Информационные материалы по отдельным вопросам основной деятельности ГОБУЗ МОПБ за 2011-2013гг

Характеристика медицинской организации.

Основное направление деятельности стационара — оказание стационарной специализированной психиатрической помощи пациентам всей территории Мурманской области, кроме того медицинское обеспечение населения в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени; социальное обслуживание граждан в соответствии с законодательством Российской Федерации; исполнение обязанностей опекунов или попечителей в отношении недееспособных или не полностью дееспособных граждан, помещенных под надзор; фармацевтическая деятельность.; деятельность, связанная с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в Список II и Список III в соответствии с Федеральным Законом «О наркотических средствах и психотропных веществах»; осуществление мероприятий мобилизационной подготовки, в том числе в интересах гражданской обороны и службы медицины катастроф области; осуществление подготовки медицинского персонала к аттестации на квалификационные категории по специальностям, соответствующим профилю их лечебной работы; проведение мероприятий по гражданской обороне, защите населения и территорий Мурманской области; осуществление социального обслуживания граждан, частично или полностью утративших способность к самообслуживанию и нуждающихся в постоянном постороннем уходе, в период пребывания в Учреждении.

Учреждением получены и переоформлены **лицензии:**

Переоформлена бессрочно на медицинскую деятельность - ФС 51-01-000855 от 24.02.2012г по следующим видам деятельности: При осуществлении доврачебной медицинской помощи по: диетологии; лабораторной диагностике; медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым); медицинской статистике организации сестринского дела; рентгенологии; сестринскому делу; физиотерапии; функциональной диагностике. При осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе: а) при осуществлении первичной медико-санитарной помощи по: инфекционным болезням, неврологии, оториноларингологии, офтальмологии, стоматологии, терапии, хирургии; в) при осуществлении специализированной медицинской помощи по: акушерству и гинекологии; дерматовенерологии; судебно-психиатрической экспертизе, в том числе: однородной амбулаторной судебно-психиатрической экспертизе; комплексной амбулаторной судебно-психиатрической экспертизе. При осуществлении стационарной медицинской помощи, в том числе: а) при осуществлении первичной медико-санитарной помощи по: анестезиологии и реаниматологии, контролю качества медицинской помощи, клинической лабораторной

диагностики, физиотерапии, функциональной диагностике; в) при осуществлении специализированной медицинской помощи по: патологической анатомии; психиатрии; психиатрии-наркологии, фтизиатрии, экспертизе временной нетрудоспособности.

Получено санитарно-эпидемиологическое заключение лабораторией ГОБУЗ МОПБ от 06.12.2013г №51.01.11.000.М.000602.12.13 на выполнение диагностических исследований материала зараженного или с подозрением на зараженность микроорганизмами, простейшими и гельминтами, 3-4 групп патогенности.

Получена лицензия ЛО-51-03-000993-13 от 20.08.2013г на деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений — приобретение, хранение, отпуск веществ, внесенных в список 3 перечня.

22.05.2013г переоформлена бессрочно лицензия ЛО-51-02-000967 на фармацевтическую деятельность.

Получена лицензия на медицинскую деятельность в условиях дневного стационара и психиатрического освидетельствования.

Утвержденная структура организации:

Общее количество отделений – 15 из которых 11 отделений - общепсихиатрические для взрослых пациентов, включающих психиатрическое отделение № 14 – с режимом открытых дверей для лечения пограничных и средней тяжести психотических форм психических расстройств, требующих стационарного лечения, 13-е мужское отделение для лечения пациентов с психическими расстройствами и наличием туберкулеза различной локализации, 10 отделение - специализированное отделение для принудительного лечения, проводящегося по решению суда, 5-е отделение медико-реабилитационное. Кроме того в структуре учреждения одно из отделений (16-е) – специализировано на лечении психических расстройств у детей до 18 лет, а отделения 3,7,9 – отделения сестринского ухода, где находятся пациенты, нуждающиеся по своему психическому состоянию в переводе в психоневрологический интернат. В отделениях оказывается специализированная психиатрическая помощь, как для впервые заболевших, так и для больных с рецидивирующими и хронически протекающими психотическими расстройствами, кроме того осуществляется лечение пациентов с пограничными расстройствами психики, алкогольными психозами, хроническим алкоголизмом, токсикоманиями у детей до 15 лет., Численность коек дневного стационара в 2011-2013 гг менялась от 15 до 12 коек.

