

ZDRAVLJENJE BOLNIKA S PSIHOTIČNO MOTNJO Z DEPO ANTIPSIHOTIKOM – APLIKACIJA IN SPREMLJANJE V AMBULANTNI OBRAVNAVI

TEORETIČNE OSNOVE :

V akutnem obdobju zdravljenja psihotične motnje se kot prvo pojavi vprašanje, kateri antipsihotik izbrati za posameznega bolnika. V Sloveniji imamo trenutno registriranih 15 različnih antipsihotikov, klasičnih in atipičnih. V depo obliki so na voljo 4 klasični antipsihotiki (haloperidol, cuklopentiksol, flupentiksol in flufenazin) in en atipičen (risperidon), v prihodnosti lahko kmalu pričakujemo tudi druge atipične antipsihotike v depo obliki.

Glede vpliva na psihotične simptome ni prepričljivih razlik med klasičnimi in atipičnimi antipsihotiki. V s placebom kontroliranih raziskavah so ugotovili, da se ob uporabi antipsihotika akutna psihoza vsaj deloma izboljša pri približno treh četrtinah bolnikov v primerjavi s četrtino bolnikov pri placebo (Kaplan HI, Sadock BJ, 1985). Malo pa je tistih bolnikov, ki bi dosegli popolno izboljšanje bolezni in dobro funkcioniranje v vsakdanjem življenju. Ker vsakdanje funkcioniranje ni odvisno samo od psihotičnih simptomov, ampak precej tudi od ostalih dimenzij psihotične motnje, so v tem oziru atipiki relativno bolj učinkoviti. Še posebej to velja za klopazin, pri katerem lahko pričakujemo, da bo v prvih mesecih uporabe vsaj deloma uspešen pri približno tretjini tistih pacientov, ki niso odgovorili na zdravljenje z drugimi antipsihotiki, če vztrajamo pri zdravljenju dalj časa, pa je ta odstotek lahko še boljši. Drug pomemben vidik razlik med antipsihotiki so profili stranskih učinkov zdravil, ki se razlikujejo. Atipiki imajo tu dodatno prednost pred klasičnimi antipsihotiki predvsem zato, ker povzročajo manj ekstrapiramidnih stranskih učinkov, kar je pomembno za kratkoročno prenosljivost zdravila. Pri atipikih pa se nasprotno pojavlja več metabolnih in drugih stranskih učinkov, kar postane pomembno pri dolgoročnem zdravljenju.

Drugo pomembno vprašanje je, kakšno dozo zdravila naj uporabimo. Višje doze so povezane z boljšim terapevtskim učinkom, vendar tudi z več stranskimi učinki. Časovni potek odgovora posameznega pacienta na antipsihotik je tako variabilen, da je težko enostavno ugotoviti, katera doza zdravila je prava.

Ko z zdravilom dosežemo akutni učinek in je izboljšanje stabilno, zdravljenje preide v vzdrževalno fazo. Vzdrževalno zdravljenje je pri psihotični motnji pomembno, ker je sicer verjetnost ponovitve bolezni približno 10% na mesec (Davis JM, 1985). V dveh letih relaps bolezni sicer doživi tudi veliko tistih bolnikov, ki vzdrževalno terapijo jemljejo redno – po nekaterih raziskavah med četrtino in polovico. Pri posamezniku je torej težko jasno določiti, kakšno je razmerje koristi proti škodi, če redno jemlje vzdrževalno terapijo. Mnjenja se glede na zbrane podatke o ugodnem vplivu zdravil na dolgoročni potek bolezni vse bolj premikajo v smer priporočanja rednega vzdrževalnega zdravljenja že po dveh ali celo eni epizodi bolezni.

