

PSIHATRIČNA BOLNIŠNICA IDRIJA
Pot sv. Antona 49, 5280 Idrija
Predstojnik bolnišnice
mag. Marko Pišljar, dr. med., spec. psih.



STROKOVNO POROČILO ZA LETO 2010



Idrija, februar 2011

UVOD

V strokovnem poročilu prikazujemo splošne statistične podatke ter realizacijo programa v letu 2010, gibanje sprejemov in odpustov, obravnav po posameznih bolnišničnih enotah ter v dnevni, ambulantni ter neakutni obravnavi. V letu 2010 smo nadaljevali z zasnovanim psihiatričnim zdravljenjem v skupnosti, dejavnost je bila prvič priznana tudi v splošnem dogovoru. V poročilu so posebej podani podatki o glavnih odpustnih diagnozah bolnikov v letu 2010, ločeni po spolu in starosti. Iz poročila je razvidna notranja organiziranost in dejavnost bolnišnice po vseh šestih oddelkih, njihova kadrovska zasedenost, terapevtske aktivnosti ter morebitna problematika. Prikazane so tudi aktivnosti drugih služb, vezane na zdravstvene enote: psihološka služba, delovna terapija, socialna služba, medicinsko kemični laboratorij, zdravstvena administracija, lekarna in internistična služba.

V poročilu predstavljamo druge pomembnejše parametre strokovnega dela v zavodu, med njimi strokovno medicinskega sveta, komisije za obvladovanje bolnišničnih okužb, komisije za obveščanje o opozorilnih in nevarnih dogodkih. Poglavju so dodani podatki iz evidenc spremljanja sprejemov bolnikov proti volji ter uporabe posebnih varovalnih ukrepov v skladu z določili Zakona o duševnem zdravju. Posebno poglavje je namenjeno spremljanju izboljševanja kakovosti dela v bolnišnici. Predstavljene so nove klinične poti ter obvezni in neobvezni kazalniki kakovosti, ki smo jih izvedli v bolnišnici. Poročilo vsebuje podatke o izobraževanju, strokovni in publicistični aktivnosti sodelavcev bolnišnice ter zaključek poročila.

1 NEKATERI SPLOŠNI STATISTIČNI PODATKI IN REALIZACIJA STORITEV V LETU 2010

V tabeli 1 so predstavljeni podatki o številu odpuščenih bolnikov po regijah, število bolnikov, ki so bili obravnavani v dnevni oskrbi, število ambulantnih pregledov ter število bolnišničnih oskrbnih dni v neakutni obravnavi (neakutna BOD). V letu 2010 je bilo obravnavanih in odpuščenih planirano število hospitalnih pacientov ter bolnikov v dnevni oskrbi. V primerjavi s preteklim letom pa se je povečalo število obravnavanih ambulantnih ter oskrbnih dni v neakutni obravnavi.

Tabela 1: Podatki o številu odpuščenih bolnikov po regijah

OBMOČNE ENOTE	NEAKUTNA BOD	TOČKA	ŠTEV. HOSP. PRIM.	ŠTEV. PRIM. V DNEVNI BOLN.	ŠTEV. AMB. OBISKOV
LJUBLJANA	130	60.337,14	242	48	4.297
(2009)	354	55.124,39	298	33	4.108
(2008)	270	1.013,03	297	43	4.611
(2007)	128	54.126,80	316	44	3.969
KOPER	1.570	19.811,79	697	25	1.308
(2009)	1.462	19.191,13	645	3	1.287
(2008)	1.731	16.788,72	664	7	1.140
(2007)	502	15.486,56	660	9	1.036

OBMOČNE ENOTE	NEAKUTNA BOD	TOČKA	ŠTEV. HOSP. PRIM.	ŠTEV. PRIM. V DNEVNI BOLN.	ŠTEV. AMB. OBISKOV
N. GORICA	1.090	24.139,28	510	30	1.527
(2009)	406	20.006,74	41	15	1.285
(2008)	400	20.631,61	516	26	1.316
(2007)	420	16.696,03	481	29	1.184
KRANJ	32	4.538,25	42	4	289
(2009)		5.508,22	27	4	353
(2008)		6.440,66	26	7	421
(2007)	2	6.950,31	32	5	481
MARIBOR		385,32	3		25
(2009)		394,65	7		32
(2008)		610,05	3		42
(2007)		387,20	12		28
CELJE		915,02	1	1	56
(2009)		989,02	2		60
(2008)		343,12	7	1	26
(2007)		714,55	12		39
RAVNE	8	213,92	6		8
(2009)		154,30	7		12
(2008)		102,61			8
(2007)		268,49			9
N. MESTO		131,86			8
(2009)		111,67			8
(2008)		12,44	2		1
(2007)		58,67	5		4
M. SOBOTA		5,54	9		1
(2009)		6,23	1		1
(2008)			3		
(2007)			2		
KRŠKO			3		
(2009)			6		
(2008)			6		
OSTALI PL.			2		
(2009)			1		
(2008)			2		
(2007)		42,59	1		3
SKUPAJ		36,95			2
PLAN 2010	86	195,47			10
PLAN 2009					
PLAN 2008		133,15	21		11
PLAN 2007		193,79	38		16
DOSEŽ. % 2010		110.673,59	1.512		7.525
DOSEŽ. % 2009	2.908	150.363,00	1.520	75	8.965
DOSEŽ. % 2008	2.132	103.845,00	1.521	75	7.418
DOSEŽ. % 2007	2.132	89.421,00	1.517	75	6.388
	1.066	89.420,78	1.517	75	6.177
	132,4	73,5	99,4	100,0	83,8
	104,2	98,0	101,7	73,3	97,0
	113,9	118,7	101,7	112,0	118,6
	101,3	106,1	102,6	117,3	109,5

ZASEDENOST: 86 %, (181 postelj)(185, 188, 187.4)

POVPREČNA LEŽALNA DOBA ODPUŠČENIH BOLNIKOV: 38.0(37.6, 37.9, 34.3)

POVPREČNA LEŽALNA DOBA (akutna in neakutna l. d.): 39.9(39.1, 41.6,41.4)

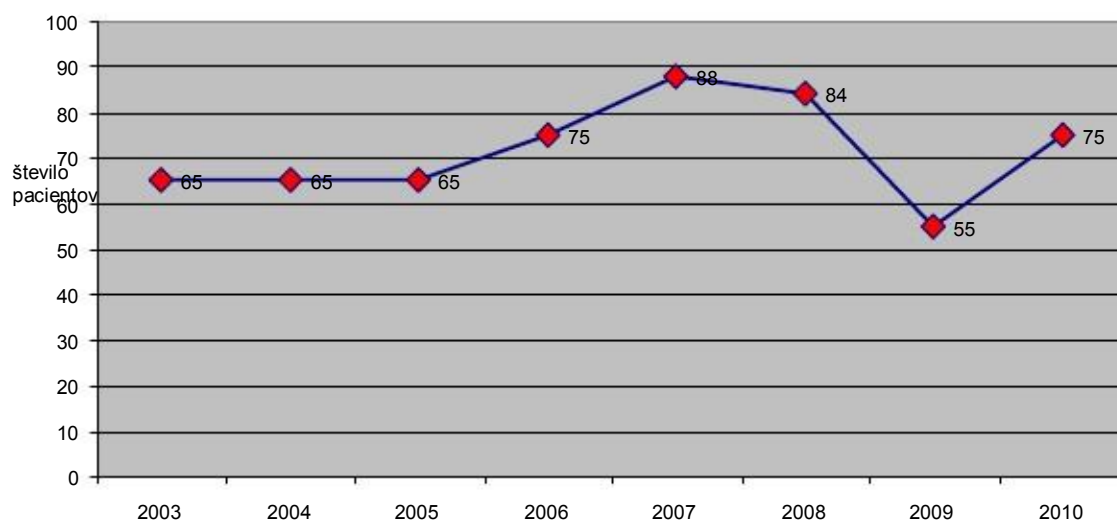
SPREJEMI: 1.571 pacientov(1.623, 1.569, 1.664)

ODPUSTI: 1.609 pacientov(1.605, 1.618, 1.618)

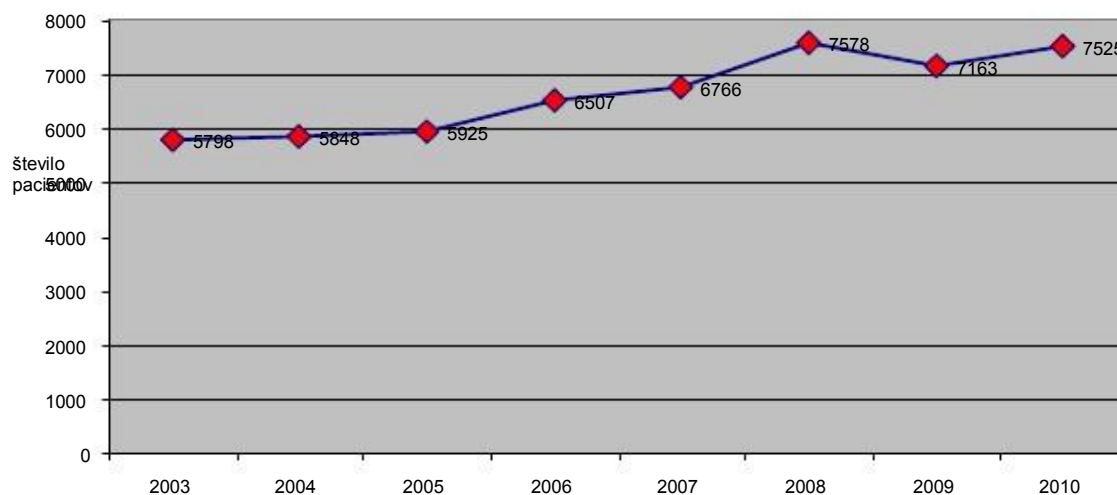
PRVIH SPREJEMOV V LETU 2010: 481 pacientov(527, 481, 513)

Opomba: Števila v oklepajih pomenijo realizacijo v letu 2009, 2008 in 2007.

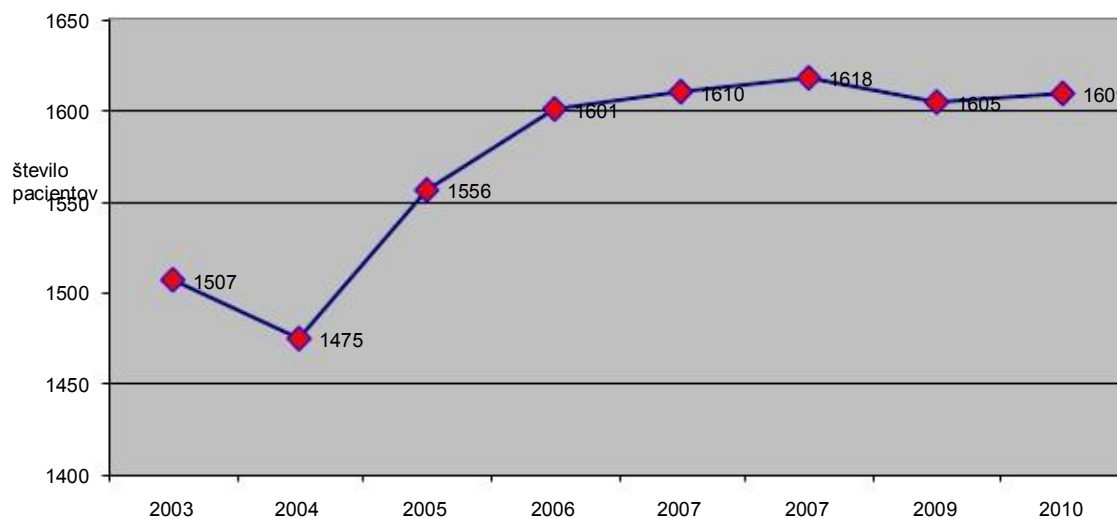
Slika 1: Število primerov v dnevni bolnišnici



Slika 2: Število ambulantnih obiskov



Slika 3: Število odpustov v bolnišnici



Komentar:

- a. V letu 2010 je bilo iz bolnišničnega in dnevno hospitalnega zdravljenja odpuščenih 1.609 oseb. Za ZZZS je bilo načrtovano število odpuščenih oseb v dnevnom hospitalu 100% realizirano (75 oseb), v hospitalnem programu pa 99.4% realizirano (1.512 oseb). V bolnišnici se je zdravilo tudi 21 oseb, katerih plačnik je bilo Ministrstvo za zdravje, med njimi osebe, ki so zaključile obvezno psihiatrično zdravljenje, osebe Centra za tujce, bolniki, ki so bili na nujnem psihiatričnem zdravljenju, vendarle niso imeli urejenega zdravstvenega zavarovanja. En bolnik je bil samoplačnik. Zastopanost bolnikov iz območnih enot, ki jih bolnišnica pokriva (Koper, Nova Gorica, Ljubljana), je bila podobno kot v preteklem letu. Nekoliko nižje je bilo število hospitalnih primerov iz območne enote (OE) Ljubljana ter Nova Gorica, povišano pa iz OE Koper.
- b. Ambulantna dejavnost je organizirana v okviru psihiatričnega dispanzerja, ki deluje v mestnem jedru Idrije, v okviru bolnišnice pa redno deluje gerontopsihiatrična, splošna psihiatrična ambulanta, epileptološka ambulanta ter ambulanta za zdravljenje odvisnosti od alkohola. V letu 2010 je bilo obravnavanih 7.525 oseb ter celokupno izvedenih 110.673 točk. V sredini leta je ZZZS v skladu z Aneksom k splošnemu dogovoru povečal kvoto ambulantnih obravnav na 150.363 točk. Za isto vrednost je zmanjšal vrednost bolnišničnih programov. Navkljub povečani aktivnosti in ambulantnemu programu celokupnega oz. novega plana realizacije ni bilo ob zaključku leta možno izvesti. V letu 2010 smo beležili povečano število pregledov in obravnav v okviru psihiatrične ambulante v bolnišnici ter psihološke službe.
- c. Povprečna ležalna doba odpuščenih bolnikov iz akutnega zdravljenja je bila 38 dni, ter je v primerjavi z zadnjimi leti ostala nespremenjena. V kolikor prištejemo k akutni obravnavi tudi ležalno dobo pacientov, ki so zdravljenje nadaljevali v neakutni obravnavi, je celotna ležalna doba 39.9 dni.
- d. Povprečna zasedenost v bolnišnici je bila 86%, dnevno je bilo povprečno zasedenih 185 postelj. 3 – 6 oseb je bilo v letu 2010 na obveznem psihiatričnem zdravljenju. Manjši delež je pacientov, ki so zaradi malignega poteka bolezni bili v bolnišnici več kot 365 dni (5).
- e. V podaljšano – neakutno zdravljenje je v letu 2010 bilo vključenih 48 oseb, to je 3.05% vseh sprejetih oseb. Povprečno trajanje neakutne obravnave se je v primerjavi s preteklimi leti nadalje krajšalo, ter je bilo 64 dni (leta 2009 – 76 dni). V letu 2010 smo v bolnišnici realizirali 2908 bolnišnično oskrbnih dni, kar odraža presežek načrtovanih BOD-ov v neakutni obravnavi (2.132). Največji delež BOD v podaljšani psihiatrični obravnavi so imeli splošni psihiatrični oddelek, moški sprejemni oddelek ter gerontopsihiatrični oddelek.

Tabela 2: Število podaljšanih hospitalizacij bolnikov na posameznem psihiatričnem oddelku

	Št. sprejemov v letu 2010	Št. % podaljšanih zdravljenj glede na št. zdravljenj sprejemov v letu 2010
Splošni psihiatrični oddelek (L3)	167148,38	
	21900	Oddelek za zdravljenje odvisnosti. (L1)
	256145,47	Gerontopsihiatrični oddelek (L2)
	36930,81	Ženski sprejemni oddelek (S2)
	469163,41	Moški sprejemni oddelek (S3)
	9111,1	Psihoterapevtski oddelek (S4)
	1571483,05	SKUPAJ

(Podatki so vzeti iz poročila kazalnika o podaljšanih hospitalizacijah v PB Idrija v letu 2010, ki ga je pripravil Bojan Krivec, univ. dipl. soc. del.)

- f. Bolnišnica je nadaljevala z aktivnostmi psihiatričnega zdravljenja in obravnave v skupnosti. V letu 2010 je bilo skupaj vključenih 65 pacientov. V Aneksu k splošnemu dogovoru, ki je bil sprejet v letu 2010, je bilo urejeno plačilo za zaključene obravnave 33-ih pacientov. Program psihiatričnega zdravljenja v skupnosti se je izvajal na petih oddelkih v bolnišnici. Terapevtske aktivnosti v skupnosti so bile organizirane znotraj posameznih oddelčnih timov. Psihiatrično zdravljenje v skupnosti je s pohospitalno obravnavo pacientov, ki imajo malignejši potek bolezni, pomembno doprinesel k celostni obravnavi in zdravljenju oseb z duševno motnjo.

2 STRUKTURA BOLNIKOV ZDRAVLJENIH V PSIHIATRIČNI BOLNIŠNICI IDRIJA GLEDE NA NJIHOVO DUŠEVNO MOTNJO

V bolnišnici letno spremljamo osnovne statistične podatke o značilnosti duševnih motenj ter bolnikov na bolnišničnem ter izvenbolnišničnem nivoju. V nadaljevanju bomo predstavili pregled glavnih odpustnih diagnoz glede na starost, spol in število oskrbnih dni. Podatke primerjamo s stanjem predhodnih treh letih. Vrednosti slednjih bodo izkazane v oklepajih.

I. Organske, vključno simptomatske duševne motnje (F00 – F09)

Tabela 3

starost	M		Ž		SKUPAJ		povprečje
	število	lež. doba	število	lež. doba	število	lež. doba	
0 - 10							
11 - 20							
21 - 30	2	104			2	104	
31 - 40	2	61	1	10	3	71	
41 - 50	7	216			7	216	
51 - 60	12	443			15	484	
61 - 70	1	12	3	41	13	464	
71 - 100	14	498	12	452	18	636	
skupaj	60	1790	4	138	139	4211	
2009			79	2421			
	98	3124	99	3062	197	6186	31,4 dni
	92	2790	104	3330	196	6120	31,2 dni
2008	102	3503	101	3687	203	7190	35,4 dni
2007	86	2750	99	2947	185	5697	30,8 dni

Povprečna ležalna doba: 31.4 (31.2, 35.4, 30.8, 34.7)

Komentar:

V skupini organskih, vključno simptomatskih duševnih motenj prevladujejo bolniki z različnimi oblikami demenc ter delirantnimi stanji, med mlajšimi pa tudi stanje po poškodbah možganov. V letu 2010 smo obravnavali 197 pacientov, ležalna doba pa je bila primerljiva s preteklim letom in sicer 31.4 dneva. Po spolu so pacienti enakomerno porazdeljeni.

II. Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi (F10 – F19)

Tabela 4

starost	M		Ž		SKUPAJ		povprečje
	število	lež. doba	število	lež. doba	število	lež. doba	
0 - 10							
11 - 20							
21 - 30							
31 - 40	25	502	7	271	32	773	
41 - 50	57	2095	7	334	64	2429	
51 - 60	82	3337	21	825	103	4162	
61 - 70	88	3454	19	747	107	4201	
71 - 100	17	531	4	244	21	775	
skupaj	3	120	4	127	7	247	
2009							
2008							
2007							
	272	10039	62	2548	334	12587	37,69 dni
	299	11217	69	2080	368	13297	36,1 dni
	326	11700	55	2119	381	13819	36,3 dni
	341	10599	68	1922	409	12521	30,6 dni

Povprečna ležalna doba: 37.69 (36.1, 36.3, 30.6, 34.4)

Tabela 5: Dnevni hospital

	M		Ž		SKUPAJ		
starost	število	lež. doba	število	lež. doba	število	lež. doba	Povprečje
2010	38	548	3	56	41	604	14,73 dni
2009	35	651	7	118	42	769	18,3 dni

Komentar

V letu 2010 je opazen blag upad števila sprejemov oseb, ki so bili sprejeti na zdravljenje zaradi zasvojenosti z alkoholom in drugimi psihoaktivnimi substancami. Odpuščenih je bilo 334 oseb (368 v letu 2009), od tega 272 moških in 62 žensk. Povprečna ležalna doba je bila primerljiva s preteklimi leti in sicer 37.7 dni. Na oddelku za zdravljenje odvisnosti je bilo 41 oseb vključenih v dnevno hospitalno zdravljenje (leta 2009, 42). Povprečna ležalna doba je bila 14.7 dni. V skupinsko zdravljenje odvisnosti je bilo vključenih 176 (177) bolnikov, od tega 108 prvič in 68 ponovno. Preostali delež bolnikov je bilo sprejetih zaradi zapletov v okviru odvisnosti zaradi alkohola ali nedovoljenih drog ter spremljajočih psihiatričnih komplikacij (psihotične motnje, amnestični sindrom, samomorilna ogroženost in druga komorbidna stanja).

III. Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje (F20 – F29)

Tabela 6

	M		Ž		SKUPAJ		
starost	število	lež. doba	število	lež. doba	število	lež. doba	povprečje
0 - 10							
11 - 20							
21 - 30	3	111	6	206	9	317	
31 - 40	58	2702	33	994	91	3696	
41 - 50	67	2617	26	1484	93	4101	
51 - 60	72	3179	52	2387	124	5566	
61 - 70	68	3700	37	1778	105	5478	
71 - 100	19	1142	34	1840	53	2982	
skupaj	7	862	10	281	17	1143	
	294	14313	198	8970	492	23283	47,32 dni
2009	264	11143	194	7170	458	18313	39,9 dni
2008	288	13192	234	8565	522	21757	41,7 dni
2007	273	11298	230	8735	503	20033	39,8 dni

Povprečna ležalna doba: 47,32 (39.9, 41.7, 39.8, 41.4)

Tabela 7: Dnevni hospital

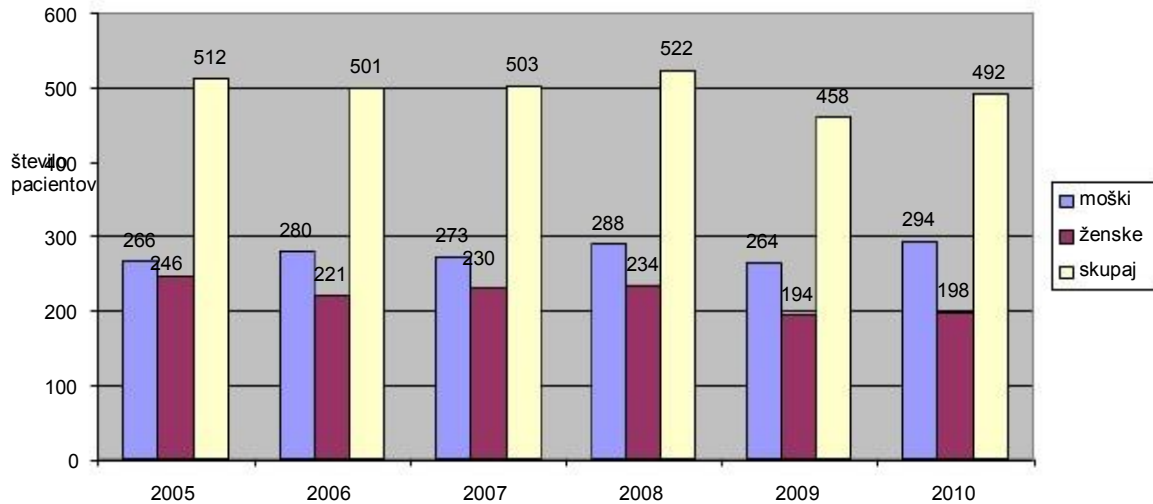
	M		Ž		SKUPAJ		
starost	število	lež. doba	število	lež. doba	število	lež. doba	povprečje
2010	7	217	8	166	15	383	25,53 dni
2009	3	87	1	56	4	143	35,7 dni

Komentar:

V letu 2010 je bilo sprejetih 492 oseb zaradi shizofrenije, shizotipske in blodnjave motnje. Prevladujejo moški (294), manjši delež je žensk (198). Povprečna ležalna doba bolnikov se je povišala in sicer na 47.3 dneva. 15 oseb se je zdravilo v dnevni bolnišnični oskrbi, povprečno pa so bili na zdravljenju 25.5 dneva. Zaradi shizofrenije se je zdravilo 256 oseb (175 moških,

81 žensk), shizotipske motnje 18 (10/8), trajne blodnjave motnje 38 (16/22), akutne blodnjave motnje 103 (53/50), shizoafektivne motnje 73 oseb (39/34). Ob spremljanju števila oseb po spolu se nakazuje bistveno večje število sprejemov moških in sicer na račun shizofrenije.

Slika 4: Prikazuje število oseb po spolu, ki so bile odpuščene v zadnjih štirih letih zaradi shizofrenije, shizotipske in blodnjave motnje



IV. Razpoloženske motnje(F30 – F39)

Tabela 8

starost	M		Ž		SKUPAJ		
	število	lež. doba	število	lež. doba	število	lež. doba	povprečje
0 - 10							
11 - 20							
21 - 30			1	3	1	3	
31 - 40	8	289	6	307	14	596	
41 - 50	9	369	5	402	14	771	
51 - 60	29	1233	31	1385	60	2618	
61 - 70	38	1714	33	1778	71	3492	
71 - 100	22	825	24	1126	46	1951	
skupaj	24	680	64	2365	88	3045	
	130	5110	164	7366	294	12476	42,44 dni
2009	105	3838	170	7437	275	11175	40,6 dni
2008	101	4160	167	7810	268	11970	44,7 dni
2007	85	3616	176	7154	256	10577	41,3 dni

Povprečna ležalna doba: 42.44 (40.6, 44.7, 41.3, 36.8)

Tabela 9: Dnevni hospital

starost	M		Ž		SKUPAJ		
	število	lež. doba	število	lež. doba	število	lež. doba	povprečje
2010	5	117	5	81	10	198	19,80 dni
2009	1	37	2	29	3	66	22 dni

Komentar:

V bolnišnici se je zdravilo 294 oseb, prevladovale so ženske (164). Povprečna ležalna doba je bila nekoliko daljša kot v preteklem letu in sicer 42.4 dni. V dnevno bolnišnično zdravljenje je bilo vključenih deset oseb, ki so bili povprečno na zdravljenju 20 dni. Zaradi manične epizode se je zdravilo pet oseb (3 moški/ 2 žeski). Zaradi bipolarnе motnje 69 oseb (20/49), zaradi prve depresivne epizode 79 oseb (39/40), zaradi ponavljajoče se depresivne motnje 137 oseb (66/71), zaradi distimije pa štiri osebe.