Кроме того в структуре учреждения имеются:

Лечебно-диагностические подразделения:

- отделения: приемное, физиотерапевтическое, рентгенологическое; патологоанатомическое: амбулаторное судебно-психиатрической экспертизы,
- специализированные кабинеты: функциональной диагностики; стоматологический; хирургический, гинекологический; офтальмологический, отоларингологический, лечебной физкультуры; электросудорожной терапии;
- клинико-диагностическая лаборатория;
- аптека.

Общеучрежденческие структурные подразделения:

- помещения управления больницы;
- административно-хозяйственные помещения: бухгалтерия, отдел кадров, отдел финансово-экономического планирования, отдел материально-технического снабжения; хозяйственный отдел; пищеблок; прачечная; дезинфекционная; технические мастерские; склады, гараж.

Утвержденное плановое число коек стационара и фактически необходимое при утвержденной функции койки 348 для всех отделений, кроме сестринского ухода с утвержденной функцией — 360 дней работы койки в году представлено в таблице №1.

Число коек стационара

Таблица №1

Число коек	2011		2012		2013	
	План	Факт работы	План	Факт работы	План	Факт работы
Взрослых психиатрических	540	497	520	473	520	490
Детских психиатрических	12	6	12	7	10	8
Сестринского ухода	230	230	230	230	180	180
Всего	782	734	762	709	710	678
Наркологических (внебюджетных)	5	2	5	1	1	1
Дневной стационар	15	11	12	8	12	5

Как видно из указанной таблицы фактическое число работающих коек стационара имеет тенденцию к снижению, как за счет сокращения поступления, так и длительности пребывания пациентов на взрослых и детских психиатрических койках. В связи, с чем уменьшалось и утвержденное число коек. Общее же плановое число коек снизилось на 81 за 3 года, при этом утверждаемое число коек ежегодно несколько превышало потребность в

стационарном виде помощи, чтобы не создавать дефицита, но ежегодно оптимизировалось. Анализ работы по отдельным аспектам сказанного представлен ниже.

Помощь в стационаре организована в соответствии с утвержденным приказом МЗиСР РФ №566н от 17.05.2012г «Порядком оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения».

Кадровая работа в учреждении.

Таблица 1-1

Должность	Группа персонала			
	врачи	средний медперсонал	младший медперсонал	прочий персонал всего
2011 год				
Штатные	76,75	312	492	132,75
Занятые	63,75	302,75	327	100,5
2012 год				
Штатные	76	318,75	482,5	130,5
Занятые	60,5	275	307,5	121,5
2013 год				
Штатные	80,5	324	426,25	116,5
Занятые	70	264,5	312,75	103,75

Как видно происходят изменения в числе штатных и вакантных должностей.

Штаты учреждения с 2013г рассчитываются в соответствии с указанным приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ №566н от 17.05.2012г.

Помимо врачей к основному персоналу относятся специалисты по социальной работе, медицинские психологи. Все врачи и медицинские сестры своевременно проходят повышение квалификации, имеют сертификаты специалиста. Недостаточность кадрового состава удается за счет внутреннего совместительства.

Основная часть.

Основные направления работы в организации медицинской деятельности:

- Организация медицинской деятельности включает как привычные для всех ЛПУ, так и специфические для психиатрического стационара аспекты: недобровольная (принудительная) госпитализация и лечение, принудительное лечение, судебно-психиатрическая экспертиза, работа с недееспособными пациентами.
- Экспертная работа: экспертиза временной нетрудоспособности; экспертиза качества оказания медицинской помощи; военно-психиатрическая экспертиза; амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза;
- Организация и проведение консультативной работы и санитарно-просветительская деятельность.

1. Организация медицинской деятельности.

Отделения стационара работают по территориальному принципу, что обеспечивает преемственность, постоянство и лучший контакт между пациентами и медицинским персоналом. Порядок приема и лечения в стационаре пациентов определяется внедренными в практическую деятельность каждого врача инструктивными и методическими указаниями, приказами МЗиСР РФ, а также Министерства здравоохранения Мурманской области, разработанными и внедренными должностными обязанностями медицинского персонала, положениями о новых отделениях, кроме того инструкциями и положениями о дежурном враче, заведующем отделением, лечащем враче, правилами ведения медицинской документации, стандартизированным бланком записи врача приемного покоя, бланками заявлений и ходатайств в судебные органы по вопросам принудительной (недобровольной госпитализации), принудительного лечения и их продления, правилами внутреннего распорядка.

