



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



**Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov
v nevrologiji**

**OBRAVNAVA NEVROLOŠKEGA PACIENTA SKOZI
PRIZMO STROKOVNIH SEKCIJ ZBORNICE - ZVEZE**

ZBORNİK PRISPEVKOV Z RECENZIJO

**17. strokovno srečanje
Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v nevrologiji**



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



**Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov
v nevrologiji**

**OBRAVNAVA NEVROLOŠKEGA PACIENTA SKOZI
PRIZMO STROKOVNIH SEKCIJ ZBORNICE - ZVEZE**

ZBORNİK PRISPEVKOV Z RECENZIJO

Portorož, 18. november 2022

Obravnavna nevrološkega pacienta skozi prizmo strokovnih sekcij Zbornice - Zveze

Zbornik prispevkov z recenzijo, 17. strokovno srečanje

Recenzija:

Bojana Sečnjak

Urednika:

Bojana Sečnjak

Robert Rajnar

Izdala in založila:

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

Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v nevrologiji

Za založnika:

Robert Rajnar

Oblikovanje naslovnice:

Robert Rajnar

Oblikovanje besedila:

Bojana Sečnjak

Robert Rajnar

Kraj in leto izdaje:

Ljubljana, 2022

Avtorji odgovarjajo za vsebino članka, strokovnost navedb ter pravilno citiranje literature in virov. Članki niso lektorirani.

Vse pravice pridržane. Prepovedano je sleherno reproduciranje, razmnoževanje, javno predvajanje, tiskanje ali kakršna koli druga oblika objavljanja strani ali izsekov tega zbornika brez pisnega dovoljenja Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v nevrologiji.

CIP - Kataložni zapis o publikaciji

Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani

COBISS.SI-ID 129761539

ISBN 978-961-273-252-3 (PDF)

KAZALO

Uvod	4
Če izgleda nevrolško še ni nujno za nevrolško, Matej Mažič	5
Urgentna obravnava nevrolških pacientov, Armin Nuhić, Žan Mavrič	10
Pravilen pristop k obravnavi nevrolškega pacienta z agresivnim vedenjem, Aljoša Lapanja	19
Znanja, ki jih je potrebno obuditi pri obravnavi nevrolškega pacienta, Anita Jelar	26
Multidisciplinarni pristop pri obravnavi nevrolških pacientov z multiplo sklerozo in spinalno mišično atrofijo, Nives Matko, Mojca Lukša	34
Sodelovanje med zaposlenimi za kakovostno obravnavo pacienta pred in po operativnem zdravljenju zožitve karotidne arterije, Darja Turk	43
Pomembnost promocije zdravja in zdravstvene vzgoje v rehabilitaciji nevrolškega pacienta – motivacija za zdrav življenjski slog ima prednost pred zdravili, Nataša Vidnar	51
Pomen ustnega zdravja nevrolškega pacienta, Damjana Grubar	53
Prve izkušnje z zdravilom Lecigon, Lidija Ocepek, Robert Rajnar	59
Izzivi za rehabilitacijsko zdravstveno nego pri obravnavi nevrolškega pacienta v URI Soča, Jan Orešnik	65
Vloga patronažne medicinske sestre pri nevrolškem pacientu v domačem okolju, Staša Rojten	71
Izzivi pri delu z uporabnikom z nevrolškim obolenjem v socialnovarstvenem zavodu, Slavko Bolčević, Ivanka Limonšek	74
Priprava pacienta z multiplo sklerozo na terapijo s SIP modulatorji, Melita Kokol	81

UVOD

Tokratni zbornik je nastal na podlagi prispevkov 17. strokovnega srečanja Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v nevrologiji, ki je potekalo 18. novembra 2022, v hotelu Kempinski Palace Portorož.

Obravnava pacienta je interdisciplinarno delo, katerega zelo pomemben član so izvajalci zdravstvene nege. Njihova vloga je zelo pomembna pri ohranjanju zdravja, v procesu zdravljenja, edukacije, motivacije in so nepogrešljivi pacientovi zaupniki.

S tovrstnimi strokovnimi srečanji želimo opolnomočiti zaposlene v zdravstveni negi z znanji, ki jim pomagajo pri vsakodnevnem delu s pacienti, s tem pa izboljšamo tudi zdravstveno obravnavo pacienta in njihovih oskrbovalcev.

Tokratno strokovno srečanje je zajelo obravnavo nevrološkega pacienta skozi različne discipline zdravstvenega in socialnega varstva, saj obravnava nevrološkega pacienta še zdaleč ne poteka samo v sklopu nevroloških oz. internističnih oddelkov, ambulant. Z izmenjavo izkušenj in znanj izvajalcev zdravstvene nege na primarnem, sekundarnem in terciarnem nivoju zdravstvenega in socialnega varstva bomo pripomogli k izboljšanju zdravstvene obravnave pacientov, prav tako pa smo se med sabo povezali strokovni sodelavci z različnimi subspecialnimi znanji. K sodelovanju smo povabili strokovne sekcije Zbornice – Zveze s področij kjer, poleg nevrološke, največkrat poteka obravnava nevrološkega pacienta. Vabilu se je odzvalo 11 strokovnih sekcij Zbornice – Zveze in trije podporniki s simpozijem.

Naša strokovna srečanja običajno dosežejo obisk do 100 udeležencev, z zborniki predavanj, ki jih prejmejo udeleženci, pa je doseg še veliko širši.

Strokovnega srečanja se je udeležilo več kot 130 udeležencev in 11 podpornikov. Verjamem, da bodo vsebine prispevkov iz zbornika dosegle še širši krog strokovnjakov s področja zdravstvenih strok, tudi vse tiste, ki se nam zaradi delovnih obveznosti na dan strokovnega srečanja niso mogli pridružiti in bodoče sodelavke in sodelavce, ki so še v učnem procesu. Opremljeni s temi znanji lahko zaposleni v zdravstveni negi pomembno vplivamo h kvalitetnejši obravnavi uporabnic in uporabnikov zdravstvenih storitev.

Robert Rajnar

ČE IZGLEDA NEVROLOŠKO, ŠE NI NUJNO ZA NEVROLOŠKO

IF IT LOOKS NEUROLOGICAL, IT IS NOT NECESSARILY NEUROLOGICAL

asist. Matej Mažič, mag. zdr. n.

Sekcija reševalcev v zdravstvu
Splošna bolnišnica Celje, Urgentni center

e-naslov: matej.mazic@sb-celje.si

Izvleček

Najpogostejši simptomi, zaradi katerih bolniki napoteni v urgentno nevrološko ambulanto so motnje zavesti, krči, motnje hoje, tremor, vrtoglavica, demenca, nenadna hemiplegija, diplopija. Pravilna in pravočasna napotitev simptomatskega bolnika v ustrezno specialistično obravnavo izboljša kvaliteto oskrbe in zviša preživetje teh bolnikov. Simptomi in znaki nevrološkega bolnika se pogosto prepletajo z drugimi stanji v interni medicini, toksikologiji, onkologiji, žilni kirurgiji ali travmatologiji. Z natančno anamnezo oz. heteroanamnezo ter kliničnim pregledom lahko v precejšnji meri preprečimo napačno usmerjanje pacientov ter jim zagotovimo varno in kakovostno oskrbo.

Ključne besede: nujna stanja, nevrologija, urgentna medicina

Abstract

The most common symptoms for which patients are referred to the emergency neurology clinic are disturbances of consciousness, convulsions, gait disturbances, tremors, vertigo, dementia, sudden hemiplegia, diplopia. Correct and timely referral of a symptomatic patient to appropriate specialist treatment improves the quality of care and increases the survival of these patients. The symptoms and signs of a neurological patient are often intertwined with other conditions in internal medicine, toxicology, oncology, vascular surgery or traumatology. With a detailed medical history or heteroanamnesis and clinical examinations can largely prevent misdirection of patients and provide them with safe and high-quality care.

Key words: emergencies, neurology, emergency medicine

Uvod

Komatozen bolnik lahko predstavlja diferencialno diagnostično trd oreh. Poleg internističnih vzrokov (npr. hipoglikemija, hiperkapnija, metabolne motnje, hepatična koma, hipotenzija, ...), kirurških vzrokov (npr. krvavitev), toksikoloških vzrokov (npr. zastrupitve) je lahko vzrok tudi nevrološki. Navidezno nevrološki bolnik s krči, lahko v trenutku postane nujni internistični bolnik. Vzroki za določene »nevrološke« znake in simptome, so lahko namreč večdimenzionalni: krči tako lahko nastanejo zaradi nevroloških simptomov, elektrolitskega

neravnovesja, lahko so hipoksični ali npr. ob hipoglikemiji. Parastezije v zgornjih okončinah z motnjo zavesti ob hipotenzivnem bolniku so ne le nevrološka simptomatika, pač pa lahko nakazujejo tudi klinično stanje ob disekciji ascendentne aorte. Motnje hoje so poleg številnih nevroloških vzrokov lahko prisotne ob akutnem alkoholnem opoju. Vrtoglavica kot opis simptoma ni dovolj za napotitev bolnika v nevrološko ambulanto; ob natančnem pregledu je to področje lahko vezano tudi na otorinolaringologijo. Zato se bomo v nadaljevanju opredeli na najpogostejše simptome in znake, ter poudarili pomen ključnih vprašanj pri takšnem bolniku. Namen prispevka je osvetliti določene enake znake in simptome iz različnih strokovnih področij. Cilj je pravilna usmeritev pacienta k ustreznemu specialistu glede na njegove znake in simptome.

Krči

Pogostejši vzroki epileptičnega statusa so lahko ishemična ali hemoragična možganska kap, hipoksična možganska okvara, poškodba glave, avtoimuni vzroki, zastrupitve, elektrolitske motnje, zapleti v nosečnosti (Coppler & Elmer, 2022).

Psihogeni neepileptični napadi (PNES) so epizode, za katere je značilno nenormalno motorične, senzorične in/ali kognitivne spremembe, ki spominjajo na epileptične napade (ES). Le-ti niso posledica nenormalne nevronske epileptiformne aktivnosti, temveč so povezani z osnovnim psihološkim konfliktom ali konflikti in pogosto s komorbidnostmi, kot so anksioznost, depresija, travmatični življenjski dogodki in osebnostne motnje (Beimer & LaFrance, 2022).

Motnje hoje

Motnje hoje so vzorci hoje, ki nenadzorovano odstopajo od normale in so običajno posledica bolezni ali poškodb možganov, hrbtenjače, nog, stopal ali notranjega ušesa. Te spremembe v hoji so lahko začasne ali kronične. Nekateri bolezenski procesi pogosto povzročajo motnje hoje, kot sta multipla skleroza in Parkinsonova bolezen. Pregled bolnika z motnjo hoje se začne z opazovanjem bolnikove hoje. Dejanje hoje vključuje številne sisteme in sprememba katerega koli od teh sistemov lahko povzroči težave s hojo. Nevrološki pregled za motnjo hoje mora vključevati teste moči, mišičnega tonusa, koordinacije, propiocepcije, vestibularnega sistema in kortikalne funkcije. Mišična šibkost, zakrčenost mišic in težave z ravnotežjem, so pogosti vzroki za motnje hoje. Mišična oslabelost lahko povzročajo težave, kot je padajoče stopalo (tibialis anterior, šibkost), Trendelenburgova hoja ali cirkumdukcija (nihanje noge ven proti stran). Spastičnost (zategnjenost mišic) lahko tudi moti hojo. Težave z ravnotežjem običajno povzročijo ataksično hojo, za katero je značilen majavi, pijani videz (Khoujah & Cobb, 2021).

Nezavest

Nezavest je stanje nasproti zavesti. Sestavljena je iz stopnje budnosti in vsebine zaznavanja. Ločimo kvalitativne in kvantitativne motnje zavesti. Kvalitativne motnje zavesti so zmedenost, zamračenost, delirantno skaljena zavest. Kvantitativne motnje zavesti pa so somnolenca, sopor in koma. Vzroki motenj zavesti so lahko travma, povišana telesna temperatura, infekcije, subarahnoidna krvavitev, alkohol in zdravila, endokrine motnje, elektrolitske motnje, eksokrine motnje, inzulin, kisik, opiat ali uremija. Pri komatoznem bolniku ni spontanega odpiranja oči, ni odgovora na bolečinski dražljaj, ni motorične aktivnosti. Pomembni vitalni parametri so dihanje (frekvenca, vzorec), pulz, arterijski krvni tlak, EKG, zenice, vidne poškodbe glave in

krvni sladkor ter rigidnost tilnika. Pozorni smo še na položaj telesa (posebej dekortikacijska, decerebracijska ali opistotonus) (Lindsay, et al., 2010; Rohkamm, 2014).

Tremor

Tremor je vrsta nehotenega tresenja s podobnim ritmom. Najpogosteje opazimo tresenje rok, vendar se lahko prizadene kateri koli del telesa, vključno z glavo, glasom, telesom ali spodnjim delom okončine.

Na splošno lahko tresenje izvira iz štirih virov: 1. Mehanska nihanja okončine, ki nastanejo na določenem sklepu. Tremor nastane zaradi naravnega mehanizma nagnjenost k nihanju delov telesa pri določenih frekvencah. 2. Mehanska refleksna nihanja, ki so posledica inherentne nestabilnosti negativnih mišičnih povratnih zank v senzoričnih mišičnih poteh. 3. Normalni centralni oscilatorji, ki izhajajo iz dejstva, da je živčna aktivnost v možganih – zlasti talamus, bazalni ganglij in spodnja oliva – po naravi močno ritmična. 4. In končno, patološka centralna nihanja, ki izhajajo iz iste strukture v centralnem živčnem sistemu kot normalne centralne oscilacije, namreč talamus, bazalni gangliji, spodnja oliva in mali možgani.

Ključna vprašanja, ki jih postavimo bolniku med jemanjem anamneze: Kje imate tremor (roke, glas, glava, noge)? Ali se tremor z gibanjem izboljša ali poslabša? Kdaj ste prvič opazili tremor? Se je vaša trema sčasoma poslabšala? Ali ste opazili kakšne povezane simptome? Je tresenje stalno ali občasno? Ali obstaja vzorec, povezan s tremorjem (čas dneva, utrujenost, zdravila)? Ali obstajajo kakšni povezani simptomi (slabost in bruhanje, zmedenost, spremembe hoje, tesnoba ali napadi panike)? Kaj izboljša tremor (počitek, alkohol)? Kaj poslabša tremor (seganje po predmetih, mirno sedenje, ohranjanje določenega položaja)? Ali obstaja družinska anamneza tremorja (Armitage, 2015).

Vrtoglavica

Omotica in vrtoglavica sta pogosta simptoma. Ker obstajajo učinkovito zdravljenje vestibularnih motenj, je vedno pomembno postaviti natančno diagnozo. Pri akutni vrtoglavici je strokovna klinična ocena ključnega pomena za razlikovanje možganske kapi (Murdin, et al., 2020).

Vrtoglavica je simptom iluzornega gibanja, običajno vrtenja, zibanja ali nagibanja. Nekateri bolniki menijo, da so v gibanju, medtem ko drugi zaznavajo gibanje okolja okoli njih. Asimetrija v vestibularnem sistemu povzroča simptome vrtoglavice. Ta asimetrija je lahko posledica poškodbe labirinta, vestibularnega živca ali centralne vestibularne strukture v možganskem deblu ali disfunkcije teh struktur. Ločimo občutek notranji in zunanji vertigo; odvisno od tega, ali se giblje okolica ali bolnik okoli okolice. Nekateri drugi vzroki, ki povzročajo vertigo so: prehodni ishemični napad ali zastrupitve (CO, ...), cerebralna lezija, aritmije, pljučna embolija, okužbe centralnega živčnega sistema, Wernickejev sindrom in določena zdravila (litij, ...) (Armitage, 2015). Ključna vprašanja, ki jih postavimo bolniku med anamnezo: Ali so vaši simptomi neprekinjeni, sporadični ali potekajo kot diskretne epizode? Kako dolgo trajajo simptomi na epizodo v minutah, urah, dnevih ali mesecih? Ste opazili sprožilne dejavnike? Je bil določen dogodek v epizodi vrtoglavice? So bili simptomi akutni ali zahajajo? Kaj naredi simptome boljše? Zakaj so tvoji simptomi še hujši? Ali so se vaši simptomi poslabšali s časom? (Murdin, et al., 2020).

Demenca

Za demenco je značilna znatna izguba kognitivne funkcije na več področjih, ki ni posledica oslabljenega vzburjenja. Izraz demenca ne pomeni ireverzibilnega stanja, progresivnega poteka ali določene bolezni. Je splošen izraz, ki opisuje konstelacija simptomov, povezanih s kognitivnim upadom, ki je dovolj huda, da ovira vsakodnevno življenje. Demenco povzroči bodisi poškodba možganov, bodisi prekinitev možganskih normalnih signalnih poti, ki nato povzročajo znake in simptome demence. Različni tipi demence so povezani z značilnimi vrstami možganskih celic, ki so poškodovane v posameznih predelih možganov (Armitage, 2015). Ključna vprašanja, ki jih postavimo bolniku z demenco: Kakšne kognitivne spremembe ste opazili? Ali opazate, da ste bolj pozabljivi; na primer pozabite izklopiti štedilnik? Je še kdo opazil kakšne spremembe? Ali ste doživeli izgubo spomina, ki moti vaše vsakdanje življenje? Ali imate težave pri opravljanju znanih nalog? Ali imate težave z upoštevanjem večstopenjskih navodil, načrtovanjem ali reševanjem problemov? Ste bili zmedeni s časom ali krajem? Ali imate nove težave z besedami pri govoru ali pisanju? Se počutite manj družabni? Kakšno je vaše razpoloženje? (Nentwich & Grimmnitz, 2016).

Diplopija

Pri bolniku se lahko pojavi dvojni vid, znan tudi kot diplopija simptom ali pa se pojavi med očesnim pregledom. Paziti je treba, da bolnik opisuje pravi dvojni vid in ne samo zamegljen vid ali metamorfopsija, v kateri predmeti so videti deformirani. Diplopija je lahko prva manifestacija številnih sistemskih motenj, zlasti mišičnih ali nevroloških procesov. Natančen, jasen opis simptomov (npr. stalni ali občasni; spremenljivi ali nespremenljivi; blizu ali daleč; z eno oko (monokular) ali z obema očesoma (binokular); vodoravno, navpično ali poševno) je ključnega pomena za ustrezno diagnozo in zdravljenje (Armitage, 2015).

Zaključek

Medicinske sestre s svojim znanjem lahko odločilno vplivamo na potek usmeritve pacienta in kakovost njegove obravnave. Poznavanje osnovnih patofizioloških procesov, razpoznavanje resnih znakov in simptomov ter prepoznavanje kritično bolnih, naj bo temeljno vodilo vsakega zdravstvenega delavca, ki deluje v kliničnem okolju.

Literatura

Armitage, A., 2015. *Advanced practice nursing guide to the neurological exam*. Springer Publishing Company.

Beimer, N.J. & LaFrance, W.C., 2022. Evaluation and Treatment of Psychogenic Nonepileptic Seizures. *Neurologic Clinics*, 40(4), pp. 799–820.

Coppler, P.J. & Elmer, J., 2022. Status Epilepticus. *Critical Care Clinics*, 39(1), pp. 87–102.

Khoujah, D. & Cobb, M.J., 2021. Neurologic Emergencies at the Extremes of Age. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 39(1), pp. 47–65.

Lindsay, K.W., Bone, I. & Fuller, G., 2010. *Neurology and neurosurgery illustrated*. London, United Kingdom: Churchill Livingstone.

Murkin, L., Seemungal, B.M. & Bronstein, A.M., 2020. Assessment of dizziness in neurology. *Clinical Assessment in Neurology*, 48(8), pp. 517–521.

Nentwich, L.M. & Grimmnitz, B., 2016. Neurologic Emergencies in the Elderly. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 34(3), pp. 575–599.

Rohkamm, R., 2014. *Color Atlas Of Neurology*. Stuttgart, Germany: Thieme.

URGENTNA OBRAVNAVA NEVROLOŠKIH PACIENTOV

URGENT TREATMENT OF A NEUROLOGICAL PATIENTS

Armin Nuhić, dipl. zn.

Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci
Splošna bolnišnica Izola, Urgentni center Izola

e- naslov: nuhic.armin@outlook.com

Žan Mavrič, dipl. zn.

Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci
Splošna bolnišnica Izola, Urgentni center Izola

Izvleček

Nevrologija je v sodobni medicini in zdravstveni negi ena kompleksnejših vej in se ukvarja z boleznimi, ki prizadenejo živčno-mišični sistem, katera ima pri odraslih slabo sposobnost regeneracije. Obravnava pacienta mora delovati kot enotna veriga, v kateri je prav vsak člen obravnave pomemben. Urgentna obravnava kot taka je del same verige, ki za pacienta pomeni bistveno zgodnjo prepoznavo in diagnostiko, nadaljuje se pa z začetnim zdravljenjem ter ustreznim odločanjem o nadaljnjem zdravljenju. Pri oskrbi nevrološkega pacienta je pomembna komunikacija tako s pacientom samim kot s svojci. Ustrezna komunikacija daje pacientu občutek, da je del oskrbe in se počuti vključenega v sam proces. Ustrezno komuniciranje s svojci pa omogoča obveščenost svojcev glede stanja in procesa zdravljenja pacienta. Namen in cilj pa je predstaviti problematiko, ki se poraja tekom obravnave nevrološkega pacienta.

Ključne besede: triaža, nujna stanja, možganska kap

Abstract

Neurology is one of the more complex branches in modern medicine and nursing and deals with diseases that affect the neuromuscular system, which in adults has a poor ability to regenerate. The treatment of the patient must work as a single chain, in which every link of the treatment is important. Urgent treatment as such is part of the chain itself, which for the patient means essential early recognition and diagnosis. It continues with initial treatment and appropriate decision-making about further treatment. When caring for a neurological patient, communication with both the patient himself and his relatives is important. Communication with the patient gives him the feeling that he is part of the care and feels included in the process itself. Adequate communication with relatives enables relatives to be informed about the patient's condition and treatment process.

Key words: triage, emergencies, acute ischemic stroke

Uvod

V sodobni medicini in zdravstveni negi je veliko kompleksnih vej medicine, vključno z nevrologijo, ki se ukvarja z boleznimi živčnega sistema, zlasti živčno-mišičnega sistema, ki ima pri odraslih slabo sposobnost regeneracije. Pri obravnavi nujnih nevroloških obolenj ima pomembno vlogo tudi čas, ki močno vpliva na ohranitev živčnega tkiva (Meglič, 2009). Nevrologija je skozi zadnja desetletja doživela hiter in obsežen razvoj, ki je sledil napredkom na področjih diagnostike, terapije in zdravljenja. Potreben razvoj pa je s seboj prinašala tudi slika prebivalstva, ki se tako v Sloveniji kot tudi v svetu stara in s seboj prinaša pogostejše težave, v katere so vključene tudi nevrološke motnje, in obolenja. Hujša nevrološka nujna stanja pogosto povezujemo z mortaliteto in visokimi stroški zdravljenja, ne samo v akutni fazi, ampak tudi kasneje zaradi velike invalidnosti (Micieli, et al., 2011; Skočir & Karnjuš, 2019). Ne glede na razvoj področij, ki se soočajo z nujnim nevrološkim pacientom, se skozi multidisciplinarno obravnavo tim sooča z določenimi težavami in problematiko takšnega pacienta. Naš namen je predstaviti, s kakšno problematiko se soočajo zaposleni v zdravstveni negi na urgentnem oddelku. Pri tem se bomo osredotočili kakšne težave s seboj prinaša obravnavo nevrološkega pacienta z najpogostejšimi nujnimi stanji, kot so glavobol, možganska kap, epileptični napad in motnja zavesti, od prihoda v ustanovo do dokončne oskrbe in sprejem ali transport pacienta na višjo raven. Cilji, ki smo si jih zastavili so razumljivo predstaviti potek urgentne obravnave nevrološkega pacienta in predstaviti problematiko ter pasti s katerimi se srečujemo pri urgentni obravnavi nevrološkega pacienta.

Pogosta nujna nevrološka stanja

V urgentni dejavnosti se pogosto srečujemo s pacienti, ki izražajo simptomatiko nevrološkega bolezenskega stanja. Nekatere simptome opazimo že ob prihodu pacienta na obravnavo, velik pomen pri obravnavi nevroloških pacientov pa ima tudi uporaba slikovne diagnostike, ki pripomore k hitrejši ugotovitvi. Z učinkovito prepoznavo in ustrezno diagnostiko lahko pripomoremo k boljšemu nadaljnjemu zdravljenju (Musuka, et al., 2015).

Pri obravnavi nevrološkega pacienta se pogosto srečamo z glavobolom, ki ga lahko označimo kot bolezen samo po sebi, ali pa kot manifestacijo drugih resnih obolenj. Glavobol razdelimo na primarne in sekundarne (Meglič, 2009). Med primarne štejemo migrene, tenzijske in rafalne glavobole. V sekundarno skupino pa uvrščamo tiste, kateri vzrok so zunanji dejavniki ali bolezni. Ti lahko nastanejo zaradi določenih infekcijskih obolenj, krvavitev in zastrupitev. Pri sekundarnih glavobolih je v večini potrebna obsežnejša diagnostika za ugotavljanje etiologije ter temu primerno zdravljenje. Glavobol, ki se stopnjuje ali novo nastal glavobol pa je lahko opozorilo pred grozečo tranzitorno ishemično atako (TIA) (Whealy, et al., 2021). Tranzitorno ishemično atako štejemo kot urgentno stanje in je potrebna nujna nevrološka obravnavo z diagnostiko etiologije. Kaže se kot nov nevrološki izpad, katerega vzrok je cerebralno ali redko spinalno odstopanje in se kaže s podobnimi simptomi kot možganska kap vendar ti izzvenijo v roku 24 ur. TIA je lahko zgodnji znanilec ishemične možganske kapi, ki se lahko pojavi v naslednjih dneh ali tednih (Rehar & Menih, 2017).

Do možganske kapi (CVI – Cerebrovaskularni insult) pride, kadar je prekinjen dotok krvi v predel možganov, posledično se predel tkiva okvari zaradi pomanjkanja kisika in hranilnih snovi. Ločimo jo po vzroku nastanka. Poznamo ishemično in hemoragično, razlikovanje etiologije je pomembno zaradi nadaljnjega zdravljenja (Meglič, 2009; Scheer, 2021). Pri odkrivanju vzroka si pomagamo s računalniško tomografijo (angl. Computer Tomography, v nadaljevanju CT). Najpogostejši simptomi vključujejo motnje govora, hemiparezo, senzibilne motnje, vrtoglavica in motnje vida. Veliko vzrokov za CVI so lahko tudi razlog za epileptični

napad zaradi motenega delovanja nevronov v predelu poškodovanega možganskega tkiva (Rehar & Menih, 2017).

Epileptični napad je manifestacija možganske disfunkcije zaradi prekomerne električne aktivnosti kortikalnih nevronov. Razdelimo ga v dve skupini. Prva so veliki oz. grand mal epileptični napad, ki se kaže z značilnimi tonično kloničnimi krči in je hitro prepoznan. Drugi pa so manjši oz. petit mal epileptični napadi, ki so parcialni in se jih pogosto zamenja z zmedenostjo in motnjo govora. Resno težavo pa nam predstavlja epileptični status (Meglič, 2009; Magdič & Koželjnik, 2017; Sirven, et al., 2021). Epileptični status je epileptični napad, kateri ne preneha samostojno ali se ponavlja in med napadi pacient ne pridobi zavesti. Grand mal epileptični status je nujno življenje ogrožajoče stanje, ki lahko vodi v invalidnost in ga je potrebno čim prej prekiniti z intravenozno terapijo. V primeru, da to ni mogoče, se uporabi alternativne oblike aplikacije terapija bodisi rektalno ali bukalno (Meglič, 2009; Magdič & Koželjnik, 2017; Sirven, et al., 2021).

Potek urgentne obravnave pacienta s CVI

Urgentna obravnava je razdeljena v nekaj segmentov, ki si sledijo v nekem smiselnem zaporedju, vendar pa se določeni segmenti obravnave lahko tudi prekrivajo. Pri vsaki urgentni obravnavi se člani urgentnega tima držijo načela "ABCDE" pristopa, ki omogoča učinkovito in hitro zdravljenje pacienta. Urgentna obravnava se začne z vstopom pacienta v urgentni center, ki je možen kot samostojen prihod, prihod v spremstvu reševalne ekipe ali prihod v spremstvu svojcev. Prihodi pacientov niso planirani ali pričakovani, zato morajo biti ekipe v urgentnih centrih konstantno pripravljene (Rajapakse, 2015). Po administrativnem sprejemu ima ključno vlogo triaža pacienta. Triažna medicinska sestra mora v zelo kratkem času pridobiti vse informacije, ki so bistveni za nadaljnjo urgentno obravnavo pacienta. Triaža je temeljni postopek ugotavljanja prednosti pacientov glede na njihovo simptomatiko in težave. Cilj le-te je zmanjšati morbidnost in umrljivost. S triažnim sistemom, ki je enostaven in hiter, ugotavljamo stopnjo nujnosti obravnave pacienta, s čimer določimo ali pacient potrebuje takojšnjo oskrbo ali morda lahko na oskrbo počaka (Kolander, 2015; Rajapakse, 2015). Vendar se moramo zavedati, da triaža oz. triažiranje predstavlja izjemno odgovorno in zahtevno delo, ker napačna triaža lahko za pacienta pomeni hudo poslabšanje stanja ali celo smrt. Bistvo triažiranja ni postavljanje diagnoze v samemu procesu triaže, ampak določanje prioritete obravnave, ki se kaže z ustrezno triažno kategorijo (Rajapakse, 2015). Pri triažiranju nujnih nevroloških pacientov, velikokrat naletimo na problematiko jemanja anamneze zaradi simptomov bolezni, ki velikokrat vključujejo afazijo, agresivnost, zmedenost in motnjo zavesti. Pri teh primerih je oteženo pridobivanje podatkov s strani pacienta. Posledično se moramo za jemanje anamneze poslužiti drugih virov informacij, bodisi svojcev ali predajo s strani reševalne ekipe (Moll, 2010; Aloyce, 2014). Bistvena informacija, ki jo skušamo pridobiti od vseh udeleženih akterjev, je čas nastanka prvih simptomov ali znakov, saj je od tega odvisno celotno nadaljnje zdravljenje in potek urgentne obravnave. Ob zaključku triažnega postopka, je tudi bistveno, da triažna medicinska sestra pridobljene pomembne informacije preda ekipi v nadaljevanju obravnave (Rajapakse, 2015; Rehar & Menih, 2017).

Predaja pacienta je bistven del kontinuirane oskrbe in ohranjanja varnosti pacienta. S predajo prenesemo odgovornost za pacienta na druge člane urgentnega tima. Njen namen je sporočanje visoko kakovostnih kliničnih informacij kadarkoli je to potrebno in je eden bistvenih korakov pri zagotavljanju pacientove varnosti. Pri predaji pa se pogosto srečujemo s težavami, kar nam v osnovi otežuje triažiranje pacienta in delo na splošno.

Pogoste težave s katerimi se srečujemo so (Raeisi, et al., 2019):

- Izguba pomembnih informacij zaradi nepozornosti ali komunikacijskih napak.
- Predane informacije niso dokumentirane.
- Informacije so dokumentirane in niso predane.
- Zaradi narave dela v urgentni dejavnosti, ki je kompleksna in velikokrat pod časovnem pritiskom lahko vodi v pomanjkljivo predajo.
- Nezdostna predaja kritičnih informacij.
- Na predajo vplivajo tudi slabi odnosi na delovnem mestu. Pri slabih odnosih je predaja slabša zaradi slabše komunikacije med zaposlenimi.

Predaja pacienta mora biti kratka in jedrnata, vendar mora zajemati vse bistvene informacije, ki vplivajo na potek diagnostike in zdravljenja pacienta. V določenih primerih sta diagnostika in zdravljenje prepletena in sočasna dejanja. Meritve vitalnih funkcij oz. kontinuiran monitoring vitalno ogroženih pacientov je izrednega pomena, saj nam omogoča pridobitev nujnih informacij o trenutnem stanju pacienta (Weenk, et al., 2020). Poleg kontinuiranega monitoringa pacientov je vzpostavitev intravenske poti ena izmed najbolj pomembnih postopkov, saj so nepogrešljiv del sodobnega zdravljenja in je eden najpogostejših postopkov izvedenih s strani zdravstvenega osebja v urgentni dejavnosti. Uporabimo jih lahko za diagnostično terapevtske namene. Ob nepravilni uporabi pa lahko pacienta tudi ogrožamo (Peternelj, 2017). Sama vzpostavitev periferne venske poti je lahko zelo otežena. Nanjo lahko vpliva stanje pacienta, ki je zaradi nevroloških motenj agitiran, zmeden in ne sodeluje pri samem procesu obravnave, v teh primerih pogosteje prihaja do večkratnega poskušanja vzpostavitve periferne venske poti, kar ni prijetno za pacienta. Težavo predstavljajo tudi stresne situacije, ko imamo življenjsko ogroženega pacienta, kar vpliva na uspešnost vzpostavitve intravenozne poti (Beecham & Tackling, 2022). Posledično prihaja do zakasnitve nadaljnjih diagnostičnih in terapevtskih postopkov, kar podaljša čas oskrbe in ustreznega zdravljenja. Velikokrat pride pri agresivnih in nemirnih pacientih tudi do izvlečenja intravenoznega kanala, kar pomeni ponavljanje postopka in s tem podaljševanje časa diagnostike in aplikacije nujno potrebne terapije (Gilardi, et al., 2019). Seveda moramo omeniti tudi preiskave, ki jih izvajamo sočasno, kot so odvzemi laboratorijskih vzorcev krvi, snemanje elektrokardiograma (EKG) in morebitna intravenska terapija za simptomatsko zdravljenje. Radiološka diagnostika pa ima pri pacientih z možgansko kapjo ključen pomen pri nadaljnjem in dokončnem zdravljenju.

