



**Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - zveza društev medicinskih sester, babic in
zdravstvenih tehnikov Slovenije**

in



Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji

***PODPORA PACIENTU PRI
OBVLADOVANJU
DUŠEVNE MOTNJE***

*Providing support to patient
in managing mental disorder*

ZBORNİK Z RECENZIJO

Proceedings of Lectures with Peer Review

Ljubljana, april 2014



Organizator

PSIHIATRIČNA KLINIKA LJUBLJANA in ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE ZVEZA STROKOVNIH DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V PSIHIATRIJI

SEMINAR Psihiatrične klinike Ljubljana in Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji

PODPORA PACIENTU PRI OBVLADOVANJU DUŠEVNE MOTNJE

Ljubljana, 8. april 2014

ZBORNİK Z RECENZİJO**Urednika:**

Mag. Branko Bregar
Darko Loncnar

Recenzenta:

Mag. Branko Bregar
Dr. Vesna Čuk

Lektor:

Kristjan Šinček

Tehnično urejanje:

Darko Loncnar

Programsko organizacijski odbor:

Mag. Branko Bregar, mag. Jožica Peterka Novak, Barbara Možgan, Aljoša Lapanja, Aljoša Lipovac, Darko Loncnar

Založila in izdala:

Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije
SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V PSIHIATRIJI

Tiskarna:

ABO grafika d. o. o.

Naklada: 55 izvodov

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Univerzitetna knjižnica Maribor

616.89-008.1-083(082)

SEMINAR Podpora pacientu pri obvladovanju duševne motnje (2014 ; Ljubljana)

Podpora pacientu pri obvladovanju duševne motnje = Providing support to patient in managing mental disorder : zbornik prispevkov z recenzijo = proceedings of lectures with peer review : seminar, Ljubljana, 8. april 2014 / organizator Psihiatrična klinika Ljubljana in Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji ; [urednika Branko Bregar, Darko Loncnar ; recenzenta Branko Bregar, Vesna Čuk]. - Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije : Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, 2014
ISBN 978-961-93121-5-5 (Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji)

1. Bregar, Branko, 1968- 2. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji
COBISS.SI-ID [78805249](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:si:coibis-78805249)

Psihiatrična klinika Ljubljana
in
ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE -
ZVEZA DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV
SLOVENIJE
Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji

PODPORA PACIENTU PRI OBVLADOVANJU DUŠEVNE MOTNJE

PROGRAM SREČANJA:

Torek, 8.4.2014

09.00–09.45 Registracija udeležencev

09.45–10.00 Otvoritev srečanja in pozdrav udeležencev

I. SKLOP – plenarna predavanja

moderator: Jožica Peterka Novak

10.00–10.30 **Vpliv življenjskega stila na obvladovanje duševne motnje**

30 min mag. Mirjana Radovanovič, dr. med., spec. psih.

10.35–10.55 **Profesionalne vloge zaposlenih v zdravstveni negi pri podpori pacientu z duševno motnjo**

20 min mag. Branko Bregar, dipl. zn.

11.00–11.20 **Ozaveščenost in zavzetost pacientov pri zdravljenju z zdravili kot dinamična kategorija**

20 min Nataša Hvala, dipl. m. s. in Aleksandra Ferfolja, dipl. m. s.

11.25–11.45 **Zdravstveno-vzgojno delo pri pacientu s shizofrenijo, ki ima uvedeno terapijo z dolgotrajno delujočimi antipsihotiki**

20 min Barbara Pajk, dipl. m. s.

11.50–12.30 ODMOR

II. SKLOP – klinični primeri

moderator: Barbara Možgan

12.30–13.00 **Posebnosti zdravstvene obravnave pri starostniku**

15 min Branka Mikluž, dipl. m. s., spec. psih. ZN

Pomoč pri obvladovanju zdravja pri starostniku

15 min Suzana Smovnik, dipl. m. s.

13.05–13.50 **Spremljanje pacientov pri aplikaciji z Zypadhero**

15 min Barbara Mrcina, dipl. m. s.

Skrb za pacienta s težavami v duševnem zdravju

15 min Tatjana Skoliber, dipl. m. s., mag. zdr. – soc. manag.

Predstavitev dokumentacije ob premestitvi pacienta

15 min pred. Aleš Zemljič, univ. dipl. org., dipl. zn.

13.55–14.10 **Predstavitev primera pacientke z neželenimi učinki antipsihotične terapije**

15 min Stanka Pikš, dipl. m. s. in Barbara Možgan, viš. med. ses.

14.10–14.20 ODMOR

III. SKLOP – satelitski predavanji

- 14.20–14.50 **Vloga tima pri zdravljenju shizofrenije z dolgo delujočim olanzapinom** (Uloga tima u liječenju shizofrenije dugo djelujućim olanzapinom)
prof. dr. Dolores Britvuć, dr. med., spec. psih.
Planiranje – evidenca – aktivnost – motivacija: koraki za uspešno zdravstveno obravnavo shizofrenije(Planiranje – evidencija – interвенicija – motivacija: koraci za uspješnijeliječenje shizofrenije)
- 30 min Dijana Blažević, dipl. m. s. (bacc. med. tech.)

IV. SKLOP – Kako naprej???

moderator: Branko Bregar

- 14.55–15.15 **Koordinator odpusta, odpustnica zdravstvene nege – ali sta smiselna tudi v psihiatriji**
- 20 min Zdenka Kramar, dipl. m. s.
- 15.15–15.30 ODMOR
- 15.30–16.20 **Okrogla miza: Nove vloge, ki se v prihodnosti odpirajo za zaposlene v zdravstveni negi na področju psihiatrije**
Udeleženci: Jožica Peterka Novak (PK Ljubljana), Ivanka Videčnik (UKC Maribor, oddelek za psihiatrijo), Lidija Mrak (PB Idrija), Marjan Žagar (PB Begunje), Anita Goričan (PB Vojnik), Majda Horvat in Majda Keček (PB Ormož), Zdenka Kramar, pomočnica direktorja za zdravstveno nego SB Jesenice in ostali vabljeni gostje, ki delajo kot pomočniki za zdravstveno nego v psihiatričnih bolnišnicah.

KAZALO

KAZALO

VPLIV ŽIVLJENJSKEGA STILA NA OBVLADOVANJE DUŠEVNE MOTNJE _____	5
THE INFLUENCE OF A LIFE-STYLE ON THE MANAGEMENT OF A MENTAL DISORDER	
Mirjana Radovanović	
PROFESIONALNE VLOGE ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVENI NEGI PRI PODPORI PACIENTU Z DUŠEVNO MOTNJO ____	9
PROFESSIONAL ROLES OF NURSES IN SUPPORTING MENTAL HEALTH PATIENTS	
Branko Bregar	
ZAVZETOST PACIENTOV S KRONIČNO DUŠEVNO MOTNJO PRI ZDRAVLJENJU Z ZDRAVILI KOT DINAMIČNA KATEGORIJA _____	16
ADHERENCE OF THE CHRONIC PSYCHIATRIC PATIENTS IN THE MEDICATION TREATMENT AS A DYNAMIC CATEGORY	
Hvala Nataša, Ferfolja Aleksandra	
ZDRAVSTVENO-VZGOJNO DELO PRI PACIENTU S SHIZOFRENIJO, KI IMAJO UVEDENO TERAPIJO Z DOLGOTRAJNO DELUJOČIMI ANTIPSIHOTIKI _____	25
THE ROLE OF HEALTH-EDUCATION IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA with long-acting antipsychotic injections	
Barbara Pajk	
VARNA UPORABA IN RAVNANJE Z ZDRAVILI PRI STAREJŠIH PACIENTIH Z DUŠEVNO MOTNJO _____	31
SAFE USE AND HANDLING OF THE MEDICATION IN ELDERLY PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS	
Branka Mikluž, Zlata Živič	
SPREMLJANJE PACIENTOV IN APLIKACIJA ZYPADHERE _____	36
APPLICATION OF ZYPADHERA AND FOLLOW-UP CASE	
Barbara Marcina	
PREDSTAVITEV DOKUMENTACIJE ZDRAVSTVENE NEGE OB PREMESTITVI PACIENTA _____	43
PRESENTATION OF DOCUMENTS UPON THE TRANSFER OF A PATIENT	
Aleš Zemljič	
PREDSTAVITEV PRIMERA PACIENTKE Z NEŽELENIMI UČINKI ANTIPSIHOTIČNE TERAPIJE _____	51
A CASE REPORT OF THE PATIENT WITH SIDE EFFECTS OF ANTIPSYCHOTIC THERAPY	
Stanka Pikš, Barbara Možgan	
KOORDINATOR ODPUSTA IN ODPUSTNICA ZDRAVSTVENE NEGE _____	56
DISCHARGE COORDINATOR AND NURSING DISCHARGE PAPER	
Zdenka Kramar, Jana Lavtižar	
POMOČ STAROSTNIKU PRI OBVLADOVANJU ZDRAVJA _____	63
HELPING THE ELDERLY TO MAINTAIN GOOD HEALTH	
Suzana Smovnik	
SKRB ZA PACIENTA S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU _____	69
CARE FOR PATIENTS WITH MENTAL HEALTH PROBLEMS	
Tatjana Skoliber	
ULOGA TIMA U LIJEČENJU DUGODJELUJOČIM PREPARATOM _____	73
Dolores Britvič	
PLANIRANJE, EVIDENCIJA, INTERVENCIJA, MOTIVACIJA – KORAK ZA USPJEŠNO LIJEČENJE SHIZOFRENIJE _____	75
Dijana Blažević	

VPLIV ŽIVLJENJSKEGA STILA NA OBVLADOVANJE DUŠEVNE MOTNJE

INFLUENCE OF LIFESTYLE ON THE MANAGEMENT OF MENTAL DISORDER

mag. Mirjana Radovanović, dr. med., spec. psih.

Psihiatrična klinika Ljubljana

mirjana.radovanovic@psih-klinika.s

IZVLEČEK

Prispevek obravnava vpliv rabe alkohola in drugih drog na obvladovanje duševne motnje iz psihotičnega kroga. Ker raba psihotropnih snovi (PAS) močno vpliva na pacientov življenjski slog, pacient ne zmore ustrezno strukturirati časa, skrbeti za osebno higieno, redno jemati zdravil in sodelovati v programu zdravljenja svoje osnovne bolezni niti drugih sočasno potekajočih motenj. Zaradi tega so zaposleni v zdravstveni negi soočeni z izzivom, kako pripraviti takega pacienta, da uvidi škodljivost psihotropnih snovi, oz. kako ga motivirati, da spremeni navade. Kratke intervence in način pogovora, ki izhaja iz motivacijskega intervjuja, so nekateri praktični načini pomoči pacientom pri vzpostavljanju bolj zdravega življenjskega sloga.

Ključne besede: psihoza, psihotropne snovi, kratke intervence, motivacijski intervju

ABSTRACT

This paper addresses the issue of how alcohol and drug abuse affect patients with psychotic disorder. Since alcohol and drug abuse govern lifestyle of patients, they are incapable of managing their time, taking care of themselves (e.g. personal hygiene), complying with medication regimens and actively participate in a treatment program of their primary disease or any other co-occurring disorders. Hence, the nursing personnel is faced with the challenge, how to motivate such patients to adopt a healthier lifestyle. Brief interventions and various conversational techniques, based on motivational interview, are some practical tools in helping patients to establish healthier lifestyle.

Keywords: psychosis, alcohol and drug use, brief interventions, motivational interview

UVOD

Termin *življenjski slog* v pričujočem prispevku razumemo kot skupek navad v vsakdanjem načinu funkcioniranja osebe, ki so posledica zlorabe alkohola in/ali drugih drog. Te substance sodijo v skupino psihotropnih snovi, krajše PAS. Poudarek prispevka bo na psihozi kot osnovni duševni motnji in kot primer bomo vzeli shizofrenijo. Ta naj bo model, vendar opisani zapleti zaradi rabe PAS veljajo tudi za paciente, ki imajo kakšno drugo obliko psihotične motnje ali drugo duševno motnjo, ki ni iz psihotičnega kroga. Pacient je v besedilu vedno moškega spola zaradi enostavnejšega pisanja, a vse navedeno se nanaša tako na ženske kot na moške osebe z duševno motnjo.

IZTOČNICE ZA RAZMIŠLJANJE

Ena od ameriških raziskav med osebnimi zdravniki in njihovimi pacienti je pokazala, da le malo zdravnikov (približno en odstotek) sprašuje svoje paciente o zlorabi alkohola, drugih drog ali nemedicinski rabi zdravil, še manj pa naj bi jih izkoristilo pogovor s pacienti kot priložnost za ukrepanje (Starosta et al., 2006). K takšnemu izidu prispeva veliko dejavnikov, med katerimi je tudi stigma zaradi zlorabe PAS. Pomembna pa so tudi stališča in prepričanja o odvisnosti od alkohola in osebah z odvisnostjo, ki v povezavi z našim (ne)znanjem vplivajo na profesionalnost pri opravljanju poklica.

Za shizofreno psihozo zboli en odstotek populacije, za bipolarno motnjo približno trije odstotki, vsaj ena epizoda unipolarne depresije pa prizadene približno 20 % ljudi. Naštete bolezni redko nastopajo samostojno. Kar tri četrt pacientov ima vsaj še eno pridruženo motnjo. Od psihičnih je najpogostejša zloraba PAS in med temi je najpogostejši alkohol. Dve tretjini pacientov s psihozo poročata o zlorabi

alkohola in/ali drugih PAS (Hartz et al., 2014). Od telesnih sočasnih motenj pa je na prvem mestu debelost, s katero ima težave kar polovica pacientov (Kemp et al., 2014).

Posledično je življenjska doba oseb s psihozo v povprečju 25 let krajša od pričakovane in v kar 60 % primerov je ta krajša zaradi zlorabe PAS (Hartz et al., 2014). Po drugi strani je verjetnost zlorabe PAS pri osebah s psihozo tudi 3–4-krat večja kot pri preostali populaciji. Podobno kot v drugih okoljih predstavlja zloraba alkohola v Sloveniji veliko breme tako za posameznika in njegove najbližje kot za družbo v celoti. Podatki iz 2008 pravijo, da Slovenija izgubi 4 % družbenega bruto proizvoda zaradi posledic zlorabe alkohola. V to številko pa niso zajeti stroški zdravljenja odvisnosti od alkohola, ampak samo neposredni in posredni stroški, kot so npr. odsotnost iz službe, poškodbe pri delu, prometne nesreče, zdravljenje telesnih posledic pretirane rabe alkohola ipd. Kljub visokim stroškom pa se zdravljenje oseb, odvisnih od PAS, splača. Že v začetku devetdesetih let so tako npr. v ZDA izračunali, da se vsak vložen cent v zdravljenje oseb, odvisnih od alkohola, povrne po vsega šestmesečni abstinenci, saj takšen pacient ponovno polno prispeva v družbo, ji ni v breme in ne predstavlja vira novih stroškov. Te izsledke je nedavno podkrepila sorodna študija, v kateri so strokovnjaki prišli do ugotovitve, da je razmerje med stroški in kasnejšimi prihranki 1:7 zaradi višje produktivnosti, zmanjšanja stroškov za zdravstvene storitve in zmanjšanja kriminalitete in z njo povezanih stroškov, kot so denimo sodni procesi, pripor, zapor (Ettner et al., 2006).

Iz zgoraj naštetih dejstev je razvidno, da podpora in pomoč pacientom z duševno motnjo, ki prekomerno uživajo alkohol in druge psihotropne droge, ni le nujna zato, da se izboljša njihov življenjski slog, ampak je tudi koristna za družbo nasploh. Zato se zastavlja vprašanje, kako lahko zaposleni v zdravstveni negi na področju psihiatrije takšne paciente pripravimo do tega, da opustijo tak način življenja.

HETEROGENOST PROBLEMATIKE

Za razumevanje problematike se je potrebno najprej vprašati, v kakšnem odnosu so PAS in psihoza. Ugotovitve lahko povzamemo v štirih teoretičnih modelih, ob vsakem pa je neveden vsebinski primer (Gregg et al., 2007):

- 1) psihozo povzročajo PAS. Ta model je pomanjkljiv, saj denimo kokain in metamfetamini ne povzročajo psihoze pri vseh uživalcih;
- 2) psihoza povzroča zlorabo PAS. V skladu s tem modelom naj bi pacienti v bistvu dojemali zlorabo PAS kot samomedikacijo;
- 3) psihoza in PAS si delijo skupno biološko ranljivost, denimo, mezolimbicna dopaminska pot je pomembna za obe skupini motenj;
- 4) mehanizmi se med seboj prepletejo in motnji vzdržujeta druga drugo. Ta model temelji na principu mnogoterih dejavnikov tveganja.

Kot vidimo, za vsak model obstajajo pritrilni in nikalni dokazi, ki nesporno kažejo, da gre za izredno kompleksen fenomen.

KAKO POMAGATI PACIENTU?

Ker je zloraba PAS pogost pojav pri pacientih z duševno motnjo, se zaposleni v psihiatrični zdravstveni negi pogosto srečujejo s tem pojavom pri delu. Zaradi tega je pomembno, da pri stiku s pacienti zaposleni v zdravstveni negi poznajo teoretično ozadje pojava, kajti vsaka znanstveno prepoznana značilnost nam lahko služi kot iztočnica za pogovor, na osnovi katere je moč oblikovati vprašanje. Kar zadeva držo, ton glasu in izbor besed v pogovoru, je važno, da smo pri spraševanju nevtralni. Vse mora biti naravnano v empatični pogovor, ki je do pacienta sprejemajoč, ga ne obsoja, ne obtožuje in ne moralizira. Tak pristop nam omogoča, da pacientu z vso profesionalno odgovornostjo povemo, s čim se strinjamo ter kaj in zakaj v njegovem vedenju ni sprejemljivo. Da uresničimo ta cilj, uporabimo trenutno veljavne diagnostične kriterije za škodljivo rabo in za odvisnost od posamezne PAS kot podlago za vprašanja o rabi PAS, vsak odgovor pa lahko izkoristimo kot iztočnico za iskanje načinov, kako izboljšati stanje pacienta.

Dober uvod v pogovor je tudi uporaba presejalnih vprašalnikov. Po definiciji gre za niz strukturiranih vprašanj, s katerimi identificiramo problematične uživalce PAS, se pravi, osebe z načinom uživanja PAS, ki je tvegan ali visoko tvegan za zdravje. Nekatere imamo na razpolago tudi v slovenščini, predvsem za rabo alkohola. Ker je alkohol najbolj pogosto uživana PAS, naj omenimo vsaj enega. Verjetno je vsem najbolj znan AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test; Saunders et al., 1993). Obstajata dve različici testa: daljši z desetimi in krajši s tremi vprašanji, ki so v bistvu prva tri vprašanja iz daljše različice testa. Katero izberemo, je v precejšnji meri odvisno od časa, ki ga imamo na voljo. Ena izmed različic je na voljo na svetovnem spletu na naslovu (AUDIT, b. 1.). Toda bodite pozorni na to, da vprašalnik za paciente ne vsebuje tudi navodil za vrednotenje vprašalnika, ker s tem lahko dobimo nezanesljive odgovore. Navodila za interpretacijo so namenjena izključno strokovnjaku, ne pa tistemu, ki vprašalnik izpolnjuje.

V nadaljevanju pogovora si lahko pomagamo z načeli kratkih intervenc in motivacijskega intervjuja. Kratke intervence so svetovalni pogovori, ki vzamejo 15–20 minut in vsebujejo pogovor o rezultatih uporabljenih vprašalnikov. Pacientu razložimo, kaj pomeni njegov rezultat. Včasih je smiselno uporabiti še dodatno diagnostiko, če je rezultat nejasen. Toda nejasen rezultat lahko pomeni, da gre že za resen problem in je to dober uvod v nadaljevanje pogovora o ukrepih, ki so v danem trenutku sprejemljivi pacientu. Naj naštejemo nekaj vprašanj za ilustracijo: ali si predstavlja življenje brez droge? Kdaj in za koliko bi bil pripravljen zmanjšati svojo rabo PAS? Ali bi bil pripravljen vzpostaviti abstinenco? Ker ima vsaka od možnosti tako prednosti kot slabosti, v nadaljevanju opremimo pacienta z ustreznimi informacijami o tem, kaj je izvedljivo na sedanjem oddelku, kaj se mu lahko ponudi, kakšne vrste pomoč bi moral iskati drugje in kje, kdo se ukvarja z zdravljenjem odvisnosti ipd. Ker so kratke intervence priložnost za povečanje zavedanja o posledicah zlorabe PAS, delujejo tudi kot motivacija za zmanjšanje rabe PAS ali za usmeritev v specializirano ustanovo (Starosta et al., 2006). Ves čas pogovora pozorno preverjajte, ali sta oba s sogovornikom dogovorjene cilje razumela na enak način. Večajte samoučinkovitost pacienta, tako da preverjate, ali vam sledi, vas razume in v kolikšni meri je prepričan, da zmore narediti dogovorjene korake sam, pri tem pa mu pomagajte iskati njegove vire moči (dobre lastnosti, pomembne osebe iz življenja pacienta, ki so mu lahko v oporo, ipd.). Strokovnjak je sopotnik pacientu na poti iskanja zanj primernih rešitev. Kljub temu pa strokovnjak ne more napisati 'kuharskega recepta', ki bi čudežno razrešil problem, zato se dogovorite za ponovno srečanje.

V veliko okoljih delamo v timih. Kadar gre za intervence, ki imajo za cilj spremembo življenjskega sloga, je izredno pomembno, da vsi člani tima sporočajo pacientu enake ugotovitve in ga podpirajo pri istih dogovorih. Na ta način podprejo resnost dogovorjenega in dvignejo zaupanje, da je dogovorjena pot smiselna in izvedljiva.

SKLEP

Skratka, vsaka sprememba na področju rabe PAS, bodisi zmanjšanje njihove rabe bodisi popolna abstinenca, prispeva k izboljšanju izidov zdravljenja osnovne duševne motnje, denimo, psihoze. Če pride do spremembe, paciente lažje pridobimo in zavežemo k temu, da redno jemljejo predpisana zdravila v odmerkih, ki so jim bili dejansko predpisani in za predpisani namen. Nadalje se poveča verjetnost, da bodo redno prihajali na kontrole. Če so hospitalizirani, bodo bolj in bolj učinkovito sodelovali v vseh dejavnostih na oddelku, v večji meri se bodo držali dogovorov in bolj pripravljeni se bodo vrnili v življenje izven institucije. Vseeno pa nekateri pacienti ne bodo zmogli vzpostaviti spremembe brez specializiranega zdravljenja sočasne odvisnosti od PAS v kateri od specializiranih ustanov. Potrebovali bodo več intervenc, več zdravljenj, ki bodo hkrati daljša, itn. Čeprav bodo ti pacienti od nas zahtevali več naše energije, naše zavezanosti, podpore sistema, znanja itn., je pomembno, da ne dvignemo rok od njih.

LITERATURA IN VIRI

1. AUDIT. B. 1. Dostopno na: http://www.alcohollearningcentre.org.uk/_library/audit_slovenian.pdf (4.5.2014).

2. Ettner SL, Huang D, Evans E, Ash DR, Hardy M, Jourabchi M, et al. "Benefit-cost in the California treatment outcome project: does substance abuse treatment 'pay for itself'?" *Health Serv Res.* 2006;41(1):192-13.
3. Gregg L, Barrowclough C, Haddock G. Reasons for increased substance use in psychosis. *Clin Psychol Rev.* 2007;27(4):494-510.
4. Hartz SM, Pato CN, Medeiros H, Cavazos-Rehg P, Sobell JL, Knowles JA, et al. Comorbidity of Severe Psychotic Disorders With Measures of Substance Use. *JAMA Psychiatry.* 2014;71(3):248-54.
5. Kemp DE, Sylvia LG, Calabrese JR, Nierenberg AA, Thase ME, Reilly - Harrington NA, et al. General medical burden in bipolar disorder: findings from the LiTMUS comparative effectiveness trial. *Acta Psychiatr Scand.* 2014;129(1):24-34.
6. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, Grant M. Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption - II. *Addiction.* 1993;88(6):791-804.
7. Starosta AN, Leeman RF, Volpicelli JR. The BRENDA model: integrating psychosocial treatment and pharmacotherapy for the treatment of alcohol use disorders. *J Psychiatr Pract.* 2006;12(2):80-9.

PROFESIONALNE VLOGE ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVENI NEGI PRI PODPORI PACIENTU Z DUŠEVNO MOTNJO

PROFESSIONAL ROLES OF NURSES IN SUPPORTING MENTAL HEALTH PATIENTS

viš. pred. mag. Branko Bregar, dipl. zn.
Psihiatrična klinika Ljubljana
branko.bregar@psih-klinika.si

IZVLEČEK

Število pacientov z duševnimi motnjami tako doma kot v tujini narašča hitreje kot katera koli druga skupina pacientov. V prihodnje bo tako eden od največjih izzivov držav po svetu zagotavljanje človeških in denarnih virov, potrebnih za obvladovanje duševnega zdravja prebivalstva. V tujini so se tega izziva lotili sistematično, v Sloveniji pa je bilo doslej narejenega na tem področju premalo. V zadnjih nekaj letih je pri nas sicer nastalo več dokumentov, ki opozarjajo, da so sistemske spremembe prepotrebne tudi v Sloveniji. Zaradi neodzivnosti slovenskega zdravstvenega sistema najvišjo ceno na koncu plačajo pacienti z duševnimi motnjami, ki so prikrajšani za kakovostno izvajanje storitev zdravstvene nege na psihiatričnem področju. V prispevku skušamo odgovoriti na vprašanje, kje tičijo ključni vzroki za neodzivnost našega sistema. S pregledom literature ter analizo relevantnih dokumentov in trenutnega diskurza v zdravstvu ugotavljamo, da so razlogi, zaradi katerih ne prihaja do nujnih sprememb, v prvi vrsti posledica odziva vodstvenih struktur v zdravstvu na spreminjajočo se vlogo zaposlenih v zdravstveni negi. Profesionalizacijo stroke zdravstvene nege doživljajo kot grožnjo svojemu vodilnemu položaju v obstoječem sistemu. Ta prispevek na ta način neizpodbitno dokazuje, da je podpora pacientu v zdravstveni negi na področju psihiatrije v veliki meri odvisna tudi od ureditve in načina vodenja zdravstvenega sistema na državni ravni oz. posameznih psihiatričnih ustanov.

Ključne besede: podpora pacientu, zdravstveni sistem, profesionalizacija zdravstvene nege

ABSTRACT

Both in Slovenia and abroad the number of patients with mental illnesses is increasing faster than any other group of patients. In the future one of the main challenges for countries around the globe will be to secure human and financial resources, necessary for improving the mental health of the population. This challenge has been seriously taken up abroad, yet in Slovenia little or nothing has been done, although several documents stressing the need for changes have been drawn up over the last few years. At any rate, the piper for the irresponsiveness of the Slovenian public health-care system is ultimately paid by patients with mental disability that are deprived of quality services in mental health-care. Thus, this paper looks into what causes the irresponsiveness to changes of the Slovenian health-care system. By reviewing the extant literature and analyzing the relevant documents as well as current discourse among medical staff this paper discloses that the germ of the problem lies primarily in the reaction of leading structures in the Slovenian public health-care management to the changing role of the nursing staff. In particular, the professionalization of the nursing staff is perceived by them as a threat to their leading position in the existing system. Hence, this article beyond any doubt demonstrates that the support to patients in treating a mental illness is to a large degree dependent on the organization of a state health-care system on the macro- and of a psychiatric institution on the micro-level respectively.

Keywords: support to patient, health-care system, professionalization of nursing personnel

UVOD

Več kot tretjina prebivalstva Evrope že zdaj trpi za raznoraznimi duševnimi motnjami, število obolelih za njimi pa iz leta v leto skokovito narašča. Posledično porast obolelih za motnjami predstavlja ne le hudo finančno breme za države sveta, ampak tudi pritisk na zaposlene in sistem obravnave pacientov, v kolikor primanjkuje finančnih in človeških resursov. Čeprav točnih podatkov, kako velik finančen zalogaj predstavljajo duševne motnje, ne posedujemo, strokovnjaki ocenjujejo, da naj bi duševne bolezni v kratkem predstavljale večje ekonomsko breme za finance držav, kot so še nedavno

predvidevali nekateri avtorji (Olesen et al., 2012). Še več, strokovnjaki opozarjajo, da bi bili ti stroški še bistveno višji, če bi oboleli za njimi izkoristili vse oblike pomoči, ki so jim na razpolago, a jih ne, ker se bojijo družbene stigme ali socialne izključitve. V tujini so se na ta problem že odzvali snovalci javnozdravstvene politike, tako da proaktivno pristopajo k promociji duševnega zdravja, preventivi motenj in zdravljenju duševnih bolezni, po drugi strani pa si prizadevajo uvesti spremembe v sistemu obravnave pacientov z večanjem kompetenc zaposlenim v zdravstveni negi (Gustavsson et al., 2011; Wittchen et al., 2011).

Porast obolelih za duševnimi motnjami in s tem večanje stroškov za njihovo zdravljenje pa beležimo tudi v Sloveniji. Izstopajo zlasti pomurska, zasavska in spodnjeposavska regija, od katerih prvi dve veljata tudi za gospodarsko najmanj razviti regiji v državi. Na državni ravni domači strokovnjaki tako opažajo predvsem porast anksioznih in depresivnih motenj, števila samomorov zaradi zlorabe alkohola ter duševnih motenj ostarelih zaradi staranja prebivalstva, po drugi strani pa opozarjajo na omejene možnosti in resurse pri zdravljenju pacientov z duševnimi motnjami (Šprah, Novak, Dernovšek, 2011). Na podlagi trenutno razpoložljivih podatkov se zato ocenjuje, da bodo duševne motnje tudi pri nas do leta 2020 predstavljale neznosno finančno breme za državo, zaposlenim v sistemu zdravstvenega varstva v trenutnem obsegu pa ne bo uspelo dohajati potreb pacientov oz. kvalitetno opravljati delovnih nalog na področju zdravstvene obravnave pacientov v psihiatriji (prav tam).

Da se te črne napovedi ne bi uresničile, je posebna delovna skupina že leta 2011 pripravila Resolucijo o nacionalnem programu duševnega zdravja 2011–2016 (v nadaljevanju NPDZ). V skladu s smernicami Svetovne zdravstvene organizacije in priporočili Evropske unije naj bi ta strateški dokument postavil temelje nacionalnemu programu zagotavljanja duševnega zdravja slovenskemu prebivalstvu, po drugi strani pa naj bi se z njim zaščitilo obolele za duševnimi motnjami pred stigo in socialno izključenostjo (Čobal, Dernovšek, Zupančič, 2010). Po zgledu drugih zahodnih držav so tako pisci omenjene resolucije kot prednostna področja nacionalnega programa opredelili promocijo duševnega zdravja, preventivo duševnih motenj in obravnavo duševnih motenj v skupnosti. Toda za razliko od drugih držav, ki se ukvarjajo z istimi težavami kot Slovenija, NPDZ kljub pomanjkanju zdravnikov in specialistov psihiatrov ne predlaga novih vlog za zaposlene v psihiatrični negi.

Posledično se zastavlja vprašanje, zakaj se zaposlenim v zdravstveni negi na področju psihiatrije pri nas ne poveča kompetenc v procesu obravnave pacientov tako kot v tujini, kjer se je s takšno strategijo reševalo problem porasta obolelih za duševnimi motnjami in stroškov njihovega zdravljenja. Odgovor na to vprašanje bomo v nadaljevanju tega prispevka skušali podati skozi analizo relevantnih dokumentov in trenutnega diskurza v zdravstvu pri nas. V prvem delu prispevka se bomo tako najprej posvetili oceni trenutnega stanja oz. položaja zaposlenih v zdravstveni negi v Sloveniji na splošno, medtem ko se bomo v drugem delu ukvarjali z analizo vizij(e) o razvoju zdravstvene nege na področju psihiatrije pri nas v prihodnje.

OCENA STANJA V SLOVENIJI

Reforme zdravstvenega sistema so nujne in neizbežne. Toda v kolikšni meri bomo zaposleni v zdravstveni negi v Sloveniji prevzeli nove vloge, je odvisno tudi od načrtovane reforme zdravstvenega sistema, ki se pri nas že leta neuspešno pripravlja. Nekatere države Evropske unije (EU) in širše so že pristopile k reformam zdravstvenega sistema, ker so se pravočasno odzvali na pesimistične napovedi o prihodnosti duševnega zdravja prebivalstva. Reforme so v temelju spremenile delovanje vseh deležnikov, ki so vključeni v razmerja ponudnikov in povpraševalcev zdravstvenih storitev. Pri tem je bil pogoj za uspešne reforme sodelovanje dveh največjih skupin izvajalcev zdravstvenega varstva, se pravi, zaposlenih v zdravstveni negi in medicini. Brez sodelovanja teh dveh skupin namreč nobena zdravstvena reforma ne more biti uspešna, učinkovita in na vse zadnje tudi ekonomična, kar pa je temeljni, dolgoročni cilj vsake zdravstvene reforme. S tem sodelovanjem pa se podirajo tudi tradicionalni odnosi med dvema največjima skupinama zaposlenih v zdravstvenem varstvu. Kajti bistvo vsake reforme so vsekakor tudi nove profesionalne vloge, s katerimi v reformiranih sistemih v največji meri pridobijo na odgovornosti in prepoznavnih vlogah prav medicinske sestre s povečanimi kompetencami (Bregar, 2013a; Dubois, Nolte, McKee, 2006).

A medtem ko v tujini zaposlenim v zdravstveni negi večajo kompetence in dajejo nove vloge, smo v Sloveniji neenakovredno obravnavani oz. skoraj v celoti izključeni iz obravnave in priprave zdravstvene reforme. Slovenski prostor še vedno tako prikrito in vedno bolj odkrito obvladujejo iste interesne skupine (Ministrstvo za zdravje, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Zdravniška zbornica in Lekarniška zbornica), katere nikakor ne želijo prostor diskurza o reformah razširiti, saj bi se s tem moralo moč posameznih skupin na novo prerazporediti. Če bodo te interesne skupine, ki so v največji meri odgovorne za nastali položaj, vztrajale pri popolni prevladi, potem nikakor ne moremo pričakovati, da bo prišlo do sprememb na bolje. Od Ministrstva za zdravje se tako pričakuje, da bo prostor pogajanja o zdravstveni reformi razširil tudi na zaposlene v zdravstveni negi in nas obravnaval enakovredneje, kar se je v tujini že izkazalo kot dobra praksa, v kolikor hočemo, da bodo reforme uspele in zaživele. Na to je opozoril že Bregar (2013b), ki pravi, da »od Ministrstva za zdravje, ki deklarativno zastopa javni interes, bi bilo pričakovati, da bo razmerja moči v ključnih zadevah, ki se dotikajo razvoja sistema zdravstvenega varstva, uravnotežilo. Vendar do danes kljub znanim dejstvom o korupciji, odtekanju davkoplačevalskega denarja, neučinkovitosti, nepreglednosti upravljanja zdravstvenih zavodov in drugem še ni poseglo v urejanje enakopravnih odnosov vseh deležnikov.«

Vendar pa neodzivnost sistema, da vključi zaposlene v zdravstveni negi k sodelovanju pri oblikovanju reform, ni samo v odporu trenutno vodilnih vplivnih struktur v zdravstvu, ampak tudi na strani zaposlenih v zdravstveni negi. Zaposleni v zdravstveni negi nočemo prepoznati in uvideti priložnosti, ki se nam v tem kriznem času ponujajo (Bregar, 2013a). Ta pasivnost zaposlenih v negi je še toliko bolj presenetljiva, sploh če upoštevamo, da nas odlikuje poznavanje zdravstvenega sistema, prebivalci nam zaupajo, prav tako pa nismo obremenjeni s korupcijskimi sumi. Ker se nas politične odločitve zadevajo tako na mikro- kot makroravni, je izrednega pomena, da postanemo aktivni tudi izven svojih delovnih okolij, kajti le tako bomo lahko postali tudi zagovorniki potreb celotne družbe in svojih pravic. Še več, tuje raziskave v zadnjih letih razkrivajo, da vključevanje zaposlenih v zdravstveni negi pri oblikovanju politike zdravstvenega sistema spodbuja prijaznejši, dostopnejši in za uporabnika kakovostnejši zdravstveni sistem (Bregar, Skela Savič, 2013; Jones 2005; Warner Rains, 2003; Gebbie, Wakefield, Kerfoot, 2000).