Основным видом терапии психически больных является применение средств, оказывающих влияние на нервную систему: нейролептиков, антидепрессантов, транквилизаторов, их комбинации. Широко используются физиотерапевтические методы: электрофорез психотропных средств по эндоназальной и глазнично-затылочной и трансцеребральной методикам. В стадии становления ремиссии помимо медикаментозной терапии, в том числе нейролептиков пролонгированного действия для поддержания ремиссии, применяются рациональная и семейная психотерапия. Также в плане медицинских реабилитационных мероприятий проводится лечебная физкультура, массаж, поэтапная трудовая терапия занятостью в отделении и несложными неквалифицированными работами на территории больницы. Практикуется применение лечебных отпусков.

Возвращено в практику и успешно применяется на современном уровне метода общебиологического воздействия – электросудорожной терапии, а также транскраниальной магнитной стимуляции.

Основные показатели деятельности работы стационара

Таблица №2

№	Показатели	2011	2012	2013
1	Пролечено в дневном стационаре	160	122	94
2	Пролеченные больные	2411	2191	2082
3	Выполненные к/дни	258277	249002	237903
4	К/дни дневного стац.	3945	2700	1756
5	Длительность работы взрослой койки в году	319	315	349
6	Длительность работы детской койки в году	152	200	291
7	Длительность работы койки с/ухода в году	360	359	359

Поступления по профилю коек*Таблица №2-1*

	Показатель	2011	2012	2013
1	Психиатрические взрослые	1609	1420	1324
2	Психиатрические детские	42	59	90

Число лиц, поступающих впервые в жизни в стационар в имеет тенденцию к снижению. Положительным является то, что число поступающих в году повторно имеет обратную тенденцию (см. ниже табл. 2-2).

Некоторые показатели среди поступивших*Таблица №2-2*

	Показатель	2011	2012	2013
1	Поступили впервые в жизни % от поступивших	22,6	24,3	21,2
2	Поступили повторно в году % от поступивших	25	21,4	22,5

Важную роль в повторности госпитализаций играют без сомнения как медицинские, так и социальные факторы. К медицинским, которые большей степени поддаются влиянию, относятся: обеспечение лекарственными средствами, как возможность выбора, так и доступности. Общеизвестно, что 25% выписавшихся из стационара в течении первых 7-10 дней нарушают предписанное лечение, около 48% пациентов не соблюдают лечебные рекомендации в течение первого года терапии и около 74% - в течении первых 2 лет. В клинике большой психиатрии отказы от лечения и госпитализации наблюдаются в 50% случаев, что связано со снижением критики, т.е. неспособностью осознавать свое состояние или осознавать его слабо. В свете этого большую роль играет кадровое обеспечение амбулаторной психиатрической и социальных служб и умению достигать комплайенса с пациентами. Возвращаясь после стационара, домой пациенты остаются один на один со своими проблемами, часто преодолевая противодействие родственников. Адаптационные возможности у больных гораздо ниже, чем у здоровых и срыв адаптационных механизмов приводит к рецидиву, который ими, как правило, не осознается. Невозможность обеспечить себе пенсионное содержание, получить льготы, отстаивать свои права на жилище, которое часто находится в «плачевном» состоянии, отсутствие возможности трудоустроится, приводит нередко к регоспитализации в стационар, который многими из них воспринимается как «островок» безопасности. Эти моменты иллюстрируют рассмотрение психических заболеваний с точки зрения биопсихосоциальной модели, где в возникновении

болезни играют роль факторы наследственные, структурного поражения ЦНС, дисфункция психической сферы и немаловажную роль- социальные факторы.

Снижение средней длительности пребывания пациентов требует дальнейшей кропотливой работы. Эти показатели в нашем стационаре зависят от ряда причин:

1. Характером психического расстройства. Наличие малокурабельных, с медицинской точки зрения, состояний, пребывание которых вне стен стационара невозможно. Число таких лиц по литературным данным составляет от 10 до 15% находящихся в стационаре.
- 2.Наличием стойких асоциальных тенденций у пациентов (совершение преступлений), а следовательно применение принудительных мер медицинского характера.
- 3.Беспомощные состояния из-за стойких психических расстройств, выписка которых невозможна по социальным причинам – нет родственников, отсутствие жилья, отказы или жестокое обращение родственников, отсутствие мест в интернатах.
- 4.Наличие сопутствующего психическому расстройству туберкулеза, социально значимого заболевания, удлиняющего сроки пребывания в стационаре.