V. Nevrotske, stresne in somatoformne motnje (F40 – F49)

Tabela 10

starostštevilo	lež. doba	število	lež. doba	število	lež. doba	povprečje
0 - 10						
11 - 20						
21 - 30	2	891	1	85	3	976
31 - 40	9	210	4	138	13	348
41 - 50	10	255	8	139	18	394
51 - 60	10	330	11	307	21	637
61 - 70	7	98	6	188	13	286
71 - 100	4	73	5	92	9	165
skupaj	2	26	6	114	8	140
	44	1883	41	1063	85	2946
						34,66 dni
2009	64	1693	59	1755	123	3448
2008	67	1739	62	2353	129	4092
2007	48	1547	86	2251	134	3798
						28,03 dni
						31,72 dni
						28,34 dni

Povprečna ležalna doba: 34.66 (28, 31.7, 28.3, 28.1)

Tabela 11: Dnevni hospital

starostštevilo	M		Ž		SKUPAJ	
	lež. doba	število	lež. doba	število	lež. doba	povprečje
2010589		6	225	11	31428,55 dni	
2009389		3	69	6	15826,33 dni	

Komentar:

V letu 2010 se je zdravilo v bolnišničnem programu 85 oseb, od tega 44 moških in 41 žensk. Povprečna ležalna doba je bila 34.6 dni. V dnevni bolnišnici je bilo vključenih 11 oseb (5/6). Opazno je nižje število odpustov zaradi nevrotskih motenj v hospitalnem programu v primerjavi s preteklim letom (123), kar nakazuje susp. na usmerjanje v druge oblike obravnav v okviru dnevnega ali ambulantnega zdravljenja. Povprečna ležalna doba zdravljenja v dnevnem hospitalu je bila 28 dni. Med zdravljenjci prevladujejo pacienti z anksioznimi motnjami (37, 16 moških in 22 žensk), ter pacienti zaradi prilagoditvene motnje (31, 18 moških, 13 žensk). Zaradi fobične-anksiozne motnje sta se zdravila dva pacienta, disociativne motnje dva, somatoformne motnje trije, obsesivno kompulzivne motnje 8 (6/2).

VI. Motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi (F60 – F69)

Tabela 12

starost	M		Ž		SKUPAJ		
	število	lež. doba	število	lež. doba	število	lež. doba	povprečje
0 - 10							
11 - 20							
21 - 30			1	60	1	60	
31 - 40			7	201	12	258	
41 - 50	5	57	4	95	12	225	
51 - 60	8	130	8	166	20	526	
61 - 70	12	360	6	225	9	285	
71 - 100	3	60	1	41	2	135	neak. 1M/S3
skupaj	1	94	1	36	1	36	
							neak. 1M/L3
	29	701	28	824	57	1525	26,75 dni
2009	21	476	23	695	44	1171	26,6 dni
2008	22	452	41	1044	63	1496	23,8 dni
2007	32	640	34	815	66	1455	22 dni

Povprečna ležalna doba: 26.75 (26.6, 23.8, 22, 24.4)

Komentar:

V letu 2010 se je zdravilo 57 oseb zaradi motenj osebnosti. Zastopanost po spolu je enakomerna, povprečna ležalna doba je bila 26.7 dni.

VII. Duševna manjrazvitost (mentalna retardacija) (F70 – F79)

Tabela 13

starost	M		Ž		SKUPAJ		
	število	lež. doba	število	lež. doba	število	lež. doba	povprečje
0 - 10							
11 - 20							
21 - 30			1	13	1	13	
31 - 40			1	10	10	150	
41 - 50	9	140	2	23	15	427	
51 - 60	13	404	3	315	11	506	
61 - 70	8	191	4	94	9	173	
71 - 100	5	79			1	15	
skupaj	1	15					
	36	829	11	455	47	1284	27,32 dni
2009	40	1037	10	256	50	1293	25,8 dni
2008	28	457	14	220	42	677	16,1 dni
2007	19	384	9	110	28	494	17,6 dni

Povprečna ležalna doba: 27.32 (25.8, 16.1, 17.6, 28.3)

Komentar:

V bolnišnico je bilo sprejeto 47 oseb zaradi psihičnih motenj ob duševni manjrazvitosti (36 moških, 11 žensk). Povprečna ležalna doba je bila 27 dni.

2.1 POVZETEK

Tabela 14

starost	M		Ž		SKUPAJ		povprečje		
	število	lež. doba	število	lež. doba	število	lež. doba			
0 - 10									
11 - 20	9	1.121	15	485	24	1.606			
21 - 30	116	3.961	59	1.931	175	5.892		neak. 5M/S3, 1M/L3	
31 - 40	176	6.138	52	2.477	228	8.615		neak. 1Ž/S2, 4M/S3	
41 - 50	226	9.081	132	5.477	358	14.558		neak. 3M/S3, 1M/L3	
51 - 60	210	9.117	117	5.262	327	14.379		neak. 5M/L3, 2M/S3	
61 - 70	78	3.178	73	3.793	151	6.971		neak. 4M/L3, 1Ž/S2, 1M/S3, 1Ž/L2	
71 - 100	101	3.591	166	5.407	267	8.998	umrli 2Ž, 1m	neak. 3M/L3, 9Ž 9Ž/L2, 2M/L2	
skupaj	916	36.187	614	24.832	1.530	61.019	39,88 dni		
2009	900	32.399	649	22.977	1.549	55.376	37,6 dni		
2008	936	35.221	682	26.122	1.618	61.343	37,9 dni		
2007	896	31.083	721	24.376	1.618	55.459	34,3 dni	5	

Povprečna ležalna doba: 39.88 (37.6, 37.9, 34.3, 35.9)

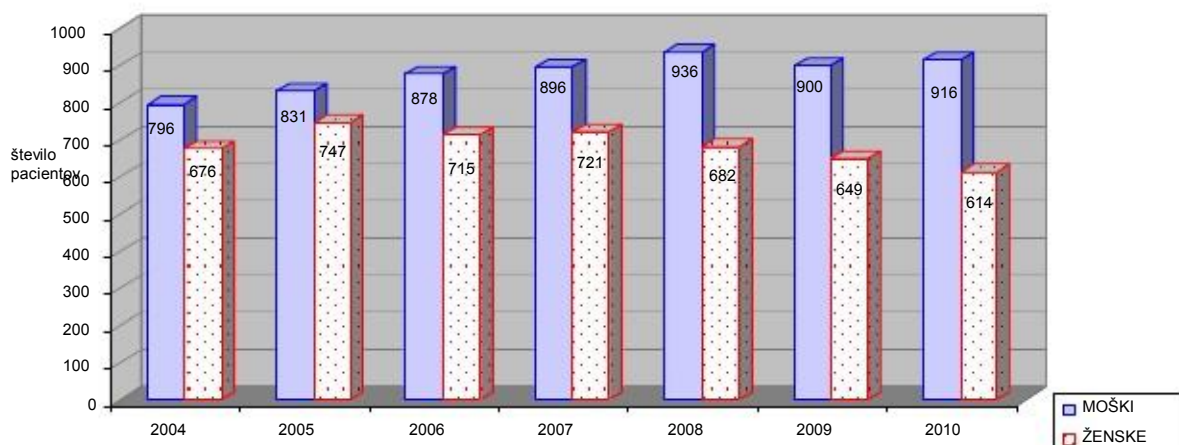
Tabela 15: Dnevni hospital

starost	M		Ž		SKUPAJ		povprečje
	število	lež. doba	število	lež. doba	število	lež. doba	
2010	55	951	24	553	79	1.504	19,04
2009	43	887	13	272	56	1.159	20,7 dni

Komentar

V letu 2010 je bilo skupno odpuščenih iz hospitalnega bolnišničnega programa 1.530 oseb ter 75 oseb iz dnevne bolnišnice. Povprečna ležalna doba, ki vključuje akutno in neakutno obravnavo je bila 39.8 dneva, v dnevnem bolnišničnem zdravljenju pa so se pacienti zdravili povprečno 19 dni. Pet pacientov je bilo v bolnišnici na zdravljenju več kot 365 dni, štirje zaradi shizofrenije, ena oseba pa zaradi trajne blodnjave motnje. V letu 2010 so v bolnišnici umrle tri osebe (dve ženski in en moški).

Slika 5: Število moških in ženskih sprejemov v bolnišnično zdravljenje



3 NOTRANJA ORGANIZIRANOST IN DEJAVNOST BOLNIŠNICE

3.1 ODDELKI

3.1.1 Splošni psihiatrični oddelek – ženski S2

- a. Organizacija dela na ženskem splošnem psihiatričnem oddelku je v letu 2010 ostala nespremenjena. Oddelek je sestavljen iz dveh prostorsko in funkcionalno med seboj povezanih enot, intenzivne in odprte, med katerima poteka sprotno in usklajeno dogovarjanje in pretok informacij med zaposlenimi glede organizacije in strokovnosti dela. Na vsaki enoti je na razpolago 21 postelj.
- b. Tekom leta 2010 je bilo na oddelek skupno sprejetih 367 bolnic, odpuščenih 270 pacientk. 88 pacientk je bilo premeščenih na druge oddelke znotraj bolnišnice, sedem pa v druge bolnišnice. 4 bolnice so bile vključene v dnevno obliko zdravljenja. Tudi v tem letu je bila ena postelja na intenzivnem oddelku stalno zasedena zaradi hospitalizacije bolnice, ki ima ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja v bolnišnici. V letu 2010 so bili posebni varovalni ukrepi izvedeni pri 19 bolnicah, skupno število oviranj pa je bilo 167. PVU se izvajajo skladno in dosledno s smernicami RSK in določili Zakona o duševnem zdravju. Beležimo tudi več kot trikratni porast celokupnega števila uporabljenega PVU. Večina izvedenih PVU gre na rovaš ene oz. treh pacientk, medtem ko je bil PVU uporabljen pri manjšem številu pacientk. Beležimo za skoraj 20% nižje število sprejemov, kar bi bilo potrebno podrobneje analizirati (vpliv SPO, dispanzerskega vodenja pacientk).
- c. V letu 2010 sta na intenzivni enoti ženskega splošnega psihiatričnega oddelka delala dva zdravnika specialista psihiatrije. Na odprti enoti sta delala dva zdravnika, eden specialist psihiater za polovični delovni čas, v okviru kroženja tokom specializacije pa sta delali zaporedno dve zdravnici. V mesecu septembru je prišlo na oddelku do kadrovskih prerazporeditev zaradi nepredvidenega odhoda zdravnika psihiatra na bolniški dopust, tako da je bilo številčno stanje zdravnikov sredi meseca septembra zmanjšano. Tako sta na oddelku ostala dva zdravnika specialista psihiatra in zdravnica specializantka psihiatrije. Število zaposlenih zdravstvenih tehnikov se med letom ni spreminjalo, 10 jih je delalo v troizmenskem turnusu, dva zdravstvena tehnika delata polovični delovni čas, dva zdravstvena tehnika z omejitvami pri delu delata v dvoizmenskem turnusu. Na oddelku delata še 1-2 diplomirani medicinski sestri. Ena diplomirana medicinska sestra je praviloma vključena v turnus, tako da je na oddelku stalno prisotna le ena dms. Na oddelku delajo še klinična psihologinja, dve delovni terapevтки in socialna delavka. Kadrovska zasedba zdravnikov na oddelku konec leta 2010 diktira povečane obremenitve preostalih zdravnikov, ki se bodo, v kolikor v prihodnjem letu ne bo prišlo do kadrovskih okrepitev stopnjevale. Povečane delovne obremenitve med vsemi zaposlenimi na oddelku je bilo čutiti po odhodu zdravnika na bolniški dopust, pa tudi pomladi in poleti, ko je bilo število sprejemov na oddelek občutno večje, osebje pa je bilo zaradi dopustov številčno precej okrnjeno. Zaradi odhoda zdravnika na daljši bolniški dopust je posledično prihajalo do večjih obremenitev preostalih zdravnikov, tudi do pojavljanja bolniškega staleža, kar je bilo nemara povezano z njihovimi maksimiziranimi delovnimi obremenitvami.
- d. Na oddelku potekajo strukturirane terapevtske dejavnosti v dopoldanskem in popoldanskem času, ki se izvajajo tako na intenzivni, kot tudi na odprti enoti. Zdravniške

vizite, na katerih pa so prisotni tudi ostali člani tima, potekajo štirikrat tedensko, enkrat tedensko pa se vrši sestanek terapevtske skupnosti. Terapevtsko delo je ob sprejemu bolnic večinoma individualno naravnano, pri čemer se vrši diagnostika in terapija duševnih motenj. Kasneje je ob izboljševanju simptomatike možno vključevanje bolnic v skupinske terapevtske dejavnosti, ki potekajo na oddelku. V individualno in skupinsko obravnavo so vključeni vsi člani tima, pri čemer uporabljajo znanja s svojih področij delovanja.

Psihologinja sodeluje v diagnostiki duševnih motenj, hkrati pa izvaja individualno psihoterapevtsko obravnavo izbranih bolnic, pri čemer uporablja elemente suportivne, kognitivno vedenjske in družinske psihoterapije. Delovni terapevtki na oddelku dvakrat tedensko vodita kognitivno skupino, enkrat tedensko pa pod njunim vodstvom poteka kreativna skupina. V letu 2010 so do sredine meseca maja vse aktivnosti delovne terapije zaradi adaptacije stavbe delovne terapije potekale na oddelku. V dogovoru z zdravnikom je delavna terapevtka opravila 4 testiranja motoričnih in procesnih sposobnosti (AMPS). Pod vodstvom socialne delavke so potekale interakcijske vaje z elementi treninga socialnih veščin na sprejemnem ženskem oddelku.

Pod vodstvom diplomirane medicinske sestre enkrat tedensko potekajo zdravstveno vzgojne skupine.

- e. Na oddelku so vsakodnevno potekali kratki oddelčni sestanki, ki so bili namenjeni novosprejetim bolnicam in aktualni problematiki. Tudi v letu 2010 smo nadaljevali z rednimi tedenskimi sestanki oddelčnega tima, ki smo jih izkoristili za poglobljeno predstavitev bolnic, načrtovanje diagnostike in terapije, dogovore o ciljih zdravljenja in nadaljevanju obravnave po odpustu iz bolnišnice. Celoten tim je sodeloval pri vključevanju bolnic v program psihosocialne rehabilitacije in njihovem vodenju po odpustu iz bolnišnice.

- f. V letu 2010 je bilo v sklopu t.i. skupnostne psihiatrične oskrbe (SPO), vključenih 15 pacientk. Pacientke je po predhodno pridobljenem soglasju obiskoval na domu tim, sestavljen iz diplomirane med. sestre, delovne terapevtke in socialne delavke.

Obrat bolnic na oddelku ostaja visok in s tem velika intenzivnost dela celotnega terapevtskega tima. Ob kadrovske podhranjenosti, je obremenitev zdravnikov z novosprejetimi bolnicami velika, možnosti premestitve na druge oddelke znotraj bolnišnice po izboljšanju njihovega psihičnega stanja pa so omejene. Poleg tega se srečujemo s pestrostjo simptomatike, saj so neredko na oddelke zaradi pomanjkanja prostora na ustreznih oddelkih v bolnišnici, sprejete bolnice s sindromom demence in sindromom odvisnosti od alkohola, ki zahtevajo specifičnost obravnave, pri obeh skupinah bolnic pa je tudi večja prisotnost somatskih obolenj.

Z Zakonom o duševnem zdravju ostaja aktualen povečan obseg administrativnega dela pri sprejemih bolnic proti njihovi volji na oddelke pod posebnim nadzorom psihiatrične bolnišnice. Roki pridržanja teh bolnic, določenih s strani sodnega izvedenca in sodišča ostajajo relativno kratki, kar ob odklonilnosti do medikamentozne terapije zahteva resnično optimalno vključenost in sodelovanje vseh članov tima.

Poročilo je posredoval namestnik vodje ženskega splošnega oddelka S2, Andrej Serafimović, dr. med., spec. psihiatrije)

3.1.2 Splošni psihiatrični oddelek – moški S3

- a. Organizacija oddelka. V letu 2010 organizacije oddelka S3 nismo spreminjali. Oddelek je še vedno sestavljen iz dveh podenot, ki sta tako prostorsko kot po terapevtskih postopkih med seboj povezani enoti. Na sprejemnem oddelku je nameščenih 22 postelj, na odprtem oddelku pa 20 postelj. Na sprejemnem oddelku je stalno zasedena ena postelja (pacient na podaljšanem zdravljenju po preteku obveznega zdravljenja v bolnišnici), na odprtem oddelku pa so stalno zasedene tri postelje (dva pacienti imata ukrep obveznega zdravljenja v bolnišnici, eden je zaradi rezistentnosti simptomatike na podaljšanem zdravljenju). Paciente sprejemamo na obe enoti oddelka, prav tako jih odpuščamo iz obeh enot. Oddelčni tim je stalno prisoten na sprejemnem oddelku, na odprtem oddelku pa le ob aktivnostih, oz. rednih obdobjih nadzorih.
- b. Kadrovska zasedba oddelka: V letu 2010 smo bile na oddelku zaposlene tri zdravnice specialistke psihiatrije, z avgustom je na oddelku v okviru specializacije prišla specializantka psihiatrije. Dolgoročno bo potrebno na sprejemnem oddelku zagotoviti dve specialistki, ker je zahtevnost dela iz leta v leto večja. Bolezni, ki jih obravnavamo so diagnostično težje opredeljive, diagnostični postopki so obsežnejši, dolgotrajnejši, zahtevnejše je tudi delo s svojci in tudi urejanje pravno formalnih zadev. Na oddelku sta bili vse leto razporejeni dve diplomirani medicinski sestri, ena v troizmenskem turnusu. Do aprila 2010 je bilo 14 zdravstvenih tehnikov razporejenih v turnusu (trije dopoldne, trije popoldne in dva ponoči). Od maja dalje je bilo v delo vključenih 15 zdravstvenih tehnikov. V dopoldanski izmeni je bil na oddelku razporejen tudi zdravstveni tehnik, ki je bil zaradi zdravstvenih omejitev razporejen na delo na odprtem oddelku. V delo na oddelku sta še vedno vključena dva delovna terapevta, terapevt na sprejemnem oddelku, terapevtka na odprtem oddelku. V oddelčnem timu je tudi psihologinja. V delo na oddelku se vključuje socialna delavka, ki pa sočasno opravlja tudi druge aktivnosti in ni stalno prisotna.

Zaradi pogostih potreb stalnega nadzora ob sprejemih manifestno bolnih, tudi zaradi zahtev, ki izhajajo iz Zakona o duševnem zdravju, se obdobje kaže pomanjkanja osebja ob trenutnih potrebah. Tako prihaja do zapletenih situacij, ko je zaradi zahtevnosti obravnave vedenjsko problematičnih pacientov oz. manifestno bolnih, ki potrebujejo stalni nadzor, nemogoče zagotoviti potrebno število osebja. Ob tem tudi ni moč zagotoviti optimalnih pogojev zdravljenja za vse paciente na sprejemnem oddelku, ker je simptomatika raznovrstna in bi pacienti potrebovali raznovrstnejše pristope, ki pa bi jih bilo mogoče izpeljati ob boljši kadrovski zasedbi.

c. Število sprejetih, odpuščenih in premeščenih bolnikov v letu 2010:

Tabela 16

MESEC	SPREJEMI	PREMESTITVE na S IIIIz S III	ODPUSTI
JANUAR	44	417	28
FEBRUAR	33	213	21
MAREC	47	219	26
APRIL	41	020	29
MAJ	46	117	24
JUNIJ	46	117	28
JULIJ	34	210	28
AVGUST	33	16	28
SEPTEMBER	33	09	29
OKTOBER	38	112	24
NOVEMBER	45	114	35
DECEMBER	30	011	22
SKUPAJ	34	15165	30
	471		325

V letu 2010 je število sprejetih pacientov nižje kot preteklo leto (471), povprečno smo sprejeli 39 pacientov mesečno.

d. Oblike terapevtskih dejavnosti: Terapevtsko sta sprejemni in tkz. odprti moški oddelek povezana, tudi oddelčni tim je v celoti seznanjen s problematiko vseh pacientov. Na sprejemnem oddelku še vedno potekajo dnevne vizite po sobah, kjer poskušamo paciente čim bolj individualno obravnavati. Vizito vodi psihiatrinja, sicer pa so prisotni še delovni terapevt in eden od zdravstvenih tehnikov. Ob sredah je na sprejemnem oddelku še vedno sestanek terapevtske skupnosti.

V bolnišnico so napoteni tisti pacienti, pri katerih druge oblike zdravljenja niso uspešne in pri katerih prihaja do manifestnih poslabšanj bolezni. Ker velikokrat gre za komorbiditeto (največkrat za kompleksno problematiko odvisnosti od prepovedanih drog, psihotične dekompenzacije ob tem, ter primarne osebnostne motenosti), je osebe dodatno obremenjeno. Zapleti se pojavljajo tudi ob tkz. povratnikih, ki slabo sodelujejo pri zdravljenju in so zaradi progresije bolezni socialno marginalizirani ter eksistenčno ogroženi in težijo k hospitalizmu. Žal ob trenutni preobremenjenosti objektivizacije navedenega mnenja, ni moč izpeljati, ker nimamo informacijske podpore, ki bi zagotavljala statistično obdelavo podatkov. Kljub stopnjevanju zahtevnosti obravnav, se kadrovska zasedba že leta ni izboljšala.

Na odprtem oddelku organizacije dela nismo spreminjali. Terapevtski postopki potekajo po strukturiranem urniku. Deloma so vizite individualno naravnane, deloma terapije potekajo v obliki skupinskega dela. Še vedno so v delo vključeni vsi člani tima. Tako v popoldanskem času še vedno potekajo skupine pod vodstvom diplomirane medicinske sestre, terapevtke, psihologinje in socialne delavke, ki so razporejene po dnevih.

Vsebinsko se obravnave razlikujejo. Dipl. med. sestra večinoma vodi skupine, ki so edukativno naravnane, socialna delavka skrbi za vzdrževanje socialnih veščin in aktualno problematiko s tega področja, psihologinja skupine psihoterapevtsko oblikuje. Delovna terapevtka skupine sproti prilagaja glede na sposobnosti in interes pacientov (potekajo glasbene ure, gibalna terapija, likovna terapija...).

Nekoliko se je zmanjšala obremenitev zdravnikov v zvezi s postopki zdravljenja brez privolitve, ker ni več sprotnih zaslišanj zdravnikov.

Na oddelku zaradi zaščite pacientov še vedno občasno uporabimo tudi posebne varovalne ukrepe, fiksacijo s pasovi, za katere pa imamo točno določene kriterije in izvedbo. V letu 2010 je bilo število fizično omejevanih pacientov 52 vendar so bili pri nekaterih posebni varnostni ukrepi uporabljeni večkrat. Skupno število beleženih omejevanj je 125.

Tabela 17

	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	avg	sep	okt	nov	dec	SKUPNO
Št. fiks. pac.	53	47	91	104	42	40	52						
Št izv. fiks.	7	19	92	31	16	56	28	0	0	0	0	0	125

Na oddelku imamo tudi možnost dnevnega zdravljenja pacientov. V tovrstno obliko zdravljenja se zaradi oddaljenosti vključuje manj pacientov, v letu 2010 so bili dnevno hospitalizirani trije pacienti.

- e. Delo oddelčnih timov: Oddelčni tim deluje kot celota. Ob kratkih vsakodnevnih sestankih zaenkrat uspešno usklajujemo delo. Zaradi intenzitete dela je večina osebja angažirana na sprejemnem oddelku. Že pred leti sem opozarjala na to, da pacientom na odprtem oddelku v popoldanskem času ni moč zagotoviti takojšnje pomoči, ker ni neposredno prisotnega osebja. Ob trenutnih trendih niti ni moč planirati drugačne organizacije dela na oddelku. Razširjene sestanke oddelčnega tima imamo občasno, ko aktualna problematika to zahteva.

