

Prijedlog kompetentnosti medicinske sestre u zajednici u cilju zagovaranja mentalnog zdravlja

Zoran Bradaš, Marija Božičević

Klinički bolnički centar Zagreb – Klinika za psihijatriju

Uvod

Psihijatrijsko sestrinstvo 21. stoljeća je sestrinstvo u zajednici stoga je potrebno planirati i razvijati programe izvanbolničke rehabilitacije za osobe s psihičkim poremećajima kako bi se spriječile ponovne rehospitalizacije, lišavanja poslovne sposobnosti te smještaj u domove socijalne skrbi.

1. Usluge u zajednici treba provoditi multidisciplinarni tim koji uključuje medicinsku sestru s odgovarajućim stupnjem obrazovanja ovisno o intervencijama koje provodi:
 - **medicinska sestra/ tehničar sss-osobni asistent**, aplikacija terapije
 - **prvostupnik/ca sestrinstva**; psihijatrijska patronaža
 - **dipl. medicinska sestra/tehničar, magistar/magistra sestrinstva**; koordinacija u liječenju, casemanagement
2. Promjena odnosa medicinska sestra/tehničar-pacijent u pravcu ravnopravnosti, partnerstva, uspostavljanja dobrog terapijskog odnosa, njegovanje autonomije nasuprot paternalizmu
3. Potrebna je edukacija o ljudskim pravima-upoznavanje s konvencijom o ravnopravnosti osoba s invaliditetom UN-a
4. Pacijent ima pravo na ravnopravan život u zajednici kao i drugi građani zdravi ili bolesni od tjelesnih bolesti
5. Bolnički sustav ne priprema pacijenta za život u zajednici-okrenut je kroničnosti, a ne oporavku
6. Nedostatak programa u zajednici su barijere oporavku oboljelih od psihičkih poremećaja
7. Sadašnje stanje vezano za službe u zajednici nije zadovoljavajuće obzirom na razvijenost službi u zajednici i usluge koje se pružaju

Preporuke svjetske zdravstvene organizacije o organizaciji skrbi za mentalno zdravlje

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) navodi da efikasne službe za mentalno zdravlje uključuju povezanost različitih ustanova i usluga koje postoje u zajednici, a koje međusobno suađuju. Potreban je balans između bolničkih i izvanbolničkih službi.

BOLNIČKO LIJEČENJE NIJE DOVOLJNO DA BI SE OBOLJELI OPORAVILI OD PSIHIČKE BOLESTI. SVJETSKA ZDRAVSTVENA ORGANIZACIJA SMATRA DA JE DUGOTRAJNO BOLNIČKO LIJEČENJE SKUPO I NEEFIKASNO

SZO preporuča deinstitucionalizaciju, naglasak je na pružanje pomoći u izvanbolničkom sustavu liječenja, kratkotrajno bolničko liječenje, povezan sustav usluga u zajednici koji uključuje slijedeće:

Usluge na primarnom nivou (nivo obiteljske medicine i doma zdravlja) koje provode rano otkrivanje i liječenje mentalnih poremećaja, imaju specifične programe za depresiju, anksiozne poremećaje, prve psihotične poremećaje i upućivanje na druge razine službe za zaštitu i unaprjeđenje mentalnog zdravlja kada je to potrebno.

Služba za mentalno zdravlje u zajednici uključuje dnevne centre, centre za rehabilitaciju, mobilni tim za krizne intervencije, usluge poput casemanagementa (specifični oblik brige za osobe koje učestalo koriste bolničko liječenje), pomoći kod zapošljavanja i drugih psihosocijalnih postupaka namijenjenih osposobljavanju za samostalni život i rad.

Smještaj u zajednici i različite oblike superviziranog smještaja, organiziranog stanovanja, pomoći u kući, nasuprot smještaja u domove socijalne skrbi udaljenim od mjesta stanovanja.

Bolničko liječenje je kratkotrajno, *dugotrajnije liječenje za manji broj osoba*

Neformalne programe samopomoći i socijalnog uključivanja koje organiziraju nevladine udruge-one su važan dio sustava ali ne mogu zamijeniti druge funkcionalne dijelove

SZO preporuča poštivanje određenih principa u službama za mentalno zdravlje:

Pristupačnost; službe u blizini mjesta gdje žive korisnici usluga

Sveobuhvatnost; uključuje dostupnost različitih metoda

Kontinuirana koordinirana skrb nakon bolničkog liječenja korištenjem različitih drugih službi osim medicinskih poput socijalne skrbi, zapošljavanja

Služba vođena potrebama korisnika

Efikasnost; korištenjem postupaka i programa čija se učinkovitost može lako dokazati

Jednakost; usluge trebaju biti dostupne svim osobama kojima su potrebne

Zaštita i unapređenje ljudskih prava - osobe s mentalnim poremećajima imaju ista ljudska prava

Informacije; točne informacije o sustavu liječenja i ljudskim pravima

CILJEVI LIJEČENJA SU OPORAVAK I OSNAŽIVANJE

POSLJEDICE nedostatka sustava usluga za mentalno zdravlje:

