1913

NARVA HAIGLA

Газета Sihtasutus Narva Haigla • №3 (25) октябрь 2012

Подписан договор о строительстве нового корпуса больницы

20 сентября 2012 года в административном корпусе SA Narva Haigla состоялось подписание договора между больницей и OÜ Silindia Ehitus о строительстве пристройки к 6-этажному корпусу, расположенному по адресу Хайгла 1.

Новое 3-этажное здание стационара (плюс цокольный этаж) рассчитано на 85 коек.

Целевое назначение новых помещений - служба по уходу (Hooldusravi). Сегодня данное отделение больницы располагается по адресу Карья 6, и существенно удалено от «больничного городка».

Необходимость в новом здании продиктована в первую очередь предъявляемыми современными требованиями (специально построенных для этих целей помещений в больнице нет), отводимой общим больницам роли в лечебном процессе, а также динамикой старения населения.

Новое здание будет соединено с 6-этажным корпусом на двух уровнях – по первому и цокольному этажам. Общая площадь строения составит 3035,1 м2.

Ходатайство о строительстве пристройки было удовлетворено Министерством социальных дел Эстонской республики в 2010 году. Общая стоимость строительных работ составит 3 783 252 евро. Доля SA Narva Haigla – 1 324 695 евро. Фонд регионального развития Европы финансирует работы в размере 2 802 080 евро.

Строительство первого за минувшую четверть века медицинского здания в Нарве начнется осенью 2012 года и планируется к завершению в сентябре-октябре 2013 года.

Свежий взгляд изнутри

Летом этого года в Нарвской больнице проходили плановую практику студенты Тартуского университета. Также трудились и помощники врача, тоже студенты, но уже на основе срочного трудового договора. Кто такие «помощники врача», мы рассказывали в предыдущем номере газеты.

Коротко напомним: в Эстонии введено понятие «помощника врача» для студентов медицинских факультетов, работающих в больницах по трудовому договору, оказывая помощь практикующим врачам.

Будущих врачей принимали у себя практически все больницы страны. Такая форма работы позволяет больницам рекламировать себя потенциальным коллегам.

В Нарвской больнице помощники врача трудились в хирургическом отделении, отделении экстренной медицины и терапии, и в Женской клинике.

Администрация больницы провела опрос практикантов и помощников врача на предмет их оценки Нарвской больницы с целью, так сказать, узнать о результатах наблюдений «свежего глаза».

Так как же выглядит Нарвская больница со стороны будущих медиков, уже побывавших на практике в других клиниках страны?

Для начала отметим, что подавляющее большинство остались довольны прохождением практики и работой.

Отношению врачей к студентам была дана очень высокая оценка.

Несколько ниже была оценка отношению со стороны другого персонала (сестёр, сестёр по уходу). По этому вопросу, к примеру, очень позитивная оценка дана персоналу второго этажа терапии.

«Остались ли вы довольны возможностью участвовать в практической работе (выполнять определённые процедуры, осматривать пациентов, собирать анамнез и т.д.)?» Здесь ответы разнились: четырём понравилось очень, двум в меньшей степени.

В части самостоятельной работы студенты выразили пожелание иметь возможность в большем количестве, к примеру, ставить капельницы, во время практики производить забор крови для анализов (по словам респондентов помощнику врача на это не хватает времени), делать плевральные и абдоминальные пункции, интраартикулярные инъекции, анализ крови по методу Аструпа, а также небольшие хирургические процедуры (вскрытие гнойников, удаление папиллом).

«Остались ли вы довольны разъяснениями, которые вам давали ваши руководители и/или другие врачи?» Здесь ответы так же разнятся. При общей позитивной оценке уровень удовлетворённости всё-таки невелик.

Студентам была предоставлена возможность оценить оснащенность Нарвской больницы аппаратурой, набором имеющихся диагностических возможностей.

Все респонденты ответили на вопрос одинаково – достаточное, что не может не радовать.

