***Правила експлуатації та охорони праці у психоневрологічних та психіатричних лікарнях (відділеннях)***

Правила в цих закладах передбачають спеціальні заходи, спрямовані на сорону праці персоналу, що обслуговує психічно хворих.

Усі працівники лікарні повинні обов'язково вивчити і виконувати інструкцію з техніки безпеки при роботі у психоневрологічних та психіатричних лікарнях (відділеннях). При прийнятті на роботу і під час роботи працівникам лікарні проводиться інструктаж згідно з цією інструкцією.

Термін дії інструкції — три роки, після чого вона переглядається і затвер- жується. Інструкція підлягає перегляду раніше вказаного терміну у випадках травматизації, внаслідок її недосконалості, при зміні лікувального процесу, реконструкції відділення, а також з погляду особи, яка розробила інструкцію,вимогу інженера з охорони праці.

Контроль за виконанням цієї інструкції і виробничої санітарії покладається на завідувача відділення.

Робота медичного персоналу, окрім вказаної інструкції, регламентується посадовими інструкціями і функціональними обов'язками кожного працівника.

Дотримання правил техніки безпеки і поінформованість щодо особливості роботи у психіатричних закладах гарантує законність, правове партнерство, доступність, гуманність психіатричної допомоги, дотримання прав людини, добровільність, мінімальність заходів лікування і соціально-правових обмежень, відповідність сучасному рівню наукових знань з метою поліпшити надання психіатричної допомоги пацієнтам, створити безпечні умови для хворих і медичного персоналу, попередити їх травматизацію.

Згідно з чинними правилами та нормами лікарня має бути огороджена по всьому периметру; доступ на територію лікарні має знаходитися під контролем (стороннім особам — заборонений); має бути освітлення в нічний час; під'їзні дороги і шляхи потрібно покривати асфальтом, а не кам'яним вимощенням; мають бути естетичне озеленення, садові ділянки. При цьому особлива увага приділяється тому, щоб на території не було каміння, битого скла, палиць, дощок, які хворі можуть використати для спроби самогубства, самоушкодження, нанесення тілесних ушкоджень іншим хворим та медперсоналу. Тому перш ніж виводити хворих на прогулянку, медичний персонал незалежно від профілю відділення повинен добре обстежити всю територію, де будуть перебувати хворі.

Приміщення приймального відділення організовується за принципом санітарного пропускника і складається з таких приміщень:

* приміщення для очікування прийому;
* кімната для роздягання хворого;
* кімната для відпочинку і харчування чергового персоналу;
* гардеробна для персоналу або вбудовані шафи;
* туалети для хворих при кімнаті очікування та при кімнаті для одяганн хворих;
* туалет для персоналу.

Вхід до приймального відділення і вихід з нього завжди мають бути зачинені на вагонний і контрольний замки. Вікна і двері приймального відділення та меблі облаштовують таким же чином, як у відділеннях для неспокійних хворих. Прийом хворих здійснюється черговим медперсоналом з обов'язкової присутністю лікаря, медичної сестри (фельдшера) та санітара.

 Під час прийому у хворого за розпорядженням лікаря насамперед забирають усі предмети небезпечні для життя та здоров'я персоналу і хворого. При госпіталізації у психіатричний стаціонар хворий чи його законні представники дають письмову згоду на перебування у відділенні, застосування тих чи інших методів лікування. У разі відмови хворого від госпіталізації він підлягає виписуванню. Згідно з чинним законоположенням, через суд може оформлятися примусова госпіталізація.

Під час прийому неспокійних, агресивних і схильних до втечі хворих черговий лікар може призначити введення засобів для купірування збудження. Таких хворих відправляють у відділення у супроводі двох санітарів, спокійних — супроводжує один санітар.

Відділення лікарні можуть бути такими:

* для неспокійних хворих (збуджених, агресивних);
* для спокійних хворих;
* для хворих, що одужують і пройшли основний курс лікування в інших відділеннях;
* соматичне — для соматичних хворих із психотичними проявами;
* експертне — для осіб, які проходять трудову, військову та судово-психіатричну експертизу;
* для лікування осіб, хворих на алкоголізм;
* туберкульозне — для хворих на туберкульоз із психотичними проявамі та для душевнохворих, які одночасно хворіють на туберкульоз;
* дитяче;
* інфекційне з боксами — для хворих з різними інфекційними захворюваннями.