Skratka, do nekaterih sprememb na področju zdravstvene nege bo moralo priti tudi pri nas kljub temu, da je odzivnost pristojnih resorjev na državni ravni slaba. Vendar kot nas učijo podobni primeri iz nedavne preteklosti, ko smo stopili v skupni krog držav EU, so pri nas nekatere spremembe, ki se ne tičejo samo medicine, izredno težko dosegljive oz. izvedljive. Naj spomnimo, ko je bilo potrebno za potrebe reguliranih poklicev v Sloveniji implementirati Direktivo 2005/36/EC, ki je na novo uredila področje izobraževanja v zdravstveni negi na nivoju EU in postavila minimalne standarde za usposabljanje sektorskih poklicev, med katere spadamo tudi zaposleni v zdravstveni negi, je država oz. pristojno ministrstvo upoštevalo direktivo v zadnjem času in za ureditev položaja niti ni pokazala pretiranega interesa, kar nam daje vedeti, da smo zaposleni v zdravstveni negi za državo povsem irelevantni sogovorniki. V letu 2013 jo je nadomestila Direktiva 2013/55/EU, ki na novo postavlja minimalne standarde na področju izobraževanja poklicev v zdravstveni negi. Ponovno se kaže popolna pasivnost pristojnega ministrstva, da bi pravočasno in kakovostno uredil položaj zaposlenih v zdravstveni negi, glede na zahteve direktive.

RAZVOJ ZDRAVSTVENE NEGE NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA V PRIHODNOSTI

Področje duševnega zdravja bo v prihodnosti potrebovalo še več strokovnjakov, zato se pričakuje, da bo država finančno še bolj obremenjena. Pri tem ne moremo pričakovati oz. bilo bi nesmiselno načrtovati samo večje število zdravnikov psihiatrov, saj bi to daljnoročno slabo vplivalo na finančno vzdržnost sistema zdravstvenega varstva. Prav zato je potrebno zelo previdno načrtovati kadre v sistemu zdravstvenega varstva, pri tem pa bi bilo smiselno zgledovati sepo tujini, kjer že imajo uspešne prakse. Dejstvo namreč je, da imajo zaposleni v zdravstveni negi na področju zagotavljanja mentalnega zdravja v tujini razvite različne vloge tako v kliničnem okolju kot v skupnosti. V nasprotju s tujino pa zaposleni v zdravstveni negi v Sloveniji formalno še nismo prepoznani kot pomembnejši deležniki pri zagotavljanju splošnega duševnega zdravja na vseh nivojih zdravstvenega varstva kljub temu, da nam nekateri dokumenti dajejo dobra izhodišča: 1) Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013 (2008), 2) Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja

(NPDZ) 2011–2016 (Čobal, Dernovšek, Zupančič, 2010) in 3) Ocena tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju prebivalcev Republike Slovenije: analiza tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju prebivalcev Republike Slovenije v posameznih statističnih regijah s pomočjo prilagojene metodologije Indeksa boljšega življenja: elaborat (Šprah, Novak, Dernovšek, 2011).

Osrednjo vlogo pri zagotavljanju duševnega zdravja nam na nivoju Evropske Unije (EU) priznavata tudi dokumenta, ki posegata na področje psihiatrije in dajeta izhodišče za razvoj specializacij v zdravstveni negi na področju psihiatrije: 1) Resolucija Evropskega parlamenta o izboljšanju duševnega zdravja prebivalstva: Pot k strategiji na področju duševnega zdravja za Evropsko unijo (Resolucija, 2006) in 2) Evropski pakt za duševno zdravje in dobro počutje (Evropski, 2008).

Ker se mnoge države EU ubadajo s pomanjkanjem zdravnikov in psihiatrov specialistov, omenjena dokumenta izrecno pravita, da se že zdaj v izvajanju zdravstvene oskrbe v skupnosti v veliki meri vključujejo medicinske sestre, ki so usposobljene za prepoznavanje duševnih motenj in njihovih poslabšanj ter za ustrezno triažo ob zadostnem poznavanju zdravstveno-preventivnih in kurativnih posegov (vzdrževalna terapija, aplikacija različnih zdravil). Z dodatnim izobraževanjem na področju skupnostne obravnave so sposobne prevzeti tudi večino nepretrganega spremljanja oseb s kroničnimi zdravstvenimi težavami in imajo nenadomestljivo vlogo pri zgodnjem prepoznavanju in odkrivanju poslabšanj bolezni ter drugih kriznih stanj. Poleg tega so sposobne izvajati vse podporne intervencije (pri bolnikih in družinah) in delovati na področju zdravstvene vzgoje ter širše promocije oz. preventive. Medicinske sestre, ki so specializirane za delo v psihiatriji in v skupnosti, so tako npr. v Veliki Britaniji že zdaj osnoven in najpomembnejši kader za nepretrgano spremljanje in zdravljenje geriatričnih bolnikov in nepogrešljiv pri obravnavi bolnikov z demenco. Pri vseh svojih nalogah imajo možnost, da se posvetujejo z zdravnikom v osnovnem zdravstvenem varstvu in s psihiatrom specialistom (Evropski, 2008; Resolucija, 2006). Vloge zaposlenih v zdravstveni negi torej so profesionalizirane do te mere, da jim to omogoča aktivno in enakovredno sooblikovanje reform v zdravstvu. Še več, Velika Britanija je npr. v ospredje zdravstvene reforme pred več kot desetimi leti postavila prav zaposlene v zdravstveni negi z novimi znanji v skrbi za zdravje prebivalstva.

Medtem ko to velja v tujini, pa je stanje v Sloveniji docela nasprotno: pri nas še ni prišlo do profesionalizacije. Kot dokaz temu izpostavljam nekatere dokumente v nadaljevanju prispevka, z analizo katerih bomo skušali pokazati, da obstajajo razna področja, kjer bi zaposleni v zdravstveni negi lahko delovali samostojno oz. samostojneje, če bi se nam dalo več kompetenc (za katere pa bi morali pridobiti nova znanja). Torej vlog, ki bi jih lahko v bodoče izvajali, vendar jih trenutno ne, se nam trenutno niti ne ponuja, to pa dokazuje, da smo obravnavani neenakovredno oz. izključeni iz priprave in izvedbe zdravstvene reforme. Še več, trenutno nimamo pri snovanju sprememb nobene besede v sistemu zdravstvenega varstva oz. nismo prepoznani kot relevantni deležniki pri teh spremembah, ker naše vloge še niso profesionalizirane do te mere, da bi nam dale moč in bi tako postali v teh razmerjih relevantni sogovorniki.

Na osnovi izkušenj iz tujine pa smemo trditi, da bo za uresničitev prepotrebnih sprememb v zdravstvu in profesionalizacije poklica delavcev v zdravstveni negi ključen oz. nujen aktivnejši angažma zaposlenih predvsem v zdravstveni negi na področju psihiatrije. Dejstvo namreč je, da je bila zdravstvena nega eno od prvih področij, kjer je v tujini prišlo do specializacije oz. profesionalizacije poklica diplomirane medicinske sestre (Bregar et al., 2013). Nadalje se nuja po profesionalizaciji poklica kaže tudi v tem, da so bila prepoznana različna področja obvladovanja mentalnega zdravja, kjer lahko zaposleni v zdravstveni negi pomembno prispevajo h kvalitetnejšemu izvajanju obravnave in oskrbe pacientov. Kot primer vzemimo nekatere prispevke in študije, ki dokazujejo, da je za uspešen izid zdravstvene obravnave pacientov delo zaposlenega v zdravstveni negi bolj ključno od samega zdravnika psihiatra, saj je v primerjavi z njim delo tudi bolj ekonomično – do enakih ali celo boljših izidov pridemo ob manjših stroških. Naj navedemo le nekaj področij oz. skupin bolnikov, pri delu s katerimi smo zaposleni v zdravstveni negi ne le ključni, ampak tudi odgovorni za uspeh zdravljenja:

- *Področje skrbi za starostnike z demenco.* Prispevek Kogoja (2009) poudarja, da je pri skrbi za posameznika z demenco zdravstvena nega ključna. Medicinska sestra mora biti poučena o

demenci, saj gre za specifično bolezen, kjer ne gre samo za zdravstveno nego na področju osnovnih življenjskih aktivnosti, ampak je potrebno posameznika in družino obravnavati s ciljem njihove največje opolnomočenosti.

- *Področje odvisnosti.* V tujini zaposleni v zdravstveni negi na tem področju delujejo predvsem v preventivnih programih v okviru svetovanja (Bregar et al., 2013).
- *Področje skupnostne psihiatrične obravnave.* Na tem področju morajo delovati ustrezno izobražene medicinske sestre s specializacijo s področja psihiatrične zdravstvene nege in znanjem o specifičnih veščinah s področja skupnostnih intervenc (Bulić Vidnjevič, 2011).
- *Področje preprečevanja samomorov.* Podatki kažejo, da nismo posebno uspešni pri prepoznavanju oseb s samomorilnimi nagibi in s tem pri preprečevanju tega pojava, čeprav veliko (do 70 % in več) oseb, ki je naredilo samomor, v zadnjem mesecih pred dogodkom išče pomoč v zdravstvenih institucijah (Sudak et al., 2007; Luoma, Martin, Pearson, 2002; Rihmer, 2001; Pearson, Brown, 2000; Pirkis, Burgess, 1998), 45 % od njih pa je bilo v stiku z osebnim zdravnikom v mesecu pred samomorom (Luoma, Martin, Pearson, 2002). V nekaterih okoljih se je s ciljem zmanjševanja samomorilne obremenjenosti uveljavil profil medicinske sestre z dodatnimi znanji s področja psihiatrije (specializacija), ki sodeluje v timih primarnega zdravstvenega varstva in sistematično spremlja paciente, ki so ogroženi skozi proces obravnave: pacienta obiskuje na domu ali je z njim v stiku po telefonu, spremlja stranske učinke zdravil, nudi psihoterapevtsko podporo idr. (Kelly, Stephens, 1999).
- *Področje otroške in mladostniške psihiatrije.* Na tem področju si morajo zaposleni pridobiti dodatna znanja za delo s to občutljivo skupino prebivalstva.

Vendar pa moramo omeniti, da v kliničnih okoljih obstajajo nekatere spremembe, ki verjetno nekje že živijo, vendar ne gre za sistematično delo. Zaposleni v zdravstveni negi morajo zavzeti aktivnejšo vlogo pri zdravstveno-vzgojnem delu s pacienti z duševno motnjo, predvsem pri njihovi zavzetosti do jemanja zdravil. Podatki namreč kažejo, da sta v nasprotnem primeru poslabšanje bolezni in s tem recidiva (/ponovitev bolezni) pogosta. Pri tem je pomembno omeniti dejavnike na strani zaposlenih v zdravstveni negi, ki vplivajo na pacientovo zavzetost, da ostane v procesu zdravljenja:

- Odnos zaposlenih v zdravstveni negi do dolgo delujočih antipsihotikov. V našem okolju je potrebno raziskati, kakšen odnos imajo zaposleni v zdravstveni negi do dolgotrajne antipsihotične terapije, ki pomembno vplivajo na paciente (Besenius, Clark-Carter, Nolan, 2010);
- Terapevtski odnos. Vzpostavitev varnega terapevtskega odnosa med zaposlenimi v zdravstveni negi in pacienti povečuje zaupanje in zavzetost pacientov za zdravljenje (Phillips, McCann, 2007);
- Znanja o preprečevanju recidive/ponovitve bolezni (Phillips, McCann, 2007);
- Motivacijske tehnike in socioterapevtsko delo (Phillips, McCann, 2007).

SKLEP

Menimo, da profesionalnost poklica zdravstvene nege še ni razvita v toliki meri, da bi bili zaposleni v zdravstveni negi prepoznani med političnimi odločevalci, kar se kaže v neenakovredni obravnavi naše skupine (zaposlenih v zdravstveni negi) oz. izključenosti iz sistemov oblikovanja zdravstvene politike. Seveda moramo poudariti, da zaradi izključevanja zaposlenih v zdravstveni negi in nedokončane profesionalizacije našega poklica trpi kvaliteta zdravstvenih storitev, negativne posledice tega pa najbolj občutijo tisti, ki nas najbolj potrebujejo: to so uporabniki sistema zdravstvenega varstva. Glede na vse podatke, ki so danes na voljo (iz primerov dobrih praks predvsem v tujini), je povsem nerazumljivo, da zdravstveno politiko še vedno oblikujejo isti centri moči, ki so pripeljali do tega stanja, kot je danes. Od odločevalcev v politiki bi zaradi tega pričakovali, da bodo sedaj, ko smo v kritičnem obdobju finančne vzdržnosti sistema zdravstvenega varstva, le naposled razširili dialog oblikovanja politike sistema zdravstvenega varstva tudi na zaposlene v zdravstveni negi.

Obenem ta prispevek nesporno kaže, da je podpora pacientu v zdravstveni negi na področju psihiatrije v veliki meri odvisna tudi od ureditve in načina vodenja zdravstvenega sistema na državni ravni oz. posameznih psihiatričnih ustanov. Časi reform prinašajo priložnosti za zaposlene v zdravstveni negi tudi na področju promocije duševnega zdravja in psihiatrije. Psihiatrično področje je v tujini že prepoznano kot eno od redkih področij, za katerega se morajo zaposleni posebej usposobiti. Korak, da se približamo temu v Sloveniji, še ni bil narejen. Kajti povsem nelogično je, da bi bile potrebe naših pacientov drugačne, kot pa so v tistih državah, kjer so nekatere vloge v skrbi za pacienta z duševno motnjo že prevzele ustrezno izobražene in usposobljene medicinske sestre. V kolikor se ozremo po uspešnih primerih dobre klinične prakse v tujini, so zaposleni v zdravstveni negi na področju psihiatrije eni od prvih, ki so razvili koordinatorja odpusta, odpustnico zdravstvene nege in imajo najsamostojnejše vloge v procesu zdravstvene obravnave pacientov v primerjavi z drugimi področji zdravstvene nege. V času pomanjkanja zdravnikov obstajajo torej možnosti za povečanje obsega dela zaposlenih v zdravstveni negi tudi na področju psihiatrije, kajti nespametno bi bilo, da bi za dela, za katera je v tujini že jasno, da jih kompetentno izvajajo zaposleni v zdravstveni negi, zaposlovali zdravnike, ki so dražja delovna sila. Gospodarno ravnanje z vsemi stroški dela v zdravstvenem varstvu je enkratna priložnost, da povečamo svojo vidnost v sistemu zdravstvenega varstva in na ta način doprinesemo h kakovostnejšemu obvladovanju duševnega zdravja pri nas.

LITERATURA

1. Besenius C, Clark-Carter D, Nolan P. Health professionals' attitudes to depot injection antipsychotic medication: a systematic review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2010;17(5):452-62.
2. Bregar B. Zdravstvena nega v pričakovanju reform sistema zdravstvenega varstva. *Obzor Zdrav Neg*. 2013a;47(2):132-4.
3. Bregar B. Reformna past in (ne)enotnost zaposlenih v zdravstveni negi. *Utrip*. 2013b;21(6):4-5.
4. Bregar B, Skela Savič B. Pomen vključevanja zaposlenih v zdravstveni negi pri oblikovanju politike zdravstvenega sistema. *Obzor Zdrav Neg*. 2013;47(1):18-27.
5. Bregar B, Živič Z, Jambrošič I, Lapanja A, Roljič S, Stopar Stritar A, et al. Specializacije v zdravstveni negi: primer psihiatrične zdravstvene nege. In: Skela Savič B, Hvalič Touzery S. *Zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi: mednarodni pristopi in stanje v Sloveniji? / 6. posvet z mednarodno udeležbo Moja kariera – Quo Vadis*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2013: 63-77.
6. Bulić Vidnjevič I. Modeli skupnostne psihiatrične obravnave - izkušnje in dileme pri prenosu v slovenski prostor. In: Bregar B, Peterka Novak J, eds. *Skupnostna psihiatrična obravnava: zbornik predavanj z recenzijo [Seminar Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, Ljubljana, 16. marec 2011]*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2011: 1-7.
7. Directive 2013/55/EU of the European parliament and of the Council. *Brussels Official Journal of the European Union*. 2013.
8. Directive 2005/36/EC of the European parliament and of the Council of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications. *Brussels Official Journal of the European Union*. 2005; L 255:22-142..
9. Dubois CA, Nolte E, McKee M. Human resources for health in Europe. In: Dubois CA, Nolte E, McKee M, eds. *Human resources for health in Europe*. New York: Open University Press; 2006: 1-7.
10. Evropski pakt za duševno zdravje in dobro počutje. EU konferenca na visoki ravni Skupaj za duševno zdravje in dobro počutje Bruselj, 12-13 junij 2008. Bruselj: WHO; 2008. Dostopno na: http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/mhpact_sl.pdf (7.3.2013).
11. Gebbie KM, Wakefield M, Kerfoot K. Nursing and health policy. *J Nurs Scholarsh*. 2000;32(3):307-15.

12. Gustavsson A, Svensson M, Jacobi F, Allgulander C, Alonso J, Beghi E, et al. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2011;21(10):718-79.
13. Jones MJ. Nurses remain atop honesty and ethics list. 2005. [Http://www.gallup.com/poll/20254/Nurses-Remain-Atop-Honesty-Ethics-List.aspx](http://www.gallup.com/poll/20254/Nurses-Remain-Atop-Honesty-Ethics-List.aspx) (27. 2. 2009).
14. Kelly J, Stephens I. Community case management for mental illness. *Aust Nurs J.* 1999;6(10):24-6.
15. Kogoj A. Demenca. In: Pregelj P, Kobentar R, eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju.* Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana; 2009: 85–9.
16. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry.* 2002 Jun;159(6):909-16.
17. Olesen J, Gustavsson A, Svensson M, Wittchen HU, Jönsson B. The economic cost of brain disorders in Europe. *Eur J Neurol.* 2012;19(1):155-62.
18. Pearson JL, Brown GK. Suicide prevention in late life: directions for science and practice. *Clin Psychol Rev.* 2000;20(6):685-705.
19. Pirkis J, Burgess P. Suicide and recency of health care contacts. A systematic review. *Br J Psychiatry.* 1998;173:462-74.
20. Phillips L, McCann E. The subjective experiences of people who regularly receive depot neuroleptic medication in the community. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2007;14(6):578-86.
21. Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013 »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev«. *Uradni list Republike Slovenije št. 72/2008.*
22. Resolucija Evropskega parlamenta o izboljšanju duševnega zdravja prebivalstva. Pot k strategiji na področju duševnega zdravja za Evropsko unijo. Strasbourg. 2006. Dostopno na: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+TA+P6-TA-2006-0341+0+DOC+PDF+V0//SL> (7.3.2013).
23. Rihmer Z. Can better recognition and treatment of depression reduce suicide rates? A brief review. *Eur Psychiatry.* 2001;16(7):406-9.
24. Sudak D, Roy A, Sudak H, Lipschitz A, Maltzberger J, Hendin H. Deficiencies in suicide training in primary care specialties: a survey of training directors. *Acad Psychiatry.* 2007;31(5):345-9.
25. Šprah L, Novak T, Dernovšek MZ. Ocena tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju prebivalcev Republike Slovenije: analiza tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju prebivalcev Republike Slovenije v posameznih statističnih regijah s pomočjo prilagojene metodologije Indeksa boljšega življenja: elaborat. Ljubljana: Družbeno medicinski inštitut Znanstvenoraziskovalnega centra Slovenske akademije znanosti in umetnosti; 2011: 4-7.
26. Warner Rains J. A phenomenological approach to political competence: Stories of nurse activists. *Pol Polit Nurs.* 2003;4(2):135-43.
27. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2011;21(9):655-79.

ZAVZETOST PACIENTOV S KRONIČNO DUŠEVNO MOTNJO PRI ZDRAVLJENJU Z ZDRAVILI KOT DINAMIČNA KATEGORIJA

ADHERENCE OF THE CHRONIC PSYCHIATRIC PATIENTS IN THE MEDICATION TREATMENT AS A DYNAMIC CATEGORY

Hvala Nataša, dipl. m. s.
Ferfolja Aleksandra, dipl. m. s.
Psihiatrična bolnišnica Idrija
natasa.hvala@pb-idrija.si

IZVLEČEK

Prispevek obravnava zavzetost pacienta s kronično duševno motnjo pri zdravljenju z zdravili kot dinamično kategorijo. S predstavitvijo in sintezo ključnih spoznanj opozarja na nujnost poznavanja številnih dejavnikov, ki vplivajo na pacientovo zavzetost pri načrtu zdravljenja z zdravili. Bistvenega pomena pri izboljšanju zavzetosti se kaže pacientovo razumevanje in odziv na predpisano zdravilo ter njegova aktivna vloga. Z osvetlitvijo dejavnikov, ki vplivajo na pacientovo vedenje pri jemanju zdravil, želi prispevek vzpodbuditi medicinske sestre v kliničnih okoljih k bolj konstruktivni komunikaciji za izboljšanje pacientove zavzetosti. Predstavljeni atributi psihoterapevtskih principov in zdravstvene vzgoje nudijo medicinskim sestram priložnost za učenje in nadgradnjo obstoječega znanja.

Ključne besede: zavzetost, zdravila, pacient, medicinska sestra

ABSTRACT

In this paper the adherence of the chronic psychiatric patients in medication treatment is dealt with as a dynamic category. By presenting and synthesizing the key findings this contribution promotes the importance of being acquainted with various factors that affect the patient and his commitment to the plan of medication treatment. Of these factors patient's understanding, acceptance of prescribed medicine and active role appear crucial for improving his or her adherence. By casting new light on those factors that determine patient's behavior in the course of medication process, the authors aim at encouraging nursing staff in clinical environment to adopt various and more constructive types of communication by means of which the patient's adherence can be enhanced. Hence the presented attributes of the psychotherapeutic principles and health-care education present nursing staff with an opportunity to upgrade and improve their extant knowledge.

Keywords: adherence, medication, patient, nurse

UVOD

Implementirati koncept *zavzetosti* v izbiro zdravljenja z zdravili ni enostaven ali enkraten dogodek. Slovar slovenskega knjižnega jezika (Slovenska, 2000) *zavzetost* opredeljuje kot veliko stopnjo duševne pripravljenosti, volje in zanimanja posameznika ali skupine za uresničitev nečesa. Pojem *zavzetosti* pri zdravljenju z zdravili pa se osredotoča na odnos, ki ga zaznamuje zaveznitvo med pacientom, zdravnikom, medicinsko sestro in tudi pacientovo družino. Pri iskanju ustreznega izraza, ki pomeni in obsega več kot samo upoštevanje navodil zdravnika (Antolič, 2013), tujina opušča uporabo izrazov *compliance* in/ali *concordance*. Slednjega je najprej zaradi negativnega prizvoka podrejanja zdravnikovim navodilom zamenjal *compliance* (angl. *Compliance < to comply* 'podrediti se, privoliti'; *concordance < concord* 'dogovor, soglasnost, skladnost'), zdaj pa se namesto njiju v angleški literaturi vse bolj uveljavlja termin *adherence*, ki označuje sodelovanje, partnerstvo in uravnoteženost v odnosu med pacientom in zdravstvenim delavcem. V slovenskem izrazoslovju mu po vsebini in pomenu najbolj ustrežata izraza *sodelovanje pri zdravljenju oz. zavzetost za zdravljenje* (Anon, 1997 cit. po Vermeire et al., 2001; Vermeire et al., 2001; Petek, 2004; Antolič, 2013).

Pogosto je za vzrok pomanjkljive pacientove zavzetosti navedeno slabo sporazumevanje med zdravstvenim osebjem in pacientom. Sporazumevanje vedno nosi osebne značilnosti obeh udeležencev. Naporno je tako za pacienta kot zdravstveno osebje. Privede lahko do različnih

pojmovanj, kaj je dober nadzor bolezni, kaj so cilji zdravljenja in kako naj bi obravnava potekala. Nudenje podpore pacientu pri njegovem trudu za izboljšanje zdravja pomeni tudi intelektualni in čustveni izziv za zdravstveno osebje (Petek, 2004). Pomanjkanje zavzetosti pacientov pri zdravljenju z zdravili na splošno predstavlja javnozdravstveni problem (Žmitek, 2010; Narasimhan, Hardeman, Mobley Johnson, 2011). Kljub napredku v zdravljenju duševnih motenj raziskave kažejo, da pri zdravljenju duševnih motenj z antipsihotiki in drugimi zdravili ne sodeluje skoraj polovica pacientov (Cramer, Rosenheck, 1998; Lacro et al., 2002; Gold, McClung, 2006; McInnis, 2007; Gajski, Karlović, 2008; Crowe, Wilson, Inder, 2011; Chummun, Bolan, 2013). Ob sočasno zmanjšanem napredku pacienta in optimalnem izidu posameznega zdravljenja sodi pomanjkljiva zavzetost pacientov pri režimu zdravljenja z zdravili med glavne vzroke za recidivo pri kroničnih duševnih motnjah (Crowe, Wilson, Inder, 2011; Omranifard et al., 2012; Chummun, Bolan, 2013). Slednje se izpostavlja kot dejavnik tveganja za razvoj zapletov bolezni, slab izid zdravljenja, finančno breme zdravstvenih sistemov in pogostejše ter daljše hospitalizacije (Gold, McClung, 2006; Gajski, Karlović, 2008; Cramer, 2008; Žmitek, 2010; Chummun, Bolan, 2013). Nezavzetost pri terapiji z zdravili ima lahko hude posledice tako za paciente kot tudi njihove družine v smislu osebnega trpljenja in slabše kvalitete življenja (Barkhof et al., 2012).

Zavzetost pacienta pri zdravljenju z zdravili je torej ključen predpogoj za učinkovito obvladovanje kronične duševne motnje, za doseganje dolgotrajnih remisij in za izboljšane kakovosti pacientovega življenja (Petek, 2004; Pregelj, 2009; Žmitek, 2010; Humar, 2011). Trenutno predstavlja zavzetost pri zdravljenju z zdravili enega od glavnih in še vedno nedoseženih ciljev zdravljenja shizofrenije ter drugih kroničnih duševnih motenj (Pregelj, 2009; Zeber et al., 2013). Pomembno vlogo pri pomoči pacientom, da jemljejo zdravila učinkovito in skladno s priporočili zdravnika, imajo tudi medicinske sestre. Poudarja se pomen preusmeritve medicinskih sester od zagotavljanja pacientovega sodelovanja v doseganje njegovega soglasja, partnerstva, zavzetosti, aktivne vloge in soodgovornosti pri jemanju zdravil v skladu z navodili (Gray, Wykes, Gournay, 2002; Hoyer, 2003; Coombs et al., 2003; Cramer, 2008; Chummun, Bolan, 2013).

Današnji čas, ki ga zaznamujejo kompleksnost, spremembe, vse manjša predvidljivost in negotovost ter (ponovni) poudarek na medicinskem modelu obravnave pacienta oz. »kirurški zdravstveni negi«, vpliva tudi na klinična okolja, kjer sta odnos in komunikacija glavno orodje medicinske sestre. Veča se razkorak med pričakovani kliničnega okolja, v skladu s katerim naj bi medicinska sestra vršila nadzor, in pomenom sodelovalnega odnosa s pacientom, pomenom razumevanja psihoterapevtskih načel za pridobivanje pacientove zavzetosti ter pomenom uporabe motivacijskih pogovorov za izboljšanje zavzetosti in obravnavo ambivalence.

Pomembno je poudariti, da so usposobljenost, osebna zrelost in toleranca negovalnega osebja zaradi specifične simptomatike pacientov z duševno motnjo nenehno na preizkušnji. Potrebno je pretehtati potencialne strokovnih znanj profesionalnega poslanstva, ki jih imajo medicinske sestre o mentalnem zdravju, s ciljem aktivirati pacientove notranje moči, razširiti njegove poglede na bolezen z dopolnjevanjem znanja ter krepiti njegovo samostojnost in soodgovornost v okviru zmožnosti in sposobnosti.

Prispevek je razdeljen na tri dele. V prvem delu se osredotoča na dejavnike, ki vplivajo na zavzetost pacienta, v drugem delu pa na sprejemanje in dojetanje pacientovega vedenja pri jemanju zdravil. Zadnji del raziskuje možnosti in priložnosti za medicinske sestre, kako krepiti zavzetost pacienta za redno in pravilno jemanje zdravil.

DEJAVNIKI, KI VPLIVAJO NA PACIENTOVO ZAVZETOST

Literatura navaja, da je optimalna stopnja upoštevanja priporočil in navodil zdravstvenih delavcev oz. vzgojiteljev dosežena takrat, ko pacient prevzema svoj del odgovornosti za lastno zdravje, polno sodeluje z zdravnikom in medicinsko sestro ter sledi predpisanemu režimu zdravljenja brez odstopanj. To pomeni, da ne izpušča odmerkov, ne vzame dodatnih, ne jemlje prevelikih ali premajhnih ali ob napačnem času ter jemlje zdravilo tako dolgo, kot mu je predpisano (Gray, Wykes, Gournay, 2002; Hoyer, 2003; Petek, 2004; Crowe, Wilson, Inder, 2011; Laakso, 2012; Ferfolja, Hvala, 2014).

Navedeno je, da na zavzetost za zdravljenje z zdravili vplivajo medicinski, okoljski in psihološki dejavniki, ki se med seboj prepletajo (Antolič, 2013). Neugodni stranski učinki zdravil, psihotična stanja z blodnjami in halucinacijami, zloraba psihoaktivnih substanc, družben pritisk in stroški zdravljenja so pogosti dejavniki, ki vplivajo na pacientovo odločitev, ali bo vzel zdravilo, kot mu je predpisano (Crowe, Wilson, Inder, 2011; Barkhof et al., 2012; Chummun, Bolan, 2013). Zavzetost močno ogrožajo starost, pacientova prepričanja, stigma, samski stan, zgodovina poskusov samomorov, sopojavnost duševnih motenj (Narasimhan, Hardeman, Mobley Johnson, 2011). Kot neugoden faktor se izpostavlja dejstvo, da veliko psihotropnih zdravil potrebuje za doseg stabilizacije psihiatrične simptomatike več časa. Posledično pacient v omenjenem vmesnem obdobju ne vidi koristi, da v režimu zdravljenja z zdravili vztraja, zato opusti jemanje predpisanih zdravil (Barkhof et al., 2012).

Nezavzeto vedenje je povezano s splošnim prepričanjem pacienta, da mu zdravilo ni potrebno v predpisanem odmerku. Izpostavlja se doživljanje neprijetnih stranskih učinkov (ekstrapiramidalna simptomatika, disfoničnost, porast telesne teže, sedacija itn.), pacientovo zanikanje resnosti ali prisotnosti duševne motnje, pomanjkljiv uvid v bolezen in psihopatologija, predvsem s paranoidnimi in veličinske blodnjami (Omranifard, Karahmadi, Jannesari, 2012; Barkhof et al., 2012, Chummun, Bolan, 2013; Zeber et al., 2013). Pacient s kronično duševno motnjo ima lahko odpor do jemanja katerih koli zdravil, številne strahove in negativen odnos do zdravil (Petek, 2004; Gold, McClung, 2006; Omranifard, Karahmadi, Jannesari, 2012; Antolič, 2013).

SPREJEMANJE IN RAZUMEVANJE PACIENTOVEGA DOJEMANJA

Zavzetost določajo številni dejavniki s kompleksnim medsebojnim součinkovanjem. Med pomembnejše se uvršča terapevtski odnos z zdravstvenim delavcem (medicinsko sestro) na točki, ko želita doseči uspešno zaveznitvo (Kleinsinger, 2010; Spiers, Wood, 2010; Žmitek, 2010). Upoštevajoč, da se v procesu prilagajanja na življenje z zdravili, v pacientu dogajajo veliki čustveni in vrednostni premiki (Žmitek, 2010; Barkhof et al., 2012; Zeber et al., 2013; Ferfolja, Hvala 2014) ter nujno potrebna, zavestna sprememba njegovega vedenja (Cramer et al., 2008; Crowe, Wilson, Inder, 2011; Spiers, 2010), se pojavlja tudi potreba po individualno prilagojenih pristopih za promocijo zavzetosti pri zdravljenju z zdravili (Žmitek, 2010; Barkhof et al., 2012; Zeber et al., 2013; Ferfolja, Hvala, 2014). Pri tovrstnem pristopu se poudarja pomen »pogleda s strani pacienta«, njegovo doživljanje bolezni in pomena zdravil v njegovem vsakdanu. Ti predstavljajo orodje in potencial za doseg njegovih ciljev v življenju. »Pogled s strani pacienta« omogoča, da se pacientovo sodelovanje pri zdravljenju izboljša ob razumevanju njegovih izkušenj z boleznijo in zdravljenjem (Payne, Walker, 2002; Petek, 2004; Gold, McClung, 2006; Omranifard, Karahmadi, Jannesari, 2012; Antolič, 2013).

Posebna pozornost strokovnjakov v klinični praksi je tako usmerjena na vplivne dejavnike pacientovih odločitev o uživanju zdravil. Vključujejo zaupanje v obravnavo, poznavanje terapevtskih učinkov zdravil in znanje o ustreznem ukrepanju ob pojavu neželenih učinkov. Pacient je v procesu obravnave ter zdravljenja z zdravili soodločevalec, zato se v teh procesih poudarja pomen dvosmerne komunikacije, pacientove pravice do informiranja, njegove zavestne odločitve, izbire in strinjanja ter ne nazadnje tudi odločitve za odklon ali prenehanje uživanja zdravila. Pacient ostaja subjekt kontinuiranega procesa, ki prispeva osebno informacijo, temelječo na izkušnji bolezni, medicinska sestra pa splošno informacijo, temelječo na strokovnem znanju. Pomembno je, da pacient zaupljivo sodeluje in je aktivno vključen v proces sprememb (Spiers, Wood, 2010; Kleinsinger, 2010; Farkaš Lainščak, 2011; Ferfolja, Hvala, 2012; Chummun, Bolan, 2013; Ferfolja, Hvala, 2014).

OD NADZORA K SODELOVANJU: VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI IZBOLJŠANJU PACIENTOVE ZAVZETOSTI ZA ZDRAVLJENJE Z ZDRAVILI

Skrb za ljudi s kroničnimi duševnimi motnjami zahteva intenzivno odzivanje negovalnega osebja in nenehna prilagajanja na spremembe in nepredvidljive izkušnje, ko se sooča s pacientom, ki odklanja predpisano terapijo z zdravili, jo jemlje neredno, jo opusti ali potencialno nevarna zdravila za razvoj odvisnosti jemlje na tvegani ali odvisniški način. Negovalno osebje se sooča s paradoksom terapevtske oskrbe in neprostovoljnega zdravljenja tudi z zdravili, ki jih pacient odklanja (Dziopa, Ahern, 2009;

Chummun, Bolan, 2013; Ferfolja, Hvala, 2014). Po drugi strani pa čas med hospitalizacijo predstavlja priložnost za vedenjske spremembe pacientov v smislu krepitve aktivne zavzetosti pri zdravljenju z zdravili, boljše sprejemanje in uvidevanje njihove bolezni, krepitve občutka, da jo obvladujejo, ter pridobivanje za njih pomembnih informacij, ki vplivajo na vztrajanje v obravnavi in zdravljenju z zdravili (Farkaš Lainščak, 2011; Barkhof et al., 2012; Ferfolja, Hvala, 2014). Podlaga za uspešnost je neavtoritaran pristop, temelječ na partnerstvu in harmoniji terapevtskega zavezništva med pacientom in medicinsko sestro v vlogi terapevta (Gray, Wykes, Gournay, 2002; Spiers, Wood, 2010; Kleinsinger, 2010; Barkhof et al., 2012; Humar, 2012; Chummun, Bolan, 2013; Ferfolja, Hvala, 2014).

Motivacijski intervju

Motivacijski intervju (v nadaljevanju MI) je učinkovita psihoterapevtska intervencija za promocijo pacientovega zdravega življenjskega sloga in jemanja predpisanih zdravil v skladu z navodili. Uporablja se na pacienta osredotočen svetovalni slog, s katerim se raziskuje in rešuje ambivalenco, mu omogoči uvid v lasten odnos do zdravljenja z zdravili in ga spodbuja k spremembi vedenja, v kolikor le-to ni skladno s priporočili. Učinkovit je pri slabo sodelujočih in šibko zavzetih pacientih, ki so v konfliktu glede prednosti in slabosti jemanja predpisanih zdravil ali pa niso še sprejeli duševne motnje, zaradi katere trpijo (Drymalski, Campbell, 2009; Laakso, 2012; Ferfolja, Hvala, 2014).