(Poročilo je posredovala vodja oddelka Erika Mitrovič, dr. med., spec. psihiatrije)

3.1.3 Psihoterapevtski oddelek S4

- a. Organizacija dela na oddelku: S4 oddelek je psihoterapevtski oddelek in je odprtega, mešanega (moški in ženski spol bolnikov) tipa. Poleg hospitaliziranih pacientov so v oddelčno terapevtsko obravnavo vključeni tudi pacienti iz dnevne hospitalizacije. Dnevna hospitalizacija je namreč posebna oblika zdravljenja, namenjena pacientom, ki ne potrebujejo celodnevne bolnišnične oskrbe, ambulantna obravnava pa je glede na resnost in naravo motnje insuficientna. Pacienti so na oddelek sprejeti direktno ali premeščeni iz drugih oddelkov (predvsem iz S2 in S3 oddelka). Delo s pacienti na oddelku je integrativno konceptirano in poteka na več nivojih. V pretežni meri je naslonjeno na individualne in skupinske psihoterapevtske metode dela (analitsko usmerjena psihoterapija po Foulksu, kratka dinamska in vedenjsko kognitivna psihoterapija), kar je odvisno od zastavljenih ciljev pri posameznem pacientu in strokovne izobrazbe terapevtov. Omenjene psihoterapevtske aktivnosti so podprte z medikamentozno terapijo in aktivacijskimi dejavnostmi. Shematska organizacija dela je razvidna na panoju dnevnih aktivnosti, ki je razobešen na vidnem mestu na oddelku. Aktivnosti so strukturirane po dnevih in urah. V terapevtske dejavnosti je vključen celoten oddelčni tim. Vsebina aktivnosti je prilagojena obravnavani populaciji (glede na to ali so bolniki s psihotičnimi ali nevrotičnimi motnjami). Oddelčni terapevtski tim se sestaja redno, vsakodnevno. Redni kratki polurni sestanki pripomorejo k večji kakovosti obravnave pacientov ter so namenjeni izmenjavi potrebnih informacij med različnimi terapevti. V sklopu terapevtskega programa so tudi vikend dopusti v domačem okolju.
- b. Število sprejetih, premeščenih ter odpuščenih pacientov. V letu 2010 je bilo sprejetih na oddelek 215 pacientov. 62 direktno in 123 premestitev iz drugih oddelkov. V program dnevne hospitalizacije je bilo vključenih 30 pacientov, kar je trikrat več kot predhodno

leto. Odpuščenih je bilo 224 pacientov. Štiri paciente smo vključili v program skupnostne psihiatrije. Povprečna ležalna doba na oddelku je bila 37.9 dni (leta 2009 - 41.7).

c. Kadrovska zasedba v letu 2010 je bila sledeča:

- Dve psihiatrinji sva na oddelku šele od avgusta, ko je bila kolegica, ki se je vrnila iz porodniškega dopusta razporejena na delo na psihoterapevtskem oddelku.
- Dve psihologinji sta vključeni v paru v skupinsko psihoterapijo dvakrat tedensko ter tudi pri individualnem psihoterapevtskem vodenju ter v sam proces diagnostike.
- Od septembra imamo dve višji medicinski sestri. Ena (od julija) je v oddelčno delo vključena le za polovični delovni čas, saj opravlja tudi delo v EEG laboratoriju, ob tem pa je vključena tudi v opravljanje dežurne službe tako da so pogosti tudi njeni izostanki od samih terapevtskih oddelčnih dejavnosti. Ker dela ena višja medicinska sestra poln delovni čas – od septembra (leto poprej smo imeli le sestro s polovičnim delovnim časom), jo je bilo možno tudi intenzivneje vključevati v terapevtsko delo s pacienti. Obe višji med. sestri sta tudi klinični mentorici študentov zdravstvene nege. Ostaja problematika zagotavljanja ustrezne kontinuitete pri delu s pacienti.
- Po odhodu obeh delovnih terapevtk, določenih za delo na S4 oddelku na porodniški dopust (februarja in marca) opravlja njuno delo le ena terapevtka, s čimer je padla kakovost obravnave pacientov. Delovna terapevtka vodi tudi enkrat tedensko sestaneke terapevtske skupnosti (sreda) ter sodeluje v vodenju velike skupine (petek).
- Ena socialna delavka je od marca, ko se je vrnila s porodniškega dopusta vključena v naslednje terapevtske oddelčne dejavnosti: skupine s pacienti (velike in male), vodi edukativne delavnice po načelih VKT za depresivne paciente (lani je izvedla štiri cikle delavnic), v program skupnostnega psihiatričnega zdravljenja, od oktobra pa je vključena tudi kot koterapevt v ambulantno skupinsko psihoterapijo za nevrotično strukturirano populacijo.
- Štiri srednje med. sestere. Tu ostaja podobno kot prejšnja leta aktualna problematika njihovih pogostih menjav (po shemi), po različnih oddelkih, zaradi česar se podira kontinuiteta dela s pacienti, ki bi morala biti zagotovljena. Štiri srednje medicinske sestere imajo vsakodnevno v popoldanskem času tudi tematske skupine s pacienti oziroma izvajajo aktivacijsko terapijo.

d. Oblike terapevtskih dejavnosti: Na oddelku se izvaja individualna in skupinska psihoterapija, katere nosilki sta psihiatrinji in psihologinji. Skupinsko psihoterapijo s psihotičnimi pacienti vodita psihiatrinji, skupinsko psihoterapijo z nevrotično strukturirano populacijo pa psihologinji. Izvajajo se tudi suportivni edukacijski razgovori s svojci. Program učenja relaksacijskih tehnik (predvsem učenje progresivne mišične relaksacije) vodi delovna terapevtka v dopoldanskem in srednje sestere v popoldanskem času. Bolniki z nevrotičnimi težavami izvajajo ta program dvakrat dnevno. V sklopu aktivacijske terapije – nosilka je delovna terapevtka, se izvaja gibalna, likovna, oblikovalna, muziko in biblioterapija. V lanskem letu (decembra), smo pričeli tudi z delavnicami Pot k dobremu počutju, ki potekajo dvakrat tedensko. Organizirani sta dve skupini, eno vodi dms, drugo pa delovna terapevtka. V okviru sestankov terapevtske skupnosti (enkrat tedensko), se izvaja tudi trening asertivnosti (pisanje dnevnika, poročanje o športnih in drugih aktivnostih, predstavitev domačega kraja...). Aktivno kot tudi pasivno sodelovanje na družabnem večeru (enkrat tedensko) je namenjeno intenziviranju učenja socialnih tehnik in veščin. Poudarek učenja socialnih tehnik in veščin je tudi v sklopu skupin s socialno delavko, ki vodi 1x tedensko (petek) veliko skupino in enkrat tedensko malo popoldansko skupino. Občasno (štirikrat) smo organizirali tudi Edukativne delavnice po načelu VKT na temo Depresija, ki jo je vodila socialna delavka (po 4 – 5 srečanj na posamezen cikel) in v katero so bili vključeni večinoma hospitalizirani pacienti. Mesečno je organizirana suportivno edukacijska

skupina za svojce psihotičnih pacientov, ki jo vodi višja medicinska sestra in socialna delavka.

Konec leta se je ob ojačani kadrovski zasedbi pričelo intenzivneje izvajati program dnevne hospitalizacije. Organiziralo pa se je tudi dve skupini za ambulantno skupinsko psihoterapevtsko obravnavo za nevrotično in psihotično populacijo. Tovrstna ambulantna obravnava poteka dvakrat mesečno in jih vodijo terapevti S4 oddelka. Skupine so namenjene osebam ob predčasnem zaključku hospitalizacije ter osebam, ki se zdravijo sicer že ambulantno, a je indicirana intenzivnejša ambulantna obravnavo. Pacienti, ki so vključeni v program dnevne hospitalizacije so organizacijsko vodene skupaj s hospitaliziranimi pacienti po določenem programu, ki je narejen individualno za posameznika ter glede na vrsto bolezenske simptomatike.

- e. Delo oddelčnih timov: Na psihoterapevtskem oddelku je delo timsko, strukturirano. Izmenjava informacij je stalna. Vsakodnevni polurni timski sestanki so namenjeni predstavitvi posameznih pacientov, načrtovanju dela z njimi, kot tudi razreševanju tekoče problematike. Enkrat tedensko so sestanki daljši, namenjeni poglobljenemu spoznavanju pacientov ter načrtovanju odpustov. Vsak posameznik tako lahko predstavi svoje videnje posameznega pacienta, s čimer je tudi dana možnost kompleksnejše obravnave pacienta, ki jo načrtuje in vodi terapevt. Natančnejši opis aktivnosti v katere so vključeni posamezni člani oddelčnega tima je bil podan že v predhodnih točkah.

Načrtovano delo na oddelku je bilo tudi v lanskem letu moteno, zaradi izrazitejših okrnjenosti oddelčnega tima (bolniški staleži, porodniški dopust, dodatne delovne obveznosti...). Glede na trenutno situacijo bodo nastajali tudi v prihodnje organizacijski problemi kako zagotavljati nemoten potek začetih organiziranih aktivnosti, saj se tudi v letošnjem letu napovedujejo izpadi določenega kadra.

(Povzetek je sestavljen po poročilu, ki ga je posredovala Danica Menard, dr. med., spec. psihiatrije, namestnica vodje oddelka S4)

3.1.4 Oddelek za zdravljenje odvisnosti L1

- a. Organizacija dela na oddelku: V organizaciji dela na oddelku v zadnjem letu ni bilo pomembnih sprememb. Oddelek razpolaga s 30 posteljami (+ 2 zasilki). Je odprt, po spolu mešan. 4 postelje so namenjene novosprejetim bolnikom z odtegnitvenimi krizami in drugimi zdravstvenimi zapleti. Tem bolnikom je prvih nekaj dni omogočen izhod le s spremstvom. Fizično oviranje se uporabi le izjemoma, v preteklem letu ni bilo potrebno. Vzporedno s hospitaliziranimi, zdravimo še nekaj bolnikov v dnevni oskrbi. Vsaj 3 dni v tednu teče na oddelku tudi ambulantna dejavnost.
- b. Število sprejetih, odpuščenih in premeščenih bolnikov: V letu 2010 smo na oddelek L1 sprejeli 199 (lani 213) bolnikov, 166 moških in 33 žensk. Odpustili smo 206 (219) bolnikov. V skupinsko zdravljenje odvisnosti je bilo vključenih 176 (177) bolnikov, od teh 108 (116) prvič in 68 (61) ponovno. 29 (18) bolnikov je bilo premeščenih k nam z drugih oddelkov PBI, 9 (2) od nas na druge oddelke PBI. Na dnevnem zdravljenju je bilo 45 (42) bolnikov.

Vzporedno teče na oddelku L1 ambulantna dejavnost. Ob ponedeljkih potekajo individualni pregledi, diagnostika, motivacijski postopki, terapevtska obravnavo komorbidnih motenj po zdravljenju odvisnosti, obravnavo recidivov...

Vsako 2. sredo poteka skupina za obravnavo recidiva, kamor je vključenih od 6 do 10 bolnikov, skupaj s svojci. Ob četrtkih potekata po dve ambulantni skupini za zdravljenje SOA. V okvir ambulantne dejavnosti sodijo tudi skupine odpuščenih bolnikov, ki pridejo na kontrolo štirikrat v prvem letu po odpustu.

- c. Kadrovska zasedba in morebitna problematika v zvezi z njo. Konec marca 2010 je zaradi upokojitve zaključil z delom terapevta v skupini, socialni delavec Aleksander Može. Septembra 2010 se je vključila v delo koterapevtke v skupini diplomirana medicinska sestra Andreja Gruden. Drugih sprememb v številu in izobrazbeni strukturi ni bilo. Trije mladi sodelavci - koterapevti, ki so vključeni v delo manj kot dve leti, še potrebujejo pomoč izkušenih terapevtov in celotnega tima, v prihodnosti jih bo potrebno vključiti v dodatno izobraževanje.
Od začetka maja do konca julija 2010 je bila v delo na oddelku vključena specializantka klinične psihologije mag. Špela Hvalec.
- d. Oblike terapevtske dejavnosti. Vključevanje novih terapevtskih aktivnosti. Terapevtska dejavnost poteka v skladu z veljavno doktrino za zdravljenje odvisnosti. Specifika oddelka je diagnostika in zdravljenje spremljajočih telesnih bolezni ob SOA, odtegnitvenih stanj in delirijev.
Prav tako je potrebno poudariti intenzivno vključevanje družine in drugih pomembnih bližnjih v terapevtski program (enkrat tedensko), sodelovanje s socialnimi službami izven PBI, delovnimi organizacijami.
Večjih sprememb v organizaciji dela letos ni bilo. Večina bolnikov je vsaj skupinsko psihološko pregledanih, bolniki s komorbidnimi motnjami tudi individualno.
Edukativna predavanja za zdravljenca in svojce, smo porazdelili na več članov tima (J. Milič, N. Podobnik, T. Mesec, S. Čuk, A. Ferfolja, U. Bogataj, B. Krivec).
- e. Delo oddelčnih timov. Oddelčni tim ima redne sestanke enkrat tedensko, sicer se odvijajo medsebojne konzultacije in načrtovanje dela tudi sproti, vsakodnevno. Od novembra 2010 teče dvakrat mesečno supervizija za terapevtski tim. 1. in 3. petek v mesecu jo vodi Marta Cerar Lotrič, dr. med.

Drugi dosežki ali problemi pomembni za oddetek. Na oddelku smo opravljali mentorstva različnim poklicnim profilom v izobraževalnem procesu.

V novembru je A. Može, v okviru Zveze primorskih KZA, organiziral dva dvodnevna tečaja senzibiliziranja o problemih povezanih s pitjem alkohola. Aktivno so sodelovali Aleksander Može, Janja Milič, dr. med., mag. Nuška Podobnik in Rok Podkrajšek.

- f. Publicistična dejavnost, javni nastopi. Sodelavci oddelka so aktivni v organizaciji edukativnih seminarjev za strokovno in laično publiko. Redno sodelujejo tudi v izobraževalnih programih na CZOA v Ljubljani ter Sekciji za medicino odvisnosti v Ljubljani. Aktivno so sodelovali na srečanju Primorskih in Italijanskih KZA v Ajdovščini.

(Povzetek je posredovala vodja oddelka Anka Lazar, dr. med., spec. psihiatrije)

3.1.5 Gerontopsihiatrični oddelek L2

- a. Organizacija dela na oddelku je potekala enako kot v zadnjih letih in sicer s 17-imi posteljami na varovani enoti ter s 17-imi posteljami na odprti enoti. Obe enoti sta med seboj povezani prostorsko, kakor tudi po izvajanju terapevtskih, medicinskih in negovalnih ukrepov.
- b. V letu 2010 je bilo na oddelku sprejetih 311 bolnikov, od tega 255 neposredno na oddelku, 56 jih je bilo premeščenih iz drugih oddelkov naše bolnišnice. Opuščenih je bilo 288 bolnikov, od tega 145 v domačo oskrbo, 102 v domsko varstvo, 41 premeščenih v somatske bolnišnice. 13 bolnikov smo iz gerontopsihiatričnega oddelka premestili na druge oddelke naše bolnišnice. Enega bolnika smo imeli na dnevnem zdravljenju. Trije bolniki so na oddelku umrli, od tega je bila ena smrt pričakovana, dve pa nenadni.

Na geriatričnem oddelku med pomembnejše vsebine strokovnega dela spadajo posebni varovalni ukrepi za preprečevanje možnih padcev in posledičnih poškodb glave in okončin ter za zagotavljanje varnosti pri izvajanju medicinsko tehničnih intervencij, največkrat pri parenteralni aplikaciji zdravil ali tekočin. Glede na individualno oceno rizičnosti in glede na dnevni čas, se izvajajo PVU ukrepi v fotelj ali v postelji. Število PVU ukrepov v postelji tekom noči, se je pomembno zmanjšalo s pridobitvijo štirih negovalnih postelj z zaščitnimi ograjami v preteklem letu.

V tekočem letu je članica negovalnega tima samoiniciativno izpeljala izdelavo pasu za fiksacijo v fotelj v dnevnem prostoru, ki se je ob preizkusu izkazal za tehnično dobrega, varnega, pa tudi estetskega. Po sklepu SMS je pas predviden za izpeljavo postopka standardizacije in registracije kot medicinskega pripomočka.

- c. Kadrovska zasedba: Glede na preteklo leto se je kadrovska zasedba spremenila v zdravniški službi in sicer je bil čez celo leto na obeh enotah razporejen samo en zdravnik specialist, v mesecu februarju, marcu, maju in juniju pa še zdravnica specializantka. Spremenjena je bila tudi zasedba v negovalnem timu preko vikendov, ko sta v dopoldanski in popoldanski izmeni delala samo po dva zdravstvena tehnika, kar je glede na obremenitve in potrebe premalo. Med tednom je bil razpored zdravstvenih tehnikov nespremenjen in sicer trije v dopoldanski izmeni, trije v popoldanski izmeni in dva v nočni izmeni.

Zmanjšala se je tudi zasedba delovnih terapevtk, tako da je na oddelku delovala le ena. Nespremenjena je bila zasedba z eno diplomirano medicinsko sestro in eno socialno delavko s skrajšanim delovnim časom. Slednja je za čas dopustov pokrivala odsotnosti na drugih oddelkih. Obe sta bili vključeni v aktivnosti na terenu v okviru skupnostne psihiatrične obravnave.

Povzemam, da smo se na oddelku čez celo leto soočali s pomanjkanjem kadra, še posebno v zdravniški službi. Pri tem je potrebno upoštevati, da so potrebe po gerontopsihiatrični obravnavi v porastu v skladu s trendom staranja splošne populacije. Zaradi prezasedenosti oddelka so bili starostniki sprejeti tudi na druge oddelke naše bolnišnice, največ na L3 oddelku.

- d. Na oddelku so potekale že utečene terapevtske aktivnosti na varovani in odprti enoti v obliki skupinske in individualne obravnave pacientov, ki so bile prilagojene naravi bolezni, kognitivnim sposobnostim in pokretnosti posameznih pacientov. V okviru oddelčnega tima je poskrbljeno za reden pretok informacij, ki so vezane na obravnavo in zdravljenje pacientov na oddelku. Na vizitah na odprti enoti so prisotni vsi člani tima, razen socialne delavke, ki se vključuje enkrat tedensko na odprti enoti in enkrat tedensko

na varovani enoti. Na vizitah na zaprti enoti sodelujejo člani negovalnega tima in diplomirana medicinska sestra.

Delovna terapevtka je vodila različne oblike delovno terapevtskih aktivnosti pretežno na odprti enoti, od tega enkrat tedensko tudi v popoldanskem času.

Socialna delavka enkrat tedensko vodi terapevtsko skupino na odprtem oddelku, sicer pa njeno delo temelji na individualni obravnavi pacientov in delu z njihovimi svojci.

Nekatere paciente smo vključili v program skupnostne psihiatrične obravnave za čas enega leta po odpustu.

Občasno so na oddelku pacienti, ki potrebujejo fizioterapijo po poškodbi spodnjih okončin. Če je strokovno dopustno, vaje s pacientom izvaja delovna terapevtka, po predhodni edukaciji pri fizioterapevtki v ZD Idrija.

Oddelčni tim je nadaljeval z mesečnimi srečanji za svojce bolnikov z demenco.

- e. Delo oddelčnih timov: V oddelčnem timu so potekala vsakodnevna dogovarjanja in izmenjava informacij, ki so vezane na diagnostično in terapevtsko obravnavo bolnikov. Precejšen izpad je bil v sicer utečenih tedenskih daljših sestankih oddelčnega tima, zaradi pomanjkanja kadra in posledično povečanih delovnih obremenitev.
- f. Drugi dosežki ali problemi pomembni za oddelek: Stalni problem obravnave starostnikov so padci in poškodbe, ki se jih trudimo omejiti s preudarnim predpisovanjem psihofarmakoterapije, z zagotavljanjem prisotnosti osebja, v kolikor to dopušča tekoče in aktualno delo na oddelku ter z uporabo PVU ukrepov. Ob povečanem številu nepokretnih pacientov in potrebnih pomoči pri hranjenju, se pogreša vključevanje delovne terapevtke. Oddelek je obiskala varuhinja človekovih pravic, ki je imela pripombo na skromno opremljenost in "hladnost" bolniških sob na varovani enoti. V večinskem deležu obravnavanih pacientov so s strani svojcev izražene pohvale in zahvale za izkazan pristop do bolnikov in celostno obravnavo ter oskrbo.
- g. Izobraževanje: Tako kot v preteklih letih smo se člani tima aktivno udeleževali predavanj, ki jih je organiziralo društvo Spominčica Nova Gorica za svojce in negovalno osebje v domovih. Člani oddelčnega tima so se udeleževali rednih internih in zunanjih izobraževanj. Podrobnejši zapis je razviden v poročilih posameznih služb.

(Povzetek je sestavljen po poročilu, ki ga je posredovala vodja oddelka Marinka Rudolf, dr. med., spec. psihiatrije)

3.1.6 Splošni psihiatrični oddelek L3

- a. Organizacija dela: Splošno psihiatrični oddelek razpolaga s 33 posteljami, od tega je 22 postelj na varovani enoti, na odprti enoti pa 11 postelj.
- b. V letu 2010 je bilo na oddelek sprejetih 166 pacientov, premeščenih iz drugih oddelkov 92, premeščenih na druge oddelke pa je bilo 23. Odpustili smo 240 pacientov. Dnevni oblik hospitalizacij v letu 2010 ni bilo.
- c. Kadrovska zasedba: Tekom celega leta je bilo na oddelek razporejenih osem medicinskih sester in en stalen zdravstveni tehnik, le v mesecu juliju je bilo na oddelku devet medicinskih sester in en zdravstveni tehnik.

V mesecu januarju ter od aprila dalje je bila na oddelek poleg oddelčne medicinske sestre Jerice Bašelj, dms, razporejena tudi Anja Mivšek, dms. V tem času je bila oddelčna sestra razporejena v dežurno službo bolnišnice, razen v času pričetka kliničnega usposabljanja študentov tretjega letnika Visoke šole za zdravstvo, Izola. V maju in juniju je bila na oddelek razporejena Mateja Rupar, dms ki je poleg dežurne službe v bolnišnici vključena tudi v dela in naloge oddelčne medicinske sestre. Od meseca junija pa do konca leta je bila na oddelek razporejena Marjetka Kogoj, dms.

Na oddelku so potekale pogovorne skupine, ki so bile izvajane enkrat tedensko ob četrtek med 15.00 in 16.00 uro. Zaradi hkratne vključenosti oddelčne medicinske sestre v dežurno službo bolnišnice so skupine potekale neredno. Tematika pogovora je bila različna in prilagojena populaciji pacientov na oddelku. Redno se je beležila evidenca pogovornih skupin, iz katerega je bila razvidna tema, vodja skupine, število pacientov, trajanje in posebnosti (število skupin: 23). V času kliničnih vaj je skupina potekala le dvakrat.

V timsko delo sta bili v začetku vključeni dve diplomirani delovni terapevтки, vendar je kasneje na oddelku zaradi bolniške odsotnosti ter porodniškega dopusta ostala zgolj delovna terapevтка Anja Albreht. V kasnejših mesecih je bila vključena trikrat tedensko delovna terapevтка z oddelka L2. Aktivnosti so potekale v obliki skupinskih, individualnih aktivnosti ter popoldanske aktivnosti, ki so potekale enkrat tedensko tekom celega leta. V program aktivnosti je bilo vključenih večina pacientov, razen tistih, ki zaradi bolezenskega stanja niso bili zmožni sodelovanja.

V delo na oddelku je bila vključena tudi socialna delavka in sicer dvakrat tedensko v obliki skupinske aktivnosti. Skupina v popoldanskem času je bila organizirana 35-krat. Povprečno je bilo vključenih pet pacientov. Tekom bolnišničnega zdravljenja in socialne službe je uredila petim pacientom bivanje v domu starejših občanov, osmim v posebnem zavodu, ter dvema v stanovanjski skupnosti. V skupnostno psihiatrično zdravljenje je bilo vključenih devet pacientov.

Klinični psiholog v delo na oddelku ter terapevtsko delo ni vključen. Diagnostična opravila ter psihološka poročila se naročajo v skladu z indikacijo oz. potrebo po diagnostični obravnavi.

Na oddelku je bilo 14 pacientov vključenih v neakutno obravnavo (1.217 dni). Pri petih pacientih je bilo potrebno uporabiti PVU, od tega je bilo opravljenih 30 fiksacij. Na oddelku je bila vključena samo ena zdravnica, vodja oddelka, v času dopusta jo nadomešča mag. Marko Pišljar, dr. med. Oddelčni tim se sestaja dnevno ter razpravlja o oddelčni problematiki. Širši sestanek oddelčnega tima je bil enkrat.

Vodja oddelka Patricija Logar, dr. med., je v skladu z navodili Ministrstva za zdravje pripravila Kazalnik o nenačrtovanih ponovnih sprejemih bolnikov v roku sedmih dni po predhodnem odpustu.

Problematika: Oddelek je postal v letu 2010 zahtevnejši, povečalo se je število odpustov tako da narava dela presega delo samo ene zdravnice, ki trenutno dela na oddelku.

Vsebina in obsežnost dela na oddelku zahteva stalno prisotnost diplomirane medicinske sestre, saj delo ni mogoče zagotoviti zgolj z diplomirano medicinsko sestro, ki je razporejena v turnus. Negovalno dokumentacijo, ki spremlja posameznega pacienta bi bilo potrebno poenostaviti, saj postaja vse obsežnejša.

(Povzetek je sestavljen po poročilu, ki ga je posredovala vodja oddelka Patricija Logar, dr. med., spec. psihiatrije)

3.2 IZVENBOLNIŠNIČNA PSIHIATRIČNA DEJAVNOST

3.2.1. Psihiatrične ambulante v Psihiatrični bolnišnici Idrija

a. V Psihiatrični ambulanti v Idriji se izvajajo psihiatrični in psihološki pregledi, individualna suportivna in analitska psihoterapevtska obravnava, individualna kognitivna vedenjska terapija, skupinska psihoterapevtska obravnava po načelih VKT, individualno učenje relaksacijskih tehnik, individualna socioterapevtska obravnava, trening učenja socialnih veščin, tečaji avtogenega treninga ter vedenjsko kognitivna skupinska psihoterapevtska obravnava anksioznih motenj.

Tečaji avtogenega treninga potekajo, v kolikor je prijavljeno zadostno število udeležencev (10–12) in jih vodita psihologinji. Tako v lanskem letu zaradi premajhnega števila prijav ni bilo izpeljanega nobenega tečaja. Organizirana sta bila dva ciklusa programa vedenjsko kognitivne skupinske obravnave anksioznih motenj. Nekatere paciente iz ambulantne psihiatrične obravnave usmerjamo še v edukativne delavnice na temo depresije, ki občasno potekajo v Psihiatrični bolnišnici Idrija v okviru S4 oddelka.

V delo Psihiatričnega dispanzerja v Idriji je bilo vključenih sedem specialistov psihiatrije, tri klinične psihologinje, od septembra štiri ter od novembra pet kliničnih psihologinj, višja medicinska sestra (1-2 uri mesečno) za aplikacijo depo terapije, socialna delavka po dogovoru in administratorica. V povprečju je bilo opravljenih 16 psihiatričnih ambulant mesečno in štiri psihološke.

V letu 2010 je bilo 3.186 psihiatričnih obravnav, od tega 750 prvič.

Delo v psiholoških ambulantah bo podrobneje podano v poročilu s strani psihološke službe.

Število pacientov, ki jih ima posamezen psihiater v obravnavi:

- Andrej Serafimovič, dr. med., spec. psih. → 75 pac. (dve ambulanti mesečno)
- Irena Korelc, dr.med., spec. psih. → 67 pac. (dve ambulanti mesečno)
- Erika Mitrovič, dr. med., spec. psih. → 115 pac. (dve ambulanti mesečno)
- Dušanka Fenjveši, dr. med, spec. psih. → 112 pac. (dve ambulanti mesečno)
- Patricija Logar, dr. med., spec. psih. → 182 pac. (štiri ambulante mesečno)
- Danica Menard, dr. med., spec. psih. → 171 pac. (štiri ambulante mesečno)
- Milena Uršič Straus, dr. med., spec. psih. → 38 pac. (ena ambulanta mesečno)

b. Psihiatrična ambulanta v okviru bolnišnice

Sem sodijo individualne obravnave pacientov po predhodnem dogovoru s posameznimi psihiatri. Teh obravnav je bilo 626 od tega 156 prvih.