Усі відділення поділяють на чоловічі та жіночі.

До складу психіатричних відділень входять палати для хворих, процедурні кімната для ін'єкцій аміназину, кабінет завідувача відділення, кабінет лікарів, старшої медичної сестри, кімната середнього медичного персоналу, буфет для роздавання їжі, їдальня, кімната для вмивання, туалети, ванні кімнати, кімната для куріння, перукарня, зал відпочинку, зал трудотерапії, кімната побачень, гардеробні, душові для персоналу, кімнати для білизни.

Усі приміщення лікарні мають бути обладнані так, щоб перебування в них душевнохворих було найбільш безпечним. Підлоги слід покривати лінолеумом, стіни на 2/3 висоти — олійною фарбою; вони не повинні мати гострих виступів. Вікна мають бути засклені міцним прозорим матеріалом, що не б'ється, з подвійними рамами, які не повинні відкриватися. Двері — одностулкові, міцні, мають замикатися на вагонний психіатричний замок. Внутрішні двері мають відчинятися в коридор, зовнішні — всередину відділення. Двері вбиралень замикаються тільки ззовні.

Освітлювальні прилади розміщуються на стелі, електропроводка захована. Плафони вибирають з матеріалу, що не б'ється. Увімкнення і вимикання освітлювальних приладів здійснюється медперсоналом на спеціальному щитку, що знаходиться за межами досяжності хворих. Центральне опалення панельне зі схованою проводкою та приладами. Водопровід і каналізація також мають бути схованими. Сигналізація — світлова і звукова, телефонний зв'язок — внутрішній і з містом. Для лікування більшості хворих застосовується аміназин. У відділення де проводиться аміназинотерапія, мають бути обладнані спеціальні кімнати припливно-витяжною вентиляцією, оскільки у медичного персоналу можуть спостерігатися контактні ускладнення (алергія), особливо у весняно-літній період. Найбільш типовими ускладненнями є:

— дерматит, у деяких випадках — із набряком Квінке;

— гострі ларинготрахеїти, часто без підвищення температури і з вираженою сухістю слизових оболонок;

— подразнення слизових оболонок очей;

— зниження артеріального тиску з явищами сонливості, млявістю, втомлюваністю.

При роботі з аміназином необхідно дотримуватись правил техніки безпеки і виробничої санітарії — не розпилювати аміназин у повітрі, не з'єднувати іншими ліками в одному шприці. Працювати в гумових рукавичках та марлевій пов'язці. Відходи, які залишаються після ін'єкцій аміназину, перед викиданням у смітник необхідно обробити хлоридною (соляною) кислотою. Для запобігання виникненню контактних ускладнень медперсонал повинен проходити регулярні медичні огляди.

До роботи у психіатричній лікарні не допускаються особи, молодші 18 років, а також особи, що перенесли хронічні психічні захворювання. Під час прийняття на роботу і надалі не рідше одного разу на рік з усіма працівникам проводиться детальний інструктаж, в якому роз'яснюють специфічні особливості роботи у психоневрологічних закладах, правила внутрішнього розпорядку для персоналу, настанови щодо виконання заходів із запобігання нападу хворих на персонал, ознайомлюють персонал з його правами та обов'язками.

Адміністрація лікарні зобов'язана забезпечити персонал лікарні медичним одягом, спецвзуттям і запобіжними засобами згідно з чинними нормами та організувати регулярне прання спецодягу.

У кожному відділенні має бути журнал для реєстрації усіх тілесних ушкоджень, нанесених хворими персоналу. На нещасні випадки, які спричинили втрату працездатності на один робочий день і більше, завідувачем відділення складається акт за формою Н-1.

У психіатричному відділенні «закритого» типу вхідні двері і вікна мають бути постійно зачинені. Кожний працівник отримує власний ключ. Пацієнти не повинні мати доступ до ключів.

У відділенні повинен знаходитись тільки персонал, який перебуває на чергуванні. Персонал працює позмінно і щоденно, згідно з графіком, затвердженим адміністрацією. Самовільне залишення робочого місця персоналом забороняється.

