МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР
ЦЕНТРАЛЬНЫЙ КОМИТЕТ ПРОФСОЮЗА
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ РАБОЧЕГО МЕСТА ВРАЧА И МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПОЛИКЛИНИКИ

Москва — 1984

gost.e-ecolog.ru

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР
ЦЕНТРАЛЬНЫЙ КОМИТЕТ ПРОФСОЮЗА
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ РАБОЧЕГО МЕСТА ВРАЧА И МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПОЛИКЛИНИКИ

Москва — 1984

Методические рекомендации по рациональной организации рабочего места врача и медицинской сестры поликлиники на амбулаторном приеме подготовлены сотрудниками отдела НОТ работников учреждений здравоохранения ВНИИ СГ и ОЗ им. Н. А. Семашко (Ю. И. Зотов, Г. И. Куценко, В. С. Васюкова, Д. К. Еремина, руководитель отдела д. м. н. В. Ф. Минаков) и отдела социального страхования ЦК профсоюза медицинских работников (В. С. Шурупова, Н. И. Колесник).

Методические рекомендации предназначены для руководителей органов и учреждений здравоохранения, работников служб НОТ, охраны труда и техники безопасности, комитетов профсоюза.

«СОГЛАСОВАНО».
Секретарь ЦК профсоюза медицинских работников

В. А. ГОЛОВСКОЙ

17 ноября 1983 г.

№ 04/Ш

«УТВЕРЖДАЮ».
Начальник Главного управления лечебно-профилактической помощи МЗ СССР

А. М. МОСКВИЧЕВ

23 декабря 1983 г.

№ 10—11/2

Методические рекомендации по организации рабочего места врача и медицинской сестры поликлиники

Одним из важных разделов научной организации труда (НОТ), направленных на создание благоприятных условий для эффективной и качественной работы, является рациональная организация рабочего места и условий труда медицинского персонала амбулаторно-поликлинических учреждений. Однако до настоящего времени в поликлиниках страны этому вопросу не уделяется еще должного внимания. Используемые в практической деятельности врача и медицинской сестры канцелярские столы из-за ограниченной площади покрытия и отсутствия приспособлений для размещения медицинской документации, инструментария и оргтехники малопригодны для наведения порядка на рабочем месте. Часто на рабочем месте врача можно встретить гору медицинских карт, разных бланков, направлений, стаканы со шпателями и термометрами, что создает тесноту и беспорядок. Плохая организация рабочего места приводит к нерациональным затратам рабочего времени. Установлено, что в течение трехчасового амбулаторного приема участковому врачу-терапевту в среднем четыре раза приходится искать затерявшиеся медицинский документ, бланк, медицинскую карту. Время, затрачиваемое на поиск каждого документа, колеблется от 10 с до 3,5 м. Помимо потерь рабочего времени, это обстоятельство является причиной дополнительного психоэмоционального напряжения в работе врача и медицинской сестры, создает неблагоприятную атмосферу на приеме, отрицательно сказывается на состоянии лечебно-диагностического процесса.

Специально проведенные исследования показали, что многие элементы труда врача во время амбулаторного приема выполняются в вынужденных, нефизиологических позах, что ведет к быстрому нарастанию утомления различных звеньев опорно-двигательного аппарата, развитию в них функциональной недостаточности и дискомфортных ощущений, а также отрицательно сказывается на качестве диагностической работы, особенно на этапе физикального обследования больного. В значительной степени вынужденность рабочих поз медицинских работников на амбулаторном приеме связана с нерациональной организацией рабочих мест: несовершенным оборудованием, неправильным подбором и размещением мебели, несоответствием ее специфике труда, антропометрическим данным и физиологическим возможностям работающих.

Совершенствование организации и обслуживания рабочих мест в учреждениях здравоохранения должно быть направлено на создание оптимальных условий, обеспечивающих высокий уровень работоспособности медицинского персонала, более полное использование рабочего времени врача и медицинской сестры на основные виды труда.

Опыт рациональной организации труда передовых учреждений страны: поликлиники № 22 г. Киева, поликлиники № 1 г. Новополоцка, ряда амбулаторно-поликлинических учреждений гг. Риги, Душанбе, поликлинического отделения Алуксенской ЦРБ Латвийской ССР и др. и результаты научных исследований, выполненных отделом НОТ ВНИИ СГ и ОЗ им. Н. А. Семашко, позволили определить основные требования и наметить мероприятия по совершенствованию организации рабочих мест врача и медицинской сестры, ведущих амбулаторный прием.

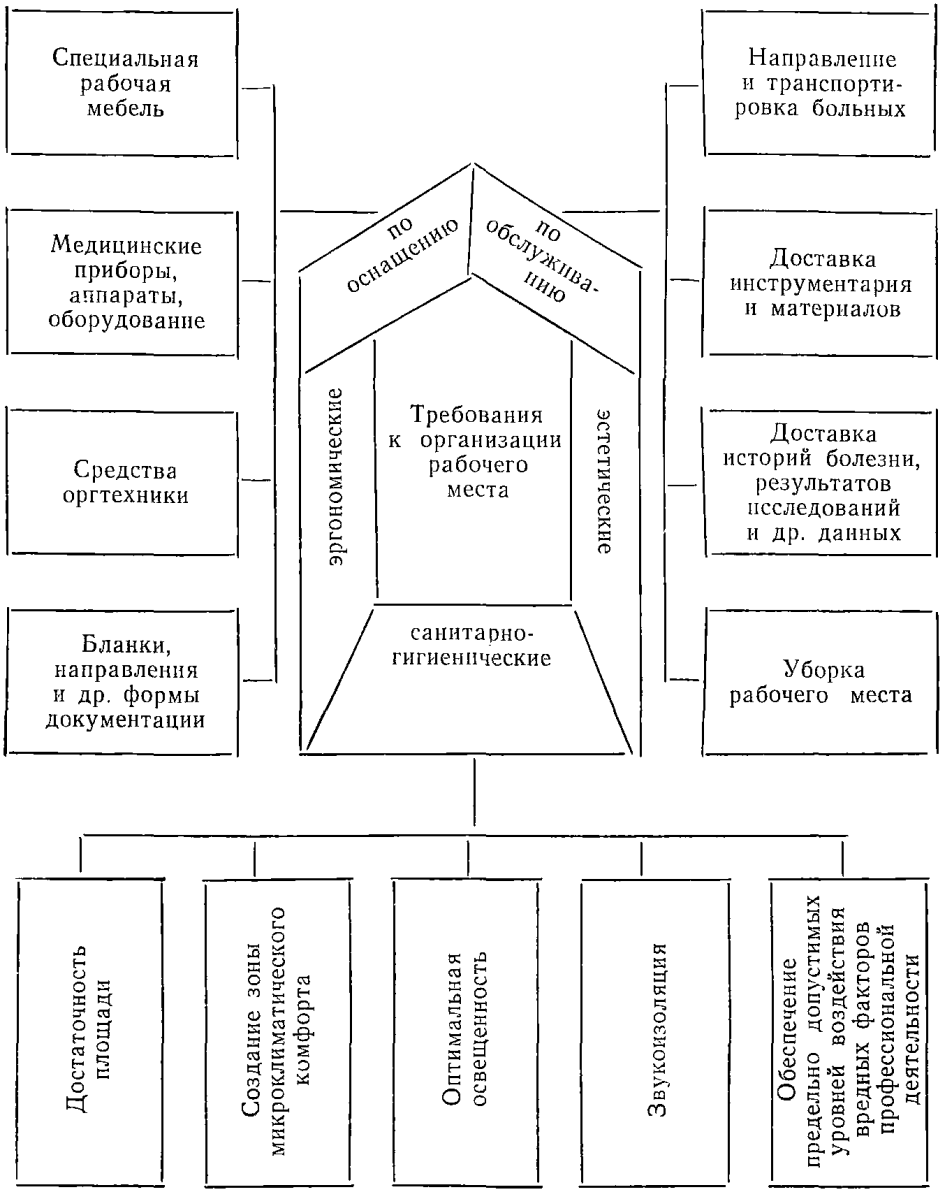
Общие требования к организации рабочих мест