V lanskem oktobru se je v okviru povečane dejavnosti psihoterapevtskega oddelka pričela tudi ambulantna skupinska psihoterapevtska obravnava. Organizirani sta dve skupini in sicer za nevrotično in psihotično strukturirano populacijo. Srečanja potekajo dvakrat mesečno (štiri skupine na mesec) in jih vodijo terapevti S4 oddelka in sicer: Anica Gorjanc Vitez, dr. med., spec. psih., Anja Mivšek, dms, oziroma Lidija Mrak, dms ter Branka Režun, univ. dipl. psih., spec. klin. psih. ter mag. Andreja Grudnik Seljak, univ. dipl. soc. del. Teh obravnav je bilo 47.

c. Psihiatrična ambulanta v okviru izvajanja dežurne službe

Sem sodijo pregledi in obravnave pacientov, ki so bili napoteni v našo bolnišnico bodisi za sprejem, pa hospitalizacija ni bila indicirana, bodisi da je bil pacient napoten na nujni psihiatrični pregled. Takih obravnav je bilo 182.

d. Gerontopsihiatrična ambulanta

V tej ambulanti dela en specialist. V letu 2010 je bilo narejenih 285 obravnav (103 prvič).

e. Epileptološka ambulanta in EEG laboratorij

V okviru EEG laboratorija je bilo obravnavanih 104 ambulantnih (zunanjih) pacientov, v okviru epileptološke ambulante pa je bilo 353 obravnav (167 prvih). V terapevtsko in diagnostično obravnavo sta vključena zdravnik specialist, višja medicinska sestra ter administratorka.

f. Alkoholološka ambulantna dejavnost

V okvir te dejavnosti je zajeta skupinska socio in psihoterapevtska obravnava, v katero je vključen celoten oddelčni tim (z izjemo srednjih medicinskih sester) ter individualna obravnava pacientov z boleznimi odvisnosti, ki jo izvajata obe specialistki.

V letu 2010 je bilo v sklopu individualne dejavnosti 339 obravnav (159 prvih), v sklopu skupinskih obravnav pa 1.221 (189 prvih).

Padeč števila individualnih obravnav je najbrž na račun povečanja skupinskih psihoterapevtskih obravnav.

g. Socialna služba

V lanskem letu se je intenzivirala vključenost socialne službe (skupaj z delavnimi terapevti in vms.) predvsem v program izvajanja psihiatričnega zdravljenja v skupnosti. Natančnejše poročilo o tem delu bo podano s strani vodje omenjenega programa. Ob tem pa se socialna služba vključuje še dodatno po potrebi, če ambulantni psihiater presodi, da pacient potrebuje svetovanje oz. storitve s področja, ki jih pokrivajo socialne delavke.

Pregled ambulantno opravljenih storitev, izraženih z doseženim številom točk

Tabela 18: Pregled ambulantno opravljenih storitev, izraženih z doseženim številom točk

	Št. točk v letu		
	2008	2009	2010
Psihiatrična amb. Idrija	37.263	39.698	38.839
Psihiatrična amb. v bolnišnici	10.666	7.666	8.119
PA v času dežurstva	1.164	1.250	1.412
Epileptološka amb.	3.997	4.430	4.761
EEG laboratorij	2.436	1.476	1.783
Gerontopsihiatrična amb.	2.835	3.618	3.597
Alkoholološka ambulanta			
- skupinska obravnava			
- individualna obravnava	24.981	18.572	18.824
Psihološka služba	6.410	6.350	5.218
Socialna služba	15.147	12.805	21.050
Skupno št. točk	1.476	5.974	7.294
	106.376	101.839	110.987

V letu 2010 je bilo doseženih 110.987 obračunskih točk. Predhodno leto nam je bilo s strani zavarovalnice priznanih 103.845 točk. V lanskem letu pa smo dobili odobreno plačilo za 165.000 ambulantnih točk (trend intenziviranja ambulantne psihiatrične dejavnosti), kar pomeni, da bi morali mesečno opraviti 13.750 obračunskih točk.

Ob odobritvi povečanja programa specialistične psihiatrične dejavnosti se je pričelo iskati možnosti intenziviranja dela tako psihološke službe kot tudi psihiatrične, kar pa je glede na pomanjkanje specialistov psihiatrije, težje. Dogovorjeno je bilo intenziviranje dela kliničnih psihologov v ambulanti v Idriji, ambulanti Psihiatrične bolnišnice Idrija (ena ambulanta vsak dan), odprle pa so se nove psihološke ambulante in sicer v zasebni ambulanti Superego d.o.o. Postojna (dve ambulanti mesečno), v Zdravstvenem centru Celjenje d.o.o. Koper (dve ambulanti tedensko), v Bolnišnici za ženske bolezni in porodništvo Postojna (dve ambulanti mesečno). Nekatere ambulante so pričele z delom že v oktobru 2010, druge kasneje.

Dodatne psihiatrične ambulante so pričele z delom v letu 2011 in sicer s 01.01.2011 Psihiatrična ambulanta v Bolnišnici za ženske bolezni in porodništvo Postojna, kjer dela Anica Gorjanc Vitez, dr. med., spec. psih., dve ambulanti mesečno (vsak drugi petek). Februarja pa naj bi se zaposlilo tudi novo psihiatrinjo s ciljem intenziviranja ambulantnih psihiatričnih storitev v Postojni ter na področju Zdravstvenega doma Logatec.

Ob tem v Psihiatrični ambulanti Idrija načrtujemo intenziviranje programa učenja relaksacijskih tehnik v letošnjem letu. Izpeljava programa vedenjsko kognitivne skupinske psihoterapevtske obravnave anksioznih motenj ostaja vprašljiva, saj odhaja terapevtka na porodniški dopust. V sklopu aktivnosti psihoterapevtskega oddelka se bo intenzivirala ambulantna skupinska psihoterapevtska obravnava. Nadaljevalo se bo tudi z organizacijami edukativnih delavnic na temo depresija.

(Gornje poročilo o dejavnosti je podala vodja izvenbolnišnične aktivnosti Danica Menard, dr. med., spec. psihiatrije).

3.2.2. Poročilo psihiatričnega zdravljenja v skupnosti za leto 2010

V program psihiatričnega zdravljenja v skupnosti v letu 2010 je bilo vključenih 65 pacientov. Od teh je program v letu 2010 zaključilo 33 pacientov. Po psihiatričnih oddelkih je bila prisotna naslednja zastopanost:

Na S4 je bilo angažiranih pet pacientov, na S3 - 31 pacientov, na S2 - 12 pacientov, na L3 – 9 pacientov in na L2 – 8 pacientov.

Strokovni tim, ki je oblikovan v PB Idrija, je pripravil enotno dokumentacijo za spremljanje posameznega bolnika, možnost računalniškega zapisovanja dekursusov ter enotno arhiviranje tekočih popisov v zdravstveni administraciji. Z enotno računalniško povezavo bo omogočen dostop do terapevtov, ki so v obravnavo v skupnosti vključeni. Med problemi, ki so jih terapevtski timi izpostavili, so pomanjkanje pretoka informacij, problemi prevozov, razreševanje urgentnih stanj na terenu.

(Poročilo je pripravila Claudia Costa, univ. dipl. soc. delavka)

3.2.3. Poročilo o delu EEG laboratorija

Kadrovska struktura v EEG laboratoriju je nespremenjena in vključuje asistentko, dipl. med. sestro ter zdravnika psihiatra z znanjem iz EEG ter epileptologije. V okviru EEG laboratorija je bilo v letu 2010 opravljenih 346 preiskav, od tega 241 notranjih ter 105 zunanjih z napotnico.

Bolnišnica je v letu 2010 nabavila nov EEG aparat in sicer proizvajalca Nicolet. Nov EEG aparat je računalniško podprt, EEG posnetek pa se zapisuje v elektronski medij ter ni več potrebna uporaba papirja. S tem smo se izognili težavam ob arhiviranju. Novi EEG aparat ima dva podsistema preiskovalno enoto ter čitalno enoto. EEG omogoča snemanje iz 23-ih kanalov, računalniško podprt sistem pa dodatne interpretacije podatkov.

(Poročilo je pripravil mag. Marko Pišljari, dr. med., spec. psih.)

3.3 SLUŽBE IN DEJAVNOSTI VEZANE NA ZDRAVSTVENE ENOTE

3.3.1 Psihološka služba

V prvi polovici leta 2010 pri delu psihologov ni bilo bistvenih sprememb v primerjavi s predhodnimi leti. Krepil se je terapevtski del dela, organizacijska shema je ostajala ista. V drugi polovici pa je splošna krizna situacija, načrtovane spremembe v zdravstvenem sistemu na državni ravni, privedla do krepitve ambulantnega dela (upoštevaje smernice nacionalnega programa zdravstvenega varstva), narekovala tudi orientacijo k načinu lažje dostopnosti teh storitev pacientom, kar je rezultiralo v organizaciji ambulante za klinično psihologijo in širjenje ponudbe uslug izven matične ustanove. Ponudba storitev klinično psihološke obravnave se je razširila na Koprsko področje v okviru Zdravstvenega zavoda Celjenje in na Postojnskem v okviru dogovora s Postojnsko porodnišnico ter v okviru Zasebne ambulante Ego.

- a. Organizacija dela na oddelku: Ohranjena je organizacijska shema preteklih let in sicer se je opravljalo psihološko delo za potrebe bolnišnice, pa tudi za potrebe Psihiatričnega dispanzerja v Idriji (ambulantno delo). V zadnji tretjini leta se je z oblikovanjem ambulante za klinično psihologijo, začelo s širjenjem ambulantnega dela izven matične ustanove. V načrtu je še organizacija ambulante v Logatcu in večanje uslug pri varstvu mladostnikov in otrok v okviru Zasebne ambulante pedopsihiatrinje Šinkovec Lee, dr. med. V splošnem se je povečalo število ambulantnih dni in sicer tako, da v povprečju vsak psiholog en dan v tednu opravlja ambulantne storitve. Nove zadolžitve in zahteve za bodoče predstavljajo tudi razmislek o organizaciji dela, zlasti odnosa med delom za potrebe hospitalne obravnave in ambulante.
- b. Kadrovska zasedenost: Kadrovska zasedenost ostaja ista - v letu 2010 je PB Idrija zaposlovala osem psihologov in sicer: šest univ. dipl. psihologinj, spec. klin. psih. ter dva univ. dipl. psihologa, specializanta klin. psih.

Razporeditev delovnih nalog je sledila osnovnemu ogrodju (vključenost v posamezne time oddelkov), določeno mero sprotne prilaganje pa je narekovala kadrovska zasedenost tako znotraj psihološke službe, kot tudi spreminjanje potreb znotraj ustanove.

V tem letu je bilo v bolnišnici stalno prisotnih šest psihologov in sicer je bila ena psihologinja vključena v delo na oddelku za zdravljenje odvisnosti kot skupinska terapevtka, pet psihologov pa razporejenih na delo na »psihiatričnih« oddelkih.

V drugi polovici leta je ena od specialistk zaključila s študijem specializacije in pridobila naziv specialist klinične psihologije; eden od specialistov je opravljal program specializacije izven matične ustanove tekom celega leta, specialistka pa je bila v prvi polovici še v matični ustanovi (februarja je zaključila s porodniškim dopustom), s septembrom pa pričela s pridobivanjem praktičnega znanja izven PB Idrija. Oba sta enkrat tedensko opravljala delo v matični ustanovi.

Dve psihologinji sta magistri znanosti, dva psihologa pripravljata doktorat znanosti.

- c. Delo v bolnišnici: Shema razporejenosti v okviru bolnišnice je ustaljena, se pa prilagaja glede na kadrovsko zasedenost.

Tekom celega leta je bila ena psihologinja razporejena na dela skupinskega terapevta na oddelku za zdravljenje odvisnosti, dvakrat mesečno je sodeloval pri vodenje skupine »recidivistov« en specializant. Poleg terapevtskega dela v skupini in tudi individualnih obravnav, se je v obravnavo pacientov z oddelka za zdravljenje odvisnosti vključevala že v diagnostični fazi (psihodiagnostika). Sicer pa prevladuje delo psihoterapevtske narave – delo v skupini z osebami odvisnimi od alkohola, njihovimi svojci, sodeluje tudi pri edukaciji za zdravljenje in njihove svojce. Krepi se tudi individualno terapevtsko delo s pacienti po odpustu iz bolnice kot nadgradnja kontrolnih pregledov (ambulantno vodenje).

Ostali psihologi so izpolnjevali potrebe po psihološki obravnavi na ostalih, »psihiatričnih oddelkih« in v ambulanti. Vežanost posameznih psihologinj, vpetost v terapevtske skupnosti na posameznih oddelkih, predstavlja neko konstanto.

Delo samo je vezano na delo s posameznikom in skupinami pacientov. Poudarki v tem odnosu pacient – psiholog, so odvisni od namena pregleda oz. obravnave, pa tudi potrebe pacienta. Tako se v obravnavo posameznega pacienta psiholog vključuje v fazi psihodiagnostične opredelitve, kar se pogosto razširi v širšo psihološko pomoč, vključujoč svetovalno, suportivno delo. Vse večjo vlogo pridobiva individualna psihoterapevtska obravnava in vodenje, ki je na S4 in oddelku za zdravljenje odvisnosti že ustaljena, tudi na intenzivnih oddelkih. Na teh oddelkih je potreba po diagnostičnem delu sicer večja in tudi nujnejša, se pa tudi psihologi pogosteje vključujejo s svetovanjem, suportom. Vse to opredeljuje delo v okviru tima oddelka.

Z vidika pogostosti uporabe teoretskega modela, se krepi vedenjsko-kognitiven pristop, uporablja pa se ob splošnih teoretskih opredelitev znotraj psihološke znanosti, tako okvire spoznanj psihodinamike, analitskega pristopa, skupinske dinamike, integrativne psihoterapije, družinske terapije, realitetne terapije...

V procesu diagnostične in individualne terapevtske obravnave (suportivno vodenje, obravnava po principu VKT...), je bilo obravnavanih 420 pacientov. Večina je še vedno z osnovnim namenom psihodiagnostične opredelitve, vendar strogo razmejevanje v procesu diagnostičnega in suportivnega, je v tem odnosu pacient – psiholog, manj jasno.

Drugo vrsto pristopa v delu psihologa je skupinska terapevtska obravnava pacientov. Na moškem S3 oddelku tečejo tedenska srečanja skupine na »odprtem delu oddelka« – skupina je tematsko zasnovana. Vključeni so predvsem pacienti, katerih akutna faza bolezni se tiša.

Glede na program dela na S4 oddelku je skupinska psihoterapevtska obravnava organizirana dvakrat tedensko.

Na S4 oddelku pa skupinsko psihoterapevtsko obravnavo pacientov, katerih težave bi umestili v okvir nevrotskih, prilagoditvenih, anksioznih motenj. Po potrebi se psihologi vključujemo tudi v potek programa Psihosocialne skrbi.

Člani psihološke službe v PBI smo vključeni tudi v različne skupine oz. komisije, ki so z »vsebinsko - organizacijskega« vidika nujne za funkcioniranje bolnišnice kot ustanove, vključeni smo v različna strokovna združenja (Zbornica kliničnih psihologov, Društvo psihologov Slovenije, Združenja psihoterapevtov...), kolegi mag. Nuška Podobnik, mag. Špela Hvalec, Rok Podkrajšek so tudi aktivni član.

- d. Delo v okviru psihiatričnega dispanzerja: Ambulantno delo je vezano za potrebe Psihiatričnega dispanzerja v Idriji, na preglede prihajajo tudi iz Tolmina, Ajdovščine, Logatca, Postojne, Nove Gorice... Napoteni so bodisi s strani osebnih zdravnikov ali specialistov, psihiatrov. V tem letu je bilo opravljenih 175 individualnih pregledov (večina odraslih pacientov, del pa predstavljajo tudi otroci, poslani iz pedopsihiatrične ambulante Lee Šinkovec, dr. med.) in to bodisi za potrebe diagnostične obravnave oz. potrebnega pregleda pred predstavitvijo na invalidski komisij ipd. V terapevtsko obravnavo je bilo vključenih 40 pacientov, vodeni so individualno. V tem letu sta bila v okviru ambulante organizirana dva ciklusa skupinske terapije anksioznih motenj. Zaradi manjših potreb in indiciranosti tovrstne obravnave, niso potekale skupine z dinamsko usmerjenostjo in učenjem sprostitvenih tehnik. Obseg dela v okviru ambulantnih storitev lahko ponazorimo s obračunanimi točkami v okviru storitvenega sistema – zaračunanih je bilo 21.242,07 točk. Orientiranost v večanje obsega ambulantnega klinično-psihološkega dela se je odrazila tudi na oblikovanju enotne ambulante za klinično psihologijo v povečanju obsega opravljenih storitev (za 65%). K večjemu obsegu ambulantnih storitev je prispeval s svojim delom celoten tim psihologov zaposlenih v PBI.
- e. Drugi dosežki ali problemi, pomembni za oddelek: V preteklem letu se je razrešilo vprašanje prostorske stiske, se pa nadaljuje vprašanje konsistentnosti pri financiranju različnih vrst izobraževanja. Tako kot je lahko postavljanje in organizacija ambulante za klinično psihološko dejavnost izziv, pa na drugi strani lahko predstavlja problem pri usklajevanju tega načina dela z delom v okviru hospitala, zlasti še, ker se v prihajajočem letu pričakuje zmanjšanje kadrovske zasedenosti – kolegica, specialist klin. psih. zaključuje obdobje aktivnega dela (upokojitve), specializantka je začela s porodniškim dopustom. Nastale kadrovske zadrege bodo zahtevale hitro razreševanje, kot je bilo zapisno že za preteklo leto, to pa lahko hromi uresničevanje zastavljenih ciljev, tudi dosego in realizacijo plana storitev.

(Povzetek je iz poročila vodje psihološke službe Branke Režun, spec. klin. psihologije)

3.3.2 Aktivacijska terapija

- a. Organizacija dela in kadrovska zasedba
V letu 2010 je bilo za izvajanje programov aktivacijske terapije zaposlenih 16 delovnih terapevtov. Od tega jih je bilo s pogodbo za nedoločen čas 15, s pogodbo za določen čas pa ena delovna terapevtka-pripravnica.

Poleg tega je oktobra svojo delovno pot sklenil dolgoletni vodja aktivacijske terapije gospod Nande Rupnik.

Programe aktivacijske terapije izvajamo tako na bolniških oddelkih kot v prostorih delovne terapije, športno rekreativnih površinah bolnišnice, v bližnji in širši okolici bolnišnice ter v samem mestu. Programe skupnostne skrbi pa na domovih naših pacientov, v njihovem okolju ter v dnevni centrih nevladnih organizacij (Šent, Ozara). Svoje skupne usmeritve in delo usklajujemo na vsakodnevni sestanki na začetku delovnika, po potrebi pa še pogosteje. Aktivno smo vključeni vsi delovni terapevti. Izvajamo jih redno, skrbimo za nadomeščanje, v večini primerov tudi v času poletnih dopustov. Kadar imamo organizirane skupne dejavnosti za vse paciente pa urnik podaljšamo dokler je potrebno. Dejavnosti izvajamo individualno ter v malih in velikih skupinah. Občasno, v okviru večjih prireditev, pa tudi v zelo velikih skupinah – nad 90 udeležencev.

- b. Na oddelkih so koncem leta 2010 bili vključeni: Na S4 oddelek ena delovna terapevtka, na S3 dva delovna terapevta, na S2 dve delovni terapevtki, na L1 ena delovna terapevtka, na L2 dve delovni terapevtki in na L3 dve delovni terapevtki ter v delovni terapiji dva delovna terapevta

S tem številom delovnih terapevtov skušamo zagotoviti nemoteno izvajanje planiranih programov za vse skupine pacientov vseh oddelkov in tudi na oddelku za delovno terapijo. Vključujemo se v vse terapevtske time, kjer prispevamo svoj delež tako pri načrtovanju celostne obravnave kot pri izvajanju delovnoterapevtskih aktivnosti, s katerimi bi pacienti pridobili ali izboljšali veščine za čim bolj samostojno, učinkovito in varno obvladovanje življenjskih aktivnosti v domačem ali na novo organiziranem okolju ter si smiselno organizirali in izkoristili prosti čas. Pri tem nas vodijo teoretična izhodišča procesa delovne terapije usmerjene na klienta, kjer so pacientove sposobnosti in nezmožnosti, pacientov aktivni prispevek v obravnavi ter partnerski odnos glavna gibalna izbora vsebin dejavnosti. Upoštevamo tudi: kaj pacient želi, kaj hoče in kaj svojci in okolje od njega pričakujejo.

- c. Osnovni podatki o dejavnosti in službi: Delovnoterapevtske obravnave se odvijajo individualno in skupinsko z namenom, da bi okrepili ali razvili tiste pacientove prešibke ali manjkajoče sposobnosti in veščine, ki so potrebne, da vsak posameznik samostojno, učinkovito, varno ter zadovoljno obvladuje aktivnosti. To pa so aktivnosti s sledečih področij: funkcionalna gibljivost in mobilnost, osebna urejenost, funkcioniranje v družbenem okolju, sposobnosti za opravljanje in ohranitev službe, dokončanje študija, vodenje gospodinjstva, urejanja stanovanja in družinskih dejavnosti ter smiselno in socialno sprejemljivo organiziranje in koriščenje prostega časa. V te namene delovni terapevti načrtujemo, organiziramo in vodimo skupinske in individualne obravnave. Najbolj utečene so naslednje: jutranja rekreacija, vaje na fitnes napravah, gibalna terapija, kreativne aktivnosti, likovne aktivnosti, aktivnosti za ohranjanje in izboljšanje kognitivnih sposobnosti, sestanki oddelčnih terapevtskih skupnosti, glasbene aktivnosti (muzikoterapija, glasbeno-likovne aktivnosti, poslušanje glasbe v kombinaciji s petjem, plesom in spremljavo z instrumenti), družabne aktivnosti, komunikacijske aktivnosti, biblioterapija in bralne aktivnosti, planiranje aktivnosti za čas vikenda, relaksacija, produktivne aktivnosti, gospodinske aktivnosti (učenje, trening, ocenjevanje), aktivnosti v bivalnem okolju, šahovska delavnica, uporaba računalnika (oblikovanje besedil, dostop do interneta za potrebe študija, službe ali pridobivanje podatkov za potrebe terapevtskih aktivnosti), skupina za svojce, skupina Pot k dobremu počutju, pomoč pacientom iz zaprtih enot za udeležbo pri verskih dejavnostih – enkrat /teden.

Skoraj vse navedene aktivnosti izvajamo tudi individualno glede na ugotovljene potrebe in izražene ter dogovorjene želje bolnikov. Sem spadajo predvsem ocenjevanja – OSA, AMPS, testiranja, vaje in učenje veščin za obvladovanje zahtev dnevnih aktivnosti na različnih življenjskih in interesnih področjih, ki jih izvajamo izključno individualno glede na pacientove potrebe in zahteve ožjega in širšega okolja.

V letu 2010 smo pripravili dve skupinski predstavitvi likovnega izražanja pacientov, tri samostojne predstavitve likovnega izražanja, skupinsko predstavitev likovnega izražanja pacientov v galeriji Idrija, likovni natečaj za zaščitni znak 37. KŠT, enkrat so na naših razstavnih panojih gostovali učenci 3. razreda OŠ Idrija. V dvorani in na hodniku DT je razstavljal delovni terapevt Nande Rupnik. Pripravili smo devet koncertov z gostujočimi skupinami in posameznimi izvajalci, izdali smo tri številke 41. Letnika glasila pacientov Mozaik. Z ekipami pacientov smo se udeležili družabno-športno-rekreativnih srečanj v Vojniku in Mariboru. Šli smo na izlete v Sotesko Vintgar, Planšarski muzej in z ladjo po Bohinjskem jezeru, organizirali smo pet potopisnih predavanj z gostujočimi posamezniki (eno je pripravila delovna terapevtka Anja Albreht). V DT je vsak drugi četrtek potekal šahovski krožek, ogled razstav v galeriji Idrija, ogled Antonijevega rova in ogled Akvarija M. Vključeni smo v akcijo »Očistimo Slovenijo«, izdelovali smo adventne venčke, novoletno okrasje in voščilnice ter pripravljali družabne, kulturne, športne in zabavne prireditve.

Večji projekti:

- 21. Maksov spominski šahovski teden
 - 17.3.2010 turnir med pacienti
 - 18.3.2010 odprti turnir posameznikov v pospešenem šahu
- 16. Slikarski Ex-tempore za paciente slovenskih psihiatričnih bolnišnic-24 udeležencev iz 5 slovenskih psihiatričnih ustanov
- 37. Kulturno športni teden od 28.9.2010 do 7.10.2010 – kulturna, športna, družabna in zabavna prireditve z največjo tradicijo v Idriji, enkratna v slovenski psihiatriji, ki jo vsako leto oblikujejo in soustvarjajo pacienti, zaposleni-glavno težo in odgovornost nosijo delovni terapevti, sosedje bolnišnice, meščani Idrije ter gostje iz širšega primorskega prostora (Organizacijski vodja: diplomirana delovna terapevtka Anja Albreht).

Sodelovanje, kvaliteto participacije in odnos do terapevtskih aktivnosti pri vseh pacientih redno spremljajo in beležijo na obrazcu: Sodelovanje v aktivnostih delovne terapije – Obr.: PBI-DT: 2/04, celoten proces delovne terapije pri posameznih pacientih pa je zabeležen v kartonu delovne terapije – Obr.: PBI-DT: 1/04.

d. Morebitne novosti pri organizaciji dela, drugi dosežki in problemi

Preteklo leto lahko označimo kot prelomno leto v zgodovini delovanja delovne terapije v psihiatrični bolnišnici Idrija. V mesecu maju, natančneje 06.05.2010 je bila otvoritev prenovljene stavbe »A« in s tem prenovljenih prostorov delovne terapije. Tako smo 11.05.2010 pričeli s selitvijo iz začasnih lokacij v nove prostore. Ponovno smo vzpostavili delovanje leposlovne knjižnice in omogočili pacientom dostop do računalnikov oziroma interneta.

