



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



Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji

in



Psihiatrična bolnišnica Begunje

PSIHOGERIATRIJA: SODOBNI PRISTOPI IN IZZIVI

Zbornik prispevkov z recenzijo

Bled, 18. oktober 2024



Organizator:

ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE – ZVEZA DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE
SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V PSIHIATRIJI in
PSIHIATRIČNA BOLNIŠNICA BEGUNJE

Strokovno srečanje Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji in
Psihiatrične bolnišnice Begunje

PSIHOGERIATRIJA: SODOBNI PRISTOPI IN IZZIVI

Bled, 18. oktober 2024

Zbornik prispevkov z recenzijo

Urednika:

Jerca Zupan
Aljoša Lapanja

Recenzentki:

dr. Lea Žmuc Veranič
dr. Tanja Torkar

Zbral in tehnično uredil:

Aljoša Lapanja

Lektorirala:

Andreja Valant

Založila in izdala:

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, Ljubljana, 2024.

Avtorji odgovarjajo za vsebino prispevka, strokovnost navedb ter pravilno citiranje literature in virov.

Programsko-organizacijski odbor: Aljoša Lapanja, Jerca Zupan, Simona Tomaževič, dr. Tanja Torkar, Mateja Babič, Metka Velušček, Denis Džamastagić, Dino Alukić, Maruša Salkić, Mitja Prapertnik.

Publikacija je dostopna na: <http://www.sekcijapsih-zn.si>

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Univerzitetna knjižnica Maribor

615.851(082)

ZBORNICA zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji (2024 ; Bled) Psihogeriatrija: sodobni pristopi in izzivi [Elektronski vir] : zbornik prispevkov z recenzijo : [strokovno srečanje Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji in Psihiatrične bolnišnice Begunje: Bled, 18. oktober 2024] / [organizator] Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji in Psihiatrična bolnišnica Begunje ; [urednika Jerca Zupan in Aljoša Lapanja]. - E-zbornik. - Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, 2024.

Način dostopa (URL): <http://www.sekcijapsih-zn.si>

ISBN 978-961-95809-5-0 (PDF)
COBISS.SI-ID 211507971

PROGRAM STROKOVNEGA SREČANJA

07.00 – 08.00 **Registracija udeležencev**
60 min

08.00 – 08.15 **Uvodni pozdravi**
15 min

I. SKLOP

Moderatoriki: *dr. Tanja Torkar, Simona Tomažević*

08.15 – 08.45 **Pomen multidisciplinarnega tima pri hospitalni obravnavi psihogeriatričnega pacienta - aspekt psihiatra**
30 min
dr. Lea Žmuc Veranič, dr. med., spec. psihiater

08.45 – 09.15 **Vpliv antidementivov na delovanje srca ter vpliv (slabe funkcije) srca na kognitivno funkcijo**
30 min
Janez Poklukar, dr. med., spec. internist

09.15 – 09.45 **Prehranska podpora in zdravljenje motenj prehranjenosti pri starostniku**
30 min
Ana Karin Kozjek, dr. med., dipl. biol. kem. in diploma IOC, izr. prof. dr. Nada Rotovnik Kozjek, dr. med.

09.45 – 10.05 **Pomen brezšivne skrbi v psihogeriatrični obravnavi pacientov pri prehajanju med različnimi zdravstvenimi ustanovami**
20 min
Mateja Babič, mag. farmacije, spec. klin. farmacije

10.05 – 10.15 **Razprava**
10 min

10.15 – 10.45 **Odmor**
30 min

II. SKLOP

Moderatoriki: *dr. Tanja Torkar, Dino Alukič*

10.45 – 11.05 **Pomen načrtovanja aktivnosti koordinacije odpusta psihogeriatričnega pacienta**
20 min
Dijana Lelič, dipl. m. s., Mateja Lunar, mag. zn.

11.05 – 11.25 **Dokumentiranje v zdravstveni negi - protokol premestitve psihogeriatričnega pacienta (primer dobre prakse)**
20 min
Simona Tomažević, mag. zn., Alenka Bijol, dipl. m. s., univ. dipl. soc.

11.25 – 11.45 **Uporaba komunikacijskih veščin kot vodilo pri vključevanju in sodelovanju psihogeriatričnega pacienta v terapevtski aktivnosti.**
20 min
Špela Rabič Por, dipl. del. ter., Kaja Mestek, dipl. del. ter.

11:45 – 12.05 **Psihološke oblike pomoči pri geriatrični populaciji**
20 min
Lea Štern, univ. dipl. psih., spec. klin. psihologije

12:05 – 12.25 **Gojenje upanja z likovno terapijo v psihogeriatriji**
20 min
Ajda Perme, MSc AT, likovna terapevtka in supervizorka (BAAT - CPCAB)

12.25 – 12.35 **Razprava**

10 min

12.35 – 13.00 **Podelitev priznanj za dosežke na ožjem strokovnem področju v psihiatriji**

25 min

*Alenka Bijol, članica Upravnega odbora Zbornice-Zveze
Aljoša Lapanja, predsednik Sekcije MS in ZT v psihiatriji*

13.00 – 14.00 **Odmor za kosilo**

60 min

III. SKLOP

Moderatoriki: *dr. Tanja Torkar, Simona Tomažević*

14.00 – 14.20 **Socialno delo v psihogeriatrični obravnavi**

20 min

Katarina Bitenc, univ. dipl. soc. del.

14.20 – 14.40 **Obravnava psihogeriatričnega pacienta na domu in v skupnosti**

20 min

Petra Šubic, dipl. m. s., Nina Hrovat, mag. zn.

14.50 – 15.30 **Vključevanje validacije v komunikacijo oseb z demenco**

40 min

Maruša Salkić, dipl. m. s.

15.30 – 15.40 **Zaključek strokovnega izobraževanja**

10 min

KAZALO

Pomen multidisciplinarnega tima pri hospitalni obravnavi psihogeriatričnega pacienta - aspekt psihiatra	1
dr. Lea Žmuc Veranič	
Vpliv antidementivov na delovanje srca ter vpliv (slabe funkcije) srca na kognitivne funkcije.....	6
Janez Poklukar	
Prehranska podpora in zdravljenje motenj prehranjenosti pri starostniku	11
Ana Karin Kozjek in izr. prof. dr. Nada Rotovnik Kozjek	
Pomen brezšivne skrbi v psihogeriatrični obravnavi pacientov pri prehajanju med različnimi zdravstvenimi ustanovami.....	18
Mateja Babič	
Pomen načrtovanja aktivnosti koordinacije odpusta psihogeriatričnega pacienta	24
Mateja Lunar in Dijana Lelić	
Dokumentiranje v zdravstveni negi - protokol premestitve psihogeriatričnega pacienta (primer dobre prakse).....	30
Simona Tomaževič in Alenka Bijol	
Uporaba komunikacijskih veščin kot vodilo pri vključevanju psihogeriatričnega pacienta v delovno terapevtski aktivnosti.....	36
Kaja Mestek in Špela Rabič Por	
Psihološke oblike pomoči pri geriatrični populaciji.....	42
Lea Štern	
Gojenje upanja z likovno terapijo v psihogeriatriji.....	50
Ajda Perme	
Socialno delo v psihogeriatriji.....	55
Katarina Bitenc	
Obravnava psihogeriatričnega pacienta na domu in v skupnosti.....	60
Petra Šubic in Nina Hrovat	
Vključevanje validacije v komunikacijo oseb z demenco.....	67
Maruša Salkić	

Pomen multidisciplinarnega tima pri hospitalni obravnavi psihogeriatričnega pacienta - aspekt psihiatra

The importance of the multidisciplinary team in the inpatient management of the psychogeriatric patient - the psychiatrist's perspective

dr. Lea Žmuc Veranič, dr. med., spec. psihiater
Psihiatrična bolnišnica Begunje
lea.zmuc@pb-begunje.si

Izvleček

Razvoj psihogeriatrije je prinesel bistveno olajšanje dela s starejšo, polimorbidno populacijo pacientov, ki se sooča z duševnimi boleznimi. O multidisciplinarnem pristopu govorimo, ko skupina več strokovnjakov iz različnih poklicnih skupin psihogeriatričnega pacienta individualno oceni znotraj ločenih, a medsebojno povezanih vlog, o svojih ugotovitvah in možnostih ukrepanja pa se dogovarja tudi na timskem sestanku. V multidisciplinarnem timu je vsak posameznik zavezan k skupnemu cilju, izboljšanju zdravja in funkcioniranja psihogeriatričnega pacienta, ohranjanju integritete in kvalitete življenja posameznika. V Psihiatrični bolnišnici Begunje se veliko pozornosti posveča timski multidisciplinarni obravnavi psihogeriatrične populacije.

Ključne besede: multidisciplinarno, timsko, psihogeriatrična populacija.

Abstract

The development of psychogeriatrics has significantly facilitated the work with the older, polymorbid patient population facing various mental illnesses. At Begunje Psychiatric Hospital we follow a multidisciplinary approach; this means that a group of several experts from different professional groups individually evaluates a psychogeriatric patient within separate but interconnected roles and agrees on their findings and options for action at a team meeting. In the multidisciplinary team, each individual is committed to the common goal of improving the health and functioning of the psychogeriatric patient, maintaining the integrity and quality of life of the individual. At the Begunje Psychiatric Hospital, great attention is paid to team multidisciplinary treatment of the psychogeriatric population.

Key words: multidisciplinary, team work, psychogeriatrics population.

Uvod

Prebivalstvo v vsem razvitem svetu se stara. Starejši ljudje so najhitreje rastoča skupina prebivalstva, kar se šteje za družbeni uspeh. Staranje je individualni proces, ki se odraža z različnimi fiziološkimi spremembami, zaradi katerih so starejši ljudje bolj nagnjeni k nastanku različnih kroničnih telesnih bolezni, spremembam psihičnega stanja, ki lahko vodijo v duševne motnje, starejši ljudje se srečujejo tudi s spremembami, ki sprožajo socialne težave. Težave, s katerimi se soočajo, pa lahko vplivajo na zmanjšano kakovost življenja, povezane so z invalidnostjo, višjimi življenjskimi stroški, slabšim izidom zdravljenja, vključno s povečano umrljivostjo.

Fiziološke spremembe telesa, povezane s staranjem, povzročajo izgubo funkcionalne rezerve organskih sistemov, vodijo do povečane telesne prizadetosti in odvisnosti. Posledično

(psih)geriatrična medicina zahteva celovitejši pristop k starejšim osebam kot npr. splošna medicina za odrasle. Skoraj dve tretjini ljudi, sprejetih v splošne bolnišnice, je starejših od 65 let, povečuje pa se tudi število slabotnih, krhkih ali tistih, ki imajo diagnozo demence (Royal College of Physicians, 2012). Podoben trend bolnišnične obravnave oseb po starosti pa srečujemo tudi v psihiatričnih bolnišnicah.

Fiziološke spremembe pri staranju

S staranjem se telo spreminja in prizadene vse organske sisteme, kljub temu, da je staranje individualni proces. Spremembe se do določene stopnje lahko odložijo ali pa se hitrost sprememb zmanjša z ustrežno prehrano in fizično aktivnostjo, ki jih mora posameznik pričeti izvajati že v mlajšem življenjskem obdobju. Razvoj medicine z izboljšanjem medikamentozne obravnave kroničnih bolezni je dodatno pozitivno vplival na lažje obvladovanje bolezni. V tabeli 1 so prikazane nekatere fiziološke spremembe, povezane s staranjem, ki jih je treba pri delu s starejšimi osebami upoštevati in se jih zavedati (Singh, 2016) in ne pomenijo nujno bolezenskega stanja.

Tabela št. 1: Fiziološke spremembe nekaterih organskih sistemov v starosti (Singh, 2016).

Kardiovaskularni sistem	<ul style="list-style-type: none"> ↓ srčni utrip in iztisni volumen ↑ sistolični krvni tlak ↑ povišana vzdražljivost prevodnega sistema ↓ perfuzija tkiva 	<ul style="list-style-type: none"> Utrujenost, zmanjšana vzdržljivost pri opravljanju fizičnega dela Periferni edem Izolirana sistolična hipertenzija Aritmije Občutljivost na mraz v rokah in nogah
Živčni sistem	<ul style="list-style-type: none"> Slabši refleksi ↓ propiocepcija ↓ baroreceptorski odgovor ↓ simpatični odgovor ↑ občutljivost na antiholinergična zdravila 	<ul style="list-style-type: none"> Poslabšana kognicija Padci Posturalna hipotenzija
Senzorni sistem	<ul style="list-style-type: none"> ↓ izločanje sline in slabši okus ↓ občutek za žejo ↓ odgovor na bolečino ↓ vid in periferni vid ↓ sluh 	<ul style="list-style-type: none"> Aspiracija Dehidracija Padci Povečana izolacija in depresija
Ledvična funkcija	<ul style="list-style-type: none"> ↓ glomerularna filtracija ↓ pretok skozi ledvica in zmanjšana velikost ledvice 	<ul style="list-style-type: none"> Večja verjetnost za razvoj neželenih učinkov zdravil
Mehur	<ul style="list-style-type: none"> ↓ volumen izločenega urina ↓ kapaciteta volumna ↑ nehotno krčenje detrusorja ↑ rezidualnega volumna 	<ul style="list-style-type: none"> Urinska inkontinenca Urinska urgenca Hiperaktivni mehur
Gastrointestinalni sistem	<ul style="list-style-type: none"> ↓ praznjenje želodca ↓ motiliteta črevesja 	<ul style="list-style-type: none"> Izguba telesne mase Zaprtje

	↓ čas prehoda in absorpcija ↓ masa jeter (za 30 do 40 %) ↓ občutek za žejo	Upočasnen metabolizem zdravil in zmanjšan učinek prvega prehoda čez jetra, posledično povečana biorazpoložljivost Dehidracija
Endokrini	↓ občutljivost na insulin Ščitnične spremembe ↓ hitrost metabolizma ↓ regulacija temperature ↓ mineralna gostota kosti	Hiperglikemija pri akutnih bolezenskih stanjih Tveganje za nastanek hipotermije Osteopenija/zlomi kosti
Sestava telesa	Atrofija epidermisa ↓ podkožnega maščevja ↓ znojnic Atrofija mišičnih celic Degenerativne spremembe v sklepih	Odrgrnine kože Razjede zaradi pritiska Suha koža Sarcopenija Padci
Imunski sistem	↓ delovanja	Večja verjetnost za nastanek infekcij

Celovita ocena psihogeriatričnih pacientov

V PB Begunje obravnavamo osebe, starejše od 18 let, ki so v ambulantno ali bolnišnično zdravljenje napotene iz različnih zdravstvenih služb, ali pa poiščejo pomoč sami ali s pomočjo svojcev. Trend povečevanja obravnave oseb, ki so starejši od 65 let, je v PB Begunje podoben kot v splošnih bolnišnicah, kjer ugotavljajo, da je stopnja sprejetih starejših oseb od 65 let trikrat višja kot tistih med 18 in 64 let, posledično pa je zaradi kompleksnosti obravnave pacientov podaljšana tudi ležalna doba teh oseb.

V bolnišnično zdravljenje se starejše osebe sprejme zaradi poslabšanja duševnih motenj, zaradi katerih so prvič zboleli že v mlajšem življenjskem obdobju (shizofrenija, shizoafektivna motnja, razpoloženska motnja, različne vrste odvisnosti) in same duševne motnje ni potrebno diagnosticirati, so pa pri njih pogosto pridružene somatske bolezni, ki jih je prav tako potrebno obravnavati ter nemalokrat vplivajo na funkcioniranje in socialni status pacientov. Druga skupina pacientov, starejših od 65 let, pa so tisti, ki so v bolnišnico sprejeti zaradi obravnave sprememb v duševnem zdravju, ki jih je potrebno diagnosticirati in se pogosto prvič srečajo s psihiatrijo kot delom zdravstvenega sistema. Skupina pacientov je še dodaten izziv za zdravljenje. Med najpogostejšimi duševnimi motnjami v tej skupini pacientov so različne vrste demenc z/brez vedenjske in psihične simptomatike, delirij različne etiologije, razpoloženske motnje, somatoformne motnje, redkeje pa shizofrenija in shizoafektivna motnja.

Celovita ocena psihičnega in somatskega stanja je nedvomno potrebna pri obeh skupinah psihogeriatričnih pacientov. Ocena je opredeljena kot večdimenzionalni, interdisciplinarni diagnostični proces, ki je v prvi vrsti namenjen ugotavljanju duševnega zdravja in tudi splošnega zdravstvenega stanja in pridruženih somatskih obolenj, funkcionalnega stanja šibke starejše osebe, družbenih okoliščin, v katerih se giblje, z namenom razviti usklajen in integriran načrt zdravljenja in morebitne rehabilitacije in dolgoročnega spremljanja oseb (Rubenstein et al., 1991, Weieland et al., 1996).

Multidisciplinarna obravnava oseb v PB Begunje

Pri psihogeriatrični obravnavi pacientov v PB Begunje je že dlje časa prepoznana potreba po multidisciplinarni obravnavi. Pri obravnavi sodelujejo različni zdravstveni delavci: psihiater, ki je nosilec zdravstvene dejavnosti in odgovoren za obravnavo, zdravstvena nega (zdravstvenik / diplomirana medicinska sestra, srednja medicinska sestra ali tehnik), psiholog, delovni terapevt, fizioterapevt, nevrolog, internist, klinični farmacevt in socialni delavec. Vsi sodelujoči so odgovorni za izvajanje svojih nalog v skladu s kompetencami. PB Begunje je tudi učna ustanova, zato so del timske obravnave tudi zdravstveni delavci v procesu učenja.

Pacienti so po sprejemu v bolnišnico in namestitvi na oddelek podvrženi diagnostičnemu postopku duševne motnje, ob tem pa vsak član multidisciplinarnega tima, ki deluje s posameznikom s svojimi opažanji, prispeva h končni oceni pacientovega stanja. Psihiater ocenjuje psihično stanje pacienta, uvaja medikamentozno terapijo, odreja preiskave v diagnostične namene, na timskih sestankih pa se sprejmejo odločitve o vrsti in potrebnosti sodelovanja posameznega člana tima pri obravnavi pacienta. Tim se sestaja na rednih tedenskih sestankih, kjer se predstavi načrt zdravljenja, evalvira zdravljenje in se odloča o morebitnih drugih potrebah v procesu obravnave pacienta. Posamezni člani tima prispevajo svoja opažanja, ki so tudi zapisana, ukrepajo pa skladno z dogovori. Poleg tedenskih sestankov se posamezni člani tima srečujejo tudi na manj formalnih dnevniških sestankih, kjer si izmenjujejo pomembne informacije o pacientu. Sposobnost sodelovanja v timski obravnavi je v obravnavi psihogeriatričnega pacienta dandanes pomembna temeljna veščina tako rekoč vsakega zaposlenega, saj redkokatero delo poteka popolnoma izolirano od drugih. Timsko delo, ki je posledica kompleksnosti, obravnavanega psihogeriatričnega pacienta soustvarja pogoje za kvaliteto obravnave in boljši izid zdravljenja. V tabeli 2 so prikazane bistvene značilnosti multidisciplinarnega tima na oddelku (tabela 2).

Tabela št. 2: Temeljna načela srečanja multidisciplinarnega tima (Ellis & Sevdalis, 2019)

Določitev ciljev, osredotočenih na psihogeriatričnega pacienta
Posamezniki imajo jasen pregled nad področjem, ki ga pokrivajo (psihiatrično zdravljenje, zdravstvene – somatske težave, funkcionalne sposobnosti, kognitivno področje, socialne okoliščine)
Vsaka poklicna skupina ima predstavnika
Mnenja podajajo odkrito
Jasen dogovor o splošnem cilju
Dogovor o korakih obravnave s časovnimi okviri
Jasna odgovornost
Pregled napredka

Komunikacija s svojci in drugimi pomembnimi

V obravnavi psihogeriatričnega pacienta je bolj kot pri zdravljenju mlajših oseb potrebno sodelovanje svojcev, ki jih je smiselno šteti kot »zunanje člane tima«. Posamezni člani multidisciplinarnega tima komunicirajo s svojci glede na potrebne informacije, ki jih podajajo ali pridobivajo, pri čemer je za vsakega člana tima jasno opredeljena vsebina podanih informacij. Komunikacija s svojci je nujno potrebna v smislu podajanja zdravstvenih podatkov o bolezni, o načinu zdravljenja, ugotovitvah diagnostičnega postopka, učenju svojcev o duševni bolezni in njihovem razumevanju bolezni, pomoči pri ravnanju, socialnih stiskah, urejanju socialnega statusa ipd. Komunikacija s svojci ni pomembna samo zaradi informiranja, temveč tudi zaradi pridobivanja informacij o psihogeriatričnih pacientih, kar odpre nove dimenzije razumevanja pacientov, ko so nekateri tako bolni, da ne zmorejo podati konzistentnih anamnestičnih podatkov.

Kako se skrb za multidisciplinarno obravnavo odraža pri pacientih

Podatki iz literature kažejo, da je obravnava psihogeriatриčnih pacientov z modelom multidisciplinarne obravnave bolj kontinuirana, kakovostnejša, rezultati zdravljenja so boljši, stroški pa nižji. Drugi pozitivni učinki vključujejo še izboljšano komunikacijo med izvajalci zdravstvenih storitev, večjo varnost za paciente, boljšo adherenco pri jemanju zdravil, manj neželenih učinkov zdravil, boljšo funkcionalnost in manj ponovnih sprejemov v bolnišnico (Weieland et al., 1996). Empirično so izkušnje iz PB Begunje podobne kot kažejo literaturni podatki.

Zaključek

Skrb za zdravljenje psihogeriatриčnega pacienta v PB Begunje je multidimenzionalna, v njej sodelujejo različni strokovnjaki, ki vsak po svojem najboljšem znanju in s polno mero odgovornosti pripomore k čim bolj uspešnem zdravljenju. Multidisciplinarni pristop in ukrepe vodi psihiater, ki povezuje tim in prevzema odgovornost za izid zdravljenja.

Literatura

- Ellis, G. & Sevdalis, N. (2019). Understanding and improving multidisciplinary team working in geriatric medicine. *Age and Ageing*, 48, pp. 498-505.
- Royal College of Physicians. (2012). *Hospitals on the edge? The time for action. A report by the Royal College of Physicians*. <https://www.rcplondon.ac.uk/guidelines-policy/hospitals-edge-time-action>
- Rubenstein, L. Z., Stuck, A. E., Siu, A. L. & Wieland, D. (1991). Impact of geriatric evaluation and management programs on defined outcomes: overview of the evidence. *Journal of the American Geriatrics Society*, 39, pp. 8-16.
- Singh, I. (2016). Assessment and Management of Older People in the General Hospital Setting. *InTech Open Access*. <http://dx.doi.org/10.5772/64294>
- Weieland, D, Josea Kramer, B., Waite, M. S. & Rubenstein, L. Z. (1996). The interdisciplinary team in geriatric care. *American Behavioral Scientist*, 39, pp. 655-664.

Vpliv antidementivov na delovanje srca ter vpliv (slabe funkcije) srca na kognitivne funkcije

The effect of antidementia drugs on heart function and the effect of (poor) heart function on cognitive function

Janez Poklukar, dr. med., spec. internist

Splošna bolnišnica Jesenice

janez.poklukar@sb-je.si

Izvleček

Demenca je kompleksno stanje, pri katerem kognitivni upad pogosto sovпада s kardiovaskularnimi boleznimi, kot je srčno popuščanje. Članek proučuje vpliv srčne funkcije na razvoj demence in vpliv antidementivov na delovanje srca. Raziskave kažejo, da zmanjšana cerebralna perfuzija zaradi kardiovaskularnih obolenj poslabša kognitivne funkcije, medtem ko lahko antidementivi, ki vplivajo na srčni ritem in prevajanje, povečajo tveganje za aritmije. V članku obravnavamo specifične kardiološke neželene učinke zdravil, ki se uporabljajo pri demenci, in njihov vpliv na srce, vključno z najpogostejšimi zapleti, kot so podaljšanje intervala QT, bradikardija in atrioventrikularni bloki.

Ključne besede: demenca, srčno popuščanje, kardiovaskularni zapleti, antidementivi, kognitivne funkcije.

Abstract

Dementia is a multifactorial condition, where cognitive decline is often associated with cardiovascular diseases like heart failure. The article examines both the impact of heart function on the development of dementia and the effect of dementia drugs on cardiac performance. Research shows that reduced cerebral perfusion due to cardiovascular disorders exacerbates cognitive functions, while dementia medications affecting heart rhythm and conduction increase the risk of arrhythmias. We discuss specific cardiac side effects of dementia drugs, including the most common complications, such as QT prolongation, bradycardia, and atrioventricular blocks.

Key words: dementia, heart failure, cardiovascular complications, antidementia drugs, cognitive functions.

Uvod

Demenca je kompleksno stanje, pri katerem je okvarjeno delovanje možganov posledica nevrodegenerativnih in vaskularnih procesov. Raziskave kažejo, da imajo kardiovaskularne bolezni, kot sta srčno popuščanje in koronarna arterijska bolezen, pomembno vlogo pri razvoju in napredovanju demence. Slaba perfuzija možganov, oksidativni stres in vnetni procesi so ključni dejavniki, ki povezujejo delovanje srca s kognitivnim upadom (1).citiranje

Poleg tega imajo zdravila, ki se uporabljajo za zdravljenje kognitivnih motenj, pomemben vpliv na srce. Mnoga od teh zdravil povzročajo motnje srčnega ritma, podaljšanje intervala QT in vplivajo na prevajanje električnih impulzov v srce, kar povečuje tveganje za resne aritmije (2*).

Teoretična izhodišča

A) Vpliv zdravil na srce

Mnoga zdravila, ki se uporabljajo za zdravljenje demence in vedenjske ter psihične simptomatike pri njej, imajo lahko pomembne kardiološke stranske učinke, ki vplivajo na srčno funkcijo. Najpogostejši med njimi so podaljšanje intervala QT, ventrikularne tahikardije, bradikardija in atrioventrikularni bloki. Naslednja zdravila imajo različne stopnje tveganja za kardiološke zaplete:

- **Haloperidol**
Kardiološki zapleti: podaljšanje intervala QT, ventrikularna tahikardija, ortostatska hipotenzija, tveganje za nenadno srčno smrt (6*).
- **Risperidon**
Kardiološki zapleti: podaljšanje intervala QT, ortostatska hipotenzija, tahikardija, tromboembolični dogodki (redko) (7*).
- **Kvetiapin**
Kardiološki zapleti: podaljšanje intervala QT, ortostatska hipotenzija, srčni zastoj (redko) (8*).
- **Olanzapin**
Kardiološki zapleti: podaljšanje intervala QT, tahikardija, miokardni infarkt (redko) (9*).
- **Sulperid**
Kardiološki zapleti: podaljšanje intervala QT, ortostatska hipotenzija, tahikardija (10*).
- **Donepezil**
Kardiološki zapleti: bradikardija, srčni blok, podaljšanje intervala QT, hipotenzija (11*).
- **Rivastigmin**
Kardiološki zapleti: bradikardija, sinkopa, atrioventrikularni blok, podaljšanje intervala QT (12*).
- **Galantamin**
Kardiološki zapleti: bradikardija, atrioventrikularni blok, hipotenzija (13*).
- **Memantin**
Kardiološki zapleti: hipertenzija, bradikardija (redko), vaskularne motnje (redko) (14*).

B) Kardiološki vzroki za demenco

Pri pacientih s srčnim popuščanjem je zmanjšan pretok krvi v možgane, kar vodi do hipoperfuzije in pospešene atrofije možganskega tkiva. To je povezano z upadom kognitivnih funkcij, zlasti spomina, izvršilnih funkcij in pozornosti. Poleg tega imajo pacienti s srčnim popuščanjem povišane vnetne markerje, kot sta TNF- α in interleukin-6, ki dodatno škodujejo možganom in povzročajo poslabšanje kognitivnih sposobnosti (3*).

Statistični podatki kažejo, da imajo pacienti s srčnim popuščanjem 60 % večje tveganje za razvoj demence v obdobju od štirih do devetih let po postavitvi diagnoze (4*). Poleg tega je prevalenca kognitivnih motenj pri pacientih s srčnim popuščanjem izjemno visoka, in sicer med 14 % in 81 %, odvisno od metode testiranja (5*).

Razprava

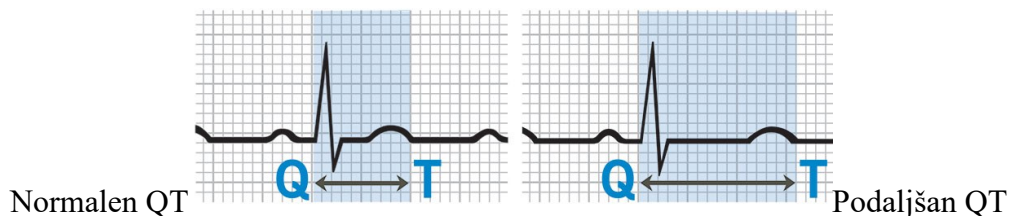
A) Prepoznavanje in ukrepanje v primeru kardioloških zapletov ob prejetju zdravil

1. Podaljšanje intervala QT

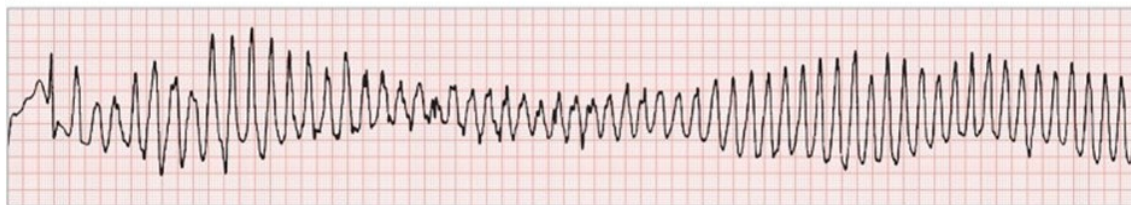
Na podaljšanje intervala QT je treba pomisliti pri zdravilih, kot so haloperidol, risperidon, kvetiapin, olanzapin in sulpirid. Ta zaplet je pogost pri pacientih, ki imajo obstoječe motnje elektrolitov (hipokalemija, hipomagnezemija) ali okvare srca. Prepoznamo ga na EKG preiskavi, kjer je interval QT daljši od 450 ms pri moških in 460 ms pri ženskah. Zaplet lahko vodi do torsades de pointes, življenjsko nevarne ventrikularne tahikardije, ki povzroči nenadno srčno smrt.

Ukrepi: Takojšnja prekinitev zdravljenja s povzročiteljem, korekcija elektrolitov, če je prisotna, in spremljanje EKG na 24 ur do normalizacije le-tega. Pri življenjsko nevarni aritmiji se priporoča uporaba antiaritmikov ali defibrilacija.