Под рабочим местом следует понимать зону трудовых действий работника или группы работников, оснащенную и оборудованную всем необходимым для выполнения своих служебных обязанностей. При организации рабочих мест медицинских работников прежде всего учитывается тип учреждения и профиль специалиста, то есть рабочее место должно быть специализированным.

Рациональная организация любого рабочего места в лечебно-профилактическом учреждении должна предусматривать оснащение, рациональную планировку, организацию обслуживания рабочего места, соблюдение эргономических, эстетических и санитарно-гигиенических требований (см. схему).

Схема

Организация рабочих мест медицинского персонала



Оснащение рабочих мест является одним из основных условий рационального использования труда медицинских работников и предполагает обеспечение каждого рабочего места набором мебели, специальными приборами и оборудованием, средствами оргтехники, стандартными бланками и т. д. При оснащении необходимо учитывать характер трудовой деятельности работающих.

Важное значение в организации рабочего места имеет рациональное размещение медицинской мебели и оборудования во врачебном кабинете. В соответствии с эргономическими требованиями (см. ниже), а также исходя из наблюдений за действиями врача и медицинской сестры, мебель и оборудование врачебного кабинета рекомендуется размещать, руководствуясь следующими правилами:

— рабочий стол врача и медицинской сестры должен находиться в наиболее освещенной части кабинета;

— вокруг стола необходимо иметь пространство, обеспечивающее свободное передвижение врача и медицинской сестры от стола к любому предмету в кабинете;

— кушетка для обследования пациента должна располагаться таким образом, чтобы правая половина тела пациента находилась со стороны врача; кушетку необходимо отгородить от входной двери ширмой и вплотную к ней поставить стул для пациента;

— расположение каждого предмета должно быть продумано, чтобы свести до минимума затраты на передвижения и обеспечить соблюдение эстетических требований в оформлении кабинета;

— дверь кабинета должна быть доступна обозрению, чтобы врач мог видеть входящего пациента.

Эргономические требования к организации рабочих мест определяют соответствие конструктивных данных и габаритов рабочей мебели, оргоснастки антропометрическим, биомеханическим и психофизиологическим возможностям организма человека. Соблюдение их позволяет обеспечить медицинскому работнику в процессе трудовой деятельности физиологически рациональную позу, соответствующую критериям функционального комфорта.

Гигиенические требования к организации рабочих мест врачебных кабинетов предусматривают соблюдение в них основных санитарно-гигиенических нормативов: достаточных площади, кубатуры, метража на одного работающего, параметров микроклимата, освещенности, шума и т. д.).

Эстетические требования к организации рабочих мест предусматривают выполнение комплекса рекомендаций по художественному оформлению рабочих помещений, интерьеров кабинетов, учреждения в целом.

Эргономические, гигиенические и эстетические требования к организации рабочих мест изложены в нормативных и методических материалах, перечень которых приводится в приложении 1.

Обслуживание рабочих мест включает организацию документооборота, обеспечение медикаментами, стандартными бланками и инструментарием, организацию вызова больных, подготовку рабочих мест и уборку помещений. В последние годы во многих лечебно-профилактических учреждениях получило широкое распространение централизованное обеспечение рабочих мест всем необходимым.

При рациональной организации обслуживания рабочих мест важное место должно отводиться использованию стандартных бланков-направлений на исследование и лечение. Как показали наблюдения, частота выписки направлений, например, в кабинете участкового врача-терапевта составляет в среднем 23 раза врачом и 46 раз медицинской сестрой на 100 посещений, а в ЛОР-кабинете — 21 и 31 соответственно. На выписку одного направления затрачивается в среднем 1,4 м. С учетом того, что пациенту необходимо разъяснить, куда и в какой кабинет необходимо явиться, как подготовиться к исследованию, непроизводительные затраты рабочего времени значительно возрастают. Поэтому рационализация данного элемента труда медицинского персонала оказывает существенную пользу в работе специалистов поликлиник. Стандартные бланки-направления рекомендуется использовать по определенным видам исследования (приложение 2). Лицевая сторона каждого бланка-направления состоит из двух разделов. В первый раздел медицинская сестра вносит фамилию, инициалы, номер медицинской карты и адрес больного, а также фамилию врача и дату назначения. Вторая часть предназначена для заполнения результатов исследования вспомогательно-диагностических служб. Обратная сторона бланка имеет памятку для больного, включающую сведения о правилах подготовки к исследованию, месте и времени его проведения. Наличие таких бланков полностью освобождает врача от написания направлений, экономит рабочее время медсестры. Бланки-направления необходимо размещать в бланкотеке стола, только в этом случае ими удобно пользоваться.