- Učestale hospitalizacije bez obzira na dijagnozu
- Hospitalizacije i za one poremećaje koji se u EU u pravilu ne liječe u bolnici
- Veliki broj bolovanja
- Prerano umirovljenje
- Nezaposlenost
- Smještaj u domove socijalne skrbi
- Socijalna isključenost
- Lišavanje poslovne sposobnosti
- Nerazvijanje usluga u zajednici
- Deinstitutionalizacija je zahtjev vladi RH
- Razvijanje alternative hospitalizaciji
- Konvencija o ravnopravnosti osobas invaliditetom UN-a; ravnopravnost osoba s invaliditetom uz pružanje podrške za smanjene sposobnosti, poticanje maksimalne autonomije, pravo za život u zajednici a ne lišavanje prava

1. Mentalno zdravlje sastavni je dio općeg zdravlja pojedinca, ali i zajednice, te čini preduvjet za optimalno funkcioniranje pojedinca, obitelji, zajednice i društva.

2. Na nacionalnom nivou: **POTREBNO JE JASNO SE ODREDITI PREMA DEINSTITUCIONALIZACIJI.**

Potrebno je revidirati nacionalnu strategiju zaštite mentalnog zdravlja za razdoblje od 2011. do 2016. g., na način da se jasno opredijeli za deinstitucionalizaciju i razvoj službi u zajednici kako to savjetuje SZO i da se započne IMPLEMENTACIJA.

3. Potrebno je u postojećem financiranju usluga za mentalno zdravlje dati prednost financiranju usluga za mentalno zdravlje u zajednici koje su alternativa bolničkom liječenju poput casemanagementa, vanbolničkih programa za liječenje depresije i anksioznih stanja, prvih psihotičnih epizoda, programa rehabilitacije, socijalnog uključivanja u sustavu zdravstva, sustavu socijalne skrbi i u sustavu udruga.

4. Medicinske sestre/tehničari mogu djelovati samostalno ili kao članovi multidisciplinarnog tima u svim područjima zaštite mentalnog zdravlja u zajednici; na promociji i unaprjeđenju mentalnog zdravlja, na prevenciji te ranom prepoznavanju i različitim oblicima liječenja mentalnih poremećaja kao casemanagement, patronaža, izvanbolnička rehabilitacija, dnevni centri koji potiču socijalno uključivanje i povećanje kapaciteta za rad i zapošljavanje.

5. Za učinkovitu i kvalitetnu organizaciju i provođenje sestrinske skrbi na području mentalnog zdravlja potrebno je razviti programe, standarde i smjernice, odrediti kompetencije, provoditi kontinuiranu i koordiniranu zdravstvenu njegu baziranu na dokazima te osigurati edukaciju na svim razinama obrazovanja medicinskih sestara/tehničara.

6. Edukacija za rad u zajednici svih kadrova; nove usluge, orijentacija prema oporavku, prava pacijenata.

Zaključak:

Iz svega gore navedenog, ambulanta za koordinaciju liječenja je nužnost da se prevlada situacija kada u RH ne postoje službe za mentalno zdravlje.

Naime u istoj bi se primjenjivao individualizirani pristup, a usluge koje bi se pružale su:

- vođenje registra pacijenata;
- aplikacija dugodjelujućih antipsihotika;

- rano prepoznavanje relapsa bolesti;
- kontinuirano praćenje uzimanja propisane th;
- kućne posjete;
- poboljšanje kvalitete obiteljskih odnosa;
- psihoedukacija pacijenta i obitelji;
- anti-stigma program;
- wellness programi;
- učenje socijalnih vještina;
- radna i okupaciona terapija;
- intenzivna suradnja s liječnikom obiteljske medicine, patronažnom sestrom, socijalnim radnikom, farmaceutom;
- rad koordinatora liječenja je superviziran.

Literatura:

1. Anthony W. A., Forbes R., Cohen M. R. Rehabilitation oriented Case management in Harris M., Bergman H. (eds) Case management for mentally ill patients: Theory and practice Chur Switzerland, Harwood Academic, 1993.
2. Bachrach L. Case management revised. Hospital and community psychiatry,1992; 43:209-210.
3. Berg A, Hallberg IR. Psychiatric nurses' lived experiences of working with inpatient care on a general team psychiatric ward. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2000;7:323-333.
4. Božičević, M., Bradaš, Z., Knjiga radova: Sestrinske dijagnoze u zdravstvenoj skrbi psihijatrijskog bolesnika, HUMS, 2011.
5. Božičević,M.,Bradaš,Z., Knjiga radova: Psihijatrijsko sestrinstvo u zajednici, HUMS, 2012.
6. Bradaš Z., Božičević M., Sestrinska dokumentacija i sestrinske dijagnoze u psihijatriji. Knjiga radova 11. dana psihijatrijskog društva, HUMS, 2005.
7. Bradaš,Z.,Božičević,M.,MihaljevićPeleš,A.,Biologijska psihijatrija, HUMS, Zagreb, 2011.
8. Burns T., Florist A., Holloway F., Malm U., Rossler W. Case Management and Assertive Community Treatment in Europe. *Psychiatric Services*, 2001; 52:631-636.