Long QT Syndrome



C During Torsades de Pointes



2. Bradikardija

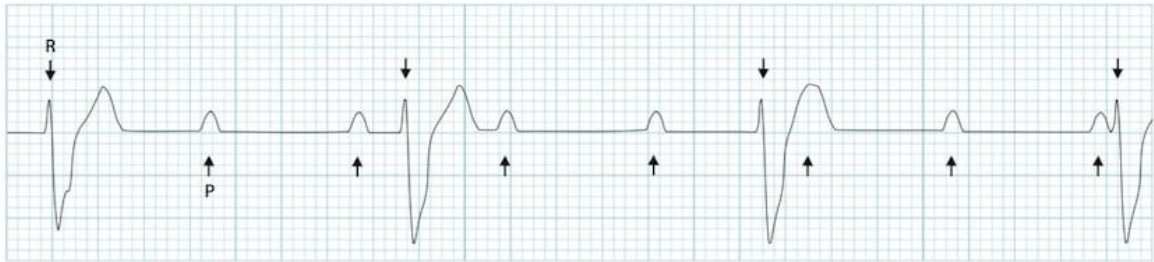
Donepezil, rivastigmin in galantamin pogosto povzročijo bradikardijo, še posebej pri starejših pacientih s sočasno srčno insuficienco. Bradikardijo prepoznamo kot upočasnen srčni utrip (pod 60 utripov na minuto), kar lahko povzroči utrujenost, omotičnost, sinkopo ali srčni zastoj. Pri teh pacientih je potrebno redno preverjati srčno frekvenco vsaj na eno uro, do izboljšanja.

Ukrepi: Zmanjšanje odmerka ali prekinitev zdravljenja. Pri hudi bradikardiji je morda potrebno začasno vstaviti srčni spodbujevalnik.

3. Atrioventrikularni bloki

Donepezil, rivastigmin in galantamin lahko povzročijo atrioventrikularne bloke (bloki AV), zlasti pri pacientih s predhodnimi prevodnimi motnjami. Ti bloki so motnje v prevajanju električnih impulzov med srčnimi preddvori in prekati, kar lahko vodi v različne stopnje blokov. Bloki AV prve stopnje so asimptomatski, medtem ko druge in tretje stopnje lahko povzročijo omedlevico ali srčni zastoj.

Ukrepi: Ukinitiv zdravila in uvedba atropina pri pacientih z resnimi simptomi. Pri visokih stopnjah blokov pacient mogoče potrebuje stalni srčni spodbujevalnik.



4. Ortostatska hipotenzija

Zdravila, kot so haloperidol, risperidon, kvetiapin in sulpirid, povzročajo ortostatsko hipotenzijo, pri kateri se krvni tlak zniža ob spremembi telesnega položaja (npr. vstajanju). To se kaže kot omotičnost ali omedlevica.

Ukrepi: Izogibanje hitremu vstajanju, hidracijski ukrepi, pregled zdravljenja za možnost zmanjšanja odmerka zdravila ali spremembo terapije.

5. Hipertenzija

Memantin lahko povzroči hipertenzijo, kar poslabša srčno popuščanje in poveča tveganje za možgansko kap. Hipertenzijo lahko prepoznamo z merjenjem krvnega tlaka, ki je nad normalno vrednostjo.

Ukrepi: Redno spremljanje krvnega tlaka, prilagoditev odmerka zdravila ali uvedba antihipertenzivnega zdravljenja.

B) Srčno popuščanje, koronarna bolezen in aortna stenoza ter njihov vpliv na kognitivni upad

1) Srčno popuščanje

Srčno popuščanje je stanje, pri katerem srce ne more črpati dovolj krvi, da bi zadostil potrebam telesa, kar vodi do zmanjšanja srčnega minutnega volumna. Hipoperfuzija možganov je ključni dejavnik za razvoj kognitivnega upada pri teh pacientih. Zaradi zmanjšane pretoka krvi možgani ne prejemajo zadostne količine kisika in hranil, kar vodi do pospešene atrofije možganskega tkiva in zmanjšanja kognitivnih sposobnosti (15*).

Periproceduralno akutno poslabšanje kognitivnih funkcij: Statistični podatki kažejo, da se lahko akutno poslabšanje kognitivnih funkcij pojavi pri 25 % pacientov po postopkih za srčno popuščanje, kot so vstavev srčnega spodbujevalnika ali resinhronizacijska terapija (16*).

2) Koronarna bolezen in njeno zdravljenje

Koronarna arterijska bolezen (KAB) nastane zaradi zožitve koronarnih arterij, kar vodi do zmanjšane prekrvavitve srčne mišice. To lahko povzroči ishemične dogodke in negativno vpliva na kognitivne funkcije zaradi zmanjšane cerebralne perfuzije.

Periproceduralno akutno poslabšanje kognitivnih funkcij: Pri pacientih, ki so opravili perkutano koronarno intervencijo (PCI) ali obvodno operacijo (CABG), je bil zabeležen pojav akutnega poslabšanja kognitivnih funkcij pri približno 15 % pacientov (17, 18*).

3) Aortna stenoza

Aortna stenoza je zožitev aortne zaklopke, ki omejuje pretok krvi iz levega prekata v aorto, kar vodi do obremenitve levega prekata in zmanjšane minutnega volumna. To negativno vpliva na cerebralno perfuzijo.

Periproceduralno akutno poslabšanje kognitivnih funkcij: Po kirurški zamenjavi aortne zaklopke (AVR) ali transkatetrski implantaciji aortne zaklopke (TAVI) se akutno poslabšanje kognitivnih funkcij pojavi pri približno 20 % pacientov (19, 20*).

Zaključek

Zdravila, ki se uporabljajo za zdravljenje demence, imajo lahko pomembne kardiološke neželene učinke, ki predstavljajo dodatno tveganje za paciente z obstoječimi srčno-žilnimi boleznimi. Pomembno je, da se pri predpisovanju teh zdravil natančno oceni kardiološko stanje pacienta in spremlja srčna funkcija med zdravljenjem. Poleg tega imajo kardiovaskularne bolezni, kot so srčno popuščanje, koronarna bolezen in aortna stenoza, pomemben vpliv na razvoj kognitivnih motenj. Uspešno interventno in kirurško zdravljenje teh bolezni lahko pomembno izboljša cerebralno perfuzijo in s tem zmanjša napredovanje kognitivnih motenj, kar pozitivno vpliva na kakovost življenja pacientov.

Literatura

1. Cognitive impairment in heart failure. (2018). *American Journal of Cardiology*.
 2. Effects of antidementia drugs on heart rate and conduction. (2020). *European Heart Journal*.
 3. Neuroinflammatory mechanisms in cardiovascular diseases. (2019). *Journal of Neuroscience*.
 4. Prevalence of cognitive impairment in heart failure patients. (2017). *JAMA Cardiology*.
 5. ACE inhibitors and cognitive function in heart failure. (2019). *Circulation*.
 6. Haloperidol and cardiac arrhythmias: QT prolongation. (2015). *British Journal of Psychiatry*.
 7. Risperidone-induced QT prolongation and orthostatic hypotension. (2016). *Clinical Pharmacology*.
 8. QT prolongation and cardiac arrest with quetiapine. (2017). *Cardiology Research*.
 9. Olanzapine and myocardial infarction: A case study. (2014). *Cardiology Journal*.
 10. Sulperid-induced cardiac side effects. (2018). *European Journal of Clinical Pharmacology*.
 11. Donepezil and bradycardia in elderly patients. (2021). *Geriatric Cardiology*.
 12. Rivastigmine and cardiac conduction disorders. (2019). *Journal of Geriatric Psychiatry*.
 13. Galantamine-induced bradycardia and hypotension. (2020) *Neurology*.
 14. Memantine-induced hypertension in patients with dementia. (2018). *Journal of Hypertension*.
 15. Heart failure and cognitive decline: A review. (2020). *Journal of Cardiovascular Medicine*.
 16. Impact of cardiac resynchronization therapy on cognitive function. (2019). *Journal of Cardiac Electrophysiology*.
 17. Cognitive improvement after coronary bypass surgery. (2021). *European Journal of Cardiothoracic Surgery*.
 18. Long-term cognitive outcomes after PCI and CABG. (2020). *New England Journal of Medicine*.
 19. Cognitive function after TAVI and AVR. (2019). *Annals of Thoracic Surgery*.
- Aortic stenosis and cognitive function: A systematic review. (2022). *Journal of Geriatric Cardiology*.

Prehranska podpora in zdravljenje motenj prehranjenosti pri starostniku

Nutritional support and treatment of nutritional disorders in the elderly

Ana Karin Kozjek, dr. med., dipl. biol. kem.

ZD Radovljica

ana.kozjek@zd-radovljica.si

izr. prof. dr. Nada Rotovnik Kozjek, dr. med.

Oddelek za klinično prehrano, Onkološki inštitut Ljubljana,

Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani

nkozjek@onko-i.si

Izvleček

Neustrezna prehrana (prebitek ali pomanjkaje posameznih hranil) se pri starostnikih hitreje klinično izrazi zaradi sprememb v delovanju različnih fizioloških sistemov. Posamezniki s psihiatričnimi obolenji so zaradi narave bolezni in zdravljenja še dodatno ogroženi za razvoj različnih motenj prehranskega stanja. Motnje prehranjenosti vplivajo tako na telesno kot na duševno zdravje ter zmanjšujejo kakovost življenja pacienta. Preventivna prehrana predstavlja splošne usmeritve za preprečevanje razvoja s starostjo povezanih patoloških stanj, kot so sarkopenija, krhkost in kognitivni upad ter omogoča večjo telesno in duševno vitalnost v poznejših življenjskih obdobjih. Klinična prehrana pa predstavlja medicinsko stroko, ki obravnava diagnostiko in zdravljenje motenj prehranjenosti ter patoloških stanj, povezanih z neustreznimi prehranskimi vnosi. Vsi ukrepi klinične prehrane se izvajajo na osnovi kliničnega prehranskega pregleda in so individualno naravnani. Za starostnike so predvsem pomembni zadostni energijski in beljakovinski vnosi ter optimalni vnosi mikrohranil in tekočine. Vsi zdravstveni delavci, ki se srečujejo s starostniki, lahko doprinesejo k njihovi ustrezni prehranski oskrbi, vključno s preventivo in zdravljenjem motenj prehranskega stanja.

Ključne besede: prehransko stanje, prehranski pregled, klinična prehrana, sarkopenija, krhkost

Abstract

Inadequate nutrition (excess or lack of individual nutrients) is clinically expressed more quickly in the elderly due to changes in the functioning of various physiological systems. Individuals with psychiatric illnesses are at an additional risk of developing various nutritional disorders due to the nature of the diseases and possible medication side effects. Nutritional disorders negatively affect both physical and mental health and diminish quality of life. Preventive nutrition offers guidelines for preventing the development of age-related pathological conditions such as sarcopenia, frailty and cognitive decline, and enables greater physical and mental vitality in elderly. Clinical nutrition as a medical science deals with the diagnosis and treatment of nutritional disorders and pathological conditions associated with inadequate dietary intake. All measures of clinical nutrition are based on clinical nutritional evaluation and individually directed. Sufficient energy and protein intakes, as well as optimal micronutrient and liquid intakes, are especially important for the elderly. All healthcare professionals dealing with the elderly can contribute to appropriate nutritional care, including the prevention and treatment of nutritional disorders.

Key words: nutritional status, nutritional examination, clinical nutrition, sarcopenia, frailty

Teoretična izhodišča

Ustrezna prehrana starostnika ni le osnova za njegovo telesno zdravje, ampak tudi pomemben dejavnik pri ohranjanju kognitivnih funkcij, čustvenega ravnovesja in splošnega počutja (Smith & Blumenthal, 2010; WHO, 2015). Posamezniki, ki upoštevajo priporočila preventivne prehrane imajo manjše tveganje za razvoj številnih kroničnih nenalezljivih bolezni (KNB) ter demence, depresije in delirantnih motenj, ki so pogoste v starostni dobi (Scarmeas, Stern, Mayeux, & Luchsinger, 2006; Opie et al., 2015). Ukrepi klinične prehrane, ki so osnovani na osnovi individualne zdravstvene obravnave posameznika, pa se ukvarjajo tako s primarno, sekundarno in terciarno preventivo motenj prehranjenosti kot tudi z zdravljenjem s prehrano povezanih bolezenskih stanj (Muscaritoli et al., 2010; Sauer, Uddin & Asselin, 2019). Najpogosteje se pri starostnikih srečujemo s podhranjenostjo, sarkopenijo, sarkopenično debelostjo in kaheksijo v povezavi s kroničnimi boleznimi ter boleznimi, ki so posledica pomanjkanja posameznih makro- in mikrohranil (Cruz-Jentoft et al., 2010; von Haehling & Anker, 2010).

Poznavanje priporočil preventive ter znanja in veščine klinične prehrane je pomembno za vse zdravstvene delavce, sploh pa za tiste, ki sodelujejo pri obravnavi starostnikov kot prehransko ogrožene populacije. V prispevku bomo opredelili specifično problematiko prehrane v psihogeriatriji, vrste motenj prehranskega stanja ter napotke za njihovo obravnavo in preprečevanje razvoja motenj.

Razprava

Prehransko stanje starostnikov

Starostniki so bistveno bolj heterogena populacija od mlajše odrasle populacije, zato je pri priporočilih za njihovo prehrano potrebno upoštevati njihovo izhodiščno prehransko stanje ter presnovno in zdravstveno stanje (Volkert, et al., 2019). Povečana prehranska ogroženost starostnikov se izraža v večji pojavnosti motenj prehranskega stanja in s prehranjenostjo povezanih stanj, ki so opredeljena v tabeli 1 (Volkert, et al. 2019, Cederholm et al. 2017).

Tabela 1: Motnje prehranskega stanja in s prehranjenostjo povezana stanja.

Motnje prehranskega stanja	S prehranjenostjo povezana stanja
<ul style="list-style-type: none">• podhranjenost• čezmerna telesna masa• debelost• motnje mikrohranil (elektroliti, vitamini, elementi v sledovih)• sindrom ponovnega hranjenja	<ul style="list-style-type: none">• krhkost• sarkopenija

Prehranska ogroženost začne naraščati po 65 letu in je povezana s slabšim zdravstvenim stanjem starostnikov (Shlisky, et al., 2017). Neposreden vzrok slabšega prehranskega stanja je zmanjšan vnos hrane, najpogosteje zaradi izgube apetita in dejavnikov, ki vplivajo na zmožnost nabave in priprave hrane (Margetts, Thompson, Elia & Jackson, 2003). Veliko zdravstveno težavo predstavlja nezadosten vnos beljakovin, predvsem zaradi pomembne vloge beljakovin v presnovi in pri preprečevanju sarkopenije. Okoli 10% starostnikov v skupnosti in do 35% starostnikov v zdravstvenih ustanovah naj bi bilo beljakovinsko podhranjenih (Baum, Kim & Wolfe, 2016).

Zmanjšan vnos hrane se tako odraža v zaskrbljujočem dejstvu, da je prevalenca podhranjenosti pri starostnikih v skupnosti do 35 %, še bistveno višja pa je v domovih za

starejše in zdravstvenih ustanovah (Locher, Robinson, Roth, Ritchie & Burigo, 2005, Chen, Lee & Chang, 2012). Podhranjenost je znano povezana s povečano smrtnostjo in obolevnostjo starostnikov ter znižano kakovostjo življenja (Feldblum, o et al., 2007; Volkert D et al., 2019). Še bolj znani so zdravstveni zapleti podhranjenosti v zdravstvenih ustanovah, kjer se kažejo predvsem kot daljše hospitalizacije, več zapletov zdravljenja, zlasti infektivnih, in slabše celjenje ran. Poleg povečane obolevnosti in smrtnosti se seveda posledično močno podraži zdravljenje starostnikov. Polifarmacija, vpliv zdravil na vnos hrane in apetit še dodatno prispevajo k razvoju podhranjenosti (Fitzgerald & Bean et al., 2010).

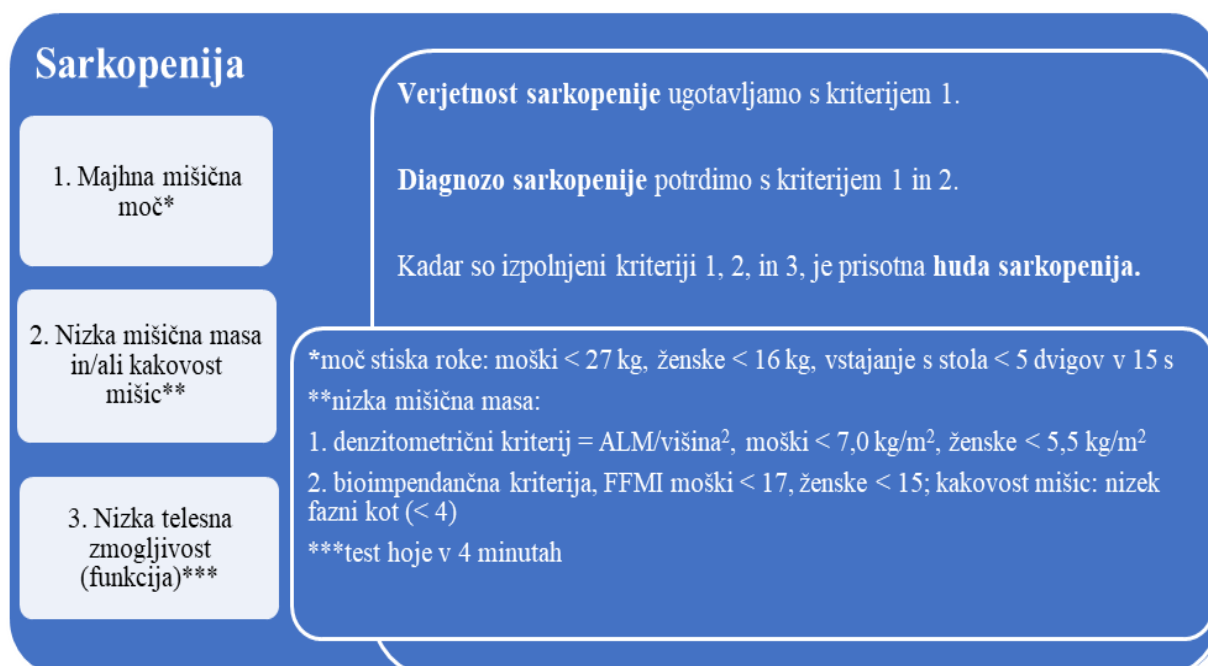
Na to, da je dobro prehransko stanje posameznikov pomembno in je pri njegovi oceni potrebno preseči kriterije javnega zdravja, ko ocenjujemo prehransko stanje posameznika z indeksom telesne mase (ITM), nakazujejo tudi populacijske raziskave, ki ugotavljajo boljše splošno preživetje starostnikov, ki so po kriteriju ITM prekomerno hranjeni ali imajo blago debelost ter niso sarkopenični (Murphy et al., 2014; Cheng, et al., 2016).

Pomembno je poudariti, da so psihogeriatricni pacienti še dodatno izpostavljeni tveganju za motnje prehranjenosti in podhranjenost zaradi različnih dejavnikov, povezanih z naravo njihovih bolezni, posledičnimi življenjskimi izzivi ter možnimi neželenimi učinki psihiatričnih zdravil (Meyer, McSweeney & Weiss et al., 2018; Teasdale et al., 2020; Baptista, El Fakih, Uzcategui, Sandia & Contreras et al., 2022).

Prepoznavna podhranjenosti pri starostnikih

Izhodišče za diagnostično pot prepoznavne podhranjenosti je prehransko presejanje (Cederholm, et al., 2017; Volkert, et al., 2019). Za presejanje prehranskega statusa starostnikov uporabljamo več orodij. V zdravstvenih institucijah (domovi za starejše, bolnišnice) je za presejanje prehranske ogroženosti primeren NRS 2002 (angl. Nutritional Risk Screening), lahko pa uporabimo tudi »mini prehranski pregled« (MPP) in SGA (angl. Subjective Global Assessment). Presejanje na prehransko ogroženost pri zdravih starostnikih se izvaja redno vsako leto, pri kroničnih pacientih in v ustanovah pa pogosteje, glede na bolezensko stanje.

Podhranjenost je lahko enostavna zaradi nezadostnega vnosa hrane ali pa je povezana s kroničnimi bolezenskimi stanji in razvojem kahektične presnove pri kroničnih bolezenskih stanjih (Cederholm et al., 2019). Značilno stanje, ki je tesno povezano s podhranjenostjo, je sarkopenija, ki pri starostnikih predstavlja nesorazmerno izgubo mišične mase in moči, kar se odraža kot zmanjšanje telesne dejavnosti, funkcionalne zmogljivosti in presnovne prilagodljivosti na stresna in bolezenska stanja (Cruz-Jentoft et al., 2019). Prepoznavna sarkopenije in še posebej sarkopenične debelosti predstavlja pri starostniku pomemben del klinične ocene, ker pripomore k oceni prehranskega, presnovnega in funkcionalnega stanja starostnika, kar pomembno pripomore tudi k učinkovitejšemu zdravljenju drugih bolezenskih stanj, kot so KNB. Diagnostični kriteriji za opredelitev sarkopenije so prikazani na sliki 1.



Slika 1: Diagnostični kriteriji sarkopenije. ALM – apendikularna pusta telesna masa (angl. *Appendicular Lean Mass*), FFMI – indeks nemaščobne mase (angl. *Fat Free Mass Index*).

Prehranske potrebe starostnika

Izhodišča za strokovna priporočila za prehrano starostnika temeljijo na spoznanjih preventivne prehrane, ki jo je zaradi heterogenosti populacije starostnikov potrebno individualno prilagajati posamezniku. Pri vseh prehransko ogroženih starostnikih se priporoča klinična prehranska obravnava starostnika (Cederholm et al., 2017).

Energijski vnos

Pri splošnih izhodiščih za energijski vnos starostnika je potrebno upoštevati, da so osnovne energijske potrebe nižje zaradi zmanjšanja telesne dejavnosti in znižanja bazalne presnove, ki spremlja izgubo puste telesne mase. Ker pa so ob znižanih energijskih potrebah praktično nespremenjene oziroma celo zvišane potrebe po posameznih hranilih, kot so beljakovine, je v prehrano starostnika potrebno uvajati živila, ki so hranilno gosta (National Institute on Aging, 2011). Izhodiščni energijski vnos za starostnika je tako glede na strokovna priporočila 30 kcal/kg telesne mase na dan. Prilagajamo ga njegovemu prehranskemu stanju, namenu prehranske podpore ali terapije, stopnji telesne dejavnosti in posebnostim, ki so povezane z različnimi bolezenskimi stanji ter tudi toleranci vnosa hrane oziroma delovanju prebavil.

Beljakovinski vnos

Priporočen vnos beljakovin pri zdravih starostnikih je 1-1,2 g/kg telesne mase na dan za zdrave starostnike (Volkert et al., 2019). Prilagajamo ga stopnji telesne dejavnosti in delovanju prebavil. Pri starostnikih, ki imajo akutno poslabšanje kronične bolezni, je priporočen dnevni vnos beljakovin 1,2-1,5 g/kg telesne mase na dan. Enak dnevni vnos beljakovin se priporoča tudi starostnikom, ki so telesno dejavni. Beljakovinski vnos naj bo porazdeljen enakomerno med vse glavne obroke (npr. 20-25 g beljakovin v vsakem obroku), dodaten vnos beljakovin skupaj z ogljikovimi hidrati prilagodimo vadbi z namenom vzdrževanja ali izboljšanja mišične mase (20-40 g beljakovin). Klinično najbolj pomembna izjema za zvišan vnos beljakovin pri starostnikih so pacienti z napredovalo ledvično odpovedjo, ki niso na dializi.

Vnos mikrohranil

Referenčne vrednosti za vnos mikrohranil pri starostnikih se na splošno ne razlikujejo od priporočil za zdrave odrasle. Prehranska dopolnila, ki vsebujejo mikrohranila, naj bi posamezniki v terapevtskem odmerku uživali le po predhodni prehranski obravnavi, ko se preko procesa prehranske obravnave ugotovi njihovo specifično pomanjkanje. Izjema je vitamin D, ki ga velikokrat z normalno prehrano ne moremo zaužiti v zadostni količini. V Sloveniji trenutno sledimo priporočilom združenja slovenskih endokrinologov izdanih v obdobju pandemije Covid-19, ki za starejše od 70 let in kronične paciente priporoča vnos 25-50 mcg holekalciferola na dan (1000-2000 mednarodnih enot - I.E.) (Pfeifer, Siuka & Pravst, 2020). Ob tem je smiselno občasno spremljanje nivoja vitamina D v krvi, pogostost prilagodimo starostnikovemu kliničnem stanju.

Dodatna ključna priporočila za prehrano in pitje

Pri starostnikih, ki imajo prekomerno telesno maso ali so debeli, se priporoča predvsem ohranjanje stabilne telesne mase in odsvetuje uporaba redukcijskih diet. Izguba telesne mase pri starostnikih, namerna ali nenamerna, namreč pospešuje izgubo mišične mase zaradi starosti in posledično poveča tveganje razvoja sarkopenije, krhkosti, funkcionalnega telesnega popuščanja, zlomov in podhranjenosti. Kadar so obdobja izgube/pridobivanja telesne mase ponavljajoča to pripomore k razvoju sarkopenične debelosti. Telesna masa, ki jo starostniki pridobijo po njeni poprejšnji izgubi, je namreč pretežno maščobna masa in ne pusta masa. Kadar pa se odločimo za ukrepe regulacije telesne mase, morajo ti biti skrbno nadzorovani in vedno povezani s telesno dejavnostjo. Prehranske omejitve ali diete imajo pri starostnikih vprašljivo učinkovitost in so pogost razlog za podhranjenost, zato diete niso priporočene.

Starostniki z depresijo potrebujejo presejanje na prehransko ogroženost kot del obravnave depresije. Starejše osebe, ki so hospitalizirane in postanejo delirantne, prav tako potrebujejo presejanje na prehransko ogroženost in oceno hidracije.

Starostniki imajo povečano ogroženost za dehidracijo. Glede na priporočila Evropske agencije za varno hrano (angl. European Food Safety Agency, EFSA) naj bi popili vsaj 2 l (moški) in 1,6 l (ženske) na dan, razen v primeru kliničnih stanj, ki zahtevajo prilagoditev vnosa tekočine. Vnos tekočine je potrebno prilagajati dnevnim potrebam (predvsem pogoji okolja, telesna dejavnost) in izgubam, tudi v primeru bolezenskih stanj, npr. diareja, bruhanje itd.

Zaključek

Starostniki so prehransko ogrožena populacija. S poznavanjem osnovnih priporočil preventivne prehrane ter prepoznavo prehranske ogroženosti lahko vsak zdravstveni delavec pripomore h kakovostnejši obravnavi starostnikov. V psihogeriatriji je pomembno tudi zavedanje, da lahko po eni strani psihiatrična bolezen poveča tveganje za razvoj motenj prehranskega stanja, po drugi strani pa lahko neustrezna prehranska podpora še dodatno poslabša psihiatrično simptomatiko ter kognitivni upad posameznikov.

Literatura

- Baptista, T., El Fakih, Y., Uzcategui, E., Sandia, I. & Contreras, Q. (2022). Antipsychotic-induced weight gain, metabolic syndrome, and the gut microbiome. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 835921.
- Baum, J. I., Kim, I. Y. & Wolfe, R. R. (2016). Protein consumption and the elderly: what is the optimal level of intake?. *Nutrients*, 8(6), p. 359.

- Cederholm, T., Barazzoni, R., Austin, P., Ballmer, P., Biolo, G., Bischoff, S. C., ... Singer, P. (2017). ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clinical Nutrition*, 36(1), pp. 49-64.
- Cederholm, T., Jensen, G. L., Correia, M. I. T. D., Gonzalez, M. C., Fukushima, R., Higashiguchi, T., ... GLIM Core Leadership Committee, GLIM Working Group. (2019). GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition—a consensus report from the global clinical nutrition community. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, 10(1), pp. 207-217.
- Chen, R. C. Y., Lee, M. S., Chang, Y. H. & Wahlqvist, M. L. (2012). Cooking frequency may enhance survival in Taiwanese elderly. *Public Health Nutrition*, 15(7), pp. 1142-1149.
- Cruz-Jentoft, A. J., Bahat, G., Bauer, J., Boirie, Y., Bruyère, O., Cederholm, T., ... Zamboni, M. (2019). Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age and Ageing*, 48(1), pp. 16-31.
- Cruz-Jentoft, A. J., Baeyens, J. P., Bauer, J. M., Boirie, Y., Cederholm, T., Landi, F., ... Zamboni, M. (2010). Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age and Ageing*, 39(4), pp. 412-423.
- Feldblum, I., German, L., Castel, H., Harman-Boehm, I., Bilenko, N., Eisinger, M., ... & Shahar, D. R. (2007). Characteristics of undernourished older medical patients and the identification of predictors for undernutrition status. *Nutrition Journal*, 6, pp. 1-9.
- Fitzgerald, S. P., & Bean, N. G. (2010). An analysis of the interactions between individual comorbidities and their treatments—implications for guidelines and polypharmacy. *Journal of the American Medical Directors Association*, 11(7), pp. 475-484.
- Gordon, C., Dinan, T., & Fitzgerald, P. (2019). Social determinants of health and nutrition in mental illness: Addressing disparities through community-based approaches. *The Lancet Psychiatry*, 6(12), pp. 990-1000.
- Locher, J. L., Robinson, C. O., Roth, D. L., Ritchie, C. S. & Burgio, K. L. (2005). The effect of the presence of others on caloric intake in homebound older adults. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 60(11), pp. 1475-1478.
- Margetts, B. M., Thompson, R. L., Elia, M. & Jackson, A. A. (2003). Prevalence of risk of undernutrition is associated with poor health status in older people in the UK. *European Journal of Clinical Nutrition*, 57(1), pp. 69-74.
- Meyer, J., McSweeney, K. & Weiss, A. (2018). Nutritional risk among psychiatric patients. *Journal of Psychiatric Research*, 104, pp. 179-185.
- Muscaritoli, M., Anker, S. D., Argilés, J., Aversa, Z., Bauer, J. M., Biolo, G., ... Schols, A. M. (2010). Consensus definition of sarcopenia, cachexia and pre-cachexia: joint document elaborated by Special Interest Groups (SIG) “cachexia-anorexia in chronic wasting diseases” and “nutrition in geriatrics.” *Clinical Nutrition*, 29(2), pp. 154-159.
- Murphy, R. A., Reinders, I., Garcia, M. E., Eiriksdottir, G., Launer, L. J., Benediktsson, R., ... Harris, T. B. (2014). Adipose tissue, muscle, and function: potential mediators of associations between body weight and mortality in older adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 37(12), pp. 3213-3219.
- National Institute on Aging. (2011). Global health and aging. Washington (DC): US Department of Health and Human Services; 2011. *NIH Publication*, 11-7737. <https://www.nia.nih.gov/research/publication/global-health-and-aging/preface>
- Opie, R. S., O'Neil, A., Itsiopoulos, C. & Jacka, F. N. (2015). The impact of whole diet interventions on depression and anxiety: a systematic review of randomised controlled trials. *Public Health Nutrition*, 18(11), pp. 2074-2093.