Za diagnosticiranje in ocenjevanje resnosti možganske kapi poleg ustrezne klinične ocene zahteva tudi različne vrste radiološkega slikanja možganov in nevrovaskularnega sistema. Najpogostejše metode slikanja za diagnostiko možganske kapi, ki jih uporabljamo v urgentni oskrbi nevrološkega pacienta, so različne oblike CT preiskav, ki so v današnjem času zelo dostopne in hitro izvedljive. Najpogostejša preiskava s katero lahko izključimo hemoragično možgansko kap je brezkontrastna CT. Z njo odkrijemo tudi veliko ishemično možgansko kap. Brezkontrastna CT preiskava je v današnjem času hitra in široko dostopna, vendar z njo ne odkrijemo manjših možganskih kapi zaradi česar se poslužujemo še CT angiografije in CT perfuzije (Patil, et al., 2022). Te vrste slikanja se rutinsko uporabljata za ugotavljanje zaprte žile in oceno kolateralnega pretoka. Pomagata nam tudi izbrati paciente za endovaskularno terapijo. Slabost teh preiskav je ta, da potrebujemo kontrastno sredstvo, ki ga apliciramo po intravenozni poti. V primerjavi z navadnim CT slikanjem, porabimo dlje časa in pacient dobi večjo dozo sevanja, CT perfuzije pa je zelo občutljiva na premikanje pacienta (Musuka, et al., 2015). Za diagnosticiranje možganske kapi se uporablja tudi magnetna resonanca, kar nam za izvedbo slikanja vzame veliko časa, se je v urgentni obravnavi zelo redko poslužujemo. Pri možganski kapi je čas kritičnega pomena, zato je potrebno čim hitrejše diagnosticiranje možganske kapi, saj se lahko šele ob pravilni diagnozi nadaljuje oskrba pacienta z izbiro ustreznega zdravljenja (Patil, et al., 2022)

Do danes sta edina odobrena terapevtska pristopa za zdravljenje ishemične možganske kapi trombolitično zdravljenje in mehanska odstranitev okluzivnega strdka. Intravensko zdravljenje je danes nepogrešljiv del zdravljenja pacientov v bolnišničnem okolju in se ga poslužujemo tudi pri zdravljenju ishemične možganske kapi. Preko intravenoznega pristopa se aplicira trombolitična terapija pri pacientih, kateri imajo diagnosticirano ishemično možgansko kap in so se simptomi pojavili v časovnem oknu 4-5 ur (Emberson, et al., 2014). Z hitro uvedbo takšnega zdravljenja izboljšamo izid in zmanjšamo poškodbo možganskega tkiva. Seveda kot vsa terapija tudi ta prinaša s seboj stranske učinke med katerimi je tudi krvavitev. Da pa bi verjetnost za krvavitev lahko zmanjšali, je potrebno pred aplikacijo terapije oceniti dejavnike tveganja. V primeru, ko trombolitično zdravljenje ni ustrezna metoda se poslužujemo mehanske revaskularizacije s katero mehansko odstranimo strdek in s tem omogočimo ponovno vzpostavitev pretoka krvi v možganih (Daley, 2015; Musuka, et al., 2015; Patil, et al., 2022).

Diskusija

Urgentna obravnava nevrološkega pacienta predstavlja izziv za urgentni multidisciplinarni tim. Obravnava mora biti hitra, pravilna in vsekakor vedno v dobrobit pacienta. Pri določenih nujnih nevroloških stanjih čas ter hitra obravnava igrata zelo pomembno vlogo. Predvsem tukaj je pomembno pridobivanje natančne anamneze od samega pacienta, reševalne ekipe ter tudi svojcev, saj je komunikacija pri obravnavi nevrološkega pacienta včasih zelo otežkočena ali celo onemogočena. Zato so triaža, predaja ter pridobivanje anamnestičnih podatkov izrednega pomena za hitro ter predvsem učinkovito obravnavo. V raziskavi avtorjev Liang, et al. (2022), ki so jo izvedli na Kitajskem leta 2019, so ugotavljali ali triažna medicinska sestra v primerjavi z zdravnikom pospeši čas obravnave in zdravljenja, če že ob postavljenemu sumu na možgansko kap skliče urgentno evalvacijsko ekipo, ki je vnaprej določena. Avtorji so urgentno evalvacijsko ekipo predstavili kot bolnišnično ekipo za celostno obravnavo pacientov z možgansko kapjo (angl. »hospital stroke team«). Ugotovili so, da ni odstopanja v natančnosti končne diagnoze ko so triažne medicinske sestre primerjali z zdravniki, ki so sklicali prav tako urgentno evalvacijsko skupino. So pa ugotovili razliko v času in sicer v primerih ko triažna medicinska sestra skliče urgentno evalvacijsko ekipo je bila obravnava od vstopa pacienta v ustanovo do trombolitičnega zdravljenja (angl. "door-to-needle time") (Liang, et al., 2022) krajša kar pomeni morebitni boljši končni izhod zdravljenja in okrevanja. Prav tako so ugotovili, da bi lahko ob vzpostavitvi protokola za sklic urgentne evalvacijske skupine za triažne medicinske sestre znatno pripomogli izboljšanju časa začetne obravnave celo časa do mehanske revaskularizacije. Avtorji Lai, et al., (2017) so v raziskavi, ki so jo izvedli v Tajvanu od leta 2008 do leta 2015 ugotavljali kako skrajšati čas od nastanka možganske kapi do trombolitičnega zdravljenja. Vzpostavili so program pod imenom »Triažna kap koda« (angl. Triage Stroke Code) z namenom poučevanja triažnih medicinskih sester in zdravnikov ter uporabe triažnega sklica kapne kode. Ugotovili so, da so z uporabo triažne kode povečali pozitivno napovedno vrednost možganskih kapi iz 56,7% v letu 2008, do 77,2% v letu 2015. Podobno kot v raziskavi avtorjev Liang, et al., (2022) so avtorji Lai, et al., 2017 ugotovili občutno izboljšanje v času od vstopa pacienta v ustanovo do trombolitičnega zdravljenja (angl. "door-to-needle time") in sicer leta 2006 iz 98,5 minut do leta 2015 kjer je ta čas znašal okrog 60 minut. Tudi avtorji Middleton, et al., 2015 so izpostavili pomen uporabe »kode kap« kot alarmnega sistema, ki dokazano izboljša čas do postavitve diagnoze in vsekakor čas od vstopa pacienta do trombolitičnega zdravljenja. Avtorji Vanhoucke, et al., (2019) so v Belgiji od leta 2016 do leta 2017 ugotavljali ali uporaba »kode kap« dejansko izboljša čas postavljanja diagnoze in samega trombolitičnega zdravljenja. Ugotovili so, da se je po uporabi »kode kap« značajno izboljšal čas od prihoda pacienta do triaže in nato pregleda. Pred vzpostavitvijo in

uporabo »kode kap« so v povprečju porabili za triažo 3 minute (največ 6 minut) ter po opravljeni triaži do pregleda zdravnika pa 5 minut (največ 14 minut). Ter povprečen čas od vstopa pacienta do trombolitičnega zdravljenja je bil 57 minut. Po vzpostavitvi in uporabi »kode kap« je čas od vstopa do triaže in zdravnika bil znotraj ene minute (največ 7 minut skupaj za oboje) ter najbolj bistveno od vstopa pacienta do trombolitičnega zdravljenja pa je v povprečju preteklo 33 minut. Kot izpostavljeno čas pri pacientih z možgansko kapjo je bistvenega pomena. Avtorji McTaggart, et al., (2015) so navedli "idealni čas" do določenih preiskav ali posegov kot so čas od prihoda do trombolitičnega zdravljenja naj bi bil manj kot 30 minut oz. čas od prihoda do mehanske revaskularizacije naj bi bil manj kot 90 minut. Vendar tukaj pa je vprašanje ali v Sloveniji dosegamo takšne "idealne čase"? Saj za regionalne bolnišnice, ki nimajo možnosti mehanske revaskularizacije, zelo hitro presežejo predstavljenih 90 minut, ki bi bili idealni za pacienta. Če primerjamo ugotovitve obeh raziskav lahko izpostavimo, da lahko implementacija protokolov na slovenskem področju skrajša čas obravnave pacienta in omogoči hitrejšo aplikacijo trombolitičnega zdravljenja ali mehanske revaskularizacije.

Zaključek

Urgentna obravnava nevrološkega pacienta je sama po sebi specifična, saj se obravnava in način dela prilagaja posameznemu pacientu. Pri pacientu s sumom na možgansko kap je prioriteta, da se čim prej postavi pravilno diagnozo in ustrezno zdravljenje. Zavedati se moramo, da k vsakemu pacientu pristopamo individualno in da je ključnega pomena komunikacija in pridobivanje podatkov, vezanih na stanje in začetek simptomov, kar pa nam večkrat povzroča težavo zaradi simptomatike nevroloških obolenj. Pri urgentni obravnavi se srečujemo z različnimi težavami in ovirami, ki bi jih lahko z vzpostavitvijo določenih protokolov in pisnih navodil izničili ali vsaj zmanjšali. Zato kot večkrat izpostavljeno uporaba in sklic »kode kap« bi bistveno izboljšala k diagnosticiranju in zdravljenju same možganske kapi. Sklic »kode kap« že med triažo oz. s strani triažne medicinske sestre bi vsekakor izboljšala čas od vstopa do zdravljenja. Vendar tukaj se moramo zavedati omejitev, ki jih predstavlja trenutni zdravstveni sistem zaradi sistemske podhranjenosti kadra in same sistemske organiziranosti dokončne oskrbe pacientov z možgansko kapjo.

Literatura

Aloyce, R., Leshabari, S. & Brysiewicz, P., 2014. Assessment of knowledge and skills of triage amongst nurses working in the emergency centres in Dar es Salaam, Tanzania. *African Journal of Emergency Medicine*, 4(1), pp. 14–18. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.afjem.2013.04.009> [10.10.2022].

Beecham, G. & Tackling, G., 2022. Peripheral Line Placement. *National Library of Medicine*. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539795/> [12.10.2022].

Daley, M., Murthy, M. & Peterson, E., 2015. Bleeding risk with systemic thrombolytic therapy for pulmonary embolism: scope of the problem. *Therapeutic Advances in Drug Safety*, 6(2), pp. 57–66. Available at: <https://doi.org/10.1177/2042098615572333> [12.10.2022].

Emberson, J., Lees, K., Lyden, P., Blackwell, L., Albers, G., Bluhmki, E., et al., 2014. Effect of treatment delay, age, and stroke severity on the effects of intravenous thrombolysis with alteplase for acute ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from randomised trials. *The Lancet*, 384(9958), pp. 1929–1935. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60584-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60584-5) [12.10.2022].

Gilardi, E., Giannuzzi, R., WoldeSellasie, K., Piano, A., Pittiruti, M. & Scoppettuolo, G., 2019. Mini-midline in difficult intravenous access patients in emergency department: A prospective analysis. *The Journal of Vascular Access*, 21(4), pp. 449–455. Available at: <https://doi.org/10.1177/1129729819883129> [12.10.2022].

Kolander, T., 2015. Sprejem in triaža pacienta v osnovnem zdravstvu. In: Škufca Sterle, M. & Zafošnik, U. eds. *Oskrba vitalno ogroženega pacienta s simulacijami = Management of critical patient with simulations: zbornik predavanj. 1. strokovno srečanje s simulacijami v zdravstvu. Ljubljana: Zdravstveni dom, Simulacijski center, 2015.* Ljubljana: Zdravstveni dom Ljubljana: SIM center, pp. 12–23.

Lai, C.Y., Hsieh, H.C., Sung, P.S. & Chen, C.H., 2017. “Triage Stroke Code” program with series of training lessons shorten the time to thrombolysis in emergency department setting, *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 26(4), pp. 899–900. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2016.11.069> [04.11.2022].

Liang, X., Gao, W., Xu, J., Saymuh, S., Wang, X., Wang, J., et al., 2022. Triage Nurse-Activated Emergency Evaluation Reduced Door-to-Needle Time in Acute Ischemic Stroke Patients Treated with Intravenous Thrombolysis. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2022, pp.1–7. Available at: <https://doi.org/10.1155/2022/9199856> [12.10.2022].

Magdič, J. & Koželjnik, Ž., 2017. Epileptični napad in epileptični status. In: Prosen, G., et al. eds. *Zbornik V. Šole urgence, 1. in 2. decembra 2017 v Zrečah.* Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 24–33.

McTaggart, R., Ansari, S., Goyal, M., Abruzzo, T., Albani, B., Arthur, A., et al., 2015. Initial hospital management of patients with emergent large vessel occlusion (ELVO): report of the standards and guidelines committee of the Society of NeuroInterventional Surgery. *Journal of NeuroInterventional Surgery*, 9(3), pp. 316–323. Available at: <https://doi.org/10.1136/neurintsurg-2015-011984> [15.10.2022].

Meglič, B., 2009. Urgentna stanja v nevrologiji. In: Tušar, H. & Medvešček Smrekar, M. eds. *Novosti na področju nevrološke zdravstvene nege in rehabilitacije: zbornik predavanj. 9. strokovno srečanje Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v nevrologiji, Ljubljana, 26. november 2009.* Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije –Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v nevrologiji, pp. 35–36.

Mieli, G., De Falco, F., Consoli, D., Inzitari, D., Sterzi, R., Tedeschi, G., et al., 2011. The role of emergency neurology in Italy: outcome of a consensus meeting for an intersociety position. *Neurological Sciences*, 33(2), pp. 297–304. Available at: <https://doi.org/10.1007/s10072-011-0841-8> [10.10.2022].

- Middleton, S., Grimley, R. & Alexandrov, A., 2015. Triage, Treatment, and Transfer: Evidence-Based Clinical Practice Recommendations and Models of Nursing Care for the First 72 Hours of Admission to Hospital for Acute Stroke. *Stroke*, 46(2). Available at: <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.114.006139> [04.11.2022].
- Moll, H., 2010. Challenges in the validation of triage systems at emergency departments. *Journal of Clinical Epidemiology*, 63(4), pp. 384–388. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.07.009> [10.10.2022].
- Musuka, T., Wilton, S., Traboulsi, M. & Hill, M., 2015. Diagnosis and management of acute ischemic stroke: speed is critical. *Canadian Medical Association Journal*, 187(12), pp. 887–893. Available at: <https://doi.org/10.1503/cmaj.140355> [11.10.2022].
- Patil, S., Rossi, R., Jabrah, D. & Doyle, K., 2022. Detection, Diagnosis and Treatment of Acute Ischemic Stroke: Current and Future Perspectives. *Frontiers in Medical Technology*, 4. Available at: <https://doi.org/10.3389/fmedt.2022.748949> [11.10.2022].
- Peternelj, K., 2017. Periferni intravenski kateter. In: Doberšek, D., et al. eds. *Žilni pristopi: zbornik predavanj z recenzijo. 50. strokovni seminar, Rogaška Slatina, 19. in 20. maj 2016*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v anesteziologiji, intenzivni terapiji in transfuziologiji, pp. 68–75.
- Raeisi, A., Rarani, M. & Soltani, F., 2019. Challenges of patient handover process in healthcare services: A systematic review. *Journal of Education and Health Promotion*, 8, 173. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6796291/pdf/JEHP-8-173.pdf> [11.10.2022].
- Rajapakse, R., 2015. Triaža v urgentnih ambulantah. *Zdravniški vestnik*, 84(4), pp. 259–267. Available at: <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-ODLXHUKZ/912bd709-3a5f-4a73-b9aa-4596f18f7f71/PDF> [13.10.2022].
- Rehar, D. & Menih, M., 2017. Možganska kap in prehodna možganska kap. In: Prosen, G., et al. eds. *Zbornik V. Šole urgence, 1. in 2. decembra 2017 v Zrečah*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 38–47.
- Scheer, R., 2021. Evaluation and Management of Acute Ischemic Stroke. In: Roos, K., L. eds. *Emergency Neurology*. 2nd ed. Cham: Springer, pp.151–168.
- Sirven, J., Farrugia, L. & Rosenow, C., 2021. Seizures and Status Epilepticus. In: Roos, K., L. eds. *Emergency Neurology*. 2nd ed. Cham: Springer, pp.179–194.
- Skočir, H. & Karnjuš, I., 2014. Internistična urgentna stanja v socialno-varstvenih zavodih – prepoznava in osnovni ukrepi. In: Valenčič, G. ed. *Nujna stanja pri starostniku: zbornik predavanj / Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih, 34. strokovno srečanje, Ljubljana, 16. oktober 2014*. Ljubljana: Strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih, pp. 1–12.

Vanhoucke, J., Hemelsoet, D., Achten, E., De Herdt, V., Acou, M., Vereecke, E., et al., 2019. Impact of a code stroke protocol on the door-to-needle time for IV thrombolysis: a feasibility study. *Acta Clinica Belgica*, 75(4), pp. 267–274. Available at: <https://doi.org/10.1080/17843286.2019.1607991> [05.11.2022].

Weenk, M., Bredie, S., Koeneman, M., Hesselink, G., van Goor, H. & van de Belt, T., 2020. Continuous Monitoring of Vital Signs in the General Ward Using Wearable Devices: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 22(6), 15471. Available at: <https://doi.org/10.2196/15471> [11.10.2022].

Whealy, M., Robertson, C. & Swanson, J., 2021. Headache in the Emergency Department. In: Roos, K.L. eds. *Emergency Neurology*. 2nd ed. Cham: Springer, pp.1–36.

PRAVILEN PRISTOP K OBRAVNAVI NEVROLOŠKEGA PACIENTA Z AGRESIVNIM VEDENJEM

THE CORRECT APPROACH TO THE TREATMENT OF A NEUROLOGICAL PATIENT WITH AGGRESSIVE BEHAVIOR

Aljoša Lapanja, dipl. zn., univ. dipl. soc. ped., viš. pred.

Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji
Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

e-naslov: aljosa.lapanja@psih-klinika.si

Izvleček

Pacient z agresivnim vedenjem predstavlja urgentno stanje v zdravstveni obravnavi, še posebej to velja za področje psihiatrije in v vseh urgentnih službah. Nevrološki pacient lahko zaradi okužbe centralnega živčevja, tumorja v možganih, možganske kapi in drugih nevroloških boleznih izkazuje agresivno vedenje. Intervencija prvega izbora pri obravnavi (potencialno) agresivnega pacienta je uporaba deeskalacijskih tehnik, za katere je značilna usklajenost verbalne in neverbalne komunikacije. Pomembna je sposobnost samoregulacije zdravstvenega delavca, ki je v procesu deeskalacije v celoti osredotočen na pacienta, ki ga neprekinjeno ocenjuje in deluje v smeri zagotavljanja varnosti. Priporočila za deeskalacijo so usmerjena v spoštovanje osebnega prostora pacienta, nastop brez provokacij, vzpostavitev verbalnega kontakta, jedrnato in preprosto komunikacijo, prepoznavanje pacientovih želja in občutkov, pozorno poslušanje, strinjanje ali strinjanje o nestrinjanju, postavitve jasnih meja in osnovnih pogojev sodelovanja, ponujeno možnost izbire in optimizem. Vsem zdravstvenim delavcem, še posebej tistim, ki se z agresivnim vedenjem pacientov pogosteje srečujejo, bi morali biti omogočeno sistematično izobraževanje iz veščin deeskalacije. Namen prispevka je poudariti pomen pravilnega pristopa pri obravnavi nevrološkega pacienta z agresivnim vedenjem. Zastavljen cilj je usmerjen v uporabo tehnik deeskalacije kot najbolj priporočeno intervencijo pri preprečevanju agresivnega vedenja pacientov.

Ključne besede: nasilje, deeskalacijske tehnike, urgentno stanje, aktivnost zdravstvene nege

Abstract

A patient with aggressive behavior represents an emergency in health treatment, especially in the field of psychiatry and all emergency services. A neurological patient may exhibit aggressive behavior due to central nervous system infection, brain tumor, stroke and other neurological diseases. The intervention of first choice when dealing with a (potentially) aggressive patient is the use of de-escalation techniques, which are characterized by the coordination of verbal and non-verbal communication. The self-regulation ability of the healthcare professionals is important, as he/she is fully focused on the patient during the de-escalation process and continuously assesses a patient and works towards ensuring safety. Recommendations for de-escalation are aimed at respecting the patient's personal space, acting without provocation, establishing verbal contact, concise and simple communication, recognizing the patient's wishes and feelings, listening attentively, agreeing or agreeing to

disagree, setting clear boundaries and basic conditions of cooperation, offering the opportunity to choose and optimism. All healthcare professionals, especially those who encounter aggressive patient behavior more often, should be provided with systematic training in de-escalation skills. The purpose of the paper is to emphasize the importance of the correct approach in the treatment of a neurological patient with aggressive behavior. The goal is to use de-escalation techniques as the most recommended intervention in the prevention of aggressive behavior in patients.

Key words: violence, de-escalation techniques, emergency situation, nursing activity

Uvod

Agresivno vedenje s strani pacienta v zdravstveni obravnavi uvrščamo med urgentna stanja, še posebej to velja za tista področja zdravstva, kjer je ta pojav pogostejši (psihiatrija, urgentni centri, varovani oddelki socialno-varstvenih zavodov idr.) (Riba & Ravindranath, 2010). Verbalno in fizično nasilje pacientov, usmerjenih v zdravstveno osebje, povsod po svetu narašča. Nasilje na delovnem mestu je vsak dogodek, v katerem so zaposleni ozmerjani, ogroženi ali fizično napadeni, in je povezan z njihovim delom. Med najbolj ogrožene poklice sodijo izvajalci zdravstvene nege, prav tako pa obstaja visoko tveganje za zdravnike, še posebej na urgentnih oddelkih, na psihiatriji in v splošni praksi (Vučko Miklavčič, 2018).

Obravnava pacienta z agresivnim vedenjem zahteva visoko strokovno znanje, izkušnje v klinični praksi in pravočasno ukrepanje v smeri preprečevanja in zmanjševanja tovrstnega vedenja. Najmočnejše orodje, ki ga uporabljajo izvajalci zdravstvene nege za umirjanje agresije je terapevtska komunikacija, iz katere izhajajo deeskalacijske tehnike (Bole & Lapanja, 2017). Od vseh področji zdravstva je psihiatrija najbolj prepletena prav z nevrologijo, saj nevrološke bolezni pogosto povzročijo organske duševne motnje. Psihiatrija in nevrologija se dopolnjujeta tudi pri obravnavi motenj spanja in pacientov z epilepsijo. Znano je pogosto sočasno pojavljanje nevroloških bolezni in duševnih motenj; pri večini pacientov s Parkinsonovo boleznijo se sočasno razvije tudi depresija. Depresija negativno vpliva na potek nevroloških bolezni, kot so multipla skleroza, Alzheimerjeva bolezen, Parkinsonova bolezen in epilepsija ter na okrevanje po možganski kapi (Švab, et al., 2013).

Zaradi povezanosti strok psihiatrije in nevrologije pri obravnavi pacientov z agresivnim vedenjem je po mnenju avtorja pomembno medsebojno sodelovanje in prenos znanj in izkušenj. Namen prispevka je predstaviti pravilen pristop pri obravnavi nevrološkega pacienta z agresivnim vedenjem. Cilj, ki ga bomo zasledovali je usmerjen uporabo tehnik deeskalacije, ki so univerzalna metoda prvega izbora na vseh področjih zdravstvenega sistema pri preprečevanju agresivnega vedenja pacientov.

Agresivno vedenje

Agresija vključuje agresivno verbalno izražanje (grožnje sebi in okolici s poškodovanjem, fizičnim napadom) oz. se kaže s fizično napadalnostjo. Pojavlja se pri številnih telesnih in duševnih bolezenskih stanjih. Med urgentno obravnavo pacienta se mora najprej izključiti telesna obolenja, predvsem se ne sme spregledati življenjsko ogrožajočih stanj. V sklopu obravnave nevrološkega pacienta se agresivno vedenje lahko pojavlja pri okužbah centralnega živčevja (meningitis, encefalitis, abscesi), tumorjih v možganih, možganski kapi, številnih drugih nevroloških obolenjih (epilepsija, Huntingtonova, Wilsonova in Parkinsonova bolezen, multipla skleroza idr.) in poškodbah glave (hematomi) (Komel & Koprivšek, 2017).

Številni znaki, ki nakazujejo na to, da je vzrok agresivnega vedenja organski, so npr. hitro razvijajoča se klinična slika brez predhodne psihiatrične anamneze (posebno pri starejših od 40 let), prisotnost vidnih, taktilnih, olfaktornih halucinacij, abnormalni vitalni znaki, kognitivni deficit, nerazločen govor, zmedenost, zloraba substanc, dezorientiranost, anamneza poškodbe oz. znaki poškodbe med kliničnim pregledom (Deal, et al., 2015).

Glavne vzroki za agresivno vedenje razdelimo v tri skupine (Perme, 2019):

- Primarni vzroki: bolezenski proces, prizadene določene strukture v centralnem živčevju in jih notranje in/ali zunanje draženje stopnjuje k agresivnosti.
- Sekundarni vzroki: agresivnost je izraz pacientovega odziva na očitne, lahko tudi bolj prikrite, objektivno manj pomembne provokativne dražljaje iz okolja, ki pa jih sprejme kot pomembne, namenjene njemu.
- Terciarni vzroki: agresija je direktni izraz duševne patologije, imperativnih halucinacij, blodnjavega doživljanja ali motnje zavesti, v kateri pacient prepoznava običajen dražljaj kot ogrožajoče dejanje.

Perme (2019) navaja, da lahko vzroki za agitiranost in agresivna dejanja izhajajo tudi iz drugih vzrokov (socialna stiska, ogroženost ipd.) in ne samo iz povezave z duševno motnjo. Za preprečevanje agresije so pomembni profesionalna organiziranost zdravstvenega tima, izdelane strategije obravnav in pravočasno predvidevanje agresivnega odziva, priporočena je uporaba deeskalacijskih tehnik.

Deeskalacijske tehnike

Hallett & Dickens (2017) sta deeskalacijo definirala kot skupni izraz za prepletene komponente, ki jih sestavljajo komunikacija, samoregulacija, ocenjevanje, ukrepanje in zagotavljanje varnosti. Njihov cilj je odpraviti ali zmanjšati pacientovo agresijo ne glede na vzrok, ter izboljšati odnos med osebjem in pacientom brez ali s čim manj uporabe prisile in omejevanja.

Lapanja (2015) opisuje proces deeskalacije v 4 stopnjah:

- 1. stopnja–ocena situacije: Deeskalacijske tehnike se začne uporabljati že s prepoznavo oz. zaznavo spremenjenega vedenja pacienta. Izvajalcem zdravstvene nege poleg izkušenj in strokovnega znanja pri oceni tveganja za nasilno vedenje pomagajo tudi različne lestvice (OAS–Overt Aggression Scale; Lestvica povečane agresivnosti, BVC–Brøset Violence Checklist; Brøset ocenjevalna lestvica za nasilno vedenje idr.). Veščine prepoznavanja in zaznavanja spremembe vedenja se je moč naučiti in jo razvijati. Posebno pozornost je potrebno dajati oceni neverbalne komunikacije (pacient ima jezen pogled, stiska pesti, nezaupljivo pogleduje okoli idr.).
- 2. stopnja–zmanjšanje jeze: Za uspešno izvedbo te faze je nujno, da imajo izvajalci zdravstvene nege svoje vedenje in čustvovanje pod popolnim nadzorom. Pomembno je, da se na pacienta ne vpije, ga ne žali in mu ne postavlja direktnih mej in pravil z glasnim govorjenjem. Če lastnega vedenja izvajalci zdravstvene nege ne uspejo dobro obvladovati, potem zmanjšanje jeze pri pacientu ni možno. Lastna neverbalna komunikacija ima velik pomen, saj v nasprotnem primeru lahko pride do poslabšanja situacije ali do incidenta. Do pacienta se pristopa umirjeno, odločno in v nevtralnem telesnem položaju. Če je pacient nemiren, je nujno poskrbeti za svojo varnost in do njega pristopiti na varnostni razdalji. To je razdalja dolžine telesa ali vsaj dosega roke. Govor izvajalcev zdravstvene nege mora biti miren, razločen, nekoliko počasnejši od sogovornika, uporabljati morajo kratke povedi, ki jih lahko večkrat ponovijo. Pacientu je potrebno pojasniti, da je na varnem, da mu želimo pomagati ter da ga razumemo in mu ne želimo nič slabega. Pomembna je refleksija pacientovih čustev, pacient mora

vedeti, da ga razumemo, da je jezen in v stiski. S tem pridobimo njegovo zaupanje in pozornost. Pacientu moramo istočasno dati možnost, da se z glasnim govorom sprosti oziroma pove, kar ga teži, hkrati pa mu moramo pojasniti, da se mora pomiriti, da mu lahko pomagamo.

- 3. stopnja–razjasnitev težave: Napačen odziv na situacijo je vprašanje kaj vas moti ali kaj je narobe. Najpomembnejše je, da pacienta poslušamo in mu s tem damo občutek vrednosti in zaupanja. Če ugotovimo, da smo objekt problema sami, se moramo oddaljiti od situacije in naj konflikt prevzame sodelavec v timu, ki mu pacient bolj zaupa. Pri celotnem procesu je pomembno, da deeskalacijo vodi ena sama oseba, drugi člani tima pa so v bližini, pripravljeni za primer intervencije. Pogovor naj izhaja iz že znanih informacij o pacientu (razlog sprejema, diagnoza, vedenje pred samim izbruhom jeze idr.). Ko postavljamo vprašanja uporabljamo načela terapevtskega pogovora (povzemanje, parafraziranje, poslušanje), uporabljamo odprta vprašanja, da lahko pacient izrazi svojo stisko in čustva, na koncu ga povprašamo po možnih rešitvah.
- 4. stopnja–rešitev težave: Rešitev iščemo skupaj s pacientom, mu jo ponudimo pa tudi predlagamo, da jo išče sam. Pri iskanju rešitve pacienta ne smemo zavajati. Rešitev iščemo kompromisno glede na dano situacijo. Če pacient zahteva takojšen odpust mu te rešitve ne moremo odobriti, mu pa lahko razložimo pravice po zakonu in mu takoj omogočimo pogovor z zdravnikom. Na primer, ko je pacient jezen in agresiven, ker ni dobil pričakovanih obiskov, bi primerno odreagirali, če mu takoj omogočimo telefonski klic, vendar mora biti pogoj, da se prej umiri, da bo pogovor potekal v normalnem tonu. Če je vzrok agresije psihoproduktivno bolezensko stanje, izhajamo iz prvotnega namena zagotoviti fizično in psihično varnost z izvajanjem deeskalacijskih tehnik in terapevtskega pogovora. Če se pacient počuti ogroženega s strani drugih pacientov mu omogočimo osamitev ali stalno prisotnost zdravstvenega osebja v skupnih prostorih, mu ponudimo možnost medikamentozne terapije idr. Najzahtevnejša obravnava je v primeru, ko so pacienti ob sprejemu na oddelek pod vplivom alkohola ali drugih psihoaktivnih substanc. V takem primeru vodimo deeskalacijo v smeri zagotavljanja varnosti pacienta, nas samih in ostalih pacientov na oddelku.

Splošna priporočila za deeskalacijo agresivnega pacienta so opisali tudi Richmond, et al. (2012). Pomembno je, da zdravstveno osebje ohrani samokontrolo, se počuti varno ter ohrani umirjenost. Priporočila so razdelili v deset domen: spoštovanje osebnega prostora pacienta, nastop brez provokacij, vzpostavitev verbalnega kontakta, jedrnata in preprosta komunikacija, prepoznavanje pacientovih želja in občutkov, pozorno poslušanje, strinjanje ali strinjanje o nestrinjanju, postavitve jasnih meja in osnovnih pogojev sodelovanja, ponujena možnost izbire in optimizem. Na koncu priporočajo še debriefing pacienta in osebja ob morebitni uporabi omejevalnih ukrepov (tabela 1).

Tabela 1: Splošna priporočila deeskalacije (Richmond, et al., 2012)

Priporočilo	Opis priporočila
Spoštovanje osebnega prostora	Oddaljenost od pacienta za vsaj dve dolžini roke; pacient mora imeti občutek, da lahko kadarkoli zapusti prostor.
Brez provokacij	Pacient mora imeti občutek, da ne bo poškodovan, da ga bo osebje poslušalo; roke na vidnem mestu, brez stisnjenih pesti; neizzivalna postavitve; umirjeno obnašanje, izogibanje prekomernemu očesnemu kontaktu, odprta drža; usklajenost telesne govornice, pozornost na izzivalnost soudeleženih, brez poniževanja.
Vzpostavitev verbalnega kontakta	Ena oseba govori s pacientom; se predstavi, nakaže želje in pomiri pacienta; je vljudna, pacientu da vedeti, da želi ohraniti njegovo varnost (in varnost soudeleženih), pove mu, kaj naj pričakuje; vpraša za ime in želje po naslavljanju (s tem dobi pacient občutek pomembnosti in kontrole nad situacijo).
Jedrnatost	Kratki stavki in preprost jezik, pacient naj ima čas za razmislek; ponavljanje izrečenega (mogoče pacient ne more slediti toku komunikacije).
Identifikacija želja in občutkov	Poizvedba o pacientovih zahtevah in željah; uporaba »prostih informacij« za identifikacijo le-teh; specifične želje so pomembne za obravnavo.
Pozorno poslušanje	Aktivno poslušanje, osvetlitev povedanega; uporaba Millerjevega zakona (za razumevanje nekoga je potrebno domnevati, da je to, kar pove, resnično, in si predstavljati, kaj bi bilo resnično).
Strinjanje ali strinjanje o nestrinjanju	Vedno je treba najti nekaj, s čimer se je možno strinjati; poznamo tri načine strinjanja: strinjanje z resnico, strinjanje z načelom, strinjanje glede na verjetnost.
Jasne meje in zakonske omejitve	Postavljanje osnovnih delovnih okoliščin (poškodovanje kogarkoli je nesprejemljivo); razumne omejitve; vodenje pacienta, da ohrani umirjenost.
Možnost izbire in optimizem	Osebi, ki ji ostane le še pretep, je ponujena (realistična) možnost izbire učinkovito orodje; odprtje teme o medikamentozni podpori; optimizem in upanje.
Debrifing	Pacienta in osebja (če so bili uporabljeni kakršnikoli neprostovoljni ukrepi).