Drug dogodek oziroma situacija, ki jo želimo omeniti pa je ta, da so po upokojitvi štirih izkušenih delovnih terapevtk v drugi polovici leta 2009 in v začetku leta 2010 odšle na porodniški dopust štiri delovne terapevtke. Njihovo odsotnost smo nadomestili samo z eno delovno terapevtko – pripravnico, od 15.03.2010 dalje in od 17.05.2010 dalje še z eno diplomirano delovno terapevtko. Ker je med delovnimi terapevti veliko mladih delovnih

terapevtk pričakujemo, da bo v prihodnjih letih še veliko porodniških dopustov, zato si zastavljamo vprašanje, kako bomo v prihodnje zagotavljali prisotnost delovnih terapevtov na vseh bolniških oddelkih. Terapevtskih programov v takem obsegu oziroma na tak način kot do sedaj ne bo več mogoče izvajati. Potreben bo tehten premislek o prioriteti bolniških oddelkov in novi optimalni razporeditvi delovnih terapevtov po enotah. V manjši meri smo sicer omenjeno že izpeljali v začetku leta. Poleg tega pa je od 01.10.2010 dalje v prostorih delovne terapije prisoten samo en delovni terapevt, zato razen omenjenega delovnega terapevta vsi delovni terapevti, ki so razporejeni na bolniških oddelkih izvajamo aktivnosti v prostorih delovne terapije izključno s pacienti z oddelka na katerem delujejo.

e. Predstavitev dejavnosti

V letu 2010 smo imeli predstavitve delovne terapije v obliki predavanj in ogleda dejavnosti v prostorih DT za: Eno skupino osnovnošolcev, eno skupino srednješolcev, tri skupine študentov zdravstvene nege, predstavnika iz tujine v okviru programa HOPE, likovno terapevtko iz tujine ter skupino otrok iz vrtca Idrija.

O dejavnosti delovne terapije so v preteklem letu poročali naslednji mediji: Primorske novice, Idrijske novice, Komunitator, RA Odmev in TV Koper.

(Poročilo o delu aktivacijske terapije je podala vodja terapije Darja Poljanec, dipl. del. ter.)

3.3.3 Socialna služba

a. Kadrovska zasedba. V bolnišnici je redno zaposlenih sedem socialnih delavcev, Aleksander Može se je z mesecem julijem 2010 upokojil. Vse socialne delavke na psihiatričnih oddelkih so tudi koordinatorke oddelčnih timov za izvajanje storitev psihiatričnega zdravljenja v skupnosti. Trenutno je porazdelitev socialnih delavcev po oddelkih: Martina Uršič, u.d.s.d. pokriva gerontopsihiatrični oddelek, Claudia Costa, u.d.s.d. L3 oddelek, Alenka Stolc Jež, u.d.s.d. S2, mag. Klavdija Širaj Mažgon, u.d.s.d. S3, mag. Andreja Grudnik Seljak, u.d.s.d., opravlja delo na oddelku S4. V letu 2010 smo pridobili še tri pisarne v stavbi A ter novo računalniško opremo, kar omogoča kvalitetnejše delo. Socialni delavci, ki delajo na psihiatričnih oddelkih so pridobili mobilne telefone, s pomočjo katerih so bolj dostopni tako pacientom, svojcem ter strokovnim službam in sodelavcem oddelčnih timov.

Mag. Andreja Grudnik Seljak, u.d.s.d, mag. Klavdija Širaj Mažgon, u.d.s.d. in Bojan Krivec, u.d.s.d., so z junijem 2010 zaključili študij propedevtike v psihoterapiji, ki so ga izvedli v lastni režiji.

b. Dejavnosti na ravni bolnišnice:

Stalnico v delu socialnih delavk predstavljajo:

- urejanje zdravstvene dokumentacije (največkrat prihajajo pacienti brez KZZ, PZZ, pa tudi z neurejenim OZZ);
- vzpostavljanje stika s svojci pacientov in drugimi pomembnimi osebami v njihovi socialni mreži;
- pomoč pri urejanju finančnih zadev (dvigi s pooblastilom oz. spremstvo in pomoč pacientu pri urejanju teh zadev);
- vodenje oddelčnih blagajn s hrambo in delitvijo denarja in osebnih predmetov pacientk in pacientov;
- pomoč pri urejanju upravno-pravnih zadev (vključno s spremljanjem na teren);

- povezovanje s pristojnimi CSD in skupaj z njimi urejanje socialne problematike tudi na terenu;
- organiziranje timskih sestankov v bolnišnici z vsemi vpletenimi v reševanje konkretne socialne situacije;
- razvijanje skupinskega dela;
- izvajanje in koordiniranje dela v skupnosti (skupnostna psihiatrija);
- kontaktiranje in sodelovanje s koordinatorjem v skupnosti.

V letu 2010 je bilo v PBI brez urejenega zdravstvenega zavarovanja:

- na OZO je bilo 21 takih pacientov; 8 brez OZZ in 13 brez PDZZ;
- na sprejemnem ženskem oddelku 18 pacientk - 4 brez OZZ in 14 brez PZZ
- na sprejemnem moškem oddelku 75 pacientov z neurejenimi zdravstvenimi dokumenti – 19 brez OZZ in 56 brez PZZ;
- na oddelku L2 ni bilo oseb brez zdravstvenega zavarovanja
- na oddelku L3 sta bila brez OZZ 2 pacienta
- na oddelku S4 11 pacientov; 2 brez OZZ, 9 brez PZZ.

V letu 2010 je bilo opravljenih 109 timskih sestankov z zunanjimi akterji.

c. Terapevtsko delo na oddelku

S2: Popoldansko skupinsko delo poteka enkrat tedensko ob četrkih. Vsebino predstavlja interakcijske vaje s treningom socialnih veščin. V letu 2010 je bilo 33 skupin.

S3: Od meseca avgusta so ponovno uvedene popoldanske skupine, ob ponedeljkih (11).

S4: Na S4 je bilo izvedenih 45 skupin s treningom socialnih veščin, 8 skupin s svojci in 26 popoldanskih tematskih skupin. Prav tako so izvedli štiri cikle delavnic na temo »Skupaj premagajmo depresijo«, ki se jih udeležujejo pacienti, izbrani s strani lečečega psihiatra.

L1: Tanja Mesec in Bojan Krivec opravljata delo skupinskega terapevta v okviru hospitalnega programa. Trening socialnih spretnosti poteka enkrat tedensko v popoldanskem času.

L2: Ob petkih od 11.00 do 12.00 deluje na odprti enoti pogovorna skupina z elementi treninga socialnih spretnosti, senzorne motivacije, treninga kognitivnih funkcij ipd. (22 skupin, izvajale so se izmenično z medicinsko sestro).

L3: Ob ponedeljkih so različne tematske skupine: trening spomina in zbranosti, pogovorne skupine, trening socialnih spretnosti. Povprečno je bilo vključenih 5 pacientov na skupino.

d. Delo s svojci: Na vseh oddelkih poteka delo s svojci v obliki individualnih pogovorov.

Skupine s svojci delujejo na oddelku L1 enkrat tedensko, na L2 se oblikuje skupina s svojci ob zapolnitvi skupine. Na S4 poteka skupina s svojci enkrat mesečno.

e. Terensko delo: Vključuje pomoč pri urejanju konkretnih zadev za oz. s pacienti, obiski na domu, spremstva v DU, stanovanjske skupnosti, sestanka vključuje obiske na domu, spremstva v DU, stanovanjske skupnosti, sestanke na CSD, spremljanje na sodišče, banko ipd.

f. Urejanje namestitvev oz. premestitve v institucije:

Skupaj primerov: 64

L2: 44 oseb (DU: 40 oseb, posebni zavod: 3 osebe, stan.skupnost.:1 oseba)

L3: 15 pacientov: (DU: 5 oseb, SVZ: 8 oseb, stanovanjska skupnost.: 2 osebi)

S2: 1 (stanovanjska skupnost:1 oseba)

S3: 4 pacienti: (stanovanjska skupnost: 4 osebe)

(Poročilo je posredovala vodja socialne službe mag. Andreje Grudnik Seljak, univ. dipl. soc. del.)

3.3.4 Medicinsko kemični laboratorij

V poročilu je predstavljen celoten spekter laboratorijskih analiz in število izvedenih analiz v letu 2010. Celotno število preiskav (63.894) se je nemalo povečalo v primerjavi z lanskim letom (60.757). Poleg 1.540 izvedenih testov na droge v laboratoriju, se je na oddelke izdalo še 1.294 testov.

V značilnem trendu porasta števila preiskav so lipidi (zaradi razširitve seznama preiskav ob sprejemu), ščitnični hormoni in valproat. Ostala nihanja nimajo večjega pomena.

Spekter preiskav – spekter preiskav je enak kot lansko leto. Razširili smo seznam preiskav, ki jih avtomatsko izvajamo v bioloških vzorcih pacientov ob sprejemu v bolnišnico, in sicer:

- 23.03.2010 lipidogram (s-holesterol, s-trigliceridi, s-HDL holesterol, s-LDL holesterol)
- 15.10.2010 poenotenje preiskav za vse novosprejete (izvaja se razširjen seznam preiskav, ki se je pred ukrepom izvajal le pri starostnikih in pacientih z SOA).

Osnovne biokemijske analize smo izvršili na 4.143 vzorcih, od tega je bilo 137 zunanjih naročnikov in 4.006 hospitaliziranih ali ambulantnih pacientov bolnišnice.

Primerjava s prejšnjimi leti:

2002 – 2790 vzorcev (2601 bolnišničnih in ambulantnih pacientov, 189 zunanjih naročnikov)
2003 – 2843 vzorcev (2744 bolnišničnih in ambulantnih pacientov, 99 zunanjih naročnikov)
2004 – 3107 vzorcev (3019 bolnišničnih in ambulantnih pacientov, 88 zunanjih naročnikov)
2005 – 3096 vzorcev (2962 bolnišničnih in ambulantnih pacientov, 134 zunanjih naročnikov)
2006 – 3138 vzorcev (2963 bolnišničnih ali ambulantnih pacientov, 175 zunanjih naročnikov)
2007 – 3733 vzorcev (3517 bolnišničnih ali ambulantnih pacientov, 216 zunanjih naročnikov)
2008 – 4183 vzorcev (3851 bolnišničnih ali ambulantnih pacientov, 332 zunanjih naročnikov)
2009 – 4317 vzorcev (4181 bolnišničnih ali ambulantnih pacientov, 136 zunanjih naročnikov)

Število poslanih brisov na MRSA se je povečalo iz 173 primerov na 366. Število naročil za folno kislino in vitamin B12 je ostalo na isti ravni kot lansko leto.

Letni stroški za nakup laboratorijskega materiala in reagentov - Celotni stroški za laboratorijski material so v letu 2010 znašali 29.156,19€.

Zakonske določbe na področju laboratorijske dejavnosti

Na področju zakonodaje s področja laboratorijske dejavnosti ni v letošnjem letu nič novega. 21.07.2009 smo uspešno opravili pregled glede izpolnjevanja pogojev iz Pravilnika o pogojih, ki jih morajo izpolnjevati laboratoriji za izvajanje preiskav na področju laboratorijske medicine (Ur.l. 64/04 11.06.2004). Pripombe komisije glede neustreznih prostorov so s selitvijo v nove prostore odpravljene.

Prostori, analizatorji in ostala laboratorijska oprema – 25.08.2010 smo se preselili v nove prostore in tako obnovili tudi vso laboratorijsko opremo, za katero smo planirali, da jo zamenjamo ob opremljanju novih prostorov (hladilni sistemi). Manjka le še ustrezna garderoba, ki je planirana v naslednji fazi prenove preostalih prostorov v stavbi A.

03.11.2010 smo pridobili nov imunski analizator ADVIA Centaur® CP.

Zamenjava je bila že prej planirana po selitvi v nove prostore in smo jo tudi takoj realizirali. Novi analizator ima možnost dvosmernega priklopa v komunikacijsko mrežo laboratorijskega informacijskega sistema, ki ga prejšnji aparat - IMMULITE ONE, še ni imel. Aparat je last Siemens, v uporabo smo ga dobili na pogodbo o brezplačni uporabi.

Laboratorijski informacijski sistem

Po selitvi v nove prostore smo takoj začeli z aktivnostmi za postavitve laboratorijskega informacijskega sistema (LIS), ki bo omogočal še kvalitetnejše delo na področju obdelave, posredovanja in arhiviranja podatkov (rezultatov - izvidov), zlasti kar se tiče sledljivosti postopkov. LIS bo s povezavo na bolnišnični informacijski sistem omogočil obojesmerno pošiljanje naročil oz. izvidov in shranjevanje podatkov v elektronski obliki.

Na osnovi poizvedbe pri dveh konkurenčnih firmah, ki sta dostopni na slovenskem tržišču in pregleda delovanja obeh programov v praksi, smo se odločili za program, ki ga ponuja firma Kobis d.o.o. (stroški programske opreme 2.000€, mesečno vzdrževanje 350€ + DDV), saj konkurenčni program firme FinPro ne ponuja nič več, vendar je bistveno dražji (stroški programske opreme 18.990€, mesečno vzdrževanje 418€ + DDV). Smo v postopku nakupa.

Zunanja ocena kakovosti laboratorijskega dela: Tudi letos smo se udeležili republiške kontrole kvalitete dela SNEQAS, kjer lahko štirikrat letno kontroliramo točnost naših analiz oz. medlaboratorijsko primerljivost. Analitiko ščitničnih hormonov (štirikrat letno), prolaktina in zdravil (dvakrat letno) ter delovanje hematološkega analizatorja preverjamo tudi z nemško neodvisno mednarodno kontrolo DGKL/RFB, ki jo izvaja Referenčni inštitut za bioanalitiko v Bonnu. V letu 2011 se bomo vključili v zunanje preverjanje kvalitete dela še s testi na psihoaktivne substance.

Laboratorijska dejavnost za zunanje naročnike - Laboratorijske dejavnosti za zunanje naročnike je malo. Letošnji dohodek od dela za zunanje naročnike je znašal le 212 € .

Sodelovanje na seminarjih, izobraževanje in članstvo v strokovnih društvih. Letni plan izobraževanja na seminarjih je bil izpolnjen.

Posebni (neformalni) izobraževalni programi za naš profil doslej ni bilo, razen strokovnih seminarjev za laboratorijske tehnike, ki se jih laboratorijski tehnik redno udeležuje. Po podelitvi prvih licenc na področju laboratorijske medicine je obljubljeno, da se bo za visok kader začelo organizirati več neformalnih strokovnih izobraževanj in seminarjev s temami, ki so obvezne za obnovitev licence.

Kadrovski problemi v zvezi s funkcioniranjem enote - Delo v sedanjem obsegu pokriva kader v zasedbi enega laboratorijskega tehnika in vodje, specialista medicinske biokemije. Po dogovoru naše ustanove in ZDI opravlja vodja laboratorija še strokovni nadzor in svetovanje ter tehnično pomoč v laboratoriju ZDI in je zato enkrat tedensko odsotna.

Urgentni primeri: V letu 2010 smo imeli tri urgentne primere izven rednega delovnega časa.

(Poročilo je posredovala vodja medicinsko-kemičnega laboratorija dr. Bojane Križaj, spec. med. biokem.)

3.3.5 Zdravstvena administracija

Zdravstvena administracija je kot ena izmed enot medicinskega sektorja zaradi vsebine in načina dela v bolnišnici razdeljena na tri enote: administracija v S in L stavbi ter v psihiatričnem dispanzerju.

Kadrovska zasedba ostaja nespremenjena: vodja zdravstvene administracije in tri zdravstvene administratorke (od teh je ena na porodniškem dopustu, urejeno nadomeščanje, ena "pokriva" psihiatrični dispanzer).

V Psihiatričnem dispanzerju Idrija je bilo v lanskem letu mesečno opravljenih v povprečju 16 psihiatričnih ambulant in štiri psihološke, kar pomeni, da je ena administratorica večino svoje mesečne obveznosti opravljala v dispanzerju.

S podpora informacijske tehnologije:

1. izvajamo proces tekoče administrativne dejavnosti v zvezi s:
 - a) sprejemom in odpustom pacienta (1.571 sprejemov, 1.609 odpustov),
 - b) z urejanjem in izpolnjevanjem hospitalnega in ambulantnega popisa bolezni (podatki o obravnavah razvidni iz Poročila izvenbolnišnične dejavnosti) in
 - c) osnovne medicinske dokumentacije;
2. evidentiramo in urejamo ostale vsebine zbirk podatkov;
3. izvajamo obračun opravljenih storitev (hospital, ambulante, skupnostna psihiatrija);
4. sodelujemo in posredujemo (neposreden kontakt, telefonski pogovor, pisno) podatke ustreznim službam (v in izven bolnišnice) – upoštevajoč varstvo osebnih podatkov;
5. opravljamo dodatna del po naročilu glavne medicinske sestre, oddelčnih medicinskih sester, zdravnikov in
6. nenazadnje je dela našega dela tudi komuniciranje s pacienti.

Delo v administraciji je torej vezano na vsa opravila vezana na hospitalizirane ter ambulantno vodene paciente (gerontopsihiatrična ambulanta, ambulanta za zdravljenje odvisnosti, psihiatrična ambulanta v okviru bolnišnice, EEG laboratorij, dežurna služba) kot tudi druga administrativna dela. Z uvajanjem novih skupinskih aktivnosti v sklopu ambulantne psihiatrične obravnave kot tudi z dodatnimi ambulantami (ambulantna skupinska psihoterapevtska obravnava v okviru povečane dejavnosti psihoterapevtskega oddelka, skupnostna psihiatrija, psihologi ...) se je obseg dela močno povečal.

Sam proces dela narekuje vedno več administrativnega dela. Z zaposlitvijo delavke po pogodbi je vsaj deloma rešen problem administracije v L stavbi, kjer se poleg tekočih opravil v zvezi s hospitalizirani pacienti opravljajo tudi ambulantna dela (ambulanta v okviru bolnišnice, alkohološka ambulantna dejavnost, v okvir katere je zajeta skupinska socio- in psihoterapevtska obravnava, v katero je vključen celoten oddelčni tim (z izjemo srednjih sester) ter individualna obravnava pacientov z boleznimi odvisnosti, ki jo izvajata obe specialistki).

Še vedno pa ostaja problem v administraciji S oddelkov. Gre za centralno sprejemno pisarno, kjer administratorica poleg tega opravlja tudi ambulantno delo (psihiatrična ambulanta v okvir bolnišnice – kamor sodijo individualne obravnave pacientov po predhodnem dogovoru s posameznimi psihiatri ter ambulanta skupinska psihoterapevtska obravnava (štirikrat mesečno), psihiatrična ambulanta v okviru izvajanja dežurne službe, gerontopsihiatrična ambulanta – dvakrat mesečno, EEG laboratorij).

Težave z zagotavljanjem nemotenega procesa dela so nastopile v primeru daljših odsotnosti (bolniški stalež), pri koriščenju letnega dopusta, tudi pri nadomeščanju administratorke v dispanzerju. V psihiatričnem dispanzerju so se namreč izvajali pregledi tudi v poletnih mesecih, uspeli pa smo se dogovoriti za teden, neambulantnih obravnav. Upoštevajoč vse to pomeni, da je bila v vsaki administraciji večinoma samo ena administratorica.

Da bi delo v administraciji lahko nemoteno potekalo, bi morale biti, poleg vodje, v administraciji S in L oddelkov stalno prisotni dve zdravstveni administratorici.

Spremembe na različnih področjih vplivajo tudi na delo v zdravstveni administraciji, za kar skrbimo z redno nadgradnjo informacijskega sistema BIRPIS (znotraj njega še program za fakturiranje) in udeležbo na različnih delavnicah in seminarjih.

3.3.6 Lekarna

V letu 2010 je bilo nabavljeno za 271.553€ zdravil in medicinskih pripomočkov, kar je za 5.822€ (2,2%) več kot v letu 2009.

Na naročilnice je bilo izdano za 264.974€ zdravil in medicinskih pripomočkov (brez doniranih zdravil), kar je za 6.932€ (2,6%) manj kot v letu 2009.

Tabela 19: Vrednost izdaje na naročilnice v letu 2010 v primerjavi z letom 2009

	2009	2010	Razlika v porabi (EUR)	Razlika v porabi (%)
	52.164	58.285	+ 6.609	+ 12,7S2
	15.933	12.227	- 4.566	- 3,7L1
	71.945	52.571	- 19.374	- 26,8S4
	960	960	0	0
DISPANZER	1.069	923	- 146	- 13,7S3
AMBULANTA	482	1.386	+ 904	+ 187,8S3
LABORATORIJ	431	431	0	0
LEKARNA	100	100	0	0
TERAPIJA	1.594	1.611	+ 17	+ 1,1L2
SLUŽBA	379	320	- 59	- 15,6S4
PERILA	65	622	+ 557	+ 857,1S2
DELAVCEV PBI – CEPIVA	406	565	+ 159	+ 39,2S3
BOLNIKE	032	032	0	0
SLUŽBA	271.906	264.974	- 6.932	- 2,6

Iz zaloge vrnjenih zdravil je bilo izdano 780 zdravil v približni skupni vrednosti 13.915€.

V bolnišnični lekarni smo v preteklem letu pripravili 210 magistralnih pripravkov (26 več kot v letu 2009).

Poraba doniranih zdravil: Servier Pharma: 1.531 EUR
 Servier Pharma: 290 EUR
 PharmaSwiss: 152 EUR
 Lundbeck Pharma: 2.668 EUR
 Skupaj: 4.641 EUR

V tabeli 18 so zbrane vrednosti prejema, porabe in zaloge zdravil in medicinskih pripomočkov ter vrednosti porabe antipsihotikov, antidepresivov, anksiolitikov /sedativov /hipnotikov, zdravil za zdravljenje demence, antiparkinsonikov, antiepileptikov, zdravil za sistemsko zdravljenje infekcij, medicinskih pripomočkov in vseh zdravil v letih 2007, 2008, 2009 in 2010.

Tabela 20: Primerjalna tabela 2007/ 2008/ 2009 /2010

	2007	2008	2009	2010
PREJEM	319.830	299.247	265.731	271.553
PORABA	321.109	288.484	271.906	264.974
ZALOGA (na dan 31.12.)	40.890	49.459	41.585	45.177
ANTIPSIHOTIKI – poraba	152.982	125.443	119.267	118.663
ANTIDEPRESIVI – poraba	18.750	19.328	13.223	10.519
ANKSIOLITIKI/SEDATIVI/HIPNOTIKI – poraba	5.907	4.752	4.810	5.134
ZDRAVILA ZA ZDRAVLJENJE DEMENCE – poraba	9.861	10.643	9.666	8.753
ANTIPARKINSONIKI – poraba	2.600	3.461	3.096	3.251
ANTIEPILEPTIKI – poraba	9.658	6.224	6.376	8.449
ZDRAVILA ZA SIST. ZDRAVLJ. INFEKCIJ – poraba	12.321	8.622	6.274	4.462
MEDICINSKI PRIPOMOČKI – poraba	56.351	59.995	55.184	55.096
ZDRAVILA – poraba	264.764	228.489	216.722	209.878

Opomba: Poraba doniranih zdravil ni upoštevana.

Ostalo:

Še vedno ni urejeno nadomeščanje farmacevta v primerih daljše odsotnosti (Zakon o lekarniški dejavnosti, Ur.l. RS št. 9/92, člena 5 in 7, Pravilnik o pogojih za opravljanje lekarniške dejavnosti, Ur.l. RS št. 39/06, člen 6).

Cvetka Bačar Bole je prejela priznanja:

13.05.2010, Portorož: Simpozij Slovenskega farmacevtskega društva. Bačar Cvetka, dobitnica društvenega priznanja za leto 2010 (Minařikovo priznanje).

Projekt ZZS:

07.05.2010 smo prejeli Sklep o dodelitvi sredstev vlagateljem iz javnega razpisa za sofinanciranje projektov za promocijo zdravja v letu 2010 za projekt »Izvid kliničnega farmacevta«. Projekt je bil decembra 2010 uspešno zaključen. Narejenih je bilo 40 izvidov kliničnega farmacevta. V letu 2011 je načrtovano nadaljevanje projekta ter njegova predstavitev strokovni javnosti.

(Gornji povzetek je sestavljen iz poročila, ki ga je podala vodja bolnišnične lekarne Cvetka Bačar Bole, mag. farm., spec. klin. farm.)

3.3.7 Internistična dejavnost

Časovni obseg dela: Internist opravlja osem ur dela tedensko v dveh ne zaporednih dnevih (zahteva psihiatrov, da je dejavnost čim bolj razpršena zaradi dinamike patologije)

Oblika dela:

- Ambulantno delo v prostorih PBI
- Delo ob postelji na bolnišničnih oddelkih
- Konziliarno telefonska opravila
- Usmerjene specialistične obravnave na podlagi napotnice lečečega psihiatra (diabetologija, pulmologija, radiologija organov prsnega koša, ftiziologija, predoperativna priprava hospitaliziranih bolnikov) v internistični ambulanti ZD Idrija
- Vodenje antikoagulacijske profilakse in terapije se izvaja po novem neposredno samo v bolnišnici v okviru internistične ambulante PBI.

Vsebina dela:

- splošna neinvazivna interna medicina
- uvajanje, prilagajanje in vodenje medikamentozne somatske terapije
- nadaljevanje vodenja zdravljenja z internih oddelkov premeščenih bolnikov
- izvajanje urgentnih int. pregledov s svetovanjem in ukrepi
- naročanje, analiza in posledično ukrepanje glede na izvide int. preiskav
- predlaganje napotitev na invazivne int. obravnave
- konzultacije z lečečim psihiatrom in timska obravnava somatike psih. bolnikov
- seznanjanje psih. tima s strokovnimi usmeritvami v interni medicini

Statistika – vzorčna ocena:

Analizirano je 200 zaporednih pregledov ambulantno – oddelčnih bolnikov, registriranih v Protokolu internističnih pregledov PBI. Vzorec je analiziran iz jesenskega obdobja. Telefonski konziliarni posveti z lečečim ali dežurnim psihiatrom, odčitavanje rutinskih EKG-jev in subspecialistične internistične obravnave bolnikov v Internistični ambulanti ZD Idrija v to statistiko niso vključeni.