- Pfeifer, M., Siuka, D. & Pravst, I. Priporočila za nadomeščanje holekalciferola (vitamina D3) v obdobjih respiratornih okužb in za nadomeščanje holekalciferola pri posameznikih s COVID-19.
https://www.kclj.si/dokumenti/FINAL_Okt_2020_PRIPOROCILA_VITAMIN_D_in_covid-19_za_infektologe.pdf
- Sauer, A. C., Uddin, N. & Asselin, J. (2019). The impact of malnutrition on hospital readmissions among older adults. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 43(7), pp. 1216-1225.
- Scarmeas, N., Stern, Y., Mayeux, R., & Luchsinger, J. A. (2006). Mediterranean diet, Alzheimer disease, and vascular mediation. *Archives of Neurology*, 63(12), pp. 1709-1717.
- Shlisky, J., Bloom, D. E., Beaudreault, A. R., Tucker, K. L., Keller, H. H., Freund-Levi, Y., ... Meydani, S. N. (2017). Nutritional considerations for healthy aging and reduction in age-related chronic disease. *Advances in Nutrition*, 8(1), pp. 17-26.
- Smith, A. P. & Blumenthal, J. A. (2010). Diet and cognitive decline: insights and challenges. *British Journal of Nutrition*, 104(7), pp. 979-988.
- Teasdale, S. B., Ward, P. B., Samaras, K., Firth, J., Stubbs, B., Tripodi, E. & Burrows, T. L. (2020). The diet and cardiometabolic health of people with severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(3), pp. 256-269.
- von Haehling, S. & Anker, S. D. (2010). Cachexia as a major underestimated and unmet medical need: facts and numbers. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, 1(1), pp. 1-5.
- Volkert, D., Beck, A. M., Cederholm, T., Cruz-Jentoft, A., Goisser, S., Hooper, L., ... Bischoff, S. C. (2019). ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clinical Nutrition*, 38(1), pp. 10-47.
- World Health Organization (WHO). (2015). *Healthy diet*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>

Pomen brezšivne skrbi v psihogeriatrični obravnavi pacientov pri prehajanju med različnimi zdravstvenimi ustanovami

The importance of seamless care in the psychogeriatric management of patients in transition between different healthcare settings

Mateja Babič, mag. farm., spec. klin. farm.

Psihiatrična bolnišnica Begunje

mateja.babic@pb-begunje.si

Povzetek

Namen prispevka je približati storitev klinične farmacije v obravnavi psihogeriatričnih pacientov. Pokazati želimo pomen osebne kartice zdravil, vidne v Centralnem registru podatkov o pacientih (CRPP), za varnost in učinkovitost zdravljenja z zdravili ob prehodih med bolnišnicami različnih specialnosti in med različnimi ravnmi zdravstvene obravnave.

Izpostavili bomo pomen brezšivne skrbi pri prehajanju psihogeriatričnih pacientov med različnimi zdravstvenimi ustanovami. Vključitev psihogeriatričnih pacientov v brezšivno skrb izboljša varnost zdravljenja z zdravili, zmanjša tveganje za podvajanje terapije, zmanjša tveganje za pojav interakcij med zdravili, poveča adherenco zdravljenja in opolnomoči pacienta in/ali svojce oziroma skrbnike za pravilno jemanje zdravil. Z brezšivno skrbjo se zagotavlja usklajeno zdravljenje z zdravili, kar poveča varnost pacientovega prehoda med zdravstvenimi in socialnovarstvenimi ustanovami.

Ključne besede: klinična farmacija, osebna kartica zdravil, klinični farmacevt, bolnišnica.

Abstract

The aim of this paper is to present the clinical pharmacy service in the management of psychogeriatric patients. We want to show the importance of the personal medication card, visible in the Central Register of Patient Data (CRPP), for the safety and effectiveness of drug treatment during transitions between hospitals of different specialties and between different levels of care.

We will highlight the importance of seamless care in the transition of psychogeriatric patients between different healthcare settings. The inclusion of psychogeriatric patients in seamless care improves the safety of drug treatment, reduces the risk of duplication of therapy, reduces the risk of drug-drug interactions, increases adherence to treatment and empowers the patient and/or family/caregivers to take their medication correctly. Seamless care ensures coordinated drug therapy, which increases the safety of the patient's transition between health and social care settings.

Key words: clinical pharmacy, personal medication record, clinical pharmacist, hospital.

Uvod

Po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije je bilo v prvem četrtletju leta 2024 kar 21,8 % prebivalstva Slovenije starejšega od 65 let, 5,8 % starejših od 80 let in 386 prebivalcev starejših od 100 let, pri čemer se ti deleži iz leta v leto povečujejo. (7)

Psihogeriatrični pacienti so običajno soočeni z več sočasnimi boleznimi, pogosto prehajajo med različnimi zdravstvenimi podsistemi (bolnišnice, domovi za starejše občane, nega na domu ...) in uporabljajo številna zdravila. Povprečen starejši pacient jemlje od pet do deset

različnih zdravilnih učinkovin, kar lahko poveča tveganje tako za interakcije med zdravili kot za neželene učinke. Povprečen psihogeriatričen pacient v Sloveniji ima predpisanih sedem zdravilnih učinkovin.

Psihogeriatrični pacienti potrebujejo posebno skrb pri zagotavljanju varne in učinkovite uporabe zdravil. Ob prehodu v domačo oskrbo je pomembno opolnomočenje pacientov in svojcev za zagotavljanje adherence pri zdravljenju z zdravili.

Kadar pacient prehaja med zdravstvenimi ustanovami se lahko pojavijo težave pri zdravljenju z zdravili. Po podatkih iz literature ima ob sprejemu vsaj 67 % pacientov odklon v zdravljenju z zdravili, 27 % odklonov je nevarnih za paciente. Največ odklonov je povezanih z izpuščenimi odmerki (60 %), spremenjenimi odmerki (21 %) in odkloni od pravilnega časa jemanja (10 %). (1, 2, 3, 4, 5*)

Opredelitev brezšivne skrbi po Zakonu o lekarniški dejavnosti je »zagotavljanje neprekinjene preskrbe pacienta z zdravili in farmacevtska obravnava pri prehajanju med različnimi ravni zdravstvenega varstva. V okviru brezšivne skrbi izvajalci lekarniške dejavnosti na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti zagotovijo medsebojno izmenjavo informacij o zdravljenju z zdravili pri posameznem pacientu, ki omogočajo hitro in učinkovito usklajevanje zdravljenja z zdravili in so pomembne za varno nadaljevanje zdravljenja z zdravili ob sprejemu pacienta v bolnišnico in ob odpustu z nje.« (6*)

Osebna kartica zdravil (OKZ) je naložena v CRPP in vidna v aplikaciji zVem pacientu in zdravstvenim delavcem na različnih ravneh zdravstvenega varstva.

V bolnišnici se brezšivna skrb začne s pridobivanjem najboljše možne zgodovine zdravljenja z zdravili, sledi usklajevanje zdravljenja z zdravili ob sprejemu v bolnišnico in med zdravljenjem v bolnišnici. Ob odpustu se ponovno izvede usklajevanje, pripravi se OKZ in poda ustna navodila za zdravljenje z zdravili pacientu in ali svojcem oziroma skrbnikom. Možna je tudi izdaja novo predpisanih zdravil v najmanjšem pakiranju. V bolnišnici te postopke izvaja bolnišnični farmacevt, specialist klinične farmacije, ki je kot član zdravstvenega tima prisoten na oddelku.

Izziv uporabe brezšive skrbi v psihogeriatriji

V PBB je bila sprejeta 72-letna pacientka zaradi zdravljenja poslabšanja depresije. Poleg psihiatričnih bolezni ima pacientka tudi somatske bolezni. Zaradi poslabšanja somatskih bolezni je bila dvakrat premeščana v splošno bolnišnico. Ob premeščanju psihiatričnih pacientov iz PBB zaradi poslabšanja somatskih bolezni se dokumentaciji priloži kopija temperaturno terapevtskega lista z razvidno terapijo ob premestitvi.

Po prvi premestitvi nazaj v PBB smo iz odpustnega pisma (slika 1) razbrali, da je pacientka v splošni bolnišnici prejela psihiatrično terapijo, kot je bila navedena v eRp, a niso upoštevali spremembe psihiatrične terapije, ki so bile izvedene v PBB v času pred premestitvijo v splošno bolnišnico. Z neupoštevanjem uvedenih sprememb se po enem tednu zdravljenja lahko pričakuje poslabšanje psihiatričnih bolezni, kar se je zgodilo. Tako je bila pacientka zopet premeščena nazaj v PBB, kjer se je njena psihiatrična terapija ponovno spremenila.

imela v eRp pred začetkom zdravljenja v PBB. Kar ponovno nakazuje razlog za poslabšanje psihiatrične bolezni.

Furosemid je imela v PBB pol tabletko vsako jutro, v odpustni terapiji pa 20 mg vsak drugi dan. Prav tako je ponovno uveden fentanil 25 mcg/h TDO, ki ga pacientka v PBB ni prejela. Nikjer niso navedene kapljice holecalfiferol, navedene so tablete folne kisline, pantoprazol tablete 40 mg je imela v PBB 2x40 mg, ob odpustu iz splošne bolnišnice samo 1x40 mg, metamizol tablete 500 mg v PBB 2x1 tbl + 1 pp ob bolečini, v splošni bolnišnici ob odpustu 3x1 tbl pp, ni navedeno, da se tablete tramadol/paracetamol ukinjajo.

Sedanja anamneza: gospa pove, da se že približno en teden zelo slabo počuti, je bolj šibka, ima manj moči. Te težave so se stopnjevale tako, da so se začele tudi bolečine v trebuhu, ob tem slabost in bruhanje. Na napotnici je navedeno, da že dva dni odvaja tekoče blato, ni zavedeno, ali je blato črno oz. če ima primesi krvi. Gospa pove, da ima zelo slab apetit, skoraj nič ne je. Vročine naj ne bi imela, kašlja ne, navaja pa napade nekoliko težjega dihanja, ki jih ne zna točno opredeliti. Pove, da je že dlje časa nepokretna.

Alergij ne navaja.

Razvade: pove, da je bivša kadilka, prenehala naj bi pred petimi leti.

Zdravila (povzamem iz terapevtskega lista PPB): Brintellix 20 mg zjutraj, Alventa 150 mg zjutraj,

Oxazepam 2.5 mg po potrebi ob nespečnosti, Eglonyl 30 3 x 50 mg + 50 mg po potrebi ob tesnobi, Pantoprazol 2 x 40 mg, Triplixam 5/5/1.25 mg zjutraj, Lasix 20 mg zjutraj, Analgin, Glucerna Advance, Oleovit D3 15 gtt na teden, Doreta.

vstala je ob opori in prehodila nekaj metrov s hodnjem.

Dne 30.5.2024 jo za nadaljnje zdravljenje premeščamo v PB Begunje.

Terapija ob premestitvi:

- Epufen 25 mcg/h transdermaln obliž, menjava na 72 ur (1. dan)
- Analgin 500 mg po potrebi do 3 x 1
- Acipan 40 mg
- Mirzaten 30 mg
- Kvelux 25 mg po potrebi
- Alventa 150 mg
- Triplixam 5/5/1.25 mg
- Lasix 20 mg vsak drugi dan
- Folacin 2x5 mg
- beljakovinske napitke je na oddiku zavračala

29.5.2024, bb

Jesenice, 30.05.2024

Slika 3: Odpustno pismo ob drugi premestitvi iz splošne bolnišnice v PBB

V odpustnem pismu iz splošne bolnišnice ni navedenega časovnega jemanja »zjutraj, opoldan, zvečer, ponoči«, ni opredeljene dikcije »po potrebi« in omejitve največje porabe, ni opredelitve dneva, kdaj je pacientka dobila 20 mg furosemida, beljakovinski napitki niso opredeljeni, ni jasno opredeljeno, kateri je prvi dan, ko je pacientka dobila TDO fentanil 25 mcg/h (ali je to 29. 5 ali 30. 5.).

Pri primerjavi Obvestila službi zdravstvene nege z odpustnim pismom opažamo razhajanje v navedbah zdravila dalteparin 2500 ie injekcij za podkožno aplikacijo, ki ga v terapiji ob odpustu ni, pacientka pa ga je na dan odpusta prejela; v odpustu ni zdravila perindopril tableta 8 mg, ki jo je pacientka prejela zjutraj na dan odpusta. Ni pa prejela tablete folne kisline 5 mg in kombiniranega zdravila perindopril/indapamid/amlodipin (slika 4).

Poročilo o prejeti terapiji na dan odhoda:

ime zdravila	doza	datum	ura
TRAQHIN	2500 IE	30. 5. 24	8 ⁰⁰
ACIPAN	40mg		
ALVENTA	150mg		
PREVESA	8mg		
EPUFEN	25mcg	(jutri menjava)	

Posebnosti pri jemanju terapije: priprava terapija

Slika 4: Zapisnik ZN splošne bolnišnice ob drugi premestitvi pacientke nazaj v PBB

Literatura

1. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. (2006). Using medication reconciliation to prevent errors. *Sentinel Event Alert*, 32(4), pp. 230-232.
2. Cornish, P. L., Knowles, S. R., Marchesano, R., Tam, V., Shadowitz, S., Juurlink, D. N. ... Etchells, E. E. (2005). Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. *Archives of Internal Medicine*, 165(4), pp. 424-429.
3. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations. (2005). *Hospital National Patient Safety Goals*. https://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals/05_hap_npsgs.htm
4. Haig, K. (2006) Medication Reconciliation. *American Journal of Medical Quality*, 21, pp. 299-303.
5. Conklin, J. R., Togami, J. C., Burnett, A., Dodd, M. A. & Ray, G. M. (2014). Care transitions service: a pharmacy-driven program for medication reconciliation through the continuum of care. *American Journal of Health System Pharmacy*, 71(10), pp. 802-810.
6. *Zakon o lekarniški dejavnosti (ZLD-1)* (2016). Uradni list RS, št. 85/16, 77/17, 73/19 in 186/21. <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ZAKO7375>
7. *Statistični urad Republike Slovenije (SURS)*. (n. d.) <https://www.stat.si/statweb/Field/Index/17/104>
8. Interna dokumentacija Psihiatrične bolnišnice Begunje.

Pomen načrtovanja aktivnosti koordinacije odpusta psihogeriatričnega pacienta

The importance of discharge planning of the psychogeriatric patient

Mateja Lunar, dipl. m. s., mag. zdr.-soc. manag.

Dijana Lelić, dipl. m. s.

Psihiatrična bolnišnica Begunje

mateja.lunar@pb-begunje.si

dijana.lelic@pb-begunje.si

Izveček

Koordinacija odpusta je učinkovita le, če so aktivnosti koordinatorja odpusta (diplomirana medicinska sestra) vključene že pred hospitalizacijo, med in po hospitalizaciji. Starejše osebe spremljajo kognitivni upad, fizična oslabelelost in kronične bolezni, zato je za psihogeriatričnega pacienta odpust iz bolnišnice lahko še toliko bolj stresen dogodek. Prisoten je strah vrnitve v domače okolje, zlasti zaradi dilem glede zmogljivosti ponovne vzpostavitve funkcioniranja doma. Prispevek predstavlja odgovornosti koordinatorja odpusta v Psihiatrični bolnišnici Begunje za učinkovit načrt koordinacije odpusta z namenom izboljšanja pripravljenosti starejšega pacienta na sprejem in povečanja kakovosti odpusta pacienta v domače okolje ali socialno varstvene zavode. Prikazuje zmote, ki se lahko pojavijo, in kaže rešitve, da do njih ne prihaja. Starejši ljudje na splošno težje razumejo navodila, zato je v prispevku poudarjena pomembnost individualne osredotočenosti na psihogeriatričnega pacienta. Poudarjen je pomen dobre komunikacije med starejšimi pacienti, njihovimi svojci in multidisciplinarnim timom. Jasna komunikacija pripomore k boljšemu sodelovanju, posledično pa k še bolj kakovostnemu poteku izvajanja načrta koordinacije odpusta.

Ključne besede: koordinator zdravstvene obravnave, starejši pacient, komunikacija, kakovost zdravstvene oskrbe

Abstract

Discharge coordination is effective only if the activities of the discharge coordinator (RN) are included before, during, and after hospitalization. Cognitive decline, physical weakness, and chronic diseases accompany elderly people, therefore the discharge from the hospital can be an even more stressful event for a psychogeriatric patient. There is a fear of returning to the home environment, especially due to dilemmas before re-establishing the day functioning capacity. The contribution presents the responsibilities of the discharge coordinator in Begunje Psychiatric Hospital for a more efficient discharge coordination plan, to improve the readiness of the elderly patient for admission and increase the quality of the patient's discharge to home environment or social care institutions. It shows mistakes that may occur in the meantime and shows solutions so that mistakes do not occur. Elderly people generally have a harder time understanding instructions, so the contribution emphasizes the importance of psychogeriatric patient-centered activities. The importance of good communication between elderly patients, their relatives, and the multidisciplinary team to offer the best care to the patient is emphasized. Clear communication contributes to better cooperation and, as a result, to an even better implementation of the discharge coordination plan.

Key words: Health care coordinator, elderly patient, communication, quality of healthcare

Teoretična izhodišča

Odpust iz psihiatrične bolnišnice je običajno ranljivo obdobje za paciente (Tyler et al, 2021). Starejši pacienti so iz bolnišnice odpuščeni hitreje kot včasih, odpust pa je kritičen korak za oskrbo pacientov. Povprečna dolžina bivanja v bolnišnici se krajša, izvajalec zdravstvenega varstva pa ima posledično manj časa za pripravo pacientov na okolje doma oziroma za usklajevanje storitev med okolji po odpustu. Geriatrični pacienti so zaradi šibkosti in multimorbidnosti še posebej ranljiva skupina, ki jih najverjetneje prizadenejo kognitivne okvare in kronične bolezni, zaradi katerih je sodelovanje pacientov oteženo. Dinamične interakcije med zdravstvenim stanjem, duševnem stanjem, fizično funkcijo in dejavniki okolja starejšega pacienta vplivajo na njegovo zmožnost sodelovanja v procesu odpusta. Za navedeno skupino pacientov je odpust iz bolnišnice odvisen od dobrega načrtovanja zagotavljanja oskrbe, usmerjene na pacienta, ki omogoča varno potovanje skozi sistem zdravstvenega varstva (Lilleheie et al, 2019). Posledično se zmanjša ponoven obisk bolnišnic, zmanjša se nepotrebna daljša hospitalizacija in izboljša prilagoditev okolju po odpustu (Lilleheie et al, 2019 & Tyler et al, 2021). Proces koordinacije odpusta vključuje kakovostno komunikacijo med pacienti, zdravstvenimi delavci in oskrbovalci ter njihovimi svojci (Lilleheie et al, 2019).

Študija je pokazala, da nekateri starejši pacienti težje razumejo in si težje zapomnijo informacije, posredovane na dan odpusta, poleg tega jih je strah vrnitve domov zaradi morebitne poškodbe ali poslabšanja bolezni, kar posledično spremeni njihovo vsakdanje življenje. Nejasna komunikacija vpliva na pacientovo razumevanje navodil in posledično na njegovo sodelovanje. Možna rešitev v razumevanju vsebine informacij za starejše paciente je lahko v njihovi družinski mreži, kajti svojci pacientu predstavljajo varnost in zanesljivost ob prejemanju informacij. Svojci pripomorejo k ustreznemu prenosu informacij in premagovanju komunikacijskih ovir, posledično k izboljšanju kakovosti procesa odpusta. Bistven pomen za ustrezno oskrbo pacienta je komunikacija med zdravstvenim osebjem in njihovimi svojci. Nekateri raziskave kažejo na pomanjkanje dobre komunikacije med zdravstvenim osebjem, pacienti in njihovimi svojci med procesi načrtovanja odpusta. Sem spada nezadovoljivo urejanje odpusta in pomanjkljivo kontaktiranje ali vključitev oskrbovalcev v načrtovanje odpusta, kar zajema tudi informacije o jemanju zdravil, obveščanje o terminih kontrolnih pregledov in pravočasno obvestilo o datumu odpusta (Xiao et al, 2019).

Slabo komunikacijo med načrtovanjem aktivnosti koordinacije odpusta lahko pripišemo različnim mnenjem, prepričanjem, medosebnim konfliktom, nejasni komunikaciji med osebjem, pacienti in njihovimi svojci. Na to lahko vpliva tudi visoka fluktuacija pacientov in stiska s časom za interakcije med zdravstvenimi ekipami ter pacienti ob načrtovanju odpusta. Načrtovanje koordinacije odpusta v psihiatriji je pomembno za izboljšanje zdravstvenega stanja pacientov z duševnimi motnjami, njihovega vsakodnevnega ter socialnega funkcioniranja po odpustu iz bolnišnice (Xiao et al, 2019).

Medicinske sestre so v dobrem in edinstvenem položaju za izboljšanje varnosti in kakovosti ter so primerne za koordiniranje odpustov v multidisciplinarnih okoljih (Xiao et al, 2019). Najpogostejši načrtovalci koordinacije odpusta so zato medicinske sestre, ki poučujejo paciente o samooskrbi, temeljnih življenjskih aktivnostih in vzpostavljajo terapevtske in podporne odnose s pacienti in njihovimi družinami, medtem ko socialni delavci pomagajo pri odločanju procesov namestitve, koordinirajo institucionalne namestitve, finančno podporo in se povezujejo z izvajalci skupnostne obravnave (Tyler et al, 2021). Za načrtovanje odpusta pacienta je potreben celoten interdisciplinarni tim in vse aktivnosti morajo biti dobro usklajene (Psihiatrična bolnišnica Begunje, 2022). Pomembni člani zdravstvene ekipe, ki so poleg diplomiranih medicinskih sester in socialnih delavcev tudi vključeni v proces

koordinacije odpusta, so zdravniki, psihiatri, delovni terapevti, farmacevti in patronažna služba (Xiao et al, 2019). V načrtovanje odpusta je torej vključenih več strokovnjakov, kar lahko povzroča zmote pri medsebojni komunikaciji in posledično napake v načrtovanju aktivnosti koordinacije odpusta. Takšna komunikacija in neuspehi v koordinaciji odpusta lahko privedejo do travmatičnih izkušenj pacientov in neželenih izidov, kar vključuje tudi varnostne incidente pri pacientih, in sicer pred in po odpustu iz bolnišnice (Tyler et al, 2021).

Koordinator odpusta se med obravnavo sooča s številnimi težavami:

- svojci in pacienti pričakujejo daljše hospitalizacije;
- datum odpusta je pogosto težko določljiv zaradi kompleksnosti težav psihogeriatrčnega pacienta,
- slab prenos informacij med člani zdravstvenega tima, negovalnega tima in svojci;
- nepredvideni zapleti v procesu zdravstvene obravnave (Maze, 2013);
- pacient nima svojcev, ki bi mu pomagali po odpustu, živi sam;
- pacient živi s svojci, vendar mu ne morejo nuditi ustrezne pomoči zaradi službenih obveznosti;
- svojci nočejo sodelovati, imajo neurejene družinske razmere;
- neurejene socialne razmere;
- zdravljenje pacienta je slabše od pričakovanega (Mulalić, 2018).

Timsko delo, sodelovanje pri odločanju in skupinsko delo so pri zaposlenih ključni dejavniki zadovoljstva. Ti dejavniki pa vplivajo tudi na družino, kjer morajo biti svojci in pacient enakovredni partnerji v procesu zdravstvene nege in zdravljenja. Potrebno je imeti organizacijsko kulturo, ki podpira kakovostno in varno obravnavo pacienta (Skinder Savić, 2013). Za uspešno koordinacijo odpusta je torej potrebno upoštevati več elementov. Pomembno je sodelovanje vseh udeležencev zdravstvenega sistema (Maze, 2013). Stalni terapevtski odnosi med pacienti, družinami in zdravstvenimi timi so opisani kot bistveni del postopka okrevanja in kot vir podpore pacientom ter njihovim družinam ob odpustu iz bolnišnice, še posebej pa med postopki načrtovanja zdravljenja in odpusta (Tyler et al, 2021). Prepoznati je potrebno pričakovane izide pacienta v časovnih okvirih (skrajšanje ležalnih dob). Uporabljati je potrebno principe kontinuiranega izboljševanja kakovosti. Stremi se k pospeševanju strokovne prakse, izboljšanju zadovoljstva pacientov in izboljšanja zadovoljstva zaposlenih (Maze, 2013). Koordinacija odpusta je torej skupen proces ocenjevanja, načrtovanja, pospeševanja, usklajevanja oskrbe, ocenjevanja in zagotavljanja storitev in možnosti, da se z ustreznimi razpoložljivimi viri in komunikacijo izpolnijo celovite zdravstvene potrebe pacienta in družine (Case Management Society of America, 2017).

Namen tega prispevka je prikazati ključno vlogo koordinatorja odpusta in predstaviti delo koordinatorja odpusta v Psihiatrični bolnišnici Begunje.

Aktivnosti koordinacije odpusta v Psihiatrični bolnišnici Begunje

V Psihiatrični bolnišnici Begunje je vedno več pacientov s kroničnimi obolenji. Skrajševanje ležalne dobe povzroča, da so pacienti odpuščeni iz bolnišnice prej, posledično pa niso sposobni samooskrbe, potrebujejo pomoč pri temeljnih življenjskih aktivnostih in imajo po odpustu do dokončne rehabilitacije še veliko nezadovoljenih potreb. Kadar je načrt odpusta neustrezen, lahko pride do ponovnega sprejema, kar slabo vpliva na pacienta, svojce in osebje. Zaradi tega so višji stroški obravnave in celotnega zdravljenja (Psihiatrična bolnišnica Begunje, 2022).

V Psihiatrični bolnišnici Begunje so koordinatorji odpusta izkušene diplomirane medicinske sestre, ki usklajujejo procese obravnave in odpusta z učinkovitim sodelovanjem

multidisciplinarnega tima znotraj in izven oddelka. Koordinacija odpusta vključuje zbiranje informacij, usklajevanje na različnih ravneh v bolnišnici in izven nje, dobro komunikacijo in dokumentacijo.

Pri psihogeriatričnih pacientih, ki so dogovorjeni za sprejem, se koordinacija odpusta prične že pred sprejemom. Paciente in pogostokrat tudi njihove svojce ali skrbnike seznanimo z napotki glede hospitalizacije, napotimo jih k osebnemu zdravniku za izvedbo laboratorijskih preiskav in pridobimo informacije o tem, kam bo pacient odpuščen iz bolnišnice. Vprašamo ga, s kom živi, ali ima urejen socialni status, kdo bo zanj skrbel po odpustu, pridobimo kontaktne podatke svojcev in se tudi pri njih pozanimamo glede socialnega statusa pacienta.

Med hospitalizacijo v proces koordinacije odpusta v največji meri vključimo zdravnika psihiatra, s katerim se dogovarjamo o načrtu zdravljenja in datumu odpusta, nato na podlagi dogovora in potreb pacienta vključimo še druge strokovnjake. S psihološko službo se dogovarjamo o datumu psihološkega pregleda in pridobitve izvida. Socialno službo vključimo, kadar je pri pacientih potrebno izvesti namestitev v dom starejših občanov, urediti pomoč na domu ter pomagati pacientom in svojcem pri pridobitvi medicinsko-tehničnih pripomočkov, kot so invalidska postelja, voziček ipd. Fizično oslabele paciente vključimo v fizioterapevtsko obravnavo, ki pripomore k boljši vzpostavitvi gibalne zmogljivosti, ob tem pa se pacienti po potrebi naučijo uporabljati razne pripomočke, kot so npr. opornice in hojce. Pomembno je, da so starejši pacienti vključeni tudi v delovno terapevtsko obravnavo, kjer po svoji zmogljivosti ustvarjajo, utrjujejo svoje znanje in spomin ter so fizično aktivni. Po potrebi psihogeriatričnega pacienta napotimo tudi k nevrologu ali internistu, s katerima se zdravnik psihiater posvetuje o morebitnih nevroloških težavah ali o internističnih oziroma kroničnih pridruženih boleznih. Kadar ima pacient bolnišnično okužbo, pred odpustom vključimo tudi medicinsko sestro za bolnišnične okužbe, da njega in svojce seznanimo z varnim vedenjem glede okužbe v domačem okolju. Povezujemo se tudi s primarnim nivojem zdravstvenega varstva. Izbranega osebnega zdravnika pacienta kontaktiramo glede izvidov, ki so relevantni za aktualno hospitalizacijo, obvestimo ga o prejemu zdravil v obliki depo terapije in pomoči pri urejanju medicinsko tehničnih pripomočkov. S patronažno službo se ustno in pisno dogovorimo za preveze ran, aplikacijo intramuskularne, intravenozne in subcutane terapije. Reševalno službo vključimo, kadar pacient potrebuje prevoz na preglede, domov, v socialno varstveni zavod ali v drugo bolnišnico, pred tem pa glede prevozov poskušamo aktivirati svojce, ki starejšim pacientom ob takšnih situacijah predstavljajo olajšanje, oporo in varnost. O pacientovem zdravstvenem stanju glede na potrebe obvestimo pisno in ustno tudi osebje socialno varstvenega zavoda ali drugih bolnišnic. Dobro izkušnje imamo s tem, da koordinator odpusta vse aktivnosti, ki jih izvede, vpiše v bolnišnični informacijski sistem Birpis. Na takšen način se zmanjšajo možnosti za izgubljanje informacij. Poleg tega pa se vsak teden organizirajo timski sestanki, kjer se s celotnim multidisciplinarnim timom usklajujejo procesi obravnave, kar zmanjšuje nastanek morebitnih zmot ali napak ter povečuje sodelovanje pacienta.

Kadar pacient prejema veliko zdravil in zaradi bolezni ni dosleden pri rednem jemanju, vključimo tudi klinično farmacevtko. Znano je, da je pravilna priprava in redno jemanje zdravil pri psihogeriatričnih pacientih ključno za zdravljenje, zato smo v praksi Psihiatrične bolnišnice Begunje dosledni pri skupni pripravi zdravil s pomočjo razpredelnice oziroma osebne kartice zdravil (OKZ), ki jo izdeluje in posodablja klinični farmacevt. Priprava zdravil poteka individualno s pacientom. Pomembno je, da zagotovimo, da starejši pacient vidi (uporaba bralnih očal) in razume navodila. Za lažjo organizacijo priporočamo tedenske dozatorje zdravil. Pravilne priprave zdravil učimo tudi pacientove svojce.