Некоторые данные по основным нозологическим группам среди поступивших в стационар таковы: наибольший удельный вес среди поступивших пациентов традиционно составляют страдающие шизофренией. Процент их от общего числа поступивших составляет от 46 до 48%. (В тоже время по РФ такой показатель в 2007г – 35,7%). Среди группы пациентов с органическими психозами и слабоумием и другими психозами в пределах 21% (по РФ этот показатель в 2007г составил - 17,2%). Среди непсихотических психических расстройств с 2011г отмечается стабильное соотношение в пределах 20,6-21,8% (по РФ в 2007г – 37.5%, в 2006г – 38,1%). Пребывание лиц с умственной отсталостью в пределах 10% (близкие данные по РФ в 2007г – 9,6%).

Госпитализация и лечение в недобровольном порядке согласно ст.29 и ст. 35 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” приведена в **таблице №3**. Все проценты в ней рассчитаны по отношению к общему числу поступивших пациентов.

Общие данные по недобровольной (принудительной) госпитализации

Таблица №3

№ п/п	Показатель недобровольной госпитализации	2011	2012	2013
1	Поступ. недобровольно (% от поступивших)	238 16,7%	126 9,4%	152 10,8%
2	Получено решение суда /% от пост./ от недобр. пост.	162/11,4%/ 68,1%	72/5,4%/ 57,1%	78/5,6%/ 51,3%

Данные свидетельствуют о налаженных правовых взаимоотношениях между пациентами, психиатрами и судебными инстанциями, призванными защищать и охранять права пациентов. С 2012г отмечается некоторое снижение недобровольных (принудительных) поступлений, оформляемых в суд документов. Это связано с изменениями в законодательстве о возможности недееспособных лиц давать согласие на помещение в стационар, а ранее, даже при их согласии, оформлялись документы в суд. В отношении соблюдения прав, госпитализированных лиц, в том числе и в вопросах поступления в стационара осуществляется ежедневный тщательный контроль. Дважды в неделю проводятся в стационаре выездные заседания Апатитского суда.

Среди недобровольно госпитализированных по данным РФ в 2007г 49.4% пришлось на больных шизофренией и 19.4% - на больных органическими психозами, 16.5% - составили больные с наркологическими расстройствами, из них 14.6% - больные с алкогольными психозами и 0,16% - больные наркоманиями.

Среди нозологических групп, госпитализированных в недобровольном порядке в ГОБУЗ МОПБ на долю шизофрении приходится до 20 — 13% (. Следующие по численности группы — с умственной отсталостью — 29 - 9% органических психозов и слабоумия госпитализированных недобровольно снизилось на 28 - 11%.

По всем пролеченным больным решение о недобровольности госпитализации было рассмотрено в суде в установленные сроки. Замечаний со стороны суда к представленной медицинской документации не было. Во всех случаях ходатайство о недобровольной госпитализации суд удовлетворил. Сроки продления недобровольного лечения строго соблюдались.

Продолжая тему лечения пациентов в недобровольном порядке следует рассмотреть также важный аспект работы – **принудительное лечение**. Каждые бмесяцев происходит комиссионное рассмотрение вопросов продления, изменения или прекращения принудительных мер медицинского характера.

Проходящим принудительное лечение в стационаре уделяется особое внимание. Сам характер недобровольной госпитализации, а в особенности принудительного лечения приравнивается к лишению свободы и потому строго соблюдаются сроки комиссионного и судебного рассмотрения продления, изменения или прекращения принудительных мер медицинского характера. О предстоящей выписке информируется заблаговременно амбулаторная психиатрическая служба и ОВД для активного диспансерного наблюдения.

№	Принудительное лечение	2011	2012	2013
1	Поступило	18	18	22
2	Выбыло	23	23	31
3	К/дни выбывших, проведенные в МОПБ	26993	22830	33712
4	Ср.длит. пребывания выбывших в МОПБ	1173,6	992,6	1087,5

Видно, что из года в год число лиц, проходящих принудительное лечение в стационаре остается на одном уровне.

