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

Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji

ZBORNIK PRISPEVKOV

CELOSTNA IN KONTINUIRANA OBRAVNAVA V PSIHIATRIJI

PSIHIATRIČNA BOLNIŠNICA IDRIJA

26. OKTOBER 2007

ZBORNIK PRISPEVKOV

STROKOVNO SREČANJE:

CELOSTNA IN KONTINUIRANA OBRAVNAVA V PSIHIATRIJI

Psihiatrična bolnišnica Idrija, 26. oktober 2007

Izdala:
ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije
SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V PSIHIATRIJI

Uredila:
VESNA ČUK

Priprava in tisk:
ABC MERKUR d.o.o. Idrija

Oktober 2007

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616.89-083(063)

CELOSTNA in kontinuirana obravnava v psihiatriji : zbornik prispevkov, Psihiatrična bolnišnica Idrija, 26. oktober 2007 / [uredila Vesna Čuk]. - Ljubljana : Zbornica zdravstvene nege - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, 2007

ISBN 978-961-6424-62-2
1. Čuk, Vesna 2. Zbornica zdravstvene nege - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji

235327488

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

Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji

Program strokovnega srečanja

CELOSTNA IN KONTINUIRANA OBRAVNAVA V PSIHIATRIJI

ki bo v petek, 26. oktobra 2007, v Psihiatrični bolnišnici Idrija

PROGRAM:

8:00 - 9:00	Registracija udeležencev
9:00 - 9:30	Pozdravne besede in kulturni program
9:30 - 10:15	**Na poti iz azila v skupnostno psihiatrijo** *mag. Viktorija Gorjup, univ. dipl. soc., Psihiatrična bolnišnica Idrija*
10:15 - 11:00	**Psihoterapija včeraj, danes, jutri** *Anica Kavčič, viš. med. ses., psihoterapevtka, Psihiatrična bolnišnica Idrija*
11:15 - 11:30	Razprava
11:30 - 12:00	Odmor
12:00 - 12:40	**Predstavitev modela skupnostne psihiatrije** v PK Ljubljana *Mirjana Furlan, dr. med. spec. psih. in Andreja Jerič, dipl. ms, Psihiatrična klinika Ljubljana*
12:40 - 13:00	**Kontinuirana zdravstvena nega v psihiatriji** *Sandra Ferfolja, dipl. ms., Hvala Nataša, SMS, Psihiatrična bolnišnica Idrija*
13:00 -13:20	**Vloga negovalnega osebja v PB Idrija nekoč in danes** *Stanka Gnezda, dipl. ms., Psihiatrična bolnišnica Idrija*
13:20 -13:50	**Rezultat uspešnega povezovanja strok je dobra praksa** *Tjaša Rodman, socialna delavka, vodja DDTC Barčica in Agata Dujc, delovna terapevtka, vodja stanovanjske skupine.*
13:40 - 14:15	**Kontinuirana skrb - razprava o izkušnjah in izzivi za prihodnost**
14:15	Predstavitve sponzorjev
14:15 - 16:00	**Odmor za kosilo in druženje udeležencev**
15:00 - 16:00	Volilna seja IO sekcije in izvolitev predsednice / ka Možnost ogleda bolnišnice (po skupinah)
16:00	**Zaključek srečanja**

Organizacija strokovnega srečanja poteka v okviru praznovanja 50. letnice delovanja Psihiatrične bolnišnice Idrija.

Vljudno vabljeni

Predsednica sekcije Vesna Čuk

Organizacijsko programski odbor:

Vesna Čuk, Urška Bogataj, Kristina Kržišnik, Maja Ogrič, Nataša Velikanje, Andreja Uršič, Špela Peternelj, Blaž Tušar, Jana Novak, Andreja Gruden, Mira Primožič, Kodela Andreja, Fata Zelič, Borut Bubnič

VSEBINA

4 VSEBINA

5 UDELEŽENCEM NA POT
Viktorija Gorjup

6 CELOSTNA IN KONTINUIRANA OBRAVNAVA V PSIHIATRIJI
mag. Marko Pišljar, dr. med. spec. psihiatrije, predstojnik, Psihiatrična bolnišnica Idrija

7 PREDSTAVITEV ZDRAVSTVENE NEGE V PSIHIATRIČNI BOLNIŠNICI IDRIJA
Vesna Čuk, prof. zdr. vzg.; glavna medicinska sestra bolnišnice

10 Predstavitve predavateljev

11 NA POTI IZ AZILA V SKUPNOSTNO PSIHIATRIJO
mag. Viktorija Gorjup, univ. dipl. soc.

20 SKUPINSKA PSIHOTERAPIJA VČERAJ, DANES, JUTRI
Anica Kumer Kavčič, viš. med. ses., psihoterapevtka, Psihiatrična bolnišnica Idrija

29 PREDSTAVITEV MODELA SKUPNOSTNE PSIHIATRIJE V PSIHIATRIČNI KLINIKI LJUBLJANA
Andreja Jerič, dipl, ms, Psihiatrična klinika Ljubljana

32 KONTINUIRANA ZDRAVTVENA NEGA V PSIHIATRIJI - IZKUŠNJE V PSIHIATRIČNI BOLNIŠNICI IDRIJA
Aleksandra Ferfolja, dipl. m.s., Nataša Hvala ZT, Psihiatrična bolnišnica Idrija

42 VLOGA NEGOVALNEGA OSEBJA V PSIHIATRIČNI BOLNIŠNICI IDRIJA NEKOČ IN DANES
Stanka Gnezda, dipl. m.s., Psihiatrična bolnišnica Idrija

52 REZULTAT USPEŠNEGA POVEZOVANJA STROK = DOBRA PRAKSA (1.del)
Agata Dujc, del. terapevtka, vodja razvojnega programa CSD Koper
Tjaša Rodman, soc. delavka, vodja projekta. Razvojni program CSD Koper

56 ZADOVOLJSTVO BOLNIKOV Z ZDRAVSTVENO NEGO V PSIHIATRIČNI BOLNIŠNICI IDRIJA
Andreja Gruden dipl. ms, Psihiatrična bolnišnica Idrija

65 ANALIZA DEJAVNIKOV TVEGANJA ZA PADCE STAROSTNIKOV V PSIHIATRIČNI BOLNIŠNICI IDRIJA
Sabina Vihtelič, dipl. m.s. Psihiatrična bolnišnica Idrija

70 VLOGA ZDRAVSTVENE VZGOJE PRI UŽIVANJU MEDIKAMENTOZNE TERAPIJE BOLNIKOV S PSIHOTIČNO MOTNJO V PSIHIATRIČNI BOLNIŠNICI IDRIJA
Andreja Sedej Kodela, dipl. m.s.,Psihiatrična bolnišnica Idrija

80 ETIČNI IN PRAVNI VIDIK V ZDRAVSTVENI NEGI PACIENTA Z DUŠEVNO MOTNJO
Majda Herbst, dipl. med. ses., Irena Trobec, prof. zdrav. vzg., mag. Boštjan Žvanut, pred., UP Visoka šola za zdravstvo Izola
Majda Herbst, Health Care Centre of Izola, Ulica Oktobrske revolucije 11, 6310 Izola, Slovenia

OP. U.: Za strokovnost odgovarjajo avtorji prispevkov.
Prispevki niso lektorirani

UDELEŽENCEM NA POT

Viktorija Gorjup

Prihajate v kraj, kjer je škafar, tako pravi legenda, pred več kot petsto leti, v škafu našel živosrebrno tekočino, v kraj, kjer je prvi rudniški zdravnik in naravoslovec Scopoli, tako govori pisana beseda, prejemal za opravljeno delo honorar iz rudniškega vinskega sklada, ker mu takratna cesarska oblast na Dunaju ni odobrila plače, dostojne delu, znanju, ugledu in imenu rudniškega zdravnika, v kraj, kjer je Mrak, tako pravijo ohranjene znamenitosti, pred več kot dvesto leti na Idrijci in Belci zgradil Klavže – pregrade za splavitev lesa – danes znane kot evropske piramide, v kraj, kjer si je delavstvo zgradilo prvo gledališče na Slovenskem in prvo slovensko realko in se je po vseh dvigih in padcih šolskih preobrazb ohranila gimnazija, v kraj, kjer je bil v okupirani Evropi tiskan edini časopis v materinem jeziku – Primorski dnevnik, v kraj, kamor je zdravstvena oblast v bivšo kasarno na grič pred petdesetimi leti odložila, za nekatere slabo vest in pozabo, za mnoge pa poslednje upanje, prihajate v svet ljudi ob Idrijci, ki so jih, ta svet in te ljudi, v vsej njihovi navadnosti in drugačnosti, v besedi, sliki in glasbi upodobili Bevk, Kosmač, Felc, Pfeifer, Skočir, Podobnik, Rupnik, Terpin, Kumer... - trije od njih iz naše hiše.

Prihajate v kraj, nekoč drugi ta večji na Kranjskem, v kraj, ki ga s svetom ne povezuje železnica, ampak le slabe ceste, v kraj, kjer se je gospodarstvo globaliziralo, ne le tedaj, ko je rudniška oblast poslovala neposredno z Dunajem, ampak tudi dandanašnji, v kraj, kjer na griču obstaja navidezna ločnica med bolnim in zdravim, med umikanjem in vztrajanjem, med brezupom in upanjem, v kraj po imenu Idrija, ki vsemu navkljub noče postati pozabljen svet.

Uvodnik

Celostna in kontinuirana obravnava v psihiatriji

mag. Marko Pišljar, dr. med. spec. psihiatrije, predstojnik, Psihiatrična bolnišnica Idrija

Duševne motnje so obstajale vedno. Razvoj psihiatrije je bil najhitrejši v zadnjih 200 letih, odkar tudi obstaja psihiatrija, kot samostojna panoga. Skrb za bolnike z duševno motnjo je pred tem v Evropi bila na plečih družine, bolj organizirano pa so jo izvajale cerkev ter lokalne skupnosti (hospice, bolnišnice, ječe). V sredini 17. stoletja je v Franciji Louis XIV odprl dve veliki bolnišnici in sicer v Bicetre za moške in Salpetriere za ženske. Namen takih institucij je bil predvsem varovanju oseb z duševno motnjo in vedenjskimi spremembami, razmere pa so bile izjemno težke. Koncem 18. in v začetku 19. stoletja se je prvič pojavil koncept zdravljenja bolnikov z duševno boleznijo, intenzivneje pa so začeli iskati vzroke pojavljanja bolezni. V tedanjem času je prišlo do odprtja številnih ustanov, ki so imeli vlogo azila. V ospredju novih pogledov in gibanja so bili Batie v Londonu, Chiarugi v Firencah, Reil v centralni Evropi, Rush v Ameriki in Pinel ter Esquirol v Parizu. Pinel je postal znan, ker je odstranil uporabo verig v bolnišnici Salpetriere in jih je nadomestil z ovirnicami. Leta 1808 je Rail prvič uporabil termin »psihiatrija«. V 20 stoletju je nekaj mejnikov posebej zaznamovalo razvoj psihiatrije. Med njimi so bili v ospredju razvoj Freudove psihoanalize ter drugih psihoterapevtskih šol, razvoj in uporaba prvih antipsihotičnih zdravil in antidepresivov v šestdesetih letih preteklega stoletja ter revolucionarni pristopi v razumevanju delovanja posameznih možganskih predelov ter njihovih povezav, ki jih je omogočila sodobna tehnologija in nove preiskovalne metode. (PET-pozitronska emisijska tomografija, f-MRI- funkcionalno magnetno resonančno slikanje...)

Vzporedno z razvojem obravnave oseb z duševno motnjo se je spreminjal tudi odnos do bolnikov ter oblike rehabilitacije in ponovnega vključevanja v socialno okolje. Če je čas pred razvojem zdravil, ki so prvič na učinkovit in dostopen način zdravila duševne motnje, zaznamovalo obdobje azilske oskrbe, potem moderno dobo opredeljujejo širitev izvenbolnišničnih oblik zdravljenja, v ambulantnih, dispanzerskih ter skupnostnih oblikah obravnave ob sicer intenzivnejših in krajših bolnišničnih zdravljenjih.

Sodobne oblike zdravljenja bolnika z duševno motnjo vključuje celovito obravnavo bolnika v okviru različnih strok, zdravstvene nege, medicine, delovne terapije,socialne službe ter sodelovanju družine, drugih pomembnih oseb in nevladnih organizacij. Zdravstvena nega ima v sklopu celostne obravnave oseb z duševno motnjo eno izmed nosilnih in vse natančneje definiranih vlog. Danes bi za razvoj dela v skupnosti potrebovali študijske programe za patronažne sestre, ki bi se s strokovnimi znanji in izkušnjami iz psihiatrije lahko učinkovito dopolnili manjkajoči člen v obravnavi bolnika v domačem okolju. Podobno se razvija vse večja specializacija zdravstvene nege na različnih področjih psihiatrije: intenzivnih psihiatričnih oddelkih, psihogeriatriji, delu z bolniki odvisnimi od alkohola ali nedovoljenih drog, razvojni psihiatriji itd. Pred leti je bil že organiziran podiplomski študij oz. specializacije iz posameznih področij (odvisnost od alkohola, psihiatrija), potrebe in hiter razvoj psihiatričnih služb v bolnišnicah ter skupnosti pa narekuje potrebo po vzpostavitvi dodiplomskih in podiplomskih programov, ki bodo omogočili kakovostno in strokovno podprto obravnavo bolnikov z duševno motnjo v času akutnega zdravljenja ter rehabilitacije, torej v bolnišnično ambulantnih oblikah zdravljenja in obravnavi v skupnosti.

PREDSTAVITEV ZDRAVSTVENE NEGE V PSIHIATRIČNI BOLNIŠNICI IDRIJA

Vesna Čuk, prof. zdr. vzg.; glavna medicinska sestra bolnišnice

Psihiatrična bolnišnica Idrija je bila ustanovljena 9. aprila leta 1957 kot azil v prenovljeni vojašnici na hribu nad Idrijo. Imela je 424 postelj in 10 mrežnic. Ograja, ki je določala mejo med bolnico in mestom ter bolniki v značilnih oblekah, so kazali odnos takratne družbe do psihiatrije in ustanove na robu. Takratna družba je gledala na bolnike kot na zlo, zato so jih zaprli za visoke zidove v varno zavetje bolnišnice in dosegli cilj, se pravi ,da je bila družba zaščitena od bolnika, bolnik pa od lastnih teženj. Šele z razvojem terapevtske skupnosti psihiatrična bolnišnica ni več kraj, kjer bi pacient odmaknjen od družbe preživel vse svoje življenje, ampak postane terapevtsko model družbe, v kateri bolnik pridobiva socialne izkušnje in se uči živeti v družbi. Danes je bolnišnica prenovljena. V psihiatriji in v psihiatrični zdravstveni negi je središče dogajanja bolnik, upoštevanje etike in njegovih pravic ter kakovost zdravstvene oskrbe.

1. Razvoj zdravstvene nege v Psihiatrični bolnišnici Idrija

Kadrovska zasedenost medicinskega kadra je bila na začetku slaba, saj je bil od 81 delavcev zaposlen le en zdravnik in dve medicinski sestri.Imeli so velike težave z negovalnim osebjem in bolničarskim kadrom. Zaposlenih je bilo 20 bolničark in 4 bolničarji ter 16 strežnikov. Prvotna zadolžitev nižjega negovalnega osebja je bila nadzor in varovanje bolnikov, redko medicinsko osebje se je v neurejenih bivalnih pogojih bojevali s prilagoditvenimi težavami, ki so bile še večje zaradi mladosti kadra, neizkušenosti in narave bolezni. Zdravstvena nega ni omenjena nikjer, medicinski sestri pa sta opravljali raznovrstna opravila. Skrb negovalnega osebja je bila poleg stalnega nadzora in varovanja skrb za osnovne potrebe v zvezi s higieno in prehrano, kasneje pa so bolničarje vključili v aktivacijo bolnikov v delovni terapiji. Leta 1959 so bolniški strežniki v bolnici opravili trimesečni tečaj iz nege bolnika.. primanjkovalo je moškega negovalnega kadra.zdravstvena nega je postal nekako del delovne terapije,. Počasi je z oddelkov izginjalo nasilje in napetost bolnikov tudi zaradi uvajanja novih zdravil in oblik zdravljenja, ki so spreminjali bolnika iz pasivnega udeleženca, ki je bil zaprt v ustanovi in mu je življenje vsak dan teklo po istem tiru.Način zdravljenja je bolnike vodil v nesamostojnost in odvisnost od osebja. Takrat je negovalno osebje pogosto občutilo hierarhijo, ki je veljala in v strahu pred posledicami so bili brezpogojno podrejeni izpolnjevanju navodil zdravnika.načela terapevtske skupnosti so zbližala odnos med bolnikom in osebjem, potrebno pa je bilo spreminjati miselnost in navade zaposlenih. Bolnica je sodelovala s srednjimi medicinskimi šolami in izobraževala svoj kader. Leta 1970 je bil prvič omenjen kodeks etike zdravstvenih delavcev in zdravstvena nega tudi v strokovnem poročilu. V tem času je bila petina vseh bolnikov nepokretnih, zato so bili usmerjeni v vzdrževanje osebne higiene in preprečevanju preležanin ter hranjenje. Imeli so normative glede posteljnega in osebnega perila, počasi pa so se izboljševalo tudi razmerje glede medicinskega in negovalnega kadra. Zdravstvena nega se je vključevala v terapevtsko skupnost na oddelku in izobraževali so se v smislu vedno bolj specifičnih metod: ohranjanje delovnih in higienskih navad,urejenost bolnikov, učenje hranjenja in socialnih veščin. Zaradi povečanja izobraženih medicinskih sester se je negovalno strežniško osebje počutilo zapostavljeno, ker so prevzemali predvsem naloge v zvezi z higieno in hranjenjem, težko so sprejemali tudi vloge nadzornih sester in avtoriteto. Organizirali so interno izobraževanje, in v 335 urnem tečaju so pridobili kvalifikacijo in srednjo izobrazbo za 30 bolničarjev. Ugotavljali so, da je za delo v tako težkih razmerah potrebno stalno izobraževanje in samoiniciativnost ter iznajdljivost.Stalno je primanjkovalo srednjega medicinskega kadra. Z razvojem terapevtske skupnosti so vse več dejavnosti na oddelku prepuščali bolnikom, kljub temu pa je negovalno osebje doživljalo pri svojem delu velike obremenitve. Razvijale so se različne aktivnosti in spreminjala se je vloga zdravstvene nege.O psihiatrični zdravstveni negi v pravem pomenu besede prvič pišejo po letu 1975, ko se je bolnišnica kadrovsko okrepila. Zaposleni v zdravstveni negi so se intenzivno vključili v različna izobraževanja in podiplomske tečaje, na katerih so pridobili znanja za delo v skupinah in drugih terapevtskih dejavnostih. Aktivno so bili vključeni tudi v delovanje takrat nevropsihiatrične sekcije in organizirali strokovno izpopolnjevanje za zunanje udeležence. Oddelčne medicinske sestre so se stalno borile za bolj funkcionalno opremo in prostore, vendar so bile bivalne razmere zelo slabe. V bolnišnici je kronično primanjkovalo srednjih medicinskih sester. Neposredno zdravstveno nego so izvajale srednje medicinske sestre in ena tretjina bolniških strežnikov. Delovni pritiski so bili veliki, delovne razmere slabe in velika je bila obremenjenost predvsem ženskega kadra, opisujejo pa tudi neurejene medsebojne odnose med profili in posamezniki. Izboljševalo se je razmerje med medicinskim in nemedicinskim kadrom, vendar zaradi izpada negovalnega kadra. Zavestno so nižali tudi število strežniškega kadra v prid zagotavljanja kakovostne psihiatrične zdravstvene nege.V bistvu so že takrat kategorizirali bolnike v 4 kategorije. Zdravstvena nega v bolnici je bila razdeljena na intenzivno in polintezivno nego, na osnovno nego popolnoma odvisnih polpokretnih bolnikov in na osnovno nego nesamostojnih pokretnih bolnikov. Po letu 1975 so v poročilih pomembno aktivno vlogo imele višje medicinske sestre, ki so na sprejemnih in kroničnih oddelkih oživljale dejavnosti terapevtske skupnosti in socioterapevtske dejavnosti na alkohološkem oddelku. Od leta 1975 ni bilo več bolničarjev, z večanjem števila medicinskih sester, se je močno znižalo tudi število strežnikov. V letu 1977 so se aktivno ukvarjali, da bi izdelali in ločili dela in naloge med strežniki in čistilci ter zdravstvenimi delavci in strežniki, kar pa je v medsebojne odnose prinašalo vedno nove konflikte.V tem letu so uveljavili knjigo posegov in izdelali standarde zdravstvene nege in higiene na oddelku, izdelali so normativ za socioterapevtsko delo in pričakovali, da bo bolnik vključen v aktivacijo po 10 ur dnevno.. Dosegli so neprekinjeno navzočnost medicinskih sester v tri izmenskem turnusu

in le kot pomoč bolniške strežnike. Razporedi službe so bili 14- dnevni z delovno obveznostjo 7 ur in 10 ur nočne službe. Negovalni kader se je po bolniških oddelkih menjaval. Oddelčne medicinske sestre so se zavzemale predvsem za to, da bi bil delovni čas boj izkoriščen za aktivno delo z bolniki. Program je bil do leta 1980 zelo progresivno naravnan. Zdravstvena nega se je vključevala vse bolj aktivno v vsa dogajanja v bolnišnici, medicinske sestre so v svojo delo uvajale novosti in stabilizirale medsebojne odnose med negovalnim kadrom. Začetki standardizacije so uveljavljali vedno bolj tudi dokumentiranje zdravstvene nege. Po letu 1982 je v bolnišnici enkrat tedensko potekalo izobraževanje za pripravnike in ostale zdravstvene delavce. Medicinske sestre so stalno opozarjale na dotrajanost opreme in prostorov, določale prioriteto nabav ter skrbele za nabavo perilnega in zdravstvenega inventarja. Leta 1984 nam je uspelo pridobiti več moškega kadra, srednji kader, ki se je prej raje zaposloval v drugih zdravstvenih zavodih, se je ustalil. Prehod na 40 urni tednik je zahteval povečanje medicinskega in negovalnega kadra prav tako pa tudi zagotavljanje neprekinjenega zdravstvenega varstva. Leta 1987 se je na oddelke poskusno začela uvajati procesna metoda dela, ki je za stroko pomenila več aktivnega dela z bolnikom, namesto številnih opravil, ki jih je negovalno osebje opravljalo rutinsko za bolnike.
Danes bolnišnica deluje v povsem drugačnih razmerah kot pred petdesetimi leti. Bolnišnico imamo prenovljeno, povsod se izvajajo sodobne oblike zdravljenja in zdravstvene nege, izvajajo se terapevtski programi in upoštevajo se pravice bolnikov. Že pred veliko leti smo sneli mreže z oken, odpravili uniforme za bolnike, ukinili mrežnice in razna druga varovalna sredstva. Danes so intenzivne varovane enote nujna oblika zagotavljanja varnosti za akutno bolne.

2. Faze razvoja zdravstvene nege

V zgodovini razvoja zdravstvene nege psihiatričnega bolnika govorimo o več fazah, glede na to pa tudi o različnih oblikah delovanja medicinskih sester in negovalnega osebja.

· **Medicinska sestra - ključar, varnostnik, čuvaj.** V prvi fazi delovanja medicinskih sester skorajda ni bilo. Bolnik je bil objekt opazovanja in naloga negovalnega osebja takrat je bila bolnika varovati in opazovati, strežno osebje pa je skrbelo za red, čistočo in hrano bolnikom.

· **Medicinska sestra – tehnik.** Ko so zdravstveno nego prevzele prve medicinske sestre, je bil poudarek predvsem na »somatski« zdravstveni negi, medicinska sestra pa je imela vlogo pomočnika zdravniku in tehničnega asistenta. To je bila doba insulinskega zdravljenja psihiatričnih bolnikov, doba elektrokonvulzivne terapije in razvoja farmakoterapije. Pomembno za to obdobje je bilo, da so v psihiatriji začeli pridobivati šolan strokovni kader, zato se negovanje četudi bolj na somatski ravni, opravlja bolj na strokoven način.

· **Medicinska sestra - socioterapevt.** V tretji fazi, ko se v psihiatrijo začne uvajati terapevtska skupnost, ko bolnik postaja subjekt zdravljenja, se tudi vloga medicinske sestre bistveno spremeni. Nastopi preusmeritev iz somatske nege in medicinske sestre začnejo aktivno sodelovati pri socioterapevtski obravnavi psihiatričnih bolnikov. Medicinska sestra je postavljena k bolniku, »izrtgana« iz rutinskega dela. Terapevtska skupnost pomeni rušenje hierarhije v zdravstvu, pomeni enakopravno upoštevanje mnenja bolnikov in osebja, prehajanje informacij in različnih vlog v vse smeri, ne samo enosmerno od zgoraj navzdol. Dolžnost medicinske sestre je bila, da na oddelku ustvari domače vzdušje, kjer je življenje potekalo podobno kot izven bolnišnice. Druga naloga je bila spoznati socialno strukturo bolnikov in ustvariti interpersonalne odnose v skupini. Novosprejetega bolnika so poskušali čimprej vključiti v tekoče življenje, delo je bilo organizirano tako, da potekajo aktivnosti preko celega dne. Ob pridobivanju vsakodnevnih izkušenj so medicinske sestre ugotovile, da samo timsko delo daje možnost pomembno enakopravno vlogo in profesionalizacijo.

· **Medicinska sestra – nosilka procesa zdravstvene nege** pomeni samostojno vlogo. Sodobna metoda dela zdravstvene nege z dokumentiranjem je utrdila spoznanje, da je medicinska sestra odgovoren član tima, enakopravni in samostojni zdravstveni delavec, ki opravlja svoje profesionalne naloge v okviru kompetenc. Zdravstvena nega poteka vse dni v letu, 24 ur na dan. Danes se izvaja procesna metoda dela na vseh bolniških oddelkih pri vseh bolnikih od sprejema do odpusta.Izvaja se ugotavljanje fizičnih, psihičnih in socialnih potreb, načrtovanje in izvajanje in vrednotenje zdravstvene nege glede na individualnost življenjskih aktivnosti. Imamo svojo negovalno dokumentacijo. Zdravstvena nega je danes vidna, samostojna stroka in ima pomembno vlogo v procesu obravnave psihiatričnega bolnika. Dokumentiranje zdravstvene nege je odsev kakovosti ZN in ima zakonodajno podlago, omogoča boljšo koordinacijo dela, nadzor kakovosti strokovnosti opravljenega dela, izobraževanje in raziskovanje in nenazadnje omogoča tudi boljše vrednotenje poklicev v zdravstveni negi.

· **Medicinska sestra - član tima v psihosocialni rehabilitaciji**. Razvoj stroke in dodatno izobraževanje je dalo možnost, da se poveča vloga zdravstvene nege in sodelovanje v skupnostni skrbi pri zagotavljanju kontinuirane skrbi, kar lahko vpliva na zmanjševanje socialne izolacije, stigmatizacije in identitetne težave pacientov z težavami v duševnem zdravju po odpustu iz bolnišnice. Načrtovanje kontinuirane zdravstvene nege po odpustu, ustvarjanje pogojev za uspešnost bolnikovega odnosa z okolico, sodelovanje z drugimi strokovnjaki in službami izboljša bolnikovo avtonomijo in spodbujanje potencialov in odgovornosti za zdravje. Število hospitalizacij lahko zmanjšamo z kontinuiteto skrbi v lokalni skupnosti, kjer pacient živi, z učenjem navad in spretnosti potrebnih za življenje, z zdravstveno vzgojnim delovanjem za bolnike in njihove svojce ter pomembne druge. Aktivnosti zdravstvene nege so usmerjene v negovalne probleme, zadovoljevanje potreb ter svetovanje bolnikom in svojcem v okviru kompetenc, kar poveča raven funkcioniranja in izboljša kakovost življenja pacientov in njihovih svojcev. V rehabilitacijskem načrtu za vsakega posameznega bolnika vključene tudi intervencije zdravstvene nege po odpustu.

3. Izkušnje razvoja procesa zdravstvene nege v Psihiatrični bolnišnici Idrija

Za prehod iz tradicionalne v sodobno zdravstveno nego in za praktično uvajanje sprememb v zdravstveni negi smo potrebovali čas kot tudi sodelovanje vseh izvajalcev v zdravstveni negi in oskrbi. Akademizacija poklica zdravstvene nege, vedno boljša izobrazbena struktura omogoča uvajanje novih metod dela, raziskovanje in ugotavljanje kakovosti zdravstvene nege. Naše delo temelji na filozofiji zdravstvene nege, upoštevamo razmejitev del in nalog v zdravstveni negi in od leta 2004 izvajamo kategorizacijo zahtevnosti zdravstvene nege, ki nam omogoča tudi izračun kadrovskih normativov. Naše delo temelji na terapevtski komunikaciji z bolniki in predvsem na delu z bolniki in manj za bolnika. Na področju zdravstvene nege smo naredili tudi številne raziskovalne naloge.

V bolnišnici smo začeli z uvajanjem procesa zdravstvene nege postopoma leta 1987. Na začetku smo naleteli na velike odpore in težave, zavirale pa so ga predvsem medicinske sestre same, predvsem tiste, ki niso bile seznanjene s to metodo v procesu šolanja. Poleg odporov zdravnikov, so tudi zdravstveni tehniki / srednje medicinske sestre videle v tem predvsem dodatno obremenitev in nepotrebno pisanje. Postopoma smo uvajali procesno metodo najprej na enem oddelku, vendar le tam, kjer so jo bili pripravljeni sprejeti in izvajati izvajalci zdravstvene nege in ostali člani tima. Ob stalnem izobraževanju medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov smo počasi napredovali v prepričanju, da proces zdravstvene nege zagotavlja novo kakovost zdravstvene nege in oskrbe bolnikov. Z izpopolnjevanjem in internim izobraževanjem, vodenju pripravništva in ob pridobivanju novega kadra, smo leta 1996 izdelali negovalno dokumentacijo in uvedli procesno metodo dela na vse bolniške oddelke za vse bolnike od sprejema do odpusta.Uporabljamo model Virginije Henderson in 14 življenjskih aktivnosti ter elemente teoretičnega modela Hildegard Peplau, ki obravnava terapevtsko komunikacijo. Izdelali smo številne raziskovalne naloge in ocenjevali kakovost zdravstvene nege ter ugotavljali predvsem številne prednosti. Še vedno ugotavljamo tudi pomanjkljivosti kakovosti zdravstvene nege, timskega dela in zadovoljstva zaposlenih v zdravstveni negi. Sprememba stališč in razmišljanja medicinskih sester/zdravstvenih tehnikov je bila nujna poleg časovne reorganizacije dela in racionalizacija dokumentiranja. Še vedno se učimo ustreznih zapisov in pravilnih izrazov ter popolnejšega zapisovanja.

Ugotovili smo, da na večjo učinkovitost medicinskih sester pri izvajanju negovalnih aktivnosti vplivajo kakovostno vodenje in organizacija dela, ciljano načrtovanje zdravstvene nege ter pozitivna stališča o zdravstveni negi v povezanosti z izobraževanjem, znanjem delovnimi izkušnjami, samovrednotenjem medicinskih sester in zadovoljivimi medsebojnimi odnosi tako v negovalnem, kot tudi v zdravstvenem timu.

Strategijo razvoja smo usmerili v načrtno izobraževanje negovalnega kadra, več kot 15 let pa izvajamo tudi vodeno pripravništvo, zato smo usposobili dober lasten kader. Organizacija dela se je spremenila v korist bolnikov. Dnevno se načrtujejo negovalne aktivnosti, medicinske sestre in zdravstveni tehniki danes preživijo več časa z bolniki, kar pozitivno vpliva na aktivacijo bolnikov. Proces zdravstvene nege so sprejeli tudi zdravstveni sodelavci, ki redno uporabljajo negovalno dokumentacijo. Z dokumentiranjem se je pomembno zmanjšala tudi možnost neizvajanja zdravstvene nege. Po pomembnosti nam največjo vrednoto pomeni razumevanje in sodelovanje v timu, podpora in pomoč sodelavcev in nadrejenih ter sprejetost med bolniki. Zaposleni v zdravstveni negi ocenjujemo, da dokumentacija pomeni celovit zapis o poteku zdravstvene nege, da potekajo informacije o bolnikih tudi v času odsotnosti in da se je izboljšal tudi pretok informacij med vsemi udeleženci negovalnega procesa. Z zagotavljanjem zadostnega števila strokovno usposobljenega kadra v zdravstveni negi želimo se naprej vplivati na kakovost dela v zdravstveni negi in na nestrokovno- rutinsko izvajanje negovalnih aktivnosti, prav tako pa tudi preprečevati izgorevanje in zmanjšati delovne obremenitve negovalnega kadra.

Zdravstvena nega sodeluje v projektu psihosocialne rehabilitacije. Kontinuirano zdravstveno nego želimo zagotoviti z aktivnostmi, intervencijami, informacijami in odpustno dokumentacijo na vseh nivojih zdravstvenega varstva.

V presečni študiji v letu 2007 smo spremljali stališča in ugotovili, da izvajalci zdravstvene nege potrebujemo dodatno izobraževanje in usposabljanje za delo, da bi izboljšali uspešnost rehabilitacije z vidika zdravstvene nege, pretoka informacij in sodelovanja. Rezultati ocene stanja stališč medicinskih sester v psihiatrični bolnišnici so pokazale, da v 95 % ocenjujemo kot potrebno uvajanje sprememb. Izkušnje so pokazale, da za nekatere bolnike že v bolnišnici naredimo rehabilitacijski načrt tudi z vidika zdravstvene nege. Izboljšali smo izpolnjevanje odpustne negovalne dokumentacije, predvsem ob prehodu v socialno varstvene ustanove. Sodelovanje z patronažnimi službami, zdravstvenimi domovi in drugimi organizacijami je še vedno slabo. Povratne informacije služb zdravstvene nege so redke. Ocenjujemo, da nimamo dovolj vpliva na okolje in odnose v okolju, izboljšati želimo tudi medsebojno sodelovanje in več aktivnosti v multidisciplinarni delovni skupini, ki deluje na projektu psihosocialne rehabilitacije v naši bolnišnici. Kontinuirana obravnava pomeni timsko delo in stalno skrb vseh vključenih, podporo, aktivnosti zdravstvene nege in zdravstveno vzgojo različnih ciljnih skupin.

Danes ni več vprašanje, kaj spremeniti, ampak kako spremeniti. Pri tem je najpomembnejše prepričanje nas samih, da v to verjamemo, da to zmoremo in znamo.

Predstavitve predavateljev

Mag. Viktorija Gorjup, univ. dipl. soc., je direktorica Psihiatrične bolnišnice Idrija od leta 1982. Po končani gimnaziji v Idriji je leta 1974 zaključila študij sociologije na FSPN (danes FDV) z nalogo Kriteriji vstopa in promocije novinarjev v novinarski organizaciji, leta 1995 pa na isti fakulteti magisterij iz menedžmenta z nalogo Vpliv privatizacije na (de)profesionalizacijo zdravnikov. Njena celotna poklicna kariera je povezana s področjem družbenih dejavnosti. V obdobju od 1973 do 1982, ko je bila načelnica v občinski upravi in članica izvršnega sveta v Idriji, so bile v ospredju naloge s področja štipendiranja, izobraževanja, razvoja kadrov in socialne politike. V obdobju, ko ji je zaupan direktorski mandat, se ukvarja s področjem zdravstva. Svoje delo je gradila na celovitem pristopu pri ustvarjanju materialnih in kadrovskih pogojev za zdravljenje pacientov in pacientk in razvoj strok. V svojih strokovnih prispevkih in predavanjih, govori o »mehkih« oblikah privatizacije družbenih dejavnosti, o profesionalni in poslovni avtonomiji, o odpiranju bolnišnice in decentralizaciji njene dejavnosti in sledi ideji, da v razvoju ne igrata pomembne vloge le materialni in finančni kapital, ampak tudi (celo še bolj) intelektualni in socialni kapital.

Anica Kavčič, medicinska sestra in psihoterapevtka ima bogate delovne izkušnje s področja psihoterapije, skupinske dinamike in obravnave bolnikov z sindromom odvisnosti od alkohola. V Psihiatrični bolnišnici je zaposlena od leta 1976. Leta 1978 je opravila dvosemestrski študij iz psihopatologije, leta 1980 pa študij psihoterapije. Leta 1991 je zaključila študij iz skupinske analize. Po petih letih osebne analitične izkušnje in supervizije je leta 2001 prejela evropsko diplomo iz psihoterapije in leta 2005 še slovensko diplomo iz psihoterapije. S svojimi strokovnimi prispevki s področja psihoterapije in alkohologije je sodelovala na številnih strokovnih srečanjih.

Mirjana Furlan, zdravnica in specialistka psihiatrije, zaposlena v Psihiatrični kliniki Ljubljana in vodja enote za rehabilitacijo.

Andreja Jerič, diplomirana medicinska sestra je zaposlena na enoti za rehabilitacijo v Psihiatrični kliniki Ljubljana.

Sandra Ferfolja, diplomirana medicinska sestra, je v Psihiatrični bolnišnici Idrija zaposlena od leta 1979, opravlja dela in naloge glavne medicinske sestre oddelka za zdravljenje odvisnosti in naloge skupinskega terapevta, je članica skupine za kakovost in pomočnica glavne medicinke sestre bolnišnice. Bila je članica skupine za psihosocialno rehabilitacijo, ki deluje v naši bolnišnici že več let.

Nataša Hvala, srednja medicinska sestra in študentka 3. letnika Visoke šole za zdravstvo Ljubljana, je v Psihiatrični bolnišnici Idrija zaposlena 15 let. Delovne izkušnje pridobiva po različnih bolniških oddelkih, izvajala je dela in naloge neposredne mentorice pripravnikom ZT, v bolnišnici je odgovorna tudi za spremljanje nacionalnega kazalnika razjede zaradi pritiska.

Stanka Gnezda, diplomirana medicinska sestra, je v Psihiatrični bolnišnici Idrija zaposlena od leta 1992, izkušnje pa je pridobila tudi na oddelku plastično kirurgijo in opekline. Opravlja dela in naloge glavne medicinske sestre sprejemnega moškega oddelka, sodeluje v bolnišnični skupini za izdelavo klinične poti za shizofrenijo.

Agata DUJC, del. terapevt, je vodja projekta v okviru razvojnega programa CSD Koper – Stanovanjska skupina. Profesionalne delovne izkušnje ima kot družinski terapevt, ima 20 letne delovne izkušnje na področju socialnega varstva in dolgoletno uspešno delo z ljudmi s posebnimi potrebami.

Tjaša RODMAN, socialna delavka je vodja projekta v okviru Razvojnega programa CSD Koper dnevno terapevtskega centra Barčica. Ima večletne profesionalne delovne izkušnje in vodstvene delovne izkušnje na različnih delovnih mestih in področjih.

NA POTI IZ AZILA V SKUPNOSTNO PSIHIATRIJO

Prispevek za strokovni seminar:
Celostna in kontinuirana obravnava v psihiatriji

mag. Viktorija Gorjup, univ. dipl. soc.

V organizaciji:
Zbornice zdravstvene in babiške nege
Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji

Psihiatrična bolnišnica Idrija
26. oktober 2007

I. MARGINALIZACIJA PSIHIATRIJE IN SINERGIJA ZA NOV ŽIVLJENJSKI CIKLUS

Medtem, ko večina hospitalizacij na drugih medicinskih področjih ne pušča pri pacientih večjih socialnih pretresov, pa je bivanje v psihiatričnih bolnišnicah še vedno preveč dolgo in preveč zaznamujoče, da ne bi vplivalo na igranje vlog v življenju zunaj – igranje nekaterih vlog se obnovi, nekaterih, kot je npr. profesionalna kariera pa praktično nikoli. Kot odgovor na tako situacijo se pacient pogosto odtujuje od civilne družbe, saj so spremembe, ki jih je na njem pustilo bivanje v bolnišnici, postale še bolj neskladne z zunanjim življenjem, kot so bile z njim v neskladju izvirne težave, ki so ga v bolnišnico pripeljale. Osnovno vprašanje je torej, kako prekiniti verigo hospitalizacij, ki so vse bolj pogoste in vse bolj dolgotrajne, saj se s pogostostjo in dolžino hospitalizacij zmanjšujeta pacientov človeški in socialni kapital (znanje in socialna mreža), manjšata se sposobnost igranja vlog in možnost resocializacije. Razlaščanje vlog, kot pravi Goffman, je posledica ločevanja človeka od zunanjega sveta, zato je za samoidentifikacijo tako pomemben odnos med zunaj in znotraj, med civilno družbo in institucijo.

Z razvojem psihiatrije, ki se je odražal predvsem v razvoju psihofarmakoterapije, psihoterapije, socioterapije, z razvojem aktivacijske terapije in socialnega dela, se je v bolnišnicah z nosilci novega znanja krepila vizija, da je sposobnost igranja vlog potrebno ohranjati. Če pa želimo to doseči, se mora organizacija iz zidu, ki pacientu preprečuje stik z okoljem, spremeniti v most med njima. Integracija organizacije ne temelji več le (ali pretežno) na moči institucije (I mi), ampak vse bolj na moči stroke (I ms).

Ko psihiatrična bolnišnica doseže zrelo dobo, se decentralizira – institucionalno obravnavo pacientov dopolni z obravnavo v ambulantah in dispanzerjih. Zrela leta pomenijo zanjo to, da je strukturo svoje dejavnosti utrdila na določeni stopnji teritorialne in funkcionalne delitve dela, da je sprejela in razvila v nacionalni psihiatriji priznane in dovoljene metode dela – postala je torej polivalentna psihiatrična bolnišnica.

Če prepustnost njenih meja ostaja v vse večjem razkoraku z zahtevami okolja, ki terjajo spremembo strukture njene dejavnosti, ki terjajo nadaljnjo decentralizacijo in manj formalne oblike psihiatričnega zdravljenja, se bolnišnica vse bolj zapira pred pritiski mejnih profesij, sama hoče obvladovati človeka v vseh njegovih razsežnostih, kar jo pripelje na prag prezasičenosti (in neobvladljivosti), pred pritiski civilne družbe, ki so oblikovali (oblikujejo) spoznanja o tem, kako je mogoče v kombinaciji bolnišničnega in izvenbolnišničnega zdravljenja in psihosocialne rehabilitacije v večji meri ohranjati sposobnost igranja vlog. Paradoksalno je, da v primeru imperializma ene stroke nad drugimi strokami raste moč institucije, moč stroke pa pada – najboljši kadri, ki ne morejo uresničiti svoje vizije, odhajajo tja, kjer so za to dani pogoji. Bolnišnici grozi, da se bo spremenila v azil, v odlagališče aktivne psihiatrije, kar je na svojem začetku že bila. Sesedanje polivalentne psihiatrične bolnišnice v azil lahko prepreči le nova sinergija – sinergija različnih strok, poslovne funkcije in civilne družbe.

V primerjavi z drugimi družbenimi dejavnostmi in drugimi strokami je bila psihiatrija vedno marginalizirana (zgodovina humanizma je zgodovina psihiatrije), pri čemer lahko mnoge izvirne grehe naprtimo prav njej sami:

- Pristala je na ubikaciji gradov, kasarn, mučilnic, kaznilnic in ubožnic in bila deležna še manj investicijskih sredstev kot drugi. Kljub takim razmeram se je psihiatrija dvignila iz azila v polivalentnost, vendar njen nadaljnji razvoj brez temeljite sanacije razmer ne bi bil več možen.
- Že itak stigmatizirano bolezen, oziroma bolnika, je za več generacij vnaprej podkrepila z metodami in sredstvi, ki jih je še v nedavni preteklosti uporabljala: rešetke, mrežnice, ovirnice, elektrošoki.

- V psihiatriji substitucija človeka z aparatom ni možna, pa vendar se je zgodil paradoks brez primere, ko je država (družba) pomen človekovega kapitala (human capital) v psihiatriji bistveno bolj podcenila kot v drugih vejah medicine.
- Da ne govorim o tem, da je bil vse do leta 1992 psihiatrični bolnik v Sloveniji deležen tanjšega kosa kruha, manj litrov tople vode, manj KW električne energije, manj litrov kurilnega olja, manj odej, manj... kot drugi bolniki.

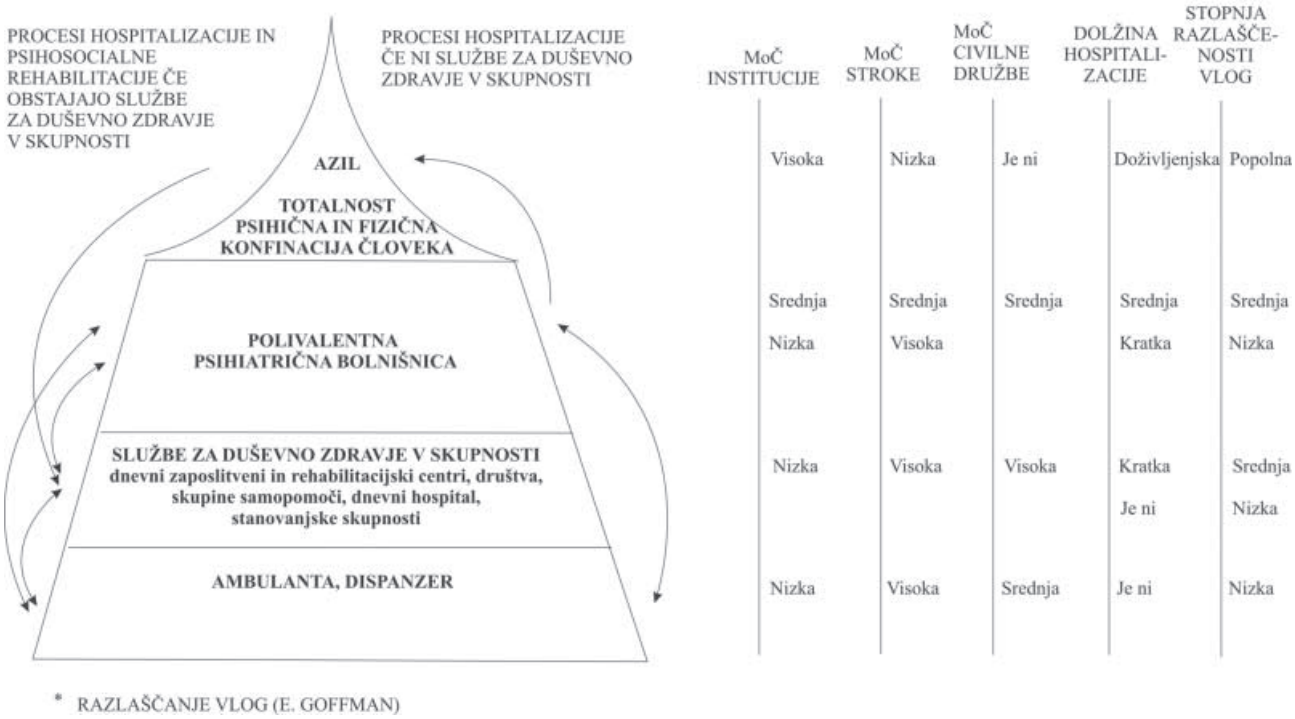
Kot že rečeno - že davno tega se je oblast pred »bolnim« zavarovala tako, da je med »bolnim« in »zdravim« postavila ločnico – centralizirano, birokratsko, zaprto in močno organizacijo, katere visoka stopnja integracije temelji na moči institucije. Njena dejavnost ni usmerjena v produkcijo zdravja, ampak v razlaščanje vseh socialnih vlog človeka, v adaptacijo človeka na bivanje notri, kar ji daje značaj totalnosti. Probleme, ki jih ne moreta rešiti niti posameznik, niti njegova družina, probleme, ki se jim izogne socialna mreža lokalnega okolja, žal v glavnem rešuje institucija.

Stopnja uspešnosti (rečemo lahko tudi demokratičnosti ali humanosti) psihiatrije je odvisna od tega, koliko ohranja sposobnost igranja vlog, koliko in kakšne ljudi »vrača v življenje«. Uspešna pa seveda ne bo mogla biti, če procesa zdravljenja ne bo še bolj približala pacientu in njegovemu okolju, če svoje moči ne bo gradila na povezovanju strok, civilne družbe in menedžmenta.

Psihiatrične bolnišnice bi morale biti nosilke procesov decentralizacije in deinstitucionalizacije, in sicer ne glede na to, kdo bo izvajalec, kako bo le-ta organiziran in ne glede na to, kdo bo lastnik.

Proces decentralizacije in deinstitucionalizacije psihiatričnih bolnišnic, ki se je začel že pred več kot tridesetimi leti z ustanovitvijo ambulant in dispanzerjev, s prvimi združenji zdravljenih, njihovih svojcev in terapevtov (klubi zdravljenih alkoholikov), se nadaljuje z ustanavljanjem komplementarnih in alternativnih, zdravstvenih, socialnih služb za duševno zdravje v skupnosti (dnevni hospital, dnevno rehabilitacijski centri, psihiatrična patronažna služba oz. obiski na domu, stanovanjske skupnosti, skupine za samopomoč, združenja pacientov in njihovih svojcev) in sicer ne glede na to, ali obstoječe institucije to hočejo ali ne, ne glede na to, ali pri njihovem razvoju delujejo pospeševalno ali zaviralno – čimbolj bodo do teh procesov odklonilne, tembolj bodo ogrožale lasten razvoj, ali celo obstoj.

Razvoj družboslovnih znanosti psihologije, sociologije, socialnega dela, socialne psihologije, socialne pedagogike, prava in drugih pomeni dopolnitev medicinske paradigme, medicinskega pogleda na duševno zdravje. Psihiatriji (psihiatrom) je dana zgodovinska priložnost za oblikovanje takih sinergetskih timov, ki bodo omogočali celovito obravnavo človeka v njegovi biološki, psihološki in sociološki razsežnosti, ki bodo procese zdravljenja in psihosocialne rehabilitacije integrirali, ki bodo s celovito, kontinuirano obravnavo človeku omogočali hitrejše in popolnejše vračanje v okolje, ki bodo s procesi decentralizacije sprožili nov življenjski ciklus bolnišnice, ne pa njenega konca, kot nekateri zmotno mislijo. Kooperacija z drugimi profesijami, integracija hospitalnih služb in služb v skupnosti bosta pomembno vplivala tudi na demistifikacijo psihiatrije in na odpravljanje z njo povezanih predsodkov in tabujev.



(Slika 1: Psihiatrija in ohranjanje sposobnosti igranja vlog)

1. AZIL – Integracija temelji na moči institucije

Za azil, ki ga določajo vsi pojavni in vsebinski znaki institucije, je primarna vloga zaščite, oziroma varovalna in nadzorovalna funkcija (zaščita pacientov, varovancev, pred samim seboj, enega pred drugim-i, pred zunaj – ali morda varovanje družbe pred njimi?).

Za duševnega pacienta pomeni azil dolgo, pogosto doživljenjsko hospitalizacijo, zaradi izolacije od zunanjega sveta pa tudi, v skrajnem primeru, razlastitev vseh socialnih vlog.

2. POLIVALENTNA PSIHIATRIČNA BOLNIŠNICA – Integracija temelji na moči stroke in na sinergiji strokovne in poslovne funkcije

Z razvojem strok, v prvi vrsti psihiatrije, se varovalna in nadzorovalna funkcija umikata osnovni vlogi bolnišnice – vlogi zdravljenja. Moč institucije pada v obratnem razmerju z rastjo moči stroke. Posledično se krajša dolžina hospitalizacije in raste možnost za obnavljanje in ohranjanje socialnih vlog človeka. Ohranjanje vlog za življenje zunaj vpliva nazaj na podaljševanje časa do ponovnih hospitalizacij in na krajšanje ležalne dobe v procesu zdravljenja (na nivoju bolnišnice to pomeni zmanjševanje števila postelj in hitrejši obrat pacientov na eno posteljo).

Vzporedno z rastjo intelektualnega in socialnega kapitala bolnišnice, ki ne pomenita le večjega števila bolj izobraženih ljudi, ampak tudi vključevanje različnih profesij ter poklicev v celostno in vsestransko bio-psiho-socio obravnavo človeka, se, zaradi sinergičnih učinkov strokovne in poslovodne funkcije (antagonizmi med njima vplivajo na razvoj najmanj zaviralno, če ne celo škodljivo) v bolnišnici krepi tudi materialna osnova dela – finančni in materialni kapital.

Posledica povečevanja vrednosti vseh štirih kapitalov: intelektualnega (znanje), socialnega (odnosi, status, položaj), materialnega (fizično premoženje) in finančnega (denarna sredstva, bonitete) je humanizacija pogojev, ki skupaj z decentralizacijo dejavnosti v okolje (ambulante, dispanzerji, združenja zdravljenih oseb, nevladne organizacije in službe za duševno zdravje v skupnosti) vplivata, tako na večje zadovoljstvo pacientov, njihovih svojcev ter zaposlenih, kot tudi na destigmatizacijo duševnih bolezni, oseb s težavami v duševnem zdravju, ter povečujeta možnost za njihovo ponovno socialno integracijo v okolje.

Za procese resocializacije oseb s težavami v duševnem zdravju pa so, poleg temeljitih sprememb znotraj bolnišnice, pomembne tudi vse tiste priložnosti zunaj nje, ki omogočajo hitrejšo, popolnejšo in varnejšo vrnitev v »normalno« življenje preko ambulant, dispanzerjev, služb, nevladnih organizacij, oblik samopomoči zdravljencev oziroma uporabnikov in njihovih svojcev. Če sprememb zunaj ni (oziroma jih ni dovolj), potem lahko govorimo le o procesih zdravljenja na poti od ambulante v bolnišnico (in nazaj) in to vse pogosteje v bolnišnico in vse bolj v smeri proti ustanovam azilskih značilnosti.

3. RAVNOVESJE MED HOSPITALNO IN SKUPNOSTNO PSIHIATRIJO – Integracija temelji na moči sodelovanja in povezovanja strok, civilne družbe, menedžmenta in države

Ovire pri uresničevanju modela celostne (bio-psiho-socio), kontinuirane (v bolnišničnih službah in v službah v skupnosti – zdravstvenih, socialnih, izobraževalnih, zaposlovalnih) popolne (zdravljenje, psihosocialna rehabilitacija z obvezno zaposlitveno rehabilitacijo na osnovi ugotovljenih točk delazmožnosti), kakovostne in odgovorne (tudi odgovornost za lastno zdravje, obvezno vključevanje svojcev v procese zdravljenja in psihosocialne rehabilitacije) obravnave oseb s težavami v duševnem zdravju so:

· **Premalo razvite službe za duševno zdravje v skupnosti** (tukaj je mišljena tudi kadrovska podhranjenost psihiatričnih ambulant in dispanzerjev na terenu), ki naj bi obstoječe službe dopolnjevale in nadgrajevale.

Žal se stavba skupnostne psihiatrije še vedno gradi na zgrešeni predpostavki, da hospitalna psihiatrija še vedno ovira razvoj skupnostne psihiatrije, da lahko denar za razvoj skupnostne psihiatrije dobimo v hospitalni psihiatriji, »kjer ga je preveč«, da je zdravljenje v skupnosti cenejše, kar ni res, saj potrebuje dodatne zaposlitve (stroški dela predstavljajo v hospitalni psihiatriji že 70% odhodkov). Zaradi lastnega razvoja se je psihiatrija namreč že morala odreči svojemu razmišljanju o ustvarjanju monopola nad zdravljenjem oseb s težavami v duševnem zdravju v celostnih bio-psiho-socio razsežnostih, poleg tega pa je tudi dokazala, da razume svojo vlogo v procesih integracije človeka v okolje kot nujno in nenadomestljivo, ne pa kot edino. Tudi Zakon o duševnem zdravju ne deluje v smeri zbliževanja, ampak med hospitalno in skupnostno psihiatrijo povzroča dodatne napetosti.

· **Premalo kooperativnosti različnih strok**

Dejstvo je, da je vsaka profesija po svoji naravi integrativna in kooperativna z drugimi profesijami, dejstvo pa je tudi to, da je vsaka profesija nagnjena k temu, da širi svoj imperializem, bodisi na mejna področja, bodisi na področja, ki jih druge profesije še niso zasedle. Glede na potrebo po celostni obravnavi osebe s težavami v duševnem zdravju, obstaja pravi eldorado za psihiatrilizacijo problemov, ki v svojem bistvu niso medicinski in psihološki, ampak so socialni, ekonomski, sociološki: Z vključevanjem različnih strok v procese zdravljenja in psihosocialne rehabilitacije je psihiatrija sama presegla to težnjo, saj bi jo proces imperializacije pripeljal na prag prezasičenosti in nerešljivosti problemov. Pa še z enega vidika je v psihiatriji sodelovanje z drugimi profesijami pomembno – kooperacija vpliva na demistifikacijo psihiatrije, saj misterij izhaja prav iz monopola nad zdravljenjem človeka v vseh njegovih razsežnostih.

Toda zdi se, kot da država v te spremembe znotraj psihiatrije ne verjame, saj z Zakonom o duševnem zdravju želi psihiatrom »vzeti preveč moči« tako, da z delegiranjem moči drugi profesiji, ki naj bi jo uporabila za nadzor nad psihiatri, grobo posega v njihovo avtonomijo.

· **Premalo povezani procesi zdravljenja in psihosocialne rehabilitacije**

Ta ovira izhaja iz nerazumevanja potrebe po celostni in kontinuirani obravnavi oseb s težavami v duševnem zdravju in ima svoje korenine v obeh prej omenjenih problemih.

· **Nesorazmerje moči med štirimi akterji v zdravstvenem sistemu: uporabniki (civilno družbo), strokovnjaki, menedžmentom (trgom) in državo**

Prevelika vloga države vodi v dominacijo birokracije (politizacijo), prevelika vloga menedžmenta (trga) vodi v komercializacijo, prevelika vloga profesionalcev v profesionalizacijo (psihiatrilizacijo) ali v deprofesionalizacijo (nadzor drugih strok), prevelika vloga civilne družbe pa v preveliko socializacijo.

