение индивидуального занятия	40-60 минут
		Заключительная консультация с родственниками пациента с рекомендациями для дальнейшего использования упражнений по восстановлению письменной и устной речи	10 минут

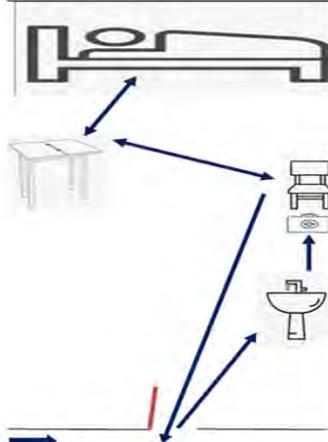
РЕСТ МЗ НО 0001-2024 утвержден министром здравоохранения Нижегородской области

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ
РЕГИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

2.	Массажист	Оценка физического состояния клиента	5-10 минут
		Организация процедуры массажа	5-10 минут
		Массаж с набором пассивных и активных упражнений	35-40 минут
		Заключительная консультативно-информационная работа с пациентом и/или членами семьи. Выдача рекомендаций	10-15 минут
		Заключительная оценка физического состояния. Анализ динамики	5-10 минут
20 и 21 день			
Самостоятельные занятия и упражнения по рекомендованным комплексам			

Приложение VII-ПМ. Организация паллиативной помощи на дому.

Стандарт оказания паллиативной помощи на дому.

		Название МО				Стандартная операционная карта		СОК №	
						Оказание паллиативной помощи на дому		Дата	Лист /листов
Поликлиника	Отделение	Кабинет	Время такта, сек	Состав смены	Наименование операции		Дата	Лист /листов	
№		На дому у пациента	8580		Оказание паллиативной помощи на дому			1/2	
№	Рабочая последовательность действий			Время, сек.		Ключевые указания	Схема пошаговой рабочей последовательности		
				Общ.	ходьба				
I.	1 день (в день поступления информации или в первые 24 часа) – участковый врач-терапевт + м/с:								
1	Осуществляется сбор жалоб			1200		▽ ◇ ☆			
2	Проводится осмотр пациента (измерение АД, сатурации)			180		▽ ◇ ☆ + ●			
3	Проводится измерение глюкозы крови с помощью глюкометра			240		▽ ◇ ☆ + ●			
4	Осуществляется забор крови на проведение исследований общего анализа крови, биохимии			240		▽ ◇ ☆ + ●			
5	Выполняется ЭКГ			240		▽ ◇ ☆ + ●			
6	Принимается решение о необходимости консультации узкими специалистами (неврологом, хирургом, при необходимости психиатром и др.). Узкие специалисты осматривают в течение 3-х дней.			180		▽ ◇ ☆			
7	Формирует в ИС ЕЦП академическую выписку с назначениями и рекомендациями			300		▽ ◇ ☆			
8	По результатам обследования с учетом заключений узких специалистов участковый врач-терапевт формирует в ИС «ЕЦП» выписку на пациента по форме 057у-04 «Направление на госпитализацию, обследование и консультацию»			300		▽ ◇ ☆			
9	В ИС ЕЦП по системе «врач-врач» участковый - терапевт записывает пациента на консультацию к врачу кабинета паллиативной помощи поликлиники в течение 1 дня.			300		▽ ◇ ☆			
II.	Врач кабинета паллиативной помощи (в течение 24 часов):								
1	Знакомится с выпиской			300		▽ ◇ ☆			
2	Выезжает по адресу проживания пациента для осмотра					▽ ◇ ☆ + ●			
3	Формирует в ИС «ЕЦП» протокол осмотра;			300		▽ ◇ ☆			
4	Готовит информацию для рассмотрения на комиссии по паллиативной медицинской помощи при ЦРБ.			1200		▽ ◇ ☆			
III.	В отдельных случаях (тяжесть состояния пациента, условия, угрожающие состоянию здоровья пациента) осмотр пациента					▽ ◇ ☆			