O datumu odpusta in kontrolnih pregledov ustno in pisno obvestimo paciente in njihove svojce. Za lažje prilagajanje v domače okolje v Psihiatrični bolnišnici Begunje načrtujemo vikend izhode, ki zlasti starejšim pacientom pripomorejo k lažji vrnitvi domov. Sodelovanje s svojci pri načrtovanju vikend izhodov je ključno in za starejšega pacienta v domačem okolju predstavlja vzpodbudo in oporo. Izkušnje vikend izhoda tako pacientu kot svojcu pomagajo pri oceni pacientovega funkcioniranja doma.

Glede na kompleksnost duševnih bolezni je multidisciplinarna obravnava pacienta smiselna tudi po odpustu. Pomen multidisciplinarnih timov je zagotoviti individualizirano obravnavo, podporo in rehabilitacijo (Xiao et al, 2019). V Psihiatrični bolnišnici koordinacijo odpusta izvajamo tudi po odpustu pacienta, in sicer na ta način, da po potrebi pokličemo paciente ali njihove svojce in jih povprašamo o psihičnem oziroma splošnem zdravstvenem stanju ter o izkušnjah priprave in jemanja zdravil. Z opisanim izvajanjem koordinacije odpusta po odpustu pacientom in svojcem nudimo občutke vrednosti in pomembnosti ter pripomoremo k večji motivaciji in sodelovanju za izboljšanje pacientovega zdravja in počutja. Sodelovanje pacientov pa je odvisno od njihovega zadovoljstva z zdravstvenimi storitvami, to pa pripomore k zmanjšanju ponovnih hospitalizacij in omogoča boljše izide zdravljenja (Lilleheie et al, 2019). Z ohranjanjem osredotočenosti na pacienta, motiviranjem, zagotavljanjem dostopov do kakovostnih virov pomoči in pravilnemu naslavljanju, lahko s pacientom vzpostavimo terapevtsko zaveznitvo oziroma sodelovanje in si tako prizadevamo za enake zdravstvene cilje, mu omogočimo pomoč pri odločanju in nudimo aktivno vlogo pri koordinaciji odpusta (Dilles, 2024).

Zaključek

Izkušnja sodelovanja psihogeriatриčnih pacientov pri obravnavi in specifično v koordinaciji odpusta je odvisna od več različnih dejavnikov. Ti so slabše psihično in fizično zdravstveno stanje pacientov, kar lahko posledično pripomore k slabšemu razumevanju usmeritev in navodil zdravstvenega osebja, medsebojna komunikacija in odnosi med osebjem, pacienti in svojci ter zadovoljstvo pacienta z obravnavo. Pomembno je iskanje in dosledno izvajanje učinkovitih pristopov, kot so ocenjevanje, načrtovanje, obveščanje, poučevanje in ustrezna priprava na vključevanje starejšega pacienta v proces načrtovanja odpusta.

Z vzpostavitvijo koordinatorjev odpusta se skrajša ležalna doba, obravnava starejših, socialno ogroženih pacientov in pacientov s kroničnimi obolenji je bolj kvalitetna, boljše je sodelovanje z multidisciplinarnim timom, primarnim zdravstvenim varstvom in socialnovarstvenimi institucijami. Koordinacija odpusta prispeva k zmanjšanju nepotrebnih zastojev v procesu dela, pacienti so bolj zadovoljni, manj je ponovnih hospitalizacij in tudi stroški zdravljenja se znižajo. Če povzamemo, učinkovita koordinacija odpusta prispeva k boljši kakovosti celotne zdravstvene obravnave psihogeriatриčnega pacienta.

Literatura

Case Management Society of America. (2017). *What is a case manager?*
<https://cmsa.org/who-we-are/what-is-a-case-manager/>

Dilles, T. (2024). Challenges to make patient engagement result in more sustainable pharmaceutical care. *Obzornik zdravstvene nege*, 58(2), p. 86.
<https://doi.org/10.14528/snr.2024.58.2.3287>

Lilleheie, I., Debesay, J., Bye, A. & Bergland A. (2019). Experiences of elderly patients regarding participation in their hospital discharge: a qualitative metasummary. *BMJ Open* 2019, 9(11), pp. 1-13. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025789>

- Maze, H. (2013). *Organizacija dela v zdravstveni negi (skripta)*. <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-XG64EC3E/6518d179-7463-47a6-a237-ef197b93794d/PDF>
- Mulalić, S. (2018). *Prepoznavna oteženega odpusta – presejanje pacientov*. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice.
- Psihiatrična bolnišnica Begunje. (2022). *Protokol koordinatorja primera (sprejema/odpusta)*. (4. 10. 2022).
- Skinder Savić, K. (2013). *Organizacijska kultura v splošnih bolnišnicah in njena povezanost z zadovoljstvom zaposlenih na delovnem mestu* (Magistrsko delo). Koper: Fakulteta za management Koper.
- Tyler, N., Planner, C., Byrne, M., Blakeman T., Keers N. R., Wright, O., Jones, P. P., Giles, S., Keyworth, C., Hodkinson, A., Taylor, C. D. J., Christopher J. Armitage, C. J., Campbell, C. & Panagioti M. (2021). Developing Best Practice Guidance for Discharge Planning Using the RAND/UCLA Appropriateness Method. *Frontiers in Psychiatry*, 12(12), Article 789418. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.789418>
- Xiao, S., Tourangeau, A. K. & Lawrence S. B. W. (2019). Discharge planning in mental healthcare settings: A review and concept analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28, pp. 8-15.

Dokumentiranje v zdravstveni negi - protokol premestitve psihogeriatričnega pacienta (primer dobre prakse)

Nursing documentation - transfer protocol for psychogeriatric patient (an example of good practice)

Simona Tomažević, mag. zdr. neg.

Psihiatrična bolnišnica Begunje
simona.tomazevic@pb-begunje.si

Alenka Bijol, dipl. m. s., univ. dipl. soc.

Splošna bolnišnica Jesenice
alenka.bijol@sb-je.si

Izvleček

Dokumentiranje v zdravstveni negi je poleg skrbi za pacienta nepogrešljivo opravilo zaposlenih v zdravstveni negi. Dokumentiranje poteka lahko s pomočjo klasične, mogoče že zastarele papirnate oblike, ali s pomočjo novejših metod, t. j. računalniških informacijskih sistemov. V današnjem času je slednja vse bolj uporabna, saj je vnos hitrejši in se posledično porabi manj časa, prinaša pa širše možnosti za analizo podatkov. Tako lahko zaposleni v zdravstveni negi namenijo več časa oskrbi pacientov. Razvijajoči informacijski sistemi v prakso prinašajo tudi določene slabosti, kot je veliko število različnih informacijskih sistemov. Komunikacija med zdravstvenimi ustanovami postaja vse težja. V zdravstveni negi na področju Gorenjske se razvija nov pristop prenosa informacij o zdravstvenem stanju pacienta ob premestitvah v drugo zdravstveno (različne bolnišnice) ali socialno varstveno ustanovo oziroma prenosu informacij ob odpustu pacienta v domačo oskrbo (primarni nivo - patronažna služba). Informacije, ki so ustrezne, prave in pravočasne, za paciente pomenijo kakovostno in varno obravnavo v zdravstvenem sistemu.

Ključne besede: dokumentiranje v zdravstveni negi, premestitev pacienta, elektronsko dokumentiranje.

Abstract

Documentation in nursing alongside patient care is an essential task for nurses. Documentation can be done using traditional, possibly outdated paper forms, or newer methods, such as computerized information systems. Today, the latter is increasingly favoured, as it allows for faster data entry and consequently saves time, providing broader opportunities for data analysis. This enables nursing staff to dedicate more time to patient care. However, the development of information systems also brings certain drawbacks, such as many different systems, making communication between healthcare institutions more challenging. In nursing care in the Gorenjska region, a new approach is being developed for transferring patient health information by transfers to another healthcare institution (various hospitals) or social care facility, or by discharge of a patient into home care (primary level - home nursing service). Accurate, appropriate, and timely information ensures quality and safe treatment for patients within the healthcare system.

Key words: nursing documentation, patient transfer, electronic documentation.

Teoretična izhodišča

Zdravstvena dokumentacija je izvorno in reproducirano (pisano, risano, tiskano, fotografirano, filmano, fonografirano, magnetno, optično ali kako drugače zapisano) dokumentarno gradivo, ne glede na obliko zapisa in nosilec zapisa podatkov. Nastane pri izvajanju zdravstvene oskrbe ali je prejeta tekom le-te. Zdravstvena dokumentacija je povezana z zdravstvenim stanjem in je nujno potrebna za izvajanje pravic ali obveznosti, ki jih opredeljuje zdravstvena dejavnost (ZZPPZ, 2000).

Z rednim dokumentiranjem v zdravstveni negi se poveča sistem varnosti, učinkovitosti, skrbi za etično komponento oskrbe v zdravstveni negi in nenazadnje dosega se višje stopnje uspešne zdravstvene obravnave. Dokumentiranje v zdravstveni negi pomeni zbiranje in zapisovanje podatkov, ki so pridobljeni od pacienta (Klinar, 2020).

Z uspešnim in pravilnim dokumentiranjem se izognemo napakam in izgubi informacij. Elektronsko vodena dokumentacija je izziv, ki prinaša nov pristop zbiranja, obdelovanja in prikazovanja podatkov ter predstavlja novejši pristop obstoječega dokumentiranja. Sodobni informacijski sistemi v zdravstveni negi pomenijo nepogrešljivo in specializirano področje (Hadžić, 2020).

Dokumentiranje dela zaposlenih v zdravstveni negi je ključnega pomena tudi za učinkovito komunikacijo med seboj in z drugimi disciplinami. Tako medicinske sestre ustvarjajo evidenco svojih storitev, ki jo uporabljajo poleg negovalnega in zdravstvenega tima tudi plačniki storitev, pravni sistem, vladne agencije, akreditacijski organi, raziskovalci ter druge skupine in posamezniki, ki so neposredno ali posredno povezani z zdravstveno oskrbo (American Nurses Association, 2010).

Elektronsko vodena dokumentacija prinaša mnogo prednosti pa tudi izzivov (Hadžić, 2020):

- prednosti: omogočanje sodobnega in hitrejšega dokumentiranja, hitrejši dostop do podatkov, preprostejša uporaba, večja urejenost, preglednost in sledljivost podatkov, lažja analiza podatkov, večja preglednost dokumentacije, celostni pregled, večja varnost pacienta in zaposlenih, boljši nadzor, lažje sledenje napredku zdravljenja, hitrejša odkrivanje zapletov, podpira ustvarjalnost in strokovnost zdravstvene nege;
- priložnosti: večja preglednost nad opravljenimi intervencijami, možnost uvajanja protokolov in kazalnikov kakovosti, jasnejša razmejitev dela in kompetenc, večja motivacija zaposlenih za nadaljnji razvoj, razvoj raziskovalne dejavnosti.

Zaposlenim v zdravstveni negi predstavlja velik izziv spremljanje in poročanje ob kontinuirani zdravstveni negi, še posebno ko je pacient premeščen v drugo zdravstveno ustanovo zaradi močno spremenjenih potreb po medicinski oskrbi in posledično zdravstveni negi.

Za zagotavljanje kontinuitete zdravstvene nege je zelo pomembno učinkovito komuniciranje glede zdravstvenega stanja, še posebej pri pacientih, kjer so potrebe kompleksnejše: starejši pacienti (Olsen, Hellzén & Enmarker, 2013) hospitalizirani otroci, pacienti z duševnimi boleznimi, pacienti z več sočasnimi boleznimi, pacienti pred/med/po operaciji, pacienti, ki so sprejeti na intenzivno nego in pacienti v paliativni oskrbi (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2017).

Zdravstvena oskrba je del zapletenih zdravstvenih sistemov, zato je vsakršna izguba pomembnih informacij lahko za paciente škodljiva. Na Norveškem so raziskovali (Olsen Hellzén & Enmarker, 2013) uporabo dokumentacije zdravstvene nege ob premestitvah starejših pacientov iz oskrbe na primarnem nivoju zdravstvenega varstva (domača oskrba,

oskrba v domovih za ostarele in nega na domu) v oskrbo na sekundarnem nivoju – bolnišnična oskrba ter nazaj v oskrbo na primarnem nivoju. Rezultati so pokazali, da je v bolnišnično oskrbo prišel le odstotek pacientov, ki so imeli v sprejemni dokumentaciji podatke o kontinuirani zdravstveni negi. Ob odpustu iz bolnišnice v domačo oskrbo je 69 % pacientov spremljala negovalna odpustnica. Vsekakor je ta podatek pomemben izziv za izboljšanje komunikacije zaposlenih v zdravstveni negi med posameznimi institucijami.

Premeščanje pacientov med enotami je običajna praksa v bolnišničnih enotah (Mortensen, Borkowski, O'Connor, Patrician, & Weech-Maldonado, 2020) in je pomembno za pacienta, saj se pogosto izvaja za izboljšanje izida zdravljenja. Lahko vključuje premestitev pacienta znotraj iste ustanove ali premestitev v drugo ustanovo. Glavni cilj vseh takšnih premestitev je ohranjanje kontinuitete zdravstvene oskrbe. Ključni element vsake premestitve pacienta vključuje poleg ustreznega načina premestitve tudi komunikacijo in predajo pacienta, ki pa je pogosto spregledana kot del premestitve. Kljub obstoječim priporočilom in smernicam za varno premeščanje pacientov se le-ta pogosto ne upoštevajo ali ne izpolnjujejo (Kulshrestha & Singh, 2016). Uspešno izvedene aktivnosti ob premestitvah pacientov prispevajo k zmanjšanju neželenih dogodkov (Blay, Duffield, Gallagher & Roche, 2014).

Ugotovitve raziskave kažejo, da premestitev pacienta za zaposlene v zdravstveni negi pomeni precejšnjo delovno obremenitev, saj razkrivajo porabo od 19,3 do 29 % delovnega časa negovalnega tima. Uporabo dokumentacije ob teh intervencijah pa izpostavljajo kot šibko točko (Trovó, Cucolo & Perroca, 2021).

Protokol premestitve psihogeriatričnega pacienta

Dokumentiranje v zdravstveni negi je ključno za zagotavljanje kakovostne in kontinuirane oskrbe, zlasti pri občutljivih skupinah, kot so psihogeriatrični pacienti. Ustrezno vodenje dokumentacije omogoča natančno spremljanje stanja pacienta, potrebnih intervencij ter omogoča enoten in tekoč prenos informacij ob premestitvah.

V projektu se dopolnjuje razmišljanje o povezovanju teorije in prakse zdravstvene nege, kot tudi individualni, osebni razvojni vidik medicinske sestre in vidik zagotavljanja povezane zdravstvene nege med posameznimi zdravstvenimi ustanovami. Ta pa utemeljuje neprekinjeno, torej kakovostnejšo, celostno in individualno obravnavo varovanca/pacienta (Lednik, Pirš, Kamenshek, Donik, 2001).

Začeli smo z izkušnjami ob zagotavljanju kontinuirane zdravstvene nege (v nadaljevanju KZN), ki povezuje zdravstvene ustanove, ki izvajajo prakso zdravstvene nege (v nadaljevanju ZN), in sicer Psihiatrična bolnišnica Begunje, Klinika Golnik, Splošna bolnišnica Jesenice ter socialno varstvene ustanove. Zamisel se naslanja na soočenju predstavnikov različnih ustanov, ki so suvereno predstavili različna področja ZN ter s širokim področjem razprave odstrli stičišča, aktualno problematiko in razmišljanja o morebitnih spremembah v prid KZN.

Protokol premestitve psihogeriatričnega pacienta obsega standardizirane postopke, ki vključujejo celovito dokumentiranje vseh pomembnih podatkov o pacientu, kot so zdravstveno stanje, psihološko stanje, potrebe po zdravljenju ter celovit načrt oskrbe. Pomembno je, da so vsi relevantni podatki pravočasno in pravilno dokumentirani ter posredovani novemu zdravstvenemu timu. Ob tem imajo zaposleni v zdravstveni negi ključno vlogo pri dokumentiranju in prenosu informacij, saj so v neposrednem stiku s pacientom in najboljše poznajo njegove potrebe in odzive. Njihovo natančno in vestno dokumentiranje prispeva k boljšemu razumevanju pacienta v novem okolju. Uvajanje primera dobre prakse pri premestitvah psihogeriatričnih pacientov vključuje uporabo strukturiranega obrazca, morebitne elektronske zdravstvene dokumentacije ter natančne komunikacije med

zdravstvenimi delavci različnih ustanov. Zgoraj omenjeno pripomore k zmanjšanju tveganj za paciente in k boljši koordinaciji oskrbe.

Ob začetnih srečanjih se je kmalu izrisalo kar nekaj izzivov, na katere smo morali biti ob samem začetku še posebej pozorni:

- prilagoditev dokumentacije: psihogeriatrični pacienti imajo specifične potrebe, ki zahtevajo natančno dokumentiranje. Želeli smo si, da so vsi pomembni vidiki njihove oskrbe, ki so trenutno zajeti v obstoječih sistemih dokumentacije, zabeleženi in združeni tudi v novem izdelanem obrazcu,
- prenos informacij: velik izziv je med drugim zagotavljanje, da so informacije natančno in popolno prenesene med različnimi zdravstvenimi ustanovami, saj lahko pomanjkanje ali nepopolnost informacij vodi do napak v oskrbi,
- standardizacija praks: vzpostavitev in vzdrževanje enotnih standardov za dokumentiranje ter prenos informacij predstavlja izziv, zlasti v primeru, ko so v postopek vključene različne institucije in strokovnjaki z različnimi pristopi,
- usposabljanje osebja: za uspešno izvajanje protokola premestitve je ključno redno usposabljanje osebja glede pravilnega dokumentiranja in prenosa informacij, kar pa zahteva čas in vire,
- uporaba tehnologije: integracija elektronskih sistemov za dokumentiranje in prenos informacij je lahko ovira, še posebej v ustanovah, kjer tehnologija še ni povsem kompatibilna z ostalimi ali kjer je uporaba teh sistemov otežena zaradi pomanjkanja sredstev.

Razprava

Raziskav o tem, kako poteka komunikacija zaposlenih v zdravstveni negi ob premestitvah pacientov med zdravstvenimi ustanovami primanjkuje, oziroma so zelo redke tako v naši državi kot v tujini, medtem ko so cilji dokumentiranja v zdravstveni negi in načini vodenja (papirna, elektronska oblika) v literaturi navedeni velikokrat (Klinar, 2020; Olsen et al, 2013; Prinčič et al, 2015, Ramšak Pajk, 2006). V tujih virih je navedeno, da je telefonska predaja pacienta zelo nezanesljiva (New Zealand Nurses Organisation, 2021), velikokrat z zeleno osebo ni možno priti v stik (Trovó, Cucolo & Perroca, 2021).

Uvedba enotnega informacijskega sistema na ravni celotne države je nujno potrebna, saj bi s tem paciente lažje celostno obravnavali. Poleg tega bi bila varnost tako pacientov kot zaposlenih v zdravstveni negi večja, obravnava pa kakovostnejša (Hadžić, 2020).

Na območju gorenjske regije so se pokazale velike potrebe po ustreznem dokumentu ob premestitvah pacientov med zdravstvenimi ustanovami. Praksa je pokazala, da po telefonu ne moremo predati vseh ključnih informacij, ki so potrebne za nadaljevanje kakovostne in varne zdravstvene nege. Kot ključno nalogo smo si zastavili izdelavo dokumenta, ki bi vseboval vse potrebne informacije ob premestitvi pacienta v drugo zdravstveno ustanovo.

Pri projektu smo sodelovali zaposleni v zdravstveni negi iz treh bolnišnic: regijska splošna bolnišnica, specialna bolnišnica in klinika. Zastavili smo si cilje in realizacijo le-teh časovno opredelili in določili. Redno smo se sestajali na delovnih srečanjih, kjer smo izluščili potrebe po posameznih temeljnih življenjskih aktivnostih (po teoretičnem pristopu V. Henderson) in drugih pomembnih informacijah, ki bi jih končni dokument vseboval. Dokument je pripravljen za aplikacijo, prilagojen za uporabo v trenutnem informacijskem sistemu in je v fazi izvedbe oziroma uporabe v praksi. Izziv, ki ostaja, je nepovezanost informacijskih sistemov med ustanovami, zato smo bili primorani iskati načine komunikacije, ki bodo

ustrezno prenesli nov dokument ciljni skupini strokovnjakov s področja zdravstvene nege. Vseeno smo prepričani, da bo ta primer dobre prakse učinkovita in varnejša oskrba naših pacientov.

Zaključek

Zdravstvena dokumentacija, vključno z zdravstveno negovalno dokumentacijo, predstavlja temelj za učinkovito delovanje zdravstvenega sistema, saj omogoča spremljanje in zagotavljanje kakovostne oskrbe pacientov. Zaradi nenehne prisotnosti zaposlenih v zdravstveni negi ob pacientih ima zdravstveno negovalna dokumentacija ključno vlogo pri zagotavljanju kontinuirane in celovite zdravstvene oskrbe. Premestitve pacientov v druge ustanove in s tem povezan prenos informacij predstavljajo pomemben izziv, ki zahteva natančnost in doslednost v dokumentaciji. Z izmenjavo dobrih praks in sodelovanjem med različnimi strokami lahko še naprej izboljšujemo kakovost zdravstvene nege in posledično prispevamo k boljšim izidom zdravljenja, kar je v korist pacientov in razvoja stroke zdravstvene nege.

Literatura

- American Nurses Association. (2010). *ANA's Principles for Nursing Documentation. Guidance for Registered Nurses.* <http://www.nursingworld.org/~4af4f2/globalassets/docs/ana/ethics/principles-of-nursing-documentation.pdf>
- Blay, N., Duffield, C. M., Gallagher, R. & Roche, M. (2014). A systematic review of time studies to assess the impact of patient transfers on nurse workload. *International Journal of Nursing Practice*, 20(6), pp. 662-673. <https://doi.org/10.1111/ijn.12290>
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2017). *Improving documentation at transitions of care for complex patients from Deakin University.* <https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/Rapid-review-Improving-documentation-at-transitions-of-care-for-complex-patients.pdf>
- Hadžić, A. (2020). *Elektronsko vodena dokumentacija zdravstvene nege* (diplomsko delo). Univerza v Ljubljani, zdravstvena fakulteta, Ljubljana.
- Klinar, U. (2020). *Razvoj dokumentacije v zdravstveni negi – pregled literature* (diplomsko delo). Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Jesenice.
- Kulshrestha, A, & Singh, J. (2016). Inter-hospital and intra-hospital patient transfer: recent concepts. *Indian Journal of Anaesthesia*, 60(7), pp. 451-457. <https://doi.org/10.4103/0019-5049.186012>
- Lednik, L., Pirš, K., Kamenšek, P. & Donik, B. (2001) Zagotavljanje kontinuirane zdravstvene nege: razprava ob okrogli mizi v Splošni bolnišnici Maribor. *Obzornik zdravstvene nege*, 35(6), pp. 267-271.
- Mortensen, B., Borkowski, N., O'Connor, S. J., Patrician, P. A. & Weech-Maldonado, R. (2020) The relationship between hospital interdepartmental transfers and patient experience. *Journal of Patient Experience*, 7(2), pp. 263-269. <https://doi.org/10.1177/2374373519836467>
- New Zealand Nurses Organisation. (2021). *Practice guideline: Documentation.* <https://www.nzno.org.nz/Portals/0/publications/Guideline%20-%20Documentation,%202021.pdf>
- Olsen, R. M., Hellzén, O. & Enmarker, I. (2013). Nurses' information exchange during older patient transfer: prevalence and associations with patient and transfer characteristics.

International Journal of Integrated care, 13, e005.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3653276/>

Trovó, S. A., Cucolo, D. F. & Perroca, M. G. (2021). Transfer of patients in hospital units: impacts on nursing workload Transfer of patients in hospital units: impacts on nursing workload. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55, e0327.

Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (ZZPPZ). (2000). Uradni list RS št. 65 (21. 7. 2000). <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ZAKO1419>

Uporaba komunikacijskih veščin kot vodilo pri vključevanju psihogeriatričnega pacienta v delovno terapevtski aktivnosti

Using communication skills as a guide to engage the psychogeriatric patient in occupational therapy activities

Kaja Mestek, dipl. del. ter.
Špela Rabič Por, dipl. del. ter.
Psihiatrična bolnišnica Begunje
kaja.mestek@pb-begunje.si

Izvleček

Komunikacija je osnovno orodje delovnih terapevtov za vzpostavljanje terapevtskega odnosa. Na dobrem (uspešnem) terapevtskem odnosu sloni izvedba ustrezne in učinkovite obravnave. Komunikacijo razdelimo na verbalno in neverbalno komunikacijo. Neverbalna komunikacija je večkrat močnejša od verbalne, saj zajema govorico telesa, obrazno mimiko itd. Za vzpostavitev dobrega terapevtskega odnosa pa uporabljamo komunikacijske veščine, ki zajemajo še aktivno poslušanje, refleksijo in empatijo. Komunikacija s psihogeriatričnimi pacienti, ki se soočajo z različnimi duševnimi boleznimi in kognitivnim upadom, zahteva sočuten in prilagojen pristop. V delovnoterapevtski psihogeriatrični obravnavi izhajamo iz pacienta, skupaj z njim odkrijemo aktivnosti, v katerih pacient zase prepozna pomen, vrednost in smisel (t. i. okupacije). Skozi načrtovanje in izvedbo aktivnosti ga z uporabo ustreznih komunikacijskih veščin in tehnik motiviramo, spodbujamo in usmerjamo. Prostor in čas izvedbe, pripomočke ter izbrano aktivnost prilagodimo glede na potrebo in spretnosti pacienta. Pri svojem delu moramo lastno komunikacijo prilagoditi konkretni situaciji, pacientu in terapevtskim ciljem. Pomembno je, da se zavedamo, kako vpliva na obravnavo tudi ustrezen prenos informacij med zdravstvenimi delavci, kar zagotavlja učinkovitejšo obravnavo. Preplet znanj, komunikacijskih veščin, pristopa usmerjenega na pacienta ter timskega dela, nam omogoča učinkovito ter optimizirano obravnavo.

Ključne besede: komunikacijske veščine v zdravstvu, komunikacija in delovna terapija, psihogeriatrični pacient.

Abstract

Communication is the basic tool of occupational therapists for establishing a therapeutic relationship. Appropriate and effective treatment depends on a good (successful) therapeutic relationship. Communication is divided into verbal and non-verbal communication. Non-verbal communication is many times stronger as it includes body language, facial expressions, etc. To establish a good therapeutic relationship we use communication skills that include active listening, reflection and empathy. Communication with psychogeriatric patients, who are experiencing a variety of mental illnesses and cognitive decline requires a compassionate and tailored approach. In occupational therapy for psychogeriatric treatment we use a patient-oriented approach, with that in mind we discover activities in which the patient himself recognizes meaning and value (the so called occupations). We motivate, encourage and guide him through the planning and implementation of activities using appropriate communication skills and techniques. The place and time of the performance, the tools and the selected activity are adjusted according to the needs and skills of the patient. In our work, we have to adapt our own communication to the specific situation, the patient and the therapeutic goal. It is important to be aware of how the appropriate transfer of information between health

professionals also affects the outcome of the treatment. Combination of know how, communication skills, a patient-oriented approach and teamwork enables us to provide efficient and optimized treatment.

Key words: communication skills in health care, communication and occupational therapy, psychogeriatric patient.

Teoretična izhodišča

S starostjo se zaradi bioloških in fizioloških sprememb slabša kakovost življenja, spreminjajo se vrednote, pričakovanja, osebni cilji, poveča se občutljivost na spremembe. Aktivnosti, v katerih so starostniki v preteklosti prepoznali pomen, vrednost in smisel zase, t.i. okupacije, lahko v starosti doživljajo drugače (Jekovec & Marušič, 2020), pravi smisel okupacije pa se večinoma razkrije šele v času sprememb, kot so pojav bolezni, poškodb ali prehodnih obdobj (upokojitev, osamljenost, izguba partnerja itd.). Filozofija delovne terapije zagovarja, da je okupacija prirojena osnovna človeška potreba, ki bistveno prispeva k dobremu počutju in blagostanju, vpliva na identiteto osebe, občutke kompetentnosti in za osebo predstavlja smisel življenja (Purg & Mihevc, 2023). Povezava somatskih bolezni z duševnimi v starosti pomembno vpliva na potek zdravljenja, prav tako pa duševno stanje pacienta v veliki meri vpliva na zdravljenja različnih bolezni. Strokovnjaki opažajo, da je depresija med starostniki ena izmed pomembnejših težav in poudarjajo potrebo po zdravljenju, ko se pričnejo pojavljati različni simptomi, kot so izguba zanimanja, opuščanje dnevne rutine, opuščanje skrbi zase ali pa jim omenjene aktivnosti predstavljajo napor, ob tem ne zmorejo občutiti veselja, pojavi se upad kognitivnih funkcij (Thakur & Varma, 2023).

Komunikacija oblikuje odnos med pacientom in zdravstvenim delavcem. Ustrezna terapevtska komunikacija, ki nam pomaga vzpostaviti terapevtski odnos, pomeni učinkovitejšo obravnavo, saj vpliva na odnos in interakcijo s pacientom. Najbolj enostavna delitev glede na vrsto komunikacije je verbalna in neverbalna komunikacija. Verbalna komunikacija poleg govorjenja zajema tudi poslušanje, pisanje in branje. Z njo izražamo misli, občutke, zamisli in stališča (Pekas, 2019). Neverbalna komunikacija je način komuniciranja brez besed, ta zajema telesno govorico, obrazno mimiko, ton glasu in kretnje. Kretnje lahko dopolnijo, nadomestijo ali spodkopavajo verbalno komunikacijo. Ali (2018) navaja, da je neverbalna komunikacija večkrat močnejša od verbalne, saj nam govorica telesa lahko pove več kot govorjena beseda ali pa nas opozori na neskladje med govorjeno besedo in obrazno mimiko ter položajem telesa pacienta.

Za vzpostavitev terapevtskega odnosa so nam v pomoč komunikacijske veščine. Mata, et al. (2021) poimenujejo komunikacijske veščine instrument, ki nam omogoča razumevanje informacij, podanih s strani pacienta. Ko postavimo pacienta v središče obravnave, lažje prepoznavamo potrebe pacienta, ki nas vodijo k načrtovanju obravnave s pomočjo znanja in zagotavljanja terapevtskega odnosa ter tvorimo podporno okolje za načrtovanje in izvedbo obravnave. Komunikacijske veščine delimo na spretnosti, ki ne zajemajo samo verbalno ter neverbalno komunikacijo, vključujejo tudi elemente aktivnega poslušanja, povzemanja, refleksije ter empatije. Vse našteje spretnosti se med seboj prepletajo in so bistvenega pomena za vzpostavljanje pozitivnega odnosa med pacienti in zdravstvenimi delavci (Mata, de Azevedo, Braga, et al., 2021).