Izpostavlja se pacientova odgovornost, da jasno izrazi ambivalenco ter jo poskuša ob pomoči in vodenju tudi reševati (Rollnick, Miller, 1995; Laakso, 2012). Strokovno in odgovorno je, da medicinska sestra pacientovo ambivalenco upošteva kot normalno človekovo izkušnjo, spodbuja njegovo lastno motivacijo in ga usmerja v razvijanje bolj zdravih vedenjskih vzorcev. S preprostim postavljanjem odprtih vprašanj lahko z uporabo načel in veščin MI raziskuje pacientova stališča in mnenja ter morebitne strahove ali zadržke v zvezi z jemanjem zdravil. Z uporabo tehnik MI pacientu pomaga raziskovati in premagovati ovire pri doseganju njemu lastnih ciljev ter prepoznavati zgodnje opozorilne znake poslabšanja psihotične motnje. Pacienta aktivno posluša in reflektira bilanco stanja, vidike problematičnega vedenja, prednosti in slabosti vztrajanja ali vzdržnosti (npr. od sočasne rabe psihoaktivnih substanc). Sooča ga z neskladjem med aktualnim in ciljnim vedenjem ter podpre pacientovo odločitev v korist sprememb. Spodbuja in opogumlja ga, da vztraja in zavzeto jemlje predpisana zdravila v skladu s priporočili. Pacientu pomaga tudi pri raziskovanju in prepoznavanju visoko rizičnih situacij, v katerih se morda zateka k rabi psihoaktivnih substanc in opušča predpisana zdravila (Faltz, Callahan, 2005; Shives, 2005; Cleary et al., 2008; Edward, 2009; Hughes, 2009; Ferfolja, Hvala, 2012; Laakso, 2012).

V interakciji medicinske sestre s pacientom se izpostavlja njeno potrpežljivost, prilagodljivost, optimizem in vztrajnost, kar pacienta opogumlja k zavzetosti. Samoučinkovitost pacienta se obravnava kot ključno determinanto spremembe, ki pomembno oblikuje pacientov koncept razumevanja, zadovoljstva in dejavnosti z navodili skladnega jemanja predpisanih zdravil. Bistveno je vedeti, da pacient sprememb vedenja v zvezi z jemanjem zdravil ne bo poskušal izvesti, če bo menil, da za to ni sposoben, če ne bo verjel v učinek te akcije ali pa če mu rezultat ne bo privlačen (Gold, McClung, 2006; Crowe, Wilson, Inder, 2011; Ferfolja, Hvala, 2012; Ferfolja, Hvala, 2014).

Kvaliteten terapevtski odnos

Jedro prakse na področju zdravstvene nege in mentalnega zdravja so medosebne interakcije, temeljni element pa kvaliteten terapevtski odnos, za vzpostavitev katerega je potrebno veliko spretnosti (Sotiropoulos, Poetter, Napholz, 1999; Dziopa, Ahern, 2009; Delaney, 2011; Chummun, Bolan, 2013). Kot prepoznani strokovnjaki znotraj zdravstva so tudi medicinske sestre, ki lahko pacientu pomagajo pri soočanju s kronično duševno motnjo, sprejemanju novih okoliščin in dejstva, da bodo morali živeti s problemi, ki jih kronična duševna motnja ter dolgotrajno jemanje psihofarmakoloških zdravil prinaša (Sotiropoulos, Poetter, Napholz, 1999; Sedej Kodela, Filipovič, 2012; Ferfolja, Hvala, 2014).

Konceptualizacija splošnih atributov kvalitetnega terapevtskega odnosa pomeni operacionalizacijo strokovnih vedenj in znanj. Medicinska sestra, ki terapevtsko-partnerski odnos gradi na empatiji, zaupanju, strokovnosti, pozitivnem odnosu in si vzame čas za pogovor in poslušanje, se lahko nadeja več uspeha in manj odpora s strani pacienta pri sodelovanju in zavzetosti v terapiji z zdravili (Gajski, Karlović, 2008). Izražanje razumevanja in sočutja, sprejemanje individualnosti pacienta, »biti na

razpolago«, zagotavljanje podpore, spodbujanje enakosti, opolnomočenje, izkazovanje spoštovanja, samozavedanje in ohranjanje jasnih meja so tisti atributi, ki gradijo kvaliteten terapevtski odnos takrat, ko pacient krepi zavzetost in poskuša urediti uživanje zdravil na urejen način (Dziopa, Ahern, 2009; Delaney, 2011; Chummun, Bolan, 2013; Ferfolja, Hvala, 2014). Hkrati pa se je potrebno zavedati, da je izkazovanje zaupanja osnova kvalitetnega terapevtskega odnosa, ki pacientu vliva občutek pomembnosti, aktivno poslušanje pa eden ključnih elementov razumevanja npr., od kod izvira pacientova negotovost glede jemanja zdravil, s čim je povezano nezaupanje v ugodne terapevtske učinke zdravila ter izogibanje pogovoru o samodisciplini glede jemanja zdravil. To pomeni, da si medicinska sestra prizadeva razumeti vzroke določenega pacientovega obnašanja v zvezi z rabo zdravil (npr. opustitev predpisane terapije, samovoljno prirejanje odmerkov), osebne pacientove izkušnje pa sprejema kot »dar«, ki ga vnaša v odnos. Pomembno je, da izrazi pohvalo za njegov prispevek, sodelovanje, iskren pogovor in zaupanje spodrseljajev. Spodbuja izražanje pacientovih občutkov in čustev, jih sprejema brez obsojanja, četudi so morda negativni ali izvirajo iz namere opustiti zdravila zaradi stranskih učinkov, težav s spominom ali koncentracijo (Dziopa, Ahern, 2009; Crowe, Wilson, Inder, 2011; Ferfolja, Hvala, 2012; Chummun, Bolan, 2013; Ferfolja, Hvala, 2014). Za kvaliteten terapevtski odnos je pomemben pacientov občutek varnosti v zaupljivem odnosu in podpornem okolju (Dziopa, 2009; Ferfolja, Hvala, 2012; Chummun, Bolan, 2013). Suportivne metode vključujejo aktivne odzive, dajanje predlogov in povratnih informacij ter podporo in opogumljanje pri zavzetosti in vztrajanju v predpisanem režimu jemanja zdravil. Pogostejši kontakti z negovalnim osebjem zmanjšujejo časovne intervale, ko se pacient počuti »nasedlega« oz. samega s problemi, kot denimo ob nelagodju zaradi neželenih stranskih učinkov. Bolj ranljiva skupina pacientov, kamor uvrščamo ljudi, ki trpijo za kronično duševno motnjo, vsekakor potrebuje podporno okolje in opogumljanje pri zavzetosti in vztrajanju v predpisanem režimu jemanja zdravil, tudi zato, ker pogosto nihajo v motivaciji, imajo zdrse ali recidive psihotičnih epizod kljub nekaj časa trajajoči stabilnosti in rednemu jemanju zdravil (Gold, McClung, 2006; Dziopa, 2009; Crowe, Wilson, Inder, 2011; Ferfolja, Hvala, 2012; Barkhof et al., 2012; Chummun, Bolan, 2013).

Zdravstvena vzgoja

Delo medicinske sestre je usmerjeno v zdravstveno-vzgojo in psihoedukacijo, bodisi skupinsko ali individualno, ki je prilagojena individualnim potrebam in zmožnostim pacienta. Pomembne zdravstveno-vzgojne aktivnosti medicinskih sester so iskanje najustrežnejših načinov informiranja in izobraževanja, izbiranje metod učenja in poučevanja, ki najbolj ustreza potrebam oz. značilnostim pacienta ali skupine, opogumljanje pri prilagajanju na bolezen, poučevanje o preprečevanju dejavnikov tveganja, podpora pri soočanju s spremembami zdravja ter prizadevanje za dvig ozaveščenosti o jemanju zdravil v skladu z navodili. Zdravstvena vzgoja je v procesu ozaveščanja in zavzetosti pacientov pri zdravljenju z zdravili pomemben segment zdravstvene obravnave v tem, da je načrtovan, dokumentiran, kontinuiran in evalviran proces, ki pomaga pacientu do dozorelosti v spoznanju, da s samodisciplino rednega jemanja zdravil lahko ponovno pride do zdravja oz. stabilizacije stanja in ga potem tudi vzdržuje (Kamin, 2011; Kvas, 2012).

Zdravstvena vzgoja je tako ključ do izboljšane zavzetosti. Sodi med učinkovite mehanizme, ki lahko izboljšajo pacientove navade in vedenje pri jemanju zdravil (Gold, McClung, 2006). Zdravstveno-vzgojni programi so zato v kliničnem okolju izpostavljeni kot pomembna pomoč pacientu pri oblikovanju znanj, stališč in vedenjskih vzorcev za zdrav način življenja in spremembo življenjskega sloga ter varnega in pravilnega jemanja predpisanih zdravil tudi v domačem okolju (Ferfolja, Hvala, 2014). Pomembno je tudi vztrajati pri zahtevi, da se pacient v času remisije kronične duševne motnje udeležuje izobraževanj in psihoedukacije v zdravstveno-vzgojnih skupinah, pri čemer ne gre zanemariti subtilnosti medicinske sestre, kdaj in ali je pacient pripravljen sodelovati ter na kakšen način se ga bo prepričalo k sodelovanju (Faltz, Sellin, 2005; Česnik, 2006; Cleary et al., 2008; Shives, 2008; Hughes, 2009; Ferfolja, Hvala, 2012). Zdravstveno-vzgojne delavnice Varne in pravilne rabe zdravil v kliničnem okolju imajo pomemben vpliv na pacientov koncept razumevanja, zadovoljstva in dejavnosti z navodili skladnega jemanja predpisanih zdravil. Njihov namen je vzgojiti ozaveščenega in zavzetega pacienta, ki ve, kaj mu je storiti tudi v domačem okolju, če pozabi vzeti zdravilo, ki vodi lasten seznam zdravil, ga nosi s seboj in se je sposoben o morebitnih neželenih stranskih učinkih posvetovati z zdravnikom. Poudarek je na pacientovi aktivni vlogi, zato se ga uči, da analizira svoj dosedanji slog jemanja zdravil, se nauči nekaj osnov varne rabe zdravil, usvoji nekaj splošnih

informacij, vnese vedenjsko spremembo in ob spodbudni informaciji, podpora in opogumljanju ureja uživanje zdravil, ki poprej morda ni bilo v skladu z navodili zdravnika. Pacienti, ki so prejeli njim razumljive zdravstveno-vzgoje nasvete, poročajo o občutku aktivnega vključevanja v obvladovanje svoje bolezni (Ferfolja, Hvala, 2014).

SKLEP

Zdravljenje z zdravili je za skupino pacientov, ki so obravnavani v tem prispevku, pomembna terapevtska izbira. Raven zavzetosti in ozaveščenosti pacientov s kronično duševno motnjo pri zdravljenju z antipsihotiki in drugimi zdravili je odvisna od številnih heterogenih dejavnikov. Prepletanje psihopatologije z vse pogostejšimi somatskimi zapleti zahteva veliko terapevtskih naporov zdravljenja in terapevtske tolerance. Vzpostavljanje zavzetosti pri pacientu je zato težaven projekt. Za strokovnjake še vedno predstavlja svojstven izziv (Pregelj, 2009; Žmitek, 2010; Barkhof et al., 2012; Ferfolja, Hvala, 2014). Kaže se torej potreba po nadaljnjih raziskavah psihosocialnih in finančnih vzrokov nezavzetosti pacientov pri zdravljenju z zdravili, osredotočanje na intervencije orientirane v pacientovo samoučinkovitost, raziskovanje na pacienta usmerjenih pristopov in iskanje faktorjev, povezanih z zdravstvenimi delavci in zdravstveni sistemi, na terapevtsko zaveznitvo in vprašanja interakcij, ki predstavljajo ovire za ustrezno sodelovalno in zavzeto vedenje (Zeber et al., 2013).

Cilj pričujočega prispevka je bil predvsem na iskanju in predstavitvi aktivnosti medicinske sestre pri vzpostavljanju zavzetosti in s tem opolnomočenosti, manj pa na vlogi pacienta. Dejstvo je, da opolnomočenje na področju zdravja pomeni individualizacijo odgovornosti za zdravje ter tako pacientom ne zagotavlja le pravic in možnosti, ampak jim nalaga tudi dolžnosti, odgovornosti in omejitve, ki sežejo tudi na področje zdravljenja z zdravili v okviru njihovih zmožnosti in sposobnosti (Kvas, 2012; Farkaš Lainščak, 2011; Žvan, 1999; Kamin, 2011; Petek, 2002).

Pregled literature potrjuje prepričanje, da medicinske sestre na področju psihiatrije priznavajo pomen, ki ga ima zavzetost pacienta pri zdravljenju z zdravili. Zavedajo se, da je zavzetost odvisna od pacienta samega, njegove diagnoze, zdravila, ki ga prejema, podpore v družini in odnosa zdravstvenega strokovnjaka, ki je vključen v njegovo zdravstveno oskrbo (Gajski, Karlović, 2008). Vloga negovalnega osebja pri vzpostavljanju zavzetosti se opisuje kot hoja po tanki črti med ohranjanjem kvalitetnega terapevtskega odnosa in vzdrževanjem nadzora (Crowe, Wilson, Inder, 2011).

Izpostavlja se pomen učinkovite terapevtske komunikacije, ki ustvarja aktivno partnerstvo med medicinsko sestro in pacientom ter pomen izobraževalnega procesa, ki pomaga pacientu razumeti simptome bolezni in resnost duševne motnje. Medicinska sestra je tisti profesionalni delavec, ki pacientu daje pravočasne povratne informacije in jasna ter nedvoumna navodila z namenom, da pacient prevzame več odgovornosti za samoučinkovitost in samopomoč, kar bi posledično vplivalo na dvig njegovega sodelovanja in zavzetosti prijemanju zdravil v skladu z navodili (Sotiropoulos, Poetter, Napholz, 1999; Narasimhan, Hardeman, Mobley Johnson, 2011). Razumevanje psihoterapevtskih principov za doseganje boljše zavzetosti pacienta v psihofarmakološkem režimu zdravljenja je zato pomemben atribut medicinskih sester s področja mentalnega zdravja v promociji odličnosti menedžmenta zdravil (Dziopa, Ahern, 2009; Delaney, 2011). Uporaba glavnih orodij terapevtskega odnosa, uporaba tehnik motivacijskega intervjuja in učinkovitih metod zdravstvene vzgoje pa pomeni operacionalizacijo strokovnih vedenj in znanj, potrebnih za ugoden vpliv na dvig pacientove zavzetosti pri zdravljenju z zdravili. Mednje sodi tudi promocija pacientovega zavzetega vedenja (Donohoe, 2006; Dziopa, Ahern, 2009; Laakso, 2012; Delaney, 2011; Chummun, Bolan, 2013; Ferfolja, Hvala, 2014).

Pacientova zavzetost, da se drži svojega načrta zdravljenja z zdravili, je pomembna komponenta za pri obvladovanju kroničnih duševnih motenj. Terapevtsko in klinično učinkovit pristop izzove in potrди pacientovo dojetje terapevtskih koristi predpisanih zdravil. Izpostavlja se multidisciplinarni pristop ter nujno potrebno vzporedno in nenehno izobraževanje medicinskih sester o menedžmentu zdravil in psihoterapevtskih pristopih (Narasimhan, Hardeman, Mobley Johnson, 2011).

LITERATURA

1. Antolič R. Zavzetost za zdravljenje z zdravili – zakaj je tako nizka in kaj lahko storimo? *Farm Vest*. 2013;64(4):304-8.
2. Barkhof E, Meijer CJ, de Sonnevile LMJ, Linszen DH, de Haan L. Interventions to improve adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia – a review of the past decade. *Eur psychiat*. 2012;27(1):9-18.
3. Cramer JA, Rosenheck R. Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. *Psychiatr Serv*. 1998;49(2):196–201.
4. Cramer AJ, Roy A, Burrell A, Fairchild CJ, Fuldeore MJ, Ollendorf DA, et al. Medication Compliance and Persistence: terminology and definitions. *Value in Health*. 2008;11(1):44-7.
5. Crowe M, Wilson L, Inder M. Patients' reports of the factors influencing medication adherence in bipolar disorder – an integrative review of the literature. *Int J Nurs Stud*. 2011;48(7):894–903.
6. Chummun H, Bolan D. How patient beliefs affect adherence to prescribed medication regimens. *Br J Nurs*. 2013;22(5):270-5.
7. Česnik J. Psihoedukacija – izobraževalni program za bolnike s shizofrenijo in njihove svoje [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, Oddelek za pedagogiko in andragogiko; 2006:45-81.
8. Delaney KR, Taylor C. Psychiatric mental health nursing's psychotherapy role: are we letting it slip away? *Arch Psychiatr Nurs*. 2011;25(4):303–5.
9. Donohoe G. Adherence to antipsychotic treatment in schizophrenia: what role does cognitive behavioral therapy play in improving outcome? *Dis Manage Health Outcomes*. 2006;14(4):207-14.
10. Drymalski WM, Campbell TD. A review of motivational interviewing to enhance adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia: evidence and recommendations. *J Ment Health*. 2009;18(1):6-15.
11. Dziopa F, Ahern K. What makes a quality therapeutic relationship in psychiatric/mental health nursing: a review of the research literature. *IJANP*. 2009;10(1). Dostopno na: <http://ispub.com/IJANP/10/1/7218> (19.2.2104).
12. Edward KL, Munro I. Nursing consideration for dual diagnoses in mental health. *Int J Nurs Pract*. 2009;15(2):74-9.
13. Faltz BC, Sellin SC. Issues in Dual Disorders. In: Boyd MA, ed. *Psychiatric Nursing: contemporary Practice*. Philadelphia: Lippincot Williams & Willkins; 2005: 728-34.
14. Farkaš Lainščak J. Predstavitev koncepta promocije zdravja v bolnišnicah: od ideje o podpornih okoljih do razvoja Mednarodne mreže za promocijo zdravja v bolnišnicah. In: Farkaš Lainščak J, Košnik M, eds. *Zbornik prispevkov Strokovnega srečanja ob ustanovitvi Slovenske mreže za promocijo zdravja v bolnišnicah*, Golnik, 25. novembra 2011. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik; 2011: 4-12.
15. Ferfolja A, Hvala N. Proces zdravstvene nege pri pacientu z dvojno diagnozo: prikaz primera. In: Bregar B, Mrak L, eds. *Izzivi pri obravnavi psihoz: zbornik prispevkov z recenzijo*, Idrija, 13. november 2012. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2012: 48-57.
16. Ferfolja A, Hvala N. Vpliv zdravstvene vzgoje na ozaveščenost in zavzetost pacientov pri varni rabi zdravil: evalvacija zdravstveno vzgojnih delavnic na Oddelku za zdravljenje odvisnosti Psihiatrične bolnišnice Idrija. In: Štemberger Kolnik T et al, eds. *Zbornik 2. znanstvene konference z mednarodno udeležbo Zdravstvena nega v javnem zdravju*, Izola, 3. januar 2014. Koper: Založba Univerze na Primorskem; 2014: 313-24.
17. Gajski A, Karlović D. Assessment of nurse attitudes on psychiatric patient compliance with pharmacotherapy. *Acta Clin Croat*. 2008;47(3):149-53.
18. Gold DT, McClung B. Approaches to patient education: emphasizing the long term value of compliance and persistence. *Am J Med*. 2006;119(4 Suppl 1):32-7.
19. Gray R, Wykes T, Gournay K. From compliance to concordance: a review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2002;9(3):277–84.

20. Hoyer S. Učenje in vzgoja bolnikov v psihiatrični zdravstveni negi. *Obzor Zdrav Neg.* 2003; 37(4):268–71.
21. Hughes E » Dual diagnosis« an integrated approach to care for people with co-occurring mental health and substance use problem. In: Newell R, Gournay K, eds. *Mental Health Nursing: An evidence based approach* (second edition). Churchill Livingstone: Elsevier; 2009: 132- 48.
22. Humar S. Sodelovanje pacientov pri zdravstveni obravnavi duševnih motenj [diplomsko delo]. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, 2011.
23. Kamin T. Promocija zdravja. In: Kvas A, ed. *Zdravstvena vzgoja – moč medicinskih sester: zbornik prispevkov z recenzijo*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; 2012: 54-60.
24. Kleinsinger F. Working with the noncompliant patient. *Perm J.* 2010;14(1):54-60.
25. Kvas A. Medicinske sestre na področju promocije zdravja in zdravstvene vzgoje: kje smo, kam gremo? In: Kvas A, ed. *Zdravstvena vzgoja – moč medicinskih sester: zbornik prispevkov z recenzijo*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; 2012: 33-45.
26. Laakso LJ. Motivational interviewing: addressing ambivalence to improve medication adherence in patients with bipolar disorder. *Issues Ment Health Nurs.* 2012;33(1):8–14.
27. Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Leckband SG, Jeste DV. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiatry.* 2002;63(10):892–909.
28. Narasimhan M, Hardeman SM, Mobley Johnson A. Nonadherence in mood disorders: a formidable challenge in clinical practice. *Asian J Psychiatr.* 2011;4(1):22–5.
29. McInnis M. 2007. Adherence to treatment regimens in major depression: perspectives, problems, and progress. *Psychiatr Times.* 2007;24(10):17–22.
30. Omranifard V, Karahmadi M, Jannesari Z, Maracy M. Efficacy of modified compliance therapy for schizophrenia patients. *J Res Med Sci.* 2012;17(Spec 2):258-63.
31. Payne S, Walker J. *Psihologija v zdravstveni negi*. Ljubljana: Educy; 2002: 27
32. Petek D. Stališča in zavzetost bolnikov za zdravljenje sladkorne bolezni [magistrsko delo]. Univerza v Ljubljani: Medicinska fakulteta; 2004: 58-66.
33. Pregelj P. Sodelovanje bolnikov s shizofrenijo pri zdravljenju z antipsihotiki. *Zdrav Vestn.* 2009;78(1):33-6.
34. Rollnick S, Miller WR. What is motivational interviewing? *Behav Cogn Psychother.* 1995;23(4):325–34.
35. Sedej Kodela A, Filipovič Z. Vloga zdravstvene vzgoje pri uživanju medikamentozne terapije pacientov s psihotično motnjo v Psihiatrični bolnišnici Idrija. In: Bregar B, Mrak L, eds. *Izzivi pri obravnavi psihoz: zbornik prispevkov z recenzijo*, Idrija, 13. november 2012. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2012: 22-33.
36. Shives R *Basic Concept of Psychiatric Mental Health Nursing. Clients with a Dual Diagnosis.* Philadelphia: Lippincot Williams and Willkins; 2008: 624-7.
37. Spiers JA, Wood A. Building a therapeutic alliance in brief therapy: the experience of community mental health nurses. *Arch Psychiatr Nurs.* 2010;24(6):373-86.
38. Slovenska akademija znanosti in umetnosti, Znanstvenoraziskovalni center Slovenske akademije znanosti in umetnosti, Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša ZRC SAZU (2000). *Slovar slovenskega knjižnega jezika*. Spletna izdaja. Dostopno na: <http://bos.zrc-sazu.si/sskj.html> (13.2.2014)
39. Sotiropoulos P, Poetter K, Napholz L. A case study of psychiatric medication noncompliance. *JUNS.* 1999;1(1). Dostopno na: <http://www.juns.nursing.arizona.edu/articles/Fall%201999/Sotiropoulos.htm> (22.2.2104)
40. Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *J Clin Pharm Ther.* 2001;26(5):331-42.
41. Zeber JE, Manias E, Williams A, et al. A systematic literature review of psychosocial and behavioral factors associated with initial medication adherence: a Report of the ISPOR medication adherence and persistence special interest group. *Value in Health.* 2013;16(5):891-900.

43. Žmitek A. Sodelovanje bolnika s shizofrenijo pri zdravljenju z zdravili. In: Žmitek A, ed. Konferenčni zbornik Psihoterapevtski ukrepi za vsakdanjo rabo 2, Begunje, 19. in 20. november 2010. Begunje: Psihiatrična bolnišnica; 2010: 78-107.
44. Žvan V. Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje. In: Tomori M, Zihel S, eds. Psihijatrija. Ljubljana: Litteraptica, Medicinska fakulteta; 1999: 198-203.

ZDRAVSTVENO-VZGOJNO DELO PRI PACIENTU S SHIZOFRENIJO, KI IMA UVEDENO TERAPIJO Z DOLGOTRAJNO DELUJOČIMI ANTIPSIHOTIKI

THE ROLE OF HEALTH EDUCATION IN SCHIZOPHRENIA PATIENTS WITH LONG-ACTING ANTIPSYCHOTIC INJECTIONS

Barbara Pajk, dipl. m. s.
Psihiatrična klinika Ljubljana
barbara.pajk@psih-klinika.si

IZVLEČEK

Dolgotrajno delujoči antipsihotiki so bili razviti z namenom, da se izboljša sodelovanje pacientov s shizofrenijo pri zdravljenju, ki imajo težave s kontinuiteto pri jemanju predpisanih zdravil. V zadnjem času prvo vrsto izbora psihiatrov predstavljajo atipični dolgotrajno delujoči antipsihotiki oz. antipsihotiki druge generacije. Sodelovanje pacientov pri zdravljenju je namreč tesno povezano z izboljšanjem simptomov bolezni, daljšo remisijo in dvigom kakovosti življenja. Namen prispevka je osvetliti nekatere prednosti in pomanjkljivosti, ki jih tovrstno zdravljenje prinaša, predvsem pa predstaviti pomen in vlogo zdravstveno-vzgojnega dela pri pacientu s shizofrenijo, ki ima uvedeno terapijo z dolgotrajno delujočimi antipsihotiki. Poleg številnih prednosti, ki jih tovrstno zdravljenje prinaša, pa ne smemo prezreti neželenih učinkov, povezanih z uporabo dolgotrajno delujočih antipsihotikov druge generacije, predvsem metabolnega sindroma.

Ključne besede: shizofrenija, zdravstveno-vzgojno delo, dolgotrajno delujoči antipsihotik, metabolni sindrom, nesodelovanje

ABSTRACT

Long-acting antipsychotic injections have been developed primarily to improve treatment adherence in patients with schizophrenia. The first choice in selecting long-acting antipsychotics by the psychiatrist represents atypical or second-generation antipsychotics. Patient's adherence to treatment is closely associated with improvement in symptoms, longer remission of the disease, and better quality of life. The purpose of this article is to highlight the advantages and deficiencies of the treatment with long-acting antipsychotics, and to point out in particular the important role of health education in taking care of patients with schizophrenia who have gone into the therapy with long-acting antipsychotics. Although this treatment offers a great deal of benefits, we are not to neglect the unwanted side effects that accompany the use of long-acting, second generation antipsychotic injections, in particular metabolic syndrome.

Keywords: schizophrenia, health education, long-acting antipsychotic injections, metabolic syndrome, non-adherence

UVOD

Shizofrenija je bolezen, ki je med vsemi duševnimi motnjami na vodilnem mestu po dolžini hospitalizacije, visokih stroških zdravljenja in neizmernem kaosu, ki ga povzroči v družinskem življenju pacienta. Bolezen predstavlja strašansko breme in strah tako za obolelega posameznika in družinske člane kot družbo nasploh (Townsend, 2011).

Tomišič s sodelavci (2009) pri analizi primerov hospitalizacije zaradi duševnih motenj ugotavlja, da se v celotni populaciji med petimi najpogostejšimi vzroki za hospitalizacijo pojavlja prav shizofrenija. Avtorji nadalje ugotavljajo, da je shizofrenija najpogostejši vzrok za največje število bolnišničnih dni. V letu 2006 je hospitalizacija pacienta s shizofrenijo v Sloveniji v povprečju trajala 63,4 dni. Bolezen prizadene približno 1 % prebivalstva. Pojavlja se enako pogosto pri ženskah kot pri moških in prizadene ljudi v njihovih najbolj produktivnih letih. Pri moških običajno nastopi prej kot pri ženskah in doseže vrh zbolevanja med 15. in 25. letom starosti, medtem ko se pri ženskah razvije v povprečju 10 let pozneje (Kocmur, Tavčar, Žmitek, 2000). Pri večini pacientov s shizofrenijo (84 %) gre po prvi

psihotični epizodi za kroničen potek duševne motnje z občasnimi poslabšanji. Slovenski podatki kažejo, da je nesodelovanje pacientov na področju rednega jemanja predpisane psihiatrične terapije povezano s tveganjem recidive. Ugotovili so, da se je recidiva pojavila pri 70 % nesodelujočih pacientov in le pri 19 % pacientov, ki so sodelovali pri zdravljenju z antipsihotiki (Novak-Grubič, Tavčar, 2002). Temelj zdravljenja predstavlja antipsihotična terapija. Zdravljenje je dolgotrajno, pogosto doživljenjsko. Uspešno zdravljenje pa je mogoče le ob ustreznem sodelovanju pacientov (Pregelj, 2009). Žal je nedavna raziskava opravljena na Psihiatrični kliniki v Ljubljani pokazala, da kar 67 % vprašanih pacientov ni sodelovalo pri zdravljenju s predpisano psihiatrično terapijo, vendar je v realnosti ta številka verjetno še nekoliko višja (Pajk, 2013).

Nesodelovanje pri zdravljenju s predpisanimi antipsihotičnimi zdravili je tesno povezano s poslabšanjem psihopatološke simptomatike ter slabšo kvaliteto življenja (Perkins et al., 2005). Poleg tega se po vsaki recidivi poveča možnost, da se bo pacient v prihodnje slabše odzival na zdravljenje z antipsihotičnimi zdravili. Prav tako se čas, da pacient doseže remisijo, precej podaljša (Emsey et al., 2012; Lieberman et al., 1996).

Eden od načinov izboljšanja sodelovanja pacientov s shizofrenijo pri zdravljenju je gotovo uvedba dolgotrajno delujočih antipsihotikov oz. antipsihotikov v depojski obliki. Mnenja o učinkovitosti odpravljanja nesodelovanja z uvedbo depoja so deljena, čeprav so Davis in sodelavci (1994) zaznali nedvomno boljše sodelovanje pri pacientih, ki so bili zdravljeni z depojsko obliko antipsihotika kot pri pacientih, ki depoja niso prejeli.

Raziskave kažejo, da število obiskov ambulantnega psihiatra pomembno vpliva na sodelovanje pri zdravljenju. Večina pacientov, ki so nehali sodelovati pri zdravljenju s predpisanimi antipsihotiki, je obiskala ambulantnega psihiatra manj kot enkrat mesečno (Vita et al., 2012). Mesečna aplikacija dolgotrajno delujočih antipsihotikov torej ponuja pacientu možnost stika z zdravstvenim osebjem, ti redni obiski pa so po drugi strani enkratna priložnost za diplomirano medicinsko sestro, da opravi zdravstveno-vzgojno delo.

DOLGOTRAJNO DELUJOČI ANTIPSIHOTIKI

Dolgotrajno delujoči antipsihotiki v obliki intramuskularne injekcije so bili razviti z namenom postopnega sproščanja zdravila in zagotavljanja enakomerne koncentracije učinkovine v krvi. Na ta način se zmanjša možnost nekaterih neželenih učinkov in opazno se izboljšajo tudi simptomi bolezni. Redna aplikacija dolgotrajno delujočih antipsihotikov na dva do štiri tedne (glede na vrsto depoja) olajša pacientovo vsakodnevno življenje v primerjavi z jemanjem antipsihotikov v obliki tablet. Jemanje pogostih dnevnih odmerkov zdravil predstavlja pacientom stres, poleg tega pa učinkovito varujejo pred poslabšanjem bolezni, vzdržujejo dobro počutje in dvigajo kvaliteto življenja (Crowley et al., 2008), obenem pa izboljšajo sodelovanje pacientov pri zdravljenju (Davis et al., 1994).

Na splošno ločimo starejše dolgotrajno delujoče antipsihotike prve generacije (haloperidol decanoate, fluphenazine decanoate, zuclopentixol decanoate itn.) oz. običajno imenovane "depo" od novejših dolgotrajno delujočih antipsihotikov druge generacije (olanzapine embonate, paliperidone, risperidone itn.). Dolgotrajno delujoči antipsihotiki prve generacije so izdelani na oljni osnovi, kar omogoča postopno sproščanje učinkovine po aplikaciji iz mišic v kri. Optimalni terapevtski odmerek je dosežen po 8 do 12 tednih po prvi aplikaciji, največja koncentracija zdravila v krvi pa je 7–10 dni po injekciji, ko je možnost za pojav neželenih učinkov največja (Bazire, 2007, cit. po Crowley et al., 2008). Za to vrsto depojske oblike antipsihotikov je značilno, da se v telesu zadržijo dalj časa, kar ima nekaj prednosti, saj učinkuje še kar nekaj časa po zadnji aplikaciji odmerka, to pa pomeni, da pacienta lahko spremljamo še pred popolnim poslabšanjem bolezni. Slabost pa je ta, da so neželeni učinki prisotni daljše obdobje tudi po prekinitvi z depojem. Zavedati se moramo, da ko depo enkrat apliciramo, odmerka ni več mogoče zmanjšati kot pri peroralni obliki terapije. Zaradi tega je potrebna posebna previdnost ob prehodu z oralne oblike na depojsko oz. ob menjavi vrste depoja (Crowley et al., 2008). Dolgotrajno delujoči antipsihotiki druge generacije se v primerjavi s starejšimi zelo razlikujejo med seboj in za razliko od slednjih, ki so učinkoviti predvsem pri lajšanju in odpravljanju pozitivne simptomatike, so uspešni tudi pri premagovanju negativne simptomatike, kot so brezvoljnost,

pomanjkanje zanimanja za vsakodnevne aktivnosti in čustvena neodzivnost (Drnovšek, 2005). Antipsihotiki prve generacije so povezani predvsem z neželenimi učinki ekstrapiramidnih simptomov, kot so npr. mišična okorelost, krči in tremor rok oz. nog, akatezija (bolnik čuti nepremagljivo željo po gibanju), distonija (mišična napetost), tardivne diskinezije (nehoteni gibi), medtem ko je za paciente, ki prejemajo novejšje antipsihotike, najbolj moteč dvig telesne teže in sedacija (Townsend, 2011).

Odnos pacientov do tovrstne oblike terapije je različen. Wadell in Taylor (2009) v preglednem članku ugotavljata, da je le ena od petih ocenjenih študij pokazala pozitiven odnos pacientov do dolgo delujočih antipsihotikov, medtem ko so se ostale štiri nagibale k negativnemu oz. nevtralnemu odnosu. Zanimivo pa je dejstvo, da je pozitiven odnos izrazilo 23 % pacientov, ki se za depo niso odločili po lastni volji, 45 % tistih, ki so v preteklosti prejeli depo terapijo, in kar 73 % pacientov, ki so v času raziskave prejeli dolgo delujoče antipsihotike (Heres et al., 2007). Razloge za odklonilni odnos do dolgotrajno delujočih antipsihotikov je treba iskati predvsem v strahu pred iglami, težavah z logistiko in strahu pred neželenimi učinki, zlasti pred dvigom telesne teže. Slab uvid v bolezen in predhodne slabe izkušnje z depojsko obliko terapije prav tako vplivajo na negativen odnos pacientov do tovrstnega zdravljenja. Kot pozitivne strani dolgotrajno delujočih antipsihotikov pa pacienti navajajo predvsem v boljšem sodelovanju pri zdravljenju, večji učinkovitosti v smislu izboljšanja psihopatološke simptomatike in dejstvo, da jim prejemanje dolgo delujočih antipsihotikov predstavlja manjši stres kot jemanje antipsihotikov v obliki tablet (Potkin et al., 2009).

ZDRAVSTVENO-VZGOJNO DELO PRI PACIENTU Z UVEDENIMI DOLGOTRAJNO DELUJOČIMI ANTIPSIHOTIKI

Več kot 90 % pacientov obolelih za shizofrenijo ima predpisano antipsihotično terapijo (Care Quality Commission, 2009). Posledično je zdravstveno-vzgojno delo na področju predpisane antipsihotične terapije osrednji in najpomembnejši element dela zaposlenih v zdravstveni negi na področju psihiatrije in vključuje podajanje informacij pacientom glede oblik in vrst zdravljenja, učenje o zdravilih, neželenih učinkih, načinu aplikacije ter samooceni pozitivnih in negativnih učinkov zdravil, ki jih pacient prejema (Gray et al., 2009). Vsekakor je glavni cilj sodelovanje pacientov pri zdravljenju, med katerimi imajo pomembno vlogo tudi dolgo delujoči antipsihotiki (Gray et al., 2009).