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ
РЕГИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

	проводится комиссионно узким (профильным) специалистом совместно с врачом паллиативной медицинской помощи (заседание комиссии проводится 1 раз в неделю):											
1	В зависимости от состояния пациента, необходимости проведения дополнительного обследования или необходимости лечения в круглосуточном стационаре, необходимости ухода и лечения принимается решение о госпитализации пациента в т.ч. в паллиативное отделение или на койки сестринского ухода. По результатам работы комиссии составляется протокол по каждому пациенту.						1200		▽ ◆ ☆			
2	При необходимости оформляются документы на МСЭ для оформления группы инвалидности.						1200		▽ ◆ ☆			
3	Секретарь комиссии готовит информационное письмо в <u>Управление социальной защиты населения на территории медицинской организации</u> о необходимости выделения места для пациента в <u>доме-интернате</u> .						1200		▽ ◆ ☆			
ИТОГ:						8580						
СИЗ							Условные обозначения	Стандартный запас	Безопасность	Контроль качества	Критический пункт	Требуется навык
	Медицинский халат	Медицинский костюм	Медицинская обувь	Одноразовые перчатки	Маска	Головной убор		●	+	◆	▽	☆
Подписи												
Исполнитель	Зав. поликлиникой		Помощник эпидемиолога		Составитель		Ф.И.О.		Подпись		Дата	
1.												
2.	Старшая м/с поликлиники		Инженер по охране труда		Утверждено							
3.					Главный врач							

Стандарт профилактики пролежней.

№	Название МО	Служба здоровья	Стандартная операционная карта				СОК №			
			Профилактика и обработка пролежней						Дата	Лист / листов
			Поликлиника	Отделение	Кабинет	Время такта, сек	Состав смены	Наименование операции		
№			На дому у пациента	1920	М/с	Профилактика и обработка пролежней		1/2		
I. Подготовка к процедуре (обследованию):										
1	Идентифицировать пациента, представиться, информировать о ходе и цели процедуры (если пациент в сознании). Получить информированное согласие на предстоящее обследование. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.			300		▽ ◆ ☆				
2	Обработать руки гигиеническим способом, осушить.			120		▽ ◆ ☆ + ●				
	Надеть перчатки.			60		▽ ◆ ☆ + ●				
II. Выполнение процедуры (обследования):										
1	Тщательно и последовательно осмотреть кожу пациента в местах возможного образования пролежней.			180		▽ ◆ ☆ +				
2	Обмыть эти участки кожи теплой водой.			120		▽ ◆ ☆ +				
3	Протереть их ватным тампоном, смоченным 10% раствором камфорного спирта, или 0,5% раствором нашатырного спирта, или 1–2% спиртовым раствором танина. Протирая кожу, этим же тампоном делать легкий массаж. Поместить тампон в емкость для отработанного материала.			300		▽ ◆ ☆ + ●				
4	Поменять немедленно мокрое или загрязненное белье.			300		▽ ◆ ☆ +				
5	Проследить, чтобы на простыне в местах возможного образования пролежней не было крошек, складок, швов.			60		▽ ◆ ☆ +				
6	Использовать подушки, наполненные поролоном или губкой, для уменьшения давления на кожу в местах соприкосновения пациента с кроватью или под крестец и копочик подложить резиновый круг, помещенный в чехол, а под пятки, локти, затылок – ватно-марлевые круги или использовать противопролежневый матрас.			60		▽ ◆ ☆ + ●				

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ
РЕГИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