Aktivno poslušanje se osredotoča na sporočilo, ki nam ga želi pacient sporočiti, in ni samo poslušanje povedanega. Koncept zajema primerno neverbalno komunikacijo, s katero sporočamo zainteresiranost povedanega s strani pacienta. Z validacijo pacientovih občutkov, refleksijo sporočila, postavljanjem kratkih vprašanj spodbudimo pogovor. Vso svojo pozornost usmerimo v pacienta in njegovo sporočilo. Poskušamo razumeti pacientov namen,

namesto da slišimo tisto, kar hočemo ali pričakujemo. Če pacient skrene s teme pogovora, ga usmerimo na prvotno temo ali pa prosimo za pojasnilo povedanega (Castle Bell, Minei & Robinson, 2014). Empatičnost v komunikaciji nam pomaga pri vzpostavitvi terapevtskega odnosa ter vpliva na naše odzive, ki naj paciente pomirjajo (Howick et al., 2018). Empatija je ključna za vzpostavitev in vzdrževanje zaupljivega odnosa med pacientom in zdravstvenimi delavci, spodbuja pridobivanje več informacij ter posledično vpliva na zadovoljstvo pacientov. Prispeva k boljšemu razumevanju pacientovih skrbi in omogoča, da pacientu vzajemno sporočamo, da ga razumemo. Pacienti, pri katerih je bil uporabljen empatični pristop, poročajo, da so lažje delili več informacij z zdravstvenimi delavci, saj so dobili občutek, da so slišani, le-to pa je v njih vzbudilo občutek udobja ter sproščenosti (Tsang, 2013).

Uporaba komunikacijskih veščin v delovno terapevtski aktivnosti

Vzpostavljanje terapevtskega odnosa zahteva čas, na pacienta usmerjen pristop, empatijo, spoštovanje, sprejemanje in temelji na zaupanju. Uporaba komunikacijskih veščin in aktivno sodelovanje izboljšujeta zmožnosti pacienta, da se bolje odziva na aplicirane terapevtske aktivnosti in vzdržuje optimalno delovanje v individualni ali skupinski obravnavi. Za nekatere psihogeriatrične paciente je lahko socialna interakcija omejena ali otežena zaradi poslabšanja duševnega zdravja, fizičnega zdravja ali upada kognitivnih sposobnosti. Pomembno je, da pri svojem delu lastno komunikacijo prilagodimo konkretni situaciji, pacientu in ciljem (Fänrich, 2016). Uporaba komunikacijskih veščin kot vodilo za vključevanje in sodelovanje psihogeriatričnega pacienta v terapevtski aktivnosti, je bistvenega pomena, saj izboljša terapevtski odnos, omogoča največji izkoristek interakcijskega časa, vodi k izboljšanim rezultatom obravnave, hkrati pa pomaga preprečiti morebitne nesporazume in nezadovoljstvo pacienta (Gradišnik & Velnar, 2017).

Za izvedbo aktivnosti moramo izbrati primerno okolje, umirjeno ter dobro osvetljeno, z manj motečimi dejavniki. Ves čas izvedbe aktivnosti je potrebno s pacientom ohranjati spoštljiv in potrpežljiv odnos (Gradišnik & Velnar, 2017). Prilagoditi je potrebno zahtevnost in slog komunikacije glede na kognitivne sposobnosti pacienta (Fänrich, 2016). Poslužujemo se tehnik komunikacije, ki nam pomagajo vzpostaviti delujoč terapevtski odnos. Že sam pristop k pacientu zajema neverbalno komunikacijo, ta naj bo predvsem miren. Naš cilj je zmanjšati stres in vzpostaviti zaupanje. Med interakcijo smo obrnjeni proti pacientu in ohranjamo očesni stik (Gradišnik & Velnar, 2017). Naša telesna govorica je odprta in sproščena (Alzheimer's Society, 2024). Prilagodimo ton glasu, saj z njim izražamo čustva in empatijo. Psihogeriatrični pacienti večkrat težje sledijo podanim navodilom in usmeritvam, ne zmorejo slediti hitremu pogovoru, zato pri podajanju informacij ne hitimo, govor upočasnimo (Gradišnik & Velnar, 2017). Uporabljamo kratka in jasna navodila, navodila podajamo po korakih in z njimi nadaljujemo, ko posamezna navodila pacient že izvede (Alzheimer's Society, 2024). Pacienta v pogovoru ne prekinjamo, ga aktivno poslušamo. S tem pripomoremo k občutku, da se zanj zanimamo in poskušamo razumeti njegove skrbi, poslužujemo se tudi tehnik validacije njihovih občutkov. Pacienta aktivno vključujemo v proces izvedbe aktivnosti tudi preko vprašanj, ki se nanašajo na njegove želje, cilje in okupacije. Ne smemo pozabiti na pripomočke, ki jih starostniki potrebujejo za učinkovito komuniciranje, predvsem očala in slušni aparati. Pred obravnavo se o tem pozanimamo, po potrebi pacienta tudi opomnimo na uporabo le-teh (Gradišnik & Velnar, 2017). Pacienta dnevno seznanimo s planom dneva, poskrbimo za vidne opomnike. Pacientu ter njihovim svojcem nudimo odprto komunikacijo, smo na voljo za dodatna vprašanja in pomoč. Pacienta spodbujamo tudi k povratnim informacijam (Babiker et al., 2014).

Nenadne spremembe v naši komunikaciji pacienta lahko vznemirijo. Govorimo predvsem o nenadni spremembi jakosti tona glasu, nenadnih kretnjah, neskladje med govorico telesa in obrazno mimiko. Izogibamo se prepiranju ter nepotrebemu popravljanju (Alzheimer's Society, 2024).

Pri napredovanem kognitivnem upadu pacientu omejimo možnost izbire (npr. ali želi čaj ali kavo), saj je sposobnost odločanja omejena. Posledično se pri vprašanjih, ki zahtevajo izbiro, zmedejo (Gradišnik & Velnar, 2017). Osredotočimo se na čas v dnevu, ko lahko pacient dlje časa vzdržuje pozornost usmerjeno na aktivnost, izkoristimo ta čas in ga povabimo k sodelovanju. Kadar ima pacient težave pri iskanju prave besede ali dokončanju stavka, ga prosimo, naj to razloži na drugačen način (npr. če ne najde poimenovanja za iskani predmet, ga lahko opiše ali pokaže v prostoru). Pri izvedbi aktivnosti pacientu dopustimo čas, da procesira informacije, prične z izvedbo in nadaljuje v svojem tempu. Ko je verbalna komunikacija otežena, pacienta lahko usmerimo v drugo obliko izražanja preko aktivnosti: risanje, slikanje, petje, poezija ipd. V primeru, da verbalne komunikacije niti ne zmoremo več (eno ali dvosmerno) vzpostavljati, si pomagamo s fizičnim dotikom (npr. pacienta držimo za roko), saj tako lahko začutijo občutek ugodja ali umirjenosti (Alzheimer's Society, 2024).

Pravi pomen, zakaj v delovnoterapevtski obravnavi izhajamo iz pacienta ter skupaj z njim (ponovno) odkrivamo zanj stare ali nove okupacije, v katerih v danem obdobju zase prepozna največji smisel, nam razkriva praktično delo (Jekovec & Marušič, 2020). Han, Radel, McDowd & Sabata (2016) v svoji raziskavi opišejo primer razumevanja motivacije posameznika za sodelovanje v določeni aktivnosti. Moški z demenco je rad kolesaril, saj je bil na ta način povezan z naravo. Po selitvi v okolje za dolgotrajno oskrbo je osebje vedelo, da rad kolesari. Domneva oseba je bila, da mu tovrstno gibanje predstavlja smisel. Spodbudili so ga k uporabi sobnega kolesa, ne da bi vedeli pravi razlog, zakaj je v preteklosti rad kolesaril. V tem primeru bi morda bolj užival v sprehodih po vrtu kot v vožnji s sobnim kolesom. Opisani primer ponazarja, kako pomembno je vzpostavljati učinkovito komunikacijo in razumevanje smiselnosti vključevanja starostnika v aktivnosti in okupacije.

Prav tako ne smemo pozabiti na multidisciplinarno delo zdravstvenih delavcev in ustrezen in pravočasen prenos informacij med različnimi službami. Učinkovit zdravstveni tim je tisti, ki v proces obravnave vključuje pacienta, se poslužuje namenske komunikacije znotraj tima, deli svoja znanja in aktualna opažanja v vedenju pacienta (Babiker et al., 2014). Rezultat timskega dela je optimizacija celostne zdravstvene oskrbe in višja kakovost zdravstvenih storitev. Omogoča vzpostavitev spoštljivega in empatičnega terapevtskega odnosa, kakovostno vodenje pacienta v obravnavi ter ob koncu zdravljenja zadovoljstvo pacienta (Dolinar, 2022).

Graf et al. (2006) v svoji raziskavi opisujejo pozitivno spremembo, aktivnejše in dosledno sodelovanje psihogeriatričnih pacientov v vsakodnevni aktivnostih in skrbi zase po edukaciji svojcev in zdravstvenega osebja s strani delovnih terapevtov (uporaba specifičnih komunikacijskih veščin pri motiviranju, spodbujanju ali vodenju pacienta skozi izvedbo različnih aktivnosti, ustrezne prilagoditve za izvedbo aktivnosti, smiselna in varna uporaba pripomočkov). Kar nekaj raziskav (Dolinar, 2022; Howick et al., 2018; King & Hoppe, 2013; Mata, de Azevedo, Braga, et al., 2021) pa navaja potrebo po dodatnih izobraževanjih o tehnikah in uporabi komunikacijskih veščin in njihov učinek na medsebojno interakcijo zdravstvenega tima ter interakcijo med zdravstvenimi delavci in pacienti.

Zaključek

Staranje je del vsakega posameznika in je neizogiben proces telesnega in duševnega spreminjanja, ki posledično vodi v upad motoričnih, procesnih in socialno interakcijskih spretnosti. Delovni terapevt pacienta obravnava celostno ter mu pomaga, da se ponovno

vključi v čim bolj samostojno osebno in družbeno življenje. Za uspešnost obravnave in dosego ciljev mora pri svojem delu uporabiti znanje različnih komunikacijskih veščin in tehnik, dobro mero potrpežljivosti in razumevanja. Komunikacija je osnovni gradnik odnosov v zdravstveni oskrbi, ki pripomore k uspešnemu poteku in izidom obravnave. Pomembno in potrebno je, da ustrezno in redno med seboj komunicira tudi celotni zdravstveni tim, saj s tem optimizira zdravljenje in oskrbo pacienta. Mnoge raziskave in članki še vedno nakazujejo pomanjkanje znanja in izobraževanja o uporabi komunikacijskih veščin ter njihovo vlogo pri učinkovitem delovanju celotnega zdravstvenega tima.

Literatura

- Ali, M. (2018). Communication skills 3: non-verbal communication. *Nursing Times [online]*, 114(2), pp. 41-42.
- Alzheimer's Society. (2024). *Communicating*. https://www.alzheimers.org.uk/sites/default/files/2020-03/communicating_500.pdf
- Babiker, A., El Husseini, M., Al Nemri, A., Al Frayh, A., Al Juryyan, N., O Faki, M., Assiri, A., Al Saadi, M., Shaikh, F. & AL Zamil, F. (2014). Health care professional development: Working as a team to improve patient care. *Sudanese Journal of Paediatrics*, 14(2), pp. 9-16. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4949805/>
- Castle Bell, G., Minei, E. M. & Robinson, M. C. (2014). The relative effectiveness of active listening in initial interactions. *International Journal of Listening*, 28(1), pp. 13-31. <https://doi.org/10.1080/10904018.2013.813234>
- Dolinar, T. (2022). *Pomen komunikacije za zadovoljstvo zaposlenih v zdravstveni negi - pregled literature* (diplomsko delo). Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Jesenice.
- Fänrich, J. (2016). *Komunikacija s starostnikom v institucionalnem varstvu – vidik starostnika* (diplomsko delo). Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Izola.
- Gradišnik, L. & Velnar, T. (2017). *Kako se pogovoriti s starejšim pacientom?* Maribor: Alma mater Europaea - ECM. https://www.almamater.si/upload/userfiles/files/Zborniki/Kako-se-pogovoriti-s-starejsim-pacientom_1.pdf
- Graff, M. J. L., Vernooij-Dassen, M. J. M., Zajec, J., Olde-Rikkert, M. G. M., Hoefnagels, W. H. L. & Dekker, J. (2006). How can occupational therapy improve the daily performance and communication of an older patient with dementia and his primary caregiver?: A case study. *Dementia*, 5(4), pp. 503-532. <https://doi.org/10.1177/1471301206069918>
- Han, A., Radel, J., McDowd, J. M. & Sabata, D. (2016). Perspectives of People with Dementia About Meaningful Activities: A Synthesis. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 31(2), pp. 115-123. <https://doi.org/10.1177/1533317515598857>
- Howick, J., Moscrop, A., Mebius, A., Fanshawe, T. R., Lewith, G., Bishop, F. L., Mistiaen, P., Roberts, N. W., Dieninytė, E., Hu, X., Aveyard, P. & Onakpoya, I. J. (2018). Effects of empathic and positive communication in healthcare consultations: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 111(7), pp. 240-252. <https://doi.org/10.1177/0141076818769477>
- Jekovec, M. & Marušič, V. (2020). Primerjava med okupacijami starostnikov pred in med

- življenjem v domu starejših občanov. *Slovenska revija za delovno terapijo*, 9(1), pp. 19-30.
- King, A. & Hoppe, R. B. (2013). "Best practise" for patient-centred communication: A narrative review. *Journal of Graduate Medical Education*, 5(3), pp. 385-393. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-13-00072.1>
- Mata, Á. N. S., de Azevedo, K. P. M., Braga, L. P. et al. (2021). Training in communication skills for self-efficacy of health professionals: a systematic review. *Human Resources Health*, 19, p. 30. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00574-3>
- Pekas, T. (2019). *Neverbalna komunikacija* (završni rad). Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel za stručne studije, Split.
- Purg, M. & Mihevc, Š. (2023). Vpliv okupacij na zdravje in dobro počutje starejših oseb. *Slovenska revija za delovno terapijo*, 12(1), pp. 41-54.
- Tsang, M. (2013). The importance of empathy – as I have studied and experienced it. *Hawaii Journal of Medicine & Public Health*, 72(9), pp. 79-80. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3764584/>
- Ujwall, T. & Varma, A. R. (2023). Psychological Problem Diagnosis and Management in the Geriatric Age Group. *Journal of Medical Science. Cureus* 15(4), e38203. <https://doi.org/10.7759/cureus.38203>

Psihološke oblike pomoči pri geriatrični populaciji

Psychological forms of support in the geriatric population

Lea Štern, univ. dipl. psih., spec. klin. psih.

Psihiatrična bolnišnica Begunje

lea.stern@pb-begunje.si

Izvleček

Pred desetletji so se psihološke oblike pomoči pri gerontopsihiatrični populaciji pogosto usmerjale v uravnavanje simptomatike, v zadnjem obdobju pa vedno bolj stremi k temu, da se vsakega posameznika dojema celostno, tako se tudi oblikuje psihološke pomoči, ki so usmerjene v izboljšanje posameznikovega blagostanja in ne zgolj uravnavanja simptomov. Pri oblikovanju psiholoških pomoči za geriatrično populacijo moramo torej najprej dobro razumeti psihološke razvojne značilnosti in socialne dejavnike, poleg tega pa moramo poznati tudi najbolj pogoste stresne dogodke in psihološke motnje v tem obdobju življenja. Kot psihološke oblike pomoči se tako pri starejših odraslih (geriatrični populaciji) uporablja psihoedukacija, podpora in svetovanje. Pri gerontopsihiatrični populaciji (starejši odrasli z duševnimi motnjami) pa se poleg tega izvaja tudi kliničnopsihološka diagnostika, intervencije usmerjene v spodbujanje miselnih funkcij in različne oblike psihoterapije.

Ključne besede: razvojne naloge, socialni dejavniki, psihoedukacija, v kognicijo usmerjene intervencije, psihoterapija.

Abstract

Decades ago, psychological interventions for older adults were often aimed at regulating symptoms, but recently there is an increasing effort to perceive each individual as a meaningful personhood, leading psychologist to design psychological interventions that are aimed at improving the individual's well-being and not just regulating symptoms. When designing psychological interventions for the geriatric population, we first must have a good understanding of the psychological development and social factors influencing psychological wellbeing of older adults. Additionally, we also have to be familiar with common stressful events and psychological disorders in late adulthood. Psychoeducation, support and counseling are psychological interventions used in the general older adult population. For the geronto-psychiatric population besides beforehand mentioned intervention clinical psychological diagnostics, interventions aimed at stimulating cognitive functions and various forms of psychotherapy are also carried out.

Key words: developmental tasks, social factors, psychoeducation, cognition-focused interventions, psychotherapy.

Teoretična izhodišča

Značilnosti in razvojne naloge starejšega odraslega obdobja

Osebnostni razvoj in staranje sta dinamičen proces, ki izzove vsakega od nas, da izvaja nenehna prilagajanja v skladu s širšim življenjskim razvojnim ciklom od rojstva in vse do smrti (Carpentieri in sod., 2017). Havinghurstvova teorija razvojnih nalog (Brečko, 1999) za to obdobje opredeljuje sledeče razvojne naloge: navajanje na spremembo na področju kariere, statusa in finančnega stanja, vzpostavitev intenzivnejših povezav s starejšimi sovrstniki, sprejetje socialnih vlog v razširjeni družini, zaznavanje lastnega staranja ter odnos do

minljivosti. Omenjenim pa Eriksonova teorija psihosocialnega razvoja doda ključno nalogo pozne odraslosti, in sicer, da posameznik ponovno ovrednoti sebe, svoje dosežke in življenje (Goodcase in Love, 2017), kar se lahko odraža v občutkih zadovoljstva in integritete ali obupanosti.

Prepričanja o staranju in geriatrični populaciji

Za soočanje z razvojnimi nalogami so poleg psiholoških dejavnikov posameznika in njegovih življenjskih izkušenj pomembni tudi socialni dejavniki (Horvat, 2003). Pomembna je vključenost geriatrične populacije v različne socialne skupine in tudi drugi širši socialni dejavniki: odnos in prepričanja družbe glede staranja in geriatrične populacije. Prepričanja družbe (tudi zaposlenih v zdravstvu) lahko pomembno vplivajo na delo z omenjeno populacijo in ponujene oblike (psihološke) pomoči. Negativne stereotipe o staranju pa imajo lahko tudi starostniki sami (Levy, 2009). Omenjeno je povezano z več neželenimi učinki: z nižjim kognitivnim funkcioniranjem (Lamont in sod., 2015), slabšim fizičnim zdravjem in telesnim funkcioniranjem (Jackson in sod., 2019), slabšim psihičnim zdravjem (Freeman in sod., 2016), nižjo mero preventivnih zdravstvenih vedenj in iskanja pomoči (Sargent-Cox in Anstey, 2015), znižano življenjsko starostjo (Sargent-Cox in sod., 2014) in upadom volje do življenja (Levy in sod., 2020).

Najpogostejše motnje, zaradi katerih geriatrična populacija išče psihološko pomoč

V longitudinalni študiji so Anstey, Bahar-Fuchs in Sargent-Cox (2014) ugotovili, da so najpogostejše psihološke težave, zaradi katerih geriatrična populacija išče psihološko pomoč: nevrokognitivne motnje, depresija in anksioznost.

Razprava

Kakovostne oblike psihološke pomoči morajo upoštevati in nasloviti vse zgoraj omenjene dejavnike (Kitwood, 1997), ki vplivajo na psihično zdravje in blagostanje geriatrične populacije, poleg tega pa morajo biti tudi znanstveno utemeljene in dokazano učinkovite. Sledi kratek pregled oblik psiholoških pomoči za geriatrično in gerontopsihiatrično populacijo in znanstvene utemeljenosti le teh.

Psihološke oblike pomoči pri geriatrični populaciji

Osnovne oblike psihološke pomoči za geriatrično populacijo vsebujejo promocijo zdravih oblik življenja in staranja. Ker so stereotipi družbe in posameznika pomembni in predstavljajo rizični dejavnik za psihofizično zdravje je dobro, da se v okviru psiholoških oblik pomoči usmerja tudi v razumevanje prepričanj in vpliva le teh na psihično ter fizično blagostanje posameznika (Levy, 2022). Geriatrično populacijo je potrebno tudi motivirati in spodbuditi k zdravemu življenjskemu slogu, ustrezni aktivaciji ter skrbi za zdravje. Potrebno je krepiti reševanje aktualnih težav, spregovoriti o njihovih virih moči (Pachana in sod. 2015) in krepiti tudi ustrezno iskanje pomoči. V primeru intenzivnejše stiske ali psihičnih motenj pa so potrebne bolj specializirane oblike (klinično) psihološke pomoči.

Psihološke oblike pomoči pri gerontopsihiatrični populaciji

Na podlagi kliničnopsihološke ocene se naredi načrt obravnave in pomoči. Poleg osnovnih oblik psihološke pomoči (podpora, svetovanje, psihoedukacija) se uporablja tudi intervencije, usmerjene v spodbujanje miselnih funkcij in vsakodnevna funkcioniranja ter različne oblike psihoterapije.

Psihološke intervencije usmerjene v spodbujanje kognitivnih funkcij

V kognicijo usmerjene intervencije se v grobem delijo na (Woods in sod., 2012):

- kognitivno stimulacijo - programi, ki vključujejo temo, skupinske ter socialne interakcije, ki so namenjene spodbujanju kognitivnih funkcij;
- kognitivni trening – strukturirano izvajanje kognitivnih nalog, z namenom utrjevanja specifičnih kognitivnih funkcij s postopnim stopnjevanjem zahtevnosti;
- kognitivno rehabilitacijo (»kognitivna remediacija«) - izvajanje kognitivnih nalog in urjenje kognitivnih procesov z namenom izboljševanja vsakodnevnega funkcioniranja tudi s pomočjo kompenzatornih, okolijskih (Woods in sod., 2012) ter določenih psihoterapevtskih intervencij.

Cafferata, Hicks in von Bastian (2021) so v svoji študiji ugotavljali srednje učinke kognitivne stimulacije na globalno kognicijo, na vsakodnevno funkcioniranje in depresivne simptome. Vendar niso našli dokazov, da učinki trajajo tudi več mesecev po koncu obravnave. Gavelin, Lampit, Hallock in sodelavci (2020) so prav tako ugotovili, da raziskave potrjujejo dokaze o učinkovitosti intervencij usmerjenih v kognitivne funkcije pri geriatrični populaciji. Wong in sodelavci (2021) so potrdili, da ima kognitivna stimulacija pomemben pozitiven učinek na kognitivne funkcije, medtem ko učinek na depresivne simptome in kakovost življenja v študiji ni bil jasen in potrjen. Martin-Lopez, Molina-Linde, Isabel-Gomez, Castro-Campos in Blasco-Amaro (2021) so v svoji študiji ugotavljali, da je kognitivni trening lahko učinkovit pri izboljšanju splošnih kognitivnih funkcij, spomina in da lahko upočasni napredovanje kognitivnega upada pri pacientih z blago in zmerno demenco. Tulliani in sodelavci (2022) so v metaanalizi ugotovili, da je kognitivna rehabilitacija (remediacija) učinkovita pri izboljšanju vsakodnevnih aktivnosti takoj po zaključku obravnave pri gerontopsihiatričnih pacientih z blago kognitivno motnjo in začetno stopnjo demence. Yun in Ryu (2022) sta v metaanalizi ugotavljala srednji pozitiven učinek kognitivno usmerjenih intervencij na kognitivno funkcioniranje geriatrične populacije. Kognitivna stimulacija in kognitivni trening sta imela podoben učinek pri splošni geriatrični populaciji in tudi pri tistih z blago kognitivno motnjo. Kognitivna stimulacija pa je imela največji učinek pri gerontopsihiatrični populaciji z že ugotovljeno demenco (Yun in sod., 2022).

Določene zgoraj navedene raziskave poročajo o možnih pozitivnih učinkih omenjenih intervencij. Raziskovalci (Wong in sod., 2021) pa opozarjajo, da so raziskave na tem področju večkrat metodološko pomanjkljive in bi bile potrebne dodatne znanstvene utemeljitve. Smernice NICE (2018) tako predvidevajo razmislek in možnost uvedbe kognitivne rehabilitacije, smiselnost uporabe kognitivne stimulacije in za določene skupine tudi izvedbo kognitivnih treningov (vendar jih odsvetujejo pri blagi do zmerni Alzheimerjevi demenci).

Psihoterapija

Določene intervencije in oblike psihološke pomoči so bile oblikovane ali prilagojene prav za geriatrično populacijo: reminiscenca in pregled življenja (Westerhof in Slatman, 2019), spodbujanje normativnega žalovanja (Steffen in sod., 2022), terapija kompleksnega žalovanja (Roberts in sod., 2019;), psihoterapija, ki se usmerja na spremembo vlog, razvojne naloge in vedenjske prilagoditve v starosti (Knight in Pachana, 2015), zdravljenje depresije pri osebah s kognitivnimi motnjami (Kiosses in sod., 2015), terapije namenjene akutnim in kroničnim medicinskim težavam ali povišani suicidalni ogroženosti (Raue in sod., 2017), metode za spodbujanje kognitivnega funkcioniranja v starosti in paliativne intervencije (Iani in sod., 2020), specifične psihoedukacije (Cheng in sod., 2020).

Raziskave kažejo, da se geriatrična populacija dobro odzove na različne oblike psihoterapije in ima pozitivne učinke od psiholoških intervencij primerljive učinkom pri mlajših odraslih (Saunders in sod., 2021). Učinkovitost so dokazali tako glede individualnih kot skupinskih oblik psihoterapije (Tavares in Barbosa, 2018).

Pri gerontopsihiatrični populaciji je dokazano učinkovitih več vrst psihoterapije: KVT, terapija reševanja težav, terapija prilagajanja vedenja, interpersonalna terapija, psihodinamska psihoterapija (Lind in sod., 2022), kognitivna biblioterapija in reminiscenca (Steffen in Schmidt, 2022). Učinkovitost psihoterapije je bila ugotovljena za zdravljenje:

- depresivnosti in anksioznosti (Pinquart in sod., 2014 in Anstey in sod., 2014),
- motenj spanja (Brewster in sod., 2018),
- zlorabe alkohola (Barry in Blow, 2012),
- kot dodatna oblika pomoči pri uravnavanju primarno somatskih bolezni; na primer pri uravnavanju bolečine (Niknejad in sod., 2018), vedenjskih vidikov urinske inkontinence (Burgio, 2013) in krepitve sodelovanja pri zdravljenju kroničnih bolezni (Hadjistavropoulos, 2015).

Zaključek

V zadnjih desetletjih sta se delo in psihološka pomoč pri gerontopsihiatrični populaciji iz uravnavanja simptomatike razširila na bolj celostno obravnavo posameznika, ki je usmerjena v razvoj osebnosti v starosti, spoštovanje in pomoč pri izboljševanju kakovost življenja osebe vse do smrti. V ta namen se je v zadnjih desetletjih krepilo tudi število oblik psiholoških pomoči, ki se intenzivno raziskujejo in nadgrajujejo, da bi postale čim bolj učinkovite in dosegljive. Psihoedukacija pacientov in svojcev, več oblik psihoterapije in v kognicijo usmerjenih intervencij je že dokazano učinkovitih, kljub temu pa je možnosti za tovrstne psihološke intervencije v slovenskem zdravstvenem sistemu premalo oziroma jih marsikje ni. Za zagotavljanje kakovostne psihološke pomoči geriatrični populaciji bi bila potrebna nova sistematizacija delovnih mest in oblikovanje programov pomoči tako na primarnem kot sekundarnem in terciarnem nivoju. Tako bi bila psihološka pomoč dosegljiva v lokalnem okolju, bolj strokovna in celostna.

Literatura

- American Psychological Association (2024). *Guidelines for Psychological Practice With Older Adults*. <https://www.apa.org/practice/guidelines/older-adults.pdf>
- Anstey, K. J., Bahar-Fuchs, A. & Sargent-Cox. (2014). Longitudinal studies and clinical geropsychology. V Pachana, N. A. & Laidlaw, K. (ur.). *The Oxford handbook of clinical geropsychology*. Oxford University Press.
- Bahar-Fuchs, A., Clare, L. & Woods, B. (2013). Cognitive training and cognitive rehabilitation for persons with mild to moderate dementia of the Alzheimer's or vascular type: a review. *Alz Res Therapy*, 5(35). <https://doi.org/10.1186/alzrt189>
- Barry, K. L. & Blow, F. C. (2012). Alcohol and substance misuse in older adults. *Current Psychiatry Reports*, 14, pp. 310-319. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0292-9>
- Brečko, D. (1999). Vseživljenjski razvoj osebnosti II. *Andragoška spoznanja*, 5(3), pp. 27-40.
- Brewster, G. S., Riegel, B. & Gehrman, P. R. (2018). Insomnia in the older adult. *Sleep Medicine Clinics*, 13(1), pp. 13-19. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2017.09.002>
- Burgio, L. D. & Wynn, M. J. (2021). *The REACH OUT caregiver support program: A skills training program for caregivers of persons with dementia. Clinician guide*. Oxford University Press.