Težko je določiti tudi minimalno učinkovito vzdrževalno dozo zdravila. V praksi se večinoma uporablja enako dozo zdravila kot pri akutnem zdravljenju, ki jo ob morebitnem stopnjevanju stranskih učinkov postopno nižamo in opazujemo bolnika, ali se bodo pojavili znaki poslabšanja bolezni. V raziskavah so ob nižanju doze antipsihotika ugotovili, da se le pri manjšem delu bolnikov poslabšanje pojavi akutno in kmalu po nižanju zdravila. Pri večini bolnikov je časovni potek poslabšanja povsem nepredvidljiv in lahko nastopi po nekaj mesecih ali letih. S poskusnim nižanjem doze se torej minimalno učinkovito vzdrževalno dozo lahko določi le pri manjšini bolnikov. V teh raziskavah so ugotovili tudi, da je dokaj pomembno, ali se zdravilo ukine naenkrat ali postopoma. Pri postopnem zmanjševanju doze dolgoročno več bolnikov ostane v remisiji. Prednost depo terapije je torej že v tem, da tudi ob nenadni ukinitvi ne pomeni enake nevarnosti za akutno poslabšanje bolezni, kot jo predstavlja nenadna ukinitvev peroralne terapije.

V raziskavah so preučevali tudi vprašanje, ali se da bolnike zdraviti intermitentno, torej da zdravljenje prekinemo, nato pa s skrbnim opazovanjem zgodnjih znakov ponovitve bolezni identificiramo trenutek, ko je potrebno ponovno uvesti zdravila, da preprečimo akutno poslabšanje. Ugotovili so, da tudi ob izrazitem

angažiranju zdravstvenega osebja, bolnikov in svojcev pri prepoznavi zgodnjih znakov taka strategija ni enako uspešna, kot je uspešno trajno vzdrževalno zdravljenje z antipsihotikom (Kane JM, 1996).

Višje doze vzdrževalne terapije bolj učinkovito preprečujejo možnost akutnega poslabšanja bolezni, vendar pomenijo tudi slabšo prenosljivost terapije zaradi izrazitejših stranskih učinkov. Glede na raziskave obstajajo pri depo oblikah klasičnih antipsihotikov razponi doz, ki so podobno učinkovite glede preprečevanja poslabšanja bolezni, obenem pa seveda različno prenosljive za posamezne bolnike glede stranskih učinkov (Kane JM, 2002). Za vsakega bolnika je torej smiselno določiti njemu ustrezno dozo depo antipsihotika. Zanimivo je, da so ugotovili, da so bolj kot placebo učinkovite že tudi desetkrat manjše doze depoja od priporočenih.

Prav tako so v nekaterih raziskavah ugotovili tudi, da so lahko depo terapije primerljive glede učinkovitosti tudi ob zelo različnih intervalih apliciranja (Carpenter WT, 1999).

Katero vrsto terapije torej izbrati pri vzdrževalnem zdravljenju? Depo terapija je bila razvita predvsem z namenom izboljšanja sodelovanja bolnikov pri zdravljenju. Sodelovanje bolnikov je slabo, kadar imajo slab uvid v bolezen, pri hujših oblikah bolezni, pri kompleksnih režimih jemanja zdravil, pri izrazitejših stranskih učinkih zdravila in pri slabem terapevtskem odnosu med bolnikom in zdravstvenim osebjem. Depo oblika zdravila je narejena tako, da se učinkovino poveže z oljnim estrom ali pa oblikuje v mikrokapsule, ki postopoma in nadzorovano razpadajo. Depo se lahko aplicira v razmakih od 1 do 6 tednov. Teoretična prednost depoja je v boljšem sodelovanju bolnika ob slabem uvidu v bolezen. Terapevtska koncentracija zdravila v krvi je ob depoju načeloma tudi bolj stabilna, zato lahko pričakujemo manjšo izraženost stranskih učinkov. Slabost depoja je v tem, da imamo manj možnosti hitrega ukrepanja ob resnih zapletih zaradi stranskih učinkov zdravila.