В числе недостатков были названы те диагностические возможности, которых в Нарвской больнице как общей больнице нет (к их наличию студенты привыкли, работая в региональных и центральных больницах). К примеру, нет возможности оперативно воспользоваться MRT-обследованием. Спектр анализов, проводимых лабораторией, мог бы быть и шире, например, HIV-RNG, использование маркера сепсиса Prokaltsitonin.

В оценивании организации лечебного процесса мнения разделились поровну. Половина дала высший из трёх рейтинг, половина - средний.

Желание повторить практику или работу в качестве помощника врача в Нарвской больнице выразили большинство участников опроса. При этом все респонденты утвердительно ответили на вопрос о готовности дать положительную рекомендацию сокурсникам или знакомым приехать в Нарву с целью прохождения практики или работы в качестве помощника врача.

Важной и не менее интересной частью вопросника был последний пункт: «любые комментарии…» Здесь студенты могли написать свои наблюдения, замечания, так сказать, в свободном формате. В этой рубрике в основном были написаны благодарности своим руководителям и врачам отделений:

«Я довольна практикой в отделении терапии и нашим руководителем – Л.К.Елисеевой. За две недели смогла полностью окунуться в настоящую жизнь врача»;

«Огромное спасибо докторам ЕМО Кузнецовой Галине, Вакулиной Надежде, Антонову Андрею, Зеленюк Александру, медсёстрам отделения, а также доктору-радиологу Кузнецовой Елене»;

«Благодаря работе в хирургическом отделении я смогла на деле увидеть многое из того, что проходили в университете, и это многое теперь надолго отложилось у меня в голове. Спасибо Нуждину Вячеславу, Валерию Кардава, Сергею Луц, Виссариону Гусеву, Игорю Нечипор, Владимиру Хомякову, Галине Пашиной».

Такое анкетирование является составной частью стратегии привлечения молодых врачей, даёт нам возможности лучше организовать их практику в дальнейшем, узнавать мнение о себе со стороны потенциальных будущих коллег.

■ Фоторепортаж

Отправка младенца в Таллиннскую детскую больницу

В Нарвской больнице происходит до 20-ти случаев в год, когда самым маленьким пациентам необходима неотложная помощь специалистов. На обследование и лечение детей отправляют в клиники Тарту и Таллинна. В экстренных случаях за пациентами приезжает детская реанимационная машина скорой помощи или высылается вертолёт.

Narva Haigla • №3 (25) октябрь 2012

ВИЧ-инфекция повзрослела. Новая тактика инфекционистов

Пилле Летюка.
Руководитель лечебной работы

При активном участии Эстонского общества инфекционистов в государственную программу против распространения HIV (ВИЧ-инфекции) недавно было внесено изменение, позволяющее, возможно, в большем количестве обнаруживать носителей ВИЧ-инфекции.

Работающая программа стратегии действий государства в этом направлении действует уже много лет (четвёртая с 1992 года) и заканчивается в 2015 году. В 2012 в неё были внесены корректировки тактического характера.

Изменение тактики вызвано изменением социального и возрастного параметров распространения инфекции, основанное на статистике последних лет. Как и прежде акцент делается на раннее выявление HIV-положительных лиц. Однако, если темпы распространения эпидемии в целом несколько снизились, серьёзную озабоченность вызывает её «расползание» в обществе.

Главной проблемой на сегодняшний день является незнание многими инфицированными своего статуса. Всё чаще такими людьми становятся те, кто не относится к так называемым традиционным группам риска (колющиеся наркоманы, гомосексуалисты, проститутки).

Так, если в начале эпидемии 70-80% первичных диагнозов ставилось молодым людям в возрасте от 15 до 20 лет, то сегодня HIV значительно продвинулся в сторону людей более старшего возраста. Сегодня средний возраст диагностированных перевалил за 30 лет.

Статистика

Помимо кабинета анонимного обследования, работающего в Нарве на улице Карья, за 8 месяцев 2012 года в стационаре Нарвской больницы было выявлено 12 первичных пациентов с HIV-инфекцией. Это только из числа пациентов, проходивших лечение в стационаре. Самому старшему пациенту был 61 год, а средний возраст составил 42 года, при этом 5 из 12-ти в возрасте 45 и старше. Тенденция на лицо.