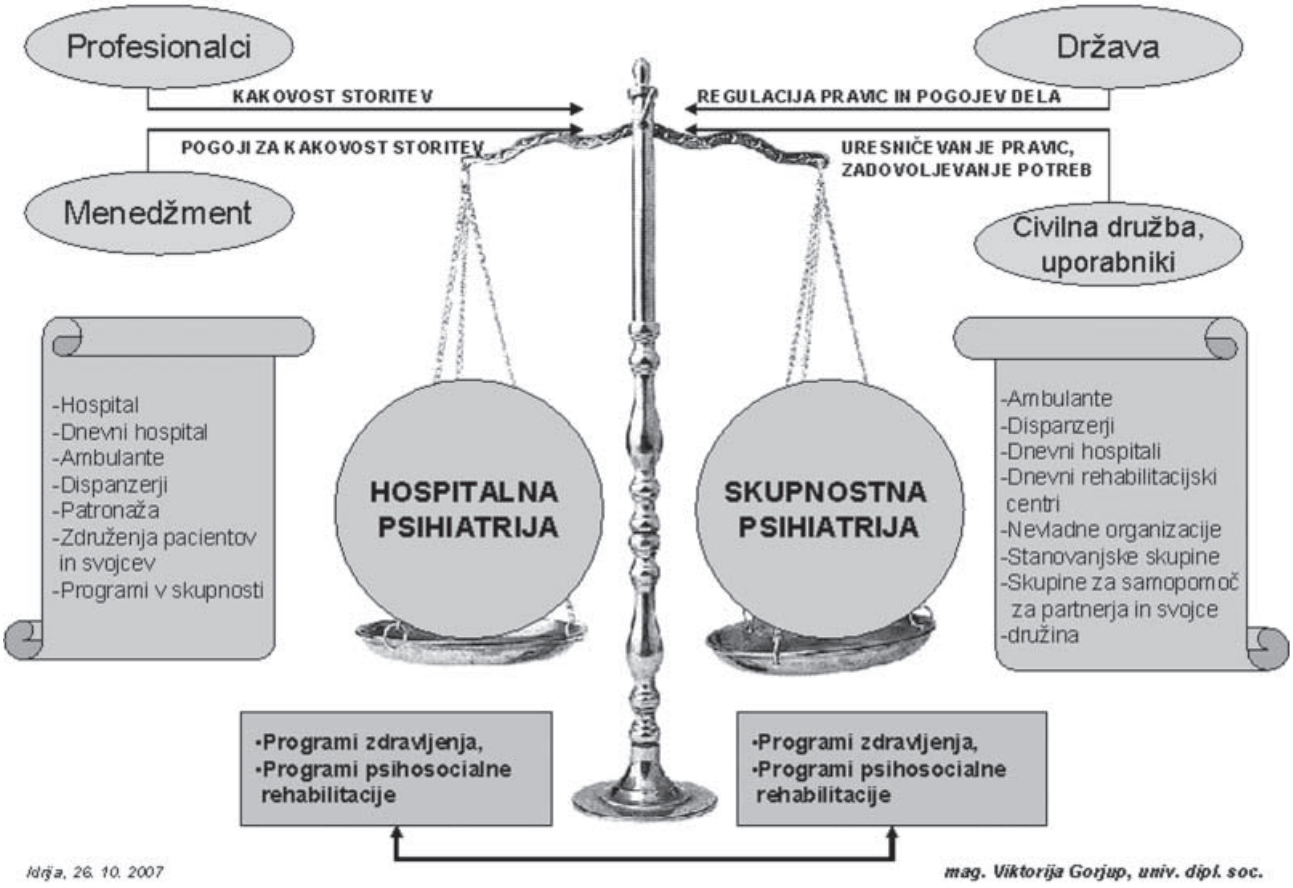
V današnjih razmerah lahko govorimo o preveliki vlogi države in o premajhni avtonomiji strokovnjakov in menedžmenta ter o premajhni vlogi uporabnikov (civilne družbe).

Za doseganje ustreznega razmerja med njimi je potrebno redefinirati njihove vloge:

- Vloga države mora biti omejena na zaščito profesionalne avtonomije, regulacijo pravic uporabnikov, v prvi vrsti na zagotavljanje enakih možnosti dostopa do storitev, nadzor nad namensko porabo javnih sredstev.
- Vloga strokovnjakov je priprava in izvajanje programov storitev in zagotavljanje kakovosti storitev.
- Moč uporabnikov (civilne družbe) temelji na svobodni izbiri terapevtov, bolnišnic, ambulant, na ocenjevanju ustreznosti storitev, na participaciji pri upravljanju.
- Menedžment mora biti usmerjen v učinkovito in namesto porabo sredstev, v usmerjanje presežkov v pogoje dela in razvoj dejavnosti.

Boljša pokritost terena s službami za duševno zdravje, sodelovanje različnih strok in služb, namesto izključevanja ali obvladovanja, ustrezna porazdelitev vlog in moči med akterji v zdravstvenem sistemu, namesto prevelike vloge države, so pogoj za ravnovesje med hospitalno in skupnostno psihiatrijo, ki lahko skupno (ne ena proti drugi, ali ena namesto druge) omogočata osebi s težavami v duševnem zdravju osrednjo vlogo v procesih zdravljenja in psihosocialne rehabilitacije, odpirata ji pot do samoidentifikacije, do hitrejše in popolnejše integracije v okolje in bolj kakovostnega življenja.

Slika 2: RAVNOVESJE MED HOSPITALNO IN SKUPNOSTNO PSIHIATRIJO V PROCESU ZDRAVLJENJA IN PSIHOSOCIALNE REHABILITACIJE OSEB S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU



(Glej sliko 2: Ravnovesje med hospitalno in skupnostno psihiatrijo v procesu zdravljenja in psihosocialne rehabilitacije)

II. PSIHIATRIČNA BOLNIŠNICA IDRIJA V MREŽI SLUŽB ZA DUŠEVNO ZDRAVJE NA NJENEM GRAVITACIJSKEM OBMOČJU

Če sedanji čas Psihiatrične bolnišnice Idrija še najbolj označuje beseda polivalentnost z vsemi značilnostmi od profesionalizacije dela, do humanizacije pogojev zdravljenja in s tem povezane kakovosti storitev, do decentralizacije dejavnosti v okolje preko ambulant in dispanzerjev, deinstitucionalizacije, ki pomeni odpravo zunanjih znamenj in vsebinskih znakov institucije ter prenos določenih vlog v procesih rehabilitacije in socializacije oseb s težavami v duševnem zdravju na nevladne organizacije in združenja zdravljenih ter njihovih svojcev, do demistifikacije bolezni, bolnikov in osebja, ki zdravijo duševne bolezni, in nenazadnje do podjetizacije, ki pomeni ustvarjati finančne viške in jih vlagati v intelektualni ter materialni kapital, potem **bo prihodnji čas razpoznaven kot čas ravnovesja med bolnišnično in skupnostjo psihiatrijo,** kot čas integracije procesov zdravljenja in psihosocialne rehabilitacije, kot čas večje kooperativnosti strok in služb za duševno zdravje – hospitalnih in tistih v skupnosti – , kot priložnost za hitrejšo socializacijo oseb s težavami v duševnem zdravju, kot čas in priložnost za taka javno zasebna partnerstva, za take procese privatizacije, ki bodo omogočali uresničevanje javnega dobra, in, ki bodo hkrati zagotavljali višjo kakovost storitev. Ob dobrih kadrovskih in prostorskih pogojih bo bolnišnica:

- **Intenzivirala delo v hospitalni dejavnosti,** kar pomeni še večjo kakovost storitev, še večje zadovoljstvo pacientk in pacientov ter njihovih svojcev, še nadaljnje skrajševanje časa trajanja hospitalizacij in posledično še nadaljnje zmanjševanje fizičnega obsega hospitalne dejavnosti za nekatere bolezni; ob razvoju bolnišnice je potrebno še posebej izpostaviti možnost in priložnost za pridobitev **statusa kliničnega oddelka za gerontopsihiatrično dejavnost (terciarna dejavnost). Za izpeljavo te naloge bomo oblikovali komisijo, v kateri bodo sodelovali tako psihiatri, kot tudi internisti in nevrologi.**
- **Načrtovala in aktivno sodelovala pri ustanavljanju izvenhospitalnih služb in združenj oseb s težavami v duševnem zdravju in njihovih svojcev** na območju, ki ga pokriva, in izvajanju njihovih, tako ožje zdravstvenih programov, kot tudi programov psihosocialne rehabilitacije, pri čemer bodo te službe in njihovi programi pomenili dopolnjevanje dejavnosti bolnišnice, ne pa podvajanja, še najmanj pa podvajanja posteljnih kapacitet.
- V okviru te ambicije bo bolnišnica dokončala že začeti projekt »Model služb za duševno zdravje«.

  Cilj projekta je oblikovanje in postavitev modela bolnišničnega in izvenbolnišničnega zdravljenja, psihosocialne rehabilitacije in skupnostne oskrbe oseb s težavami v duševnem zdravju, ki bo integrativen, kooperativen, celosten, kontinuiran, dinamičen, fleksibilen in vseobsegajoč. Namesto sedanje fragmentacije služb na področju duševnega zdravja in prekinjenih procesov zdravljenja in rehabilitacije bo to model integrirane hospitalne in skupnostne psihiatrije, model integriranih bolnišničnih služb in služb v skupnosti (psihiatrična in splošne bolnišnice, zdravstveni domovi s splošnimi ambulantami in patronažo, psihiatrične ambulante in dispanzerji, domovi za starostnike, centri za socialno delo, nevladne organizacije, oblike skupnostne skrbi in psihosocialne rehabilitacije) s celostno biološko, psihološko in socialno obravnavo, z aktivno, namesto pasivne, vlogo oseb s težavami v duševnem zdravju in njihovih svojcev v skrbi za lastno zdravje in za ohranitev in ojačitev njihovih socialnih vlog v skupnosti.
  Cilj projekta je intenziviranje procesov bolnišničnega zdravljenja in zmanjševanje števila rehospitalizacij ob ustanavljanju novih služb in uvajanju novih oblik dela v skupnosti.
  Cilj projekta je integracija procesov zdravljenja in procesov rehabilitacije v bolnišnici in skupnosti v enoten proces in vzpostavitev ravnotežja med bolnišničnimi in alternativnimi, dopolnilnimi oblikami zdravljenja, rehabilitacije in skrbi v skupnosti.
  Cilj projekta je dvig kvalitete življenja oseb s težavami v duševnem zdravju in njihovih svojcev in destigmatizacija duševnih bolezni.
  Dolgoročni cilj projekta je tudi prispevek k oblikovanju celovite zdravstvene, socialne, izobraževalne, stanovanjske politike za osebe s težavami v duševnem zdravju.

- Zaradi podhranjenosti služb za duševno zdravje v skupnosti, ki že povzroča čakalne vrste v ambulantah in pritisk na hospitalne sprejeme, bo bolnišnica prioritetno podpirala širitev mreže, oziroma povečanje števila izvajalcev v psihiatričnih ambulantah, sodelovala bo pri odpiranju novih ambulant na svojem območju, pa tudi na Logaškem in Žirovskem, ter pri izvajanju storitev v ambulantah in dispanzerjih.

- **V naslednjem obdobju bo bolnišnica intenzivirala delo na programih decentralizacije zdravljenja oseb s težavami v duševnem zdravju in na povezovanju hospitalne in skupnostne psihiatrije.**

  Bolnišnična skupina za rehabilitacijo, ki jo sestavljajo psihiater, klinični psiholog, socialni delavec, delovni terapevt, diplomirana medicinska sestra in andragog že tretje leto oblikuje multidisciplinarno, integrirano, kompleksno, kontinuirano načrtovanje skrbi za ljudi s težavami v duševnem zdravju in predstavlja most med bolnišničnim zdravljenjem in procesom psihosocialne rehabilitacije osebe s težavami v duševnem zdravju po odpustu iz bolnišnice, most med skrajševanjem ležalne dobe v bolnišnici in hitrejšo ter kakovostnejšo readaptacijo oziroma reintegracijo človeka v bivalno in delovno okolje. Njena vloga je strukturirana na:

- Oblikovanje programov storitev in dejavnosti, metod, načinov in oblik dela, s katerimi se bolnišnica vključuje v procese psihosocialne rehabilitacije.

- Pripravo kliničnih, socialnih, delovno funkcionalnih podlag za oblikovanje individualnih načrtov rehabilitacije v sodelovanju s teamom v skupnosti.
- Izvajanje programov, dejavnosti in storitev v procesu psihosocialne rehabilitacije v sodelovanju s teamom v skupnosti, osebami s težavami v duševnem zdravju, svojci, službami v bivalnem in delovnem okolju.

V prvi fazi je program psihiatričnega zdravljenja v skupnosti namenjen zdravljenju in vodenju psihiatričnih pacientov, ki imajo pogoste bolezni, pogoste (več kot enkrat letno) hospitalizacije, hospitalizacije proti volji, ki slabo sodelujejo pri zdravljenju, ki opuščajo jemanje zdravil in kontrolne preglede. Program sta podprla Republiški strokovni kolegij za psihiatrijo in Odbor psihiatričnih bolnišnic pri ZZZS in je pripravljen za obravnavo na Zdravstvenem svetu. Po zdravstveni plati se problem danes rešuje v okviru ponavljajočih se psihiatričnih hospitalizacij, ambulantnih pregledov in preko kriznih intervencij v osnovnem zdravstvu. V PB Idrija smo za izvajanje tega programa letos oblikovali štiri strokovne ekipe (eno za področje Južne Primorske in Krasa, drugo za področje Notranjske, tretjo za področje Nove Gorice in Ajdovščine in četrto za Idrijsko, Cerkljansko in Tolminsko), sestavljene iz zdravnikov, socialnih delavcev, delovnih terapevtov, medicinskih sester in kliničnih psihologov. Koordinatorja programa zdravljenja in psihosocialne rehabilitacije sta dva zdravnika, koordinatorji izvajanja tistega dela programa, ki poteka v skupnosti, pa so socialni delavci.

Do konca leta 2008 bo v program psihiatrije v skupnosti vključenih 30 pacientov.

Obseg vključevanja bolnišnice v (so)oblikovanje in (so)izvajanje programov psihosocialne rehabilitacije se bo postopoma širil iz pacientov z dalj časa trajajočimi težavami v duševnem zdravju in pogostejšimi hospitalizacijami in iz mlajših oseb na vse paciente.

V procesu psihosocialne rehabilitacije, ki se bo izvajala v skupnosti (na pacientovem domu, v službah v skupnosti, v programih nevladnih organizacij) bodo sodelovali tisti strokovnjaki, ki so pacienta obravnavali že v času hospitalizacije, saj bo le tako omogočena kontinuiteta izvajanja rehabilitacijskega načrta, in sicer: psihiatri, kot nosilci načrtov rehabilitacije, socialni delavci s socioterapevtsko dejavnostjo, delovni terapevti z delovno terapevtskimi intervencijami v življenjskem okolju, medicinske sestre s patronažno dejavnostjo, psihologi s psihodiagnostičnimi storitvami in psihoterapevtskim delom, vsi skupaj pa z zdravstveno vzgojnim in izobraževalnim delom z vidika skrbi za samega sebe, dviga produktivnosti in izrabe prostega časa. Kot že rečeno je program v celoti namenjen socializaciji oseb s težavami v duševnem zdravju, oziroma njihovi čimhitrejši in čimpopolnejši integraciji v ožje in širše okolje.

- Zaradi relativne oddaljenosti Psihiatrične bolnišnice Idrija od večjih urbanih središč je gravitacijski krog dnevnega hospitala in specialističnih ambulant bolnišnice ožji od njenega siceršnjega zaledja in sega praviloma do meja dnevnih migracij (Logatec, Postojna, Ajdovščina, Cerkno, Tolmin, Žiri). Problem pokritosti teh dejavnsoti je sicer splošen problem v Sloveniji, vendar bo morala bolnišnica, zato da obdrži mesto medregijske bolnišnice, skupaj z drugimi nosilci in izvajalci zdravstvenih in socialnih storitev na njenem gravitacijskem območju in v italijanskih pokrajinah ob meji s Slovenijo že v naslednjih letih pripraviti projekte Dnevnega hospitala (glede na potrebe in nakazane procese regionalizacije po moji oceni najmanj dva – enega na Obali in drugega na Goriškem – lahko pa tudi tretjega za Notranjsko). Glede na evropske prioritete na področju duševnega zdravja je projekt uresničljiv tudi s pomočjo evropskih sredstev, sredstev lokalnih skupnosti in na podlagi javno-zasebnega partnerstva.
- Nujno je, da se bo bolnišnica pri koncipiranju urgentne psihiatrične službe povezala s splošnima bolnišnicama v Izoli in Šempetru.

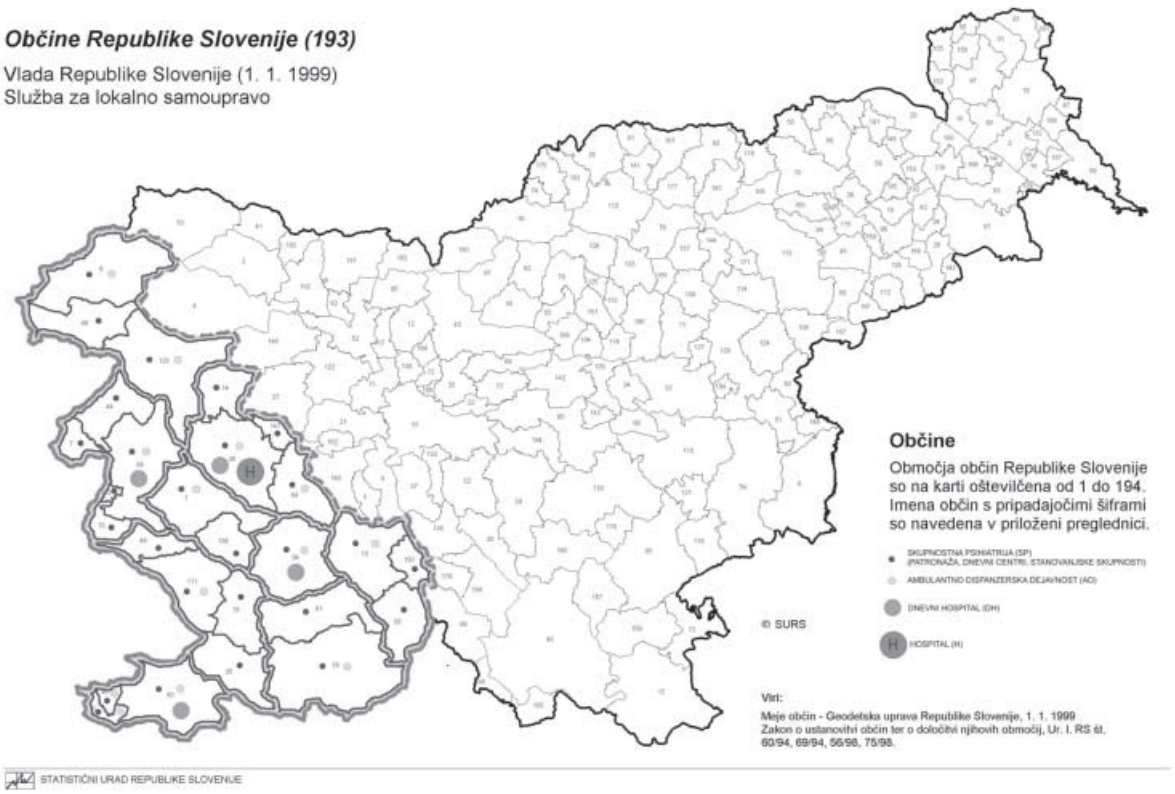
- **Bolnišnica bo igrala vlogo učne baze (delno terciarna dejavnost)** za vse poklice, ki se zaposlujejo v službah za duševno zdravje na gravitacijskem območju bolnišnice – bolnišnica je v letu 2006 dobila naziv učne baze za izobraževanje zdravnikov, diplomiranih medicinskih sester, tehnikov zdravstvene nege, psihologov, delovnih terapevtov in socialnih delavcev; skupaj z drugimi bolnišnicami na Primorskem pa bomo kandidirali še za pridobitev naziva učne baze za izobraževanje farmacevtov, laboratorijskih delavcev in menedžmenta.

V sklopu profesionalnega izobraževanja bolnišnica:
- izvaja del specializacij za psihiatre in klinične psihologe,
- izvaja del specializacij za splošne zdravnike,
- izvaja praktični pouk in klinične vaje v psihiatriji za poklice in profesije: tehnik zdravstvene nege, diplomirana medicinska sestra, delovni terapevt, socialni delavec, klinični psiholog, andragog, farmacevt, biokemik,
- sodelovala bo pri oblikovanju dodiplomskih programov šol, ki izobražujejo te poklice, predvsem pa podiplomskih programov – bolnišnica bo predlagala oblikovanje enotnega podiplomskega specialističnega programa za področje duševnega zdravja za diplomirane medicinske sestre, delovne terapevte in socialne delavce (podobno kot je že bilo),
- izobražuje splošne zdravnike in medicinske sestre iz osnovnega zdravstva za delo na področju duševnega zdravja,
- organizira strokovna srečanja (izobraževanje, informiranje, svetovanje) za strokovne sodelavce in prostovoljce, ki na gravitacijskem območju bolnišnice delajo v patronažni dejavnosti, psihiatričnih dispanzerjih, domovih za starejše občane, posebnih socialnih zavodih, splošnih ambulantah, nevladnih organizacijah in v vseh drugih oblikah skupnostne skrbi za osebe s težavami v duševnem zdravju,

· izobražuje laično javnost in medije, predvsem s pozitivnimi vsebinami s področja duševnega zdravja in sodeluje v akcijah in prireditvah, ki so namenjene destigmatizaciji duševnih bolezni.

■ **Supervizija (terciarna dejavnost)**
Vedno bolj se na področju služb duševnega zdravja kaže potreba po superviziji, ki je namenjena preprečevanju stresa in izgorelosti in je strokovnjakom hkrati spodbuda za učenje, opora (suport) in usmerjanje. Supervizijo naj bi izvajali izkušeni strokovnjaki, ki imajo poleg ustreznega strokovnega znanja tudi delovne izkušnje. V proces supervizije bi se vključevali strokovnjaki, ki se pri svojem vsakodnevnem delu srečujejo z osebami s težavami v duševnem zdravju (CSD, nevladne organizacije, patronažne službe...).

Slika3: **PSIHIATRIČNA BOLNIŠNICA IDRIJA V MREŽI SLUŽB ZA DUŠEVNO ZDRAVJE NA NJENEM GRAVITACIJSKEM OBMOČJU**



III. ZAKON O DUŠEVNEM ZDRAVJU KOT MOST MED HOSPITALNO IN SKUPNOSTNO PSIHIATRIJO

Zakon o duševnem zdravju bi lahko bil most med hospitalno in skupnostno psihiatrijo, če bi izhajal iz naslednjih predpostavk:

- da je človekovo duševno zdravje integralni del celovitega človekovega zdravja in ne njegov ločen del,
- da sta zdravljenje človeka s težavami v duševnem zdravju v hospitalni in izvenhospitalni dejavnosti in njegova psihosocialna rehabilitacija v skupnosti sestavna dela istega procesa, ki je celosten, kontinuiran, kompleksen, in, da se torej ne moreta razvijati na predpostavki izključevanja,
- da je temeljna pravica vsakega človeka pravica do socialne integracije in, da sta pravica do pravočasnega, ustreznega, strokovnega zdravljenja in pravica do rehabilitacije (tudi poklicne rehabilitacije in zaposlitve) pogoja za njegovo socialno vključenost,
- da morajo procesi zdravljenja in rehabilitacije temeljiti na večji odgovornosti za lastno zdravje, tako pacientov, kot tudi njihovih svojcev in na njihovi aktivni vlogi,
- da je bistvena značilnost vsake profesije avtonomija, zato profesionalne samokontrole zakon ne more nadomestiti z birokratsko kontrolo druge profesije,
- da je bistvena značilnost vsake profesije sodelovanje z drugimi profesijami, in, da imperializem strok pomeni grobo poseganje v profesionalno avtonomijo.

Zakon te predpostavke obide in izhaja iz dveh napačnih podmen:

1. da je največji problem duševnega zdravja pri nas postopek sprejemanja v psihiatrično bolnišnico proti volji in da so tu najbolj kršene pacientove pravice (ali bo ta postopek kaj doprinesel k naši uvrstitvi na lestvici samomorilnosti, ali bo torej kaj samomorov manj?)
   in
2. da psihiatriji (psihiatrom) ni zaupati, ker zlorablja(jo), nadzoruje(jo), kaznuje(jo) paciente, ker v njej mrgoli neetičnosti in nestrokovnosti, zato jo (jih) morajo nadzorovati drugi, pri čemer nadzor in kontrolo civilne družbe pretopi (nadomesti) v nadzor drugih profesij (prava, socialnega dela) in psihiatrom dobesedno vzame strokovno avtonomijo.

Izplen tega koncepta je dokaj boren: pravice oseb s težavami v duševnem zdravju zreducira na pravice v postopku sprejemanja v psihiatrično bolnišnico proti volji, dejstva, da morajo osebe s težavami v duševnem zdravju v procesu zdravljenja in psihosocialne rehabilitacije imeti osrednjo vlogo, pomembno vlogo pa tudi njihovi svojci, pa niti nakaže ne. Ker postopek postavlja pred vsebino, tudi k destigmatizaciji duševnih bolezni, oseb s težavami v duševnem zdravju, njihovih svojcev ter zaposlenih v psihiatrični dejavnosti, ne doprinese ničesar, prej nasprotno. Argument za to je tudi namera zakona, da nadzor nad pacientom (sicer v bolj prefinjeni obliki) prenese celo v skupnostno psihiatrijo.

Zaradi poseganja v avtonomijo psihiatrov na način, da se privilegije kontrole nad njihovih delom (poseganje v procese zdravljenja s preverjanjem metod, načinov zdravljenja) prenese na druge profesije ter z neargumentiranimi obrazložitvami zakona, kje je denar in kam ga je potrebno preusmeriti (iz hospitala v skupnost) in katere oblike zdravljenja so cenejše (oblike v skupnosti), se med hospitalno in skupnostno psihiatrijo odpirajo stari prepadi in stare rane, namesto, da bi na že preseženem gradili naprej v korist oseb s težavami v duševnem zdravju, njihovih svojcev, pa tudi strokovnjakov.

Dovolite, da na koncu nekoliko podrobneje razdelam svoj pogled na poseganje zakona v avtonomijo psihiatrov:

Zdravniško profesijo označuje monopol nad znanjem na določenem področju, monopol nad profesionalno sodbo, oziroma strokovno ekspertizo, ki sta rezultat vzpostavljenih odnosov med zdravniško profesijo in državo, zdravniki in uporabniki, zdravniki in drugimi profesionalci – licenca, ki jo država podeli zdravniku, mu njemu edinemu dovoljuje opravljanje zdravniške prakse, sprejemanje in odpuščanje pacientov, postavljanje diagnoz, predpisovanje terapije, načinov, oblik, metod in dolžine zdravljenja. Iz monopola nad določenim segmentom znanja in iz humanističnega pristopa pri aplikaciji tega znanja kot dveh temeljnih karakteristik profesije, izhaja še njena tretja, to je profesionalna avtonomija, ki pomeni, da je država kot vir avtoritete zdravniški profesiji dodelila take profesionalne privilegije, da lahko sama regulira kriterije vstopa v profesijo in izstopa iz nje, določa pogoje svojega dela in dela drugih v zdravstvu, da edina lahko kontrolira delo svojih članov. Profesionalna avtonomija pomeni biti neodvisen, svoboden, samoregulatoren, izvajati samokontrolo, pri čemer je osnova samoregulacije etika. Predloženo besedilo zakona pomeni po mojem mnenju hud poseg v avtonomijo psihiatrov, saj posega v proces diagnosticiranja in terapije, drugim profesijam dodeljuje privilegije, ki jih je že dodelila zdravniški profesiji (samokontrolo nadomešča z nadzorom drugih profesij). Profesionalna samokontrola (samokontrola, medsebojna kontrola, drugo mnenje, supervizija, konzultacija, notranji strokovni, zunanji strokovni nadzor) mora ostati v rokah profesije, sicer o profesiji ne moremo več govoriti.

Branje zakona me vodi v razmišljanje, da bo pravzaprav uzakonjena paradoksalna situacija, ko država z delegiranjem kontrole na druge profesije psihiatrom »jemlje« licenco, ki jim jo je podelila zato, da bo njihovo prakso zaščitila pred kontrolo drugih profesij.

Ostali akterji v zdravstvu: civilna družba, druge profesije, država in trg namreč lahko izvajajo le posredno kontrolo, ki se nanaša na pogoje dela, standarde, norme, zagotavljanje pravic do zdravstvenih storitev, zagotavljanje pogojev za večjo svobodo pri izbiri zdravnika, bolnišnice, ambulante, metod in načinov zdravljenja. Celo več, smatram, da je zakon v nasprotju z Deklaracijo o poklicni avtonomiji zdravnikov, ki je nastala v okviru Evropskega foruma zdravniških združenj in svetovne zdravstvene organizacije, katere osnovni namen je zaščita bolnika. Deklaracija namreč pravi, da je zdravnikova glavna dolžnost oskrba bolnikov – preventiva, diagnostika, zdravljenje in rehabilitacija, pri čemer mora imeti zdravnik v vseh fazah zagotovljeno brezpogojno poklicno avtonomijo. Poklicna avtonomija namreč ščiti (in ne ogroža) bolnika, ker vsak posamezni zdravnik sprejme odgovornost za kakovost svojega dela; oskrba bolnikov pa je ogrožena vselej, kadar je ogrožena avtonomija zdravnikov.

Država daje zdravniku monopol nad prakso, ne daje pa mu legalne moči, da bi lahko pacienta oviral in posiljeval pri njegovi odločitvi, zato je seveda potrebno vzpostaviti na določenih občutljivih točkah zdravljenja, kot hospitalizacija proti volji vsekakor je, mehanizme, ki bodo določena nujna dejanja blažili. Namesto poseganja neposredno v prakso zdravnika in naštevanja prisilnih metod, ki jih je slovenska psihiatrija bodisi že zdavnaj odvrgla, bodisi jih ni nikoli uporabljala, kar žali zaposlene v psihiatriji, duševne bolezni in osebe z duševnim zdravjem pa dodatno stigmatizira, bi moral zakon uzakoniti obvezno sodelovanje svojcev pri zdravljenju, začenši z odločitvijo za zdravljenje in hospitalizacijo (zanimivi bi bili podatki, koliko svojcev sodeluje pri hospitalizaciji hudo bolnih somatskih bolnikov in koliko pri hospitalizaciji oseb s težavami v duševnem zdravju), obvezo delodajalcev v zvezi s poklicno rehabilitacijo in zaposlovanjem oseb s težavami v duševnem zdravju v skladu z njihovo

delazmožnostjo (določitev časa, oziroma norme), krepitev služb za duševno zdravje v skupnosti in skupno načrtovanje in izvajanje zdravljenja in rehabilitacije s strani zdravstvenih, socialnih, izobraževalnih in drugih služb - služb v hospitalu in v skupnosti z roko v roki.

Zakon bi moral temeljiti na sodelovanju profesij v procesu zdravljenja in psihosocialne rehabilitacije, ne pa da, s poseganjem v avtonomijo ene stroke in dodeljevanjem privilegijev drugi(m), povzroča med njimi dodatne napetosti. Poseganje ene (več) profesije v avtonomijo druge, odvrača profesije od medsebojnega sodelovanja, kar je tudi eden od postulatov profesije. Glede na bio-psiho-socio razsežnosti človeka je problem nesodelovanja (ali premajhnega sodelovanja) različnih profesij v psihiatriji res velik problem, zato bi moral zakon namesto na modelu birokratske kontrole (kontrola od vrha navzdol) graditi na modelu profesionalne kontrole (kontrola med seboj) in na sodelovanju različnih profesij.

Morda ni odveč razmislek o ideji, ki ni moja, da zakona o duševnem zdravju ne potrebujemo, da pa potrebujemo dober zakon o pacientovih pravicah, ki bo opredeljeval tudi pravice pacienta v postopkih hospitalizacije proti volji in uporabo omejevalnih sredstev v postopkih zdravljenja v vseh bolnišnicah, ne le v psihiatričnih. Materija duševnega zdravja pa naj se uredi v nacionalni strategiji zdravja v vseh njegovih razsežnostih.

SEZNAM UPORABLJANE LITERATURE

1. Adizes Ichak: HOW TO SOLVE THE MISMANAGEMENT CRISIS?
   Dow Jones, Irwin Homewood Illinois, 1979.
2. Bucher, T., and Stelling, J.: CHARACTERISTICS OF PROFESSIONAL ORGANIZATIONS;
   J. Health Soc. Behav. 10:3–15, 1969.
3. Goffman Erving: ASYLUMS, Doubleday, Garden City, New York, 1961
   (štirje eseji – O značilnosti totalnih ustanov, Moralna kariera duševnega bolnika, Podtalno življenje v javni ustanovi, Medicinski model in duševna hospitalizacija).
4. Gorjup Viktorija: MARGINALIZACIJA PSIHIATRIJE IN SINERGIJA ZA NOV ŽIVLJENJSKI CIKLUS;
   Seminar za predmet Osnovni problemi menedžmenta, Magistrski študij FDV; 1992.
5. Gorjup Viktorija: PSIHIATRIČNA BOLNIŠNICA IDRIJA NA POTI IZ AZILA V SKUPNOSTNO PSIHIATRIJO:
   Prispevek za konferenco: Razvoj psihiatrije v XXI. stoletju v Italiji in Sloveniji; Ozara, Izola, junij 2007.
6. Gorjup Viktorija: VIZIJA IN RAZVOJNE USMERITVE PSIHIATRIČNE BOLNIŠNICE IDRIJA V NASLEDNJIH LETIH;
   Priloga k prijavi na delovno mesto direktorja/ice Psihiatrične bolnišnice Idrija; avgust 2007.
7. Haug M.: DEPROFESSIONALIZATION: AN ALTERNATE HYPOTHESIS FOR THE FUTURE;
   In Professionalization and Social Change, edited by P. Halmos, str. 195-211.
   Sociological Review Monographs, Vol. 20, Keele, 1973.
8. Jerman Diana: DEZINSTITUCIONALIZACIJA IN NOVA PSIHIATRIJA,
   Časopis za kritiko znanosti, št. 138–139, 1991.
9. McKinlay J. B., and Arches J.: HISTORICAL CHANGES IN DOCTORING: A REPLY TO MILTOM ROEMER;
   Int. J. Health Serv. 16(3): str. 473-477, 1986.
10. McKinlay JB; Stoeckle JD: CORPORATIZATION AND THE SOCIAL TRANSFORMATION OF DOCTORING;
    Int – J – Health – Serv; 1988; New England Research Institute, Watertown, str. 191-205.
11. Rus Veljko: PRIVATIZACIJA KOT SREDSTVO REVITALIZACIJE DRUŽBENIH DEJAVNOSTI.
    PRIVATIZACIJA KOT MOST MED DRŽAVO IN DRUŽBO BLAGINJE;
    Beltram in drugi; Privatizacija v družbenih dejavnostih, Zbornik, Ljubljana 1993; str. 5-97.
12. Savin Ksenija: PROFESIONALNA IDEOLOGIJA I PRAKSA:
    Sociologija 30 (1988) 4, str. 653-663.
13. Strong P. M.: SOCIOLOGICAL IMPERIALISM AND THE PROFESSION OF MEDICINE; A CRITICAL EXAMINATION OF THE THESIS OF MEDICAL IMPERIALISM;
    Soc. Sci. Med. 13A, 199-215, 1979.
14. Szawarski Zbigniew: DVA MODELA MEDICINSKE ETIKE;
    Pregled 76 (1986) 11-12, str. 1115-1127.
15. PREDLOG ZAKONA O DUŠEVNEM ZDRAVJU, Ministrstvo za zdravje, september 2007.

SKUPINSKA PSIHOTERAPIJA VČERAJ, DANES, JUTRI

Anica Kumer Kavčič, viš. med. ses., psihoterapevtka, Psihiatrična bolnišnica Idrija

Prvi človek, ki je nasprotnika zadel z žalitvijo namesto s kamnom, je bil začetnik civilizacije. Freud

Lažje je razbiti atom, kot pa predsodek. Einstein

Najgloblje in največje čustvo, ki smo ga ljudje zmožni, je doživetje skrivnosti. Edino iz tega vzklije prava znanost. Komur je to čustvo tuje, kdor se ne more več čuditi in spoštovati je duševno že mrtev. Kdor ima svoj obstoj za nesmiseln, ni samo nesrečnik, je nesposoben za življenje. Anton Trstenjak

Človeku je dana moč duha, ljubezni in razumnosti.

I. UVOD

Najboljša zasvojenost je zasvojenost z ustvarjalnostjo.

So slikarji, ki spremenijo sonce v rumen madež, toda so tudi drugi, ki s pomočjo svoje umetnosti in inteligence spremenijo rumen madež v sonce. Pablo Picasso po rodu Španec, slikar (1881–1973).

Če od mene pričakujete, da vam bom povedala ali napisala v tem članku vse o skupinski psihoterapiji, se takoj vprašam, kako naj bi v približno eni šolski uri poročala o strokovni temi, za katero sem sama porabila tri desetletja bolj ali manj organiziranega študija. Psihoterapijo so znanstveniki proučevali in pisali o njej skozi vse dobe človeške civilizacije. Definicija v enem stavku pa se lahko glasi, da v skupinski psihoterapiji ljudje sedijo v krogu in govorijo o stvareh, o katerih je včasih ali najbolj pogosto neprijetno govoriti, pa tudi težko poslušati sebe ali druge o izgovorjenih dejstvih. Najpomembnejša pa so v skupini tista dela, oziroma tiste stvari o katerih je najtežje iskreno govoriti.
Ker si vsak človek želi, da nekaj spomina za seboj pusti, so želje da bi bilo to današnje srečanje »Psihiatrične sekcije medicinskih sester Slovenije« kamenček v mozaiku medicine odvisnosti na Slovenskem.
Sodelovanje različnih profilov strokovnjakov zdravstva, ki vodi naše paciente, njihove družine in druge sodelujoče po poteh do zdravja, blaginje in osebne sreče, združuje potreba po medsebojni izmenjavi znanja in izkušenj. Pot od diagnostike, do terapije in rehabilitacije pa je dolga, zapletena, težka občasno celo izjemno nevarna in naporna. Znanje nam pomaga razširjati in poglabljati »meje v glavi« in globlje razumeti sebe ali probleme v katere smo ujeti.
Le konkretne spremembe v zavedanju, mišljenju in delovanju spremenijo odnos z zakoncem, otrokom, starši, avtoriteto, okoljem in drugimi ljudmi. Znanje in praktični pristopi pomagajo, da v svoje življenje vnašamo bolj pogumno, umirjeno, iskreno in ljubeče nova spoznanja in veščine. Torej ali je inteligenca tako čustvena kot intelektualna pogoj za uspešno, izpolnjeno in srečno življenje. Odgovor je da in ne. Da, ker z osebnostnim razvojem primemo razumsko vajeti v svoje roke in smo uspešni na osebnem in poklicnem področju. Ne, ker uspešnost tako čustvena kot racionalna še ne pomeni, da smo tudi srečni. Šele, ko se na pravilen način povežejo čustva in razum je pot do procesa, ki se nekoč zgodi v globinah človeške duše naša realnost, ki se imenuje modrost in ljubezen svojega srca. Ali bomo srečni ali ne, je odvisno od našega odnosa do življenja. Naj se še tako trdno odločimo za spremembo, preberemo mnogo knjig z vsebino, ki nas navdihuje, v izobraževanju dosežemo visoke nazive, resnično učenje poteka le skozi prakso in življenjske preizkušnje.
Ljudje se večinoma težko odločijo za to, da poiščejo pomoč v psihiatriji ali psihoterapiji. Raziskave kažejo, da veliko teh posameznikov po prvem pogovoru odpade. (B. Stritih) To še prav posebej velja za kliente z depresivno problematiko, bolnike odvisne od alkohola in mamil. Vsaka psihoterapevtska šola ima svoj način dela, vendar si terapevti praviloma prizadevajo, da bi zadržali kliente, ki se na njih obrnejo po pomoč.
Dr. Peter Praper dolgoletni član stalne komisije za psihoterapijo pri Evropski federaciji združenj psihoterapevtov v Bruslju psihoterapijo definira kot samostojno stroko in aplikativno znanstveno utemeljeno obliko pomoči, ki se ločuje od raznih duhovnih gibanj, kot se ločuje med zdravstvom in zdravilstvom.
Ljudje se poslužujejo najpogosteje verificiranih metod v psihoterapiji, ki izpolnjujejo kriterije znanstveno utemeljenih pristopov in postavljajo izobraževanja ter usposabljanja na temelje študija teorije, dela pod supervizijo in lastne terapevtske izkušnje. Študij psihoterapije je doslej edini univerzitetni študij, ki v okviru rednega študijskega programa vključuje tudi intenzivno delo na sebi. Ta osebna izkušnja pa omogoča študentu intenzivnejše osebnostno zorenje, bolj kot katerikoli drug študij, kar praviloma konkretno pomeni, da bo do konca študija študent psihoterapije dosegel višjo osebnostno zrelost oziroma integriteto kot njegov vrstnik. (Janko Bohak)
Slovenija pa je odprt prostor tudi za šarlatane različnih pristopov, tako za tiste, ki imajo certifikate neverificiranih šol kot tudi za nekatera duhovna gibanja. Lahko pa tudi verificirani programi ne izpolnjujejo standardov in normativov stroke. Kljub

mehanizmom, ki primere šarlatanstva odkrivajo in preprečujejo, pa šarlatanstva vendarle ni mogoče enkrat za vselej zatreti (dr. Peter Praper).
V psihoterapiji obstaja pomembno vprašanje, kako posameznik, ki doživlja določene težave lahko pride do pomoči, ki bi mu najbolj koristila. Vse priznane šole pa niso enako učinkovite za vse vrste težav, zato je pomembno pomagati posamezniku da bi našel tisto obliko pomoči, ki bi mu najbolj koristila oziroma najbolj ustrezala specifiki njegovih problemov, konfliktov, motenj oziroma bolezenskih stanj.
Za vztrajno iskanje psihoterapevtsko učinkovite pomoči pa je pomembno poznavanje celokupnih zemljevidov različnih oblik pomoči, ki so dosegljive v določenem prostoru. (Stritih)
Skupinska psihoterapija se je v zadnjih 60 – 70 letih razmahnila v neslutene razsežnosti zaradi prednosti, ki jih nudi:

1.) Še posebej v današnjem času je pomemben vidik ekonomičnosti, ki ga opredeli že Foulkes leta 1940, ko je poročal, da so ljudje prihajali iz fronte dekompenzirani s psihoreaktivnimi motnjami, številne primere duševnih motenj tedaj in tudi danes ni mogoče individualno tretirati, to dejstvo pa še danes tudi povsem drži.
2.) Vse kar se dogaja ali spreminja v osebnosti posameznika, se skoraj takoj reflektira v življenju. Stališča psihiatričnih strokovnjakov so pred med in po vojni postajala mnogo bolj elastična v terapevtskih obravnavah duševnih motenj.
3.) Za spremembo vedenja je potreben predvsem emocionalen uvid in ne samo intelektualen, kar pa je v skupini mnogo lažje in hitreje doseči.
4.) Skupinska psihoterapija daje možnosti in prednosti individualnega razvoja in zorenja pri bolnikih s težjimi motnjami ega.
5.) Za skupino je karakteristična svobodna interakcija med člani in mnogo bolj tolerantno okolje od onega ob nastanku motnje.
6.) Izolirana oseba lahko v skupini zopet najde pot v družbo preko socializacije in humahizacije.
7.) Prednost skupinske psihoterapije pa je tudi veliko manjša nevarnost razvoja zasvojenosti kot pri zdravljenju s psihofarmakoterapijo z vsemi stranskimi učinki zdravil.
8.) Skupinska psihoterapija uči doživeti korektivno emocionalno izkušnjo, ki jo lahko uporabimo v vseh drugih življenjskih okoliščinah.
9.) Raziskave kažejo, da je skupinska psihoterapija najboljša za ohranitev individualnosti zaradi pritiska zahtev družbe na posameznika. V skupini se učimo o sebi in drugih v enakopravni komunikaciji z drugimi.
10.) Vsi veliki učenjaki so skozi vse čase civilizacije in skozi vso preteklost imeli svoje šole, učence, pripadnike, somišljenike oziroma svoje skupine. In niso uspeli uveljaviti svojih sposobnosti ter ambicij, če jim ni uspelo mobilizirati širših ljudskih množic.

Sprehodimo se v mislih in besedah ob ...

II. Pionirji – veliki graditelji evropske psihoanalize (Freud, Adler, Young)

Ustavimo se prvotno ob veliki evropski trojki psihoanalize, ob učenjakih, ki so odločilno vplivali tudi na razvoj skupinske psihoterapije.
SIEGMUND SCHLOMO FREUD (1856–1939) se je rodil 5. maja 1856 kot prvorojenec osmih otrok trgovca Jakoba Freuda in njegove žene Amalije v majhnem mestecu Freibergu, današnji Pribor – Moravska na Češkem. Trgovski posli očetu niso najbolje uspevali, boriti se je moral z istimi nevšečnostmi kot večina Judov, prišlekov z Vzhoda, to sta bili antisemitizem in revščina. A v svojega prvorojenca je družina stavila velike upe in mu nudila več kot bratom in sestram, ki so prihajali za njim. Študij medicine na Dunaju, zgodovina predrazsvetljenske dobe in materialistične podobe sveta ter znanstveno ozračje, so zapuščine, ki so vplivale na Freuda in njegovo novo znanost.
Sodobnika filozofa Sören Kierkeggard (1813–1855) in Friedrich Nietzsche (1844–1900) sta močno poudarjala subtilna, nezavedna čustva in vrednote in tako Freudu utirala in pripravljala pot njegove znanosti, pozneje pa tudi Alfredu Adlerju.
Arthur Schopenhauer (1788–1860) poudarja primat nezavednega in seksualnega, intelekt in zavest sta sekundarna pojava, blodnjo pa definira kot motnjo v zavestnem spominjanju nekega travmatičnega dogodka. Hartman Goethe, Schiller in Dostojevski opisujejo vpliv socialnih in psihičnih dejavnikov pri nastanku psihičnih motenj in bolezni.
Freud pa je s svojo genialnostjo v svojem osrednjem delu »Die traumdeutung« (1899) Interpretacija sanj, povezal v zaključno in konsistentno celoto vse, kar so drugi dognali o nezavednem psihičnem funkcioniranju in odgovoril, kako to nezavedno vpliva na zavestno psihično doživljanje in vedenje. Freud je poglobil in učvrstil dinamični koncept nezavednega z velikim pomenom, ki ga je posvetil instinktom: Id, Ego, Superego.
V ozračju, ko je bila medicinska znanost izključno pod vplivom biološko – fiziološke zakonitosti, je Freud sklenil, da bo človeštvu pokazal pot iz njegovega notranjega suženjstva, kot je njegov davni prednik Mojzes povedel svoje ljudstvo iz Egiptovske ujetosti. In kot Mojzesu njegovo ljudstvo ni bilo hvaležno za osvoboditev, saj si je na naporni poti skozi puščavo v obljubljeno deželo želelo nazaj k polnim loncem egiptovskega mesa, tako je tudi Freud doživljal močne družbene odpore. Desetletja osame, ko se je resen znanstveni svet pretežno posmehoval in zgražal nad Freudovimi spisi, je bila zanjga kruta realnost njegova samošna znanstvena pot skozi puščavo.
Enako pomemben kot utemeljitelj psihoanalize pa je Freud kot katalizator za skupino učencev, ki so se kasneje ločili od njega in ustanovili samostojne psihoterapevtske šole. Najbolj znana sta Adler in Young, pozneje pa še Ferenzy, Reich in drugi.
V času nastajanja psihoanalize smo bili Slovenci sestavni del kulturno političnega okolja, v katerem je psihoanaliza nastajala. Kmalu je pritegnila zanimanje strokovnih krogov, vendar je večji del le teh podlegel družbenim odporom in ji nasprotoval.

Stroka Freuda prišteva med peščico najustvarjalnejših ljudi 19. in prve polovice 20. stoletja, ki so najmočneje oblikovali sodoben način znanstvenega mišljenja, javno zavest in čustva najširših slojev ljudi.
Že Freud si postavlja vprašanja ali je vzrok nevroze dednost ali konstitucija, ali realna travma, ali očetovo zapeljevanje ali celo spolna zloraba pozneje nevrotičnih hčera, ali vrojeni dejavniki, ali nek zunanji provokativni agens. Odgovora na ta vprašanja pa do danes še ne vemo.
Ob letošnji 150. obletnici rojstva Freuda 5. maj 1856 so slovenski mediji s številnimi prispevki zaznamovali ambivalenten odnos do psihoanalitika. V Sloveniji se je psihoanaliza uveljavila pretežno le kot družbena kritika, menda predvsem zaradi posebnosti slovenskega nacionalnega značaja, kjer imajo ljudje raje kritiko, kot bi legli na kavč in se ukvarjali s seboj.
Freudova dediščina psihoanalize in psihoanalitično usmerjenih psihoterapij šol ali modelitet se je na Slovenskem razvijala v procesu širjenja ali zavračanja Freudove zapuščine. Ob tem pa niso počeli nič drugega kot da so staro vino prelivali v nove mehove, če se poslužimo biblične metafore.
Študij psihoanalize in psihoterapije je v Sloveniji primerljiv z maratonom, kjer je treba ob dolgotrajnem izobraževanju premagovati mnogo ovir in odporov. Študij psihoterapije je doslej edini univerzitetni študij, ki v okviru rednega študijskega programa vključuje intenzivno delo na sebi.
Že Freud si je želel, da bi psihoanalizo ali psihoterapijo profilirali kot samostojen poklic. Svojo dediščino je videl bolje zavarovano v rokah laičnega poklica, kot v rokah zdravnikov ali duhovnikov.
Za psihoterapijo kot univerzitetno disciplino velja Freudova misel: »Glas resnice je šibak, je pogosto ali vedno v manjšini, vendar ne utihne, dokler mu ljudje ne prisluhnejo!«
Na tretjem svetovnem kongresu iz psihoterapije na Dunaju julija 2002 pod aktualnim naslovom »Anima mundi – izziv globalizaciji« (duša sveta) se je Freudova vnukinja Sofia Freud v svojem predavanju »Zlagani preroki« ustavljala ob treh velikanih dušeslovja: ob svojem dedku Siegmundu, ob Youngu in Kohutu. Marsikaj jim je očitala: da so svoje osebne travme prodajali kot splošno veljavne znanstvene teorije; da so se pustili oboževati od kroga predanih učencev, medtem ko so kritične glasove skušali nestrpno utišati; če se niso pustili so jih izločili, kot nekoč krivoverce; da so tujo modrost prodajali kot svoje znanstvene dosežke in vire zatajili; da so v kazuistiki – predstavitvah primerov marsikaj prikrojili po svoje, da se je bolj prileglo njihovim teorijam, itd. Kot cepivo proti infekcijam, ki jih prenašajo krivi preroki vseh vrst, tako v znanosti kot v politiki Freudova vnukinja Sofia Freud priporoča pogum za kritično in samostojno mišljenje. Predavanje Freudove vnukinje je zvenelo kljub vsemu spravljivo, nedestruktivno, blagohotno, navkljub vsej kritičnosti. Mnogi Freudovi kritiki pa še danes o njem poročajo v simboliki mita o očetomoru. Sinovi ga ubijajo in ubijajo, a neverjetno: Oče Freud je vedno bolj živ. Najbližjo resnico o Freudo pa je podal Frankel na prvem svetovnem kongresu iz psihoterapije: »Freud je temelj. In temelj izpolni svojo funkcijo s tem, ko ga nadzidamo, nadgradimo.« Pri obravnavi katerekoli psihoterapevtske teme ne smemo mimo Freuda. Danes še bolj velja slogan »Nazaj k Freudu, na poti v prihodnost.« Freud se je zavedal grupnih fenomenov. Psihologija skupine oziroma mase je po Freudu najstarejša psihologija.
Drugi veliki psihoanalitik 14 let mlajši od Freuda;
ALFRED ADLER (1870–1937) se je rodil v predmestju Dunaja, židovskemu trgovcu z žitom. Na Dunaju je doštudiral medicino, bil okulist, kot splošni zdravnik pa je začel raziskovati psihopatalogijo in se pridružil Freudovemu diskusijskemu krogu. Do 1907. leta, ko sta se s Freudom razšla, je bil celo predsednik psihoanalitičnega društva na Dunaju.
Med prvo svetovno vojno je bil Adler zdravnik na neuropsihiatričnem oddelku, ustanovil je prvo otroško kliniko, kot psihiater pa je predaval po Evropi in Ameriki. Ko je moral kot Žid zapustiti Dunaj, pa se je preselil v ZDA in tam predaval na univerzi v Kolumbiji. Ustanovil je svojo psihološko smer imenovano »individualna psihologija«. Za razliko od Freuda in Younga je Adler v svojih izhodiščih dosti bolj praktičen in filozofsko navidezno preprostejši. Njegov cilj je pomagati ljudem, da bodo živeli učinkovito in bolj zavedajoče se življenje, katerega pogoj je razvijanje socialnega čuta. Že v otroštvu smo zapisani nezavednemu prevzemanju temeljev razvoja osebnosti in življenjskega sloga poudarja Adler. Adler je dajal poudarek vzgoji in izobraževanju mladostnika za samostojno življenje. Ukvarjal se je s prepoznavanjem življenjskega sloga in lastne nepopolnosti.
Adlerjev življenjski moto je bil: »Imeti moramo pogum, da smo lahko nepopolni. Življenje je predvsem dejanje poguma in ne toliko pridobivanje popolnosti. Popolnost je statična, je brez prihodnosti, življenje pa je gibanje od minusa k plusu.«
V našem novem tisočletju Adlerjeva modrost potrebe po ekspanziji čustev socialnega čuta, ponuja odgovor za rešitev civilizacijskih vprašanj. Rešitev življenjskih problemov vidi v »socialnem čutu, delovati moramo z občutkom povezanosti z vsem človeštvom. Vsa človeška beda izhaja iz posameznika, ki ga ne zanima dobro sočloveka«.
Nadalje Adler poudarja, da se nikdar ne smemo zadovoljiti, da bi zdravili posamezne bolezenske znake. Obravnavati in razumeti moramo telo in duha v celotni osebnosti svojih pacientov, upoštevajoč družbene okoliščine in njihove odzive nanje. Nadalje Adler poudarja, da je posameznik enkratna, neponovljiva in nedeljiva osebnost.
Le praktične zamisli, ki ljudem dajejo pogum za razvoj socialnega čuta so pomagale človeštvu živeti v harmoniji. Adlerjeva načela psihologije in psihiatrije želijo pomagati ustvarjati ozračje enakosti, v katerem bi vsakdo mogel razviti vse svoje potenciale in prispevati k družbi kot celoti ter prepoznati, da je drugačen od drugih, vendar enakovreden. Šele z verovanji v enakovrednost lahko verjamemo in z zaupanjem ustvarjamo odnose z drugimi. Adlerja so poimenovali za očeta individualne psihologije, vendar je eden prvih ki je začel uporabljati skupinsko psihoterapijo. Imenoval jo je kolektivna psihoterapija. Adler je zagovarjal, da je pri zdravljenju nujno potrebno upoštevati tudi socialni faktor.
Devetnajst let mlajši od Freuda in pet let mlajši od Adlerja pa je;
CARL GUSTAV JUNG (1875–1961) švicarski psihiater ob Freudu največja osebnost v zgodovini psihoanalize velja za utemeljitelja analitične psihologije, za pionirja raziskav pomenov simbolov, mitov in psihologije religije, ter alkimije. Njegovi koncepti extra

in introvertiranosti pa so prešli med ljudmi v vsakodnevno psihološko klinično rabo. Youngova usmeritev je globinska, je studenec na katerem dnu je psihološka resnica.
Kvalitativno spoznavanje samega sebe, osamosvajanje Young poimenuje proces individuacije, kar pomeni predelovanje individualnega in kolektivnega nezavednega.
Iz aspekta Youngove psihologije ni vse strupeno, kar ti dajata mati ali oče, najhujši strup je, če tega ne dojameš. V bistvu moramo biti hvaležni tistim, s katerimi smo bili skupaj in so nam na ta način omogočili projekcijo marsikaterega sestavnega dela naše duše. Osnovna gonilna sila Youngove šole je radovednost, zanimanje za psiho, zdravljenje. Kar z drugimi besedami pomeni: »Življenje je zgodovina samouresničevanja nezavednega v zavestno realnost«.
Razvoj osebnosti razdela Freud – ontogeneza – izvor in razvoj človeka. Zgodovino človeškega duha pa obdela Young – filogenetsko.
Kolektivno nezavedno pomeni po Youngu ozavestiti pridobljene elemente pozabljenih, potlačenih, nepredelanih številnih frustracij ob še nezavednih psihičnih vsebinah, ki izvirajo iz dedno prirojenih možganskih struktur. Young je oblikoval odnos ljudi do sveta in definiral spoznanje vednosti ob procesih ozadja.
Young meni, da se človekovo življenje lažje izrazi z mitom, kot pa z znanstvenimi pojmi, za kar pa je nujno poznavanje zgodovine človeškega duha, mitov, pravljic, basni in umetnosti vseh vrst.
Celoten zgodovinski razvoj človeštva je namreč odmikanje od kolektivnega nezavednega, oddaljevanje od lastnih globin, arhetipov, psihičnih genov.
Akutno psihozo Young razlaga kot vdor kolektivnega nezavednega v zavest, torej vsebine individualnega nezavednega enostavno potonejo v morju kolektivnega nezavednega. Ker ni možno več razlikovati zavesti od nezavednega, gre za proces shizofrenije, za razcepljeno dušo. Imamo občutek, da ima bolnik dve stanji, eno nam razumljivo in drugo nerazumljivo.
Pri nevrozi pa naj bi šlo za zdravo psihično bazo – nezavedno – vendar oseba se ni mogla temu primerno razvijati.
Smisel psihoterapije je v iskanju »večno« veljavnih rešitev, ključ rešitve nekega zavestnega problema pa je v posameznikovem kolektivnem nezavednem (Young).
Freud, Young, Adler – velika psihoanalitična trojka, vprašanje ki še vedno ni odgovorjeno, kolikšen je njihov vpliv na skupinsko psihoterapijo. Freud in Young nista prakticirala v skupinah. Vsi trije veliki pionirji pa so globoko zaorali ledino v teorijo psihoanalize, psihologijo in psihoterapijo.