- Cafferata, R. M. T., Hicks, B. & von Bastian, C. C. (2021). Effectiveness of cognitive stimulation for dementia: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 147(5), pp. 455-476. <https://doi.org/10.1037/bul0000325>
- Carpentieri, J. D., Elliott, J., Brett, C. E. & Deary, I. J. (2017). Adapting to aging: Older people talk about their use of selection, optimization, and compensation to maximize well-being in the context of physical decline. *The Journals of Gerontology: Series*.
- Cheng, S.-T., Li, K.-K., Losada, A., Zhang, F., Au, A., Thompson, L. W. & Gallagher-Thompson, D. (2020). The effectiveness of nonpharmacological interventions for informal dementia caregivers: An updated systematic review and meta-analysis. *Psychology and Aging*, 35(1), pp. 55-77. <https://doi-org/10.1037/pag0000401>
- Freeman, A. T., Santini, Z. I., Tyrovolas, S., Rummel-Kluge, C., Haro, J. M. & Koyanagi, A. (2016). Negative perceptions of ageing predict the onset and persistence of depression and anxiety: Findings from a prospective analysis of the Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). *Journal of Affective Disorders*, 19(9), pp. 132-138. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.042>
- Gavelin, H.M., Lampit, A., Hallock, H. in sod. (2020). Cognition-Oriented Treatments for Older Adults: a Systematic Overview of Systematic Reviews. *Neuropsychol Review*, 30, pp. 167-193. <https://doi.org/10.1007/s11065-020-09434-8>
- Goodcase, E. T. & Love, H. A. (2017). From Despair to Integrity: Using Narrative Therapy for Older Individuals in Erikson's Last Stage of Identity Development. *Clinical Social Work Journal*, 45(4), pp. 354-363. <https://doi.org/10.1007/s10615-016-0601-6>
- Hadjistavropoulos, T. (2015). Pain assessment and management in older adults. V Lichtenberg, P. A., Mast, B. T., Carpenter, B. D. & Loebach Wetherell, J. (ur.), *APA handbook of clinical geropsychology, Vol. 2: Assessment, treatment, and issues of later life* (pp. 413-439). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14459-016>
- Horvat, Z. (2013). Paradigma vseživljenjskega razvoja in spoprijemanje s spremembami. *Socialna pedagogika*, 7(3), pp. 275-314.
- Iani, L., De Vincenzo, F., Maruelli, A., Chochinov, H.M., Raghianti, M., Durante, S. & Lombardo, L. (2020). Dignity therapy helps terminally ill patients maintain a sense of peace: Early results of a randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology*, 11, Article 1468. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01468>
- Jackson, S. E., Hackett, R. A. & Steptoe, A. (2019). Associations between age discrimination and health and wellbeing: cross-sectional and prospective analysis of the English longitudinal study of ageing. *The Lancet Public Health*, 4(4), e200e208. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30035-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30035-0)
- Kiosses, D. N., Ravdin, L. D., Gross, J. J., Raue, P., Kotbi, N. & Alexopoulos, G. S. (2015). Problem adaptation therapy for older adults with major depression and cognitive impairment: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 72(1), pp. 22-30.
- Kitwood, T. (1997) *Dementia reconsidered: The person comes first*. Open University Press, Buckingham.
- Knight, B. G. & Pachana, N. A. (2015). *Psychological assessment and therapy with older adults*. Oxford University Press.

- Koder, D. A. & Helmes, E. (2008). Predictors of interest in working with older adults: A survey of postgraduate trainee psychologists. *Gerontology & Geriatrics Education*, 29(2), pp. 158-171. <https://doi.org/10.1080/02701960802223233>
- Lamont, R. A., Swift, H. J. & Abrams, D. (2015). A review and meta-analysis of age-based stereotype threat: negative stereotypes, not facts, do the damage. *Psychology and Aging*, 30(1), 18. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/pag0000269>
- Levy, B. (2009). Stereotype embodiment: A psychosocial approach to aging. *Current Directions in Psychological Science*, 18, pp. 332-336. <https://doi.org/10.1111/j.14678721.2009.01662.x>
- Levy, B. R., Slade, M. D., Chang, E. -S., Kanno, S. in Wang, S.-Y. (2020). Ageism amplifies cost and prevalence of health conditions. *The Gerontologist*, 60(1), pp. 174-181. <https://doi.org/10.1093/geront/gny131>
- Levy, B. R. (2022). The role of structural ageism in age beliefs and health of older persons. *JAMA Network Open*, 5(2), e2147802-e2147802.
- Lichtenberg, P. A., Mast, B. T., Carpenter, B. D. & Loebach Wetherell, J. E. (2015). *APA handbook of clinical geropsychology, 1st edition: History and status of the field and perspectives on aging*. American Psychological Association.
- Lynch, T. R. , Cheavens, J. S., Cukrowicz, K. C., Thorp, S. R., Bronner, L. & Beyer, J. (2007). Treatment of older adults with co-morbid personality disorder and depression: A dialectical behavior therapy approach. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(2), pp. 131-143. <https://doi.org/10.1002/gps.1703>
- Lind, L. M., Poon, C. Y. M. & Birdsall, J. A. (2022). Intervention, consultation, and other service provision: A foundational geropsychology knowledge competency. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 29(1), pp. 59-75. <https://doi.org/10.1037/cps0000050>
- Livingston, G., Kelly, L., Lewis-Holmes, E., Baio, G., Morris, S., Patel, N., Omar, R.Z., Katona, C. & Cooper, C. (2014). A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of sensory, psychological and behavioural interventions for managing agitation in older adults with dementia. *Health technology assessment*, 18(39), pp. 1-226. <https://doi.org/10.3310/hta18390>. PMID: 24947468
- Martin-Lopez, J. E., Molina-Linde, J. M., Isabel-Gomez, R., Castro-Campos, J. L. & Blasco-Amaro, J. A. (2021). Cognitive training for people with mild to moderate dementia: A systematic review and meta-analysis of cognitive effects. *Advances in Neurology and Neuroscience*, 2,100015. <https://doi.org/10.51956/ANNR.100015>
- NICE guideline. (2018). *Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97/chapter/recommendations#cognitive-stimulation>
- Niknejad, B., Bolier, R., Henderson Jr., C. R., Delgado, D., Kozlov, E., Lockenhoff, C. E., & Read, M. C. (2018). Association between psychological interventions and chronic pain outcomes in older adults: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 178(6), pp. 830-839. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.0756>
- Osborne, J. W. (2009). "Commentary on Retirement, Identity, and Erikson's Developmental Stage Model". *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 28(4), pp. 295-301. <https://doi.org/10.1017/s0714980809990237>

- Pachana, N. A. & Laidlaw, K. (ur.). (2014). *The Oxford Handbook of Clinical Geropsychology*. Oxford Library of Psychology, Oxford Academic. 10.1093/oxfordhb/9780199663170.001.0001
- Pachana, N. A., Mitchell, L. K., & Knight, B. G. (2015). Using the CALTAP lifespan developmental framework with older adults. *GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 28(2), pp. 77-86. <https://doi.org/10.1024/1662-9647/a000126>
- Patel B., Perera, M., Pendleton, J., Richman, A. & Majumdar, B. (2014). Psychosocial interventions for dementia: from evidence to practice. *Advances in Psychiatric Treatment*. 20(5), pp. 340-349. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.113.011957>
- Pinquart M. & Sörensen, S. (2014). Meta-analysis in clinical geropsychology. V Pachana, N. A. & Laidlaw, K. (ur.). *The Oxford handbook of clinical geropsychology*. Oxford University Press.
- Raue, P. J., McGovern, A. R., Kiesses, D. N. & Sirey, J. A. (2017). Advances in psychotherapy for depressed older adults. *Current Psychiatry Reports*, 1(9), p. 57. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0812-8>
- Roberts, K. E., Walsh, L. E., Saracino, R. M., Fogarty, J., Coats, T., Goldberg, J. ... Lichtenthal, W. G. (2019). A systematic review of treatment options for grieving older adults. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 6, pp. 422-449.
- Robinson, A. & Moghaddam, N. (2022). "Psychological treatments and therapy adaptations for psychological distress in dementia and mild cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis", *Mental Health Review Journal*, 27(3), pp. 295-318. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-05-2021-0043>
- Sargent-Cox, K. & Anstey, K. J. (2015). The relationship between age stereotypes and health locus of control across adult age-groups. *Psychology & Health*, 30(6), pp. 652-670. <http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2014.974603>
- Sargent-Cox, K. A., Anstey, K. J. & Luszcz, M. A. (2014). Longitudinal change of self-perceptions of aging and mortality. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Science*.
- Saunders, R., Buckman, J. E. J., Stott, J., Leibowitz, J., Aguirre, E., John, A., Lewis, G., Cape, J. & Pilling, S. (2021). Older adults respond better to psychological therapy than working-age adults: Evidence from a large sample of mental health service attendees. *Journal of Affective Disorders*, 294, pp. 85-93. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.06.084>
- Steffen, A. M. & Schmidt, N. E. (2022). The CBTs in Later Life. V G. Asmundson (ur.). *Comprehensive clinical psychology* (2. izdaja). Elsevier.
- Steffen, A. M., Thompson, L. W. & Gallagher-Thompson, D. (2022). Skills for living with loss. V: *Treating later-life depression: A cognitive-behavioral therapy approach, clinician guide* (2 izdaja) (pp. 255-271). Oxford University Press.
- Tavares, L. R. & Barbosa, M. R. (2018). Efficacy of group psychotherapy for geriatric depression: A systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 78, 7180.
- Tulliani, N., Bissett, M., Fahey, P., Bye, R. & Liu, K. P. Y. (2022). Efficacy of cognitive remediation on activities of daily living in individuals with mild cognitive impairment or early-stage dementia: a systematic review and meta-analysis. *Systematic Review*, 11, p. 156. <https://doi.org/10.1186/s13643-022-02032-0>

- Westerhof, G. J. & Slatman, S. (2019). In search of the best evidence for life review therapy to reduce depressive symptoms in older adults: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 26(4), e12301.
- Wiesmann, U. & Hannich, H.-J. (2011). "A Salutogenic Analysis of Developmental Tasks and Ego Integrity vs. Despair". *The International Journal of Aging and Human Development*, 73(4), pp. 351-369. [https:// doi.org/10.2190/ag.73.4.e](https://doi.org/10.2190/ag.73.4.e)
- Woods, B., Aguirre, E., Spector, A. & Orrell, M. (2012). Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database Systematic Review*, 2, CD005562.
- Wong, Y. L., Cheng, C. P. W., Wong, C. S. M., Wong, S. N., Wong, H. L., Tse, S., Wong, G. H. Y. & Chan W. C. (2021). Cognitive Stimulation for Persons with Dementia: a Systematic Review and Meta-Analysis. *East Asian Arch Psychiatry*, 31(3), pp. 55-66. [https:// doi.org/10.12809/eaap2102](https://doi.org/10.12809/eaap2102)
- Yun, S. in Ryu, S. (2022). The Effects of Cognitive-Based Interventions in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Iran Journal of Public Health*, 51(1), pp. 1-11. [https:// doi.org/10.18502/ijph.v51i1.8286](https://doi.org/10.18502/ijph.v51i1.8286)

Gojenje upanja z likovno terapijo v psihogeriatriji

Cultivating Hope Through Art Therapy in Psychogeriatrics

Ajda Perme, M.Sc. AT, likovna terapevtka in supervizorka (BAAT – CPCAB)

Psihiatrična bolnišnica Begunje

ajda.perme@pb-begunje.si

Povzetek

Čedalje večja razširjenost psihogeriatričnih izzivov v svetovnem merilu zahteva več pozornosti tudi na področju likovne terapije. Starajoče se prebivalstvo vse pogosteje išče pomoč tudi na področju duševnega zdravja, zato obstaja jasna potreba po specializiranih metodologijah, ki bi zadovoljile zapletene klinične potrebe starejših posameznikov. Ta članek raziskuje potencialni vpliv likovne terapije na psihološko dobro počutje in upanje starejših posameznikov v psihogeriatriji ter pojasnjuje njeno vlogo pri pomoči posameznikom pri obvladovanju zapletenosti staranja in duševnega zdravja. Likovna terapija s prilagodljivo kulturno občutljivostjo učinkovito obravnava specifične razvojne naloge starejših odraslih. S priznavanjem in zagovarjanjem učinkovitosti likovne terapije v psihogeriatriji lahko poudarimo njene ključne cilje: blažitev osamljenosti in depresije ter spodbujanje upanja in obogatitev psihološkega blagostanja starejših posameznikov. Likovni terapevt s svojo podporno vlogo v psihogeriatrični oskrbi zagotavlja socialno povezanost, opolnomoči posameznike, omogoča neverbalno komunikacijo skozi likovno ustvarjanje, omogoča čustveno izražanje, neguje razumevanje in obvladovanje čustev ter zagotavlja pomiritev in zaupanje v njihovo oskrbo.

Ključne besede: starejši odrasli, duševno zdravje, likovno ustvarjanje

Abstract

The growing prevalence of psychogeriatric issues on a global scale necessitates heightened focus, also in the realm of art therapy. With the ageing population increasingly seeking assistance in mental health, there is a distinct requirement for specialized methodologies to cater to the intricate clinical needs of older individuals. This article explores the potential impact of art therapy on the psychological well-being and hope of older individuals in psychogeriatrics, elucidating its role in assisting individuals in navigating the complexities of ageing and mental health. Art therapy is effectively positioned to address the specific developmental tasks of older adults in a manner attuned to cultural sensitivities. By acknowledging and advocating for the efficacy of art therapy in psychogeriatrics, we can underscore its pivotal objectives: mitigating loneliness and depression, fostering hope, and enriching the psychological well-being of older adults. With their supportive role in psychogeriatric care, the art therapist delivers social connectivity, empowers individuals, facilitates nonverbal communication through art-making, enables emotional expression, and nurtures comprehension and management of emotions, providing reassurance and confidence in their care.

Key words: older adults, mental health, art-making

Likovna terapija in starejši odrasli v psihogeriatriji

Likovna terapija je oblika psihoterapije, ki uporablja vizualne in taktilne medije za izraz in komunikacijo (BAAT, 2024). Cilj likovnega terapevta v psihogeriatriji je omogočiti starejšim

odraslim celostno čutno izkušnjo, izražanje čustev, samozavedanje in osebnostni razvoj. Ta oblika terapije uporablja edinstveno moč likovnosti, ki je primarna oblika izražanja, dopolnjena z dialogom z likovnim terapevtom (Partridge, 2019). Cilj likovno-terapevtskega pristopa v psihogeriatriji je ublažiti stisko in izoliranost ter izboljšati dobro počutje, hkrati pa spodbujati kognitivne funkcije, uvid, upanje in sočutje do sebe ter krepiti občutek lastne vrednosti starejših odraslih (Shukla et al., 2022). Likovna terapija zagotavlja negovalno in podporno okolje za starejše odrasle, da uporabljajo likovnost za izražanje misli in občutkov, kar je lahko še zlasti koristno pri predelavi težkih ali travmatičnih izkušenj, ki jih starejši odrasli morda težko ubesedijo.

Svetovna zdravstvena organizacija (2021) napoveduje podvojitev števila starejših odraslih do leta 2050. Staranje prebivalstva se odraža tudi v likovni terapiji, tako v kliničnih okoljih kot v skupnosti. Individualna in skupinska likovna terapija zahtevata specializirane pristope, saj se pri starejših odraslih odražajo kompleksni klinični procesi z multimorbidnostmi (Galassi et al., 2022). Likovna terapija pozitivno vpliva na upanje in psihosocialno dobro počutje pri starejših odraslih v psihogeriatriji, saj jim pomaga shajati in razumeti lastno staranje in duševno bolezen (Chen et al., 2019). Likovno ustvarjanje v likovni terapiji obravnava specifične razvojne naloge starejših odraslih na kulturno občutljiv način. Praksa kaže, da lahko likovna terapija v psihogeriatriji učinkovito zmanjša osamljenost in depresivne občutke, upočasni napredovanje kognitivnega upada, poveča upanje in izboljša psihosocialno zdravje (Johnson, 2006, Savazzi et al., 2020). Raziskave so potrdile, da je likovna terapija učinkovita pri obravnavi starejših posameznikov z duševnimi motnjami, ker lajša njihove stiske, ki jih povzročajo simptomi depresivne, anksiozne in kognitivne motnje, demenc ter Alzheimerjeve bolezni in shizofrenije (Hu et al., 2021). Likovni terapevti zagotavljajo terapevtsko podporo duševno bolnim starejšim ljudem z možnostjo medsebojnega povezovanja, z omogočanjem izražanja in neverbalnega sporazumevanja prek likovnega ustvarjanja, s pomočjo razumevanja in obvladovanja čustev, z ustvarjanjem smisla ter možnostjo nadzora in odločanja. Uporaba likovnosti v terapiji lahko starejšemu posamezniku, ki mu je bila v veliki meri odvzeta možnost odločanja in kontrole, omogoči prevzemanje odgovornosti, kar mu da moč odločanja in kontrole.

Likovna terapija omogoča starejšim odraslim neverbalno izražati čustva in misli, kar je še posebej koristno za tiste z duševnimi in govornimi motnjami. Z možnostjo kreativnega raziskovanja skozi slikanje, risanje ali kiparjenje lahko ohranimo ali potencialno okrepimo izrazne sposobnosti starejšega posameznika (Johnson, 2006). Likovno ustvarjanje krepi finomotorične sposobnosti, koordinacijo oči in rok ter omogoča način obravnavanja raznolikih čustvenih izkušenj starejših v psihogeriatriji. Likovno-terapevtska aktivnost lahko starejšemu odraslemu zagotavlja senzomotorično izkušnjo, ki poveča ustvarjalnost in energijo, spodbudi spomin, olajša čustven izraz in opolnomoči, saj je lahko starejši posameznik kljub telesnim in kognitivnim omejitvam pri ustvarjanju samozavesten in uspešen ter ponosen na likovni izdelek (Rentz, 2002). Študije kažejo pomembne izboljšave v kakovosti življenja in kognitivnih funkcijah starejših odraslih po vključitvi v strukturirano likovno terapijo (Ehresman, 2013; Jeon, 2022).

V psihogeriatriji lahko likovni terapevti ustvarijo varen prostor za starejše odrasle, da skozi likovnost pripovedujejo svoje zgodbe. Proces likovnega ustvarjanja starejšim odraslim omogoča izmenjavo življenjskih izkušenj, spodbuja psihološki razvoj ter preprečuje obup in samomorilne misli (Aydin in Kutlu, 2021). Terapevtsko delo s starejšimi zahteva individualiziran pristop, časovne in prostorske prilagoditve glede na sposobnost ohranjanja pozornosti in telesne omejitve. Priporočljivo je oblikovati manjše skupine posameznikov, v katerih je terapevtska obravnava uspešnejša. Izmenjava podobnih življenjskih izkušenj spodbuja druge člane skupine, da delijo svoje zgodbe, tako da se lahko širijo občutki

univerzalnosti in čustvene povezanosti (Riley, 2001). Skupinska likovna terapija lahko pomaga zmanjšati socialno izolacijo in ustvari občutek skupnosti in pripadnosti (Skaife in Huet, 2014). Redna udeležba na likovni terapiji ima nefarmakološke učinke, ki se odražajo v izboljššanem počutju in zmanjšani uporabi pomirjeval (Cohen, 2005). S skrbno izbiro izraznih likovnih medijev in likovnih dejavnosti morajo likovni terapevti preprečiti frustracijo, vznemirjenost in regresijo pri starejših med terapijo. Upoštevati pa je potrebno tudi, da jim je lahko nekaj likovnih materialov nepoznanih, zlasti če se v življenju niso likovno udeleževali.

Za likovne terapevte lahko proučevanje likovnih izdelkov in opazovanje likovnega ustvarjanja starejših vodi do ocene in razumevanja njihove kognicije, razvoja in prepoznavanja bolezni (Heymann et al., 2018). Skozi optiko likovnega ustvarjanja se lahko dotaknemo človekovega bistva, ga zblížamo z drugimi strokovnimi delavci in svojci ter s tem krepimo odnose in medsebojno razumevanje. Za starejšega človeka je lahko likovno ustvarjanje nekaj, v čemer je nekoč užival in je opustil, ali pa je že od nekdaj imel željo poseči po likovnem materialu, pa mu je za to zmanjkalo poguma, časa in energije. S tem lahko v posamezniku spodbudimo zanimanje, željo po aktivnosti, s pomočjo katere ga lahko opolnomočimo in razumemo na nove načine. S pomočjo likovne terapije mu lahko pomagamo pri soočanju z izgubo samostojnosti, izgubo izbire, izgubo bližnjih ali izgubo zdravja. Ustvarjanje zgodb v likovni terapiji lahko starejšim pomaga skozi proces žalovanja, kar pogosto prinese zaključek in olajšanje (Vaartio-Rajalin et al., 2020). Če posameznik ne more kognitivno predelati izgube, lahko likovni terapevt s primernimi posegi prepreči premlevanje in obsesivno obujanje spominov.

Upanje

Ohranjanje upanja je ključnega pomena za posameznike, ki se soočajo s psihološkim stresom, saj lahko vodi do zmanjšanja simptomov, izboljšanih strategij obvladovanja in boljšega psihosocialnega delovanja. Višje stopnje upanja so povezane z nižjimi stopnjami depresije in večjim zadovoljstvom z življenjem (Valle et al., 2006). Nasprotno pa lahko nizka stopnja upanja ali brezupa povzroči težave z duševnim zdravjem, kot so anksioznost, depresija in posttravmatska stresna motnja (Long et al., 2020). Likovni terapevti lahko igrajo ključno vlogo pri povečanju upanja pri starejših odraslih, kar lahko privede do povečanega optimizma in odpornosti pri soočanju z izzivi (Pepper, 2004). Gojenje upanja z likovno terapijo je lahko ključnega pomena pri spodbujanju psihološke rasti pri starejših odraslih, zmanjševanju osamljenosti in depresije ter povečanju notranje motivacije (Aydın in Kutlu, 2021).

Likovni terapevt se mora pri delu s starejšimi odraslimi z duševnimi motnjami zavedati lastnega upanja in brezupa, da v terapijo ne vnaša nerealnih pričakovanj in pritiskov ter da se ne znajde v pokroviteljski poziciji upajočega, ki besedno bodri obupanega (Ridenour et al., 2023). Z izmenjavo izkušenj v skupini lahko starejši odrasli najdejo povezave med preteklimi in sedanjimi izkušnjami, kar pozitivno vpliva na njihovo duševno počutje in upanje (Johnson, 2006). Likovna terapija lahko pomaga prebuditi in ohraniti upanje v težkih situacijah, ki jih povzročata psihogeriatrična diagnoza, posameznikom omogoča predelavo čustev in razvoj občutka pripadnosti.

Zaključek

Temelj odpornosti pri starejših posameznikih je moč upanja, ki jih opolnomoči za soočanje z izzivi, ki jih prinašajo staranje in zdravstvene težave. Likovna terapija nudi nefarmakološko pomoč starejšim odraslim v psihogeriatrični oskrbi, da jih opolnomoči, da si tako povrnejo upanje in so sočutni do sebe. Edinstvena narava likovne terapije omogoča starejšim odraslim, da vzpostavijo globlji stik s seboj in svojim okoljem, kar olajša komunikacijo in čustveno regulacijo. Poleg tega pomaga pri samorefleksiji in raziskovanju lastne življenjske poti.

Ključni vidik tega transformativnega procesa vključuje obravnavanje občutkov brezupja in predvsem spodbujanje občutka pripadnosti. S skupno izkušnjo likovnega ustvarjanja ima likovna terapija ključno vlogo pri povezovanju posameznikov in spodbujanju občutka skupnosti. Poleg tega starejšim odraslim ponuja priložnosti za ustvarjalnost, razvoj spretnosti in sprejemanje odločitev. Likovna terapija je kot svetilnik upanja, ki omogoča starejšim posameznikom v psihogeriatrici izraz in razumevanje zapletenih čustev, povezanih s staranjem in duševnimi boleznimi. Natančni dejavniki, ki starejšim odraslim omogočajo ohranjanje upanja, niso znani, vemo pa, da tisti, ki se v obupu spopadajo s težavami v duševnem zdravju, rabijo priznanje svoje bolečine kot temeljnega vidika človeške izkušnje. To spoznanje lahko prinese občutek solidarnosti z drugimi, ki ponovno obudi upanje in sočutje do sebe.

Literatura

- Aydın, M. & Kutlu, F. Y. (2021). The effect of group art therapy on loneliness and hopelessness levels of older adults living alone: A randomized controlled study. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 29(3), pp. 271-284.
- British Association of Art Therapists (BAAT). 2024. *Code of Ethics*. <https://baat.org/about/code-of-ethics/>
- Chen, Y., Li, X., Pan, B., Wang, B., Jing, G., Liu, Q., Li, Y., Bing, Z., Yang, K., Han, X. & Ge, L. (2019). Nonpharmacological interventions for older adults with depressive symptoms: a network meta-analysis of 35 randomized controlled trials, *Aging and Mental Health*, pp. 1-14. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1704219>
- Cohen, G. D. (2005). *The Mature Mind: The Positive Power of the Aging Brain*. NY: Basic Books.
- Ehresman, C. (2013). From rendering to remembering: art therapy for people with Alzheimer's disease. *International Journal of Art Therapy*, 19, pp. 43-51. <https://10.1080/17454832.2013.819023>
- Galassi, F., Merizzi, A., D'Amen, B. & Santini, S. (2022). Creativity and art therapies to promote healthy aging: A scoping review. *Frontiers in Psychology*, 13, 906191. <https://doi: 10.3389/fpsyg.2022.906191>
- Heymann, P., Gienger, R., Hett, A., Müller, S., Laske, C., Robens, S., Ostermann, T. & Elbing, U. (2018). Early Detection of Alzheimer's Disease Based on the Patient's Creative Drawing Process: First Results with a Novel Neuropsychological Testing Method. *Journal of Alzheimers Disease*, 63(2), pp. 675-687. <https://doi:10.3233/JAD-170946>
- Hu, J., Zhang, J., Hu, L., Yu, H. & Xu, J. (2021). Art Therapy: A Complementary Treatment for Mental Disorders. *Frontiers in Psychology*, 12, 686005. <https://doi: 10.3389/fpsyg.2021.686005>
- Jeon, J. (2022). *Improving Cognitive Decline for Persons Living with Dementia: Art Therapy Assessment and Interventions Based on the Expressive Therapies Continuum (ETC) Framework* (Art Therapy / Doctoral Dissertations). Dominican University of California. <https://doi.org/10.33015/dominican.edu/2023.AT.PHD.03>
- Johnson, M. C. (2006) Art Therapy: Using the Creative Process for Healing and Hope Among African American Older Adults. *Geriatric Nursing*, 27(5), pp. 309-316. <https://doi:10.1016/j.gerinurse.2006.08.010>
- Long, K. N. G., Kim, S. E., Chen, Y., Wilson, M. F., Worthington, E. L. Jr. & VanderWeele, T. J. (2020). The role of Hope in subsequent health and well-being for older adults: An outcome-wide longitudinal approach. *Global Epidemiology*, 2, 100018-45. <https://doi.org/10.1016/j.gloepi.2020.100018>

- Partridge, E. (2019). *Art Therapy with Older Adults: Connected and Empowered*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Pepper, A. (2024). Hope and dementia. *British Journal of Community Nursing*, 29(3), pp. 112-116. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2024.29.3.112>
- Rentz, C. A. (2002). Memories in the making: Outcome-based evaluation of an art program for individuals with dementing illnesses. *American Journal of Alzheimer Disease and Other Dementias*, 17, pp. 175-181.
- Ridenour, J. M., Hamm, J. A., Wiesepape, C. N. & Lysaker, P. H. (2023). Reawakening Hope in the Psychotherapy for Psychosis. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 53, pp. 305-315. <https://doi.org/10.1007/s10879-023-09589-4>
- Riley, S. (2001). *Group Process Made Visible: Group Art Therapy*. Philadelphia: Routledge.
- Savazzi, F., Isernia, S., Farina, E., Fioravanti, R., D'Amico, A., Saibene, F. L., Rabuffetti, M., Gilli, G., Alberoni, M., Nemni, R. & Baglio, F. (2020). Art, Colors, and Emotions. Treatment (ACE-t): A Pilot Study on the Efficacy of an Art-Based Intervention for People With Alzheimer's Disease. *Frontiers in Psychology*, 11, 1467. [https://doi: 10.3389/fpsyg.2020.01467](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01467)
- Shukla, A., Choudhari, S. G., Gaidhane, A. M. & Quazi Syed, Z. (2022). Role of Art Therapy in the Promotion of Mental Health: A Critical Review. *Cureus*, 14(8), e28026. [https://doi: 10.7759/cureus.28026](https://doi.org/10.7759/cureus.28026)
- Skaife, S. & Huet, V. (2014). *Art Psychotherapy Groups: Between pictures and words*. NY: Routledge.
- Valle, M. F., Huebner, E. S. & Suldo, S. M. (2006). An analysis of hope as a psychological strength. *Journal of School Psychology*, 44(5), pp. 393-406. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2006.03.005>
- Vaartio-Rajalin, H., Santamäki-Fischer, R., Jokisalo, P. & Fagerström, L. (2020). Art making and expressive art therapy in adult health and nursing care: A scoping review. *International Journal of Nursing Sciences*, 8(1), pp. 102-119. [https://doi: 10.1016/j.ijnss.2020.09.011](https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.09.011)
- World Health Organization. (2021). *Ageing and health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Socialno delo v psihogeriatriji

Social work in psychogeriatrics

Katarina Bitenc, univ. dipl. soc. del.

Psihiatrična bolnišnica Begunje

katarina.bitenc@pb-begunje.si

Izvelek

V prispevku se osredotočamo na vlogo socialnega delavca v multidisciplinarnem timu, zlasti na pomočnika in posrednika pri namestitvi pacienta v institucionalno varstvo. Pomanjkanje kapacitet in kadrovska podhranjenost v domovih za starejše ter posebnih socialno varstvenih zavodih na eni strani in pomanjkanje skupnostnih oblik skrbi na drugi strani ustvarjajo okolje, ki dopušča zelo malo možnosti in izbire, zato je še posebej pomembno skrbno ravnanje z razpoložljivimi viri (po)moči. Pri tem prepoznavamo vzpostavljanje osebnega stika s pacientom in dobro medinstitucionalno sodelovanje kot ključna elementa pri premagovanju ovir in soustvarjanju zelenih razpletov.

Ključne besede: institucionalno varstvo, vzpostavljanje osebnega stika, medinstitucionalno sodelovanje

Abstract

In this article we are focusing on the role of a social worker in a multidisciplinary team, particularly as an assistant and intervenor in admission of a patient to institutional care. The lack of capacity and staffing shortage in retirement homes and special care institutions on one hand and absence of community-based care on the other, generate an environment, which permits very few possibilities and choices. Therefore, the available resources must be attentively managed. We recognise the establishing of interpersonal contact and good inter-institutional collaboration as key factors in overcoming obstacles and in co-creation of the desired outcome.

Key words: institutional care, establishing interpersonal contact, inter-institutional collaboration

Uvod

V Sloveniji imamo pretirano razvit sistem institucionalne oskrbe in zelo podhranjene skupnostne oblike pomoči (Mali, 2012). To pomeni, da čim potrebe starega človeka prerastejo zakonsko določene ure pomoči na domu, starostniku preostane le še namestitev v institucionalno varstvo ali dnevno varstvo kot prehodno obliko. Mali (2013: 29) navaja, da je težava tudi »dostopnost pomoči tako v urbanem kot v ruralnem okolju, saj pogosto ni zagotovljena.«

Nov Zakon o dolgotrajni oskrbi (ZDOsk-1) bo sicer prinesel skupnostno orientirane in individualizirane oblike pomoči, če bodo seveda tudi kadrovske razmere to omogočale. Izzivi na tem področju so vezani na dolge čakalne vrste v domovih za starejše in zavodih, drago oskrbnino in starostnikovo odklanjanje namestitve v institucijo. Vprašanje je torej, kako v ključnih trenutkih, ko vendarle imamo vpliv, izkoristimo dane vire in prispevamo k temu, da se tehnika prevesi v pacientov prid oziroma v prid družinskega sistema kot celote, ki skrbi za starostnika.