III. Окончание процедуры (обследования):												
1	Снять перчатки и фартук.	60			▽◇							
2	Подвергнуть их дезинфекции.	120			▽◇☆+							
3	Обработать руки гигиеническим способом, осушить.	120			▽◇☆+							
4	Уточнить у пациента его самочувствие.	60			▽◇							
5	Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации.	60			▽◇☆							
ИТОГ:		1920										
СИЗ							Условные обозначения	Стандартный запас	Безопасность	Контроль качества	Критический пункт	Требуется навык
	Медицинский халат	Медицинский костюм	Медицинская обувь	Одноразовые перчатки	Маска	Головной убор		●	+	◇	▽	☆
Подписи												
Исполнитель	Зав. поликлиникой	Помощник эпидемиолога	Составитель	Ф.И.О.	Подпись	Дата						
1.												
2.	Старшая м.с поликлиники	Инженер по охране труда	Утверждено									
3.			Главный врач									

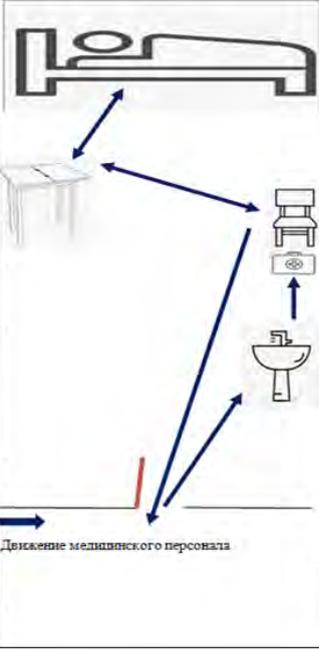
Название МО		Визуальное приложение стандартной операционной карты				СОК №	
Наименование операции		Инструменты, оборудование		Оценка степени тяжести пролежней		Ключевые указания	
№ шага	Основные шаги			Ключевые указания	Время, сек.	пояснения	Ключевые указания
1							
2							
3							

ФОТОВИЗУАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ

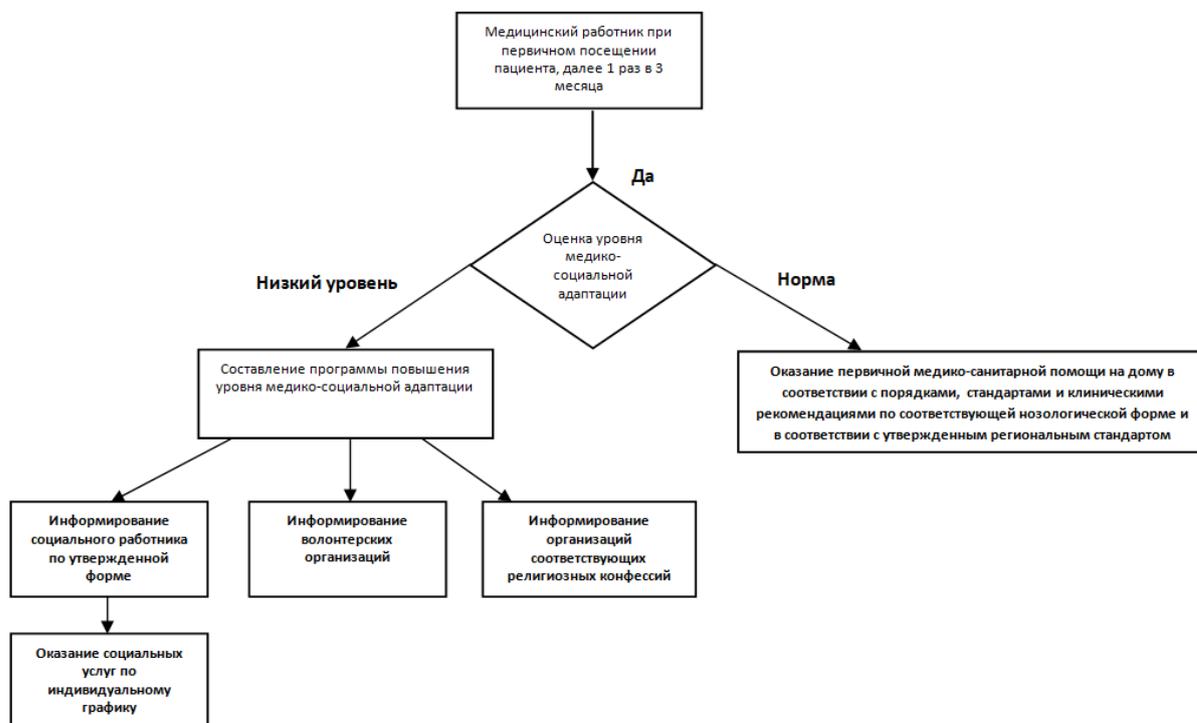
	<p align="center">СТАДИИ ПРОЛЕЖНЕЙ</p> <p align="center">I стадия II стадия III стадия IV стадия</p>	<p align="center">Длина и ширина</p>
--	---	---