III. Zgodovinski razvoj skupinske psihoterapije

Ko se govori o zgodovini skupinske psihoterapije se pojavljata dva osnovna problema: kako daleč iskati fenomen, elemente skupinske psihoterapije in katere zgodovine se spominjati: zgodovine psihoanalize, sociologije, filozofije ali pa samo zgodovine skupinske psihoterapije. Najboljše je govoriti o vsem pomalo.
Pot v prihodnost vedno vodi preko preteklosti. Kakšni so bili ljudje, ki so opravljali psihiatrično ali psihoterapevtsko dejavnost v davnini in na prelomu v naše čase oziroma v naše štetje? Stali so ljudem ob strani v njihovih usodnih življenjskih preizkušnjah, stiskah, konfliktih ter dilemah psihičnega in duševnega zdravja. Bili so zdravniki, duhovniki in religiozni voditelji, neredko pa tudi neuki, karizmatični posamezniki.
Sloveči rimski govornik Ciceron je zapisal pred okroglo 2000 leti o slavnem grškem filozofu Sokratu, da je poklical filozofijo iz nebes, jo nastanil po mestih, jo povedel v hiše in prisilil ljudi povprašati o življenju in smrti, o dobrem in slabem. Sokrata poznamo le takšnega, kot so nam ga v svojih spisih ohranili Platon in še nekateri učenci, o njem pa si lahko ustvarimo dokaj prepoznavno podobo. Bil je predvsem človek z izredno močno empatijo, znal se je izjemno vživeti v drugega človeka ter izhajal iz njegovega videnja stvari. Rad se je primerjal z babico: kakor ona ne rodi otroka, ampak le pomaga pri njegovem rojstvu, tako tudi on pomaga resnici priti na dan ob njenem rojstvu. In kot, da bi verjel v človekovo nezavedno, je poudarjal, da prizadetemu le pomaga dvigniti resnico o sebi. Torej gre pri Sokratu za sijajno podobo temeljne psihoterapevtske drže. Tudi psihiatri ali psihoterapevti le pomagamo človeku, da se zave svoje osebne resnice, kar posledično nujno spremeni njegovo življenje.
Sokrat se je tudi že srečeval z odpori tako individualnimi kot kolektivnimi. Slednji so mu nakopali na glavo sodni proces, v katerem je bil zaradi zaničevanja bogov in kvarjenja mladine obsojen na smrt. Njegov govor se glasi v sklepnih mislih po že izrečeni smrtni obsodbi takole: »Tudi vam, gospodje sodniki, je potrebno, da gojite veselo upanje glede smrti in da usmerite svoje misli v eno stvar, ki je zanesljiva, namreč da za pravičnega moža ali ženo ni hudega ne v življenju, ne v smrti in da bogovi ne puščajo v nemar njegovih zadev!« Torej prastara modrost, da je bila z muko pridobljena inteligenca vedno prva na udaru še vedno drži.
Zato pri iskanju prave poti za rešitev problemov vsakdanjega življenja nam zopet in ponovno prihajajo na pomoč starodavne filozofije uporabne tudi v današnjem času.
Na ta ali oni način se vse življenje ukvarjamo s svojimi starši. V odrasli dobi se dotikamo manj realnih staršev zunaj nas, več pa njihovih psihičnih reprezentanc v nas samih. Psihoterapevti imamo veliko dela tudi z našimi strokovnimi starši, s psihoterapevtskimi očeti, matere so na Slovenskem med njimi še redke. Priča smo tudi abvivalenci med strokovnjaki ali uporabniki psihoterapevtskih metod, od teženj po idealizaciji, do potreb po razvrednotenju.
Prvine zgodovinskega razvoja skupinske psihoterapije zapažamo že pri starih Grkih. Poznani so rituali v hramu Epidavrusa. Sokrat je razvijal učenje z dialogom, način je poimenoval »anamnesis«. Pojem anamnesis izvira iz predzgodovine bolezni, vsako spoznanje je spominjanje duše na ideje. Chorus – zbor, pripev, refren je v grški tragediji imel funkcijo testiranja stvarnosti. Imel je pa je tudi funkcijo super ega, edukacije in terapije. Chorus je propagiral oziroma svetoval pravico in resnico ter opozarjal na zahteve in potrebe superega.

Skupina se v nekem smislu pojavlja skozi vse dobe civilizacije že na začetku vsakega človeškega življenja. Že impulz imeti otroka pri posamezniku predstavlja skupino. Za človekovo celostno rast je neizogibno življenje v skupini. Človeku je nemogoče biti sam. Potreba po pripadnosti drugemu je prisotna na samem začetku življenja, dijada – trijada: mati, oče, otrok. V družini pridobiva otrok prve interpersonalne izkušnje preko interakcij z družinskimi člani. Človekova potreba in pravica je tudi intimnost, samota in individualen stik z drugimi.
Skupina je starejša kot posameznik, tam se tudi oblikuje človekov jaz. Skupina lahko prepreči nastanek duševnih motenj, od tod tudi ideja, da lahko s skupino zdravimo duševne motnje. Raziskave kažejo, da je skupinska psihoterapija najboljša za ohranitev individualnosti, zaradi pritiska zahtev družbe na posameznika. Terapevtska situacija v skupini je mnogo bližja tako posamezniku kot vsem članom grupe, v nasprotju od življenjske situacije v družini ali družbi, v kateri je vzniknila motnja.
Leta 1904 je francoski psihiater Camus v svoji knjigi opisal zapažanja, da so veliko boljše rezultate zdravljenja kazali pacienti, ki so bivali v velikih sobah s številnimi posteljami, nasproti onim, ki so se zdravili v eno ali dvoposteljnih sobah.
Dr. Joseph Pratt, ki je leta 1906. deloval pred, med in po prvi svetovni vojni v New Yorškem sanatoriju organiziral skupino 30 bolnikov s tuberkulozo. Bil je ustanovitelj skupinske psihoterapije. Po rodu Žid, dunajski internist, bežal je v ZDA, deloval je v Bostnu s turbekuloznimi bolniki. V referatu za zdravnike pod naslovom »Hiša, sanatorij in zdravljenje« je predaval o higieni, režimu prehrane in načinih počitka v skupini. Dodal je, da se nezdravi samo človekova bolezen, ampak človeka kot celoto. Pratt je poudarjal, da posameznik ne sme izgubiti svoje identitete v trenutku, ko postane bolnik. Paciente je obravnaval individualno v skupini. Uvajal je stališča optimističnega pogleda na svet.
Erikson s koncepti z ego identitete in socio geneze daje pomembnost zgodovinskemu pomenu razvojnih faz posameznika, različnosti odnosov in pomenu kulture okolja.
Schilder, Slauson, Burrow so v ZDA proučevali in pisali o fenomenih v lastnih skupinah, ki so jih sami vodili.
Bion iz Londona je deloval na slavni Tavistock Clinic. številni razlogi, ki so po drugi svetovni vojni vplivali na zaščito prebivalstva na področju mentalnega zdravja, so favorizirali skupinske metode psihoterapije. Bion in Melanie Klein sta obravnavala odnos skupine do terapevta, pomembna je njuna interpretacija transfera, kjer terapevt analitičar doživlja skupino kot enega pacienta.
Za zgodovinski razvoj skupinske analize pa je posbej zaslužen:
Slavni Michael Foulkes (1898–1976) nemški Žid, rojen v Frankfurtu, je živel in deloval kot zdravnik prvotno v ZDA, kasneje v Londonu in zagovarja v svoji knjigi »Therapeutic Group Analysis« (Zdravljenje v skupinski analizi) iz leta 1964 predvsem osebno psihoanalitično izkušnjo in spretnost interpretiranja psihopatalogije v malih skupinah.
SIEGMUND HEINREICH FOULKES (1898–1976) – uradno ime je Heinreich, ljudje pa so ga klicali Michael. Zgodovina skupinske analize je zgodovina življenja in dela Foulkesa. Dunajski Žid – zaključil je osebno analizo pri Helene Deutsch, postane direktor klinike in inštituta v Frankfurtu. Leta 1933 beži v London, tam osnuje 1939 privatno prakso z Evo Levis, ustanovi grupo različnih psihiatričnih pacientov istega spola. Foulkes je rad potoval in se družil s somišljeniki. Med drugo svetovno vojno je v slavni Mandsley Hospital v Londonu deloval veliki tim pozneje slavnih psihiatrov, ki ga je vodil Foulkes. Osnovna tema, s katero so se dolgo ukvarjali je bila komunikacija v skupini. Veliko izkustvo Foulkes pridobi ob delu z veterani iz druge svetovne vojne.
Foulkesa sodelavci opisujejo kot skromnega, tihega, nevpadljivega človeka, pazljivega, obzirnega strokovnjaka, ki vedno pazi, da ne prizadene sogovornika. Vedno je kazal visoko stopnjo tolerance proti mišljenju drugega in ni vračal svojih stališč. Opozarjal je z mislijo: »Nismo tukaj, da zaostrujemo razlike ampak, da se učimo drug od drugega in testiramo naše hipoteze ob delu.«
Prvi tečaj iz skupinske analize je Foulkes organiziral v Londonu leta 1951.
Leta 1971 je na pobudo Foulkesa osnovan Inštitut za skupinsko analizo v Londonu.
Patrick De–Mare veliki Foulkesov sodelavec kasneje ustanovi v Londonu grupno analizo za srednje in velike skupine.
Sodobnik Malcolm Pines pa razvija nadalje koncepte grupne analize.
Michael Foulkes nenadoma umre 1976. leta v času skupinske seanse s svojimi učenci.
Foulkesova skupinska analiza ostaja še vedno vitalna in bazira na njegovih strokovnih temeljih. Komunikacija od primitivne, neartikulirane, konvencionalne do emocionalno poudarjenih vsebin je lahko eksterno ali socialno in istočasno globoko interno doživetje poudarja Foulkes.
Foulkes opozarja, da se tako v psihoanalizi kot v skupinski analizi učimo o sebi in to prvenstveno o svojih izven zavestnih potrebah in nagonih. Skupinska analiza ima veliko prednost, ker poleg učenja o sebi nudi možnost da se učimo tudi o drugih v enakopravni komunikaciji z njimi. Skupinska analiza omogoča pacientu, da se uči tolerance nasrpoti drugemu članu skupine, da se uči svobodne komunikacije, sublimacije, izrivanja in kontrole narcizma, z eno besedo povedano, da doživi korektivno emocionalno izkušnjo v skupini, ki jo lahko uporabi v vseh drugih življenjskih grupacijah.
Foulkes je proučeval v skupinski analizi reakcije človeka na človeka in svoj interes usmeril na sociogenezo socialnih reakcij. Notranja človekova dinamika je refleksija mikrokozmosa v odnosu do celotnega sveta.
Maksime terapevta po Foulkesu:

1. Dobro se pripravi, tvoje znanje ni nikoli dokončno, vodenje skupine je nenehno učenje, vendar ne na račun članov skupine.
2. Ne komuniciraj s skupino tako, da bi zadovoljil svoje lastne potrebe, lajšal svoje bojazni in bolečine.
3. Poskušaj razumeti skupinsko situacijo, ustvarjaj in ohranjaj vlogo odgovornega vodje.
4. Vedno sledi skupini, poslušaj predno interveniraš in zopet poslušaj ter preverjaj svoje razumevanje.
5. Ni terapevtova običajna funkcija posredovati uvid skupini ali interpretirati, če pacienti sami ne najdejo rešitev, bodi

pozoren zakaj ne uvidevajo, malo jim pomagaj, da bi pacient sam dosegel spoznanje o sebi z lastnim naporom.

6. Ugotavljaj zakaj in kako se skupina razvija, da ne pride do uvida. Analiza odporov lahko jo terapevt vodi do prodora v nezavedno s konfrontacijami, analizo vedenja in interpretacijami.
7. Vse interpretacije temeljijo na skupini kot celoti, lahko so naslovljene tudi na enega ali več posameznih članov.
8. Ne podaljšuj predolgo seans z namenom za optimalno terapijo. Pacienta pelji skozi vse faze terapije. Zahteve po individualni terapiji vračaj v skupino.
9. Osredotoči se na pacientovo potrebo biti bolan, avtodestruktivnost. Ne sprejmi vloge, da si odgovoren za njegovo zdravje. Sam pacient je dolžan skrbeti za svoje zdravje.
10. Pacientove izzive in provokacije obvladuj s pomočjo lastne mentalne higiene. Življenje samo pomaga terapevtu urejati odnos samega sebe do samospoštovanja. Le tako lahko vidiš, kaj se v skupini dogaja.
11. Pristno zanimanje za skupinsko delo, ti pomaga doseči pravo ravnovesje med udeleženim zanimanjem in potrebno odmaknjenostjo.
12. Razvijaj skupinskost v kateri se goji medsebojno zaupanje in spoštovanje ter ustvarjaj pogoje oziroma atmosfero, da lahko vsakdo pove, kar čuti.

Skupina v psihodinamskem smislu nastane, ko se in če se posamezniki iz nepovezane množice združijo v akcijo proti skupnemu cilju in med sabo razvijajo emocionalne odnose. Psihodinamika skupine pa se razvija, ko se člani začno med seboj spoznavati, spraševati in odgovarjati, se emocionalno odzivati ter razkrivati zdrave in patološke čustvene reakcije. En član ponavadi prevzame vlogo skupine.
Grupa ugasne, ko preneha povezujoča dinamika, ne glede na to ali ljudje še ostanejo v skupnem prostoru ali ne.
Osnovna razlika skupinske analize v nasprotju z individualno je v settingu. V individualni psihoanalizi pacient sedi ali leži in terapevt sedi za ali pred njim. V skupinski analizi je pozicija enakopravna. Osem do deset pacientov sedi v krogu obrnjeni so drug proti drugemu »face to face«. Njihov položaj določa ustrezen način komunikacije, splošni interakciji med člani skupine pa tudi zunanjih odnosov. Skupinska ter socialna situacija in mediji za kontakte ležijo v interakciji med člani skupine. Psihodinamika se razvija v skupnem matriksu interpersonalnih odnosov. Terapije mora izpolniti nalogo obnavljanja motene komunikacije, ki vodi tudi do interpretacij v skupini.
Da se smisel komunikacije razume in da jo terapevt naredi razumljivo grupi to je zapleteno delo, dolgotrajen proces in težak posel.
Proces se odvija v treh fazah skupinske psihoterapije: začetni, intermediarni in sklepni.
Začetna faza je zelo odvisna od terapevta, člani se obračajo nanj, interakcije so redke, monologi dolgi, čustva se redko izražajo. Terapevt mora skrbeti, da napetost ne naraste preko mere najšibkejšega člana in da tišina skupini ni predolga, preveč ogrožujoča. V tej prvi fazi med člani narašča strah pred mentalno infakcijo, bojazni da se izven skupine ne bi slišalo kar se tu govori, strah da skupinska terapija ne more koristiti, da ga je individualni terapevt zavrgel, da ga observatorji opazujejo.
V intermediarni fazi so pacienti bolj orientirani drug k drugemu, bolj so odvisni od skupine, več je hiterjših interakcij, sproščeno se govori o tabuiziranih temah, pacienti pogosteje interpretirajo interakcije v skupini. Prihaja do formiranja podskupin, nekateri pacienti ali tudi terapevti služijo za cilje agresije, zlasti če je izbor pacientov slab. Ta faza je najdaljša zlasti, če terapevt skupine ne popelje dalje oziroma naprej se pojavlja perseveriranje tem, kar skupino frustrira. Zato terapevt uvede novega člana ali opozarja člane skupine kdaj se bliža konec ali zadnja seansa.
Sklepna faza mora biti postopna, pojavljajo se razmišljanja o smrti, depresivnosti, željah po maratonski skupini, vedno bi bilo še kaj za napraviti oziroma popraviti. Mikrokozmos skupine razmejuje z zunanjim svetom le semipermeabilna membrana.
Kakšen pomen ima nezaveden del človekove psihe, ki je zmožen porajati simbole, arhetipe oziroma dinamične nukleuse psihe v celoti v celoti še ne vemo. Young pravi, da je doslej uspelo znanosti dognati le izjemen vpliv kolektivnega nezavednega na posameznika z oblikovanjem njegovih čustev duhovnega in etičnega nadzora, kar pogojuje njegov odnos z drugimi, s tem pa tudi njegovo usodo v celoti.
Freud je poglobil in učvrstil dinamični koncept nezavednega z velikim pomenom, ki ga je posvetil instinktom: id, ego, super-ego.
Vse kar se dogaja ali spreminja v osebnosti ali v skupinskem settingu se skoraj takoj reflektira v življenju.

PRITISKI IN OBREMENITVE TERAPEVTA V SKUPINSKI PSIHOTERAPIJI

Terapevt je v skupini bolj izpostavljen kritiki kot v individualni psihoanalizi. Izpostavljenost odprtemu sovraštvu grupe in actingoutu je za terapevta mukotrpna realnost. Tako pacient kot tudi terapevt vnašata svoja čustva in doživetja v terapevtsko komunikacijo. To pa predstavlja za razvijanje medčloveškega odnosa težavo, zaradi dejstva, da vstopa terapevt v skupino tudi kot bolnik Terapevt pogosto ne razume sporočila skupine, kar ga silovito frustrira, obremenjuje in izčrpuje.
Terapevtova vloga je v skupini številna in kompleksna, slabša je tudi njegova učinkovitost v intervencijah. Obstajajo večje možnosti »izgube avtoritete« terapevta v skupini, večkrat ga obvladuje tudi strah pred razpadom skupine.
Sleherna psihoanalitična šola je toliko vredna, kolikor pripravlja posameznika za življenje.
Pacient je pripravljen za vstop v skupino, le tedaj kadar začne spontano iznašati opazovanja na sebi in ima željo slišati tudi druge člane o podobnih temah in stališčih.
Indikacije za skupinsko psihoterapijo. Avtor Grotjan trdi v knjigi The Art and Techique Groups Psychotherapy iz leta 1976,

New York, »da se dober vodja že ne sprašuje, če je pacient za skupino temveč za kakšno psihoterapevtsko skupino ga pripravljamo.
Avtorji Foulkes, Anthony, Cividini, Klein, Moro, itd. so si enotni v mnenju da izrazito paranoidni pacienti s cerebralnimi poškodbami, ekstrmeno narcisitčne strukture, hipohondri, hudo depresivni, suicidalni, akutno psihotični, psiho in sociopati – niso primerni za skupinsko psihoterapijo.
Kaplan, New York kot neprimerne za skupinsko psihoterapijo označi še paciente, ki niso sposobni testirati realnosti, politično ali versko ekstremne osebe in manipulante ter akutna krizna stanja.
Yalom in Foulkes sporočata, da mora terapevt misliti na to, da mora pacient dobiti uvid podpore, ki ni tableta temveč njun odnos.
Psihiatrične ustanove si danes brez skupinskega dela nikakor ne moremo več zamisliti humanizacije in resocializacije svojih pacientov. Tekom skupinskega dela pa se vrši tudi selekcija članov skupine, zato se pacienta lahko premesti v skupino, ki je za njega primernejša, mu nudi več možnosti sodelovanja in razvoja komunikacije z drugimi.
Skupinska terapija se izvaja v hospitalnem in ambulantnem tretmanu pri najrazličnejših motnjah in pri vseh starostih od otrok do starčkov.
V zadnjih 60 do 70 letih je skupinska terapija najbolj uporabljano psihološko zdravljenje na svetu. V letu 1960 je prof. Bregant ustanovil prvo izkustveno skupino v psihiatrični kliniki v Ljubljani v Polju in jo je vodil celih 20 let. Takrat so uvedli tudi v psihiatričnih bolnišnicah terapevtsko skupnost, ki je izkoriščala potencialne vseh prisotnih, tako bolnikov, kot tudi osebja. Terapevtske skupnosti in skupinske psihoterapije so poleg psihofarmakov pomagale efektno odpirati vrata psihiatričnih bolnišnic. Od tedaj dalje se je življenje v psihiatriji humaniziralo. Fizični obračuni med bolniki so se zreducirali na minimum.

IV. Psihoterapija danes

Mag. Janko Bohak v članku »psihoterapija med tradicijo in tranzicijo« poudarja, da psihoterapevtska metoda, ki se zanima le za svoj lasten dobro ograjen vrtiček, na sodelovanje pa gleda z zavistjo in ogorženostjo nima prihodnosti.
Če bomo po predvidevanjih v desetletju dosegli gospodarski nivo razvitih evropskih držav, bomo na psihoterapevtskem področju zaostajali še nekaj desetletij več. (Bohak)
In zgodilo se je, da je proces profesionalizacije slovenske psihoterapije v šolskem letu 2006/2007 prvič ponudil študij iz psihoterapije takoj po zaključeni maturi.
In kakšna je situacija danes v Sloveniji?
Kar zadeva vsakdanjo prakso imamo psihoterapijo sicer vsi na koncu jezika, vendar jo v resnejši obliki le malokdo izvaja, kar je v očitni neskladnosti s psihofizičnim zdravjem in povpraševanjem po njej s strani slovenskega človeka.
Kar zadeva njen buren razvoj in iz njega porajajoča nasprotja, pa je Slovenija Evropa v malem. Psihoanalitično usmerjeno združenje ZPS (Združenje psihoterapevtov Slovenije) združuje in nadaljuje najmočnejšo tradicijo očeta slovenske psihoterapije prof. Leopolda Breganta.
Slovenska krovna zveza SKZP pa združuje deset psihoterapevtskih društev: Društvo za integrativno psihoterapijo, Društvo za realitetno psihoterapijo, Društvo za družinsko terapijo, Društvo za transakcijsko analizo Sloventa, Društvo za transakcijsko analizo Slota, Društvo za geštalt psihoterapijo, Društvo za sistemsko psihoterapijo, Inštitut Antona Trstenjaka za logo terapijo, Slovensko društvo za samoterapijo in Društvo za vedenjsko kognitivno terapijo in prevzema standarde EAP. Združenje psihoterapevtov Slovenije predstavlja tradicijo, SKZP pa tranzicijo psihoterapevtskega razvoja v Sloveniji.
Iz izkušnje pa vemo, da ni ničesar bolj težavno kot sestov iz oblasti, zlasti če so odpori lahko utemeljeni z zgodovinskimi zaslugami.
In ker je psihoterapija znanost je treba odgovoriti na temeljno vprašanje: katere pogoje mora izpolnjevati metoda, da je priznana za znanstveno in izdelati mora postopek preverjanja za pristope, ki teh pogojev še ne izpolnjujejo?
Ker se v zadnjem času v domačih logih množi število potencialnih skrbnikov je zaskrbljujoče vprašanje, kdo in kako bo oblikoal standarde v prihodnosti v Sloveniji ter usodno zaznamoval psihoterapevtski razvoj, če bo psihoterapija dana kot nepolnoleten otrok v rejo nemoralnim izkoriščevalsko oblastniškim posestnikom? Če vsako uspešno učenje ustvari nove povezave sinaps, upravičeno domnevamo, da pusti sledi v strukturi cortexa tudi psihoterapevtska izkušnja. Vprašanje je le, kdaj bomo imeli dovolj občutljive in zanesljive preiskave, ki bodo te spremembe prepoznale, merile in ovrednotile.
Če je psihtoerapija v sto letih svojega obstoja dosegla svojo polnoletsnost, bo znala poskrbeti zase, za svojo znanstvenost in bo znala razviti inštrumente, s katerimi bo merila svojo učinkovitost. To že počne, le inštrument za merjenje še ni pripravljen, ker na določeno raziskavo učinkovitosti metode odločilno vpliva naklonjenost ali nenaklonjenost raznovrstnih raziskovalcev. Resnica pa je, da so med posameznimi metodami velike razlike glede stopnje znanstvenosti in izobraževalnih strandardov ter učinkovitosti terapije.
Tako ZPS, kot tudi SKZP so odprti in povezujoči za različne pristope in metode na področju psihoterapije, ločujejo pa jih cehovsko politične rivalitete in druga razhajanja.
Razvojne zakonitosti lahko razdelimo na čas pionirjev – ljudi, ki verjamejo v idejo, ki je gibanje oziroma institucijo priklicala v življenje in so se zanjo navadno ti ljudje nadpovprečno angažirali. V pionirskem času je veliko nedorečenega, improviziranega in še več tveganega, saj je prihodnost ponavadi le vera v ustvarjalnost. Plačilo pionirjev je le zavest, da sodelujejo pri stvari počlovečenja življenja ljudi – po Alfredu Adlerju v čutu za skupnost kot integralnem delu zrele osebe. Sedanji čas je čas pionirjev!

V. Psihoterapija jutri

In sedaj ko se je psihoterapija že utrdila in uveljavila kot znanstvena metoda prihaja čas birokratov, ki bodo zadevo urejali z organizacijske, pravne, finančne, etične in še kakšne plati in že delajo nekateri karieristi tudi osebne kariere. Birokrati so neizbežna usoda vsake institucije, uči zgodovina. Običajno so pionirji in birokrati različni ljudje, priča pa smo čudnim metamorfozam, ko se pionirji preobrazijo v birokrate. Želja je, da bi čim uspešneje in čim dlje v psihoterapiji zadrževali birokrata v sebi in na področju psihoterapije.
Tretjega oktobra 2006 so v Novi Gorici na Fakulteti za uporabne družbene študije podpisali pogodbo o rednem študiju iz psihoterapije dekan tamkajšnje fakultete Rončevič, vodja študija psihoterapije dr. Miran Možina in dekan univerze Sigmunda Freuda na Dunaju hon. dr. prof. Alfred Pritz.
Paul Pass – psihoanalitik, predsednik štajerske deželne zveze za psihoterapijo zastopa stališče, da v psihoterapiji gre za posebno držo, kako ravnamo z drugimi ljudmi. Pass citira avtorja Novalisa: »Sedež duše je tam, kjer se dotikata notranji in zunanji svet.«
Kaj deluje v psihoterapiji, da lahko pride do sprememb psihičnih stanj in transformacije življenjske perspektive nekega človeka? Vedno gre za sodelovanje različnih sil in resursov znotraj in zunaj. Če terapevtu uspe komunikacija ki se ju »dotakne«, se zgodi sprememba, »kompostiranje«, negativno doživetih stanj, morda celo ozdravljenje. Pride do prebujenja tako psihičnih kot psihosocialnih resursov rasti, do želenih in hkrati presenetljivih razvojnih korakov kakor, ko otrok po mnogih neuspelih poskusih in »zaletih« nenadoma shodi. Tako je tudi s človekom, ki postane iz pacienta aktiven odkritelj lastnih resursov in s pomočjo terapevta zmore pogum in zaupanje za prevzem lastne avtonomije. Za terapevta je manj pomembno kaj reče, kaj govori, od tega kaj dejansko je, kaj pomeni kot človek, kako živi in kakšen je njegov smisel bivanja. Freud opozarja o svojem začetku lastnega učenja z učiteljem Charchotom v Salpetrierju pomembnost trenutka prvega srečanja, kajti tedaj obstaja notranja drža tujosti, ki ustvarja v nas odprtost in sprejemanje za srečanje z nečim novim. Zlasti v skupinah poraja začetna situacija pogosto visoko napetost, v kateri kažejo tudi telesna stanja kot nekakšno »mravljinčenje«, da nam ni lahko vzdržati v odnosu. V kliničnem delu zavestno vstopamo v odnos, ko drug človek deluje na nas s svojo tujostjo. Po Freudu je nezavedno »notranja tujina«. Deli lastne življenjske zgodbe in osebnosti so izrinjeni, postali so tuji. Zato so prva pacientova »aha doživetja« začudenje in odkrivanje odtujenosti. Psihoterapevtski proces pacienti zato pogosto opišejo in doživijo z metaforo potovanja, kot raziskovanje nove dežele, kot iritacijo zunanjih perspektiv ali »kot videti lastno s tujim pogledom«.
H kliničnemu pogledu spada tudi raziskovalna drža ob srečanju s človekom, kakor tudi z lastnim nezavednim, radovedno nihanje med znanim in tujim, med čustvi zavarovanosti in varnosti po eni strani, ter bojaznimi in presenečanji po drugi strani. Klinični pogled terapevta, ki sprejema pacienta takšnega, kakršen je postal in ga hkrati natančno opazuje, ne da bi ga opredelil, da se lahko klient orientira in postane iz pacienta soraziskovalec. Uči se dešifrirati govorico svojih simptomov, raziskovati džunglo svojega nezavednega in se zavedati svojih notranjih divjin in svojih pošasti.
Elementaren dejavnik psihične ozdravitve je pacientov prostor svobode v govorjenju in prosto lebdeča pozornost terapevta v poslušanju, kar pomeni biti slišan in zaznan s strani terapevta.

VI. Zaključek

Obdobje tradicije v psihoterapiji je trajalo do prelomnega leta 1990–91. Psihoterapevtsko izobraževanje in delovanje je potekalo v posameznih društvih, ki so delovala samostojno in so se povezovala med seboj le v okviru iste psihoterapevtske v narodne in mednarodne povezave. Mlajše modalitete so se borile za svoj prostor in utemeljevale svojo legitimnost ter opozarjale na svojo večjo učinkovitost. Njihovi izobrazbeni standardi pa so bili povsem neprimerljivi. Kognitivna psihoterapija na primer učne analize ne pozna, osebnost terapevta v tej metodi ne igra nobene vloge, tranfser in kontratransfer poimenuje kot izmišljen teoretični kontstrukt, ki ga objektivno ni mogoče meriti. Tako Paul Pass, predsednik psihoterapije avstrijske štajerske.
Ker v Sloveniji ni zakona, ki bi urejal psihoterapevtsko dejavnost in zaščitil naziv psihoterapevta, se je dogajalo, da psihoterapevtske storitve niso priznane kot zdravstvena dejavnost, zato jih zavarovalnice tudi niso plačevale.
Naziv psihoterapevta so si lastili ljudje brez ustrezne psihoterapevtske izobrazbe.
V poznih 1970-ih letih je vodstvo psihoteraptov prišlo do dveh začetnih ugotovitev: da tekmovalnost in izključevalnost med posameznimi psihoterapevtskimi metodami nadomesti dialog in sodelovanje in da predhodna izobrazba nikomur ne prepreči psihoterapevtske izobrazbe. Ljudem, ki pa nimajo ustrezne predizobrazbe za psihoterapevta, pa jo je treba omogočiti. Kjer so se upoštevala ta načela, pa so se odprle možnosti, da psihoterapija postane samostojen poklic.
Balint, zdravnik, psihoanalitik v Londonu na Tavistock kliniki je pri svojem delu ugotovil leta 1968, da je v splošni praksi najbolj pogosto uporabljeno in najbolj učinkovito zdravilo on sam kot zdravnik. Oceni da ena tretjina do ena polovica ljudi, ki potrkajo na njegova vrata duševno trpi.
Knöepfel 1977 ugotovi, da je 95% psihosomatskih bolezni pri ljudeh, pri katerih se emocionalna motnja odkrito ali prikrito izrazi v telesnih simptomih.
Morgenthaler 1978 zahteva, da poleg motenosti diagnosticiramo tudi resurse zdravja ne samo bolezni. Zaključena psihoterapija ali analiza, v kateri ni bilo smeha, radosti ali smehljaja ne velja nič!
Projekt, ki ga je financirala avstrijska vlada opravljenih je bilo 800 študij o superviziji rezultati so pokazali, da supervizija nima preventivnega učinka pred izgorevanjem terapevtov.
V 90ih letih pride v psihoterapiji do dveh bistvenih napredkov. Spoznali so, da so v možganih ugotovili veliko novega relevantnega

za psihoterapijo. Opravljenih je mnogo kontrolnih študij o učinkovitosti psihoterapije. Glavna merila učinkovitosti so: zmanjšanje simptomov, povečanje zdravja in dobrega počutja, razvoj osebnosti v smeri ustvarjalnosti in fleksibilnosti. Pravilno izbrana psihoterapevtska metoda ne povzroča škode ali stranskih učinkov. Psihoterapevtske metode pa razdelimo na učinkovite, malo učinkovite, neučinkovite in škodljive.

Eden temeljnih premikov v psihoterapiji v zadnjih 20 letih je preusmerjanje pozornosti od patalogije k zdravju, v diagnostiki kot tudi procesu terapije.

Psihoterapevt naj bi bolj pomagal odkrivati rešitve, kot raziskoval probleme pacientov, odkrival njihove vire zdravja vedel več o procesih, ki vodijo k salutogenezi.

Dr. Maja Rus Makovec v članku »dinamika bolnega in zdravega« opozarja, da enostransko razmišljanje še posebej v konservativni psihiatrični hierarhiji, ki vidi pri pacientu samo patologijo utegne ob navdušenju oziroma ob odkritju drugih aspektov moči in zdravja stroko pretirano zanesti oziroma zanihati v nasprotja. Če se o pacientih razmišlja v smislu zanikanja patološkega obstoja, obstaja možnost, da se soočijo strokovnjaki s premalo znanja in nerealističnim optimizmom ali pa z nezmožnostjo biti priča pacientovemu trpljenju in patologiji. Ne glede na keteremkoli profesionalnem nivoju se ukvarjamo s človekom in njegovimi duševnimi motnjami, je nujno celostno razumevati in obravnavati ter upoštevati pacientove realistične vire moči in nemoči.

Razvoj gre v smeri uravnovešenega razumevanja in obravnavanja bolezni in zdravja.

Človek se večinoma giblje nekje vmes med skrajnostima bolezni in zdravja. Smer njegovega gibanja pa ni toliko odvisna od zunanjih okoliščin, kot od njegove notranje drže.

Življenja vsakega od predstavljenih pionirjev psihoanalize so z njihovimi različnimi usodami obogatile teoretične novosti in vsakdo se je na ta način vpisal v zgodovino graditeljev psihoanalitičnih teorij.

Ogenj je simbol, prispodoba resnice in življenja. Niti resnica, niti življenje pa pred človeka nista položena na pladenj. Človeku je dano toliko življenja, kolikor je zanj pripravljen izgorevati; toliko resnice, kolikor se je zanj pripravljen boriti. Zato je življenje in psihoterapija človeka primerljivo z atletom, ki vztrajno teče v tekmi.

Konformist je po Platonu človek, ki zadovoljno sedi v temi na dnu votline in pred seboj vidi le sence senc. Te sence pa so daleč od resnice. A to, da ne živi v resnici, ampak v laži, ga ne moti, saj je njegovo življenje udobno in prijetno. Za resnico bi moral stopiti na težko pot, ki po strmini vodi iz votline. To je človek, ki se prilagodi vsemu, da le živi udobno. Po Platonu dušo v ta svet udobja vlečejo »svinčene uteži«. In ko bi v ta svet teme in udobja prišel nekdo od zgoraj oznanjat lepoto resnice in sončne svetlobe, bi se mu »vsi smejali in rogali«, očitali bi mu, da ima »pokvarjene oči« in če bi jih poskušal o resnici kljub temu prepričati »bi ga ubili«. (Država, 517A.) Tako piše Platon.

Psihoterapija pa prinaša mir v človeka in med ljudi. Mir, ki ga daje svet, pa je rezultat popuščanja in kompromisov. Da dosežemo mir, skrijemo to kar smo, in zatajimo to, kar mislimo, da je prav in pošteno. Takšen mir je navidezen in ne more biti trden. Prej ali pozneje privre na dan tisto, kar človek v sebi skriva in taji.

Mir, ki je bil od zunaj vsiljen različnim narodom, kulturam in posameznikom tako, da so se odrekali svoji identiteti, se je vedno zrušil in sprevrgel v krvave vojne.

Mir v procesu psihoterapije pa prihaja prvotno od znotraj – iz spoznanja resnice. Človeka, ki živi iz miru resnice, težko premaknejo največje preizkušnje.

Psihoterapija pa ima lahko za posledico tudi zdraharstvo ali razdeljenost in to tako, da spre lahko celo družinske člane med seboj.

Po principu »Divide et impera«. Velikokrat se medsebojni odnosi obvladujejo tako, da se med ljudi vnaša neslogo, oblastniki pa iz tega kujejo dobiček. Prava psihoterapija ne vlada, ampak išče resnico in prinaša resnico, ki nikoli ni zdraharska. Zdraharski je tisti, ki se resnici upira. Resnica človeka le utrjuje in mu prinaša življenje.

Naj zaključim s Heidegerjevo in Geoethejevo mislijo. Heideger: »Kdor se usmeri na pot mišljenja najmanj ve o tem, kaj ga kot odločilna pobuda takorekoč iz ozadja k bistvu usmerja, giblje ali spodbuja«. Goethe: »Z oltarja prednikov sem prinesel čisti ogenj, kar sem prižgal pa ni bil čisti plamen«. Ali kot piše sporočilo na osrednjem trgu mesta Idrije: »Z oltarja prednikov ponesimo ogenj in ne pepel.«

VII. Literatura

1. Alfred Adler, Smisel življenja, Založba Sophia, Ljubljana, 1999.
2. Muradif Kulenovič, Otkrivanje nesvjesnog, graditelji psihoanalitičkih teorij, Zagreb, 1988.
3. C. G. Young, Arhetipi, kolektivno nezavedno, sinhroniciteta, Katedra, Maribor, 1995.
4. C. G. Young, Spomini, sanje, misli; DZS, Ljubljana, 1993.
5. C. G. Young, Sodobni človek išče dušo, Izdajatelj Julija Pergar, Ljudska pravica, Ljubljana, 1994.
6. C. G. Young, Religija in psihologija, Založila Nova revija, Ljubljana, 1996.
7. Siegmund Freud, Interpretacija sanj, Studia Humanitatis, Ljubljana, 2000.
8. Siegmund Freud, O seksualnoj teoriji, totemi i tabui, Matica srpska, Beograd, 1969.
9. Siegmund Freud, Tri razprave o teoriji seksualnosti, Ljubljana, 1995.
10. Melanie Klein, Zavist in hvaležnost, Studia Humanitatis, Ljubljana, 1997.

PREDSTAVITEV MODELA SKUPNOSTNE PSIHIATRIJE V PSIHIATRIČNI KLINIKI LJUBLJANA

Andreja Jerič, dipl, ms, Psihiatrična klinika Ljubljana

IZVLEČEK

Tekst obravnava izsledke izkušenj z uvajanjem in izvajanjem skupnostne skrbi na Enoti za rehabilitacijo.

UVOD

Na Enoti za rehabilitacijo Psihiatrične klinike v Ljubljani izvajamo rehabilitacijo, katere cilj je okrevanje, izboljšanje kakovosti življenja in funkcioniranja ljudi s hudo in ponavljajočo se duševno motnjo.

Naši programi so do sedaj obsegali posamezniku prilagojeno obravnavo, ki je vključevala multidisciplinarno oceno potreb in zmožnosti pacienta, sestavo rehabilitacijskega načrta z definiranimi cilji obravnave do odpusta v skupnost, izvajanje medikamentoznih in nemedikamentoznih oblik obravnave, delo s svojci ter povezovanje z nevladnimi organizacijami in drugimi službami na terenu. Navkljub uspešnem okrevanju, izboljšani kakovosti življenja ter kompetentnosti pacientov ter skrbno pripravljenem načrtu ugotavljamo, da nekateri pacienti ne uspevajo vzdrževati dosežene stopnje funkcioniranja, niti nadaljevati sodelovanja v programih, kot je bilo zastavljeno v času hospitalizacije. Težave imajo posebej tisti bolniki, ki imajo zgodovino slabega sodelovanja pri zdravljenju (opuščanje zdravil), dvojne diagnoze (tudi težave z odvisnostjo), zloraba PAS, šibko podporno in socialno mrežo, so potencialno nevarni sebi in drugim, imajo na zdravljenje posebej rezistentne oblike motenj ter se zatorej pogosto vračajo v bolnišnico. Ta skupina bolnikov potrebuje nadaljevanje nepretrgane in intenzivne skrbi tudi po odpustu.

Iz tujih izkušenj se je kot najprimernejši pokazal Assertive Community Treatment (ACT) model skupnostne skrbi, ki ga na naši enoti poskusno izvajamo od januarja 2006.

Na podlagi literature in izkušenj pridobljenih z 6 tedenskim izobraževanjem v Veliki Britaniji je delovna skupina na Enoti za rehabilitacijo pripravila program skupnostne skrbi ozr. psihiatrije po tem modelu ter začela vključevati bolnike.

Skupina bolnikov

V program je do sedaj vključena skupina 20 bolnikov (9 moških, 11 žensk), v starosti od 24 do 63 let (M=37,9), ki so bili predhodno najmanj enkrat obravnavani na Enoti za rehabilitacijo. Večina bolnikov ima za sabo veliko število hospitalizacij (Min=1, Max=44, M= 17,55) in so v času trajanja bolezni veliko časa preživeli v bolnišnici (v vsakem letu trajanja bolezni so preživeli M=97,91, Min=12, Max=252 dni v bolnišnici). Pri 13 bolnikih je glavni razlog vračanja v bolnišnico opuščanje medikamentozne terapije, med njimi jih je 8 imelo tudi težave z zlorabo PAS, (kanabis, alkohol oz. nepredpisana zdravila). Zaradi neugodnih stanovanjskih razmer, družinskih konfliktov ali izrazito šibke socialne mreže ter težkega poteka bolezni se je na kliniko pogosto vračalo 6 bolnikov. Diagnostično je v skupini 14 bolnikov z zadnjo odpustno diagnozo F20, 5 bolnikov z zadnjo diagnozo F25 in en bolnik z F06.2. Večina bolnikov je upokojenih (12), nekaj jih je nezaposlenih (3), šolajočih se (2), eden je v rednem delovnem razmerju. Največ vključenih živi s starši oz. svojci (11) ali samostojno (6), nekaj (3) jih je vključenih v stanovanjske skupine nevladnih organizacij.

Trenutno je povprečen čas vključenosti v program 10 mesecev (min.=2, max.=18)

Pred odpustom je bila večina bolnikov deležna standardnega rehabilitacijskega programa - se udeležili izobraževalnega programa o bolezni (15), treninga socialnih veščin (10) in ostalih oddelčnih aktivnosti. Pred odpustom je bil za vse bolnike sklican multidisciplinaren tim na katerem so poleg delovne skupine in bolnika sodelovali svojci in predstavniki različnih služb (CSD, nevladne organizacije,.). Na timskem sestanku je bil sestavljen načrt skrbi po odpustu, bolniku pa dodeljen koordinator. O sklenjenem dogovoru in načrtu je bil pisno obveščen tudi ambulantni psihiater.

V predstavljeni skupini je bil najpogostejši cilj izboljšanje funkcioniranja v domačem okolju (pri 13 pacientih), pri šolajočih se pacientih je bil v ospredje postavljen cilj nadaljevanja šolanja, pri večini pacientov je bil eden od ciljev tudi povečanje socialne vključenosti (16). Pri pacientih, ki imajo aktualne težave z zlorabo PAS je bilo za cilj postavljeno omejevanje zlorabe substanc. Pri 4 pacientih je bil edini postavljeni cilj vzdrževanje doseženega nivoja funkcioniranja. Pogosto je bila kot cilj postavljena tudi aktivacija in vzdrževanje strukture dneva ter dnevnih aktivnosti. V obravnavo večine bolnikov smo že na začetku vključili tudi tiste službe, ki naj bi čez čas prevzele funkcijo podpore.

Osnovna enota obravnave v tem modelu skupnostne skrbi je obisk na domu, ki ga izvaja koordinator.

V delovni skupini sodelujeta tim dnevnega oddelka in tim celodnevnega oddelka E4, ki aktivnosti skupnostne skrbi opravljata poleg rednega dela, predvsem izven delovnega časa. Tako pri obravnavi sodelujejo 4 dms, 1 socialna delavka, 3 delovne terapevtke, 2 psihiatra in psiholog.

Vlogo koordinatorja najpogosteje prevzemajo dms (15), delovni terapevti (2) in socialna delavka (2) in so sicer pogosto v paru z koordinatorjem, v enem primeru pa je koordinator psihiater.
Na domu poteka tako učenje vsakdanjih življenjskih veščin, socialnih veščin kot tudi psihoedukacija (učenje in preverjanje priprave zdravil, podpora vsakdanjemu funkcioniranju, vzpodbujanje k jemanju terapije, v nekaterih primerih tud aplikacija depo terapije
Hkrati poteka tudi delo s svojci ali pa okoljem v katerem bolnik živi. Pomanjkljive vsakdanje življenjske veščine, predvsem s področja gospodinjstva ima večina obravnavanih (12) in pri njih se je izvajalo učenje vsakdanjih veščin na domu. Učenje vedenja v socialnih situacijah (predvsem vzpostavljanje stikov, reševanje konfliktov) se je izvajalo pri 8 bolnikih. Delovna skupina je pri 13 pacientih delala tudi s svojci, v smislu educiranja glede bolezni, iskanja ustreznejših načinov reševanja konfliktov in postavljanja meja ter v smislu podpore. Pri treh bolnikih, ki nimajo stikov s svojci se je koordinator v podobne namene povezoval s sosedi oz. prijatelji. Pri bolnikih, ki živijo v stanovanjskih skupinah poteka kontinuirano sodelovanje z delavci stanovanjskih skupin.
Pogostost obiskov na domu je različna, na začetku obravnave ponavadi 1 krat tedensko, kasneje manj pogosto. Obisk na domu traja od 20 minut do 1 ure, odvisno od namena obiska. Pri nekaterih bolnikih zaradi nepredvidljivosti razmer obiskuje bolnika koordinatorski par. Poleg obiskov na domu pacienti obiskujejo koordinatorja tudi na Enoti, zelo pogosti pa so tudi telefonski stiki, tudi s svojci.
Vsi bolniki so bili spodbujani k vključevanju v programe nevladnih organizacij, predvsem v dnevne centre kar naj bi zagotavljalo tako strukturo dneva kot tudi boljšo socialno vključenost. Trenutno sodeluje z nevladnimi organizacijami in v njihovih programih 9 bolnikov, ostali so sodelovanje odklonili in pri nekaterih bomo v prihodnosti ponovno poskušali vključevanje. Pri nekaterih bolnikih (4), ki živijo samostojno ali pa z ostarelimi in obolelimi starši je bilo nujno organizirati dodatno pomoč s strani CSD, patronažne službe, Karitasa, RK in drugih organizacij, ki nudijo pomoč na domu.
Bolniki, ki vztrajno odklanjajo vključevanje v druge programe na terenu obiskujejo nekatere aktivnosti na Enoti za rehabilitacijo (pedagoška ura, pogovorna skupina, telovadba...). Nekateri bolniki preferirajo obisk koordinatorja v bolnišnici, tako da prihajajo h koordinatorju in ta le občasno k njim.
Pri polovici pacientov koordinator v namen sodelovanja in izmenjave informacij spremlja bolnika tudi na redne ambulantne preglede, pri ostalih pa poteka redno pisno obveščanje. Redno poteka tudi sodelovanje z nekaterimi splošnimi zdravniki.
Čeprav je koordinator tisti, ki opravi večino dela, nepretrgana dostopnost in kakovostna obravnava ne bi bila možna brez celotne delovne skupine, ki jo koordinator obvešča in konzultira. Na ta način je bolniku dostopen celoten psihiatričen tim, ki po potrebi lahko ukrepa tudi v odsotnosti koordinatorja in zagotavlja vse oblike podpore.

Dosedanji izsledki in diskusija

Delovna skupina opravi tedensko cca. 39 ur dela s skupino bolnikov, pod pogoji da ni izrednih intervencij. V ta čas ni vštet čas administrativnih opravil, prevoza in konzultacije delovne skupine.
Odkar obravnavani v skupnostni psihiatriji so bili hospitalizirani trije bolniki. Dva sta bila hospitalizirana direktno na Enoto za rehabilitacijo. Ena bolnica pa je bila sprejeta na varovani ženski oddelek. V prvem primeru je bolnica, sicer z zgodovino 44 sprejemov, bila sprejeta na celodnevni oddelek za 3 dni, zaradi ureditve terapije. Po odpustu iz celodnevnega oddelka je bila hospitalizirana na dnevnem oddelku še dva tedna.
V drugem primeru je bil bolnik hospitaliziran na celodnevnem oddelku 44 dni zaradi opuščanja terapije, zlorabe alkohola ter neprimernih bivanjskih razmer. Hospitalizacija se je zaključila z namestitvijo bolnika v stanovanjsko skupino.
Obe hospitalizaciji sta bili speljani po obisku na domu in v dogovoru s pacientom in svojci in običajno tudi ambulantnim psihiatrom.
Načrtu ob odpustu je sledilo 16 bolnikov, katerih funkcioniranje je po oceni koordinatorja in delovne skupine tudi sedaj zadovoljivo. Pri 14 pacientih ocenjujemo izboljšanje funkcioniranja in sicer predvsem na področjih: skrb zase, gospodinjske aktivnosti, struktura dneva, aktivacija. Najmanj izboljšanj je na področju socialne vključenosti, posebej pri tistih pacientih, ki odklanjajo sodelovanje v drugih programih.
Pri večini obravnavanih, ki so imeli težave z zlorabo substanc, se je zloraba nekoliko omejila (je manj pogosta in v manjših količinah).
Navkljub rednemu spremljanju in vzpodbujanju je terapijo delno ali v celoti opustilo 6 bolnikov, skupaj pa je do poslabšanja stanja in funkcioniranja prišlo pri 13 bolnikih. Pri 11 bolnikih hospitalizacija ni bila potrebna. V času poslabšanja se je pri vseh bolnikih intenzivirala obravnava, povečalo število obiskov in stikov (telefon). Pri bolnikih, ki so opustili terapijo se je le-ta uvedla nazaj.
Kar se nam zdi izrednega pomena pa ob poslabšanjih ni prišlo do avtoagresivnih ali heteroagresivnih vedenj.

ZAKLJUČEK

Majhnost skupine in predvsem kratek čas obravnave ne dovoljuje sklepanja o uspešnosti obravnave. Nakazan trend hospitalizacij v skupini z zgodovino pogostih hospitalizacij in dolgotrajnih bivanj v bolnišnici pa vendarle kaže v smeri zmanjšanja hospitalizacij. Bolj pomemben je podatek, da navkljub intenzivni podpori prihaja do poslabšanja bolezni in do opuščanja terapije (kar je v skladu s podatki iz literature). Velika prednost kontinuirane skrbi je predvsem v tem, da je možnost takojšnjega, zgodnjega

ukrepanja, ki hospitalizacijo prepreči in bolnika hitreje vrne na prejšnjo raven funkcioniranja. Podobno pomembno je tudi to, da ob hitrem ukrepanju ni nujna hospitalizacija proti volji in na intenzivnih oddelkih, kar predstavlja hudo obremenitev tako za bolnika, svojce, delovno skupino in ne nazadnje bolnišnico.
Predstavljen model dela, navkljub velikim kadrovskim izzivom, zagotavlja kakovostnem funkcioniranje bolnikov s hudo duševno motnjo v domačem okolju, kar je cilj vseh sodobnih programov v duševnem zdravju.

LITERATURA:

1. Švab. V: Priročnik o shizofreniji. Radovljica: Didakta v sodelovanju z Organizacijo za duševno zdravje Šent; 2001.
2. Švab V.(ur): Psihosocialna rehabilitacija. Ljubljana: ŠENT – Slovensko združenje za duševno zdravje; 2004.
3. Švab V: Skupnostna skrb za osebe s hudimi duševnimi motnjami. Zdrav Var 2001/40. 61.4.

KONTINUIRANA ZDRAVTVENA NEGA V PSIHIATRIJI - IZKUŠNJE V PSIHIATRIČNI BOLNIŠNICI IDRIJA

Aleksandra Ferfolja, dipl. m.s., Nataša Hvala ZT, Psihiatrična bolnišnica Idrija

Izvleček

Članek v prvem delu podaja teoretične osnove, ki so pomembne za razumevanje pomena kontinuirane zdravstvene nege v psihiatriji in izkušnje z izvajanjem le-te v Psihiatrični bolnišnici Idrija (v nadaljevanju PBI). V drugem delu obravnava prikaz trenutnega stanja v zagotavljanju kontinuirane zdravstvene nege z vidika povezovanja s patronažno službo za področje, na katerega gravitira PBI. Članek je nastal na podlagi diplomskega dela iz leta 2002 z naslovom »Vključevanje zdravstvene nege v skupnostno skrb za področje duševnega zdravja na Primorskem«. Rezultati so bili dobljeni z metodo anketnega vprašalnika, ki je bil razvit za potrebe omenjene raziskave. S primerjanjem rezultatov dobljenih v letu 2002 z rezultati pričujoče raziskave je bilo ugotovljeno, da so problemi zagotavljanja kontinuitete v zdravstveni negi, slabo sodelovanje in koordinacija dela s patronažno službo še prisotni.

Ključne besede: kontinuirana zdravstvena nega, psihiatrija, pacienti, huda duševna motnja

Uvod

Zgodovina razvoja zdravstvene nege v Psihiatrični bolnišnici Idrija kaže na to, da zdravstvene nege v samem začetku delovanja bolnišnice ni bilo, oziroma je bila vključena med ostale aktivnosti. Prvič je omenjena v strokovnem poročilu leta 1970. Danes je vidna, samostojna stroka in ima pomembno vlogo v procesu obravnave psihiatričnega bolnika (Čuk, 2002). Medicinska sestra v psihiatrični bolnišnici pomaga bolniku doseči najvišjo možno samostojnost pri opravljanju življenjskih aktivnosti tako, da izvršuje različne vloge pri obvladovanju bolezni in ga pripravlja na življenje v skupnosti (Gorše Muhič, 1999).
Nobenega dvoma ni, da danes razvojne usmeritve psihiatrični zdravstveni negi narekujejo uvrščanje med prednostne naloge zagotavljanje kontinuirane in individualno načrtovane zdravstvene nege (v nadaljevanju ZN) za občutljive posameznike, kot so prav gotovo pacienti s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami (v nadaljevanju HDM) (Ferfolja, 1998; Sedlar, 2002). Ugotovljeno je, da v zadnjih 50 letih odpuščenim pacientom marsikje v skupnost še ne sledi ne osebje ne sredstva. Danes, še vedno v precejšnji meri skrb takoj po odpustu večinoma prevzame bolnikova družina, čeprav na takšno skrb ni vedno pripravljena. Boljše sodelovanje, povezovanje in koordinacija znotraj različnih služb zdravstvene nege in z drugimi službami, ki so vključene v skupnostno skrb za paciente s HDM, bi pacientom s HDM omogočalo zadovoljivo socialno vključitev in vzdrževanje zdravja tudi zunaj bolnišnice (Švab,2001; Haggerty in sod., 2003; Avberšek in sod, 2004; Švab, 2006). Pomembno mesto ima pri tem tudi patronažna služba.

1. Zakaj je nujna kontinuiteta dela v zdravstveni negi pacienta s HDM?

Kontinuirana zdravstvena obravnava in kot integralni del tudi kontinuirana zdravstvena nega, imata izjemno velik pomen za kakovostno in učinkovito obravnavo pacientov z duševno motnjo v zadnjem desetletju. Kontinuiteto bi lahko definirali kot *stopnjo združevanja različnih nepovezanih dogodkov v obravnavi,* ki se odraža kot skladen in povezan pristop različnih strokovnjakov do pacienta in njegovih potreb. Potrebno je seveda tudi dobro *sodelovanje* strokovnjakov, ki izvajajo obravnavo. Stopnja kontinuirane zdravstvene obravnave je torej povezana s *strokovnimi, sodelovalnimi in organizacijskimi dejavniki*, ki potem omogočijo uspešnost vzpostavitve le-te (Haggerty in sod., 2003; Skela, 2007). Kontinuirano zdravstveno obravnavo bi lahko danes poimenovali *projekt razvoja in promocija stroke zdravstvene nege,* saj imamo medicinske sestre edinstveno možnost ali priložnost, da se uveljavimo kot povsem enakopravne članice v multidisciplinarnih timih, ki delajo s pacienti (Skela, 2007). Kontinuirana zdravstvena obravnava v sodobnem času predstavlja svojevrsten menedžerski izziv zaradi širine pristopov, ki niso vezani samo na uvajanje strokovnih novosti, pač pa predvsem na integriranje znanja in potencialov številnih vključenih v proces obravnave pacienta (Skela, 2007).

Za zdravstveno obravnavo so pomembne tri vrste kontinuitete: kontinuiteta informacij, kontinuiteta obravnave (zdravljenja), ki se kaže v timskem pristopu, še posebej pomembna pri kroničnih pacientih in kontinuiteta odnosov med zdravstvenimi delavci in drugimi strokovnjaki, ki so vključeni v obravnavo pacienta na različnih ravneh (Haggerty in sod., 2003; Skela, 2007). Pacienti imajo najpogosteje izkušnje z dvema pristopoma kontinuirane obravnave. Prvi koncept je kontinuiteta istih oseb (»front stage«), ki je med pacienti zelo zaželena. Drugi koncept pa je kontinuiteta organizacije (»back stage«), ki pa je del organizacijskega sistema organizacije (Krogstad s sod, 2002). Za ZN je pri zagotavljanju kontinuitete pomembno tudi

dokumentiranje in uporaba obstoječe negovalne dokumentacije. Izzive za prihodnost predstavlja razvoj skupnega dokumentacijskega sistema v zdravstvu, kjer bodo svoje mesto imeli termini kot so negovalne diagnoze, negovalni cilj, načrt ZN, negovalne aktivnosti, kategorizacija zdravstvene nege itd (Helleso, 2005; Skela, 2007).

Postaja jasno, da se bolnišnična obravnava pacienta vedno bolj seli v dnevne bolnišnice, ambulantno obravnavo in obravnavo na pacientovem domu, zato je poleg kontinuitete obravnave znotraj bolnišnice, pomembna tudi kontinuiteta obravnave izven nje. To pomeni, da mora bolnišnica prevzeti skrb za ustrezno obravnavo pacienta tudi po odpustu in v ta namen vzpostaviti ustrezno povezavo z drugimi službami na primarni ravni zdravstvenega varstva. Nepretrgana ali vsaj začasna podpora v skupnosti, namenjena pacientom s ponavljajočo duševno motnjo, je torej v današnjem času nujnost v zdravstvenem in socialnem sistemu skrbi (Švab,2001; Skela, 2007; Švab, 2007).

Psihosocialno rehabilitacijo (v nadaljevanju PSR), ki je multidisciplinarno področje, lahko danes razumemo tudi kot *način razmišljanja* o pacientih s HDM. Mogoče je namreč njihove manjše možnosti in invalidnost po duševni motnji zmanjšati in jih nadomestiti z obstoječimi zmožnostmi/ sposobnostmi. Pacienti to zmorejo s priučitvijo ali nadgradnjo nekaterih veščin. PSR je v svojem bistvu integrativna disciplina katere osnova je timsko delo, z enakopravno vlogo strokovnjakov različnih področij. Ugotovljeno je, da ob ustrezni podpori ljudje z zmanjšanimi zmožnostmi ali invalidnostjo zaradi HDM raje in bolje živijo v skupnosti, kot v institucijah. Tudi Svetovna zdravstvena organizacija priporoča, da se skrb za ljudi z duševnimi motnjami v največji možni meri izvaja v skupnosti. (Švab, 2001; Avberšek in sod 2004; Švab 2007). Poslanstvo psihosocialne rehabilitacije v kateri s svojimi pristopi in načini dela sodeluje tudi zdravstvena nega, je omogočiti pacientom s HDM *optimalno samostojnost v okviru zmožnosti in sposobnosti, vključitev in vpliv na lastno življenje in odločanje o stvareh, ki so zanje pomembne.* Nepretrgano ali vsaj začasno spremljanje pacienta s HDM po odpustu, je edini sistemski poseg, ki lahko bistveno zmanjša število hospitalizacij, tudi tistih proti volji, izboljša pacientovo sodelovanje in izboljša kakovost pacientovega življenja. Pri pacientih s HDM namreč poslabšanje stanja ni redko, pogosto prekinejo jemanje zdravil in opustijo redne kontrolne preglede pri lečečem psihiatru (Smolič, 1997; Švab, 2001; Ferfolja, 2002; Avberšek in sod., 2004). Kontinuiteta spremljanja je pomembna tudi zato, ker se v obstoječem sistemu velik del pacientov s HDM iz procesa skrbi in zdravljenja izgubi, bodisi zaradi tega ker trpijo za pomanjkanjem volje, potrtosti, pomanjkanja samozavesti, odpora do institucij, večkrat pa zaradi poslabšanja zdravstvenega stanja. To se zapoznelo rešuje z naglimi, bolečimi in intenzivnimi posegi, kot so prisilna zdravljenja in prisilni sprejemi v bolnišnico, ko začne bolnik ogrožati sebe in druge. Zelo pomembno je, da so različne službe, ki se vključujejo v obravnavo pacientov s HDM, med seboj dobro *usklajene, povezane, dostopne ter sposobne odgovarjati na njihove potrebe in spremembe le-teh* (Švab, 2003).