Danes je zelo pomemben preskok v delu zaposlenih v zdravstveni negi na področju psihiatrije, kajti vse več pacientov, predvsem pa zdravstvenih delavcev, je mnenja, da je potrebno prakso psihiatrične zdravstvene nege preusmeriti iz »v bolezen usmerjene zdravstvene nege v zdravje usmerjeno zdravstveno nego« (Faerden, 2009). Koncept »v zdravje usmerjene zdravstvene nege« izpostavlja pomen ciljev obravnave, ki so definirani in postavljeni s strani pacienta in ne zdravstvenih delavcev (Andersen, Oades in Caputi, 2003, cit. po Gray et al., 2009) in vodijo pacienta k doseganju lastnih ciljev, kot so npr. samostojno življenje, zaposlitev, dokončanje študija, zmanjšanje telesne teže itn.

Zato mora biti zdravstveno-vzgojno delo na področju predpisane psihiatrične terapije proces, v katerem dva strokovnjaka (pacient in medicinska sestra) sodelujeta in soodločata pri planiranju aktivnosti, ki vodijo k doseganju osebnih ciljev pacienta. Dolgotrajno delujoči antipsihotiki so ena od možnosti, ki jo pacient in zdravnik izbereta skupaj v želji po učinkovitem obvladovanju simptomov bolezni in dvigu kakovosti življenja, toda končna odločitev je v rokah pacienta, ki se na koncu sam odloči, ali bo izbral zdravljenje z dolgotrajno delujočimi antipsihotiki in ali se bo držal načrta zdravljenja (Gray et al., 2009). Zaposleni v zdravstveni negi imajo pri tem pomembno vlogo, saj pacienta morajo jasno informirati o prednostih in pomanjkljivostih dolgotrajno delujoče antipsihotične terapije. Pomembno je, da diplomirana medicinska sestra pacienta vzpodbuja in opolnomoči, da izbere terapijo, ki bo zanj optimalna in ga bo vodila do zastavljenih ciljev. Dobro informiran pacient se bo lažje odločil za tovrstno obliko zdravljenja. Prav tako pa je potrebno spremljati pacienta ob izpuščenem odmerku in ugotoviti vzroke, ki so do tega pripeljali, seveda brez obtoževanja pacienta. Pomembno je, da pacient sam pride do spoznanja, da mu terapija pomaga. To lahko pacient stori s samoocenjevalno lestvico doseganja individualnih ciljev ali lestvico simptomov od ena do deset, ki jo lahko sestavi skupaj z diplomirano medicinsko sestro, oz. z uporabo kartic simptomov (Gray et al., 2009). Sodelovanje bolnikov je slabo, kadar imajo slab uvid v bolezen pri hujših oblikah bolezni,

kompleksnih režimih jemanja zdravil, izrazitejših stranskih učinkih zdravila in slabem terapevtskem odnosu z zdravstvenim osebjem (Špilak, Zupan, Bon, 2008).

Atipični antipsihotiki oz. antipsihotiki druge generacije so tako postali jedro zdravljenja shizofrenije od začetka devetdesetih letih. Ta vrsta zdravil je v veliki meri nadomestila uporabo antipsihotikov prve generacije, ki so pokazali podobno učinkovitost kot slednji, vendar z minimalnim deležem oz. celo brez težav z ekstrapiramidnimi neželenimi učinki. Poglavitno težavo pri atipičnih antipsihotikih predstavlja metabolni sindrom, ki je povezan predvsem s hiperlipidemijo, hiperglikemijo in posledično visokim tveganjem za nastanek sladkorne bolezni tipa 2 ter povečano telesno težo (Church, 2010). Iz prakse na Psihiatrični kliniki v Ljubljani je razvidno, da je prav slednja za paciente običajno najbolj moteča in je med najpogostejšimi vzroki opustitve predpisane terapije. Vendar pa se moramo zavedati dejstva, da so vsi zgoraj naštetih neželeni učinki dejavnik tveganja za nastanek kardiovaskularnih bolezni, ki skupaj z življenjskim stilom, značilnim za paciente s shizofrenijo (kajenje, zloraba drog in alkohola, sedeč način življenja), in genetsko predispozicijo, vodijo v krajšo življenjsko dobo obolelih pacientov. Zato je pomembno, da je pacient seznanjen z vsemi prednostmi in pomanjkljivostmi dolgotrajno delujočih antipsihotikov (Church, 2010). Vloga diplomirane medicinske sestre je torej, da dosledno spremlja nivo lipidov, krvnega sladkorja in telesne teže (vključno z indeksom telesne teže in obsegom pasu) pacienta, ki ima uvedeno tovrstno terapijo, skupaj z zdravstveno-vgojnim delom na področju zdrave uravnotežene prehrane in gibanja. Na Psihiatrični kliniki v ta namen uspešno izvajamo program imenovan Pot k dobremu počutju (Sowers et al., 2005).

SKLEP

Vloga diplomirane medicinske sestre pri zdravstveno vzgojnem delu pacienta, ki ima uvedeno dolgotrajno delujočo antipsihotično terapijo, je izjemnega pomena, saj ima največ stika s pacientom, ki mu zdravilo aplicira. Le pacient, ki bo dobro poznal prednosti in tudi nekatere pomanjkljivosti, kot so neželeni učinki, na katere bo posledično lahko pozoren, bo pristal na oz. nadaljeval s tovrstno obliko zdravljenja. Pacient mora sam pridobiti izkušnjo in spoznanje, da je zdravilo, ki ga prejema, učinkovito pri premagovanju njegove bolezni. Diplomirana medicinska sestra lahko v obliki pedagoških ur paciente vzpodbuja, da delijo pozitivne izkušnje med seboj. Cilj je opolnomočiti pacienta pri izražanju njegovih želja, potreb, skrbi in drugih občutkov, povezanih s tovrstno obliko terapije. Pacienta je treba poučiti o dejavnih tveganjih, ki jih predstavlja metabolni sindrom, ter ga usmeriti v zdrav način življenja.

Prav tako pa ne smemo spregledati dejstva, da žal vsi pacienti nimajo enakih možnosti za zdravljenje z dolgo delujočimi antipsihotiki. Ta težava se običajno pojavi zaradi težje dostopnosti bolnišnic ali zato, ker nekateri ambulantni psihiatri ne izvajajo aplikacije depoja v svojih ambulantah. Potrebno bi bilo omogočiti vsem pacientom dostop do tovrstne oblike zdravljenja, saj bi se jih na ta način morda več odločilo za uvedbo terapije z dolgotrajno delujočim antipsihotikom, če bi obstajala možnost aplikacije depo terapije na domu.

LITERATURA

1. Ansersen R, Oades L, Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Aust N Z J Psychiatry*. 2003;37(5):586-94.
2. Barkhof E, Meijer CJ, De Sonnevile LM., Linszen DH., De Haan L. Interventions to improve adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia-a review of the past decade. *Eur Psychiatry*. 2012;27(1):9-18.
3. Bulloch AG, Adair CE, Patten SB. Forgetfulness: A role in noncompliance with antidepressant treatment. *Can J Psychiatry*. 2006;51(11):719-22.
4. Byerly MJ, Thompson A, Carmody T, Bugno R, Erwin T, Kasner M., et al. Validity of electronically monitored medication adherence and conventional adherence measures in schizophrenia. *Psychiatric serv*. 2007;58(6):844-47.
5. Byerly M, Fisher R, Whatley K, Holland R, Varghese F, Carmody, et al. A comparison of electronic monitoring vs. clinician rating of antipsychotic adherence in outpatients with schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2005;133(2-3):129-33

6. Chapman SCE, Home R. Medication nonadherence and psychiatry: A Review. *Psychiatry, medicine and the behavioural sciences*. 2013;26 (5):446-52.
7. Church TJ. Assessment and management of atypical antipsychotic-induced metabolic abnormalities. *U.S. Pharm*. 2010;35(11):41-8.
8. Claxton AJ, Cramer J, Pierce C. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. *ClinTher*. 2001;23(8):1296-1310.
9. Crowley J, Griffiths M, Hardy S, Vincent M, White J, Voyce A. *Administration of depot and long-acting antipsychotic injections*. *Mental Health Prac*. 2008; 12 (2): 2-18.
10. Curson DA, Barends TR, Bamber RW, Platt SD, Hirsch SR, Duffy JC. Long-term depot maintenance of chronic schizophrenic out-patients: the seven year follow-up of the Medical Research Council Fluphenazine/placebo trial. II. The incidence of compliance problems, side-effects, neurotic symptoms and depression. *Br J Psychiatry*. 1985;146:464-69.
11. Davis JM, Matalon L, Watanabe MD. Depot antipsychotic drugs. Place in therapy. *Drugs*. 1994;47(5):741-73.
12. De Haan L, Lavalaye J, Van Bruggen M, Van Nimwegen L, Booij J, Van Amelsvoort T, et al. Subjective experience and dopamine D2 receptor occupancy in patients treated with antipsychotic: Clinical Implications. *Can J Psychiatry*. 2004;49(5):290-96.
13. Drnovšek MZ. *Zdravljenje psihotične motnje*. Ljubljana: Sanofi-Synthelabo-Lek d.o.o; 2005.
14. Drnovšek ZM, Bah B, Pintarič L, Tavčar R. The knowledge of inpatients with schizophrenia on their medication at hospital discharge. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2000;9(4):327-33.
15. Emsey R, Naumah, I, Hough, D, Gopal S. Treatment response after relapse in placebo-controlled maintenance in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2012;138(1):29-34.
16. Faerden A, Nesvag R, Marder SR. Definitions of the term "recovered" in schizophrenia and other disorders. *Psychopathology*. 2008;41(5):271-78.
17. Gray R, Spilling R, Burgess D, Newey T. Antipsychotic long-acting injections in clinical practice: medication management and patient choice. *Br J Psychiatry*. 2009;52:S51-6.
18. Heres S, Schmitz FS, Leutch S, Pajonk FG. The attitude of patients towards antipsychotic depot treatment. *IntClinPsychopharmacol*. 2007;22(5):275-82.
19. Howland RH. Effective medication management. *J Psychosoc Nurs*. 2012;50(3):13-5.
20. Kocmur M, Tavčar R, Žmitek A. *Shizofrenija: Priporočila in smernice za zdravljenje z zdravili*; 2000.
21. Levine SZ, Rainbowitz J. Trajectories and antecedents of treatment response over time in early episode psychosis. *Schizophr Bull*. 2010;36(3):624-32.
22. National Council on Patient Information and Education (NCPPIE). *The Other Drug Problem: Statistics on Medicine Use and Compliance*. Bethesda, Md; 1997 Dostopno na: www.talkaboutrx.org/compliance.html#problem (19.4 2012).
23. Novak-Grubič V, Tavčar R. Predictors of noncompliance in males with first-episode schizophrenia, schizophreniform and schizoaffective disorder. *Eur Psychiatry*. 2002;17(3):148-54.
24. Novick D, Haro JM, Suarez D, Vieta E, Naber D. Recovery in the outpatient setting: 36-month results from the Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (SOHO) study. *Schizophr Res*. 2009;108(1-3):223-30.
25. Pajk B. *Nesodelovanje pacientov s shizofrenijo pri zdravljenju. Pomen zdravstvene nege pri pacientih z duševno motnjo v procesu rehabilitacije in skupnosti*. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana; 2013.
26. Perkins DO, Gu H, Boteva, K, Lieberman JA. Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2005;162(10):1785-804.
27. Potkin SG, Weiden PJ, Loebel AD, Warrington LE, Watsky EJ, Siu JO. Remission in schizophrenia: 196 week, double-blind treatment with ziprasidone vs. haloperidol. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2009;12(9):1233-48.
28. Pregelj P. *Sodelovanje bolnikov s shizofrenijoprizdravljenju z antipsihotiki*. *ZdravVestn*. 2009;78(1):33-6.
29. Robinson DG, Woerner MG, Alvir MJ, Bilder RM, Hinrichse G, Lieberman JA. Predictors of medication discontinuation by patients with first-episode schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Res*. 2002;57(2-3):209-19.

30. Snowden A, Barron D. Medicines management in mental health. *Nurs Standards*. 2011;26(3):35-40.
31. Sowers C, Peabody CD, Jerič A. Pot k dobremupočutju. Priročnikzauporabnike. Ljubljana: Eli Lilly; 2005: 5-60
32. Spilak R, Zupan J, Bon J. Zdravljenje bolnika s psihotično motnjo z depo antipsihotikom-aplikacija in spremljanje v ambulantni obravnavi. *Klinična pot. Psihiatrična bolnišnica Begunje*; 2008. Dostopno na: www.pb-begunje.si/gradiva/klinicna_zsavljenje135143695343.pdf (6.3.2014).
33. Steger KA, Cassidy C, Rabinovitch M, Joobar R, Malla A. Impact of symptom resolution on medication adherence in first episode psychosis. *Psych Res*. 2012;196(1):45-51.
34. Tomsič S, Kovše K, Roškar S, Kofol BT, Barjt M, Zorko M., et al. Duševno zdravje v Sloveniji. In: Jeriček Klanjšček H, et al. *Duševno zdravje v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja; 2009: 20-80.
35. Vita A, Barlati S, Corsini P, De Peri L, Sacchetti A. Factors related to different reasons for antipsychotic drug discontinuation in the treatment of schizophrenia: a naturalistic 18-month follow-up study. *Psychiatr Res*. 2012;200(2-3):96-101.
36. Weiden PJ, Kozma C, Grogg A, Locklear J. Partial compliance and risk of rehospitalization among California Medicaid patients with schizophrenia. *PsychiatrServ*. 2004;55(8):886-91.
37. White J, Jones M, Gray R. The development of the serious mental illness physical Health Improvement Profile. *J PsychiatrMent Health Nurs*. 2009;16(5):480-93.

VARNA UPORABA IN RAVNANJE Z ZDRAVILI PRI STAREJŠIH PACIENTIH Z DUŠEVNO MOTNJO

SAFE USE AND HANDLING OF THE MEDICATION IN CASE OF ELDERLY PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS

Branka Mikluž, dipl. m. s., spec. psih. zdr. nege
Zlata Živič, dipl. m. s., mag. zdr. nege, strok. sod.
Psihiatrična klinika Ljubljana
branka.mikluz@psih-klinika.si

IZVLEČEK

Prispevek opisuje protokol ravnanja zaposlenih v Psihiatrični kliniki Ljubljana v primeru napačne aplikacije zdravila kot primer uveljavljanja varnostne kulture v praksi. Upravljanje z zdravili in skrb za varno uporabo je kompleksen in multidisciplinaren proces. Kljub visoki ravni zagotavljanja varnosti se zapletom ne moremo izogniti v celoti. Zdravljenje z zdravili je zato povezano z določeno stopnjo tveganja. Starostniki predstavljajo vedno večjo skupino uporabnikov zdravil, ki je zaradi številnih dejavnikov tveganja bolj izpostavljena varnostnim zapletom. Zaradi tega je razumevanje vzrokov za nesodelovanje starejših pacientov pri jemanju zdravil pomemben korak za izboljšanje učinkovitosti zdravljenja. Varna in natančna priprava ter dajanje zdravil sta pomembni aktivnosti medicinskih sester. Kultura varnosti je pristop, ki se usmerja na odkrivanje sistemskih napak, ki so grožnja varnosti, posameznike pa usmerja, da vsa odstopanja prijavljajo in iščejo boljše rešitve. S standardi, navodili in drugimi dokumenti in njihovim uvajanjem v prakso je možno preprečiti napake.

Ključne besede: medikamentozna terapija, varnostna kultura, zdravstvena nega

ABSTRACT

This paper describes the protocol behaviour of employees in the Psychiatric Clinic Ljubljana in the case of incorrect administration of medication as an example of promotion of safety culture in practice. Management of medications and care for their safe use is a complex and multidisciplinary process. Despite extreme security measures adverse events cannot be entirely avoided. Hence, the drug treatment is always liable to some sort of risk, especially with elderly people that represent a growing group of patients that is more susceptible to adverse events because of various safety risks. Therefore, the understanding of causes why patients do not adhere to prescribed drug therapy is an important step in improving the effectiveness of treatment. Safe and accurate preparation of drugs as well as their administration are important activities of nursing staff. Safety culture is approach that focuses on detecting system defects, which are threat to security, and encourage individuals to report discrepancies and seek better solutions. Errors can be easily prevented by conforming to standards, guidelines and other documents as well as by implementing them in practice.

Key words: drug therapy, safety culture, nursing

UVOD

Starostniki predstavljajo naraščajočo skupino prebivalstva, ki potrebuje več zdravil. Številni dejavniki tveganja pri aplikaciji terapije povečujejo možnost varnostnih zapletov. Odkrivanje in razumevanje dejavnikov tveganja pri upravljanju z zdravili je sestavni del kakovostne obravnave, ki jo predstavlja varno in učinkovito zdravljenje starejših pacientov.

Pacienti se vse bolj zavedajo, da zdravstvena obravnava ne prinaša samo koristi za zdravje posameznika. Vseeno pa lahko v času zdravljenja, diagnostike in ostalih zdravstvenih procesov pride tudi do nezaželenih dogodkov in stranskih učinkov (Bradly et al., 2009, cit. po Maze, 2012). To so varnostni zapleti, ki »so nenamerni, nepričakovani dogodki, ki so ali bi lahko škodovali pacientu ob sprejemanju zdravstvene oskrbe, in ne nastanejo zaradi narave pacientove bolezni« (Robida, 2010). Družba od zdravstvene službe pričakuje varno delo in pošteno obravnavo neugodnih izidov.

Zdravstvene ustanove morajo poskrbeti za sistem kakovosti, ki vključuje tudi zmanjševanje tveganj, obvladovanje napak in varno oskrbo (Kersnik, 2002). V času zdravstvene obravnave v bolnišnici so najpogostejši zapleti v bolnišnici povezani s padci, postopki in upravljanjem z zdravili (Karadžić Šmitran, Trifoni, Sebešan, 2010; Bradly et al, 2009, cit. po Maze, 2012).

Kultura varnosti je eden od načinov obravnave in obvladovanja varnostnih zapletov. Izhodišče tega pristopa je, da večina napak ni posledica izključno človeške slabosti, temveč gre za okoliščine, zaradi katerih je prišlo do neželenega učinka oz. posledic za pacienta (Robida, 2010). Pomembno je, da se zaposleni zavedajo, da je napako, pa naj je še tako majhna, potrebno prijaviti (Karadžić Šmitran, Trifoni, Sebešan, 2010).

PREPREČEVANJE ZAPLETOV PRI UPORABI ZDRAVIL V ZDRAVSTVENIH IN SOCIALNIH USTANOVAH

Kljub visoki ravni zagotavljanja varnosti se zapletom ne moremo izogniti v celoti. Upravljanje z zdravili je kompleksen večfazni in multidisciplinaren proces, ki vključuje zdravnike, farmacevte, medicinske sestre in paciente (Adhikari et al., 2014), ter je neločljivo povezan tudi z določeno stopnjo tveganja (Kohek, Lipič Beligač, 2011). Napake pri ravnanju z zdravili so običajno definirane kot dogodki, povezani s prejemanjem zdravil pod nadzorom zdravstvenih delavcev, ki bi se jih lahko preprečilo (Taneja, Wiegmann, 2004). Mednje sodijo napake v vseh fazah upravljanja z zdravili (Rothschild et al., 2007), do njih pa običajno pride pri predpisovanju, pripravi, dajanju, zapisovanju ali poročanju (Adhikari et al., 2014). Raziskovalci so ugotovili, da je večji delež neželenih učinkov zdravil, ki jih je mogoče preprečiti, posledica napak pri predpisovanju in dajanju zdravil (Mavsar-Najdenov, 2011; Pham et al., 2011). Odgovorni morajo zato dobro poznati osnovne značilnosti, postopke priprave in načine dajanja zdravil, osnovne sestavne dele predpisa zdravila in pravilne načine dokumentiranja, navsezadnje pa tudi zakonodajo, ki ureja področje dajanja in ravnanja z zdravili. Za doseganje naštetih kriterijev za kvalitetno in uspešno delo potrebujejo zaposleni v negi stalno izobraževanje (Mavsar-Najdenov, 2011). Točno število napak pri ravnanju z zdravili v zdravstvenih ustanovah je težko ugotoviti, saj raziskovalci uporabljajo različne metodologije, upoštevati pa je potrebno tudi, da se vseh napak ne prijavi ali pa se jih niti ne prepozna. Kljub pomanjkljivostim pa naj omenimo podatke o napakah iz ene od študij zgolj za ponazoritev resnosti težave.

Tako npr. študija od Taneje in Wiegmann (2004) navaja, da se običajno zgodijo štiri napake na 1000 pacientovoz. da se napaka zgodi vsakih 22 ur, 50% predpisanih zdravil pa se daje nepravilno. Nadalje težave pri pripravi zdravil povzročajo tudi številna poimenovanja zamenljivih zdravil, podobna imena ali embalaža različnih zdravil ter težave pri interpretaciji naročila (slaba čitljivost, nepopolno naročilo, nevarne nedogovorjene okrajšave, slabo vidna decimalka, uporaba različnih merskih enot). Do napake lahko pride tudi zaradi napačno predpisanega naročila (Taneja, Wiegmann, 2004; Pušnik, Pirš, 2011; Kadivec, 2011). Kot posebej problematično je treba omeniti ustno naročanje zdravil in naročanje zdravil po telefonu (Pham et al., 2011; Kadivec, 2011). Najpogostejše napake pri dajanju zdravila pa so aplikacija napačnega zdravila, napačna doza, izpuščena terapija, napačen način ali čas dajanja in zamenjava pacienta (Pušnik, Pirš, 2011).

Med dejavniki delovnega okolja, ki povečajo tveganje za napako, so raziskovalci izpostavili pomanjkanje prostora in zasebnosti v delovnih postajah, oddaljenost bolniških sob, nezadosten nadzor pacientov in nezadovoljivo preglednost nad celotnim bolniškim oddelkom, majhnost sobe za shranjevanje zdravil, neprimerno organizacijo dobave zdravil, hrup na bolniškem oddelku in slabo osvetlitev prostorov (Mahmood, Chaudhury, Valente, 2012). Kot posebej problematičen dejavnik tveganja so motnje oz. prekinitve med pripravo in razdeljevanjem zdravil (Kadivec, 2011; Williams, 2007, cit. po Maze, 2012).

Na splošno so napake pri upravljanju z zdravili vzrok za povečano obolevnost in smrtnost, hkrati pa predstavljajo finančni strošek za zdravstveno blagajno (Pham et al., 2011). Zaradi njih se povečuje število pregledov na urgenci, hospitalizacije so daljše in več je namestitvev v dolgotrajno institucionalno varstvo (Hall Ellenbecker, Frazier, Verney, 2004). Da se izognemo naštetim nevšečnostim, je potreben multidisciplinaren pristop, ki vključuje zdravnike, medicinske sestre,

farmacevte in dietetike. Ob sodelovanju pacienta in svojcev tak pristop dokazano poveča varnost med procesom uporabe zdravil (Svetina Šorli, 2011; Panić, Vidmar, 2011; Costa-Dias et al., 2014). Pri tem je medicinska sestra vezni del tima, ki povezuje vse zdravstvene delavce znotraj tima s pacientom (Svetina Šorli, 2011). Da upravičijo to vlogo v timu, morajo zaposleni v zdravstveni negi imeti tudi dovolj znanja s področja farmakologije, upravljanja z zdravili in s področja zagotavljanja varnosti pacientom (Adhikari et al., 2014).

OVIRE PRI APLIKACIJI ZDRAVIL PRI STAREJŠEM PACIENTU Z DUŠEVNO MOTNJO

Različni bolezenski procesi povzročijo, da pacient zdravila ne more, noče ali ne zna zaužiti, prekomerno posega po zdravilih, pozabi, da jih je vzela, ali pa odklanja zdravilo zaradi psihoze, depresije, vznemirjenosti ali drugih duševnih sprememb.

Prav tako je pomanjkanje informacij o zdravilu pogost vzrok različnih težav pri aplikaciji zdravil, zato je pacienta in svojce treba natančno seznaniti z informacijami o jemanju zdravil ne glede na obseg pacientovih kognitivnih sposobnosti. Vedno obstaja možnost, da si pacienti in svojci po svoje razlagajo navodila ali pa jih ne upoštevajo v celoti.

V socialnih ali zdravstvenih ustanovah se lahko pojavijo težave pri aplikaciji zdravil tudi zaradi pomanjkanja znanja o spremembah, ki lahko nastanejo zaradi bolezni ali zaradi posploševanja bolezenskih težav. Zaposleni pogosto obravnavajo vse paciente na enak način, čeprav pacienti z demenco kaj kmalu po nastopu bolezni ne morejo več samostojno skrbeti za jemanje zdravil, zato potrebujejo več pozornosti in nadzora. Tudi gibalno ovirani pacienti pogosto ne dosežejo zdravil na nočni omarici, pacienti z obsežnimi degenerativnimi spremembami na prstih pa ne morejo vzeti zdravila iz ovojnine. Številne težave povzroča tudi prezgodnja aplikacija uspaval, ki ji v raznih ustanovah še vedno posvečajo premalo pozornosti.

POSTOPKI, KI JIH IZVAJAMO OB APLIKACIJI NAPAČNE TERAPIJE NA ENOTI ZA GERONTOPSIHIATRIJO V PSIHIATRIČNI KLINIKI LJUBLJANA

V Psihiatrični kliniki Ljubljana (v nadaljevanju PKL) je bilo glede na oddana poročila o incidentih na standardiziranem obrazcu v obdobju od 2010 do 2013 povprečno do deset primerov napačne aplikacije zdravil na leto, od tega polovica na Enoti za gerontopsihiatrijo (v nadaljevanju EGP). Vzroki zanje so bili moteči dejavniki pri pripravi zdravil, motenje pri razdeljevanju, nečitljivo predpisano zdravilo, preobremenjenost zaposlenih, hitenje in lastnosti pacientov (neučakanost, vznemirjenost). Do največ zapletov je prihajalo zaradi zamenjave pacienta ali aplikacije zdravila v napačnem odmerku.

Na EGP smo se na te zaplete odzvali, tako da smo se dogovorili za ravnanje ob aplikaciji napačne terapije, ki vključuje tri stopnje oz. faze. Prva faza obsega ukrepe neposredno po dogodku.

V skladu s protokolom osebje takoj obvesti odgovornega zdravnika o neželenem dogodku, zaposleni, ki je bil oz. so bili vpleteni v neželeni dogodek, pa nato takoj izpolni(jo) standardiziran obrazec »Poročilo o incidentu«. Sledi timski pogovor o dogodku. V naslednji fazi pride na vrsto varnostna vizita, na kateri sodelujejo glavna medicinska sestra centra PKL, medicinska sestra za kakovost, koordinatorica zdravstvene nege v enoti in osebje, ki je bilo vpleteno v dogodek. V pogovoru udeleženci skušajo poiskati možne vzroke za nastanek neželenega dogodka in osvetliti sosledje dogodkov ali situacij, ki bi lahko vplivale na dogodek. Na koncu predlagajo korektivne ukrepe, za katere predvidevajo, da bi morda lahko vplivali na manjšo možnost ponovitve neželenega dogodka. Po končani varnostni viziti se napiše zapisnik, v katerega imajo vpogled vsi zaposleni.

Na EGP smo zaposlene seznanili, da so varnostne vizite orodje za izboljšanje zdravstvene oskrbe, da jih predpisuje Ministrstvo za zdravje in da služijo kot instrument za izboljšave in doseganje bolj varne in kakovostne zdravstvene oskrbe (Karadžić Šmitran, Trifoni, Sebešan, 2010). Namen varnostnih vizit ni iskanje napak ali obtoževanje posameznikov oz. iskanje individualne odgovornosti, temveč iskanje, odpravljanje in zmanjševanje sistemskih napak, ki bi lahko ogrožale zdravje pacientov. (Karadžić Šmitran, Trifoni, Sebešan, 2010). Z varnostnimi vizitami želimo povečati varnostno kulturo

zaposlenih, ki nam bo omogočila bolj natančno ugotavljanje števila napak pri aplikaciji terapije, vzrokov zanje in iskanje boljših možnosti za preprečevanje teh napak.

Zadnja faza obsega pripravo in izvedbo predstavitve neželenega negovalnega primera v EGP s korektivnimi ukrepi. Zaposleni, ki je bil vpleten v neželeni dogodek, skupaj z oddelčno medicinsko sestro in v sodelovanju z ostalimi sodelavci v timu pripravi kratko predstavitev neželenega negovalnega primera za vse zaposlene v enoti. Na predstavitev so poleg zaposlenih na enoti povabljeni še sodelavci iz drugih enot, pomočnica strokovnega direktorja za zdravstveno nego PKL, medicinska sestra za kakovost PKL in glavna medicinska sestra centra PKL. Predstavitev vsebuje opis neželenega dogodka, okoliščin, ki so vplivale na dogodek in pregled možnosti, ki bi ga morda lahko preprečile, če bi jih upoštevali in prepoznali. Udeleženci aktivno razpravljajo o navedbah v poročilu in s predlogi in argumenti skušajo poiskati dodatne rešitve, ki bi povečale varnost pri aplikaciji zdravil. Poročevalci pripravijo pisno poročilo s poudarkom na korektivnih ukrepih, ki je dostopno vsem zaposlenim.

SKLEP

Starostniki so zaradi zmanjševanja duševnih in telesnih sposobnosti, ki so posledica fiziološkega upada življenjskih funkcij, številnih kroničnih bolezni, pa tudi zaradi številnih okoljskih dejavnikov, še posebej izpostavljeni varnostnim zapletom pri jemanju zdravil.

Medicinske sestre imajo pomembno vlogo pri zagotavljanju varne aplikacije zdravil starejšim pacientom z duševno motnjo, saj so vključene skoraj v vse faze procesa upravljanja z zdravili. Še posebej pomembna je njihova vloga pri aplikaciji zdravil in spremljanju pacientov, poleg tega pa opravljajo še vrsto drugih pomembnih nalog, kot so zdravstveno-vzgojne aktivnosti pri pacientih in njihovih svojcih, skrb za uveljavljanje varnostne kulture, ki omogoča odkrivanje odstopanj in preprečevanje napak, ter skrb za stalno izobraževanje.

PKL ima utečen način ukrepanja ob neželenem dogodku, ko pacient iz različnih razlogov dobi terapijo, ki mu ni bila predpisana, ni pa ukrepov, ki bi zaznali druga odstopanja. Glede na literaturo lahko ugotovimo, da zagotavljanje varnosti in ravnanje z zdravili zajema vse faze upravljanja z zdravili. Do neželenih dogodkov in posledično škode pri pacientu lahko pride v vsaki od njih.

Potrebno je nadaljevati z utečeno prakso, ki omogoča ne le odpravljanje sistemskih motenj, ki vplivajo na pojavnost napak, ampak tudi stalno iskanje boljših metod dela v skladu z načeli kulture varnosti. Protokole opazovanja in dokumentiranja odstopanj bi bilo smiselno zato dopolniti, tako da bi zajemali odstopanja na vseh področjih uporabe in ravnanja z zdravili, ne le na področju aplikacije zdravil pacientom.

Naraščanje števila starejših pomeni, da se bodo medicinske sestre vedno pogosteje srečevale s posebnimi potrebami pacientov z duševno motnjo v starosti in bodo soočene z novimi izzivi, kako reševati težave te skupine prebivalstva – tudi pri uporabi zdravil.

LITERATURA

1. Adhikari R, Tocher J, Smith P, Corcoran J, MacArthur J. A multi-disciplinary approach to medication safety and implication for nursing education and practice. *Nurse Educ Today*. 2014; 34(2):185-90.
2. Aitken R, Manias E, Dunning T. Documentation of medication management by graduate nurses in patient progress notes: A way forward for patient safety. *Collegian*. 2006;13(4):5-11
3. Costa-Dias MJ, Oliveira AS, Martins T, Araujo F, Santos AS, Moreira CJ, et al. Medication fall risk in old hospitalized patients: a retrospective study. *Nurse Educ Today*. 2014;34(2):171:6.
4. Hall Ellenbecker C, Frazier SC, Verney S. Nurses' observations and experiences of problems and adverse effects of medication management in home care. *Geriatr Nurs*. 2004;25(3):164-70.
5. Kadivec S. Vloga zdravstvene nege pri zagotavljanju varnosti v procesu zdravljenja z zdravili.

- In: Kramar Z, Skela Savič B, Hvalič Touzery S, Kraigher A, Skinder Savič A. eds. Zbornik prispevkov 4. dni Angele Boškin, Gozd Martuljek, 7.-8. april. 2011. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2011: 59-62.
6. Karadžić Šmitran D, Trifoni N, Sebešan A. Pogovor o varnosti pri aplikaciji terapije. In: Kramar Z, Kraigher A. eds. Zbornik predavanj 3. dni Angele Boškin, Gozd Martuljek, 22. - 23. april. 2010. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice; 2010: 97-9.
 7. Kersnik J. Zdravstvene napake. In: Kersnik J, ed. Zbornik predavanj 19. Učne delavnice za zdravnike splošne medicine, 2002. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine; 2002: 1-5.
 8. Kohek M, Lipič Beligač M. Celovit pristop k obvladovanju tveganja pri ravnanju z zdravili. In: Kramar Z, Skela Savič B, Hvalič Touzery S, Kraigher A, Skinder Savič A. eds. Zbornik prispevkov 4. dni Angele Boškin, Gozd Martuljek, 7.- 8. april. 2011. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2011: 73-80.
 9. Mahmood A, Chaudhury H, Valente M. Nurses' perceptions of how physical environment affects medications errors in acute care settings. *Appl Nurs Res.* 2011;24(4):229-37.
 10. Mavsar-Najdenov B . Zagotavljanje varnosti in kakovosti pri dajanju zdravil. In: Kramar Z, Skela Savič B, Hvalič Touzery S, Kraigher A, Skinder Savič A, eds. Zbornik prispevkov 4. dni Angele Boškin, Gozd Martuljek, 7.- 8. april. 2011. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2011: 48-55.
 11. Maze H. Kakovost in varnost v zdravstveni negi. V: Maze H, Plank D, Hrstnim M, Drame S. Mentorji kot spodbujevalci razvoja profesionalnih kompetenc: Povezovanje teorije s prakso – prikaz primerov. Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju; 2012: 73-88.
 12. Panič Z, Vidmar L. Zagotavljanje varnosti pri uporabi in aplikaciji zdravil. In: Kramar Z, Skela Savič B, Hvalič Touzery S, Kraigher A, Skinder Savič A. eds. Zbornik prispevkov 4. dni Angele Boškin, Gozd Martuljek, 7.- 8. april. 2011. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2011: 63-6.
 13. Pham JC, Story JL, Hichs RW, Shore AD, Morlock LL, Cheung DS, et al. National study on the frequency, types, causes, and consequences of voluntarily reported emergency department medication errors. *J Emerg Med.* 2011;40(5):485-92.
 14. Pušnik D, Pirš K. Zagotavljanje varnega dajanja zdravil. In: Kramar Z, Skela Savič B, Hvalič Touzery S, Kraigher A, Skinder Savič A. eds. Zbornik prispevkov 4. dni Angele Boškin, Gozd Martuljek, 7.- 8. april. 2011. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2011: 67-73.
 15. Robida A. Varnost pacientov, napake, sindrom ranljivega sistema in pravična kultura. In: Berkopec M (ed.). Zbornik predavanj 12. Dni Marije Tomšič, Novo mesto, 21. - 22. januar 2010, Novo mesto: Splošna bolnišnica Novo mesto. Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Novo mesto, Visoka šola za zdravstvo Novo mesto: 16-20.
 16. Rothschild JM, Mann K, Keohane CA, Williams DH, Foskett C, Rosen SL, et al. Medication safety in a psychiatric hospital. *Gen Hosp Psychiatry.* 2007;29(2):156-62.
 17. Svetina Šorli P. Timsko delo v procesu zdravljenja z zdravili – vidik zdravnika. In: Kramar Z, Skela Savič B, Hvalič Touzery S, Kraigher A, Skinder Savič A. eds. Zbornik prispevkov 4. dni Angele Boškin, Gozd Martuljek, 7.- 8. april. 2011. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2011: 56-8.
 18. Taneja N, Wiegmann DA. The role of perception in medication errors: Implications for non-technological interventions. *MJAFI.* 2004;60(2):172-6.