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ
РЕГИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Стандарт оценки степени тяжести пролежней.

		Название МО				Стандартная операционная карта			СОК №					
						Оценка степени тяжести пролежней								
Поликлиника	Отделение	Кабинет	Время такта, сек	Состав смены	Наименование операции			Дата	Лист / листов					
№		На дому у пациента	1320	М/с	Оценка степени тяжести пролежней				1/2					
№	Рабочая последовательность действий			Время, сек.		Ключевые указания	Схема пошаговой рабочей последовательности							
				Общ.	ходьба									
I. Подготовка к процедуре (обследованию):														
1	Идентифицировать пациента, представиться, информировать о ходе и цели процедуры (если пациент в сознании). Получить информированное согласие на предстоящее обследование. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.			300		▽ ◆ ☆								
2	Обработать руки гигиеническим способом, осушить.			120		▽ ◆ ☆ + ●								
	Надеть перчатки.			60		▽ ◆ ☆ + ●								
II. Выполнение процедуры (обследования):														
1	Помочь пациенту лечь на живот или на бок.			60		▽ ◆ ☆ +								
2	Осмотреть места образования пролежней: крестец, пятки, лодыжки, лопатки, локти, затылок, большой вертел бедренной кости, внутренние поверхности коленных суставов.			180		▽ ◆ ☆ + ●								
3	Оценить: локализацию, окраску кожных покровов, наличие запаха и боли, глубину и размер поражения, наличие и характер отделяемой жидкости, отечность краев раны, наличие полости, в которой могут быть видны сухожилия и/или костные образования. При необходимости применять стерильные пинцеты и стерильные перчатки.			180		▽ ◆ ☆ + ●								
III. Окончание процедуры (обследования):														
1	Сообщить пациенту(ке) результат обследования.			60		▽ ◆								
2	Подвергнуть дезинфекции использованный материал и перчатки.			120		▽ ◆ ☆ + ●								
3	Обработать руки гигиеническим способом, осушить.			120		▽ ◆ ☆ + ●								
4	Уточнить у пациента его самочувствие.			60		▽ ◆								
5	Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации.			60		▽ ◆ ☆								
ИТОГ:				1320										
						Условные обозначения	Стандартный запас	Безопасность	Контроль качества	Критический пункт	Требуется навык			
						●	+	◆	▽	☆				
Подписи														
Исполнитель	Зав. поликлиники	Помощник эпидемиолога	Составитель	Ф.И.О.	Подпись	Дата								
1.														
2.	Старшая м/с поликлиники	Инженер по охране труда	Утверждено											
3.			Главный врач											

Алгоритм взаимодействия с учреждениями социального обслуживания населения, НКО социального профиля, волонтерскими организациями.



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ
РЕГИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Форма передачи сведений о гражданах, нуждающихся в социальном обслуживании и выявленных медицинским работником, в учреждения социальной защиты.