Ko posameznik zboli za duševno motnjo, postane bolj občutljiv in ranljiv za dogajanja v njem samem in njegovi okolici. S to izkušnjo se spopada vse življenje in se ob tem sooča s številnimi težavami in nezmožnostmi. Ob pojavu duševne motnje se prej ali slej sreča s psihiatrično ustanovo za krajši ali daljši čas (Ilič, 2003; Bašelj in Ferfolja, 2004). Raziskave na Nizozemskem so pokazale, da so najpogostejše intervencije psihiatrične ZN na domu tako pri pacientih v krizni situaciji, kot pri tistih, ki potrebujejo obravnavo dlje časa, vezane na management ravnanja z zdravili, na pomoč pri zadovoljevanju pacientovih osnovnih potreb in na večjo aktivacijo pacienta v domačem okolju. Znotraj intervencij psihiatrične ZN pri pacientih v krizni situaciji dominirajo tiste, ki so vezane na zadovoljevanje potreb po čustveni podpori in na pomoč pri krepitvi stopnje samospoštovanja. Znotraj negovalnih intervencij psihiatrične ZN pri pacientih, ki potrebujejo oskrbo po odpustu dlje časa, pa so v ospredju intervencije, ki se navezujejo na hitrejšo socializacijo pacientov in na drugem mestu tiste, ki vključujejo pomoč pri višanju stopnje samooskrbe v domačem okolju (Boomsma in sod, 1999).

Kontinuirana zdravstvena nega s svojim specifičnim delovanjem v okviru svojih pristojnosti lahko zelo učinkovito preprečuje, odkriva in rešuje pacientove probleme od sprejema v bolnišnico, premestitve na drug oddelek, bolnišnico ali ustanovo in vse do odpusta v domače okolje ali druge institucije. Ves čas pacienta spremlja negovalna dokumentacija. V proces pa se vključuje tudi aktivno sodelovanje pacienta, njegovih svojcev ali zanj pomembnih drugih. Zdravstvena nega torej lahko s kontinuiranim spremljanjem pacientu s HDM, ne le v bolnišnici, pač pa tudi na domu, zelo učinkovito pomaga pri vzdrževanju njegovega zdravja, dobrega počutja, optimalnega funkcioniranja v njegovih posebnih življenjskih okoliščinah in napredovanju v procesu okrevanja (Vuga, 1997; Ferfolja, 2002; Gorše Muhič, 1999). Pri tem je potrebno ves čas upoštevati pomen prenosa relevantnih informacij in koordinacije delovanja ter komunikacije med medicinskimi sestrami v procesu prehajanja pacienta med obravnavami in institucijami. Za pacienta s HDM je zalo pomembna kontinuiteta terapevtskega odnosa ne le v primeru aktualne obravnave, pač pa tudi za prihodnje. (Krogstad s sod, 2002; Haggerty in sod., 2003; Skela 2007). Kontinuirana zdravstvena nega vpliva tudi na stopnjo zadovoljstva pacienta kot pomembnega kazalnika kakovosti.

Individualno načrtovan odpust iz bolnišnice, zahteva timski pristop in je pomemben dejavnik kakovosti celostne obravnave pacienta. Za zdravstveno nego to pomeni, pravočasno prepoznavanje problemov, ustrezen pretok informacij, vodenje dogovorjene negovalne dokumentacije, koordinacijo in učinkovito sodelovanje s službami, ki se vključujejo v nadaljnjo obravnavo pacienta in prispevek k zmanjšanju/ odpravi pacientovih problemov po odpustu. Temelji na oceni pacientove samostojnosti za opravljanje in izvajanje temeljnih življenjskih aktivnostih (v nadaljevanju TŽA) in potrebi po nadaljnjih aktivnostih zdravstvene nege. Jasne morajo biti tudi kompetence vključenih in načini povezovanja z izvajalci v bolnišnici in izven ustanove (Helleso, 2005; Peternelj, 2007).

2. Kako zagotavljamo kontinuirano zdravstveno nego v PBI?

- s sodelovanjem zdravstvene nege v »Delovni skupini za načrtovanje PSR oseb s hudimi duševnimi motnjami« in
- z individualno prilagojenim povezovanjem zdravstvene nege z drugimi službami v skupnosti (največ z domovi za starejše, občasno s patronažno službo, ki lahko nadaljuje obravnavo na pacientovem domu, iz vidika potreb po ZN).

2.1. Sodelovanje ZN v »Delovni skupini za načrtovanje PSR oseb s HDM«

Psihiatrična zdravstvena nega kot integralni del zdravstvene oskrbe v bolnišnici sledi sodobnim pristopom v obravnavi oseb s HDM. V PBI od leta 2002 deluje »Delovna skupina za načrtovanje PSR oseb s HDM«. Sestavljajo jo psihiater, psiholog, socialni delavec, diplomirana medicinska sestra in delavni terapevt. Skupina torej oblikuje multidisciplinaren načrt skrbi za paciente, ki imajo pogoste ponovitve bolezni, pogoste hospitalizacije, tudi tiste proti njihovi volji, slabo sodelujejo pri zdravljenju, imajo dvojne diagnoze, pogosto z odvisnostjo ali ponavljajočimi zlorabami psihoaktivnih snovi. Odpust pacienta se načrtuje v sodelovanju s pacientom in njegovimi svojci. Oblikuje se rehabilitacijski načrt, glede na potrebe, učinkovit tudi po odpustu. Delo je timsko in pomeni osvetlitev problemov pri pacientu iz različnih vidikov, glede na isti problem. Bolnišnica je za izvajanje programa psihiatričnega zdravljenja v skupnosti letos oblikovala strokovne ekipe in določila koordinatorje (za področje Južne Primorske in Krasa, Notranjske, Nove Gorice in Ajdovščine ter za Idrijsko Cerkljansko in Tolminsko področje).
ZN nega enakopravno sodeluje pri načrtovanem odpustu in oblikovanju rehabilitacijskega načrta. Medicinska sestra načrtuje odpust z vidika ZN v smislu ocenjevanja pacientovih potreb po ZN v okviru 14 življenjskih aktivnosti. *Cilj* je pacientova čim hitrejša in čim večja samostojnost in sposobnost samooskrbe, ob upoštevanju pacientovih sposobnosti in zmožnosti. Aktivnosti zdravstvene nege morajo biti organizirane tako, da pacientu koristijo in mu nudijo čim hitrejšo stopnjo samooskrbe in čim višjo stopnjo uvida v svojo bolezensko stanje, s čimer se dosega tudi pacientovo boljše zaupanje in sodelovanje.
Prepoznavanje potreb pacienta je potrebno začeti že ob prvem stiku z njim ob sprejemu v bolnišnico in zagotoviti nadaljnjo kontinuiteto reševanja njegovih potreb tekom hospitalizacije in po odpustu (Peternelj, 2007). Pri oblikovanju načrta iz vidika ZN na osnovi ocene pacientovih potreb, bi bilo zelo dobrodošlo tudi *patronažno poročilo* (v pisni ali ustni obliki), že v prvih dneh hospitalizacije pacienta. Nanašalo naj bi se na pacienta in njegovo družino, v smislu osvetlitve stanja pred hospitalizacijo in oceno funkcioniranja pacienta in družine v domačem okolju. Zaželeno bi bilo tudi sodelovanje patronažne medicinske sestre (v nadaljevanju PMS) v psihiatrični delovni skupini v bolnišnici, ko je pacient še hospitaliziran, seveda ob izraženi pripravljenosti s strani patronažne službe in s privolitvijo pacienta. Pravočasno ugotovljene, poleg aktualnih, tudi potencialne potrebe pacienta in individualno izdelan načrt odpusta, omogočajo varen odpust.
Bolnišnična »Delovna skupina za načrtovanje PSR oseb s HDM«, ima v načrtu spremljanje pacienta leto po odpustu. V tem času naj bi zagotovila podporo drugih služb, bolnišnična služba zdravstvene nege v primeru potrebe, podporo patronažne službe.
Medicinska sestra, ki v delovni skupini sodeluje, se je že udeležila obiska na pacientovem domu, skupaj z drugimi strokovnjaki iz delovne skupine v skladu z individualnim načrtom in potrebami pacienta. Oblikovan je obrazec, ki ga pacient podpiše za aktivno sodelovanje v tej delavni skupini. Zaenkrat so patronažni obiski ob privoljenju pacienta možni na območju Idrijsko Cerkljanske regije.

Vsebina obiska lahko zajema:

- ugotavljanje pacientovih aktualnih in potencialnih negovalnih problemov,
- ugotavljanje samostojnosti in neodvisnosti pri izvajanju 14 življenjskih aktivnosti, ki so: skrb za osebno in splošno higieno, primerno prehranjevanje, urejeno izločanje, ustrezno gibanje, spanje in počitek, pravilno izkoriščanju časa za rekreacijo, vzdrževanje primerne telesne temperature z ustreznimi oblačili in prilagajanje okolju, izogibanje samopoškodbam in poškodbam drugih, učenje in utrjevanjem osnovnih življenjskih veščin in spretnosti in ohranjanje ali pridobivanje dobrih higienskih navad,
- vzdrževanje in kakovost socialnih stikov,
- vzpodbujanje in preverjanje pacientovega rednega jemanje predpisane terapije,
- izvajaje aplikacije depo terapije na domu,
- spremljanje in opazovanje morebitnih stranskih učinkov zdravil in znakov poslabšanja bolezni,
- usmerjanje na redne preglede k psihiatru in usmerjanje v druge oblike skrbi v skupnosti,
- izvajanje zdravstveno vzgojnega dela s pacientom in svojci,
- preverjanje obstoječega znanja glede obvladovanja bolezni potrebnega za kvaliteto življenja,
- svetovanje,
- v nujnih primerih interveniranje,
- sodelovanje z drugimi službami na terenu,
- pomoč pacientu pri vzpostavljanju stikov z njegovo okolico, skupinami za samopomoč, če je potrebno,
- dokumentiranje opravljenega dela v negovalno dokumentacijo,
- vodenje razgovora o pacientovem stanju in funkcioniranju v delovni skupini oz. timu.

2.2. Individualno prilagojeno povezovanje ZN v Psihiatrični bolnišnici Idrija s patronažno službo v okolju, kjer pacient živi

Psihiatrična bolnišnica Idrija, v kateri sva s kolegico zaposleni, zagotavlja kvalitetno in ustrezno skrb za bolnike od sprejema do odpusta. Ena izmed osnovnih vrednot, ki smo jih oblikovali v bolnišnici je usmerjenost k človeku. Obravnava pacienta poteka v vseh razsežnostih bio-psiho-socio bitja; z vključevanjem svojcev in sodelavcev v terapevtske procese; s spoštovanjem pravic pacientov, še posebej pravice do osebne integritete, kar je pomembno v času, ko pacient še ni odvrgel stigme; z ohranjanjem pacientovih vlog za čim hitrejšo in čimbolj celovito vključitev nazaj v življenjsko in delovno okolje (Gorjup, 2002). V zadnjih letih se strokovna usmerjenost odraža tudi v intenzivnem delu s psihiatričnimi pacienti katerih zdravljenje poteka v tesni povezavi z domačim okoljem.
Pacienti se danes v bolnišnico vračajo le v primeru poslabšanja bolezni, ko je potrebna zahtevnejša diagnostika ali uvedba bolj diferentnega zdravljenja. Čas zdravljenja v bolnišnici se krajša in je omejen le na najnujnejšo dobo zdravljenja. Poudariti je treba, da sta si zdravljenje z zdravili in rehabilitacija komplementarna oz. dopolnjujoča se načina obravnave bolnika. Prejemanje zdravil v depo obliki mnogim pacientom omogoča in olajša vrnitev v družinsko in širše socialno okolje, ter aktivno vsestransko spreminjanje in ustvarjanje življenjskih pogojev. Ni dvoma, da po odpustu pacienti s HDM rabijo izven bolnišnično obravnavo dalj časa. Krize in poslabšanja se še vedno največkrat rešujejo v bolnišnici, od koder je še premalo vpliva na okolje, v katerem je do poslabšanja prišlo. Psihiatrija zaenkrat še ne zagotavlja služb za krizne intervencije na domu bolnika, zagotavlja pa primerno število akutnih postelj za hospitalizacijo pacienta v krizi. Intenzivno zdravljenje na domu, možnost za umik svojcev v našem prostoru niso še dostopne oblike zdravljenj (Ferfolja, 2002; Švab, 2003; Corrigan, 2003; Avberšek in sod, 2004; Sedlar, 2007).

Medicinske sestre v PBI redno izpolnjujemo *odpustno negovalno dokumentacijo ob premestitvi pacienta v domove za starejše, druge bolnišnice, zavode ali institucije.* Dokumentacija vsebuje osnovne podatke o bolnikovih aktualnih in potencialnih negovalnih problemih, ter navodila za nadaljnje izvajanje zdravstvene nege. Iz odpustne dokumentacije je tudi razvidno, katera medicinska sestra je bila za časa hospitalizacije za bolnika odgovorna in je v primeru dodatnih informacij tudi dosegljiva.

Redkeje pa se odpustna negovalna dokumentacija pošilja patronažni službi oziroma se z njo vzpostavi osebni kontakt preko telefona. Naše izkušnje kažejo, da največkrat kontaktirajo s patronažno službo medicinske sestre na splošnem psihiatričnem oddelku bolnišnice. Najpogosteje je to v primeru, ko se pojavi potreba po aplikaciji depo terapije na pacientovem domu še zlasti, ko je pacient nagnjen k odklanjanju terapije in do opustitve rednih kontrol pri psihiatru. Pomembno je namreč vedeti, da so lahko v obdobju rehabilitacije pacienta s HDM tudi obdobja, ko ni sposoben samostojno skrbeti za redno prejemanje depo terapije in priti po terapijo v psihiatrični dispanzer ali vstopati v različne dnevne centre ali organizirane prostovoljne dejavnosti zunaj njegovega doma. Pri tem ga lahko močno motijo bolezenski simptomi, ki se kažejo v pomanjkanju volje, potrtosti, v umiku in socialni izolaciji. Okrepijo lahko odpor do obstoječih institucij. To so lahko razlogi, da tej občutljivi skupini pacientov lahko učinkovito pomagamo le, če pridemo do nje - na dom. Tukaj je zelo pomembna tudi podpora patronažne službe, ob standardnem psihiatričnem vodenju pacienta in psihiatričnih patronažnih obiskov medicinske sestre iz bolnišnice na pacientovem domu. Odpustna negovalna dokumentacija in ustni pretok informacij preko telefona sta nujna za sodelovanje in uspešno koordinacijo dela med službama zdravstvene nege v bolnišnici in patronaži. Patronažni medicinski sestri sta namreč vodili za nadalje delo in orientacija, na katero psihiatrično medicinsko sestro se lahko obrne, če želi dodatne informacije. Omenjeno negovalno odpustno dokumentacijo se naslovi direktno na ustrezno službo patronažne zdravstvene nege. Lečeči psihiater v odpustnici izbranemu zdravniku tudi priporoči obisk patronažne medicinske sestre na domu pacienta.

Ob odpustu je medicinska sestra v bolnišnici dolžna voditi razgovor s pacientom in preveriti, če je pravilno dojel naslednje:
- na koga se lahko obrne v akutni duševni stiski (ime in telefon kontaktne osebe),
- kam in kdaj se vrne na kontrolni pregled,
- kdaj je predviden obisk strokovnjaka iz delovne skupine za PSR,
- v kakšne in katere oblike zunaj bolnišnične pomoči je usmerjen (psihiatrični dispanzer, patronažna služba, CSD, dnevni center, stanovanjska skupina...),
- vodi se razgovor s svojci,
- v primeru, da pacient prejema ***depo terapijo*** poskrbi, da ob odpustu prejme izkaznico, iz katere je razvidna identiteta bolnika, datum uvedbe zdravila, datum zadnje in naslednje aplikacije.

Psihiatrična medicinska sestra iz vidika zagotavljanja kontinuitete dela, sodeluje tudi z drugimi službami zdravstvene nege v pacientovem domačem okolju, če je izražena potreba po tem npr. v zdravstvenih domovih, domovih za starejše občane, posebnih socialnih zavodih, psihiatričnih dispanzerjih, ter drugimi službami, ki so za skupnostno skrb pomembne (obstoječi dnevni centri, socialna služba, nevladne organizacije, z raznimi oblikami pomoči in samopomoči, zavodi za zaposlovanje...).

3. Namen raziskave

Namen pričujoče raziskave je s pomočjo anketnega vprašalnika, razvitega za potrebe raziskave iz leta 2002, ugotoviti trenutno stanje v zagotavljanju kontinuirane zdravstvene nege, iz vidika povezovanja s patronažno službo za področje na katerega gravitira PBI. Iz rezultatov raziskave v okviru diplomske naloge iz leta 2002, je ugotovljen problem zagotavljanja kontinuitete v zdravstveni negi, slabo sodelovanje in koordinacija dela s patronažno službo. Z raziskovanjem sva želeli preveriti ali so omenjeni problemi še prisotni.

4. Metoda dela

Zbiranje podatkov za pričujočo raziskavo je bilo izvedeno s pomočjo vprašalnika za vodje patronažnih služb. Za potrebe raziskave iz leta 2002 je bilo sicer razvitih 5 različnih vprašalnikov, ki so bili poleg vodij patronažnih služb namenjeni še vodjem službe zdravstvene nege v psihiatričnih dispanzerjih, kontaktnim osebam CSD, kontaktnim osebam nevladnih organizacij, glavnim medicinskim sestram bolniških oddelkov v PBI in glavni medicinski sestri PBI.

Vprašanja so bila odprtega in zaprtega tipa. Anketni vprašalniki so bili poslani 12 patronažnim službam Zdravstvenih domov (v nadaljevanju ZD) Idrija, ZD Nova Gorica, ZD Šempeter pri Novi gorici, ZD Tolmin, ZD Koper, ZD Izola, ZD Postojna, ZD Ajdovščina, ZD Logatec, ZD Vipava, ZD Sežana- Hrpelje, ZD Piran.

Raziskovana skupina torej ni vzorec, ampak celotna populacija subjektov, tokrat patronažnih služb za področje na katerega gravitira PBI. Zaradi majhnosti populacije vzorčenje ni bilo smiselno.

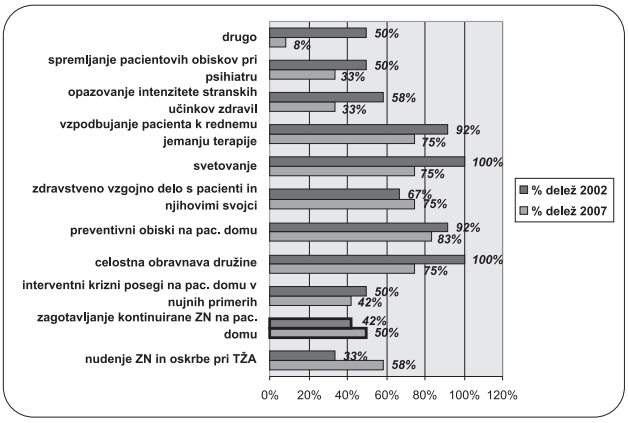
V anketnem vprašalniku sva na začetku spraševali po *aktivnostih zdravstvene nege* za paciente s ponavljajočimi se duševnimi motnjami v skupnosti, ki jih izvaja patronažna medicinska sestra (vprašanje št. 1,4,5).V nadaljevanju so se vprašanja nanašala na *možnosti in ovire obiskov na domu* pacienta s HDM (vprašanje št. 2, 3). Tretji sklop vprašanj se je nanašal na *izvajanje kontinuitete v zdravstveni negi* (vprašanje št. 6, 7, 8). Četrti sklop je obsegal vprašanja o *povezovanju PMS z drugimi službami*, ki so vključene v mrežo skupnostne skrbi (vprašanje št. 9, 10). Peti sklop je vseboval vprašanja, ki so se nanašala na *oceno strokovnega sodelovanja* s stanovskimi kolegicami iz PBI (vprašanje št.11).V nadaljevanju so vodje patronažnih služb izrazile *mnenje glede primernosti strokovnega znanja* PMS s področja duševnih bolezni in njihovih posledic, področja psihiatrične ZN, *veščin in spretnosti*, potrebnih za komuniciranje in delo s pacientom s HDM in njegovimi svojci ter glede *možnosti izobraževanja* na tem področju (vprašanje št. 12, 13, 14). V zadnjem sklopu vprašanj sva spraševali po *vključenosti* PMS *v multidisciplinarno delovno skupino v skupnosti*, za mnenje o *načinu izboljšanja skupnostne skrbi na področju duševnega zdravja (leto 2002) ter o načinu izboljšanja zagotavljanja kontinuirane ZN* (leto 2007). V odgovorih na zadnje vprašanje so vodje patronažnih služb izrazile mnenje *o potrebnosti oblikovanja posebnih poklicnih profilov* kot sta npr. *psihiatrična PMS ali patronažni delovni terapevt* (vprašanje št. 15,16,17).

4.1. Način urejanja in obdelava podatkov

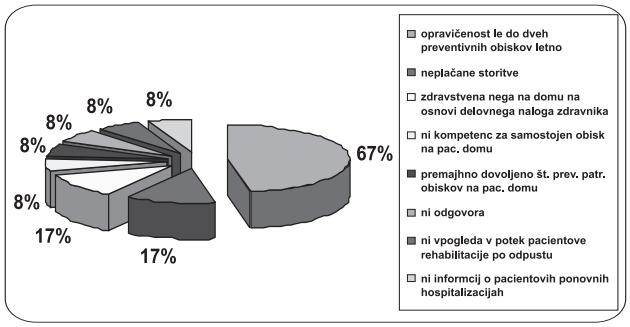
Uporabljena je bila opisna statistična metoda. Strukturni delež je izračunan na podlagi števila odgovorov pri posameznem vprašanju. Dobljene podatke sva izrazili v relativnih številih (odstotkih), kljub številčni majhnosti vzorca. Obdelane podatke sva uredili v grafične in tekstovne prikaze strukture odgovorov. Zbrane podatke sva računalniško obdelale z uporabniško in aplikacijsko opremo EXCEL in WORD.

5. Rezultati

Vrnjeno je bilo vseh 12 vprašalnikov, poslanih vodjem patronažnim služb.

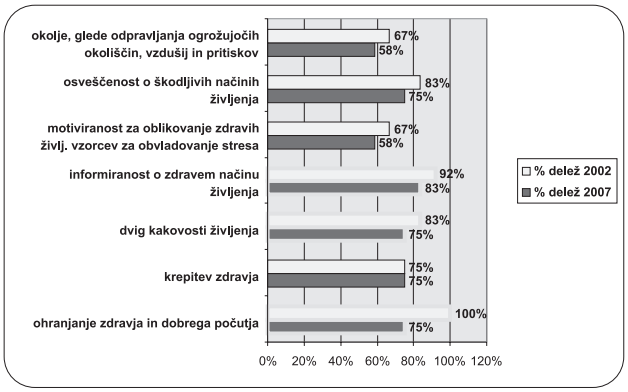


Graf št. 1: Aktivnosti ZN, ki jih opravlja PMS za paciente z duševno motnjo - odgovori anketiranih vodij patronažnih služb v letu 2002 in 2007

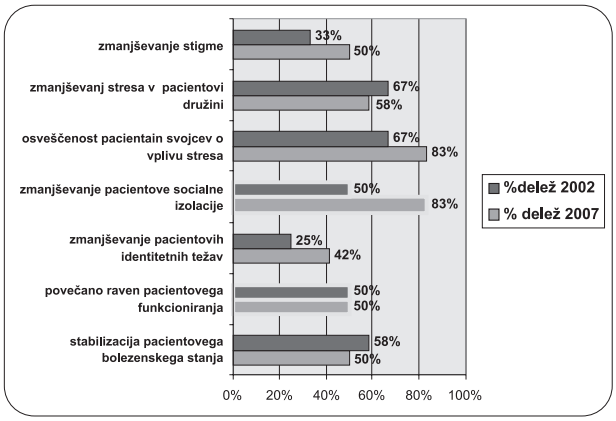


Graf št. 2: Mnenja anketiranih vodij patronažnih služb v letu 2007: kje vidijo ovire za zagotavljanje kontinuitete dela pri pacientih s HDM

V enakem deležu, to je večina 9 (75%) tako v letu 2007 kot 2002 anketiranih vodij patronažnih služb meni, da ni težav s pridobitvijo delovnega naloga za obisk na domu pacienta z duševno motnjo. 3 (25%) so v letu 2002 zgolj navedli, da težava obstaja, 3 (25%) anketiranci v letu 2007, pa so navedli tudi utemeljitve: največ, 3 (43%) so se nanašale na skladnost z zahtevami ZZZs-ja. Nato si v enakem deležu s po 1 (14%) utemeljitvijo sledijo: zadostno vodenje s strani psihiatričnega dispanzerja, zdravnikovo slabo poznavanje dinamike preventivnih obiskov, izvajanje vse več predvsem kurative s poudarkom na izvajanju zgolj medicinsko tehničnih posegov, ter ambivalenco dobrih in slabih izkušenj.

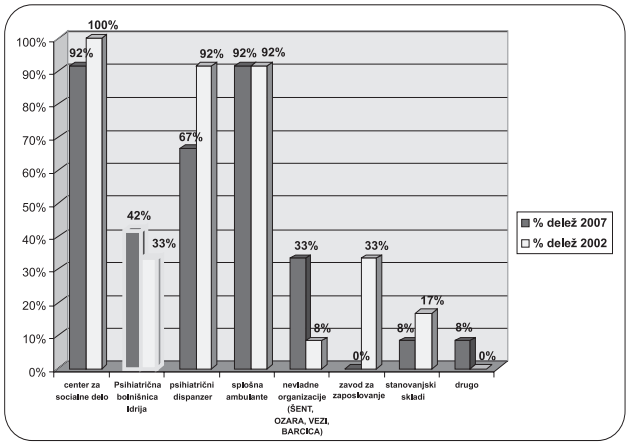


Graf št. 3: Vpliv PMS na posameznika v okviru promocije duševnega zdravja v skupnosti - odgovori anketiranih vodij patronažnih služb v letu 2002 in 2007

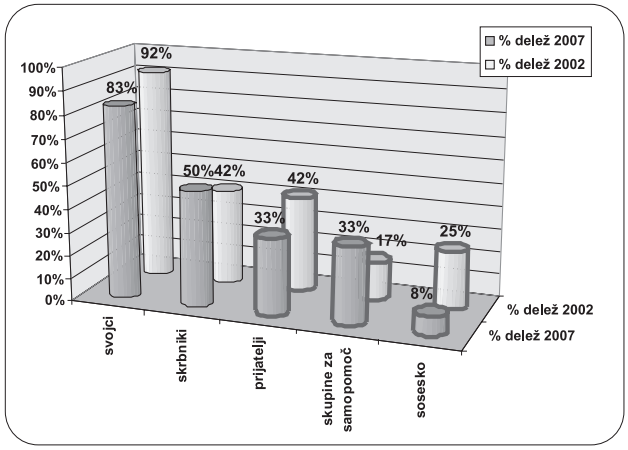


Graf št. 4: Vpliv PMS na zmanjševanje posledic duševnih motenj v skupnosti - odgovor anketiranih vodij patronažnih služb v letu 2002 in 2007

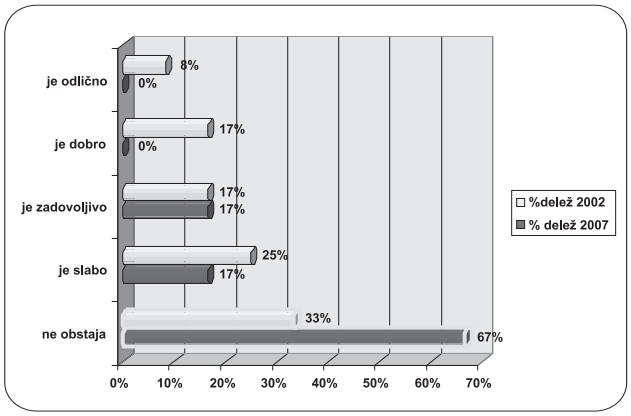
Največ, to je 11 (92%) anketiranih vodij patronažnih služb v letu 2002 in 9 (75%) anketiranih vodij patronažnih služb v letu 2007 je odgovorilo, da ne dobi odpustno negovalo dokumentacijo »Obvestilo službi zdravstvene nege; 10 (83%) anketiranih v letu 2002 in 8 (67%) anketiranih v letu 2007 je odgovorilo, da ne evalvirajo v bolnišnici začete obravnave pacienta s HDM z vidika ZN; in v enakem deležu, to je 9 (75%) anketiranih vodij patronažnih služb v letu 2002 in 2007 je odgovorilo, da ne posreduje povratnih informacij o pacientu s HDM službi zdravstvene nege v PBI.



Graf št. 5: Povezovanje PMS s službami, ki so vključene v mrežo skrbi v skupnosti – odgovori anketiranih vodij patronažnih služb v letu 2002 in 2007

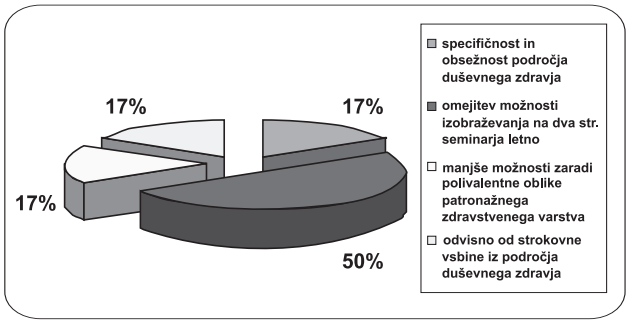


Graf št. 6 : Povezovanje PMS s pacientovo neformalno socialno mrežo - odgovori anketiranih vodij patronažnih služb v letu 2002 in 2007



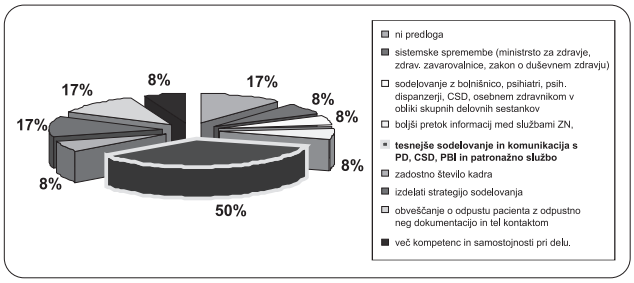
Graf št. 7: Ocena strokovnega sodelovanja s stanovskimi kolegicami v PBI - odgovori anketiranih vodij patronažnih služb v letu 2002 in 2007

Za razliko od 4 (33%) v letu 2002 anketiranih vodij patronažnih služb, v letu 2007 kar 8 (67%) anketiranih meni, da nimajo dovolj strokovnega znanja s področja duševnega zdravja in psihiatrične ZN. 4 (33%) odgovori so pod drugo pojasnjevali, da se PMS zaveda pomena nenehnega strokovnega izpopolnjevanja tudi na področju duševnega zdravja inpsihiatrične ZN, glede na to, da PMS spremlja posameznika od rojstva do smrti.Prav tako 7 (58%) anketiranih vodij patronažnih služb v letu 2007 in 6 (50%) v letu 2002 meni, da nima dovolj veščin in spretnosti, potrebnih za delovanje in komuniciranje s pacienti s HDM in njihovimi svojci. V primerjavi z rezultati iz leta 2002, se je v letu 2007 nekoliko znižal delež odgovorov in sicer iz 7 (58%) na 5 (42%) tistih anketiranih vodij patronažnih služb, ki so bili mnenja, da nimajo dovolj možnosti za strokovno izpopolnjevanje

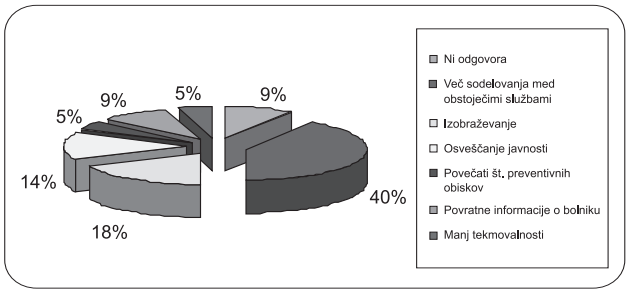


Graf št. 8: Utemeljitve PMS glede omejenih možnosti za strokovna izpopolnjevanja - odgovori anketiranih vodij patronažnih služb v letu 2007

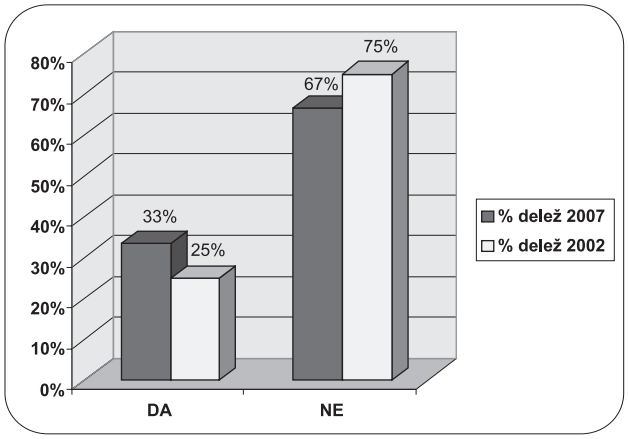
Vsi, to je 12 (100%) anketirani vodje patronažnih služb v letu 2002 in v letu 2007, so zanikali vključitev v multidisciplinarno delovno skupino v skupnosti, ki naj bi omogočala kontinuirani, individualno načrtovano, v čimboljši izid usmerjeno obravnavo pacienta s HDM.



Graf št. 9: Mnenje anketiranih vodij patronažnih služb v letu 2007: kako izboljšati zagotavljanje kontinuirane zdravstvene nege



Graf št. 10: Mnenje anketiranih vodij patronažnih služb v letu 2002: kako izboljšati skupnostno skrb na področju duševnega zdravja



Graf št. 11: Mnenja vseh anketiranih vodij patronažnih služb v letu 2002 in 2007 o oblikovanju posebnih poklicnih profilov (npr. psihiatrična patronažna medicinska sestra,patronažni delovni terapevt)

6. Razprava

Rezultati zadnje raziskave v primerjavi z rezultati iz leta 2002, so pokazali, da je v organizaciji skrbi za paciente s HDM, ki imajo pogoste ponovitve bolezni, pogoste hospitalizacije, ki slabo sodelujejo pri zdravljenju in imajo dvojne diagnoze, mesto PMS še vedno pomembno in nenadomestljivo, a žal, v okviru obstoječe mreže služb v skupnosti, premalo izkoriščeno. PMS pokrivajo za paciente s HDM izredno pomembno področje izvajanja zdravstvene nege na domu. Ovire za izvajanje kontinuitete dela v zdravstveni negi na domu pri pacientih s HDM, anketirani vodje patronažnih služb v zadnji raziskavi vidijo največ v upravičenosti le do dveh preventivnih obiskov letno; neplačanih storitvah; v izvajanju in načrtovanju zdravstvene nege na domu zgolj na osnovi delovnega naloga, praviloma izbranega zdravnika; v pomanjkanju kompetenc za samostojen patronažni obisk na pacientovem domu, v tem, da nimajo vpogleda v potek pacientove rehabilitacije po odpustu iz bolnišnice; ter v tem, da nimajo informacij o pacientovih ponovnih hospitalizacijah.
Iz dobre polovice odgovorov anketiranih vodij patronažnih služb iz leta 2002 in 2007 je sklepati, da PMS pri obvladovanju kroničnih duševnih motenj sodeluje le preko kriznih intervencij na pacientovem domu.

Večina anketiranih vodij patronažnih služb tako v letu 2007 kot 2002 sicer meni, da delovnega naloga za obisk na pacientovem domu ni težko pridobiti. Tisti anketiranci v letu 2007, ki so izrazili nasprotno mnenje, so za obstoječe težave navedli utemeljitve, ki se v glavnem nanašajo na: omejitve s strani zavarovalnic; na prevladujoče mnenje zdravnikov, da je vodenje pacientov s HDM zadostno s strani psihiatričnega dispanzerja; na zdravnikovo slabo poznavanje dinamike preventivnih patronažnih obiskov; na izvajanje vse več predvsem kurativne; ter finančno vrednotenje le opravljenih medicinsko tehničnih posegov, ki pa jih je pri pacientih z duševnimi motnjami malo. Že v letu 2002 so anketirane vodje patronažnih služb predlagali, da bi bilo potrebno omogočiti PMS neomejeno število preventivnih obiskov na domu pacienta s HDM, po njihovi lastni presoji, glede na stanje in različne stopnje stresnih obremenitev, ki so jim pacienti s HDM izpostavljeni.
Zadovoljiva ostaja ocena anketiranih vodij patronažnih služb glede možnosti vpliva PMS na promocijo duševnega zdravja v skupnosti, ki se je v letu 2007 v primerjavi z letom 2002 sicer nekoliko zmanjšala, predvsem na področju informiranosti o zdravem načinu življenja, dviga kakovosti življenja in ohranjanju zdravja in dobrega počutja za celotno populacijo. V sicer redkih, individualno prilagojenih povezovanjih bolnišnične službe zdravstvene nege s patronažno službo na terenu, pa anketirani v zadnji raziskavi zadovoljivo ocenjujejo možnosti vpliva na zmanjšanje pacientove socialne izolacije, na povečano raven funkcioniranja, na zmanjševanje stresa v pacientovi družini, ob dejstvu, da so lahko prisotni stresorji sprožitelji motnje.

Še vedno se ugotavljajo pomanjkljivosti pri zagotavljanju kontinuitete v zdravstveni negi. Skrbi dejstvo, da je, tako kot v letu 2002, večina anketiranih vodij patronažnih služb, tudi v letu 2007 odgovorilo, da ne prejme odpustno negovalno dokumentacijo, PMS ni pozvana k sodelovanju pri realizaciji pacientovega rehabilitacijskega načrta, da se ne evalvira v bolnišnici začete obravnave pacienta s HDM z vidika ZN, in da se ne posreduje povratnih informacij o pacientu s HDM službi zdravstvene nege v PBI.
Iz odgovorov anketirancev iz leta 2002 in 2007 je razbrati, da je povezovanje PMS z drugimi službami, ki so vključene v mrežo skrbi za duševno zdravje v skupnosti še najslabše prav s PBI. PMS se z bolnišnico povežejo zgolj v krizni situacij in še to redko. Slabo je izkoriščeno tudi povezovanje PMS s pacientovo neformalno mrežo in sicer tako imenovanimi za pacienta pomembnimi drugimi (prijatelji, soseska, skupine za samopomoč), medtem, ko je ostalo sodelovanje s pacientovimi svojci ali skrbniki dobro.
Zaskrbljuje nepovezanost med medicinskimi sestrami v bolnišnici in v patronažni službi. Dejstvo je, da je za dobro polovico naraslo število odgovorov anketiranih, ki so navedli, da sodelovanje med službo zdravstvene nege PBI in patronažno službo sploh ne obstaja. Približno enak je ostal delež odgovorov, ki ocenjuje sodelovanje kot zadovoljivo, nekoliko se je znižal delež odgovorov, ki sodelovanje ocenjuje kot slabo, verjetno v »korist« ocene, da sodelovanje sploh ne obstaja.

Dobra polovica anketiranih vodij patronažnih služb je bila v letu 2002 mnenja, da ima PMS dovolj strokovnega znanja s področja duševnega zdravja, duševnih bolezni in psihiatrične zdravstvene nege. Polovica anketiranih je v letu 2002 tudi menila, da ima PMS tudi dovolj veščin in spretnosti za komuniciranje in delo s pacienti z duševno motnjo in njihovimi svojci. Zanimive bi bile njihove utemeljitve, vendar po njih takrat niso bili povprašani. Polovica, ki je bila v letu 2002 nasprotnega mnenja, je izrazila potrebo po dodatnem izobraževanju iz tega področja in navedla pomanjkanje možnosti. V letu 2007 pa večina anketiranih ugotavlja, da PMS primanjkuje znanja s prej omenjenih strokovnih področij, kar tudi utemeljujejo s specifičnostjo in obsežnostjo strokovnega področja, kot je duševno zdravje; z manjšimi možnostmi izobraževanja prav s področja duševnega zdravja zaradi polivalentne oblike patronažnega zdravstvenega varstva; z omejenimi možnostmi izobraževanja na dva strokovna seminarja letno; ter s selektivno izbiro strokovnih izobraževanj iz področja duševnega zdravja. V primerjavi z rezultati iz leta 2002 se je v letu 2007 nekoliko znižal delež odgovorov tistih anketiranih, ki so bili mnenja, da nimajo dovolj možnosti za strokovno izpopolnjevanje. Pomanjkljiva izobraženost bi namreč utegnila otežiti povezovanje med različnimi udeleženci pri zagotavljanju kontinuitete dela, predvsem pa ovirati pomembno nalogo, kot je oblikovanje rehabilitacijskega načrta, prilagojenega posamezniku na podlagi ocene njegovih sposobnosti in prizadetosti.

Vključenost v multidisciplinarno delovno skupino v skupnosti so vsi anketirani v letih 2002 in 2007 zanikali. Pri nas se zadnje obdobje delovne skupine ustanavljajo v okviru psihiatričnih bolnišnic. Gre za dopolnitev bolnišničnih programov, ki vključujejo

tudi intenzivno povezovanje z osnovnim zdravstvom. V svetu pa se namreč teža skrbi za paciente s hudimi duševnimi motnjami premika iz bolnišnic v pristojnost multidisciplinarnih skupnostnih služb za duševno zdravje. Optimalno se taki programi v svetu izvajajo v okviru dela manjših regionalnih centrov, ki pa jih psihiatrija v Sloveniji nima.
Anketirani vodje patronažnih služb so bili v letu 2002 povprašani za mnenje kako izboljšati skupnostno skrb na področju duševnega zdravja. V predlogih so na prvo mesto postavili potrebo po boljšem sodelovanju med obstoječimi zdravstvenimi službami (psihiatričnimi dispanzerji, PBI, splošnimi ambulantami, patronažnimi službami in domovi za starejše, CSD, in nevladnimi organizacijami). Pomembno mesto so dali še intenzivnejšemu vključevanju svojcev v rehabilitacijske načrte, večji podpori primarni zdravstveni dejavnosti, izboljšanju preventive na področju duševnega zdravja, osveščanju javnosti o duševnem zdravju in duševnih boleznih, zagotavljanju povratnih informacij o pacientih med obstoječimi službami zdravstvene nege in manj tekmovalnosti, a več sodelovanja med različnimi strokovnimi disciplinami in znotraj njih. Žal pa se jih je na osnovi zbranih podatkov zadnje raziskave le malo realiziralo.
V letu 2007 sva anketirane vodje patronažnih služb spraševale po mnenjih kako izboljšati zagotavljanje kontinuirane zdravstvene nege. Po pogostosti predlogov so daleč pred druge predloge postavili tesnejše sodelovanje in boljšo komunikacijo med službo zdravstvene nege PBI, patronažno službo, psihiatričnimi dispanzerji in področnim CSD. V enakem deležu si naprej sledijo predlogi, ki se nanašajo na obveščanje o odpustu pacienta, ki potrebuje visoko stopnjo spremljanja in podpore v domačem okolju z izpolnjeno odpustno negovalno dokumentacijo in telefonskim kontaktom; na več kompetenc in samostojnosti PMS pri svojem delu; na izdelavo strategije oz. načrta povezovanja med službo zdravstvene nege PBI in patronažno službo; na zagotovitev zadostnega števila kadra in nazadnje še predlogi, ki se nanašajo na sodelovanje z bolnišnico, psihiatri, osebnimi zdravniki, medicinskimi sestrami s področja psihiatrije v obliki sodelovanja v delavnih skupinah; ter predlogi, ki se nanašajo na sistemske spremembe med katerimi, kot pomembne akterje, omenjajo ministrstvo za zdravje, zdravstvene zavarovalnice in zakon o duševnem zdravju.

V zadnjem vprašanju sva anketirane spraševale za mnenje o potrebi po oblikovanju posebnih poklicnih profilov. Zanimiv je podatek, da je bilo tri četrtine anketiranih vodij patronažnih služb v letu 2002 mnenja, da ni potrebno oblikovati poklicnih profilov kot so psihiatrična patronažna medicinska sestra ali patronažni delovni terapevt, ki naj bi prevzemala osnovno skrb za paciente z duševno motnjo v skupnosti, kot to poznajo v tujini. Približno enakega mnenja so bili anketirani tudi v zadnji raziskavi. Razloge za to je morda iskati v polivalentni patronažni medicinski sestri, ki jo poznamo pri nas in v skromnih izkušnjah z uvajanjem skupnostne obravnave pred le institucionalno in morda v togosti pri uvajanju novih oblik dela in vodenja. Strokovnjaki pa opozarjajo, da ločeno delovanje posameznih strok močno slabi kontinuiteto in njeno konsistentnost. Opozarjajo tudi, da mora biti kontinuiteta vedno koordinirana, da zahteva brez dvoma dobre medsebojne odnose, sodelovanje in skupne pristope. Kultura timskega dela in povezovanja ter fleksibilnost v organiziranju je osnova za vzpostavitev kontinuitete tudi v zdravstveni negi.

7. Zaključek

Psihiatrija išče odgovor na naraščajoče obremenitve in naraščanje potreb za zdravljenje psihiatričnih motenj v uvajanju kliničnih poti. Načrtovanje skrbi po odpustu pacienta iz bolnišnice, bi omogočilo kontinuiteto obravnave pacienta, vendar ne brez nepretrganega spremljanja, za kar bi bilo potrebno v skupnosti zagotoviti več, kot le redko in površno ambulantno vodenje. Nekateri strokovnjaki na področju psihiatrije vidijo rešitve v specializiranem profilu *kot je psihiatrična patronažna medicinska sestra* in patronažni delovni terapevt. Prevzemala naj bi osnovno skrb/ spremljanje pacientov s HDM v skupnosti, kot to poznajo v tujini. Znanje vseh vključenih je potrebno povezati preko dela za pacienta v timih ter preko transparentne informacijske povezanosti. Prednostna naloga psihiatričnih medicinskih sester v naši bolnišnici je zagotavljanje kontinuirane zdravstvene nege. Medicinske sestre s sodelovanjem v delovni skupini za PSR že izvajajo prve obiske na pacientovem domu, zaenkrat v Idrijsko Cerkljanski regiji. Potrebno pa bo izboljšati sodelovanje s patronažno službo na terenu.

LITERATURA

Avberšek S. in sod Psihosocialna rehabilitacija. Ljubljana: ŠENT- Slovensko združenje za duševno zdravje, 2004.

Bašelj J. Ferfolja A. Kontinuirana zdravstvena nega psihiatričnega bolnika. V: Zbornik strokovnega srečanja: Patronažna zdravstvena nega skupin prebivalstva, ki so še posebej ogroženi in vizija patronažnega varstva v prihodnosti. Debeli Rtič: ZZZS- ZDMSZT; 2004: 11-6.

Boomsma J, Dassen T, Dingemans C, Heuvel W. Nursing Interventions in Crisis-oriented and Long-term Psychiatric Home Care. Scand J Caring Sci 1999;13:41-48.

Corrigan P.W. Towards an inegrated structural model of psychiatric rehabilitation. Psychiatric Rehabilitation Journal, 2003, 26: 346-58.

Ferfolja A. Razvojni trendi psihiatrične zdravstvene nege v svetu in pri nas. Diplomska naloga. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 1998.

Ferfolja A. Vključevanje zdravstvene nege v skupnostno skrb za področje duševnega zdravja na Primorskem. Diplomska naloga. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 2002.

Gorše Muhič M. Skupnostna skrb za osebe s psihozo. V: Kogovšek B, Kobentar R. Priročnik psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije: za medicinske sestre in zdravstvene tehnike. Ljubljana: Psihiatrična klinika, 1999: 223-31.

Gorše Muhič M. Zdravstvena nega bolnika s shizofrenijo. V: Kogovšek B, Kobentar R. Priročnik psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije: za medicinske sestre in zdravstvene tehnike. Ljubljana: Psihiatrična klinika, 1999: 86 - 98.

Haggerty J, Reid R, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidysciplinary review. BMJ 2003;327:1219-21.

Helleso R., Sorensen L., Lorensen M Nurses' information management at patients' discharge from hospital to home care. Int J Integr Care.2005; 1-4.
Krogstad U, Hofoss D, Hjordthal P. Continuity of hospital care: beyond the qestion of presonal contact. BMJ 2002; 324; 36-8.
Peternelj A. Načrtovanje in vodenje odpusta – dejavnika za izboljšanje kakovosti celostne obravnave bolnika. Kongres zdravstvene in babiške nege (6; 2007; Ljubljana) Zdravstvena in babiška nega – kakovostna, učinkovita in varna: zbornik predavanj in posterjev 6. kongresa zdravstvene in babiške nege, Ljubljana:, 10.-11. 2007: 613-15.
Sedlar T. Dolgoročne strategije razvoja zdravstvene nege na področju duševnega zdravja. Obzor Zdr N 2002;36:143-51.
Skela Savič B. Kontinuirana zdravstvena obravnava – izziv sodobnega menedžmenta bolnišnične zdravstvene nege. Obzor Zdr N 2007;41:3-11.
Smolič M. Patronažna obravnava varovanca in družine pred hospitalizacijo. V: Kosina L. Teorija in praksa zdravstvene nege. Ljubljana: Psihiatrična in nevrološka sekcija pri ZZN Slovenije, 1997: 111-2.
Švab V. Skupnostna skrb za osebe s psihozo. V: Kocmur M. Shizofrenija - diagnoza, zdravljenje, rehabilitacija: Zbornik predavanj mednarodnega seminarja. Ljubljana: Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, 1997: 125-32.
Švab V. Skupnostna skrb za osebe s hudimi duševnimi motnjami. Zdrav Var 2001; 40: 61-4.
Švab V . Priročnik o shizofreniji. Radovljica: Didakta; Ljubljana: Organizacija za duševno zdravje- ŠENT, 2006
Vuga S. Kontinuirana zdravstvena nega. Obzor Zdr N 1997; 31: 259-73.

DRUGI VIRI

Čuk V. Razvoj zdravstvene nege. Gradivo strokovnega seminarja ZDMSZTS Psihiatrične sekcije Psihiatrična bolnišnica včeraj, danes, jutri. Idrija, november 2002
Gorjup V. Psihiatrična bolnišnica na poti v tretje tisočletje. Gradivo strokovnega seminarja ZDMSZTS Psihiatrične sekcije Psihiatrična bolnišnica včeraj, danes, jutri. Idrija, november 2002
Ilič N. Vpliv zdravstvene vzgoje na kakovost življenja psihiatričnega varovanca. Gradivo strokovnega seminarja ZDMSZTS Vloga zdravstvene vzgoje v procesu zdravljenja. Pohorski dvor, oktober 2003.
Švab V. Načrtovanje obravnave v skupnosti. Gradivo strokovnega seminarja Skupnostna skrb. Idrija, junij 2007.
Švab V. Načela psihosocialne rehabilitacije v skupnostni skrbi. Strokovni seminar ZDMSZTS Psihiatrična sekcija Kontinuirana zdravstvena nega. Psihiatrična klinika Ljubljana- Polje, junij 2003.

VLOGA NEGOVALNEGA OSEBJA V PSIHIATRIČNI BOLNIŠNICI IDRIJA NEKOČ IN DANES

STANKA GNEZDA, dipl. m.s., Psihiatrična bolnišnica Idrija

IZVLEČEK
Namen raziskave je z vidika sodobne zdravstvene nege prikazati vlogo negovalnega osebja v Psihiatrični bolnišnici Idrija med leti 1957 in 1967. S pomočjo skupinskih intervjujev, kvalitativne analize vsebine in teoretičnega modela Virginije Henderson je bilo ugotovljeno, da je bila tedaj zdravstvena nega tradicionalna, vloga bolnika pasivna, ugotavljanje potreb, problemov je bilo naključno in dokumentiranje pomanjkljivo. Negovalno osebje je bilo v podrejeni funkciji. Imeli so pomanjkljivo strokovno znanje in izkušnje za delo s psihiatričnimi bolniki. Po svoji dejavnosti in pomenu je bila Psihiatrična bolnišnica azil.

Ključne besede: psihiatrična zdravstvena nega, negovalno osebje, psihiatrični bolnik

1. UVOD

V zgodovini zdravstvene nege bolnika v Psihiatrični bolnišnici Idrija v obdobju od njenega začetka delovanja leta 1957 do leta 1967, je bilo več stopenj in glede na to tudi različnih oblik delovanja medicinskih sester. V začetku je bil namen bolnišnice predvsem azil. Družba je gledala na bolnike kot na »zlo«, zato so jih zaprli za visoke zidove, v »varno zavetje« bolnišnice. Cilj je bil dosežen: družba je bila zaščitena od bolnika, bolnik pa zaščiten od lastnih teženj.
Na prvi stopnji delovanja medicinskih sester o psihiatrični zdravstveni negi kot jo poznamo danes, ni mogoče govoriti. Bolnik je bil zgolj objekt opazovanja. Dolžnost negovalnega osebja takrat je bila bolnike opazovati, varovati, skrbeti za njihovo osebno higieno in prehrano. V začetku sta v bolnici delali le dve medicinski sestri. Bolnike je negovalo bolničarsko osebje in bolniški strežniki. Na drugi stopnji razvoja zdravstvene nege, je bil poudarek na somatski zdravstveni negi. Doba insulinskega zdravljenja, elektrokonvulzivne terapije in razvoj farmakoterapije, je postavila medicinske sestre v vlogo tehničnega asistenta in pomočnika zdravniku (Čuk, 2000).
Pri pregledu literature je bilo ugotovljeno, da je bilo v preteklem stoletju opravljenih malo raziskav, ki bi obravnavale delo negovalnega osebja v tedanjih razmerah z vidika sodobne zdravstvene nege.

2. PSIHIATRIČNA ZDRAVSTVENA NEGA

Psihiatrična zdravstvena nega je predvsem proces človeške komunikacije, ki vključuje dva človeka: medicinsko sestro in bolnika., njun odnos, sodelovanje in interakcije. Namen tega procesa je pomagati bolniku do večje uspešnosti in zadovoljstva v življenju (Škrbinek, 1987).
Psihiatrična zdravstvena nega je specialno področje prakse zdravstvene nege. Ukvarja se s posameznikom z duševnimi težavami in motnjami, z družino ali širšo skupnostjo v primarnem, sekundarnem in terciarnem zdravstvenem varstvu. Njena osnovna značilnost je odnos med medicinsko sestro in bolnikom. Usmerjen je v prizadevanje pospeševanje in podpiranje vedenja, katerega cilj je razvoj osebnosti in prilagojeno funkcioniranje bolnika (Škerbinek, 2000).

2.1. Začetki skrbi za bolne in obnemogle (F. Nightingale)

V preteklosti so razvoj zdravstvene nege močno zavrli in zaznamovali trije vplivi: ljudska podoba medicinske sestre, ki izvira še iz starega, vpliv religije v srednjem veku in podoba medicinskih sester – hišnih pomočnic, ki se je oblikovala v času protestantsko-kapitalistične etike v 16.-19. stoletju (Urbančič, 1996).
V 19.stoletju je Florence Nightingale (1820-1910) dokazala pomen zdravstvene nege, njene organiziranosti in kvalitetnega izvajanja. Zgodovinarji jo običajno prikazujejo kot začetnico poklicne zdravstvene nege, ker je objavila svoje »zapise o zdravstveni negi«. Na te njene zapise so močno vplivala empirična dognanja o patogenih mikroorganizmih v okolju, do katerih so se dokopali znanstveniki njenega časa in napredek pri uporabi na novo razvite formalne znanosti- statistike. Jasno je prepoznala možnosti, ki jih ponuja kombiniranje trdega logičnega premišljevanja in empiričnega raziskovanja pri razvoju znanstvenega vedenja o zdravstveni negi in uporabi njenih načel v poklicni zdravstveni negi (Evers, 2001).

2.2. Sodoben model zdravstvene nege in definicija funkcije zdravstvene nege V. Henderson

Skoraj stoletje pozneje je druga medicinska sestra vizionarka spet pokazala na možnosti, ki jih ponuja kombiniranje trdega logičnega premišljevanja in empiričnega raziskovanja pri razvoju znanstvenega vedenja, ki je temelj zdravstvene nege, ter pri uporabi tega temelja v poklicni praksi zdravstvene nege. Virginia Henderson je definirala funkcijo zdravstvene nege takole:

pomagati posameznikom (bolnim in zdravim) s takšnimi aktivnostmi, ki prispevajo k zdravju, okrevanju ali mirni smrti- te aktivnosti izvajamo brez pomoči, ko razpolagamo s potrebno močjo, voljo ali znanjem; pomagati posameznikom, da izvajajo predpisano terapijo in postanejo čimprej neodvisni od tuje pomoči. Za Hendersonovo je ta definicija strukturirala podrobno iskanje empiričnih dognanj, katera so že prej ustvarile znanost, na katerih temelji zdravstvene nega - fizika, biologija in družboslovje.

2.3. Razlika med tradicionalno in sodobno zdravstveno nego

Tradicionalna zdravstvena nega je v slovenskem prostoru kljub prizadevanjem za uveljavitev sodobne zdravstvene nege v praksi še premočno prisotna. Posamezni elementi sodobne zdravstvene nege se na posameznih področjih v praksi pospešeno razvijajo, na primer proces zdravstvene nege, negovalna dokumentacija, strokovni standardi. Za polno uveljavitev pa mora sodobna zdravstvena nega zaživeti z vsemi svojimi elementi tako v praksi kot v izobraževanju.
Razlike v tradicionalni in sodobni zdravstveni negi so v poudarjanju odvisne na eni strani in samostojne funkcije na drugi strani, v organiziranju in vodenju zdravstvene nege, delu po procesni metodi, v dokumentiranju zdravstvene nege in uveljavljanju teoretičnih modelov v praksi.
V tradicionalni zdravstveni negi se uporablja funkcionalni model organiziranja zdravstvene nege, medtem ko se v sodobni zdravstveni negi uporablja timski model organiziranja.
Tradicionalna zdravstvena nega obravnava bolnika samo z enega vidika bodisi somatskega ali psihičnega, ne pa holistično-celostno. Problemi bolnikov se odkrivajo naključno izhajajoč iz diagnoze in standardnih pričakovanj ne pa sistematično, usmerjeno in individualno.
Značilnost tradicionalne zdravstvene nege je tudi, da ni načrtovana ali pa so načrtovani le posamezni posegi in naloge. Odlika sodobne zdravstvene nege pa je, da je v celoti načrtovana za posameznega bolnika.
Uspešnost se v tradicionalni zdravstveni negi meri le na osnovi uspešno in pravočasno izvedenih nalogah, ne pa na osnovi izvedenega in doseženega v stanju in vedenju bolnika.
V tradicionalni zdravstveni negi je bolnik pasiven in v odvisni vlogi, medtem ko je v sodobni zdravstveni negi enakopraven in aktivno udeležen v procesu zdravljenja. (Hajdinjak, 1999)

2.4. Elementi sodobne zdravstvene nege

Kakovostno, kontinuirano in predvsem avtonomno stroko s svojim specifičnim delovanjem omogočajo temeljni elementi zdravstvene nege (Hajdinjak, 1999).
Zdravstvena nega in medicina se razlikujeta v svojih osnovnih vlogah in ciljih. Vloga medicine v družbi je odkrivanje in zdravljenje bolezni. V zadnjem obdobju se vloga širi tudi na preventivne dejavnosti in k ohranjanju zdravja. Zdravstvena nega pa je vedno »skrbela« za bolnika v okviru tistih aktivnosti, ki jih medicina ni mogla ali ni hotela prevzeti pod okrilje zdravljenja, diagnostike in spremljanja bolezni, oziroma jih je izrinila iz konteksta medicinske »skrbi« za bolnika. Tukaj so mišljene predvsem osebne potrebe in osnovne življenjske aktivnosti bolnikov, ki ohranjajo življenje in omogočajo okrevanje vzporedno z zdravljenjem, ter postopki in posegi, ki po mnenju nekaterih niso več v domeni zahtevnosti medicinskega znanja (Šmitek, 2003).