V času od 1. 1. do 31. 12. 2010 je bilo opravljenih 2.100 pregledov, od tega:

- 1.575 ali 75% na hospitalni način (neposredno ob bolniški postelji oz. v oddelčni ambulanti) in
- 525 ali 25% na ambulantni način (v ambulantnih prostorih)

Glede na akutno ali kronično stanje:

- 1.470 ali 70% pregledov je bilo na račun kroničnih somatskih obolenj,
- 630 ali 30% na račun akutnih somatskih obolenj

Bolniki so bili pregledani primarno zaradi:

- v 30 % zaradi obolenj srčno žilnega sistema,
- v 30 % zaradi obolenj presnove in endokrinih bolezni (vodi sladkorna bolezen),
- v 20 % zaradi alkoholne poli organopatije,
- v 10 % zaradi obolenj na dihalih,
- v 5 % zaradi obolenj prebavil in
- v 5 % zaradi ostalih int. obolenj (ledvične bolezni, revma, nerespiratorne infekcije..)

Pogostnost somatskih urgentnih obolenj:

To so nenadna poslabšanja navadno kroničnih somatskih obolenj, ki zahtevajo hospitalizacijo na usmerjenih internističnih oddelkih (AMI, akutna pljučnica, pljučna embolija, akutna venska tromboza, zahtevna srčna odpoved...). Stanje zahteva prevoz bolnika v smislu premestitve z reševalnim vozilom in strokovnim spremstvom.

Taki dogodki so pogosti pri bolnikih na geronto– psihiatričnem oddelku, redkeje na psihiatričnem oddelku.

Pogostost somatskih akutnih obolenj:

Le te se intenzivno zdravijo na oddelku samem in imajo v času aktivnosti prednost pred psihiatrično obravnavo. Gre za akutne infekcije dihal, sečil, iztirjenje sicer kompenziranih kroničnih obolenj. So najpogostejša na geronto–psihiatričnem oddelku in tudi na oddelku

za odvisnost. Na psihiatričnem oddelku gre v ta sklop navadno za psihosomatske motnje na različnih organskih sistemih, ki so lahko obvladljive.

Pogostost somatskih kroničnih obolenj:

Na psihiatričnem oddelku se najdejo predvsem bolniki z že znanimi boleznimi presnove, boleznimi ščitnice in boleznimi srčnožilnega sistema ter psihosomatizacijskimi motnjami. Nema lokrat jim bolezen odkrijemo in potrdimo prav hospitalno šele v naši bolnišnici.

Na oddelku za zdravljenje odvisnosti prednjačijo bolniki z kroničnimi boleznimi prebavil, dihal in presnovnimi boleznimi. Vsaj na oddelku za zdravljenje odvisnosti od alkohola praktično ni somatsko zdravega odvisnika, ki bi bil potreben izključno in samo psihiatričnega zdravljenja.

Na gerontopsihiatričnem oddelku tudi praviloma ni somatsko zdravega starostnika, navadno gre za pacienta z več kroničnimi boleznimi ali stanji. Pogosto pa ob sprejemu še za dodatno akutno somatsko bolezensko stanje (infekti, iztirjena kronična obolenja zaradi predhodne opustitve redne vzdrževalne medikamentozne terapije, socialno-medicinske zanemarjenosti, ...) Nema lokrat je prav poslabšano somatsko zdravje neposreden povod aktualnemu hujšemu psihičnemu poslabšanju, ki zahteva hospitalno psihiatrično obravnavo (npr. dekompenzirana demenca ob pljučnicah, spremenjena psiha ob disfunkciji ščitnice, psihosomatske motnje ob neurejenem krvnem tlaku ..).

Komentar

Iz letnega vzorčnega statističnega prikaza je razvidno, da težišče internističnega dela v psihiatrični bolnišnici – kot specialistični ustanovi, ostaja dalje pri kroničnih somatskih bolnikih, stacioniranih zvečine na geriatričnem oddelku, oddelku za odvisnost, vse pogosteje zaradi kardiocirkulatornih in presnovnih problemov pa tudi na povsem psihiatričnih oddelkih.

Poseben problem je in ostaja somatska polimorbidnost, ki je z leta v leto obsežnejša in ki zahteva poleg širšega internističnega pristopa in znanja, tudi določeno mero kliničnih izkušenj. Verjetno je tu razlog, da postaja čas obravnave na bolnika daljši, da na obdobja ni moč v 8-urnem delovnem tedniku pogledati vse v internističnem protokolu najavljene bolnike in da je internistična obravnava osredotočena bolj na posamezen vodeči problem in ne na celokupno somatsko stanje bolnika.

V Protokol obravnave vpišem namreč le eno vodečo internistično diagnozo in ne vseh somatskih. Psihiatrično – terapevtski ukrepi, zaradi katerih je bil bolnik v bolnišnico sprejet, so praviloma neučinkoviti (razen medikamentoznih), dokler je bolnik somatsko hudo iztirjen, kar je ob sprejemu, predvsem na gerontološki oddelek in na oddelek za odvisnost, prej pravilo kot izjema.

Vse bolj se večja število obravnjav ob postelji na račun ambulantnega pristopa, kar ni več osnovno delo internistične amb. PBI temveč hospitalna internistična oskrba. Tu je pristop nekoliko drugačen od ambulantnega, predvsem zahteva več soudeležbe ostalega oddelčnega osebja, kvaliteta dela pa zna biti celo nižja, ker ležeči bolnik v svoji postelji slabše sodeluje pri preiskavi.

Somatski več obolevnosti nujno sledi tudi velika poraba ne-psihiatričnih zdravil na bolnika. Povprečno imajo geriatrični bolniki vsaj pet različnih samo somatskih zdravil. Tudi če nimajo izrazitih kroničnih obolenj, tak bolnik nujno rabi vsa somatska zdravila, ki sodijo v doktrinarno I. in II. preventive. Zelo pogosto so potrebni antibiotiki dalj časa zaradi okvarjene imunske kompetence v starosti in pri odvisnikih, vse več še specialna zdravila kot na pr. Insulin. Največkrat so taki bolniki sprejeti brez svojih, že v domačem kraju prejetih zdravil, kar je glede na njihovo zdravstveno stanje ob sprejemu razumljivo, zato je poraba tovrstnih zdravil iz bolnišnične lekarne pričakovano (pre)velika.

4 STROKOVNO POROČILO ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE V PSIHIATRIČNI BOLNIŠNICI IDRIJA ZA LETO 2010

Poročilo, ki ga je pripravila glavna medicinska sestra bolnišnice Vesna Čuk, prof. zdr. vzgoje, je priloženo na koncu poročila v prilogi.

5 NEKATERI DRUGI POMEMBNEJŠI STROKOVNEGA DELA V ZAVODU PARAMETRI

- a. **Strokovno medicinski svet** je imel v letu 2010 tri redne seje. Na njih se je obravnavalo:
- Obravnava neuradne informacije o nameravani ukinitvi Javnega zavoda Psihiatrične bolnišnice Vojnik kot samostojne bolnišnice.
 - Poenotenje lab. preiskav, delanih ob sprejemu pacientov.
 - Načini obveščanja pristojnega sodišča ob sprejemu osebe na zdravljenje brez privolitve.
 - Pregled nabora storitev obravnave v programu Skupnostne skrbi pacienta s psihiatrično motnjo.
 - Soglasje k nadaljevanju uradnega postopka registracije novih ovirnih pasov za oviranje dementnih bolnikov, ki ga je izdelala med. sestra Bernarda Bizjak ter mnenje strokovnega sveta glede nadaljnje uporabe le-teh na oddelku L2.
 - Predlog o imenovanju interne komisije, ki bo izdelala jasna interna navodila glede ukrepanja, obveščanja in vodenja ustrezne dokumentacije ob uporabi PVU-jev.
 - Seznanitev z novim programom oz. organizacijsko shemo povečanja obsega ambulantnega dela psihološke službe.

(Poročilo pripravila predsednica SMS Danica Menard, dr. med., spec. psih.)

b. Komisija za obvladovanje bolnišničnih okužb

Komisija deluje v sestavi Anite Trpin Katarić, dr. med., ZOBO, Andreje Uršič, DMS, SOBO, mag. Vesne Čuk, prof. zdr. vzg., dr. Bojane Križaj, spec. med. biokem., Cvetke Bačar Bole, mag. farm., spec. klin. farm, mag. Markota Pišljara, dr. med., namestnika ZOBO.

Komisija je imela v letu 2010 dva sestanka. Obravnavala in potrdila je navodila za zbiranje in sortiranje odpadkov iz zdravstvene dejavnosti na bolniških oddelkih. Obravnavala je doktrino čiščenja in razkuževanja v Psihiatrični bolnišnici Idrija, ter sprejela predlagane vsebine doktrine. Člani KOBO-a so se seznanili z novimi smernicami preprečevanja prenosa MRSA, Cvetka Bačar Bole, mag. farm. in Andreja Uršič, dms sta pripravili pisna navodila – Program preprečevanja bolnišničnih okužb za MRSA. KOBO se je seznanil z dopolnili doktrine čiščenja v bolnišnici ter spremljanja evidenc in Pravilnikom o ravnanju z odpadki. Izpostavil je priporočila za preprečevanja širjenja ESBL pozitivne bakterije. KOBO je spremljal potek imunizacije proti virusu influence. Opazen je upad zanimanja.

V komisijo za obvladovanje bolnišničnih okužb smo vključili epidemiologinjo Tatjano Frelih, dr. med., zaposleno na IVZ v Ljubljani.

(Delo komisije je iz zapisnikov povzel mag. Marko Pišljara, dr. med., namestnik ZOBO)

c. Sprejem bolnikov proti volji.

Po Zakonu o duševnem zdravju smo v bolnišnici v letu 2010 prijavili 253 oseb, ki so bili sprejeti na zdravljenje v nujnem primeru brez njihove privolitve (v letu 2009 - 215, v letu 2008 - 143, v letu 2007 - 141 oseb). Pomembnejši dvig prijav gre na račun kratkega osemurnega roka prijave pacienta sodišču. Pred sprejemom novega zakona so namreč pacienti v večjem deležu v postopku sprejema sprejeli prostovoljno odločitev o zdravljenju. Posledično je bilo uvedeno manjše število postopkov. Na predlog psihiatričnih bolnišnic, Republiškega strokovnega kolegija za psihiatrijo ter sodišč, ki na svojem področju obravnavajo sprejeme bolnikov proti volji na intenzivne enote - zaprte oddelke, je na Ministrstvu za zdravje bila ustanovljena delovna skupina, ki je predlagala spremembe Zakona o duševnem zdravju. Ob razumnejšem, npr. 48-urnem roku bi v terapevtskem postopku lažje sprejeli soglasje k zdravljenju ter ustrezno motivacijo za obravnavo, kar predstavlja bolj konstruktivno in pacientu prijaznejšo rešitev. Dokaj velik delež primerov (76) pripada prijavljenim bolnikom z demenco, ki pa so praviloma sprejeti zaradi napredovalega upada spoznavnih sposobnosti ter pogosto vzporedne somatske obolenosti.

d. Evidenca uporabe posebnih varovalnih ukrepov: Bolnišnica ima že več let izvedeno evidenco uporabe posebnih varovalnih ukrepov po posameznih oddelkih. Posebne varovalne ukrepe izvajamo v skladu s smernicami, ki jih je sprejel republiški strokovni kolegij za psihiatrijo. Zdravstveno osebje ima tudi redna izobraževanja na temo uporabe posebnih varovalnih ukrepov. V letu 2010 smo v bolnišnici uporabili posebne varovalne ukrepe zaradi nezmožnosti obvladovanja lastnega stanja zaradi duševne motnje ob intoksikaciji s PAS, delirantnih stanj, obvladovanja nevarnega vedenja (nevarnost poškodb, itd.) ali omogočanje medicinskih obravnav (infuzija, sonda). PVU je bil uporabljen v 332-ih primerih.

e. V skladu z Zakonom o duševnem zdravju je bolnišnica spremljala **evidenco predpisovanja psihotropnih zdravil preko predpisanega odmerka**. Evidentirali smo devet primerov, večinoma v primerih predpisanih benzodiazepinov pri zdravljenju alkoholnega delirija. V omenjenih primerih je komisija, ki je sestavljena iz dveh psihiatrov, zaposlenih v bolnišnici ter zunanjega psihiatra, odobrila predpisani odmerek zdravila.

f. V letu 2010 je bilo v bolnišnici na zdravljenju zaradi **ukrepa obveznega psihiatričnega zdravljenja** šest pacientov. Koncem leta 2010 so bili na zdravljenju še trije pacienti, trije pa so zdravljenje zaključili.

g. Komisija za obveščanje o opozorilnih in nevarnih dogodkih: Komisija deluje v sestavi: Andrej Serafimovič, dr. med., predsednik komisije, Marinka Rudolf, dr. med., Irena Mlinar Črv, spec. klin. psih., Marjetka Kogoj, dipl. med. ses., Enes Liđan, zdr. teh. Komisija je obravnavala en primer ter na podlagi analize dogodkov predlagala ustrezne ukrepe. Vsebinska je razvidna iz arhiva komisije.

h. Organizacija nujne medicinske pomoči (NMP): Organizacijo NMP vodita Dušanka Fenjveši, dr. med., spec. psih. in Lidija Mrak, d.m.s. Bolnišnica zagotavlja ustrezno organiziranost in izvajanje NMP v bolnišnici. V letu 2010 so bili izvedeni obnovitveni tečajji iz NMP za zdravnika, dms in srednje medicinske sestre oziroma tehnike.

6 UVAJANJE IZBOLJŠEVANJA KAKOVOSTI BOLNIŠNICE

a. Delovanje bolnišničnega odbora za kakovost in varnost pacientov

V skladu z nacionalnimi usmeritvami za razvoj kakovosti zdravstva pri Ministrstvu za zdravje, je v bolnišnici organiziran odbor za kakovost v sestavi: direktorice bolnišnice mag. Viktorije Gorjup, univ. dipl. soc., predstojnika bolnišnice mag. Markota Pišljara, dr. med., spec. psih., glavne medicinske sestre bolnišnice mag. Vesne Čuk, prof. zdr. vzg. in vodje komisije za kakovost, dr. Bojane Križaj, spec. med. biokem.

b. V bolnišnici je oblikovana komisija za kakovost v sestavi: vodje komisije za kakovost dr. Bojane Križaj, spec. med. biokem., članov komisije za kakovost Janje Milič, dr. med, spec. psih., Aleksandre Ferfolja, dipl. med. ses., Mateje Zelenc, univ. dipl. psih., mag. Andreje Gruden Seljak, univ. dipl. soc. del., Ferdinanda Rupnika, univ. dipl. org., Alenke Tušar, univ. dipl. inž. el. ter mag. Špele Hvalec, univ. dipl. psih. Člani komisije so vključeni v posamezne vsebine vodenja in izvajanja nadzora kakovosti. Potrebna bi bila aktivnejša vloga komisije pri načrtovanju in usmerjanju dela na omenjenem področju.

c. Izvajanje rednih notranjih strokovnih nadzorov

V letu 2010 je bil v skladu s pravilnikom o internem strokovnem nadzoru redni interni nadzor na oddelku za zdravljenje odvisnosti od alkohola (L1). Komisija je preverjala organiziranost oddelka, ubikacijske pogoje ter opremo, ustreznost zdravstvene dokumentacije ter izobraževanje osebja. V bolnišnici je bil izveden tudi izredni strokovni nadzor, v skladu z analizo dogodkov pa so bili predlagani ustrezni ukrepi. V bolnišnici redno spremljamo nezaključenost popisov bolezni odpuščenih pacientov. Dosedanji nadzor ter ukrepi so doprinesli k nadaljnjemu zmanjšanju števila nezaključenih popisov v prvem mesecu po odpustu in sicer na 1.7% (v letu 2010 – 2.8%).

d. **Kakovost v zdravstvu Slovenije:** V okviru programa spremljanja kakovosti v zdravstvu, ki ga vodi Zdravniška zbornica Slovenije smo nadaljevali spremljanje podatkov iz anket o obravnavi prvega zamaha shizofrenije v bolnišničnem okolju. Kazalnik bo v letu 2011 vključen v izbiro obveznega spremljanja kazalnikov kakovosti.

e. **Varnostne vizite:** Na vseh šestih psihiatričnih oddelkih potekajo dnevno timski sestanki pod vodstvom vodje oddelka. Osebe obravnava aktualno problematiko na oddelku ter postopke na področju diagnostike, nege aktivacijske terapije, rehabilitacije ter socialne podpore.

Izvajanje pogovorov o varnosti

Tedenski sestanki oddelčnih timov so namenjeni natančnejšemu spoznavanju posameznih primerov bolnikov ter za reševanje morebitnih zapletov. Pogovori o varnosti potekajo v okviru terapevtskih timov ter rednih sestankih ob menjavi služb. Oddelčni timi izvajajo zapisnike sestankov.

f. **Morbiditetne in mortalitetne konference:** V okviru zdravniškega kolegija potekajo redne predstavitve bolezenskih primerov. Primere predstavljajo specializanti ter ostali kolegi v okviru razreševanja zapletenejših diagnostičnih in terapevtskih postopkov in procesov obravnave v bolnišnici. Organizacijo morbiditetnih konferenc vodi Marinka Rudolf, dr. med., spec. psihiatrije.

g. Ob četrtkih so v okviru zdravniškega kolegija predavanja s področja kliničnih in farmakoloških vsebin. Izvajajo jih vabljeni predavatelji, večinoma v okviru podpore posameznih farmacevtskih podjetij.

h. Klinične poti:

V okviru terapevtskega tima psihoterapevtskega oddelka je bila pripravljena klinična pot za Hospitalizacijo na psihoterapevtskem oddelku – vključitev v skupino, primerno za psihotično populacijo. Klinično pot opredeljuje sprejem na psihoterapevtski oddelku, triažo, vključno z indikacijo, algoritem obravnave na psihoterapevtskem oddelku ter predvideno nadaljnjo obravnavo.

Klinična pot Hospitalizacija na psihoterapevtskem oddelku – vključitev v skupino, primerno za nevrotično populacijo. Klinična pot opredeljuje sprejem, triažo, ter algoritem obravnave na psihoterapevtskem oddelku. Opredeljen je sprejem pacienta na oddelku, diagnostična obravnava, terapevtska obravnava (farmakoterapija, psihoterapija, skupinska obravnava, psihoterapija, individualna obravnava, delovna terapija, učenje relaksacijskih tehnik, psihosocialna rehabilitacija, edukativne delavnice ter nadaljnja obravnava po odpustu).

Posebej sta opredeljeni Klinična pot za dnevno hospitalizacijo na psihoterapevtskem oddelku in sicer:

- Vključitev v skupine, primerno za psihotično populacijo
- Vključitev v skupine, primerno za nevrotično populacijo

(Klinična pot je bila pripravljena pod vodstvom Anice Gorjanc Vitez, dr. med., spec. psihiatrije)

i. Kazalniki kakovosti

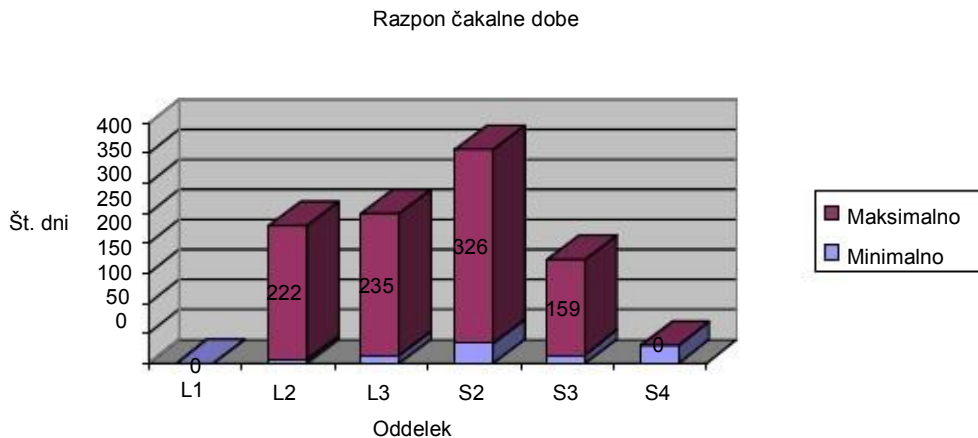
V bolnišnici smo spremljali pet obveznih kazalnikov kakovosti, ki jih opredeljuje Ministrstvo za zdravje ter dodatne kazalnike, ki jih je bolnišnica opredelila kot pomembne, med njimi spremljanje posebnih varovalnih ukrepov in zadovoljstvo s prehrano pacientov v bolnišnici. Predstavljamo obvezne kazalnike:

1. Čakanje na odpust: Dnevi, ko bolniki, ki so končali zdravljenje v akutni bolnišnici, čakajo na odpust.

Pogosto se ob sprejemu ali pa ob začetku obravnave pokaže potreba po urejanju domačega varstva, stanovanjske skupnosti ali druge institucionalne oblike bivanja. Nemalokrat domače razmere ne dopuščajo, da bi se oseba vrnila domov. Navodila Ministrstva za zdravje in Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve pravijo, da pacient ne more biti odpuščen, v kolikor mu dane razmere ne dopuščajo dostojnega življenja. V tem primeru je bolnišnično zdravljenje podaljšano do ustrezne namestitve, oz. razrešitve problema.

V letu 2010 je v bolnišnici potrebovalo podaljšano obliko zdravljenja 48 oseb, to je 3.05%. Povprečna čakalna doba za odpust je trajala 64 dni (74 dni v letu 2009), v primerjavi s preteklimi leti se čakalna doba skrajšuje. Med ukrepi, ki jih bolnišnica načrtuje, so posebni obrazci za spremljanje ukrepov po zaključenem akutnem zdravljenju, ugotavljanje dejanskega socialnega statusa, oz. razmer pacientov, intenzivnejše vključevanje svojcev in pristojnih služb na terenu, priprava pacienta na odhod iz bolnišnice. Razpon čakalne dobe za dejanski odpust po zaključni akutni obravnavi po posameznih oddelkih je razvidno iz slike 6.

Slika 6: Razpon števila dni čakalne dobe od zaključene akutne obravnave do dejanskega odpusta (skupno in po posameznih oddelkih)



Podatki so vzeti iz kazalnika, ki ga je pripravil Bojan Krivec, univ. dipl. soc. del.

2. Število ponovnih sprejemov v roku sedem dni po predhodnem odpustu

V letu 2010 smo v roku sedmih dni po predhodnem odpustu sprejeli 33 pacientk-ov. Dva pacienta in ena pacientka so bili hospitalizirani dvakrat. Od 1.609 odpuščenih pacientk-ov je bilo torej 36 pacientov sprejetih v roku sedem dni po predhodnem odpustu, kar znaša 2.24%. Rezultat kazalnika nakazuje boljše rezultate kot v letu 2009 (2.62%). Podatke smo spremljali po odpustnih diagnozah, ki smo jih zbirali v zaključene sklope. (Tabela 21)

Tabela 21: Nenačrtovani ponovni sprejemi bolnikov v roku sedmih dni po predhodnem odpustu: Število odpustov po posameznih skupinah diagnoz ter po spolu

skupina	št. odpustov	spol	
		ženske	moški
F00 – F09	3	2	1
F10 – F19	7	2	5
F20 – F29	19	4	15
F30 – F39	2		2
F40 – F48	2		2
F50 – F59			
F60 – F69			
F70 – F79			
F80 – F89	1		1
F90 – F98	2		2
Skupaj 2010			
	36	8	28
Skupaj 2009	42	16	26
Skupaj 2008	24	13	11
Skupaj 2007	35	22	13
Skupaj 2006	26	14	12

Dvojne diagnoze smo postavili pri 16. pacientih, najštevilčnejša skupina, pri kateri smo ugotavljali dvojno diagnozo, je skupina s shizofrenijo, shizotipskimi in blodnjavimi motnjami. Pri petih posameznikih smo istočasno ugotavljali škodljivo rabo, oz. odvisnosti od psihoaktivnih snovi (alkohol, marihuana oz. psihoaktivne snovi).

Povprečna ležalna doba pacientov sprejetih v roku sedem dni po predhodnem odpustu je znašala 44 dni. Med predlagane izboljšave in načrt za izvedbo izboljšave, sodijo:

Ukrepi za izboljšanje sodelovanje pacienta pri zdravljenju

- Natančnejši načrt nadaljnega zdravljenja in socialne skrbi za posameznika v skupnosti
- Aktivnejše vključevanje socialnih služb v socialnih ustanovah in zavodih pri iskanju optimalnih rešitev za bivanje pacientov
- Vključevanje koordinatorjev v program skupnostne skrbi za paciente.

Ranljivi skupini ostajata skupini bolnikov s shizofrenijo, shizotipsko blodnjavo motnjo ter skupina pacientov, odvisnih od psihoaktivnih substanc. V obeh skupinah je zastopanost moških večja od žensk. Bolniki s shizofrenijo in blodnjavimi motnjami že zaradi narave bolezni same, slabo sodelujejo pri zdravljenju in ostajajo do bolezenskega stanja nekritični. V drugi skupini, ki se zdravi zaradi duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi, pa gre v večini primerov za politoksikomanijo.

(Podatki so povzeti po poročilu kazalnika o nenačrtovanih ponovnih sprejemih bolnikov v roku sedmih dni po predhodnem odpustu, ki sta ga pripravili Patricija Logar, dr. med. in Ines Bevk, poslovna sekretarka)

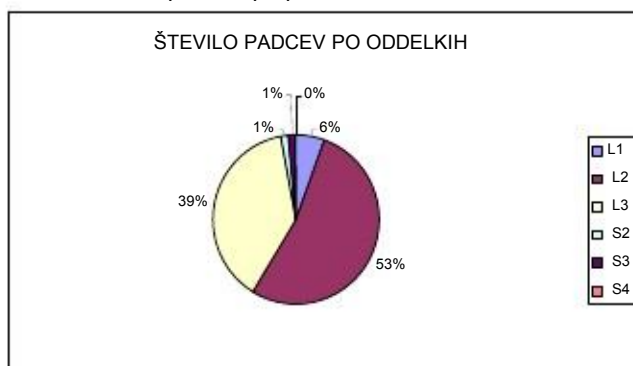
3. Padci pacientov v letu 2010:

Spremlja se število oseb padcev in sicer število padcev bolnika na 1000 oskrbnih dni (1.062) ter število padcev s postelje na 1000 oskrbnih dni (0.607). V letu 2010 je bilo v bolnišnici evidentiranih 70 padcev, od tega 40 s postelje.