Ф.И.О.	Год рождения	Адрес фактического проживания	Телефон	обстоятельства, которые ухудшают или могут ухудшить условия его жизнедеятельности:									
				полная или частичная утрата способности либо возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболеваний, травм, возраста или наличия инвалидности;	наличие в семье инвалида или инвалидов, в том числе ребенка-инвалида или детей-инвалидов, нуждающихся в постоянном постороннем уходе;	наличие ребенка или детей (в т.ч. находящихся под опекой, попечительством), испытывающих трудности в социальной адаптации;	отсутствие возможности обеспечения ухода (в том числе временного) за инвалидом, ребенком, детьми, а также отсутствие попечения над ними;	наличие внутрисемейного конфликта, в том числе с лицами с наркотической или алкогольной зависимостью, лицами, имеющими пристрастие к азартным играм, лицами, страдающими психическими расстройствами, наличие	отсутствие определенного места жительства, в том числе у лица не достигшего возраста двадцати трех лет и завершившего пребывание в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без	отсутствие работы и средств к существованию;	наличие иных обстоятельств, которые нормативными правовыми актами субъекта Российской Федерации признаны ухудшающими или способными ухудшить условия		

Приложение IX-КК. Критерии оценки качества и полноты, объема выполнения стандарта.

Критерии качества оказания медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста на дому

от «__» _____ 20__ г.			
1. Ф. И. О. пациента _____			
2. Дата рождения _____			
3. Срок лечения _____			
4. № медицинской карты _____			
5. Ф. И. О. лечащего врача _____			
6. Клинический диагноз _____			
Осложнения основного диагноза _____			
Сопутствующий диагноз _____			
Патологоанатомический диагноз _____			
7. Ф. И. О. эксперта _____			
8. Характеристика случая – законченный			
	Критерии оценки	ДА	НЕТ
1	Ведение медицинской документации		
2	Описание жалоб и анамнеза		
3	Объективный осмотр		
4	Формирование плана обследования и плана лечения		
5	Своевременность и полнота написания этапных эпикризов,		

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ
РЕГИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

	осмотров заведующего отделением		
6	Наличие информированного добровольного согласия на медицинские вмешательства		
7	Установление и оформление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, клинического обследования, заключений врачей-специалистов		
8	Госпитализация в стационар		
9	Своевременность и регулярность посещения		
10	Выполнение комплексной гериатрической оценки		
11	Преимственность, этапность оказания медицинской помощи, в том числе реабилитационной и паллиативной помощи		
12	Помощь в прохождении медицинской экспертизы, медицинского освидетельствования		
13	Проведение экспертизы потребности социальной помощи в установленном порядке. Заполнение листа потребности для передачи в органы социальной защиты.		
14	Достижение результата лечения		
15	Консультации врачей-специалистов		
16	Лечение и уход		
17	Назначение лекарственных препаратов с учетом инструкций по применению, пола, возраста пациента, тяжести заболевания, осложнений, сопутствующих заболеваний		
18	Выполнение и отражение в медицинской документации динамической оценки интенсивности болевого синдрома по шкалам оценки боли		
19	Выполнение регулярного введения обезболивающего препарата через определенные интервалы времени с учетом его периода полувыведения и эффекта действия предшествующей дозы		
20	Назначение обезболивающих препаратов для регулярного приема в неинвазивных формах		
21	Назначение слабительных средств на фоне приема опиоидных анальгетиков с учетом противопоказаний		
22	Назначение антиэметических препаратов при возникновении тошноты и рвоты на фоне приема опиоидных анальгетиков		
23	Выдача на руки пациенту при выписке из стационара наркотических и психотропных лекарственных препаратов списков I и II на срок приема до 5 дней		
24	Оценка состояния кожных покровов в процессе оказания медицинской помощи		

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ
РЕГИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

25	Проведение противопротозейных мероприятий в процессе оказания медицинской помощи		
26	Удовлетворенность пациента оказанием медицинской помощи		
27	Проведение при летальном исходе патологоанатомического вскрытия в установленном порядке		
28	Отсутствие расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов		
29	Оформление и выдача в установленном порядке выписки из стационарной карты с указанием клинического диагноза, данных обследования, результатов лечения и рекомендаций по дальнейшему лечению, обследованию и наблюдению		
30	Оформление и выдача на руки пациенту направления для стационарного лечения		