Средний срок нахождения пациента на принудительном лечении в МОПБ имеет тенденцию к росту, что связано с большим количеством пациентов, проходящих принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа.

Основными нозологическими группами, среди которых совершаются правонарушения являются шизофрения, умственная отсталость, органические заболевания, особенно проявляющиеся психозами и слабоумием. В структуре расстройств лиц, совершающих ООД лидирующее положение занимала «шизофрения». Ранее находились на принудительном лечении около 45% от числа поступивших по решению суда. И числа лиц оставшихся на конец года, свыше года на лечении в стационаре находились в 2011г — 74% пациента, в 2012г — 68%, в 2013- 76,5%. Совершенные правонарушения среди лиц, проходящих лечение в стационаре, следующие - убийство, тяжкий вред здоровью, избиения, жестокое обращение, угрозы убийством, грабежи, разбой, хулиганство, сексуальное насилие, кражи, оборот наркотиков.

Работа с недееспособными пациентами.

Пациентов, находящихся свыше 1 года в ГОБУЗ МОПБ в 2011г 363 человека, в 2012г – 345 человек, в 2013 - 335 (из которых 180 находятся на койках сестринского ухода и 50 в медико-реабилитационном отделении), остальные 105 (беспомощные, принудительное лечение - 47, туберкулез) значительно влияют на показатель средней длительности пребывания. Удалось снизить эту цифру к 2013г на 7,8%. К 2007г в РФ 22,3% пациентов стационара находятся на лечении свыше года. В Мурманской области от общего числа коек – эта цифра 38%. Общее число недееспособных по состоянию на 31.12.2013г – 235 человек, ГОБУЗ МОПБ является опекуном у 193 человек. В интернат оформлены 226 человек. 21 человек среди больных не имеет нигде постоянной прописки. Таким образом койки здравоохранения несут функции социальных при остром дефиците мест в системе социальной защиты населения.

Больница занимается вопросами прописки пациентов, для назначения им пенсии и сохранения имущественных прав на жилье, восстановлением утраченных или уничтоженных документов, вопросами наследства после смерти близких, судебными исками по оплате

жилья и возвращения проданных квартир. В больнице действует опекунский совет, который был создан для защиты личных и имущественных прав и интересов совершеннолетних лиц, признанных судом недееспособными, и дееспособных совершеннолетних лиц, которые по состоянию психического здоровья не могут самостоятельно осуществлять свои права и выполнять свои обязанности. Разработаны и внедрены в практику учреждения положения об обеспечении выплат (пенсий, ЕДВ) и опеке в учреждении, учета денежных средств пациентов, с 2013г о порядке оказания бесплатной юридической помощи в ГОБУЗ МОПБ.

Лекарственное обеспечение.

Внедряются в практику новые препараты, такие препараты как зипрекса (оланзапин), рисполепт (рисперидон), различные формы клопиксола, включая клопиксол-акуфаз, сероквель, солиан, абилифай, флюанксол, ремерон, стимулотон, иксел, симбалта, вальдоксан, ПК-Мерц, сердолект в практике стационара имели практическое применение. В 2013г получена лицензия и разработаны и внедрены положения об организации деятельности, связанной с оборотом психотропных лекарственных средств»

Амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза.

Действует в соответствии с Федеральным законом РФ «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ», Уголовным кодексом РФ и Уголовно-процессуальным кодексом РФ, приказом МЗиСР №39 от 27.01.2006г «Об утверждении рекомендуемых штатных нормативов медицинского и иного персонала отделений судебно-психиатрической экспертизы государственных психиатрических учреждений», от 30.05.2005г № 370 «Об утверждении инструкции об организации производства СПЭ государственных психиатрических учреждений» а также приказов Комитета по здравоохранению МО в этом вопросе.

Всего проведено судебно-психиатрических экспертиз в ГОБУЗ МОПБ за 3 года 829. Объемы экспертной работы из года в год остаются достаточно стабильными.

В стационаре создано амбулаторное судебно-психиатрическое экспертное отделение.

Число лиц признанных невменяемыми составляет 5,5% от числа всех подследственных и подсудимых, в отношении которых рассматривались вопросы вменяемости (в РФ этот 9,4%).

Сроки обследования во всех случаях были выдержаны, документы отправлены в срок, замечаний и претензий со стороны суда и следственных органов не поступало.

Качество проведения судебно-психиатрических экспертиз остается высоким.