SPREMLJANJE PACIENTOV IN APLIKACIJA ZYPADHERE

APPLICATION OF ZYPADHERA AND FOLLOW-UP CARE

Barbara Marcina, dipl. m. s.
Psihiatrična klinika Ljubljana
marcinaba@psih-klinika.si

IZVLEČEK

Zdravilo Zypadhera je namenjeno vzdrževalnemu zdravljenju odraslih pacientov s shizofrenijo, ki so dovolj stabilizirani med akutnim zdravljenjem s peroralnim olanzapinom. Shizofrenija je nevrokognitivna motnja z različnimi znaki in simptomi. Moderne razlage upoštevajo različne nevropsihološke, kognitivne, anatomske, nevropatološke, nevrorazvojne, elektrofiziološke in nevrokemične vzroke. Tako kot npr. na rak se tudi na shizofrenijo gleda kot na bolezen mnogoterih dejavnikov. Bolezenski simptomi so odraz porušenega delovanja živčnih prenašalcev (nevrotransmiterjev) v posebnih delih možganov. Nesporno je prisotna genetska predispozicija, zaradi katere se ob spletu zunanjih okoliščin pojavi bolezen. Zdravila za zdravljenje shizofrenije so antipsihotiki. Namen prispevka je predstaviti Zypadhero zaradi specifičnosti priprave zdravila in spremljanja pacientov po njegovi aplikaciji pacientom. Pri tem se zastavlja vprašanje, na kakšen način organizirati službo zdravstvene nege, da bo aplikacija Zypadhere pacientu bolj prijazna.

Ključne besede: depo terapija, post-injekcijski delirij, sedacijski sindrom

ABSTRACT

The drug Zypadhera is intended for the maintenance treatment of adult patients with schizophrenia, that are sufficiently well stabilised during the acute treatment with oral olanzapin. Schizophrenia is a neurocognitive disorder with different signs and symptoms. Modern concepts of schizophrenia take into account a variety of neuropsychological, cognitive, anatomical, electrophysiological, neuropathological, neurochemical and neurodevelopment factors. The purpose of this paper is to present drug Zypadhera, that demand special preparation and monitoring of patients after the administration. This raises the question of how to organise a nursing service so that the application of Zypadhera will be more patient-friendly.

Key words: depot therapy, health education, patient's treatment

UVOD

V Psihiatrični kliniki Ljubljana zasledimo prve primere zdravljenja shizofrenije z Zypadhero v novembru leta 2011. V tem času je bilo za pacienta obvezno spremstvo svojca, vendar je bilo 20. marca 2013 ukinjeno na podlagi priporočil evropske komisije EMEA, ki redno spremlja vse dogodke povezane s tem zdravilom. Ugotovili so namreč, da potrebno varnost pacientu po aplikaciji Zypadhere lahko zagotovi le nadzor zdravstvenega osebja.

Zypadhera je tovarniško ime za zdravilo, ki vsebuje olanzapin. Sodi med antipsihotike druge generacije. Ta zdravila imajo deloma vpliv na negativne simptome shizofrenije in manj ekstrapiramidnih stranskih učinkov. Diagnoza shizofrenije zajema širok spekter simptomov na področju mišljenja, čustvovanja in vedenja, ki jih lahko razdelimo v pozitivne (blodnje, halucinacije, formalne motnje mišljenja, bizarno vedenje) in negativne (čustvena odmaknjenost, motnje govornih produkcij, motnje voljnih mehanizmov, upad v socialnem udejstvanju in motnje pozornosti) (Pregelj, Kobentar 2009).

ANTIPSIHOTIČNA ZDRAVILA

Antipsihotiki, občasno še vedno imenovani tudi nevroleptiki, predstavljajo temelj zdravljenja shizofrenije in drugih psihotičnih motenj ali simptomov, uporabljamo pa jih tudi v drugih indikacijah,

kot so npr. bipolarna motnja, depresija in druga psihotična stanja (Pregelj et al., 2013). V osnovi lahko antipsihotike razdelimo na: 1) *antipsihotike prve generacije*, za katere se občasno uporablja tudi izraz »tipični antipsihotiki«. Poglavitni predstavniki antipsihotikov te generacije, ki običajno izboljšajo pozitivne simptome shizofrenije, so flufenazin, haloperidol, flupentiksol, zuklopentiksol; 2) *antipsihotike druge generacije* ali »atipične antipsihotike«, ki za razliko od svojih predhodnikov pozitivno vplivajo tudi na negativne simptome shizofrenije in na nekatere kognitivne disfunkcije. Med antipsihotike druge generacije spadajo npr. risperidon, paliperidon in olanzapin; 3) *antipsihotike tretje generacije*, ki še niso razširjeni, a se že pojavljajo na tržišču.

Antipsihotiki so v obliki tablet ali v parenteralnih oblikah. Paciente lahko zdravimo s parenteralnimi oblikami antipsihotika oz. t.i. depo injekcijami, ki jih injiciramo intramuskularno v glutealni predel na dva, tri ali štiri tedne ali v ramensko deltoidno mišico. Za parenteralne antipsihotike je značilno, da se zdravilo sprošča postopoma, zato so ti antipsihotiki primerni predvsem za paciente, ki kljub vsem podpornim ukrepom nočejo ali slabo sodelujejo pri predpisani terapiji, zdravljenje pa nujno potrebujejo (Pregelj et al., 2013). V specialistični ambulanti Psihiatrične klinike Ljubljana se uporablja štiri antipsihotike prve generacije in tri zgoraj našteje antipsihotike druge generacije s podaljšanim sproščanjem.

Pri klasičnih antipsihotikih so najbolj moteči neželeni stranski učinki t.i. ekstrapiramidni simptomi, kot so npr. motnje hotenih gibov (distonija) in prisotnost nehotenih gibov (diskinezija), subjektivni občutek mišične napetosti (akatzija), ki povzroči motorični nemir, in nevrološki sindrom parkinsonizem, ki ima isto etiologijo in simptomatiko kot Parkinsonova bolezen. Naštete simptome običajno spremlja še povečana raven prolaktina, ki povzroča spolne motnje, motnje menstrualnega ciklusa in galaktorejo. Najnevarnejši, vendar redkejši neželeni učinek, ki se pogosteje pojavlja pri višjih odmerkih klasičnih antipsihotikov, je maligni nevroleptični sindrom. Zanj je značilno neravnovesje avtonomnega živčnega sistema, motnje zavesti, huda mišična rigidnost in povišana telesna temperatura. Po drugi strani so za atipične antipsihotike značilne motnje presnove, ki lahko vodijo v nastanek metabolnega oz. presnovnega sindroma. Njegovi simptomi so povečana telesna teža, povečana koncentracija glukoze v krvi, motnje v metabolizmu lipidov in zvišan krvni tlak. Poleg naštetih stranskih učinkov se lahko pojavijo še drugi učinki, a se jih večina pojavlja le ločeno pri zdravljenju s posameznimi antipsihotiki (Pregelj, Kobentar, 2009).

OBRAVNAVA PACIENTA V SPECIALISTIČNI AMBULANTI

Medtem ko antipsihotike v obliki tablet pacienti lahko jemljejo kjerkoli, to ne velja za depo injekcije. Pacienti Psihiatrične klinike Ljubljana lahko dobijo depo injekcijo le med kontrolnimi pregledi v specialistični ambulanti po predhodnem dogovoru v skladu s sledečo proceduro. Po pogovoru s psihiatrom, ki predpiše in odredi depo terapijo, se pacient javi pri diplomirani medicinski sestri. Kadar je pacientu potrebno aplicirati, denimo, Zypadhero mu ob vstopu v ambulanto diplomirana medicinska sestra najprej izmeri krvni tlak in srčni utrip. V primeru odstopanja se o aplikaciji zdravila predhodno posvetuje z zdravnikom, ki je Zypadhero predpisal. Postopek aplikacije zdravila in obravnava pacienta trajata približno petnajst minut. Sledi izpolnjevanje pacientove identifikacijske kartice, ki jih pridobimo od farmacevtskih zastopnikov. Izpolni se interni obrazec »Protokol spremljanja pacienta po aplikaciji Zypadhere«. V času priprave oz. rekonstitucije zdravila poteka zdravstveno-vzgojno delo s pacientom in psihofizična priprava pacienta na samo aplikacijo zdravila. Zdravstveno-vzgojno delo s pacienti je ključnega pomena za nadaljnje sodelovanje pacienta v procesu zdravljenja. Sodelovanje pacienta v procesu zdravljenja pomaga pacientu premostiti težave, izboljša njegovo zdravstveno stanje in funkcioniranje v vsakdanjem življenju. Zatem pacient po lastni želji izbere kraj, kje bo na opazovanju v naslednjih treh urah. Kadar poteka spremljanje pacienta na oddelku, diplomirana medicinska sestra osebno pospremi pacienta na oddelek. Sledi aplikacija zdravila Zypadhera, ki se ga ne sme injicirati intravensko, ampak intramuskularno in globoko pod kožo. Pri aspiraciji pred samim injiciranjem je zelo pomembno, da v brizgalki ni krvi. Če je slučajno prisotna kri, potem moramo pripravljeno zdravilo zavreči in uporabiti novo zdravilo.

Zypadhera (olanzapin)

Zypadhera je antipsihotik v depo obliki, katerega poglavitna sestavina je dolgotrajno delujoči pripravek olanzapina v obliki soli olanzapinijevega pamoata. Zdravilo je bolj topno v krvi kot v mišici. Stik z večjo količino krvi povzroči hitrejše sproščanje dela odmerka, do katerega pride, če se med aplikacijo Zypadhere poškoduje žilo ali pa nepravilno injicira zdravilo intravaskularno. Ker seveda ne vidimo pod kožo pacienta, obstaja tveganje, da pride do epizode post-injekcijskega delirija oz. sedacijskega sindroma (PDSS), ob vsakem injiciranju Zypadhere. Zato je zelo pomembna dobra tehnika injiciranja. Priporoča se, da se zdravilo injicira po izdelanem »Standardu aplikacije depo terapije« (Interno gradivo PKL, 2014).

Na razpolago imamo vialo s tremi jakostmi odmerka: 210, 300 in 405 mg. Ob aplikaciji Zypadhere pa se lahko pojavijo neželeni stranski učinki, ki jih v stroki imenujemo preprosto PDSS. Kot so pokazala klinična preizkušanja zdravila, preden je zdravilo prišlo na trg, se PDSS pojavi pri 0,07 % aplikacijah zdravila oz. pri 2 % pacientov, kar v praksi pomeni, da bomo v ambulantni s 60 pacienti, ki dobivajo injekcije vsaka dva tedna, imeli en primer PDSS-ja letno. Literatura navaja, da so vsi pacienti po epizodi PDSS-ja zaradi nepravilne aplikacije zdravila Zypadhera v celoti okrevali brez kakršnih koli trajnih posledic v času od ure in pol do 72 ur po epizodi (Detke et al., 2010). Po epizodi PDSS-ja se je približno 70% pacientov odločilo nadaljevati terapijo z Zypadhero.

Post-injekcijski delirij oz. sedacijski sindrom se pojavi zaradi prekomerne plazemske koncentracije olanzapina, zato so njegovi simptomi tako rekoč enaki tistim pri prekomernem odmerku peroralnega olanzapina. Simptomi so: 1) delirantno stanje, vznemirjenost, tesnoba, zmedenost in druge kognitivne motnje; 2) sedacija, ki traja do 12 ur in je po stopnji blaga ali pa kritična s komo; 3) ekstrapiramidni simptomi, motnje govora (dizartrija), neusklajenost mišičnih gibov (ataksija), napadalnost, omotica, šibkost, povišan krvni tlak in krči. Značilno je, da se začne z blažjimi simptomi, ki nato naraščajo po stopnji oz. številu. Klinična slika je lahko podobna kot pri zastrupitvi z alkoholom (Detke et al., 2010). Čas nastopa simptomov pri pacientih je v prvi uri do 80%, od prve ure do treh ur 20% po treh urah pa manj od 5%.

Priprava materiala za aplikacijo Zypadhere

Za pripravo depo injekcije Zypadhera potrebujemo rokavice, več alkoholnih zložencev in predpisani odmerek zdravila. Zdravilo je pakirano v kompletu, ki vsebuje vialo praška Zypadhera, 3-mililitrsko vialo vehikla, 1-mililitrsko brizgo z že pritrjeno varnostno iglo (*Needle Pro* dolžine 38 mm in debeline 19 mm), dodatno varnostno iglo (dolžine 38 mm in debeline 19 mm) ter navodila za rekonstitucijo, dajanje in uporabo zdravila. Komplet odpremo in predmete priročno razporedimo za rekonstitucijo. Vzamemo rokavice za enkratno uporabo, ker zdravilo lahko draži kožo. Če pride zdravilo v stik z njo, kožo speremo z vodo.

Določanje volumna vehikla za rekonstitucijo

Ustrezen volumen vehikla za posamezno jakost zdravila je zapisan v barvni tabeli v navodilih za rekonstitucijo in dajanje zdravila Zypadhera. Primer: če pripravljamo odmerek 210 mg, potrebujemo viali s praškom 210 mg in 1,3 ml vehikla. Presežek vehikla ostane v viali in ga zavržemo.

Rekonstitucija zdravila Zypadhera

Za postopek rekonstitucije in dajanje potrebujemo približno pet minut. Najprej zrahljamo prašek v viali, tako da rahlo potrkamo po njem. Prašek v viali naj bi bil prosto gibljiv. Ta korak naj bi pomagal, da bi se prašek zlahka in v celoti suspendiral. V injekcijsko brizgalko izvlečemo ustrezno količino vehikla. V primeru, da je odmerek zdravila 210 mg, izvlečemo 1,3 ml vehikla in ga injiciramo v vialo s praškom. Preden izvlečemo iglo, izvlečemo bat, da vsrkamo nekaj zraka zato, da izenačimo pritisk v viali. Med odstranjevanjem igle držimo vialo pokončno, da preprečimo iztekanje vehikla. Uporabimo varnostno iglo in z injekcijske igle iztisnimo zrak. Da zagotovimo ustreznost odmerka, moramo suspenzijo pravilno mešati. Z vialo čvrsto trkamo po trdni, obloženi površini, dokler prašek ni več viden. Vialo ne pretresamo pred trkanjem, saj se bo prašek v tem primeru težje suspendiral. Pogledamo strani in dno vialo, ali se niso morda pojavile grudice. Nesuspendirani prašek se pokaže v obliki svetlo rumenih, suhih grudic, ki se držijo vialo. Če opazimo grudice, ponovno trkamo z vialo,

dokler se ne razpustijo. Močno pretresamo vialo, dokler ni suspenzija videti enakomerna ter skladne barve in sestave. Včasih se bo zaradi pretresanja viala pojavila pena. Če pustimo vialo mirno stati krajši čas, bo pena izginila. Pene ne povlečemo v injekcijsko brizgo, saj je zračne mehurčke težko odstraniti in lahko vplivajo na natančnost odmerka. Rekonstituirano zdravilo je v viali stabilno 24 ur po rekonstituciji. Priporočeno je, da zdravilo takoj injiciramo, ko ga povlečemo v injekcijsko brizgalko.

Injiciranje zdravila Zypadhera

Določimo iglo, ki jo bomo uporabili za injiciranje zdravila pacientu. V vseh odmerkih je vsebnost olanzapinijevega pamoata v suspenziji 150 mg na en ml. Ko pripravimo zdravilo, ga injiciramo pacientu na izbrano mesto injiciranja. Injekcijo damo ventroglutealno ali dorsoglutealno. To sta mesti z visoko mišično gostoto in zato klinično primerni za globoke glutealne injekcije. Pri ventroglutealnem injiciranju položimo spodnji del dlani na veliki stegnenični trohanter oz. na kolčno kost vrh stegna, tako da palec kaže proti dimljam, prsti pa proti pacientovi glavi. Izoblikujemo prostor v obliki črke V, tako da odmaknemo kazalec od ostalih prstov. Mesto injiciranja je v sredini trikotnika v obliki črke V. Nato nekaj sekund počasi aspiriramo, tako da bat injekcijske igle vlečemo k sebi. Če v injekcijsko iglo povlečemo kri, brizgalko zavržemo skupaj z odmerkom zdravila in vzamemo nov komplet. Po injiciranju zdravila iglo izvlečemo in jo zaščitimo z varnostnim nastavkom, mesta injiciranja pa ne masiramo. Po injiciranju na ustrezen način zavržemo vialo, injekcijske igle in brizgalko. Pri dorsoglutealnem injiciranju najprej poiščemo zgornji desni kvadrant glutealne mišice, tako da z namišljeno navpično in vodoravno črto razdelimo mišico v štiri kvadrante in mesto aplikacije razkužimo. Preostanek postopka izvedemo kot pri ventroglutealnem apliciranju.

Spremljanje pacienta po injiciranju zdravila Zypadhera

Po aplikaciji zdravila pacienta opazujemo, tako da ga lahko vidimo ali slišimo. Preverjamo, ali so se morebiti pojavili znaki PDSS-ja vsaj enkrat na uro po aplikaciji zdravila. Med opazovanjem pacienta (lahko) izpolnimo »Protokol spremljanja pacienta po aplikaciji Zypadhere«.



PROTOKOL SPREMLJANJA PACIENTA PO APLIKACIJI ZYPADHERE

Pacient

Ime _____

Preimat _____

APLIKACIJA TERAPIJE

Dipl. m.s. _____ ime in priimek _____ Podpis aplicira

Dipl. m.s. _____ ime in priimek _____ Podpis spremlja

Datum: _____ ura aplikacije: _____ zaključek opazovanja: _____

Terapija: Zypadhera _____ mg RR: _____ Pulz: _____

Pri pacientu opažani simptomi / spremembe	1. ura	2. ura	3. ura
● Pretirano zaspan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
● Omotičen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
● Zmeden ali neorientiran	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
● Razdražljiv ali nasilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
● Tesnoben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
● Težave pri govoru ali hoji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
● Šibak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
● Ima okorele mišice ali se trese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
●	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Označi opažene spremembe

O opaženih simptomih obveščen nadzorni zdravnik: _____
ime in priimek

V času obravnave je pacient vključen v naslednje aktivnosti:

Vrste aktivnosti					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Označi aktivnosti

datum: _____, ura odhoda: _____

Slika1: Protokol spremljanja pacienta po aplikaciji Zypadhere

Pred odhodom pacienta iz specialistične ambulante diplomirana medicinska sestra preveri, ali je pacient buden, orientiran in ali kaže simptome PDSS-ja po injiciranju. V primeru suma na preveliko odmerjanje ali PDSS pacienta pozorneje spremljamo in mu v primeru hude epizode PDSS-ja nudimo zdravniško pomoč. Spremljanje oz. nadzor pacienta je potreben, dokler se ne potrdi, da so se simptomi izboljšali. Pacientom, ki kažejo simptome PDSS-ja, se opazovanje podaljša po potrebi oz., dokler ne kažejo znakov izboljšanja. Četudi se simptomi ne pojavijo med opazovanjem na kliniki, diplomirana medicinska sestra paciente opozori, da naj so preostanek dneva vseeno pozorni na simptome PDSS-ja ter da naj poiščejo pomoč, če se pojavijo naknadno. Preostanek dneva naj ne vozijo avtomobila ali upravljajo drugih naprav, s katerimi bi ogrozili sebe ali druge.

Zdravniki morajo poleg vsega naštetega pri pacientih, ki imajo predpisano terapijo z Zypadhero, spremljati tudi nekatere presnovne parametre. Ker obstaja nevarnost presnovnega sindroma, je ob uvedbi zdravila potrebno: 1) spremljati telesno težo pacientov na štiri ali osem tednov, nato vsake tri mesece; 2) meriti raven krvnega sladkorja in spremljati vrednosti lipidov enkrat letno, nato pa vsakih pet let. Klinično spremljanje presnovnih dejavnikov je v skladu z veljavnimi smernicami za uporabo antipsihotikov.

SKLEP

Pogosto se pacienti sprašujejo, zakaj je potrebna tolikšna previdnost po aplikaciji zdravila Zypadhera. Moti jih spremstvo do oddelka, saj so prepričani, da pot zmorejo sami. Pri tem pozabijo na nevarnost PDSS-ja. Zelo težko razumejo, da se PDSS lahko pojavi ob vsakem injiciranju ne glede na to, kolikokrat so Zypadhero že prejeli. Zaradi nerazumevanja naše skrbi za njih velikokrat predčasno odidejo iz ambulante, čeprav bi morali zaradi varnosti ostati v bolnišnici vsaj tri ure po prejetju Zypadhere. Pacientom priporočamo, da ta čas preživijo ob branju, reševanju križank, pogovoru, drugo in tretjo uro pa se lahko že odpravijo na sprehod.

Obvezno spremljanje pacientov, ki so deležni terapije z Zypadhero, pa močno vpliva tudi na potek in organizacijo delovnih procesov zaposlenih v ambulanti. Normalen potek delovnih procesov je lahko dodatno otežen, če je dnevno naročenih več pacientov, kot se to dogaja na kliniki v Ljubljani ob četrtkih. Ta problem se v praksi rešuje, tako da se zaposlenemu, ki dela s pacienti na Zypadheri, dodeli dodatna pomoč pri zdravstveni obravnavi. Nadaljnjo težavo predstavlja prostorska stiska, do katere pride, če večje število pacientov na Zypadheri pride hkrati. Po drugi strani pa ob primerni organizaciji delovnih procesov v ambulanti množičen obisk več pacientov predstavlja tudi priložnost za boljšo izvedbo vzgojno-izobraževalnega dela pri teh pacientih. Če bi namreč lahko zagotovili skupen prostor pacientom, bi jim med spremljanjem lahko nudili oz. pripravili zanje več terapevtskih pogovorov in aktivnosti.

Tabela 1: Aktivnosti zdravstvene nege in število obravnav v specialistični ambulanti Centra za klinično psihiatrijo v letu 2013

MESEC	ODVZEM KRVI	DEPO (MD, HD, CD, FD)	XEPLION	ZYPADHERA	MERJENJE RR, pulz, TT	SPREMSTVO PAC.	ŠT. OBRAVNAV
JANUAR	158	493	74	26	42	7	1825
FEBRUAR	137	410	51	24	32	1	1406
MAREC	149	358	57	24	33	13	1464
APRIL	156	359	72	26	38	7	1561
MAJ	147	377	60	26	55	26	1590
JUNIJ	139	325	58	24	49	18	1365
JULIJ	119	112	67	29	46	15	1376
AVGUST	139	382	65	27	45	12	2404
SEPTEMBER	149	346	66	25	51	3	1582
OKTOBER	169	392	70	30	48	12	1690
NOVEMBER	169	334	65	27	46	12	1567
DECEMBER	156	356	80	29	52	11	1505
SKUPAJ	1787	4244	785	317	537	137	19335

Za prikaz aktivnosti v zdravstveni negi in obremenitev v specialistični ambulanti Psihiatrične klinike Ljubljana v letu 2013 je priloga tudi Tabela 1.

Dejstvo namreč je, da zdravstvena nega, ki je osredotočena na paciente in njihovo obravnavo v specialistični ambulanti, prinaša višjo kakovost storitev pacientom v Psihiatrični kliniki Ljubljana. Pri tem je velikega pomena profesionalnost in strokovno znanje.

LITERATURA

1. Pregelj P, Kores Plesničar B, Tomori M, Zorko B, Ziherl S. Antipsihotiki. In: Gregorič Kumperščak H, Kravos M, eds. Psihijatrija. Psihijatrična klinika Ljubljana; 2013: 351-3.
2. Eli Lilly May 2013: Usposabljanje zdravstvenih delavcev za rekonstitucijo (CD – ROM). Ljubljana; 2013.
3. Detke HC, McDonnell DP, Brunner E, Zhao F, Sorsaburu S, Stefaniak VJ, et al. Post-injection delirium/sedation syndrome in patients with schizophrenia treated with olanzapine long-acting injection, I: analysis of cases. BMC Psychiatry 2010. Dostopno na: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/10/43> (1.4.2014).
4. Pregelj P, Kobentar R. Antipsihotiki. In: Pregelj P, Kobentar R, eds. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana: Psihijatrična klinika Ljubljana; 2009: 412-4.
5. Pregelj P, Kobentar R. Shizofrenija. In: Pregelj P, Kobentar R, eds. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Psihijatrična klinika Ljubljana; 2009: 169.
6. Standardni načrt zdravstvene nege: Aplikacija depo terapije – v pripravi.

PREDSTAVITEV DOKUMENTACIJE ZDRAVSTVENE NEGE OB PREMESTITVI PACIENTA

PRESENTATION OF NURSING DOCUMENTATION UPON THE TRANSFER OF A PATIENT

pred. Aleš Zemljič, univ. dipl. org., dipl. zn.
Univerzitetni klinični center Maribor
ales264@gmail.com

IZVLEČEK

Dokumentacija zdravstvene nege je neprecenljivega pomena za spremljanje bolezni, okrevanje, strokovni nadzor, zdravstveno-raziskovalno delo in neprekinjeno obravnavo pacienta. Zdravstvena nega zagotavlja v klinični praksi neprekinjeno obravnavo pacienta in s tem tudi nemoteno premestitev pacienta. Pacientovo premestitev ali odpust mora spremljati ustrezna negovalna dokumentacija, ki zagotavlja neprekinjenost zdravstvene nege, pa naj je pacient premeščen znotraj bolnišnice na drugi oddelek, napoten na obravnavo na drugi oddelek znotraj iste ali druge bolnišnice, odpuščen v domačo oskrbo in predan patronažni zdravstveni negi ter skupnostni obravnavi ali premeščen v socialno-varstveni zavod, dom starejših občanov ali komuno. Neprekinjena obravnava pacienta se kaže tudi skozi dokumentiranje prakse zdravstvene nege, kjer pridejo do izraza vrednote zaposlenih v zdravstveni negi.

Ključne besede: dokumentacija, odpustni list zdravstvene nege, list kontinuirane zdravstvene nege

ABSTRACT

Nursing documentation is invaluable for the disease monitoring, recovery, professional supervision, health research and continuous treatment of patients. Continuous nursing must ensure uninterrupted treatment of a patient and his or her smooth transfer in relation to the further consideration of patients' needs for nursing care. Patient's transfer or discharge must be accompanied by appropriate nursing documentation that guarantees the continuity of health care regardless of whether a patient is transferred to another department within hospital, sent for a treatment in another department within the same or another hospital, discharged to home care or community health nursing, or transferred to social welfare institution, care home or commune. In truth, the continuity of the patient's treatment is best evinced through documenting nursing practice, where values of nursing personnel become manifest in a most obvious way.

Keywords: documentation, journal of nursing, journal of continuous nursing care

UVOD

Dokumentiranje pomeni vsako pisano ali elektronsko beleženje podatkov v zdravstveni negi. V članku »Dokumentacija v zdravstveni negi: pregled literature« Ramšak Pajkova (2006) pravi, da dokumentacija v zdravstveni negi služi številnim namenom in se pojavlja v različnih oblikah. Z ozirom na namen lahko dokumente v grobem razdelimo med splošne in specifične: splošna dokumentacija je usmerjena v profesionalne in organizacijske vidike zdravstvene nege pacienta, medtem ko se specifična ukvarja z obravnavo in nego vsakega pacienta posebej. Posledično se v praksi srečujemo z različnimi oblikami dokumentov, ki se med seboj razlikujejo od institucije do institucije in glede na specifične potrebe pacienta. Dokumentacija zdravstvene nege je neprecenljivega pomena za spremljanje bolezni, okrevanje, strokovni nadzor in zdravstveno-raziskovalno delo ter ne nazadnje za neprekinjeno obravnavo pacienta. Eden od dokumentov zdravstvene nege je načrt zdravstvene nege, ki vpliva na delo negovalnega tima in narekuje njihovo delo. Načrt zdravstvene nege je sestavljen iz štirih faz, kjer se na osnovi celotne ocene stanja pacienta določi negovalne diagnoze, cilje, intervencije in izide zdravstvene nege (Taylor et al., 2001). Omogoča nam individualno, humano in strokovno obravnavo posameznika v vseh fazah procesa zdravstvene nege.

Namen dokumentacije zdravstvene nege je splošen pregled nad planirano in izvedeno zdravstveno nego s ciljem zagotavljanja kvalitetne in kontinuirane zdravstvene nege v času zdravstvene obravnave posameznika (Kroell, Birthe-Garde, 2005). Zdravstvena nega zagotavlja neprekinjeno obravnavo pacienta in tudi nemoteno premestitev ali odpust pacienta. Pacientov odpust mora biti pravočasno načrtovan, da se pacient lahko ustrezno pripravi in da se naveže stike s službo zdravstvene nege, kamor pacienta predamo (Pajnikihar, 1999). Pacientovo premestitev ali odpust mora spremljati ustrezna negovalna dokumentacija, ki zagotavlja neprekinjenost zdravstvene nege, pa naj je pacient premeščen znotraj bolnišnice na drugi oddelek, napoten na obravnavo na drugi oddelek znotraj iste ali druge bolnišnice, odpuščen v domačo oskrbo in predan patronažni zdravstveni negi ter skupnostni obravnavi ali premeščen v socialno-varstveni zavod, dom starejših občanov ali komuno.

Namen prispevka je osvetliti pojem premestitvene in odpustne dokumentacije zdravstvene nege, opredeliti njen namen in pomembnost. Dokumentacija je pomembna za opravljanje kakovostne zdravstvene nege in zagotavljanja varnosti pacientom tako v bolnišničnem okolju kot tudi v domači oskrbi.

METODE DELA

Za namen poglobitve in predstavitve pojma premestitvene dokumentacije v zdravstveni negi je bila izbrana opisno-raziskovalna metoda. Za osnovno zbiranje in analizo virov je bil izbran pregled literature. Pri iskanju literature smo uporabili bibliografske baze Cobiss, Medline in ScienceDirect, v katere smo vnesli naslednje ključne besede v slovenščini in njihove ustreznice v angleščini: dokumentiranje/dokumentacija (ang. *documentation*), zdravstvena nega (ang. *health care*), odpust pacienta (ang. *remission of patient*). Najprej smo pregledali izvlečke in nato razdelitev prispevkov glede na utemeljitev namena premestitvene dokumentacije v zdravstveni negi. V nadaljevanju bomo tako predstavili »Odpustni list zdravstvene nege« in »List kontinuirane zdravstvene nege«, ki se ju uporablja v splošni obliki v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor (v nadaljevanju UKC Maribor) in specifični obliki na Oddelku za psihiatrijo UKC Maribor. Obrazca sta bila izdelana v sklopu uvajanja novih dokumentov v UKC Maribor kot organizacijski predpis oz. dokument splošnega pomena (Pernat, 2011).

PREGLED LITERATURE

Pomen premestitvene dokumentacije v zdravstveni negi

Dokumentacija zdravstvene nege je pomemben del celotne zdravstvene dokumentacije pacienta. Predstavlja dokumentacijo posameznih faz procesa zdravstvene nege. Vpliva na zagotavljanje neprekinjene in kvalitetne zdravstvene nege ter komunikacijo med člani zdravstvenega tima. Po mnenju avtoric Harkreader in Hogan (2004) je namen dokumentacije v zdravstveni negi:

- komunikacija med člani zdravstvenega tima in med posameznimi oddelki v času hospitalizacije;
- zagotavljanje neprekinjene in kvalitetne zdravstvene nege, se pravi, je kazalec standardnih postopkov v zdravstveni negi in služi kot kazalec kakovosti;
- uradno beleženje dela medicinskih sester, za katero so odgovorne. To omogoča preverjanje odgovornosti za napake, pravilen postopek dela;
- ugotavljanje odškodninske odgovornosti;
- raziskovanje in izboljšava postopkov v zdravstveni negi. Rezultati tovrstnih raziskav so osnova za razvoj novih postopkov in povečanje strokovnega znanja.

Pomemben del dokumentacije v zdravstveni negi je tudi premestitvena dokumentacija. Je osnova za kontinuirano zdravstveno nego, ki je po avtorici Pajnikihar (1999) interdisciplinarni in multidisciplinarni proces, kateri vključuje pacienta, svojce, nosilce zdravstvene nege in druge stroke v zdravstveni obravnavi pacienta. Premestitvena dokumentacija temelji na načrtovanju celovite zdravstvene nege za neprekinjeno obravnavo pacienta, nemoteno premestitev pacienta in nadaljnjo obravnavo spremenjenih pacientovih potreb po zdravstveni negi z oz. na razpoložljive možnosti.

Organizacija zdravstvene nege oz. delovanje službe zdravstvene nege zagotavlja pacientu zdravstveno nego v takem obsegu in s tako kvaliteto, da omogoča neprekinjeno zadovoljevanje njegovih potreb po zdravstveni negi (Pajnkihar, 1999). Premestitvena dokumentacija je za pacienta pomembna z vidika kvalitetne obravnave. Kot navajajo avtorji (Björvell et al., 2002), je zagotovo eden od razlogov v tem, da se povečuje potreba po varnosti in točnosti podatkov tako v zdravstveni negi kot v prenašanju podatkov med različnimi službami. Ob tem je pomemben razvoj enotnih obrazcev za odpustno pismo zdravstvene nege, s katerim je možno izboljšati sporazumevanje med različnimi ravnmi zdravstvenega varstva, skrajšanje časa nastajanja in potovanja dokumentov med ravnmi ter izboljšanje zdravstvene oskrbe pacientov. Enotna struktura omenjenih dokumentov je pomembna tudi zaradi načrtovanega izboljševanja informatizacije v zdravstveni negi. Vsekakor je strateški cilj zagotoviti elektronski zdravstveni zapis na nacionalni ravni, vključno z varnimi in standardiziranimi oblikami sporazumevanja. Elektronska dokumentacija je namreč sistem, ki uporablja računalniško opremo in specializirano programsko opremo za zbiranje, shranjevanje, obdelavo, razvrščanje, tiskanje in prikazovanje zdravstvenih podatkov o pacientu, ki so potrebni za analizo kliničnih podatkov (Aiken, 2004). Ti sistemi so pomembni za zagotavljanje kakovostne oskrbe, obvladovanje tveganja, preprečevanje in zmanjšanje izpostavljenosti sodnim in disciplinskim postopkom, upravičevanje stroškov plačniku zdravstvenih storitev ter za zagotavljanje državnih in zveznih zahtev oz. akreditacijskih zahtev (Aiken, 2004). Z elektronsko dokumentacijo zdravstvene nege bi medicinskim sestram omogočili hiter dostop do informacij, ki jih pri svojem delu potrebujejo in so lahko rezultat načrtovanega dela tako v zdravstvenih ustanovah ob premestitvi pacienta kot tudi v domači oskrbi in zdravstveni negi patronažnega varstva ali skupnostne psihiatrije. Dejstvo namreč je, da pravočasen prenos točnih in ustreznih podatkov o diagnostičnih izsledkih, zdravljenju, zapletih, konziliarnih pregledih, diagnostiki, ki je priporočena ob odpustu, in kontrolnih pregledih lahko močno izboljša pacientovo zdravstveno oskrbo. Po drugi strani pa odloženo sporazumevanje ali netočen prenos podatkov med zdravstvenimi strokovnjaki v zgodnjem obdobju po odpustu iz bolnišnice lahko negativno vpliva na stalnost oskrbe in pacientovo varnost. Ker se zdravljenje v bolnišnicah skrajšuje, ostajajo ob odpustu nekateri zdravstveni problemi še nerešeni, zato je zelo pomembno, da so v odpustnem pismu podane smernice za njihovo reševanje (Vodopivec Jamšek et al., 2009).

Obrazec za premestitev in odpust pacienta mora vsebovati ustrezne informacije o pacientovem zdravstvenem stanju, potrebnih intervencijah in pacientovi sposobnosti, da skrbi za lastno nego, uporablja pripomočke, opozarja pa tudi na njegove posebnosti, ki se tičejo zdravstvene obravnave ter nadaljnjo obravnavo pri zdravniku (Železnik, Ivanuša, 2002). Avtorici Železnik in Ivanuša (2002) podajata tudi splošne zahteve glede načrtovanega odpusta. Nekatere se lahko izvede tudi naknadno, takoj po nujni premestitvi pacienta na drugi oddelek ali v drugo ustanovo. Te zahteve so:

- pacient in svojci morajo biti seznanjeni z diagnozo, s programom zdravljenja in zdravstvene nege med hospitalizacijo in po odpustu;
- čas odpusta in program zdravstvene oskrbe po odpustu je potrebno predvideti;
- vsi, ki skrbijo za pacienta med hospitalizacijo, morajo sodelovati pri načrtovanju odpusta;
- odpust je treba načrtovati, tako da pacienta in svojce poučimo o negovalnih potrebah, katere bodo aktualne po odpustu, kot so npr. gibanje in omejitve gibanja, higiena, jemanje zdravil, dieta, prevez rane, stome in preprečevanje okužbe, prepoznavanje znamenj in simptomov bolezenskih sprememb, koga lahko prosijo za pomoč itn.;
- načrtovanje odpusta mora upoštevati zmožnosti pacienta za lastno nego ali možnosti oskrbe v okolju, kjer bo pacient živel po odpustu;
- načrtovanje odpusta mora pritegniti vse potrebne službe izven bolnišnice, ki bodo pacientu koristile oz. nudile pomoč;
- načrtovanje odpusta mora potekati, tako da je dovolj časa za urejanje ustrezne izvenbolnišnične zdravstvene oskrbe in nege pacienta;
- pacient in svojci morajo dobiti tudi pisna navodila.