Načrt za izboljšave v letu 2011 vključuje povečanje varnosti za paciente. Poleg ocene tveganja za padce pri vseh pacientih glede na stopnjo tveganja je predvideno izvajanje načrtov zdravstvene nege in aktivnosti glede na protokole za preprečevanje in zmanjševanje padcev. Zagotoviti je potrebno ustrezno organizacijo dela in aktivnosti zdravstvene nege v nočni izmeni in zadostno število razpoložljivega kadra v delovni izmeni na bolniških oddelkih z največjim številom padcev (L2, L3).

Analiza podatkov prikazuje število vseh padcev po posameznih oddelkih, natančno in časovno opredelitev preko dneva, število padcev glede na dan v tednu, razdelitev po spolu, število padcev glede na kategorijo zahtevnosti zdravstvene nege.

Slika 7: Razdelitev vseh padcev po posameznih oddelkih



(Kazalnik sta pripravili Andreja Kodela dms, Alenka Bolčina dms, Alenka Tušar, mag. Vesna Čuk)

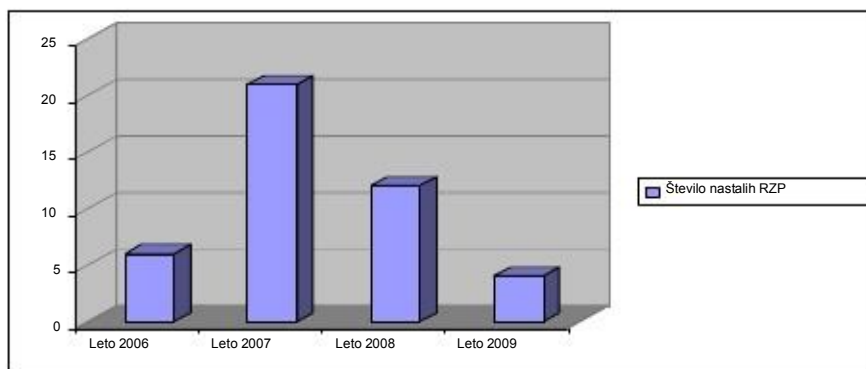
4. Število preležanina (razjed zaradi pritiska- RZP) nastalih v bolnišnici na 1000

hospitaliziranih pacientov v letu 2010: Vir podatkov je sprotno spremljanje razjede zaradi pritiskov vseh stopenj. V bolnišnici je v letu 2010 nastalo sedem razjed zaradi pritiska (4.22 RZP). Večje število RZP beležimo na bolniških oddelkih, kjer je pri pacientih prisotnih več dejavnikov tveganja. Pet razjed je nastalo pri pacientih na gerontopsihiatričnem oddelku, kjer ima večji vpliv visoka starost pacientov ter število bolnikov v tretji kategoriji zahtevnosti zdravstvene nege. Nastale RZP so ocenjene s prvo stopnjo (rdečina) in drugo stopnjo (mehur po EPUAP klasifikaciji). 3. in 4. stopnje razjed ne beležimo (Slika 8).

Načrt za izboljšave vključuje spremljanje kazalnikov, ocenjevanje pacientov glede na njihovo ogroženost za nastanek RZP, dosledno izvajanje načrtovanega preventivnega programa za preprečevanje RZP. Pomembno je kontinuirano izobraževanje in usposabljanje negovalnega osebja.

(Kazalnik sta izdelali Nataša Hvala, dms in mag. Vesna Čuk)

Slika 8: Pojavnost RZP v PB Idrija po letih



5. Kolonizacija z MRSA:

Namen kazalnika je spremljanje kolonizacije in okužb z MRSA. Od sprejetih 1.490 pacientov je bilo odvzetih 366 brisov nadzornih kužnin na MRSA, kar je znašalo 24.56%. Predložen cilj, ki ga je postavila komisija za bolnišnične okužbe (15% kužnin), smo v letu 2010 presegli. Ugotovljenih je bilo 9 pozitivnih okužb z MRSA, delež okuženih pacientov z MRSA ob sprejemu je bil 2.45%. V letu 2010 ni bilo v času hospitalizacije ugotovljenega nobenega prenosa z MRSA.

Pri petih pacientih je bila izvedena dekontaminacija, v treh primerih je bila uspešna. En pacient je bil premeščen na infekcijsko kliniko. V bolnišnici se izvaja poleg programa preprečevanja širjenja MRSA tudi predpisan standard umivanja in razkuževanja rok s predpisanimi razkužili, ki je ključnega pomena za preprečevanje širjenja okužbe z MRSA. S predpisanimi smernicami, ki jih je pripravil KOBO, zmanjšujemo možnost kolonizacije na nekolonizirane paciente.

(Kazalnik je pripravila Andreja Uršič, vms, SOBO.)

V prilogi k strokovnega poročilu so v celoti priloženi naslednji neobvezni kazalniki, ki jih je bolnišnica zaradi strokovne pomembnosti izvajala v letu 2010. Delež pacientov, pri katerih je bil izveden posebni varovalni ukrep (PVU) s pasovi Segufix, Zadovoljstvo pacientov s prehrano v Psihiatrični bolnišnici Idrija ter kazalnik Stopnje zadovoljstva pacientov. Enako, kot v preteklih letih smo v bolnišnici izvajali tudi Nacionalno anketo o izkušnjah odraslih pacientov v akutni bolnišnici in psihiatrični bolnišnici.

7 UDELEŽBA NA STROKOVNIH IZOBRAŽEVANJIH

V nadaljevanju poročila predstavljamo podatke o načrtovanih izobraževanjih ter aktivni udeležbi na seminarjih in usposabljanjih.

Obširni podatki o pasivni udeležbi na izobraževanjih so zabeleženi v poročilih posameznih strokovnih služb in vodij oddelkov, ki se nahajajo v arhivu predstojnika oziroma posamezne službe. Vključena so tudi izobraževanja, ki so jih posamezniki deloma ali v celoti financirali sami ter kongresi, ki so jih omogočila farmacevtska podjetja.

a. Izobraževanje in usposabljanje zdravnikov

Načrtovana izobraževanja in usposabljanja

- Specializacija iz psihiatrije: Katalin Tubić, dr. med., Nevenka Prevodnik, dr. med., Mojca Gosar, dr. med.
- Anita Trpin Katarić, dr. med., spec. psih.: magistrski študij
- Anica Gorjanc Vitez, dr. med., spec. psih.: študij skupinske analize

Aktivna udeležba na seminarjih in kongresih

- Janja Milič, dr. med., spec. psih.: Na srečanju Italijanskih in Primorskih KZA je predstavila zdravljenje SOA v Sloveniji. Predavala je na tečaju senzibiliziranja za Zvezo primorskih KZA. Predavanje učencem osnovnošolcem Črni Vrh o odvisnosti, nastop v oddaji o Odvisnosti na TV Koper.
- Marinka Rudolf, dr. med., spec. psih.: Predavanja in sodelovanja v okviru društva Spominčica Nova Gorica.
- Mag. Marko Pišljar, dr. med., spec. psih.: Predavanje na peti epileptološki šoli 23. – 26.09.2010, z naslovom »AEDS – Clinicaly relevant interaction with psihofarmacological drugs (Kržan, Pišljar, Grošelj). Predavanje na Združenju psihiatrov 08. in 09.10.2010 v Savudriji z naslovom »Depresija v starosti«. Predavanje na strokovnem srečanju »Ustvarjalnost in duševne motnje« 01.10.2010 v Idriji z naslovom »Vpliv demenc na spremembo likovne ustvarjalnosti«. Predavanje na modulu iz gerontopsihiatrije, ki ga je organizirala PK v Ljubljani z naslovom »Antidepressivi v starosti«.

b. Psihološka služba

Načrtovana usposabljanja in izobraževanja

- Specializacija iz klinične psihologije: Mateja Zelenc, univ. dipl. psih. je zaključila specializacijo v letu 2010, Rok Podkrajšek, univ. dipl. psih., mag. Špela Hvalec, univ. dipl. psih.
- Mag. Špela Hvalec, univ. dipl. psih.: Supervizijska skupina VKT (III st.)
- Mag. Nuška Podobnik, univ. dipl. psih.: zaključek študija iz integrativne transakcijske analize (lastna pobuda in finančni vložek)

Aktivna udeležba:

- Podkrajšek R.: Srečanje ZKZA – Ajdovščina
- Mag. Špela Hvalec: VI. Kongres psihologov: Psihologija in raznolikost sodobne družbe. (aktivna udeležba s prispevkom), moderiranje simpozija »Pestrost in raznolikost uporabe vedenjsko kognitivne terapije«.

c. Aktivacijska terapija

Aktivna udeležba:

- Darja Peternel, dipl. del. ter je sodelovala na strokovnem srečanju z naslovom »Ustvarjalnost in duševne motnje v PB Idrija, 01.10.2010 z naslovom »Govorica barv v delovni terapiji«
- Nande Rupnik, univ. dipl.org. dela, je na strokovnem srečanju z naslovom »Ustvarjalnost in duševne motnje« v Idriji 01.10.2010, je sodeloval s predavanjem »Kratek sprehod po poteh likovne ustvarjalnosti bolnikov v Psihiatrični bolnišnici Idrija«.

d. Socialna služba

Aktivna udeležba:

- Martina Uršič, univ. dipl. soc. del.: Predavanja za svojce v okviru društva Spominčica Nova Gorica
- Mag. Klavdija Širaj Mažgon, univ. dipl. soc.: Sekcija socialnih delavcev in delavk v psihiatriji, 10.12.2010, delovno srečanje s kandidati za Zastopnike pacientovih pravic na področju duševnega zdravja 05.01.2010, okrogla miza, izhodi 16.08.2010.
- Mag. Andreja Grudnik Seljak, univ. dipl. soc. del.: predavanja »Vloga socialne službe pri obravnavi pacienta s psihotično motnjo«, Visoka šola za zdravstvo, Izola (maj, junij 2010), predavanje v okviru programa izmenjave zdravstvenega osebja »Kronične bolezni – klinični in programski izziv« (PBI, junij 2010).

e. Medicinsko kemični laboratorij

Aktivna udeležba

Dr. Bojana Križaj, spec. med. biokem.: Program izmenjave zdravstvenega osebja 2000/2010 »Klinične bolezni – klinični in upravljalni izziv«.

f. Lekarna PB Idrija

Aktivna udeležba:

Cvetka Bačar, mag. farm, spec. klin. farm.: Lekarniška Zbornica Slovenije. Predavanje z naslovom »Uporaba antipsihotikov« na strokovnem izpopolnjevanju za mag. farmacije, marec 2010. 06.04.2010 Maribor: Lekarniška zbornica Slovenije. Predavanje »Uporaba antipsihotikov« na strokovnem izpopolnjevanju za mag. farmacije. 09.03.2010 Ljubljana: Fakulteta za farmacijo. Predstavitev teme doktorske dizertacije »Zamenjava antipsihotikov pri bolnikih s shizofrenijo, shizotipsko motnjo in blodnjavo motnjo zdravljenja v psihiatrični bolnišnici«. Predavanje za študente Visoke šole za zdravstvo Izola: »Pri psihofarmakoterapiji«. Maj, 2010, PB Idrija.

8 FUNKCIJE V STROKOVNIH ZDRUŽENJIH IN STROKOVNE AKTIVNOSTI IZVEN BOLNIŠNICE

Janja Milič, dr. med., spec. psih.: Je supervizor za svetovalce klicev v duševni stiski KOMZ v Ljubljani. Je članica komisije za oceno kazalnikov kakovosti pri Ministrstvu za zdravje.

Mitrovič Erika, dr. med., spec. psih. je član invalidske komisije I. st.- v Novi Gorici.

Anka E. Lazar, dr. med., spec. psih. je članica skupine za zdravljenje odvisnosti od alkohola pri RSK za psihiatrijo.

Mag. Marko Pišljar, dr. med., spec. psih., je član Razširjenega republiškega strokovnega kolegija za psihiatrijo ter član sveta za duševno zdravje pri Ministrstvu za zdravje. Je

habilitiran višji predavatelj iz predmeta Mentalno zdravje na Visoki šoli za zdravstvo Izola.

Rok Podkrajšek, univ. dipl. psih. je urednik revije Klip, član organizacijskega odbora Bregantovih dnevov.

Nande Rupnik, univ. dipl. org., vodja aktivacijske terapije je član Sveta za duševno zdravje pri Ministrstvu za zdravje ter član skupščine Zbornice DTS.

Sead Dizdarevič, univ. del. ter. je član skupščine Zbornice DTS.

Darja Poljanec, dipl. del. ter. je članica strokovnega kolegija psihiatrične sekcije delovnih terapevtov.

Mihaela Colja, univ. del. ter. je članica odbora za promocijo stroke pri Zbornici DTS.

Dr. Bojana Križaj, spec. med. biokem. sodeluje v skupini strokovnjakov, ki jih je Ministrstvo za zdravje izbralo za ocenjevalce v postopku ocenjevanja izpolnjevanja pogojev za izvajanje preiskav na področju laboratorijske medicine.

Cvetka Bačar, mag. farm, spec. klin. farm je članica upravnega odbora Sekcije bolnišničnih farmacevtov pri SFD.

Mag. Vesna Čuk, prof. zdr. vzg, višja predavateljica, ima raziskovalni naziv asistentka.

Mag. Klavdija Širaj Mažgon, u.d.s.d. je predsednica Sekcije DSDDS v psihiatriji (do 10.12.2010), je individualna članica skupščine SZS, predsednica Razširjenega strokovnega kolegija za socialno delo v zdravstveni dejavnosti pri MZ in članica strokovne delovne skupine na MZ za pripravo smernic o prepoznavanju in preprečevanju nasilja;

Aleksander Može, s.d., dela kot terapevt v KZA Logatec, je predsednik Zveze klubov zdravljenih alkoholikov Severne Primorske, član Skupščine Svetovne zveze klubov zdravljenih alkoholikov (W.A.C.A.T.) in zunanji sodelavec Evropske šole alkoholologije in ekološke psihiatrije iz Vidma (Italija).

9 PUBLIKACIJE

- Bačar C. Uporaba antipsihotikov. Zbornica. Strokovno izpopolnjevanje za mag. farmacije v letu 2010. Ljubljana: Lekarniška Zbornica Slovenije; 2010: 7-29.
- Peternel D. Govorica barv v delovni terapiji V. Pišljari M., Meden Klavora. Ustvarjalnost in duševne motnje. Idrija. Psihiatrična bolnišnica Idrija; 2010: 148-166.
- Rupnik N. Kratek sprehod po poteh likovne ustvarjalnosti bolnikov v Psihiatrični bolnišnici Idrija. V: Pišljari M, Meden Klavora V. Ustvarjalnost in duševne motnje. Idrija. Psihiatrična bolnišnica Idrija; 2010: 166-177
- Pišljari M. Vpliv demenc na spremembo likovne ustvarjalnosti v: Pišljari M, Meden Klavora V. Ustvarjalnost in duševne motnje. Idrija. Psihiatrična bolnišnica Idrija; 2010: 205-113.
- Hvalec Š, Kobal Štravs K. Empatije in značilnosti udeležencev izobraževanja v programu bolničar – negovalec. Obzornik zdravstvene nege 2010; 44: 245-252.
- Hvalec Š. Sodobne družbe – Poročilo s VI Kongresa psihologov Slovenije. Klip, 2010; 3: 7.
- Čuk V, Kersnič P. Recenzija učbenika In Brigita Skela Savič et. all.-ur. Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege. Jesenice, Visoka šola za zdravstveno nego, januar; 2010.
- Čuk V. Obvladovanje neželenih dogodkov v zdravstveni negi v psihiatričnih bolnišnicah. Obzor Zdr. N. 2010;44(1):21-27.
- Čuk V. Izkušveno učenje in profesionalni razvoj v kliničnem okolju. In Zbornik predavanj z recenzijo. 3. Mednarodna konferenca Trajnostni razvoj zdravstvene nege v sodobni družbi-na raziskovanju temelječi razvoj zdravstvene nege. Ljubljana, september; 2010.
- Čuk V. Zdravstvena nega in duševno zdravje – Uvodnik- tematska številka. Obzor Zdr N; 2010: 44(3).
- Čuk V, Klemen J. Izgorevanje osebja v zdravstveni negi na psihiatričnem področju. Obzor Zdr N 2010; 44(3):179-187.
- Furlan A, Čuk V. Vpliv zdravstvene vzgoje na stališča mladih o škodljivem uživanju alkohola In Partnerstvo, znanje in razvoj na zdravstvenem področju. Zbornik z recenzijo 2. študentska konferenca, Ljubljana, junij; 2010: 347-359.
- Gruden A. Obravnava pacienta z duševno motnjo-primer dobre prakse. In Zbornik z recenzijo: Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji.,12. simpozij Zbornica-Zveza, Portorož, maj; 2010: 107-112.
- Hvala N, Mihelič Zajec A. Pomen dejavnikov varnosti in učinkovitosti pri klinični praksi. Izkušnja študentov zdravstvene nege v Psihiatrični bolnišnici Idrija. In Zbornik z recenzijo Partnerstvo, znanje in razvoj na zdravstvenem področju 2. študentska konferenca, Ljubljana, junij; 2010: 151-161.
- Kodela A, Ferfolja S, Mivšek A. Older persons: The future for care. New developments in dementia care- plakat in abstrakt. In Zbornik z recenzijo 4. European Nursing care congress. Rotterdam, oktober; 2010
- Kržišnik K, Čuk V. Obremenitve in izgorevanje zdravstveno negovalnega osebja v zdravstveni negi. In Bregar B; Peterka J. Zbornik predavanj z recenzijo: Kako zmanjšati stres in izgorevanje na delovnem mestu. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov psihiatriji, Ljubljana, november; 2010: 30-46.
- Mirc A, Čuk V. Ohranjanje življenjskih aktivnosti varovanca z demenco s pomočjo teoretičnih modelov zdravstvene nege. Obzor Zdr N: 2010: 44(3):163-172.
- Velikanje N, Čuk V. Analiza neželenih dogodkov v Psihiatrični bolnišnici Idrija in Zbornik predavanj z recenzijo. 3. Mednarodna konferenca: Trajnostni razvoj zdravstvene nege v sodobni družbi - na raziskovanju temelječi razvoj zdravstvene nege. Ljubljana, september; 2010.

10 SKLEP

1. Psihiatrična bolnišnica Idrija ima polivalentno strukturo bolnišnične in izvenbolnišnične dejavnosti. Vključuje specializirane psihiatrične oddelke, med njimi ženski in moški psihiatrični oddelek, psihoterapevtski oddelek, oddelek za zdravljenje odvisnosti, gerontopsihiatrični oddelek ter splošni psihiatrični oddelek. Prav tako specializirana je ambulantna dejavnost, med njimi splošna psihiatrična ambulanta, epileptološka ambulanta, gerontopsihiatrična ambulanta, ambulanta za zdravljenje odvisnosti od alkohola. V bolnišnici že tretje leto deluje program psihiatričnega zdravljenja in oskrbe v skupnosti.

V letu 2010 je bilo iz bolnišničnega in dnevno hospitalnega zdravljenja odpuščenih 1.609 oseb.

V okviru ZZZS programa je bilo načrtovano število odpuščenih oseb na dnevnem hospitalu 100% (75 oseb), v hospitalnem programu pa 99.4% (1.512 oseb). V ostalih primerih (21) je bil plačnik Ministrstvo za zdravje, oz. samoplačniki. Zastopanost bolnikov iz območnih enot Koper, Nova Gorica in Ljubljana ter ostalih območnih enot v Sloveniji je bila podobna, kot v preteklih letih. Deloma se je zmanjšal delež hospitalnih obravnav iz območne enote Ljubljana. Po bolnišničnem zdravljenju pacienti praviloma nadaljujejo zdravljenje v lokalni psihiatrični ambulanti. V okviru celostne psihosocialne obravnave pacientov vse bolnišnice redno sodelujejo s socialno in zdravstveno službo ter nevladnimi organizacijami.
2. Povprečna ležalna doba odpuščenih bolnikov iz akutnega zdravljenja je bila 38 dni ter je v primerjavi z zadnjimi leti ostala nespremenjena. V kolikor prištejemo k akutni obravnavi tudi ležalno dobo pacientov, ki so zdravljenje nadaljevali v neakutni obravnavi, je celotna ležalna doba bila 39.9 dni.

V podaljšano – neakutno zdravljenje je v letu 2010 bilo vključenih 48 oseb, kar predstavlja 3% vseh sprejetih oseb. Povprečno trajanje neakutne obravnave se je v primerjavi s preteklimi leti nadalje krajšalo ter je bilo 64 dni. V letu 2010 smo v bolnišnici realizirali 2.908 bolnišnično oskrbnih dni, kar presega načrtovano kvoto za 30%. V zadnjem letu je sicer lažje pridobiti mesto za domove za starejše, večje pa so potrebe po bivanju v stanovanjski skupnosti.
3. Ambulantna psihiatrična dejavnost je v Primorski regiji, to je v zaledju Psihiatrične bolnišnice Idrija, organizirana disperzno. Psihiatrične ambulante so razporejene v okvir zdravstvenih domov ali koncesijskih služb po središčih Obalno-kraške, Severne Primorske ter Notranjske regije.

V letu 2010 je v okviru psihiatričnih ambulant bolnišnice v Idriji celokupno izvedenih 110.673 točk. V sredini leta je ZZZS v skladu z Aneksom k splošnemu dogovoru povečala kvoto ambulantnih obravnav na 150.363 točk. Za isto vrednost se je zmanjšala vrednost bolnišničnih programov. Ob povečanju programa ambulantne psihiatrične dejavnosti smo v bolnišnici povečali ponudbo psihološke službe v ambulanti v Idriji, odprli novi psihološki ambulanti v Postojni ter Kopru. Dodatna psihiatrična ambulanta bo pričela z delom v letu 2011 v Bolnišnici za ženske bolezni in porodništvo v Postojni. V načrtu je možnost organiziranja ambulantne Psihiatrične dejavnosti v ZD Logatec.

V okviru Psihiatrične ambulante v Idriji smo razširili ponudbo predvsem psihoterapevtskih oblik zdravljenja. V oktobru 2010 se je v okviru povečane dejavnosti psihoterapevtskega oddelka pričela ambulantna skupinska psihoterapevtska obravnava. Organizirani sta dve skupini in sicer za nevrotično in psihotično strukturirano populacijo. V okviru bolnišnice sicer delujejo specialistične ambulante za zdravljenje odvisnosti,

gerontopsihiatrična ambulanta, epileptološka ambulanta, psihiatrična in psihološka ambulanta. V okviru ambulantnih programov se izvaja tudi individualno učenje relaksacijskih tehnik ter tečaj avtogenega treninga, vedenjsko-kognitivna skupinska psihoterapevtska obravnava anksioznih motenj, trening socialnih veščin.

4. V letu 2010 je v skladu z Aneksom k splošnemu dogovoru s strani ZZZS bil priznan program psihiatričnega zdravljenja in obravnave v skupnosti. Indikacije za nepretrgano zdravljenje in obravnavo v okviru skupnostne psihiatrične skrbi so bolniki s hudimi duševnimi motnjami, ki imajo pogoste ponovitve bolezni, pogoste hospitalizacije proti njihovi volji, slabo sodelujejo pri zdravljenju, imajo dvojne diagnoze z odvisnostjo ali ponavljajočimi zlorabami psihoaktivnih substanc ali so zaradi bolezni nevarni sebi in drugim. Bolniki so bili vključeni v bolnišnično zdravljenje v skupnosti po zaključeni hospitalizaciji ter so podali svoje soglasje. V programu bolnišnica omogoča na terenu konkretne terapevtske aktivnosti s področja delovne terapije, socialne službe ter zdravstvene nege ob sicer timskem delu, skupaj s psihiatrom ter psihologom. V letu 2010 je bilo vključenih v program 65 pacientov. Program je zaključilo 33 pacientov. Plačilo programa s strani ZZZS omogoča stabilen razvoj nove storitve. Potrebna bo nadaljnja evalvacija, prvi kazalniki pa odražajo ugodne rezultate psihosocialne rehabilitacije pri pacientih s sicer malignejšim potekom bolezni. Uspešnost razvoja programa temelji na usposobljenih kadrih, ki jih psihiatrična zdravstvena služba ima, neposredno v nadaljevanju bolnišničnega, oz. intenzivnega zdravljenja v skupnosti, v neposrednem sodelovanju s pacientom, svojci ter pridobljenem soglasju in sodelovanje pacienta v zdravljenju.

5. S spremljanjem kazalnikov kakovosti smo pridobili nove podatke o najbolj rizičnih skupinah pacientov. Število ponovno sprejetih bolnikov v roku sedmih dni po predhodnem odpustu se je znižalo (33) ter znaša 2.24% vseh odpustov. Med bolniki, ki prihajajo na zdravljenje so tako najbolj ranljivi v skupini bolnikov s shizofrenijo, shizotipsko in blodnjavo motnjo ter skupini pacientov, odvisnih od psihoaktivnih substanc. V obeh skupinah je zastopanost moških večja od žensk. Značilnosti rizičnih skupin opredeljujejo predvsem narava bolezni, susp. slabše sodelovanje pri zdravljenju, neuvidevnost v bolezensko stanje, ter na drugi strani komorbidnost z zasvojenostjo od različnih vrst psihoaktivnih snovi. Ob intenzivnejšem sodelovanju s ključnimi osebami, oz. institucijami na terenu, kot so osebni zdravnik, patronažna služba, ambulantni psihiater, koordinatorji, svojci, bo lažje doseči boljšo integracijo v okolje, kjer pacient živi.
V bolnišnično zdravljenje je bilo sprejetih nekoliko večji delež pacientov zaradi shizofrenije, znižalo pa se je število oseb, ki so prišli na bolnišnično zdravljenje zaradi nevrotskih motenj.