Персонал відділення повинен бути одягнений у спецодяг (халат, шапочку, тапочки), мати охайний вигляд. При виникненні збудження у хворих медперсонал повинен допомагати один одному в заспокоєнні хворих. Персоналу, який обслуговує збуджених хворих, не рекомендується носити на роботі сережки, каблучки, браслети, які можуть бути зірвані такими хворими.

У своїй роботі медичний персонал повинен покладатись на принципи медичної етики і деонтології, чуйно ставитись до хворих та їх родичів, бути ввічливим, не вступати в суперечки і конфлікти, не вживати грубих слів і не здійснювати негожих вчинків.

Середній і молодший персонал повинен дотримуватись конфіденційності психічного стану і діагнозу захворювання пацієнтів, тобто не має права давати ніяких відомостей про хворих, давати поради щодо лікування. У відділенні встановлений обов'язковий для всіх розпорядок дня з точно зафіксованим часом ранкового підйому, споживання їжі, приймання ліків, лікувальних процедур, прогулянок, працетерапії, культурного відпочинку, годин для сну. При поступленні хворого у відділення медична сестра знайомить його з режимом дня, правами та обов'язками, а хворий ставить підпис, чим засвідчує свою поінформованість.

Під час перебування на стаціонарному лікуванні усі пацієнти мають право на:

* поважне та гуманне ставлення, яке виключає приниження честі і гідності людини;
* отримання інформації про свої права;
* згоду або відмову від надання психіатричної допомоги, за винятком випадків надання її у примусовому порядку;
* отримання психіатричної допомоги в найменш обмежених, відповідно до їх психічного стану, умовах. За можливості — за місцем проживання цих осіб, їх законних представників, родичів та близьких, протягом того часу, у тих випадках та порядку, що відповідають підставам, згідно з якими надається допомога;
* безпеку в процесі надання психіатричної допомоги; спілкування з іншими особами;
* негайне повідомлення будь-якої особи за своїм вибором про надання психіатричної допомоги;
* прийом відвідувачів;
* відправку та отримання будь-якої кореспонденції;
* купівлю та отримання дозволених для використання предметів особистої гієни та побуту;
* користування засобами масової інформації, заняття творчістю; проведення дозвілля; виконання релігійних обрядів;
* допомогу із соціального страхування згідно із законодавством України; оскарження неправомірних рішень та дій фахівців чи інших працівників, які надають психіатричну допомогу, у разі порушення чи обмеження їхніх пав;
* допомогу адвоката і законного представника.

Під час перебування у психіатричному закладі можуть застосовуватись обмеження на здійснення вищевказаних прав в інтересах здоров'я самої особи або оточення шляхом встановлення спеціального індивідуального режиму нагляду та лікування.

Розпорядок дня в цьому закладі сприяє нормалізації поведінки пацієнтів, відновленню часто порушеного у них ритму сна. Нічний сон має тривати 8—9 год, відпочинок після обіду — не менше години. Споживання їжі — 4 рази на день. Щотижня пацієнти приймають гігієнічну ванну, після чого їм замінюють постільну і натільну білизну.

Ліки повинен видавати середній медичний персонал згідно з призначенням лікаря. Разова доза ліків має бути прийнята у присутності медичної сестри, інакше з'являється небезпека накопичення їх та приймання із суїцидальною метою. Психотропні лікарські засоби зберігаються в сейфі у старшої медичної сестри, їх кількість відповідає добовій потребі.

Під час здійснення перев'язок, накладання компресів також необхідно слідкувати, щоб хворий не збирав банки і марлю, тому що їх можна використовувати для суїциду.

Якщо немає протипоказань, то пацієнти регулярно — не рідше одного разу на день — виходять на прогулянку (під керівництвом і наглядом медперсоналу). Список пацієнтів для прогулянки складає лікар. Персонал повинен знати кількість осіб, що вийшли на прогулянку. Під час прогулянок особливу увагу приділяють хворим, які мають схильність до втечі, суїциду. Тих самих правил дотримуються при супроводі хворих для працетерапії, на зовнішні роботи, у клуб та інші приміщення.