Значительно экономит рабочее время врача использование заранее заготовленных рецептурных прописей. Установлено, что частота их выписки составляет, например, у врача-отоларинго-

лога в среднем 100—150 на 100 посещений, у участкового врача-терапевта соответственно 200—250. Специально проведенные исследования показали, что врач-отоларинголог оперирует в своей работе примерно 100, а участковый врач 140—160 рецептурными прописями, большая часть из которых используется неоднократно в течение рабочего дня и недели. С учетом изложенного оптимальный объем рецептотеки должен быть рассчитан на 40—60 рецептурных прописей.

При рациональной организации рабочего места требуют решения вопросы сокращения затрат времени на ведение медицинской карты амбулаторного больного, которые занимают в работе врачей основных специальностей не менее 25—30% рабочего времени на приеме. С указанной целью в настоящее время в поликлиниках рекомендуется применять клишированные вкладыши в медицинскую карту (разработаны во ВНИИ СГ и ОЗ им. Н. А. Семашко), позволяющие путем подчеркивания перечисленных в них признаков и вписывания недостающих в специально отведенные строки заметно сократить (на 15—20%) затраты врачей на заполнение медицинской карты. Образцы таких вкладышей для участкового врача-терапевта и врача-отоларинголога приведены в приложении 3. Вкладыши могут печататься типографским способом или путем изготовления резинового клише. В последнем случае они отпечатываются по мере необходимости непосредственно в кабинете врача.

Поддержание функциональных связей врачей на амбулаторном приеме обеспечивается оборудованием рабочих мест средствами связи со всеми основными подразделениями и службами поликлиники: регистратурой, кабинетами врачей-специалистов, заведующими отделением, вспомогательными лечебно-диагностическими кабинетами.

Для вызова пациента в кабинет врача целесообразно применять световую или звуковую сигнализацию. При использовании световой сигнализации у дверей кабинета устанавливается световое табло с надписью «Не входить», которое освещается во время приема пациента, и «Входите», когда врач принял больного и вызывает следующего. На рабочем месте врача в этом случае оборудуется включатель светового сигнала. При втором варианте используется любое переговорное устройство связи, работающее в громкоговорящем режиме (например, ПУ-1).

Таким образом, продуманная организация и обслуживание рабочего места, его оснащение и оборудование с учетом требований эргономики и эстетики, рациональная планировка кабинета должны быть направлены на создание условий для эффективной и качественной работы врача и медицинской сестры, ведущих амбулаторный прием.

Далее рассмотрим в качестве примера особенности организации рабочих мест специалистов терапевтического и хирургического профиля — участкового врача-терапевта и врача-отоларинголога.

Организация рабочего места участкового врача-терапевта

У врача, ведущего амбулаторный прием, рабочим местом является его письменный стол. В настоящее время, учитывая недостатки, связанные с использованием обычных канцелярских столов в работе участковых врачей-терапевтов, предложен ряд функциональных столов.

Хорошо себя зарекомендовал рабочий стол амбулаторного врача, разработанный П. Е. Бейлиным, который используется в поликлинике № 22 г. Киева. Он состоит из четырех прямоугольных досок, три из которых вертикальные, установленные Н-образно, четвертая покрывает их горизонтально (рис. 1). Приборы: магнитофон, микрофон, аппарат Рива—Роччи, стаканы со шпателями и термометрами—«утоплены» в крышку стола, так же размещены стаканы с дезсредствами для хранения термометров, шпателей. Медицинские принадлежности размещены в столе в специально отведенных рабочих зонах. Стол оборудован портативной рецептотекой на 24 кассеты, вмонтированной в передний ящик стола. Для организации рабочего места медицинской сестры предусмотрена откидная доска. Стол может быть рекомендован для использования в поликлиниках, в которых внедрен магнитофонный метод ведения записей медицинской документации.

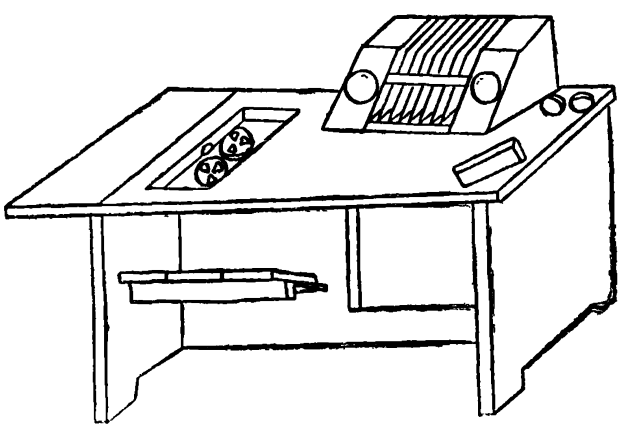


Рис. 1. Рабочий стол амбулаторного врача (разработан П. Е. Бейлиным)

Республиканским центром НОТ и управлением здравоохранения МЗ Латвийской ССР предложен унифицированный стол участкового врача-терапевта, который используется в ряде поликлиник г. Риги (рис. 2). На горизонтальной плоскости стола имеется углубление для тонометра, закрепленного специальной скобой. В ящиках столешницы размещаются направления на обследования и лечение, предметы индивидуального пользования врача и медицинской сестры. Верхний ящик опорной тумбы стола предназначен для кратковременного размещения медицинских карт амбулаторных больных. Доставка медицинских карт в кабинет врача осуществляется с помощью контейнеров, которые комплектуются в регистратуре в порядке очередности приема больных врачом. В качестве контейнера используются настольные картотеки для карт формата А-5, выпускаемые промышленностью. Нижний ящик опорной тумбы указанного стола предназначен для личных вещей врача и медицинской сестры. Данный стол рекомендуется внедрять в работу участкового врача-терапевта, организация труда которого предусматривает использование стандартных направлений на обследования и лечение, доставку медицинских карт в специальных контейнерах.