Diskusija

Obravnavanje vedenja agresivnih in agitiranih pacientov ima tri glavne cilje. Ti so varnost pacienta, osebja in ostalih, pomoč pacientu kontrolirati emocije in ohraniti samokontrolo ter izogibanje omejevalnim in prisilnim ukrepom (Richmond, et al., 2012).

Največja nevarnost za agresivno vedenje se pojavi, ko je spregledano in ni klinično obravnavano. Preventiva za boj proti negativnim posledicam agresije vključuje uporabo telefona kot klicne naprave za pomoč, trening samozaščitnih prijemov in socialno podporo. Ključno je, da aktivnosti v zdravstveni obravnavi pacienta z agresivnim vedenjem vključujejo izobraževanje, usposabljanje osebja, oceno tveganja in zavzetost vodstev za organizacijo ter upravljanje prakse in razvoja politike ničelne tolerance do nasilja na delovnem mestu (Bole, 2017).

Edward, et al. (2018) so ugotovili, da bi bile nefarmakološke intervencije, kot so deeskalacijske tehnike, okoljski dejavniki in ocenjevalne lestvice možne opcije za zmanjšanje agresije na urgentnih oddelkih. Dodajajo še, da je za izboljšanje obravnave pacienta z agresivnim vedenjem potrebno sodelovanje urgentnega osebja z osebjem iz psihiatričnih oddelkov, ki so bolj usposobljeni v nefarmakoloških deeskalacijskih tehnikah.

Morken, et al. (2015) so podali štiri glavne organizacijske dejavnike, ki naj bi vplivali na zmanjšanje nasilja nad zaposlenimi pri nujni obravnavi pacienta. Ti so: minimiziranje možnosti, da zaposleni dela sam, da je pripravljen, reševanje neujemanj med pacientovimi pričakovanji in zmožnostmi osebja ter podpora delovne organizacije.

Zdravstveni delavec v vsak terapevtski odnos daje del sebe. Poznavanje lastnih sposobnosti in dobrih lastnosti na eni strani ter omejitev, stisk, strahov in dvomov na drugi strani nam omogoča, da v procesu obravnave pacienta z agresivnim vedenjem dosežemo postavljene cilje. Proces deeskalacije je aktivnost z visoko mero tveganja, stresa in adrenalina. Prav zavedanje tega je ključno za izbor ustreznega pristopa, ki je prilagojen pacientu in situaciji. Pri kritičnem samoocenjevanju moramo veliko pozornosti nameniti svojemu odzivanju na pacientovo agresivno vedenje. Še bolj kot izrečene besede je pri tem pomembna nebesedna komunikacija oziroma govorica našega telesa. Komunikacija v procesu deeskalacije je svojevrstna umetnost, ki je še najbolj podobna plesu dveh posameznikov, v našem primeru pacienta in medicinske sestre, ki se morata popolnoma sinhronizirati, da bosta na začetku temperamenten »rock and roll« zaključila z uglajenim »dunajskim valčkom«. Dosežen cilj deeskalacije je nagrada tako za pacienta kot medicinsko sestro – pri pacientu zmanjša stopnjo jeze in frustracije, medicinsko sestro pa navda s težko opisljivim občutkom zadovoljstva, da je pomagala posamezniku v stiski (Lapanja, 2018).

Zaključek

Tehnike deeskalacije so pri obravnavi pacientov z agresivnim vedenjem tista intervencija, ki bi jo morali znati uporabljati na vseh področjih zdravstvenega sistema. Še posebej to velja za področja zdravstva, kjer se s tem pojavom pogosteje srečujejo. Poleg psihiatričnega področja in urgentnih služb je to zagotovo tudi področje nevrologije, še posebej ko govorimo o urgentni dejavnosti.

V prispevku smo izpostavili deeskalacijo kot metodo prvega izbora pri preprečevanju in soočanju z agresivnim vedenjem pacienta. Poudariti velja, da s tehnikami deeskalacije nismo vedno uspešni, zato morajo zdravstvene organizacije, kjer je tega pojava več, imeti izdelane natančne protokole ukrepanja, s katerimi se zagotavlja varnost vseh deležnikov v zdravstveni obravnavi. Pomembno bi bilo, da se učenje veščin deeskalacije sistematično vpelje tako v proces formalnega kot neformalnega izobraževanja z namenom opolnomočenja vseh zdravstvenih delavcev pri obravnavi pacientov z agresivnim vedenjem.

Literatura

Bole, U. & Lapanja, A., 2017. Deeskalacijske tehnike komunikacije. In: Loncnar, D. & Bregar, B. eds. *Zagotavljanje delovnega okolja brez nasilja za zaposlene in paciente v zdravstvenem sistemu »Ničelna toleranca do nasilja«, Otočec, 9. in 10. oktober 2017*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, pp. 40–43.

Bole, U., 2017. Strokovni samozaščitni prijemi pri obvladovanju pacienta z agresivnim vedenjem (povzetek delavnice). In: Loncnar, D. & Bregar, B. eds. *Zagotavljanje delovnega okolja brez nasilja za zaposlene in paciente v zdravstvenem sistemu »Ničelna toleranca do nasilja«, Otočec, 9. in 10. oktober 2017*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije-Zveza strokovnih društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, p. 38.

Deal, N., Hong, M., Matorin, A. & Shah, A.A., 2015. Management of the Acutely Agitated or Psychotic Patient. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 33(4), pp. 739–752.

Edward, K., Giandinoto, J.A., Weiland, T.J., Hutton, J. & Reel, S., 2018. Brief interventions to de-escalate disturbances in emergency departments. *The British Journal of Nursing*, 27(6), pp. 322–327.

Hallett, N. & Dickens, G. L., 2017. De-escalation of aggressive behaviour in healthcare settings: concept analysis. *International Journal of Nurses Studies*, 75, pp. 10–20.

Komel, A. & Koprivšek, J., 2017. Urgentna stanja pri duševnih motnjah. In: Prosen, G. ed. *Zbornik V. Šole urgence, Zreče 1. in 2. december 2017*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 67–79.

Lapanja, A., 2015. Deeskalacijske tehnike komunikacije. In: Peterka Novak, J. & Bregar, B. eds. *Izobraževalne vsebine v zdravstveni negi na področju psihiatrije*. Ljubljana: Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, pp. 110–118.

Lapanja, A., 2018. Moč komunikacije pri vznemirjenem pacientu. In: Lapanja, A. & Pintar Babič, M. eds. *Izobraževalne vsebine v zdravstveni negi na področju psihiatrije 2. del*. Ljubljana: Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, pp. 117–125.

Morken, T., Johansen, I.H. & Alsaker, K., 2015. Dealing with workplace violence in emergency primary health care: a focus group study. *BMC Family Practice*, 16(1), pp. 1–7.

Perme, D., 2019. Kako predvideti nasilen odziv pacienta in se zaščititi pred nasiljem. In: Vajd, R. & Gričar, M. eds. *Urgentna medicina - izbrana poglavja, Portorož, 13.–15. junij 2019*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 32–35.

Riba, M. & Ravindranath, D. eds., 2010. *Clinical Manual of Emergency Psychiatry*. Arlington: American Psychiatric Publishing, pp. 33–92.

Richmond, J.S., Berlin, J.S., Fishkind, A.B., Holloman, G.H., Zeller, S.L., Wilson, M.P., et al., 2012. Verbal de-escalation of the agitated patient: consensus statement of the American association for emergency psychiatry project BETA de-escalation workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13(1), pp. 17–25.

Švab, V., Pregelj, P. & Žvan, V., 2013. Duševne motnje in telesne bolezni ali stanja. In: Pregelj, P., et al. eds. *Psihiatrija*. Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, pp. 321–329.

Vučko Miklavčič, I., 2018. Bolezenska stanja povezana z agresivnim odzivom pacienta. In: Vajd, R. & Gričar, M. eds. *Urgentna medicina: izbrana poglavja, Portorož 14.–16. junij 2018*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 71–73.

ZNANJA KI JIH JE POTREBNO OBUDITI PRI OBRAVNAVI NEVROLOŠKEGA PACIENTA

KNOWLEDGE TO BE REVIVED WHEN DEALING WITH A NEUROLOGICAL PATIENT

Anita Jelar, dipl. babica, mag. zdr. – soc. manag., ET

Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji
Univerzitetni klinični center Ljubljana, Svetovalna služba zdravstvene nege

e-naslov: anita.jelar@kclj.si

Izveček

Pacient z nevrološkimi težavami zahteva poostreno zdravstveno nego. Zaradi bolezni same je lahko njegovo gibanje in razumevanje otežkočeno, tako da potrebuje več naše pozornosti in obravnave. S kvalitetno, celostno zdravstveno obravnavo, lahko preprečimo poškodbo/razjedo zaradi pritiska in s tem preprečimo še dodatno poslabšanje njegovega stanja in slabšo kvaliteto življenja. Vsa dela, ki jih izvaja zdravstveni delavec so usmerjena v dobrobit pacienta. Dnevne rutine, pomanjkanje kadra, življenje, ki se nam zgodi z vsakodnevnimi neprilikami in dogodki, »razbijejo« našo kontinuiteto dela. Ključ prispevka in naloga nas enterostomalnih terapevtov, je v nudenju pomoči osebi, ko je to potrebno, bodisi fizične oskrbe pacienta ali pomoči v obliki usmeritve zdravstveno negovalnih postopkov. Namen je, s skupnimi močmi priti do rezultatov, ki doprinesejo nevrološkemu pacientu kvalitetno zdravstveno nego in kakovostno oskrbo za njegovo nadaljnjo življenje. Namen prispevka je ozavestiti, opomniti slehernega zdravstvenega delavca k ranljivosti nevrološkega pacienta s strani zdravstvene nege: naj bo to tveganje za nastanek razjede/poškodbe zaradi pritiska ali pa hkrati opomnik na pomembnost vsakodnevnega izvajanja zdravstvene nege, kot vsakodnevne rutine.

Ključne besede: zdravstvena nega, razjeda/poškodba zaradi pritiska, inkontinenčni dermatitis, celostna obravnava pacienta

Abstract

A patient with neurological problems requires intensive care. Because of the disease itself, his movement and understanding can be difficult, so he needs more of our attention and treatment. With quality, integrated treatment we can prevent injury/ulcer due to pressure, preventing further deterioration of his condition and poor quality of life. All the work performed by the health worker is aimed at the well being of the patient. Daily routines, lack of staff, life that happens to us with daily adversities and events »break« our continuity of work. The key to the contribution and our task of enterostomal therapists is to offer help to the person who needs it, either it is physical care of the patient or help in the form of guidance of nursing procedures.

The aim is, with joint efforts, to achieve results that contribute to the neurological patients quality health care and quality care for his further life. The purpose of the article is to raise awareness, to remind every healthcare worker about the vulnerability of the neurological patient on the part of nursing.

Key words: nursing health care, injury/ulcer pressure, incontinence dermatitis, holistic treatment

Uvod

European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel in Pan Pacific Pressure Injury Alliance, so skupno izdali leta 2019 posodobljene smernice Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline (Preprečevanje in zdravljenje razjed/poškodb zaradi pritiska). To so mednarodne smernice, katere pripomorejo k vsakodnevni preventivni ukrepom pri ohranjanju kakovostne zdravstvene nege in kvalitete življenja posameznika.

Razjeda/poškodba tkiva zaradi pritiska (RZP/PZP) je tako socialni, kot ekonomski problem (EPUAP, NPIAP, PPPIA, 2019).

Največji segment ljudi v svetu so starostniki. Življenjska doba ljudi se povišuje, povečuje se tudi število kroničnih obolenj posameznika, kot so npr.: sladkorna bolezen, kardio- vaskularna obolenja. Ko k vsem tem dejavnikom prištejemo še slabšo mobilnost starostnika, imamo veliko tveganje za nastanek razjede zaradi pritiska, ali kot jo imenujejo v Ameriki in Avstraliji: Poškodbo zaradi pritiska (Gefen, 2018).

Delovanje mehaničnih sil (pritisk, trenje, jakost pritiska, ...) in slabša odpornost tkiva (prekrvavitev, telesna temperatura, sposobnost regeneracije tkiva), povzročita lahko poškodbo ali celo razjedo zaradi pritiska (EPUAP, NPIAP, PPPIA, 2019).

Pacienti, ki imajo bolezen živčnega sistema, imajo pogosto motnjo v motoriki, moteni koordinaciji, šibkost v mišicah, izgubo občutka v določenih predelih telesa, tremor, nejasen govor, neuskkljenost gibov, idr. Ravno zaradi vseh teh simptomov je samooskrba največkrat otežena in je naša skrb za celostno zdravstveno nego še kako pomembna in ključna.

Namen prispevka je seveda ponovno opomniti, kako lahko pomagamo pacientu ohraniti največjo samooskrbo pacienta pri aktivnostih, ko mu stanje to dopušča, vendar s poudarkom, da je večji del aktivnosti odvisno od posameznih korakov zdravstvenega delavca.

Preventivno delovanje je vsekakor boljše za nas in za pacienta, kot kurativno delovanje, ki poslabša kvaliteto življenja.

Cilj prispevka je uporaba teoretičnih izhodišč pri vsakodnevni delu.

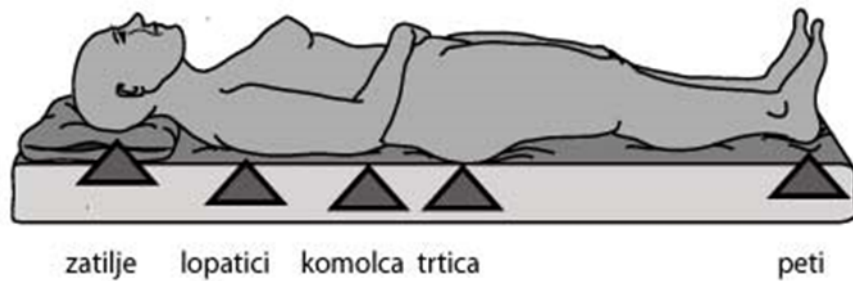
V Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana, je izdelan dokument Protokol preprečevanja razjed/poškodb zaradi pritiska, ki služi zaposlenim kot orodje pri delu in je bil prenovljen/posodobljen po zadnjih smernicah izdanih s strani Evropskega svetovnega odbora za razjede zaradi pritiska, Nacionalnega svetovnega odbora za poškodbe zaradi pritiska in Vse pacifiške zveze za poškodbe zaradi pritiska iz leta 2019 (tretja izdaja) (European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP) and Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. The International Guidelin, 2019).

Najpogostejša mesta nastanka razjede/poškodbe tkiva zaradi pritiska

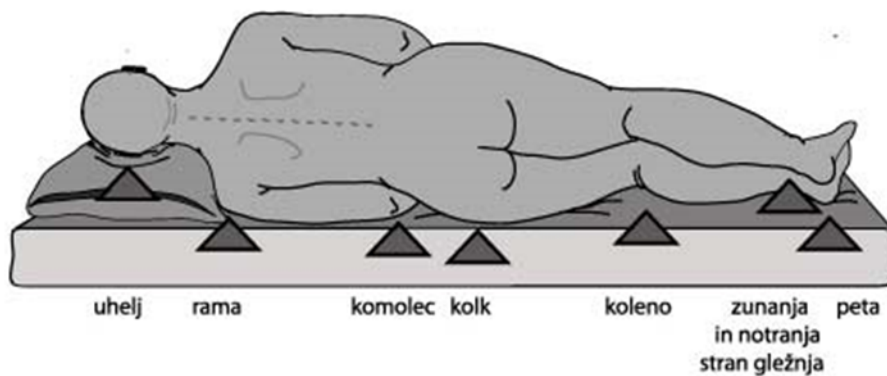
Poznavanje biomehanike nastanka razjede zaradi pritiska, poznavanje rizičnih mest nastanka ob različnih položajih pacienta, omogočata zgodnjo detekcijo nastanka razjede zaradi pritiska.

Zdravljenja že poškodovane kože so dolgotrajna, boleča za človeka in velik strošek za zdravstveni sistem ali posameznika (Gefen, 2018).

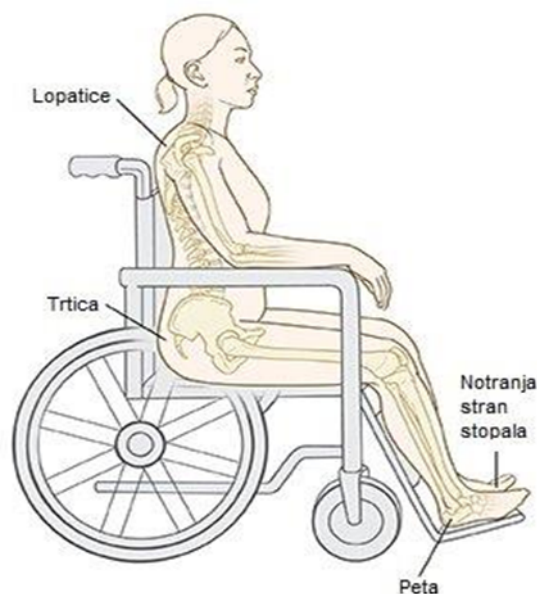
V nadaljevanju ogrožena mesta za nastanek razjede/poškodbe tkiva zaradi pritiska, prikazana tudi slikovno.



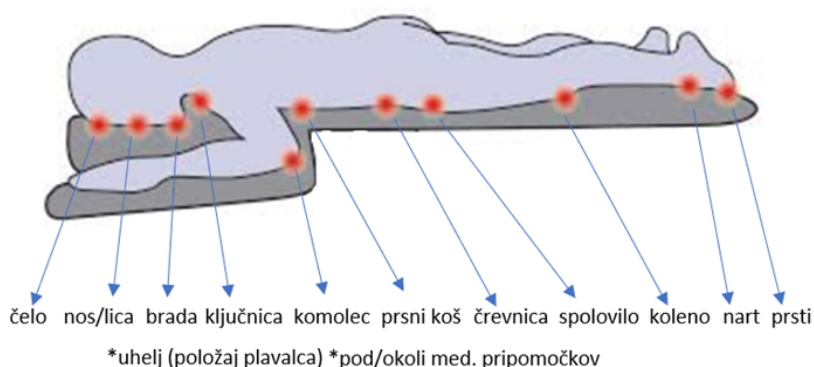
Slika 1: Najpogostejša mesta nastanka RZP/PZP v hrbtni legi (vir: Mehle, et al., 2014)



Slika 2: Najpogostejša mesta nastanka RZP/PZP v bočnem položaju (vir: Mehle, et al., 2014)



Slika 3: Najpogostejša mesta nastanka RZP/PZP v sedečem položaju (vir: *Fairview health services*, (Anon., 2022))



Slika 4: Najpogostejša mesta nastanka RZP/PZP v položaju na trebuhu (NPIAP, 2020)

Vsako podlaganje pacienta kot zaščita izpostavljenih predelov, mora biti individualno, glede na telesni status pacienta. Točke pritiska je potrebno natančno opazovati.

V času epidemije Covid-19, je bil velik poudarek na položaju pacienta na trebuhu ali strokovno pronacija. V položaju pronacije (na trebuhu), je pacient lahko največ 16 ur, položaj glave in rok pa je potrebno spreminjati na 2-4ure (Bamford, et al., 2022).

V primeru ko se pri podlaganjih moramo izogniti direktnemu pritisku tehničnega pripomočka na kožo, se poslužimo tanke silikonske poliuretanske pene. Vsa izpostavljena mesta je potrebno zaščititi z večslojno poliuretansko peno iz silikona (Ramos, et al., 2020).

Standardni ukrepi za preprečevanje nastanka razjede/poškodbe tkiva zaradi pritiska

Glavni preventivni ukrep pri zmanjšanju nastanka poškodb/razjed zaradi pritiska, je uporaba različnih ocenjevalnih lestvic. V Sloveniji (tudi v UKC Ljubljana) med drugimi uporabljamo Waterlow lestvico za odrasle paciente, ki jo je leta 1985 skreirala Judith Amy Waterlow (Jelen, 2013 cited in Jakič, 2021).

Lestvica je bila posodobljena leta 2005 in leta 2009 prevedena in modificirana s strani Svetovalne službe zdravstvene nege UKC Ljubljana. Večje število točk pomeni večjo ogroženost za pacienta in s tem tudi nalaga ustrezne korektivne ukrepe. Pacientom, ki so ogroženi za nastanek RZP/PZP je potrebno v štirih urah od sprejema zagotoviti ustrezno preventivno blazino (Jelen, 2013).

Ukrepi preventivne dejavnosti glede na modificirano Waterlow lestvico in po smernicah European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP) and Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA) iz leta 2019 so: vzdrževanje zdrave kože, zmanjševanje pritiska, strižnih sil in trenja, pravilna prehrana, izobraževanje članov negovalnega tima, dokumentiranje in zdravstvena vzgoja pacientov in njihovih svojcev.

Pravilna prehranjenost tkiva in vzdrževanje intaktne, hidrirane kože, je ključnega pomena. Pomembno je ohranjati kožo čisto, se izogibati alkalnih mil, zaščititi kožo pred izločki, ter uporabljati sodobne pripomočke za čiščenje (EPUAP, NPIAP, PPPIA, 2019, Quick Reference). Poleg vzdrževanja kože, pa je pomembno istočasno zmanjševati pritisk, trenje in strižne sile (Gefen, 2018).

Najpomembnejše je, da uporabljamo preventivne blazine glede na ogroženost pacienta. Ko pacienta premeščamo, uporabljamo pripomočke, ki ne povzročajo trenja, pri menjavi položaja se izogibamo vlečenju pacienta in nameščamo preventivne sodobne obloge na tipična mesta nastanka RZP/PZP (EPUAP, NPIAP, PPPIA, 2019).

Menjava položaja pacienta je pomemben preventivni ukrep. Že po definiciji poškodba/razjeda zaradi pritiska ne moreta nastati, če ni dolgotrajnega pritiska na tkivo. Ležeče paciente, ki ležijo na navadnih žimnicah, obračamo na dve uri, pri uporabi preventivnih blazin, pa se čas lahko podaljša na 4 ure. Pacienti, ki sedijo na invalidskih vozičkih je pomembno, da zamenjajo svoj položaj (se presedejo) vsakih petnajst minut (v primeru, da se ne more presedati, mu na eno uro menjamo položaj) (EPUAP, NPIAP, PPPIA, 2019).

Preventivni pripomočki

Pri preventivnih pripomočkih poznamo statične in dinamične blazine. Namen preventivnih blazin je prerazporeditev pritiska pri pacientu. Pripomočke uporabljamo skupaj z načrtovanim obračanjem pacienta (EPUAP, NPIAP, PPPIA, 2019).

Statične blazine so: penaste blazine, zračne blazine, blazine z gelom in spominsko visoko elastične blazine. Le te zmanjšujejo pritisk in strižne sile na osnovi prerazporeditve pritiska stične površine med pacientom in posteljo. Dinamične blazine pa izmenično menjujejo pritisk v prekatih. Poznamo blazine s črpalko ali brez. Klinaste blazine se uporabljajo za nameščanje pacienta in stabiliziranje lege pacienta. Pozicijske blazine pa zagotavljajo oporo in razbremenitev (Jelen, 2013; EPUAP, NPIAP, PPIA, 2019).

Preprečevanje razjede/poškodbe tkiva zaradi pritiska pri medicinsko tehničnih pripomočkih

Dolgotrajna izpostavljenost medicinskega pripomočka direktno na kožo, lahko povzroči poškodbo zaradi pritiska. Pomembno je, da stični del med kožo in pripomočkom zaščitimo.

Kožo pod pripomočki je nujno potrebno opazovati, jo zaščititi ali celo narediti repozicijo pripomočka. Izbrani pripomoček mora biti ustrezne velikosti, prilagojene posamezniku, njegova uporaba mora biti po navodilih proizvajalca. Pregled kože pod in okoli medicinskega pripomočka mora postati del rutinskega pregleda kože (EPUAP, NPIAP, PPPIA, 2019). Kot navaja Gefen (2018), je potrebno uporabiti kot preventivno zaščito pod pripomočki, tanko poliuretansko peno iz silikona.

Stopnje razjede/poškodbe zaradi pritiska

Razjede/poškodbe zaradi pritiska ocenjujemo s stopenjskim kvalifikacijskim sistemom po smernicah European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP) and Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA) iz leta 2019. Smernice opozarjajo na pozornost opazovanja kože, globino poškodovanega dela, lokacijo razjede/poškodbe, robovi razjede, barva, odmrlo tkivo in posebnosti vezane na zdravstveno stanje pacienta. Ravno tako opozarjajo na poškodbe zaradi lepljenja, ki se prevečkrat ocenijo kot razjeda zaradi pritiska II. stopnje.

Kot se lahko zamenja poškodba zaradi lepljenja z razjedo/poškodbo zaradi pritiska II. stopnje, pa Beeckman, et al. (2015) opozarjajo na zamenjavo razjede/poškodbe zaradi pritiska z izgledom inkontinenčnega dermatitisa (ID). Kot sam navaja je določitev kontinence pacienta prvi korak. Kontinenten pacient nima inkontinenčnega dermatitisa. Inkontinenčni dermatitis se po njegovem navajanju lahko zamenja za poškodbo/razjedo zaradi pritiska I. stopnje in II. stopnje. Vsekakor je prisotnost inkontinenčnega dermatitisa tudi nevarnost razjede/poškodbe zaradi pritiska, saj je koža ranjena, v večji meri je pa tudi mobilnost tovrstnih pacientov okrnjena (Beeckman, et al., 2015).

Razlika med inkontinenčnim dermatitisom in razjedo/poškodbo zaradi pritiska je v sami lokaciji pojava spremembe in izgledu. ID je površinski, robovi so razpršeni, pojavi se v anogenitalnem področju ob inkontinenci prisotni: fekalna ali urinska, okolna koža je zmacerirana (Beeckman, et al., 2015).

Če torej izhajamo iz European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP) and Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA) (2019) smernic, in dodatno njihovih Quick Reference Guide, izdanih še istega leta, je zelo veliko faktorjev tveganja, ki so pomembna za nastanek razjede/poškodbe zaradi pritiska in je pomembna ocena teh tveganj. Tveganja, ki jih izpostavljajo so: vpliv povišane temperature, podaljšanje časa mirovanja pacienta, vpliv duševnega zdravja, omejena mobilnost posameznika, vpliv že obstoječe poškodbe zaradi pritiski, vpliv sladkorne bolezni, vpliv motenj v perfuzijskem obtoku, starost pacienta in vpliv oksigenacije kože in prisotnost medicinskih pripomočkov na tveganje idr. Hkrati priporočajo opraviti telesni pregled pacienta čim hitreje po sprejemu v bolnico in pa redno kasneje, odvisno od ogroženosti pacienta.

Zgoraj omenjeni stopenjski klasifikacijski sistem, ki je opisan v dokumentu »Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. The International Guidelin« (2019) in katerega uporabljamo seveda tudi pri nas, se začne z opisovanjem nepoškodovane kože z rdečino, ki je običajno prisotna v predelih kostnih štrlin. To imenujemo I. stopnja RZP/PZP. Najbolj značilen pokazatelj te I. stopnje je, ko pritisnemo na rdečino, da ne pobledi. To že nakazuje na okvarjeno mikrocirkulacijo tkiva.

II. stopnja je imenovana Delna poškodba kože ali mehur, kjer se razjeda kaže kot plitka odrgnina. Lahko je prisoten mehur napolnjen s tekočino.

III. stopnja je Poškodba vseh plasti kože in podkožja, vse do mišičnih ovojnic. Lahko so prisotne tudi vlažne mrtvine, lahko so »žepaste«. Globina je odvisna od lokacije (nos, uhelj, zatilje, nimajo podkožnega tkiva, zato je tam rana plitvejša).

IV. stopnja je Poškodba vseh tkiv, globoka rana. Popolna izguba tkiva zajema vse plasti kože, z izpostavljenimi kostmi, kitami, ovojnicami... Lahko so prisotne vlažne ali suhe mrtvine. Rane so globoko, tunelirane. Enako, kot pri III. stopnji velja, da je globina na predelih brez podkožja plitvejša.

Nedoločljiva stopnja, globina neznana: poškodba kože, tkiva, kjer se dno rane ne vidi. Prekrito z vlažno ali suho mrtvino (na peti služi mrtvina kot »zaščita telesa« in se ne odstranjuje).

Sum na globoko poškodbo tkiva, globina neznana: omejeno območje nepoškodovane kože, ki je lahko vijolične barve ali kostanjevo rjave barve (hematom). Napolnjen je lahko s krvjo, ki je kot posledica okvare spodaj ležečega mehkega tkiva.

Zaključek

Pri svojem vsakodnevnem delu, hitenju, izvajanju diagnostično terapevtskih postopkov, pogostokrat pozabljamo na drobne stvari, ki pa lahko ogromno olajšajo ali otežijo okrevanje pacientu.

Poseben poudarek velja nameniti vzdrževanju zdrave kože. Pregled kože je pomemben ob sprejemu pacienta v ustanovo in je del vsakega pregleda ocene stanja pacienta. Potrebno je opraviti pregled celotnega telesa s posebno pozornostjo izpostavljenih delov.

Povsem običajna skrb za kožo pacienta, jutranja nega, pravilen položaj telesa, lahko pripomoreta k boljšemu okrevanju. Starejši pacienti, pacienti z dodatnimi obremenitvami in k temu prištevamo tudi paciente z nevrološko patologijo, pa so še toliko bolj dovzetni za razne razjede/poškodbe zaradi pritiska. Včasih je komunikacija otežena, čutenje moteno, gibanje nejasno in prisiljeno ali ga pa enostavno ni, in takrat je naša vloga ključna.

Ne samo uporaba preventivnih blazin, blazin za razbremenjevanje, sodobnih oblog za oskrbo ran, ampak je pomembna tudi ustrezna zaščita kože, anogenitalna nega z ustreznimi pripomočki in predvsem redni pregled kože zaradi morebitnih sprememb.

Cilj je absolutno ohraniti intaktno kožo, kar pa nam vedno ne uspe, kljub vsem ukrepom, ki jih navajajo najnovejše smernice. Faktorjev tveganja ima pacient z nevrološko patologijo veliko, kot je napisano v prispevku. V vsakem primeru pa stremimo k čim prejšnji detekciji spremembe in ukrepanju.

S sodelovanjem, opazovanjem in ukrepanjem lahko omogočimo pacientu kakovostnejše življenje in hitrejšo okrevanje.

Literatura

Anon., 2022. Fairview health services. Patient education. Pressure injuries: Common sites. Available at: <https://www.fairview.org/patient-education/84016> [28.10.2022].

Bamford, P., et al., 2022. *Guidance for: Prone positioning in adult critical care*. The faculty of intensive care medicine, pp. 20–22. Available at: https://www.wyccn.org/uploads/6/5/1/9/65199375/icsficom_prone_guidance_final_2019.pdf [30.10.2022].

Beeckman, D., et al., 2015. *Proceedings of the global IAD Expert Panel. Incontinence-associated dermatitis: moving prevention forward. Wounds international 2015*. Available at: https://www.researchgate.net/publication/299365578_Incontinence-associated_dermatitis_moving_prevention_forward [03.11.2022].

Capasso, V., Cox, J., Cuddigan, J., Delmore, B., Tescher, A. & Solmos, S., 2020. *National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP). Pressure injury prevention- PIP Tips for Prone Positioning*. Available at: https://cdn.ymaws.com/npiap.com/resource/resmgr/press_releases/NPIAP_PIP_Tips_for_Proning.pdf [2.11.2022].

Gefen, A., 2018. The future of pressure ulcer prevention is here: Defecting and targeting inflammation early. *EWMA Journal*, 19(2). pp. 7–13.

Haesler, E. ed., 2019. *European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Quick Reference Guide. EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2019*, pp. 17-18. Available at: https://www.internationalguideline.com/static/pdfs/Quick_Reference_Guide-10Mar2019.pdf [02.11.2022].

Haesler, E. ed., 2019. *European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP) and Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. The International Guidelin*.

Jakič, D., 2021. *Uporaba lestvic za ocenjevanje ogroženosti za nastanek razjede zaradi pritiska-pregled literature: diplomsko delo visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje Zdravstvena nega*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, p. 4. Available at: http://datoteke.fzab.si/diplomskadela/2021/Jakic_Darja.pdf [03.11.2022].

Jelen, A., 2013. *Prevalenca razjede zaradi pritiska v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana: presečna študija: magistrsko delo Zdravstvene nege 2. stopnje*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, pp. 27–35. Available at: <https://repozitorij.uni-lj.si/Dokument.php?id=72538> [03.11.2022].

Mehle, M.G., Lopuh, M. & Tomc, D., 2014. *Preprečevanje razjede zaradi pritiska (preležanin): nasveti za bolnike in svojce*. Ljubljana: Slovensko združenje paliativne medicine SZD, Onkološki inštitut Ljubljana. Available at: http://ss1.spletnik.si/4_4/000/000/40c/973/2-2_NEGA_BOLNIKA_-_PREPRE-EVANJE_RAZJED.pdf [29.10.2022].

Ramos, P., et al., 2020. PUPRO - Pressure Ulcers Prevention on POne Position and in Patients with ECMO and other medical devices within Intensive Care (Intensive Care – Critical Patients). *Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas*, pp. 4–5. Available at: <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2020/07/aptferidas-recommendations-prone-positioning-202006.pdf> [03.11.2022].

MULTIDISCIPLINARNI PRISTOP PRI OBRAVNAVI NEVROLOŠKIH PACIENTOV Z MULTIPLO SKLEROZO IN SPINALNO MIŠIČNO ATROFIJO

A MULTIDISCIPLINARY APPROACH IN THE TREATMENT OF NEUROLOGICAL PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS AND SPINAL MUSCULAR ATROPHY

Nives Matko dipl. m. s

Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v nevrologiji
Univerzitetni klinični center Ljubljana, Nevrološka klinika

e-naslov: nives.matko@kclj.si

Mojca Lukša dipl. m. s

Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v nevrologiji
Univerzitetni klinični center Ljubljana, Nevrološka klinika

e-naslov: mojca.luksa@kclj.si

Izvelek

Pojavnost nevroloških bolezni v populaciji še vedno vztraja, vendar se na področju spoprijemanja z boleznijo s strani zdravstvenih storitev in farmacevtskih proizvodov, življenje poskuša ohraniti v ravnovesju ravno zaradi različnih pristopov s strani strokovnjakov različnih specialnosti. Pacienti z multiplo sklerozo in spinalno mišično atrofijo potrebujejo multidisciplinarno obravnavo na področju diagnosticiranja, odločitvah pri zdravljenju, spremljanju bolezni, podpori, izobraževanju njih samih in njihovih bližnjih. Multidisciplinarni pristop tako postaja nepogrešljivo sredstvo za dobro vodenje bolezni, sodelovanje s pacienti in na koncu dober rezultat zdravljenja.