Первый HIV-диагноз был поставлен в Эстонии в 1988 году. На конец 2011 года количество диагнозов составило 8034. По оценкам специалистов реально инфицированными в нашей стране могут быть более 12 тысяч людей. Другими словами, по стране могут гулять, ничего не подозревая, более 4000 инфицированных. Соответственно, они не предохраняются, не лечатся, способствуют распространению инфекции по незнанию.

Новая тактика

Общество инфекционистов давно убеждало общественность и государство в необходимости массового тестирования жителей страны. Проводились акции, поддерживаемые фирмами-производителями лекарственных препаратов для HIV-инфицированных. Эффективность акций была недостаточной.

На сегодняшний день выработан новый подход, суть которого заключается в следующем: если люди сами добровольно не идут либо в анонимные кабинеты, либо не просят о проверке, к примеру, семейного врача, то сегодня врачи в стационаре или поликлинике по обстоятельствам (отношение к группе риска, течение болезни и т.п.) на своё усмотрение могут назначить данный анализ крови. Расходы будут оплачены Больничной кассой. Заметим, если пациент дал добро на исследование своей крови, разрешения на исследование на HIV-инфекцию врач дополнительно испрашивать у пациента не обязан.

Столица и Ида-Вирумаа под прицелом инфекционистов

В ходе совместной работы медицинских обществ и представителей больниц, создано руководство, содержащее рекомендации врачам и клиникам о том, кого и при каких обстоятельствах рекомендовано тестировать.

Рекомендовано всем врачам Таллинна и Ида-Вирумаа, где эпидемия получила наибольшее распространение, предлагать проверять всех пациентов в возрасте 16- 49 лет на наличие HIV-инфекции. В других регионах страны рекомендовано проводить тест по определенным показаниям. Обращаем внимание: это не приказ, это – рекомендация врачам и пациентам.

Когда и для кого анализ необходим в обязательном порядке

Явным основанием для проверки являются индикаторы болезни, к примеру, туберкулёз, венерические и другие инфекционные заболевания, все тяжёлые хронические неясные заболевания, непонятные температуры, непонятные течения заболеваний, болезни, указывающие на плохое состояние иммунной системы человека плюс группы риска (проститутки, колющиеся наркоманы, мужчины-гомосексуалисты), а также люди, подвергнутые сексуальному насилию.

Предложение пройти тест – в ваших интересах

Обращаем внимание на то, что не всегда, не всем и не везде при заборе крови на анализ проводится обследование на HIV-инфекцию. Как правило, сегодня не существует так называемых обязательных анализов, выполняемых для всех. Перечень необходимых анализов определяет врач, исходя из конкретного случая.

Просьба к пациентам: не бойтесь рекомендации врача пройти тест. Предложение не основано на подозрении, что вы можете относиться к группе риска. Целью является раннее выявление возможного инфицирования. И в этом случае знание – сила, позволяющая продлить вашу жизнь, жизнь ваших близких и партнёров. Тест – это ваше БЛАГО!

Уважаемые коллеги-врачи, не забывайте тестировать пациентов на HIV, не забывайте предлагать пациентам это исследование!

Уважаемые пациенты, задумайтесь, если вы часто болеете, долго вылечиваетесь, может стоит провериться на HIV-инфекцию?!

Информация для не застрахованных в Больничной кассе

Тест на HIV-инфекцию любой человек может пройти в анонимном кабинете бесплатно. Тест также может быть проведён в случае обращения за медицинской помощью при наличии показаний.

Консультационный центр по ВИЧ Нарвской больницы (анонимный кабинет) Карья 6, Нарва. Телефон для справок 35 60304. Время работы: понедельник - 12.00- 18.00, вторник - 10.00-16.00, среда - 12.00-16.00, четверг - 12.00-18.00, пятница - 10.00-14.00.

О сестринской истории болезни и не только...