Rezultati meta-analiz (Adams CE 2001) o učinkovitosti depo terapije kažejo, da je depo nedvomno učinkovit način vzdrževalnega zdravljenja, kadar ga primerjamo s placebom; morda je terapevtsko bolj učinkovit kot peroralna terapija glede preprečevanja ponovitev bolezni, vendar za to ni jasnih dokazov (vendar obenem tudi ni raziskav, ki bi vključevale tiste bolnike, ki slabo sodelujejo pri zdravljenju – na vključitev v raziskave običajno pristanejo dobro sodelujoči bolniki). Prav tako ni jasnih dokazov, da bi imeli bolniki pri depoju manj težav s stranskimi učinki. Nobeden izmed klasičnih depo antipsihotikov ne deluje kot bolj učinkovit od drugih. Visoke doze depojev niso bistveno bolj učinkovite kot nižje, zelo nizke doze pa so le nekoliko boljše od placeba. Glede primerjave depo risperidona s klasičnimi depoji še ni dovolj podatkov, verjetno veljajo podobne ugotovitve kot pri peroralnih klasičnih in atipičnih antipsihotikih.

Malo podatkov obstaja tudi glede odnosa bolnikov in zdravstvenega osebja do depo terapije. V meta-analizi Walburna in sodelavcev (Walburn J 2001) so se ukvarjali z vprašanjem, ali drži predpostavka, da zdravstveno osebje vidi depo terapijo kot priročno zaradi povečanega nadzora nad jemanjem terapije pri bolnikih, bolniki pa doživljajo depo terapijo kot element družbene prisile. Raziskave, ki so jih vključili v metanalizo, so sicer vključevale samo tiste bolnike, ki so prostovoljno hodili po depoje, vendar so rezultati kar zanimivi. Tri četrtine teh bolnikov je zadovoljnih z depo terapijo. Kot razloge za zadovoljstvo so navedli predvsem psihološke razloge - enostavnost režima jemanja, stalen dostop do zdravstvenega osebja ter presenetljivo tudi, da imajo ob depoju sami občutek kontrole nad časom in dozo prejetega zdravila. Depo terapijo večinoma raje prejemajo v psihiatričnih bolnišnicah, najbrž zaradi omenjenih psiholoških dejavnikov. Zdravstveno osebje je večinoma naklonjeno depo terapiji, ocenjujejo pa, da je to specializiran poseg, ki naj ga opravlja specializirano osebje. Delavci v zdravstveni negi menijo, da imajo glede tega premalo izobraževanj in premalo izobraževanj glede delovanja zdravil na splošno.

PRAKTIČNI VIDIKI APLIKACIJE DEPO TERAPIJE :

Antipsihotik s podaljšanim delovanjem v depo obliki predpiše bolniku zdravnik v času hospitalnega zdravljenja.

Pred uvedbo zdravila se zdravnik pogovori z bolnikom in njegovimi svojci o :

- Namenu zdravljenja z depo terapijo
- Delovanju predpisanega zdravila
- Morebitnih stranskih učinkih
- Načinu aplikacije
- Nadaljevanju zdravljenja po odpustu

DOKUMENTIRANJE :

Zdravnik na temperaturni list napiše zdravilo s podaljšanim delovanjem :

- Ime zdravila
- Odmerek zdravila
- Časovni interval na koliko časa naj bolnik prejema zdravilo
- Način aplikacije

IZVEDBA MEDICINSKEGA – TEHNIČNEGA POSEGA :

Diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik (v nadaljevanju : medicinska sestra/zdravstvenik) parenteralno aplicira bolniku predpisano zdravilo. Pri tem upošteva :

- Pripravo prostora :
Zagotovi zasebnost v času trajanja posega, tako da namesti zaščitno zaveso ali obvesti sodelavce, da ne vstopajo v prostor.
- Pripravo bolnika :
Bolniku razloži postopek aplikacije.
Bolnik se namesti v ležeči položaj
- Pripravo zdravila po pravilu 5 P
- Higieno rok po standardu
- Izvedbo intramuskularne aplikacije zdravila po standardu (Priloga 1) oziroma po navodilu za aplikacijo zdravila Risperdal Consta
- Ravnanje z odpadki iz zdravstvene dejavnosti po standardu
- Shranjevanje ampuliranega zdravila po navodilih proizvajalca
(v hladilniku)

Dokumentiranje izvedenega posega :

- Medicinska sestra/zdravstvenik na temperaturni list s kljukico označi izvedeno intervencijo
- V namenski koledar ali rokovnik vpiše datum predvidene naslednje injekcije.