Teoretična izhodišča

V socialnem delu se pogosto srečamo z uporabniki, ki sami sebe ne vidijo kot uporabnike in nočejo naših storitev. Pravijo jim neprostopljivi. Skrajni primer so zaporniki in drugi ljudje,

ki jim je bila socialna ustanova predpisana zakonsko. To so t.i. mandatni uporabniki. Tudi na področju dušenega zdravja in demence težko rečemo, da si ti ljudje želijo naših storitev. Rooney in Bibus (2001, v Šugman Bohinc 2006) jih imenujeta »nemandatni neprostovoljni uporabniki«.

Šugman Bohinc (prav tam) pojasnjuje, da kadar socialna delavka naleti na tovrstno problematiko, običajno izhaja iz predpostavke, da ji bo »z dosledno držo zaupnosti, spoštljivosti in drugih značilnosti vzpostavljanja kakovostnega stika, s prepričljivostjo, argumentiranjem [...] posrečilo »pretvoriti« sogovornika iz neprostovoljnega uporabnika v prostovoljnega in bo lahko nato uporabila enega od modelov svetovalne ali terapevtske pomoči«. Ta predpostavka se pogosto uresniči, seveda pa obstajajo tudi primeri, ko uporabniki nočejo sodelovati in zapustijo kontekst socialnega dela.

Daniel Stern (1998, 2004 v Čacinovič Vogrinčič, G., Kobal, L. Mešl, N. & Možina, M., 2009) je s sodelavci razvil model (med)osebne stika v vsakdanjem življenju in procesu pomoči. Medosebni stik oziroma odnos se razvija postopoma; od trenutkov prisotnosti, ki se lahko intenzivirajo v trenutke tu in zdaj, do trenutkov srečanja. Intersubjektivni stik med socialnim delavcem in uporabnikom mobilizira njuno ustvarjalnost, da se premikata v določeno smer. Lahko se srečata in pride do nenadne, dramatične spremembe v smeri zelenega izida, lahko pa zamudita to priložnost in morata raziskovati naprej.

Trenutki prisotnosti se zgodijo spontano, v procesu pomoči pa jih lahko razvijamo tudi zavestno, in sicer z zrcaljenjem, posnemanjem in sledenjem, budnim spremljanjem, aktivnim poslušanjem, uglaševanjem in skupnim gibanjem. Uglaševanje in skupno gibanje sta procesa vzajemne regulacije, ki je usmerjena k določenemu cilju, vendar ta proces ne poteka premočrtno. Skupno gibanje lahko predstavlja pojasnjevanje, dogovarjanje, pogajanje o poteku interakcije in sklepanje kompromisov na besedni ravni, hkrati pa moramo biti pozorni tudi na dogajanje na čustveni in neverbalni ravni.

V času skupnega gibanja se lahko prebudi posebna kakovost osredotočene prisotnosti. To so tako imenovani *trenutki tukaj in zdaj*. V teh trenutkih zapuščamo cono predvidljivosti in se znajdemo pred izbiro; ali zgrabimo neponovljivo priložnost in se srečamo na novi ravni, ali pa se zgodi »mimohodka«, zamujena priložnost, ki nas vrača nazaj v stare vzorce vedenja.

Značilnosti *trenutkov tukaj in zdaj*, ki lahko preskočijo v *trenutke srečanja*, so: da gre za pripravljalni proces – prisotnost, sledenje, uglaševanje; tveganje in negotovost; so zelo specifični – vsak udeleženec komunikacije prispeva nekaj enkratnega, svojega; trenutki pristnosti, avtentičnosti; neklišijski odgovor, izstop iz rutine, tehnike, korak na čistino; tveganje; v človekovem spominu pustijo posebno sled; nov medosebni prostor; nov začetek, prelomnica v odnosu; rekontekstualizacija odnosa.

Večina socialnega dela sicer poteka v čustveno manj nabiti navzočnosti, čeprav še vedno v zavzeti komunikaciji, ko raziskujemo pacientove zgodbe skupaj z njimi in v timu ter vodimo pogovor k postopnemu oblikovanju zelenih izidov. De Vries (1995) poimenuje to nalogo socialne delavke osebno vodenje.

Osebno vodenje se nadaljuje tudi na mezo ravni, ko socialna delavka pomaga staremu človeku in njegovi družini dobiti pomoč različnih storitev v skupnosti in koordinira te storitve med različnimi službami (Mali, 2013).

S predstavitvijo te teme želimo osvetliti današnji kontekst socialnega dela v psihogeriatriji, v nadaljevanju pa prikazati učinkovite pristope k delu s pacienti in ustvarjanju rešitev. Predstavili bomo primer vzpostavljanja osebne stika in razvoj trenutkov prisotnosti do

trenutkov srečanja v procesu pomoči, osebno spremljanje in vodenje osebe z demenco v institucionalno varstvo ter koordinacijo sodelovanja med različnimi institucijami.

Prikaz primerov iz prakse

Primer 1:

Starejša gospa je potrebovala institucionalno varstvo zaradi onemoglosti in ogroženosti za padce. Pomoč na domu ji ne bi zadostovala, hči pa je z družino živela 20 min stran in ji ni več mogla zagotavljati ustrezne oskrbe in varstva. Razpetost med družino, službo in oskrbo mame je zanj predstavljal takšno obremenitev, da je izgorela. Za mamo so se že lani dogovarjali za začasno namestitev v domu, ko so načrtovali dopust, a je zadnji dan odklonila. Hči je z njo ostala doma, njen partner pa je šel na morje sam z dvema majhnima otrokoma. Mlajša hčerka je ravno takrat praznovala rojstni dan in je kar malo zamerila mami, ker je ni bilo zraven. Letos bi se opisani scenarij spet ponovil. Gospa je bila tako odklonilna do doma, da je grozila s samomorom, če bi morala iti. Z gospo sem opravila prvi motivacijski razgovor in izpostavila prednosti življenja v domu ter vse tiste argumente, ki so že koga prepričali, da se je odločil. Na koncu sem jo vprašala, če bi se strinjala z namestitvijo v dom, pa je odvrnila, da ne. »Veste, jaz sem trmasta baba,« je rekla.

Komentar: Ko sem razmišljala o najinem razgovoru, sem imela ves čas občutek, da nisva bili uglaseni, da sem bila prehitra zanj in da nisem ustvarila odprtega prostora za pogovor. Dogovorili sva se, da bo še malo razmislila, nato pa sem čez nekaj dni opravila drugi razgovor.

Gospa je bila na začetku še vedno odklonilna. Rekla je, da je zelo rada doma. Potem pa sva raziskovali njene skrbi in jih razjasnjevali. Spraševala se je, kako bi potekalo življenje v domu in sem ji predstavila, kako poteka običajen dan in kakšne aktivnosti lahko pričakuje. Vprašala sem jo, ali bi imela raje enoposteljno ali dvoposteljno sobo. Odvrnila je, da ima rada, če je še kdo zraven. Povedala sem ji tudi za stisko njene hčere, ki jo skrbi tako zaradi dopusta z majhnimi otroci kot tudi na splošno, če bi se mama vrnila nazaj domov. Izpostavila sem, da ima veliko prednosti, če bi se odločila za dom v domačem kraju. Tam dela zetova sorodnica, njegova babica pa je prav tako nastanjena tam. Poleg tega hči živi le tri minute od doma in bi jo lahko redno obiskovali. Tudi s psičkom bi lahko prišli na obisk. Gospa je odvrnila, da ima doma še vrt, čeprav ni bila v fizičnem stanju, da bi skrbela zanj.

Komentar: Sama pri sebi sem razmišljala: »Kaj naj rečem? Ali naj iščem protiargumente in jo prepričujem? Ne, ne bom je prepričevala.« in sva ostali v tišini. To je bil nov trenutek v najinem odnosu.

Nato pa je nadaljevala, da ji v resnici prija brezdelje. Podprla sem jo v tej misli, da si lahko oddahne in dovoli, da drugi poskrbijo zanj.

Komentar: Gospa je sama prišla do uvida. Podprla sem njeno spoznanje, nisem je pa še upala soočiti z odločitvijo. Čutila sem, da moram nadaljevati z utrjevanjem.

Kot zadnji argument sem navedla, da nekateri ljudje res do zadnjega vztrajajo doma, dokler jih okoliščine ne prisilijo, da gredo v dom. Tudi ona bi lahko še vztrajala, a se potem lahko zgodi, da ne bo nameščena v domačem kraju, pač pa na čisto drugem koncu Slovenije, kjer bi imeli prosto mesto. Zdaj se pa lahko še vseeno sama zavestno odloči.

Komentar: Tokrat sem se res ustavila in si vzela čas zanj. Vedela sem, da se mi ne sme nikamor muditi. Govorila sem zelo počasi, v njenem tempu, prijazno in potrpežljivo. Raziskovali sva njene strahove in predstave in dala sem ji čas, ki ga je potrebovala, da

odgovori. Res sva bili uglaseni. Izmenjaje sem vodila in sledila ter počasi gradila ta trenutek, ko se je bilo potrebno odločiti. Imela sem občutek, da hoče še malo odlašati z odločitvijo in da je na meni, da dam pobudo.

Vprašala sem jo, če se strinja, da izpolniva vlogo. Gospa se je strinjala s predlaganim in je podpisala prošnjo. Mesto v domu v domačem kraju je dobila v roku meseca in pol.

Primer 2:

Pacientko z diagnozo demence in vedenjskimi zapleti sem spremljala v dom. Gospa se je v času hospitalizacije včasih strinjala, da bi šla v dom in je tudi podpisala prošnjo, včasih pa je rekla, da bo šla kar domov. Hči je bila v veliki stiski, saj ji doma ne bi mogli zagotavljati potrebnega nadzora in varstva. Nazadnje smo le dobili prosto mesto na oddelku za osebe z demenco, vendar do zadnjega nismo vedeli, če se bo strinjala z namestitvijo. Gospa je bila med vožnjo prepričana, da se peljeva domov in je v zvezi s tem večkrat izražala dobro voljo in veselje. Glede na to, da je pogosto spreminjala stališče, ji nisem nasprotovala, da greva domov, ampak sem samo preusmerjala temo pogovora. Izvedela sem, da še iz mladih let pozna gospo, ki jo poznam tudi sama in biva v tem domu, kamor sva bili namenjeni. Po velikem naključju je prav ta stanovalka ob najinem prihodu stala na vhodu, tako da sem ju lahko ponovno predstavila, saj se po vseh teh letih nista prepoznali. Nato sva jo skupaj s socialno delavko iz doma pospremili na oddelk, kjer se je priključila telovadbi in nato še pogovoru v skupini. Nazadnje se je strinjala z namestitvijo in tudi podpisala privolitev.

Komentar: Osebno vodenje je v tem primeru vključevalo tudi znanja o sporazumevanju z osebami z demenco. Pomembno je bilo, da gospe nisem nasprotovala, ampak da sem jo ob zanjo neprijetni temi (op. to, da nisva šli domov) preusmerjala in s preprostimi vprašanji raziskovala njen življenjski svet. Zaradi negotovosti, kako se bo ta situacija razpletla, sem bila še toliko bolj navzoča in aktivno prisotna. Izkoriščala sem vire, ki so se sproti ponujali (op. znanka iz mladih let, telovadba) in so pomagali preusmerjati pozornost v dobro. Gospa je praktično kar zaplavala v dogajanje in je sprejela novo okolje brez zapletov, hčeri pa je neznansko odleglo, saj preprosto ni imela druge rešitve zanjo. Po enem mesecu sva se s hčerko ponovno slišali in povedala je, da se je mama presenetljivo dobro vključila.

Primer 3:

V naslednjem primeru je starejši pacient, pri katerem se je razvil že hospitalizem, prav tako izražal, da zanj ni ustrezno poskrbljeno in da si želi v zavod. Njegova skrbnica, ki je bila hkrati tudi njegova družinska pomočnica, pa je temu nasprotovala (op. domnevno zaradi posledičnega izpada njenega dohodka). Če bi šel gospod v zavod, bi funkcija družinske pomočnice prenehala. Posvetovali smo se s centrom za socialno delo, koga naj v tem primeru upoštevamo. Stališče centra za socialno delo je bilo, da je nujno, da ima varovanec zagotovljeno oskrbo, nego, bivanje in da se deluje v njegovo največjo korist, še posebej, če je sam izrazil voljo po namestitvi. Če skrbnica ne bo delovala v njegovo najboljšo korist, je to lahko razlog za njeno razrešitev. V zavodu so pacientu sicer ponudili prosto mesto, vendar so se potem zbalii nadaljnjih težav, če bi skrbnica nasprotovala njegovi namestitvi, postopek morebitne razrešitve pa bi se zavlekel. Hoteli so ustaviti namestitev, dokler se ne razjasnijo okoliščine, to mesto pa bi oddali drugemu kandidatu.

Komentar: Te priložnosti nismo hoteli izpustiti. Strokovna delavka iz centra za socialno delo se je pogovorila s skrbnico in ji pojasnila, da je njena dolžnost, da izvršuje naloge skrbnice in deluje v pacientovo največjo korist (op. razen, če bi odstopila od te vloge). Težava je bila tudi, ker ne vozi avtomobila in bi se lahko izgovarjala, da nima prevoza do oddaljenega zavoda. Dogovorili smo se, da zavod pošlje na center za socialno delo vso dokumentacijo, ki bi jo

morala skrbnica podpisati ob sprejemu, center za socialno delo pa je povabil skrbnico, naj to uredi v njihovih prostorih. V tem primeru sta bili ključni volja in fleksibilnost med vsemi tremi institucijami; zavodom, centrom za socialno delo in bolnišnico, da smo lahko izpeljali to namestitev.

Gospod se je tistega dne zelo veselil, da gre v zavod. Pohvalila sem ga, kako lepo je urejen in postrizen. Tako dobro se mu je zdelo, da je večkrat ponovil: »A sem šminka? A sem šminka?« in se hudomušno hihital. Ko je napočil čas slovesa, so mu oči napolnile solze. Zdelo se mi je, kot da pred mano stoji mlad fant, ki ga zapuščam. Zaradi številnih hospitalizacij se je v naši bolnišnici počutil kot doma in se je navezal na osebje. Rekel je, naj pozdravim vse in da nas bo bogrešal. Moram priznati, da je tudi meni prirasel k srcu.

Komentar: Ko sem naslednjič spremljala pacientko v ta zavod, sem prosila socialno delavko, če ga lahko obiščem. Prijazno me je pozdravil in povedal, da mu je dobro. Opazila sem, da se je navezal na tamkajšnjo socialno delavko in to je bil dober znak.

Zaključek

Pri delu z »nemandatnimi neprostovoljnimi uporabniki«, t.j. tistimi, ki ne potrebujejo storitev socialne ustanove po zakonu, se še posebej zavedamo pomanjkanja alternativnih možnosti oskrbe v skupnosti. Težko je, ko je človek stisnjen v kot. V bistvu je njegova edina izbira odhod v dom, moja naloga pa je, da dosežem soglasje. Mogoče me ob tem še najbolj tolaži sistemski pogled. Ta človek je del družine in zaradi nezmožnosti njegove oskrbe je lahko v stiski cela družina. Ne gledamo torej samo iz perspektive starega človeka, ampak iz perspektive celotne družine, ki ji je potrebno pomagati, da se bo lahko na novo organizirala, ob tem pa bo potrebno sprejeti tudi določene kompromise.

Literatura

- Čačinovič Vogrinčič, G. et al. (2009). *Vzpostavljanje delovnega odnosa in osebnega stika*. Ljubljana: fakulteta za socialno delo.
- Mali, J. & Hlebec, V. (2013). Tipologija razvoja institucionalne oskrbe starejših ljudi v Sloveniji. *Socialno delo*, 52(1), pp. 30-41.
- Mali, J. (2012). Deinstitutionalisation as a challenge for the development of community-based care for older people. *Dialogue in praxis*, 1(14), 1/2 (22-23), pp. 57-69.
- Mali, J. (2013). Socialno delo s starimi ljudmi kot specializacija stroke. *Socialno delo*, 52(1), pp. 57-67.
- Stern D. N., Sander L., Nahum, J., Harrison A., Lyons-Ruth K., Morgan, A., Bruschiweiler-Stern, N. & Tronick, E. (1998). Non-interpretative mechanisms in psychoanalytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 79, pp. 903-921.
- Stern, D. N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: Norton.
- Šugman Bohinc, L. (2006). Socialno delo z neprostovoljnimi uporabniki. *Socialno delo*, 45(6), pp. 345-355.
- Vries, S. & de Bouwkamp, R. (1995). *Psihosocialna družinska terapija*. Logatec: Firis.
- Zakon o dolgotrajni oskrbi (ZDOsk-1)*. (2023). Uradni list RS, št. 84/23 (2. 8. 2023). <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ZAKO8819>

Obravnava psihogeriatričnega pacienta na domu in v skupnosti

Treatment of the psychogeriatric patient at home and in the community

Petra Šubic, dipl. m. s.
Nina Hrovat, dipl. m. s., mag. zn.
Psihiatrična bolnišnica Begunje
petra.subic@pb-begunje.si
nina.hrovat@pb-begunje.si

Izvleček

V današnjem času naj bi obravnava psihogeriatričnega pacienta predstavljala ravnotežje med seboj povezanih bolnišničnih in skupnostnih služb. V prispevku je predstavljena organiziranost skupnostne psihiatrične obravnave v Psihiatrični bolnišnici Begunje. Glede na pozitivne klinične izkušnje pripisujejo velik pomen povezovanju različnih strokovnjakov, ki delujejo na področju duševnega zdravja, saj le celostni pristop k psihogeriatričnemu pacientu omogoča kakovostno oskrbo na pacientovem domu in v skupnosti. Vključenost v skupnostno obravnavo izboljša kakovost življenja in vodi do sprememb na različnih področjih njihovega delovanja. Velik izziv za izvajalce skupnostne obravnave predstavlja tudi komorbidnost, ki je prisotna pri psihogeriatričnih pacientih. Ob somatskih zapletih ali poslabšanjih se največkrat dogovorijo za pregled pri osebem zdravniku ter konziliarnemu internistu ali nevrologu, ki pa sta glede na potrebe hospitaliziranih pacientov v bolnišnici prisotna le občasno. Optimalna rešitev bi bila, da bi bil v tim skupnostne obravnave vključen tudi geriater ali internist.

Ključne besede: psihogeriatrični pacient, skupnostna psihiatrična obravnava, povezovanje z zunanjimi službami.

Abstract

Nowadays, treating psychogeriatric patients should involve a balance of hospital and community services. The paper discusses the organization of community psychiatric treatment at the Psychiatric Hospital Begunje. Based on positive clinical experiences, the hospital emphasizes integrating various mental health experts. An integrated approach to treating psychogeriatric patients is essential for providing quality care at the patient's home and in the community. Involvement in community treatment improves the patient's quality of life and leads to positive changes in various areas of their activity. The presence of comorbidity in psychogeriatric patients poses a significant challenge for providers of community treatment. In cases of somatic complications or deterioration, patients are usually scheduled for examination by a personal physician, conciliar internist, or neurologist. However, these specialists are only occasionally available in the hospital, depending on the needs of the patients. The optimal solution would include a geriatrician or internist in the community treatment team.

Key words: psychogeriatric patient, community psychiatric treatment, liaison with external services

Uvod

Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018-2028 navaja, da duševno zdravje ni samo stvar zdravstvenega sektorja, ampak tudi številnih drugih sektorjev in politik. Duševno zdravje je nacionalni kapital in ga je kot takšnega treba izboljšati z združenimi naporami celotne skupnosti, vseh sektorjev, vključujoč uporabnike, njihova združenja in skupine

svojcev. Pomembno je zagotavljanje pogojev za najboljše možno duševno in telesno blagostanje vseh prebivalcev, s posebnim poudarkom na ranljivih skupinah. Vrzeli v storitvah so težava za vse, še posebej za socialno izključene skupine, kot so ljudje z duševnimi motnjami. Za premostitev teh ovir in zagotavljanje enake oskrbe vsem, ki to potrebujejo, je treba vlagati v razvoj človeških virov, služb in storitev v skupnosti, ki upoštevajo socialno-ekonomske in kulturne razlike ter potrebe ljudi (ReNPDZ 2018–2028).

Želimo si, da bi čim več starostnikov ob ustrezni podpori in pomoči tako ostalo v domačem okolju, kjer bi imeli zagotovljene bivalne in druge pogoje za življenje v svojem okolju, a se zaradi starosti ali hude invalidnosti ne morejo oskrbovati in negovati sami, njihovi svojci pa take oskrbe in nege ne zmorejo ali zanju nimajo možnosti (Portal GOV.SI, 2023).

Skupnostna psihiatrična obravnava (v nadaljevanju SPO) je ena od oblik pomoči, ki pripomore k učinkoviti podpori psihogeriatričnega pacienta na različnih ravneh. Pomembno je, da se pred odpustom iz bolnišnice takšnega pacienta, predvsem pa njegove svojce, informira o možnostih pomoči na domu. Cilj prispevka je opisati pomembnost poznavanja mreže zunanjih služb in možnosti vsakodnevnega sodelovanja z njimi na pacientovem domu ali v skupnosti.

Starostnik s kronično duševno motnjo

Kronične bolezni lahko pospešijo staranje in obratno – staranje poveča možnost razvoja kroničnih bolezni. Med boleznimi in staranjem obstaja kompleksen, medsebojno spodbujevalen odnos, na oboje pa vplivajo življenjski slog in dejavniki tveganja (zdravo in varno bivališče, izobrazba, nezdravo prehranjevanje, čezmerna telesna teža, sedeč življenjski slog, škodljiva raba alkohola, kajenje, biološka, kemična ali fizikalna onesnaženost okolja itn.) (Veninšek et al., 2021, p 1550). Starost opredeljujejo stereotipi, predsodki in diskriminacija do ljudi na podlagi njihove starosti. Imenuje se »nadloga družbe« in je lahko institucionalna, medosebna in/ali samousmerjena. Splošna javnost in mediji pogosto razpravljajo o staranju in starejših odraslih z uporabo negativnih stereotipov, kot sta upad duševnih in kognitivnih funkcij. Na žalost lahko starostniki sami ponotranjijo to vrsto pogleda na starost, kar ustvarja začaran krog, ki ima za posledico poslabšanje duševne motnje (Reynolds et al., 2022).

V klinični sliki starostnikov so pogosto v ospredju neznačilne težave, kot so upad funkcionalne sposobnosti in razvoj ali poslabšanje geriatričnih sindromov. Specifični znaki bolezni so lahko odsotni ali zabrisani (Veninšek et al., 2021, p. 1556), pacienti s hudo kronično boleznijo, hudimi simptomi, vključno z neorganiziranim mišljenjem in vedenjem ter odpornostjo na zdravljenje, pa so izpostavljeni večjemu tveganju za slabo prognozo (Reynolds et al., 2022). V vseh organskih sistemih s staranjem pride do sprememb, ki pomembno vplivajo na pojav, napredovanje in izid bolezni. Učinkovitost zdravljenja kroničnih in akutnih bolezni pri starostnikih je pogosto manjša kot pri mlajših, zapleti zdravljenja pa so pogostejši (Veninšek et al., 2021, p1556). Starostniki imajo pogosto zapletene zdravstvene in psihične potrebe, funkcionalne okvare in posebne psihosocialne težave (Gibson & Lo, 2023) in pomembno je, da pri obravnavi starostnika ločimo med spremembami, ki so posledica staranja, in spremembami, ki so posledica bolezni (Veninšek et al., 2021, p. 1550).

Duševne motnje pri starostnikih so glavni vzrok trpljenja in invalidnosti v svetu. Te motnje so pogoste, poslabšajo socialno delovanje, ekonomsko produktivnost in sodelovanje pri zdravljenju ter zmanjšujejo neodvisnost in povzročajo zgodnjo umrljivost zaradi samomora ali somatske bolezni. (Reynolds et al., 2022). Pri ljudeh, starejših od 60 let, je razširjenost

duševnih motenj premalo prepoznana (Dham et al., 2017), nanje pa moramo pomisliti ob osamljenosti in socialni izolaciji starostnika, saj sta povezni z neugodnimi posledicami tako za duševno kot tudi fizično zdravje. Raziskave kažejo, da je osamljenost pogostejša pri ljudeh s hudimi duševnimi motnjami, kot je shizofrenija, kot med splošno populacijo (Reynolds et al., 2022). Med starostniki je pogosta tudi komorbidnost, kar pa oteži zdravljenje in upočasnjuje okrevanje (Dham et al., 2017). Komorbidna stanja lahko povzročijo ali poslabšajo kognitivno staranje, uspešno zdravljenje teh stanj pa lahko ublaži kognitivno disfunkcijo. Poleg tega so številne duševne motnje, kot so depresija, bipolarna motnja, shizofrenija, različne vrste zlorabe substanc in anksiozne motnje, povezane s kognitivnimi poslabšanji (Reynolds et al., 2022). Veliko starostnikov z duševnimi motnjami živi samostojno življenje v domačem okolju (Klug, Gallunder, Hermann, Singer & Schuller, 2019), zaradi komorbidnosti pa je skrb za duševno zdravje teh ljudi in njihovih skrbnikov zelo zahtevna. Ko se ti starostniki še naprej starajo, se pogosto soočajo z vse večjo invalidnostjo, ki je na začetku morda manjša, a postopoma vodi do hujših obolenj. Duševne motnje v veliki meri prispevajo k tem motnjam. Kljub »cunamiju staranja«, ki smo mu trenutno priča, se vzpon posebne oskrbe za starejše razvija počasi (Reynolds et al., 2022). Geriatrično in psihogeriatrično strokovno znanje sta bistvenega pomena za obvladovanje zapletenih komorbidnosti, ki prevladujejo v populaciji starostnikov (Gibson & Lo, 2023).

Organiziranost skupnostne psihiatrične obravnave psihogeriatričnega pacienta na Gorenjskem

Psihiatrična bolnišnica Begunje izvaja dve izvenbolnišnični obravnavi, skupnostno psihiatrično obravnavo (v nadaljevanju SPO) in nadzorovano obravnavo (v nadaljevanju NO). Prva je oblika prostovoljne vključitve, kjer pacient podpiše soglasje, da se strinja s takšno obliko obravnave, lahko pa jo kadarkoli prekliče. Druga pa poteka na podlagi sklepa sodišča in je določena za obdobje šestih mesecev (Zakon o duševnem zdravju - ZDZdr 80.- 90. člen). Obe obravnavi za paciente z duševno motnjo predstavljata premik iz tradicionalne bolnišnične obravnave k obravnavi v domače okolje (Bulić Vidnjević, 2011). Običajno gre za dolgotrajne in celovite obravnave, kar je za psihogeriatrične paciente še posebej pomembno.

Začetki SPO v Psihiatrični bolnišnici Begunje segajo v leto 2012, ko smo se srečali s prvimi pacienti na terenu. Temeljna oblika dela je obisk na pacientovem domu ali v skupnosti, s ciljem preprečiti poslabšanje pacientovega psihičnega stanja in s tem poslabšanje v splošnem funkcioniranju.

SPO izvaja multidisciplinarni tim, v katerem je priporočljivo majhno razmerje med osebjem in pacienti, z namenom, da se pacientom lahko nudi intenzivna zdravstvena in socialna opora (Golay, et al., 2022). Skupnostni psihiatrični tim sestavljajo psihiater, klinični psiholog ali psiholog, socialni delavec, delovni terapevt in diplomirane medicinske sestre (Švab, 2023). Funkcija skupnostnih psihiatričnih timov je, da skupaj s pacienti in njihovimi svojci pripravijo načrt obravnave ter ga izvajajo z namenom doseganja dogovorjenih ciljev (Kraner, 2024). V Psihiatrični bolnišnici Begunje pa multidisciplinarni tim sestavljajo psihiatri (lečeči psihiatri pacienta), magistrica zdravstvene nege, diplomirana medicinska sestra, diplomirani zdravstvenik, dve diplomirani delovni terapevtki in univerzitetno diplomirana socialna delavka. Omenjeni tim ni avtonomen, temveč so člani tima vključeni tudi v delo na drugih oddelkih. Kljub temu pa tim pokriva celotno območje Gorenjske, kar predstavlja 2137 km².

Za kar najbolj učinkovito realizacijo postavljenih ciljev pa je pomembno, da člani tima poznajo mrežo zunanjih služb in njihove vsebine dela. Tako lahko hitro najdejo prave sogovornike za čimbolj kakovostno oskrbo pacienta in podporo svojcem. Psihiatrični tim

sodeluje s številnimi javnimi službami (centri za socialno delo, domovi za starejše občane, zdravstveni domovi, patronažnimi službami, službami oskrbe na domu itd.), nevladnimi organizacijami (ŠENT, OZARA) in drugimi društvi pomembnimi za obravnavo.

Največji korak je bil narejen s povezovanjem s koordinatorji obravnave v skupnosti (v nadaljevanju KOS), ki so zaposleni na CSD in izvajajo delo na podlagi Zakona o duševnem zdravju (ZDZdr 91.– 96. člen). Med laično javnostjo, pa tudi med strokovno, pogosto prihaja do enačenja terminov skupnostna psihiatrična obravnava (SPO) in obravnava v skupnosti, katere izvajalec je KOS. V vsakdanji uporabi se večinoma za obe obravnavi uporablja izraz skupnostna obravnava. Razlika med njima je, da SPO nima zakonske podlage in gre za izvenbolnišnično obravnavo psihiatrične bolnišnice s poudarkom na zdravstvenem delu oziroma zdravstveni pomoči. Obravnava v skupnosti (KOS) pa ima zakonsko podlago in spada pod obravnavo CSD, pri kateri je poudarek na socialni pomoči. Zlasti sodelovanje in povezovanje s KOS pa je bistveno pripomoglo k uspešni obravnavi psihogeriatričnih pacientov.

Izvajanje skupnostne psihiatrične obravnave v praksi

Psihogeriatrični pacient, ki zaključi zdravljenje v bolnišnici, potrebuje pa kontinuirano zdravstveno obravnavo, je lahko v nadaljevanju spremljan tudi v okviru SPO.

Kriteriji za vključitev pacienta v SPO so največkrat:

- huda in ponavljajoča se duševna motnja,
- pogosti sprejemi (več kot enkrat letno) v bolnišnico,
- prisoten upad v vsakodnevem funkcioniranju,
- slabo sodelovanje pri obstoječih oblikah psihiatrične obravnave,
- zloraba alkohola,
- povečanje tveganje za samomor,
- prisotnost pridruženih težav: pomanjkljivi bivanjski pogoji, slaba socialna mreža, pridružena socialna problematika itd.