Методика расчета основных показателей

показатель	методика расчета
показатель общей смертности в данной категории	число лиц данной категории, умерших за отчетный период x100
	число лиц данной категории
госпитализации в стационар на дому на 1000 жителей в данной категории	число лиц данной категории, пролеченных в стационаре на дому за отчетный период x100
	число лиц данной категории
охват лабораторными методами исследования в данной категории	число лиц, которым проведены лабораторные исследования за отчетный период x100
	число лиц данной категории
охват инструментальными методами исследования в данной категории	число лиц, которым проведены инструментальные исследования за отчетный период x100
	число лиц данной категории
доля маломобильных пациентов пожилого и старческого возрастов, вакцинированных на дому от пневмококковой инфекции	число лиц, вакцинированных на дому от пневмококковой инфекции за отчетный период x100
	число лиц данной категории
уровень удовлетворенности маломобильных пациентов пожилого и старческого возрастов и /или их законных представителей	количество положительных опросов за отчетный период x100
	общее число опросов

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ
РЕГИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Чек лист оценки качества процесса

№ п/п	критерий	да	нет
1	наличие регистра/списка маломобильных пациентов пожилого и старческого возрастов, наблюдающихся на дому		
2	наличие порядка ведения регистра/списка маломобильных пациентов пожилого и старческого возрастов, наблюдающихся на дому		
3	наличие ответственного за ведение регистра/списка маломобильных пациентов пожилого и старческого возрастов, наблюдающихся на дому		
4	наличие локального акта по выявлению маломобильных пациентов пожилого и старческого возрастов		
5	наличие локальных актов, регламентирующих организацию медицинской помощи на дому маломобильным пациентам пожилого и старческого возрастов		
6	наличие ответственного за организацию медицинской помощи на дому маломобильным пациентам пожилого и старческого возрастов		
7	наличие порядка организации «центра обработки звонков», ориентированного на прием обращений от маломобильных пациентов пожилого и старческого возрастов, законных представителей, социальных работников		
8	наличие ответственного за организацию работы «центра обработки звонков», ориентированного на прием обращений от маломобильных пациентов пожилого и старческого возрастов, законных представителей, социальных работников		
9	наличие локального акта по организации и проведению диспансеризации, ПМО маломобильным пациентам пожилого и старческого возрастов на дому		
10	наличие локального акта по организации и проведению диспансерного наблюдения за маломобильными пациентами пожилого и старческого возрастов, страдающими хроническими заболеваниями, на дому		
11	наличие локального акта по организации и проведению вакцинопрофилактики маломобильным пациентам пожилого и старческого возрастов на дому		
12	наличие локального акта по организации и проведению диагностических мероприятий маломобильным пациентам пожилого и старческого возрастов на дому		
13	наличие стандарта проведения лабораторных исследований маломобильным пациентам пожилого и старческого возрастов на дому		
14	наличие стандарта проведения инструментальных исследований маломобильным пациентам пожилого и старческого возрастов		

РЕСТ МЗ НО 0001-2024 утвержден министром здравоохранения Нижегородской области

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ
РЕГИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