Aktivnosti zdravstvene nege po aplikaciji zdravila :

- Opazovanje bolnika, zaradi pojava morebitnih stranskih učinkov
- Pogovor z bolnikom o njegovem počutju (nemir, povečan apetit, odvajanje...)
- Merjenje vitalnih funkcij : RR, pulz
- Tehtanje ob vsaki aplikaciji zdravila
- Poučitev bolnika o dejavnikih, ki vplivajo na razvoj metabolnega sindroma :
 - pomenu zdravih prehranskih navad
 - pomenu telesne aktivnosti
- Prenos informacij ostalim članom tima
- Po potrebi predlaga zdravniku vključitev bolnika v preventivni program : Pot k dobremu počutju

ODPUST BOLNIKA Z DEPO TERAPIJO IZ HOSPITALNE OBRAVNAVE

Ob **odpustu** bolnika medicinska sestra/zdravstvenik izpolni namenski obrazec, kjer je vpisano :

- ime zdravila,
- odmerek zdravila
- časovni interval, na koliko časa bolnik prejema zdravilo
- datum naslednje injekcije

Obrazec odda medicinski sestri/zdravstveniku v urgentni /sprejemni ambulanti, ki nadalje vodi prejemanje depo terapije v ambulantni obravnavi.

NADALJEVANJE ZDRAVLJENJA V AMBULANTNI OBRAVNAVI :

Kontrolni pregled :

- datum kontrolnega pregleda določi lečeči zdravnik
- kadar je lečeči zdravnik odsoten, opravi pregled nadomestni ali urgentni zdravnik
- pregled poteka v prostorih dispanzerja
- bolnik se javi v zdravstveni administraciji in odda KZZ
- bolnik opravi pogovor pri zdravniku
- zdravnik v zvezi z depo terapijo :
 - pregleda kartonček za depo terapijo in vpiše morebitne spremembe (odmerki, interval)

Kadar se bolnik, ki prejema depo terapijo javi na pregled izven določenega datuma, opravi pregled urgentni zdravnik.

Po pogovoru z zdravnikom v dispanzerju je bolnik napoten v urgentno / sprejemno ambulanto, kjer prejme depo terapijo.

APLIKACIJA DEPO TERAPIJE V URGENTNI AMBULANTI :

Pred izvedbo medicinsko tehnične intervencije medicinska sestra/zdravstvenik :

- vnese KZZ bolnika in evidentira storitev
- prevzame bolnikov kartonček za depo terapijo
- pripravi bolnikovo kartoteko z evidenco o prejemu depo terapije
- preveri ali so podatki na kartončku in v kartoteki enaki
- uskladi dokumentacijo, če je prišlo do sprememb (sprememba odmerka, časovnega intervala)
- pri prvem obisku bolnika po odpustu uvede kartoteko za depo terapijo
- zagotovi ustrezne pogoje za parenteralno (i.m.) aplikacijo zdravila s poudarkom na zasebnosti in individualnega pristopa.
- Pripravi zdravilo po načelu 5 P
- Dokumentira izvedeno intervencijo v predpisani obrazec (6 P)

VODENJE EVIDENC

- Medicinska sestra vodi koledar predvidenih obiskov bolnikov, ki prejemajo depo terapijo. Ob izostankih predvidenih obiskov bolnikov ali ob izpadih obvesti lečečega zdravnika psihiatra.
- Vodi evidenco porabe zdravila Risperdal Consta za posameznega bolnika (priloga 2)

Pripravili : Rozika Špilak, Jana Zupan, Jurij Bon

Begunje, december 2008