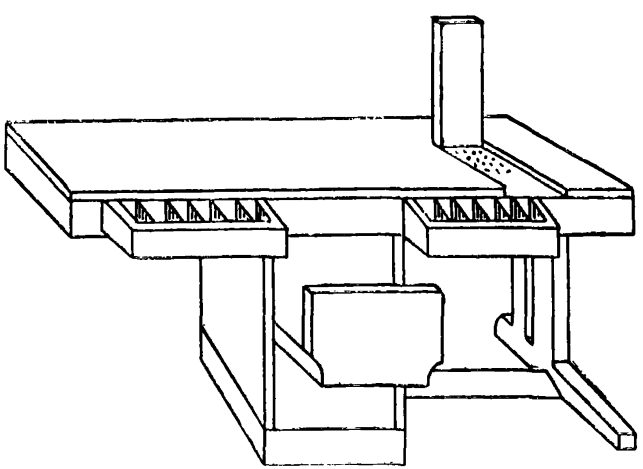


Рис. 2. Унифицированный рабочий стол участкового врача-терапевта

Отделом НОТ работников учреждений здравоохранения ВНИИ СГ и ОЗ им. Н. А. Семашко совместно с Всесоюзным проектно-конструкторским и технологическим институтом мебели предложен рабочий стол врача и медицинской сестры, ис-

пользующих в своей работе клишированные вкладыши для медицинских карт, стандартные бланки-направления, заранее изготовленные рецептурные прописи. Стол имеет несколько большую рабочую поверхность (1280×940 мм) по сравнению с обычным канцелярским столом. Это позволяет за одним столом организовать рабочее место врача и медицинской сестры. Под крышкой стола по средней линии с той и другой стороны расположены два плоских ящика размером 198×512×60 мм, предназначенных для размещения справочной литературы, паспорта участка, канцелярских принадлежностей. Поверхность стола имеет две зоны — для врача и медицинской сестры (рис. 3), дополнительно к столу придается бланкотека-картотека в виде двух тумбочек на колесах. Ящики в тумбочках играют роль емкостей для размещения вкладышей медицинских карт, стандартных направлений, регистратурных бланков, временного хранения медицинских карт, размещения контрольных карт диспансерных больных и т. д. Ящики тумбочек выдвигаются при помощи подвесных шарниров, позволяющих удерживать выдвинутые емкости в горизонтальном положении на всю длину. Наличие от-

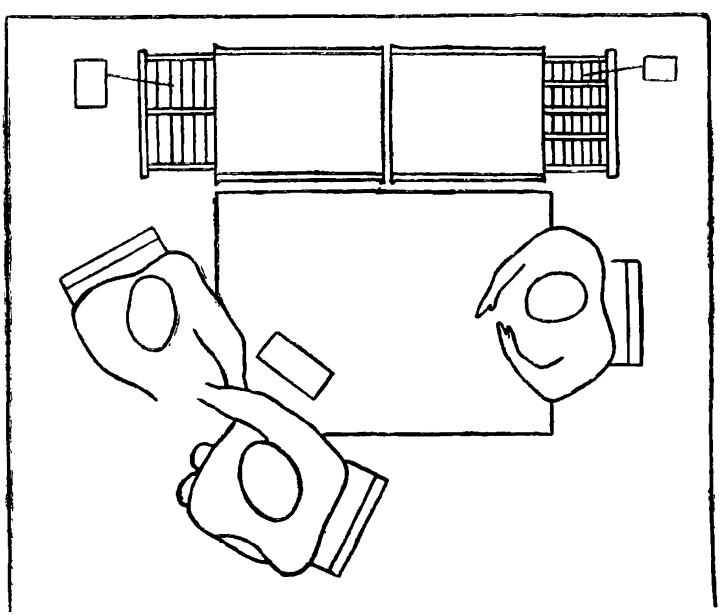


Рис. 3. Рабочая зона врача и медицинской сестры за столом

дельной бланкотеки-картотеки позволяет устанавливать ее в удобное для врача и медицинской сестры место (рис. 4). На поверхности стола имеется специальное приспособление для крепления тонометра.

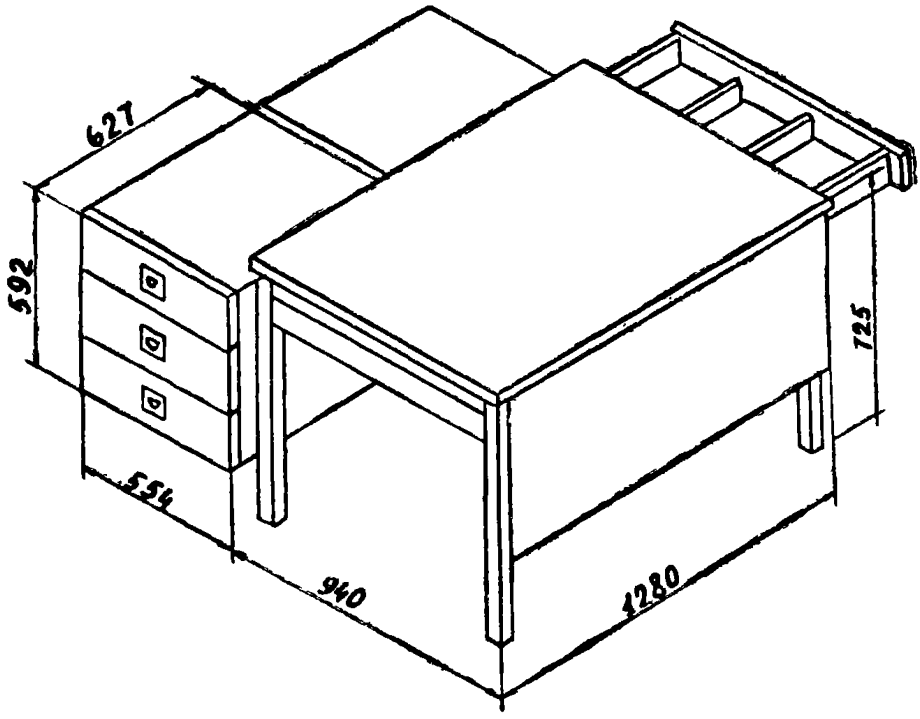


Рис. 4. Стол и бланкотеки-картотеки врача и медицинской сестры

Следовательно, выбор рекомендуемых рабочих столов для участкового врача и медицинской сестры поликлиник зависит от форм и методов организации труда и обслуживания рабочих мест на амбулаторном приеме.

Эстетические и гигиенические требования к оформлению кабинета участкового врача-терапевта устанавливаются в соответствии со СНиП 11—69—78 «Лечебно-профилактические учреждения. Нормы проектирования», согласно которым площадь кабинета должна составлять 12—16 кв. м (при ширине помещения не менее 2,4 м и глубине 4—6 м в условиях одностороннего освещения). Отношение глубины помещения к его ширине должно быть равно не более двум.