В Нарвской больнице активно ведётся работа по внедрению в практику сестринской истории болезни. Достаточно подробно эта тематика была освещена в предыдущих номерах газеты. Напомним суть нововведения, точнее, изменений, происходящих в содержании работы современной медицинской сестры.

С одной стороны, в связи с использованием одноразовых средств значительно уменьшилась рутинная составляющая процесса, с другой стороны, постоянно возрастает, так сказать, интеллектуальная составляющая. В значительной степени процесс изменения сути содержания сестринского труда связан с изменением участия сестры в лечебном процессе: от роли исполнителя рутинной работы к всё большему и постоянно расширяющемуся самостоятельному участию в медицинском процессе.

Изменение роли сестры, как следствие, привело к изменениям в ведении документации. Соответственно, любое решение и действие сестры должно быть обоснованным и зафиксировано в медицинской документации.

– По вашему мнению, нужна ли сестринская история болезни (СИБ) в принципе?

Алина Резниченко (АР): – Сестринская история болезни нужна. Во-первых, у сестёр много подопечных пациентов – народа много. При сдаче-приёме смены мы не всегда успеваем всё детально про каждого больного рассказать, вспомнить о каком-то нюансе. Другими словами, информация может не дойти, потеряться. А документ, который мы имеем, сестринская история, содержит в себе всю необходимую информацию. По записям сменившаяся сестра может видеть все необходимые моменты по тому или иному больному. Согласитесь, это очень важно.

– А какими бывают эти нюансы, к примеру?

(АР): – Их может быть очень много. Например: наличие часто встречающихся желудочных и геммороидальных кровотечений; информация о пульсе, давлении, количестве стула, с кровью он или без, слабости, бледности; было ли переливание крови, сколько доз, как пациент перенёс процедуру и т.д. и т.п. Всё это имеет отношение к конкретному пациенту, к конкретному заболеванию.

– Как на практике идёт процесс освоения СИБ?

(АР): – Вы знаете, очень хорошо идёт. По сути, мы этим занимаемся не первый год. В основном поменялось содержание первой части с общей информацией о пациенте (сестринский анамнез). Те-

Алина Резниченко.
Сестра хирургического отделения Хирургической клиники НБ

перь он более подробный, детализированный.

– Для чего нужен столь подробный сестринский анамнез?

(АР): – На наш, сестринский взгляд, в части документов присутствует излишняя детализация. Со временем, надеюсь, мы привыкнем, научимся пользоваться этой информацией на практике. Предыдущая форма была намного проще в сравнении с нынешней. Хотя он был не менее ответственным, чем новый.

– Какая нагрузка сегодня на сестёр в части количества пациентов? Как справляются?

(АР): – У нас в хирургическом отделении у ночной сестры (12 часов, с 8-ми вечера до 8-ми утра) в среднем 25-26 пациентов плюс две помощницы сестры. Днём работают две сестры плюс процедурная и перевязочная сёстры. В дневное время проводятся приём в отделение основной части новых пациентов, все обследования, плановые операции, процедуры. Пациент находится в стационаре в среднем 5-6 дней. Соответственно, каждая сестра успевает поработать с одним пациентом несколько раз.

Нагрузка в связи с введением новой версии СИБ, конечно, выросла. Но мы успеваем и работать с пациентами, и заполнять документацию.

– СИБ сейчас работает в пилотном режиме до окончательного утверждения администрацией. А что бы изменилось, если её не было вовсе, стало бы хуже?

(АР): – Информация в письменной форме нужна. Смену мы сдаём на посту, где могут присутствовать пациенты. Озвучивать в присутствии посторонних в полный голос информацию, нюансы, касающиеся конкретного человека, не этично. В этом смысле СИБ удобна и важна.

– Роль СИБ в треугольнике пациент-врач-сестра.

(АР): – По-моему, улучшает взаимоотношения пациента и сестры. Врачи могут и должны использовать СИБ в своей работе для получения более полной информации о пациенте. Но не всегда так, к сожалению, бывает. Критиковать никого я не собираюсь. Объём работы у врачей очень большой.