V nadaljevanju bosta predstavljena dva dokumenta zdravstvene nege, ki se uporabljata v UKC Maribor in sta pomembna za kakovostno in varno zdravstveno obravnavo pacientov.

Odpustni list zdravstvene nege (slika 1)

Odpustni list zdravstvene nege, ki se ga uporablja na Oddelku za psihiatrijo UKC Maribor, je del »Sprejemnega in odpustnega lista zdravstvene nege«, natisnjena v formatu A3 na štirih straneh. Kot vsak uradni dokument je tudi ta sestavljen iz glave obrazca, kamor prilepimo pacientovo nalepko s podatki o pacientu (ime in priimek, rojstni datum, starost, EMŠO, številka zdravstvenega zavarovanja, matična številka, črna koda in oddelek, kjer je pacient hospitaliziran) in osnovnimi podatki ustanove, ki dokument izdaja. V nadaljevanju na dokumentu označimo:

- odpust, premestitev ali umrli pacient;
- katere dokumente je pacient dobil ob odpustu ali premestitvi;
- kdo je bil z odpustom ali premestitvijo seznanjen;
- kateri del zdravstveno-vzgojnega dela je opravila medicinska sestra pri pacientu in svojcih;
- ali je pacient prejel zdravila in oblačila, ki jih je prinesel ob sprejemu ali med hospitalizacijo na oddelek;
- katero vrsto prevoza smo pacientu uredili ob odpustu ali premestitvi;
- dodatne opombe, ki se nanašajo na zdravljenje in oskrbo pacienta ob odpustu ali premestitvi in so pomembne za medicinsko sestro, če je pacient ponovno hospitaliziran;
- datum odpusta ali premestitve in podpis diplomirane medicinske sestre, ki odobri pacientov odpust ali premestitev.

Dokument je potrebno izpolniti pri vseh pacientih, ki so odpuščeni, premeščeni ali umrli na Oddelku za psihiatrijo UKC Maribor. To je pomembno še posebej zato, ker ima vsaka medicinska sestra v primeru pacientove ponovne hospitalizacije celosten pregled nad tem, kako sta odpust ali premestitev potekala med prejšnjo hospitalizacijo. Hkrati odpustni list zdravstvene nege zaposlene v zdravstveni negi pouči o morebitnih komplikacijah in predstavlja osnovo / izhodišče pri načrtovanju pacientovega odpusta med vnovično hospitalizacijo. Dokument se ob odpustu ali premestitvi shrani skupaj z ostalo zdravstveno in negovalno dokumentacijo v pacientov popis bolezni v bolnišničnem arhivu in je dostopen medicinski sestri ob ponovni hospitalizaciji ali v primeru nujne situacije.

List kontinuirane zdravstvene nege (slika 2)

List kontinuirane zdravstvene nege je sestavljen iz glave obrazca (enako kot Odpustni list zdravstvene nege), podatkov o pacientovih svojcih ali kontaktni osebi, medicinske diagnoze in iz petih sklopov, ki podrobno opisujejo stanje pacienta ob odpustu.

- Prvi sklop se nanaša na psihofizično stanje ob odpustu in potrebe po zdravstveni negi. Potrebe pacienta po zdravstveni negi ocenimo na podlagi 14 osnovnih življenjskih aktivnosti po Virginii Henderson vključno s pacientovimi razvadami in opisom splošnega pacientovega stanja.
- Drugi sklop vsebuje podatke o postopkih in posegih zdravstvene nege. Ta del obsega oceno pacientovih organskih sistemov, popis uporabljenih materialov in pripomočkov za zadovoljevanje osnovnih življenjskih potreb, potem popis pripomočkov za aplikacijo predpisane terapije s strani zdravnika in popis osebne lastnine pacienta, ki jo pacientu predamo ob odpustu ali premestitvi.
- Tretji sklop je namenjen opisu terapije, ki jo je predpisal zdravnik. Vpiše se terapijo, ki jo je pacient prejel na dan odpusta ali premestitve oz. jo bo prejemal po odpustu.
- Četrty sklop evidentira preiskave, ki so bile opravljene pri pacientu med hospitalizacijo in izvide teh preiskav. Prav tako se evidentira preiskave, katerih izvidi še niso znani. V evidenci morajo biti zabeleženi krvna skupina, nadzorne kužnine, alergije, vrednosti meritev vitalnih funkcij ob odpustu ali premestitvi.
- Peti sklop obsega priloge, med katerimi moramo shraniti pacientove izvide preiskav pred hospitalizacijo, odpustno pismo zdravnika, fotokopije izvidov trenutne hospitalizacije, ki niso del zdravniškega odpustnega pisma, delovne naloge, napotnice in naloge za prevoz.

Na koncu obrazca se odpustna medicinska sestra podpiše in zapiše telefonsko številko oddelka v primeru nejasnosti po odpustu. Dokument se izpolni, ko je pacient premeščen ali napoten na drugi oddelk znotraj iste ustanove, v drugo zdravstveno ali socialno-zdravstveno ustanovo oz. komuno ali ko je pacient odpuščen v domačo oskrbo, potrebuje pa obravnavo skupnostne psihiatrije ali patronažne službe. Izpolnjen obrazec je samostojen dokument, ki je enakovreden zdravniškemu odpustnemu pismu. Pošlje se ga službam zdravstvene nege na oddelke, kamor je pacient premeščen oz. odgovornim medicinskim sestram, ki bodo prevzele zdravstveno nego pacienta na njegovem domu po odpustu.

Nalepka pacienta



ODPUSTNI LIST ZDRAVSTVENE NEGE

Pacient/ka: odpuščen premeščen v/na: _____ umrli

PACIENT/KA je prejel/a:

- odpustnico
- začasno odpustnico
- list kontinuirane zdravstvene nege
- recepti - Rp
- napotnico za: _____
- delovni nalog za: _____
- drugo: _____

Z ODPUSTOM SO SEZNANJENI:

- svojci / skrbniki
- patronažna služba
- Dom upokojencev
- policija
- pravosodna policija
- sodišče
- drugo: _____

ZDRAVSTVENO VZGOJNO DELO

Pacient / svojci seznanjeni / poučeni z navodili za nego in oskrbo v domačem okolju:

da ne

Pacient / svojci seznanjeni / poučeni z navodili za prehrano:

da ne

Pacient je prejel zdravila, ki jih je prinesel s seboj:

da ne

Pacient je prejel osebna oblačila:

da ne

PREVOZ Z:

RA

s svojci

pravosodni policist

drugo: _____

DODATNE OPOMBE, KI SE NANAŠAJO NA ODPUST PACIENTA:

Datum: _____

Podpis dipl.m.s. / dipl.zn.: _____

OB 75 M5 111 Povezava: OP 75 M5 001
4

Izdaja 01 z dne: 12.09.2013

Stran 4 od

Slika 1: Odpustni list zdravstvene nege (Zemljič, 2013)
SLUŽBA ZDRAVSTVENE NEGE
ODDELEK ZA PSIHIATRIJO

Datum: _____

Enota: _____

Nalepka pacienta

OBVESTILO SLUŽBI ZDRAVSTVENE NEGE (oddelek, zdravstveno - socialna ustanova):
_____**LIST KONTINUIRANE ZDRAVSTVENE NEGE**Podatki o pacientovi kontaktni osebi (ime, priimek, naslov, telefon):
_____Medicinska diagnoza, na katero se navezuje ZN:
_____**I. Psihofizično stanje ob odpustu in potrebe po ZN:**

- | | normalno | odstopanja | |
|--|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| 1. Dihanje | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 2. Izločanje | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 3. Odvajanje | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 4. Spanje, počitek | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 5. Vzdrževanje tel. temperature | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 6. Komuniciranje | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| | normalno | delno odvisno | polna odvisnost |
| 7. Hranjenje in pitje | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| 8. Gibanje in ustrezna lega | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| 9. Oblačenje | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| 10. Osebna higiena | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| 11. Izogibanje nevarnostim | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| 12. Izražanje čustev, potreb, mnenj: _____ | | 13. Izražanje verskih potreb: _____ | |
| 14. Izraba prostega časa: _____ | | 15. Razvade (odvisnost): _____ | |
| 16. Pridobivanje znanja o zdravju in boleznih: _____ | | | |

OPIS PACIENTOVEGA SPLOŠNEGA STANJA:
_____**II. Postopki in posegi ZN (negovalne intervencije):**

- Prehrana: normalna, dieta: _____; _____ kcal; posebnosti: _____
- Hranilna sonda: vrsta: _____; datum vstavitve: _____; mesto: nos D , nos L , usta
- Intravenozni kanal: mesto: _____; datum vstavitve: _____; posebnosti: _____
- CVK: mesto: _____; datum vstavitve: _____; posebnosti: _____
- Trahealna kanila , dren : mesto: _____; datum vstavitve: _____; posebnosti: _____
- TUK: številka: _____; datum vstavitve: _____; posebnosti: _____

porabljenega materiala, predvsem pa bi naše delo postalo bolj standardizirano in enotno. Premestitvena dokumentacija je z zornega kota neprekinjene, varne zdravstvene nege, predvsem pa kvalitete opravljenega dela nujno potrebna na vseh področjih zdravstvene nege.

LITERATURA

1. Aiken T. D. Legal, ethical and political issues in nursing, 2nd ed. Philadelphia, PA: F. A. Davis; 2004.
2. Björvell C, Wredling R, Thorell Ekstrand I. Long term increase in quality of nursing documentation: effects of comprehensive intervention. *Scand J Caring Sci*; 2002; 16: 34-42.
3. Harkreader H, Hogan M. A. Fundamentals of nursing caring and clinical judgement. USA Elsevier Science; 2004: 217-29.
4. Kroell V, Birthe Garde A. Strategy for documentation in nursing at a national and a local level in Denmark. In: Proceedings of the fifth biennial European Conference of the Association for Common European Nursing Diagnoses. Bled ACENDIO 2005; Bern Hans Huber; 2005: 73-77.
5. Pajnikihar M. Teoretične osnove zdravstvene nege. Maribor: Visoka zdravstvena šola Maribor; 1999.
6. Pernat A. Organizacijski predpis: dokumenti splošnega pomena (OP 42 UV 001). Maribor: Center za kakovost in organizacijo, Univerzitetni klinični center Maribor; 2011.
7. Ramšak Pajk J. Dokumentacija v zdravstveni negi: pregled literature. *Obzor Zdr N.* 2006; 40: 137-42.
8. Taylor C, Lillis C, LeMone P. Fundamental of nursing: the art and science of nursing care. 4th ed. USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2001: 256-69.
9. Vodopivec Jamšek V, Šuškovič S, Poplas Susič T, Košnik M. Sodelovanje med nivoji: odpustno pismo. *ISIS – glasilo zdravniške zbornice Slovenije*, št. 4. Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije; 2009: 16-18.
10. Zemljič A. List kontinuirane zdravstvene nege (OB 75 M5 109). Maribor: Služba zdravstvene nege, Oddelek za psihiatrijo, Univerzitetni klinični center Maribor; 2013.
11. Zemljič A. Sprejemni list zdravstvene nege (OB 75 M5 111). Maribor: Služba zdravstvene nege, Oddelek za psihiatrijo, Univerzitetni klinični center Maribor; 2013.
12. Železnik D, Ivanuša A. Standardi aktivnosti zdravstvene nege. Maribor: Visoka zdravstvena šola Maribor; 2002: 15-31.

PREDSTAVITEV PRIMERA PACIENTKE Z NEŽELENI MI UČINKI ANTIPSIHOTIČNE TERAPIJE

PATIENT WITH ADVERSE EFFECTS OF ANTIPSYCHOTIC THERAPY: A CASE REPORT

Stanka Pikš, dipl.m.s.

Barbara Možgan, viš.med.ses.

Psihiatrična klinika Ljubljana, Center za klinično psihiatrijo

stanka.piks@psih-klinika.si

IZVLEČEK

Zdravila za vse vrste bolezni imajo poleg želenih tudi neželene učinke, medsebojne interakcije in včasih tudi resne zaplete. Čeprav so psihotropna zdravila prinesla pravo revolucijo v zdravljenju psihiatričnih motenj, njihovo uporabo spremljajo neželeni učinki, ki terjajo svoj davek. Neželeni učinki, ki se pojavijo so večinoma neprijetni za paciente, včasih celo nevarni in so ponavadi tudi glavni razlog, da pacienti opuščajo uživanje redne terapije. V prispevku bo prikazan primer 33-letne pacientke, ki je bila zdravljena v Psihiatrični kliniki od 1.8.2013 do 19.11.2013, kamor je bila sprejeta za ureditev terapije zaradi pojava neželenih učinkov antipsihotične terapije, ki so pacientko močno ovirali v vsakdanjem življenju. Ob sprejemu je kazala hude znake tardivne distonije jezika z izrazitim izplazenjem (protruzijo). Obravnava pacientke je bila zelo zahtevna tudi z vidika zdravstvene nege. S stopnjevanjem težav je bilo vse težje zadovoljevati njene temeljne življenjske potrebe. Na samem začetku se je težava najbolj izrazito kazala na področju socialnih stikov in odnosov z drugimi ljudmi. Otežena ji je bila tudi komunikacija. Kasneje so se pojavili še negovalni problemi na področju vzdrževanja osebne higiene in higiene ustne votline, vzdrževanja telesne temperature, spanja, prehranjevanja, pitja in dihanja. Obravnava pacientke je bila za osebje zdravstvene nege zato zelo zahtevna in obenem velik izziv. Za težavno se je izkazala predvsem v zadnjih tednih, ko so se težave stopnjevale, na psihiatričnih oddelkih pa nismo ustrezno opremljeni in kadrovsko okrepljeni za intenzivno nego tako zahtevne pacientke. S potrebnim znanjem lahko pravočasno prepoznamo neželene učinke, o njih poročamo in pravilno ukrepamo ter na ta način pacientom nudimo kakovostno zdravstveno nego in ustrezno medicinsko oskrbo.

Ključne besede: antipsihotična terapija, neželeni učinki, zdravstvena nega

ABSTRACT

Medicines in addition to desired effects sometimes cause also undesired side effects, drug interaction, and even serious complications. Psychotropic drugs have brought quite a revolution in the treatment of psychiatric disorders, but there are also accompanying side effects that require its toll. Side effects are by large margin unpleasant for patients, sometimes they can even have dangerous effects, which is why patients cease to take such drugs on a regular basis. The paper describes a case of a 33-year-old patient, treated in the Psychiatric Clinic from 1.8.2013 to 19.11.2013. The patient was admitted to the clinic to amend the side effects in her antipsychotic therapy, which had negative effects on her daily life. At the admission, the patient had severe signs of tardive dystonia of her tongue, with her tongue badly protruding out of her mouth. The patient was a challenging case also in terms of the health care and nursing. When the problems aggravated, they gradually affected also the patient's basic needs. In the early stage, the negative effects of the therapy had an impact on the patient's social life, since the communication became harder and harder. In the advanced stage, the patient struggled to keep up with personal hygiene and hygiene of the oral cavity, and her condition started affecting her body temperature as well as sleep, simultaneously causing eating disorders and even difficulties with breathing. The patient was therefore a very challenging case also for the nursing staff. We faced growing difficulties with treatment of patient in a psychiatric ward especially in the later stage, when the problems with her side effects accelerated. Namely, there is not enough nursing staff in the psychiatric wards for proper monitoring of such challenging patients. With proper training and knowledge, the nursing team would get the necessary know-how for timely identification, action and

reporting of the negative side effects. Only thus would we be able to provide the patients the high level care and proper medical care.

Keywords: antipsychotic therapy, side effects , nursing

UVOD

Kakor na drugih specializiranih medicinskih področjih tako tudi v psihiatriji imajo zdravila neželene učinke, medsebojne interakcije in včasih zelo resne zaplete (Vitorović, 2009). Antipsihotiki so zelo učinkovita zdravila za zdravljenje psihotičnih simptomov in drugih duševnih motenj. Z njimi lahko rešujemo življenja in pri predpisovanju včasih ne obstaja nobena druga alternativa (Hennings et al., 2008). Delimo jih na tipične antipsihotike (klasične) in atipične antipsihotike druge generacije (Vitorović, 2009), oboji pa so lahko povzročitelji resnih neželenih učinkov (Hennings et al., 2008).

Neželeni učinki antipsihotikov so še vedno pogost pojav in se pojavljajo v različnih oblikah in z različno intenziteto. Dejstvo namreč je, da so za paciente zelo neprijetni, pogosto opazni navzven in zato tudi eden od glavnih razlogov, zakaj pacienti opuščajo terapijo. Zaradi tega morajo biti pacienti dobro seznanjeni s pozitivnimi in negativnimi učinki zdravil. Pomembno je tudi, da zdravstveni delavci prepoznamo neželene učinke, jih spremljamo in beležimo, jih poskušamo ublažiti in se s pacienti o njih pogovarjamo. Dati jim moramo priložnost, da govorijo o svojih strahovih in dilemah v zvezi z neželenimi učinki zdravil, saj so pogost razlog za dodatno stigmo v širšem okolju.

Primer neželenih učinkov antipsihotične terapije iz prakse, ki bo opisan v nadaljevanju je razlog, ki bi nas moral spodbuditi, da bi strokovnjaki z različnih področij medicine delovali bolj povezano in pacienta obravnavali celostno in spoštljivo ne glede na naravo njegove bolezni.

NEŽELENI UČINKI ANTIPSIHOTIKOV

Neželeni učinki psihotropnih zdravil so za pacienta praviloma neprijetni, nekateri zapleti pa so lahko tudi nevarni (Vitorović, 2009). Neželeni učinki se pojavljajo pri relativno visokem deležu pacientov, ki redno prejemajo zdravila za zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Na intenziteto in pogostost pojavljanja vplivajo različni dejavniki, kot so npr. starost, spol, sočasno jemanje drugih zdravil ali psihoaktivnih substanc, prisotnost drugih bolezni, terapevtski odmerek in vrsta zdravila, pa tudi odnos do zdravil in strah pacienta pred zdravili (Kobentar, 2009).

Tipični antipsihotiki povzročajo predvsem nevrološke (ekstrapiramidne) motnje, ki se lahko odražajo kot nekontrolirani mišični spazmi (distonija) v kateremkoli delu telesa (npr. zvižanje vratu, obračanje oči navzgor). Pogost je tudi parkinsonizem, ki se kaže kot neizrazitost obraza, monoton govor, počasen gib telesa, majhen korak. Akatizijo pacienti opisujejo kot notranji nemir z željo po gibanju, prestopanju, neprestano hojo sem in tja ter premikanjem nog pri sedenju. Tardivna diskinezija se lahko pojavi po dolgotrajnem zdravljenju z antipsihotiki in se kaže skozi nehotene gibe rok, mlaskanje, žvečenje ali plazenje jezika iz ust. Zelo resen in tudi življenjsko nevaren je nevroleptični maligni sindrom. Zanj so značilne motnje zavesti, motnje v delovanju avtonomnega živčevja, povišana telesna temperatura, povišan vnetni parameter, krvni tlak niha, pacient se poti, slini, je pordel, lahko pa se pojavi tudi inkontinenca (Vitorović, 2009).

Drugi neželeni učinki, ki se lahko pojavijo med terapijo z antipsihotiki, so glavobol, vrtoglavica, nespečnost, visok nivo prolaktina, spolne motnje, motnje srčnega ritma, krvne spremembe, motnje v presnovi glukoze, maščob in povečana telesna teža, zaprtje, zastoj urina, suha usta in padec krvnega tlaka, možni pa so tudi epileptični napadi in alergije (Vitorović, 2009). Pri uporabi novejših atipičnih antipsihotikov pa se lahko pojavijo motnje v presnovi glukoze, maščob v krvi, povečanje telesne teže in s tem tveganje za razvoj sladkorne bolezni (Muench et al., 2010).

Izplazenje (protruzija) jezika je redka oblika kranialne distonije, ki močno vpliva na pacientove dnevne aktivnosti vključno z govorjenjem, žvečenjem in požiranjem. V prvi vrsti povzroča govorne in socialne težave. Stopnja protruzije lahko varira od ponavljajočih se oz. občasnih izplazenj jezika, do stalnega izplazenja, kar povzroča težave pri govoru in hranjenju. V ekstremnih primerih lahko pride do samopohabljenj zaradi grizenja jezika in ustnic (Esper et al., 2010). Ob blažjih oblikah izplazenja jezika, ki pa je ravno tako neprijetno, si pacienti pogosto pomagajo z žvečenjem žvečilnega gumija, držanjem cigarete v ustih, ščipanjem obraza, stiskanjem zob, mrmranjem ali žvižganjem (Esper et al., 2010).

VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI OBRAVNAVI PACIENTOV Z NEŽELENIMI UČINKI ANTIPSIHOTIČNE TERAPIJE

Sestavni del načrtovanja medikamentozne terapije je učenje pacientov in svojcev. Ključno vlogo pri tem ima medicinska sestra. Cilj učenja je, da pacienti poznajo ime zdravila, namen uživanja, učinke in možne neželene učinke, nadalje da zdravilo varno, učinkovito in samostojno uživajo ter da možne neželene reakcije na zdravilo prepoznajo. Z dobro zdravstveno vzgojo pacient doseže primerno znanje za varno in samostojno uživanje zdravil, prepreči nastanek zapletov bolezni, pridobi občutek samostojnosti, varnosti in samozavesti ter izboljša kakovost življenja (Sedej Kodela, 2008).

Medicinska sestra pri obravnavi pacientov sodeluje v diagnostično-terapevtskem programu in s svojim strokovnim znanjem v okviru svojih kompetenc pomaga pacientom obvladovati neželene učinke zdravil. Moteči in neprijetni učinki antipsihotične terapije se namreč kažejo tudi na drugih življenjskih področjih in aktivnostih. Zato je pomembno, da pacientu pred začetkom obravnave temeljito razložimo pomen jemanja zdravil in pridobimo njegovo privolitev in sodelovanje. Pogosto pri pacientih odpor do klasičnega zdravljenja izvira ravno iz nerazumevanja bolezenskega procesa, strahu pred neželenimi učinki, nepoznavanja zdravil in njihovih pozitivnih ter negativnih učinkov. Dober terapevtski odnos, poznavanje zdravil in njihovih učinkov skupaj s primerno razlago pomagajo premagati odklonilen odnos in strah pacientov pred neznanim. Pacient mora biti seznanjen s tem, kako zdravila delujejo na moteče znake bolezni, in z morebitnimi neželenimi učinki. Pacientu svetujemo, da stranske učinke, ki ovirajo njegovo aktivnost, beleži in o njih natančno obvešča zdravnika, ki odloča o nadaljnjih ukrepih. Pred uvedbo ali neposredno po uvedbi zdravil je potrebno opraviti še nekatere preiskave in meritve, ki jih predpiše zdravnik. Pacienta moramo seznaniti o času odvzema krvi in z navodili o vseh predpisanih preiskavah. V primeru zapletov zaradi stranskih učinkov zdravil pa medicinska sestra pri pacientu izvaja tiste aktivnosti zdravstvene nege, ki so pri posameznem pacientu potrebne (Kobentar, 2009).

Medicinska sestra pacientu svetuje tudi vključitev v različne dejavnosti za premagovanje težav (gibalno terapijo, delovno terapijo, likovno terapijo, glasbeno terapijo, terapijo sproščanja in samoobvladovanja). Naš cilj je dosežen, če pacient v procesu zdravljenja aktivno sodeluje in skrbno jemlje zdravila, v primeru zapletov zaradi neželenih učinkov pa zna pravilno ukrepati in poiskati pomoč strokovnjakov.

PREDSTAVITEV PRIMERA IZ PRAKSE

33-letna pacientka, katere klinični primer bomo predstavili v nadaljevanju, je bila zdravljena na Psihiatrični kliniki Ljubljana od 1.8.2013 do 19.11.2013. Na kliniko je bila sprejeta za ureditev terapije zaradi pojava neželenih učinkov med antipsihotično terapijo, ki so pacientko močno ovirali v vsakdanjem življenju. Pred to hospitalizacijo je bila od leta 2004 že štirikrat zdravljena v drugi psihiatrični bolnišnici, sprva z diagnozo osebnostne motnje v sklopu blage duševne manjrazvitosti, od leta 2011 pa z diagnozo psihotične motnje. Pacientka je namreč omenjala glasove in privide. Iz popisa je razvidno, da je na uvedbo klasičnega antipsihotika odreagirala z izrazitim tremorjem in povišanim tonusom miškulature, kasneje pa so se po uvedbi dodatne depo terapije začele pojavljati še orofacialne diskinezije s pogostimi protruzijami jezika. Kljub zamenjavi klasičnega antipsihotika z antipsihotikom nove generacije se opisani simptomi niso izboljšali.

Ob sprejemu na našo kliniko je bila pri pacientki izražena predvsem tardivna distonija jezika z izrazitim izplazenjem (protruzijo), položaj katerega je ob sprejemu skušalanenahno sama korigirati s pomočjo rok. Istočasno je bil prisoten povečan tonus zgornjega dela telesa, okončin in tremor rok. Na začetku hospitalizacije so se pacientkine težave polagoma izboljšale, a so se kasneje kljub izbiri druge antipsihotične terapije ponovno poslabšale in nato le še stopnjevale. V začetku hospitalizacije je bila zanjo največja težava navezovanje socialnih stikov in vzpostavljanje ter vzdrževanje odnosov z drugimi pacientkami. Pacientka se je zapirala pred ostalimi, usta si je pokrivala z roko in poskušala spraviti jezik nazaj v usta. Umikala se je v sobo, z ostalimi ni komunicirala, delovala je depresivno in opazili smo, da se počuti med sopacientkami neprijetno še posebej v času obrokov, saj ji je hrana pogosto padala iz ust, prisotno pa je bila tudi obilno slinjenje. Zaradi tega smo pacientki omogočili, da je jedla sama, in si s tem pridobili njeno zaupanje, hkrati pa smo ji naročili tudi primerno dietno hrano. Pomagali smo ji tudi pri hidraciji, s čimer smo ji omogočili ustrezen vnos tekočine. Po obrokih smo jo

spodbujali, da je redno skrbela za ustno higieno, a je tudi to postopoma postalo težava, saj je pacientki jezik nebreknil do te mere, da ga sčasoma ni več mogla spraviti v usta. Za njeno ustno nego po obrokih hrane je tako začelo skrbeti negovalno osebje, čeprav se je bolnica ves čas trudila sodelovati. Posebno težko je bil dostopen predel pod jezikom, saj se je pacientki jezik izplazil iz ust v tolikšni meri, da je ves čas pritiskala z zobmi nanj. Sčasoma so se zato pojavile ugrizne rane na jeziku, ki so se nato še vnele. Kljub opisanim težavam smo jo spodbujali k vključevanju v aktivnosti na oddelku in posredno tudi k druženju s sobolnicami. V času aktivnosti smo ji ponudili zaščitno masko, ki jo je rada sprejela in se z njo začela vključevati v določene terapevtske skupine na oddelku po svojih zmožnostih. Pogosteje se je zadrževala tudi v dnevnem prostoru med sobolnicami in spremljala televizijski program ali dogajanje na oddelku. Tudi ostale pacientke na oddelku so jo lepo sprejele in so do njenih težav izražale sočutje. Vseeno pa so se težave z uhajanjem jezika iz ust v nadaljevanju zdravljenja le še stopnjevale. Pacientka praktično ni več mogla potegniti jezika v usta, niti v času nočnega počitka. Kvaliteta spanja je zato bila slaba, pacientka je zgubljala na telesni teži in postajala vedno bolj utrujena, med tem pa ji je jezik vedno bolj nabrekal in postajal modrikast. Komunikacija je bila otežena, s pacientko smo težko komunicirali tudi preko pisanja zaradi izrazitega tremorja rok. Večinoma smo se sporazumevali z gestami rok in prikimavanjem. Zaradi padca telesne teže in postopoma vedno težjega hranjenja in hidracije je bila pri pacientki uvedena nazogastrična sonda, po kateri je dobivala hrano, tekočino in zdravila. Zaradi splošne telesne oslabelosti je tudi težje izkašljevala sluz, zato je postala subfebrilna. Po opravljenih preiskavah je bila pri pacientki potrjena pljučnica. Uveden ji je bil antibiotik intravenozno, vključili smo respiratorno fizioterapijo. Prejemala je tudi inhalacije dvakrat dnevno. Redno smo spremljali vitalne parametre in uvedli stalni nadzor. Pri pacientki smo aktivnosti zdravstvene nege sprotno in natančno beležili.

Pacientka je bila med hospitalizacijo na naši kliniki obravnavana ambulantno tudi na Kliniki za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo v Ljubljani, na Kliničnem oddelku za maksilofacialno in oralno kirurgijo Kirurške klinike v Ljubljani, spremljana pa je bila tudi s strani nevrologov Nevrološke klinike v Ljubljani, kjer so ji v jezik aplicirali botulin za preprečevanje nehotenega uhajanja jezika iz ust. Predvidena je bila tudi za nadaljnjo obravnavo na ORL kliniki, kjer bi ji ponovno aplicirali botulin toksin v pterigoidno muskulaturo, s čimer bi se preprečilo nehoteno grizenje jezika. Večkrat smo poskusili urediti sprejem pacientke na Nevrološko kliniko, vendar je bila vedno zavrnjena. Ponujena ji je bila samo ambulantna obravnava. Poleg osnovnih preiskav krvi, EKG-ja in CT-ja so bile opravljene še dodatno naročene imunološke in serološke preiskave, lues, serumski ceruloplazmin, nivo bakra v 24-urnem urinu, nivo folata, vitamina B12 ter večkrat kontrolirani vnetni parametri. Ker se je njeno stanje poslabšalo v tolikšni meri, da je bolnica postala dispnoična in je potrebovala aktivno predihavanje s kisikom, je bila poslana na ORL kliniko, kjer so opravili traheotomijo in bolnico predihavali s pomočjo respiratorja. Kasneje je bila premeščena na respiratorni center Infekcijske klinike, nato pa na Nevrološko kliniko. Rehabilitacija je trajala več tednov, vendar se ji je stanje izboljšalo, tako da je bila naposled odpuščena iz Nevrološke klinike domov.

RAZPRAVA

Obravnava pacientke je bila z vidika zdravstvene nege zahtevna. S stopnjevanjem težav je bilo vse težje zadovoljevati določene temeljne življenjske aktivnosti. Na samem začetku so se težave najbolj kazale na področju socialnih stikov in odnosov z drugimi ljudmi, ker je pacientka zaradi svojih težav večino dneva preživela v bolnišnični sobi. Otežena je bila tudi komunikacija. Kasneje pa so prišli do izraza negovalni problemi še na področju vzdrževanja osebne higiene in higiene ustne votline, vzdrževanja telesne temperature, spanja, prehranjevanja in pitja ter dihanja. Obravnava pacientke je bila zato za osebje zdravstvene nege zelo zahtevna in obenem velik izziv. Za težavni sta se zdravstvena nega in obravnava izkazali predvsem v zadnjih tednih, ko so se težave stopnjevale, na psihiatričnih oddelkih pa nismo ustrezno opremljeni in kadrovsko dovolj močni za intenzivno nego tako zahtevne pacientke. Pacienti, ki potrebujejo tako intenziven nadzor vitalnih parametrov, sodijo na oddelek za intenzivno nego, kjer razpolagajo z ustrezno opremo in dovolj osebja.

Velikokrat se težave stopnjujejo tudi zato, ker je za paciente z motnjami v duševnem zdravju, ki so že hospitalizirani v psihiatrični bolnišnici in potrebujejo dodatno zdravstveno obravnavo, v somatskih bolnišnicah težje urediti hospitalizacijo. Temu smo bili priča tudi v opisanem primeru, saj nam ji ni uspelo zagotoviti postelje na ustreznem oddelku kljub večkratni predstavitvi pacientke in posredovanju informacij o njenem vedno težjem zdravstvenem stanju. Žal ugotavljamo, da je stigma

pacientov z motnjami v duševnem zdravju še vedno prisotna tudi med zdravstvenimi strokovnjaki iz drugih vej medicine.

SKLEP

Na srečo pa lahko ugotovimo, da so opisani neželeni učinki antipsihotične terapije, ki predstavljajo tako veliko tveganje za življenje pacienta, pri nas še vedno prej izjema kot pravilo. Zelo pomembno je, da tudi osebje zdravstvene nege dobro pozna delovanje in značilnosti zdravil, ki jih aplicira pacientom. Z dobrim znanjem oz. poznavanjem zdravil namreč lahko pravočasno prepoznamo neželene učinke, o njih poročamo in pravilno ukrepamo. Le na ta način lahko pacientom nudimo kakovostno zdravstveno nego in ustrezno medicinsko oskrbo.

Potrebno bi bilo, da se predavanj in izobraževanj s področja duševnega zdravja udeležujejo tudi strokovnjaki z drugih področij, saj bi se s pridobljenim znanjem lahko znebili strahu pred psihiatričnimi pacienti, osvojili osnovne veščine komunikacije z njimi in jim nudili bolj kvalitetno oskrbo.

LITERATURA

1. Dokumentacija iz popisa pacientke. Psihiatrična klinika Ljubljana (01.04.2014)
2. Esper CD, Freeman A, Factor SA. Lingual protrusion dystonia: Frequency, etiology and botulinum therapy. In: Parkinsonism and related Disorders. 2010; 16: 438-441.
3. Hennings JMH, Krause E, Bötzel K, Wetter TC. Successful treatment of tardive lingual dystonia with botulinum toxin: case report and review of the literature. In: Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry. 2008; 32:1167-1171.
4. Kobentar R. Zdravstvena obravnava pacientov z neželenimi učinki psihotropnih zdravil. V: Pregelj P, Kobentar R.(ur). Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana; 2009:415-21. In: AmFamPhysician.2010;81(5):617-622. Dostopna na: <http://www.aafp.org/afp/2010/0301/p617.html>.(3.4.2014)
5. Muench J, Hamer AM. Adverse Effects of Antipsychotic Medications. In:
6. Sedej Kodela A. Vloga zdravstvene vzgoje pri uživanju medikamentozne terapije bolnikov s psihotično motnjo v Psihiatrični bolnišnici Idrija. Obzor Zdr N. 2008;42(2):117–26.
7. Vitorovič S. Stranski učinki psihiatričnih zdravil. V: Pregelj P, Kobentar R.(ur). Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana; 2009: 411-14.

KOORDINATOR ODPUSTA IN ODPUSTNICA ZDRAVSTVENE NEGE

DISCHARGE COORDINATOR AND NURSING DISCHARGE PAPER

Zdenka Kramar, dipl. m. s.

Jana Lavtižar, dipl. m. s.

Splošna bolnišnica Jesenice

zdenka.kramar@sb-je.si

IZVLEČEK

Prvi kontakt z bolnišnico in sprejem sta lahko za posameznika stresen dogodek. Delo je zato potrebno organizirati, tako da bo imel pacient občutek, da je cenjen in zaželen. Prav tako je potrebno poskrbeti, da bo pacient čim lažje opravil vse aktivnosti, ki so potrebne za sprejem in izvedbo operativnega posega pred sprejemom. Izvesti je potrebno tudi koordinacijo celotnega poteka oskrbe ter dobro načrtovati odpust in skrb za pacienta po odpustu. Neustrezen načrt odpusta vodi v ponovni sprejem, kar slabo vpliva na pacienta, svojce in osebje. Na ta način se povečajo tudi stroški obravnave in celotnega zdravljenja. Pri načrtovanju odpusta pacienta je pomembno, da sodeluje multidisciplinarni tim strokovnjakov. Vse aktivnosti morajo biti usklajene. Pomembno je, da celoten tim sprejme takšen način dela in ga tudi izvaja. Z vzpostavitvijo sistematičnega načrtovanja odpusta je pacientu omogočen lažji prehod v poteku obravnave in prehod iz bolnišnice v domačo oskrbo. V članku je predstavljen primer dobre prakse procesa koordiniranja celotne zdravstvene oskrbe v Splošni bolnišnici Jesenice. S koordiniranjem je bil vzpostavljen sistem načrtovanega odpusta v domačo oskrbo in v institucionalno varstvo za paciente, pri katerih je bilo mogoče glede na dejavnike tveganja pričakovati, da bodo pri doseganju varnega in učinkovitega okrevanja potrebovali večjo vzpodbudo in nadzor. Načrtovanje odpusta iz bolnišnice v domače okolje je del nenehnega procesa, ki se mora začeti pred začetkom pacientovega sprejema v bolnišnico ali takoj ob sprejemu in končati z odpustnico in kontaktom koordinatorja s pacientom po odpustu v domačo oskrbo.