2.4.1. Delo po procesu zdravstvene nege

Modeli zdravstvene nege razlagajo in dopolnjujejo vsebino zdravstvene nege na področju, kjer je samostojna (Hajdinjak, 1999). Proces zdravstvene nege pa je metoda dela, ki narekuje način delovanja medicinske sestre in se odlikuje po visoki stopnji organiziranosti, sistematičnosti, dinamičnosti, celostnem in individualnem pristopu ter po partnerskem odnosu med bolnikom in medicinsko sestro (Hajdinjak, 2001). Temelji na metodi ugotavljanja telesnih, duševnih in socialnih potrebah posameznika, družine in skupnosti. Vključuje štiri faze, ki v praksi lahko potekajo sočasno:

- ugotavljanje potreb po zdravstveni negi
- načrtovanje zdravstvene nege in zadovoljevanje potreb
- izvajanje zdravstvene nege,
- vrednotenje dosežkov zdravstvene nege (Šušteršič, 2000).

Medicinska sestra določi prioritete glede na pomembnost za življenje, ozdravitev, kvaliteto življenja in obliko nege ter skrbi za materialne pogoje. Z vrednotenjem doseženega dobi medicinska sestra povratne informacije, ki vodijo k izboljšavam. Tako je zdravstvena nega dinamičen proces, ki vodi v prilagajanje stanj, razmer in problemov. Omogoča torej prenos filozofije in teoretičnih modelov zdravstvene nege v prakso (Hajdinjak, 2001). Znanje zdravstvene nege se mora opirati tako na sociološko in psihološko znanje kakor na znanje naravoslovja, da bo bolnik lahko deležen nege kot celovit človek, ne pa le kot predmet medicinske diagnoze (Clift, 1996).

2.4.2. Dokumentiranje

Dobra dokumentacija je osnova vsakemu sistematičnemu delu. Dobro organiziran sistem dokumentiranja zagotavlja kvalitetno zdravstveno nego in mora biti dostopen vsem članom negovalnega tima. Dokumentiranje je sestavni del učinkovitega in varnega dela medicinskih sester v interdisciplinarnem timu, v terapevtsko-diagnostičnem programu in na področju zdravstvene

vzgoje. Dokumentiranje je bistvena sestavina procesne metode dela v vseh njenih fazah. Sodi med osnovne elemente sodobne zdravstvene nege. Pomembnost dobre dokumentacije opredeljujejo naslednji bistveni razlogi: poskrbi za podatke o bolniku, poskrbi za razširjeno in dinamično informacijo o njegovih potrebah in ciljih, zabeleži pričakovane in dosežene rezultate, deluje kot samozaščitno orodje neprekinjene zdravstvene nege, predstavlja kronološki pregled aktivnosti zdravstvene nege, njenih rezultatov, je osnova za vrednotenje učinkovitosti zdravstvene nege, je orodje za izobraževalne namene, zagotavlja informacijo o prenosu odgovornosti za bolnika, daje zanesljive informacije o diagnostično- terapevtskih intervencijah, daje zanesljive in uporabne podatke za raziskovalne namene in obravnava bolnika celovito 24 dnevno in z zapisi o aktivnostih lahko pomaga ostalim zdravstvenim delavcem v timu (Šušteršič, 2000).

2.4.3. Filozofija stroke

Filozofija zdravstvene nege je sistem prepričanj, konceptov, načel in stališč o tem, kaj zdravstvena nega je oz. kaj naj bi bila. Je vodilo razvoja teorije in prakse zdravstvene nege v določenem sociokulturnem prostoru. In temelji na elementih **S**poštovanje, **V**arnost , **I**ntegriteta in **P**očutje. Temeljna naloga medicinske sestre je krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, obnavljanje zdravja in lajšanje trpljenja. Z zdravstveno nego je neločljivo povezano spoštovanje življenja, dostojanstva in pravic človeka (Šušteršič, 2000).

2.5. Etika v zdravstveni negi

Zdravstvena nega je etična disciplina, povezana s skrbjo za posameznika ali skupino, zdravega ali bolnega.
Zdravstvena nega je edinstvena etična praksa, ker predstavlja poseben način vstopanja v svet drugih ljudi. Vstopanje »v življenja drugih« mora biti dobro, pravilno in koristno, da dosežemo pričakovani cilj - pomoč posamezniku pri zadovoljevanju potreb v zvezi z zdravjem in v določenih okoliščinah tudi z življenjem ali smrtjo. Strokovna pomoč zahteva strokovno znanje in strokovni odnos.
Etiko v zdravstveni negi pomembno zaznamuje profesionalna vloga medicinskih sester, skrb za bolnika. Skrb ne more biti neosebna, načelna. Skrb zahteva povezovanje z bolnikom, razumevanje njegovih potreb, doživljanj in individualno ukrepanje (Šmitek, 2003)
Etika je družbeno pomembna. V skrbi se zaporedoma odvijajo štiri aktivnosti: *skrbeti za* na splošno, *prevzeti skrb* oziroma *poskrbeti za, posredovati skrb* in *prejemati skrb* (Šmitek, 2003).
V okviru pozornosti ima pomembno vlogo zaznavanje individualnih bolnikovih potreb tako, kot jih zaznava bolnik. Etična sestavina, ki pomaga medicinski sestri, da razume bolnika v njegovi situaciji, je empatija.
Naslednja etična sestavina skrbi je zaupanje. Vzpostavljanje zaupanja je osnova medsebojnega odnosa, ki omogoča udejanjanje skrbi.
Koncept odgovornosti iz etike skrbi ima pomembno mesto tudi v zdravstveni negi. Skrb je neločljivo povezana z odgovornostjo, odgovornost pa z moralo. Pri učenju morale povzamemo stališča, kdo smo, s kom se povezujemo in kaj je za nas pomembno, da za to tudi skrbimo.
Moralna odgovornost je individualna in izhaja iz etičnega subjekta samega. Moralne odgovornosti ni možno določiti z načeli ali predpisati v obliki dolžnosti; možno jo je le privzgojiti ali sprožiti v posamezniku/ medicinski sestri zavedanje njene pomembnosti v odnosu do drugega.
Kompetentnost je v zdravstveni negi na fizični ravni osnovana na razdelitvi del in nalog med posameznimi zdravstvenimi delavci. Na etični ravni bi morala biti kompetentnost enaka pri vseh vključenih v medsebojni odnos z bolnikom.
Vloga zdravstvene nege, ki izhaja iz koncepta odzivnosti, ne predstavlja le ugotavljanje odziva bolnika na neposredno izvajanje zdravstvene nege, ampak posega tudi na etično področje.
Odzivnost pomeni tudi zaznavanje možnosti neetičnega ravnanja z bolnikom, ki je v stanju ranljivosti in se odraža v moralno etični vlogi medicinske sestre kot zagovornice bolnika (Šmitek, 2003).
Etika se nanaša na to, kako ravnamo z drugimi, zato smo vanjo vpleteni z vsemi našimi prepričanji, vrednotami in stallšči. Razmišljanje, tehtanje različnih možnosti in iskanje, dokler se ne pojavi ustrezen odgovor, pomeni odločanje z močjo, ki jo imamo. To ni katerikoli odgovor, temveč tisti, ki ustreza ***tej*** situaciji, ***tem*** ljudem, ***temu*** trenutku. Tak odgovor se običajno pojavi potem, ko poslušamo in slišimo, kaj imajo ljudje povedati. Nenazadnje je to tudi etična, pravna in strokovna odgovornost vsake osebe (Tschdin, 2003).

2.6. Zgodovina psihiatrične zdravstvene nege v svetu

- Pred letom 1860 je v psihiatričnih in v podobnih ustanovah negovanje obsegalo predvsem varovanje in nadzor. Izvajali so ga slabo izobraženi strežniki.
- Leta 1873 je Linda Richards začela organizirati izobraževanje za nego duševno bolnih v mestni bolnišnici v državi Illinois- velja za prvo psihiatrično medicinsko sestro.
- Leta 1882 je bila odprta prva šola za psihiatrične medicinske sestre, kjer je trajalo šolanje 2 leti. Skrbeli so predvsem za telesne potrebe bolnikov. Linda Richards pa je že tedaj poudarjala potrebo upoštevati tako fizične kot psihične potrebe bolnikov.
- Med leti 1935 in 1937 so začeli uporabljati pri zdravljenju insulinsko komatozno in elektrokonvulzivno zdravljenje, ki

je bistveno vplivala tudi na negovanje saj so bolniki postali dostopnejši za komunikacijo s svetom in s tem vzpostavljanja odnosov med bolniki in osebjem.
- Po drugi svetovni vojni so bile spremembe v psihiatrični zdravstveni negi očitne.
- Leta 1946 je ameriški kongres sprejel nacionalno listino o duševnem zdravju. Listina je vsebovala tudi navodila za izobraževanje medicinskih sester. Tako je bil omogočen hiter razvoj psihiatrične zdravstvene nege.
- Leta1952 je Hildegard Peplau objavila knjigo Medsebojni odnosi v zdravstveni negi kjer je opredelila veščine, aktivnosti in cilje psihiatrične zdravstvene nege. To je prvo sistematično-teoretično delo s tega področja.
- Leta 1953 so v Ameriki že oblikovali metodo dela po procesu zdravstvene nege (Škerbinek, 2000).

2.7. Zgodovina psihiatrične zdravstvene nege pri nas in sodobni znanosti

Psihiatrična zdravstvena nega se je v Sloveniji razvijala vzporedno s psihiatrijo kot stroko. Prva šolana medicinska sestra se je v slovenski psihiatriji zaposlila šele leta 1953, čez nekaj let druga in postopoma so negovanje v bolnišnici prevzele šolane medicinske sestre. Z uvajanjem nevroleptikov v zdravljenje duševno bolnih, so le ti postali sproščeni, komunikativnejši, naravni in uvidevni do svoje bolezni. To pa je pomenilo, da so bili postavljeni temelji razvoja psihiatrične zdravstvene nege.
Medicinske sestre so vrsto let delale predvsem po navodilih zdravnikov, čeprav so že aktivno sodelovale pri nekaterih oblikah miljejske terapije in zaposlitveni terapiji.
Prvo podiplomsko izobraževanje iz psihiatrične zdravstvene nege je bilo organizirano že leta 1972, kasneje pa se je preoblikovalo v specializacijo.
Leta 1987 se je v Psihiatrični kliniki Ljubljana Polje začelo uvajati delo po procesu zdravstvene nege (Škerbinek, 2000).

2.8. Sodobna psihiatrična zdravstvena nega

Psihiatrija je imela med vejami medicine od vsega začetka poseben položaj. Duševni bolniki s svojim spremenjenim doživljanjem in vedenjem prej vzbujajo v preprostem človeku odpor in obrambo kot pa sočutje in pomoč. Uporabljanje nevroleptikov je odpravilo bolničarja-paznika, ječarja in postavilo medicinsko sestro v povsem novo vlogo.
Psihiatrično zdravstveno nego različni avtorji najpogosteje opredeljujejo kot medosebni proces s specializiranim področjem prakse zdravstvene nege, ki svoje znanje zajema iz znanosti zdravstvene nege, medicine, predvsem pa se opira na sociološko in psihološko znanje.
Psihiatrični bolniki so zaradi narave svoje bolezni za zdravstveno osebje bolj obremenjujoči. Strokovna usposobljenost osebja, osebna zrelost in toleranca so neprestano na preizkušnji. Delo s psihiatričnimi bolniki zahteva od osebja primerno moralno-etično trdnost, delovno in socialno zavest, sposobnost čustvovanja in empatije. Delo medicinske sestre je vrsta ukrepov, ki so namenjeni zagotavljanju terapevtskega okolja, ukvarjanja s telesnimi, duševnimi in socialnimi problemi bolnika (Škerbinek, 1987).
Psihiatrična zdravstvena nega je predvsem proces človeške komunikacije, ki vključuje dva človeka: medicinsko sestro in bolnika, njun odnos, sodelovanje in interakcije. Namen tega procesa je pomagati bolniku do večje uspešnosti in zadovoljstva v življenju.
V sodobni psihiatrični zdravstveni negi se srečujemo z etično dilemo, ki nastane v odnosu do agresivne osebe in ni problem le dejavnosti zdravstvene nege, marveč celotne družbe. Radi poudarjamo nasprotovanje vsem oblikam nasilja, tudi postopkom represivnih organov. Ko pa smo sami ogroženi pogosto zahtevamo ukrepanje istih organov ne glede na njihove metode. Izkušeno zdravstveno osebje ima na voljo razne metode, postopke, načine vedenja in s pomočjo profesionalnega odnosa, da se nasilno vedenje umiri. Kljub uporabi teh sredstev in ukrepov, se pogosto dogaja, da agresivnega bolnika ni moč umiriti. Fizično omejevanje je skrajno sredstvo umirjanja, ko so druge možnosti izčrpane. Ostaja pa dilema – ali je bilo oz. ali je potrebno (Škerbinek, 1998)?
Kot rezultat spoznanja, da posameznik ne more obvladati vsega znanja in reševati vrsto različnih problemov, se je v psihiatriji razvil timski model zdravljenja in zdravstvene nege. V celoviti obravnavi bolnika tako sodeluje več različnih profilov zdravstvenih delavcev in njihovo delo se prepleta in dopolnjuje (Šmitek, 2000).
Flaker pa meni, da je bivanje v zavodu (totalni ustanovi, psihiatrični bolnišnici, zaporu...) za človeka škodljivo. Institucionalni postopki pripeljejo do socialnega omrtvičenja osebne identitete in jo nadomestijo z institusionalno identiteto bolnika, varovanca, oskrbovanca ali gojenca. Velike ustanove povečujejo stigmo. Veliko število duševno prizadetih in bolnih pa naredi stigmo bolj vidno in jo še poveča (Flaker, 1998).
Pasivnost, pretrgani stiki, odvisnost od avtoritarnega osebja, nestimulativno okolje, pretirana uporaba zdravil in pomanjkanje življenjskih ciljev proizvedejo institucionalni nevrozo. To se kaže v apatiji, pomanjkanju iniciativnosti, izgubi zanimanja za zunanji svet, podrejenosti in resignaciji. Taki bolniki zanemarijo svoj v videz, svoje navade, drža postane sključena, hoja postane drsajoča, gibanje sklepov omejeno (Flaker, 1998).

3. PSIHIATRIČNA BOLNIŠNICA IDRIJA OD LETA 1957 DO 1967

3.1. Vzroki za ustanovitev nove psihiatrične ustanove

Bolnica za duševne bolezni – Idrija je bila ustanovljena leta 1954 z ustanovitveno odločbo Izvršnega sveta LRS št. 567/2-57 z dne 25.05.1954. Občina Idrija jo je registrirala kot samostojen zavod 14.01.1957, s poslovanjem pa je pričela 9.4.1957 (Letno poročilo, 1957).

Kapacitete psihiatričnih zavodov so bile po drugi svetovni vojni bistveno manjše kot pred njo. Drastično so se zmanjšale med nemško okupacijo. Nova povojna oblast ni posvečala temu dejstvu potrebne pozornosti. Šele, ko se je bolnišnica Polje povsem napolnila, so se začele širom Slovenije ustanavljati nove psihiatrične ustanove v opuščenih vojašnicah, gradovih, graščinah. Za ljudi na robu družbe so se ta poslopja zdela primerna, saj so tudi stala na robu mest (Kanoni, 1965).

3.2. Značilnosti desetletnega obdobja med leti 1957 in 1967

3.2.1. Namestitveni standard bolnikov

Bolnišnica za duševno bolne je pričela delovati dva dni po uradni otvoritvi 9. aprila 1957. Obnovljena italijanska vojašnica na »Griču« je tudi uradno postala bolnišnica, ko je takratni ravnatelj postopoma iz ljubljanske bolnišnice Polje pripeljal 251 bolnic in 98 bolnikov. V začetku je bilo predvidenih 424 postelj in 10 mrežnic. Ženski oddelek je imel 254 postelj in se je delil na štiri odseke s 66-72 posteljami, na moškem pa je bilo 170 postelj, razdeljenih na tri odseke. Vsak oddelek je imel ambulanto in sobo za šokiranje. Oddelki so bili preveliki, razporeditev prostorov neustrezna, kar je onemogočalo ustrezno nadzorovati in varovati vse bolnike. Bivanjske razmere, neustrezen inventar in komaj zadovoljiva medicinska oprema so še dodatno onemogočali organiziranje ustreznejše izvajanje nege. Prave psihiatrične terapije v začetku ni bilo. Zdravili so z elektrošokom in bolnike umirjali z redkimi pomirjevali (Čuk, 2000).

3.2.2. Število zaposlenih za izvajanje nege in njihova izobrazbena struktura

Bolnišnica je tedaj zaposlovala vsega skupaj 81 delavcev. Medicinskega osebja pa je bilo zelo malo: en zdravnik in dve medicinski sestri. V začetnem obdobju so imeli velike težave z negovalnim osebjem in bolničarskim kadrom: 20 bolničark, 4 bolničarji in 16 strežnikov. Osebje je bilo mlado, neizkušeno in povsem neseznanjeno z naravo bolezni bolnikov, kar je od njih terjalo še dodatne prilagoditvene napore. Med bolniki je bilo tedaj tudi mnogo napetosti in agresije, ki jo je neizkušeno osebje težko obvladovalo. Prisiljeni so bili uporabljati višje odmerke pomirjeval in sredstva za fizično omejevanje (mrežnice, ovirnice). V poročilih zdravstvene nege kot samostojne službe ne omenjajo. Razvidno pa je, da sta edini medicinski sestri morali opravljati vsakovrstna opravila, od nadomeščanja zdravnika, dela v lekarni, negovalnega dela, organizacije službe in izobraževanje kadra. Negovalno osebje je poleg stalnega nadzora in varovanja skrbelo za osnovne potrebe bolnikov-higieno in prehrano. Kasneje so bolničarje vključili tudi v delovno terapijo, saj so bili mirni bolniki zaposleni v pralnici, šivalnici, na vrtu in v tehničnih delavnicah. Bolniki so bili za svoje delo tudi denarno nagrajeni.

Edini zdravnik pa je bil hkrati tudi ravnatelj bolnice. Občasno so prihajali zdravniki iz bolnice Polje. Razmere so bile težavne, naraščalo pa je tudi število obolelih za tuberkulozo. Neprimerne bivanjske in prostorske razmere so onemogočale izolacijo teh bolnikov in hkrati pomenile nevarnost širjenja okužb.

Leta 1959 so se razmere nekoliko izboljšale, saj se je zaposlil še en zdravnik in ena medicinska sestra. Bolniški strežniki in strežnice pa so opravljali trimesečni tečaj in izpit iz nege bolnika v bolnici Polje.

Število zaposlenega kadra je postopoma naraščalo, vendar je bilo pereče predvsem pomanjkanje moškega bolničarskega kadra.

Poleg pomanjkanja strokovnega kadra je bila pereča tudi pogosta obolevnost osebja in bolniška odsotnost .

V letu 1962 so strokoven medicinski kader predstavljali 1-2 zdravnika, 4 medicinske sestre, 45 bolničarjev, 39 strežnikov in 2 delovna terapevta. Štipendirali so šolanje medicinskih sester, pomanjkanje bolničarjev pa so pokrivali z bolniškimi strežniki. V poročilih bolnice so poudarjali predvsem pomen delovne terapije, zdravstvena nega pa je bila nekako njen sestavni del, usmerjena v varovanje in predvsem skrb za osebno higieno in prehrano .

Vlaganj v obnovo bolnice je bilo malo. Bolnica pa se je postopoma odpirala navzven in navznoter. Zaposlovali so se novi kadri z novimi znanji in svežimi idejami, ki so psihiatrijo spreminjali s primernim posluhom. Metode in pristopi k zdravljenju so se postopoma spreminjali in izpopolnjevali. Psihiatrični azil se je postopoma spremenil v bolnico.

Leta 1966 se je Bolnica za duševne bolezni finančno osamosvojila in preimenovala v Psihiatrično bolnišnico(Čuk, 2000).

4. NAMEN RAZISKAVE

O razvoju psihiatrične zdravstvene nege je napisanega razmeroma malo. Posamezni članki psihiatričnih medicinskih sester navajajo enako le dejstva o razvoju psihiatrije in službi za duševno bolne predvsem v svetu (Škerbinek, 2000).

Goffman (1988) uvršča psihiatrične bolnišnice med totalne ustanove. Pravi, da v takih ustanovah vsi vidiki življenja potekajo na istem kraju in pod isto oblastjo; vse dnevne aktivnosti potekajo vpričo velikega števila ljudi, ki so enako obravnavani in od katerih zahtevajo, da delajo isto stvar, skupaj; za vse aktivnosti obstaja urnik, ki je vsiljen od zgoraj s sistemom formalnih pravil. Hkrati pa različne vsiljene dejavnosti sestavljajo enotni racionalni načrt z namenom, da se zadovolji uradni cilj ustanove.

Značilnost tradicionalne zdravstvene nege je odvisna vloga, vsi problemi bolnikov se odkrivajo naključno, zdravstvena nega ni načrtovana oz. so načrtovani samo posamezni posegi, ni dokumentacije zdravstvene nege. Običajno so le skromne zabeležke predvsem na medicinski dokumentaciji. Bolnik ima le pasivno vlogo v zdravstveni negi in je v podrejeni vlogi (Hajdinjak, 1999).

Na osnovi pregledane dokumentacije (Letna poročila, 1957-67) iz obdobja med leti 1957 in 1967 lahko sklepamo,da je psihiatrična zdravstvena nega potekala drugače kot danes. Predvidevam, da je negovalno osebje v prvem obdobju delovanja Psihiatrične bolnišnice izvajalo nego samo na nivoju zadovoljevanja bolnikovih telesnih potreb. Negovanje se je omejevalo le

na varovanje, opazovanje in skrb za higieno in prehrano, holističnega pristopa do problemov posameznega bolnika praktično ni bilo. Vsi postopki so bili izvedeni za bolnika in ne skupaj z njim.

S svojo raziskovalno nalogo želim pokazati, da je potekalo delo znotraj psihiatrične bolnišnice na osnovah tradicionalne zdravstvene nege in da je to res bila azil, oz. po Goffmanu (1988) totalna ustanova.

5. METODE

Izbran je bil skupinski intervju kot metoda zbiranja podatkov na majhnih vzorcih. Odgovori so bili snemani. Mnenja, stališča in prepričanja respondentov so bila zabeležena z njihovimi lastnimi besedami. To je dalo 221 tipkanih strani. Pridobljeni podatki so v glavnem v obliki besed in le deloma v obliki številk. Za analizo je bila uporabljena kvalitativna analiza vsebine.

5. 1. Vzorec

Psihiatrična bolnišnica hrani seznam vseh zaposlenih. Iz seznama je razvidno, da je skupno število zaposlenih bolničark, bolničarjev in medicinskih sester v desetletnem obdobju (1957- 1967) znašalo 61. To pomeni, da so vsaj nekaj časa v tem obdobju bili zaposleni v bolnišnici. Vendar pa jih več kot polovica ni več dosegljivih (smrt, preselitev ali pa ni podatkov).

Vseh dosegljivih respondentov je bilo 31 (enaintrideset), ki sem jih telefonsko prosila za sodelovanje. Sodelovalo je dvaindvajset respondentov. Ena medicinska sestra je sodelovanje odklonila. Tri so bile nedosegljive, štiri so na sodelovanje pristale, vendar se razgovora niso udeležile, ena se je opravičila. Razgovorov je bilo devet. Na štirih razgovorih sta sodelovala po dva respondenta, na treh po trije, na enem štirje in enkrat sem se pogovarjala z eno samo upokojeno medicinsko sestro.

5. 2. Instrument

Izdelan je bil protokol intevjuja z vprašanji.
Vprašanja sem oblikovala v petih sklopih - temah:

- podatki o zaposlenih,
- bolniki,
- sprajem,
- težave in obolevnost,
- vloga negovalnega osebja.

5. 3. Postopek merjenja in obdelave podatkov

- Na osnovi sklopov vprašanj so bile izjave kategorizirane in kodirane. Posamezne izjave iz razgovorov so bile razporejene v kategorije
- Pokazala se je struktura celotnega besedila. Pokazalo se je na katere kategorije se je nanašalo več izjav.

6. REZULTATI

6.1. Branje besedil izvedenih intervjujev in odprto kodiranje

Vsa besedila sem večkrat prebrala, da bi dobila celosten vtis o dejanskem stanju v takratni Bolnici za duševno in živčno bolne V Idriji. Želela sem dobiti čim več vtisov tako o pacientih, negovalnem osebju, kot o njihovih medsebojnih odnosih, stiskah in pričakovanjih.

- Že sami sogovorniki so se med seboj zelo razlikovali. Nekateri so zelo radi in veliko govorili, vendar so pogosto govorili o sebi, svojih razmišljanjih, stiskah, ne pa odgovarjali na zastavljena vprašanja.
- Dobre sogovornice in sogovorniki so bili predvsem tisti, ki so že dalj časa v pokoju oziroma tisti, ki so že pred več leti zamenjali zaposlitev. Bili so sproščeni in so se spominjali posameznih dogodkov, pacientov, sodelavcev in nizali tako žalostne kot tudi vesele pripetljaje. Hkrati pa so priznavali, da jim je šele odmaknjenost časa nadela pridih veselosti ali celo smešnosti, v danem trenutku pa so občutili predvsem strah, tesnobo in nelagodje.
- Drugi so bili zadržani in na vprašanja so odgovarjali kratko.
- Tudi jezikovno so se zelo razlikovali. Večina se je trudila s pogovorno slovenščino, ki pa je večkrat zašla v domače narečje. Nizali so misli ali pa je niso dokončali tako, da je bilo pri zapisovanje težko oblikovati stavke.
- Očitna je razlika v njihovem odnosu do sodelavcev na eni strani in na drugi strani do nadrejenih.
- Na bolj strokovna vprašanja s področja zdravstvene nege niso odgovarjali oz. so se odgovoru izognili.
- Večina bi še vedno izbrala enak poklic in tudi zaposlitev

6. 2. Teme, ki so v analizi uporabljene kot kategorije

1. Podatki o zaposlenem
2. Pacienti
3. Sprejem
4. Težave (pogoji dela)
5. Vloga negovalnega osebja

7. ANALIZA

7.1. Podatki o respondentih

Prvi sklop vprašanj je obsegal vprašanja glede na spol, starost in izobrazbo ob zaposlitvi, kakšno delo so opravljali pred zaposlitvijo v Bolnici za duševno in živčno bolne in koliko časa.
V usmerjenih razgovorih je sodelovalo skupaj dvaindvajset bolničarjev in bolničark, ki so vsaj nekaj časa delali v Bolnici za duševno in živčno bolne v Idriji v prvih desetih letih njenega delovanja.

Od tega je bilo pet bolničarjev. Trije so po letu 1967 ob delu dokončali srednjo zdravstveno šolo, dva pa tudi Višjo šolo za zdravstvene delavce.

Za 11 respondentov je bila to prva zaposlitev; trije so bili pred zaposlitvijo v Bolnici za duševno in živčno bolne zaposleni le priložnostno; sedem jih je prej opravljalo povsem drugačno delo (od 16 mesecev pa do osem let); le ena pa je bila daljše obdobje (14 let) zaposlena na podobnem delovnem mestu.
Respondenti so stari od 55 let pa vse do 78 let in so vsi že upokojeni. Ob zaposlitvi so bili po eden stari 17, 21, 24, 27 in 31 let; po dva sta bila stara 22 in 23 let; trije so bili stari 19 let in po pet je bilo starih 18 in 20 let.

Starost ob ob zaposlitvi	Število oseb
17 let	1
18 let	5
19 let	3
20 let	5
21 let	1
22 let	2
23 let	2
24 let	1
27 let	1
31 let	1
Skupaj	22

Tabela 1: Starostna struktura ob zaposlitvi

Vsi so bili še samski, le ena sestra je skrbela za sina.
Ob zaposlitvi so imeli trije osnovnošolsko izobrazbo, petnajst jih je že opravilo bolničarsko šolo, tri so bile srednje medicinske sestre in le ena je ob zaposlitvi imela višješolsko izobrazbo.
Ob upokojitvi so štirje imeli višješolsko izobrazbo, pet jih je imelo srednješolsko izobrazbo (dokončano srednjo medicinsko šolo), ostalim pa so z dodatnim izobraževanjem tudi interno priznali srednješolsko izobrazbo.
Od vseh sodelujočih v razgovorih jih je 18 dočakalo upokojitev v bolnišnici (ena je menjala zaposlitev znotraj bolnišnice), štirje pa so se zaposlili v Zdravstvenem domu.

Delovno mesto ob upokojitvi	Število oseb
V bolnišnici	18
Zunaj bolnišnice (zdr. dom.)	4
Skupaj	22

Tabela 2: Mesto zaposlitve ob upokojitvi

7.2. Pacienti

7. 2.1. Štirinajst življenjskih aktivnosti V. Henderson

V drugem sklopu so bila vprašanja oblikovana glede na štirinajst življenjskih aktivnosti V. Henderson in samostojnosti pacientov pri izvajanju le teh. Zanimalo me je, kako so se pacienti obnašali, koliko so sodelovali pri zdravljenju, kako so se hranili in podobno.

V pričevanjih nekdanjih bolničarjev in bolničark je razvidno, da se je v tistem času od njih pričakovalo predvsem, da so pacienti umiti, snažni, v čisti obleki in siti. V svojih odgovorih so poudarjali vzdrževanje osebne higiene, preoblačenje in hranjenje.
Za zagotavljanje varnosti so po pričevanju vseh tedaj uporabljali mrežnice in ovirnice, predvsem pa zaklenjene dnevne sobe.
Možnosti za rekreacijo, gibanje in ustvarjalno delo pacientov so bile zelo skromne. Tudi dela, ki so ga pacienti želeli opravljati v lastno zadovoljstvo in hkrati v pomoč osebju, nadrejeni niso odobravali.

Svojevrsten problem je bilo hranjenje pri obrokih. Pacienti so smeli uporabljati le aluminijaste žlice, krožnike in plastične skodelice. Za juho so imeli skodelice brez ročajev, za kavo, čaj ali kompot pa skodelice z ročajem. Nožev in vilic pa tedaj sploh niso uporabljali.

V predpripravi hrane pa je bilo povsem običajno, da je osebje meso vsem pacientom pred serviranjem razrezalo. Niso bili pozorni na izgled obroka. Vse jedi so bile na enem krožniku.
Respondenti so povedali, da so bile omejitve pri uporabi pribora izključno zaradi varnosti. Aluminij je mehak material in pri uporabi moči se zvije. Tako je možnost resnejših poškodb zmanjšana na najmanjši možen nivo.
Po pričevanjih respodentov, pa so jedilnice pogosto izgledale kot bojno polje. Kljub temu, da so plastične skodelice letele po tleh, se poškodovale do te mere, da niso bile več uporabne, vendar pa so bile varnejše kot pa kasneje črepinje porcelanastih skodelic.

Vsi, ki delamo v psihiatrični zdravstveni negi, se srečujemo s problemom odklanjanja rednega uživanja predpisanih zdravil in sploh zdravljenja. Tudi v preteklosti ni bilo nič drugače. Drugačne pa so bile možnosti in sredstva, ki so se jih pri tem imeli možnost posluževati.

Da je pacient vendarle dobil predpisano zdravilo, so imeli različne pristope. Najprej so poskušali tablete zdrobiti v prah in le tega skriti v hrano. Ko to ni več delovalo, so dajali kapljice v tekočino (če so bile na voljo!). Potrebno je povedati, da v začetku ni bilo na voljo toliko vrst zdravil in tudi ne toliko oblik istega zdravila, kakor danes. V naslednji fazi pa so do zdravil odklonilnim pacientom dajali predpisana zdravila v injekcijah, pogosto je bila za to potrebna uporaba fizične sile.

Danes vemo, da je za učinkovitejše zdravljenje potrebno pridobiti pacientovo zaupanje in vzbuditi v njem skrb za lastno zdravje ter na ta način pridobit tudi njegovo sodelovanje. Kako pa je bilo s tem pred petdesetimi leti?
Respondenti so povedali, da sodelovanja med pacientom in zdravnikom praktično ni bilo, oziroma ga niso opazili. Čeprav se je morda na individualnih pogovorih zdravnik s pacientom dogovoril kaj v zvezi z zdravljenjem, pa v praksi tega ni bilo opaziti, ker je bil dolgo časa en sam zdravnik za več kot štiristo pacientov. Po drugi strani pa tudi ni bilo zdravil na razpolago, ki bi bila primerna.
Vsak človek ima svoje mnenje, želje in pričakovanja, četudi se nahaja na zdravljenju v psihiatrični ustanovi. Danes se jih skuša optimalno upoštevati glede seveda na možnosti in pacientovo psiho-fizično stanje. Kako pa je bilo pred 50 leti?
Respondenti so bili mnenja, da je bilo preveč pacientov, da bi upoštevali njihova mnenja, želja ali poskušali izpolniti njihova pričakovanja. Šele s z zaposlitvijo socialne delavke se je skušalo izpolnit tudi želje oz. pričakovanja. Pacienti so bili v pasivni vlogi in individualnega pristopa je bilo zelo malo.

Ljudje imamo kdaj pa kdaj radi tudi kanček zasebnosti zlasti pri osebni higieni, preoblačenju in tudi pri vsakodnevni toaleti na WC-ju. Kakšne pa so bile možnosti tedaj?
Vsi vprašani respondenti so si bili na pogovoru enotni, da v obdobju od leta 1957- 1967 leta pacienti niso imeli praktično nobene zasebnosti. Kot vzrok navajajo izredno veliko število pacientov na oddelkih in zagotavljanje njihove varnosti. Edini kraj, kjer so pacienti imeli nekaj zasebnosti, je bilo stranišče.

Respondenti so bili pri tem vprašanju mnenja, da so pacienti sicer imeli možnost obiskov, vikendov, sprehodov samostojnih nakupovanj ipd., vendar ni bilo svojcev, ki bi jih redno obiskovali, jih jemali na vikende v domače okolje. Prav tako v tistem obdobju ni bilo v navadi organizirati prireditve znotraj bolnišnice za širšo javnost, kot ni bilo v navadi, da bi se pacienti udeleževali prireditev v mestu. V tistem obdobju tudi še ni bilo televizije, ki bi malo popestrila večere. Družabnega življenja tako praktično ni bilo. Pacienti večinoma niso imeli ničesar svojega. Šele kasneje so socialne delavke urejale pokojnine, tako da so pacienti imeli tudi nekaj sredstev, ki pa so jih porabili v glavnem samo za cigarete.

7. 3. Sprejem

Prvo vprašanje se je nanašalo na sprejem mirnega pacienta.
Vsi moji sogovorniki so povedali enako. Pacienta so morali ob sprejemu obvezno skopati, preobleči v bolnišnično perilo, mu odvzeti vse njegove stvari in mu dati zdravila. Sprejemna soba je bila pri vratarju, ki je tudi obvestil dežurnega zdravnika in sestro o prihodu pacienta. O sprejemu pa zdravstveno osebje na oddelku. Običajno osebje ni bilo obveščeno kakšen pacient bo sprejet.
Pacient je bil zopet v pasivni vlogi: morali so ga skopati..., morali so ga preobleči..., vse svoje stvari je moral oddati ali pa so mu jih odvzeli. Njegova naloga je bila, da »uboga«, popije zdravila in gre spat.

Kar samo se je postavljalo naslednje vprašanje. Kakšen pa je bil postopek ob sprejemu akutno razburjenega ali agresivnega pacienta?
Tu pa so se mnenja mojih sogovornikov nekoliko razhajala. Večina jih je povedala, da so morali po vse paciente ne glede na njihovo psihično in tudi fizično stanje v sprejemno sobo- k vratarju. Le nekaj jih je bilo mnenja, da so nekateri zdravniki pa vendarle v primeru pacientove agresivnosti izvedli sprejem na oddelku. Posebnost so že takrat bili sprejemi pacientov, ki so bili privedeni v spremstvu policistov.
Razburjene paciente so poskušali umiriti na miren način, s prigovarjanjem. Če to ni pomagalo, so poklicali pomoč oseb iz drugih oddelkov, da so pacientu nadeli ovirnico in mu dali injekcijo ali pa so ga zaprli v mrežnico, vendar je to moral odobriti zdravnik.

Pri obveščanju osebja je vratar včasih povedal, da morata priti dva tehnika. Le po tem so vedeli, da je pacient morda agresiven. Sam postopek sprejema pa je bil enak, kot pri običajnem sprejemu, le da se je kopanje in preoblačenje izvedlo nekoliko kasneje.

Kakšne metode in sredstva umirjanja so tedaj uporabljali?
Vsi sogovorniki so povedali, da so se najprej s pacienti dogovarjali, jih skušali pregovoriti. Vendar so hitro ugotovili, da včasih s tem ne dosežejo učinka. Takrat so na ženskih oddelkih poklicali na pomoč sodelavce iz moških oddelkov. Sredstvo umirjanja je bila ovirnica in mrežnica. Tudi aplikacija injekcije kot sredstva kemičnega oviranja je pri akutno vznemirjenih pacientih običajno potrebovala uporabo fizične sile moškega dela osebja.

Kam pa so vse dogodke glede pacientov zabeležili- dokumentirali?
Edina dokumentacija, kamor so beležili stanje pacientov sta bili raportna knjiga in predaja službe.
Na temperaturni list takratno osebje ni smelo ničesar zabeležiti. Njihovo nahajališče pa je bilo v pritličju za celo stavbo oz. za vse štiri oddelke.
Vse posebnosti, ki so se pripetile v popoldanskem in nočnem času, so zabeležili v raportno knjigo, ki jo je zjutraj prebrala dopoldanska sestra in prepisala na temperaturni list. (nap. zdravila po potrebi, neobičajne dogodke...)
V drugo knjigo- predaja službe pa so napisali vse kar je bilo važno za naslednjo delovno izmeno.

Sogovornike sem vprašala kaj so sami storili, da se je pacient pomiril in kakšna navodila so imeli s strani nadrejenih.
Povedali so, da je bilo njim najlaže, če se je dalo z njim pogovorit, ga na tak način umiriti. So se pa hitro izurili, da so znali presodit kdaj bo pogovor učinkoval, oz. kdaj je potrebno poklicati pomoč in ukrepati s pomočjo kemičnih in fizičnih ovirnic.
Sogovorniki so vsi enako povedali, da se z njimi o boleznih pacientov, za katere so skrbeli, ni nihče pogovarjal. Rekli so celo, da je bilo vse zelo skrivnostno. Tudi navodil oz. priporočil kako ravnati s posameznim pacientom jim ni nihče posredoval. Vsak v negovalnem timu se je moral znajti sam. Nihče si tudi ni upal karkoli vprašati, prositi za pojasnilo.

V literaturi je pomemben moment tudi postopanje z osebnimi predmeti ob sprejemanju v ustanovo, ki ima status azila (npr.tudi zapori) (Gffman, 1988). Kako je bilo s tem v tem začetnem obdobju PBI ?
Vse osebne predmete se je ob sprejemu pacientom odvzelo, vse stvari so se popisale in spravile. Obdržali so lahko le malenkosti, ki niso imele denarne vrednosti. Pacienti pa po mnenju sogovornikov vrednih stvari, dragocenosti ali premoženja niti niso imeli.

Za zaključek tretjega sklop vprašanj sem sogovornike poprosila, da mi nanizajo nekaj konkretnih izkušenj, ki so jih tedaj doživele.
Pri odgovorih na to vprašanju je opaziti, da se je predvsem ženskega dela osebja dotaknilo hudo psihično stanje pacientk, ki so naštele kar nekaj primerov.
Moški del sogovornikov je bil bolj zadržan in je podajal bolj splošne ugotovitve.

8. RAZPRAVA

Pričujoča raziskava je pokazala, kako je potekalo delo zdravstvenemu osebju pred skoraj petdesetimi leti. Dokazuje, da je osebje izvajalo tradicionalno zdravstveno nego, čeprav so tedaj govorili zgolj o negi. Vsi postopki so bili izvedeni le za bolnika in ne skupaj z njim. Bolnik je bil povsem pasiven in v odvisni, podrejeni vlogi.
Negovalna dokumentacija je bila skromna, vsi bolnikovi problemi in potrebe so bili odkrivani naključno. Pomembno je bilo, da je bil čist, sit in suh, da so bile torej (po Maslowu) zadovoljene njegove osnovne fizične potrebe.
Osebje, ki je pri raziskavi sodelovalo, ni imelo nikakršnih predhodnih izkušenj za delo z bolniki, sploh pa ne za delo s psihiatričnimi bolniki. Vendar pa to ne pomeni, da se niso trudili in bili za tedanje razmere tudi relativno uspešni. V razgovoru z respondenti sem začutila, da kljub težkim razmeram, nerazumevanju nadrejenih in ne nazadnje tudi nepoznavanju narave bolezni, niso delali rutinsko, ampak humano, altruistično in z empatijo do bolnikov. Kljub znanju, ki so ga pridobili le z izkušnjami in torej niso imeli potrebnega strokovnega znanja, so bili na prvem mestu predvsem ljudje. Začutili so njihovo nemoč, stisko in predvsem strahove, ki se pojavljajo skupaj s psihiatričnimi boleznimi pacientov. Zaposleni v tedanji bolnišnici so na nek način »dihali« skupaj z njo. Ne vsi, velika večina pa, si je sezidala domove prav v njeni neposredni bližini. Kljub težkim razmeram je večina sogovornikov delala v bolnišnici vse do upokojitve.

S pomočjo kvalitativne študije je omogočeno boljše razumevanje tedanjih razmer v Bolnici za duševno in živčno bolne v Idriji. Odgovori so bili kompleksni in so se nanašali na več vprašanj hkrati.
Čeprav je imela tedanja bolnišnica vse značilnosti azila (Goffman,1988), pa so vsi sodelujoči v raziskavi pokazali veliko mero humanosti in požrtvovalnosti in tudi nesebičnosti.

9. ZAKLJUČEK

Zdravljenje in zdravstvena nega duševno bolnih sta bila vedno odvisna od odnosa obstoječe družbe do njih. Tudi danes je psihiatrična zdravstvena nega v svoji specialnosti in posebnosti v odnosu do drugačnih, ranljivejših in občutlivejših bolnikov nenehno na preizkušnji. V sodobnem času je psihiatrična zdravstvena nega predvsem proces človeške komunikacije in značilen medoseben odnos med medicinsko sestro in bolnikom. Usmerjen je v pomoč bolniku, da doseže največjo mero samostojnosti in neodvisnosti oz. prilagojenega funkcioniranja ob upoštevanju njegovih zmožnosti in sposobnosti. Danes je to individualno načrtovana zdravstvena nega, ki bolnika spodbuja k prevzemanju odgovornosti za lastno zdravje. Osredišča se okrog etike skrbi in predstavlja pomembno alternativo k »tehničnemu« odnosu do bolnikov, ki prevladuje v sodobnem zdravstvu.
Psihiatrična zdravstvena nega kot integralni del zdravstvene oskrbe v Psihiatrični bolnišnici Idrija danes pomembno prispeva k čim boljši in čim hitrejši usposobitvi bolnikov za vrnitev v njihovo delovno življenjsko okolje.
Zavedati se moramo, da se naše delo tu ne zaključi. Psihiatrični pacienti so tudi po končanem »zazdravljenju« drugačni, ranljivejši in občutljivejši. S kontinuirano zdravstveno nego in skupnostno skrbjo ter učinokvitem sodelovanju s službami na terenu, bi omogočili psihiatričnim pacientom, da zaživijo polnejše in kvalitetnejše, predvsem pa bolj zdravo življenje zunaj bolnišnice. Hkrati bi s tem podaljšali čas dobrega počutja in zmanjšali pogostost ponovnih hospitalizacij.
Sodobna zdravstvena nega je kakovostna, kontinuirana in avtonomna stroka. Petra Kersnič pa ugotavlja (Utrip, 2007), da pogosto govorimo o timskem delu, ko govorimo o pristopih v zdravstvenem varstvu. Vendar pa je ostala močna hierarhija, ki ima s timskim delom in relacijami znotraj tima malo skupnega. To pa pomeni tudi nespoštovanje zdravstvene nege kot samostojne stroke, iz česar izhaja problem pomanjkanja medicinskih sester.Vendar pa naloga sodobne zdravstvene nege ni več služenje drugim poklicem. Psihiatrična zdravstvena nega je specifična stroka, vendar pa ima na tej ravni tudi stične točke.

Strinjam se s primarijem Felcem, ki je zapisal v Osamelcih: »Človeka, ki dela v psihiatriji, naj razvesele tudi majhni uspehi. To pa je breme, ki ga lahko nosijo le notranje uravnotežene, zrele osebnosti, ki jih poleg povedanega usmerjata tudi izkušnja in znanje.«

10. LITERATURA

Bolnica za duševno in živčno bolne Idrija. Poslovna poročila Bolnice za duševne bolezni 1957- 1967.

Clift MJ. Kaj je zdravstvena nega. Obzor Zdr N 1996; 30: 1-2.

Čuk V. Psihiatrična bolnišnica Idrija. V: Iz zgodovine za prihodnost-razvoj psihiatrične zdravstvene nege. Ljubljana: Psihiatrična in nevrološka sekcija ZZNS, 1999: 111-32.

Evers G.C.M. Razvijanje funkcije zdravstvene nege v družbi. V: Zbornik predavanj in posterjev 3. Kongresa zdravstvene nege. Portorož: Zbornica zdravstvene nege, 2001:23-4.

Felc J. Osamelci. Koper: Založba Lipa, 1982b: 42

Felc J. Osamelci. Koper: Založba Lipa, 1982a: 146

Flaker V. Odpiranje norosti, vzpon in padec totalnih ustanov. Ljubljana: Založba/*cf. Oranžna zbirka, 1998.

Goffman E. Azili (povzetek). v: Flaker V., in Urek M. (ur.). Hrastovški anali za leto 1987, RK ZSMS Ljubljana. 1988: 73-137.

Hajdinjak A. Pomen teoretičnih modelov za sodobno zdravstveno nego. Obzor Zdr N 1999; 33: 137-40.

Hajdinjak A., Meglič R. Pomen standardov v sodobni zdravstveni negi. Obzor Zdr N 2001; 35: 29-35.

Henderson V. Osnovna načela zdravstvene nege. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 1998: 86.

Kanoni J., Boršnar M., Kostnapfel J., Magajna B., Milčinski L., Vončina N. Pota in cilji slovenske psihiatrije nekoč in danes. V: Smerdu F. (ur.) Poslanstvo slovenskega zdravnika. Ljubljana: Slovenska matica v Ljubljani, 1965: 119-79.

Kersnič P., Zgodovinsko oko. Utrip 2007; 9:45.

Klemen J. Kaj imenujemo bolezen uma-Zgodovina psihiatrije v Ljubljani v 19. in začetku 20. Stoletja. VICEVERSA, 1997; 18: 28-38.

Škerbinek A.L. Oris zgodovine in razvojne perspektive psihiatrične zdravstvene nege .V: Priročnik psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije za medicinske sestre in zdravstvene tehnike klinika Ljubljana. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana, 2000: 7-14.

Škerbinek A. L. Pasti psihiatrične zdravstvene nege. Obzor Zdr N 1998; 32:181-3.

Škerbinek L. Psihiatrična klinika Ljubljana. V: Iz zgodovine za prihodnost-razvoj psihiatrične zdravstvene nege. Ljubljana: Psihiatrična in nevrološka sekcija ZZNS, 1999: 40-50.

Škerbinek L. Psihiatrična zdravstvena nega. Zdrav Obzor 1987; 21: 169-73.

Šmitek J. Sistem delitve dela v bolnišnični zdravstveni negi. Obzor Zdr N 2000; 34: 177-84.

Šmitek J. Zdravstvena nega- etična disciplina in praksa. V: Klemenc D., Kvas A, Pahor M,

Šmitek J,ets.Zdravstvena nega v luči etike. Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana. Ljubljana, 2003; 34-40.

Šmitek J. Uporabnost teorij etike v zdravstveni negi. V: Klemenc D., Kvas A, Pahor M,

Šmitek J,ets.Zdravstvena nega v luči etike. Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana. Ljubljana, 2003; 13-19.

Šušteršič O., Rajkovič v. Filozofija in etika. V: Informacijski sistem patronažne zdravstvene nege. Kranj: Založba Moderna organizacija, 2000: 19-20.

Šušteršič O. Rajkovič V. Kljajić M. Nova kakovost, ki jo prinaša strukturiran zapis v dokumentiranju zdravstvene nege. Obzor Zdr N 2000; 34: 185-92.

Tschudin V. Strokovna, etična in pravna odgovornost:širša perspektiva. V: Klemenc D., Kvas A, Pahor M, Šmitek J,ets.Zdravstvena nega v luči etike. Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana. Ljubljana, 2003; 27-33.

Urbančič K. Zgodovinski razvoj zdravstvene nege. Obzor Zdr N; 30: 21-8.

REZULTAT USPEŠNEGA POVEZOVANJA STROK = DOBRA PRAKSA (1.del)

Agata DUJC, del. terapevtka, vodja razvojnega programa CSD Koper

STANOVANJSKA SKUPINA

1. Uporabniki programa

Program stanovanjske skupine je namenjen ljudem, ki imajo dolgotrajne težave v duševnem zdravju in so duševno prizadeti ter so občani Mestne občine Koper. Prvenstveno je dejavnost namenjena osebam, ki so pod skrbništvom in ne morejo živeti same. Gre za osebe, ki so bile pogosto in dalj časa na zdravljenju v psihiatričnih ustanovah ali pa nameščene v posebnih socialnih zavodih. Oblikovanje in inplementacija programa, ki je smiselno povezan tudi s programom dnevnega centra, sta omogočila vključitev v obravnavo v domačem, njim poznanem socialnem okolju, kar omogoča stalne stike z družino in ndrugimi bližnjimi osebami ter zagotavlja možnost za aktivno in polno življenje v skupnosti. Program je bil oblikovan na podlagi identificiranih potreb uporabnikov, ki so jih, pri svojem delu, zaznali strokovni delavci CSD Koper. Ugotavljanje potreb uporabnikov ostaja, vse od implementacije programa, ena ključnih nalog, saj se potrebe uporabnikov skozi čas, posebej pa z doseganjem večje samostojnosti spreminjajo. Obenem pa se spreminjajo tudi možnosti v skupnosti. Pri oblikovanju programa smo sledili strokovni doktrini, ki se je v našem prostoru uveljavila predvsem konec osemdesetih oz. v začetku devetdesetih let ter s tem načelom deinstitucionalizacije, destigmatizacije in aktivne participacije oseb s težavami v duševnem zdravju.
Program je pomemben tako z vidika ugotavljanja in zadovoljevanja potreb uporabnikov in njim bližnjih drugih oseb kot tudi skupnosti, saj prispeva k zmanjševanju števila hospitalizacij in vključitev v zavode. Poleg tega pa s svojim delovanjem prispeva k spremembi pogleda na osebe s težavami v duševnem zdravju in posledično k normalizaciji odnosa do teh oseb.
Najpomembnejši cilj programa je usposobitev uporabnika/ce za samostojno življenje oziroma za življenje z manj podpore (oziroma pomoči drugih oseb). Z namenom doseganja tega cilja, program vključuje socialno, zdravstveno in zaposlitveno rehabilitacijo.

2. Posebnosti programa

Sestavni del projekta DDTC Barčica predstavlja Stanovanjska Skupina, ki ima pomembno vlogo v strukturi projekta. Rečemo lahko, Stanovanjska Skupina predstavlja ključni materialni predpogoj, v doseganju zastavljenih ciljev, saj omogoča življenje zunaj klasičnih institucij, osebam, ki te možnosti sicer ne bi mele, saj nimajo matičnih družin oziroma v njih ne morejo živeti. Ugotavljamo, da interes po taki obliki vključevanja uporabnikov v oba dopolnjujoča projekta opazno raste. Rezultati o napredku, osebnostni rasti in razvoju stanovalcev/k namreč postajajo v oklju vidni in zaznavni.

3. Vizija prihodnosti

Projekt Stanovanjske Skupine je živ organizem, ki raste, se spreminja, se razvija in potrebuje vedno nove inpulze iz oklja, kar povzroča med stanovalci/kami osebnostno rast, nove izkušnje, nova znanja in spretnosti. V prihodnje bomo povzročali v neposrednem oklju Stanovanjske Skupine nove stike, nova povezovanja, maksimalno bomo delovali v smeri odpiranja in sodelovanja z zunanjimi subjekti. Pri tem mislimo tudi na uporabnike DDTC Barčica, ki stanujejo v blžini Stanovanjske Skupine. Zanje je Stanovanjske Skupina z dopolnilnimi programi kvalitetnega preživljenja prostega časa lahko prostor in kraj dodatnih popoldanskih aktivnosti.
Nadalje bomo krepili sodelovanja kot je individualno sodelovanje stanovalcev/k s člani društva Viharnik in skupinsko povezovanje s skupino ogroženih otrok Murnčki. Obe aktivnosti izkazujeta pozitivne odzive stanovalcev/k.

1. Projekt – naučimo se voziti z mestnim avtobusom, skrb za redno nabavo mesečmih vozovnic.
2. Projekt – redno obiskujemo knjižnico.
3. Projekt – vključevanje uporabnikov, ki niso stanovalci Stanovanjske Skupine, so pa vključeni v projekt DDTC Barčica, v prostočasne aktivnosti v Stanovanjske Skupine.

V program se v okviru redne prakse na fakulteti uključujejo študenti fakultete za socialno delo in drugih fakultet na primorskem, kar želimo še razširiti in okrepiti. Namreč, menim da je velikega pomena, da študenti v času študija spoznajo tudi delo na področju duševnega zdravja. Zaposleni jim z veliko strokovnega znanja in pridobljenimi delavnimi izkušnjami lahko približamo in prikažemo to področje v praksi.
Z Zavodom z zaposlovanje Republike Slovenije smo sooblikovali projekt zmanjševanja brezposelnosti in na ta način pridobili nove sodelavce – javne delavce. Pri tem je projekt Stanovanjske Skupine pridobil vlogo izobraževalnega programa. S strokovnimi znanji in delavnimi izkušnjami smo javne delavce opremili s potrebnimi znanji za izvajanje podpore ljudem, ki imajo težave v

duševnem zdravju in niso vključeni v nobeno obliko socialnega varstva. Trije javni delavci so se v obdobju polletja usposabljali v projektu. Sedaj samostojno izvajajo dela in naloge na terenu.
S pomočjo koordinatorice za izvajanje nadomestne kazni za odrasle in sodišči RS, natančneje po določilih Zakona o kazenskem postopku in Zakona o izvrševanju kazenskih sankcij, smo v projekt uspešno vključili dva kaznovana državljana RS, ki sta opravila splošno kristno delo. Izkušnja nam je prinesla obojestransko koristne rezultate. Na ta način smo uspeli problematiko ljudi, ki imajo težave v duševnem zdravju, približati ljudem, ki se drugače v svojem življenju ne srečujejo s tovrstno problematiko.

REZULTAT USPEŠNEGA POVEZOVANJA STROK = DOBRA PRAKSA (2. del)

Tjaša RODMAN, soc. delavka, vodja projekta. Razvojni program CSD Koper

DNEVNI DELOVNO TERAPEVTSKI CENTER BARČICA

1. Kdo so uporabniki programa?

Program dnevnega centra je namenjen ljudem, ki imajo dolgotrajne težave v duševnem zdravju in so duševno prizadeti ter so občani Mestne občine Koper. Prvenstveno je dejavnost namenjena osebam, ki so pod skrbništvom in ne morejo živeti same. Gre za osebe, ki so bile pogosto in dalj časa na zdravljenju v psihiatričnih ustanovah ali pa nameščene v posebnih socialnih zavodih. Oblikovanje in implementacija programa, ki je smiselno povezan tudi s programom Stanovanjske skupine[1], sta omogočila vključitev v obravnavo v domačem, njim poznanem socialnem okolju, kar omogoča stalne stike z družino in drugimi bližnjimi osebami ter zagotavlja možnost za aktivno in polno življenje v skupnosti. Program je bil oblikovan na podlagi identificiranih potreb uporabnikov, ki so jih, pri svojem delu, zaznali strokovni delavci CSD Koper. Ugotavljanje potreb uporabnikov ostaja, vse od implementacije programa, ena ključnih nalog, saj se potrebe uporabnikov skozi čas, posebej pa z doseganjem večje samostojnosti spreminjajo. Obenem pa se spreminjajo tudi možnosti v skupnosti. Pri oblikovanju programa smo sledili strokovni doktrini, ki se je v našem prostoru uveljavila predvsem koncem osemdesetih oz. v začetku devetdesetih let ter s tem načelom deinstitucionalizacije, destigmatizacije in aktivne participacije oseb s težavami v duševnem zdravju.

Upoštevali pa smo tudi izkušnje in znanja domačih in tujih programov ter strokovnjakov na področju duševnega zdravja. Kljub temu pa program DDTC Barčica predstavlja svojevrstno novost na tem področju in s tem vzorčni model, ki ga je moč prenašati v druga okolja, seveda ob upoštevanju lokalnih specifik.

Program je pomemben tako z vidika ugotavljanja in zadovoljevanja potreb uporabnikov in njim bližnjih drugih oseb kot tudi skupnosti, saj prispeva k zmanjševanju števila hospitalizacij in vključitev v zavode. Poleg tega pa s svojim delovanjem prispeva k spremembi pogleda na osebe s težavami v duševnem zdravju in posledično k normalizaciji odnosa do teh oseb.

Najpomembnejši cilj programa je usposobitev uporabnikov/ic za samostojno življenje oziroma za življenje z manj podpore (oziroma pomoči drugih oseb). Z namenom doseganja tega cilja, program vključuje socialno, zdravstveno in zaposlitveno rehabilitacijo.

2. Posebnosti programa

Program predstavlja svojevrstno novost na področju duševnega zdravja ter s tem tudi model dobre prakse, ki jo je moč prenašati v druga okolja. Posebej kolikor ga ocenjujemo kot smiselno povezanega z našo Stanovanjsko skupino, predstavlja pomembno možnost/priložnost za ljudi, ki imajo težave v duševnem zdravju. Dejstvo je namreč, da pred implementacijo programa te osebe praviloma niso imele nobene možnosti za življenje v skupnosti ter posledično za dejansko integracijo v skupnost. Program je pomemben tudi z vidika lokalne skupnosti, saj se, z delovanjem programa, zmanjšuje tako število hospitalizacij kot tudi število neprilagojenih in nepreskrbljenih občanov/k. Eden ključnih prispevkov programa je moč videti tudi v tem, da omogoča spremembo pogleda na osebe s težavami v duševnem zdravju, saj s svojim načinom dela dokazuje, da so te osebe sposobne v skupnosti živeti in participirati, s tem pa jih ni moč več reducirati zgolj na objekte skrbi drugih. Z navedenim pa je moč reči, da že sama zagotovitev obstoja programa in njegove kontinuitete, lahko predstavlja cilj, ki je pomemben že sam po sebi.