– Ваше мнение мы выслушали. Но вы должны понимать, что, в том числе и в Эстонии, идёт процесс интенсификации труда с целью понижения стоимости (цены) труда человека. И Нарвская больница вынуждена работать в тех рамках, которые ей устанавливает Больничная касса в части стоимости услуг. Отсюда отчасти и нагрузки на персонал, и размер заработной платы.

(АР): – Экономить на медицине – очень глупо. Приведу пример. Я когда-то два года работала в Норвегии с детьми-инвалидами в одной семье. Подрабатывала в центральном госпитале в специальном отделении от Красного креста. Нагрузка не идёт в сравнение с нашей. Во-первых, рабочий день – 8 часов. Больше медики работать в сутки не имеют права – это вне закона. Во-вторых, одна сестра на 4-5 пациентов, не больше. Поэтому штат медперсонала очень большой. Если есть пациент с тяжёлой формой заболевания и коллеги имеют возможность помочь, то помогают без слов. (Справка редакции газеты. По данным ВОЗ по состоянию на 2009 год ВВП Норвегии на душу населения превышает этот показатель Эстонии в 3 раза, расходы на медицину в Норвегии больше в 3,9 раза, доля расходов на медицину в %% к ВВП 9,7% и 7% соответственно, общие расходы на здравоохранение в бюджете государства 18% и 11,5% соответственно).

– Получается так: от вас государство требует европейского уровня качества предоставления медицинских услуг, требует постоянного повышения профессионального уровня, при этом умалчивая о том, что «там» это достигается другим количеством персонала с другим уровнем ответственности и другим уровнем финансирования. При этом в Эстонии как бы случайно нет норм нагрузки для врачей и сестёр… Лукавят?

(АР): – Можно сказать и так.

Сестринская история болезни как новый уровень взаимоотношений с пациентом

Во-первых, освоение идёт достаточно хорошо. Во-вторых, мы действительно занимаемся этим не первый год. На сегодняшний день система ведения сестринской документации в нашей больнице приведена в соответствие с теми требованиями, которые нам предъявляет государство в лице Министерства социальных дел. Дело осталось за практикой.

Сестринская история болезни (СИБ) внесена в перечень официальных и обязательных документов медицинских учреждений. Речь здесь идёт о стационарном лечении.

Поговорим о требованиях, предъявляемых к СИБ. Разработаны они с участием сестринских обществ, союза сестёр, утверждены министерством и имеют для медиков силу закона. Форма документов может быть разной. Здесь есть место для творчества. Неизменным должны оставаться философия и суть СИБ, основанные на сестринском анамнезе (комплексное описание и оценка пациента как индивидуума).

Анамнез базируется на 12-ти пунктах, определяющих состояние человека, так называемых «жизненных позициях человека». Для непосвящённого это звучит непривычно. К ним относятся: дыхание, сердечная деятельность, зрение, слух, выделительная система, питание и другие. Бланк анамнеза составлен достаточно удобно: сестре с помощью галочки достаточно выбрать соответствующий пациенту вариант оценки состояния. Собрав всю эту информации о пациенте, сестра может и должна оценить состояние всех вышеуказанных систем, получить информацию о специфических потребностях и опасностях, «нарисовать портрет пациента», выстроить план действий (сестринский план). Только так и никак иначе. Предыдущий вариант «титульного листа» СИБ был достаточно лаконичным и малосодержательным, так сказать, был в определённой степени формальным. Именно по причине недостатка информации о пациенте для разработки полноценного сестринского плана возникла необходимость в детализации информации.

Новый подход позволяет выявить проблемы конкретного пациента, зафиксировать их, чтобы проблемы реального человека не растворились в суе общего лечебного процесса медицинского учреждения. Сестра выявила проблему, зафиксировала её, передала информацию коллеге по смене. Проблема или потребность пациента будет учтена, будет под контролем. Согласитесь, для пациента это очень важно. Обращаю внимание, сестринский план включает в себя не только содержание лечебного процесса, но и индивидуальные особенности человека.