9. Clark R. E., Fox L. T. S. A framework for evaluating the economic impact of case management Hospital and community psychiatry, 1993; 44:469-473.
10. Cleary M, Edwards C. 'Something always comes up': nurse-patient interaction in an acute psychiatric setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 1999;6:469-477.
11. Cleary M, Edwards C, Meehan T. Factors influencing nurse patient interaction in the acute psychiatric setting: an exploratory investigation. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*. 1999;8:109-116.
12. Coastworth-Puspoky R, Forchuk C, Ward-Griffin C. Nurse-patient process in mental health: recipients' perspectives. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2006;13:347-355.
13. Dixon LB, Dickerson F, Bellack A S et al et al The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendation and Summary Statements Sch Bull 36, 2010 48-70.
14. Dzipa F, Ahern K What Makes a Quality Therapeutic Relationship in Psychiatric/Mental Health Nursing: A Review of the Research The Internet Journal of Advanced Nursing Practice 10 ;2009.
15. DOH 1990. The Care program Approach for People with a mental illness referred to the specialist psychiatric services HC (90) 23/LASSL (90) 11 cit prema Training Manual Case management Mental health Project for south –eastern Europe, 2008.
16. Harris M., Bergman H. C. Misconceptions About the Use of Case management Services by the Chronically mentally Ill: A Utilization Analysis, Hospital and Community psychiatry, 1988; 39:1276-80.
17. Intagliata J. Improving the Quality of Community care for the Chronically mentally Disabled: The role of Case Management Schizophr. Bull, 1982; 8:655-74.
18. Johansson H, Eklund M. Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2003;17:339-346.
19. Kanter J. Clinical Case management: Definition, principles, Components Hospital and Community psychiatry, 1989; 40:361-8.
20. Martin T, Street AF. Exploring evidence of the therapeutic relationship in forensic nursing *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2003;10:531-551.
21. Mueser K. T., Bond G. R., Resnick S. G. Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management Schizophrenia Bulletin, 1998; 24:37-41.

22. Muijen M., Cooney M., Strathdee G. Community Psychiatric Nurse Teams: Intensive Support versus Generic care *Br. J. of Psychiatry*, 1994; 165:211-217.
23. Olsen D., Rickles J., Travlek K. A treatment team model of managed mental health care *Psychiatric services* 1995; 46:252-256.
24. Rapp C. A. and Wintersteen R. The Strengths Model of Case management: Results From Twelve Demonstrations *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1989; 13:23-32.
25. Rydon SE. The attitudes, knowledge and skills needed in mental health nurses: The perspectives of users of mental health services. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2005;14:78-87.
26. Ryan P. & Morgan S. *Assertive Outreach: Strengths approach to policy and practice* Chuchil Livingstone, 2004.
27. Shattell M, McAllister S, Hogan B, Thomas SP. "She took the time to make sure she understood: Mental health patients' experience of being understood. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2006;20(5):234-241.
28. Shattell M, Starr SS, Thomas SP. 'Take my hand, help me out': Mental health service recipients' experience of the therapeutic relationship. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2007;16:274-284.
29. Schafer P, Peternej-Taylor C. Therapeutic relationships and boundary maintenance: the perspective of forensic patients enrolled in a treatment program for violent offenders. *Issues in mental health nursing*. 2003;24(605-625).
30. Scott J. E., Lehman A. F. Case management and assertive community treatment In: Tornicroft G., Szmukler G. (eds) *Textbook of Community psychiatry* London: Oxford University press, 2001; 233-263.
31. Surles R. C., Blanch A. K., Shern D. L., Donohue S. A. Casamanagment as a strategy for system change *Health Affairs*, 1992; 11:161-62.
32. Štrkalj-Ivezić S., Mužinić L., Vidulin V. Progam koodiniranog liječenja (case management) u rehabilitaciji osoba sa psihotičnim poremećajem. *Socijalna psihijatrija*, 2009; 37:83-91.
33. Štrkalj- Ivezić S, Martić -Biočina S Reakcije obitelji na psihičku bolest člana obitelji *Medicina fluminensis* 46;2010:318-324.
34. Štrkalj –Ivezić S Psihoza, shizoafektivni poremećaj, shizofrenija, bipolarni poremećaj: Psihoedukacija između informacije i psihoterapije Zagreb: Medicinska naknada 2011.

35. World Psychiatric Association Reducing the stigma of mental illness.. The Global Programme to Fight the Stigma and Discrimination Because of Schizophrenia 2002 report. Chicago: World Psychiatric Association; 2002. Open The Doors; 92 pp.
36. Zubin J, Steinhauer SR, Condray R Vulnerability to relapse in schizophrenia. Br. J Psychiatry Supp 1992; 18 13-8.