Родичі і знайомі відвідують хворих у встановлені години та визначені дні. Лікар, що лікує, завідувач відділення можуть за показаннями збільшити кількість побачень. Перед побаченням лікар інформує родичів про стан хворого і можливі теми розмови. Під час побачень відвідувачі повинні уникати неприємних чи травмівних розмов. Відвідувачам заборонено передавати хворим гострі предмети (ножі, виделки тощо), а також продукти у скляному посуді, збуджувальні напої (каву). Під час епідемічних спалахів (грип та інші) відвідування хворих забороняється — встановлюється карантин. Не дозволяється відвідування хворих, що перебувають у стані психомоторного збудження.

Приймати від родичів продукти для пацієнтів можна тільки старшій медичній сестрі або черговій медичній сестрі відділення. Продукти зберігаються у спеціальній шафі-холодильнику і видаються в міру потреби. Обслуговуючий персонал не має права в жодному разі передавати листи або записки. Усю кореспонденцію, адресовану пацієнтові, дають лікарю. Лікар повинен перевіряти листи хворих перед відправлення. Під час нагляду за хворими у відділенні потрібно стежити за їх психічним і фізичним станом. Догляд за ослабленими і депресивними хворими потребує особливої уваги. Необхідно допомагати їм дотримуватись правил особистої гігієни, одягатись, а також супроводжувати в туалет і спостерігати за фізіологічними відправленнями.

Неохайним хворим слід частіше проводити гігієнічні ванни, замінювати білизну. У лежачих — перевіряти стан шкіри, проводити профілактику пролежнів, з метою запобігання застою в легенях кілька разів на день змінювати положення в ліжку.

Особливу увагу варто звертати на депресивних хворих. Вони здебільшого мовчазні, ні про що не просять. Водночас їх не слід дуже турбувати, потрібно дати їм полежати, не примушувати до роботи або якої-небудь діяльності.

До обов'язків персоналу входить особливий нагляд за тим, як харчуються хворі, чи з'їдають повністю свою порцію, чи не переїдають. Великого значення в цьому випадку набуває зважування пацієнтів. Їжу вони отримують у напіврідкому або подрібненому вигляді, вона не повинна бути гарячою, щоб не сприняти опіків слизової оболонки.

Залежно від психічного стану кожному хворому призначається той чи інший режим нагляду. Існує три режими в інтересах безпеки і здоров'я паці-

* обмежений — застосовується до хворих, які знаходяться під постійним наглядом;
* диференційованого нагляду — для хворих, що потребують нагляду;
* вільного виходу — для хворих, що не потребують нагляду.

**Обмежений режим**, призначається для хворих із суїцидальними, агресивними намірами, що перебувають у стані психомоторного збудження, схильних до втечі, соціально небезпечних, з порушеннями свідомості, у стані ступору, з гострими психозами, тобто хворих, які є небезпечними для себе або оточення. Ці хворі перебувають у наглядовій палаті, де знаходиться постійний фіксований пост персоналу. Хворих необхідно супроводжувати в туалет, у палаті не повинно бути ніяких сторонніх речей (навіть рушників, шнурків). Вони мають бути одягнені в лікарняний одяг; їх необхідно передавати і забирати під розписку після огляду на предмет тілесних ушкоджень. Харчуються окремо від пацієнтів під постійним наглядом персоналу, який стежить, щоб хворі не забрали ложки.

Столові прибори видаються і приймаються персоналом після їх підрахунку. Під постійним наглядом персоналу хворі приймають душ, виходять на прогулянку.

Побачення хворим у такому стані або не дозволяються, або можуть дозволитись лікарем на короткий час. Лікарські призначення таким пацієнтам виконуються погодинно, у першу чергу. У разі відсутності у відділенні лікарів їх оглядає черговий лікар, який за необхідності робить додаткові призначення.

Таким хворим не дозволяється дивитись телепередачі, мати радіоприймачі, грати в ігри. Вони потребують, щоб їх годували з ложки, одягали. Необхідно з'ясувати причину відмови від їжі і якщо хворий довіряє комусь із персоналу або рідним, то можна доручити їм годувати хворого. Деяким хворим залишають їжу біля ліжка, вони її їдять, коли ніхто не бачить. Якщо ці заходи не допомагають, медичний персонал виконує призначення лікаря для поліпшення апетиту, купірування психопатологічної симптоматики. Якщо і це не допомагає, застосовують штучне годування за допомогою зонда чи клізми. Примусове харчування здійснює лікар або медична сестра.