Ključne besede: multidisciplinarni tim, strokovnjaki, zdravstvena nega, zdravljenje, novi pristopi, nevrološke bolezni, živčno-mišična bolezen, demielizacijska, neurodegenerativne bolezni, pacient

Abstract

The prevalence of neurological diseases in the population is still persistent, but in the area of disease management by health services and pharmaceuticals, life is being kept in balance precisely because of the different approaches taken by professionals from different specialties. Patients with multiple sclerosis and spinal muscular atrophy need multidisciplinary treatment in the areas of diagnosis, treatment decisions, treatment itself, disease monitoring, support, as well as education for themselves and their loved ones. A multidisciplinary approach thus becomes an indispensable tool for good disease management, patient cooperation and

ultimately a good treatment outcome. In this article, we aim to demonstrate the importance of the cooperation of all disciplines to contribute to better treatment and disease management outcomes.

Keywords: multidisciplinary team, experts, nursing, treatment, new approaches, neurological diseases, neuromuscular disease, demyelinating, neurodegenerative diseases, patient

Uvod

Bolezni in poškodbe živčevja so velik izziv zdravstvenega varstva v 21. stoletju. Nevrološke bolezni in motnje lahko povzročijo strukturne, biokemične ali električne spremembe v možganih, hrbtenjači ali živcih, ki vodijo do bolezni. Simptomi nekaterih bolezni so bolečine v hrbtenici, glavobol, vrtoglavica, motnje pri hoji ali pri motoriki gibanja, upad umskih sposobnosti, težave s spanjem in mnogo drugih (Deuschl, et al., 2020).

Multipla skleroza (MS) in spinalna mišična atrofija (SMA) sta kronični nevrološki bolezni in povzročata trajne motnje na vseh ravneh pacientovega življenja (Kamińska, et al., 2017; Nicolau, et al., 2021). Zdravljenje je v zadnjih letih močno napredovalo, zaradi česar se je spremenila tudi obravnava pacientov in s tem vloga multidisciplinarnega tima (Banks, et al., 2020).

Sodobna obravnava pacientov SMA in MS zajema celosten pristop k načrtovanju zdravljenja s sodelovanjem več strokovnjakov iz različnih disciplin, pri čemer ima pacient osrednje mesto in kjer člani tima med seboj redno komunicirajo, se skupaj izobražujejo in si izmenjujejo informacije o pacientovem stanju. Multidisciplinarni pristop omogoča individualno in dinamično obravnavo. Zdravljenje MS in SMA je dolgotrajno, zato je pomembno sodelovanje v daljšem obdobju (Câmara & Gondim, 2017; Križnik, 2022). Medicinske sestre se, kot pomemben član multidisciplinarnega tima, pri svojem delu srečujejo s številnimi izzivi, ki jih narekuje sodobna zdravstvena nega (McKay, 2017).

V prispevku želimo prikazati pomembnost sodelovanja vseh strok, ki pripomorejo k boljšim rezultatom zdravljenja in spoprijemanja z boleznijo. Številni viri poročajo, da je ravno v tem pristopu pričakovati dobre izide obravnav in zadovoljstvo pri pacientih. Zdravstvena stroka se skupaj z znanstvenim napredkom močno krepi, kar nakazuje nove izzive za prihodnost sodelovanja med strokovnimi delavci v zdravstvu ter pacientom. Namen prispevka je raziskati pomen kvalitetnega sodelovanja različnih strok pri obravnavi pacientov z MS in SMA. Prispevek je pomemben zaradi vedno večje obolevnosti pacientov z MS in SMA in težkega soočanja s kronično boleznijo ter težav/omejitev povezanih z njo. Cilji, ki smo si jih zastavili so raziskati kako multidisciplinarni pristop vpliva na obravnavo pacientov z MS in SMA, spoznati pot obravnave pacientov, ki jih je prizadela bolezen MS, spoznati pot obravnave pacientov, ki jih je prizadela bolezen SMA.

Multidisciplinarni pristop pri obravnavi nevroloških pacientov z multiplo sklerozo

Multipla skleroza je kronična vnetna demielinizacijska bolezen osrednjega živčevja, ki je domnevno avtoimunskega izvora (Kamińska, et al., 2017). Povezana je z različnimi telesnimi in psihosocialnimi okvarami (Yaseen Hyarat, et al., 2019) in je ena izmed najpogostejših bolezni, ki povzročata invalidnosti pri mladih odraslih (Hojs Fabjan, 2015; Duquette, et al., 2019). Na svetu naj bi bilo obolelih približno 2,5 milijona ljudi, v Sloveniji pa med 2.500 in 3.000 ljudi (MS Barometer, 2020). MS vodi v poslabšanje na fizičnem in kognitivnem področju (Fantoni Quinton, et al., 2016).

Simptomi bolezni so raznoliki. Med najpogostejše simptome MS sodijo utrudljivost, težave z ravnotežjem, težave s spominom, senzorne motnje, motnje vida (dvojni vid, začasna izguba vida), oslabele okončin, spastičnost, motnje mokrenja in zadrževanja blata, motnje spolnih funkcij, vrtoglavica in bolečine (Barin, et al., 2018). Simptomi se pri posameznikih razlikujejo. Pri večini obolelih se simptomi pojavljajo občasno, z napredovanjem bolezni pa se lahko spreminjata njihova intenzivnost in trajanje (Garg & Smith, 2015).

Tudi potek bolezni je lahko pri pacientih z MS različen in od poteka bolezni je odvisna izbira zdravljenja (Hojs Fabjan, 2015; Yang, et al., 2019). Trenutno še ni zdravila, ki bi MS pozdravilo. So pa na voljo zdravila, ki vplivajo na potek bolezni in jo lahko do neke mere zajezi in odloži poslabšanje. Poudarja se pomen zgodnjega diagnosticiranja in zdravljenja multiple skleroze, kar pa je v primeru atipičnih simptomov oteženo (Banks, et al., 2020). Poznamo tri oblike MS, recidivno – remitentna, sekundarno – progresivna in primarno – progresivna oblika. Potek bolezni je nepredvidljiv in vpliva na vse ravni življenja (Alshammari, et al., 2019).

Ko se pacient s simptomi značilnimi za MS obrne na svojega osebnega zdravnika, ga mora leta napotiti na pregled k specialistu nevrologu. Ko nato nevrolog po natančnem nevrološkem pregledu presodi, da gre za sum na MS, bolnika napoti na: nevrofiziološke preiskave (vidni odzivi (VEP), somatosenzorični izvabljeni odzivi (SEP)), preiskavo možganske tekočine – likvorja in magnetno resonančno tomografijo (MRI) (McGinley, et. al, 2021).

Pacienti po potrditvi diagnoze MS potrebujejo kompleksno multidisciplinarno timsko obravnavo (Lenz & Harms, 2020).

V Sloveniji imajo pacienti na voljo Centre za multiplo sklerozo, ki delujejo v sklopu bolnišnic, nevroloških oddelkov in ambulant. Na nevrološki kliniki v Ljubljani, deluje center za multiplo sklerozo, ki je organizacijsko razdeljen na dnevno bolnišnico Kliničnega oddelka za bolezni živčevja, bolnišnično obravnavo na oddelku dr. Ivana Robide in na specialistično ambulanto obravnavo. V Ljubljanskem centru za multiplo sklerozo se kontinuirano vodi od 1500 do 1800 pacientov. V timu sodelujeta dve medicinski sestri, štirje specialisti nevrologi, dva fizioterapevta in delovni terapevt, po potrebi oziroma glede na pacientove potrebe pa tudi logoped, klinični psiholog, psihiater, dietetik, socialni delavec. Poleg tima, ki je znotraj klinike je pomembno tudi sodelovanje z zunanjimi strokovnjaki; urolog, okulist, dermatolog, osebni zdravnik, ZZZS zdravniška komisija, invalidska komisija ter nevladne organizacije in društva. Združenje multiple skleroze ima okoli 2100 članov in za svoje člane v okviru različnih programov deluje na področjih kulture, socialnega varstva, zdravstva, invalidsko pokojninskega varstva, športa in izobraževanja. Razvite ima programe, ki pacientom pomagajo pri športnem ali kulturnem udejstvovanju, rehabilitacijah, izobraževanju, prevozi invalidnih oseb in socialnih stiskah. Nudijo tudi pomoč pri pridobitvi osebne asistencije (Združenje multiple skleroze, n.d.).

Da bi se pacienti čim uspešnejše zdravili, je potrebno sodelovanje celotnega MS tima. Medicinska sestra je pomemben član zdravstvenega tima, ki je najpogosteje v stiku z pacienti in njihovimi svojci. Medicinska sestra skupaj s specialistom nevrologom spremlja pacienta od postavitve diagnoze, mu nudi oporo, posreduje strokovne podatke in literaturo pacientom ob zdravljenju. Sodeluje pri izvajanju zdravstveno vzgojnega dela, zagotavlja izobraževanje ob uvedbi zdravljenja, uči ravnanja z zdravili, spremlja in obvladuje morebitne neželene učinke, ocenjuje rezultat zdravljenja in je odgovorna za apliciranje infuzij. Pacienta usmerja in mu pomaga, da bi čim bolje spoznal in sprejel svojo bolezen ter ga spodbuja k zavzetosti pri zdravljenju (Câmara & Gondim, 2017).

Zdravljenje MS je kompleksno in obsega zdravljenje zagonov, preprečevanje napredovanja bolezni, simptomatsko zdravljenje in nevrorehabilitacijo. Zagon bolezni je opredeljen, kot pojav ali ponovitev stalnih simptomov, ki trajajo nepretrgoma 24 ur (Alshammari, et al., 2019). Pacient, ki ima znake zagona bolezni, se zgleda z napotnico v nujni nevrološki ambulanti, kjer

ga pregleda nevrolog in se odloči, ali je potrebno zdravljenje z infuzijami kortikosteroidov ali ne.

Za upočasnjevanje MS so na voljo različna imunomodulatorna zdravila (IMT). IMT imajo različne mehanizme delovanja in obstajajo v različnih oblikah: tablete, intravenske infuzije, podkožne injekcije. Zdravila se razlikujejo tudi glede na pogostost odmerjanja, način delovanja, indikacije, kontraindikacije, stranske učinke, spremljanje zdravljenja, shranjevanje in ravnanje z zdravili (Liu, et al., 2021).

Izbira zdravljenja poteka individualno, upoštevajo se klinična anamneza, podatki o splošnem zdravstvenem stanju pacienta, aktivnost bolezni vidna na MRI (Alshammari, et al., 2019). Pacient sodeluje pri odločitvi za zdravljenje, zdravljenje pa po predlogi izbranega nevrologa odobri konzilij, ki deluje v UKC Ljubljana in UKC Maribor.

V zadnjih letih je viden velik napredek pri zdravljenju pacientov z MS. Novih zdravil za upočasnjevanje bolezni je vedno več, kar za paciente predstavlja blažji potek napredovanja bolezni, kot še pred desetletjem (Banks, et al., 2020). V Sloveniji imajo pacienti z MS na voljo vsa zdravila, ki so za zdravljenje MS registrirana na svetovni ravni. Tako danes lahko izbiramo med 16 različnimi zdravili za multiplo sklerozo, za katero pa še vedno velja, da je neozdravljiva. Cilj zdravljenja je, da pacient z MS nima kliničnih, in radioloških znakov napredovanja bolezni ter predvsem, da ohranja dobro kakovost življenja (Alshammari, et al., 2019).

MS je kronična bolezen, ki človeka spremlja vse življenje. Sodelovanje in zdravljenje je bistveno boljše, če bolniku in njegovi družini nudimo ustrezno količino kakovostnih informacij. Medicinska sestra skupaj z nevrologom postopno podaja informacije o možnostih zdravljenja, načinu spremljanja, morebitnih neželenih učinkih in zapletih. Poudarja se pomen rednega jemanja zdravil, ter rednega laboratorijskega in kliničnega spremljanja (Câmara & Gondim, 2017). Medicinska sestra mu v razumljivem jeziku in na primeren način ob uporabi informativnega pojasni pomen vseh pridobljenih informacij. Z razumevanjem, podporo, učenjem samostojnega dajanja zdravil in z informiranjem ga spodbujamo pri samostojnosti in občutku nadzora nad življenja ter izboljšujemo njegovo samopodobo (McKay, 2017).

Multidisciplinarni pristop pri obravnavi nevroloških pacientov s spinalno mišično atrofijo

Klinični inštitut za klinično nevrofiziologijo v UKC Ljubljana, na sekundarni in terciarni ravni, obravnava paciente z boleznimi perifernega živčevja in mišic, dednimi nevrološkimi obolenji, motnjami budnosti in spanja, epilepsijo ter različne nevrogene motnje.

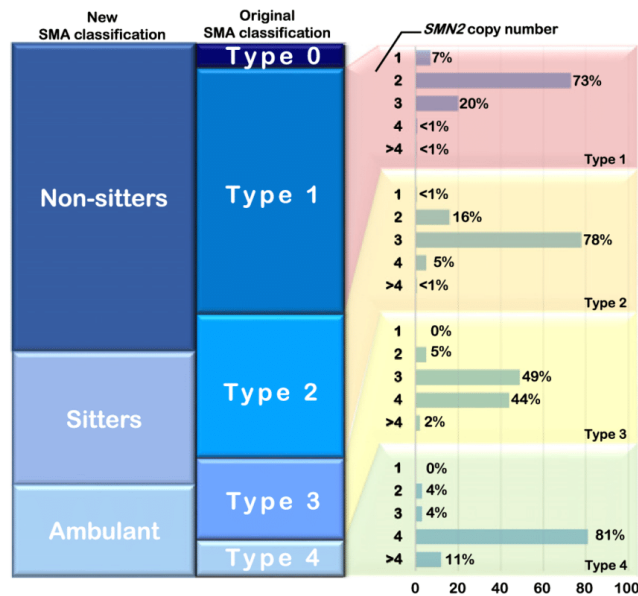
Med dedna, redka obolenja spada tudi bolezen spinalna mišična atrofija (SMA). Skupna prevalenca obolelih je 1 otrok na 11.000 rojstev in je tudi najpogostejši razlog za smrt novorojenčkov zaradi dedne bolezni (Nicolau, et al., 2021).

V okviru inštituta deluje Center za živčno-mišične bolezni, katerega namen je koordinacija dela ter priprava doktrine s področja živčno mišičnih obolenj. Obravnava pacientov je podprta s celostnim, multidisciplinarnim pristopom ter oskrbo, diagnostiko in genetskimi analizami. Na inštitutu vodimo register živčno-mišičnih pacientov, ki naj bi predstavljal strnjen nabor podatkov in bil dostopen zdravstvenim delavcem in pacientom, ter omogočal kvalitetnejšo obravnavo, kjer bi se zbrani genetski podatki lahko uporabljali v klinične raziskave. Na inštitutu deluje tudi enota za respiratorno fizioterapijo ter socialni delavec za koordiniranje z društvi, predvsem z Društvom distrofikov Slovenije, rehabilitacijskimi centri ter z vsemi centri za socialno delo v Sloveniji.

Živčno-mišična obolenja so dedna, kronična, degenerativna in progresivna obolenja, ki neposredno ali pa posredno prizadenejo mišice. Značilno je postopno propadanje mišičnih vlaken, kar privede do delne ali pa popolne ohromelosti določenih mišičnih skupin in posledično težav pri gibanju, do popolne odvisnosti od tuje pomoči (Nicolau, et al., 2021).

Spinalna mišična atrofija (SMA), se kaže v štirih oblikah. Obliko določa starost ob nastopu bolezni ter najvišja stopnja dosežene motorične funkcije (Eggerman, et al., 2020).

Slika 1: Klasifikacija SMA (Eggerman, 2022)



Diagnosticiranje bolezni poteka lahko nastopi kadarkoli za časa življenja posameznika. Za potrditev bolezni je potrebno medsebojno sodelovanje različnih strokovnjakov, ki ne le sodelujejo pri obravnavi v smislu postavitve diagnoze, temveč pacienta tekom celotnega življenja tudi spremljajo. V odrasli dobi so sicer obiski ambulant odraslih pacientov s SMA nekoliko redkejši, saj je bolezen stabilnejša in ne napreduje več tako hitro (Križnik, 2022). Pa vendar, ob obravnavi se stroka približa vsem potrebam pacienta in sledi njihovim težnjam in ciljem.

Pri vsakem novo odkritem obolelem, se odprejo številni vidiki obravnave, zato morajo zdravniki družino hitro seznaniti z vsemi možnostmi zdravljenja in nadaljnjih obravn. Pravočasno odkrivanje pomeni tudi najboljši učinek zdravljenja. Bolezen se deduje recesivno, kar pomeni, da obstaja 25-odstotna verjetnost, da jo podeduje tudi otrok, če sta starša prenašalca bolezni. Vse take primere bi lahko zajeli s presejalnim testiranjem, kar pomeni, da bi bolezen lahko ustavili, še preden pride do okvar motoričnih nevronov, ter s tem omogočili otroku normalen razvoj (Nicolau, et al., 2021).

Z anamnestičnimi podatki se zagotovi vpogled v ozadje pacientove bolezni. Predvsem služijo podatki o starosti ob začetku bolezni, vzorcu mišične šibkosti, hitrost slabšanja in družinsko drevo-dednost. V diagnostiki imajo pomembno vlogo različne preiskave EMG, testi avtonomnega živčevja, laboratorijske preiskave seruma in likvorja, slikovne preiskave: ultrazvok, računalniška tomografija (CT) in magnetno resonančno slikanje (MR), testi pljučnih funkcij in požiranja (Univerzitetni klinični center Ljubljana, 2011). Predvsem pa pomembno vlogo predstavlja genetska potrditev bolezni-analiza DNA. Klinični genetik se kot nosilec obravnave poleg lečečega nevrologa pogovori z družino, ki pojasni bolezenski proces, patogenezo bolezni, napoved izida bolezni (Društvo distrofikov Slovenije, 2016).

Pri pacientih s SMA se težave in znaki bolezni najpogosteje pričnejo kazati že v dobi dojenčka. Tekom odraščanja in v odrasli dobi se specialnosti obravnava, ki so jih prejeli že v vodenju pri

pediatrih, ne spremenijo bistveno. Spremljanje pacienta je poleg zdravnika nevrologa potrebno tudi s strani različnih strok. Najpogosteje se obravnave razširijo in zajamejo obravnave ortopedov, pulmologov, kardiologov, radiologov in endokrinologov. Zaradi nezadostne predihanosti, oslabeledih dihalnih mišic, je pogosto potrebna poostrena higiena dihalnih poti, aspiracija, kateri velikokrat sledi neinvazivna ventilacija. Hipoventilacija in neučinkovito izkašljevanje pa botrujeta pogostim hospitalizacijam. Kontrola pljučnih funkcij je v smislu vodenja SMA pacienta redna in nujna obravnava, prav tako preiskava kvalitete spanja. Zaradi različnih deformacij hrbtenice potrebujejo opornice in operativne posege. Zaradi bolečin in kontraktur se pogosto vodijo pri fiziatrjih in fizioterapevtih ter v ambulantni za zdravljenje bolečin. Prav tako zaradi motenj požiranja pogostokrat potrebujejo kontrolo gastroenterologov, dietetikov in logopedov (Društvo distrofikov Slovenije, 2016).

Nepogrešljivi del na Nevrološki kliniki predstavljajo tudi medicinske sestre, ki neprestano spremljajo potek bolezni in koordinirajo različne specialiste zdravstvenih strok s pacientovimi potrebami, psihologi ter socialni delavci, ki imajo posluš za včasih pretežno psihološko breme, uvid v razmere in varstveno socialne napotke.

Zdravljenje SMA

V času hitrega in ekspanzivnega genskega raziskovanja in dognanj je v prihodnosti pričakovati velike premike v načinih oziroma pristopih zdravljenja. Farmacevtska industrija neprestano išče in razvija nova prijemališča v celicah. Vsako novo zdravljenje pa seveda prinaša tehnične, prostorske in kadrovske izzive. Aplikiranje zdravila doma ali v bolnišničnem okolju vsak po svoje predstavljata svoje prednosti in koristi. V Sloveniji so trenutno na voljo tri zdravila za zdravljenje bolezni. Za vsa zdravila je potrebno upoštevati kriterije za predpis zdravila, ki jih določa Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Pred pričetkom zdravljenja je potrebno pridobiti soglasje ZZS ter genetsko potrditi SMA (Križnik, 2022).

Raznovrstnost zdravil je pomembna predvsem zato, da lahko zdravljenje načrtujemo individualno - da za posameznega pacienta izberemo tisto obliko, ki bo predvidoma najbolj učinkovita. Zaenkrat imamo v Sloveniji še omejene izkušnje. Kljub jasnim rezultatom kliničnih študij pa bo potrebno še nekaj časa, da bomo lahko uporabili personaliziran pristop (Križnik, 2022).

Vsak pacient s SMA je v procesu drugačen, zato je potrebna individualna obravnava vsakega pacienta, kar pomeni, da se možnosti načina obravnave in zdravljenja od pacienta do pacienta razlikujejo. Pomembno je, da se strokovnjaki pogovorijo o vseh možnostih obravnave od dneva postavitve diagnoze naprej, ter se o vseh možnih pristopih pogovorijo z obolelim in ponudijo najprimernejšega, ki bi imel tudi najboljše rezultate. Prav tako je potrebno paciente poučiti, da se tehnološki razvoj spreminja, s čimer se spreminja tudi bolezen, saj jo z novimi raziskavami lahko bolje razumemo, zato se načine zdravljenja lahko prilagaja tekom celega življenja.

Na Nevrološki kliniki tako trenutno potekata dva načina zdravljenja SMA. Eno od zdravil se aplicira s pomočjo intratekalne aplikacije v seriji štirih odmerkov v dveh mesecih, katerim sledijo vzdrževalni odmerki vsake štiri mesece. Za ta način zdravljenja je potrebno pacienta hospitalizirati za en dan. Drugo zdravilo pa se prejema v obliki peroralne raztopine vsak dan, ki pa ga lahko pacienti prejemajo doma. Obe terapiji delujeta tako, da povečata proizvodnjo beljakovin SMN. Pri simptomatskih odraslih pacientih takšno zdravljenje ni kurativno in je namenjeno upočasnitvi hitrosti napredovanja bolezni, čeprav za to še vedno ni dokončnih dokazov (Rad, 2022).

Za zdravljenje se trenutno še ne odločajo vsi pacienti. Oba načina se pacientom predstavi v eni od nevroloških obravnav, kontrolnem pregledu, ko se lečeči nevrolog in pacient pogovorita o najboljših možnostih za zdravljenje. Pacienti dobijo poleg ustnih navodil tudi pisna navodila ter priporočila za vpogled dobrih spletnih strani in trenutnih raziskav. V sklopu nevrološkega

pregleda se opravijo laboratorijski testi krvi, testiranje pljučnih funkcij ter merjenja mišične moči. Tekom zdravljenja se takega pacienta redno spremlja, vodi, po potrebi pa tudi napoti k drugih specialistom. V primeru menjave zdravil se pacienta in datume aplikacij oz. prejemanje učinkovin še natančneje spremlja. Pacienta se pravočasno pouči o načinu aplikacij, pripravi, neželenih učinkih in navodilih za uporabo. Prav tako se pacienta spremlja po aplikaciji zdravil ter ponudi različne možne kontakte v primeru nejasnosti, težav ali vprašanj, ki so vezana na posamezen način zdravljenja.

Dokumentiranje napredovanja bolezni pri počasi napredujoči bolezni je zahtevno, vendar pomembno za svetovanje in razlago učinkovitosti zdravljenja pri odraslih s SMA. Pomembno je, da se ta zdravila še naprej proučujejo pri odraslih pacientih s SMA, da bi lahko tem pacientom zagotovili realna pričakovanja glede vpliva teh zdravil. Ker so spinalni motorični nevroni primarna tarča številnih sodobnih zdravil, lahko nadaljnje in dodatne študije razkrijejo tudi vseprisotno naravo proteina SMN in njegov pomen zunaj motoričnega nevrona. Nazadnje je pomembno, da izvajalci zdravstvenega varstva še naprej sodelujejo z odraslimi pacienti s SMA, da bi obravnavali stalne zaplete bolezni, ki negativno vplivajo na njihovo vsakdanje življenje, in zagotovili, da so obveščeni o napredku v oskrbi (Rad, 2022).

Nevrologi bodo morali biti pozorni tako na pozitivne kot negativne učinke zdravljenja. To pomeni, da morajo drugače zastaviti obravnavo, tako z organizacijo, kot kadri. Multidisciplinarna obravnava pacientov je sodoben pristop v medicini in ni povezana samo s temi novimi zdravili, ampak z željo dvigniti raven oskrbe pacientov, ki več pridobijo od timsko usklajene obravnave (Križnik, 2022).

Zaključek

Za učinkovito obravnavo nevroloških pacientov je neizbežno sodelovanje več strokovnjakov različnih disciplin, ki se za potrebe zdravljenja povezujejo v multidisciplinarni tim. Zdravljenje poteka bolnišnično, ambulantno in v domačem okolju ter mora biti prilagojeno potrebam pacienta in stopnji bolezni. Cilj multidisciplinarne obravnave je, da pacient z MS ali SMA, doseže in vzdržuje najvišjo stopnjo funkcioniranja in interakcij z okoljem.

Svet je v popolnem razmahu pri odkrivanju novih načinov zdravljenja, ki ponujajo pomembne koristne storitve za obolele na področju nevroloških bolezni. Vseskozi pa ostaja najpomembnejše, da našim pacientom omogočimo najboljše, kvalitetno življenje s pomočjo vseh podpornih storitev, ki jih kot družba premoremo.

Literatura

Alshammari, H.Y.M., Aldoghmi, A.K.B., Al Afif, H.S.A., Alfayi, B.A., Alrebh, A.H., Alsayafi, Z. A., et al., 2019. Multiple Sclerosis Diagnosis and Management: A simple Literature review. *Pharmacy Practice*, 10(4), pp. 33–37. Available at: <https://archivepp.com/storage/models/article/HTofJdDwI4rWJy3PP7Bw9uSAufJV224POMa8UohQsj7BI87fAyHN2Khf5vOvWC/multiple-sclerosis-diagnosis-and-management-a-simple-literature-review.pdf> [13.10.2022].

Banks, A.M., Peter, M.E., Holder, G.M., Jolly, J.A., Markley, B.M., Zuckerman, S.L., et al., 2020. Adherence to disease-modifying therapies at a multiple sclerosis clinic: the role of the specialty pharmacist. *Journal of Pharmacy Practice*, 33(5), pp. 605–611.

- Barin, L., Salmen, A., Disanto, G., Babačić, H., Calabrese, P., Chan, A., et al., 2018. The disease burden of Multiple Sclerosis from the individual and population perspective: Which symptoms matter most? *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 25, pp. 112–121.
- Câmara, N.A.A.C. & Gondim, A.P.S., 2017. Factors associated with adherence to immunomodulator treatment in people with multiple sclerosis. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, 53(1), pp. 1–10. <https://www.scielo.br/j/bjps/a/4q3YDXnXGK9LKCMTLHmjvLL/?lang=en> [10.10.2022].
- Deuschl, G., Beghi, E., Fazekas, F., Varga, T., Christoforidi, K. A., Sipido, E., Bassetti, C. L., Vos, T. & Feigin, V. L., 2020. The burden of neurological diseases in Europe: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Public health*, 5(10), pp. 1–10.
- Društvo distrofikov Slovenije, 2016. *Standardi za obravnavo spinalne mišične atrofije: vodnik za družine obolelih s spinalno mišično atrofijo*, pp. 1–28. Available at: <http://www.drustvo-distrofikov.si/wp-content/uploads/2016/05/SMA-koncni.pdf> [13.10.2022].
- Duquette, P., Yeung, M., Mouallif, S., Reza Nakhaipour, H., Haddad, P. & Schechter, R., 2019. A retrospective claims analysis: compliance and discontinuation rates among Canadian patients with multiple sclerosis treated with disease-modifying therapies. *PLoS One*, 14(1), pp. 1–9. Available at: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0210417> [10.10.2022]
- Eggermann, K; Gläser, D; Abicht, A. & Wirth, B., 2020. Spinalmuscularatrophy (5qSMA): bestpracticeofdiagnostics, newbornscreeningandtherapy. *Medizinische Genetik*, 32(3), pp. 263–272. Available at: https://www.researchgate.net/publication/346675743_medizinische_genetik_2020_323_263-272_Spinal_muscular_atrophy_5qSMA_best_practice_of_diagnostics_newborn_screening_and_therapy [14.10.2022].
- Fantoni Quinton, S., Kwiatkowski, A., Vermersch, P., Roux, B., Hautecoeur, P. & Leroyer, A., 2016. Impact of multiple sclerosis on employment and use of job-retention Strategies: The situation in France. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 48, pp. 535–540.
- Garg, N. & Smith, T.W., 2015. An update on immunopathogenesis, diagnosis and treatment of multiple sclerosis. *Brain and Behavior*, 5(9), pp. 1–13.
- Hojs Fabjan, T., 2015. Zdravljenje multiple skleroze. *Farmacevtski vestnik*, 66(1), pp. 73–79. Available at: <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-6HUGW64V> [15.10.2022].
- Kamińska, J., Koper, O.M., Piechal, K. & Kemonia, H., 2017. Multiple sclerosis - etiology and diagnostic potential. *Advances in Hygiene and Experimental Medicine*, 71, pp. 551–563. Available at: <https://phmd.pl/resources/html/article/details?id=152510&language=en> [13.10.2022].
- Križnik, B., 2022. Nova zdravila za boljši jutri: farmacevtska industrija ponuja izbiro možnosti za čim bolj individualno načrtovanje zdravljenja. *Delo.Si*, 1 spletni vir. <https://www.delo.si/novice/znanotech/nova-zdravila-za-boljsi-jutri/>
- Lenz, F. & Harms, L., 2020. The impact of patient support programs on adherence to disease-modifying therapies of patients with relapsing-remitting multiple sclerosis in Germany: a non-interventional, prospective study. *Advances in Therapy*, 37, pp. 2999–3009.

- Liu, Z., Liao, Q., Wen, H. & Zhang, Y., 2021. Disease modifying therapies in relapsing-remitting multiple sclerosis: a systematic review and network meta-analysis. *Autoimmunity Review*, 20(6), pp. 1–9.
- McGinley, M.P., Goldschmidt, C.H. & Rae-Grant, A.D., 2021. Diagnosis and Treatment of Multiple Sclerosis: A Review. *JAMA*, 325, p. 765.
- McKay, K., Tremlett, H., Patten, S.B., Fisk, J.D., Evans, C. & Fiest, K., et al., 2017. Determinants of non adherence to disease-modifying therapies in multiple sclerosis: A cross-Canada prospective study. *Multiple Sclerosis Journal*, 23(4), pp. 588–596. Available at: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1352458516657440> [13.10.2022].
- MS Barometer 2020, 2020. Available at: <https://www.healthpolicypartnership.com/project/ms-barometer-2020/> [15.10.2022].
- Nicolau, S., Waldrop, M.A., Connolly, A.M. & Mendell, J.R., 2021. Spinal Muscular Atrophy. *Seminars in Pediatrics Neurology*, 37. pp. 1–7.
- Rad, N., Cai, H. & Weiss, M.D., 2022. Management of Spinal Muscular Atrophy in the Adult Population. *Muscle & Nerve*, 65(5), pp. 498–507.
- Univerzitetni klinični center Ljubljana, 2011. *Smernice obravnave otrok s spinalno mišično atrofijo*. Available at: <https://www.kclj.si/dokumenti/Smernice-SMA-UKCL-pednevro.pdf> [13.10.2022].
- Yang, M., Sun, L., Han, J., Zheng, C., Liang, H., Zhu, J., et al., 2019. Biological characteristics of transcription factor RelB in different immune cell types: implications for the treatment of multiple sclerosis. *Molecular Brain*, 12(115), 1–14. Available at: <https://molecularbrain.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13041-019-0532-6.pdf> [13.10.2022].
- Yaseen Hyarat, S., Subih, M., Rayan, A., Salami, I. & Harb, A., 2019. Health related quality of life among patients with multiple sclerosis: The role of psychosocial adjustment to illness. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(1), pp. 11–16.
- Združenje multiple skleroze Slovenije, n.d. Available at: <https://www.zdruzenje-ms.si/> [15.10.2022].

SODELOVANJE MED ZAPOSLENIMI ZA KAKOVOSTNO OBRAVNAVO PACIENTA PRED IN PO OPERATIVNEM ZDRAVLJENJU ZOŽITVE KAROTIDNE ARTERIJE

COLLABORATION BETWEEN STAFF TO ENSURE QUALITY PATIENT CARE BEFORE AND AFTER SURGICAL TREATMENT OF CAROTID ARTERY STENOSIS

Darja Turk, mag. zdr. nege

Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti
Splošna bolnišnica Novo mesto, Kirurški sektor, Oddelek za žilno kirurgijo

e-mail: darja.turk@sb-nm.si

Izvleček

Dobri medsebojni odnosi na delovnem mestu so pogoj za kakovostno zdravstveno obravnavo pacienta in za uspešno delovanje tima. V članku je predstavljena multidisciplinarna obravnava pacienta s simptomatsko zožitvijo karotidne arterije, pri kateri sodelujejo tako nevrološki, kirurški in anesteziološki tim. Zdravstvena obravnava pacienta s simptomatsko zožitvijo karotidne arterije se začne in konča na oddelku za nevrologijo, vmes pa za pacienta skrbi osebje iz kirurgije, zato mora komunikacija med zdravstvenimi timi oziroma med različnimi zdravstvenimi strokovnjaki potekati partnersko in večsmerno. Veliko pozornost je potrebno nameniti predaji službe, ki mora biti natančna, pravočasna in ob predaji pacienta v drugo okolje, saj samo s takšnim načinom lahko zagotovimo varno oskrbo pacienta. Dobra komunikacija in predaja službe sta torej pogoj za dobro sodelovanje vseh, ki sodelujejo pri oskrbi pacientov s stenozo notranje karotidne arterije.