Po prejemu informacije koordinatorja odpusta na oddelku, da bo pacient nadaljeval obravnavo v okviru SPO, se koordinator SPO poveže z njim in pridobi prve informacije o pacientu. Med hospitalizacijo pacienta se poveže tudi z lečočim psihiatrom, pacientom in če je le mogoče tudi z njegovimi svojci. Pri pacientu, ki je v preteklosti pogosto opuščal terapijo, se poveže tudi s farmacevtko in pridobi kartico zdravil. Glede na pridobljene anamnestične podatke in oceno potreb se izdelata začetni načrt obravnave. Ob odpustu pacienta z oddelka koordinator odpusta dokonča aktivnosti in preda pacienta koordinatorju SPO. Glede na pridobljene informacije in začetnem načrtu obravnave se koordinator SPO že lahko poveže s KOS in skupaj načrtujeta nadaljnje aktivnosti.

Obiski na domu se izvajajo enkrat tedensko do enkrat na mesec in trajajo od 20-60 minut. Obisk izvaja koordinator oziroma koordinatorski par SPO ali KOS.

Koordinator na domu izvaja naslednje ukrepe (Jerič, 2011):

- oceno funkcioniranja in težav,
- preverjanje sodelovanja pri medikamentozni terapiji,
- preverjanje izpolnjevanja predhodnih dogovorov,
- ocena bivalnih razmer,
- psihoedukacija, zdravstveno vzgojno delo za pacienta in svojce,
- podporni razgovor s svojci,
- aplikacija depo terapije,
- načrtovanje in učenje dnevnih aktivnosti,

- učenje socialnih veščin,
- pomoč pri urejanju socialnega statusa,
- posredovanje ob poslabšanju z organizacijo in spodbujanje k hospitalizaciji.

Med obravnavo pacienta na domu ali v skupnosti postavimo dolgoročne in kratkoročne cilje, h katerim stremimo na podlagi načrta obravnave, ki se prilagaja glede na pacientovo trenutno funkcioniranje in njegove potrebe. Za doseg dolgoročnih ciljev izvajamo obdobje evalvacije. Običajno gre za dolgotrajne obravnave, ki lahko trajajo do nekaj mesecev oziroma let. Z obravnavo zaključimo, ko so cilji doseženi, oziroma so izčrpane vse možnosti. Glede na staranje prebivalstva in specifiko psihogeriatričnega pacienta se že sedaj srečujemo s pacienti, ki bodo takšno obliko obravnave verjetno potrebovali trajno.

Med starostniki in mlajšimi obstajajo pomembne razlike v obravnavanju bolezni. Najpomembnejša je v cilju zdravljenja. Cilj zdravljenja pri starostnikih je zagotavljanje kakovosti življenja in čim boljše funkcionalnosti, v bistveno manjši meri pa podaljšanje življenja, kot to velja za mlajše paciente (Veninšek et al., 2021). Zelko & Curic Korpar (2022) sta v raziskavi dokazala, da lahko vključenost v skupnostno obravnavo pomembno vpliva na kakovost življenja ljudi s težavami v duševnem zdravju. Rezultati raziskave so pokazali, da udeleženci kakovost življenja razumejo zelo celostno, kar vključuje telesno, duševno in socialno dobro počutje. Vključenost v skupnostno obravnavo jim omogoča, da dosežejo spremembe v svojem življenju na različnih področjih in v odnosu do samega sebe, ko se soočajo s težavami ali stiskami (Zelko et al., 2022). Idealen pristop k zdravljenju starostnika je individualna obravnavo, pri zdravljenju in obravnavi pa moramo vedno upoštevati njegove želje in prioritete (Veninšek et al., 2021).

Po vsem svetu je vse večja potreba po določitvi učinkovitih programov za starostnike s hudimi duševnimi motnjami. To še posebej velja, ker nezdravljenje ali napačno zdravljenje težav poslabšata zdravstvene, funkcionalne in socialne težave, kar vodi do večje uporabe zdravstvene oskrbe, nepotrebne institucionalizacije in višje umrljivosti ter tudi do znatnega povečanja stroškov zdravstvenih storitev (Klug et al., 2019). Kranjc (2022) ugotavlja, da so storitve dolgotrajne oskrbe v Sloveniji razpršene med različne izvajalce, med katerimi pogosto ni koordinacije. Zaradi tega razloga je najpomembnejši korak, ki vodi k izboljšanju obravnave starostnikov z duševnimi motnjami, sodelovanje med službami za duševno zdravje in drugimi zdravstvenimi storitvami (Waxman, 1986; Dham et al., 2017). Različni programi za starostnike so si podobni, vključujejo spodbujanje možganske in kognitivne funkcije, prepoznavanje zgodnjih opozorilnih znakov ponovitve bolezni, učenje komunikacijskih veščin, psihoizobraževanje pacientov in njihovih družin, upravljanje z zdravili, usposabljanje za socialne veščine, usposabljanje za obvladovanje stresa, usposabljanje za obvladovanje in reševanje težav, vedenjske strategije za obvladovanje psihiatričnih simptomov, nekateri vključujejo tudi zdravstveno vzgojo in postavljajo individualne cilje (Chen et al., 2021; Reynolds et al., 2022). Optimalen sistem varstva duševnega zdravja za starostnika z duševno motnjo bi moral vsebovati strukturiran, celovit in multidisciplinarni pristop z vključitvijo kliničnih, rehabilitacijskih, preventivnih in podpornih storitev s strukturiranim načrtom vodenja, načrtovanim spremljanjem pacienta in izboljšano medpoklicno komunikacijo (Dham et al., 2017; Klug et al., 2019; Veninšek et al., 2021; Reynolds et al., 2022). Vse to vsebuje psihogeriatrični model ACT (Assertive Community Treatment), ki se vedno bolj uveljavlja v tujini. Ohranja glavne komponente standardnega modela ACT, ki se uspešno uporablja za skupnostno obravnavo tudi v Sloveniji, prav tako pa vključuje timsko oskrbo, redne timske sestanke, 24-urne krizne intervencije in zagotavljanje medicinske, psihološke, stanovanjske podpore in podpore pri upravljanju z zdravili in z manjšim poudarkom na poklicni podpori. Osredotočajo se na oceno varnosti doma in mobilnosti, priskrbijo pripomočke za hojo, ocenijo tveganje za padec in pomagajo izvajati strategije za preprečevanje padcev. V domovih

starostnikov medicinske sestre izvajajo tudi manjše medicinsko tehnične posege. V multidisciplinarni tim sta enkrat tedensko vključena tudi geriater in terapevt z geriatričnim znanjem. (Gibson et al., 2023). Rezultati kažejo, da je psihogeriatrično zdravljenje na domu povezano s pomembnim izboljšanjem psihiatričnih simptomov in psihosocialnih težav, z zmanjšanjem sprejemov v bolnišnice in domove za ostarele, boljšem sodelovanjem pri zdravljenju, izboljšanjem socialne vključenosti, večjim zadovoljstvom ter nižjimi stroški oskrbe (Klug et al., 2019; Thoegersen et al., 2019 cited in Zelko et al., 2022). V skupnostni obravnavi v timu Psihiatrične bolnišnice Begunje velikokrat sodelujemo tudi z osebnimi zdravniki psihogeriatričnih pacientov, a nam to včasih predstavlja težavo, saj niso vedno dostopni in se v primeru poslabšanja telesne bolezni znajdemo v nezavidljivi situaciji. Največkrat si pomagamo s službo nujne medicinske pomoči, kar pa v primeru manjših zapletov ni optimalno. Stremeti bi morali k temu, da bi bil v timu vsaj občasno prisoten geriater ali internist, s katerim bi se lahko posvetovali ali pa bi psihogeriatričnega pacienta pregledal in odredil ustrezno zdravljenje.

Zaključek

Organizacija in izvajanje učinkovite SPO je zahteven izziv. Ob obiskovanju psihogeriatričnega pacienta na njegovem domu se lahko pojavijo tudi nepredvidljive in tvegane situacije. Te od nas zahtevajo strokovni pristop, empatičnost, specialna znanja, prepoznavo tveganj, poznavanje deeskalacijskih tehnik, veliko mero iznajdljivosti, fleksibilnosti in ustrezno komunikacijo, ki mora biti konkretna, neposredna in brez sodb. Zaradi kompleksnosti obravnave psihogeriatričnega pacienta, pri katerem je največkrat prisotna komorbidnost, pa bi bilo optimalno, da bi bil v skupnostno obravnavo psihogeriatričnega pacienta vključen tudi geriater ali internist, s katerim bi lahko sodelovali v času poslabšanja telesne bolezni. Trenutno sicer zaradi fleksibilnosti tima in dobrega medsebojnega sodelovanja največkrat poiščemo rešitev in se za pregled psihogeriatričnega pacienta po posvetovanju z lečečim psihiatrom dogovorimo z osebnim zdravnikom, če je le ta na voljo ali s konziliaznim internistom ali nevrologom, ki pa sta v naši bolnišnici prisotna le občasno.

Bistvenega pomena je, da gradimo, vzdržujemo in širimo mrežo povezovanja z zunanjimi službami. Na Gorenjskem bomo že drugo leto zapored v mesecu oktobru združili moči različni strokovnjaki na področju duševnega zdravja in organizirali vrsto dogodkov, ki se bodo odvijali po različnih krajih na Gorenjskem, z namenom prepoznavanja problematike duševnega zdravja in zavedanjem, da je *duševno zdravje univerzalna človekova pravica*.

Literatura

- Bulić Vidnjevič, I. (2011). Modeli skupnostne psihiatrične obravnave – izkušnje in dileme pri prenosu v slovenski prostor. V B. Bregar & J. Peterka Novak, (ur.). *Skupnostna psihiatrična obravnava: zbornik predavanj z recenzijo*. Seminar Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, Ljubljana, 16. marec 2011 (pp. 1-6) Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Chen, Y., Lam, C. S., Deng, H., Yau, E. & Ko, K. Y. (2021). The effectiveness of a community psychiatric rehabilitation program led by laypeople in China: a randomized controlled pilot study. *Frontiers in Psychiatry*, 12(671217), pp. 2-9. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.671217>
- Dham, P., Colman, S., Saperson, K., McAiney, C., Lourenco, L., Kates, N. & Rajji, T. K. (2017). Collaborative care for psychiatric disorders in older adults: A systematic

- review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(11), pp. 761-771. <https://doi.org/10.1177/0706743717720869>
- Gibson, C. L. & Lo, E. (2023). A New Model: Psychogeriatric assertive community treatment. *Psychiatric Services*, 74(104), pp. 104-105. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.20220442>
- Golay, P., Bonsack, C., Silva, B., Pauli G., de Boer, E. & Morandi, S. (2022). Patterns of service use in intensive case management: a six-year longitudinal study. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 49(5), pp. 798-809. <https://doi.10.1007/s10488-022-01198-y>
- Jerič, A., (2011). Razvoj programa skupnostne psihiatrične obravnave po ACT modelu v Psihiatrični kliniki Ljubljana. V B. Bregar & J. Peterka Novak (ur.). *Skupnostna psihiatrična obravnava: zbornik predavanj z recenzijo*. Seminar Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, Ljubljana, 16. marec 2011 (pp. 7-10) Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Klug, G., Gallunder, M., Hermann, G., Singer, M. & Schuler, G. (2019). Effectiveness of multidisciplinary psychiatric home treatment for elderly patients with mental illness: a systematic review of empirical studies. *BMC Psychiatry*, 19(382), pp. 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2369-z>
- Krajnc, A. (2022) Sodelovanje med patronažno zdravstveno nego in zdravstveno nego v socialnem varstvu. V S. Bolčević (ur.). *Obravnava starejših in oseb z motnjo v duševnem razvoju: zbornik predavanj. 42. strokovno srečanje*, Ljubljana 29. junij 2022 (p. 13). Ljubljana: Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Strokovna sekcija izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe v socialnem varstvu.
- Kraner, D. (2024). *Skupnostna psihiatrična obravnava pri pacientih s shizofrenijo* (magistrsko delo). Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
- Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018-2028 (ReNPDZ18-28)* (2018). Uradni list RS, št. 24/18 (27. 3. 2018). <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=RESO120>
- Reynolds, C. F., Jeste, D. F., Perminder, S., Sachdev, P. S. & Dan, G. B. (2022). Mental health care for older adults: recent advances and new directions in clinical practice and research. *World Psychiatry*, 21(3), pp. 336-363. <https://doi.org/10.1002/wps.20996>
- Veninšek, G. & Šabovič, M. (2021) Obravnava starostnika. V M. Košnik, D. Štajer & M. Koželj et al. (ur.). *Interna medicina* (pp. 1549-1560). Ljubljana: Katedra za interno medicino, Medicinska fakulteta v Ljubljani.
- Waxman, H. M. (1986). Community mental health care for the elderly- a look at the obstacles. *Public Health Reports*, 100(3), p. 299. Available: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3086923/>
- Švab, V., Vukša Jurejevčič, N. & Makivić, I. (2023). *Priročnik za skupnostno psihiatrično obravnavo v centrih za duševno zdravje*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Portal GOV.SI. (2023). *Varstvo starejših*. <https://www.gov.si>
- Zelko, E. & Curic Korpar, D. (2022) The impact of the community psychiatric treatment program on the user's quality of life - experience of the study participants. *Materia Socio – Medica*, 34(4), pp. 296-300. <https://doi.org/10.5455/msm.2022.34.296-300>

Vključevanje validacije v komunikacijo oseb z demenco

(gradivo za učno delavnico)

Integrating validation into communication for people with dementia

(workshop material)

Maruša Salkić, dipl. m. s.

Psihiatrična bolnišnica Begunje

marusa.salkic@pb-begunje.si

Izveček

Staranje je naravni proces, ki vključuje fizične, duševne in čustvene spremembe, ki se dogajajo v organizmu skozi čas. Ta proces se začne že ob rojstvu in se nadaljuje skozi življenje. Fizično staranje se kaže v zmanjšanju telesne zmogljivosti, spremembah v koži, upadu funkcionalnosti organov in povečanju tveganja za različne bolezni. Duševno staranje lahko vključuje spremembe v kognitivnih sposobnostih, kot so spomin, učenje in hitrost obdelave informacij. Čustveno staranje pa se lahko odraža v spremembah v odnosih, čustveni stabilnosti in splošnem dojetanju življenja. Demenca je opredeljena kot sindrom, ki ga povzroča kronična ali progresivna možganska bolezen. Nekatere vedenjske in duševne simptome pri demenci lahko predvidimo in s pravočasnim ukrepanjem preprečimo. Za to je potrebno poznavanje validacije in njenih tehnik. Osebe z vsakodnevno uporabo validacije napreduje v znanju in s tem pristopa k pacientu na ustrezen način. V kompleksno zdravstveno obravnavo je smiselno vključiti znanje zdravstvene nege in nove pristope.

Ključne besede: staranje, komunikacija, demenca, zdravstvena nega, validacija, pristopi

Abstract

Ageing is a natural process involving physical, mental and emotional changes that occur in the body over time. This process begins at birth and continues throughout life. Physical ageing is manifested by a decline in physical performance, changes in the skin, a decline in the functionality of organs and an increase in the risk of various diseases. Mental ageing can involve changes in cognitive abilities such as memory, learning and speed of processing information. Emotional ageing can be reflected in changes in relationships, emotional stability and general perception of life. Dementia is defined as a syndrome caused by a chronic or progressive brain disease. Some of the behavioural and mental symptoms of dementia can be predicted and, with timely intervention, prevented. This requires knowledge of validation and its techniques. Staff are advancing their knowledge by using validation on a daily basis and are therefore approaching the patient in an appropriate way... It makes sense to integrate nursing knowledge and new approaches into complex healthcare management.

Key words: ageing, communication, dementia, nursing, validation, approaches.

Uvod

Staranje je fiziološki proces, ki se začne z oploditvijo in ga ne moremo preprečiti. Pri staranju prihaja do sprememb v celicah, njihovi presnovi, delovanju in obnavljanju. Na hitrost staranja vplivata dednost in kakovost življenjskih razmer; pospešujejo ga naslednji dejavniki: vlažno vroče podnebje, mestno življenje, nezdrav način življenja, neuravnotežena prehrana, premalo gibanja, obremenitve v službah, škodljive navade in razvade (Ramovš,2014).

Demenca prizadene možganske funkcije, kot so spomin, mišljenje, orientacija in sposobnost izvajanja vsakodnevnih nalog. Po ocenah Svetovne zdravstvene organizacije je bilo leta 2020 po vsem svetu več kot 50 milijonov ljudi z demenco, pričakuje pa se, da se bo to število do konca leta 2025 potrojilo (WHO, 2020). Z naraščanjem starosti prebivalstva se število oseb z demenco povečuje, kar predstavlja izziv za zdravstveni sistem in družbo kot celoto. Demenca ne prizadene le posameznikov, ki trpijo zaradi te bolezni, ampak tudi njihove družine, prijatelje in skrbnike (Alzheimer's Association, 2023).

Demenca je torej kompleksen nevrološki sindrom, ki vpliva na kognitivne, vedenjske in socialne sposobnosti posameznika. Po podatkih Alzheimer's Association (2022) je Alzheimerjeva bolezen najpogostejša oblika demence, ki predstavlja približno 60-80 % vseh primerov demence.

Znaki, ki motijo socialno integracijo in s katerimi se pogosto srečujemo, so motnje spomina, mišljenja, razumevanja, zaznavanja, volje in dejavnosti, orientacije, komunikacije, računanja, besednega izražanja in presoje. Za demenco je značilno propadanje tistih telesnih in duševnih sposobnosti, ki sicer zdravemu človeku omogočijo, da lahko do pozne starosti ostane samostojen v vseh dnevni aktivnostih. Da bi medicinske sestre znale uspešno pomagati pacientu in njegovim svojcem, moramo poleg simptomov poznati tudi stadije bolezni demence, saj ti vplivajo na oceno stopnje njegove samooskrbe, na našo obliko pomoči, terapevtsko delovanje in raznolikost težav, s katerimi se srečujemo v procesu zdravstvene nege (Majerle, 2000, p. 37).

V središču pozornosti pri obravnavi pacienta z demenco naj ne bo demenca, pač pa človek. Le-ta potrebuje veliko vzpodbude, razumevanja (Mali, Mešl, & Rihter, 2011, p. 11).

Komunikacija

Slovar slovenskega knjižnega jezika najprej opisuje komunikacijo kot sredstvo, po katerem se neka stvar prenaša. Komunikacijo s prilastkom opisuje kot »sredstvo, ki omogoča izmenjavo, posredovanje informacij-komunikacijsko sredstvo« (Slovar knjižnega jezika 2000). Nazadnje jo opisuje še kot tehniko sporazumevanja, komuniciranja.

Validacija

Validacija je metoda pri delu s pacienti z demenco, ki jo je leta 1963 razvila ameriška socialna delavka Naomi Feil. Beseda je francosko-latinskega izvora, valeur pomeni vrednost-vrednota. Pomeni tudi priznavanje ali potrditev veljavnosti.

Validacija pomeni spoštovanje, priznanje veljavnosti, spremljanje drugega na njegovi poti-drugega spoštujem; kar mi sporoča, jemljem kot resnično in veljavno ter se pri tem poskušam vživeti v njegovo situacijo. Validacija je lahko v pomoč kot metoda izboljševanja odnosov med pacienti, njihovimi svojci ter strokovnim osebjem. Naloga profesionalnega osebja je, da pri osebah z demenco znova omogoči komunikacijo (Van Hülsen, 2010, str.35-36.)

Za boljše delo s pacienti z demenco je Naomi Feil demenco razdelila na 4 stadije (Van Hülsen, 2000, pp. 62-63):

Stadij 1 – NESREČNA POMANJKLJIVA ORIENTACIJA

- pogosto živijo še v lastnem gospodinjstvu;
- pogosto se pripravajo s svojci, sosedi;
- pogosto obtožujejo;
- opazijo svoje izgube in omejitve, vendar si jih ne priznavajo;

- časovno, prostorsko in osebno so popolnoma orientirani.

Stadij 2 – ČASOVNA DEZORIENTIRANOST:

- pogosto jih najdemo na psihiatriji zaradi vedenjskih sprememb;
- so zelo nemirni;
- občasno opazijo svoje omejitve in so nato zelo nesrečni;
- osebno so še vedno orientirani, časovno in prostorsko so večinoma neorientirani.

Stadij 3 – PONAVLJAJOČI SE GIBI:

- živijo pretežno v domovih za starejše ali pri svojcih, pogosto so hospitalizirani na psihiatriji;
- nenehno hodijo, brišejo, kličejo, pri tem imajo dobro fizično kondicijo;
- komaj opazijo svoje deficite;
- redko so še osebno orientirani, časovno in prostorsko pa ne več.

Stadij 4 – VEGETIRANJE

- živijo skoraj izključno v domovih za starejše
- na zunanje dražljaje se redko odzivajo ali pa sploh ne,
- ležijo v postelji ali sedijo na invalidskem vozičku;
- zdi se, da svojih deficitov ne zaznavajo več;
- če jih pokličemo po imenu, se ne odzovejo ali le redko.

Oblike in metode dela pri pacientu z demenco

Pacienti z demenco zaradi upada vseh višjih duševnih funkcij niso več sposobni samostojnega življenja. Za ohranitev njihovih psihičnih in fizičnih sposobnosti jih je potrebno spodbujati k dejavnostim. Aktivnosti so usmerjene predvsem v dnevne aktivnosti, telesne aktivnosti, socialne aktivnosti, aktivnosti za spodbujanje spoznavnih sposobnosti (Kogoj, 2003).

Načela in cilji validacije

Pri razlagi vedenja pacienta z demenco je potrebno poznati načela validacije. Naomi Feil poudarja (Van Hulslen, 2010, p. 40):

- vsak pacient je edinstven in mora biti obravnavan kot posameznik;
- vsak pacient je dragocen, ne glede na to, v kakšni meri je neorientiran;
- za vedenje neorientiranih pacientov obstaja razlog;
- vedenje ni le posledica anatomskih sprememb v možganih, temveč je rezultat kombinacije telesnih, socialnih in psihičnih sprememb, ki so se zgodile v življenju;
- pacientov z demenco ne moremo prisiliti, da bi spremenili svoje vedenje, vedenje se lahko spremeni samo, če pacient to hoče;
- paciente moramo spremljati, ne da bi jih ocenjevali;
- k vsakemu življenjskemu obdobju sodijo določene naloge, če jih pacient v določenem obdobju ne opravi, to lahko povzroči psihične težave;
- ko začne kratkoročni spomin popuščati, poskušajo pacienti vzpostaviti ravnovesje s tem, da posegajo po preteklih dogodkih v življenju;
- ko se slabša vid, slišijo zvoke iz preteklosti;
- izraženi in priznani boleči občutki, ki jih razume/ čuti skupaj s pacientom z demenco medicinska sestra, slabijo (ko pacient z demenco veliko joka, je žalosten in se umika

vase, referenčna oseba pa z njim govori čuteče in ga objame, pacient ve, da ga nekdo posluša);

- ignorirani in potlačeni boleči občutki postajajo vedno močnejši (pacienta je potrebno potolažiti, ker se bo sicer še bolj umaknil v svoj svet);
- empatija/čuteče razumevanje prispeva k zaupanju, zmanjšuje napetost, vznemirjenost in omogoča spoštljivost.

Poznavanje tehnik validacije nam pomaga k lažjemu razumevanju ter nas usmerja. Z vajo se je možno le-teh tudi naučiti (Van Hùlsen, 2010, pp. 85-96):

- **CENTRIRANJE** je dihalna vaja, s katero začnemo vsak pogovor. Omogoča preusmeritev misli, ustvarjanje mirnega ozračja in pripravo na novo situacijo. Dihalna vaja je kot avtogeni trening, ki sprošča in spočije;
- **UPORABA JASNIH, VREDNOSTNO NEVTRALNIH BESED** vključuje besede, ki se začnejo kdo, kaj, kje, kako, kdaj in izražajo zanimanje. Besede zakaj ali kako to, ne uporabljajmo. Zahteva pojasnila, ki pa nam jih pacienti z demenco ne morejo dati;
- **PONAVLJANJE**, ko sogovornik ponovi smisel tega, kar je povedal pacient z demenco. Pri tem je pozoren na barvo glasu in melodijo govora, če pacient govori hitro, moramo hitrost govora prilagoditi;
- **UPORABA EKSTREMOV**, s katerimi preusmerimo pacienta z demenco na neki drugi dogodek, ki ga je osrečil ali pa tudi ne;
- **PREDSTAVLJATI SI NASPROTJE**, s čimer damo sogovorniku občutek varnosti, pomirjanja, zmanjševanja strahu;
- **SPOMINJANJE** lahko nakaže rešitev, ki je bila uporabljena v preteklosti;
- **VZPOSTAVITI PTISTEN STIK Z OČMI, POGLED NAJ NATO NEKAJ ČASA POČIVA NA TEJ TOČKI**, s katerim nudimo zaupanje, naklonjenost, ki jo podkrepimo z dotikom roke ali rame, kar deluje pomirjujoče;
- **VEČPOMENSKOST**, kjer uporabimo zaimke, kar pride v poštev pri delu s časovno neorientiranimi pacienti;
- **USTREZEN GLAS, PRIMEREN SITUACIJI** npr. če se pacient z demenco jezi, moramo temu ustrezno odreagirati in mu dati občutek, da ga jemljemo resno. Torej, če zviša ton glasu, ga zvišajmo tudi mi. Sicer mu sporočamo nasprotno. Z ustreznim, izbranim tonom glasu pacienta lahko pomirimo;
- **ZRCALJENJE** omogoča sogovorncu, da se vživi v drugo osebo. S pomočjo opazovanja zrcalimo njene gibe in občutke. Ob nenehni hoji po hodniku se pacient utruji, a kljub temu ne neha. Ko hodimo ob njem preusmerimo njegovo pozornost, navežemo stik in ga pomirimo. To tehniko priporoča izvajati večkrat na dan;
- **POVEZOVANJE VEDENJA S ČLOVEKOVO TEMELJNO POTREBO, KI NI IZPOLNJENA**. Ljudje imamo temeljno potrebo po ljubezni. Pacienti z demenco so zanj pogosto prikrajšani, kar kažejo s svojim vedenjem. Imajo tudi druge potrebe, ki morajo biti izpolnjene. Njihovo vedenje ima vzrok. Zato je naša naloga zagotoviti temeljne potrebe, nuditi toplino in varnost. Pomembno je, da najdemo njegove temeljne potrebe, ker ga tako bolje razumemo in sprejemamo;
- **PREPOZNATI IN UPORABITI PREDNSOTNO ČUTILO**, ki je pri komunikaciji s pacientom z demenco zelo pomembno. Naučiti se je potrebno prepoznavati, katero čutilo uporablja. Tako lažje navežemo stik, preusmerimo pozornost, ga motiviramo in spodbujamo k izvajanju aktivnosti;

- DOTIKI se uporabljajo, ko sposobnosti zaznavanja opešajo. Besede so tukaj manj pomembne. Moramo biti sposobni oceniti, do kam smemo. Razpoznati je potrebno, kateri dotiki so mu všeč oziroma so blagodejni. Z dotiki ne sme nastati neravnovesje;
- UPORABA GLASBE lahko poživlja in stimulira, če jo uporabljamo načrtno, prilagojeno vsakemu posamezniku in časovno omejeno. Vsak lahko najde glasbo po svojem okusu. Koristno je vedeti, katera glasba je komu všeč. Pacienti z demenco včasih ne znajo povedati niti ene same besede. Presenetljivo pa znajo zapeti pesem iz svojega preteklega življenja.

V skladu z nacionalno Strategijo obvladovanja demence v Sloveniji je izobraževanje zdravstvenih delavcev o komunikaciji z osebami z demenco ključnega pomena za izboljšanje kakovosti zdravstvene oskrbe. Učinkovita komunikacija zahteva ne le razumevanje posebnosti demence, temveč tudi ustrezno število in usposobljenost kadra. Strategija poudarja potrebo po kontinuiranem izobraževanju in usposabljanju zdravstvenih delavcev v komunikacijskih tehnikah, ki so prilagojene potrebam oseb z demenco. Zagotavljanje zadostnega števila usposobljenega kadra je ključno za zagotavljanje kakovostne komunikacije in zdravstvene oskrbe (Ministrstvo za zdravje, 2023).

Zaključek

Komunikacija z osebami z demenco zahteva poseben pristop, ki temelji na potrditvi njihovih čustev in doživljanja. Validacija, kot tehnika, omogoča zdravstvenim delavcem, da se odzovejo na čustvene potrebe oseb z demenco na način, ki jih ne zanika, ampak jih sprejme, kar krepi njihovo dostojanstvo in občutek lastne vrednosti.

S tem pristopom lahko zdravstveni delavci izboljšajo kakovost življenja oseb z demenco, zmanjšajo stres in tesnobo ter ustvarijo boljše medsebojne odnose. Zavedanje, da se osebe z demenco pogosto izražajo skozi čustva in ne besede, je ključno za uspešno komunikacijo. Zato je pomembno, da negovalci razvijajo veščine aktivnega poslušanja, empatije in validacije, kar omogoča boljšo prilagoditev na edinstvene potrebe vsakega posameznika z demenco.

V zaključku lahko trdimo, da sta validacija in prilagojena komunikacija bistvena za ustvarjanje podpore, ki je ne le fizična, ampak tudi čustvena, kar je ključno za zagotavljanje celostne oskrbe oseb z demenco.

Literatura

- Alzheimer's Association. (2022). *Communication tips for successful communication during all stages of alzheimer's disease*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.alz.org/media/Documents/alzheimers-dementia-communication-ts.pdf
- Alzheimer's Association. (2023). Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, 15(3), pp. 321-387. <https://www.alz.org/alzheimers-dementia/facts-figures>
- Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša ZRC SAZU. (2000). *Slovar slovenskega knjižnega jezika (Spletna izdaja)*. Ljubljana: Znanstvenoraziskovalni center Slovenske akademije znanosti in umetnost.
- Mali, J., Mešl, N. & Rihter, L. (2011). Socialno delo z osebami z demenco – Raziskovanje potreb oseb z demenco in odgovorov nanje. *Socialno delo*, 58(3-4), pp. 311-315. <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-TBTEOBR2/ca946aed-6bcd-46a4-95f5-99bb89f9438c/PDF>

- Ministrstvo za zdravje. (2023). *Strategija obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2030*.
<https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/NOVICE/Strategija-obvladovanja-demence-v-Sloveniji-do-leta-2030.pdf>
- Nimmons, D., Manthorpe, J., West, E., Rait, G., Sampson, E. L., Iliffe, S. & Davies, N. (2023). Views of people living with dementia and their carers on their present and future: a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 22(1), p. 38.
- Portal za izobraževanje iz zdravstvene nege. (2023). *Komunikacija s pacientom*.
<https://www.zdravstvena.info/vsznj/komunikacija-s-pacientom/>
- Ramovš, J. (2014). *Kakovostna starost*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
- Van Hülsen, A. (2010). *Zid molka: Oblike dela z osebami z demenco na primeru validacije in drugih novih teorij*. Logatec: Slovenija First Imperl.



DRUŠTVO

*medicinskih sester, babic in
zdravstvenih tehnikov*

GORENJSKE