Необхідно повністю виключити будь-який контакт психічно хворих з гострими, колючими або ріжучими предметами. Особлива небезпека цього виникає під час прогулянки, відвідування туалету і при побаченнях з рідними. Після повернення в палату необхідно оглянути одяг хворого. Різні гострі предмети (ножиці, спиці тощо), що використовуються під час працетерапії, після закінчення роботи обов'язково підраховують. Систематично слід оглядати і прибирати майданчик для прогулянок — забирати уламки скла, шматки заліза, цвяхи, консервні банки тощо.

Періодично, під час відсутності хворих, потрібно обстежувати їх постіль, особисті речі і приліжкові тумбочки. Слід прискіпливо, з пересторогою ставитися до хворих під час гоління та підстригання, які виконуються тільки під наглядом персоналу. У жодному разі не можна залишати хворих на самоті в туалетах. Якщо хворий знаходиться у стані психомоторного збудження, то йому за призначенням лікаря вводять заспокійливі препарати, у вечірні години до таких хворих викликають чергового лікаря, який призначає лікування.

**Режим диференційованого нагляду** застосовується, коли хворі лікуються У стаціонарі, але не потребують суворого нагляду й ізоляції. Навпаки, одне з основних завдань — поступове відновлення порушених під час хвороби навичок працездатності, контактів зі звичним оточенням. Пацієнти знаходяться у відділенні для спокійних, стимулюється їх соціальна активність, самообслуговування. Вони ходять у своєму одязі, користуються електроприладами, відвідують перукарню, їм дозволяють більш вільний режим дня, частіші побачення з родичами. Після ранкових лікувальних процедур хворим дозволяється прогулянка не лише в межах відділення, а й по всій території лікарні. Деяким хворим (з дозволу завідувача відділення) надається відпустка, яку вони проводять у сім'ї.

Хворі, що одужують, широко залучаються до працетерапії. Крім того, вони читають художню літературу, беруть активну участь у діяльності ради хворих, У спортивно-культурних заходах тощо.

**Режим вільного виходу** і режим лікувальних відпусток застосовується для пацієнтів, що одужують і не потребують догляду й нагляду, скоро будуть виписуватися додому, отримують підтримувальне лікування, не мають психопатологічної симптоматики.

Соціально-трудова реабілітація — це комплекс медичних, соціально- культурних заходів, спрямованих на максимальну пристосованість хворого до професійної діяльності.

Є різноманітні види лікувально-реабілітаційних заходів. Реабілітація починається уже в період перебування в лікарні. Ця мета досягається лікувально-відновлювальними заходами, активізованим лікувальним режимом, що сприяє максимальному заохоченню хворих до участі в житті відділення, працетерапією, фізіотерапією, лікувальною фізкультурою, роботою в майстернях, прикладною роботою тощо. Широке застосування медикаментозної терапії та інших методів біологічної, психотропної терапії, терапії зайнятістю (розважально-пізнавальні заходи, музикотерапія) дає змогу скоротити перебування пацієнта у стаціонарі і перенести основну частину відновлювальної терапії за межі психіатричної лікарні.

Особам, які не можуть відразу розпочати свою професійну діяльність, потребують тривалої терапії і реабілітаційних заходів, потрібна трудова переорієнтація. Для таких пацієнтів діють різні види позалікарняної допомоги, у тому числі денний стаціонар. У денному стаціонарі хворі перебувають цілий день, отримують необхідне лікування і чотириразове харчування, 5—б год займаються тими видами діяльності, які найбільше збігаються з їх бажаннями і можливостями. У лікувально-трудових майстернях здійснюються різні операції. Хворі, не здатні працювати у звичайних умовах, виконують посильну роботу під наглядом інструктора з праці і медичного персоналу. Особи, що втратили працездатність частково чи повністю, направляються МСЕК для визначення групи інвалідності