Namen prispevka je prikazati sodelovanje med različnimi timi v zdravstvu in predstaviti klinično pot oskrbe simptomatske zožitve NKA s poudarkom na kirurškem zdravljenju.

Ključne besede: pacient, stenoza notranje karotidne arterije, medtimsko sodelovanje, kakovostna obravnava, kirurgija, zdravljenje

Abstract

Good mutual relations in the workplace are a prerequisite for quality medical treatment of the patient and successful functioning of the team. This article presents a multidisciplinary treatment of a patient with symptomatic carotid artery stenosis involving neurological, surgical and anaesthesiological teams. The medical treatment of a patient with symptomatic carotid artery stenosis begins and ends in the neurology department, and in between the surgical staff care for the patient, so the communication between medical teams or between different health professionals has to be partnered and multidirectional. Great attention has to be paid to the handover of the service, which must be accurate, timely and at the time of handover of the patient to another environment, as this is the only way to ensure safe patient care. Good communication and handover of work are therefore a prerequisite for good cooperation between all those involved in the care of patients with carotid disease.

The aim of this paper is to demonstrate the collaboration between different healthcare teams and to present a clinical pathway for the management of symptomatic NKA stenosis with a focus on surgical treatment.

Keywords: patient, internal carotid artery stenosis, inter-team cooperation, quality treatment, surgery, treatment

Uvod

Karotidna bolezen je v zadnjem času postala skorajda sinonim za napredovalo aterosklerozo razcepišča karotidnih arterij z zožitvijo ali zaporo zunajlobanjskega dela notranje karotidne arterije (NKA). Drugi vzroki boleznim zunajlobanjskega dela karotidnih arterij so mnogo redkejši, mednje pa prištevamo anevrizme, disekcijo, fibromuskularno displazijo in arteritise (Žvan, et al., 2004).

Karotidna bolezen predstavlja pomemben vzrok tranzitornih ishemičnih atak in ishemične možganske kapi (Grad, 2003).

Asimptomatsko, vsaj 50 % zožitev notranje karotidne arterije najdemo pri 2–8% prebivalstva, vsaj 80 % zožitev pa pri 1–2% prebivalstva (Žvan, et al., 2004).

V Splošni bolnišnici Novo mesto izvajamo karotidne operacije od leta 1983. Po zadnjih podatkih smo od januarja 2018 do maja 2019 opravili 69 trombendarktomij notranje karotidne arterije TEA NKA, 24 bolnikov je bilo simptomatskih, 46 je bilo moških in 23 žensk (Makovec, et al., 2020).

Obravnava pacientov pri asimptomatski stenozni NKA poteka po izdelani klinični poti. Pri simptomatski zožitvi je obravnava individualno prilagojena pacientu in sloni na odločitvah konzilija.

Diagnostila in simptomi karotidne bolezni

Prisotnost simptomov in znakov tranzitorne ishemične atake (TIA) ali ishemične možganske kapi (IMK) ocenjujemo z nevrološkim pregledom. Značilna oblika TIA, ki nastopi ob zmanjšanju pretoka krvi skozi oftalmično arterijo, je *amaurosis fugax*, ki se kaže kot prehodna izguba vida na eno oko. Kadar gre za embolizme v povirju arterije cerebri medije, se različno močno izrazijo znaki kontralateralne pareze in motene senzibilitete obraza in zgornje okončine (bolj kot spodnje okončine). V primeru prizadetosti dominantne hemisfere se pridružuje ekspresivna afazija, v primeru nedominantne hemisfere pa prostorska neorientiranost in zanemarjanje prizadete polovice telesa. Možni so tudi manj značilni znaki TIA, kot npr. klonično tresenje uda, ki posnema žariščni epileptični napad, ali delna hemipareza, pri kateri je roka šibkejša kot ramenski obroč (Žvan, et al., 2004).

Poleg nevrološkega pregleda pa je ultrazvočni pregled (UZ) vratnih arterij najboljša, najmanj invazivna in cenovno dostopna preiskava karotidne bolezni, ki pa zahteva izkušenega preiskovalca. Izkušeni preiskovalci, ki uporabljajo standardiziran protokol UZ preiskave, poročajo o več kot 90% senzitivnosti in približno 95% specifičnosti za odkrivanje več kot 50% stopnje zožitve NKA (Grad, 2003).

Simptomatske paciente pri katerih sumimo na svežo ishemično možgansko kap (IMK), ki je nastopila pred manj kot dvema urama, obravnavamo urgentno, saj tem pacientom bolj koristi trombolitično zdravljenje IMK. Zato je te paciente potrebno takoj napotiti v ustrezno ustanovo in ne čakati na UZ diagnostiko, narediti je potrebno računalniško tomografijo glave CT, kjer izključimo možgansko krvavitev (Žvan, et al., 2004).

Zdravljenje karotidne bolezni

Za revaskularizacijsko zdravljenje zožitve NKA se odločamo takrat, ko tveganje za ishemično možgansko kap ob konzervativnem zdravljenju preseže tveganje zapletov revaskularizacijskega zdravljenja. Učinkoviti tehniki za odstranitev zožitve NKA, ki jo povzročijo aterosklerotične lehe, sta kirurška metoda, trombendarterektomija (TEA) NKA, in znotrajžilni kateterski poseg, perkutana transluminalna angioplastika karotidne arterije z vstavitvijo žilne opornice (karotidna angioplastika s stentom – KAS). Svežo trombotično zaporo karotidne arterije, ki povzroči IMK, zdravimo s trombolizo (Žvan, et al., 2004).

Trombendarterektomija NKA je kirurški poseg, pri katerem operater odstrani maščobni plak iz vratnih arterij. Poseg se praviloma opravlja v splošni ali lokalni anesteziji. Pristop je z incizijo nad mestom zapore žile. Med luščenjem plaka se proksimalni in distalni konec poveže s cevko, katero se tik preden se žilo do konca zašije odstrani. S tem se omogoči življenjsko pomemben pretok krvi v možgane praktično tekom celotne operacije. Operacijo je možno opraviti tudi brez premostitve, vendar znotraj kratkega časovnega okvirja. TEA je dokazano učinkovita metoda in ostaja zlati standard pri preprečevanju možganskih kapi pri pacientih s simptomatsko ali asimptomatsko stenozo karotidnih arterij (Šavli, et al., 2009).

Perkutana transluminalna angioplastika karotidne arterije PTA predstavlja terapevtski poseg, ki je v osnovi enak karotidni angiografiji, le da tu vodilno žico operater vodi skozi zožitev. S pomočjo balonskega katetra nato zožitev dilatira, lahko pa to mesto tudi še dodatno ojača z žilno opornico (stent). PTA predstavlja prednost kot manj invazivna metoda, s potencialno minimalnim tveganjem za zaplete kirurške rane in poškodbo možganskih živcev, kar se teoretično lahko odrazi v krajši hospitalizaciji bolnikov, nižjih stroških obravnave in manjših kadrovskih obremenitvah (Šavli, et al., 2009).

Pri zdravljenju simptomatske karotidne bolezni se držimo določenih evropskih in ameriških priporočil.

Simptomatske bolnike z $\geq 70\%$ zožitvijo NKA, ki nimajo hude nevrološke prizadetosti, zdravimo najkasneje 180 dni po ishemičnem možganskožilnem dogodku s TEA ali KAS, če znaša verjetnost zapleta (možganske kapi ali smrti) ob revaskularizacijskem posegu $< 6\%$ (NASCET, 1999 cited in Žvan, et al., 2004).

Pri zmerni stopnji simptomatske zožitve NKA (50–69%) je prednost TEA pred zdravljenjem z zdravili znatno manjša kot pri tistih z visokim odstotkom zožitve, zato moramo torej pred odločitvijo o revaskularizacijskem zdravljenju upoštevati nevrološko klinično sliko, pridružene sistemske bolezni, spol in starost, zelo pomembna pa je tudi izkušnost operaterja (NASCET, 1999 cited in Žvan, et al., 2004).

Pri simptomatskih bolnikih, ki imajo majhno stopnjo zožitve NKA ($< 50\%$ zožitev) raziskave niso pokazale, da bi bila TEA učinkovitejša od zdravljenja z zdravili, zato se uvede statin ne glede na raven holesterola v krvi in zdravi dejavnike tveganja (NASCET, 1999 cited in Žvan, et al., 2004).

KAS in TEA imata statistično gledano sicer primerljivo učinkovitost pri zdravljenju bolnikov s stenozo karotidnih arterij, vendar pa podatki kažejo na nadrejeno vlogo TEA. Zadnje analize namreč poudarjajo predvsem nižje tveganje za smrt in možgansko kap v prvih 30 dneh po posegu. Poudarjamo tudi, da je pri simptomatskih bolnikih in pri bolnikih, starejših od 75 let, TEA dokazano bistveno varnejša in bi se morala pri teh uporabljati kot metoda prvega izbora (Šavli, et al., 2009).

Sodelovanje med timi pri obravnavi simptomatskega pacienta s karotidno stenozo

Za kakovostno in varno obravnavo pacienta so potrebni dobri medosebni odnosi, timsko sodelovanje, komunikacija in klinična predaja službe.

Timsko sodelovanje se pojavi, ko zdravstveni delavci iz različnih strok pričnejo skupaj delati, reševati probleme, načrtovati oskrbo pacienta, se skupaj izobraževati in sodelovati z zunanjim okoljem, pri izvajanju kakovostne oskrbe pacientov in njihovih svojcev (McCallin & McCallin, 2009).

Med pripravo pacienta na operativni poseg sodeluje veliko članov zdravstvenega tima, kot so: zdravnik, medicinska sestra, fizioterapevti, dietetik, socialni delavec in drugi. Vsak izmed njih ima nalogo, da pacienta kar se da dobro pripravi na operativni poseg in tako prepreči dodaten stres in strah (Skela-Savič & Kaučič, 2010).

Strauss, et al. (2018) navajajo, da potrebujemo za dobro sodelovanje med zdravniki in medicinskimi sestrami ustrezno komunikacijo, medsebojno spoštovanje, upoštevanje in spoštovanje drugih poklicev in sprotno reševanje problemov. Pomembno je, da se zdravstveni delavci tega naučijo že med samim šolanjem. Tako zdravniki kot medicinske sestre se zavedajo, da je sodelovanje ključnega pomena in morajo delovati kot celota in tim. S tem se zmanjšajo neustrezna oskrba pacientov, napake v zdravstvu, povečuje se zadovoljstvo pacientov z zdravstveno oskrbo in zmanjša stres med zaposlenimi. Z dobrim in timskim sodelovanjem se izboljša izid zdravljenja, zmanjšajo se stroški oskrbe pacientov in posledično se skrajša hospitalizacija.

Obstaja tudi nekaj ovir pri dobrem sodelovanju med zdravnikom in medicinsko sestro. Ker je na oddelku veliko pacientov in drugih zaposlenih, stalno prihaja do prekinitev med komuniciranjem, to pa preprečuje zdravnikom in medicinskim sestram, da se učinkovito povežejo ter vzpostavijo zaupljiv in kolegialen odnos. Tudi časovno pomanjkanje ter veliko dela in obveznosti lahko vplivajo na dobro sodelovanje. Zanimivo je dejstvo, da med ovire pri sodelovanju uvrščamo tudi nižji družbeni status medicinskih sester, manjše kompetence, odgovornost na delovnem mestu in spol (Strauss, et al., 2018).

Komunikacija v timu mora potekati večsmerno; vertikalno: med nadrejenimi in podrejenim, horizontalno znotraj tima in mednivojsko, kar vključuje komunikacijo s sodelavci drugega tima (Prebil, et al., 2009).

Člani tima morajo drug drugega upoštevati, drug drugemu priznavati nenadomestljivost in se med seboj poslušati, saj tako lahko dosežejo kakovostnejše medsebojne odnose. Tudi pri obravnavi pacientov mora biti timski pristop stalnica delovanja članov tima. Postopki, ki jih načrtuje zdravnik, se morajo nadgraditi s postopki zdravstvene nege in s kakovostno komunikacijo. Zdravnik in medicinska sestra morata v obravnavi nastopati kot partnerja in v dopolnjujočih se vlogah, saj le tako lahko uporabnikom nudita optimalno zdravstveno oskrbo (Poredoš, 2003).

Za dobro sodelovanje med timi je nujno potrebna tudi natančna predaja pacienta, kjer gre za ciljan, načrten in sistematičen prenos informacij, podatkov, vključno z dokumentacijo, povezano z zdravstveno obravnavo posameznega pacienta. Pri predaji pacienta je nujno poznavanje temeljev dobre komunikacije, opredeljevanje in dokumentiranje postopkov ter poznavanje organiziranosti sodelujočih služb. Dokumentiranje informaciji ob predaji pacienta mora biti: kratko, jedrnato, natančno, resnično, ustrezno, pravočasno, kronološko, čitljivo in neizbrisljivo (Farkaš Lainščak, et al., 2022).

Opredelitev, povzeta po Avstralskem svetu za varnost in kakovost v zdravstvu, opisuje, da je klinična predaja učinkovit prenos informacij od enega izvajalca zdravstvenih storitev do drugega ob spremembi lokacije pacienta ali ob premeščanju pacienta med dvema izvajalcema zdravstvenih storitev, bodisi med posamezni uslužbenci bodisi med institucijami (Avstralski svet za varnost in kakovost v zdravstvu, 2005).

Poleg pisne predaje je zelo pomembna tudi predaja ob postelji pacienta, ki omogoča interaktivni prenos informacij z neposredno vključitvijo pacienta. Pacienti kar v 97% podpirajo prav predajo ob postelji (Kramar, 2009).

Predaja pacienta poteka na vseh ravneh bolnišnične oskrbe. Pomembne so tudi interdisciplinarne predaje, ki se največkrat pojavljajo med medicinskimi sestrami in zdravniki. Največkrat je to v obliki pet minutnega posveta po viziti ali pred njo, lahko pa se predaja zgodi tudi med medicinsko sestro in osebjem v diagnostičnih enotah. V določeni situaciji lahko ključne informacije povemo tudi telefonsko, drugo pa dokumentiramo. Predaja pacienta lahko poteka tudi ustno, z obiskom medicinske sestre, ki bo po odpustu prevzela pacienta (Kramar, 2009).

Predaja pacienta med oddelki in enotami se izvaja tako, da se diplomirana medicinska sestra predhodno, po telefonu ali tudi osebno, dogovori za premestitev. Pri tem mora povedati vse osnovne informacije o pacientu, epidemioloških stanjih, potrebe po izolaciji, kisiku idr. Izmenjamo si tudi informacije o že opravljenih merjenjih, na primer vitalne funkcije in o že opravljenih diagnostično terapevtskih preiskavah, aplicirani terapiji in druge posebnosti. Preverimo vse medicinsko tehnične pripomočke, stanje njegove kože in lastnino. Predaja poteka s pomočjo premestitvenega lista, zdravstvene in negovalne dokumentacije (Kramar, 2009).

Predoperativna obravnava pacienta v urgentnem centru in na oddelku za nevrologijo

Obravnava pacienta po IMK se začne že v urgentnem centru (UC), kjer preverimo identifikacijo pacienta in pacientu namestimo identifikacijsko zapestnico. Nato pacientu izmerimo vitalne funkcije (krvni tlak, pulz, dihanje, temperaturo, bolečino, stanje zavesti), nastavimo intravensko pot in odvzamemo kri za preiskave. Nevrološkemu pregledu sledi računalniška tomografija glave (CT), ultrazvok vratnega ožilja (UZ) in računalniško tomografsko angiografijo (CTA).

Po odločitvi konzilija (nevrolog, angiokirurg, nevroradiolog) se pri pacientu, kjer je indicirana operacija karotidne arterije predoperativna priprava pacienta na poseg začne že na nevrološkem oddelku, kamor je pacient sprejet zaradi TIA/ IMK. Po evropskih smernicah mora biti pacient operiran znotraj 14 dni po IMK (Bonati, et al., 2021).

Pred operativnim posegom mora pacient opraviti osnovne laboratorijske preiskave krvi, pripraviti je potrebno dve enoti koncentriranih eritrocitov in opraviti elektrokardiogram (EKG) in rentgenološko slikanje prsnega koša (RTG). Imeti mora tudi mnenja ostalih specialistov (izvid anesteziologa, žilnega kirurga, radiologa,...). Urejena mora biti vsa pacientova dokumentacija, soglasje za operativni poseg, za anestezijo, za transfuzijo krvnih komponent, pisna privolitev pacienta za posredovanje podatkov o zdravstvenem stanju in spisek zdravil, ki jih pacient jemlje.

Posebna pozornost je namenjena koagulacijskem zdravljenju, ki je prilagojeno pacientu, glede na njegove pridružene bolezni. Predoperativno je potrebno ukiniti Marevan in nove oralne antikoagulate (NOAK). Prav tako na dan operacije naj ne jemljejo angiotenzinov in diuretikov. Aspirin se pred operacijo ne ukinja, prav tako ne Plavix, kadar gre za simptomatsko karotido ali če je Plavix edina antiagregacijska terapija bolnika. Zvečer pred operativnim posegom mora prejeti Fragmin 5000 I.E. s.c.

Pacient 6 ur pred posegom ne sme zaužiti hrane in pijače (tešč). Na operativni dan pacienta stuširamo, oblečemo v svežo pižamo, izmerimo vitalne funkcije, odstranimo nakit, ortodontske in ortopedске pripomočke, ter označimo (operater) operativno mesto.

Obravnava pacienta v centralnem operacijskem bloku

V naši bolnišnici poteka operacija v splošni anesteziji, zato pacienta namestimo v hrbtni položaj z dvignjenim vzglavjem in glavo zvrnjeno nazaj in v nasprotno smer od operativnega polja. Glavo fiksiramo s trakom, oči namažemo z zaščitnim mazilom in zaščitimo z očesno komoro. Pred operativnim posegom pacientu nastavimo dve intravenski kanili in arterijo za invazivno merjenje krvnega tlaka, prav tako je potrebna antibiotična profilaksa s Cefamezimom 2 g i.v., v primeru alergije dobi pacient Vankomicin 1 g. Intubaciji pacienta sledi razkuževanje in pokrivanje operativnega polja. Pacientovo oksigenacijo tkiv spremljamo z neinvazivno metodo za oceno možganske lokalne oksigenizacije v realnem času (NIRS).

Operacija poteka na vratu, kjer v vzdolžni smeri prerežemo kožo, odmaknemo sternokleidomastoidno mišico in prekinemo facialno veno. Pri preparaciji moramo biti previdni, da se ne poškodujejo bližnji živci. Nato sledi heparinizacija in stisnjenje skupne karotidne arterije z žilno prijemalko. Naredimo arteriotomijo in odstranimo plak. Če se funkcija možganov med tem slabša, vstavimo začasni znotrajžilni obvod (shant). Potem, ko žilo očistimo, jo zašijemo direktno z šivom ali s pomočjo krpe (Dacron patch). Pacientu vstavijo dren. Odstranimočasne prijemalke in pretok z možgani se ponovno vzpostavi.

Med samim operativnim posegom se spremlja vse vitalne funkcije in ob odstopanjih ustrezno ukrepa.

Obravnava pacienta po operativnem posegu v kirurški enoti za postoperativni nadzor (EPIN)

Po operativnem posegu je pacient 24 ur nameščen v kirurški EPIN (enoti za postoperativni nadzor).

Ob premestitvi v EPIN pacienta namestimo v hrbtni položaj z dvignjenim vzglavjem (30%), in priključimo na monitor, saj takšen pacient potrebuje stalen nadzor vitalnih funkcij (krvni tlak, pulz, dihanje, bolečina, temperatura) in stanja zavesti. Ob odklonih vitalnih znakov se obvesti operaterja in korigira vrednosti. Pacient dobiva predpisane tekočine in zdravila, preverjati je potrebno urno diurezo, opazovati rano in drenažo iz rane, ki se jo odstrani naslednji dan, če je sekrecije manj kot 50 ml. Pacient ima poleg intravenske kanile, nameščeno arterijsko linijo za invazivno merjenje krvnega tlaka, ki se jo odstrani, ko pacient oddide na oddelek. Antitrombotično zaščito z nizko molekularnim heparinom (NMH) pacient prejme 6 ur po operaciji.

Na operativni dan pacient uživa tekočo hrano, prav tako naslednji dan zajtrk, za kosilo pa lahko uživa lahko hrano. Prvi pooperativni dan, pacientu previjemo rano, odstranimo dren in arterijsko linijo in pacienta premestimo na nevrološki oddelek.

Obravnava pacienta na oddelku za nevrologijo

Po premestitvi iz EPIN-a se rehabilitacija pacienta nadaljuje na oddelku za nevrologijo. Zdravstvena nega poteka v skladu z vsemi aktivnostmi zdravstvene nege nevrološkega pacienta. Potrebno je spremljanje stanja zavesti, dihanja, krvnega tlaka in diurez. Možno, je da se pojavijo zapleti kot so oteženo dihanje, krvavitev, vnetje obušesne žleze, vnetje rane, ki je bolj pogosto pri sladkornih bolnikih, ter poškodbe oz. nadraženosti živcev (jezika, glasilk), ishemična možganska kap in pljučnica. Pooperativna rana se previja na 2-3 dni na oddelku, v primeru odhoda domov pa pri izbranem osebem zdravniku. Pooperativni šivi se pacientu odstranijo 14 dan po posegu.

Na oddelku za nevrologijo se v rehabilitacijo vključujejo tudi fizioterapevti, saj z zgodnjim vstajanjem, respiratornimi vajami preprečujemo zgodne pooperativne zaplete in posledice IMK.

Pacienti imajo 3 mesece po posegu kontrolo v ambulantni za žilno kirurgijo, s seboj morajo prinesiti tudi izvid nevrologa in kontrolni UZ vratnih žil.

Zaključek

Možgansko-žilne bolezni so pomemben vzrok smrtnosti in obolezosti prebivalstva, zato v prvi vrsti zmanjšujemo dejavnike tveganja kot so arterijska hipertenzija, sladkorna bolezen, hiperholesterolemija, kajenje in debelost.

Pomembno je, da prepoznamo IMK, izključimo svežo krvavitev in izberemo najustreznejšo revaskularizacijsko zdravljenje pacientov z zaporo NKA.

Pri obravnavi nevrološkega pacienta po operaciji karotidne bolezni sodeluje več strokovnjakov, saj je dober multidisciplinaren odnos ključen za kakovostno in hitro rehabilitacijo nevroloških pacientov.

Večsmerna, nehierarhična komunikacija in natančna predaja službe je ključnega pomena za dobro sodelovanje med oddelki in med različnimi profili zdravstvenih delavcev, ki sodelujejo pri oskrbi pacientov. Delovanje zdravstvenih delavcev mora biti usmerjeno v dobrobit pacienta, saj to povečuje zadovoljstvo pacientov, vodi do hitrejšega okrevanja pacientov in krajše hospitalizacije.

Literatura

Avstralski svet za varnost in kakovost v zdravstvu, 2005. Clinical handover and patient safety: Literature review report. Available at: <https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/clinhovrlitrev.pdf> [11.11.2022].

Bonati, L.H., Kakkos, S., Berkefeld, J., de Borst, G.J., Bulbulia, R., Halliday, A., et al., 2021. European Stroke Organisation guideline on endarterectomy and stenting for carotid artery stenosis. *European Stroke Journal*, 6(2), pp. 1–47.

Burtscher, M.J., Nussbeck, F.W., Sevdalis, N., Gisin, S. & Manser, T., 2020. Coordination and Communication in Healthcare Action Teams. *Swiss Journal of Psychology*, 79 (3–4), pp. 176–1380.

Farkaš Lainščak, J., Grabar, D., Kobal Straus, K., Marušič, D., Poldrugovac, M. & Simčič, B., 2022. *Kakovost in varnost v zdravstvu: priročnik za zdravstvene delavce in sodelavce*. Ljubljana; Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije; pp. 66–68.

Grad, A., 2003. Razvrstitev in epidemiologija možganskožilnih bolezni In: Tetičkovič, E. & Žvan, B. eds. *Sodobni pogledi na možganskožilne bolezni*. Maribor: Obzorja, pp.13–15.

Kramar, Z., 2009. Timska predaja pacienta in posvet po viziti sta pomembna elementa osredotočenja na pacienta. In: Kramar, Z. ed. *7 kongres zdravstvene in babiške nege »Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč«*, Ljubljana, 11.–13. maj 2009. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, pp. 1–7.

Available at: https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres_zbn_7/pdf/143C.pdf [11.11.2022].

Makovec, M., Kolenc, M., Tomažević Pupiĉ, P. & Spudiĉ, A., 2020. Prednosti karotidne trombenarteriektomije v lokalni anesteziji. In: Pretnar Oblak, J. & Šteblaj, S. *Žilna nevrologija IV: kirurško zdravljenje bolnika z možgansko boleznijo*. Ljubljana: Kliniĉni oddelek za vaskularno nevrologijo in intenzivno nevrološko terapijo, Nevrološka klinika, Univerzitetni kliniĉni center, Združenje nevrologov Slovenije – Slovensko zdravniško društvo, Katedra za nevrologijo, Medicinska fakulteta., pp. 2–10.

McCallin, A. & McCallin, M., 2009. Factors influencing team working and strategies to facilitate successful collaborative teamwork. *The NZ Journal of Physiotherapy*, 37(2), pp. 61–67.

Poredoš, P., 2003. Ali je zdravniška etika drugaĉna od etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov? In: Klemenc, D. *Zdravstvena nega v luĉi etike*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, pp. 156–159.

Prebil, A., Mohar, P. & Drobne, J., 2009. *Komunikacija v zdravstvu*. Celje: Celjska Mohorjeva druŹba, Društvo Mohorjeva druŹba, pp. 35–94.

Skela-Saviĉ, B. & Kauĉiĉ, B.M., 2010. *Teoretiĉne in praktiĉne osnove zdravstvene nege: izbrana poglavja*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, p. 406.

Strauss, M., Goriup, J., KriŹmariĉ, M. & KoŹelj, A., 2018. Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki: ocene študentov zdravstvene nege in medicine. *Obzornik zdravstvene nege*, 52(4), pp. 225–232.

Šavli, T. & Geršak, B., 2009. TEA v primerjavi s PTA pri zdravljenju stenoze karotidnih arterij. *Medicinski Razgledi*, 48, pp. 251–256.

Źvan, B., Zaletel, M., Milošević, Z., Videĉnik, V., Tetiĉkoviĉ, E. & Flis, V., 2004. Smernice za odkrivanje in zdravljenje karotidne bolezni. *Zdravniški Vestnik*, 73(11), pp. 833–838.

POMEMBNOST PROMOCIJE ZDRAVJA IN ZDRAVSTVENE VZGOJE V REHABILITACIJI NEVROLOŠKEGA PACIENTA – MOTIVACIJA ZA ZDRAV ŽIVLJENJSKI SLOG IMA PREDNOST PRED ZDRAVILI

viš. pred. Nataša Vidnar, dipl. m. s., univ. dipl. org.

Sekcija medicinskih sester v promociji zdravja in zdravstveni vzgoji
Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Center za krepitev zdravja

e-naslov: natasa.vidnar@zd-mb.si

Zdravstveno vzgojni center, ZD Maribor, je bil 9. 2. 2018, na razpisu izbran izmed 25 zdravstvenih domov, ki so postali Center za krepitev zdravja (CKZ).

Kadrovsko smo se okrepili, zaposlili strokovnjake, diplomirane medicinske sestre, diplomiranega kineziologa, diplomirano klinično dietetičarko, diplomirane fizioterapevte in univerzitetne diplomirane psihologe.

Smo največji CKZ v državi, postali smo tudi najprepoznavnejši. Izvajamo zdravstveno vzgojne in psihoedukativne delavnice, ki so brezplačne in strokovno vodene, povezujemo se z lokalno skupnostjo in medsektorsko delujemo.

Sodelujemo tudi z Ministrstvom za zdravje Republike Slovenije in Evropskim socialnim skladom na projektu Nadgradnja in razvoj preventivnih programov ter njihovo izvajanje v primarnem zdravstvenem varstvu in lokalnih skupnostih – v Zdravstvenem domu Maribor.

Okrepila se je naša vloga z ostalo zdravstveno vzgojo in preventivo, ki v zavodu zgledno in uspešno deluje. Smo zavod, ki deluje v smeri promocije zdravja svojih zaposlenih, zato izvajamo vse delavnice tudi zanje in s tem promoviramo našo dejavnost in ljudem "dajemo" možnost sprememb, v odnosu do zdravja.

Delujemo v smeri SKUPNOSTNEGA pristopa, sodelujemo v lokalni skupnosti oz. v vseh 12 občinah ustanoviteljicah, Zdravstvenega doma Maribor.

Mnenju, da delamo dobro in da sledimo viziji in želji, da ostanemo najprepoznavnejši vsaj v regiji, če ne na nacionalnem nivoju države, je potrdil tudi obisk vodstva NIJZ-a in Ministrstva. Diplomirane medicinske sestre opravljamo pomembno in samostojno delo v preventivi, pri izvajanju nemedikamentoznih terapij več kot 10 let in v tem času smo dosegle zavidljive rezultate, ki so podprte z merljivimi rezultati in kot primeri dobrih praks, za odrasle, otroke in vse ranljive skupine. Opravile smo plemenito in pomembno delo pri preprečevanju kronično nenalezljivih bolezni, tudi v času epidemije in dokazale še več, da znamo in zmoremo tudi drugod, na drugih deloviščih, da smo prilagodljive in kompetentne, na področjih, ki niso naš »vsakdan«.

Kronično nenalezljive bolezni so še vedno v porastu in pri preprečevanju le teh je naša vloga, že iz CINDI programa, zelo velika in pomembna.

Vse študije dokazujejo, da je izid cepljenja za 45% boljši, če ljudje stremimo k zdravemu življenjskemu slogu in ga skupaj z nami spreminjajo in tudi, da je najboljša preventiva (zraven cepljenja seveda) - spet sprememba življenjskega sloga ljudi, naših pacientov. Prav tako je rehabilitacija post COVID pacientov, tudi nevroloških pacientov, boljša z doživljenjsko spremembo življenjskega sloga.

Diplomirane medicinske sestre v promociji zdravja in zdravstveni vzgoji imamo specialna znanja, kompetence, merljive rezultate podprte s primeri dobrih praks v Sloveniji in tujini in opravljamo samostojno in zelo pomembno vlogo pri izvajanju preventive in

nemedikamentoznih terapij – pri otrocih, odraslih in vseh najbolj ranjivih skupinah, predvsem starejših, ki nas sedaj najbolj potrebujejo.

» *Motivacija za zdrav življenjski slog ima prednost pred zdravili. SKUPAJ lahko krepimo in ohranjamo zdravje!*«

Vsaka, vsak od nas je kamenček v mozaiku s svojo strokovnostjo, kompetencami, znanjem.

Ni čudežne tabletko, palice, ampak: "Vsak ima v življenju na voljo več poti, katero pot izberemo pa je na nas samih. Mi v CKZ se trudimo, da pomagamo ljudem izbirati prave in zdrave poti - na dolgi rok!"

Naše skupno poslanstvo je **"SKUPAJ ZA ZDRAVJE LJUDI, NAŠIH PACIENTOV!"**

POMEN USTNEGA ZDRAVJA NEUROLOŠKEGA PACIENTA

IMPORTANCE OF ORAL HEALTH OF THE NEUROLOGICAL PATIENT

Damjana Grubar, dipl. m. s.

Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v zobozdravstvu
Zdravstveni dom Krško, Vzgoja za ustno zdravje

e-naslov: damjana.grubar@gmail.com

Izvleček

Zdravje ustne votline je pomemben del splošnega zdravstvenega stanja in ima zaradi številnih vzrokov močan vpliv na dobro počutje pacienta. Ne le, da so usta ključnega pomena za prehranjevanje, pitje, okus, verbalno in neverbalno komuniciranje, so tudi pomemben del obrambe telesa pred okužbo. Pomemben je tudi estetski videz, ki pripomore k oblikovanju samopodobe. Nevrološki pacient je v času hospitalizacije izpostavljen številnim rizičnim dejavnikom, ki negativno vplivajo na njegovo ustno zdravje in obratno - slabo ustno zdravje negativno vpliva na splošno zdravje pacienta. Člani negovalnega tima bi se morali zavedati pomena dobro načrtovane in kvalitetno izvajane ustne nege za pacientovo psihofizično kondicijo in preprečitev okužb. Žal je ta del zdravstvene nege prepogosto zanemarjen oziroma povsem prezrt. Namen prispevka je prikazati pomen ustne nege za dobro počutje bolnika in bi morala biti prednostna naloga zdravstvene nege. Cilj je, da se medicinske sestre zavedajo dejavnikov tveganja, povezanih s slabim ustnim zdravjem, ter so sposobne oceniti stanje in pomagati pacientom pri vzdrževanju ustne higiene.

Ključne besede: hospitalizacija, ustna nega, medicinska sestra, zdravstvena nega

Abstract

The health of the oral cavity is a significant part of the general state of health, and for a variety of reasons, it has a strong impact on the patient's well-being. Not only is the mouth essential for eating, drinking, sense of taste, and verbal and non-verbal communication, but it is also crucial for defending the body against infection. The aesthetic appearance is also important, as it contributes to self-image building. A neurological patient is exposed to many risk factors during hospitalization that negatively affect his/her oral health and vice versa - poor oral health negatively affects the general health of the patient. Nursing staff should be aware of the importance of well-planned and quality oral care for the patient's psychophysical condition and infection prevention. Unfortunately, this part of nursing care is too often neglected or completely ignored. The purpose of the article is to show the importance of oral care for the well-being of the patient which should be a priority of nursing care. The goal is for nurses to be aware of the risk factors associated with poor oral health and to be able to assess and assist patients in maintaining oral hygiene.