Окраска стен может оказывать влияние на восприятие цвета патологических тканей, подчеркивая или, наоборот, маскируя их бледность, цианотичность и т. д. В связи с этим окрашивать

стены помещения предпочтительнее в нейтральные тона, например, светло-серый. Потолок окрашивается в белый цвет, пол в темный. Занавеси на окнах целесообразно иметь желтоватых оттенков, покрытия письменного стола — зеленой гаммы цветов.

Оптимальная температура воздуха в кабинете согласно ГОСТу 12.1.005—76 «Воздух рабочей зоны. Общие санитарно-гигиенические требования» в холодные и переходные периоды года должна находиться в пределах 20—23°С, в теплый период года — 20—25°С при относительной влажности 60—40% и скорости движения воздуха не более 0,2 м/с во все периоды года. Во избежание нарушения теплового равновесия и охлаждения пациентов при физикальном обследовании необходимо, чтобы разница температур воздуха по горизонтали (от наружных стен до любой точки внутри помещения) и вертикали (между полом и высотой 1,5—2 м) не превышала 1—2°С. Кратность воздухообмена в кабинете не менее 1 раза в час обеспечивается использованием естественного проветривания.

Согласно ГОСТу 12.1.003—76 «Шум. Общие требования безопасности» уровень шума в кабинетах не должен превышать 30 дБ, а в помещениях для приема больных на шумных производствах уровни шума не должны превышать 50 дБ.

Бактериальная обсемененность воздуха рабочих помещений должна составлять не выше 4000 колоний на куб. м бактерий и 50 колоний на куб. м представителей гемолитической микрофлоры.

Гигиенический режим помещений предусматривает двухкратную в течение дня влажную уборку.

Характер работы участковых терапевтов требует высоких уровней как естественного, так и искусственного освещения. При этом согласно СНиП 11—4—79 «Естественное и искусственное освещение. Нормы проектирования» нормируемые значения коэффициента естественного освещения (КЕО) составляет 1,5—2,0; искусственная освещенность на уровне поверхности стола должна составлять не менее 300 лк и обеспечивается за счет общего освещения. Учитывая высокие требования к цветоразличению в работе участкового врача-терапевта, в качестве источника света следует отдать предпочтение люминесцентным лампам, имеющим оптимальные цветовые характеристики. Для освещения кабинетов могут быть использованы светильники типа ЛХЕ, ЛДЦ.

С целью создания эстетики рабочих мест в кабинете участкового врача-терапевта необходимо предусматривать озеленение, выполняющее также роль фактора, улучшающего микроклимат.

Организация рабочего места врача-отоларинголога

Кабинет врача-отоларинголога согласно СНиП 11—69—78 организуется в помещении площадью 18 кв. м, имеющем не менее 6 м в длину, что необходимо для исследования слуха у больных шепотной и разговорной речью. Для этих же целей при устройстве кабинета следует предусмотреть хорошую звукоизоляцию. ЛОР-кабинет рекомендуется размещать в двух смежных комнатах, одна из которых предназначена для приема больных, другая — для проведения сложных манипуляций и амбулаторных операций. Новые проекты амбулаторно-поликлинических учреждений на 750 и более посещений в день предусматривают рядом с отоларингологическим кабинетом операционную с предоперационной площадью 22 кв. м (14 кв. м + 8 кв. м).

Оптимальная температура воздуха в ЛОР-кабинете составляет 18—20°С, в теплый период года — до 25°С. Кратность воздухообмена — один раз в час. В случае, если мытье и сушка хирургического инструментария производятся непосредственно в рабочем помещении, кратность воздухообмена должна быть увеличена за счет трехкратной вытяжки в час. При наличии в кабинете вытяжного шкафа, в котором осуществляются работы с биологически активными лекарственными препаратами, оптимальные условия воздушной среды в кабинете могут быть обеспечены естественным проветриванием.

Другие гигиенические показатели воздушной среды соответствуют нормативным для кабинетов участковых врачей-терапевтов.

Одним из неблагоприятных факторов условий труда врачей-отоларингологов является широкий контакт с инфекцией, что подтверждается высоким уровнем заболеваемости специалистов данной профессиональной группы острыми респираторными заболеваниями, выявленным в ходе специального исследования. С учетом этого обстоятельства особое внимание должно быть уделено мероприятиям, направленным на снижение бактериальной загрязненности в рабочих помещениях.

Поверхность стен и потолков должна быть гладкой, допускающей влажную уборку и дезинфекцию. Пол должен быть покрыт водонепроницаемым материалом, легко очищаемым и допускающим частую обработку дезраствором.

Санацию воздуха эффективнее проводить непосредственно в присутствии людей. С этой целью следует использовать метод дезинфекции воздуха бактерицидными лампами. Отечественной промышленностью выпускается настенный бактерицидный облучатель НБО, состоящий из двух ламп (БУВ-30П): верхняя (экранированная) облучает в присутствии людей непосредствен-

но верхнюю зону помещения, далее обеззараженный воздух конвекционными потоками поступает в зону дыхания персонала и пациентов; нижняя (открытая лампа) производит краткое мощное облучение в отсутствие людей в течение 15—20 м. Облучение ею помещения после влажной уборки (до начала работы и в перерыве между сменами) обеспечивает гибель патогенной микрофлоры, играющей важную роль в этиологии острых и хронических заболеваний верхних дыхательных путей. При использовании для дезинфекции УФО стены и потолок помещения должны быть окрашены масляной краской желтоватых тонов, имеющих оптимальный для ультрафиолетовых лучей коэффициент отражения.

При организации рабочего места ЛОР-врача и медицинской сестры большое значение имеет использование эргономически обоснованной мебели. Согласно данным специального исследования, отоларингологи на амбулаторном приеме в сложившихся условиях труда более половины рабочего времени находятся в вынужденных позах. Нефизиологичность поз отоларингологов обусловлена прежде всего спецификой лечебно-диагностического процесса лиц данной специальности. Основные элементы трудовой деятельности при обследовании пациентов и выполнении лечебных манипуляций осуществляются нефиксированными руками при наклоне корпуса вперед на 17—25°. Это вызывает напряжение мышц спины, верхнего плечевого пояса и является существенной нагрузкой для передних отделов шейных и грудных позвонков. Большие пространства обслуживания (зона досягаемости до 1200 мм) вынуждают врача в течение одного приема совершать значительное число наклонов вперед и в сторону (около 450—500). Положение усугубляется нерациональной организацией рабочего места, что приводит к быстрому утомлению различных звеньев опорно-двигательного аппарата, несущих основную нагрузку при данных позах. Это подтверждается многочисленными жалобами, а также показателями состояния сердечно-сосудистой и мышечной систем.