[1] *Del uporabnikov programa DTC Barčica namreč živi v stanovanjskih skupinah CSD Koper.*

Novosti

Ob iskanju možnosti in priložnosti za širjenje šibkih socialnih mrež uporabnikov in uporabnic smo s strokovnim vodjem Društva za zdravo življenje in dobre medčloveške odnose Viharnik iz Kopra izdelali načrt povezovanja. Člani društva Viharnik imajo trenutno vlogo prostovoljcev, ki se enkrat mesečno srečujejo z zainteresiranimi uporabniki dnevnega centra. Vsa srečanja so bila usmerjena v sklepanje novih prijateljstev, osvajanje novih vlog, h krepitvi telesnih aktivnosti in kondicije.

Tudi z Medgeneracijskim društvom Svetilnik iz Kopra smo stkali prijetno prijateljstvo. Organizirali smo tri tematska srečanja, na katerih smo ugotovili, da so prijetna tako za uporabnike dnevnega centra, kakor tudi za člane društva. Izoblikovali so pobudo, da si takih srečanj še želijo, zato s sodelovanjem nadaljujemo.

Aktivno smo se vključili in vzpostavili stike s Krajevno skupnostjo Olmo ter posledično s Turističnim društvom Olmo-Prisoje in Društvom upokojencev Olmo-Prisoje. Ob tem smo kot aktivni člani prvič sodelovali na občinskem prazniku s promocijo lastnih izdelkov in bili ponovno sodelavci pri oblikovanju zabavnega programa ob tradicionalnem prazniku krajevne skupnosti.

Zavod za zaposlovanje RS je v začetku letošnjega leta objavil razpis za javne delavce. Center za socialno delo Koper, čigar razvojni projekt smo, je izkoristil priložnost in tri javne delavce vključil v aktivnosti na področju skrbništva. Z ozirom na pridobljene izkušnje in znanja na področju duševnega zdravja, smo strokovni delavci dnevnega centra prevzeli vlogo koordinatorja aktivnosti in organizirali osnovno izobraževanje na področju dela z odraslimi, ki imajo težave v duševnem zdravju. Storitev že beleži prve izredno dobre rezultate, kar lahko utemeljimo z dejstvom, da sta se dva uporabnika, ki nista vključena v projekt dnevnega centra ob vzpodbudi javnih delavcev, odločila za sodelovanju na štiridnevnem letovanju na morju, ki smo ga organizirali in izvedli strokovni delavci za uporabnike dnevnega centra. Dogodek je dokaz, da smo dosegli prve korake resocializacije in ponovne integracije uporabnikov v družbo, kljub njihovi dolgoletni izključenosti in neaktivnosti.

Dnevni center je s Fakulteto za socialno delo vzpostavil uspešno sodelovanje tudi na področju izobraževanja. Redno nudimo študentkam fakultete možnost opravljanja obvezne študijske prakse. Sodelovanje je uspešno, saj se študentke v program vključujejo kasneje tudi kot prostovoljke, kar dokazuje, da je projekt živ organizem, ki nudi strokovno rast bodočih socialnih delvk.

3. Vizija prihodnosti programa

Ena od vizij je vsekakor osamosvojitev programa in pridobitev statusa. Poleg tega program vidimo v vlogi povezovalnega telesa vladnih in nevladnih organizacij, ki s svojimi aktivnostmi dopolnjujejo mrežo storitev in s tem večajo možnosti izbire poti h kvalitetnejšemu načinu življenja za ljudi s težavami v duševnem zdravju. Program vidimo kot ustrezno vmesno obliko med bolnišnico/zavodom in samostojnim življenjem. Ta oblika je pomembna, saj omogoča postopno vključevanje v življenje zunaj institucije. Dejstvo je, da uporabnik, ki se po dolgoletnem bivanju v zavodu vrne v domače okolje, ni takoj sposoben samostojnega in neodvisnega življenja. Prva stopnja socializacije bi vsekakor moral biti DDTC Barčica, od koder bi se uporabnik nato opolnomočen napotil naprej.

V povezavi s slednjim vidimo v programu vzorčni model dobre prakse, ki bi jo bilo potrebno implementirati na način, da bi bila kot možnost dostopna tudi v drugih okoljih. Našo vlogo pa v promociji take oblike dela in v strokovni podpori izvajalcem, ki bi želeli implementirati tovrstni program. Vlogo vzorčnega modela in učne baze program opravlja praktično od svoje ustanovitve dalje, z leti izkušenj pa bi strokovni delavci centra lahko prevzeli tudi vlogo strokovne podpore pri implementaciji in začetnem spremljanju novih programov.

Z namenom približati svoje delo širši javnosti konstantno nadgrajujemo program z družabnimi/kulturnimi/izobraževalnimi dejavnostmi ter program tematskih predstavitev v medijih.

Vključevanje javnih delavcev v program pa pomeni za program še dodaten razvoj in rast, saj na ta način posredno plemenitimo in z različnimi vsebinami polnimo življenjsko dinamiko ljudi, ki imajo težave v duševnem zdravju in niso nikamor vključeni.

Potrditev, da je program uspešen je vsekakor tudi občinsko priznanje, ki smo ga prejeli lansko leto.

Kot rečeno, sestavni del projekta DDTC Barčica predstavlja Stanovanjska skupina, ki ima pomembno vlogo v strukturi projekta. Rečemo lahko, da stanovanjske skupine predstavljajo ključni materialni predpogoj v doseganju zastavljenih ciljev, saj omogočajo življenje zunaj klasičnih institucij, osebam, ki te možnosti sicer ne bi imele, saj nimajo matičnih družin oziroma v njih ne morejo živeti. V prihodnje bomo, v sodelovanju s programom Stanovanjske skupine ter v sodelovanju z zdravstvenimi ustanovami in socialnimi zavodi, spremljali potrebe po tovrstni obliki obravnave. Ob tem bomo evidentirali posebej a.)potrebe po vključitvi DDTC Barčica in b.) potrebe po bivanju v programu Stanovanjske skupine.

Op U: Literatura so viri avtoric članka

DRUGI STROKOVNI ČLANKI

ZADOVOLJSTVO BOLNIKOV Z ZDRAVSTVENO NEGO V PSIHIATRIČNI BOLNIŠNICI IDRIJA

Andreja Gruden dipl.ms, Psihiatrična bolnišnica Idrija

Članek temelji na diplomskem delu z istim naslovom, ki je nastal leta 2003 na Univerzi v Mariboru Visoka zdravstvena šola.)

Izvleček:V članku je predstavljen teoretični del diplomske naloge, ki opredeljuje kakovost v zdravstvu in zdravstveni negi ter zadovoljstvo bolnikov ter del rezultatov pridobljenih z anketnim vprašalnikom o zadovoljstvu bolnikov z kvaliteto zdravstvene nege v Psihiatrični bolnišnici Idrija.

UVOD

V zadnjih desetletjih se s sodobnim civilizacijskim napredovanjem krepijo prizadevanja za izboljšanje tistih družbenih dejavnosti, ki vplivajo na zdravje in življenje prebivalstva.
Vse bolj osveščena javnost pričakuje od zdravstvenih delavcev, da so pri delu učinkoviti, racionalni, predvsem pa da delajo kakovostno (Kadivec, 1998).
Ocenjevanje kakovosti na področju zdravstva je vedno vodilo predvsem v oceno opravljene količine dela. Šele razvitejša metodologija zagotavlja kakovost tudi na področju zdravstva in odpira realne možnosti za ocenjevanje kakovosti dela. Zdravstvena nega kot zdravstvena disciplina je eden ključnih dejavnikov pri oblikovanju ciljev in načina za doseganje kakovostnega zdravstvenega varstva. Poteka na vseh ravneh zdravstvenega varstva in je ljudem najbližja.
Zagotavljanje kakovosti je načrtni pristop k ocenjevanju, nadzor in izboljšanje kakovosti zdravstvene oskrbe s cilji:

- obdržati visoko kakovost oskrbe, kjer že obstaja;
- izboljševati kakovost oskrbe, kjer je to potrebno,
- uvajati kakovostne novosti v vsakdanje delo (Kersnik, 1995).

Večina zdravstvenih delavcev in tudi medicinskih sester je prepričana, da svojim bolnikom/varovancem nudijo kakovostno zdravstveno oskrbo. Nekateri dogodki v vsakdanji praksi pa o tem vzbujajo dvom in če hočemo medicinske sestre svoje delo opravljati profesionalno, se moramo nenehno spraševati, kako lahko kakovost zdravstvene nege izboljšamo in bolniku/varovancu pomagamo k ohranitvi in vrnitvi zdravja.
Pogosto uporabljeno merilo za ugotavljanje kakovosti zdravstvene nege je zadovoljstvo bolnikov. Bolniki ocenjujejo kakovost predvsem po tem, kako so izvajalci ravnali z njimi, kakšen odnos so imeli do njih, koliko so se jim izpolnila pričakovanja, ali so izvajalci po njegovem mnenju vredni zaupanja in ali so prišli do oskrbe, kot so jo potrebovali (Kersnik, 1998).
Delo medicinskih sester zahteva popolno predanost in visoko profesionalno usposobljenost.
Zdravstvena nega bo kakovostna, če bo orientirana k bolniku, v reševanje njegovih problemov in usmerjena v nenehno izboljšanje kakovosti.
Če želimo v zdravstvu in zdravstveni negi začeti uvajati celovito kakovost, so potrebne naslednje naloge: opraviti raziskave s področja razvijanja kakovosti zdravstvene nege v različnih sistemih, uvesti rezultate teh raziskav, v programe uvajati nova znanja, razvijati metode za merjenje kakovosti, omogočiti večjo povezavo med teorijo in prakso v sistemih zdravstva, preusmeriti zdravstveno nego, ki je usmerjena k nalogam, k bolniku. (Bohinc- Iršič, 1998).

OPREDELITEV POJMA KAKOVOST

Pojem "kakovost" je stara kot človeštvo.
Kakovost je pojem, ki ga težko opredelimo. Besedo uporabljamo vsak dan, čeprav ne poznamo točno sprejemljive razlage zanjo. Slovar slovenskega knjižnega jezika (1994) definira kriterij: "kar služi kot osnova za vrednotenje, primerjanje ali presojanje, merilo."
Kakovost : "Kar opredeljuje kaj glede na veliko mero pozitivnih lastnosti, kvalitet."
Kakovost opisujemo v odnosu na materialne proizvode, osebe ali značilnosti.
Industrija je že dolgo nazaj morala dokazati svoje trditve o kakovosti. Porabnik se ni zadovoljil samo s trditvijo, da je izdelek skladen z raznovrstnimi tehničnimi merili, ampak ga je želel uporabljati čim bolj neovirano za čim nižjo ceno. Industrija je to dosegla s podrobnim proučevanjem vseh postopkov izdelave, z aktivno vključitvijo vsakega posameznega delavca v ta proces in z definicijo kakovosti kot stopnje usklajenosti karakteristik proizvoda, procesa ali storitve z zahtevami uporabnika ali z vnaprej opredeljenim namenom uporabe. S statističnimi metodami je proučevala vzroke vsake napake, ki so jo opazili kupci, in jo odpravila. Čeprav so bili avtorji te zamisli doma v ZDA pred 2. svetovno vojno, so njihovo metodo dosledno uporabili šele na Japonskem po letu 1952 (Šorli, 1995).
Koncept kakovosti vedno izražamo subjektivno. Sprejeti moramo dejstvo, da je nekdo s posameznim izdelkom ali opravljeno

storitvijo zelo zadovoljen, medtem ko je istočasno nekdo drug zelo nezadovoljen. Sodba o kakovosti je odvisna od posameznikove obveščenosti, izkušenj, pričakovanj in prepoznanih meril kakovosti.

KAKOVOST V ZDRAVSTVU

Definirati kakovost v zdravstvu se je dolgo zdelo skoraj nemogoče. Prvi zgodnji zapisi segajo v Babilonijo 1700 let pr. n. š. V Hamurabijevem zakoniku so zapisane kazni, ki so doletele tedanje zdravnike, ko so povzročili bolniku škodo. Načelo "primum nil nocere" je kasneje pomenilo, v mnogočem pa še danes pomeni, da je kakovosten tisti poseg, ki ne poslabša bolnikovega stanja. Tako implicitno razumevanje kakovosti ne omogoča jasnega razločevanja posameznih stopenj kakovosti. Še slabše, vsak poseg, ki "ne škoduje", torej tudi tistega, ki ne koristi, opredeljuje kot kakovosten (Šorli, 1995).
Zdravništvo je v stoletjih razvilo nekaj metod, ki so zagotavljale nadzor nad tem, da postopki posameznega zdravnika niso "škodili" bolniku. To je bil nadzor, ki so ga izvajali drug nad drugim ali starejši, bolj izkušeni nad mlajšimi in na skupnih sestankih s poročanjem o svojem delu. Natančni postopki so se razvili predvsem v bolnišnicah (vizite, ...). Vse te metode zagotavljajo, da medicinski postopki ne škodujejo bolniku, dajejo vpogled v uspeh zdravljenja, manj ali nič pa povedo o bolnikovem dojemanju koristi postopkov (Šorli, 1995).
Razmišljanje, da je napaka spodbuda in temelj za raziskovanje in izboljšanje kakovosti, je v medicino uvedel Donabedian leta 1966 (Šorli, 1995).

Cilji kakovosti
Poleg poznavanja lastnih uspehov pri delu je nujno postavljanje ciljev, kakšno kakovost želimo doseči. Izvajalci se morajo med seboj dogovoriti, katera je želena kakovost, in pri tem upoštevati tudi izkušnje izvajalcev ter želje bolnikov. Cilje postavimo v dogovoru med izvajalci oskrbe, zdravstvenimi politiki in upravljalci zdravstvenega sistema.
Cilje kakovosti imenujemo SMERNICE (STANDARDI). S standardi postavimo mejo med sprejemljivo in nesprejemljivo kakovostjo v določenih pogojih. Potreben je dogovor, do katere mere bomo dosegali merila oskrbe, ki so znanstveno in strokovno opredeljena. Merila so merljivi deli oskrbe, ki nam služijo za primerjavo med posameznimi izvajalci. Med izidi moramo izbrati kazalnike, na osnovi katerih lahko primerjamo celotno zdravstveno oskrbo. Pojav zapletov ali sprememba zdravstvenega stanja so lahko kazalci izida (Kersnik, 1997).
Leta 1968 je Donabedian definiral kakovost v zdravstvu kot soglasnost med dejansko izvedbo in predhodno postavljenimi kriteriji.
S tem je bila kakovost v zdravstvu prvič postavljena v proces vrednotenja.
O kakovosti v zdravstvu se v zadnjih časih veliko govori tako v svetu kot pri nas. Sestavine kakovostne zdravstvene oskrbe so: visoka stopnja strokovnosti, učinkovita izraba (človeških, finančnih in materialnih) virov, čim manjše tveganje za bolnika, zadovoljstvo bolnika in vpliv na njegovo zdravstveno stanje (Kersnik, 1997).
Kakovostna zdravstvena oskrba dosega zahteve in v skladu z obstoječim znanjem izpolnjuje pričakovanja čim večje koristi ob najmanjših možnih tveganjih za zdravje in dobro počutje bolnika. (Kersnik, 1997)

Vključevanje bolnikov
Vpliv bolnikov na zdravstveno oskrbo je pomemben del izboljševanja kakovosti. Izvajalci na vseh ravneh morajo zagotoviti možnost sodelovanja bolnikov, organizacij bolnikov in ostalega prebivalstva. Imeti morajo posluh za njihove potrebe, želje, težave in pričakovanja v zvezi s kakovostjo (Kersnik, 1997).

KAKOVOST V ZDRAVSTVENI NEGI

V zdravstveni negi je Florence Nightingale opredelila področja, ki so morala biti izvajana na sistematičen način:
- omejitev hrupa okrog ranjencev,
- sestava, kakovost in serviranje hrane,
- kakovost in položaj postelje, žimnice,
- zračnost in čistoča sobe ranjenca,
- osebna čistoča (Marr H. Giebing H. povzeto po Kadivec).

Hkrati je na podlagi zbiranja in beleženja podatkov dokazala, kako pomembna je dokumentacija v zdravstveni negi.
Florence Nightingale je poudarjala, da je šele na podlagi podatkov možno narediti oceno stanja in načrtovati nadaljnje aktivnosti. Klub njenim zgodnjim začetkom uveljavljanja kakovosti v zdravstveno nego se je le-ta začela razvijati šele 100 let kasneje.
Zdravstvena nega se mora prilagoditi družbenim spremembam, zahtevam za večjo učinkovitost, predvsem pa potrebam bolnikov/varovancev. Bolniki/varovanci se vse bolj zavedajo svojih pravic in zahtevajo višjo kakovost zdravstvenih storitev in v okviru teh tudi višjo kakovost zdravstvene nege.
Raven opravljene zdravstvene nege je odvisna od določenih spremljajočih in motečih okoliščin, ki izvirajo iz širšega okolja, organizacije in medosebnih dejavnikov (medicinska sestra /bolnik). Različni rezultati, s perspektive bolnikove ranljivosti, so odvisni od ravni zdravstvene nege (Irurita,1997).
Vsi zdravstveni delavci danes vemo, da je izboljšanje kakovosti v zdravstveni negi zelo pomembno za naše delo.Vedeti moramo,

da so ekonomske omejitve v zdravstvu postale pomemben razlog za kakovost in da nosi vsak izvajalec za svoje delo tudi osebno odgovornost.
Dosedanje raziskave pri nas so se ukvarjale predvsem z merjenjem kakovosti medicinske stroke, manj pa z merjenjem kakovosti zdravstvene nege, dela medicinskih sester in z razvijanjem metod za merjenje zadovoljstva uporabnikov z zdravstvenimi storitvami (Bohinc, 1999).
Zagotavljanje kakovosti v zdravstvu ob hkratnem upoštevanju bolnikovih potreb, pričakovanj, stališč ima pomemben vpliv tudi na zadovoljstvo dela medicinskih sester in s tem na uspešnost in učinkovitost dela ter kakovost v zdravstvu kot celoti (Bohinc, 1998).
Za sodobno obvladovanje sprememb v zdravstvu je izredno pomembna usmerjenost k človeku, k učinkoviti rabi človeških virov, motiviranju in razvijanju vrednot za kakovost s sodobnim vodenjem in učinkovitim merjenjem rezultatov dela z vidika zdravstvene nege v vseh sistemih zdravstva (Bohinc, 1998).
Bohinčeva poudarja, da razvoj kakovosti vključuje tudi stališča bolnikov, kajti zadovoljitev zdravstvene nege bolniku je del rezultata zdravljenja. Poudarja tudi, da so osnova za razvijanje kakovosti standardi, ki pa zahtevajo jasno definicijo odgovornosti, nalog, pristojnosti, vloga zdravstvene nege in njen prispevek k rezultatom oz. uspehu zdravstvene nege in zdravljenja v celoti.
Zdravstvena nega v prihodnosti zahteva novo mendžersko znanje, znanje o kakovosti storitev, zato je pri kadrih potrebno razvijati inovativnost in kreativnost. Za upravljanje sistema kakovosti je poleg znanja potrebna tudi motiviranost za kakovostno delo vsakega in vseh zaposlenih. Motivacija se lahko razvije v smeri materialnega stimuliranja in v smeri nematerialne motivacije (Bohinc, 1998).

Ravni zdravstvene nege
Najpomembnejše sredstvo za zmanjševanje ranljivosti je zvrst zdravstvene nege. Bolniki so opisali različne ravni zdravstvene nege:
- neustrezna zdravstvena nega
- površna zdravstvena nega
- ustrezna zdravstvena nega
- prijazna zdravstvena nega (Irurita, 1997).

Kakovost zdravstvene nege gledamo v treh dimenzijah:
- kakovost metodologije in tehnologije dela, ki jo označujejo: učinkovitost, strokovnost, spretnost, varnost, skrbnost, primernost;
- kakovost zaposlenih-medsebojni odnosi: strokovnost, ki se kaže v sposobnosti zaposlenih spoštovati osebnost bolnika, v zaupanju, posredovanju ustreznih informacij, bolnikovi avtonomiji, enakopravnosti;
- kakovost organiziranja, ki jo označujejo: varnost, udobnost, neprekinjenost, učinkovitost, opremljenost (Sekavčnik, 1997).

Dejavniki, ki pozitivno vplivajo na zdravstveno nego
Dejavniki, povezani z zviševanjem kvalitete zdravstvene nege, so tisti, ki so značilni za prijazno zdravstveno nego. Takšna nega zahteva tehnično kompetentnost in vzpostavitev plodnega odnosa med medicinsko sestro in bolnikom. Le-ta zahteva dovolj časa, nepretrgan stik med medicinsko sestro in bolnikom ter osebnostne značilnosti, kot sta sposobnost medicinske sestre za empatijo in izkazovanje sočutja. Bolnik mora biti "dober bolnik" in si mora prizadevati, da bi ozdravel. Pomembnost plodnega odnosa med medicinsko sestro in bolnikom je v tem, da vpliva na prav vse elemente prijazne zdravstvene nege. Kvaliteta zdravstvene nege se še poveča, če medicinska sestra prevzame vlogo bolnikove zagovornice. Podpora družine prav tako pozitivno vpliva na kvaliteto (Irurita V. F. ,1997).
Ko je ploden odnos med medicinsko sestro in bolnikom vzpostavljen, so bolniki deležni večje pozornosti, medicinske sestre pa se zanje zanimajo kot za posameznike, ne le kot za bolnike.

Dejavniki, ki znižujejo kvaliteto zdravstvene nege
Naslednji dejavniki preprečujejo razvoj odnosa med medicinsko sestro in bolnikom ter znižujejo kvaliteto zdravstvene nege: prekratek čas, ki ga medicinska sestra prebije ob bolniku, zaradi tega, ker je bolnikov preveč, nenehno menjavanje zdravstvenega osebja (istemu bolniku je dodeljenih več medicinskih sester), premeščanje bolnikov z oddelkov na oddelke ali iz sobe v sobo na istem oddelku.
Največje ovire po mnenju bolnikov pa so:
- Starost - negativni stereotipi o starih, ki veljajo v družbi;
- pomanjkanje časa za posameznega bolnika, ki je posledica pomanjkanja osebja in velikega števila bolnikov;
- zdravstveno nego izvaja veliko različnih izvajalcev (za posameznega bolnika skrbi več medicinskih sester);
- medicinske sestre se na zvonjenje bolnikov ne odzovejo pravočasno;
- pomanjkljiva koordinacija izvajanja zdravstvene nege (in organizacija delovanja oddelka na splošno);
- problemi v komunikaciji med zdravnikom, medicinsko sestro in bolnikom (Irurita V.F., 1997).

Osebne značilnosti medicinske sestre, kot so znanje, veščine, življenjske in poklicne izkušnje, vrednote in značaj so dejavniki, ki bodisi omogočajo ali pa preprečujejo ohranjanje bolnikove integritete.

DEFINICIJE KAKOVOSTI V ZDRAVSTVENI NEGI

V literaturi zasledimo, da strokovnjaki v zdravstvu in zdravstveni negi razvijajo definicijo kakovosti že od leta 1933 dalje.Tako so kakovost v zdravstveni negi poskušale definirati v ZDA Lee in Jones, ki sta zapisali, da je visokokakovostna zdravstvena nega tista, ki izrabi vsa razpoložljiva znanja in tehnike.
Medicinske sestre, ki uvajajo program kakovosti v svoji praksi, se pogosto poslužujejo definicij Donabediana in Williamsona.
Leta 1968 je definicijo kakovosti oblikoval ameriški zdravnik Avedis Donabedian, ki je dejal, da je kakovost skladnost med cilji in dejansko opravljeno zdravstveno nego. Bil je tudi prvi, ki je predstavil kakovost z vidika evalvacijskega procesa.
Leta 1878 je Williamson opredelil kakovost kot stopnjo doseženih uspehov v zdravstveni negi, ki jih dosežemo z odgovorno uporabo vseh razpoložljivih sredstev in aktivnosti.
Predvsem ti dve definiciji sta bili medicinskim sestram izhodišče za razvijanje kakovosti v zdravstveni negi, tako na lokalni, nacionalni kot tudi na mednarodni ravni.
Kakovost je največja tedaj, ko so povsem zadovoljene vse tri dimenzije v sistemu bolnikov, stroke in menedžmenta ob tem, da nikakor ni mogoče doseči v tem času in v teh okoliščinah kaj bistveno boljšega, več, hitreje in ceneje (Bohinc, 1998).
Človek je unikatna osebnost; obstojajo razlike med tem, kar bolnik pričakuje, in kakovostjo, ki je pomembna za stroko, za zdravnika, za medicinsko sestro.
Izobrazbena struktura v bolnišnicah je visoka.
Hierarhija predstavlja določeno oviro pri uveljavljanju menedžmenta kakovosti.
Profesionalna avtonomija pomeni, da imajo različne stroke različne poglede na kakovost.
Potrebno je upoštevati kodeks etike, ki je tesno povezan z avtonomijo (Bohinc, 1998).

ZAGOTAVLJANJE KAKOVOSTI ZDRAVSTVENE NEGE

Zagotavljanje kakovosti torej pomeni sistematično opisovanje, merjenje, vrednotenje, in, kadar je potrebno, tudi izvajanje ukrepov za izboljšanje kakovosti. Razlikovati moramo med dvema pojmoma, in sicer med ocenjevanjem kakovosti in zagotavljanjem kakovosti.
Ocenjevanje kakovosti je postopek, pri katerem z uporabo primernih metod in izbranih kriterijev primerjamo med sabo izvajano in dogovorjeno oskrbo.
V zdravstveni negi pomeni to primerjavo med dejansko opravljeno zdravstveno nego in izbranimi, postavljenimi kriteriji in standardi. Šele ko ocenimo kakovost, lahko oblikujemo sistem zagotavljanja kakovosti, ki pripomore k izboljševanju in doseganju zaželenih ciljev (Kitson A., povzeto po Kadivec, 1998).

ZADOVOLJSTVO BOLNIKOV

Omejevanje finančnih sredstev v zdravstvu in nov način razmišljanja uporabnikov zdravstva je v zadnjih dveh desetletjih vplival na večjo skrb za zadovoljstvo bolnikov.
Pri svojem delu se velikokrat sprašujemo, kako se počutijo bolniki v naši oskrbi in kako so zadovoljni z našim delom ter kaj bi lahko storili, da bi izboljšali kakovost našega dela.
Zadovoljstvo uporabnikov je v proizvodnji in storitveni dejavnosti glavno merilo kakovosti in odločujoče vpliva na poslovno uspešnost organizacije (Kersnik J., 1999).
Zadovoljstvo je izraženo uporabnikovo dojemanje lastne izkušnje z zdravstveno oskrbo, s posameznim postopkom, s posameznim izvajalcem, z zdravstveno ustanovo v celoti ali njenim delom in s sistemom zdravstvenega varstva (Donabedian, povzeto po Kersnik,1999).
Zadovoljstvo bolnikov je pomemben izid zdravstvene oskrbe in prikazuje predvsem kakovost sporazumevanja, medosebnih odnosov in organizacije dela. Mnenje bolnikov o lastnih izkušnjah z zdravstveno oskrbo je dragocen prispevek pri oceni kakovosti dela in odkrivanju tistih področij dela, ki zahtevajo izboljšave (Kersnik J.,1999).
Zadovoljstvo bolnikov je pomemben cilj zdravstvene politike, saj se je marsikateri bolnik prisiljen obrniti na najbližjega izvajalca, v nujnem primeru pa niti ne more odločati o tem, kdo naj mu nudi zdravstveno oskrbo (Kersnik J.,1999).
S kakovostjo v zdravstvu so bolniki zadovoljni, kadar daje tisto, kar bolniki želijo in pričakujejo (Ritonja S., 1997, povzeto po Bohinc M., 1999).
Bolnik ima svoje predstave o tem, kakšno zdravstveno oskrbo si želi in na kakšen način jo bo dobil.
Čeprav bolniki nimajo visokega strokovnega znanja in tudi po izkušnjah ne morejo podati pravo oceno, je njihovo mnenje dragoceno sredstvo za načrtovanje sprememb in izboljšav. Bolniki se v načrtovanje in izvajanje oskrbe lahko vključujejo pred oskrbo, med njo in po njej. Pred načrtovanjem in izvedbo oskrbe ugotavljamo potrebe in želje določene skupine prebivalstva ali celotnega prebivalstva. Med oskrbo se bolnik vključuje z aktivnim sodelovanjem pri zdravljenju in s zavestnim pristankom na zdravljenje. Po oskrbi pa bolnik pove svoje izkušnje z izvedbo oskrbe in jo primerja z svojimi pričakovanji. Bolniki so praviloma z oskrbo zadovoljni, če pa niso, imajo možnost pritožbe in pripomb.
Merjenje zadovoljstva bolnikov je pomembno za vodilni, operativni menedžment in za medicinske sestre ob bolniku, ki odločajo o postopkih zdravstvene nege.
K stopnji zadovoljstva prispevajo tudi splošne lastnosti bolnika, njegovo zdravstveno stanje, način, kako sporoča svoje znake

in občutja, njegova pričakovanja in odnos zdravstvenega osebja do njega. Z zadovoljstvom bolnikov merimo predvsem kakovost sporazumevanja, medsebojnih odnosov in organizacije dela (Kersnik, 1998).
Različni avtorji, ki so se ukvarjali z raziskavami o zadovoljstvu bolnikov z zdravstveno nego, so posvečali veliko pozornosti mnenju bolnikov. Ugotovili so, da je raven bolnikovega zadovoljstva odvisna od prijaznega odnosa zdravstvenega osebja, skrbi za bolnikovo zasebnost in usposobljenosti medicinskih sester za posege, ki jih izvajajo pri njih. Veliko jim pomeni tudi seznanjenost z njihovim zdravstvenim stanjem.
Nekatere lastnosti bolnika imajo pomemben vpliv na stopnjo zadovoljstva. Pri mladih bolnikih, moških, mestnih ljudeh, pri ljudeh z višjo izobrazbo, pri bolnikih, ki so prej redkeje obiskovali zdravstveno ustanovo, pri bolnikih z znaki duševnih motenj ter pri kroničnih bolnikih je zadovoljstvo manjše.
Bolniki imajo glede postopka in izida svoje zdravstvene oskrbe svoje poglede in svoja pričakovanja oblikujejo na podlagi:

- lastnih izkušenj iz preteklosti
- mnenja znancev, ki so izkusili določeno oskrbo
- oskrbe, obljubljene s strani izvajalcev
- splošno veljavnih norm.

Zadovoljstvo lahko merimo takoj po oskrbi s prostim pogovorom in z vprašalnikom, ki ga izpolni na mestu in takoj odda, ali kasneje z vprašalnikom, ki ga odnese s seboj in vrne po pošti, z vprašalnikom, ki ga prejme po pošti, z intervjujem po telefonu in v fokusni skupini (Kersnik J., 1999).
Pri razvijanju modelov za merjenje zadovoljstva je treba upoštevati:

- dejavnike, ki vplivajo na povečanje interesa za merjenje zadovoljstva bolnikov
- uporabnost instrumenta
- teoretično ogrodje
- povezanost med zadovoljstvom bolnikov in kakovostjo zdravstvene oskrbe (Bohinc M., 1999).

Cilji merjenja zadovoljstva bolnikov so:

- prikazati vrednost zdravstvene nege;
- omogočiti individualni pristop;
- uvajati primarni model in proces zdravstvene nege;
- medicinske sestre preživijo največ časa pri bolniku, zato imajo odločilno vlogo pri oblikovanju zadovoljstva bolnikov;
- omogoča meriti prispevek zdravstvene nege h končnemu izidu zdravljenja;
- vidnost zdravstvene nege (Bohinc M., 1999).

Zakaj je potrebno merjenje zadovoljstva bolnikov?
Merjenje zadovoljstva omogoča:

- vrednotenje kakovosti storitev zdravstvene nege
- vrednotenje intervencij, ki so odvisne od poznavanja bolnikove narave bolezni;
- zagotavljanje podatkov menedžmentu zdravstvene nege o zadovoljstvu bolnikov in s tem vplivanja na proces odločanja zdravstvene nege in zdravljenja;
- vrednotenje učinkov uvajanja sprememb na tem področju;
- marketing storitve v zdravstvu;
- oblikovanje in razvijanje profesionalne etike (Bohinc M., 1999).

Delovanje medicinskih sester in drugih zdravstvenih delavcev je usmerjeno v dobro počutje bolnikov, čimprejšnje okrevanje ter vrnitev v domače okolje. Koliko smo pri tem uspešni, nam povedo bolniki sami. Velikokrat poslušamo tudi kritike, pri čemer sklepamo, da bolniki niso zadovoljni z našim delom. Naša predstava o tem, kako smo uspešni pri delu z bolnikom, je subjektivna in pogosto ni enaka njihovemu mnenju.

KAKOVOST PSIHIATRIČNE ZDRAVSTVENE NEGE

Psihiatrična zdravstvena nega je specialno področje prakse zdravstvene nege, ki se ukvarja s posameznikom, z duševnimi težavami in motnjami, z družino ali s širšo skupnostjo v primarnem, sekundarnem in terciarnem zdravstvenem varstvu. Njena osnovna značilnost je medosebni odnos med medicinsko sestro in bolnikom oziroma varovancem, usmerjen v prizadevanje pospeševanja in podpiranja vedenja, katerega cilj je razvoj osebnosti in prilagojeno funkcioniranje.

Če želimo spoznati bolnika kot posameznika in če hočemo, da se sam loti reševanja svojih problemov, je nujno, da naše delo poteka po procesu zdravstvene nege, ki ga uporabljamo kot ogrodje našega dela. Tak način dela se lahko prilagodi spremembam v bolnikovem stanju in upošteva njegova stališča in pričakovanja med zdravljenjem.
V zdravstveni negi nasploh tako tudi v psihiatrični zdravstveni negi, imamo malo meril, malo argumentiranih podatkov, na podlagi katerih bi postavili pravila za določena opravila in sklepali o rezultatih. Na eni strani nas delo z bolnikom zelo osebno angažira, nas čustveno prizadene in izčrpa, po drugi strani nam utegne delo postati enolično in bi strokovno nazadovali. Večina ljudi dela še vedno le to, kar mora delati, teži k rutinerstvu, utečenim delovnim navadam in se ne spopada ustvarjalno z novimi problemi. Ob takšnem odnosu postaja delo po svoje odtujeno, enolično.
Ob uvajanju procesa zdravstvene nege v psihiatrično zdravstveno nego smo predvidevali vsaj dvoje sprememb, ki jih je ta metoda prinesla.

Prva sprememba se nanaša na bolnika. Večina bolnikov v psihiatriji ima ponavadi zelo skromne potrebe po zdravstveni negi. Medicinska sestra načrtuje več potreb po zdravstveni negi, kot pa jih čuti oziroma doživlja bolnik. Z izvajanjem procesa zdravstvene nege so se bolnikove potrebe kvantitativno in kvalitativno spremenile. V procesu zdravstvene nege je bolnik subjekt nege. Zdravljenje in rehabilitacija z vsemi socio- in psihoterapevtskimi metodami psihiatričnega bolnika primorata, da postane aktiven udeleženec procesa svojega lastnega zdravljenja.

Druga sprememba je pri izvajalcih zdravstvene nege. Obravnava bolnika celostno, boljše poznavanje bolnika kot doslej, reševanje problemov skupaj z bolnikom, aktiviranje bolnika, dobro opazovanje medicinske sestre, dobra interpretacija ugotovljenega stanja bolnika, kritično razmišljanje in presojanje osebja, izboljšanje komunikacij z bolnikom in s sodelavci, boljši prenos informacij, boljše timsko delo so dosežki, uvedeni z procesom zdravstvene nege.
Delo medicinske sestre po metodi procesa zdravstvene nege v psihiatriji je zaželeno predvsem na oddelkih, kjer bolniki ostajajo dlje časa in obstaja nevarnost, da nam delo postane enolično, ubijajoče in ne vidimo nobenih rezultatov.
Pomemben je tudi na intenzivnih - sprejemnih enotah, kjer je v psihiatriji zelo velik pretok bolnikov, saj dviga kvaliteto nege, ker dokumentacija spremlja bolnika naprej na odprti oddelek in je v veliko pomoč medicinskim sestram na oddelku.
Vsekakor moramo delati po metodah procesa zdravstvene nege pri suicidalnih in urgentnih (nemirnih, agresivnih) bolnikih. Pri teh je prvič potrebna intenzivna in kvalitetna nega, drugič pa z načrtovanjem nege jasno obvestimo sodelavce, kaj morajo izvajati, obenem jih s tem zavezujemo, nadziramo in jim nalagamo odgovornost. Zdravstvena nega ni samo stvar načrtovalke procesa, ampak mora potekati 24 ur.
Metoda procesa zdravstvene nege se ne bo uspešno uvedla, če bomo pozabili naše sodelavce. Sodelavci morajo metodo poznati, se z našimi prizadevanji strinjati in biti pripravljeni sodelovati. Marsikdaj z načrtovanjem potreb po zdravstveni negi posegamo na področje socialnega delavca ali delovnega terapevta, a vselej z njunim soglasjem in pripravljenostjo za sodelovanje.

Zavedati se moramo, da je človek uspešnejši, če opravlja dejavnost, ki jo ima rad. Večjo storilnost v zdravstveni negi bomo dosegli, če bomo upoštevali psihosocialne dejavnike, kot so začasna pobuda in motivacija, objektivne razmere, avtoriteta tistega, ki uvaja proces nege, komunikacije, identifikacijo medicinske sestre s procesom zdravstvene nege. Uspeh procesa zdravstvene nege bo tem večji, čim bolj se bosta zunanja in notranja pobuda ujemali pri sodelujočih.

Kontinuirana psihiatrična zdravstvena nega
Kontinuirana psihiatrična zdravstvena nega je proces, v katerem so vse dejavnosti usmerjene k bolniku in se vse aktivnosti v zvezi z njim odvijajo skozi vse faze obravnave. Proces zdravstvene nege se pogosto ne prične s sprejemom bolnika v hospitalno obravnavo in konča z odpustom iz bolnišnice. Kontinuirana psihiatrična nega je strokovno spremljanje bolnika od sprejemnega oddelka, premestitve na drugi oddelek, kliniko, bolnišnico, do odpusta v domače okolje in druge institucije. Ves čas bolnika spremlja sestrska dokumentacija, kar seveda omogoča le delo po procesu zdravstvene nege, ki aktivno vključuje sodelovanje bolnika in svojcev ali za bolnika pomembnih ljudi, najbližjih predstavnikov delovnih organizacij, socialne službe, patronažne službe na terenu in negovalnega osebja drugih klinik in bolnišnic.
Ob odpustu oz. ob premestitvi bolnika priložimo tudi obvestilo službi zdravstvene nege, ki vsebuje vse potrebne podatke o bolniku in napotke za nadaljnjo nego in oskrbo. Ti podatki so v pomoč medicinskim sestram, da vedo, na koga se lahko obrnejo, kadar želijo dodatne informacije. Če je bolnik odpuščen domov, obvestilo pošljemo patronažni službi, da ve, kako naj zdravstvena nega poteka doma.
S takim načinom pretoka informacij se osnovno poslanstvo medicinske sestre ne prekine, še več, povratne informacije do neke mere evalvirajo začetno intenzivno obravnavo bolnika in nam pomagajo pri ponovnem načrtovanju zdravstvene nege.
Za psihiatričnega bolnika je pretok informacij izrednega pomena, ker pogosto potrebujejo izvenbolnišnično obravnavo dalj časa, pa tudi poslabšanje bolezni ni redko. Izrednega pomena je sodelovanje s svojci, patronažno službo...
Osnovni cilj terapevtskega tima je, da bi bolniki z duševnimi motnjami čimmanj časa preživeli v bolnišnicah, zato je zagotovljena celodnevna dostopnost tovrstne pomoči. Bolnike aktiviramo v tem smislu, da sami aktivno sodelujejo v procesu zdravljenja. Ob tem je potrebna podpora svojcev in bolnikovega socialnega okolja.
Aktivnosti psihiatrične zdravstvene nege so usmerjene tudi v vzpodbujanje posameznikov k prevzemanju odgovornosti za lastno zdravje, razvijanje življenjskih navad, ki zdravje krepijo, usmerjanje v dejavnosti, ki so zdravju koristne, v opuščanje tistih, ki ga kakorkoli ogrožajo. Sodoben način obravnave vodi k zmanjšanju socialne izolacije in k zmanjšanju identitetnih težav tistih, ki imajo take ali drugačne duševne motnje (Antončič I., 1995).

RAZISKOVALNI DEL

Namen raziskave
Z raziskavo želimo:
- ugotoviti, kakšna je kakovost dela delavcev zdravstvene nege z vidika zadovoljstva bolnikov;
- na osnovi analize podatkov, pridobljenih s pomočjo ankete, izdelati predloge za izboljšanje kakovosti zdravstvene nege v Psihiatrični bolnišnici Idrija in s tem povečati zadovoljstvo bolnikov;
- spoznati kakšno vlogo imajo medicinske sestre in zdravstveni tehniki v procesu zdravljenja bolnikov v naši bolnišnici;
- ugotoviti zadovoljstvo bolnikov, ki so na zdravljenju v Psihiatrični bolnišnici Idrija;
- ugotoviti, ali so se bolnikova pričakovanja glede obravnave v bolnišnici izpolnila.

Materiali in metode

Subjekt raziskave so bili bolniki, ki so se v času izvajanja ankete zdravili na bolniških oddelkih Psihiatrične bolnišnice Idrija. Anketirancev je bilo 125.

Podatke sem zbirala od 28. 5. 2003 do 30. 5. 2003. Pri razdeljevanju anketnih vprašalnikov so mi pomagale kolegice, višje in diplomirane medicinske sestre, ter delovni terapevti naše bolnišnice.

Uporabila sem deskriptivno metodo raziskovanja. Podatki so bili obdelani z deskriptivno statistično metodo. Grafi so bili izdelani v računalniškem programu Microsoft Excel.

Vprašalnik vsebuje vprašanja zaprtega tipa. Sestavljen je iz 21 vprašanj na katere so bolniki odgovarjali po 5- stopenjski lestvici. Kategorije odgovorov so: vedno, pogosto, včasih, redko, nikoli. Na zadnje vprašanje so bolniki odgovarjali tako, da so obkrožili številko pred trditvijo, ki označuje stopnjo zadovoljstva. Vprašalnik je vseboval tudi vprašanja o demografskih podatkih.

Rezultati

Graf 1: Razumevanje MS/ZT o počutju bolnikov

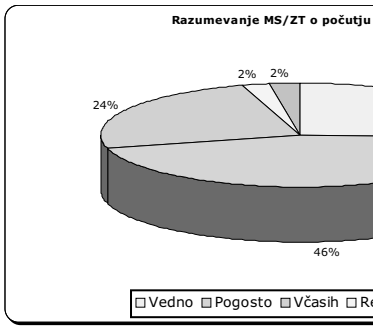


Tabela 1: Razumevanje MS/ZT o počutju bolnikov

	Vedno
Ali MS/ZT razumejo kakšno, je vaše pocutje?	32
odstotek	25,8%

Graf 2: Poznavanje zdravstvenega osebja na oddelku

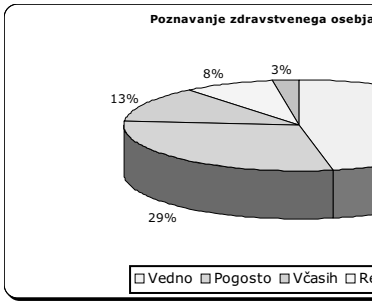


Tabela 2: Poznavanje zdravstvenega osebja na oddelku

	Vedno
Ali poznate MS/ZT, ki delajo na vašem oddelku?	56
odstotek	47,1%

Graf 3: Odnos zdravstvenega osebja do bolnikov ob sprejemu v bolnišnico

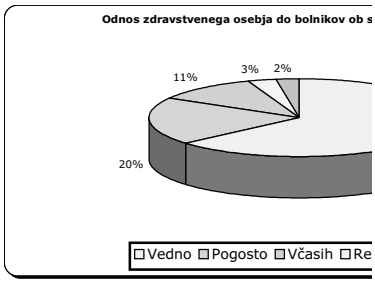


Tabela 3: Odnos zdravstvenega osebja do bolnikov ob sprejemu v bolnišnico

	Vedno
Ali so se MS/ZT potrudili-e, da ste se na oddelku pocutili domace, ko ste bili sprejeti v bolnišnico?	80
odstotek	63,5%

Graf 4: Zadovoljstvo bolnikov z zdravstveno nego

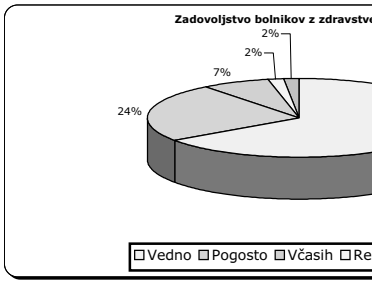


Tabela 4: Zadovoljstvo bolnikov z zdravstveno nego

	Vedno
Ali ste zadovoljni z zdravstveno nego?	81
odstotek	65,3%

Graf 5: Zadovoljstvo bolnikov z delom MS/ZT

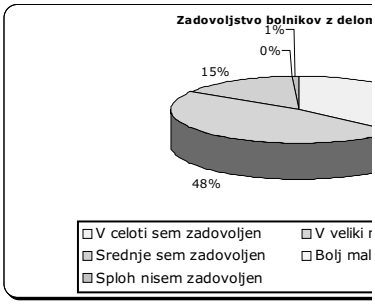


Tabela 5: Zadovoljstvo bolnikov z delom MS/ZT

	V celoti sem zadovoljen
Kako bi ocenili delo MS/ZT.	45
odstotek	36,3%

RAZPRAVA

Želje, potrebe bolnikov in pogledi na določene situacije v zdravstveni negi ter ocenjevanje le-teh, so od bolnika do bolnika različni. To potrjuje nujnost individualne obravnave bolnikov.
V raziskavo je bilo vključenih več moških kot žensk. Delež moških je znašal 59%, žensk pa 41%, torej je na vprašanja odgovarjalo 76 moških in 53 žensk. Njihova povprečna starost je bila 44 let.
Pri bolnikih, ki se zdravijo v bolnišnici, je prizadeto psihično stanje in so zato bolj občutljivi. Pri oceni odnosa zdravstvenega osebja do bolnikov me je zanimal njihov odnos do bolnikov. Bolnike sem povprašala po razumevajočem odnosu, spoštljivosti do njih in o tem, ali zdravstveno osebje deluje pomirjajoče na bolnike. V večini odgovorov se je pokazal spoštljiv, razumevajoč ter pomirjajoč odnos osebja do bolnikov.Pri delu z bolnikom je zelo pomemben prvi stik. Pomemben faktor dobrega počutja bolnikov v bolnišnici je tudi to, da bolniki poznajo zdravstveno osebje, ki jim na oddelku nudi zdravstveno nego, ne samo po videzu, ampak tudi po imenu. Anketirani bolniki v naši bolnišnici poznajo zdravstveno osebje, ki je na oddelku. S tem se na oddelku kaže dobro sodelovanje in dobra delovna klima. Bolniki so bili vprašani tudi o pozornosti MS/ZT. Odgovori niso pokazali razveseljujočega stanja. Bolniki so menili, da je zdravstveno osebje le včasih ter pogosto, ne pa vedno pozorno do bolnikov. Vzroke bi mogoče poiskali v preobremenjenosti MS/ZT z delom, v rutinskem delu ali celo v občasnem brezbrižnem odnosu do bolnikov.
Odnos MS/ZT do bolnikov prikazujejo tudi odgovori na vprašanje o tem, ali so bolniki obravnavani kot številka in ne kot oseba. Vsak bolnik je človek zase, je enkratna, edinstvena in neponovljiva osebnost in zahteva individualno obravnavo. Bolnika se ne sme obravnavati kot subjekt, ampak kot človeka z vsemi njegovimi potrebami. Z bolnikom se moramo pogovarjati in ga po njegovih močeh vključevati v aktivnosti zdravstvene nege. V Psihiatrični bolnišnici Idrija so bolniki obravnavani kot celovite osebnosti s svojimi dobrimi in slabimi lastnostmi.
Prihod v bolnišnico je za vsakega človeka stres. Prvi stik osebja z bolnikom je pomemben že ob sprejemu ter tudi kasneje na oddelku. 64% anketiranih bolnikov je bilo mnenja, da se na oddelku vedno počutijo domače in so bili dobro sprejeti.
Vedeti moramo, da se v našo bolnišnico bolniki večkrat vračajo, tako da so njihove izkušnje ob sprejemih za nas dober pokazatelj zadovoljstva. Z namenom, da bi bolniku omogočili čim manj stresen sprejem, smo v naši bolnišnici izdelali brošuro Pravice in dolžnosti bolnikov ter navodila za bivanje v naši bolnišnici. Brošuro dobijo bolniki in svojci ob sprejemu. Ob sprejemu bolnike seznanimo bolnike tudi z ravnanjem z vrednostnimi stvarmi ter z uporabo mobilnih telefonov. Bolnike in svojce seznanimo tudi s tem, da MS/ZT posredujejo informacije le o zdravstveni negi bolnika.

SKLEP

Zagotavljanje kakovosti je novejše področje tako v zdravstveni negi kot v zdravstvu nasploh. Na tem področju nimamo toliko izkušenj, kot jih imajo na področju zagotavljanja kakovosti v industriji. Danes medicinske sestre vemo, da je izboljšanje kakovosti pomemben element našega dela. Prizadevanja za kakovost moramo sprejeti kot osebnostno rast in zadovoljevanje lastnih poklicnih ambicij.
S sistemom zagotavljanja kakovosti želimo doseči kakovostno zdravstveno nego, večje zadovoljstvo bolnikov in čim boljšo zadovoljitev bolnikovih potreb, večje zadovoljstvo medicinskih sester, večjo ekonomičnost. Kakovost mora postati del našega vsakdanjega dela.
Med elemente kakovosti v zdravstveni negi prav gotovo spada tudi medsebojni odnos bolnika in medicinske sestre.
Zdravstvena nega je kakovostna le, če so kakovostni njeni izvajalci Medicinska sestra potrebuje veliko znanja, prakse, imeti mora etične vrline, da lahko razvije lastnosti, ki opredeljujejo kakovosten medsebojni odnos (prijaznost, razumevanje, ustrežljivost, človeška toplina, vedrina, humor...).
Rezultati raziskave so pokazali, da se bolniki, ki se zdravijo v Psihiatrični bolnišnici Idrija zavedajo, da MS/ZT razumejo, kakšno je njihovo počutje ter da z zadovoljstvom skrbijo zanje. Z delom MS/ZT so bolniki v veliki meri ali v celoti zadovoljni. Prav tako so izpolnjena njihova pričakovanja glede nudene zdravstvene nege.
Pomanjkljivosti se kažejo v nudenju pozornosti do bolnikov in v tem, da bi morali bolnikom bolj razložiti postopke in posege, preden jih opravimo. Še vedno pa bi morali več pozornosti nameniti temu, da bolniku razložimo stvari v njemu razumljivem jeziku. Bolnike bi morali tudi bolj seznaniti z njihovimi pravicami v času zdravljenja
Nekatere pomanjkljivosti bi lahko odpravili z dodatnim izobraževanjem o komunikaciji z bolnikom in o empatiji.

LITERATURA

Antončič I. Kvaliteta psihiatrične zdravstvene nege v Sloveniji in kaj vpliva na njeno humanizacijo. Diplomska naloga. Ljubljana: Pedagoška fakulteta, Oddelek za defektologijo, 1995

Baurer B.; Hills Načrtovanje ZN in postopki. Pot v mentalno zdravje.

Bohinc M., Gradišar M. : Quality of nursing care in Slovenija. Jona 1999 Vol. 29, No. 11 ; 15-17

Bohinc M. Cibic D. Model matrike - Uvajanje sprememb v sistemih zdravstvene nege v zdravstvu. Zdrav Var 1998 ; 37 : 51-4

Bohinc M. Zadovoljstvo bolnikov kot element menedžmenta v zdravstveni negi. Obzor Zdr N 1999; 33: 159-63

Čuk V. Izkušnje razvoja sodobne zdravstvene nege v Psihiatrični bolnišnici Idrija. Zbornik posvetovanj o teoriji in praksi zdravstvene nege. Psihiatrična in nevrološka sekcija 1998-1999-2000 ; 77-82

Čuk V. Iz zgodovine za prihodnost, Zgodba o Psihiatrični bolnišnici Idrija, Ljubljana 1999 , 115-32

Dovjak-Plešej M. Kakovost v zdravstvu skozi oči pacienta. Zdravniški vestnik 1998; 67: 567-70.

Filej B. Raziskovanje v zdravstveni negi kot osnova za razvoj stroke. Zdrav Obzor 1996 ; 30 : 77-8

Filej B. Nove usmeritve v razvoju zdravstvene nege. (prevod izvirnika Nursing action by Salage Jane) Lemon 1995

Gabrijelčič J. Od kakovosti k odličnosti : po poti org. razvoja NM : Tiskarna NM Dolenjska založba 1995

Hajdinjak A. , Meglič R. Pomen standardov v sodobni zdravstveni negi. Zdrav Obzor 2001, 35 : 29-35

Irurita F. V. Dejavniki, ki s stališča bolnika vplivajo na kvaliteto zdravstvene nege. Zdrav Obzor 1997 ; 31 : 133-40

Joiner GA. Caring in action : The key to nursing service excellence. J Nurs Care Qual 11, no. 1 (1996): 38-43

Kadivec S. Zagotavljanje kakovosti v zdravstveni negi. Zdrav. Obzor. 1998 ; 32 : 209-13

Kersnič P. Organizacija službe zdravstvene nege v zdravstvenih zavodih Slovenije. Obzor. Zdr. N 1997; 31: 3-23

Kersnik J. Izboljšanje kakovosti oskrbe bolnikov. Medicinski razgledi 1998 ; 37 : 77-87

Kersnik J. , Šorli J. Kakovost v zdravstvu: predlog za razpravo o politiki kakovosti v zdravstvu. Zdravniški vestnik 1997; 66: 205

Kersnik J. Sodobni pogledi na kakovost oskrbe bolnikov. Zdravstveno varstvo 1995 ; 34 : 551-4

Kersnik J. Zgledovanje kot zagotavljanje kakovosti v zdravstvenih ustanovah. Zdravstveno varstvo 1995 ; 34 : 125-30

Kersnik J. Koristi in škodljivosti zdravstvenih ukrepov kot merilo učinkovitosti zdravstvene oskrbe. Zdravniški vestnik. 1999 ; 68 : 287-291

Kersnik J. Stališča zdravnikov družinske-splošne medicine o kakovosti dela. Zdravstveno varstvo 1999; 38: 239-242.

Kersnik J. Zadovoljstvo bolnikov. Medicinski razgledi 1999 ; 38 : 389-94

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 1994:4.

Krošelj-Naumov S. Učinkovitost komunikacije med člani negovalnega tima v bolnišnici. Zdrav. Obzor. 1996 ; 30 : 109-17

Pajnkihar M. Teoretične osnove zdravstvene nege. Maribor: Visoka zdravstvena šola, 1999

Peric H. K. Dokumentiranje v zdravstveni negi- ali je res potrebno. Obzor Zdr N 1995; 29: 167-70

Prestor A. Zadovoljstvo bolnikov na oddelku intenzivne nege in terapije Bolnišnice Golnik. Obzor Zdr N 2002 ; 36 : 93-9

Raper J. , Davis BA, Scott L. Patient satisfection with emergency department triage nursing care : A multicenter study. J Nurs Care Qual 1999 ; 13: 11-24

Savič Skela B. Zagotavljanje kakovosti v zdravstveni negi. Zbornik predavanj s 3. kongresa zdravstvene nege "zdravstvena nega - okolje in viri". Portorož, 2001 ; 49-54

Sekavčnik T. Razvijanje standardov in kriterijev kakovosti zdravstvene nege. Ljubljana : Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 1997

Slovar slovenskega knjižnega jezika. DZS, 1994.

Škerbinek L. Oris zgodovine in razvojne perspektive psihiatrične zdravstvene nege. V: Priročnik psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije za medicinske sestre in zdravstvene tehnike klinika Ljubljana. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana, 2000: 7-14.

Škerbinek L. Pasti psihiatrične zdravstvene nege. Obzor Zdr N 1998; 32: 181-83.

Škerbinek L. Psihiatrična zdravstvena nega. Zdrav Obzor 1987; 21: 169-73

Šorli J. Kakovost- rešitev za zdravstvo v krizi. Zdravniški vestnik 1995; 64: 61-2

Zaletel M. Kakovost življenja starostnikov in zdravstvena nega. Zdrav. Var. 1999 ; 38 : 45-9

Zbornica zdravstvene nege Slovenije. Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije : Nacionalne smernice za zagotavljanje kakovosti v zdravstveni negi. Ljubljana, 2000

ANALIZA DEJAVNIKOV TVEGANJA ZA PADCE STAROSTNIKOV V PSIHIATRIČNI BOLNIŠNICI IDRIJA

Sabina Vihtelič, dipl. m.s. Psihiatrična bolnišnica Idrija

IZVLEČEK

Bolniki, stari 65 let in več, predstavljajo kar 40% delež starostne strukture udeležencev pri padcih v akutni bolnišnični obravnavi. Ugotovljeno je bilo, da je bolnišnična obravnava te starostne skupine daljša in pogostejša, kar velja tudi za Psihiatrično bolnišnico Idrija. Izziv za strokovnjake, ki obravnavajo starostnike v zadnjih letih, je preprečevanje padcev in zmanjševanje njihovih posledic (Hill in sod., 2004).
Pri celostni obravnavi starostnika je za medicinske sestre zlasti pomembno poznavanje dejavnikov tveganja za padce pri starostnikih, ocenitev tveganja za padec in načrtovanje intervencij zdravstvene nege, ki bodo preprečile padce, največkrat pa vsaj omilile njihove posledice. Za razvoj kakovostnega pristopa k obravnavi starostnika, ki je izpostavljen tveganju za padec, je pomemben multidisciplinarni pristop in vrednotenje izvedenih intervencij, ki so omilile posledice padca.
Raziskava kaže na to, da je starostnik, obravnavan v Psihiatrični bolnišnici Idrija izpostavljen večjemu tveganju za padce kot ostale starostne skupine bolnikov. Rezultati raziskave kažejo porast števila padcev med letom 2004 in 2005, vendar je lahko vzrok temu tudi večja ozaveščenost osebja zdravstvene nege pri beleženju padcev. V Psihiatrični bolnišnici Idrija se od leta 2006 uporablja za oceno tveganja za padec tabelo: Dejavniki tveganja za padec pri starostnikih (Evans in sod., 2001).