Key words: hospitalization, oral hygiene, nurse, oral care

Uvod

Ustno zdravje je pomembno tako z vidika vsakodnevnega funkcioniranja kot tudi splošnega zdravja. Je neločljiv sestavni del splošnega zdravja in pomembno vpliva na kakovost življenja posameznika in družbe (Artnik, et al., 2020).

Naloga medicinske sestre, kot samostojne strokovne delavke, je prepoznavanje bolezenskih stanj v ustni votlini, prepoznavanje in ugotavljanje potreb po zdravstveno vzgojnem delu in njegovem izvajanju. Pacient ima pravico pozabiti na izvajanje redne ustne nege, je pa dolžnost medicinske sestre, da to opazi, ga opozori, mu ponudi pomoč in ga z ucnimi pripomočki motivira in ponudi nevsiljivo vzpodbudo (Žagar, 2022). Poleg vseh življenjskih aktivnosti, ki so del obsežne zdravstvene oskrbe pri hospitaliziranih pacientih, je ustna higiena pogosto zanemarjena. S takšnim zanemarjanjem pacientovo zdravje dodatno ogrožamo. Marsikdaj imamo pred sabo pacienta, ki je v dobro oskrbo ustne votline vložil veliko denarja, skrbi, bolečin in časa (npr. implantacije, porcelanske prevleke, vizilne proteze, parodontološka oskrba, ipd.). Zaradi spleta okoliščin, se lahko takšen pacient nemočen znajde v oskrbi zdravstvenega osebja. Zaradi zanemarjanja ustne higiene tekom daljše hospitalizacije, lahko ta pacient izgubi vse, kar je v preteklosti vložil v zdravje ustne votline (Ročnik, 2012). Namen tega prispevka je poudariti pomen ustnega zdravja hospitaliziranega pacienta in bolj vestnega pristopa zdravstvenih delavcev k temeljiti ustni higieni, s ciljem prikazati vlogo medicinske sestre pri prepoznavanju, ocenjevanju in zmanjševanju tveganja za nastanek bolezni v ustni votlini hospitaliziranega pacienta.

Najpogostejše spremembe v ustni votlini, ki lahko vplivajo na potek zdravljenja hospitaliziranega pacienta

Zobni karies je ne-klasična infekcijska bolezen, ki izvira iz vzajemnega delovanja ustnih bakterij in prehranskih ogljikovih hidratov na zobni površini. Med dejavniki za preprečevanje in nadzor kariesa so najpomembnejši fluoridi, prehrana, ustna higiena in zalivanje fisur. Številna spoznanja o povezavah teh dejavnikov s kariesom izvirajo iz sodobnih sistematičnih pregledov literature. Karies je načeloma preprečljiv z ustreznimi higienskimi in prehranskimi navadami. Sodobne, na znanstvenih dokazih temelječe smernice opredeljujejo ščetkanje z zobnimi pastami s fluoridi in omejevanje pogostega uživanja sladkorjev kot osnovna ukrepa za preprečevanje in nadzor kariesa (Kosem, 2009). Zobna gniloba je lahko vzrok močnih bolečin in posledično odklanjanje hrane hospitaliziranega pacienta.

Parodontalna bolezen je poleg kariesa ena najpogostejših okužb, ki prizadene ljudi. Povzročajo jo mikroorganizmi, ki naseljujejo zob nad in pod robom dlesni. Mikroorganizmov je lahko več kot 500 vrst (Mance Kristan, 2017).

Parodontalno bolezen delimo na dve večji skupini: gingivitis in parodontitis. Parodontalna bolezen, ki je omejena na vnetje tkiv dlesni, imenujemo gingivitis in ima za posledico poškodovano tkivo dlesni, ki je reverzibilno. Parodontalno bolezen, ki vključuje vse podporne strukture obzobnih tkiv vključno z dlesnijo, obzobne ligamente, alveolarno kost in koreninski cement, pa imenujemo parodontitis, ki ima za posledico ireverzibilno uničenje obzobnega tkiva (Nield-Gehring & Willmann, 2011 cited in Žagar, et al., 2022).

Prvi znaki parodontalnega obolenja so vnete, rdeče, otekle, krvaveče dlesni, kasneje umikanje dlesni, migracija zob, majavost zob, ustni zadah (Gašperšič, 2009).

Zobne obloge so združba mikroorganizmov, ki se nahajajo na površini zoba kot biofilm (Marsh, 2006), so organiziran skupek čvrsto pritrjenih bakterijskih kolonij, ki pokrivajo površino zob in naseljujejo prostor med zobom in dlesnijo. En kubični milimeter bakterijskih zobnih oblog vsebuje približno 100 milijonov bakterij. Bakterijske zobne obloge zaradi številčnosti predstavljajo najpomembnejši rezervoar potencialno patogenih bakterij, ki ob neugodnih

razmerah povzročajo bolezni v ustni votlini in zelo verjetno tudi na drugih delih telesa (pljučnica, infekcijski endokarditis). Bakterijske zobne obloge, ki pokrivajo zobe, prostore med zobmi in brazde ter jamice na površini zobnih ploskev, so glavni vzrok za nastanek zobnega kariesa. Obloge, ki se zadržujejo ob robu dlesni in dlesninem žlebu, pa so glavni vzrok za nastanek bolezni obzobnih tkiv, kot sta gingivitis in parodontitis (Gašperšič, 2009).

Kserostomija- suha usta so pogost problem pri hospitaliziranih pacientih, posebno pri starejših in predstavlja povečano tveganje za razvoj številnih bolezenskih sprememb v ustih). Slina je ključnega pomena za zaviranje infekcij ustne votline. Količina in pretok slina sta pomembna dejavnika ustnega zdravja. Slina zagotavlja mehansko odstranitev zobnih oblog in mikroorganizmov. Zmanjšan pretok slina je lahko posledica neustrezne hidracije, slabe ustne nege, uporabe zdravil, dihanja na usta, umetne ventilacije. Zmanjšana salivacija se kaže kot suhe, hrapave, razpokane, lepljive ustnice. Dlesni so sijoče in rdeče, jezik hrapav in razpokan, ki se lepi na nebo. Pacient ima suh in pekoč občutek v ustih, bolečine pri jedi, požiranju, govorjenju. Pogost je tudi suh kašelj (Doshi, 2019).

Glivične okužbe v ustih lahko nastanejo zaradi suhih ust, različnih zdravil, slabe ustne higiene, starosti, zmanjšane imunske odpornosti, kajenja. Pacient občuti neprijetnost pri žvečenju hrane in požiranju (Doshi, 2019).

Chelitis angularis je kombinirano bakterijsko-glivično vnetje. Ustni koti so razpokani, vneti, rdeči in povzročajo bolečine pri odpiranju, smejanju (Malkin, 2009).

Halitoza – slab zadah. Vzrok so lahko zobne obloge, različna obolenja in okužbe v ustni votlini (Malkin, 2009).

Aftozni stomatitis so ponavljajoče razjede na ustni sluznici in povzročajo težave pri prehranjevanju, požiranju, govorjenju in izvajanju ustne higiene. Traja 7 do 10 dni, natančen vzrok ni znan, vendar se domneva, da razjedo povzroči eden ali kombinacija zunanjih sprožilcev (*Aphthous mouth ulcers* (Anon., 2022).

Ventilacijska pljučnica je najpogostejša življenjsko nevarna bolnišnična okužba v enoti intenzivnega zdravljenja. Njeno pojavnost lahko z ustreznimi metodami in aktivnostmi zmanjšamo, vendar je ne moremo popolnoma preprečiti. Ena izmed teh aktivnosti je tudi ustrezno izvajanje ustne higiene (Simonišek, 2019). Zagotavljanje higiene ustne votline pri intubiranih pacientih je kompleksna in večplastna naloga medicinske sestre (Trgalović, 2017).

Prehrana in ustno zdravje

Ocenjevanje dejavnikov, ki vplivajo na pacientovo prehransko stanje so ključni za izboljšanje zdravja (Malkin, 2009). Podhranjenost pacientov je neodvisni dejavnik večje obolevnosti, podaljšane hospitalizacije, večjega števila ponovnih sprejemov, daljšega okrevanja, višjih stroškov zdravljenja in slabše kakovosti življenja (Avsenak, 2015). Neustrezna prehrana zmanjša izločanje slina, privede do pomanjkanja vitaminov in mineralov, poveča se nagnjenost k okužbam in podhranjenosti (Malkin, 2009).

Ustna higiena hospitaliziranega nevrološkega pacienta

Raziskave kažejo, da se navade, kot so vsakodnevno ščetkanje zob in protetičnih nadomestkov, čiščenje jezika in uporaba zobne nitke, med hospitalizacijo bistveno poslabšajo. Verjetno je to posledica psihofizičnih težav pacienta, zmanjšane motivacije zaradi bolnišničnega okolja in osredotočenosti na bolezen, zaradi katere se zdravi. Pacientom ne smemo očitati, da zanemarjajo ustno zdravje, saj potrebujejo posebno nego, ne glede na to ali je to povezano z hranjenjem, dajanjem zdravil ali postopki za zdravo ustno higieno. Pri pacientih je v času hospitalizacije opaziti znatno poslabšanje ustnega zdravja, kopičenje zobnih oblog in nastajanje

zobnega kamna. Raziskave potrjujejo dejstvo, da zdravstveni delavci v številnih bolnišnicah pogosto zanemarjajo ustno nego svojih pacientov (Lages, 2017).

Ocena stanja ustne votline je temelj za nadaljnje aktivnosti zdravstvene nege. Po predhodnem soglasju pacienta medicinska sestra že ob prvem stiku s pacientom naredi natančen pregled ustnic, zob, dlesni, jezika, neba, ustne sluznice in preveri prisotnost protetičnih nadomestkov. Vsa odstopanja je potrebno skrbno zabeležiti. S pacientom se pogovori o njegovih navadah glede ustne higiene, o pripomočkih, ki jih uporablja v domačem okolju. Pomembna je ugotovitev glede pacientove psihične in fizične sposobnosti lastne skrbi za zdravje in izvajanje ustne higiene. Na osnovi ocene in ugotovljenih potreb, medicinska sestra načrtuje aktivnost zdravstvene nege in pripomočke, ki so potrebni za njeno izvajanje. Če je pacient sposoben sam izvajati ustno higieno ga pri tem spodbuja in mu pri tem pomaga, če je to potrebno. Če oceni, da pacient ni sposoben sam očistiti zob, aktivnost izvede medicinska sestra. Intervencijo dokumentira in zabeleži morebitne spremembe v ustni votlini. V času hospitalizacije je potrebno večkrat ponoviti oceno stanja ustnega zdravja (Peternelj, 2009).

Diskusija

Ustrezna oskrba ustne votline bi morala biti značilnost dobre zdravstvene nege in preventivno zdravstveno vzgojno delo na področju ustnega zdravja kot temeljna dejavnost zdravstvene nege. Pacienti, ki se spoprijemajo z različnimi boleznimi in so odvisni od zdravstvene nege medicinskih sester, pogosto ne prepoznajo potrebe in odgovornosti za svoje ustno zdravje (Žagar, 2022). Da lahko oceni potrebo po vzdrževanju ustne higiene, mora medicinska sestra poznati rizične dejavnike, ki vplivajo na ustno zdravje in prepoznati bolezenske znake v ustih. Potrebno je strokovno izpopolnjevanje medicinskih sester, ciljano raziskovanje ter oblikovanje nacionalnih protokolov z natančno določenimi koraki izvajanja higiene ustne votline (Trgalović, 2017).

Zaključek

Ustna nega je premalo cenjena, čeprav ima pomemben vpliv na zdravje, počutje in prehrano pacientov. Učinkovita ustna nega zmanjšuje okužbe, prepreči oziroma ublaži oboletost ustne votline in poskrbi za hitrejšo regeneracijo tkiv.

Večina motenj s katerimi se srečujejo nevrološki pacienti bodisi otežuje njihovo gibanje ali zmanjšuje njihovo sposobnost za sprejemanje dražljajev iz notranjega in zunanjega okolja (Kobal, 2008) in pogosto sami ne morejo poskrbeti za ustno higieno in so povsem odvisni od zdravstvenega osebja. Dolžnost medicinske sestre je, da prepozna potrebo po pomoči, zdravstveno vzgojnem delu in posredovanju potrebnih informacij.

Literatura

Anon., 2022. *Aphthous Mouth Ulcers*. *Ada's Medical Knowledge Team*. Available at: <https://ada.com/conditions/aphthous-ulcers/> [15.10.2022].

Artnik, B., Ranfl, M., Blatnik, J., Magajna, A. & Rostohar, K., 2020. *Ustno zdravje odraslih, 2019*. Ljubljana: Katedra za javno zdravje Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani in Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 7–11.

Avsenek, H., 2015. *Vloga medicinske sestre pri ocenjevanju in zmanjševanju tveganja za nastanek podhranjenosti v bolnišnici: diplomsko delo visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje Zdravstvena nega*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, pp. 11–17.

Doshi, M., 2019. *Mouth Care Matters. A guide for hospital healthcare professionals*, pp. 19–58. Available at: <http://mouthcarematters.hee.nhs.uk/wp-content/uploads/sites/6/2020/01/MCM-GUIDE-2019-Final.pdf> [13.10.2022].

Gašperšič, R., 2009. Oskrba ustne votline pri parodontalnih boleznih in drugih ustnih boleznih. In: Matić, et al. eds. *Ustna nega – vloga zdravstvene nege za zdravje ustne votline. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v vzgoji in izobraževanju strokovni seminar 22.4.2009 v Tehnološkem parku Ljubljana*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester v vzgoji in izobraževanju, pp. 51–57. Available at: <https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2019/10/Ustna-nega-vloga-zdravstvene-nege-za-zdravje-ustne-votline.pdf> [1.11.2022].

Kobal, A., 2008. Zagotavljanje varnosti pri fizioterapevtski obravnavi nevroloških bolnikov. In: Tušar, H. & Medvešček Smrekar, M. eds. *Skrb za kakovost in varnost nevrološkega bolnika – izzivi in priložnosti zdravstvene nege: zbornik predavanj. 8. strokovno srečanje Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v nevrologiji*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije: Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v nevrologiji, pp. 27–30. Available at: <https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2019/10/Skrb-za-kakovost-in-varnost-nevrolo%C5%A1kega-bolnika.pdf> [15.10.2022].

Kosem, R., 2009. Skrb za ustno zdravje otroka in mladostnika. In: Matić, et al. eds. *Ustna nega – vloga zdravstvene nege za zdravje ustne votline. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije Sekcija medicinskih sester v vzgoji in izobraževanju Strokovni seminar 22.4.2009 v Tehnološkem parku Ljubljana*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester v vzgoji in izobraževanju, pp. 1–9. Available at: <https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2019/10/Ustna-nega-vloga-zdravstvene-nege-za-zdravje-ustne-votline.pdf> [15.10.2022].

Lages, V.A., Dutra, T.T.B., Lima, A.N.A.N., Mendes, R.F. & Prado, J.R.R., 2017. The impact of hospitalization on periodontal health status: an observational study. *Revista Gaúcha de Odontologia*, 65(3), pp. 216–222. Available at: <https://doi.org/10.1590/1981-863720170002000053165> [13.10.2022].

Malkin, B., 2009. The importance of patients' oral health and nurses' role in assessing and maintaining it. *Nursing Times*, 105(17), pp. 19–23. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19475910/> [13.10.2022].

Mance Kristan, R., 2017. Ali z ustrezno ustno higieno lahko vplivamo na sistemsko zdravje? In: Grubar, D. & Čok, M. eds. *Izzivi v zobozdravstvu: zbornik predavanj. 25. strokovni seminar, Kongresni center Bernardin 7. in 8. april 2017*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v zobozdravstvu, pp. 38–42.

Marsh, P.D., 2006. Dental plaque as a biofilm and a microbial community – implications for health and disease. *BMC Oral Health*, 6(1 Suppl 1), p. S14. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2147593/> [15.10.2022].

Peternelj, K., 2009. Standard zdravstvene nege – ustna nega. In: Matić, et al. eds. *Ustna nega – vloga zdravstvene nege za zdravje ustne votline. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenija Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v vzgoji in izobraževanju Strokovni seminar 22.4.2009 v Tehnološkem parku Ljubljana*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester v vzgoji in izobraževanju, pp. 34–41. Available at: <https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2019/10/Ustna-nega-vloga-zdravstvene-nege-za-zdravje-ustne-votline.pdf> [1.11.2022].

Ročnik, V., 2012. Pomen ustne higijene pri hospitaliziranih bolnikih. In: Plank, D. & Uršič, J. eds. *Povezovanje teorije in prakse za večjo kakovost v zdravstveni negi. 13. strokovno srečanje medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov celjske regije*. Splošna bolnišnica Celje: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Celje. pp. 72–85.

Simonišek, A., 2019. *Vpliv pogostosti ustne higijene ter uporabe antiseptičnih sredstev na preprečevanje ventilacijske pljučnice: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, pp. 1–6.

Trgalović, J., 2017. *Ustna higijena pri intubiranih bolnikih: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, pp. 4–18.

Žagar, N., 2022. Parodontalna bolezen in vloga medicinske sestre. In: Grubar, D. & Čok, M. eds. *Zobozdravstvo v primežu preteklosti in sedanjosti. Zbornik predavanj, strokovni seminar, Kongresni center Bernardin 23. in 24. september 2022*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v zobozdravstvu, pp. 48–51.

PRVE IZKUŠNJE Z ZDRAVILOM LECIGON

FIRST EXPERIENCES WITH LECIGON

Lidija Ocepek, dipl. m. s.
Robert Rajnar, mag. zdr. nege

Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v nevrologiji
Univerzitetni klinični center Ljubljana, Nevrološka klinika, Klinični oddelek za bolezni
živčevja

e-naslov: lidija.ocepek@kclj.si in robert.rajnar@kclj.si

Izveček

Napredovala ali kompleksna faza parkinsonove bolezni je povezana z motoričnimi in nemotoričnimi zapleti; z motoričnimi fluktuacijami in nehotenimi zgibki ali diskinezijami. Bolezni ni več mogoče zadovoljivo obravnavati s peroralnim zdravljenjem, katerega osnova je zdravljenje z levodopo. Pacient za obvladovanje simptomov potrebuje že pet ali več odmerkov zdravil v enem dnevu, je kljub zdravilom vsaj dve uri v motoričnem izklopu in ima vsaj eno uro neprijetnih, navadno izčrpavajočih zgibkov. Takrat se pacienta sprejme v bolnišnico in se uvede ena od treh oblik zdravljenja. V Ljubljani na Nevrološki kliniki imamo na voljo tri ustaljene načine zdravljenja: podkožno infuzijo apomorfina, globoko možgansko stimulacijo in intrajejunalno infuzijo levodope/karbidope (Duodopa) ali intrajejunalno infuzijo levodope/karbidope v kombinaciji z entakaponom (Lecigon) s pomočjo črpalke. Pri izvedbi in spremljanju tovrstnih zdravljenj ima medicinska sestra aktivno vlogo (pogovor s pacientom pred izbiro in uvedbo zdravljenja, uvajanje zdravljenja, spremljanje odziva zdravljenja, edukacija pacienta in skrbnika, telefonska podpora pacientu in skrbniku po odpustu iz bolnišnice).

Ključne besede: parkinsonova bolezen, levodopa, črpalka Lecigon, medicinska sestra

Abstract

The advanced stage of Parkinson's Disease is associated with motor and non-motor complications; with motor fluctuations in voluntary movement or dyskinesias. Disease is no longer possible to be satisfactorily treated with oral medication based on levodopa. The patient already needs five or more doses of medication daily to control the symptoms, and despite medications, he is in the »off period« for at least two hours at least one hour of uncomfortable, usually debilitating dyskinesias daily. At that time, the patient is admitted to the hospital, where one of three forms of treatment is introduced. At the Neurological Clinic in Ljubljana, we have three established methods treatment available: subcutaneous infusion of apomorphine, deep brain stimulation and intrajejunal infusion of levodopa/carbidopa (Duodopa) or the new gel formulation of fixed combination of levodopa/carbidopa and entacapone for continuous intestinal gel (Lecigon). In management of patient with advanced Parkinson's disease, the parkinson's disease nurse specialist plays an active role (conversation with the patient before the selection and introduction of treatment, introduction of treatment, monitoring of treatment

response, education of the patient and caregiver, telephone support for the patient and caregiver after discharge from the hospital).

Key words: parkinson's disease, levodopa, Lecigon pump, parkinson's disease nurse specialist

Uvod

Razvoj medicinskih nevroloških strok je silovit, tudi na področju novih načinov zdravljenja in obravnave pacienta s parkinsonovo boleznijo (PB). Ti so bolj raznovrstni kot kdajkoli prej, hkrati pa bolj zapleteni. Od pacienta in svojcev zahtevajo precejšnjo stopnjo vpogleda in razumevanja bolezni, od zdravstvenih delavcev, zlasti medicinskih sester, pa več znanja in aktivnejšo stanovsko vlogo. S pacienti, ki imajo PB, se medicinska sestra srečuje v domovih starejših občanov, v ambulantah, na terenu ali v bolnišnici, torej vedno, ko izvaja zdravstveno nego, ko sodeluje pri terapevtsko-diagnostičnih postopkih, v multidisciplinarnih timih, ko odgovarja na pacientova vprašanja o bolezni, zdravljenju in pri prilagajanju novemu načinu življenja. Pri pacientu z napredovalo fazo PB je vloga diplomirane medicinske sestre/zdravstvenika še posebej aktivna, saj razmeroma samostojno obravnava in vodi pacienta skozi vsa obdobja bolezni ob vedno bolj sofisticiranih zdravljenjih. Eno od teh je tudi intratejalna infuzija levodope s pomočjo črpalke. V prispevku so predstavljene tri oblike zdravljenja napredovale Parkinsonove bolezni, ki so na voljo v svetu, prav tako pa je Slovenija pri vsaki obliki zdravljenja ena prvih držav na svetu, ki je pričela s tovrstnimi zdravljenji.

Parkinsonova bolezen

Parkinsonova bolezen je za Alzheimerjevo boleznijo druga najpogostejša nevrodegenerativna bolezen možganov. Za PB obolevajo predvsem ljudje okoli 60. leta starosti, štiri odstotke ljudi pa zboli pred 50. letom (Trošt, 2009). Nekoliko pogostejša je med moškimi. Pri PB v možganih primanjkuje živčnega prenašalca dopamina, ki omogoča normalno gibanje telesa. Najbolj prepoznaven znak je tresenje v mirovanju, ki izzveni med gibanjem. Najpogosteje se tresejo roke, noge in spodnja čeljust. Drugi znak PB je upočasnjeno gibanje. Upočasnjenost se kaže na obrazu kot brezizraznost, frekvenca utripanja vek je zmanjšana, govor je tih in monoton, koraki so kratki ter podrsavajoči. Pri pacientu se pojavi povišan mišični tonus v spodnjih in zgornjih udih ter vratu, kar se vidi kot sključena drža. Lahko pa se pojavijo tudi motnje ravnotežja, kar privede do padcev. Poleg opisanih motoričnih znakov se pojavijo še nemotorični simptomi (Gregorič Kramberger, 2014), ki se najpogosteje kažejo kot kognitivne (blaga kognitivna motnja, demenca), psihiatrične (depresija, anksioznost, prividi), avtonomne motnje (ortostatska hipotenzija, motnje mokrenja, slinjenje, inkontinenca, zaprtje, motnje spolnih funkcij), senzorične motnje (motnje voha, vida in bolečina) in motnje spanja. Rečnik in Avberšek (2002) sta ugotovila, da so z vidika kakovosti življenja nemotorični simptomi dosti bolj moteči in včasih težje obvladljivi od motoričnih, ki prizadenejo ne le pacienta temveč tudi njegove bližnje.

Zdravljenje PB je simptomatsko. Zlati standard je še vedno levodopa, ki pa žal sčasoma povzroča zelo neprijetne stranske učinke, ki se težko zdravijo. To so nehoteni zgibki ali diskinezije in motorična nihanja, včasih zelo moteče za pacienta in okolico. Poleg levodope lajšajo simptome PB dopaminski agonisti v obliki tablet in obližev, zaviralci katehol-O-metiltransferaze (COMT), amantadin idr. V napredovali fazi PB, ko se prepletajo znaki napredovale bolezni in stranski učinki zdravil in ko pacientu ne uspe več doseči zadovoljive kakovosti življenja, so pri nas na voljo tri vrste kontinuiranega zdravljenja, in sicer podkožna

infuzija apomorfina, intrajejunalna infuzija levodope in globoka možganska stimulacija (Trošt 2015).

Zdravstvena nega

V bolnišnico se sprejmejo predvsem pacienti z napredovalo fazo PB, ki potrebujejo eno izmed kontinuiranih oblik zdravljenja, pomoč pri osebni higieni, pomoč pri hranjenju, oblačenju, umivanju, kratka pomoč pri vseh življenjskih aktivnostih. Pacienti so včasih depresivni, nerazpoloženi, odklanjajo pomoč, terapijo, včasih so tudi agresivni, ponoči nevodljivi. Izvajalci zdravstvene nege naj sprejmejo takšna stanja z obilico prijaznosti, topline, naj bodo potrpežljivi in strokovni. O težavah naj se v timu pogovorijo in jih sproti rešujejo.

Vloga diplomirane medicinske sestre/zdravstvenika, specializirane s področja parkinsonizma (v nadaljevanju medicinska sestra/zdravstvenik) pacienta obravnava ambulantno, hospitalno in v okviru posvetovalnice (Ocepek, 2000). V začetni fazi sta najpomembnejša pomoč pri sprejemanju diagnoze (razlaga bolezni, začetna terapija) in farmakološko testiranje. Pri tem naj se vzpostavi prijeten in profesionalen odnos za nadaljnje sodelovanje. Ko bolezen napreduje, medicinska sestra/zdravstvenik pacientu podrobno predstavi bolezen, zdravljenje in stranske učinke zdravil ter zaplete zaradi bolezni. Aktivno sodeluje pri diagnostiki, terapiji in uvajanju kontinuirane terapije. Koordinira multidisciplinarni tim. Člani tima se vključujejo v obravnavo glede na težave, ki jih ima pacient. Vsi pacienti pred vključitvijo v eno izmed kontinuiranih oblik zdravljenja opravijo preglede in testiranja pri vseh članih tima. V timu sodelujejo poleg zdravnika in medicinske sestre/zdravstvenika še psiholog, logoped, psihiater, fizioterapevt, delovni terapevt, nevrokirurg, anesteziolog, gastroenterolog in drugi, glede na problematiko (Ocepek & Rajnar, 2015).

Ko pride pacient v fazo, ko se je treba odločiti o vrsti kontinuiranega zdravljenja, medicinska sestra/zdravstvenik sodeluje pri pogovorih z zdravnikom, pacientom in skrbnikom. Za dodatna vprašanja oziroma pogovor povabi pacienta in skrbnika v posvetovalnico.

Podkožna infuzija dopaminskega agonista Apomorfin

Apomorfin je kratko delujoči dopaminski agonist in spada med najstarejša antiparkinsonska zdravila in je tudi najstarejši način kontinuiranega zdravljenja z infuzijo v Sloveniji (Pirtošek, 1996). Za tovrstno zdravljenje je pacient sprejet v bolnišnico. Nekaj dni se spremlja dnevnik motorične odzivnosti, da se vidi dinamika simptomov, se naredi apomorfinski test, s katerim se ugotovi odzivnost na dopaminergično terapijo in se postavi začetna doza. Aplikira se v obliki podkožne infuzije s pomočjo infuzijskega sistema, priklopljenega na črpalko, na kateri je brizgalka z zdravilom. Zelo pomembno je, da sta pacient in družina seznanjena s stranskimi učinki zdravila, ki so včasih neprijetni (slabost, bruhanje, pretirana zaspanost) ali celo nesprejemljivi za socialno okolje (hiperseksualnost, psihoza). Seznanjeni so tudi z lokalnimi reakcijami na koži na mestu vboda igle, zato je treba vsak dan menjati vbodna mesta in predel injiciranja masirati z ledom (Ocepek, 2002). Če nastanejo podkožni noduli, se uporablja tudi ultrazvok. Aplikirati apomorfin s pomočjo črpalke se nauči skrbnik, zelo redko je namreč sposoben pacient tako zdravljenje samostojno voditi.

Globoka možganska stimulacija

Pri globoki možganski stimulaciji (GMS) gre za stereotaktično vstavitve elektrod v bazalna jedra. Elektrode povežemo z vsajenim podkožnim stimulatorjem, ki oddaja visokofrekvenčne

električne impulze (Trošt, 2015). Pri možganski stimulaciji je medicinska sestra/zdravstvenik prisotna med operativnim posegom. Skupaj z nevrologom uvaja nevrostimulacijo, spremlja učinek in morebitne neželene učinke nevrostimulacije ter izvaja edukacijo o uporabi osebnega programatorja. Na kontrolnih pregledih pregleda kožo nad implantiranimi komponentami, preveri baterijo in impedanco aktivnih mest nevrostimulatorja (Rajnar & Ocepek, 2018).

Intrajejunalna infuzija gela levodope (levodopa/karbidopa, levodopa/karbidopa/entakapon)

Ko bolezen napreduje do te faze, da pacient potrebuje pet ali več doz zdravila, da je več kot dve uri v slabem stanju-izklopu in ima več kot eno uro nehotenih zgibkov, je treba levodopo v obliki tablet nadomestiti s kontinuiranim zdravljenjem intrajejunalne infuzije gela levodope (Zupančič Križnar, 2015). V Sloveniji sta za dovajanje intrajejunalnega gela v uporabi dve črpalki. Leta 2006 smo uvedli zdravljenje s črpalko CADD-Legacy (zdravilo Duodopa: levodopa/karbidopa), leta 2021 pa črpalko Crono LECIG (zdravilo lecion: levodopa/karbidopa/entakapon). Dodatek entakapona okrepi učinek levodope in je zato odmerek nižji ob enakem učinku. Ta črpalka je manjša in lažja od črpalke za zdravilo Duodopa ter zato uporabniku prijaznejša. Pri izbiri črpalke, če je le mogoče glede na motorično in kognitivno stanje pacienta in sodelovanje skrbnika, upoštevamo željo pacienta. Gel se s pomočjo črpalke dovaja prek perkutane endoskopske gastrostome (PEG), skozi katero je uvedena jejunalna sonda vse do začetnega dela tankega črevesja. Tako obidemo želodec in gel dovajamo na optimalno mesto absorpcije levodope. Pred uvedbo PEG-a se izvede dvodnevno testno obdobje z aplikacijo gela levodope prek začasne nazojejunalne sonde, priklopljene na črpalko. Če je testno obdobje uspešno (dober motorični odziv, brez neželenih učinkov), gastroenterolog pacientu uvede PEG/J. Pacientu teče zdravilo čez dan 14–16 ur. Pacienti, ki imajo ponoči hude motorične izklope, z visokim krvnim pritiskom in pulzom, so na zdravilo priklopljeni 24 ur.

Pred uvedbo zdravila je treba izračunati tri različne pogoje in jih sprogramirati na črpalki: jutranji odmerek, dnevni pretok in dodatni odmerek.

Jutranji odmerek: namenjen je hitremu doseganju terapevtske ravni zdravila.

Dnevni odmerek – stalni pretok za neprekinjeno vzdrževanje: namenjen je vzdrževanju terapevtske ravni zdravila in se spreminja glede na stanje bolezni.

Dodatni odmerek: uporabi se, če pacientu postane motorično slab. Kadar potrebuje več kot štiri dodatne odmerke, je smiselno povešati stalni pretok.

Zaradi ustreznega ravnanja s črpalko je zelo pomembno dobro sodelovanje svojcev oziroma skrbnikov. V času titriranja zdravila do optimalne doze pacienta opazujemo in izpolnjujemo dnevnik motorične odzivnosti, da vidimo dinamiko bolezni. Tu je vloga medicinske sestre/zdravstvenika še posebej pomembna, da nauči oba, pacienta in skrbnika, ravnati s črpalko in pravilno dozirati zdravila. Seznaniti ju z načinom dobave zdravila, z zapleti glede sistema in črpalke ter ju nauči pravilno negovati okolico PEG-J. Ob odpustu medicinska sestra stopi v stik z lokalno patronažno medicinsko sestro, se dogovori za higieno okolice PEG-J, dokler tega pacient ali skrbnik ne obvladata. Redni kontrolni pregledi potekajo na pol leta. Če vse poteka normalno, jih izvajata skupaj zdravnik in medicinska sestra/zdravstvenik, pri čemer se preveri stanje okolice PEG/J, pravilnost doziranja zdravila in ravnanje s črpalko. Pogovorijo se tudi o spremenjenem življenjskem slogu. Za morebitne težave je pacientu po telefonu medicinska sestra vedno dosegljiva, pri večjih težavah pa ima pacient možnost takojšnjega dostopa na kliniko. Čez eno leto pride pacient na nekajurno hospitalizacijo, pri čemer mu člani tima ponovijo vse teste kot pred uvedbo infuzije gela. Na ta način spremljamo dinamiko bolezni in učinkovitost terapije (Rajnar & Ocepek, 2018).

Z zdravljenjem z zdravilom Lecigon smo v Sloveniji pričeli leta 2022, uvaja pa se v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana in v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor. Dosedanji pacienti so zdravljenje dobro sprejeli, pri zdravljenju izstopa majhna in priločna črpalka za dovajanje zdravila, ki jo večina pacientov skupaj s skrbniki dobro obvlada. Tudi pri zdravljenju z zdravilom Lecigon je ključna stalna dosegljivost medicinske sestre v primeru težav in vprašanj v povezavi s tehničnimi lastnosti črpalke (npr. alarmi, menjava baterij v črpalki...).