Вопрос не в формализации процесса, а в преемственности и систематизации. Не буду касаться бытовых нужд пациента или его психологического склада. Возьму за пример тему боли. Пациент жалуется на боль. Сестра берёт это под контроль, фиксируя проблему, ставит цель, принимая решение о действиях, фиксируя результаты предпринятой помощи. И всё это фиксируется документально: что, почему, зачем, как, с каким результатом. Весь этот процесс – продукт интеллектуального аналитического труда сестры. Любое решение и действие должны быть обоснованными, а ответственность за принятое решение и выполненные действия зафиксированы в документе.

Моментов может быть множество. Пациенту с проблемами зрения нельзя просто положить предписанные лекарства на тумбочку, ему их надо дать в руки. Другой может быть ограничен в передвижении, что может привести к травматизму. Ситуации могут быть разными. Сестра по смене должна иметь возможность как можно больше иметь информации о принятых под опеку пациентах. Другими словами, наша задача состоит в создании максимально комфортных условиях пребывания пациента в стационаре с учётом всех личных и специфических потребностей. И всё это лежит на плечах сестёр и их помощниц.

Документальная нагрузка за последнее время выросла. Кроме сестринского анамнеза, добавился лист наблюдения за пациентом, сестринский дневник на каждого конкретного пациента. Дневник ведёт каждая сестра в свою смену.

Помимо нашего внутреннего аудита качество содержания СИБ проверку ведут и республиканские инспекторы. Если в СИБ ничего не написано, не отражена динамика изменения состояния пациента, то Больничная касса может у нас спросить: состояние хорошее и стабильное, что пациент делает тогда в стационаре?

СИБ нам дана как данность, как закон. Приведу один пример предназначения СИБ как документа. Поступила жалоба на лечение пациента. Именно с помощью медицинской документации (врачебной и сестринской историй болезни) мы узнали, что на самом деле происходило с пациентом. Идёт систематизация информации о пациенте: состояния, динамика изменений, общее состояния здоровья – совокупность данных. Одновременно СИБ можно рассматривать как юридическую поддержку как в защиту интересов пациента, так и медиков. Случаи могут быть разными. Всё зафиксировано по времени и по датам. Воспоминания к делу не пришьёшь… Да и со временем человеку свойственно забывать информацию. А здесь всё отражено.

Елена Зеленюк.
Главная сестра Нарвской больницы

Про рабочую нагрузку. В хирургическом отделении Хирургической клиники у нас развёрнуто 38 коек. Средняя нагрузка за 2011 год – 26 пациентов, за девять месяцев 2012 - 25 пациентов в день. Если мы будем ориентироваться на нормы, которые существуют в Америке, в Западной Европе, то да, нагрузка выше. В забастовочных требованиях этот момент прописан: объединения врачей и сестёр предлагают, точнее, требуют установить нормы нагрузок в зависимости от специфики работы и уровня медучреждения. Сегодня такие нормы на государственном уроне отсутствуют. Если требование будет удовлетворено, внесено в коллективный договор, то нагрузка на медиков приблизится к европейским стандартам. Логично, что должна повыситься стоимость медицинской услуги, возникнуть дефицит врачей и сестёр. Но то напряжение, в котором находятся сейчас медики, при уменьшении нагрузки должно уменьшиться.

На сегодняшний день количество сестёр в Нарвской больнице приведено в соответствие с теми объёмами, средствами, ценами, которые больнице выделяет Больничная касса.

Внедрение СИБ. Любое нововведение доставляет дискомфорт персоналу. Это понятно. Необходимо овладеть новыми навыками, методиками, приёмами.

Предыдущая форма анамнеза была на первый взгляд проще, но мало информативна. Это не означает, что раньше ответственность сестры была меньше. Речь идёт о другом уровне отношений между врачом, сестрой и пациентом.

Помещения в больнице станут ещё чище

Нарвская больница начала внедрять современные методы уборки помещений. Справедливости ради, заметим, что данная технология уже действует в Нарве пять лет в отделениях с повышенными требованиями к качеству уборки и инфекционному контролю. К ним относятся реанимация, инфекционное отделение и операционный блок.