UVOD

Obdobje, koncem 20. stoletja, je zaznamovala že povsem izoblikovana veda, gerontologija, kot odgovor na izredno povečano skupino starostnikov. Trend staranja prebivalstva še narašča in s seboj prinaša mnoge zdravstvene in socialne probleme. Ena od vej gerontologije je medicinska gerontologija ali geriatrija, ki proučuje zdravstvene vidike staranja ter vplive stare populacije in njenih zdravstvenih problemov na razvoj in organizacijo zdravstvenega varstva in zdravstvene dejavnosti, kjer ima pomembno vlogo tudi gerontološka zdravstvena nega (Acceto, 1987).
S staranjem se pojavijo tudi zdravstveni problemi, ki se pogosto odražajo z več boleznimi hkrati, kroničnim potekom bolezni in neznačilno simptomatiko. Ko nastopi bolezen, se vidno zmanjša sposobnost samooskrbe in starostnik postaja vedno bolj odvisen od okolice. S tem je starostnik odvisen tudi od pomoči medicinskih sester (Zaletel, http://www.vsz.uni-lj.si/-zn/zal_zn_starostnika.html, 3.2.2003).

Padci so ena od oblik incidentov v bolnišničnem okolju in kot del splošne dokumentacije prispevajo k standardiziranemu nadzoru sledenja incidentov (npr. The Australian Incident Monitoring System-AIMS). V letu 1999 je AIMS poročal, da je bilo kar 38% nezgodnih dogodkov (incidentov) v bolnišničnem okolju povezanih s padci. Več kot 50% padcev v bolnišničnem okolju se je zgodilo brez očividcev. Bolniki v starosti 65 let in več predstavljajo kar 40% vseh udeležencev padcev v času akutne bolnišnične obravnave. Ugotovljeno je bilo, da je bolnišnična obravnava te starostne skupine daljša in pogostejša (Hill in sod., 2004).
Padci sami po sebi niso diagnoza, ampak kazalec neke osnovne bolezni (Hlebš, 2003).

Natančnost podatkov o incidentih-padcih je pomembna, saj se s študijami teh podatkov vrednoti dejavnike tveganja za padce (Mahoney, 1998).

Avstralska nacionalna raziskava je potrdila (glede na ugotovljeno raven padcev), da je pogostost pojava padca odvisna od tega, ali je starostnik obravnavan v bolnišničnem okolju.

DEJAVNIKI TVEGANJA ZA PADCE V BOLNIŠNIČNEM OKOLJU

Dejavnike tveganja za padec v bolnišničnem okolju je obdelal Evans s sodelavci (2001, cit. po Vassallo, 2002). Razlikoval je notranje in zunanje dejavnike.

Notranji dejavniki:

- leta (visok porast po 60. letu starosti);
- moški spol;
- prisotnost določenih bolezni (pri starostnikih z žilnimi boleznimi obstaja večje tveganje za padce, sledijo bolniki z obolenji živčnega sistema, bolniki z obolenji dihal, bolniki z vezivno-mišičnimi obolenji in bolniki z obolenji prebavil);
- podatek o predhodnih padcih;

- prisotnost depresije pri bolniku;
- upad spoznavnih sposobnosti (akutni ali predbolezenski), še posebej zmedenost, poslabšanje orientiranosti in napačno dojemanje svojih funkcionalnih sposobnosti (nekritičnost do upada funkcionalnih sposobnosti);
- urinska in fekalna inkontinenca;
- potreba po pomoči pri gibanju (oslabitev ravnotežja, uporaba pripomočkov za gibanje);
- upad senzornih sposobnosti, kot je na primer poslabšanje vida in vrtoglavica;
- uživanje psihoaktivnih zdravil (z večjim tveganjem za tiste, ki prejemajo dve ali več psihoaktivnih zdravil) .

Zunanji dejavniki:
- bolnišnična obravnava, ki traja 19 dni ali več;
- dejavniki okolja (npr. največ padcev v bolnišnicah se zgodi v okolici postelje, v sobah);
- dnevni čas. (npr. najpogosteje prihaja do padcev, ko so bolniki manj opazovani (osebje ali obiski), v času kopanja, obrokov ter izven časa obiskov.

Tveganje za padec naraste s porastom dejavnikov tveganja. Izkazalo se je, da se tveganost za padce v bolnišničnem okolju poveča zaradi prisotnosti več dejavnikov tveganja, vključno z zmedenostjo, nestabilnostjo pri hoji in uživanjem pomirjevalnih zdravil (Vassalo in sod., 2002).

ZDRAVSTVENA NEGA STAROSTNIKA

Zdravstvena nega v gerontologiji (gerontološka ali geriatrična zdravstvena nega) se nanaša na znanstveni in praktični pristop zdravstvene nege k starostniku. Medicinska sestra, ki dela s starostniki, bi poleg znanja, ki ga pridobi med osnovnim študijem, potrebovala dodatno izpopolnjevanje, pridobivanje potrebnih veščin in poglobljeno poznavanje gerontologije, geriatrije, staranja in starosti ter posebnosti izvajanja zdravstvene nege pri tej populaciji (Zaletel, http://www.vsz.uni-lj.si/-zn/zal_zn_starostnika.html, 3.2.2003). Po Hillu (2004) pomeni to tudi preprečevanje padcev in zmanjševanje njihovih posledic.

Preprečevanje padcev – intervencije zdravstvene nege

»Klasifikacija intervencij zdravstvene nege« pojmuje preprečevanje padcev kot eno izmed intervencij zdravstvene nege. Treba se je zavedati, da preprečevanje padcev ni izključno v pristojnosti zdravstvene nege, je del interdisciplinarne skrbi za bolnika.

V okviru omenjenega Ignatavicius (2000) opredeljuje naslednje pomembne aktivnosti zdravstvene nege:
- preveriti starostnikovo stanje na vsake tri ure;
- na dve uri voditi oziroma spremljati starejšega bolnika na stranišče, posebno ponoči;
- večkrat opomniti bolnika, da pokliče na pomoč, ko mora na stranišče;
- postaviti zvonec in bolnikove osebne stvari vedno v območje njegovega dosega;
- spustiti nižje posteljne ograjice;
- opozoriti bolnika, naj nosi očala, slušni aparat;
- zagotoviti agitiranim bolnikom umirjeno glasbo, predvsem zvečer;
- odstraniti mize, koše za smeti in druge predmete na poti med bolnikovo posteljo in vrati;
- namestiti posteljne alarme;
- prositi bolnikove svojce ali prijatelje za sodelovanje, npr. da ostanejo ponoči pri bolniku;
- uporabiti telesne ali kemične ovirnice šele ko so izčrpane druge možnosti;
- izogibati se premeščanju bolnikov iz sobe v sobo;
- organizirati transport bolnika, tako da vedno sodelujeta vsaj dve osebi;
- zakleniti kolesa pri postelji, invalidskih vozičkih;
- obuti starostniku čevlje oziroma copate z ustreznim podplatom, ki ne drsi;
- dejanja in intervencije izvajati z zavestjo koristnosti za bolnika;
- uporabiti barvno identifikacijsko zapestnico ali znamenja na bolnikovih vratih za lažje prepoznavanje bolnikov z visokim tveganjem za padec;
- izključiti vse dejavnike tveganja grozečega ali obstoječega delirija pri bolniku;
- aplicirati ustrezno (predpisano) protibolečinsko zdravilo;
- odgovoriti na klic takoj oziroma čimprej.

Velja poudariti, da je premislek glede namestitve stranskih varovalnih ograjic potreben, zato ker se bolnik, ujet med ograjico, lahko poškoduje. Velikokrat je večja možnost težje poškodbe pri padcu čez visoko ograjico, posebno pri bolnikih, ki pogosto vstajajo iz postelje. Posebna pozornost velja zagotavljanju varnega okolja ponoči, še posebej pri bolnikih, ki pogosto vstajajo iz postelje ali so v preteklosti že padli. Telesna ovirnica ni vedno učinkovita za preprečevanje padca. Poškodbe lahko še poveča, ko se bolnik trudi izviti iz nje. Vedno izberemo najmanj represivno metodo oviranja, saj bolnike to lahko dodatno zmede in dezorientira (Ignatavicius, 2000).

Vrednotenje intervencij zdravstvene nege

Vrednotenje je kontinuiran proces, ki velikokrat zahteva spremembe pri intervencijah zdravstvene nege (Jackson, Gleason, 2004).

Vodstveni delavci v zdravstveni negi lahko zmanjšajo odstotek padcev in poškodb z uvedbo programa za preprečevanje padcev, ugotavljajo v Memorial hospital of Easton (Sullivan, Badros; 1999). Pri oblikovanju takega programa je ključna odprta komunikacija med zdravstvenim osebjem, svojci in bolniki. V vrednotenje intervencij za preprečevanje padcev je potrebno vključiti tudi svojce, saj lahko s povratno informacijo osebje vrednoti uvedene intervencije.

NAMEN RAZISKAVE

Padci se lahko pojavljajo v vseh starostnih skupinah, vendar pa je viden očiten porast števila padcev v bolnišničnem okolju pri osebah starejših od 65 let (Halfon et al., 2001; Vassallo et al., 2000).
Med dejavniki tveganja za padec, s katerim se srečuje medicinska sestra na gerontopsihiatričnem oddelku, je pogost tudi upad spoznavnih sposobnosti, ki se pri starostniku kaže z:

- zmedenostjo,
- dezorientiranostjo,
- zmanjšanjem funkcionalnih sposobnosti, kar pomeni zmanjšano samostojnost v temeljnih življenjskih aktivnostih .

Cilj raziskave je opredeliti dejavnike tveganja za doživetje padca pri starostniku v Psihiatrični bolnišnici Idrija (PBI) in vloge zdravstvene nege pri tem ter s pomočjo internega obrazca »Obrazec o incidentu / neobičajnem dogodku« ugotoviti:

- ali so starostniki v PBI izpostavljeni večjemu tveganju za padce;
- kritične prostorske točke za padce;
- kritična časovna obdobja za padce;
- posledice padcev;
- intervencije, ki se izvajajo za preprečevanje padcev po doživetju padca pri starostniku.

METODE DELA

Bolniki, stari 65 let in več, predstavljajo kar 40% delež starostne strukture udeležencev pri padcih v akutni bolnišnični obravnavi. Ugotovljeno je bilo, da je bolnišnična obravnava te starostne skupine daljša in pogostejša, kar velja tudi za Psihiatrično bolnišnico Idrija. Izziv za strokovnjake, ki obravnavajo starostnike v zadnjih letih, je preprečevanje padcev in zmanjševanje njihovih posledic (Hill in sod., 2004).

Spremljanje incidentov v psihiatrični bolnišnici Idrija je vpeljano v zdravstveno nego in oskrbo v letu 2003, ko je bil izdelan »Obrazec o incidentu / neobičajnem dogodku«. Obrazec je bil sprejet in vrsta incidentov je bila opredeljena na strokovnem svetu bolnišnice.

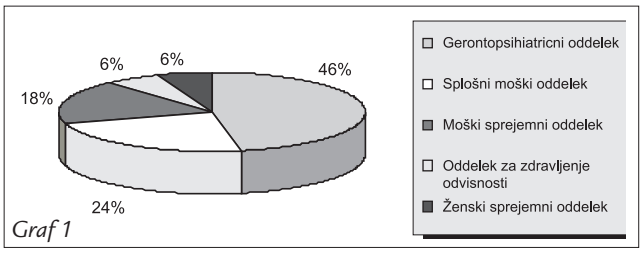
V psihiatrični bolnišnici Idrija se incidenti v zdravstveni negi dokumentirajo z obrazecem »Obrazec o incidentu / neobičajnem dogodku«. Uporabljena je kvantitativna metoda obdelave podatkov, dobljenih iz teh obrazcev. Glede na število obkroženih rubrik v obrazcu so bili podatki iz obrazcev ročno obdelani. Grafi so bili izrisani v programu Microsoft Excel.

REZULTATI

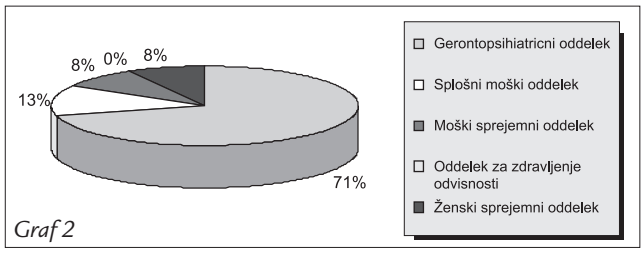
Za pridobitev podatkov so bili izbrani obrazci izpolnjeni v letih 2004 in 2005, kjer so bili pod vrsto dogodka obkroženi zdrsi/ padci. V letu 2004 je bilo v obdobju 1. januarja do 31. decembra zavedenih 17 padcev, v letu 2005 pa je bilo v obdobju od 1. januarja do 30. decembra v obrazec zavedenih 24 padcev pri vseh bolnikih, ki so bili obravnavani v PBI.
V raziskavo so bili vključeni bolniki, zdravljeni v PBI v letih 2004 in 2005. »Obrazec o incidentu / neobičajnem dogodku« so izpolnjevali zdravstveni tehniki in medicinske sestre. Omenjeni obrazec je potrebno izpolniti neposredno po incidentu.

V letu 2004 je delež padcev po posameznih oddelkih naslednji: 40% bolnikov s gerontopsihiatričnega oddelka, 24% na splošnem moškem oddelku, 18% bolnikov z moškega sprejemnega oddelka ter po 6% na oddelku za zdravljenje odvisnosti in na ženskem sprejemnem oddelku *(Graf 1)*.

Največji delež padcev v letu 2005 je bil zabeležen na gerontopsihiatričnem oddelku (71%) *(Graf 2)*.



Graf 1



Graf 2

RAZPRAVA

Osnova za razpravo o rezultatih je potrditev dejstva, da so v PBI najbolj izpostavljeni tveganju za padce starostniki, saj je največ padcev zaslediti na gerontopsihiatričnem oddelku.

Ugotovljen je porast padcev iz leta 2004 v leto 2005, ta porast pa lahko pripišemo tudi doslednejšemu izpopolnjevanju obrazcev »Obrazec o incidentu / neobičajnem dogodku« in večji motivaciji vodstvenih delavcev za pridobivanje podatkov za spremljanje kazalnika kakovosti »Padci v bolnišničnem okolju«.
Kazalnik »Padci v bolnišničnem okolju« je bil prvič obdelan v PBI v letu 2005 in posredovan Ministrstvu za zdravje, rezultati so prikazani tudi na spletni strani PBI.

Iz obdelanih podatkov je razvidno, da se je v letu 2004 največ padcev dogodilo na hodniku oddelka in v bolniških sobah, v letu 2005 pa je bilo najpogostejše mesto padca bolniška soba, kar pomeni, da so to kritične točke na oddelku, ki izražajo potrebo po večjem zagotavljanju varnosti starostnikom.

Zaslediti je večji delež padcev v popoldanskem in nočnem času, kar gre pripisati naravi bolezni pri starostnikih z demenco in starostno depresijo, saj je pri obravnavi tako obolelih starostnikov v PBI opaziti zmedenost, nemir in dezorientiranost v popoldanskem in nočnem času.

Rezultati kažejo, da pogostejših hujših poškodb pri padcih starostnikov ni zabeleženih oziroma niso v porastu, kar pomeni, da je izvajanje zdravstvene nege na ustreznem strokovnem nivoju. Visoko stopnjo ozaveščenosti med osebjem zdravstvene nege je zaslediti iz natančnosti zabeleženih podatkov v obrazcih »Obrazec o incidentu / neobičajnem dogodku« .

Rezultati raziskave govorijo o tem, da so bile uporabljene ustrezne oblike zagotavljanja varnosti za bolnika po padcu in razvidno je sodelovanje med zdravstveno nego in zdravniki. Sodelovanja z drugimi timskimi sodelavci, ki naj bi ravno tako nudili oskrbo in skrb za starostnika, je bilo v enem primeru.

Sredstev za omejevanje so bila uporabljena pri starostnikih, ki so najbolj izpostavljeni tveganju za padec, kar kaže na prisotnost etičnosti in uporabe omejevalnih sredstev kot skrajne oblike zagotavljanja varnosti bolnika. Iz dokumentacije o zagotavljanju varnosti ni razvidno sodelovanja s svojci oziroma obveščanje svojcev o doživetju padca pri njihovem najbližjem.

Osebje zdravstvene nege v PBI je deležno tako notranjega kot zunanjega izobraževanja in stopnja znanja in ozaveščenosti je na visoki ravni, kar kažejo tudi pridobljeni rezultati o izvajanih negovalnih intervencijah. Zdravstvena nega se zaveda vse svoje odgovornosti in suverenosti pri obravnavi starostnika, ki je že doživel padec, to pa ne pomeni, da so izčrpani že vse pristopi pri obravnavi starostnika, ki je posebej izpostavljen tveganju za padec. Potrebno bo iskati nove pristope oziroma intervencije zdravstvene nege, ki bodo vsaj omilile posledice padcev pri starostnikih, če jih še ne bodo mogli popolnoma odpraviti.

ZAKLJUČEK

Za lažje določanje tveganja za padce pri starostniku in za čim manjše posledice padcev je pomembno opredeliti dejavnike tveganja za padce pri starostnikih, zdravljenih v PBI. V ta namen je zelo primerna uporaba »Tabele dejavnikov tveganja za padec pri starostnikih«. Pomembno je tudi ozaveščanje svojcev, da je njihov svojec izpostavljen tveganju za padec, in seznanjanje z intervencijami s katerimi lahko sami preprečijo padec tako med zdravljenjem v bolnišnici kot kasneje v njihovem domačem okolju.

Glede na ugotovljene potrebe medicinska sestra določi raven tveganja za padec pri starostniku in določi primeren protokol s pomočjo »Tabele dejavnikov tveganja za padec pri starostnikih«. V protokolu so opredeljene intervencije zdravstvene nege za preprečitev padca pri starostniku glede na raven tveganja za padec.

Kriteriji za ugotavljanje stopnje tveganja za padec so naslednji:
- če je rezultat, dosežen s pomočjo »Tabele dejavnikov tveganja za padec pri starostnikih«, med 1 in 2, uporabimo Začetni načrt za preprečevanje padcev – Protokol 1
- če je rezultat med 3 in 9, uporabimo Začetni načrt za preprečevanje padcev – Protokol 2.
- če je rezultat med 10 in 19, uporabimo Začetni načrt preprečevanja padcev – Protokol 3.

Tabela: Dejavniki tveganja za padec pri starostnikih (Evans in sod., 2001)

Kriteriji	**Rezultati**
Predhodni padci (v zadnjih 6 mesecih)	2
Motnja živčnomišičnih funkcij	2
Motnja ravnotežja / Nestabilna hoja	2
Kognitivni upad, spremembe na mentalnem področju	2
Možnost tavanja bolnika	1
Psihotropne snovi / sedativi / hipnotiki / diuretiki	1
Motnje vida	1
Motnje sluha	1
Inkontinenca črevesja /mehurja	1
Zdravila, ki učinkujejo na krvni tlak / Uživanje več različnih zdravil hkrati	1
Primankljaj v komunikaciji / Nezmožnost prošnje za pomoč	1
Motnje gibanja / uporaba ortopedskih pripomočkov	1
Kronična obolenja /tremor okončin	1
Mehanična / kemična ovirnica	1
Neznane okoliščine	1
SKUPNI REZULTAT	

REZULTAT:

0-2: 1. raven
3-9: 2. raven
10-19: 3. raven

Medicinske sestre bomo morale zagovarjati svojo usposobljenost za delo s starostnikom, kar se bo izkazalo tudi preko dodelane dokumentacije zdravstvene nege. Samo z argumenti in dejstvi si bomo lahko v multidisciplinarnem timu (zdravnik, delovni terapevt, socialni delavec, medicinska sestra, diplomirana medicinska sestra) lahko izborili delitev odgovornosti za padce pri starostniku, saj v tej odgovornosti sodeluje multidisciplinarni tim, ne pa samo zdravstvene nega (Pirnat K. ,2001).

Psihiatrična zdravstvena nega kot integralni del zdravstvene oskrbe v PBI danes pomembno prispeva k čim boljši in čim hitrejši usposobitvi starostnika, da se čimbolj samostojen ali pa samo umirjen vrne v domače okolje, tako da s svojci skupaj živi kakovostno življenje.

LITERATURA

1. Acceto B. Starostnik in staranje. Cankarjeva založba; Ljubljana, 1987:5-6.
2. Halfon P. in sod. Risk of falls for hospitalized patients: a predictive model based on routinely available data. J Clin Epideemiol. 2001; 54: 1258- 66.
3. Hill K. in sod. An analysis of research on preventing and falls injury in older people.V: Report of the Australian governement, Department of health and ageing, injury prevention section by national ageing research institute. Canberra, 2004: 1-7; 79-108.
4. Hlebš S, Zupan A. Učinki fizioterapije na zlom kolka pri starostniku. Fizioterapija, glasilo društva fizioterapevtov Slovenija. Ljubljana, 2003; 11:5-11.
5. Evans D, Hodgkinson B, Lampert L, Wood J. Falls risk factors in the hospital settings: a systematic review. Int J Nurs Pract, Vol. 7 2001:38-45.
6. Ignatavicius D. Do you helf staff to the fall- prevention challenge. Nurse Manage 2000;31:27-30.
7. Jackson L, Gleason J. Proactive management breaks the fallcycle. Nurs Manage 2004:35(6): 37-38.
8. Sullivan R.P, Badros K.K. Recognize risk factors to prevent patient falls.Nurs Manage 1999:30 (5): 37-40.
9. Vassallo M, Sharma J, Allen S. C. Characteristics of single fallers and recurrent fallers among hospital in-patients. Gerontology. 2002 Vol. 48, 2002: 147-50.
10. Vihtelič S. Analiza dejavnikov tveganja za padce starostnikov v Psihiatrični bolnišnici Idrija. Ljubljana, 2006:44-5.
11. Zaletel M. Zdravstvena nega starostnika. 2003. Dostopno na internetu: http://www.vsz.uni-lj.si/-zn/zal_zn_starostnika.html , 3.2.2003

VLOGA ZDRAVSTVENE VZGOJE PRI UŽIVANJU MEDIKAMENTOZNE TERAPIJE BOLNIKOV S PSIHOTIČNO MOTNJO V PSIHIATRIČNI BOLNIŠNICI IDRIJA

Andreja Sedej Kodela, dipl. m.s.,Psihiatrična bolnišnica Idrija

KLJUČNE BESEDE: zdravstvena vzgoja, medikamentozna terapija, psihotična motnja, sodelovanje pri zdravljenju

Izvleček - V članku je opisano kje se kažejo potrebe po zdravstveno vzgojnem delu v zvezi z uživanjem medikamentozne terapije pri bolnikih s psihotično motnjo. Zdravstvena vzgoja je opisana kot pomemben segment, ki pripomore k boljšemu sodelovanju bolnikov pri zdravljenju. S pomočjo anketnega vprašalnika je bilo ugotovljeno, kako dobro bolniki poznajo zdravila, njihove učinke in stranske učinke, kako so seznanjeni z načinom uživanja zdravil, ugotovljeni so bili načini kako si pri uživanju medikamentozne terapije pomagajo, kdo jim daje največ informacij v zvezi z varnim uživanjem medikamentozne terapije, ugotovljene so bile vsebine, o katerih bi se bolniki radi poučili, ter interes bolnikov po pridobivanju tovrstnega znanja. Ugotovljeno je bilo, da se pri delu z bolniki v Psihiatrični bolnišnici Idrija kaže potreba po oblikovanju zdravstveno vzgojnih vsebin v zvezi z varnim uživanjem medikamentozne terapije. Rezultati so pokazali, da si bolniki želijo pridobivati tovrstna znanja, vloga medicinskih sester pri zdravstveno vzgojnem delu na področju medikamentozne terapije pa je zelo majhna in zanemarjena.

Uvod

Psihofarmakologija, povezana z različnimi psihoterapevtskimi pristopi, ki so prilagojeni bolniku, danes predstavlja sodobno obliko zdravljenja za večino bolnikov z duševno motnjo. Poleg drugih oblik zdravljenja pa je za večino teh bolnikov pomembno tudi redno jemanje predpisanih zdravil. Vse to izboljšuje prognozo duševnih motenj in spodbuja bolnika k prevzemanju drugačnih vlog.
Sestavni del načrtovanja medikamentozne terapije je tudi učenje bolnikov in svojcev o predpisani medikamentozni terapiji. Zelo pomembno vlogo pri tem imajo medicinske sestre. Cilj učenja je, da bolniki poznajo naziv zdravila, namen uživanja, učinke in možne neželene učinke; varno, učinkovito in samostojno uživajo zdravila in prepoznajo možne neželene reakcije na zdravilo. Pomembno je, da je zdravstvena vzgoja načrtovan, dokumentiran, kontinuiran in evalviran proces. Z dobro zdravstveno vzgojo namreč bolnik doseže primerno znanje za varno in samostojno uživanje zdravil, prepreči nastanek zapletov svoje bolezni, pridobi občutek samostojnosti, varnosti in samozavesti, kar mu lahko nedvomno izboljša kakovost življenja.

Oblike in metode zdravstvene vzgoje v psihiatrični zdravstveni negi

V psihiatrični zdravstveni negi se priporoča različne metode in oblike dela, kar je odvisno od:
- cilja;
- vsebine izvajalca;
- bolnika glede na njegove sposobnosti sprejemanja, razumevanja, sodelovanja;
- prostorske in časovne danosti.

Posebej je potrebno spregovoriti o bolnikovi zmožnosti sprejemanja in pomnenja informacij. Eden najpomembnejših vzrokov za bolnikovo neupoštevanje zdravniških nasvetov in nasvetov medicinske sestre je njegova nezmožnost, da bi se natančno spomnil, kaj mu je bilo rečeno. Po drugi strani pa tudi nezmožnost zdravstvenih strokovnjakov, da bi sprejeli dejstvo, da si bolnik ne zapomni vsega (Payne in Walker, 2002).
Da bi to presegli, Payne in Walker (2002) priporočata naslednje tehnike izboljšanja komunikacije in učenja bolnikov:
- nareditи okolje prijazno (biti prijazen, dovoliti bolniku, da razloži stvari s svojimi besedami);
- ugotoviti, v kaj bolnik verjame;
- spodbujati povratne informacije;
- poudariti pomen določene vsebine in jo ponoviti;
- uporabiti bolniku razumljiv jezik (preveriti);
- pomembne informacije povedati najprej in jih na koncu ponoviti;
- podajati specifične informacije in ne splošnih, nejasnih;
- povedano podpreti s pisnim materialom, napisanem v bolniku razumljivem jeziku.

Od učnih oblik se priporoča individualno obliko, ki zajema delo s posameznikom in je za psihiatrijo zelo značilna (Hoyer, 2003). Ravnik (2000) pa omenja tudi skupinsko obliko, ki ima nesporno toliko prednosti, da se je nujno potruditi in jo uvajati v zdravstveno-vzgojno delo, če je le mogoče.

Od učnih metod se priporoča:
- metodo ustnega razlaganja;
- učnega pogovora;
- delo z besedili;
- demonstracije;
- metodo odgovorov izvedencev (Hoyer, 2003).

Vzgojne metode, ki naj bi se uporabljale, pa so:
- metode prepričevanja in navajanja;
- metode spodbujanja;
- metode igranja vlog (Hoyer, 2003).

Sodelovanje bolnikov pri uživanju medikamentozne terapije

Grubič Novak (1997) ugotavlja, da je slabo sodelovanje bolnikov pri uživanju zdravil huda težava. Že med hospitalizacijo se 15 do 33% bolnikov ne drži navodil glede uživanja zdravil. Odstotek se bistveno poveča po odpustu, ko mnogi uživanje zdravil povsem opustijo. Osnova uspešnega zdravljenja in preprečevanja recidivov je upoštevanje navodil glede uživanja zdravil, zato je bolniku potrebno omogočiti pravilno informacijo o bolezni in možnostih zdravljenja.

Dejavniki, ki vplivajo na bolnikovo odločitev, ali bo užival zdravila ali ne, vključujejo:
- bolnikovo zavedanje svoje bolezni;
- zaupanje v obravnavo;
- poznavanje stranskih učinkov;
- znanje za ustrezno ukrepanje ob pojavu le-teh (Gray in sod., 2002).

Petek (2002) navaja, da Vermeire (2001) opredeljuje nekompliantno obnašanje kot različne vrste nesodelovanja:
- prepozno iskanje zdravstvene pomoči;
- nesodelovanje v programih zgodnjega odkrivanja bolezni;
- opuščanje kontrolnih pregledov;
- neizpolnjevanje navodil zdravnika;

Opredeljuje tudi primarno nesodelujočega bolnika, kot bolnika, ki:
- prejme recept, vendar zdravila ne dvigne iz lekarne;
- uživa nepravilne odmerke;
- uživa odmerke zdravil ob nepravem času;
- neredno uživa zdravila;
- prezgodaj preneha z uživanjem predpisanih zdravil;

in sekundarno nesodelujočega bolnika, ki:
- ne pride iskat ponovnega recepta za nadaljevanje zdravljenja.

Nesodelovanje je lahko hoteno ali nehoteno. Večina bolnikov vsaj občasno dela nehotene napake pri uživanju zdravil zaradi pozabljivosti ali nerazumevanja navodil. Vendar je tudi hoteno nesodelovanje pomembna težava. Najpomembnejši vzrok za opustitev zdravljenja je »dobro počutje z odločitvijo, da ne bi jemal zdravil«. Vzpostavitev sodelovanja pri zdravljenju zato zahteva zavestno spremembo v obnašanju (Petek, 2002).
Bolniki lahko slabo poznajo zdravila, ki jih prejemajo, zato je tudi njihovo sodelovanje pri zdravljenju slabše (Tavčar in sod., 2000). Z izobraževanjem bolnikov se povečuje njihovo razumevanje narave in obravnave bolezni, s tem pa se poveča tudi sodelovanje pri zdravljenju (Gray in sod., 2002).

Zdravstveno-vzgojne intervencije pri uživanju zdravil bolnika z duševno motnjo

Najpogostejše zdravstveno-vzgojne intervencije so:
- informiranje;
- učenje;
- svetovanje
- vzgoja v ožjem smislu (Hoyer, 2003).

Informiranje
V zdravstvu se informiranje uporablja in razlaga kot pretežno enosmerno komunikacijo. Informiranje bolnika o bolezni in zdravljenju je predvsem naloga zdravnika. Ko je bolnik seznanjen z boleznijo in o njej primerno ozaveščen ter pristane na predlagane postopke in načine zdravljenja, se v informacijski krog lahko vključijo tudi drugi člani zdravstvenega tima (Hoyer, 2003). V prvi vrsti so to medicinske sestre, ki bolnika natančno poučijo (Hoyer2003, cit. Po Savič 2003) in postopno

odgovarjajo na bolnikova vprašanja in dileme, tudi v primeru, ko se vprašanja nanašajo na uživanje zdravil. Pri informiranju je za bolnika izjemnega pomena, da so postopki standardizirani in dorečeni znotraj tima. Zmedenost, nekoherentnost informacij vpliva na bolnikovo nezaupanje in negotovost, zato je pomembno, da se člani tima med seboj obveščajo, kaj bolnik sprašuje in očem je že bi informiran (Hoyer, 2003).

Učenje bolnika

Sestavni del načrtovanja medikamentozne terapije je učenje bolnikov in svojcev o predpisani medikamentozni terapiji. Medicinske sestre imajo pri tem pomembno vlogo. Učenje je odvisno od predpisanega zdravila in od potreb bolnika. Bolnik ima različne potrebe po učenju, kar terja različne pristope s strani medicinske sestre (Ashenbrenner, 2002).
Pri načrtovanju učenja so pomembna naslednja vprašanja:

- ali ima bolnik kakšno bolezen, ki predstavlja večje tveganje za nastanek neželenih učinkov zdravila;
- ali ima bolnik motnje vida, ki onemogočajo branje navodil za uživanje zdravil oz. omogočajo napake pri branju;
- ali ima bolnik motnje sluha, kar je lahko razlog za slabo razumevanje ustnih navodil;
- ali ima bolnik motnje fine motorike, ki lahko pri bolniku povzročijo težave pri odpiranju embalaže;
- ali ima bolnik težje spominske motnje in potrebuje pomoč pri uživanju zdravil (Ashenbrenner, 2002).

Medicinska sestra izvaja učenje počasi, po majhnih korakih, poudarja bistvene informacije in spodbuja bolnika k spraševanju. Mora se prepričati, da razume njena navodila (Raškovič Malnaršič, 2003).
Poleg ustne razlage o učinkih in delovanju zdravil se bolnikom priporoči tudi pisni material, na katerem dobijo pravilne informacije o delovanju in uporabi posameznega zdravila (Townsend, 2003). Navodila so lahko standardizirana in pripravljena vnaprej. Če jih ni, lahko medicinska sestra sama napiše preprosta navoila o uživanju zdravil (Ashenbrenner, 2002).

Svetovanje bolniku

Bolnikom se svetuje, naj ne uživajo zdravil, ki jih ni predpisal zdravnik. Zdravila naj jemljejo, kot so predpisana, tudi če se počutijo dobro. Pojasni se jim, da prekinitev uživanja lahko povzroči povrnitev simptomov bolezni. Bolnike se opozori, da naj ne vzamejo dveh odmerkov naenkrat, če pozabijo vzeti odmerek zdravila (Townsend, 2003). Pomembno je, da bolnik pozna zdravila, ki jih uživa, njihove stranske učinke in način jemanja pred odpustom iz bolnišnice (Rumež Bizjak, 1997). Pomembno je tudi, da upošteva točnost, natančnost uživanja in pravilne presledke med posameznimi odmerki zdravil (Hoyer, 2003). Odmerek zdravila, ki so ga pozabili , lahko vzamejo le, če je od takrat minilo 3-4 ure. Če pa je od časa, ko bi morali vzeti zadnji odmerek zdravila, minilo več kot 4 ure, naj vzamejo naslednji predpisan odmerek. Bolnike, ki imajo težave s tem, da pozabijo vzeti odmerek zdravila, se spodbuja, naj uporabljajo razpredelnico, v katero zabeležijo odmerek zdravila, ko ga zaužijejo. Lahko si pomagajo tudi s škatlicami ta tablete, v katere si natančno pripravijo dnevne ali tedenske odmerke (Videback, 2001). Bolnikom se svetuje, naj s seboj nosijo identifikacijsko kartico ali pa preprosto list papirja, na katerem imajo napisana imena zdravil, ki jih prejemajo. Tako ob obisku zdravnika ne bodo razlagali le oblike in barve tablet (Rumež Bizjak, 1997).

Učenje in svetovanje, ki se nanaša na stranske učinke zdravil

Načrt zdravstveno-vzgojnih intervencij naj vključuje tudi spremljanje vsakega stranskega učinka, ki se pojavi ob uživanju zdravil za zdravljenje psihotičnih motenj (Townsend, 2003).

Sedacija: zaspanost in vrtoglavica

Bolnike se uči, da se ob jemanju določenih zdravil (anksiolitiki, antipsihotiki, stabilizatorji) lahko pojavi zaspanost in vrtoglavica. Svetuje se jim, naj ne vozijo ali upravljajo z nevarnimi stroji, medtem ko uživajo ta zdravila. Če zaspanost in vrtoglavica postaneta stalni in motita dnevne aktivnosti, se jim svetuje posvet z zdravnikom, ki bo prilagodil odmerek zdravila (Townsend, 2003). Bolnike se spodbuja k tistim dejavnostim, ki jih v poteku dneva ohranjajo budne in aktivne, npr. šport. Svetuje se jim tudi uporabo primernih stimulansov, npr. kavo ali čaj. Bolnike se vzpodbuja, naj kljub neprijetnim učinkom zdravil vztrajajo v poteku zdravljenja. Svetuje se jim, da se lahko pogovorijo o tem z bolniki, pri katerih so ti učinki že minili (Kores Plesničar, 1994). Nekateri klasični antidepresivi imajo sedativni učinek. V tem primeru se svetuje bolnikom naj zaprosijo zdravnika, da jim predpiše zdravilo zvečer pred spanjem, jim zniža odmerek zdravila, ali pa jim predpiše zdravilo z manj sedativnim učinkom (Townsend, 2003). Antidepresivi iz skupine triciklov lahko povzročijo meglen vid. Ob tem se pouči bolnike, da ta stranski učinek izgine po nekaj tednih uživanja. Svetuje se jim, da ne vozijo dokler se vid ne zbistri. Pri vsakdanji hoji naj se osredotočijo na majhne točke in s tem preprečijo padce (Townsend, 2003).

Ortostatska hipotenzija

Ob pojavu ortostatske hipotenzije se bolnikom svetuje, naj iz ležečega ali sedečega položaja vstajajo počasi, ter tako preprečijo padce (Townsend, 2003). Bolnike je potrebno opozarjati na pitje zadostnih količin tekočine. Svetuje se jim uporaba posebnih podpornih ukrepov, npr. elastičnih nogavic. Posebno pozornost je potrebno posvetiti starejšim bolnikom, ki se jim svetuje, naj ponoči prižgejo luč in posebno previdno vstanejo iz postelje (Kores Plesničar, 1994).

Suha usta, slabost in bruhanje

Ob pojavu suhih ust, slabosti ali bruhanja se bolnikom svetuje, naj večkrat po požirkih pijejo vodo, sesajo koščke ledu, ližejo trde bonbone ali žvečijo žvečilne gumije. Zelo pomembna je tudi redna higiena zob in ustne votline. Bolnike se uči, naj uživajo zdravila s hrano ali naj jih popijejo z mlekom, zato, da preprečijo slabost. Kapljice in sirupe si lahko redčijo s sokom (Townsend, 2003).

Pretirano slinjenje
O pojavu hipersalivacije se bolnike opozori že v začetku zdravljenja, zato da pozneje niso vznemirjeni. Svetuje se jim, da si ob močni nočni salivaciji prekrijejo vzglavnik z brisačo ali plastično prevleko, bolnike se vzpodbuja, naj spijo na boku. Prepričevati jih je potrebno, da prednosti zdravljenja s klozapinom presegajo neugodne učinke zdravljenja (Kores Plesničar, 1994). Svetuje se jim tudi, naj za zaščito kože okrog ust uporabljajo mastne kreme ter mehke vpojne robce brez dodatkov dražečih snovi (Kobentar, 2000).

Motnje odvajanja
Ob pojavu obstipacije se bolnikom svetuje, naj uživajo hrano bogato z vlakninami. Povečajo naj vnos tekočine (Townsend, 2003). Lahko si pomagajo z uživanjem suhega sadja ali pitjem donata na tešče. Bolnike se spodbuja k fizični aktivnosti, če za to ni kontraindikacij (Kobentar, 2000).
Ob pojavu retence urina se jim svetuje, da o tem nemudoma obvestijo zdravnika. Svetuje se jim, naj si pri tem pomagajo tudi z raznimi metodami za stimulacijo pri uriniranju: spuščanje vode iz pipe v kopalnici, polivanje perinealnega predela z vodo (Townsend, 2003). Če ima bolnik težave z inkontinenco, pa se mu svetuje, naj čez noč uporablja plenične predloge ali vložke. Če je možno, naj se ponoči vsaj enkrat zbudi za na stranišče (Kobentar, 2000).

Kardiovaskularni stranski učinki
Če se pojavi tahikardija ali aritmija se bolnike pouči, kako si lahko izmerijo srčni utrip. Odstopanja naj sporočijo zdravniku ali drugemu zdravstvenemu delavcu. Če bolniki prejemajo antidepresive iz skupine MAOI, naj se izogibajo uživanju določene hrane, kot je čokolada, kokakola, jogurt, postaran sir, kava, pravi čaj ipd. Bolnike se pouči, da uživanje te hrane v kombinaciji z antidepresivi iz skupine MAOI lahko povzroči nevarno hipertenzivno krizo (Townsend, 2003).

Fotosenzibilizacija
Pri bolnikih, ki uživajo nekatere antipsihotike, antidepresive, se lahko pojavi fotosenzibilizacija. Svetuje se jim, naj nosijo oblačila, ki jih ščitijo pred sončnimi žarki, ter sončna očala, kadar so dalj časa izpostavljeni sončnim žarkom. Opozori se jih, da se lahko opekline pojavijo že po 30 minutah izpostavljenosti sončnim žarkom. Izogibajo naj se izpostavljanju visokih ali nizkih temperatur, saj ob uživanju nekaterih antipsihotikov telo težje vzdržuje telesno temperaturo (Townsend, 2003).

Mastna koža obraza, kožni izpuščaj
Ob pojavu mastne kože obraza bolnikom svetujemo, naj si pogosteje umivajo obraz in ga čistijo z naravnimi losjoni. Opozorimo jih tudi na uživanje določene hrane, ki pospešuje izločanje žlez lojnic. Izogibajo naj se uživanju orehov, čokolade, lešnikov (Kobentar, 2000). Če pa se pojavi kožni izpuščaj, naj to sporočijo zdravniku. Ob tem pa je seveda nujno potrebno, da losjonov za kožo ne uporabljajo (Townsend, 2003).

Povečanje ali znižanje telesne teže
Uživanje nekaterih antidepresivov, antipsihotikov, stabilizatorjev povzroča pridobivanje telesne teže. Bolnikom se svetuje, naj se poslužujejo hipokaloričnih diet ter naj povečajo fizično aktivnost. Po drugi strani pa lahko antidepresivi iz skupine SSRI-jev povzročijo znižanje telesne teže. Ob tem se bolnikom svetuje, naj se poslužujejo kaloričnih diet, ki bodo zadostovale za vzdrževanje želene telesne teže. V obeh primerih se bolnikom svetuje, naj kontrolirajo telesno težo vedno ob istem času na isti tehtnici (Townsend, 2003). Bolnike se pouči o tem, da čezmerna telesna teža prinese s seboj tudi veliko drugih telesnih težav (Kobentar, 2000).

Nespečnost in agitacija
Antidepresivi iz skupine SSRI-jev lahko povzročajo nespečnost in agitacijo. Ob pojavu teh simptomov se bolnikom svetuje, da se pogovorijo z zdravnikom, da bi jim morda predpisal zdravilo zjutraj. Bolnikom se svetuje, da se morajo izogibati pitju kofeinskih napitkov in hrani, ki vsebuje poživila. Predlaga se jim relaksacijske tehnike, ki naj se jih poslužujejo pred spanjem. Zaradi stimulativnega učinka nekaterih zdravil (stimulansi centralnega živčnega sistema) se bolnikom svetuje, naj vzamejo zdravilo vsaj šest ur pred spanjem, saj lahko povzročijo nespečnost (Townsend, 2003).

Seksualne disfunkcije
Ob uživanju SSRI-jev se lahko pojavijo seksualne disfunkcije. Pri zmanjšanem libidu, odloženi ejakulaciji se pojasni in pomiri bolnike, da je to učinek zdravila. Pojasni se jim tudi, da je ta učinek reverzibilen. Če tovrstna težava moti zakonsko življenje, se svetuje bolnikom, naj se posvetujejo z zdravnikom o možni menjavi zdravila (Townsend, 2003). Bolniki težko spregovorijo o tovrstnih težavah, zato si je potrebno prizadevati, da s primernim svetovanjem duševno razbremenimo bolnike (Kobentar, 2000). Bolnik bo verjetno v zadregi pri postavljanju tovrstnih vprašanj, saj se morda boji negativnega odziva medicinske sestre. Z odprtim pogovorom se bolniku da priložnost, da o teh težavah govori brez zadržkov, saj odprt dialog ustvari dober odnos in klimo za svobodno izražanje bolnika o tovrstnih skrbeh. Pomembno je, da spolnost predstavi kot normalen vidik pri našem zdravstveno-vzgojnem delu hkrati kot tisti vidik, ki je nujen za obstoj vsakega človeka. Medicinska sestra se mora prepričati, ali se bolnik zaveda stranskih učinkov, ki vplivajo na spolnost ali pa teh stvari ne povezuje med seboj. Medicinska sestra lahko uporabi preproste nasvete. Bolnicam, ki imajo težave z vlaženjem nožnice, se svetuje, naj uporabljajo olja na bazi vode, olj ali raznih vazelinskih krem (Higgins in sod., 2005). Ob pojavu amenoreje se bolnice uči in pomiri, da se menstrualni ciklus

povrne. Opozori se jih tudi, naj ne prenehajo s kontracepcijo, saj amenoreja ne prepreči ovulacije. Moške je potrebno opozoriti, da se lahko pri jemanju SSRI-jev pojavi podaljšana erekcija penisa. Če erekcija traja več kot eno uro, se bolnikom svetuje, da poiščejo zdravniško pomoč. Posledica tega je lahko impotenca. Pojav je redek (Townsend, 2003).

Svetovanje bolnikom, ki jemljejo v terapiji litij

Bolnikom, ki uživajo litij v terapiji, se svetuje, naj izbirajo hrano z veliko vsebnostjo natrija. Izbirajo naj hrano iz prehrambene piramide. Veliko naj pijejo in sicer 6-8- velikih kozarcev vode vsak dan. Izogibajo naj se prekomernega uživanja napitkov, ki vsebujejo kofein (pravi čaj, kava, kola), ker imajo diuretični učinek. Opozori se bolnike, da morajo ob pojavu driske in bruhanja nemudoma obvestiti zdravnika. Driska in bruhanje lahko povzročita hiponatrijemijo, kar pa poveča možnost zastrupitve z litijem. Ob uživanju primerne diete z dovolj veliko vsebnostjo natrija lahko prevelika teža postane problem. Bolnikom se svetuje, naj izbirajo živila s primerno vsebnostjo natrija, ki pa imajo nizko kalorično vrednost. Bolnike, ki uživajo litij, je potrebno opozoriti, da so lahko stranski učinki povezani tudi z zastrupitvijo z litijem. Če se pojavijo naslednji simptomi morajo nemudoma obvestiti zdravnika. Ti simptomi so: vztrajajoča slabost, bruhanje, huda driska, ataksija, zamegljen vid, prekomerno izločanje urina, zmedenost, edemi nog in rok ipd. Pouči se jih tudi o tem, da bodo potrebne redne kontrole krvi. Nivo litija se kontrolira v začetku na en do dva tedna oziroma po naročilu zdravnika (Townsend, 2003). Bolnike se opozori naj pred kontrolo nivoja litija v krvi vzamejo odmerek ob točno določenem času. Pojasni se jim, da se natančno vrednost litija v krvi lahko določi, če je bil zadnji odmerek tega zdravila zaužit točno pred dvanajstimi urami (Videback, 2001).

Druga pomembna svetovanja v zvezi z jemanjem zdravil

Terapevtski učinek antidepresivov se lahko pojavi šele po štirih tednih ali več rednega jemanja. Bolnike se opozori, da je potrebno redno jemanje tudi, če ni takojšnjega izboljšanja. Če po štirih tednih še ni izboljšanja, pa se jim svetuje posvet z zdravnikom. Bolniki, ki jemljejo antidepresive, antipsihotike ali stabilizatorje naj se izogibajo tudi kajenju. Pojasni se jim, da kajenje veča presnovo teh zdravil. Bolniki, ki ta zdravila uživajo daljše obdobje, naj ne prekinejo z jemanjem nenadoma, saj je lahko nenadna odtegnitev ogrožujoča za življenje. Pouči se jih tudi o simptomih, ki se pojavijo ob nenadni odtegnitvi. Bolnika se pouči, da o prekinitvi ali prilagoditvi zdravila vedno odloča zdravnik. Pouči se jih tudi, da je pitje alkohola ob uživanju teh zdravil prepovedano, saj alkohol poveča učinek zdravila (Townsend, 2003).

Ob pojavu glavobola naj se bolniki poslužujejo predpisanih analgetikov. Svetujemo jim, naj zaprosijo zdravnika, naj jim predpiše drugi antidepresiv. Če se pojavijo simptomi kot so bolečine v grlu, povišana telesna temperatura, nenadna sprememba razpoloženja, pojav hematomov ali ulceracij po telesu, pogosto in pekoče uriniranje ali pojav nenadnih krvavitev, se bolnikom svetuje, da o svojih težavah nemudoma obvestijo zdravnika (Townsend, 2003).

Pri uživanju anksiolitikov, antipsihotikov, stabilizatorjev med nosečnostjo se bolnice pouči, da uživanje teh zdravil lahko povzroči malformacije ploda, še posebej, če jih uživajo v prvem tromesečju nosečnosti. Bolnicam se svetuje, da se posvetujejo z zdravnikom v primeru, da načrtujejo nosečnost (Townsend, 2003).

Bolnike se pouči, da je tudi pri uživanju nekaterih antipsihotikov (npr.klozapin) potrebno kontrolirati krvne parametre. V začetku zdravljenja enkrat tedensko, kasneje enkrat mesečno. Diabetike se opozori na rednejše kontrole krvnega sladkorja, saj lahko nekateri antipsihotiki iztirijo sladkorno bolezen (Townsend, 2003).

Ob uvedbi terapije depo se bolnika opozori, naj izkaznico, ki se mu jo izstavi, ima vedno pri sebi. Pouči se ga, da je iz izkaznice razvidna identiteta bolnika, datum uvedbe zdravila, datum zadnjega in naslednjega odmerka zdravila ter osnovni napotki pri težavah (Kobentar, 2000). Seznani se ga tudi o imenu, priimku patronažne medicinske sestre, ki bo bolniku aplicirala depo terapijo na domu (Ferfolja in Bašelj, 2004). Seznani se ga tudi s tem, kako lahko s patronažno medicinsko sestro kontaktira, ter kje in kdaj je dosegljiva (Godin 1996 cit. Po Ferfolja, 1998).

Z dobro zdravstveno vzgojo bolnik doseže primerno znanje, prepreči nastanek zapletov svoje bolezni, pridobi občutek samostojnosti, varnosti in samozavesti; kar mu lahko nedvomno izboljša kakovost življenja (Mori-Lukančič, 2000). Bolniki, ki sodelujejo v izobraževalnih programih, pridobijo informacije, hkrati pa se pri njih zmanjša negativna simptomatika. Učinki zdravstvene vzgoje segajo torej dlje od sodelovanja pri zdravljenju in vplivajo na celotno dobro počutje bolnikov in na kakovost njihovega življenja (Švab, 1999).

Namen raziskovalnega dela

Namen raziskave je ugotoviti, kje se kažejo potrebe po zdravstveni vzgoji v zvezi z uživanjem zdravil pri bolnikih hospitaliziranih v Psihiatrični bolnišnici Idrija.

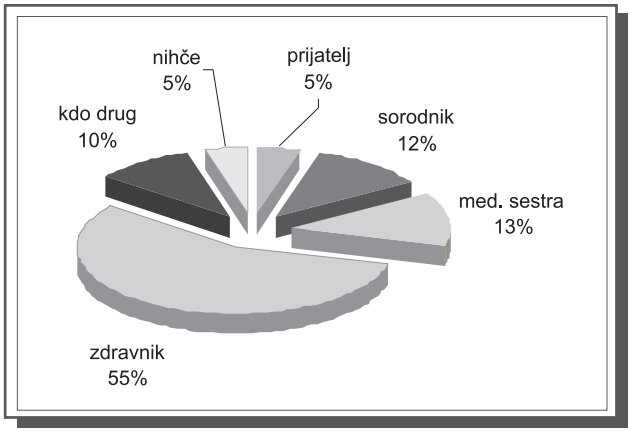
Namen je izvedeti:

- kako dobro bolniki poznajo zdravila, ki jih uživajo;
- kako dobro poznajo njihove učinke in stranske učinke;
- kako so seznanjeni z načinom uživanja predpisanih zdravil;
- kako si pri uživanju zdravil pomagajo;
- kdo jim daje informacije glede varnega uživanja predpisanih zdravil;
- o čem bi se bolniki želeli poučiti v zvezi s predpisanimi zdravili;
- kakšna oblika učenja bi jim bolj ustrezala in
- ali imajo bolniki sploh interes po pridobivanju znanja.

Metode dela

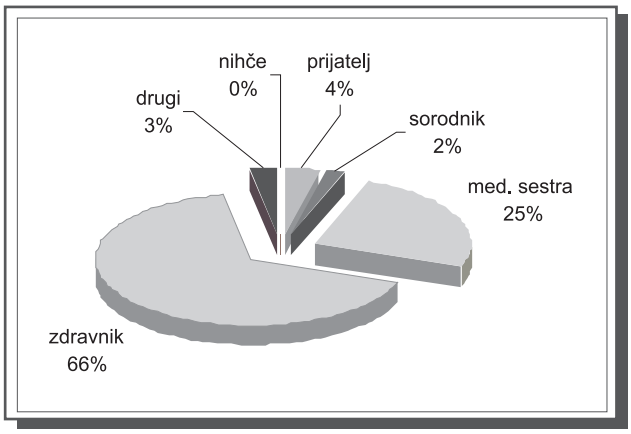
Raziskava je potekala v Psihiatrični bolnišnici Idrija, na šestih bolniških oddelkih. Izvajana je bila od 15.1.2006-7.2.2006. Raziskovano skupino so sestavljali bolniki hospitalizirani v Psihiatrični bolnišnici Idrija. Zajeti so bili bolniki, ki so bili v času od začetka januarja do sredine februarja hospitalizirani na sprejemnem moškem oddelku, sprejemnem ženskem oddelku, psihoterapevtskem oddelku, splošnem psihiatričnem oddelku, oddelku za zdravljenje odvisnosti ter na gerontopsihiatričnem oddelku. Zajet je bil vzorec 87 bolnikov. Od tega je bilo 37% žensk ter 63% moških. Povprečna starost bolnikov je 47 let. Največji odstotek (59%) je bilo bolnikov z srednjo izobrazbeno strukturo.
Od 87 razdeljenih vprašalnikov je bilo vrnjenih 83.
Pri svojem delu sem uporabila deskriptivno metodo raziskovanja. Zbiranje podatkov sem izvedla s pomočjo anketnega vprašalnika, razvitega za potrebe te raziskave. Vprašanja sem sestavila na podlagi podatkov iz literature. Podatke sem črpala iz slovenske in angleške literature.
Anketni vprašalnik je obsegal šestindvajset vprašanj. Vprašanja so bila dihotomnega tipa, zaprtega-izbirnega tipa, eno vprašanje pa je bilo odprtega tipa, kjer so bolniki izražali o čem bi se najraje poučili v zvezi z zdravili.
Zbrani podatki so bili računalniško obdelani z uporabniško in aplikacijsko programsko opremo Excel in Word. Obdelani podatki so bili prikazani v tekstu ter urejeni v grafične, tabelarne prikaze strukture odgovorov.

Rezultati



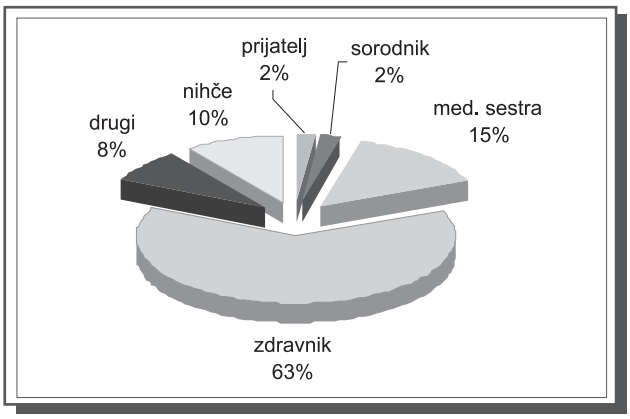
Grafikon št. 1: Bolnikovi viri pridobivanja informacij o njihovi bolezni

Pod drugi so bili navedeni delovni terapevti, strokovne knjige, članki z interneta.
Anketirani bolniki so kar v 55% dobili informacije o njihovi bolezni od zdravnika, od medicinske sestre samo v 13%.
Na vprašanje, ali bolniki poznajo imena zdravil, ki jih uživajo, je 63 bolnikov (76%) odgovorilo pritrdilno, 13 bolnikov (16%) imena zdravil, ki jih uživajo, pozna delno, 7 bolnikov (8%) pa je odgovorilo, da z imeni njihovih zdravil ni seznanjeno.



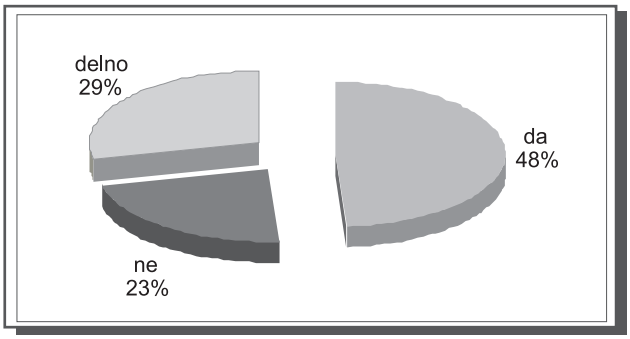
Grafikon št. 2: Bolnikovi viri pridobivanja informacij o predpisanih zdravilih

Pod drugi so bili navedeni farmacevti, članki z interneta, strokovne knjige.
Anketirani bolniki najbolj pogosto pridobijo informacije o predpisanih zdravilih od zdravnika (66%), od medicinske sestre pridobijo te informacije samo v 25%.

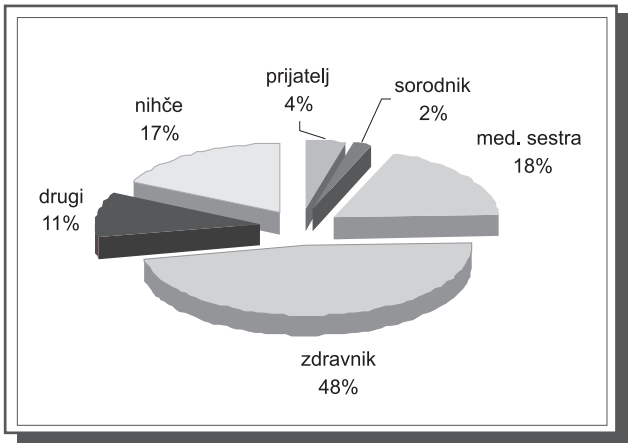


Grafikon št. 3: Bolnikovi viri pridobivanja informacij o učinkih predpisanih zdravil

Pod drugi so bili navedeni delovni terapevti, farmacevti.
Najbolj pogosto anketiranim bolnikom daje informacije o učinkih predpisanih zdravil zdravnik (63%), sledi medicinska sestra (15%). Kar 10% anketiranih bolnikov je odgovorilo, da jim teh informacij ne daje nihče.