Zaključek

Vsi, ki sodelujemo pri obravnavi pacientov s PB in vsi, ki smo člani multidisciplinarnega tima, moramo redno spremljati novosti, se izobraževati, sodelovati, izmenjavati izkušnje in ohranjati profesionalen odnos ter prijazno komunikacijo. Le tako smo lahko uspešnejši in bolj motivirani za doseg skupnega cilja, ki je kakovostnejše življenje pacienta in njegove družine. Ker dandanes ne gre več samo za jemanje zdravil ampak za jemanje zdravil v skladu z navodili je pri napredovalih zdravljenjih Parkinsonove bolezni vloga medicinske sestre za paciente in za varno uporabo zdravil ključna.

Literatura

Gregorič Kramberger, M., 2014. *Kognitivne težave pri parkinsonovi bolezni. Mala šola nevrologije za medicinske sestre*. Center za ekstrapiramidne bolezni, Klinični oddelek za bolezni živčevja, Univerzitetni Klinični center Ljubljana, pp. 24–29.

Ocepek, L., 2000. *The emerging role of PD nurse in Slovenia. Final program and abstract book. The new milenium – working in harmony*. The fourth European Parkinson's Disease Association Conference, 2000 Nov. 9-12; Vienna, Austria. Vienna: EPDA.

Ocepek, L., 2002. *Zdravstvena nega pri bolniku s parkinsonovo boleznijo: diplomsko delo visokošolskega študija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.

Ocepek, L. & Rajnar, R., 2015. Vloga multidisciplinarnega tima pri obravnavi bolnikov s parkinsonovo boleznijo s kontinuiranim zdravljenjem. In: Trošt, M. ed. *Kontinuirana zdravljenja Parkinsonove bolezni: zbornik predavanj. 21. klub Bazalni gangliji, 9. april 2015*. Ljubljana: Klinični oddelek za bolezni živčevja, Nevrološka klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana, pp. 8–12.

Pirtošek, Z. 1996. Medical treatment of Parkinson's disease = Medikamentno zdravljenje Parkinsonove bolezni. *Zdravniški vestnik*, 65(3), pp. 83–87.

Rajnar, R. & Ocepek, L., 2018. Zdravstvena nega pacienta z napredovalo Parkinsonovo boleznijo na kontinuiranih zdravljenjih. In: Medvešček Smrekar, M. ed. *Nevrologija – izziv za medicinske sestre: zbornik prispevkov z recenzijo, 14. strokovni seminar, Otočec, 28. september 2018*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v nevrologiji, pp. 44–53.

Rečnik, G. & Avberšek, A., 2002. *Kako izboljšati kvaliteto življenja pri bolnikih s parkinsonizmom? raziskovalno delo po razpisu za Prešernove nagrade študentom*. Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, pp. 30–36.

Trošt, M., 2009. Kaj je parkinsonova bolezen in kako postavimo diagnozo. In: Pirtošek, Z. & Trošt, M. eds. *Kako živeti s Parkinsonovo boleznijo*. Ljubljana: Center za ekstrapiramidne bolezni, Klinični oddelek za bolezni živčevja, Univerzitetni Klinični center, pp. 7-10.

Trošt, M., 2015. Globoka možganska stimulacija. In: Trošt, M. ed. *Kontinuirana zdravljenja Parkinsonove bolezni: zbornik predavanj. 21. klub Bazalni gangliji, 9. april 2015*. Ljubljana: Klinični oddelek za bolezni živčevja, Nevrološka klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana, 30–39.

Zupančič Križnar, N., 2015. Intrajejunalna infuzija gela levodope. In: Trošt, M. ed. *Kontinuirana zdravljenja Parkinsonove bolezni: zbornik predavanj. 21. klub Bazalni gangliji, 9. april 2015*. Ljubljana: Klinični oddelek za bolezni živčevja, Nevrološka klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana, 18–27.

IZZIVI ZA REHABILITACIJSKO ZDRAVSTVENO NEGO PRI OBRAVNAVI NEVROLOŠKEGA PACIENTA V URI SOČA

CHALLENGES FOR REHABILITATION NURSING CARE IN TREATMENT OF NEUROLOGICAL PATIENTS IN URA SOČA

Jan Orešnik, dipl. zn.

Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v rehabilitaciji in zdraviliški dejavnosti
Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije Soča (URI Soča), Oddelek za
rehabilitacijo pacientov z okvaro hrbtenjače

e-naslov: jan.oresnik@ir-rs.si

Izvleček

Rehabilitacija je neprekinjen proces, ki se začne tik po poškodbi. Kljub nadaljnji obravnavi v rehabilitacijskem centru, obstaja še vedno velika možnost poslabšanje zdravstvenega stanja. Pomembno vlogo ima medicinska sestra, ki načrtuje, izvaja ter vrednoti zdravstveno nego, kar ima za glavni izid rehabilitacije, neodvisen pacient, seveda, če ima za to potrebno voljo ter moč in znanje. Namen in cilji prispevka so predstaviti delo izvajalcev zdravstvene nege na URI Soča.

Ključne besede: medicinska sestra, rehabilitacija, pacient

Abstract

Rehabilitation is a continuous process, which starts right after the injury. Regardless of treatment in rehabilitation institution, there still exists a great possibility of deformation of health. Multidisciplinary approach is important. A nurse play a great role in planning, performing and valuating of health care, that in rehabilitation creates an independent patient but only if he has strength, will and knowledge. The purpose of the article is to present the nursing work at URI Soča.

Key words: nurse, rehabilitation nursing care, patient

Uvod

V prispevku bomo opisali specifičnost rehabilitacijske zdravstvene nege in najpomembnejše zaplete, s katerimi se srečuje medicinska sestra na URI Soča in jih mora s svojim znanjem prepoznati in ali posledično ukrepati. Da program rehabilitacije poteka nemoteno, se rehabilitacija izvaja timsko. Naloge medicinske sestre izvajajo samostojno, neodvisno in interdisciplinarno. V vse temeljne življenjske aktivnosti, zlasti ob odpustu, vključuje tudi pacientove svojce, kateri se bodo srečevali s popolnoma novo situacijo.

Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije Soča (URI Soča)

Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Soča Republike Slovenije (URI Soča) je osrednji slovenski javni zavod, v katerem na terciarni ravni izvajamo celovito rehabilitacijo odraslih in otrok z okvarami osrednjega in perifernega živčevja, z gibanjem povezanih telesnih zgradb in funkcij ter bolnikov z mišičnimi in živčno-mišičnimi boleznimi, s kronično bolečino in z rakom. Medicinska rehabilitacija v URI Soča se dopolnjuje z dejavnostmi centrov, ki so: Center za poklicno rehabilitacijo, Center za ortotiko in protetiko, Rehabilitacijski inženiring, Oddelek za raziskave in razvoj, Razvojni center za zaposlitveno rehabilitacijo in Lekarna z demonstracijskim centrom za medicinske pripomočke. Rehabilitacija se izvaja v ambulantno rehabilitacijski službi in na šestih bolnišničnih oddelkih: Oddelek za rehabilitacijo pacientov po amputaciji, Oddelek za (re)habilitacijo otrok, Oddelek za rehabilitacijo pacientov po poškodbah, s perifernimi živčnimi okvarami in z revmatološkimi obolenji, Oddelek za rehabilitacijo pacientov po nezgodni poškodbi možganov, z multiplo sklerozo in drugimi nevrološkimi obolenji, Oddelek za rehabilitacijo pacientov po možganski kapi ter Oddelek za rehabilitacijo pacientov z okvaro hrbtenjače (*Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije Soča* (Anon., 2022a).

Dan na URI Soča

Na dan sprejema se terapevtski rehabilitacijski program še ne začne. Odvisno od zdravstvenega stanja pacienta, pa se morda že opravi funkcionalno testiranje, z enim od članov rehabilitacijskega tima. Na dan sprejema vsi pacienti prejmejo raspored z urnikom terapij. Na otroškem oddelku biva z otrokom tudi eden od staršev. Na oddelkih se stanje bolnikov obravnava tudi na t.i. timskih vizitah, na katerih se enkrat tedensko v razgovoru med člani rehabilitacijskega tima, preveri stanje pacientov in načrtuje nove cilje rehabilitacije, ravno tako pa tudi trajanje rehabilitacije in čas odpusta v domače okolje (*Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije Soča* (Anon., 2022b).

Pred odpustom v domače okolje, se na ogled rehabilitacijskega programa in pogovor pred odpustom v domače okolje (praviloma) povabi tudi pacientove svojce.

Vloga (rehabilitacijske) medicinske sestre v (rehabilitacijski) zdravstveni negi

Medicinska sestra preprečuje nastajanje komplikacij z opazovanjem in pravočasnim odkrivanjem simptomov poslabšanja pacientovega stanja, preprečuje nepravilnosti in deformacije (Bašić, 2011).

Pri delu se rutinsko uporablja lestvica funkcijske neodvisnosti (FIM – functional independent measure), ki je najpogostejše in najširše uporabljeno orodje za ocenjevanje izida rehabilitacije. Oceno se izvede znotraj 72 ur od sprejema. Z lestvico ocenjujemo stopnjo zmanjšanih zmožnosti, oz. omejeno aktivnost in ne okvaro pacienta.

Omogoča kvantitativno oceno samostojnosti pacienta pri osnovnih dnevnih dejavnostih, ki so potrebne za samostojno življenje. Lestvica zajema 18 postavk: 13 za oceno motoričnih funkcij (mFIM) in 5 za oceno kognitivnih funkcij (kFIM), katerih izvajanje se ocenjuje od 1 (popolna odvisnost) do 7 (samostojnost) (Goljar, et al., 2016).

Možni zapleti, ki se pojavijo v rehabilitacijski zdravstveni negi

Zaradi dolgotrajnega ležanja in slabše prekrvavljenosti tkiv lahko pride do razjed zaradi pritiska kljub preventivnim ukrepom in zračni ali terapevtski blazini. Pomembna je skrb za dobro higieno, posebno če ima pacient različne ortopedске pripomočke, ki jih je potrebno odstraniti in poskrbeti za higieno kože pod njimi (Per, 2011).

S pravočasnimi preventivnimi ukrepi, z uporabo pravih pripomočkov za razbremenitev ogroženih mest in uporabo pravih oblog za zdravljenje razjede zaradi pritiska pacientu zagotavljamo kakovostno in varno zdravstveno nego (Dimnik Vesel, 2014).

Nastanek razjede zaradi pritiska lahko preprečujemo z zgodnjim odkrivanjem ogroženih pacientov z Waterlow lestvico in uporabo preventivnih ukrepov. Uporabimo lahko razbremenilne blazine in zaščitne obliže.

Pacienti so zaradi gibalnih motenj in oslabelosti čutnih dražljajev ali zmedenosti v veliki nevarnosti, da se poškodujejo. Najbolj pogosti so padci in zdrsi, redkejšje so poškodbe zaradi opeklin in druge poškodbe. Naloga medicinske sestre je, da na bolniško posteljo namesti zaščitne ograjice. Klicna naprava mora biti pacientu dosegljiva, da lahko pokliče, če potrebuje pomoč. Zagotovimo ustrezne in varne pripomočke za gibanje in osebno higieno. Pacientu svetujemo, kako se izogniti nevarnostim v okolju, in ga nadzorujemo pri vseh dnevnihih aktivnostih (Zabukovnik, 2011).

Plegične ekstremitete pogosto otekajo, zato je pomembno, da skrbimo za njihov pravi položaj v postelji med hojo ali na invalidskem vozičku. Kadar pacient leži, mu položimo prizadeto roko in nogo na blazino, odvisno od položaja, v katerem leži. Če pacient sedi na invalidskem vozičku, mu položimo prizadeto roko na servirno mizico, z dlanjo obrnjeno navzdol. Pacientom odsvetujemo nošnje tesnih nogavic (Zabukovnik, 2011).

Pozorni smo tudi pri izbiri ustreznih obuval.

V tem segmentu zdravstvene nege opazujemo grobo mišično moč, fine gibe, mravljinčenje, motnje v sensoriki in motoriki in težave pri odvajanju vode in blata v smislu inkontinence ali retence urina.

Najhujši nevrološki izpadi so pareze ali plegija pod nivojem poškodbe (Per, 2011).

Pacienti s poškodbami vratnih in zgornjih vretenc prsne hrbtenice ter nevrološkimi izpadi imajo pogoste težave z dihanjem. Te se razvijejo zaradi paralize trebušne prepone in dihanja s pomožno dihalno muskulaturo (Hočevnar Posavec, 2014).

Pri teh poškodbah pacient potrebuje stalen nadzor in pomoč pri izkašljevanju ter aspiracije (Per, 2011). Skrbeti moramo za zadostno hidracijo, usrezno prehranjenost, dihalne vaje, izvajanje inhalacij in namestitvev v ustrezne drenažne položaje (Hočevnar Posavec, 2014).

Zaradi ležanja in slabega prehranjevanja ali nevrološke problematike, lahko pride tudi do obstipacije in paralitičnega ileusa, kar lahko resno ogrozi pacientovo zdravstveno stanje (Per, 2011).

Pri pacientu lahko opazimo tudi čustvene spremembe, ki se kažejo kot splošno čustveno nazadovanje, znižana sposobnost obvladovanja čustev, zlasti jokavost. Pojavijo se lahko osebnotne – vedenjske spremembe v obliki nerazpoloženja, napetosti, nemira ali umika v svoj svet (Kopitar, 2014).

(Najpogostejše) aktivnosti (rehabilitacijske) zdravstvene nege

Dobra komunikacija je temelj dobrega sodelovanja, zato se mora medicinska sestra, ki je ob pacientu 24 ur na dan, potruditi, da obvlada tudi nebesedno komunikacijo. Potrebna je velika mera iznajdljivosti in potrpežljivosti. Pomembno je, da pacienta ves čas vzpodbujamo h govoru, čeprav je ta slabo razumljiv. Pacientu moramo pustiti dovolj časa, da pove tisto, kar hoče.

Postavljamo mu enostavna vprašanja, če nas pacient ne razume, poskušamo isto stvar povedati ponovno in bolj enostavno. Teme pogovora ne spreminjamo prehitro (Zabukovnik, 2011).

Varna in natančna priprava ter dajanje zdravil sta ena izmed pomembnih aktivnosti medicinske sestre. Znati mora spremljati odziv pacienta na zdravilo in mu pomagati pri jemanju zdravil. Naloga medicinske sestre je, da poskrbi, da pacient zdravilo res vzame. Pri pacientih, ki so zmedeni in je verjetnost, da zdravila ne bodo vzeli, je najbolje, da jim ga damo v usta in počakamo, da ga pojejo (Zabukovnik, 2011).

Pomembno je, da medicinska sestra prepozna in oceni motnje pri požiranju ter ustrezno ukrepa za preprečitev zapletov. Pacientu pomaga pri hranjenju in ga vzpodbuja k samostojnosti (Zabukovnik, 2011).

Po principu zdrave prehrane, naj bo hrana dovolj bogata z vitamini in beljakovinami. Pomembna je tudi priprava le te (zgoščevanje tekočin ter hrana za aplikacijo po gastrostomi primerna konsistenca hrane, hranjenje s pripomočki in nadzor nad pacientovo zaužito hrano ter tekočino, prav tako nadzor pri samostojnem uživanju hrane – kako požira, ali se mu zaletava, itd.).

Pri pacientih s poškodbami hrbtenice je pomembno biti pozoren tudi na motnje uriniranja in defekacije. Če so pacienti sprejeti z urinskim katetrom, je opazovanje možnosti uriniranja onemogočena, lahko pa po določenem času začnemo z zapiranjem urinskega katetra po naročilu zdravnika (Per, 2011).

Nevrogeno črevo je posledica okvare somatskega in avtonomnega živčevja pri različnih boleznih. Glede na to, ali je okvarjen zgornji ali spodnji motorični nevron, se razlikuje tudi klinična slika nevrogenega črevesa, ki je lahko blaga do huda. Težave z odvajanjem blata lahko močno vplivajo na zmanjšanje kakovosti življenja. Za obravnavo nevrogenega črevesa je pomembno pridobiti natančne anamnestične podatke, opraviti pregled in tudi ciljne preiskave, če so potrebne.

Posledica dolgotrajnega ležanja in spremenjene viskoznosti krvi je lahko globoka venska tromboza, ki pacienta vitalno ogroža in zmanjšuje uspeh zgodnje rehabilitacije. Pacientu v akutni fazi redno spreminjamo položaje v postelji in ga vzpodbujamo h gibanju v postelji, kolikor zmore (Zabukovnik, 2011).

Poleg zdravljenja z zdravili je pomembna zgodnja mobilizacija ob pravilnem povijanju z elastičnimi povoji (Vipavec & Kic, 2014).

Dnevne aktivnosti so vse tiste aktivnosti, ki jih mora pacient obvladati, da lahko živi samostojno: hranjenje, oblačenje, umivanje, posedanje in gibanje v prostoru. Ponovno učenje aktivnosti je domena delovne terapije. Pri vsakodnevni aktivnostih pa ima medicinska sestra pomembno vlogo (Zabukovnik, 2011).

Na rehabilitacijo so sprejeti tudi otroci, ki zaradi težav s sporazumevanjem potrebujejo nadomestno komunikacijo. Nadomestno sporazumevanje zahteva veliko priprav, neposrednega dela, predvsem pa sodelovanje med vsemi udeleženci. Če je otrok sposoben sodelovati v procesu učenja, se ob ustreznem strokovnem vodenju nauči uporabe primerne oblike nadomestnega sporazumevanja s slikovnimi simboli ali posebnimi aparaturami (Pibernik, 2014). Računalniški komunikatorji so primerni zlasti za tiste otroke, ki ne zmorejo pokazati ali povedati, kaj želijo. Zato uporabljajo stikala, ki jih lahko upravljajo z rokami, glavo, z nogami ali pa z očmi.

V vse temeljne življenjske aktivnosti vključujemo tudi svojce, ki bodo doma prvi, kateri se bodo srečevali s popolnoma novo situacijo. Pred odpustom, se na oddelku organizira sestanek, kjer sodelujejo tudi medicinske sestre, ki pokažejo in podrobno razložijo ter z zdravstveno vzgojnim delom pripravijo pacienta in njegove svojce.

Vidmar (2014) navaja, da medicinska sestra pomaga k boljšemu uvidu v stanje, obvladovanju in predelovanju čustvenih stisk in pri oblikovanju družinskih odnosov. Prav tako kot pacient tudi njegovi svojci potrebujejo spodbudo in tolažbo.

Zaključek

Rehabilitacija pacienta, je aktiven in dolgotrajen ter dinamičen proces, s katerim skuša rehabilitacijska medicinska sestra s svojim znanjem zmanjšati stopnjo prizadetosti, priučiti pacienta in njihove svojce novih načinov izvajanja dnevnih aktivnosti in prilagajanja na okolje tako, da bo njegovo vključevanje v domače okolje čim lažje in popolnejše.

Rehabilitacija ne traja kratek čas, ampak lahko traja tudi več let, saj se je potrebno nenehno prilagajati in nenazadnje učiti.

Veliko pacientov si postavi visoka merila, ki jih je včasih težko doseči in tako želi biti v prizadevanju, da jih doseže, kar najbolj neodvisen. Posebej starejši, pa lahko doživljajo vsakodnevna opravila kot nekaj ogrožajočega ali kot breme, zlasti samemu sebi tako da, učenje opustijo in ostanejo odvisni od pomoči drugih.

Bistvo vsega je sodelovati s pacientom ter njihovimi svojci, izmenjati poglede ter stališča glede kasnejšega izvajanja osnovnih potreb, zlasti v domačem okolju, kamor se praviloma vračajo.

Rehabilitacijska zdravstvena nega je torej ugotavljanje in načrtovanje potrebe, kar ima za temeljni cilj omogočiti neodvisnost pacienta, če ima za to znanje, voljo ter moč.

Literatura

Anon., 2022a. Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije Soča. *Rehabilitacijska medicina*. Available at: <https://www.uri-soca.si/sl/rehabilitacijska-medicina/> [23. 10. 2022].

Anon., 2022b. Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije Soča. *Dan na oddelku za rehabilitacijo*. Available at: <https://www.uri-soca.si/sl/dan-na-oddelku-za-rehabilitacijo/> [23. 10. 2022].

Bašić, D., 2011. *Vloga medicinske sestre pri obravnavi pacienta s poškodbo vratne hrbtenice. diplomsko delo visokošolskega študija*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 28–30.

Dimnik Vesel, Z., 2014. Razjeda zaradi pritiska. In: Erjavec, T. & Karan, K. eds. *Rehabilitacijska zdravstvena nega*. Ljubljana: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, pp. 197–204.

Goljar, N., Jesenšek Papež, B., Kos, N., Pražnikar, A., Karapandža, J., Plaskan, L., et al., 2016. Ocenjevanje funkcioniranja oseb po možganski kapi. *Rehabilitacija*, 15(Suppl 1), pp. S148–S149.

Hočevar Posavec, B., 2014. Respiratorna zdravstvena nega. In: Erjavec, T. & Karan, K. eds. *Rehabilitacijska zdravstvena nega*. Ljubljana: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, pp. 171–185.

Kopitar, N., 2014. Rehabilitacijska zdravstvena nega pacientov po možganski kapi. In: Erjavec, T. & Karan, K. eds. *Rehabilitacijska zdravstvena nega*. Ljubljana: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, pp. 39–53.

Per, P., 2011. *Zdravstvena nega pacienta z nihajno poškodbo vratne hrbtenice: diplomsko delo visokošolskega študija*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 37–54.

Pibernik, M., 2014. Rehabilitacijska zdravstvena nega otrok. In: Erjavec, T. & Karan, K. eds. *Rehabilitacijska zdravstvena nega*. Ljubljana: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, pp. 121–134.

Vidmar, V., 2014. Rehabilitacijska zdravstvena nega pacientov po poškodbi možganov. In: Erjavec, T. & Karan, K. eds. *Rehabilitacijska zdravstvena nega*. Ljubljana: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, pp. 55–70.

Vipavec, B. & Kic, N., 2014. Obravnava pacientov z vensko trombozo. In: Erjavec, T. & Karan, K. eds. *Rehabilitacijska zdravstvena nega*. Ljubljana: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, pp. 187-194.

Zabukovnik, L., 2011. *Vloga medicinske sestre pri zgodnji rehabilitaciji pacienta po možganski kapi: diplomsko delo*. Izola: Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, pp. 31–37.

VLOGA PATRONAŽNE MEDICINSKE SESTRE PRI NEVROLOŠKEM PACIENTU V DOMAČEM OKOLJU

THE ROLE OF A COMMUNITY NURSE IN CARE FOR A NEUROLOGICAL PATIENT IN THE HOME ENVIRONMENT

Staša Rojten, dipl. m. s.

Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti
Zgornjesavinjski zdravstveni dom Nazarje

e- naslov: stasa.rakun@gmail.com

Izvleček

Namen prispevka je predstaviti vlogo diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu pri nevrološkem pacientu v domačem okolju, s ciljem, da se tudi druge poklicne skupine zdravstvene nege seznanijo z našim delom. Na kakšen način se diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu vključujemo v obravnave pacientov in kako delujemo. Kaj vse je naša vloga, saj ne obravnavamo le pacienta, ampak tudi njegovo družino.

Ključne besede: patronažno varstvo, posameznik, družina

Abstract

The purpose of the paper to present the role of a community nurse in care for a neurological patient in the home environment with the aim of making other professional nursing groups familiar with our work. In what way do the community nurses in outpatient care get involved in the treatment of patients and how do we work. What is our role, as we treat not only the patient, but also his family.

Key words: community health care, individual, family

Uvod

Temeljne usmeritve pri obravnavi kompleksnih zdravstvenih in socialnih potreb ter problemov prebivalstva v državah težijo k njihovem reševanju v okolju, kjer posameznik živi. Pri tem je potrebno upoštevati, da naj posamezniki ostanejo polnopravni člani družbe tako dolgo, kolikor je mogoče, in kolikor dolgo to želijo ali zmorejo, tudi ob pomoči različnih oblik zdravstvene in socialne pomoči, ki jo potrebujejo (Šušteršič, 2006). V patronažnem varstvu se diplomirane medicinske sestre pri svojem delu pogosto srečujemo z nevrološkimi pacienti. Obravnavamo jih ob odpustu iz bolnišnice ali ob nastanku zdravstvenega problema. Obravnave so običajno po naročilu zdravnika, enkrat do dvakrat letno pa lahko kroničnega pacienta ali starostnika obiščemo tudi po lastni presoji (NIJZ, 2021). Pri pacientu obravnavamo aktualni zdravstveni problem, ocenimo psihično in fizično stanje pacienta in ugotavljamo socialno ekonomske razmere družine. Obravnave so usmerjene k reševanju obstoječih problemov, preprečevanju poslabšanja zdravstvenega stanja pacienta in čim hitrejši rehabilitaciji. Cilj naših obravnav je doseči dobro počutje pacienta v domačem okolju, ohranjanje samooskrbe, mobilnosti in

spretnosti, odkrivanje rizičnih dejavnikov in tudi svetovanje in nadzor nad jemanjem predpisane terapije (Nešič, 2016).

Obravnavanje pacientov na domu

Patronažna dejavnost je v Sloveniji organizirana polivalentno. To pomeni, da diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu (dipl. m. s. v PV) skrbi za posameznika od časa pred rojstvom in do smrti ter spremlja družine v procesu žalovanja. Deluje z vsemi oblikami družin in z vsakim družinskim članom posebej, z namenom promocije zdravja, preprečevanja bolezni in zagotavljanja zdravljenja, zdravstvene nege, rehabilitacije in paliativne oskrbe. Prednost dipl.m.s. v PV je v poznavanju terena, kjer zaznavamo zdravstveno in socialno problematiko ter iščemo interdisciplinarne rešitve tudi v povezovanju z lokalno skupnostjo in nevladnimi organizacijami. Na ta način se zagotavljajo pogoji, da posameznik lahko ostane v domačem okolju čim dlje, kljub starosti, bolezni ali onemoglosti. So koordinatorice vseh oblik pomoči na pacientovem domu in vez med posameznikom in njegovim osebnim zdravnikom (Horvat, 2016). Zaradi krajšanja ležalnih dob v bolnišnicah se intenzivnost in zahtevnost obravnav pacientov v domačem okolju povečujeta.

Vloga dipl. m. s. v PV je tako kurativna kot preventivna. Kurativne obravnave izvajamo po naročilu zdravnika, ki je odgovoren za izdajo delovnega naloga, na katerem natančno opredeli, katere medicinsko-tehnične postopke in posege in intervencije zdravstvene nege, je potrebno opraviti pri pacientu in kako pogosto. Vendar pa je stroga delitev na preventivne in kurativne obravnave nemogoča, saj znotraj kurativnih obravnav vedno delujemo tudi preventivno (Krajnc, 2016). Skupaj s pacientom ugotavljamo njegove potrebe in jih rešujemo.

Preventivne obravnave skladno z Navodili za izvajanje, beleženje in obračunavanje storitev v patronažnem varstvu od 1. 1. 2021 dalje pri kroničnih pacientih izvajamo enkrat letno, potem pa glede na odkrite dejavnike tveganja znotraj preventivnega obiska načrtujemo do tri dodatne preventivne obravnave. S preventivnim obiskom želimo izboljšati kakovost življenja pacienta s kronično boleznijo na domu z ugotavljanjem še ohranjenih vitalnih funkcij, povezanih z dnevnimi aktivnostmi in stopnjo samostojnosti. Prav tako želimo preprečiti že morebitne zaplete kroničnega obolenja. Posameznika in družino želimo usposobiti za čim bolj polno in bogato življenje, kljub njegovemu obolenju (Nešič, 2016).

Nevrološki pacient v domačem okolju

Dipl. m. s. v PV običajno za nevrološkega pacienta izve, ko ji izbrani zdravnik izda delovni nalog za obravnavo pacienta. Včasih o odpustu obvestijo že iz bolnišnice, vendar je to prej izjema kot pravilo. Zaradi zagotavljanja kontinuirane zdravstvene nege bi moralo biti obveščanje iz strani bolnišnic ustaljena praksa.

Nevrološkemu pacientu se običajno svet spremeni zelo na hitro. Rehabilitacija pa je dolga in v večini primerov nikoli popolna.

Ob prvem obisku pacienta na njegovem domu ocenimo pacientovo psihofizično stanje, stopnjo samooskrbe in socialno ekonomski položaj družine. Pozorni smo na pacientovo sprejetost bolezni. Ali je še v fazi zanikanja, jeze ali pa bolezen že sprejema. V kolikor so pri pacientu potrebni medicinsko tehnični postopki in posegi, jih izvajamo skladno z navodilom osebnega zdravnika. V skrb za pacienta poskušamo čimbolj vključiti tudi družinske člane. Ker v času bolezni pride do izpada dohodka in povečanih stroškov, paciente seznanimo z možnimi oblikami pomoči. Glede na pacientov status (zaposlen, upokojen), ga seznanimo z vlogami, ki jih lahko odda (vloga za pomoč in postrežbo, za invalidnino, enkratna denarna pomoč,...). Nevrološkim pacientom glede na njihovo zdravstveno stanje pripadajo različni medicinsko

tehnični pripomočki. Pomembno je, da so dipl. m. s. v PV seznanjene s pripomočki, ki jih pacient lahko dobi na naročilnico (hojica, voziček, opornice, plenice, negovalna postelja, blazine proti preležaninam, toaletni stol, dvigalo, aspirator, idr.).

Pristop do pacienta je individualen, saj moramo upoštevati katere funkcije in v kolikšni meri so prizadete. Obravnavamo ga po temeljnih življenjskih aktivnostih in skladno s primanjkljajem načrtujemo zdravstveno nego. Po potrebi naredimo oceno tveganja za padce in glede na rezultat ustrezno reagiramo in svetujemo. Spodbujamo ga pri telesnih aktivnostih in ohranjanju družabnega življenja, v kolikor mu zdravstveno stanje to dopušča. Znotraj preventivne obravnave pacienta presegamo tudi na depresijo in ostale dejavnike tveganja.

V kolikor pa razmere ne dopuščajo, da pacient še naprej biva v domačem okolju, pomagamo njemu in svojem pri oddaji vloge za sprejem v dom starejših občanov. V tem primeru se običajno povežemo tudi s centrom za socialno delo.

Zaključek

Obravnava nevrološkega pacienta v domačem okolju od dipl. m. s. v PV zahteva vseživljenjsko izobraževanje in spremljanje novosti na tem področju. Tako lahko zagotovimo strokovno in za pacienta optimalno obravnavo. Pri svojem delu se vseskozi povezujemo tudi z drugimi strokovnjaki. Pomembno je poznavanje vseh možnosti, ki jih ima pacient na razpolago za čim uspešnejšo rehabilitacijo. Pri tem pa poleg pacienta v sodelovanje vključimo tudi ostale člane družine. Za uspešno zdravljenje na domu je nujen v pacienta in družino usmerjen timski pristop.

Literatura

Horvat M., 2016. Spremnna beseda predsednice strokovne sekcije. In: Ramšak Pajk J. ed. *Priporočila obravnave pacientov v patronažnem varstvu za diplomirane medicinske sestre*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažnem varstvu, pp. 6.

Krajnc A., 2016. Preventivna in kurativna dejavnost v patronažnem varstvu. In: Ramšak Pajk J. ed. *Priporočila obravnave pacientov v patronažnem varstvu za diplomirane medicinske sestre*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažnem varstvu, pp. 22–26.

Nešič, M., Torbarina, P. & Krajnc, A., 2016. Patronažni obisk pri pacientu s kroničnim obolenjem. In: Ramšak Pajk, J. ed. *Priporočila obravnave pacientov v patronažnem varstvu za diplomirane medicinske sestre*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažnem varstvu, pp. 58–60.

Šušteršič, O., 2006. Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega – nadgradnja in prilagajanje novim izzivom. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 40(4), pp. 247–252.

NIJZ, 2021. Available at: <https://www.nijz.si/sl/navodilo-za-izvajanje-belezenje-in-obracunavanje-storitev-v-patronaznem-varstvu-0>

IZZIVI PRI DELU Z UPORABNIKOM Z NEVROLOŠKIM OBOLENJEM V SOCIALNOVARSTVENEM ZAVODU

CHALLENGES WHEN WORKING WITH A USER WITH A NEUROLOGICAL DISEASE IN A SOCIAL WELFARE INSTITUTION

Slavko Bolčević, mag. jav. upr. dipl. zn.

Sekcija izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe v socialnem varstvu
Varstveno delovni center Tončke Hočevar

e-naslov: slavko.bolcevic@vdc.si

viš. pred. Ivanka Limonšek, dipl. m. s., univ. dipl. org.

Sekcija izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe v socialnem varstvu
Zavod za usposabljanje, delo in varstvo dr. Marijana Borštnarja

e-naslov: ivanka.limonsek@zavod-dornava.si

Izvleček

Nevrološke motnje se pri osebah z motnjami v razvoju in pri starejših pojavljajo pogosteje kot pri ostali populaciji. Pri spremljanju in zdravstveni negi oseb z motnjo v duševnem razvoju ali pri starejših z nevrološkim obolenjem je najpomembnejše opazovanje, ocenjevanje, individualen pristop ter strokovno ter pravočasno ukrepanje. Medicinske sestre sprotno prilagajajo načrtovane aktivnosti in uporabljajo celostni pristop. Kot orodje jim služi strokovno znanje, delovne izkušnje in jasen prenos informacij. Ključnega pomena je kakovostna komunikacija. Namen prispevka je predstaviti izzive, s katerimi se soočamo v socialnovarstvenem zavodu pri delu z uporabnikom z nevrološkim obolenjem. Cilj prispevka je predstavitev holistične obravnave uporabnikov v socialnovarstvenem zavodu.

Ključne besede: duševna manjrazvitost, starejši, zdravstvena nega, socialno varstvo

Abstract

Neurological disorders are more common in people with developmental disabilities and in older people than in the general population. Observation, assessment, an individualised approach and professional and timely intervention are essential in the monitoring and care of people with intellectual disabilities or older people with neurological conditions. Nurses adapt their planned activities in real time and take an integrated approach. They serve as a tool with expertise, work experience and clear transmission of information. Quality communication is key. The aim of this paper is to present the challenges faced in a social care institution when working with a user with a neurological condition. The aim of this paper is to present the holistic treatment of users in a social care institution.