6. Čeprav splošni podatki o značilnosti duševnih motenj ter bolnikov, ki so na bolnišničnem ter izvenbolnišničnem zdravljenju ne kažejo bistvenih sprememb v zastopanosti posamezne bolezenske entitete, je opazen premik v pogostnosti pojavljanja komorbidnih stanj. Na oddelku za zdravljenje odvisnosti od alkohola se soočajo z večjim deležem pacientov, ki potrebujejo diferentnejšo diagnostično in terapevtsko psihiatrično obravnavo zaradi hkrati pojavljajoče osebne motnje, razpoloženske motnje ali druge psihiatrične komorbidnosti. Večji delež zdravljenecv, kot v preteklosti, izkazuje zasvojenost od različnih psihoaktivnih substanc. Na zdravljenje pogosteje prihajajo osebe, ki so zaradi odvisnosti od alkohola telesno huje prizadeti. Družbene spremembe, liberalizacija odnosov in odsotnost socialne skrbi v podjetjih, je v zadnjem desetletju bistveno zmanjšala senzibilnost za zgodnejše reševanje problematike zasvojenosti od alkohola.

7. Na kadrovskem področju se v bolnišnici še vedno soočamo s pomanjkanjem zdravnikov. S fleksibilnim prilagajanjem potrebam posameznih oddelkov je bila služba ustrezno in kakovostno izvedena, vendarle pa se soočamo s stalno preobremenitvijo, težavami pri zagotavljanju službe v času dopustov ali bolniške odsotnosti ter večjo obolevnostjo zdravniškega osebja. V letu 2010 sta nastopili specializacijo dve novi specializantki, v aktualnih razmerah pa primanjkujejo še vsaj trije zdravniki. Bolnišnica mora opredeliti daljnoročni načrt zaposlovanja mladih zdravnikov.
8. V bolnišnici smo pripravili v letu 2010 klinični poti za hospitalizacijo na psihoterapevtskem oddelku: Vključitev v skupino, primerno za psihotično populacijo ter Vključitev v skupino, za nevrotsko populacijo. Posebej sta opredeljeni klinični poti za dnevno obliko hospitalizacije na psihoterapevtskem oddelku, vključujoč psihotično ali nevrotsko populacijo. Obe klinični poti sta priloženi strokovnemu poročilu v celoti.

V poročilu so predstavljeni vsi obvezni kazalniki kakovosti, priloženi prilogi poročila. Čakanje na odpust: Dnevi, ko bolniki, ki so končali zdravljenje v akutni bolnišnici, čakajo na odpust. Število ponovno sprejetih bolnikov v roku sedmih dni po predhodnem odpustu, Padci pacientov v letu 2010 (število vseh padcev na 1000 oskrbnih dni odraslih pacientov, Število padcev s postelje na 1000 oskrbnih dni odraslih pacientov), Število preležanin nastalih v bolnišnici na 1000 hospitaliziranih bolnikov, Kolonizacija z MRSA v letu 2010.

9. 06.05.2010 je bilo odprtje obnovljene stavbe »A« in s tem prenovljenih prostorov delovne terapije. Temeljita obnova prostorov delovne terapije predstavlja eno izmed prelomnic v razvoju delovanja aktivacijske terapije v Psihiatrični bolnišnici v Idrija. Novi prostori ter oprema omogočajo nove pristope na področju gibalne terapije in kreativnih oblik terapije, ter izboljšujejo pogoje za druge oblike, kot so muzikoterapija, likovna terapija, biblioterapija. Novi ubikacijski pogoji omogočajo in dopolnjujejo dosedanje napore terapevtov v razvoju diagnostike, ocenjevanja, usposabljanja in rehabilitacije oseb z duševno motnjo. K idejnim in praktičnim rešitvam adaptacije novega oddelka za aktivacijsko terapijo je pomembno prispeval vodja aktivacijske terapije Nande Rupnik.
10. 25.08.2010 smo v bolnišnici odprli nove prostore medicinsko kemičnega laboratorija. Obnovili smo tudi vso laboratorijsko opremo, ki je bila načrtovana ob prenovitvi prostorov. Manjkajoča garderoba je planirana v naslednji faze prenove preostalih prostorov v stavbi »A«. Ob vselitvi v nove prostore smo začeli z aktivnostmi za postavitve laboratorijskega informacijskega sistema, ki bo omogočal kvalitetnejše delo na področju dela, posredovanja in arhiviranja podatkov. Laboratorijski informacijski sistem bo s povezavo na bolnišnični informacijski sistem omogočal dvosmerno pošiljanje naročil oz. izvidov in shranjevanje podatkov v elektronski obliki. V letu 2010 je bil nabavljen tudi nov EEG aparat, ki s sodobnejšo računalniško aplikacijo omogoča dodatno analizo podatkov, predvsem pa arhiviranje EEG posnetkov v elektronski zapis. S tem se bomo daljnoročno izognili dosedanjim zadregam ob arhiviranju EEG posnetkov v papirni obliki.
11. Izobraževanje zdravstvenega osebja in sodelavcev poteka v skladu z načrtom usposabljanja in izobraževanja. Udeležbe na interno organiziranih delavnicah in predavanjih ter izobraževanje na strokovnih seminarjih izven bolnišnice je evidentirano v poročilih posameznih strokovnih služb in vodij oddelkov. Aktivna udeležba ter publicistična dejavnost in funkcije posameznih uslužbencev v strokovnih združenjih so predstavljene v poročilu. V bolnišnici izvajamo redne programe specializacije za psihiatre, zdravnike družinske medicine, psihologe, pripravništva za področja zdravstvene

nege, socialne službe, delovne terapije in klinične farmacije. Redno se izvaja klinično usposabljanje za študente visoke šole za zdravstvo Izola za področje študija zdravstvene nege in mentalnega zdravja.

12. V oktobru 2010 je v Idriji potekal strokovni seminar z naslovom »Ustvarjalnost in duševne motnje«. Ob tej priliki je bila izdana monografija s prispevki predavateljev, ki predstavlja kvaliteten doprinos k predstavitvi tematike v Slovenskem strokovnem področju. Uvodnik monografije je prispeval prim. Jože Felc, dr. med., dolgoletni predstojnik v Psihiatrični bolnišnici Idrija. Ob težki bolezni na žalost ni več učakal izida knjige. Zadnji strokovni prispevek tako predstavlja kamenček v bogatem mozaiku Felčeve ustvarjalnosti, predvsem pa odraz bližine in pripadnosti, ki jo je prim. Jože Felc izražal do sodelavcev in PB Idrija.

Predstojnik psihiatrične bolnišnice
mag. Marko Pišljar, dr. med., spec. psih.

Priloge

Kazalniki kakovosti

Obvezni kazalniki

1. Nenačrtovani ponovni sprejemi bolnikov v roku sedmih dni po predhodnem odpustu
2. Število padcev v bolnišnici v letu 2010, na 1000 oskrbnih dni
3. Število razjed zaradi pritiska (RZP) nastalih v bolnišnici na 1000 hospitaliziranih pacientov v letu 2010
4. Kolonizacija z MRSA v letu 2010
5. Čakanje na odpust: Dnevi, ko bolniki, ki so končali zdravljenje v akutni bolnišnici, čakajo na odpust

Neobvezni kazalniki

1. Delež pacientov, pri katerih je bil izveden posebni varovalni ukrep (PVU) s pasovi Segufix
2. Zadovoljstvo s prehrano v Psihiatrični bolnišnici Idrija

Klinične poti

1. Dnevna hospitalizacija na psihoterapevtskem oddelku
Vključitev v skupino primerno za psihotično populacijo
2. Dnevna hospitalizacija na psihoterapevtskem oddelku
Vključitev v skupino primerno za nevrotično populacijo
3. Hospitalizacija na psihoterapevtskem oddelku
Vključitev v skupino za psihotično populacijo
4. Hospitalizacija na psihoterapevtskem oddelku
Vključitev v skupino za nevrotično populacijo

Pri izdelavi poročila so sodelovali:

- mag. Vesna Čuk, prof. zdr. vzg., glavna med. sestra bolnišnice
- Andrej Serafimović, dr. med., spec. psih., namestnik vodje ženskega psihiatričnega oddelka
- Erika Mitrovič, dr. med., spec. psih., vodja moškega psihiatričnega oddelka
Anka Erznožnik Lazar, dr. med., spec. psih., vodja oddelka za zdravljenje odvisnosti-
- Marinka Rudolf, dr. med., spec. psih., vodja gerontopsihiatričnega oddelka
- Patricija Logar, dr. med., spec. psih., vodja splošnega psihiatričnega oddelka
- Danica Menard, dr. med., spec. psih. vodja izvenbolnišnične dejavnosti
- dr. Bojana Križaj, spec. med. biokemije, vodja medicinsko-kemičnega laboratorija
- mag. Andreja Grudnik Seljak, dipl. soc. del., vodja socialne službe
- Darja Poljanec, del. ter., vodja aktivacijske terapije
- Cvetka Bačar, mag. farm., spec. klin. farm., vodja lekarne
- Branka Režun, univ. dipl. psih., spec. klin. psih., vodja psihološke službe
- Ines Bevk, vodja zdravstvene administracije
- Milan Vončina, dr. med., spec. internist
- mag. Marko Pišljari, dr. med., spec. psih., vodja EEG laboratorija

Uredili:

- Natalija Taljat Tušar, strokovna sodelavka
- Irma Pivk, zdravstvena administratorka

ZDRAVSTVENA NEGA IN OSKRBA
glavna medicinska sestra bolnišnice
mag. Vesna Čuk, prof. zdr. vzg.



Strokovno poročilo za dejavnost zdravstvene nege in oskrbe za leto 2010 - povzetek

Poročilo je pripravljeno na osnovi internih poročil strokovnih vodij - glavnih medicinskih sester bolniških oddelkov, povzetkov dokumentacije in zbirnikov evidenc.

Zdravstvena nega (ZN) vključuje samostojno in sodelujočo vlogo pri zagotavljanju zdravstvenega varstva posameznikov, družin, skupin in družbene skupnosti v času zdravja in bolezni na vseh področjih. Ključne vloge so tudi promocija zdravja in zdravega okolja, raziskovanje, izobraževanje ter sodelovanje pri oblikovanju in vodenju zdravstvenega sistema. Specialno področje klinične prakse v zdravstveni negi pacientov z duševnimi motnjami so spretnosti terapevtske komunikacije, zagotavljanje varnosti in bližina osebja, in učenje posameznikov, družin ali širše skupnosti, ki je usmerjeno v pospeševanje in podpiranje vedenja, zdravih vzorcev obnašanja ali prilagojeno funkcioniranje.

1. Organizacija dela zdravstvene nege

Intervencije procesa zdravstvene nege (PZN) in oskrbe potekajo na šestih bolniških oddelkih, v dežurni službi in v EEG laboratoriju. Vse pacienti so kategorizirani glede zahtevnosti zdravstvene nege (ZN) in glede na ocenjene potrebe se izvajajo zdravstveno negovalne aktivnosti in intervencije, zdravstvena vzgoja, vodenje, spodbuda in pomoč pri fizičnih, psihičnih in socialnih potrebah življenjskih aktivnosti, učenje in vzpodbuda za izražanje čustev, ustrezne komunikacije, svetovanje pacientom in svojcem ter dajanje informacij v okviru pristojnosti. Za vse paciente se od sprejema do odpusta se vodi negovalna dokumentacija v skladu z zakonodajo. Poleg intervencij terapevtske komunikacije in bližine osebja ter zagotavljanja varnosti, se dnevno ugotavlja, načrtuje in izvaja aktivnosti glede na probleme povezane z osnovnimi življenjskimi aktivnostmi, vzdrževanje samostojnosti, izvajanje delne ali izvajanje aktivnosti za popolno pomoč pri življenjskih aktivnostih pacientov. Izvaja se program obvladovanja bolnišničnih okužb (POBO) in sistem za zagotavljanje varne prehrane v bolnišnici (HACCP). Na vseh bolniških oddelkih potekajo timski sestanki kliničnih timov in negovalnih timov. Osebje je pridobilo odločbe o vpisu v register izvajalcev in prve licence, za katere je Ministrstvo za zdravje podelilo pooblastila Zbornici - Zvezi.

Zdravstveno negovalno osebje na bolniških oddelkih in v dežurni službi z izmenskimi delom zagotavlja kontinuiteto in neprekinjeno zdravstveno oskrbo vse dni v letu. V letu 2010 je bilo administrativno zaposlenih 96 delavcev: 65 zdravstvenih tehnikov / srednjih medicinskih

sester, deset oskrbovalk/cev, osemnajst diplomiranih medicinskih sester in dva diplomirana zdravstvenika. Dejansko razpoložljivega kadra za razporejanje je 20% manj. Za izvajanje delovnega procesa zdravstvene nege se planira mesečne razporede dela, ki zagotavljajo potrebe po zdravstveno negovalnem kadru po posameznih bolniških oddelkih. Zagotavlja se kontinuiteta, letno je planiranje terminov odsotnosti zaradi letnega dopusta. Na bolniške oddelke so izmenoma v tri delovne izmene razporejeni (odvisno od oddelka) en do tri zdravstveni tehniki. Razpored dežurne službe diplomiranih medicinskih sester se izvaja v rednem delovnem času v troizmenskem turnusu. Negovalno osebje zagotavlja spremstva za nenujne prevoze in izvaja načrtovane obiske v programu psihosocialne rehabilitacije.

2. Kategorizacija zahtevnosti zdravstvene nege

Kategorizacija zahtevnosti zdravstvene nege je metoda razvrščanja pacientov glede na potrebe po zdravstveni negi in posebnosti v določenem časovnem obdobju. Omogoča izračun potreb po kadru in delovnih obremenitev. Enoten kategorizacijski sistem za bolnišnično zdravstveno nego se uporablja po sklepu RSKZN od leta 2003 in je sestavni del negovalne dokumentacije pacienta, kar opredeljuje tudi Zakon o zbirkah podatkov v zdravstvu (UL 65/2000). S kategorizacijo zahtevnosti se opredeli vrsto in pogostost intervencij in čas za direktno in indirektno zdravstveno nego, določi se število in strukturo kadra ki je potreben, da se aktivnosti dela v 24 urah strokovno opravijo. Kategorizacija zahtevnosti za posameznega pacienta se izvaja dnevno od sprejema do odpusta. Paciente se kategorizira v Birpis programu. V letu 2010 je bilo hospitaliziranih 1.657 pacientov in realiziranih 65.902 bolnišnično oskrbnih dni. V povprečju je bilo v 1. kategorijo (kat.) zahtevnosti 54.48% hospitaliziranih pacientov, v 2. kat. zahtevnosti 36.56%, v 3. kat. 8.84% in v 4. kat. 0.1% vseh hospitaliziranih pacientov.

3. Izvajanje kliničnega usposabljanja za študente zdravstvene nege in pripravništva

Bolnišnica je leta 2006 pridobila naziv učne baze za obdobje 5-ih let. V letu 2010 smo izvedli klinično usposabljanje študentov 3. letnika dodiplomskega študija zdravstvene nege za področje Zdravstvena nega in mentalno zdravje, Visoke šole za zdravstvo Izola. (Tabela 1)

Tabela 1

Klinično usposabljanje PB Idrija	2006/7	2007/8	2008/9	2009/10	2010/11	Skupaj
Redni študenti - Izola /3 letnik	47	62	60	60	42271	
Redni študenti - Nova gorica /3 letnik	-	-	30	34	3296	
Izredni študenti - 3. letnik	5	30	32	34	46147	
Praktično usposabljanje – dijaki 4. letnika (80 ur)	-	-	-	31	-31	
Delovna praksa - praktikum ZN – 1., 2 letnik -160 ur						
Pripravništvo SMS/ZT	-	-	4	6	3	13
Kroženje v okviru pripravništva DMS/DZT	4	4	4	2		14
	11	20	15	10	1	57

V študijskem letu smo z delavci bolnišnice izvedli 40 ur predavanj (mag. Marko Pišljar, dr. med., višji predavatelj in mag. Vesna Čuk, prof. zdr. vzg., višja predavateljica, šolski koordinator). Od 135. ur kliničnega usposabljanja za področje zdravstvene nege in mentalnega zdravja se je izvedlo neposrednih kontaktnih ur za študente: 80 ur za redne, 40 ur

za izredne študente in 20 ur seminarskih vaj. Klinično in praktično usposabljanje v bolnišnici izvajajo usposobljeni strokovni sodelavci. Za področje zdravstvene nege je za izvajanje kliničnega usposabljanja in praktičnega pouka v delovnem okolju pridobilo status mentorja 18 kliničnih mentoric, diplomiranih medicinskih sester in 16 neposrednih mentoric/srednjih medicinskih sester/zdravstvenih tehnikov, ki izpolnjujejo pogoje in imajo več kot tri leta delovnih izkušenj v zdravstveni dejavnosti in na specialnem področju, za katerega se študenti in dijaki usposabljujejo.

V okviru izvajanja praktičnega usposabljanja za dijake srednjih zdravstvenih šol (zdravstvene tehnike in srednje medicinske sestre), letno pripravimo program v okviru strokovne ekscurzije za Srednjo zdravstveno šolo Ljubljana, Izola, Nova gorica. Za srednjo lesarsko šolo - oddelek za zdravstveno nego Postojna, smo v letu 2010 izvedli štirikrat tedensko praktično usposabljanje z ocenjevanjem znanja za področje zdravstvene nege in mentalnega zdravlja za 31 dijakov četrtega. letnika. V okviru poklicnega usmerjanja osnovnošolcev redno sodelujemo z Osnovno šolo Črni vrh nad Idrija in Osnovno šolo Idrija. Letno nas obišejo skupine devetošolcev.

Izobraževalni programi za zdravstveno nego pred prenovo je bilo v okviru pripravništva planirano kroženje v obsegu štirih tednov v Psihiatrični bolnišnici Idrija, ki pokriva s svojo dejavnostjo Primorsko regijo in del Notranjske. V bolnišnici je sorazmerni del pripravništva skupno opravilo 57 diplomiranih medicinskih sester ali zdravstvenikov iz zdravstvenih in socialno varstvenih zavodov: ZD Idrija, Tolmin, Ajdovščina, Postojna, Nova gorica, Izola, Koper, Porodnišnice Postojna, Splošne bolnišnice Izola, bolnišnice Šempeter in Ortopedske bolnišnice Valdoltra.

4. Izobraževanje in usposabljanje zdravstveno negovalnega kadra in oskrbovalcev

V letu 2010 smo za dejavnost zdravstvene nege in oskrbe prejeli kvoto za izobraževanje in usposabljanje. Vsebine izobraževanja smo izbrali na osnovi letnih razgovorov in načrtovanja profesionalnega razvoja posameznih delavcev. Izvedli smo notranja izobraževanja in usposabljanja za delo. Izvajanje internega usposabljanja je bilo ovrednoteno skupno s 15. licenčnimi točkami Komisije za vrednotenje pri Zbornici - Zvezi za aktivno in pasivno udeležbo. V bolnišnici smo skupno organizirali 10 internih strokovnih predavanj in delavnic z zunanjimi in notranjimi izvajalci. Aktivno, na internih predavanjih ali na delavnicah je v bolnišnici sodelovali 30% zaposlenih v zdravstveni negi. Izvedenih je bilo pet delavnic posebnih varovalnih ukrepov (PVU), ki jih je izvedla skupina delavcev: Hvala N., Velikanje N., Gnezda S., Gruden A., Klavžar V., Jurjavčič U., Pavlin B., Lidjan E., Filipovič Z., Vidmar I., Zelič F., Peternelj Š., Ogrič M., Dizdarevič M., Tratnik D. in Tušar A. V okviru HACCP tima v bolnišnici deluje HACCP skupina in skupina za OBO (obvladovanje bolnišničnih okužb): Uršič A., Gruden A., Primožič M., Hladnik T., Čuk V. V bolnišnici delujejo še skupina za prvo pomoč (Mrak L.), v katerih sodelujejo medicinske sestre in zdravstveni tehniki. Članici KOBO sta Uršič A. in Čuk V., v komisiji za interni nadzor sodeluje Mrak L., v komisiji za opozorilne nevarne dogodke Kogoj M. in Lidjan E., v skupini za psihosocialno rehabilitacijo Pirih M. V bolnišnici deluje tudi skupina, ki izvaja program »Pot k dobremu počutju«, za paciente. To je zdravstveno-vzgojni program za paciente s shizofrenijo, ki ga skupno izvajata zdravstvena nega in delovna terapija. (Gruden A., Dizdarevič S.). Predavanj in strokovnih seminarjev izven bolnišnice se je v letu 2010 udeležilo 20% delavcev, od tega smo desetkrat aktivno sodelovali s predavanji in strokovnimi prispevki in letos prvič aktivno tudi v tujini na Svetovnem kongresu zdravstvene nege v Rotterdamu. (Mivšek A., Kodela A.)

V Republiški skupini za kategorizacijo v ZN sodeluje Mivšek A., v skupini za negovalne diagnoze Bogataj U., v skupini za kakovost v strokovni sekciji sodeluje Hvala N., na Ministrstvu za zdravje pa mag. Vesna Čuk. Mrak L. je članica Izvršilnega odbora sekcije MS in ZT v psihiatriji. Vihtelič S. in Gruden A. sta članici Upravnega odbora strokovnega društva MS, babic in ZT. Mag. Vesna Čuk je bila dobitnica najvišjega priznanja Zbornice – Zveze Zlati znak, Nataša Hvala pa je prejela Prešernovo priznanje Univerze v Ljubljani za najboljšo diplomsko nalogo. Profesionalni razvoj kadra, strokovno organizacijsko, izobraževalno in znanstveno-raziskovalno delo v zdravstveni negi izvaja mag. Vesna Čuk, prof. zdr. vzg, višja predavateljica, z raziskovalnim nazivom asistentka, z magisterijem in svojo bibliografijo, študentka edukacijskih ved, v pripravi doktorske disertacije z naslovom »Razvoj modela izkustvenega učenja v zdravstveni negi«.

4.1 Aktivna udeležba in strokovne publikacije

- Čuk V, Kersnič P. Recenzija učbenika In Brigita Skela Savič et. all.-ur. Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege. Jesenice, Visoka šola za zdravstveno nego, januar 2010.
- Čuk V. Obvladovanje neželenih dogodkov v zdravstveni negi v psihiatričnih bolnišnicah. Obzor Zdr. N. 2010;44(1):21-27.
- Čuk V. Izkustveno učenje in profesionalni razvoj v kliničnem okolju. In Zbornik predavanj z recenzijo. 3. Mednarodna konferenca Trajnostni razvoj zdravstvene nege v sodobni družbi-na raziskovanju temelječi razvoj zdravstvene nege. Ljubljana, september 2010.
- Čuk V. Zdravstvena nega in duševno zdravje – Uvodnik- tematska številka. Obzor Zdr N 2010;44(3).
- Čuk V, Klemen J. Izgorevanje osebja v zdravstveni negi na psihiatričnem področju. Obzor Zdr N 2010;44(3):179-187.
- Furlan A, Čuk V. Vpliv zdravstvene vzgoje na stališča mladih o škodljivem uživanju alkohola In Partnerstvo, znanje in razvoj na zdravstvenem področju. Zbornik z recenzijo 2. študentska konferenca, Ljubljana, junij 2010: 347-359.
- Gruden A. Obravnava pacienta z duševno motnjo-primer dobre prakse. In Zbornik z recenzijo: Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji.,12. simpozij Zbornica-Zveza, Portorož, maj 2010: 107-112.
- Hvala N, Mihelič Zajec A. Pomen dejavnikov varnosti in učinkovitosti pri klinični praksi. Izkušnja študentov zdravstvene nege v Psihiatrični bolnišnici Idrija. In Zbornik z recenzijo Partnerstvo, znanje in razvoj na zdravstvenem področju 2. študentska konferenca, Ljubljana, junij 2010: 151-161.
- Kodela A, Ferfolja S, Mivšek A. Older persons: The future for care. New developments in dementia care- plakat in abstrakt. In Zbornik z recenzijo 4. European Nursing care congress. Rotterdam, oktober, 2010
- Kržišnik K, Čuk V. Obremenitve in izgorevanje zdravstveno negovalnega osebja v zdravstveni negi. In Bregar B; Peterka J. Zbornik predavanj z recenzijo: Kako zmanjšati stres in izgorevanje na delovnem mestu. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov psihiatriji, Ljubljana, november 2010: 30-46.
- Mirc A, Čuk V. Ohranjanje življenjskih aktivnosti varovanca z demenco s pomočjo teoretičnih modelov zdravstvene nege. Obzor Zdr N 2010;44(3):163-172.
- Velikanje N, Čuk V. Analiza neželenih dogodkov v Psihiatrični bolnišnici Idrija In Zbornik predavanj z recenzijo. 3. Mednarodna konferenca: Trajnostni razvoj zdravstvene nege v sodobni družbi - na raziskovanju temelječi razvoj zdravstvene nege. Ljubljana, september 2010.

5. Spremljanje kazalnikov kakovosti in skrb za varnost v zdravstveni negi in oskrbi

Kakovost in varnost v bolnišnici je osredotočena na paciente in pomeni izvajanje aktivnosti varne zdravstvene nege in oskrbe ter preprečevanje zapletov in škode za paciente. Od leta 2004 po navodilih Ministrstva za zdravstvo zbiramo podatke in spremljamo tri obvezne kazalnike:

- Vsi padci in padci s postelje na 1000 oskrbnih dni odraslih pacientov,
- Število preležanin (RZP - razjede zaradi pritiska) nastale v bolnišnici na 1000 hospitaliziranih bolnikov
- Kazalnik kolonizacija z MRSA.

Opisi kazalnikov so priloga letnega poročila. V bolnišnici od leta 2004 spremljamo tudi druge neobvezne kazalnike kakovosti:

- Število vseh neželenih dogodkov in incidentov v zdravstveni negi
- Delež pacientov s posebnim varovalnim ukrepom
- Zadovoljstvo pacientov s prehrano

V letu 2010 smo spremljali

- Nacionalni kazalnik izkušnje pacientov v bolnišnici