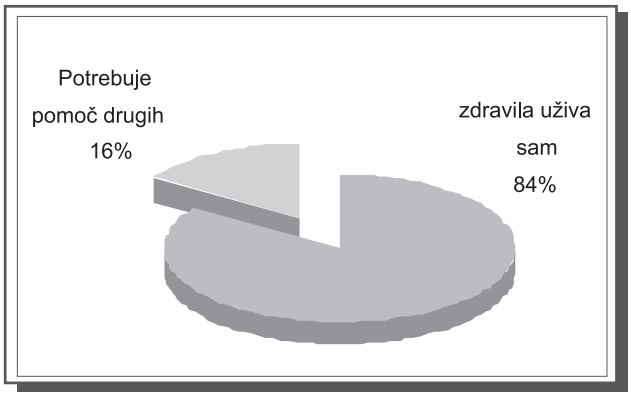


Grafikon št. 4: Seznanjenost bolnikov s stranskimi učinki zdravil, ki jih uživajo



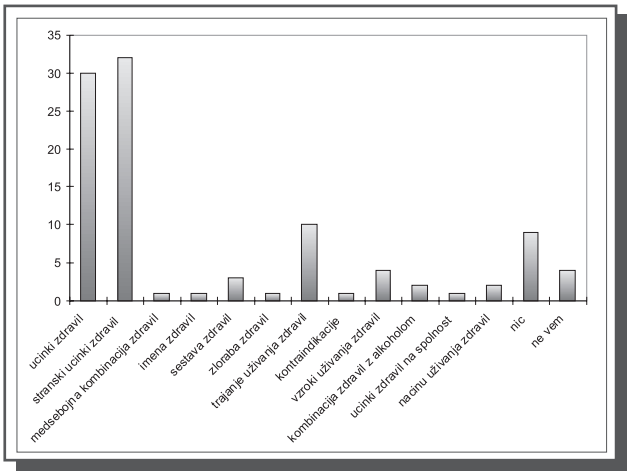
Grafikon št. 5: Bolnikovi viri pridobivanja informacij o stranskih učinkih predpisanih zdravil

Pod drugi so bili navedeni delovni terapevti, farmacevti, strokovne publikacije, ki so na razpolago v lekarni.
V 48% je zdravnik tisti, ki anketiranim bolnikom daje informacije o stranskih učinkih predpisanih zdravil, medicinska sestra podaja te informacije v 18%. Kar 17% anketiranih bolnikov je odgovorilo, da jim teh informacij ne podaja nihče.
Na vprašanje, ali bolniki kdaj pozabijo zaužiti odmerek svojega zdravila, je 15 bolnikov (18%) odgovorilo pritrdilno, 12 bolnikov (14%) pozabi zaužiti odmerek zdravila občasno, 56 bolnikov (68%) pa je odgovorilo, da nikoli ne pozabijo zaužiti odmerka svojega zdravila.
Na vprašanje, ali si bolniki pomagajo pri jemanju z razpredelnico, v katero si zapisujejo odmerek, ki so ga zaužili je 15 bolnikov (18%) odgovorilo pritrdilno, 68 bolnikov (82%) pa si z razpredelnico nikoli ne pomaga.
Na vprašanje, ali bolniki vedno nosijo s seboj listek z napisanimi imeni zdravil, je 13 bolnikov (16%) odgovorilo pritrdilno, 69 anketirancev (84%) pa listka ne nosi s seboj.



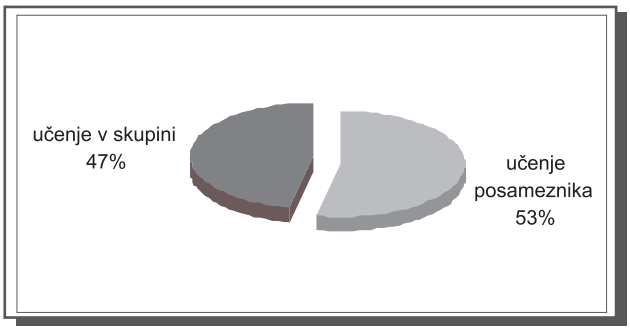
Grafikon št. 6: Samostojnost/odvisnost bolnikov pri uživanju zdravil po odpustu iz bolnišnice

84% anketiranih bolnikov je odgovorilo, da je pri uživanju zdravil po odpustu iz bolnišnice samostojnih, 16% anketiranih bolnikov pa pri uživanju zdravil izven bolnišnice potrebuje pomoč.



Grafikon št. 7: Teme, ki bolnike zanimajo v zvezi s pridobivanjem znanja o predpisanih zdravilih

33% anketiranih bolnikov je izrazilo mnenje, da si želi pridobiti znanje v zvezi s stranskimi učinki zdravil, 30% jih želi pridobiti znanje v zvezi z učinki predpisanih zdravil, 12% anketiranih bolnikov zanima koliko časa bodo morali uživati predpisana zdravila, 9% anketiranih bolnikov pa nima potrebe po pridobitvi novih znanj v zvezi z uživanjem predpisanih zdravil.
Na vprašanje, ali bi si bolniki želeli pridobiti več znanja o zdravilih, ki jih uživajo, je kar 68 bolnikov (82%) odgovorilo pritrdilno, 15 anketirancev (18%) pa te želje nima.



Grafikon št 8: Oblika učenja, ki bi jo bolniki izbrali

Razprava

Današnja psihofarmakologija zahteva od medicinskih sester, bolnikov, zdravnikov, farmakologov, in pomembnih drugih skupen napor pri oblikovanju pravilnega ravnanja z zdravili, kar omogoča optimalen izkoristek farmakoloških sredstev v bolnikovo korist. Lehne in sod. (1998) poudarjajo, da so prav medicinske sestre tiste, ki med prvimi opazijo in intervenirajo pri določenih učinkih medikamentozne terapije, zato je pomembno, da so v celoti seznanjene z učinki in stranskimi učinki zdravil. Grubič Novak (1997) ugotavlja, da na bolnikovo odločitev, ali bo jemal zdravila, vpliva več dejavnikov, med katerimi so najpomembnejši: bolnikovo zavedanje in poznavanje svoje bolezni, dobro poznavanje učinkov in stranskih učinkov zdravil, ki jih prejemajo, poznavanje ukrepov za pomoč, če se pojavijo stranski učinki, ter bolnikovo zaupanje v obravnavo.

Zdravstvena vzgoja je samostojna in izredno kompleksna dejavnost. Je tista dejavnost s katero vplivamo na bolnikovo vedenje, njegova stališča ter na to, ali bo bolnik sprejel zdravje kot vrednoto in sodeloval v procesu zdravljenja.

Pomembnost zdravstveno-vzgojnega dela z bolniki, ki prejemajo zdravila za zdravljenje duševnih motenj, so potrdili tudi rezultati pričujoče raziskave v Psihiatrični bolnišnici Idrija, saj je kar 82% bolnikov, vključenih v raziskavo, izrazilo željo po pridobivanju znanj v zvezi s predpisano medikamentozno terapijo. Raziskava je pokazala, da je dobra polovica bolnikov dobro seznanjena z znaki in potekom svoje bolezni. Še večji odstotek je tistih, ki dobro poznajo imena svojih zdravil. Informacije bolniki dobijo pretežno od zdravnikov in sicer v več kot 50%. Iz tega lahko sklepamo, da je zdravnik tisti strokovnjak, s katerim imajo bolniki ob pojavu bolezni prvi stik. Predpiše jim zdravila in jim ob tem daje tudi informacije. Zaskrbljujoč je podatek, da je odstotek pomembnih drugih (prijatelj, sorodnik...), ki bolnikom dajejo informacije o njihovi bolezni, bistveno višji od odstotka medicinskih sester. Raziskava je pokazala, da je vloga medicinskih sester pri dajanju informacij bolnikom o njihovi bolezni in uživanju predpisanih zdravil majhna in zanemarjena, čeprav vemo, kako pomembna bi lahko bila vloga medicinske sestre kot zdravstvene vzgojiteljice na tem področju. Ameriško združenje medicinskih sester – ANA navaja, da so medicinske sestre moralno in legalno odgovorne, da bolniku in pomembnim drugim podajo vse informacije o njihovi bolezni, o namenu uživanja predpisane medikamentozne terapije, želenih učinkih in potencialnih stranskih učinkih zdravil.
Tudi rezultati o poznavanju učinkov posameznih zdravil so prav tako pokazali, da so bolniki največkrat informirani o tem le s strani zdravnika. Skrb vzbuja podatek, da je le slaba polovica bolnikov seznanjena s stranskimi učinki zdravil. Podatki kažejo, da imajo medicinske sestre v Psihiatrični bolnišnici Idrija zelo majhno vlogo pri dajanju informacij o stranskih učinkih zdravil, saj je le 18% bolnikov odgovorilo, da jim te informacije poda medicinska sestra.

Da je informiranost pomemben dejavnik zadovoljstva pri zdravljenju, je pokazalo tudi spremljanje kazalnika stopnje kakovosti v letu 2005 v Psihiatrični bolnišnici Idrija. Vsebinska analiza je pokazala, da so pričakovanja bolnikov med hospitalizacijo med drugim vezana tudi na pridobivanje informacij. Bolniki hospitalizirani v Psihiatrični bolnišnici Idrija tekom leta 2005 so bili naprošeni, naj napišejo mnenja in pripombe glede samega zdravljenja ter napišejo predloge, ki bi še doprinesli k njihovemu večjemu zadovoljstvu pri zdravljenju. Med drugim se pogosteje pojavlja želja, da bi bilo še več informiranosti predvsem o poteku bolezni in njenem zdravljenju (zdravila, potek zdravljenja) (Režun in sod., 2005).
Presenetljiv je podatek, da je skoraj 75% bolnikov odgovorilo, da nikoli ne pozabijo zaužiti odmerka predpisanih zdravil, še posebej, če se o tem niso prej posvetovali z zdravnikom. Grubič Novak (1997) namreč navaja, da približno 50% bolnikov povsem opusti jemanje zdravil po odpustu iz bolnišnice. Sklepamo lahko, da so se anketirani bolniki nagibali k podajanju želenih odgovorov.

Videback (2001) v svoji strokovni razpravi priporoča različne oblike pomoči pri jemanju zdravil. Med drugim tudi pomoč v obliki razpredelnice, v katero bi si bolniki zapisovali odmerke zdravil, ki jih zaužijejo. Podatki iz pričujoče raziskave kažejo, da večina (kar 82%) bolnikov tovrstne razpredelnice razpredelnice ne uporablja. Razloge za to je mogoče iskati v neznanju bolnikov oziroma pomanjkljivem zdravstveno-vzgojnem svetovanju in učenju bolnikov predvsem s strani medicinskih sester. Prav tako si bolniki ne pomagajo z listki, na katerih bi imeli zapisana imena zdravil in bi na ta način bolje sodelovali pri zdravljenju ter lažje komunicirali ob obisku pri zdravniku ali morebitni hospitalizaciji. Kar 84% bolnikov nikoli ne nosi s seboj listka z napisanimi imeni zdravil.

Rezultati so pokazali, da večina bolnikov (84%) po odpustu iz bolnišnice uživa zdravila samostojno, oziroma jim pri tem nihče ne pomaga. Zato je nujno, da vsak bolnik pred odpustom iz bolnišnice dobi natančna navodila o nadaljnjem varnem uživanju predpisanih zdravil, da pozna učinke in stranske učinke zdravil in načine, kako si pri tem pojavu pomagati V veliki meri so anketirani bolniki izrazili željo, da bi se želeli poučiti o učinkih in stranskih učinkih zdravil. Zanimalo jih je tudi, koliko časa bodo morali uživati predpisana zdravila.
Čeprav pri delu z bolniki v psihiatriji nekako prevladuje individualna oblika učenja, se je polovica anketiranih bolnikov odločila za skupinsko obliko učenja, polovica bolnikov pa bo se raje učila individualno.Ameriško združenje medicinskih sester – ANA navaja, da bi medicinska sestra morala že ob sprejemu bolnika v bolnišnico oceniti bolnikovo predhodno znanje o medikamentozni terapiji ter odnos bolnika in njegovih svojcev do zdravljenja z medikamentozno terapijo. Bolnika naj bi seznanila z oblikami zdravstveno-vzgojnega dela ter ob upoštevanju njegove želje in njegovega znanja bolnika vključila v

ustrezno obliko učenja (Antai Otong, 2003). Medicinska sestra veliko doseže, če bolnik že v začetku zdravljenja zavestno pristane na to, da bo zdravila užival redno.

Iz vseh zbranih podatkov raziskave je razvidno, da je zdravstveno vzgojno delo medicinskih sester z bolniki, ki uživajo medikamentozno terapijo, v Psihiatrični bolnišnici Idrija pomanjkljivo. Kaže se potreba po oblikovanju zdravstveno vzgojnih vsebin glede varnega uživanja medikamentozne terapije.

Organizacija zdravstveno vzgojnega programa

Zdravstveno-vzgojne vsebine bi bile bolnikom podane na učnih delavnicah v okviru zdravstveno vzgojnih skupin, ki jih vodijo medicinske sestre na posameznih oddelkih v Psihiatrični bolnišnici Idrija. Od učnih metod bi se lahko uporabljale predvsem metoda ustnega razlaganja ter metoda učnega pogovora. Z bolniki, ki ne bi želeli sodelovati na učnih delavnicah, bi bilo potrebno izvajati individualno zdravstveno vzgojno delo po istem programu. Določiti bi bilo potrebno število srečanj in število udeležencev ter določiti dan in čas srečanja udeležencev. Udeleženci bi bili povabljeni k sodelovanju ustno, lahko pa tudi pisno. Seznanjeni bi bili z vsebino, namenom in cilji programa. Posamezna učna delavnica bi trajala od 30-45 min, prilagojeno bolnikovim zmožnostim in sposobnostim.

Na prvi učni delavnici bi potekala identifikacija potreb v smislu pridobivanja podatkov o tem, koliko bolniki svojo bolezen poznajo, o stopnji zavedanja bolezni, ter kakšna so njihova stališča v zvezi z zdravili in njihovimi učinki. Bolnike bi se poučilo o znakih in naravi njihove bolezni.

Druga učna delavnica bi bila namenjena učenju bolnikov o učinkih zdravil ter seznanjanju bolnikov z imeni posameznih zdravil. Medicinska sestra bi morala povezovati učinke posameznih zdravil s simptomi bolnikovega obolenja. Delavnica naj bi vključevala tudi pridobivanje znanja v zvezi z ravnanjem z zdravili. Cilj te delavnice bi bil ta, da bolniki zdravila, ki jih prejemajo, poznajo, razumejo namen uživanja ter razloge, zaradi katerih morajo predpisana zdravila uživati. Delavnica naj bi potekala tako, da bi bolniki dobili podporo, možnost izmenjave izkušenj in občutkov, razumevanje, nasvete in poduk o konkretnih veščinah.

Tretja učna delavnica bi bila namenjena stranskim učinkom, ki se lahko pojavijo ob uživanju predpisanih zdravil ter o ukrepih pri pojavu le-teh. Cilj te delavnice bi bil, da bolniki stranske učinke prepoznajo, da znajo ustrezno ukrepati, če se stranski učinki pojavijo, poznajo možne interakcije med različnimi zdravili in možne interakcije med hrano in zdravili.

Četrta učna delavnica bi bila namenjena splošnemu svetovanju z varnim uživanjem zdravil in sicer o pomembnosti rednega uživanja zdravil, kaj storiti, če bolniki pozabijo zaužiti odmerek, na kakšne načine si lahko pri tem pomagajo. Poučiti bi jih bilo potrebno glede vzdrževanja individualnega medikamentoznega režima ter o tem, kje in na kakšen način morajo zdravila doma hraniti. Pojasniti bi jim bilo potrebno okviren čas uživanja zdravil za dosego želenih ciljev. Ponuditi bi bilo dobro tudi možnost zdravstveno vzgojnega svetovanja njihovim svojcem. Povsem samostojna tema oziroma učna delavnica bi lahko govorila o posledicah zlorabe alkohola in drugih psihoaktivnih snovi v kombinaciji z zdravili.
V peti delavnici, pred odpustom bolnika, bi medicinska sestra nujo morala še enkrat preveriti, ali ima bolnik ustrezno znanje glede varnega uživanja medikamentozne terapije v obliki individualnega razgovora.

Zaključek

Eden izmed pomembnih načinov zdravljenja duševnih motenj je medikamentozno zdravljenje. Zdravila bolezni ne pozdravijo, a bistveno vplivajo na simptome bolezni tako, da bolnik postane bolj dovzeten za druge oblike zdravljenja.
Sestavni del načrtovanja medikamentozne terapije je tudi učenje bolnikov in svojcev o predpisani medikamentozni terapiji. Medicinske sestre imajo pri tem pomembno vlogo. Osnovno poslanstvo medicinske sestre kot zdravstvene vzgojiteljice na področju medikamentozne terapije je, da bolnikom s svojimi pristopi in načini dela, omogoči čim večjo samostojnost in kritičnost v okviru njihovih zmožnosti in sposobnosti, pri uživanju medikamentozne terapije.
Raziskava izvedena pri bolnikih s psihotično motnjo hospitaliziranih v Psihiatrični bolnišnici Idrija, ki uživajo medikamentozno terapijo, je pokazala, da bolniki čutijo potrebo po izobraževanju. Po drugi strani pa podatki kažejo, da je zdravstveno vzgojno delo medicinskih sester z temi bolniki pomanjkljivo. Kaže se potreba po oblikovanju zdravstveno vzgojnih vsebin glede varnega uživanja medikamentozne terapije. Vloga medicinskih sester pri zdravstveno vzgojnem delu na področju medikamentozne terapije je trenutno majhna in zanemarjena.
Zdravstvena vzgoja pripomore, da bolnik ne odklanja medikamentozne terapije, izboljša sodelovanje bolnikov pri zdravljenju in vpliva na celotno dobro počutje bolnikov ter na kakovost njihovega življenja.

Literatura

Antai Otong D. Psychopharmacologic Therapy. V Psyhiatric Nursing: Biological And Behavioral Concepts. New York: thompson Delmar Learning: 807-9.

Aschenbrenner D., Wilder Clevelandl, Venable S Drug therapy in nursing. Philadelphia: Lippincott, 2002.

Ferfolja A. Razvojni trendi psihiatrične zdravstvene nege v svetu in pri nas. Diplomska naloga. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 1998.

Ferfolja A. Bašelj J. Kontinuirana zdravstvena nega psihiatričnega bolnika. V Patronažna zdravstvena nega skupin prebivalstva, ki so še posebej ogroženi in vizija patronažnega varstva v prihodnosti. Debeli rtič: Sekcija patronažnih medicinskih sester pri zzn Slovenije, 2004: 11-5.

Gray R., Wykes T. & Gournay K. From compliance to concordance: a review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsihotic medication. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2002; 9, 277-84.

Grubič Novak V. Sodelovanje shizofrenih bolnikov pri zdravljenju-compliance. V Kocmur M. ur. Shizofrenija diagnoza, zdravljenje, rehabilitacija: Psihiatrična klinika Ljubljana, 1997:73-79.

Higgins A. Barker P., & Begly C. M: Neuroleptic medication and sexuality: the forgotten aspect of education and care. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2005; 12, 439-46.

Hoyer S. Učenje in vzgoja bolnikov v psihiatrični zdravstveni negi. Obzor Zdr N 2003; 37: 268-71

Kobentar R. Zdravstvena nega bolnika s stranskimi učinki zdravil. V Kogovšek B. ur., Kobentar R. ur. Priročnik psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije: za medicinske sestre in zdravstvene tehnike. Ljubljana: Psihiatrična klinika; 2000: 195-200.

Kores Plesničar B. Zdravljenje stranskih učinkov terapije s klozapinom (Leponex). Ljubljana: Viceversa, 1994; december 6: 3-21.

Lehne R. A., Moore L. A., Crosby L. J. & Hamilton D. B. Pharmacology for nursing care. Philadelphia: W. B Saunders. 1998: 807-9.

Mori Lukančič M. Dokumentiranje in dokumentacija zdravstvene vzgoje. Zdr Var 2000; 5-6: 87-90.

Payne S., Walker J. Psihologija v zdravstveni negi. Ljubljana:Educy, 2002

Rašković Malnaršič R. Vloga medicinske sestre pri izvajanju medikamentozne terapije. Obzor Zdr N 2003; 37: 229-32.

Ravnik S. Terapevtska klima na oddelku za podaljšano hospitalizacijo bolnikov s psihiatrično diagnozo. V Kogovšek B., Kobentar R. ur. Priročnik psihiatrične zdravstvene nege. Ljubljana: Psihiatrična klinika, 2000:43-7.

Režun B., Zelenc M.: Kazalnik stopnje zadovoljstva (za prvo in drugo polovico leta 2005). Interno gradivo Psihiatrične bolnišnice Idrija.

Rumež Bizjak L. Zdravstvena nega shizofrenega bolnika. Vita. Strokovna zdravstveno vzgojna revija, 1997; 11: 6-7.

Tavčar R. Preventiva v psihiatriji. V: Kogovšek B. ur., Kobentar R. ur. Priročnik psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije: za medicinske sestre in zdravstvene tehnike. Ljubljana: Psihiatrična klinika; 2000: 54-5.

Townsend C.M. Psychopharmacology. V: Psychiatric Mental Health Nursing. Philadelphia, F. A. Davis Company 2003: 290-311.

Videback S. L. Neurobiologic Theories and Psychopharmacology. V Mental Health Nursing. Philadelphia, Lippincott 2001: 20-42.

Švab V. Atipična antipsihotična zdravila ter psihološka in socialna rehabilitacija pri hudih in ponavljajočih se duševnih motnjah. Ljubljana: Viceversa, 1999; april 24: 11-16.

ETIČNI IN PRAVNI VIDIK V ZDRAVSTVENI NEGI PACIENTA Z DUŠEVNO MOTNJO

Majda Herbst, dipl. med. ses., Irena Trobec, prof. zdrav. vzg., mag. Boštjan Žvanut, pred., UP Visoka šola za zdravstvo Izola, 6310 Izola

V razvitem in pravno urejenem svetu so še vedno prisotni nespoštovanje človekovih pravic in dostojanstva, diskriminacija ter stigma duševno bolnih in prizadetih. V raziskavi je sodelovala skupina medicinskih sester psihiatrične zdravstvene nege zaposlenih v večjih psihiatričnih bolnišnicah in kliniki ter skupina medicinskih sester v patronažnem varstvu zaposlenih v zdravstvenih domovih iz vse Slovenije (skupno 136 oseb). Več kot polovica obeh anketiranih skupin se je opredelila, da sta etični in pravni vidik enaka pri ukrepu neprostovoljne hospitalizacije. Rezultati kažejo na strokoven pomen specializiranih kadrov ter nujnost multidisciplinarnega pristopa za zagotovitev kontinuirane kakovostne obravnave pacienta z duševno motnjo, za kar bo potrebno prenos težišča obravnave iz sekundarne na primarno raven, upoštevanje stroškovno učinkovitih in sodobnih trendov razvoja ter zagotavljanje pravic in potreb pacientov in svojcev.

Ključne besede: zdravstvena nega, medicinska sestra, pacient, duševna motnja, etični in pravni vidik, neprostovoljna hospitalizacija

ETHICAL AND LEGAL VIEWPONT OF NURSING CARE IN PATIENT WITH MENTAL DISORDERS

Majda Herbst, Health Care Centre of Izola, Ulica Oktobrske revolucije 11, 6310 Izola, Slovenia

Human rights and dignity violations, discrimination and stigmatization of mentally ill are still present in developed countries with defined legal systems. The aim of the paper was to establish whether there are differences in definition of factors and elements of modern nursing care between psychiatric and patronage care nurses in the case of involuntary hospitalization of patient with mental disorder.
More than a half of questioned in both groups stated that ethical and legal views are identical in the case of involuntary hospitalization. Results show to the need of professionally specialized cadres, and necessity of multidisciplinary approach to ensure continuous mental disorder patient treatment. To achieve this, a shift of treatment from secondary to primary level health care will be needed, considering cost effectiveness, modern trends of development, and patient rights and needs assurance.

Keywords: nursing care, nurse, patient, mental disorder, ethical and legal viewpoint, involuntary hospitalization

1 UVOD

Zdravljenje in zdravstvena nega ljudi z duševno motnjo sta bila vedno odvisna od odnosa obstoječe družbe do duševnega zdravja in teh pacientov. O tem odnosu odloča razvoj vseh znanosti, še zlasti medicine, družbeni odnosi in posebej vladajoča ideologija nekega časa. Človek z duševno motnjo kot pacient s svojim spremenjenim doživljanjem in vedenjem lahko vzbudi v neukem človeku obrambo in odpor namesto sočutja in prijateljske pomoči [(1)].

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) ocenjuje, da 5% svetovne populacije trpi zaradi resnih duševnih motenj (nevroze in funkcionalne psihoze) in vsaj 15% prebivalstva zaradi potencialno ogrožajočih oblik duševne motnje. Angleške študije dokazujejo, da ima 1/5 vseh obiskov pri splošnem zdravniku svoj pravi vzrok v težavah duševnega zdravja. V ZDA ocenjujejo, da ima kar 30% pacientov v splošni medicini psihiatrično diagnozo [(2)]. Zavod za zdravstveno varstvo Koper v svojem letnem poročilu "Pregled začasne odsotnosti z dela v regiji Koper" navaja, da so bile duševne in vedenjske motnje med vzroki za bolniški stalež pri zaposlenih moških na 5. mestu, pri zaposlenih ženskah pa na 2. mestu [(3)].

Kakovostno zdravljenje ni odvisno samo od pravilne diagnoze in predpisane terapije, ampak tudi od kakovostnega izvajanja predpisane in načrtovane terapije, strokovne in kakovostne zdravstvene nege pacienta, spoštovanja osebnega dostojanstva in integritete ter spoštovanja njegovih pravic [(4)].

V preteklosti so redki avtorji med zdravstvenimi delavci izvajali raziskave o občutljivi tematiki, kot so pravice pacientov in etično ravnanje zaposlenega osebja v zdravstveni negi. Raziskovalca Trauscredi in Clark sta leta 1972 v Ameriki opravila raziskavo, v kateri sta med zaposlenim osebjem na psihiatriji skušala oceniti poznavanje zakonskih pravic pacientov. Rezultati raziskave so pokazali neozaveščenost (le-teh) profesionalnih izvajalcev glede zakonskih pravic pacientov v času hospitalizacije [(5)].

V zdravstveni negi so medicinske sestre v Avstraliji leta 2000 izvedle raziskavo o etiki in pravicah pacientov med 8000 medicinskimi sestrami. Raziskava je pokazala šibkosti neinformiranost pacientov in slabo zagovorništvo pacientov [(6)].

Tudi v Sloveniji v zadnjem času postaja etika in pravice pacientov vedno bolj aktualna tema pogovorov med medicinskimi sestrami in ostalimi zdravstvenimi delavci, zlasti zdravniki [7]. V slovenskem prostoru pomembna raziskava Etika v luči zdravstvene nege je pokazala, da se je treba vedno bolj zavedati pomena etičnega delovanja v praksi in ne le teoretičnega znanja s tega področja. Projekt je zaznamoval predvsem slab odziv na raziskavo, saj je bila realizacija vzorca le 20% [7].

V letu 2002 se odsev uporabne etike prepoznava v diplomskem delu avtorice Ferfolja, ki je raziskovala o pomenu sodelovanja med bolnišnično službo zdravstvene nege in patronažno službo na terenu [8]. Rezultati raziskave so pokazali na pomanjkljivosti pri zagotavljanju kontinuitete v zdravstveni negi ter pri sodelovanju, koordinaciji in usklajevanju dela znotraj različnih služb zdravstvene nege.

2 TEORETIČNA IZHODIŠČA

2.1 Vloga delavcev v zdravstveni negi pacienta z duševno motnjo

Davek stresa, hitrega življenjskega ritma, razčlovečenost postmoderne družbe zahteva svojo ceno. Številne raziskave kažejo, da se z bolezenskimi stanji, katerih glavni vzrok leži v duši, srečuje vse več ljudi [2]. Pacient z duševno motnjo stvari doživlja drugače, kar ga lahko iztrga iz socialnega okolja. Življenje z njim pa velikokrat vodi v neobičajni trajni stres in psihične obremenitve svojcev. Mnoge izkušnje kažejo, da se hospitalizacija zgodi pogosto v trenutku, ko sobivanje v družini postane nemogoče. Najtežje je sprejeti pacienta takšnega, kakšen je v fazi bolezni, torej popolnoma spremenjenega, včasih celo zelo nasilnega.

Sprejem posameznika v psihiatrično bolnišnico, o katerem odloča zdravnik, prav gotovo ni lahka odločitev. Medicinske sestre res niso odgovorne za način sprejema, čeprav sodelujejo pri tem [5]. Na prvi pogled je napotitev in sprejem pacienta v psihiatrično bolnišnico nekaj običajnega, vendar je za pacienta zelo kompleksen dogodek. Vloga izvajalcev zdravstvene nege pri napotitvi in sprejemu pacienta z duševno motnjo brez njegovega soglasja je, da skušajo z ustrezno verbalno in neverbalno komunikacijo, ki vključuje tehnike deeskalacije, doseči pomiritev in sodelovanje pacienta.
pa mora dobiti vse želene informacije [9].

Kako olajšati vdor v pacientovo avtonomijo brez zlorabe oz. posega v integriteto, ko je pomembno učinkovito ukrepanje, predstavlja enega izmed glavnih problemov. Te situacije pogosto vključujejo tudi nasilno vedenje pacientov. Nekateri pacienti neprostovoljno hospitalizacijo dojemajo kot dobro priložnost in hkrati kot veliko izgubo. Na drugi strani pa se srečajo z občutki izgube svobode, poseganja v njihovo integriteto in občutkom ne biti viden in slišan. Vse terapevtske intervencije morajo biti v največji možni meri izvedene s sodelovanjem pacienta. Dobra stran tega je, da jim je ponujena priložnost, da lahko ponovno sprejmejo odgovornost za svoje življenje ter izkušnja, da zanje skrbijo in jih spoštujejo[9].

Za zdravstvenega delavca je pomembno vedenje o tem, kako človek doživlja bolezen in bivanje v bolnišnici, še zlasti pacient z duševno motnjo. Zaradi narave duševnih motenj in zaradi občutka, da ima nekdo nadzor nad njimi, so lahko pacienti kot prejemniki zdravstvene nege zelo ranljivi, še posebej zaradi njihove osebne omejenosti kot posledice bolezni. Tako so pacienti pogosto lahko nezmožni za sodelovanje pri sprejemanju neodvisnih odločitev, kar je odvisno od zmožnosti razumevanja bistvenih informacij, sprejemanja odločitev v skladu z osebnimi vrednotami, odločanja z nekim namenom in od sposobnosti svobodnega izražanja osebnih želja, produktivnih medosebnih odnosov tako doma kot v skupnosti [9].

Ljubezen do sočloveka v zdravstveni negi ni omejena zgolj na skrb za pacienta. Medicinska sestra, ki jo motivira ljubezen do sočloveka, razume celoten aspekt skrbi za pacienta in posledično, kako in pod kakšnimi pogoji je posamezniku, ki potrebuje zdravstvene storitve, možno zagotoviti boljše storitve. Zato lahko združi svoje delovanje, ko je to potrebno, z delovanjem drugih za zagotovitev najboljših možnih storitev. Tovrstno delovanje pogosto zahteva velike napore, vztrajnost in vzdržljivost, čas in energijo ter predanost in posvečanje [10]. Odgovorov, kako smo v svojih prizadevanjih uspešni ali neuspešni, ne moremo vedno znanstveno ustrezno pojasniti. Humanost našega dela se ne kaže v velikih dejanjih, ampak v kulturnem, vztrajnem in osebnem odnosu do slehernega, za katerega prevzemamo strokovno odgovornost [11].

2.2 Kontinuirana zdravstvena nega

Stroka zdravstvene nege ima pomembno mesto znotraj različnih služb, ki se vključujejo v obravnavo pacientov z duševno motnjo. S svojim specifičnim delovanjem v skrbi za zdravje posameznikov, družine in družbe, zapolnjuje tiste vrzeli, ki jih druge stroke ne morejo učinkovito pokriti. Vloga psihiatrične in patronažne medicinske sestre kot zagovornice pacientov z duševno motnjo ni samo zagovor bolnikovih pravic, varovanje in nadzor nad varnostjo podatkov, in ne samo logično spajanje strokovnih, etično - deontoloških in pravnih odgovornosti. Vloga teh medicinskih sester je tudi v aktivnem delovanju za razvijanje kontinuirane zdravstvene nege pacientov s hudo duševno motnjo.
Kontinuirana zdravstvena nega (razvita v tujini) pomeni spremljanje pacienta od sprejema v bolnišnico, do premestitve na drug oddelek, bolnišnico ali ustanovo in vse do odpusta v domače okolje ali druge institucije. Ves čas pacienta spremlja negovalna dokumentacija, kar omogoča delo po procesni metodi dela v zdravstveni negi. Aktivno vključuje sodelovanje bolnika, njegove svojce ali zanj pomembne druge osebe ([8, 12]).

2.3 Etični vidik

Odločitve medicinske sestre na področju poklicnega udejstvovanja morajo temeljiti ne le na strokovnem znanju, temveč tudi na moralno-etičnih načelih, ki zagotavljajo optimalne rešitve z vidika interesov posameznika, skupine in celotne družbe [13,14]. Eno je poznati pravice in videti potrebe, nekaj narediti in odzvati se skrbno in etično, pa je nekaj povsem drugega, zato je treba imeti pogum, ki izhaja iz sočutja do drugega [15]. Pogum potrebuje za učinkovito delo še posebno z duševno bolnim posameznikom, da bi lahko videla človeško bitje in v končni fazi posameznika z notranjim potencialom, ki je zmožen samostojnega odločanja [10]. Prvinski odnos med medicinsko sestro in pacientom je ponovno mogoče vzpostaviti le tako, da zdravstveni delavec jasno in eksplicitno predstavi svoje rešitve in omogoči pacientu, da med možnostmi suvereno izbere tisto, kar mu ustreza [16].

Zdravstvena nega je edinstvena praksa v etiki zaradi medsebojnega odnosa, ki se na osnovi profesionalne skrbi odvija med medicinsko sestro in pacientom. Skozi medsebojni odnos se odvija terapevtska obravnava pacienta. Medsebojni odnos mora vključevati vse etične sestavine, da je za pacienta zadovoljujoč [17].

Bishop in Shudder [18] enačita strokovnost in etiko zaradi njune neločljive povezanosti - kar je strokovno, je tudi etično (za pacienta dobro, pravilno, koristno) in etično je v abstraktnem pogledu tudi strokovno. Zdravstvena nega je po mnenju Bowdena [19] edinstvena etična praksa, ker predstavlja poseben način vstopanja v svet drugih ljudi.

2.4 Ustavno pravni in zakonski vidik

V Sloveniji sta osebna svoboda in prostovoljno zdravljenje ustavni pravici, ki sta v določenih primerih zakonsko omejeni, npr. v kritičnih okoliščinah, imenovanih nujna stanja pri pacientu z duševno motnjo, ko s svojim stanjem ogroža sebe, druge ljudi in materialne dobrine.

Vsak pacient z duševno motnjo ima enake pravice glede varstva in utrjevanja svojega zdravja. Pravice in svoboščine pacientov z duševno motnjo se lahko omejijo samo z zakonom, če je to nujno potrebno, da se zavarujeta zdravje oziroma varnost te ali kake druge osebe [20]. Predpisi, ki se v slovenski zakonodaji nanašajo na pravice pacientov ob postopku neprostovoljne hospitalizacije, so:

- Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZD,Ur. List RS št. 9/92, 13/96 in 8/96) [21]
- Zakon o zdravstvenem varstvu zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ, Ur. List RS št. 9/92, 13/93, 9/96, 20/04 uradno prečiščeno besedilo) [22]
- Zakon o nepravdnem postopku (ZNP, Ur. List RS št. 30/86 in 20/88) [23].

3 NAMEN IN CILJ

Namen raziskave je:

- raziskati razlike in ugotoviti stališče do pojmovanja razlage in aplikacije sedanjih pravnih in etičnih vidikov pri neprostovoljni napotitvi in hospitalizaciji med medicinskimi sestrami psihiatrične zdravstvene nege (bolnišnica/klinika) in patronažne zdravstvene nege (zdravstveni dom) po njihovi subjektivni oceni glede etično pravnih vidikov v njihovi vsakodnevni praksi
- prikazati zelo splošen posnetek stališč in razmišljanja medicinskih sester psihiatrične zdravstvene nege (bolnišnica/klinika) in patronažne zdravstvene nege (zdravstveni dom) do etično-pravnih vidikov glede na dejavnike in nekatere elemente zdravstvene nege, ki se najpogosteje pojavijo v oporo, in tiste, ki se nanašajo na pojav etične razdvojenosti in občutek nemoči pri obravnavi pacienta z duševno motnjo pri neprostovoljni napotitvi in hospitalizaciji

Zdravstvena politika in zdravstvena nega sta tesno povezani, saj se medicinske sestre zavzemamo za okoliščine, ki ljudem omogočajo zdravo in kakovostno življenje. Osnovna cilja raziskave sta:

- ugotovitve raziskave uporabiti kot izhodišče za načrtovanje poglobljenih kvalitativnih raziskav za aktivnejšo vlogo izvajalcev zdravstvene nege, ki so najštevilčnejša skupina v slovenskem zdravstvenem sistemu
- osvetiti zaposlene v zdravstveni negi in neposredno javnost na probleme duševnega zdravja v sodobnem času skozi etično-pravne vidike, da bi izvajalci zdravstvene nege govorili "isti jezik"

4 METODE DELA

Raziskava je bila opravljena v vseh večjih psihiatričnih bolnišnicah in kliniki ter v vseh desetih regijah v večjih zdravstvenih domovih v patronažnem varstvu z dovoljenjem vodstva v zdravstveni negi posameznih zavodov in po pozitivnem mnenju njihove komisije za etična vprašanja (v nekaterih zavodih). Zaradi zahtevane zagotovitve popolne anonimnosti sodelujočih zavodov, zavodi niso poimensko navedeni.

4.1 Opis vzorca

V raziskavo so zajeti zaposleni v zdravstveni negi in sicer:

- v bolnišnici - dejavnost psihiatrija
- v patronažnem varstvu

Osnova za izračun reprezentativnega vzorca so bili zadnji razpoložljivi statistični podatki o številu zdravstvenih delavcev (srednja, višja, visoka in univerzitetna izobrazba) v zdravstveni negi zaposlenih v bolnišnicah - dejavnost psihiatrija ter v polivalentnem patronažnem varstvu.

Po osnovi za izračun je velikost vzorca znašala skupno 136 naključno izbranih anketiranih oseb.

4.2 Potek anketiranja

Anonimno anketiranje je potekalo od 1. februarja do vključno 31.marca 2006. Anketni vprašalniki so bili poslani zdravstvenim delavcem v zdravstveni negi zaposlenih v 5 psihiatričnih bolnišnicah in kliniki ter 20 zdravstvenih domovih (patronažno varstvo). Splošna odzivnost na anketo je bila 97%.

Podatki raziskave so bili zbrani z anonimnim vprašalnikom, ki je obsegal 6 sklopov-vprašanj o stališčih medicinskih sester psihiatrične zdravstvene nege (bolnišnica/klinika) in patronažne zdravstvene nege (zdravstveni dom). Poudariti velja, da vprašalnik sprašuje po subjektivnih zaznavah-stališčih vprašanih vsebin glede razlage etičnih in pravnih vidikov pri obravnavi pacienta v praksi. Razmišljanja oziroma stališča medicinskih sester se nanašajo na poznavanje vsebin posameznih elementov sodobne zdravstvene nege, poznavanje pomembnih normativnih dokumentov za sodobno zdravstveno nego in poznavanje zakonodaje obravnavanega področja ter nenazadnje sociokulturnega prostora, v katerem živimo.

5 REZULTATI IN RAZPRAVA

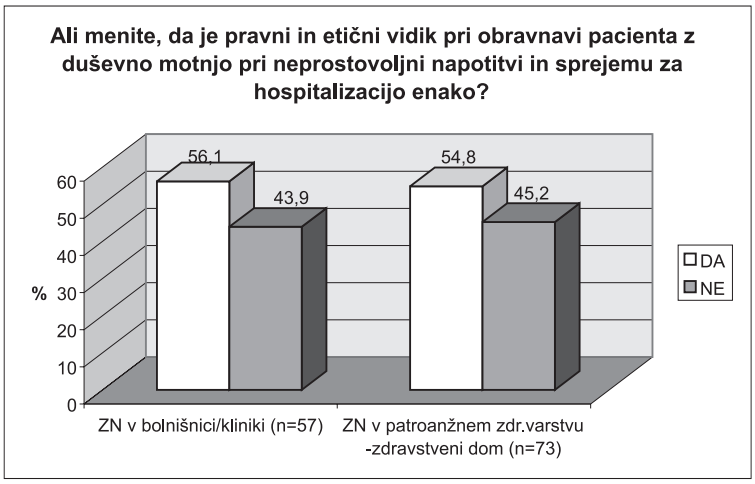
Po upoštevanju kriterijev za izločitev vprašalnikov iz analize je na voljo ostalo 132 vrnjenih vprašalnikov. Torej je v raziskavi sodelovalo 132 anketiranih oseb. Odzivnosti zaposlenih v zdravstveni negi v psihiatričnih bolnišnicah/kliniki je bila 96%, v patronažnem varstvu/zdravstveni dom pa 97%.

Struktura anketiranih oseb po spolu je pokazala, da je bilo v raziskavi 126 (95,5%) žensk in 6 (4,5%) moških. Iz starostne strukture anketiranih oseb je razvidno, da je bilo največ anketirancev v starostni skupini 41 - 50 let, najmanj pa v najstarejši starostni skupini nad 50 let. Do 10 let delovnih izkušenj v zdravstvu ima 27,3% (n = 36) vseh anketirancev, od 11 do 20 let 20,5% (n = 27), od 21 do 30 let 40,9% (n = 54) in več kot 31 let delovnih izkušenj ima 11,4% (n = 15) vseh anketiranih oseb. Pri obravnavi pacienta z duševno motnjo so imeli anketiranci povprečno 15,6 let delovnih izkušenj. Visoko strokovno ali univerzitetno izobrazbo (VII. stopnjo) je zaključilo 55,3% (n = 73) vseh anketiranih oseb, 22,7% (n = 30) ima zaključeno višjo izobrazbo (VI. stopnjo) in 22% (n = 29) srednjo izobrazbo (V.stopnjo).

Razlika v izobrazbi med zaposlenimi v zdravstveni negi v bolnišnici/kliniki in patronažnem zdravstvenem varstvu/zdravstveni dom je statistično pomembna $p < 0,0005$.

Skupini anketiranih medicinskih sester psihiatrične zdravstvene nege (psihiatrična bolnišnica/klinika) in patronažne zdravstvene nege (zdravstveni dom) se nista statistično značilno razlikovale v stališčih po oceni odgovora *(slika 1)* na vprašanje: "Ali menite, da je pravni in etični vidik pri obravnavi pacienta z duševno motnjo pri neprostovoljni napotitvi in sprejemu za hospitalizacijo enako?"

Tabela 1: Osnovna analiza (f_0)- zavod zaposlitve in ocena enakosti etičnega in pravnega vidika



Zavod zaposlitve \ Ocena enakosti	DA	NE	Skupaj
Psihiatrična bolnišnica/klinika	32	25	57
Patronažno zdra. varstvo - zdr. dom	40	33	73
Skupaj	**72**	**58**	**130**

Slika 1: Delež anketirancev po zavodu zaposlitve in stališču/zaznavanju do enakosti etičnega in pravnega vidika pri obravnavi pacienta z duševno motnjo pri neprostovoljni hospitalizaciji

Primerjava po zavodih zaposlitve pokaže statistično nepomembno razliko: $c^2 = 0{,}023$; $p = 0{,}878$; $df = 1$.

Hipoteza, da med skupino medicinskih sester psihiatrične in skupino patronažne zdravstvene nege ni razlik v opredelitvi etičnega in pravnega vidika, je potrjena z 0,1% tveganja. Skupini se statistično nista razlikovali v odgovorih na šesto vprašanje, ni razlik celo v razmišljanju. Več kot dobra polovica obeh anketiranih skupin (slika 1) je odgovorila, da je etični in pravni vidik enako pri ukrepu neprostovoljne hospitalizacije. Odgovor je verjetno odraz pravne praznine in neustrezne zakonodaje v tako specifični obravnavi pacienta, kot je hospitalizacija in zdravljenje pacientov z duševno boleznijo.

Potrebno je poudariti, da večina ljudi z motnjami v duševnem zdravju išče pomoč že na primarni ravni, pogosto tudi v splošni dejavnosti in patronažni službi [(1)]. Splošni zdravnik in patronažna medicinska sestra sta pogosto edina strokovnjaka na katera se obračajo pacienti s kroničnimi hudimi duševnimi motnjami [(2)].

Da je problematika dokaj kompleksna in aktualna v zaznavanju dnevno v praksi, je začutiti v odgovorih anketiranih medicinskih sester, ki so na vprašanje, če je odgovor, da pravni in etični vidik ni enako: "Zakaj ne?", s kratkim opisom, zelo konkretno prikazali lastne razdvojenosti in pacientove stiske oziroma krize v reševanju kakovosti življenja posameznika.

Medicinska sestra, ki uporablja ljubeče poslušanje, lahko oceni telesne, duševne, družbene in duhovne potrebe in želje posameznega pacienta ter na podlagi tega zagotovi potrebno zdravstveno nego. Razumevanje pa je možno z upoštevanjem tako vsebine kot odnosa med posameznikoma oziroma posamezniki, ki so vanjo vključeni [(10)].

Zelo pomembno je, da bi bile različne službe, ki se vključujejo v obravnavo pacientov z duševno motnjo, med seboj dobro povezane, usklajene, dostopne ter sposobne odgovarjati uporabnikom na njihove potrebe in spremembe le-teh [(24 - 26)]. Premik k skupnosti skrbi zahteva dostopno in kakovostno mrežo zunajbolnišničnih služb. To pomeni dostopnost različnih strokovnjakov na skupnostni ravni z nudenjem terapevtske in podporne dejavnosti, prilagojene posamezniku [(26)].

Menim, da umeščenost patronažnega zdravstvenega varstva v primarno zdravstveno varstvo v Sloveniji kaže na potrebo po izboljšavi delujočega sistema v smislu mobilizacije multisektorske odgovornosti za zdravje. V dinamičen proces načrtovanja bolnikovega odpusta so vključeni sodelujoči izvajalci iz različnih ravni pacientove obravnave, med katerimi je zelo pomembna prav povezava s patronažno službo, kajti patronažne sestre pri nas so zaenkrat edine, ki zagotavljajo zdravstveno nego na domu [(27)].

6 SKLEPNE UGOTOVITVE

V zadnjih dvajsetih letih se v Sloveniji skladno z razvojem teorije zdravstvene nege v praksi srečujemo vedno pogosteje s pojmi, kot so morala, etika, filozofija zdravstvene nege, človekove pravice, pravice pacientov, vrednote, dolžnosti, kontinuiteta, procesna metoda dela, etika skrbi, uporaba etike ..., ki jih zaposleni v zdravstveni negi morda različno razumejo, so pa morda bolj ali manj jasni.

Rezultati raziskave so le posnetek razmišljanja medicinskih sester psihiatrične in patronažne zdravstvene nege o etičnih in pravnih vidikih pri obravnavi pacienta z duševno motnjo. So zgolj izhodišče za nove poglobljene raziskave v smeri nepretrgane ali vsaj začasne podpore v skupnosti, namenjene osebam z duševno motnjo. Medčloveške težave na relaciji pacient - svojci - stroka, se bodo reševale samo z več znanja, humanosti in med seboj dobro sistemsko usklajenega vključevanja različnih služb na vseh ravneh zdravstvenega varstva in družbe v kontinuirano obravnavo posameznega pacienta z duševno motnjo.

Smiselno bi bilo raziskati, kaj pacienti in svojci doživljajo pri svojem zdravljenju, kako so obravnavani in kaj pričakujejo od zdravstvenih delavcev. Natančnejše poznavanje občutkov pacientov kot svojcev in njihovih pričakovanj pri uresničevanju pravic in potreb po zdravstveni negi, bi izvajalcem zdravstvene nege olajšalo izbiro pravega in učinkovitega pristopa.

Stroškovno učinkovitejši in sodobni trendi razvoja obravnave pacienta z dušeno motnjo v svetu in pri nas kažejo na prenos težišča obravnave iz sekundarne (stacionarne) na primarno raven. Tudi rezultati naloge kažejo prisotnost prenosa in na strokoven pomen specializiranih kadrov ter nujnost multidisciplinarnega pristopa za zagotovitev kontinuirane obravnave in kakovosti pri delu s pacienti z duševno motnjo. Da bo v Sloveniji prisoten "isti jezik" oz. sistemsko urejena kontinuirana obravnava pacienta z duševno motnjo med izvajalci zdravstvene nege sekundarne in primarne ravni je pred nami še kar nekaj velikih izzivov in ciljev.

V prvi fazi vsaj:

- izboljšanje urejenosti na sistemski ravni zdravstvene nege kot stroke
- normativna ureditev in tako bolj dokazljiv pomen stroke v celoti
- posodobitev trenutne normativno poenotene dokumentacije za patronažno varstvo in izboljšanje vključevanja vseh služb, ki skrbijo za zdravje v skupnosti in družbe kot celote
- delovni terapevt na terenu (morda še bolje v kombinaciji dipl. fizioterapevta)
- normativno urejena poglobljena znanja psihiatrične zdravstvene nege za medicinske sestre na primarni ravni (vsaj patronažne medicinske sestre)

Za doseganje zastavljenih ciljev je vedno potrebna drža z aktivnejšo in odločnejšo filozofsko orientacijo zaposlenih v zdravstveni negi, tako preko delovanja svojih predstavniških političnih teles kot sodelovanje v vseh družbenih sektorjih na lokalnem in nacionalnem nivoju.

Nespoštovanje človekovih pravic in dostojanstva, diskriminacija in stigma duševno bolnih in prizadetih ljudi so še zmeraj prisotni tudi v razvitem pravno urejenem svetu in spodkopavajo temeljne človekove vrednote. Ne morem zanikati dejstva, da gre družbeni razvoj v sodobni družbi v smeri zmanjševanja skrbi za posameznika in sočasno narašča ozaveščanje odgovornosti za lastno življenje. Po drugi strani pa razveseljuje dejstvo, da je hkrati prisotno vedno večje število ljudi, ki vidi svojo odgovornost tudi kot družbeno in socialno odgovornost. Prav gotovo spadamo mednje medicinske sestre. Sodobni čas in koncept sodobne zdravstvene nege postavlja izvajalce zdravstvene nege pred nadaljnji izziv uporabne etike skrbi, ki je vtkana že v osnovno poslanstvo stroke zdravstvene nege.

7 LITERATURA

1 Butala A. Človekove pravice tudi za bolnike z demenco. Radenci: Spominčica-Združenje za pomoč pri demenci, Psihiatrična klinika Ljubljana, 2. psihogeriatrično srečanje, 2000. © Zbornik1. Izobraževalno podporni program »Ne pozabi me«. Radenci 2000: 102-116. http//www:ljudmila.org/~zzppd/zbornik2.htm <5.2.2005>.

2 Švab V. Duševna bolezen v skupnosti. Radovljica: Didakta, 1996: 3, 38-9, 41.

3 Zavod za zdravstveno varstvo Koper. Pregled začasne odsotnosti z dela v regiji Koper v letu 2003. Letno poročilo. Koper: ZZV KP, Oddelek za socialno medicino, 2004: 15-16. Dostopno na: URL: http//www:zzv-kp.si

4 Žezlina M. Bolnikove pravice iz vidika zdravstvene nege. In: Trampuž R, Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Nova Gorica: Kakovost zdravstvene nege – kako jo prenesti v prakso: zbornik prispevkov. Nova Gorica 2004. Nova Gorica: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Nova Gorica, 2004: 13-20.

5 Škerbinek AL. Etične dileme v psihiatrični zdravstveni negi. V: Kogovšek B, Kobentar R. Priročnik psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije. Ljubljana: psihiatrična klinika Ljubljana, 1999: 11-4.

6 Klemenc D. Medicinska sestra – zagovornica pacientovih pravic, tudi pravice do avtonomije. V: Klemenc D, Kvas A, Pahor M, Šmitek J. Zdravstvena nega v luči etike. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2003b: 249-63.

7 Kvas A. Predstavitev raziskave »Zdravstvena nega v luči etike«. Obzor ZDR N 2005; 39: 33-8.

8 Ferfolja A. Vključevanje zdravstvene nege v skupnostno skrb za področje duševnega zdravja na Primorskem, Diplomska naloga. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 2002.

9 Johansson I. M, Lundman B. Patients' experience of involuntary psychiatric care: good oportunities and great losses. Journal of Psychiatric and mental Health Nursing, 2002; 9: 639-647.

10 Lenara A.V. Heroism as a Nursing Value - A phiosophical perspective. Athens Greece: by G.Papanikolaou S.A. Graphic Arts, 2nd edition 1996: 51,53, 164,170.

11 Japelj Šlajmer M. Kaj lahko stori medicinska sestra proti dehumanizaciji medicine. Zdravstveni obzornik 1975; 1: 7-11.

12 Gorše Muhič M. Zdravstvena nega bolnika z shizofrenijo. V. Kogovšek B, Kobentar R. Priročnik psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije: za medicinske sestre in zdravstvene tehnike. Ljubljana: Psihiatrična klinika, 1999: 86-98.

13 Hajdinjak G, Meglič R. Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo, 2006: 14-51.

14 Hajdinjak G, Meglič R. Pomen standardov v sodobni zdravstveni negi. Obzor ZDR N 2001;35: 29-35.

15 Tschudin V. Etika v zdravstveni negi: razmerja skrbi/Verena Tcshudin; (prevod iz angleščine Kristina Resnik..at al.) – Ljubljana: Educy: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, 2004: 86,99,136.

16 Antončič I. kvaliteta psihiatrične zdravstvene nege v Sloveniji. Prešernova nagrada. Univerza v Ljubljani: Pedagoška fakulteta. Ljubljana, 1996: 86.

17 Šmitek J. Uporabnost teorij etike v zdravstveni negi. Obzor ZDR N 2004;38: 205-9.

18 Šmitek J. Uporabnost teorij v zdravstveni negi. V: Klemenc D, Kvas A, Pahor M, Šmitek J. Zdravstvena nega v luči etike. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2003a: 13-9.

19 Šmitek J. Zdravstvena nega – etična disciplina in praksa. V: Klemenc D, Kvas A, Pahor M, Šmitek J. Zdravstvena nega v luči etike. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2003a: 34-40.

20 Flis V. Medicinska dokumentacija in pravice pacientov. V: Reberšek Gorišek J, Flis V. Medicina in pravo: zbornik 1996, 1997, 1998. Maribor: Splošna bolnišnica, 1999: 231-41. Delovno gradivo za seminar, Ljubljana, 2005.

21 Zakon o zdravstveni dejavnosti. Ljubljana: Uradni list RS, št. 9/92, 37/95, 8/96, 90/99, 31/2000, 45/01 in 2/04, 23/05 uradno prečiščeno besedilo.

22 Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Ljubljana: Uradni list RS, št. 9/92, 13/93, 9/96, 20/04 uradno prečiščeno besedilo.

23 Zakon o nepravdnem postopku. Ljubljana: Uradni list RS, št. 30/86, 87/02.

24 Corrigan P.W. Towards and integrated structural model of psihiatric rehabilitacion. Psychiatric Rehabilitacion Journal, 2003, 26: 346-58.

25 Gorše Muhič M. Skupnostna skrb za osebe z psihozo. V: Kogovšek B, Kobentar R. Priročnik psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije: za medicinske sestre in zdravstvene tehnike. Ljubljana: Psihiatrična klinika, 1999: 223-31.

26 Avberšek S et al. Psisocialna rehabilitacija. Ljubljana: ŠENT- Slovensko združenje za duševno zdravje, 2004.
Vuga S. Kontinuirana zdravstvena nega. Obzor ZDR N 1997; 31: 259-73.

Strokovno srečanje so omogočili:

PSIHIATRIČNA BOLNIŠNICA IDRIJA

ELI LILLY

KRKA D.D.

HENKEL - ECOLAB

JOHNSON & JOHNSON

MEDIAS INTERNATIONAL

JohnsonDiversey
Clean is just the beginning

Program
Pot k dobremu počutju

K DOBREMU POČUTJU
POT

Program *Pot k dobremu počutju* je naše podjetje pričelo izvajati v Združenih državah Amerike že pred desetimi leti. Razširil se je na Avstralijo, Novo Zelandijo in tudi veliko evropskih držav. Izkazal se je kot zelo uspešen. Priljubljen je tako med bolniki kot med medicinskim osebjem.

Rezultati programa so bili predstavljeni na različnih priznanih strokovnih srečanjih (Wirshing et al. (2003). APA Annual Meeting) in tudi objavljeni v uglednih strokovnih publikacijah (Littrell et al. (2003) J Nursing Scholarship).

Pri nas smo se odločili, da ga povzamemo po irskem modelu ter ga nekoliko prilagodimo slovenskim razmeram.

Program *Pot k dobremu počutju* je izobraževalni program, ki celostno obravnava zdrav način življenja bolnikov z duševno motnjo.

Namenjen je vsem bolnikom z duševno motnjo, ki imajo težave z obvladovanjem telesne teže, ne glede na terapijo. Bolnike obravnava celostno in podaja prvine telesnega zdravja, kot so prehrana, sprostitev in telesna aktivnost.

Program enkrat tedensko izvajajo v skupinah in traja približno dvanajst tednov. Običajno ga vodi medicinska sestra ali delovni terapevt v sodelovanju z zdravnikom, profesorjem telesne vzgoje in ostalim medicinskim osebjem.

Dva glavna programska sklopa - prehrana in telesna aktivnost - lahko potekata zaporedoma ali izmenoma, odvisno od osebnostne izbire vodje skupine.

Delo v skupini je zelo podobno terapevtskim skupinam, ki potekajo v psihiatriji, saj je pristop celosten, bolniki so povabljeni k aktivnemu sodelovanju. S pomočjo priročnika za bolnike in inštruktorje vodja skupine predstavlja predlagana poglavja. Bolnikom poskušamo postaviti cilje do naslednjega srečanja kot tudi za prihodnost, saj s programom podajamo koristne napotke, ki bolnikom pomagajo v vsakdanjem življenju. Predvsem se posvečamo iskanju motivacije in rešitev za posameznega bolnika.

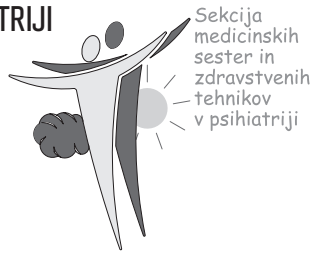
Zdrav način življenja tako daje bolnikom več energije, poveča njihovo samozavest, -izboljša njihovo samopodobo ter zmanjšuje tveganje za poslabšanje in ponovitev duševne bolezni.

Vesna Polzelnik Fink, mag. farm.

Lilly
Odgovori, ki štejejo.

ZABELEŽKE

OPIS LOGOTIPA SEKCIJE MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V PSIHIATRIJI



Rezka Horvat, DMS, avtorica logotipa

Logotip predstavlja MS (modra barva lika), ki je vedno (široko odprte roke) pripravljena sprejeti bolnika, mu prisluhniti, svetovati in pomagati.
Sivi del lika lahko predstavlja bolnika, lahko pa tudi ZT, saj je to sekcija MS in ZT.
Oblak predstavlja obdobje bolezni, težav, problemov, recidiva, obupa, neznanja in neosveščenosti o bolezni, pesimizma itd.
Sonce predstavlja zdravje, remisijo, upanje, osveščenost in poznavanje bolezni, optimizem, itd.
Medicinska sestra ima pomembno vlogo pri bolnikovem prehodu iz obdobja “oblaka” v obdobje “sonca”.

ZABELEŽKE