Key words: intellectual disabilities; older people; nursing; social care

Uvod

Vsaka bolezen ima tako psihično, kot tudi fizično razsežnost. Bolezni s katerimi se v zdravstveni negi vsakodnevno soočamo niso samo skupek bolezenskih simptomov, temveč je v ospredju uporabnik (oseba), kjer se simptomi kažejo na različne načine. S tega stališča ga moramo obravnavati individualno in celostno. Prisluhni moramo težavam s katerimi se sooča ter prepoznati odziv nanje. Če sprejmemo bio – psiho – socialni pristop k bolezni, je manj verjetno, da bomo spregledali znake, ki kažejo potrebe posameznika (Butler & Zeman, 2005; Watkins, et al., 2022).

Nevrološke motnje prevladujejo v starosti, vendar se lahko pojavijo tudi v otroštvu, adolescenci, mlajši odrasli dobi ali v srednjih letih. Pojavljajo se kot so multipla skleroza, cerebralne in spinalne neoplazme, Huntingtonova bolezen, travmatska poškodba možganov ter živčno-mišične in kronične bolečine. Parkinsonični sindromi, možganska kap in demenca se običajno pojavijo v poznem življenju (Defrancesco, et al., 2020). Pri osebah z motnjo v duševnem razvoju (MDR) se pojavnost simptomov težje prepoznava. Že sama MDR je nevrološko pogojena razvojna motnja, ki nastopi pred dopolnjenim osemnajstim letom starosti in se kaže v pomembno nižjih intelektualnih sposobnostih ter v odstopanjih prilagoditvenih spretnosti. Primanjkljaji v prilagoditvenih spretnostih se odražajo na področjih govora in komunikacije, skrbi zase, samostojnosti, socialnih spretnosti, učnih in delovnih zmožnostih, funkcionalnih učnih sposobnostih, sposobnostih praktičnih znanj, skrbi za lastno varnost. Stopnjo motnje ne definiramo le na osnovi skupnega IQ rezultata, temveč na osnovi ugotovljenih prilagoditvenih funkcij. Glede na stopnjo motnje v duševnem razvoju ločimo lažjo, zmerno, težjo in težko motnjo v duševnem razvoju (Marinč, et al., 2015). MDR je odraz difuzne prizadetosti osrednjega živčevja. Epileptični paroksizmi različnih vrst, centralna motorna prizadetost, motnje govora in senzorične disfunkcije ter sekundarne duševne motnje so pogosti spremljajoči simptomi (Brecelj-Kobe & Hitejc, 1987). Nevrologija je še posebej tesno povezana s psihologijo in psihiatrijo, vse tri discipline se osredotočajo na funkcije in motnje enega samega organa - možganov. Nevrološki pregled je lahko pregled osnovnih motoričnih in senzornih procesov, vendar mora vsaka ustrezna ocena delovanja možganov upoštevati kognicijo in vedenje (Butler & Zeman, 2005). Napačna diagnoza je lahko posledica napačnega pripisovanja ali napačne interpretacije drugih fizičnih zdravstvenih stanj, psihiatričnih/psiholoških simptomov in vedenjskih motenj. Če pride do napačne diagnoze, bo to povzročilo tveganje za nezdravljenje epilepsije (Watkins, et al., 2022). MDR in starost sta dejavnika, ki vplivata na obravnavo posameznika, ki živi v socialnovarstvenem zavodu (SVZ). Namen prispevka je predstaviti izzive, s katerimi se soočamo v socialnovarstvenem zavodu pri delu z uporabnikom z nevrološkim obolenjem. Cilj prispevka je predstavitev holistične obravnave uporabnikov v socialnovarstvenem zavodu.

Obravnava oseb v socialnovarstvenem zavodu

Obravnava oseb z MDR in starejših z nevrološkim obolenjem je zahtevna ter zahteva temeljito opazovanje in strukturiran pristop. Izvedena mora biti individualna diagnostika z načrtovanimi obravnavami, ki so individualno prilagojene (Timby & Smith, 2005; Watkins, et al., 2022). Celosten pristop in interdisciplinarna obravnava je temelj za kakovostno obravnavo. Obravnava posameznika je vodena s strani interdisciplinarnega tima. V varstveno delovnih centrih (VDC) in centrih za usposabljanje, delo in varstvo (CUDV) se vključuje tudi rehabilitacijski tim oz. strokovna skupina. Pri individualni obravnavi se upošteva, da se posamezniki zaradi svojega stanja včasih ne zmorejo ali ne znajo sami identificirati. Intelektualne sposobnosti dojemanja oseb z MDR so lahko omejene, da ne razumejo izvajanja aktivnosti, zadovoljevanje dnevnih potreb pa lahko razumejo kot grobo poseganje v njihov osebni prostor. Nekateri reagirajo z

nemirom zaradi strahu, ki ga povzročajo negativni občutki zaradi nezmožnosti razumevanja, drugi ne zmorejo izraziti svojega počutja. Zaradi naštetega je opazovanje in ocenjevanje uspešnosti obravnave proces, ki zahteva od izvajalca veliko strokovnega znanja in dobro poznavanje posameznika. Kakovostna zdravstvena nega oseb z MDR zahteva celosten pristop strokovnjakov s posebnimi znanji in izkušnjami ter sodelovanje s svojci ali skrbniki (Limonšek, 2008). Ljudje z motnjami v duševnem razvoju so slabšega zdravstvenega stanja kot splošna populacija in imajo težave pri dostopu do zdravstvene oskrbe. Poleg tega lahko odnos in stigmatizacija zdravstvenih delavcev vodita do slabših zdravstvenih rezultatov za ljudi z motnjami v duševnem razvoju. To je pogosto posledica dejstva, da številnim zdravstvenim delavcem primanjkuje znanja, spretnosti ali izkušenj pri podpori osebam z motnjami v duševnem razvoju (Doody, et al., 2022).

Primer možnega pristopa interdisciplinarnega tima v VDC in CUDV temelji na integrativni diagnozi, ki je sestavljena iz:

- osnovnih diagnoz,
- morebitne psihiatrične diagnoze,
- psihopatološkega mehanizma (izvor vedenja - zgodnji razvoj, vzrok pojavljanja, časovna opredelitev pojavljanja),
- določitev bioloških faktorjev,
- nevrofizioloških faktorjev,
- rezultatov uporabljenih psihodiagnostičnih sredstev,
- nevropsiholoških faktorjev,
- opisa osebnostnih lastnosti,
- izražanja osnovnih potreb,
- interakcijskih vzorcev,
- določitev eksistenčnih problemov (zmožnosti zagotavljanja potreb v okolju),
- ocene okolja,
- priporočene obravnave (Braconnier & Siper, 2021; Watkins, et al., 2022).

Pristopi in obravnave so kompleksni, raznoliki in večplastni. Medicinska sestra ima pomembno vlogo pri podpori, ki jo nudi posamezniku in družini, odgovorna je za prepoznavanje znakov ter točno in objektivno predajanje informacij, ki so pri opazovanju in obravnavi zelo pomembne (Solomon & McHale, 2012; Doody, et al., 2022). Usposobljena mora biti za interdisciplinarno delo z različnimi strokovnjaki, nenehno mora razvijati svoje kompetence ter dopolnjevati svoje znanje (Higgins, 2008; Krysta, 2022). Z znanjem zdravstvene nege, poznavanjem patologije in obvladovanjem diagnostično-terapevtskih postopkov sodeluje v interdisciplinarnem timu pri ocenjevanju stanja, pri prepoznavanju simptomov, prizadevanju k stabiliziranju psihičnega stanja ter pri obravnavah (Tominšek & Poljanšek, 2012). Še posebej pomembno je, da svoje znanje prenaša na vse člane socialno negovalnega tima.

Pri osebah v SVZ, ki imajo nevrološko obolenje, se kot metode dela uporabljajo naslednji pristopi:

- bazalna stimulacija,
- osnove kinestetike,
- razvojno nevrološki pristopi,
- nefarmakološki načini lajšanja bolečine,
- dotik,
- asertivna komunikacija,
- deeskalacijske tehnike,
- nadomestna, podporni komunikacija,
- bobath koncept.

Pojavnost nevroloških obolenj v socialnovarstvenih zavodih

Epilepsija

Epilepsija je najpogostejša nevrološka bolezen, katere incidenca je 50 novih primerov na 100.000 prebivalcev na leto (Usmanullah, et al., 2022). Epilepsija se pri MDR pojavlja kot sekundarna motnja in narašča s stopnjo duševne motnje. Približno 50 % oseb z težko MDR in približno 10–20 % oseb z lažjo obliko MDR ima epileptični napad vsaj enkrat v življenju (Corbett, 2000). Pri osebah z zmerno in težko duševno motnjo se povečuje stopnja pojavnosti, epileptični napadi so pogostejši, kognitivni upad sposobnosti pa hitrejši ter zajema tudi vedenjsko poslabšanje. Kompleksni parcialni napadi so nenadni, kažejo se kot spremenjeno vedenje, sledi stereotipija, ki traja približno 60 sekund. Po napadu se poveča stopnja agresivnega vedenja. Pred epileptičnimi napadi se lahko pri posamezniku pojavljajo motnje, ki trajajo v obsegu več dni pred napadom, kažejo pa se lahko kot povečana razdražljivost, anksioznost, intenzivna dysphoria, slaba koncentracija in motnje spanja. Po napadu so lahko zmedeni, dezorientirani, psihotični, razburjeni, čustveno nestabilni (Braconnier & Siper, 2021; Watkins, et al., 2022).

Demenca

Literatura kaže na dosledno povezavo med epilepsijo s poznim nastopom in demenco, ki sta boleznima, ki še posebej ogrožata zdravje starejših. V primerjavi s splošno populacijo imajo bolniki z demenco 2–10-krat večje tveganje za epilepsijo, bolniki z epilepsijo pa poročajo o večji incidenci demence. Obe motnji imata skupno strukturno osnovo, ki vključuje hipokampus in čelni reženj, mehanizem komorbidnosti pa je lahko povezan s poškodbami ali degenerativnimi boleznimi v teh skupnih strukturah (Tang, et al., 2022). Demenca je med najpogostejšimi boleznimi v starosti. Razširjenost demence eksponentno narašča od okoli šestdesetega leta do visoke starosti. 30 % do 50 % zelo starih posameznikov trpi za pomembnimi nevro-kognitivnimi motnjami, vključno z demenco, ki jo povzročajo nevrodegeneracija, možganska kap, kronične vaskularne in presnovne motnje v možganih, nevrovnetje, (ponavljajoče se) travmatske poškodbe možganov, strupene snovi, zdravila ali kombinacija le-the (Winblad, et al., 2013). Velika nevarnost je, da se demence ne prepozna pri osebah z MDR, saj se obravnava, kot »del motenj v duševnem razvoju« in se ji ne posveča posebne pozornosti, ko se pojavijo spremembe v vedenju, osebnosti ali sposobnostih, kar pa zahtevaje popolnoma drugačen pristop, kot če gre za splošno populacijo starejših (Gerber & Galli Carminati, 2013).

Parkinsonova bolezen

Za Parkinsonovo bolezen in atipične parkinsonske sindrome so značilne motnje v gibljivosti, kognitivno poslabšanje, nevropsihiatrični in vedenjski simptomi, odvisno od diagnoze (Parkinsonova bolezen, multipla sistemska atrofija, demenca z Lewyjevimi telesci) pa tudi pomembne okvare funkcij avtonomnega živčevja (ortostatska hipotenzija, kolaps, s poškodbami in brez njih, inkontinenca) (Schrag, et al., 2006). Poznavanje in uporaba učinkovitih komunikacijskih strategij za podporo ljudem s Parkinsonovo boleznijo je ključnega pomena za vse zdravstvene delavce (Pitts, et al., 2022).

Razprava

Posameznikove potrebe morajo biti na prvem mestu, izvajalci naj bodo sposobni empatije, obvladajo naj različne oblike komunikacije, poznavanje biografije posameznika, opazovanje počutja in stanja, sposobnost dajanja občutka varnosti in vzpostavljanja pristnega človeškega stika z dotikom (NDSS, 2017).

Primarna vloga medicinske sestre je zagovarjati in skrbeti za posameznike ter jih podpirati v zdravju in boleznih. Pomembna pa je tudi vloga in odgovornost medicinske sestre, ki se nanaša na zdravje in dobro počutje posameznikov, spremljanje njihovega zdravja, izvajanje zdravstvene vzgoje, motiviranje, izobraževanje o obvladovanju bolezni ter podpori in svetovanju (Anon., 2021). Medicinske sestre s svojim znanjem, klinično prakso, vodenjem in raziskovanjem vplivajo na zdravje starejših in na osebe z MDR ter njihovo dostojanstvo. Vloga medicinske sestre je prepoznati potrebo po nujnih intervencijah ter nuditi podporo pri povrnitvi in ohranjanju telesnega zdravja ter preprečevanju poslabšanja zdravja. Poznavanje in upoštevanje potreb posameznika je osnova za varno in kakovostno delo z osebami z MDR in pridruženimi motnjami. Tudi pri izvajanju zdravstvene nege in oskrbe pri starejših ter osebah z MDR je izrednega pomena individualen pristop, sprotno prilagajanje, ocenjevanje in vrednotenje potreb posameznika. Za takšen pristop je treba imeti veliko strokovnega znanja, izkušenj in empatije (McCullers, 2009).

Za učinkovito prepoznavanje potreb posameznika je nujna učinkovita komunikacija, ki mora biti prilagojena posamezniku. V SVZ je velika težava pomanjkanje kadra, kar izvajalcem zdravstvene nege predstavlja največjo komunikacijsko oviro, ki izhaja iz pomanjkanja časa. Lip Chew, et al. (2009) navajajo, da je individualni pristop v komunikaciji z vsako osebo izredno pomemben, saj vpliva na zdravstvene izide in pacientovo zadovoljstvo. Komunikacija torej predstavlja pomemben del poklicnega delovanja medicinske sestre, saj je pogosto tudi terapevtsko sredstvo. Izrednega pomena je neverbalna komunikacija, predvsem mimika obraza, kretnje, drže, dotik, molk, saj lahko z nebesedno komunikacijo posredujemo zanimanje, spoštovanje, skrb in odgovornost, lahko pa tudi ravnodušnost, vzvišenost, pomanjkanje spoštovanja in neoseben odnos, ki ga osebe z MDR dobro zaznajo (McCullers, 2009). Motnje v komunikaciji lahko predstavljajo napake pri delu, ki se odražajo v slabši kakovosti dela in lahko privedejo do nepopravljivih posledic. Za uspešno in kakovostno komunikacijo je treba skrbeti za elemente komunikacijskega udobja in svobode, predvsem na vsebinskem, časovnem, delovnem in čustvenem področju (Dobnik, 2007).

Zaključek

Za izvedbo kakovostne obravnave je potrebno dobro sodelovanje vseh članov tima. Pri posameznikih je potrebno pridobiti zaupanje, aktivnosti pa morajo biti zastavljene tako, da izhajajo iz njegovih lastnih potreb. Za prepoznavanje potreb je potrebno strokovno znanje, izkušnje ter primerna oblika komunikacije. Pri vsakem posamezniku je potrebno sprejeti drugačnost. Strokovno znanje, izkušnje in timsko delo so podlaga za izvedbo načrtovanih aktivnosti. Osnovni princip dela je prepoznavanje vedenja, ki je lastno ter znakov, ki kažejo, da mogoče niso prepoznane potrebe. Načelo celostnega in individualnega pristopa je, da ne iščemo načinov kako odpraviti simptome temveč se osredotočimo na prepoznavanje simptomov.

Literatura

- Anon., 2021. *Indeed Editorial Team, 2021. 13 Important nursing responsibilities*. Available at: <https://www.indeed.com/career-advice/career-development/nursing-responsibilities> [22. 10. 2022].
- Braconnier, L.M. & Siper, M.P., 2021. Neuropsychological Assessment in Autism Spectrum Disorder. *Current Psychiatry Reports*, 23(63), pp. 1–9.
- Brecelj-Kobe, M. & Hitejc, Z., 1987. Duševna manjrazvitost in vloga medicinske sestre v procesu zdravstvene nege. *Zdravstveni Obzornik*, 21(5-6), pp. 203–213.
- Butler, C. & Zeman, A.Z.J., 2005. Neurological syndromes which can be mistaken for psychiatric conditions. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 76, pp. 31–38.
- Corbett, J.A., 2000. Epilepsy and Mental Retardation. *The British Journal of Psychiatry*, 177, pp. 473–474. Available at: <http://bjp.rcpsych.org> [15. 9. 2022].
- Defrancesco, M., Marksteiner, J., Kemmler, G., Dal-Bianco, P., Ransmayr, G., Benke, T., et al, 2020. Specific neuropsychiatric symptoms are associated with faster progression in Alzheimer's disease: results of the prospective dementia registry (PRODEM-Austria). *Journal of Alzheimer's Disease*, 73(1), pp. 125–133.
- Dobnik, M., 2007. Analiza komunikacijskega udobja in motenj pri komunikaciji. *Obzornik zdravstvene nege*, 41(2-3), pp. 153–158.
- Doody, O., Hennessy, T. & Bright, A., 2022. The role and key activities of Clinical Nurse Specialists and Advanced Nurse Practitioners in supporting healthcare provision for people with intellectual disability: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 129.
- Gerber, F. & Galli Carminati, G., 2013. The Psychiatric Assessment Schedule for Adult with Developmental Disability (PAS-ADD) Checklist: reliability and validity of French version. *Journal of Intellectual Capital*, 57(8), pp. 758–765.
- Higgins, S., 2008. Outlining and defining the role of the epilepsy specialist nurse. *British journal of nursing*, 17(3), pp. 154–157. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18414254> [15. 9. 2022].
- Krysta, K., 2022. "Multidisciplinary Approach in Diagnosing Patients with Mental Health and Intellectual Disability," *European Psychiatry*. Cambridge University Press, 65(Suppl 1), pp. S53–S53.
- Limonšek, I., 2008. Vloga medicinske sestre v multidisciplinarnem timu v ZUDV Dornava. In: A. Černetič, A., et al. eds. *Pediatrična zdravstvena nega otroka in mladostnika z motnjami v telesnem in duševnem razvoju: zbornik predavanj. Strokovni seminar Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji pri Zvezi društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Dornava, 09. maj 2008*. Dornava: Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije – Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji, pp. 7–10.

- Lip Chew, K., Iacono, T. & Tracy, J., 2009. Overcoming communication barriers. *Australian Family Physician*, 38(1-2), pp. 10–14.
- Marinč, D., Vališer, A., Barborič, K. & Potočnik Dajčman, N., 2015. Otroci z motnjami v duševnem razvoju. In: Vovk-Ornik, N. ed. *Kriteriji za opredelitev vrste in stopnje primanjkljajev, ovir oz. motenj otrok s posebnimi potrebami*. 2. izd. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo. Available at: <http://www.zrss.si/pdf/Kriteriji-motenj-otrok-s-posebnimi-potrebami.pdf> [22. 10. 2022].
- McCullers, J., 2009. Frailty: the looming epidemic. *The Alabama Nurse*, 35(4), pp. 25–26.
- NDSS, 2017. *Aging and Down syndrome*. Available at: <https://ndss.org/sites/default/files/archive/2017/11/Aging-and-Down-Syndrome.pdf> [2. 11. 2022].
- Pitts, E., Wylie, K., Loftus, A. M. & Cocks, N., 2022. Communication strategies used by Parkinson's nurse specialists during healthcare interactions: A qualitative descriptive study. *Journal of Advanced Nursing*, 78, pp. 1773–1786.
- Schrag, A., Hovris, A., Morley, D. & Jahanshahei, M., 2006. Caregiver-burden in parkinson's disease is closely associated with psychiatric symptoms, falls, and disability. *Parkinsonism & related disorders*, 12(1), pp. 35–41.
- Solomon, N. & McHale, K., 2012. An overview of epilepsy in children and young people. *Nursing children and young people*, 24(6), pp. 28–35. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22880312> [15. 9. 2022].
- Tang, T., Zhang, R. & Pan, X., 2022. Meta-analysis of the risk of dementia in elderly patients with late-onset epilepsy. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 223.
- Timby, B. & Smith, N.E., 2005. Pediatric nursing. In: Timby, B. & Smith, N.E. eds. *Essentials of Nursing: Care of Adults and Children*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkons, pp. 109–124.
- Tominšek, M. & Poljanšek, S., 2012. Epileptični status pri otrocih. *Slovenska pediatrija*, 19, pp. 49–54. Available at: http://www.slovenskapediatrija.si/portals/0/clanki/2012_2_19_177-182 [15. 9. 2022].
- Usmanullah, A., Khan Bazai, A., Wadood Kakar, A., Hanif, M., Ramzan, S. & Khan, J., 2022. Prevalence of Epilepsy with Autosomal Recessive Intellectual Disability in Consanguineous Families. *Pakistan Journal of Medical & Health Sciences*, 16(4), pp. 1195–1197.
- Watkins, L.V., Linehan, C., Brandt, C., Snoeijs-Schouwenaars, F., McGowan, P. & Shankar, R., 2022. Epilepsy in adults with neurodevelopmental disability - what every neurologist should know. *Epileptic Disorders*, 24, pp. 9–25.
- Winblad, B., Amouyel, P., Andrieu, S., Ballard, C., Brayne, C., Brodaty, H., et al., 2013. Defeating Alzheimer's disease and other dementias: a priority for European science and society. *The Lancet Neurology*, 15(5), pp. 455–532.

PRIPRAVA PACIENTA Z MULTIPLO SKLEROZO NA TERAPIJO S S1P MODULATORJI

PREPARATION OF A PATIENT WITH MULTIPLE SCLEROSIS FOR THERAPY WITH S1P MODULATORS

Melita Kokol, dipl. m. s.

Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v nevrologiji
Univerzitetni klinični center Maribor, Klinika za nevrologijo

e-naslov: melita.kokol@ukc-mb.si

Izvleček

Multipla skleroza je dolgotrajna avtoimunska bolezen, ki prizadene živčevje v možganih in hrbtenjači. V bolezenskem procesu imunski sistem pomotoma napada zaščitno mielinsko ovojnico, kar povzroča vnetje in jo poškoduje. Glede na potek bolezni nevrolog svetuje pacientu obliko zdravila, ki je zanj najprimernejša. V Sloveniji imamo široko paleto zdravil, ki pacientu preprečujejo poslabšanja bolezni ter napredovanje invalidnosti. S1P modulatorji spadajo v skupino zdravil, ki jih uporabljamo za zdravljenje odraslih z recidivno obliko multiple skleroze, pri katerih je bolezen aktivna. Z rednim jemanjem zdravila pri pacientu dosežemo zmanjšanje števila limfocitov v krvnem obtoku, kar pomeni, da je za napad na mielinsko ovojnico na razpolago manj limfocitov, kar zmanjšuje število zagonov in upočasni napredovanje bolezni. V članku predstavimo dejstva o multipli sklerozi in načinih zdravljenja. Podrobneje predstavimo delovanje S1P modulatorje ter prikažemo vlogo medicinske sestre pri pripravi in vodenju pacienta na terapiji s S1P modulatorji.

Ključne besede: demielinizacija, diagnoza, zdravljenje, sodelovanje, medicinska sestra

Abstract

Multiple sclerosis is a long-term autoimmune disease that affects the nerves in the brain and spinal cord. In the disease process, the immune system mistakenly attacks the protective myelin sheath, causing inflammation and damage. Depending on the course of the disease, the neurologist advises the patient on the form of medication that is most suitable for him. In Slovenia, we have a wide range of medicines that prevent the patient from worsening the disease and the progression of disability. S1P modulators belong to a group of drugs used to treat adults with relapsing multiple sclerosis, in whom the disease is active. By regularly taking the drug in the patient, we achieve a reduction in the number of lymphocytes in the bloodstream, which means that fewer lymphocytes are available to attack the myelin sheath, which reduces the number of starts and slows down the progression of the disease. In this article, we present the facts about multiple sclerosis and its treatment methods. We present the operation of S1P modulators in more detail and show the role of the nurse in the preparation and management of the patient for therapy with S1P modulators.

Key words: demyelination, diagnosis, treatment, collaboration, nurse

Uvod

Multipla skleroza (MS) je kronična vnetna avtoimunska bolezen centralnega živčnega sistema (Kumar & Clark, 2007). Zanj je značilno propadanje ovojníc živčnih vlaken (aksonov) zaradi demielinizacije, poškodbe in izgube mielina (Kumar & Clark, 2007). Demielinizacija je lahko reverzibilna in jo enačimo z aktivnostjo vnetja ter zagoni bolezni, medtem, ko je nevrodegeneracija, ki jo spremlja, nepovratna in s časom povzroča napredovanje invalidnosti (Magdič, 2014 cited in Lučev, 2017). Prizadeta so različna mesta centralnega živčnega sistema in ob različnih časih. Pacienti ves čas doživljajo zagone (prehodna poslabšanja) in izboljšanja funkcij centralnega živčnega sistema, pri čemer je izguba funkcije odvisna od mesta, ki je prizadeto. Remisija bolezni je povezana z zmanjšanjem vnetnega edema in delno z remielinizacijo. Bolezen se pogosteje pojavlja pri ženskah, običajno med 20. in 50. letom starosti (Kumar & Clark, 2007). Zdravljenje MS je usmerjeno na preprečevanje škode, ki jo povzroči vnetje na mielinskih ovojníc. (Murphy, 2013). Vzroka za nastanek MS zaenkrat še ne poznamo. Gre za vnetni proces proti lastnim molekulam v beli materiji možganov in hrbtenjače. Verjetno so v razvoj bolezni vpleteni genetski, okoljski in infekcijski dejavniki ter avtoimuni mehanizmi (Kumar & Clark, 2007). V članku bomo opisali ključna dejstva o MS ter načinih zdravljenja. Natančneje bomo opredelili delovanje Sfingozin 1-fosfat (S1P) modulatorjev ter vlogo medicinske sestre pri pripravi in vodenju pacientov na terapiji s S1P modulatorji.

Zdravljenje multiple skleroze

MS je heterogena bolezen, ki ima tri glavne oblike. In sicer recidivno remitentno obliko (RRMS), sekundarno remitentno obliko (SRMS) in primarno progresivno obliko (PPMS). Oblike MS razlikujejo predvsem na čas oz. napovedovanje nezmožnosti različnih funkcionalnosti. Najpogosteje diagnosticirana oblika je RRMS (Lubin, et al., 2014).

Zdravljenje obsega blaženje vnetne reakcije med zagoni, preprečevanje napredovanja bolezni in simptomatsko zdravljenje (Ferjančič, 2014), vendar zdravila še niso odkrili in pacienti, ki zbolijo, imajo še vedno verjetnost v napredovanje kronične invalidnosti (Harlow, et al., 2015; Hojs, 2015).

Dandanes imamo na tržišču številna zdravila za zdravljenje MS. Ta zmanjšajo pogostnost in jakost zagonov ter nastajanje in kopičenje lezij v osrednjem živčevju, s tem pa pri velikem deležu pacientov upočasnijo potek bolezni in zmanjšajo verjetnost za napredovanje invalidnosti. Za kakovostno celostno obravnavo pacienta je nujna multidisciplinarna obravnava s pomembno vlogo medicinske sestre. Izjemen napredek pri zdravljenju vseh oblik MS, zlasti pri recidivih bolezni, je ugodno spremenil dolgoročna pričakovanja za mnoge paciente (Hauser & Cree, 2020).

Način jemanja zdravil, ki spreminjajo potek bolezni, je različen. Nekatera zdravila se dajejo v obliki injekcij v domačem okolju, druga v obliki tablet, nekatera pa je potrebno aplicirati v obliki intravenskih zdravil v bolnišnici. Zaradi različnih načinov delovanja zdravil imajo vsa ta zdravila tudi različne učinke na imunski sistem, s tem pa so povezani tudi morebitni neželeni učinki zdravljenja (Hauser & Cree, 2020).

Priprava pacienta z multiplo sklerozo na terapijo s S1P modulatorji

Sfingozin 1-fosfat (S1P) in 5 specifičnih podtipov receptorjev S1P z visoko afiniteto (S1PR), S1P, imajo pomembne regulativne funkcije v normalni fiziologiji in boleznih, zlasti v imunskem, centralnem živčnem in kardiovaskularnem sistemu. Znotraj imunskega sistema

zmanjšana modulacija S1P preprečuje izstop celic B in T iz bezgavk (LN) v limfni obtok. To je še posebej pomembno pri nekaterih avtoimunskih boleznih, vključno z MS, pri kateri pride do demielinizacije in atrofije možganov zaradi prisotnosti avtoaktivnih limfocitov v osrednjem živčevju (Hla & Brinkmann, 2011).

Zdravljenje s ponesimodom zavira sposobnost limfocitov, da izstopijo iz bezgavk, kar zniža število limfocitov v krvi. Aktivirane celice T regulirajo CD69 kar spodbuja internalizacijo in razgradnjo S1P1 nato s pomočjo celične delitve nove efektorske celice T izgubijo CCR7 in regulirajo S1P1, ob tem efektorske celice T prehajajo endotelijsko bariero in vstopajo v krvni obtok (Brossard, et al., 2014).

Aplikacija zdravila poteka per os, ima krajši čas eliminacije kot fingolimod in manj neželenih učinkov, zlasti na srce. Najpogostejši neželeni učinki so utrujenost, bradikardija, dispneja, vrtoglavica in glavobol (Brossard, et al., 2013).

Da bo pacient lahko varno jemal zdravila, je potrebno opraviti presejalne preiskave krvi s celotno in diferencialno krvno sliko, jetrnimi testi, serologijo na prisotnost Varicella Zoster virusa ter test nosečnosti pri ženskah v rodni dobi. Prav tako pacient opravi pregled očesnega ozadja in makule ter posnetek elektrokardiograma, da se ugotovi, ali je potrebno spremljanje po prejemu prvega odmerka ter pregled zdravil, ki jih pacient že prejema. 4-urno spremljanje v okolju, ki omogoča postopke za ustrezno obravnavo simptomatske bradikardije po prejemu prvega odmerka je priporočeno pri pacientih, ki imajo določene že prej prisotne bolezni srca, kot so sinusna bradikardija s srčno frekvenco manj kot 55 utripov na minuto, atrioventrikularni blok prve ali druge stopnje (tipa Mobitz I) ter pacienti z anamnezo miokardnega infarkta ali srčnega popuščanja v času več kot 6 mesecev pred začetkom zdravljenja. Pacienti jemljejo tabletko v domačem okolju, začetek zdravljenja poteka z 14-dnevnim začetnim pakiranjem, ki s titracijo postopno veča odmerke. Po končani titraciji je priporočena dnevna doza 20 mg tableta enkrat na dan. Pacienti vzamejo tabletko s hrano ali brez nje. V procesu zdravljenja je prav tako pomembno spremljanje pacienta s krvnimi testi, pozornost pri poročanju bolnika o spremembah vida, težave z dihanjem ali krvnim tlakom ter upoštevanje tveganja za pojav malignih obolenj. Ponesimod je kontraindiciran med nosečnostjo in pri ženskah v rodni dobi, ki ne uporabljajo učinkovite kontracepcije (EMA, 2022).

Zaključek

V sodobnem času različnih tehnik zdravljenja je za uspešnost zdravljenja pomemben individualni multidisciplinarni pristop vseh članov MS tima. S sodobnimi zdravili lahko pacientom omogočimo večjo kakovost življenja, vključevanje medicinske sestre v procesu zdravljenja je tako temeljnega pomena že v času od postavitve diagnoze, pripravi pacienta na zdravljenje ter spremljanju na terapiji. S tehničnim znanjem, upoštevanjem psiholoških vsebin in strokovnosti zdravstvene nege, dobrim medsebojnim sodelovanjem vseh članov tima za MS ter uspešno koordinacijo lahko skupaj zagotovimo dobro celostno obravnavo bolnika z MS.

Literatura

Brossard, P., Derendorf, H., Xu, J., Maatouk, H., Halabi, A. & Dingemans, J., 2013. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of ponesimod, a selective S1P1 receptor modulator in the first-in-human study. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 76(6), pp. 888–896.

Brossard, P., Scherz, M., Halabi, A., Maatouk, H., Krause, A. & Dingemans, J., 2014. Multiple-dose tolerability, pharmacokinetics, and pharmacodynamics of ponesimod, an S1P1 receptor modulator: favorable impact of dose up-titration. *Journal of Clinical Pharmacology*, 54(2), pp. 179–188.

European medicines agency (EMA), 2022. *Ponvory: EPAR- Product information*, 31.5.2022. Available at: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/ponvory-epar-product-information_en.pdf [3.11.2022].

Ferjančič, M. 2014. Smernice za rehabilitacijo bolnikov z multiplo sklerozo. *Rehabilitacija*, 13(Suppl 1), pp. S77–S83.

Harlow, D.E., Honce, J.M. & Miravalle, A.A., 2015. Remyelination therapy in multiple sclerosis. *Frontiers in Neurology*, 6, 257.

Hauser, S.L. & Cree B.A.C., 2020. Treatment of Multiple sclerosis: A review. *The American journal of medicine*, 133(12), pp. 1380–1390.

Hla, T. & Brinkmann, V., 2011. Sfingozin 1-P. *Neurology*, 76 (8 Suppl 3), S3–S8.

Hojs Fabjan, T., 2015. Zdravljenje multiple skleroze. *Farmacevtski vestnik*, 66(1), pp. 73–79.

Kumar, P. & Clark, M., 2007. *Pocket Essentials of Clinical Medicine*. Philadelphia: Elsevier; pp. 747–750.

Lučev U., 2017. Sodobna zdravila za zdravljenje multiple skleroze in trendi v prihodnosti. *Farmacevtski vestnik*, 66, pp. 216–223.

Lubin, F.D., Reingold, S.C., Cohen, J.A., Cutter, G.R., Sørensen, P.S. & Thompson, A.J., et al., 2014. Defining the clinical course of multiple sclerosis. *Neurology*, 83(3), pp. 278–286.

Murphy, R.P., Murphy, K.J. & Pickering, M., 2013. The development of myelin repair agents for treatment of multiple sclerosis. Progress and challenges. *Bioengineered*, 4(3), pp. 140–146.

POKROVITELJA



OSTALI PODPORNICI





Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v nevrologiji

Portorož, 18. november 2022