Особенностью труда лиц данной специальности является дефицит двигательной активности: динамический компонент в работе отоларинголога составляет всего 4,7% рабочего времени. В этих условиях большое внимание следует уделять рациональной организации рабочей позы врача и медицинской сестры ЛОР-кабинета. Для этого медицинский персонал кабинета необходимо обеспечить функциональными стульями. Поскольку отоларинголог почти не покидает рабочего места, конструкция рабочего стула должна обеспечивать условия для кратковременного отдыха (поддержание корпуса врача в физиологически рациональ-

ном положении с сохранением естественных изгибов позвоночника, отдых для рук), для чего стул необходимо оборудовать спинкой с подлокотниками.

Стул отоларинголога должен быть подвижным в горизонтальной плоскости с возможностью автоматической фиксации его в нужном положении. Вращение кресла вокруг вертикальной оси опорной конструкции на 180° позволяет приблизить размеры зон досягаемости к оптимальным величинам. Подвижность позы обеспечивается также плоским полумягким сиденьем, покрытым умягченным влагоотталкивающим, неэлектризующимся и воздухонепроницаемым материалом. Из рабочей мебели, выпускаемой отечественной промышленностью, в наибольшей степени указанным требованиям отвечает стул конструкции Волгоградского завода медицинского оборудования.

Рационально организованное рабочее место врача-отоларинголога на амбулаторном приеме включает стол для инструментария (предложен врачом А. Хигером) и функциональный рабочий стол (рис. 5). Стол для инструментария располагается слева от врача. Он обеспечивает отоларингологу удобную позу при осмотре и проведении лечебных процедур. Площадь стола, 1000×600 мм, позволяет рационально разместить все необходимые предметы и средства труда и на нужном расстоянии установить рабочий светильник. Наличие еще одной рабочей площади стола, расположенной ниже и параллельно основной, позволяет своевременно освобождать рабочую зону от отработанного инструментария.

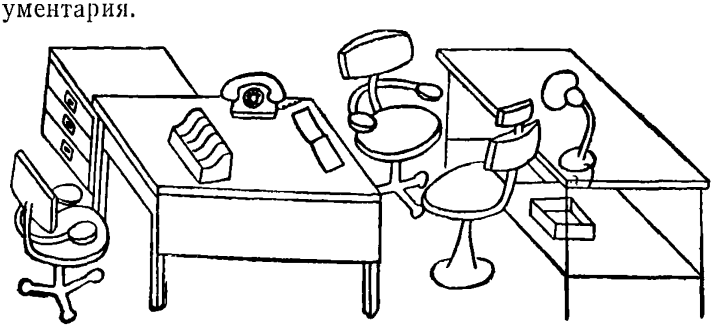


Рис. 5. Рабочее место врача-отоларинголога и медицинской сестры на приеме (инструментальный стол разработан А. Хигером, г. Ленинград)

В качестве рабочего стола врача-отоларинголога целесообразно использовать функциональный стол, описанный в предыдущем разделе (рис. 4). Рабочее место медицинской сестры в этом случае находится за этим же столом, напротив врача. На некотором удалении от рабочего места врача и медицинской сестры

размещается стол для инструментария. Это позволяет медицинской сестре активно помогать врачу в осуществлении лечебно-диагностических процедур, а также выполнять ряд самостоятельных манипуляций, назначаемых врачом. В результате повышается эффективность и объем работы ЛОР-кабинета.

Стул пациента должен быть вращающимся с подголовниками, что позволяет фиксировать голову при выполнении манипуляций и амбулаторных операций.

Специфика работы врача-отоларинголога требует определенной степени затемнения кабинета, что ведет к возникновению контрастов в освещенности предметов окружающего пространства. Вместе с тем при отоскопии, ларингоскопии, оперативных вмешательствах врачу приходится иметь дело с малыми размерами наблюдаемых объектов, что вызывает необходимость яркого освещения поля зрения. Возникающая в этих случаях частая переадаптация органа зрения ведет к снижению зрительной работоспособности, быстрому развитию утомления, а при длительном воздействии — к патологическим изменениям органа зрения. С учетом изложенного, особое внимание должно уделяться рациональному освещению рабочего места. С целью обеспечения благоприятных условий для переадаптации глаза соотношение уровней яркости рабочего места и окружающего фона не должно превышать 1 : 3. Для соблюдения этого требования стены и пол ЛОР-кабинета следует окрашивать в светлые тона, имеющие большой коэффициент отражения. Для более равномерной освещенности, исключения блескости, обусловленной солнечными лучами, ориентация ЛОР-кабинета предпочтительна на север. Для защиты от прямого и отраженного солнечного света необходимо на окнах иметь солнцезащитные устройства (например жалюзи), позволяющие создать в кабинете нужную степень затемнения.

Необходимые уровни освещенности в ЛОР-кабинете создаются с помощью системы комбинированного освещения. На поверхности письменного стола освещенность должна составлять не менее 300 лк. Освещенность зоны обзора при обследовании пациента создается светом, отраженным от рабочего светильника, который располагается на расстоянии 10—15 см от больного и в 60—70 см от врача. В качестве источника света в рабочем светильнике рекомендуется использовать лампы накаливания мощностью 60 Вт в колбе из молочного (матового) стекла, не оказывающего выраженного слепящего действия на орган зрения. Лампы накаливания данной мощности обеспечивают достаточный для осмотра ЛОР-органов уровень освещенности в

700—750 лк. В эксплуатации удобны светильники, прикрепленные с помощью кронштейна или вмонтированные в кресло пациента.

Важное значение в организации рабочего места врача-отоларинголога и медицинской сестры должно отводиться планировке кабинета. На рис. 6 представлено рациональное размещение мебели, необходимых предметов и средств труда медицинского персонала ЛОР-кабинета с учетом эргономических требований, разделения зон деятельности врача, медицинской сестры и потоков движения посетителей.