Вопрос не в новомодности методики. Время предъявляет свои требования – становится больше агрессивных инфекций. На вызовы наших соседей по планете надо отвечать адекватными действиями. Другой момент – эргономика (удобство при работе) и повышение уровня личной безопасности персонала в части возможности инфицирования и контакта с дезинфектантами.

Главные результаты нововведения: более безопасное нахождение пациентов, посетителей и персонала в условиях стационара, меньшее количество химии и более чистые поверхности!

Вопрос экономии

С введением данной «сухой» уборки, отпадает требование после каждых 20 кв.м менять воду и заливать в новую партию моющий раствор с дезинфецирующим свойством.

Вот примерный расчёт экономии на 100 кв.м: вместо 5 вёдер воды (20-литровых) будет использовано 1-2 литра, вместо 100 мл моющего и дезинфицирующего раствора всего 5-10 мл. Соответственно одна уборка в день 100 кв.м по новой методике даст экономию по году около 7 м3 воды и более 30 литров моющего раствора. В масштабах больницы получается озерцо воды и цистерна моющего раствора.

В жизни процесс выглядит так: утром работник по уборке помещений укладывает в уборочную каталку 30 мопов (насадок на швабру) для уборки 30 помещений, заливает их 1 или 2 литрами воды (полувлажная или влажная уборка) с добавлением 5 мл моющего раствора на литр. Одна палата убирается 2-мя специальными тряпочками с микрофиброй для поверхностей (подоконники, тумбочки, кровати, батареи) и одним мопом для пола. Далее использованные средства уборки сбрасываются в накопительный контейнер. В следующей палате порядок наводится абсолютно чистыми средствами. Использованные тряпочки и мопы далее отправляются в прачечную, где в специальных растворах в машинах для стирки уборочных материалов они стираются.

Преимущества нового подхода:

- **экономия времени персонала, занимающегося уборкой**
- **существенная экономия воды и моющих средств**
- **процесс работы становится легче, а результат лучше**
- **после 3-4 месяцев использования нового подхода полы достигнут высокого уровня чистоты**
- **снижается риск получения заражения инфекцией прямым путём через поверхности.**

В части экономии рабочего времени помимо затрат на замену воды в вёдрах теперь не возникнет надобности при уборке отделений придерживаться принципа «от чистого к грязному», то есть, начинать уборку с процедурной, а заканчивать туалетом. С новым подходом это стало непринципиальным.

Считается, что после медицинских учреждений на такую уборку помещений необходимо перейти детсадам и школам. За уборкой помещений «сухим» способом – будущее!

Нам важно это признание...

В редакцию газеты поступило письмо от жительницы Нарвы, с текстом которого мы вас с радостью знакомим.

Благодарность.

Хочется искренне поблагодарить через газету Narva Haigla дорогих медиков , профессионалов своего дела, возвративших к жизни мужа, отца – Владимира Негрун. Огромное человеческое спасибо бригаде скорой помощи, дежурившей 10 июня 2012 года днём около 13 часов (к сожалению не знаю имён этих двух женщин, суперпрофессионалов), за оказанную экстренную и своевременную помощь, а также медиков в приёмном отделении, в частности – врача Вакулину Наталию, которая по-человечески и грамотно объяснила всю ситуацию, в которую попал муж. (От редакции. В бригаду скорой помощи входили руководитель бригады сестра Татьяна Волчкова и сестра Любовь Михайлова).

Отдельное спасибо и низкий поклон врачу реанимации, Казакову Сергею, который принял и вовремя сделал все необходимые медицинские манипуляции для продления жизни, которая висела, модно сказать, на «волоске» от смерти.

Нам важно это признание, так как очень кардинально ощутили изменения в лучшую сторону в отношении медицинских работников к пациентам.

Огромное чистосердечное спасибо!!!

Негрун Елизавета и дочь Маргарита 11 июля 2012 года

В больнице начали работу два новых специалиста

Майла Веске

Александра Хохлова

Майла Веске

Нарвитянка. Закончила Тартуский университет по специализации физиотерапия в степени бакалавра. Работает в поликлинике Нарвской больницы.