Ključne besede: koordinator zdravstvene oskrbe, načrtovanje odpusta, pacient

ABSTRACT

The paper presents process of comprehensive health care coordination in General hospital Jesenice that introduced a system of planned discharge of patients into home care and institutionalised care for patients with greater needs for motivation and monitoring. It rests on the assumption, that the planning for discharge is a part of a continuous process that must start before or right after the admittance of the patient into the hospital.

UVOD

Koordinator zdravstvene oskrbe (KZO) je vezni člen v celostni obravnavi pacienta s potrebami po nadaljnji oskrbi v domačem okolju ali institucionalnem varstvu. Skrbi za povezano obravnavo, boljšo obveščenost pacienta, njegove družine in izvajalcev zdravstvene ter socialne oskrbe. Učinkovitost dela KZO se kaže v zmanjšani uporabi zdravstvenih storitev, skrajšanju ležalnih dob in boljši kakovosti življenja. S skrajšanjem ležalne dobe so pacienti odpuščeni iz bolnišnice, ko še niso sposobni samooskrbe, potrebujejo pomoč pri osnovnih življenjskih aktivnostih in imajo še po odpustu do dokončnega okrevanja veliko potreb (doseganja najvišje možne stopnje samostojnosti pri aktivnostih, ki pripomorejo k ozdravitvi ali ohranitvi zdravja). Neustrezen načrt odpusta vodi v ponovni sprejem, kar slabo vpliva na pacienta, svojce in osebje. Pri načrtovanju odpusta pacienta mora sodelovati več-profesionalni tim. Vse aktivnosti morajo biti usklajene. Pomembno je, da celoten tim sprejme takšen način dela in ga dosledno izvaja, kajti celotni proces od priprave pacienta pred sprejemom, vodenje in koordiniranje med bivanjem v bolnišnici in pravočasni odpust določajo pacientove potrebe za tekoč prehod iz enega nivoja oskrbe na drugega (od doma v bolnišnico, v bolnišnici z oddelka na oddelek, iz bolnišnice v domačo oskrbo oz. v institucionalno varstvo) (Lavtižar, Kramar, 2013).

Cilj koordiniranja odpusta in celotne zdravstvene oskrbe je čim hitrejši potek sprejema, obravnave pacienta in odpust pacienta iz bolnišnice glede na njegovo zdravstveno stanje ob upoštevanju vseh njegovih potreb. Hkrati je potrebno zagotoviti varno in učinkovito zdravljenje ob povezovanju in aktivaciji zdravstvene in socialne službe v okolju, kjer pacient živi.

Že med pripravo na sprejem in ves čas hospitalizacije v obravnavo aktivno vključujemo svojce oz. skrbnike. Zgodnejši odpust iz bolnišnice je mogoč le, če se pri tem upošteva pacientovo stanje, njegove potrebe, zagotavlja varno in učinkovito okrevanje ob povezovanju in aktivaciji zdravstvene in socialne službe v okolju, kjer pacient živi. Istočasno je potrebno že med pripravo na sprejem ter ves čas hospitalizacije vključiti v te procese svojce oz. skrbnike (Lavtižar, Kramar, 2013).

V Veliki Britaniji so tako že v letu 2003 izdelali smernice, ki pacientom omogočajo, da se po uspešnem zdravljenju in rehabilitaciji hitro vrnejo v običajno življenje (Department of Health, 2003). V tem dokumentu je načrtovanje odpusta opredeljeno kot proces, ki se prične že pred sprejemom in oceno pacientovega stanja ter na osnovi katerega se potem načrtuje odpust. Načrtovanje odpusta iz bolnišnice je del nenehnega procesa, ki se prične pred začetkom tako načrtovanega kot nenačrtovanega sprejema. Gre za nadgradnjo, kjer se posamezne ocene pacientovega stanja naredijo že pred sprejemom (Department of Health, 2003). Načrtovanje pacientovega odpusta se izvede v bolnišnici. S pridobljenimi informacijami se načrtuje oskrbo, odpust, premestitev ali napotitev v ustrezne ustanove ali v ambulantno obravnavo (DIAS standard za bolnišnice, 2011).

NAČRTOVANJE ODPUSTA

Za uspešno načrtovanje odpusta mora bolnišnica pripraviti protokol z namenom vzpostavitve sistema za koordiniranje učinkovitega odpusta za vse paciente. V protokol je potrebno vključiti tudi ocenjevanje pacientov in zgodnje prepoznavanje tistih pacientov, pri katerih zaznamo dejavnike za otežen odpust. Koordiniranje odpusta se začne izvajati takoj ob ali že pred sprejemom v bolnišnico (DIAS standard za bolnišnice, 2011). Pomembno je, da pri načrtovanju odpusta sodeluje celoten, multidisciplinaren tim, ki pozna pacienta in potek njegovega zdravljenja, zdravstvene nege ter oskrbe v domačem okolju.

Zelo pomembno je, da se opredelijo dejavniki, po katerih ocenjujemo, ali gre za težaven odpust. Prav s prepoznavo pacientov, pri katerih je zaznati težaven odpust, bomo lahko z načrtovanjem aktivnosti pravilno ukrepali in dovolj zgodajnačrtovalioskrbo po odpustu. Velikokrat je težko predvideti čas odpusta. Posledično lahko pride do težav pri časovni opredelitvi različnih preiskav v primeru, da ne moremo opredeliti časa trajanja preiskav in časa, ki je potreben za končni rezultat. Prav tako zdravstveni strokovnjaki ne morejo zagotovo napovedati, kakšen bo izid zdravljenja in ali bodo pacienti v celoti okrevali (Lees, Holmes, 2005).

Brez načrtovanega odpusta ali pri prezgodnjem odpustu lahko pride do težav, če niso izpolnjene in usklajene vse pacientove potrebe. Lahko pride do oteženega odpusta, do ponovne hospitalizacije in dodatnih nepotrebnih storitev ali celo do poslabšanja pacientovega zdravstvenega stanja. Prav tako dolgotrajno bivanje v bolnišnici povečuje tveganje za nastanek bolnišničnih okužb, depresivnost, nesamostojnost opravljanja pomembnih življenjskih aktivnosti, izgubo samostojnosti in zaupanja ter neustrezno uporabo različnih medicinsko-tehničnih sredstev (Department of Health, 2010).

Lavtižar in Sivec (2013) navajata, da je že ob sprejemu potrebno pripraviti ustrezen načrt odpusta, da ne pride do ponovnega sprejema pacienta zaradi pomanjkljivega odpusta med prejšnjo hospitalizacijo. Hkrati s tem preprečimo povečanje stroškov obravnave. Ob odpustu je potrebno upoštevati pacientovo stanje, njegove želje, potrebe in hkrati zagotavljati varno in učinkovito okrevanje. V obravnavo je potrebno vključiti ostale službe izven bolnišnice: socialno službo v okolju, kjer pacient živi, in patronažno službo.

Vzpostavitev procesa koordiniranja odpusta pacienta

Različni avtorji navajajo, da so koordinatorji zdravstvene oskrbe pacientov v večini primerov medicinske sestre (Watts, Pierson, Gardner, 2007). Tudi v Splošni bolnišnici Jesenice (SBJ) trenutno

deluje pet samostojnih KZO, ki so izkušene diplomirane medicinske sestre in dobro poznajo organiziranost bolnišnice, oddelka ali enote, v kateri delujejo, ter delovanje zdravstvenega sistema. Prav tako poznajo specifičnosti obravnave pacientov, hkrati pa imajo organizacijske sposobnosti in so večje učinkovitega in prijaznega komuniciranja. KZO aktivno usklajujejo celotno zdravstveno oskrbo in posegajo tudi na primarni nivo. Njihova vloga je zelo pomembna in prepoznavna, kajti prav od njih je odvisno, kako hitro se bo pacient vrnil v domačo oskrbo in kako bo poskrbljeno za njegove potrebe. Pri načrtovanju pacientovega odpusta je njihova vloga oblikovati učinkovite odnose s ključnimi posamezniki pri pacientovem načrtu odpusta na oddelkih in podati informacije o odpustu ob sodelovanju vseh zdravstvenih strokovnjakov, ki so vključeni v celotno oskrbo pacientov. V načrtovanje celotne zdravstvene oskrbe vključno s koordiniranjem odpusta mora biti vključen multidisciplinarni tim. S tem dosežemo, da bodo aktivnosti usklajene s pacientom in njegovimi svojci s ciljem, da dosežemo čim hitrejši odpust. KZO v načrtovanje odpusta in postavljanju ciljev aktivno vključuje pacienta in njegove svojce. Koordinator svetuje o izvajanju negovalnih postopkov po odpustu in izvaja zdravstveno-vzgojno delo (Splošna bolnišnica Jesenice, 2011).

Koordinator pridobi ob sprejemu prve podatke o pacientu in aktivno išče informacije o predvideni dolžini hospitalizacije ter posebnostih zdravljenja pacienta od zdravnika. Na osnovi pridobljenih podatkov koordinator povezuje člane multidisciplinarnega tima pri delu in vključuje tiste, ki lahko prispevajo h kakovostni obravnavi in učinkovitem odpustu pacienta. Proces načrtovanja odpusta vključuje zbiranje informacij, usklajevanje na različnih ravneh v bolnišnici, dobro komunikacijo in dokumentacijo. Ocena odpusta je ključnega pomena in je del procesa načrtovanja odpusta (Watts, Pierson, Gardner, 2007).

Potek vključitve pacienta

Delo KZO na kirurškem oddelku se v SBJ razlikuje od dela KZO na internem oddelku. Pri kirurških pacientih, ki so naročeni na operativni poseg, se KZO v njegovo obravnavo vključi že pred sprejemom, upošteva potek oskrbe po klinični poti in skupaj s pacientom izpolni vprašalnik, ki je del klinične poti. KZO vsakodnevno pregleda celoten seznam vseh sprejetih pacientov na oddelku oz. enoti. Načrtuje aktivnosti za odpust, po potrebi opravi pogovor z zdravnikom in pregleda zdravstveno dokumentacijo. Osredotoči se na sprejemno medicinsko-negovalno anamnezo in na ugotovitve ob samem sprejemu. KZO med bivanjem pacienta načrtuje ponovne obiske pri njem in pri tem upošteva pacientovo zdravstveno stanje.

Ob sprejemu ali pred sprejemom se seznanijo s posebnostmi pacientovega zdravstvenega stanja in poskuša ugotoviti tveganja, ki so prisotna oz. bodo vplivala na pravočasnost odpusta. Seznanijo ga s pacientovimi pravicami in dolžnostmi, hkrati pa pregleda in se seznanijo s pacientovo zdravstveno dokumentacijo. KZO pri obravnavi pacienta sodeluje z ostalimi člani zdravstvenega tima, ki ga tvorijo zdravniki, medicinska sestra na oddelku, socialni delavci, fizioterapevti, delovni terapevti, dietetiki, koordinatorji za oskrbo kroničnih ran in zdravstveno-vzgojni edukatorji, t.j. strokovni sodelavci za pedagoško področje. V primeru, da se pri obravnavi pacienta ugotovi, da bo odpust težaven zaradi socialne problematike, KZO takoj v obravnavo vključi socialno delavko. Skupaj s člani zdravstvenega tima pripravi načrt odpusta, nadzoruje izvajanje načrta in ga tudi usmerja. KZO se skupaj z zdravnikom dogovori o datumu odpusta. Spremlja in vzpodbuja vključevanje pacienta in svojcev oz. skrbnikov v načrtovanje odpusta ter jih informira o aktivnostih pacienta, ki so vezane na odpust. Sistematično v časovnih intervalih preverja zdravstveno stanje pacienta in novonastala tveganja ter vrednoti tista tveganja, ki so bila prisotna ob sprejemu oz. zaznana med hospitalizacijo. Spremlja, predlaga in preverja izvedbo potrebnih zdravstveno-vzgojnih aktivnosti in učenja večšin pacienta ter svojcev oz. skrbnikov. Poskrbi za pravilen transport pacienta v domače okolje. Delo sprotno dokumentira ter pripravi strokovno analizo in poročilo. Vodi odpustno dokumentacijo in statistično spremlja število odpustov in možnih odklonov. KZO se povezuje s pristojno patronažno medicinsko sestro v pacientovem lokalnem okolju, osebnim zdravnikom, zdravstvenim osebjem ustanove, v katero se pacient vrača, in drugimi službami, ki bodo izvajale potrebno oskrbo. Skupaj z diplomirano medicinsko sestro, ki je na oddelku odgovorna za pacienta, pripravi odpustno pismo zdravstvene nege. Telefonsko preverja zdravstveno stanje in dokumentira spremembe pri oskrbi pacienta tudi po odpustu iz bolnišnice v naprej predvidenih časovnih intervalih.

Pravočasni odpust

O pravočasnem odpustu govorimo takrat, ko je pacient odpuščen domov ali premeščen v drugo zdravstveno ustanovo takoj, ko je klinično stanje pacienta stabilno in je primeren za odpust (Department of Health, 2004). Ključni koraki za pravočasni odpust so odvisni predvsem od dobre komunikacije s pacientom in njegovimi svojci takoj ob ali celo pred sprejemom v bolnišnici. Pri koordiniranju odpusta je potrebno sodelovanje multidisciplinarnega tima in načrtovanje vseh aktivnosti, ki bodo pripeljale do hitrejšega odpusta. Vzporedno je potrebno izvajati tudi vse ukrepe za optimalen odpust vključno z odpustnim pismom, ambulantnimi kontrolnimi obiski, predpisom predvidenih zdravil v domačem okolju in transportom pacienta domov. KZO mora izvajati tudi dnevne obiske pri pacientu in koordinirati celotno zdravstveno obravnavo (diagnostični posegi, zdravstveno vzgojo in druge aktivnosti).

Obveščanje pacientov o dolžini bivanja v bolnišnici je kompleksen proces, ki vključuje različne strokovnjake, ustrezen časovni okvir in upoštevanje celotnega gibanja pacientov. Vsi ukrepi od sprejema dalje morajo biti usmerjeni v načrtovanje datuma odpusta.

Lavtižar in Sivec (2013) trdita, da se pacientova oskrba ne zaključi s premestitvijo v drugo ustanovo ali odhodom v domače okolje takoj po zaključeni akutni obravnavi. Bolnišnično zdravljenje se v SBJ lahko nadaljuje na oddelku za zdravstveno nego, zato se lahko zaradi rehabilitacije pacienta podaljšajo priprave na odpust. Na oddelku za zdravstveno nego se izvajajo tudi družinske konference. Sprejem na oddelku za zdravstveno nego je pogojen s kriteriji, ki so vnaprej določeni. Pri tem sodeluje koordinator zdravstvene obravnave. Ob sprejemu na oddelku za zdravstveno nego se v obravnavo poleg negovalnega osebja vključijo tudi fizioterapevti, delovni terapevti, dietetiki, koordinatorji za obravnavo razjede zaradi pritiska (RZP) in socialna delavka, če je potrebno. Že ob sprejemu na ta oddelku se prične dogovor o odpustu oz. premestitvi pacienta. Načrtuje se družinska konferenca, v kateri sodelujejo pacient, če je sposoben sodelovati, njegovi svojci, koordinator zdravstvene nege na oddelku za zdravstveno nego ter socialni delavec. Ko je dogovorjeno, kam bo pacient nameščen po odpustu, se k pogovoru povabi fizioterapevt in delavnega terapevt, ki svojce seznanita s stopnjo samooskrbe, ki jo je pacient dosegel med rehabilitacijo na oddelku za zdravstveno nego. Svojce se povabi na individualno edukacijo. Cilj je pripraviti pacienta na najvišjo možno stopnjo samooskrbe pri vseh življenjskih aktivnostih.

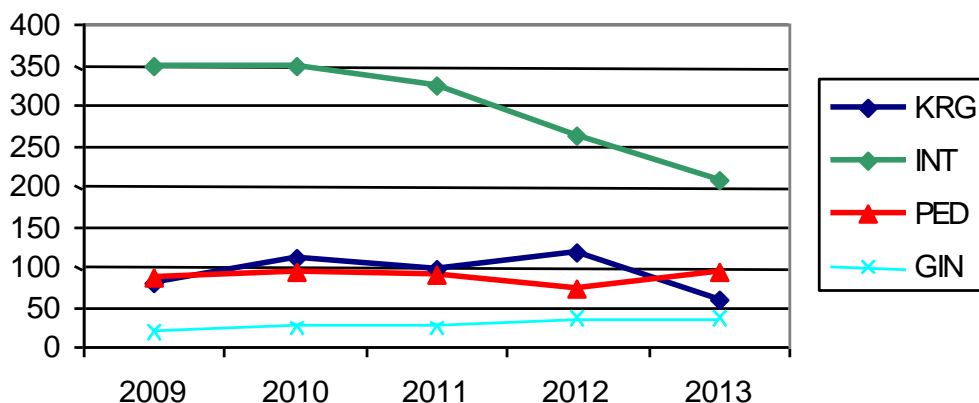
Prikaz učinkovitosti odpusta s pomočjo koordinatorja zdravstvene oskrbe

V SBJ smo s sistemskim pristopom preprečili nepotrebne in ponovne sprejeme in zagotovili učinkovit odpust. Delež ponovnih sprejemov v 28 dneh po odpustu se je v letu 2013 znižal tako na internem kot kirurškem oddelku. Rezultati so plod načrtovanega dela KZO in multiprofesionalnega sodelovanja (Interno gradivo SB Jesenice).

Tabela 1: Delež ponovnih sprejemov v 28 dneh po odpustu

Leto	2009	2010	2011	2012	2013
Delež ponovnih sprejemov v %	4,2	4,5	4,2	3,6	3,1

Graf 1: Število ponovnih sprejemov v 28 dneh po odpustu po letih in po oddelkih



Učinkovitost odpusta je odvisna tudi od sodelovanja negovalnega osebja, ki mora sodelovati kot enakovreden partner pri načrtovanju uspešnega odpusta. Pričakovan datum odpusta se vnaprej usklajuje ves čas bivanja v bolnišnici na podlagi dnevni aktivnosti in komunikacije med pacientom in KZO.

Vrednotenje načrta odpusta

Koordinatorji zdravstvene oskrbe so v preteklem letu pri 910 pacientih prepoznali otežen odpust. Od tega je bilo 661 pacientov odpuščenih v domače okolje, 181 pacientov pa je bilo nameščenih v socialno-varstvene ustanove.

266 pacientov je bilo vključenih v zdravstveno-vzgojno delo. Ugotovili smo, da je učinkovitost dela koordinatorjev zdravstvene oskrbe pomembno vplivala na zmanjšanje števila ponovnih sprejemov. Hkrati smo povečali tudi informiranost pacientov in njihovih svojcev o zdravstveni oskrbi.

KZO pacienta že ob sprejemu seznanimo o pacientovih pravicah. Na ta način smo izboljšali rezultat seznanjenosti pacientov s 75 % v letu 2012 na 88 % v letu 2013. Prav tako se je izboljšal rezultat seznanjenosti pacientov ob odpustu o novih zdravilih, stranskih učinkih zdravil, o prepoznavanju opozorilnih znakov v zvezi z njihovimi boleznimi in o načinu življenjskega sloga glede na pacientovo zdravstveno stanje s 77 % v letu 2012 na 96 % v letu 2013.

Odpustno pismo zdravstvene nege

Odpust iz bolnišnice je proces in ni izoliran dogodek. Zaobjema celotno oskrbo v bolnišnici in izvajanje načrta za lažji odpust iz bolnišnice v domačo oskrbo ali v drugo namestitvev.

Zavedati se moramo, da v procesu načrtovanja odpusta aktivno sodelujejo tako pacient kot njegovi svojci. Odpustno pismo zdravstvene nege je dokument, ki se ga doda skupnemu odpustnemu pismu o celostni obravnavi pacienta. Odpustno pismo zdravstvene nege se napiše v sklopu informacijskega bolnišničnega sistema, ki omogoča strukturirano obliko zapisa. Določene aktivnosti, ki so pomembne za odpust, se sproti beleži ob sami identifikaciji problematičnih področij. Vpiše se negovalne diagnoze in postavi cilje ter informacijo o njihovi dosegljivosti. Vpišemo tudi ostale podrobnosti o možnosti oskrbe pacienta v domačem okolju in o posebnostih pri jemanju zdravil, medicinsko-tehničnih pripomočkah, posebnostih pri prehrani, rehabilitaciji in stopnji samooskrbe. V pismu je navedena tudi časovnica morebitnih pregledov.

SKLEP

Lavtižar in Sivec (2013) navajata, da vzpostavitev celostnega sistema obravnave pacienta pred sprejemom v času celotne obravnave in načrtovanjem odpusta poveča kakovost odpusta v domače okolje. Vzpostavitev sistema načrtovanja odpusta v domačo oskrbo in v institucionalno varstvo za paciente, pri katerih je mogoče upoštevajoč dejavnike tveganje pričakovati, da bodo pri doseganju varnega in učinkovitega okrevanja potrebovali večjo vzpodbudo in nadzor, dokazano vpliva na skrajšanje bolnišnične oskrbe in omogoča bolj usklajen in varen odpust v domače okolje.

Prikazane spremembe pri organiziranju dela so izredno pozitivno sprejete tudi s strani pacientov in celotnega osebja. Tak način dela zagotavlja večjo učinkovitost, višjo kakovost in večjo stroškovno učinkovitost. S prikazanim načinom dela zagotovimo, da so pacienti bolje obveščeni o bolezni in samih postopkih dela, s tem pa se zmanjša tudi negotovost, s katero se pacienti soočajo zaradi pomanjkanja informacij o bolezni in postopkih zdravljenja.

LITERATURA

1. Department of Health. Discharge from Hospital: Pathway, Process and Practice. London: The Stationery Office; 2003.

2. Department of Health. Achieving Timely Simple Discharge from Hospital: A Toolkit for the Multi-disciplinary Team. London: The Stationery Office; 2004.
3. Department of Health. Ready to go? Planning the Discharge and the Transfer of Patients from Hospital and Intermediate Care. London: The Stationery Office; 2010.
4. Lavtižar J, Kramar Z. Koordinator zdravstvene obravnave pacienta Case Manager. In: Bahun M, Kramar Z, Skela Savič B, eds. Trajnostni razvoj na področju kakovosti in varnosti – povezava med akreditacijo in varno ter kakovostno obravnavo pacientov: zbornik predavanj 5. dnevi Angele Boškin, Kranjska gora, 20.9.2012. Jesenice: Splošna bolnišnica; 2012: 28-36.
5. Lavtižar J, Sivec G. Vloga koordinatorja odpusta pacienta v Splošni Bolnišnici Jesenice. In: Klemenc D, Majcen Dvoršak S, Štemberger Kolnik T, eds. Moč za spremembe – medicinske sestre in babice smo v prvih vrstah zdravstvenega sistema. 9. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije. Ljubljana: Zbornica–Zveza; 2013.
6. Lees L, Holmes C. Estimating date of discharge at ward level: a pilot study. Nurs Stand. 2005;19(17):40-3.
7. Standard za bolnišnice. Mednarodne akreditacijske zahteve. DNV (Det Norske Veritas), DNV-DS-HC101, Verzija 2.0. 2011.
8. Watts R, Pierson J, Gardner H. Co-ordination of the discharge planning process in critical care. J Clin Nurs. 2007;16(1):194-202.

NERECENZIRANI PRISPEVKI

POMOČ STAROSTNIKU PRI OBVLADOVANJU ZDRAVJA

HELPING THE ELDERLY TO MAINTAIN GOOD HEALTH

Suzana Smovnik, dipl. m. s.
Univerzitetni klinični center Maribor
suzana.smovnik@ukc-mb.si

IZVLEČEK

Zdravje je pogoj za dolgo aktivno življenje. Cilj zdravega staranja je, da ostanemo čim dlje telesno in družbeno aktivni, samostojni in neodvisni, vendar čustveno povezani z okolico. Staranje je naraven proces, vendar pa veliko faktorjev vpliva na zdravo ali nezdravo staranje.

Ključne besede: starost, zdravo staranje, ohranjanje zdravja

ABSTRACT

Health is a precondition for long and active life. The objective of healthy aging is to stay physically and socially active as long as possible, autonomous and independent, but emotionally connected with our surrounding. Aging is a natural process, but many factors affect the healthy or unhealthy aging.

Key words: age, healthy aging, maintaining health

UVOD

V zadnjih desetletjih vedno več govorimo in pišemo o zdravem načinu življenja, ki je pogoj za daljše in bolj zdravo življenje. Zdravje je opredeljeno kot celostno blagostanje človeka v vseh njegovih razsežnostih. Imamo štiri vidike in sicer: telesno, duševno, duhovno in socialno zdravje. Za kakovost življenja, še posebej na stara leta, pa je pomembno tako zdravo telo kakor dobro duševno počutje ter zrela življenjska orientacija z vedrim in zaupnim pogledom v prihodnost. Čeprav je beseda starost v vsakdanjem jeziku zagotovo ena od najbolj uporabljenih besed, pa njen pomen razumemo zelo široko. Starost je obdobje življenja, kakor sta mladost in srednja leta. Človekova starost je kot jesen. To je zadnje večje življenjsko obdobje, ki mu pogosto pravimo tretje življenjsko obdobje. Upokojitev je danes najbolj viden družbeni prehod vanj. V tem obdobju človek dejavno nadaljuje z delom, vseživljenjskim učenjem, družbenim življenjem in sožitjem (Ramovš, 2012). Ali ima tudi to obdobje poleg običajnih življenjskih nalog, kot so delo, učenje, skrb za vnuke, potovanja, ukvarjanje z zanimivimi dejavnostmi, za katere prej ni bilo časa ali denarja, kakšno posebno življenjsko nalogo? Take naloge so in od njih je odvisna kakovost staranja. Šele na jesen življenja lahko človek svoje življenjske izkušnje uredi, da se zasvetijo v svoji vrednosti (Ramovš, 2012). Za svoje zdravje mora človek skrbeti in ga krepiti. Pričakuje se, da bodo ljudje v starosti še vedno samostojni in aktivni. Vemo, da se nekateri starajo razmeroma hitro, nekateri pa se »dobro držijo« in leta dolgo ohranijo mladosten in svež videz. Ali je mladostno starost možno doseči tudi z načinom življenja? Na zdravo staranje se je potrebno pripraviti in ga načrtovati. Postaviti si je treba cilje in se zavedati, da nam samo po sebi nič ni dano. Gre za odločitve in željo po spremembah, pripravljenost sprejeti nove stvari in pridobiti nove izkušnje.

TELESNO ZDRAVJE

Telesno zdravje ogrožajo bolezni, poškodbe in zunanji dejavniki: virusi, bakterije, sončna svetloba itn. Večino telesnih težav povzročajo kronične bolezni. Za te bolezni je značilno, da prihajajo v življenje človeka počasi, vendar ostanejo. Z zdravim prehranjevanjem, gibanjem in obvladovanjem stresov se lahko bolezni prepreči ali vsaj doseže, da človeka »napadejo« v veliko lažji obliki.

Prehrana

V starosti akutne in kronične bolezni ter različni življenjski pogoji vključno s socialno izolacijo in slabim ekonomskim stanjem lahko zelo neugodno vplivajo na prehrano starejšega človeka. Na

prehranjenost lahko vpliva otežkočeno uživanje hrane zaradi fizične nesposobnosti, npr. artritisa, nezmožnosti žvečenja hrane zaradi pomanjkanja zob, nezmožnosti nakupa in priprave hrane ipd. Različna živila lahko tudi znižajo tek, vplivajo na slabo prebavo, absorpcijo in presnovo hranil. Na slab tek in neugodje pri uživanju hrane lahko vpliva tudi okvara vida, sluha, zlasti pa spremenjeno vohanje in okušanje hrane. Lahko se dogodi, da star človek celo pozablja jesti ali izgublja občutek za lakoto in žejo zaradi duševne bolezni (Pokorn, 2003). Energetske potrebe starejšega človeka so manjše zaradi slabše presnove, mišične mase ter manjše telesne aktivnosti. Tudi okrnjenodelovanje notranjih organov, kot so jetra, ledvica in prebavila, lahko vpliva na presnovo in pomanjkanje hranil. Priporočila za starejšega človeka so razdeljena na skupino od 50–70 let in na osebe nad 71 let (Pokorn, 2003). Starejši so zelo nagnjeni k dehidraciji telesa, zato je stalno zagotavljanje napitkov zelo pomembno. Priporoča se 6–8 kozarcev tekočine dnevno. Alkoholne pijače in kofeinski napitki se zaradi diuretskega učinka ne spadajo med pijače, ki nadomeščajo tekočine. Svetuje se uživanje vsaj treh glavnih obrokov raznolike hrane s čim več sadja in zelenjave. Prehranjevanje je neposredno povezano s praznjenjem črevesja. Na to vpliva količina zaužite hrane, vlaknin in razporeditev obrokov. Vlaknine ugodno vplivajo na metabolizem in defekacijo. Vlaknine povečajo volumen fecesa, nase vežejo tekočino in holesterol iz črevesja. Razlog za pojav debelosti v starejšem obdobju so predvsem znižane energetske potrebe in nespremenjen tek po hrani.

Gibanje in telesna vadba

Gibanje in premikanje sta osnovni življenjski aktivnosti, ki omogočata človeku zadovoljevanje drugih življenjskih aktivnosti in zvišujeta kvaliteto življenja. Gibanje omogočajo mišice, kosti, hrustanec in ostala oporna tkiva. Razvoj in staranje pomenita tudi spremembo v načinu gibanja. Starejši človek že občuti naraščajoče omejevanje gibanja, v skrajnih primerih celo izgubi sposobnost gibanja. S starostjo pešajo tudi gibalne sposobnosti. Pojavijo se bolečine v sklepih, kosteh in mišicah, ki so posledica ali prebolelih ali kroničnih bolezni, starejši tožijo zaradi omrtvičenosti okončin, iz rok jim padajo predmeti, dogaja se, da izgubljajo občutek trde podlage pod nogami ipd. S starostjo se pojavlja še tremor. Z gibanjem posameznik ohranja socialno komunikacijo, občutek svobode in samostojnost pri vsakodnevnih aktivnostih. Samostojno gibanje mu utrjuje samozavest, izboljšuje orientacijo, prepreči poškodbe, preležanine, kontrakture in pozitivno vpliva na prebavo in spanje.

Človek zelo hitro izgubi telesno kondicijo, telesna moč pa je pomembna. S telesno vadbo povečamo tonus, velikost in moč mišic, vključno s srcem. S tem človek zmore večje napore. Krvni tlak se zniža, kosti ostanejo zdrave, popravi se ravnotežje in zmanjša se tveganje, da bi padli in se polomili. Preprečuje obolenja srca in ožilja ter druge kronične bolezni. S telesno dejavnostjo izboljšamo tudi duševno počutje in razpoloženje. Pomaga pri spopadanju z negativnimi čustvi, kot so jeza, sovraštvo, zamere itn., saj se po telesu sproščajo hormoni, ki zmanjšujejo napetost. Telesna aktivnost vpliva tudi na boljšo samopodobo in občutek, da smo nekaj dosegli, kajti z aktivnostjo lahko izgubimo odvečne kilograme, pridobimo več energije, telo se napolni s kisikom, močne hrbtne mišice pa ublažijo bolečine v hrbtenici. Dejavnosti lahko ostanemo s hojo, vrtnarjenjem, plesom, plavanjem, kolesarjenjem, lažjimi borilnimi veščinami, kot je npr. tai čí, in z vsakodneвно lažjo telesno vadbo. Dobro je pretegniti vse okončine, koristijo dihalne vaje, vaje za vratna vretenca, vaje za ravnotežje, masaža. Pravilno dvigovanje in prenašanje težjih bremen prepreči ali olajša marsikatero bolečino. Pomembne so tudi vaje za ohranjanje čvrstega medeničnega dna. Vaje je potrebno prilagoditi starosti in zmogljivosti. Ramovš (2012) posebej izpostavlja tečaj za preprečevanje padcev v starosti. Ti tečaji so od leta 2011 izredno dobro obiskani, saj se jih letno po različnih krajih Slovenije izvede nad 50, vodijo pa jih t.i. »širitelji« preprečevanja padcev v starosti, ki jih usposobi in mentorsko vodi inštitut. Na tečaju starejši osvajajo veščine za krepitev ravnotežja in osebne navade, ki preprečujejo padce, se uvajajo v manjše prilagoditve svojih stanovanj, da so varnejša pred padci ter se naučijo ravnati v primeru padca ali poškodbe.

Skrb za privlačen videz

Marsikatera ženska si preveč žene k srcu znake staranja, ki jih opazi na svojem telesu. Bistveno je, da se dobro počutite v svoji koži, tako se bolj utrdi samozavest, kar se pozna tudi na videzu. Da imamo dobro mnenje o sebi, je pomembno prav v obdobju staranja. Skrb za lastno podobo pa je dober način za okrepitev samospoštovanja. Zdrava prehrana, redna telesna vadba, sproščena pokončna drža in nega telesa sta ključ do lepega videza (Stoppard, 2004).

Spanje

Z leti se tudi spalne navade spreminjajo. Potreba po spanju se zmanjšuje, večja se potreba po počitku. Če je nespečnost moteča, si ne dovolite, da bi vas prevzela nejevolja. Raje si pripravite kakšen čaj, berite, ali se lotite dela, ki ga že dalj časa odlagate. Svojo nespečnost izkoristite. Poskušajte pozitivno gledati na urice, ki ste jih tako pridobili (Stoppard, 2004).

Obisk zdravnika

Nekaterih simptomov ne bi smeli nikoli prezreti, saj lahko napovedujejo kakšno hujšo bolezen, in če smo pozorni nanje, se lahko pravočasno začnemo zdraviti. Zdravnika je potrebno obiskati, če se opazi kri v izpljunku, urinu, blatu ali nožničnem izcedku, ob nenadnih, nepojasnjenih napadih zgage ali prebavnih motnjah, občutkih tesnobe ali bolečine v prsih, zamegljenem vidu, hripavosti, ki traja več kot dva tedna, začasni omrtvelosti obraza, noge, roke, izgubi vida, spomina, nenadnem glavobolu, itn. Skrb zdravstvenih delavcev mora biti usmerjena tudi v informiranje pacienta o bolezni in zdravljenju. Ko je pacient seznanjen z boleznijo in primerno ozaveščen, je pripravljen na sodelovanje pri zdravljenju. Prav pri pacientih, ki trpijo za duševno motnjo, so redno jemanje zdravil, upoštevanje navodil in redne kontrole pri zdravniku izrednega pomena za ohranjanje zdravje (Sedej Kodela, Filipovič, 2012).

DUŠEVNO ZDRAVJE

Odziv ljudi se na slabo diagnozo se od človeka do človeka razlikuje. Črnogledost in malodušje lahko poslabšajo duševno zdravje. Nihče ne meša in kuha gnilega sadja ali krompirja, ga ne je in ga ne streže drugim. V medčloveškem sožitju pa kaj radi delamo obratno: gnile besede in vedenje drugega hranimo in kuhamo v svoji glavi in srcu, to prežvekujemo sami v svojih mislih in s tem smradom strežemo drugim (Ramovš, 2012). Vsak kompostira na svoj način. Nekateri molijo, pišejo dnevnik, se sproščajo, meditirajo itn. Zavestno je treba razmišljati o tem, kaj imamo, in ne, česar nimamo, ter iskati in opaziti lepo, dobro in prijetno. Pozitiven odnos do sveta moramo ohraniti vse življenje. Prvi korak pri razvijanju pozitivnega razmišljanja je, da se ozremo nazaj in pogledamo, kaj vse smo dosegli. Takšno razmišljanje daje samozavest in novi zagon. Optimizem je najpomembnejša osebna lastnost, ki pripomore h kvalitetnejšemu dolgemu življenju. Prav tako je priporočeno ugotoviti, kaj človeka veseli in spodbuja, ter narediti seznam, kaj vse si želimo v življenju še narediti. Pridružite se skupini podobne starosti, kjer si lahko izmenjavate izkušnje z vrstniki. Kdor se zna upreti stresu, živi dlje. To so največkrat osebnosti z močno voljo, polne mladostne zagnanosti. Pestro družabno življenje in pristni družinski odnosi so zelo pomembni za telesno in dobro duševno počutje. Spremembe naj vas ne vržejo iz tira. Držite se načela, v skladu s katerim si ne delate skrbi zaradi stvari, na katere ne morete vplivati (Stoppard, 2004). Odpuščajte sebi in drugim ter se sprijaznite s pešanjem svojega telesa, kajti šeleboste sposobni sprejeti nove vsebine življenja.