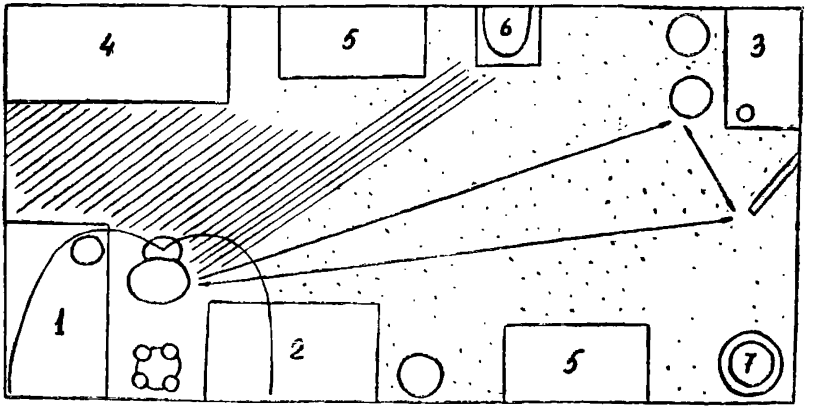
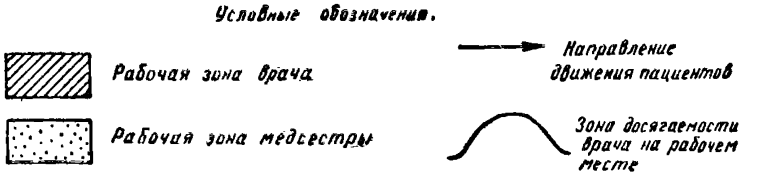


Рис. 6. Схема планировки ЛОР-кабинета:

1 — стол врача для инструментария; 2 — письменный стол врача и медицинской сестры; 3 — стол медицинской сестры для инструментов; 4 — кушетка; 5 — шкафы для инструментария и лекарств; 6 — умывальник; 7 — кресло Барани



Рациональная организация рабочих мест врачей и среднего медицинского персонала амбулаторно-поликлинических учреждений основана на знании специфики трудового процесса, а также соблюдении гигиенических, психофизиологических и эргономических требований к рабочим зонам и условиям труда каждого специалиста. Подбор функциональной мебели, правильное распределение в рабочем пространстве предметов труда, оргоснастки, использование рациональных форм и методов организации труда позволяет избежать загроможденности и беспорядка на рабочем месте, устраняет непроизводительные затраты рабочего времени, уменьшает нарастание утомления. Только комплексное внедрение всех описанных мероприятий позволяет создать необходимые условия для эффективной и качественной работы медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений.

(Разрешается размножить в необходимом для работы количестве)

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПЕРЕЧЕНЬ

нормативных и методических материалов, которые могут быть использованы при проведении мероприятий по рациональной организации рабочих мест и условий труда медицинского персонала амбулаторно-поликлинических учреждений

ГОСТ 12.1.007—76 ССБТ «Вредные вещества. Классификация и общие требования безопасности».

ГОСТ 12.1.005—76 ССБТ «Воздух рабочей зоны. Общие санитарно-гигиенические требования».

ГОСТ 12.1.003—76 ССБТ «Шум. Общие требования безопасности».

ГОСТ 21889—76 СЧМ «Кресло человека-оператора. Общие эргономические требования».

ГОСТ 12.2.032—78 ССБТ «Рабочее место при выполнении работ сидя. Общие эргономические требования».

ГОСТ 12.2.049—80 ССБТ «Оборудование производственное. Общие эргономические требования».

Руководство по выбору цветности и цветопередачи источников света при проектировании искусственного освещения. М.: Стройиздат, 1980.

СНиП 11—69—78 «Лечебно-профилактические учреждения. Нормы проектирования». М.: Стройиздат, 1979.

СНиП 11—4—79 «Естественное и искусственное освещение. Нормы проектирования». М.: Стройиздат, 1980.

СТАНДАРТНЫЕ БЛАНКИ-НАПРАВЛЕНИЯ НА ИССЛЕДОВАНИЯ

Лаборатория поликлиники №

ИССЛЕДОВАНИЕ КРОВИ НА САХАР

Гр. _____
(ф. и. о.)

Адрес _____

Врач _____
(фамилия полностью)

Дата назначения « »_____ 19 г.

Срок выполнения исследования:

Сразу, через месяц (подчеркнуть)

Подпись _____

Результаты исследования

Глюкоза крови — мг %.

Дата исследования « »_____ 19 г.

Анализ произвел _____

П А М Я Т К А

О ПОРЯДКЕ СДАЧИ КРОВИ НА САХАР

1. Предварительно запишитесь в лаборатории с 8.30 до 18.00 (этаж , комната).

2. Кровь сдается натощак с 8.30 до 10.00.

3. Руки должны быть тщательно вымыты.

Лаборатория поликлиники №

ИССЛЕДОВАНИЕ КРОВИ НА ПРОТРОМБИНОВЫЙ КОМПЛЕКС

Гр. _____
(ф. и. о.)

Адрес _____

Врач _____
(фамилия полностью)

Дата назначения « » _____ 19 г.

Подпись _____

Результаты исследования:

Протромбиновый комплекс %

_____

_____

_____

Дата исследования « » _____ 19 г.

Анализ произвел _____

П А М Я Т К А

О ПРАВИЛАХ СДАЧИ КРОВИ НА ПРОТРОМБИНОВЫЙ КОМПЛЕКС

1. Предварительно запишитесь в лаборатории с 8.30 до 18.00 (этаж , комната).

2. Кровь сдается натощак с 8.30 до 10.00.

3. Перед сдачей крови не принимать лекарств — вечером и утром!

ВКЛАДЫШИ В МЕДИЦИНСКУЮ КАРТУ

ОСМОТР ТЕРАПЕВТА (первичный)

Дата _____ Жалобы _____

_____

Анамнез _____

_____

_____

Состояние: удовлетворит., сред. тяжести, тяжелое _____

Кожные покровы: обычные; _____

окраска _____; отечность _____

ожирение I, II, III, IV степени, равномерное _____

Зев: чистый, _____; **миндалины:** не увеличены, _____

Легкие: перкуторный звук — легочный, _____

дыхание — везикулярное, _____

хрипы (сухие, влажные) _____

крепитация, шум трения плевры _____

Сердечно-сосудистая система: АД _____

Пульс _____

Тоны сердца — чистые, _____

Шум (систолический, диастолический) _____

Верхушечный толчок _____

Желудочно-кишечный тракт: слизистые рта обычные, _____

язык — обычных размеров, _____; чистый, _____

влажный, _____

живот — мягкий, (без) болезненный _____

печень в норме, увеличена на _____, (без) болезненная _____

_____

Нервно-психический статус: без изменений, отмечаются явления неврастении, вегетососудистой дистонии _____