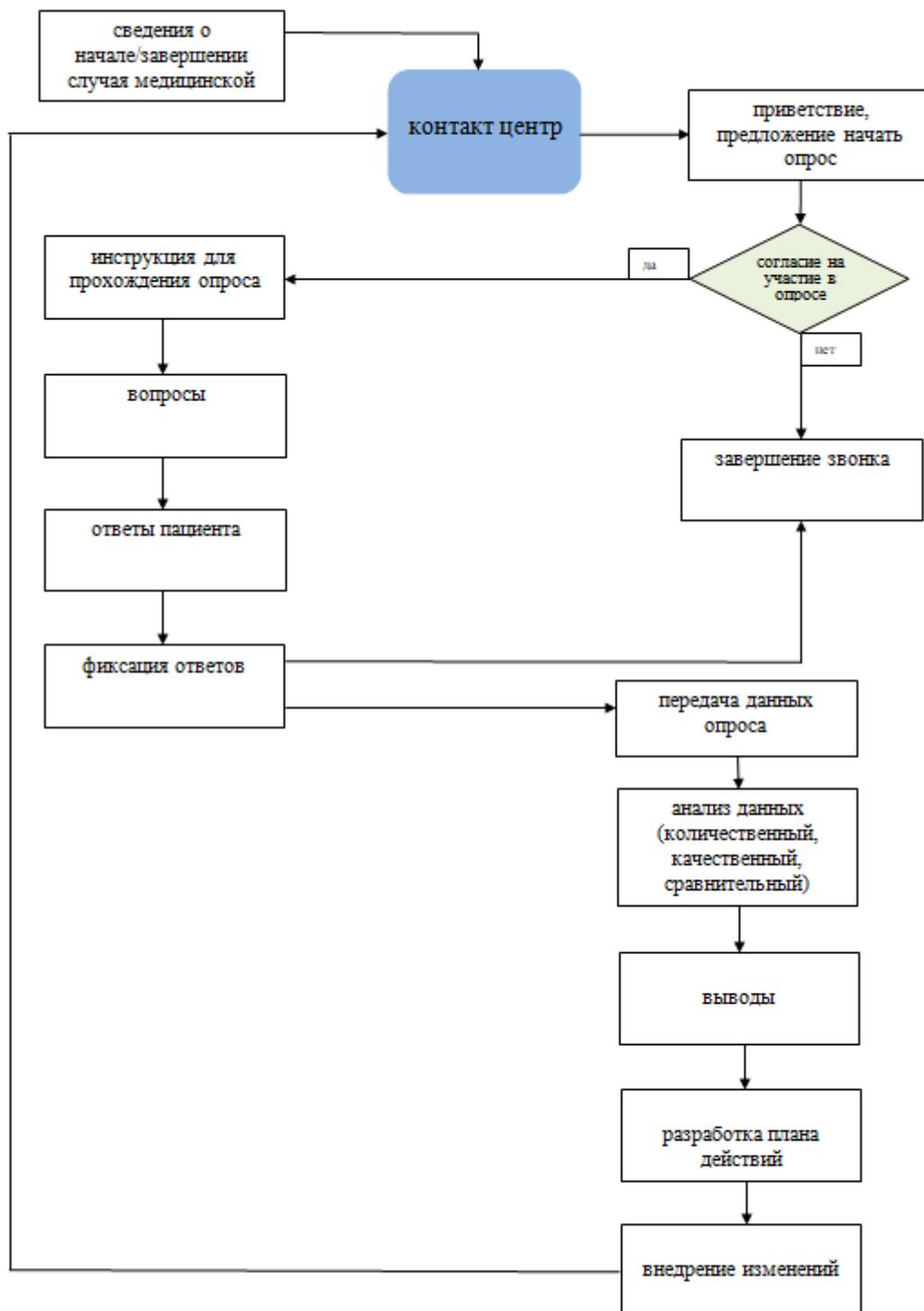
	на дому		
15	наличие локального акта по организации и проведению стационара на дому маломобильным пациентам пожилого и старческого возрастов		
16	наличие стандарта осмотра, наблюдения и ведения маломобильных пациентов пожилого и старческого возрастов на дому средним медицинским персоналом		
17	наличие локального акта, утверждающего показания для лечения в стационаре на дому маломобильных пациентов пожилого и старческого возрастов		
18	наличие локального акта, утверждающего порядок ведения в стационаре на дому маломобильных пациентов пожилого и старческого возрастов		
19	наличие локального акта, утверждающего порядок вызова врачей-специалистов на дом для маломобильных пациентов пожилого и старческого возрастов		
20	наличие алгоритма взаимодействия с учреждениями социального обслуживания населения, НКО социального профиля, волонтерскими организациями		
21	наличие локального акта по организации и проведению медицинской реабилитации на дому маломобильным пациентам пожилого и старческого возрастов		
22	наличие локального акта по организации и обеспечению паллиативной помощью маломобильных пациентов пожилого и старческого возрастов		
23	наличие порядка организации и проведения обратной связи от маломобильных пациентов пожилого и старческого возрастов и их законных представителей		
24	наличие порядка проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности при оказании помощи на дому		
25	знание персоналом алгоритмов (СОПов, инструкций и других локальных актов в соответствии с выбором МО) организации и оказания помощи на дому маломобильным пациентам пожилого и старческого возрастов		
26	исполнение персоналом алгоритмов (СОПов, инструкций и других локальных актов в соответствии с выбором МО) организации и оказания помощи на дому маломобильным пациента пожилого и старческого возрастов		
27	наличие документально установленных свидетельств (подтверждений) исполнения анализа организации и оказания помощи на дому маломобильным пациентам пожилого и старческого возрастов		