Miselna telovadba

Vemo, da se možgani nenehno spreminjajo z miselnimi in drugimi dejavnostmi, čeprav so spremembe majhne in neopazne. Nevroni se aktivirajo, ko npr. hodimo, govorimo, spimo, komuniciramo, se učimo ipd. Možgani imajo veliko sposobnost prilagajanja, t.i. *nevroplastičnost*. Todatna sposobnost s starostjoupada, kar pa ne pomeni, da učenje določenih spretnosti in znanj tudi v zrelejših letih ni možno. Da preprečimo pešanje možganskih funkcij, sta potrebna vsakodnevno učenje in miselna telovadba. V tem primeru še kako drži angleški pregovor »Use it or lose it« (sln. »Uporabljalj ali izgubi«) (Tancing, 2013). Najboljša miselna telovadba je delo. V stikih z drugimi ste prisiljeni presojati, o čem govorijo, in se odzivati na vprašanja ter pripombe. Možgani morajo med tem predelati informacije, zato spoznavni procesi ostanejo aktivni (Stoppard, 2004). Na možgane glejte kot na mišico, ki jo je treba uriti. Redno »razgibavanje možganov« s pomočjo reševanja križank, igranja šaha, ali družabnih iger upočasnjuje pešanje spomina. Tudi računske vaje lahko uporabimo kot miselno telovadbo (npr. med nakupovanjem lahko sproti seštevamo cene izdelkov) ali bogatitev besednega zaklada (zapišemo si novo besedo, preverimo njen pomen v slovarju in besedo uporabimo, ko se naslednjič s kom pogovarjamo). Dobra miselna telovadba je tudi branje časopisov ali gledanje dnevnikih poročil, o katerih se nato razpravlja v družbi. Zagotovo pa je ena najboljših miselnih vaj učenje nečesa novega, npr. učenje tujega jezika.

Ko preberete knjigo ali članek, prijatelju pripovedujte o vsebini in ne izpustite niti letnic niti krajev. V trgovini skušajte v voziček naložiti kar največ stvari, preden pogledate na nakupovalni seznam. Izgubljeni predmet poiščite s postopkom izločanja. Koristi tudi redna telesna vadba. Med telesno vadbo se namreč izločajo hormoni, ki blažijo posledice staranja možganov.

Razvedrilo

Razvedrilo omogoča starostniku, da se sprošča, vzdržuje ustrezno psihofizično kondicijo in si nabira novih moči za delo in življenje. Starostnikom je na voljo ogromno možnosti: humor, smeh, ples, prepevanje, reševanje križank, ročna dela, izleti, sprehajanje, gledališče, kino, branje knjig in časopisov, gledanje TV ter prostovoljno delo ali pomoč drugim v skupnosti itn.

SOCIALNO ZDRAVJE

O njem se najmanj ve, najmanj govori in nanj se najmanj pazi, čeprav so prav motnje sožitja ali socialne bolezni v širšem pomenu besede zelo moteče tako za prizadetega človeka kakor za njegovo okolico. Sožitne ali socialne motnje so osamljenost, čudaštvo, ljudomrzništvo, zapiranje vase, nesodelovanje, napadalnost, nestrpnost, sovraštvo, slabo komuniciranje, odpovedovanje pomembnim socialnim vlogam v družini, službi ali v osebni in širši družbi (Ramovš, 2012). Med socialne motnje sodi tudi revščina. Revščina je velikokrat tudi vzrok telesnih in duševnih bolezni.

Sožitje generacij in druženje

Čim bolj ima posameznik, družina ali neka družba razvit občutek za solidarnost, tem lepša in bolj kakovostna življenje in sožitje tako mlajših kot starejših generacij. Lepo sožitje je ključ srečnega staranja (Ramovš, 2012).

Medgeneracijsko prostovoljstvo in drugi programi v krajevni socialni mreži za kakovostno staranje in solidarno sožitje generacij pomagajo uresničevati smisel, možnosti in naloge starosti. Srečujejo se mlada, srednja in tretja generacija. Od tega ima korist prav vsak posameznik. Namen programa je tudi priprava srednje generacije na kakovostno starost v prihodnosti. Tečajji za družinske člane, ki skrbijo za zastarostnika, na Inštitutu Antona Trstenjaka, v raznih društvih in na Univerzi za tretje življenjsko obdobje so namenjeni izobraževanju in razvoju starejših, njihov cilj pa je integracija starejših v skupnost. Ti tečajji temeljijo na skupnem učenju, soodgovornosti in prostovoljnem delu slušateljev, mentorjev in sodelavcev univerze.

Pomembno je vzdrževati stike oz. družiti se z družino, bližnjimi sorodniki, pogovarjati se z otroci, zlasti z vnuki, prijatelji, znanci, sprejemati obiske, družiti se v družbi, v društvih itn. Ker so v starosti izgube življenjskih sopotnikov, ljubih sorodnikov, prijateljev in znancev pogostejše, lahko domače živali lahko veliko pripomorejo k zmanjšanju občutka osamljenosti pri starejšem človeku, ki živi sam (Voljč, 2007).

UPOKOJITEV

Še pred upokojitvijo se priporoča pripraviti osebni načrt življenja po upokojitvi, da ne bo praznine ali preobremenitve. Načrt naj vsebuje, kaj bo posameznik počel za svojo družino, kaj za druge ljudi in družbo in kaj zase.

Starostnik mora imeti vsakdanji urnik, ki zajema redni ritem počitka in vstajanja, osebnega urejanja in prehranjevanja, dela in rekreacije, stikov z ljudmi in samotnega poglobljanja, branja, poslušanja glasbe. V upokojensko življenje se mora vpeljati nove dejavnosti: delo na vrtu, rokodelske spretnosti, (npr. slikanje, pisanje, gospodinjenje), računalništvo ipd. Priporočljivo je poiskati in navezati nove socialne stike, npr. z vključitvijo v kakšno prostovoljno ali dobrodelno dejavnost, študij na univerzi za tretje življenjsko obdobje ipd., prav tako pa se priporoča narediti »računico« o svojem mladostnem in službenem obdobju življenja. Narediti računico za nazaj je osnova za mirno sproščeno in ustvarjalno življenje v sedanjosti. Šele ko človek preteklost zrelo izpusti iz rok, ima proste roke za sprejemanje

novih možnosti. Pripravo na starost se izvaja vse življenje, upokojitev pa je velika priložnost za zavestno pripravo na kakovostno življenje v tretjem življenjskem obdobju (Ramovš, 2012).

PRIPRAVA NA ODHOD V DOM

Odhod v dom starostnikov je velika prelomnica tako za starostnika kot svojce. Dobre informacije jim zelo pomagajo pri tovrstnih odločitvah. O velikih spremembah se je potrebno pogovarjati. Dom si je potrebno ogledati skupaj s svojci innajti najbolj ustreznega. Tudi v primeru, ko je selitev v dom za starejše neobhodna, nam informacije zelo olajšajo odločitve, razblinijo dvome, strahove in dajo občutek, da smo naredili najboljše.

SKLEP

Skrbeti za telesno, duševno in duhovno svežino pomeni biti informiran, se do smrti učiti in vaditi spomin, poglobljati svojo človeško svobodo, odgovornost, kulturne in duhovne temelje ter obzorja, sprejeti svoje meje in najti notranji mir. To nam ni dano ob rojstvu, zato si je treba skozi življenje takšen pogled in razmišljanje priučiti in s tem pridobiti veselje do življenja samega.

LITERATURA

1. Bauer B, Hill S. Načrtovanje zdravstvene nege in postopki – pot v mentalno zdravje. Ljubljana: izdano v samozaložbi; 1992.
2. Brložnik M, Smolič M. Patronažna zdravstvena nega starostnika. Zdrav Var. 1999;38:63-66.
3. Črnčec M, Lahe M. Posebnosti starostnika s poudarkom na komunikaciji. Obzor Zdr Neg. 2001;35:51-5.
4. Eliopulos C. Gerontological nursing. Philadelphia: Lippincott; 1997.
5. Filipič I. Komunokacija v zdravstveni negi. Obzor Zdr Neg. 1998;32:221-5.
6. Hulsen A. Validacija dementnega bolnika. Zapiski po predavanju; 2007.
7. Isaacs A. Mental health and psychiatric nursing. Philadelphia: Lippincott's review series; 2001.
8. Kastenbaum R. Staranje. Murska Sobota: Pomurska založba; 1985.
9. Kisner N, Rozman M, Klasinc M, Pernat S. Zdravstvena nega. Maribor: Založba obzorja; 1998.
10. Kobentar R, Kogovšek B, Škerbinek L. Komunikacija v timu, z varovanci in komunikacija s starostniki. Obzor Zdr Neg. 1996;30:13-9.
11. Kobentar R, Marinič M. Organske spremembe in motnje prehranjevanja v starosti. Obzor Zdr Neg. 2000;34:209-14.
12. Kogovšek B, Kobentar R. Priročnik psihiatrične zdravstvene in psihiatrije. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana; 1999.
13. Krajnc A. Sprememba socialnega položaja, izobraževanje in usposabljanje za tretje življenjsko obdobje. Zdrav Var. 1999;38:14-19.
14. Muršec M, Edšid V, Križanec D, et al. Dnevi mariborske psihiatrije. Maribor: Splošna bolnišnica; 2002.
15. Novak T, Vute R. Pomen vadbe za kakovost življenja starejših. Defektologica Slovenica. 2011;12(3):21-37.
16. Pečjak V. Psihologija tretjega življenjskega obdobja. Ljubljana. Znanstveni inštitut Filozofske fakultete Univerze; 1998.
17. Pentek M, Jakoš A, Eržen N, et al. Zdravo staranje. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije in Inštitut za varovanje zdravja RS; 1995.
18. Pokorn D. Prehrana v različnih življenjskih obdobjih. Ljubljana: Marbona; 2003.
19. Pokorn D. Starost, staranje in zdrava prehrana. Zdrav Var. 1999;38:23-28.
20. Poljšak, B, Lampe, T. Proces staranja: vzroki, posledice in ukrepi. 2011. Dostopno na: <http://www2.zf.uni-lj.si/ri/publikacije/staranje2011/1.pdf> (10. 3. 2014).
21. Ramovš J, Ramovš K. Družinska oskrba starejšega svojca. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje; 2012.

22. Ramovš J. Za kakovostno staranje in lepše sožitje med generacijami. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje; 2012.
23. Schmidt – Hackenberg U. Deset minutne aktivnosti dementnega bolnika. Zapiski po predavanju; 2007.
24. Sedej Kodela A, Filipovič Z. Vloga zdravstvene vzgoje pri uživanju medikamentozne terapije pacientov s psihotično motnjo v Psihiatrični bolnišnici Idrija. Zbornik predavanj z recenzijo - Izzivi pri obravnavi psihoz, Idrija: Psihiatrična bolnišnica Idrija; 2012.
25. Stoppard M. Uprimo se staranju. Ljubljana: Domus; 2004.
26. ancing S. Nevroedukacija - Nova znanost učenju in poučevanju. Sodobni pristopi poučevanja prihajajočih generacij. Mednarodna konferenca EDUvision 2013. EDUvision, Stanislav Jurjevič s. p. Ljubljana; 2013: 457-66.
27. Voljč, B. Zdravo staranje. Kakovostna starost. 2007;10(2):2-8. Dostopno na: <http://www.inst-antontrstenjaka.si/slike/433-1.pdf> (10. 3. 2014).
28. Zaletel M. Kakovost življenja starostnikov in zdravstvena nega. Zdrav Var.1999;38:45-9.

SKRB ZA PACIENTA S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU

CARE FOR PATIENTS WITH MENTAL HEALTH PROBLEMS

Tatjana Skoliber, dipl. m. s., mag. zdr. – soc. manag.
Psihiatrična bolnišnica Ormož
tatjana.skoliber@gmail.com

IZVLEČEK

Kontinuirana zdravstvena obravnava in kot njen integralni del tudi zdravstvena nega imata velik pomen za kakovostno in učinkovito obravnavo pacientov s kroničnim potekom duševne motnje. Pomembna pa ni samo kontinuiteta obravnave v bolnišnici, ampak tudi izven nje. Za doseganje kontinuitete pa je ključna zlasti delitev nalog, s katerimi se osebam z duševnimi motnjami nepretrgano zagotovi zdravstveno obravnavo, nastanitev, zaposlitev, podporo in vključevanje v družbo. Še posebej pomemben člen tima je medicinska sestra, saj se vključuje v organizacijo nege pacientov in v njihov rehabilitacijski načrt v bolnišnici oz. po odpustu v okviru skupnostne psihiatrične obravnave. Pri svojem delu s pacientom z duševno motnjo se mora zavedati, da je njeno orožje v boju z duševno boleznijo ona sama, njena osebnost, ki pozna svoje potrebe, svojo moč in življenjske omejitve. Medicinske sestre skrbimo, da vzpostavimo odnos s pacientom, ki ustvarja medsebojno zaupanje in izraža sprejemanje in spoštovanje. Ključnega pomena pri tem je enakopraven odnos. Z odnosom, ki mora biti nežen, razumevajoč, globok in hkrati človeški, na preprost način bogatimo življenja osebam s težavami v duševnem zdravju. Zavedati se moramo, da niti ena oseba ni enaka drugi in da ne smemo delati šablonsko ali po nekem v naprej zastavljenem vzorcu: za nas mora biti vsak pacient samostojna osebnost s svojimi posebnostmi in značilnostmi. Ne smemo dopustiti, da bi bilo človekovo življenje pasivno, varovano, ampak je potrebno paciente vzpodbujati k čim bolj aktivnemu življenju. Pri tem pa smo uspešni, če se odlepimo od trdovratnih stereotipov, kot je npr., da življenje, delo, učenje in zabavo načrtujemo po naših predstavah in željah, ki pa so največkrat daleč od resničnih želja in predstav oseb s težavami v duševnem zdravju.

ABSTRACT

Continuous health care and nursing care have a great impact on quality and effectiveness of treatment of patients with chronic mental health problem. The paper present two cases of patients, involved in Community psychiatric care between 2009 and 2013 and evaluates the success of provided continuous care.

Key words: continuous health care, nursing, case study

DVA PRIMERA IZ PRAKSE – NEUSPEŠEN IN/ALI USPEŠEN?

Predstavljen prispevek je nastal na podlagi vrednotenja poročil in dokumentacije o izvedenih aktivnostih zdravstvene nege pri pacientih, vključenih v Skupnostno psihiatrično obravnavo med leti 2009 in 2013. Rezultati so pokazali, da paciente s kroničnim potekom duševne motnje spremljajo razne oblike negotovosti, v življenju doživljajo omejitve ali odvisnost od pomoči bližnjih. Moteno je izvajanje nekaterih življenjskih aktivnosti. Vzrok za neučinkovito obvladovanje kroničnega poteka duševne motnje je največkrat v opustitvi predpisanega terapevtskega načrta (tudi rednega zdravljenja z zdravili), posledica česar je slabše sodelovanje pri zdravljenju in rehabilitaciji.

1. PRIMER

- Starost: 35 let, moški;
- prvi sprejem pri 22 letih;
- število sprejemov: 12;

- živi sam v svojem stanovanju;
- nima vozniškega dovoljenja;
- strasten kadilec, prekomerno uživa alkohol;
- kontrakture vratnih mišic in palcev obeh rok, ki si jih je zakrivil sam;
- se nezdravo prehranjuje, uživa le suho hrano, največkrat pasje brikete.

Težave

- Slabše sodelovanje pacienta v procesu zdravljenja;
- samodejna ukinitvev psihofarmakoterapije kmalu po odpustu iz bolnišnice;
- preneha hoditi na kontrole;
- pomanjkljiva in neustrezna socialna mreža;
- ne skrbi zase in za gospodinjstvo.

V preteklosti

- Številne poškodbe glave;
- narkoza;
- zloraba alkohola in marihuane;
- fizično agresiven do domačih;
- prekinjena zveza z dekletom;
- nedokončan študij.

Oporne točke

- Normalno inteligentna oseba;
- podpora brata;
- motiviran za dodatni zaslužek;
- finančna preskrbljenost do neke mere;
- več del z računalnikom;
- dober matematik;
- komunikacijske spretnosti.

Načrt zdravstvene obravnave

Kratkoročni cilji so:

- pridobiti zaupanje pacienta;
- vzpostavitev kontrole pri jemanju zdravil;
- izboljšati prehrano;
- urediti bivalne razmere;
- pripraviti krizni načrt v primeru poslabšanja bolezni.

Osnovni koraki za doseg cilja:

- skrb za redno prejemanje tablet v okviru predpisane terapije;
- vzpodbujati terapevtske aktivnosti za večjo samostojnost, učinkovitost in varnost;
- preverjanje dejanskih možnosti za samostojno življenje v domačem okolju.

Nadaljni koraki za doseg ciljev:

- preverjanje možnosti lastnih sredstev za prehrano;
- ureditev toplega obroka;
- nagrajevanje v smislu dobrega sodelovanja.

Aktivirani rehabilitacijski ukrepi

- Redno dobiva depo terapijo, terapijo *per os* vzame le občasno (pomirjevalo), druge tablete zavrže;
- odklanja pomoč pri urejanju prehrane;
- odklanja socialne stike, le redko obišče Ozaro;
- premalo sodelovanja s strani brata.

Poslabšanje bolezni - prisotni simptomi

- Pod vplivom preganjalnih in nanašalnih blodenj;
- osebno dezorganiziran;
- magično mišljenje, se pravi, sistem vplivanja na ljudi, nadzor nad njihovimi misli;
- težko sodelujoč, nezaupljiv;
- večkrat verbalno agresiven do članov tima, ki ga obiskujemo.

2. PRIMER

- Starost: 31 let, pacientka S.S.;
- hospitalizirana osemkrat;
- dolge hospitalizacije, slabo sodelovanje v procesu zdravljenja;
- hitra, pogosta vračanja v bolnišnico kmalu po odpustu;
- nesamostojno živela v matični družini, v kateri je bila v nenehnem konfliktu, do brata odklonilna in ljubosumna, ker je zdrav in uspešen;
- tudi v času hospitalizacij ni navezovala socialnih stikov, temveč je bila konfliktna, s svojim videzom močna izstopala tudi v širšem okolju;
- predpisana zdravila je jemala le v času hospitalizacije in še to pod strogim nadzorom, kmalu po odpustu je terapijo opustila;
- ni sprejela redne depo terapije;
- v želji po dokazovanju svoje samostojnosti in materialne neodvisnosti je večkrat sprejela delo v tujini, vendar ga zaradi svoje bolezni in pomanjkanja delovnih navad tudi hitro izgubila;
- sledila je hospitalizacija in naše ponovno zavzemanje za njen uvid, da si zada bolj realne cilje.

Postopki obravnave in aktivnosti zdravstvene nege

- Pridobitev zaupanja pacientke v času hospitalizacije;
- pridobitev dovoljenja pacientke za obravnavo po odpustu;
- vzpostavitev kontrole pri jemanju zdravil;
- motiviranje za prejemanje depo terapije;
- načrtovani obiski na domu, v začetku enkrat tedensko;
- skoraj dnevni pogovori po telefonu;
- struktura dneva oz. plan aktivnosti za teden;
- vključevanje v delavnice na Zavodu za zaposlovanje;
- učenje nakupovanja stvari, ki jih potrebuje;
- bančna kartica shranjena pri očetu, denar se je dvigovalo pod kontrolo;
- vzpodbuda za vzdrževanje rednih kontaktov s svojci;
- skrb za telesno zdravje, omejitev kajenja.

Evalvacija

- S člani tima je vzpostavila zaupljiv terapevtski odnos, pozneje tudi bolj spontan z njene strani (dopisovanje po elektronski pošti, klici po telefonu itn.);
- tedenski obiski na njenem domu so pripomogli, da je začela redno jemati terapijo *per os*;
- sprejela je depo terapijo;
- prevzela je preproste naloge v gospodinjstvu;
- naredili smo načrt glede porabe socialne podpore, ki ga je upoštevala, kajti v začetku obravnave se je prekomerno zadolževala;
- sodelovala je v različnih delavnicah na zavodu za zaposlovanje;
- delala je sezonska dela (nabiranje jagod, grozdja itn.);
- predlog, da se oceni njeno delovno sposobnost, je sprejela in tudi končala, na osnovi odločbe je najprej bila zmožna opravljati 4-urno delo, po dveh letih je bila upokojena, s čimer je zadovoljna;
- redno prihaja na kontrole v bolnišnico;
- socialni stiki so se izboljšali, hodi na sprehode, se druži z ljudmi, redno obiskuje Ozaro.

SKLEP

Pri pacientih s hudo in ponavljajočo se duševno motnjo, ki so pogosto sprejeti v bolnišnico in odklanjajo zdravljenje ter redno jemanje predpisane terapije, poskuša tim zmanjšati posledice bolezni in omogočiti takojšen odziv na morebitna poslabšanja stanja, ki se pojavijo v procesu obravnave. Že v času hospitalizacije je potrebno vzpostaviti zaupljiv odnos in dati pacientu občutek varnosti, ki se kaže v želji pacientov po obisku medicinskih sester, ki jih že poznajo. Osebe s težavami v duševnem zdravju prav zaradi svoje drugačnosti in potreb potrebujejo poseben odnos in pozornost, s katerima se jim nudi kvalitetno življenje, vredno osnovnega človekovega dostojanstva.

*Nihče ne more živeti sam,
čeprav veliko ljudi živi osamljeno.
Življenje je izkušnja,
ki je skupna.*
(Ivica Balkovec, 2007)

LITERATURA:

1. Bobes J, Garcia-Portilla M. Quality of life in schizophrenia. In: Freemna H, Katsching H, Sartorius N, eds. Quality of life in mental disorders. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd; 2007.
2. Dernovšek MZ, Oreški S, Hrast I. Kam in kako po pomoč v duševni stiski. Ljubljana: Izobraževalni raziskovalni inštitut Ljubljana; 2010.
3. Ilič N. Vpliv zdravstvene vzgoje na kakovost življenja psihiatričnih varovancev. In: Vloga zdravstvene vzgoje v procesu zdravljenja, Strokovni seminar Zveze društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Pohorski dvor; 2003.
4. Marušič A, Temnik S. Javno duševno zdravje. Ljubljana: Celjska Mohorjeva družba; 2009.



ULOGA TIMA U LIJEČENJU DUGODJELUJUĆIM PREPARATOM

ROLE OF TEAM IN TREATMENT WITH LONG-ACTING MEDICATION

Prof. dr. sc. Dolores Britvić
Klinika za psihijatriju, KBC Split

Zadatak psihijatra i njegova tima postići je najbolje moguće terapijske rezultate uvažavajući sva ograničenja koja potječu od težine bolesti, osobina ličnosti ili okoline bolesnika. Da bi se ti ciljevi savladali važno je uspostaviti adekvatan kontakt i razviti odnos s bolesnikom, liječniku postaviti liječničku a sestrama sestrinsku radnu dijagnozu, stvoriti terapijski plan a da bi se on mogao dugoročno ostvarivati postići i održati suradljivost naših bolesnika.

Suradljivost bolesnika ovisi o čimbenicima vezanim uz bolesnika, njegovu okolinu, lijek i uz psihijatra i njegov tim. Posljednje vrijeme se sve više govori o unapređenju motivacije bolesnika za liječenje. „Motivacijski intervju“ predstavlja oblik savjetovanja kod kroničnih bolesnika kojima je cilj promjena ponašanja bolesnika i unaprjeđenje njegove motivacije u procesu liječenja. Važni elementi motivacijskog intervjua su: informiranje, slušanje i postavljanje pitanja, odgovaranje na njih, a načela motivacijskog intervjua su izbjegavanje konflikta, iskazivanje empatije, savladavanje otpora, davanje podrške samoučinkovitosti.

Pri provođenju motivacijskog intervjua treba voditi računa o osobinama ličnosti bolesnika kao što su sposobnost stvaranja emocionalnog odnosa s terapeutom, sposobnost uvida i kritičnost ali i rigidnost, poremećaj osobnosti, narcističnost, nepovjerljivost, paranoidnost i nedostatak motivacije koji umanjuju sposobnost bolesnika da se uključi u liječenje. Pri razvoju motivacije za liječenje treba imati na umu značenje koje lijek ima u razvoju odnosa bolesnika i zdravstvenog djelatnika. Lijek može predstavljati izraz brige i pažnje liječnika, njegove želje da bolesniku umanji patnju i da mu pomogne, ali za neke bolesnike može predstavljati potvrdu psihičke bolesti ili doživljaj da ga psihijatar smatra manje vrijednim, ne ravnopravnim. Ulogu u motivaciji bolesnika ima njegovo okruženje, članovi obitelji, prijatelji, rodbina ali i dostupnost zdravstvene službe i podrška društvene zajednice.

No svakako jedna od najvažnijih karika u čitavom nizu čimbenika koji utječu na motivaciju je zdravstveni tim na čelu s psihijatrom. Članovi tima svojim stavom i empatijom pomažu uspostavljanju odnosa, pomažu pacijentu da se osjeti prihvaćen i shvaćen bez osude. Tako terapijska suradljivost značajno ovisi o angažmanu članova tima a vrijeme provedeno s bolesnikom u izravnoj je vezi s terapijskim odgovorom.

Timsko liječenje treba na sve moguće načine educirati i potaknuti bolesnika na aktivno sudjelovanje kroz sve faze procesa liječenja. Terapijski tim neprestano “konstruira” i “dekonstruira” sliku svog pacijenta te svoje aktivnosti prilagođava stvorenoj slici. Stalni članovi tima su psihijatar i medicinski tehničar, a dopunski su članovi obitelji, obiteljski liječnik, psiholog, socijalni radnik, radni terapeut. Jako je važno da se po potrebi ostvaruju kontakti s članovima proširenog tima. Tako na pr. pri dolasku bolesnika na pregled u pratnji člana obitelji, njega kao člana tima uključujemo u evaluaciju rezultata liječenja, dobivajući od njega važne informacije o ponašanju bolesnika i njegovoj simptomatologije. Pri nedolasku na pregled može se kontaktirati član obitelji, obiteljski liječnik ili socijalni radnik da bi se utvrdili razlozi bolesnikova ne dolaska.

Svakako da je uz liječnika najvažniji član tima medicinski tehničar koji su procesom zdravstvene njege nezamjenjiv sudionik u procjeni i liječenju. Prilikom sestrinske njege medicinski tehničar ili sestra prikupljaju opće informacije o bolesniku, postavljaju sestrinsku dijagnozu, sudjeluju pri procjeni očekivanog ishoda, individualizirano za svakog bolesnika, planiraju njegu (pregovaraju s bolesnikom, obitelji i timom). Također mogu doprinijeti u informiranju bolesnika o bolesti, o potrebi i načinu uzimanja lijekova. Važan zadatak je stvaranje ugodnog i prihvaćajućeg okruženja u kojem će se bolesnik osjećati dobrodošlim, zaštićenim, prihvaćenim onakav kakav jest.

I ostali članovi tima imaju važnu ulogu u prikupljanju informacija i procjeni, u planiranju terapijskih zahvata, primjena psihoterapijskih ili socioterapijskih tehnika u liječenju i njihovoj evaluaciji. Iako smo svi mi članovi tima i svakodnevno radimo unutar tima, nije na odmet prisjetiti se što je neophodno da bi tim mogao funkcionirati a to susuradnja među članovima tima, njihova međusobna kvalitetna komunikacija, te uspostavljanje suradničke mreže među članovima tima.

Za dobar rad tima važno je osigurati dobre uvjete za razmjenu informacija, pri tom mislim na osiguran prostor i vrijeme u vidu redovitih sastanaka/kontaktata članova tima. Kvalitetno vođenje tima podrazumijeva poznavanje grupnih procesa i dobre vještine vođenja tima. Učinkovita komunikacija zahtjeva poznavanje vještina aktivnog slušanja, asertivnosti, izvještavanje o učinjenom, otvorene mogućnosti za raspravu, prihvaćanje razlika u mišljenju, pregovaranje i dogovaranje. Također je važno poznavati i vještine odlučivanja i rješavanja sukoba: otvorenost i suprotstavljanje, podrška i povjerenje, rješavanje sukoba i rješavanje problema u radu. Ove vještine će doprinijeti kvalitetnom funkcioniranju tima a ova kvaliteta će se odraziti na proces pružanja zdravstvene skrbi kod naših bolesnika.

Smjernice o liječenju Shizofrenije ukazuju na važnost uključivanja raznih psihosocijalnih rehabilitacijskih tehnika u liječenje ovih bolesnika. Vrijeme provedeno u zdravstvenoj ustanovi nakon primjene dugodjelujućeg olanzapina, upravo se može iskoristiti za primjenu nekih od ovih tehnika.

Dobro funkcioniranje tima kao i poznavanje ovih tehnika vrlo korisno se mogu iskoristi u vremenu koje bolesnik provodi u zdravstvenoj ustanovi zbog primjene dugodjelujućeg pripravka olanzapina.

PLANIRANJE, EVIDENCIJA, INTERVENCIJA, MOTIVACIJA – KORAK ZA USPJEŠNO LIJEČENJE SHIZOFRENIJE

PLANNING, DOCUMENTING, INTERVENING AND MOTIVATING – STEPS FOR SUCCESSFUL TREATMENT OF SCHIZOPHRENIA

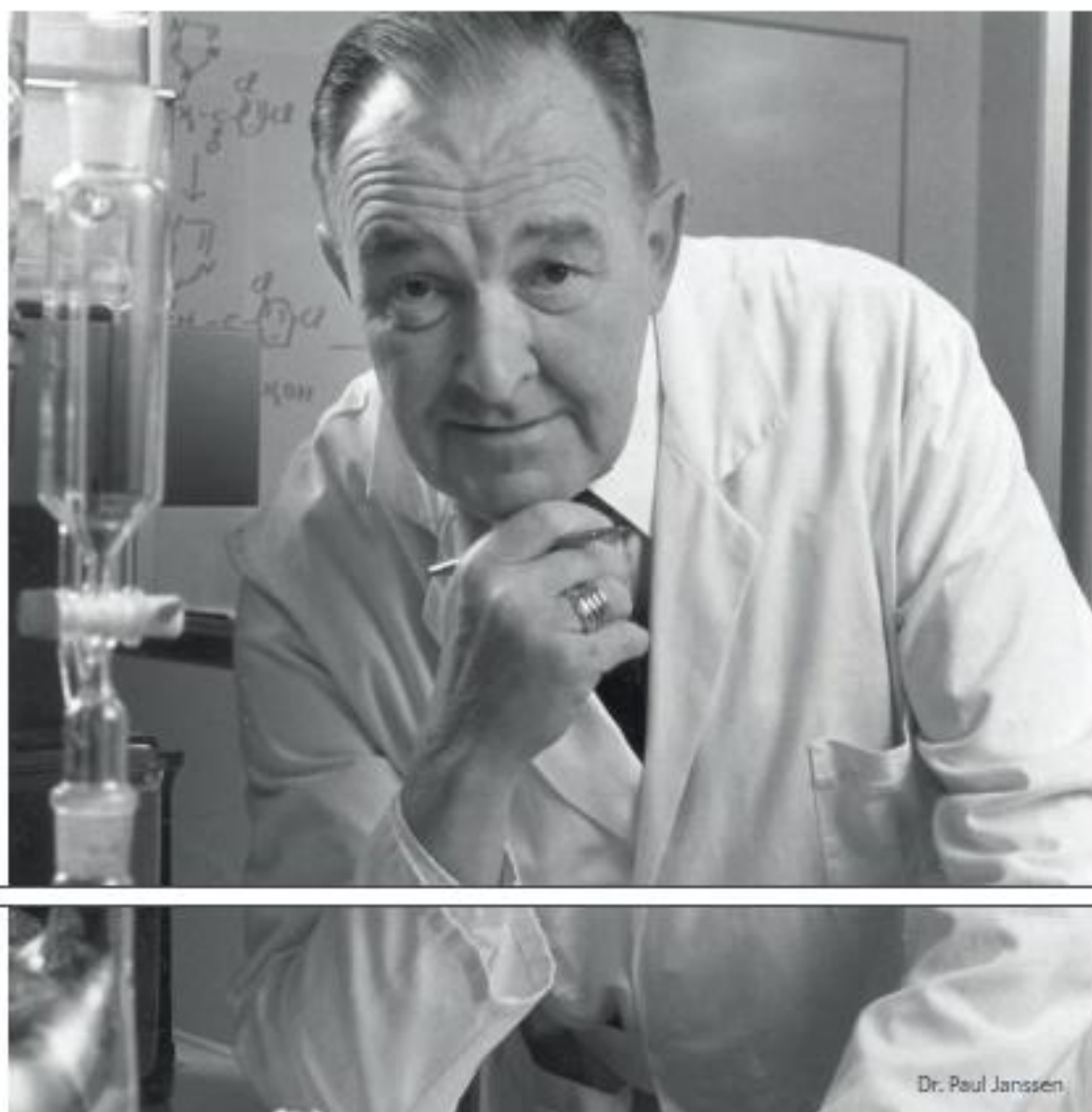
Dijana Blažević, bacc. med. tech
KBC Split, Klinika za psihijatriju

Shizofrenija je teška bolest koja se manifestira iskrivljenim doživljajem i percepcijom života i svijeta oko sebe pa i sebe samoga, iskrivljenom hijerarhijom doživljenog i poremećajem sadržaja i tijeka misli. Bolesnik često istodobno živi na „dva kolosjeka“ živi i ovdje i tamo. Život oboljelih unatoč svim današnjim mogućnostima liječenja (psihofarmakološkim, psihoterpijskim i psihosocijalnim) i dalje je težak, dugotrajan, doživotan. To je jedan od razloga zašto je posljednjih dvadesetak godina u psihijatriji prisutan veliki interes za kvalitetu života psihotičnih, posebno oboljelih od shizofrenije.

Planiranje, evidencija i intervencija, su koraci za uspješno liječenje šizofrenije, ali postoji prepreka, a to je motivacija. Motiviranje bolesnika na ustrajnost u liječnju je od velikog značaja. Kako motivirati bolesnika oboljelog od shizofrenije na suradnju, na uzimanje propisane terapije, dolazak na redovite kontrole i sl. Primjena lijekova koji se koriste jedan put kroz 2 – 4 tjedna - dugodjelujući antipsihotici (pogotovo kad ih je potrebno koristiti duže vrijeme ili doživotno) jedna su od farmakoloških mogućnosti koja znatno pomaže boljoj suradnji bolesnika. Na taj način bi se kod bolesnika značajno smanjio rizik za relaps bolesti, ponovnim hospitalizacijam, dužim liječenjem što bi dovelo i do smanjivanja visokih troškova nepotrebnog liječenja. Sama aplikacija nije dovoljna da bi liječenje bilo uspješno, ako nije osigurana redovitost preporučenih aplikacija. Psihijatru i cijelom psihijatrijskom timu potrebna je evidencija o redovitosti uzimanja propisanog antipsihotika, kako bi pravodobno mogli intervenirati, te pozitivno utjecati na motivaciju bolesnika da nastavi redovito dolaziti na predviđene aplikacije a na taj način i na redovite kontrole. Za to je potreban jedan „mali korak“ medicinske sestre kako bi poboljšala bolesnikovu suradnju.

Psihijatrijske sestre u svom dugogodišnjem radu iskusile su često, da o kvaliteti upravo njihova odnosa prema bolesniku, ovisi hoće li on uzimati lijekove, surađivati, održavati osobnu higijenu i raditi ispade. Odnos medicinska sestra-bolesnik jedan je od najučinkovitijih intervencija.

Psihijatrijska medicinska sestra svojim znanjem i vještinom može značajno utjecati na pacijentovo ponašanje, kako bi shvatio moguće rizike i preuzeo odgovornost za svoje zdravlje. Njena je ključna uloga da bolesnika potiče na prihvaćanje pozitivnog zdravstvenog ponašanja, da mu ojača samopouzdanje, poboljša i ojača njegove sposobnosti socijalne prilagodbe. Konačan cilj je resocijalizacija psihijatrijskog bolesnika u zajednicu. Za poboljšanje suradljivosti i motiviranosti kod kroničnih duševnih bolesnika potreban je multidisciplinarni pristup. Poboljšanje stanja zahtjeva kontinuiranu suradnju između zdravstvenih profesionalaca, (psihijatra, medicinske sestre, psihologa, patronažne sestre, liječnika obiteljske medicine) obitelji i najvažnije samog pacijenta.



Dr. Paul Janssen.

Ponosni smo na preteklost.
Ustvarjamo boljšo **prihodnost.**

Nadaljujemo z znanstvenim delom dr. Paul Janssen-a, ustanovitelja farmacevtskega podjetja Janssen in enega najbolj inovativnih znanstvenikov na področju farmacije.

194-100 1940 2

Janssen, farmacevtski del Johnson & Johnson d.o.o., Smarčeva 53, 1000 Ljubljana, tel. 01 401 18 00

janssen 