Дополнительные данные: _____

_____

_____

Диагноз _____

_____

_____

Назначения _____

_____

_____

_____

_____

_____

Б/л _____ срок _____ **Подпись врача** _____

ОСМОТР ПРИ ВЗЯТИИ ПОД ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Страдает _____ в течение _____ лет, протекающей с обострением _____ раз в год с симптоматикой, характерной для _____ _____ варианта течения _____

_____

Обострение заболевания провоцируется следующими факторами: _____

_____

_____

Из неблагоприятных условий труда и быта, включая вредные условия, привычки, следует назвать: _____

_____

Заболевание поддается терапевтическому воздействию хорошо, удовлетворительно, плохо (подчеркнуть) в условиях _____

Под диспансерное наблюдение взят в связи с неблагоприятным течением и прогнозом заболевания, принадлежностью к ведущим профессиям в народном хозяйстве, молодым возрастом больного, неблагоприятными социально-бытовыми условиями жизни (подчеркнуть).

Жалобы больного: _____

_____

_____

_____

Объективные данные: _____

_____

_____

_____

_____

_____

Данные лабораторно-инструментального обследования и консультаций узких специалистов:

_____

_____

_____

_____

_____

Диагноз: _____

_____

Группа учета: **Трудоспособность:**

Подпись врача _____

П Л А Н

профилактических мероприятий диспансерного больного на 19 г.

Диагноз: _____

Мероприятия	Необходимое вписать, проставить дату			
	1	2	3	4
1. Дата повторной явки				
2. Консультация специалистов				
3. Лабораторно-инструментальное исследование				
4. Оздоровительные: диетпитание трудоустройство профилакторий сан.-курортн. лечение				

Мероприятия	Необходимое вписать, проставить дату			
	1	2	3	4
5. Противорецидивное лечение:				
медикаментозное				
санация очагов				
физиотерапия и ЛФК				
6. Стационарное лечение				

Подпись врача _____

ОСМОТР ДИСПАНСЕРНОГО БОЛЬНОГО

Дата осмотра_____

Жалобы больного: _____

_____

_____

_____

_____

Объективные данные _____

_____

_____

_____

Динамика в течение заболевания _____

_____

_____

_____

Изменения условий труда и быта _____

_____

_____

Диагноз: _____

_____

ВЫПОЛНЕНИЕ ПЛАНА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ

с_____ по_____ 19 г.

Мероприятия	Дата выполнения	Мероприятия	Дата выполнения
1. Своевременность явки: да, нет		4. Оздоровительные (перечислить):	
2. Консультация специалистов (перечислить):			
3. Лабораторно-инструментальные исследования (перечислить):		5. Противорецидивное лечение (перечислить):	
		6. Трудопотери:	

Подпись врача_____

ГОДОВОЙ ЭПИКРИЗ

за 19 г.

Ф. И. О. _____

взят на диспансерное наблюдение в 19 г. по поводу _____

_____

_____

_____

За время наблюдения лечебно-профилактические мероприятия выполнены _____

_____

(да, нет, частично)

Число явок _____ СКЛ _____

Стационарное леч. _____ Абмулаторное леч. _____

Медикаментозное _____ Физиотерапевтическое _____

ЛФК _____ Диетическое _____

Санация _____ Трудоустройство _____

Изменение группы инвалидности _____

Прочие изменения _____

_____

Заболеваемость за 19 г.

Число случаев по диспансерному заболеванию _____

Число дней нетрудоспособности по диспансерному заболеванию _____

Число случаев сопутствующих заболеваний _____

Число дней нетрудоспособности сопутствующих заболеваний _____

Изменение группы наблюдения _____

Заключение: _____

_____

_____

_____

_____

Врач _____ Зав. отд. _____

ОСМОТР ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА (первичный)

Дата _____ Жалобы _____

_____

Анамнез _____

_____

Нос: наружный нос: без изменений; _____

полость носа: без изменений; _____

содержит _____ отделяемое _____, слизистая _____ цвета,

отечна (нет), гипертрофирована, атрофична _____

полипы: имеются, отсутствуют _____

носовые раковины: _____

носовая перегородка: без изменений, искривлена (умеренно, резко) вправо, влево

_____

носовое дыхание _____

Носоглотка: без изменений;

аденоиды 1, 2, 3 степени; другие образования _____

Глотка: без изменений;

слизистая _____ ; **миндалины** (правая, левая) _____

_____

Гортань: без изменений;

_____ ; голос _____

ꙮ **Уши:** без изменений;

наружное ухо (левое, правое) _____

слуховой проход (левый, правый) _____

отделяемое _____

барабанная перепонка: левая — без особенностей, _____

правая — без особенностей _____

слух: шепотная речь слева — _____ м, справа — _____ м;

разговорная речь слева — _____ м, справа — _____ м;

вестибулярная функция: _____

Дополнительные данные: _____

_____

_____

Диагноз: _____

_____

_____

Назначения: _____

_____

_____

Б/л № _____ Срок _____ **Подпись врача** _____

Направляется по адресу института, разработавшего предложения

(полное наименование предприятия, организации,

где заполнена карта)

КАРТА ОБРАТНОЙ СВЯЗИ

к материалам для внедрения (наименование методических рекомендаций, указаний и т. д.)

Методические рекомендации по организации рабочего места врача и медицинской сестры поликлиники

1. Принято к внедрению в практику здравоохранения (где, когда) _____

2. В какой форме предлагается внедрение (совершенствование организации медицинского обслуживания, методов диагностики, лечения и профилактики, будут учтены при составлении приказов и решений по вопросам улучшения условий труда, физиологической рационализации и нормирования труда, здравоохранения, планов социального развития, оздоровительных мероприятий и т. п.) _____

3. Получен ли гигиенический и экономический эффект (привести конкретные данные) _____

4. Информация явилась сигналом для запроса дополнительных материалов, заказа рабочих чертежей или оборудования (нужное подчеркнуть) _____

5. Материалы будут использованы как справочные данные (да, нет) _____

_____

6. Материалы не могут быть использованы по следующим причинам: _____

_____

7. Ваши пожелания _____

_____

Подпись ответственного лица _____

« » _____ 198 г.

gost.e-ecolog.ru
.01.84. Объем 2,5 п. л. Зак. 1176. Тир. 950.

Типография издательства «Московская правда»