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ
РЕГИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

28	знание пациентами, законными представителями, родственниками и лицами, осуществляющими уход за пациентами о порядке динамического наблюдения на дому, индивидуальном плане обследований, консультаций		
----	---	--	--

№ п/п	критерий	отчетный период 2024 год	отчетный период 2023 год	динамика показателя
1	показатель общей смертности в данной категории			
2	госпитализации в стационар на дому на 1000 жителей в данной категории			
3	охват лабораторными методами исследования в данной категории			
	охват инструментальными методами исследования в данной категории			
4	доля маломобильных пациентов пожилого и старческого возрастов, вакцинированных на дому от пневмококковой инфекции			
5	уровень удовлетворенности маломобильных пациентов пожилого и старческого возрастов и /или их законных представителей			
6	уровень знаний среди сотрудников МО по вопросам гериатрии и геронтологии			

Схема проведения обратной связи от пациентов



Скрипты опросов пациентов и/или законных представителей

1. Дата оказания медицинской помощи на дому _____
ДД.ММ.ГГ.

2. Ваш возраст: _____ лет

3. Как вы записались на медицинскую услугу на дому:

самостоятельный телефонный звонок в колл-центр поликлиники

самостоятельный телефонный звонок в поликлинику/участковой
медицинской сестре

звонок от участковой медицинской сестры

4. Как вы оцениваете доступность для удобства обращения в
поликлинику в (оценить по шкале от 1 до 5, где: 1-очень плохо, 2- плохо,
3-нормально, 4- хорошо, 5-отлично)

6. Сколько дней вы ждали оказание медицинской услуги:

1-3 дня

4-7 дней

8-14 дней

Более 14 дней

7. Удовлетворены ли Вы оказанной медицинской услугой?

7.1. Вежливостью и внимательностью персонала

ДА

НЕТ

7.2. Соблюдением персоналом санитарно-эпидемиологического режима
(наличие СИЗ, обработка рук)

ДА

НЕТ

7.3. Объемом оказанной медицинской услуги. (Решили ли все проблемы?)

ДА

НЕТ

7.4. Вам понятна информация, полученная от сотрудников поликлиники

ДА

НЕТ

8. Оцените общий уровень обслуживания поликлиники по шкале от 1 до 5 где:
1-очень плохо, 2- плохо, 3-нормально, 4- хорошо, 5-отлично)

9. Возникли ли у Вас какие-либо проблемы при получении медицинских услуг на дому:

ДА

НЕТ

Если ДА, то какие проблемы:

Долгое ожидание услуги

Невозможность получение услуги на дому

Отсутствие нужного врача-специалиста в медицинской организации

10. Укажите Ваши предложения, пожелания по улучшению качества предоставляемых медицинских услуг на дому:

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ
РЕГИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ
