1913

NARVA HAIGLA

Газета Sihtasutus Narva Haigla • №2 (24) июнь 2012

В больнице введена должность врача внутреннего контроля

Пилле Летюка.
Руководитель лечебной работы

Главной задачей нового специалиста, врача внутреннего контроля, является осуществление внутреннего контроля с целью обеспечения качества оказываемых медицинских услуг.

В комплекс работ специалиста входит проверка оформления медицинской документации (историй болезни, эпикризов и прочих) на предмет их соответствия законам, внутренним распорядкам, а также предъявляемым Больничной кассой требованиям.

Отдельное важное направление работы – проверка правильности кодирования указанных в истории болезни медицинских действий, манипуляций и самого диагноза. На первый взгляд - для пациента это не столь важно, но при развитии электронной базы данных историй болезни ошибки в кодировании могут привести к определённым последствиям.

Также специалист анализирует истории болезни по существу лечебного процесса: почему не было сделано то или иное действие или, наоборот, зачем сделано что-то необоснованно. Обоснованность лечения – важный аспект лечебного процесса.

Больничная касса как заказчик услуг медучреждений страны периодически заказывает услугу по проверке учреждений на предмет соответствия критериям качества, исполнения договора и установленных регламентов. Результаты выборочных контрольных проверок в зависимости от сути найденных нарушений могут варьировать от рекомендаций до штрафных санкций.

Обязанность любого медицинского учреждения – осуществлять также и внутренний контроль. Нельзя сказать, что контроля до сих пор не было. Он производился силами заведующих клиниками и руководителя лечебной работой. Однако текущая нагрузка на руководителей, занимающихся помимо этого и клинической, и административной деятельностью, не позволяла делать данную работу в желаемом объёме. Появилась потребность в системном подходе при осуществлении этого контроля.

Следующее направление работы – работа с контрольными актами проверок Больничной кассы и аудитов врачебных обществ. Во-первых, акты нужно проанализировать. Во-вторых, больница может оспаривать замечания, указанные в актах, обосновать свою правоту. Эта работа требует немало времени и сил. Да и сроки на оспаривание замечаний достаточно короткие.

Новый специалист также подготавливает обобщения, где указываются характерные ошибки и замечания. Ошибки бывают, так сказать, человеческие, а бывает, имеют системный характер. В последнем случае меняется или корректируется система. В любом случае информация должна доводиться до всех врачей больницы во избежание подобных ошибок или недочётов в будущем.

Четвёртое направление работы – работа с жалобами, точнее, проведение анализа по информации, указанной в жалобе. Далее резюме передаётся администрации для ответа и принятия решений.

Пятый блок – проведение внутреннего аудита по конкретной тематике по заданию администрации.

Имя врача внутреннего контроля Нарвской больницы – Светлана Андреева.

День открытых дверей для будущих врачей

30 марта Нарвская больница принимала делегацию студентов Тартуского университета, будущих врачей. Целью мероприятия было развитие взаимоотношений между студенческой гильдией и больницей, задача – познакомить будущих врачей с Нарвой и её больницей.

Ни для кого не секрет, что в Эстонии существует реальная проблема с медицинскими кадрами. И дело не в том, что молодые люди не хотят учиться на врачей, и не в том, что их мало готовят, а в том, что у наших соседей в Скандинавских странах заработная плата выше в разы. Уезжают молодые врачи, уезжают и опытные, кто не поленился выучить финский или шведский языки.

Кадровая проблема остро стоит и в Нарвской больнице. Новые кадровые подпитки со стороны восточного соседа не предвидятся по независящим от нарвитян причинам. Выпускники Тартуского университета в Ида-Вирумаа тоже не торопятся.

Кадровая проблема на уровне государственной политики не решается. В условиях либеральной экономики и свободного рынка труда каждой больнице приходится пытаться решать эту проблему самостоятельно. В этой ситуации Нарвскую больницу на сегодняшний день спасает кадровый задел, созданный в 70-80-е годы прошлого века. Пока…

Пилле Летюка. Руководитель лечебной работы.

В Нарвской больнице разработана стратегия, план действий с целью привлечения новых врачей. Ситуация со средним возрастом наших врачей известна. Врачей становится меньше. Новые врачи не приходят.

При составлении стратегии руководящий состав больницы провёл целый ряд мероприятий - два мозговых штурма по этой тематике, разные обсуждения, формулирование текста стратегии и т.д. Одно из выбранных направлений действий – выстраивание отношений с обществом студентов медицинского факультета Тартуского университета (Eesti Arstiteadusüliõpilaste Selts). Сотрудничество мы начали налаживать, приняли приглашение и побывали на дне рождения студенческой организации. Там было дано ответное приглашение на посещение Нарвской больницы, что и произошло в конце марта.

Так родилась идея проведения Дня открытых дверей. Программа двух дней включала в себя теоретическую конференцию о Нарвской больнице с презентацией и экскурсию по больнице. Студентам был предоставлен широкий спектр информации о больнице, о действиях, предпринимаемых для обеспечения качества оказания медицинских услуг на должном уровне. Далее 42 студента были разбиты на 3 группы и отправились на двухчасовую экскурсию по больнице. Экскурсии получились интерактивными, так как вопросов у будущих врачей было немало, а эмоции от увиденного и услышанного позитивными.

Культурная программа включала в себя вечерние соревнования по боулингу. В соревновании участвовала и смешанная команда (студенты + представители администрации больницы). Смешанная команда выиграла, что можно гипотетически считать хорошим заделом на будущее. Утром в течение 1,5-часовой автобусной экскурсии гости смогли получить общее представление о городе, а за 2 часа познакомиться с Нарвским замком.

Остаётся надеяться, что слова, сказанные гостями Нарвы и Нарвской больницы при расставании, были искренними: ожидания от поездки в Нарву превысили реальность кратно в разы; и слова благодарности не компенсируют положительную энергию, полученную здесь.

Что Нарвская больница может предложить будущим врачам в контру финским зарплатам?

П.Л. Не все уедут. Есть в жизни ещё кое-что, помимо зарплаты.

В чём привлекательность Нарвы? Чем мы можем взять?

П.Л. В материальном плане мы, конечно, не можем соревноваться с нашими северными соседями. Но у нас есть то, чего нет у части общих больниц в Эстонии – надежда, что мы останемся существовать и в будущем. Более маленькие больницы по стране не имеют такой уверенности.

Во многом привлекательность для будущих врачей зависит от нас самих. Молодые врачи предпочитают работать в развивающейся больнице, где уровень медицинской помощи соответствует сегодняшним требованиям.

Немаловажно, что город до сих пор шёл навстречу, давал врачам административное жильё (квартиры).

Какие ещё действия предпринимаются?

Сейчас в Эстонии начинает развиваться практика помощника врача (abiarst). В закон внесено необходимое изменение. Помощником врача может быть студент, закончивший 4-ый курс медицинского факультета университета. Это не студенческая практика и не резидентура, а работа в летние каникулы, оплачиваемая работодателем. В прошлом году у нас трудился один студент, в 2012 – уже шесть.

Однако существует проблема – пока нет чёткого определения статуса помощника врача. Не определены его полномочия - что он имеет право делать и что нет. Вести приём не могут, выписывать рецепты не могут, самостоятельно делать медицинские манипуляции не могут. Нет прав, обязанностей и ответственности. В связи с этим сфера их деятельности весьма ограничена. Цель задумки хорошая: снизить нагрузку врачей в летний отпускной период, дать будущим врачам «понюхать» реальной медицинской жизни, дать понять, что больницы есть не только в медицинских столицах, Таллинне и Тарту.

Но получается так, что помощник должен быть прикреплён к какому-то врачу или врачам. Но помощник – не практикант и не резидент, и за эту работу врачу, соответственно, государство сегодня не платит вознаграждение. Вся нагрузка ложится на больницы и врачей. Сегодня студенты хотят расширить полномочия помощника врача, чтобы он мог самостоятельно делать часть работы, реально участвовать в лечебном процессе в разумных пределах, а не помогать врачу заполнять бланки и истории болезней.

Да, мы имеем дополнительные расходы. Но у нас нет другого пути – ситуация с кадрами сложная. Если мы ничего делать не будем, то ничего и не получим.

Как государство участвует в разрешении данной кадровой проблемы?

Разговоры о вариантах оплаты труда помощников врачей идут. Больницы эту тему перед министерством поднимают. Но пока реальных решений нет.

Narva Haigla • №2 (24) июнь 2012

22-й Европейский конгресс акушерства и гинекологии

В конгрессе, состоявшемся 9-12 мая в Таллинне, приняли участие три гинеколога Нарвской больницы: Людмила Иващенко, Любовь Шабарова и Александр Мишенков.

Столь значительное мероприятие в Эстонии, да и во всей Прибалтике, проведено впервые. Открыла конгресс его сопредседатель и председатель Общества гинекологов Эстонии профессор Тартуского университета Хелле Карро. С приветственным словом выступил министр социальных дел Эстонии Ханно Певкур.

Программа конгресса была очень разнообразной и насыщенной. Кроме пленарных заседаний в конференц-зале Nokia, одновременно работали пять семинаров по онкогинекологии, лапароскопической гинекологии, акушерству, репродуктивной и эндокринной гинекологии, урогинекологии. Участники могли выбрать интересующую их тему. Доклады и сообщения были также очень разнообразными. Это аналитические, обзорные сообщения, научные открытия, чисто практические разработки, казуистические случаи в медицине.

Проблемы и заботы у всех коллег примерно одинаковые: снижение рождаемости, увеличение частоты кесаревых сечений, акушерские кровотечения, нарушения фертильности, расширение малоинвазивных операций. Было интересно узнать, как их решают в разных странах, сравнить со своими показателями, взять «на вооружение» разработки ведущих клиник Европы.

Как часто бывает, самые интересные сведения мы получали от коллег в кулуарах конгресса. Ничего не может заменить живой диалог и общение. Очень приятно было внимание к нам со стороны коллег из Тарту, Таллинна и Кохтла-Ярве.

Интересна и разнообразна была и культурная программа. Работа конгресса заканчивалась в 18-19 часов. В первый вечер нам представили музыкально-хореографическую композицию из истории Эстонии, на следующий день мы прослушали симфонический концерт Tallinna Simfonietto с премьерой Antarctic Concerto Пеэтера Вяхи.

Но самым интересным и неожиданным стал вечер эстонского танца в исполнении более чем дюжины эстонских женщин-гинекологов, одетых в красивейшие национальные костюмы. Сначала они исполнили танец на главной сцене, а спустившись с неё, стали обучать эстонским танцам всех желающих. Увидеть в задорных танцах профессора Хелле Карро, директора Тартуской женской клиники Айвара Эренберга, ведущего гинеколога Юлле Кадастик, дорогого стоит. Позже выяснилось, что репетиции продолжались два месяца. Но старания тартуских коллег не пропали даром. Надо было видеть лица и живое участие в танцах участников конгресса со всей Европы!

Полученная полезная информация пригодится в нашей практической деятельности, а прекрасные впечатления останутся в наших душах.

Александр Мишенков,
заведующий
Женской клиникой

На учебу в Швейцарию...

В конце декабря 2011 года мне довелось побывать на учебе в Швейцарии. Альпы, Цюрих... Одни названия чего стоят... Поэтому, когда фирма Olympas предложила пройти тренировочный курс по новой методике лапароскопической операции в Баденском кантональном госпитале, согласился не раздумывая.

Учебу проводил профессор Michael K.Hohl. Им разработана собственная методика тотальной атравматической лапароскопической гистерэктомии, проще говоря, лапароскопического удаления матки. Методика мало отличается от общепринятой, но в умелых руках автора она выглядела протрясающе. Сорок пять минут и операция закончена!

Обучение проходили семь врачей из шести стран Европы. Малочисленность группы позволяла активно участвовать в обсуждении, задавать вопросы, хорошо видеть все детали операции. Одно дело смотреть видеофильм операции и совсем другое - следить за ней «вживую».

Прошло ровно полгода. Если за весь 2011 год в Нарвской женской клинике было сделано 25 лапароскопических гистерэктомий, то за неполные полгода 2012-го уже тридцать, причем семь операций – тотальной гистерэктомии, которую ранее в Нарве не делали.

Значительно активнее стали оперировать ВСЕ врачи акушерско-гинекологического отделения. Мы действительно вышли на хороший современный уровень лапароскопической гинекологии, что гарантирует пациентам из Нарвы и Ида-Вирумаа получение необходимой помощи в Нарвской больнице!

Жаль только, что Швейцарию посмотреть не удалось. Кантональный госпиталь расположен в сельской глубинке, да и общее пребывание в стране продолжалось чуть более суток. Вот такие современные темпы. Но главное другое - если каждая поездка на учебу будет приносить реальную пользу больнице и пациентам, то от этого выиграют все.

Александр Мишенков,
заведующий
Женской клиникой

Наш юбиляр!

13 июня отметила свой юбилей гинеколог Женской клиники Любовь Шабарова. Мало кто из врачей имеет в своей трудовой книжке единственное место работы – Нарвская больница. Любовь Ивановна имеет такую уникальную запись! С 1976 года по настоящий день она работает в больнице, и как работает! Десятки самых сложных операций ежегодно! Ей характерны высокая квалификация, профессионализм, выдержка и самообладание в самых сложных ситуациях. Поздравляем Любовь Ивановну Шабарову со знаменательной датой в жизни, желаем хорошего здоровья и самочувствия, удачи и успехов!

Коллектив Женской клиники.

Лечение боли

1 июня в поликлинике Нарвской больницы состоялась лекция врача из Норвегии Аре Норманна. Доктор Аре Норманн работает директором хосписа в клинике Lovisenberg, с которой уже много лет сотрудничает Нарвская больница. Одновременно доктор Норманн является руководителем мобильной группы паллиативного лечения. На лекцию были приглашены все врачи города. Тема лекции - лечение боли.

Лечение боли является важной частью паллиативного лечения. Паллиативное лечение является составной частью более широкого понятия – паллиативной помощи. Паллиативная помощь - это подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов и их семей, столкнувшихся с проблемами угрожающего жизни заболевания, путем предотвращения и облегчения страданий благодаря раннему выявлению, тщательной оценке и лечению боли и других физических симптомов, а также оказанию психосоциальной и духовной поддержки.

Термин «паллиативный» происходит от латинского «pallium», что имеет значение «маски» или «плаща». Это определяет содержание и философию паллиативной помощи: сглаживание-смягчение проявлений неизлечимой болезни и/или укрытие плащом - создание покрова для защиты тех, кто остался «в холоде и без защиты».

Паллиативное лечение сегодня становится всё более актуальной темой теперь и в Эстонии, на него стали больше обращать внимание. Создаются кабинеты боли, в крупных клиниках есть службы боли. Но необходимо заметить, что такой отдельной медицинской специальности не существует. К примеру, доктор Аре Норманн – онколог.

Если графически изобразить лечебный процесс и паллиативное лечение при тяжёлых заболеваниях, то в начале мы увидим доминирование лечебного процесса, далее он идёт уже параллельно с паллиативным, а в конце пути доминирует паллиативное лечение. Речь идёт о тяжёлых системных заболеваниях и в первую очередь при онкологии.

В ходе лекции нарвским врачам рассказывали, как принимаются решения о лечении боли у онкологических больных в Норвегии. Доктор Аре Норманн поделился личным опытом, в частности, о практике использования морфина, минуя более слабые обезболивающие. «Лестница лечения боли» ВОЗ определяет три этапа лечения боли по ходу её нарастания: в начале нестероидные противовоспалительные средства и «парацетамол», вторая ступень – слабые наркотические препараты («трамадол» и пр.) и только после этого сильный наркотик («морфин» и пр.). Норвежские коллеги считают более целесообразным использовать на второй ступени малые дозы сильного наркотика, чем большие дозы слабого.

Отношение к «морфину» и в Норвегии, и у нас схожее – люди боятся «морфина» как сильного наркотика, к которому вырабатывается привыкание. Здесь мы имеем дело с недопониманием состояния и печальных перспектив больного, испытывающего сильнейшие боли. Люди хотят оставить «морфин» как бы в запасе, на снижение болевых ощущений на потом, когда боль будет ещё более сильной. Норвежский коллега рекомендовал не бояться «морфина», и в период усиления боли увеличивать его дозу.

Больничная касса проверила Детское отделение и указала. Семейным врачам и родителям есть о чём задуматься

Татьяна Тимакова
Педиатр детского отделения
Клиники внутренних болезней

В ходе выборочной проверки Больничной кассы было изучено 45 историй болезни нашего отделения. В результате этой проверки выделили 13 историй, в отношении которых замечания были одинаковыми:

- пациенты не должны были находиться в больнице;
- обследование и лечение должно было осуществляться амбулаторно семейным врачом;
- ребёнок в стационар в плановом порядке должен поступать с предварительным диагнозом, установленным семейным врачом на основании предварительных обследований (сонография, гастроскопия, эхография и пр.).

Все эти истории болезни относятся к пребыванию в отделении плановых пациентов, направленных к нам семейными врачами. Таких историй болезни в ходе проверки оказалось 29 процентов.

Подход Больничной кассы ясен - стратегический курс на уменьшение расходов на стационарное лечение и перераспределение нагрузки на семейных врачей. Данный подход Больничной кассы полностью соответствует современным представлениям и принципам оказания медицинской помощи.

Справка: *семейные врачи имеют свой фиксированный бюджет в соответствии с количеством зарегистрированных у них застрахованных людей (за незастрахованных в БК не получают).*

По-человечески я людей понимаю. Легче и проще обследовать и получить лечение ребёнку в стационаре, чем записываться и приходить на приём к семейному врачу, потом работающим родителям мотаться по клиникам от 2 до 4 недель по обследованиям, когда всё это можно сделать в одном месте и сразу. Диагноз можно поставить за 1-2 дня, и сразу приступить к лечению. Но у Больничной кассы другой подход: если обследование может делать семейный врач, то он это и должен сделать, не прибегая к услугам стационара, так как стоимость койко-дня в детском отделении большая.

Лично я считаю, что ребёнок не должен проходить через все эти круги, испытывая недомогание. Но это моё мнение… Экстренных пациентов, с болями и/или опасными симптомами, мы, безусловно, госпитализируем сразу.

На основании выводов акта проверки старший врач отделения теперь должен лично принимать решение о госпитализации ребёнка, направленного в больницу в плановом порядке, или отказывать родителям в этом, отправляя их обратно к семейному врачу.

Есть и другая практика, когда родители напрямую без направления семейного врача привозят ребёнка в больницу, аргументируя это тем, что к врачу не попасть (врач в отпуске, командировке, на учёбе и т.п.). До сих пор мы таких пациентов принимали, но после акта проверки нам придётся более строго подходить к подобным ситуациям.

Думаю, необходимо провести разъяснительную работу среди семейных врачей, чтобы они были в курсе требований БК. Разумно, чтобы до направления в больницу семейные врачи всё-таки проводили хотя бы в минимальном объёме предварительное обследование, подтверждающее предполагаемый диагноз. Надеюсь, что и родители из этого материала поняли суть происходящего. Мы всегда готовы помочь, но существуют правила, которым мы обязаны следовать.

Пилле Летюка.
Руководитель лечебной работы

Тенденция современной медицины – уменьшение удельного веса стационарной и увеличение амбулаторной помощи. Стационарная помощь должна быть четко обоснованна состоянием пациента и по возможности быть короткой по времени.

По большому счёту плановое лечение детей в стационаре Нарвской больницы с одной только целью обследования не должно иметь массового характера. Если семейный врач на основании обследования определил у ребёнка серьёзный порок, патологию, то следующий этап – консультация детского узкопрофильного специалиста в клинике более высокого уровня.

Другое дело, когда по состоянию здоровья ребёнок не может обследоваться амбулаторно. Тогда его надо направлять к нам.

Как и прежде, без ограничений принимаются пациенты в экстренном порядке, когда существует реальная угроза здоровью и жизни ребёнка, а также на плановое лечение широкого круга заболеваний с обоснованно поставленным семейным врачом диагнозом, если на то есть аргументированное основание.

Если говорить откровенно, то до сих пор мы часто шли навстречу семейным врачам и пациентам, закрывая глаза на существующие правила. По статистике, в Нарве пациенты-дети чаще и дольше всех в Эстонии в среднем находятся в больнице на лечении.

На основании проведённых обследований у семейного врача есть несколько возможных вариантов дальнейших действий. Все зависит от результатов. Ребенка можно направить на консультацию к нашему педиатру на амбулаторный прием, к узкому специалисту-педиатру в Таллинн или Тарту, направить на стационарное лечение или наблюдать ребенка дальше самому. Также существует возможность консультироваться с педиатром по телефону – это общепринятая практика.

Но в любом случае направление должно содержать чётко сформулированный вопрос или цель консультации, лечения.

Также хочу заметить, что больница – не лучшее место для ребёнка. Помимо психологического дискомфорта, стресса, как в любом медицинском учреждении, существует опасность инфицирования от других пациентов (дети находятся не в боксах, а в палатах). Больница – очаг инфекций. Неслучайно работа медиков считается одной из опасных для здоровья. Я не являюсь противником лечения в больнице. Но как в любом деле к этому надо относиться достаточно разумно.

Хочу поделиться мыслью, почему за последние 20 лет резко упало количество пациентов в стационарах по всей республике. Пришло понимание того, что в больнице надо лечить острые состояния и в максимально короткие сроки. Этим руководствуются по всей Эстонии и за её пределами. В этом направлении мы не можем и не должны выделяться. Но, к сожалению, в нашем регионе понимание этого подхода населением пока не воспринимается в должной степени. В этом направлении и пациентам, и семейным врачам, и нам есть ещё над чем работать. Ожидания и требования всех участников процесса не должны быть завышенными!

Уважаемые родители, если вашего ребенка не госпитализировали, это не означает, что его лишили лечения. Обоснованностью стационарного лечения, как правило, является состояние пациента, а не проведение обследований. Стационарное лечение во всем мире является малой частью комплекса лечебного процесса.

Детское отделение Нарвской больницы

Отделение функционирует на 20-ти койках. Госпитализируются дети в возрасте от 3-х дней и до 16 лет. Лечатся дети с патологией органов дыхания, заболеваниями органов пищеварения, сердца, почек, крови, эндокринной системы (сахарный диабет, гипотиреоз), дети первого месяца жизни. В отделении ведутся современные диагностические и лабораторные обследования.

Диагностика : сонография, эндоскопия, колоноскопия, рентгендиагностика, эхокардиография сердца.

Контактные телефоны:

Реэт Вялья, старший врач детского отделения, тел. 35 718 29.

Татьяна Тимакова, ординатор, тел. 35 718 31.

Лидия Сиземская, ординатор, тел. 35 718 31.

Запись на прием педиатра (также выполняет функцию аллерголога) по направлению семейного врача по телефонам регистратуры: 35 72778 и 35 72779.

Аллергопробы проводятся по вторникам с 15:30 до 19:30.

Действия после укуса клеща

Одной из опасностей укуса клеща является его неощутимость: слюна клеща содержит обезболивающие вещества и антикоагулянты, разжижающие кровь.

Заболевания, переносимые через укусы клещей: болезнь Лайма (клещевой боррелиоз), марсельская лихорадка и клещевой вирусный энцефалит.

Болезнь Лайма, или клещевой боррелиоз, - острое, переходящее в хроническое бактериальное заболевание. Характеризуется высыпаниями на коже, которые распространяются от места укуса клеща, поражением нервной системы, сердца и суставов. Болезнь может не проявляться от нескольких часов до 1 года.

Клещевой энцефалит, как острое вирусное заболевание, поражает нервную систему, протекает с интоксикацией организма и лихорадкой. Инкубационный период болезни после укуса клеща длится от нескольких часов до 26 дней. Признаки заболевания: температура 38-40°С, головная боль в лобной части, головокружение, боли в области мышц шеи, конечностей, тошнота и рвота.

Заболевания, вызванные укусами клещей, могут протекать тяжело, и даже стать причиной смерти или инвалидности.

Что делать при укусе клеща?

Если вы обнаружили на теле укус клеща, попробуйте самостоятельно извлечь его. Только в том случае, если у вас это не получилось, обратитесь в отделение экстренной медицины (приемный покой) ближайшей больницы.

Клещей удобно удалять изогнутым пинцетом или хирургическим зажимом, в принципе подойдет и любой другой пинцет. При этом клеща нужно захватить как можно ближе к хоботку, затем его аккуратно подтягивают, при этом вращая вокруг своей оси в удобную сторону. Обычно через 1-3 оборота клещ извлекается целиком вместе с хоботком.

Если под рукой нет ни пинцета, ни специальных приспособлений для удаления клещей, то клеща можно удалить при помощи нитки. Прочную нитку завязывают в узел как можно ближе к хоботку клеща, затем клеща извлекают, медленно раскачивая и подтягивая его вверх. Резкие движения недопустимы - клещ разорвется.

После извлечения клеща обработайте место укуса антисептическим средством для кожи и заклейте пластырем.

Удаление клеща необходимо производить с осторожностью, не сдавливая его тело, поскольку при этом возможно выдавливание содержимого клеща вместе с возбудителями болезней в ранку. Важно не разорвать клеща при удалении - оставшаяся в коже часть может вызвать воспаление и нагноение. При этом стоит учесть, что при отрыве головки клеща процесс инфицирования может продолжаться, так как в слюнных железах и протоках присутствует значительная концентрация вируса клещевого энцефалита.

Если при извлечении клеща оторвалась его головка, которая имеет вид черной точки, место присасывания протирают тампоном, смоченным спиртом, а затем удаляют головку «стерильной» иглой (предварительно прокаленной на огне) так, как вы удаляете обычную занозу.

В течение следующих после укуса клеща дней обращайте внимание на самочувствие: при необходимости обратитесь к семейному врачу или врачу-инфекционисту. Врач-инфекционист ведёт приём по направлению семейного врача.

Следует иметь в виду, что вероятность заболевания клещевым энцефалитом, клещевым боррелиозом и другими инфекциями, передаваемыми клещами, зависит от количества инфекции, проникшей при «укусе» клеща (то есть времени, в течение которого клещ находился в присосавшемся состоянии) – чем раньше вы удалите впившегося паразита, тем лучше.

Обращаем внимание пациентов на следующую информацию:

- в приёмном покое при необходимости вам помогут удалить клеща;
- лабораторный анализ клещей в Эстонии не производится, поэтому нет необходимости его привозить на анализ в медучреждение;
- в течение следующих после укуса клеща дней обращайте внимание на самочувствие, при необходимости обратитесь к семейному врачу .

Как защитить себя от укусов клещей?

1. Собираясь на прогулку, выбирайте одежду, на которой можно было бы легко заметить клещей. Не забудьте про головной убор.
2. Помните, что преимущественно клещи обитают на невысоких кустах и сухой траве.
3. Не забывайте время от времени осматривать свою одежду. По возвращении домой осмотрите свое тело (шею, область за ушами, затылок, подмышки, живот, внутреннюю сторону кистей и бёдер).
4. Для защиты от клещей можно использовать специальные отпугивающие клещей средства (аэрозоли). Следует соблюдать несколько правил:
- все средства от клещей наносить только на одежду, надёжных противоклещевых средств, наносимых на кожу, нет;
- средство действует 3-4 часа, при необходимости следует нанести повторно;
- детям до 5 лет аэрозоли применять нельзя в силу токсичности этих веществ.
5. Защититься от клещевого энцефалита можно с помощью прививки. Прививку можно делать детям старше 2-х лет при условии, что в течение месяца до процедуры ребёнок был здоров.

11 мая 2012 года состоялась II Весенняя нарвская сестринская конференция Нарвской больницы

В программе конференции было подведение итогов ежегодного конкурса на звание «Лучшая сестра-2012», а также содержательная часть – Вторая сестринская конференция.

Главная сестра Нарвской больницы Елена Зеленюк.

Конкурс «Лучшая сестра-2012»

Конкурс на звание лучшей сестры проводится в Нарвской больнице уже второй год. На основе опыта прошлого года были внесены изменения в правила проведения конкурса. Так, если раньше решение принималось тайным голосованием на основе, так сказать, личных симпатий-антипатий, то в этом году подход был принципиально другой.

Конкурс состоял из двух туров. Первый – на основании субъективной оценки коллег. В голосовании принимал участие весь персонал клиник. Каждый мог отдать голос только одной сестре. Далее, во втором туре, среди лидеров, набравших наибольшее количество голосов, администрация клиник и отделений проводила оценку профессиональных качеств сестёр по специально разработанным критериям. Критерии оценки профессиональных качеств сестры были разработаны нами самостоятельно, и состоят из 15 пунктов. Результаты соответствия этим критериям и итоги опроса (15-й пункт) суммировались. Таким путём определялся победитель.

Критерии оценки составлены так, что недостаточное количество баллов только по одному из 14-ти пунктов могло привести к потере лидерства. К примеру, высокая оценка за стремление к саморазвитию и повышению образовательного уровня могла быть уменьшена за «нестремление» делиться приобретённым опытом и знаниями с коллегами. И такой феномен не удивителен, так как медицина есть дело коллективное.

В конкурсные комиссии входили представитель администрации, заведующий клиникой, старшая сестра. В этом году изменилось и количество номинаций - с 20-ти в прошлом году до 9-ти в 2012. Конкурс проводился по 9-ти профильным и профессиональным группам с примерно одинаковым количеством персонала. Малочисленные отделения, такие как лаборатория, радиология, патология, вошли в одну общую группу.

Хотелось бы ещё отметить следующее: если в прошлом году результаты голосования по подразделениям дали нам достаточно плотные группы лидеров (баллы по тайному голосованию), то в этом году были явные лидеры. Можно предположить, что сотрудники более ответственно отнеслись к данному мероприятию.

Помимо денежного вознаграждения, важным является и моральная составляющая. Для любого человека оценка его качеств, в данном случае коллегами, очень важна. Это вопрос повышения планки самооценки или её подтверждения. Условия конкурса позволяли оценить широкий спектр качеств, что придало результатам высокую значимость. Признание коллег дорогого стоит!

Сестринская конференция

Так же как и конкурс, конференция проходила во второй раз. В каждом подразделении самостоятельно определяли, кто и по какой тематике будет выступать, представлять себя и своих коллег.

Подразделения больницы между собой взаимодействуют, но не всегда коллеги в курсе определённых тонкостей, специфических моментов в рабочем процессе. Обмен информацией о методиках, подходах представляет определённый интерес. Знания не бывают лишними. Да и овладение навыками делать презентации, учиться сжато, корректно и информативно доносить знания и информацию само по себе важно и полезно.

Если говорить об обратной связи, то есть подтверждение тому, что и темы, и содержание докладов участникам конференции понравилось. Очевидно, уровень докладов был разным. Но уверена, что всему можно научиться. Ради этого обучения, собственно, мы и стали проводить конференции – нужно учиться не только слушать-воспринимать знания, но и овладевать искусством, позволяющим донести информацию другим.

Если подвести черту мероприятиям конференции, то со всей уверенностью могу дать им положительную оценку и считать проделанную работу успешной. Лучшим подтверждением успешности мероприятия был полный зал сестёр…

Победители конкурса «Лучшая сестра больницы 2012»:

Татьяна Волчкова – отделение скорой помощи Клиники экстренной медицины

Анна Хорст – отделение анестезиологии и интенсивной терапии Клиники экстренной медицины

Светлана Кулькова – травматологическое отделение Хирургической клиники

Ирина Кузнецова – отделение родовспоможения и гинекологии Женской клиники

Юлия Елисеева - терапевтическое отделение Клиники внутренних болезней

Вера Григорьева - терапевтическое отделение Клиники внутренних болезней

Анна Назарова – Отделение восстановительного лечения

Наталья Фёдорова – поликлиника

Галина Секирина - лаборатория

Доклады Второй сестринской конференции:

«Магнитнорезонантсная томография. Показания и противопоказания». Инга Иванова, отделение радиологии

«Преаналитический этап в лабораторных методах исследования». Ольга Гудкина, лаборатория

«Чреспищеводная эхокардиография (трансэзофагиальная)». Светлана Бужина, Клиника внутренних болезней

«Уход за ранами и лечение ран в хирургическом отделении Нарвской больницы». Елена Вялова, Хирургическая клиника

«Перелом шейки бедра в контексте сестринской деятельности». Ольга Барсукова, Хирургическая клиника

«Ударно-волновая терапия». Ирина Абрамович, Отделение восстановительного лечения

«Агрессивный пациент». Елена Кангас, психиатрическое отделение Клиник внутренних болезней

«Школьное здравоохранение». Елена Зорин, Катрин Конго, школьные сёстры.

Критерии оценки сестёр конкурса «Лучшая сестра-2012»

1. Стаж работы в больнице не менее 3 лет (0/1 балл)
2. Умеет себя выразить на государственном языке как устно, так и письменно (0-5 баллов)
3. Стремится обучаться – участвует в различных курсах, предпочтительно высшее прикладное образование (0-5 баллов)
4. Активно участвует в сестринских конференциях, делает доклады (0-5 баллов)
5. Стремится к саморазвитию и делится новыми знаниями с коллегами (0-5 баллов)
6. В дополнение к повседневной работе занимается руководством практикантами и новыми коллегами (0/1 балл)
7. При необходимости готова к ротации между отделениями (0/1 балл)
8. Владеет различными практическими навыками (0-5 баллов)
9. Умеет в своей работе использовать компьютер (0-5 баллов)
10. В повседневной работе готова прийти на помощь, дружелюбна, обязательна, внушает доверие, готова к инновациям, адекватно реагирует на нагрузки (0-5 баллов)
11. Готова к командной работе, знает свои должностные обязанности, позитивна в общении с окружающими, хорошо общается как с коллегами, так и с пациентами и их родственниками (0-5 баллов)
12. Вносит предложения по улучшению работы отделения, клиники (0/1 балл)
13. Принимает участие в работе групп по разработке различных руководств и инструкций (0/1 балл)
14. Имеет опрятный внешний вид, включая отсутствие табачного запаха (0-5 баллов)
15. Корректное оформление сестринской документации (0-5 баллов)

Заслуженный отдых

12 мая на всей планете Земля отмечается Международный день медицинской сестры. Позади год кропотливого и насыщенного труда, обучения-переобучения-самосовершенствования. Пора и отдохнуть!

Медики знают толк в праздниках, осведомлены об их последствиях с точки зрения влияния на организм. Видимо, от того мероприятие в день своего профессионального праздника сёстры Нарвской больницы назвали «День здоровья»...

Внушительная нарвская делегация (150 человек, включая 48 детей) на этот раз отправилась в Metsiku piisoni saloon (ферма бизонов в Метсику), что в Ляэне-Вирумаа. Насыщенная программа дня началась с угощения нарвитян домашним шампанским из яблок и смородины, соком, приготовленных тут же на ферме.

Ферма является уникальной в Эстонии одновременно по нескольким критериям. Здесь представлены вся домашняя скотина страны в количестве не менее 200 особей (по 200 коров, свиней, овец, домашних птиц). Бизоны, завезённые с Северной Америки, представлены в количестве 14. Изюминка салуна (помещения, где принимают до 300 гостей одновременно) в том, что прямо там можно кормить бизонов хлебом через специальное окно.

Разделившимся на три группы отдыхающим была проведена образовательно-познавательная экскурсия по ферме. Желающие смогли попробовать научиться ковбойским танцам. Мини-концерт для присутствующих дал внук старшей сестры Хирургической клиники Галины Пашиной, Юрий. Гастрономическая часть программы состояла из блюд из пяти видов мяса на выбор. Продукты для горячего и десерта – всё выращено и приготовлено на ферме.

Отдельная тема – молоко. Дети, да и многие взрослые, впервые в жизни увидели своими глазами, как от коров руками и с помощью доильных аппаратов получают молоко.

Половину стоимости поездки оплатила администрация больницы, 30% – профсоюзные организации, 20% – личный вклад участников.

Положительные эмоции, полученные в путешествии, стали хорошим заключительным аккордом после напряжённого трудового года, проведённого конкурса сестёр и сестринской конференции. Хороший коллектив умеет не только хорошо работать, но и хорошо отдыхать! В планах следующего года - поездка на тропу скалолазов… за новыми вершинами.

Заказчик SA Narva Haigla
Издатель Alex Petuhov Media Production
Tel +372 5511548
Fax + 372 3568228
E-mail: leht@narvahaigla.ee