Первые впечатления о Нарвской больнице и коллективе имеет только положительные. Считает недостаточным имеющийся в кабинете физиотерапевта поликлиники комплект физиотерапевтического оборудования современного уровня для работы с различными группами пациентов, что, естественно, является делом поправимым.

«Всегда хотела быть полезной обществу и людям. Поэтому и выбрала для себя медицинский профиль. Как бывшей спортсменке тема травм и восстановления после них мне близка».

Майла Веске - многократная победительница и призёр международных соревнований по дзюдо и сумо.

Александра Хохлова

Нарвитянка. Закончила Тартуский университет по специализации физиотерапия в степени бакалавра. Работает в отделении восстановительного лечения стационара Нарвской больницы.

Интерес к этой специальности со стороны молодых людей растёт с каждым годом. На сегодняшний день в Нарвской больнице работают уже 3 дипломированных физиотерапевта, имеющих диплом Тартуского университета.

Специальность физиотерапевта в Эстонии существует относительно недавно. Про вашу профессию несколько лет назад мы уже писали в нашей газете. Напомним читателям, в чём её миссия, роль и содержание в процессе восстановительного лечения.

Физиотерапия в современном понимании – отдельная часть восстановительного лечения, а порой даже и основная. Наша миссия заключается в помощи пациенту научиться делать то, что человек по той или иной причине не может делать: например, самостоятельно сидеть, стоять, одеваться, ходить.

Такие ситуации возникают после травм, инсультов, перенесённых сложных операций. Физиотерапия охватывает очень многие сферы медицины. Если это неврология, то это – инсульты. Если это ортопедия, то это помощь после операций на позвоночнике и суставах.

Существует также и детская физиотерапия, охватывающая помощь, в том числе самым маленьким, включая младенцев. К примеру, если у ребёнка повышен тонус мышц, также необходимо наше участие.

Пульмонологическая физиотерапия применяется при проблемах с дыханием, астме, других хронических заболеваниях органов дыхания.

Есть ещё кардио-пульмонологическое направление. Последнее применяется для того, чтобы помочь научить человека после инфаркта миокарда, к примеру, дойти до магазина, и ему хватило бы на это дыхания, научить выносливости с новым качеством жизни.

Современная физиотерапия, как дерево, разветвляется по разным направлениям, имеет дело с людьми абсолютно всехвозрастов.

Миссию физиотерапевта в двух словах мне озвучить нелегко. Очень важным моментом в работе является процесс убеждения человека в том, что сегодня только он сам может изменить качество своей жизни. А если точнее, как приспособиться человеку к новым обстоятельствам жизни (что имеем) и как достичь максимального нового уровня (что получим). Восстановить прежнее качество невозможно, равно как и вернуть здоровье, потерянный орган.

Моя задача – помочь человеку научиться жить по-новому… Часто – заново ходить, заводышать, быть максимально самостоятельным. Я должна суметь мотивировать пациента на конечный позитивный результат. В противном случае мой труд будет малоэффективен или бесполезен.

Мы работаем с пациентами, которые попадают к нам двумя путями. Те, кто проходит лечение в стационаре получают соответствующее назначение от врача восстановительного лечения, работающего в стационаре. Если речь идёт об амбулаторном лечении, то путь несколько длиннее: приём у семейного врача, получение направления и запись на приём к врачу восстановительного лечения в поликлинике, последний назначает то или иное лечение с помощью физиотерапевта или без такового – всё зависит от диагноза.

Тактику лечения мы, физиотерапевты, определяем самостоятельно. Наша работа состоит из нескольких этапов: первичная терапевтическая оценка пациента; далее по обнаруженным проблемам ставятся цели, которые надо достичь; разрабатывается стратегия; далее следует главное - пошаговое достижение поставленных целей; последнее – оценка достижения целей и определение дальнейших действий и/или решение о том, как жить с достигнутым уже результатом.

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