

TALLINNA TERVISHOIU KÕRGKOO



Terviseteaduse õppekava

Aili Annuk

**ERIALASPETSIIFILISE ADAPTSIOONIPROGRAMMI VÄLJATÖÖTAMINE
ÕDEDELE SA PÕHJA-EESTI REGIONAALHAIGLA PSÜHHIAATRIAKLIINIKU 3.
OSAKONNA NÄITEL**

Arendusprojekt

Tallinn 2022

Olen koostanud arendusprojekti iseseisvalt. Kõik töö koostamisel kasutatud teiste autorite töödest, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud. Luban Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolil avalikustada oma arendusprojekti PDF-versiooni raamatukoguprogrammis.

Arendusprojekti autori allkiri

/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas/

Lubatud kaitsmisele.

Juhendaja Liis-Kristiin Vaher, RN, MBA

/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas/

Juhendaja Merle Ojasoo, PhD

/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas/

KOKKUVÕTE

Aili Annuk (2022). Tallinna Tervishoiu Kõrgkool. Terviseteaduse magistriõpe. Erialaspetsiifilise adaptsooniprogrammi väljatöötamine õdedele SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla psühhiaatrikliiniku 3. osakonna näitel. Arendusprojekt. Töö on esitatud 33 leheküljel, kasutatud on 67 kirjandusallikat. Töö sisaldab 5 tabelit, lisasid on 7, 53 leheküljel.

Vaimse tervise valdkonnas töötavate spetsialistide erialaste teadmiste arendamise olulisust ja jätkusuutlike täiendõppeprogrammide vajadust on välja toodud kehtivas vaimse tervise strateegias. Spetsiifilise töökeskkonna tõttu on oluline tagada õdede efektiivne väljaõpe kliinilise ja professionaalse arengu tagamiseks. Struktureerimata juhendamine võib mõjutada õdede rahulolu tööga, õendusabi kvaliteeti ja patsiendiohutust.

Arendusprojekti eesmärgiks on välja töötada erialaspetsiifiline adaptsooniprogramm õdede töökeskkonda adapteerumise toetamiseks Põhja-Eesti Regionaalhaigla psühhiaatrikliiniku 3. osakonnas. Eesmärgi saavutamiseks püstitati kaks ülesannet - koostada erialaspetsiifiline adaptsooniprogramm ning selleks vajalikud õppematerjalid. Arendusprojekti teoreetiline osa on koostatud kirjanduse ülevaate meetodil ning kirjeldab erialaspetsiifilise adaptsooniprogrammi teoreetilisi lähtekohti - õenduse residentuuri- ja üleminekuprogramme ja Patricia Benneri õendusteooriat noviitsist eksperdikis.

Arendusprojekti tulemusel valmis nelja nädala pikkune erialaspetsiifiline adaptsooniprogramm õdedele, millesse kaasati kolm teemat - psühhooosi sümptomatoloogia, antipsühhootikumide manustamine ja antipsühhootikumide kõrvaltoimed. Arendusprojekt toetab kvaliteetse õendusabi osutamist ja seeläbi patsientide turvalisust ja heaolu. Arendusprojekti tulemusel valminud erialaspetsiifiline adaptsooniprogramm õdedele on osakonnas rakendatav ning edasi arendatav. Arendusprojekti jooksul ei jõutud valminud erialaspetsiifilist adaptsooniprogrammi õdedele osakonnas piloteerida, plaanipäraselt rakendub programm Põhja-Eesti Regionaalhaigla psühhiaatrikliiniku 3. osakonnas alates veebruarist 2022.

Võtmesõnad: adaptsooniprogramm, vaimse tervise õendus, psühhiaatrikliinik, õenduse residentuuriprogramm, noviitsist eksperdikis, psühhooos, antipsühhootikumid

SUMMARY

Aili Annuk (2022). Tallinn Health Care College. Master of Health Sciences. Development of a specialty-specific adaptation program for nurses on the example of the 3rd department of the Psychiatric Clinic of the North Estonia Medical Centre. Development project. Project is on 33 pages, 67 references were used. Project includes 5 tables, 7 appendices are on 53 pages.

The current mental health strategy highlights the importance of developing the professional knowledge of specialists working in the field of mental health and the need for sustainable in-service training programs. Due to the specific work environment, it is important to ensure the effective training of nurses, in order to ensure their clinical and professional development. Unstructured supervision can affect nurses' job satisfaction, the quality of nursing care and patient safety.

The aim of the development project is to develop a specialty-specific adaptation program to support the adaptation of nurses to the work environment in the 3rd department of the Psychiatric Clinic of the North Estonia Medical Centre. In order to achieve this goal, two tasks were set – to compile a specialty-specific adaptation program as well as the necessary study materials. The theoretical part of the development project has been compiled using the literature review method and describes the theoretical foundations of the specialty-specific adaptation program – nursing residency and transition programs and Patricia Benner's nursing theory from novice to expert.

As a result of the development project, a four-week specialty-specific adaptation program for nurses was compiled, which included three topics – symptomatology of psychosis, administration of antipsychotics, and side effects of antipsychotics. The development project supports the provision of quality nursing care and thus the safety and well-being of the patients. The specialty-specific adaptation program for nurses compiled as a result of the development project can be implemented and further developed in the department. During the development project, the compiled specialty-specific adaptation program for nurses could not be piloted in the department; the program will be implemented in the 3rd department of the Psychiatric Clinic of the North Estonia Medical Centre from February 2022.

Key words: adaptation program, mental health nursing, psychiatry clinic, nurse residency program, from novice to expert, psychosis, antipsychotics

SISUKORD

KOKKUVÕTE

SUMMARY

| | |
|--|----|
| SISSEJUHATUS..... | 7 |
| 1. TEOREETILINE RAAMISTIK..... | 10 |
| 1.1. Ülevaade õenduse residentuuriprogrammidest..... | 10 |
| 1.2. Vaimse tervise õenduse residentuuriprogrammide didaktiline komponent..... | 11 |
| 1.3. Patricia Benneri õendusteooria noviitsist eksperdiks..... | 13 |
| 2. ARENDUSPROJEKTI METOODIKA..... | 15 |
| 2.1. Arendusprojekti vajaduse välja selgitamine..... | 15 |
| 2.2. Arendusprojekti teostamise meetod ja etapid..... | 16 |
| 3. ARENDUSPROJEKTI TEOSTAMINE..... | 19 |
| 3.1. Ajaline raamistik ja tegevused..... | 19 |
| 3.2. Kommunikatsioonikava ja meeskonnatöö planeerimine..... | 20 |
| 3.3. Ressursside kaasamine ja eelarve..... | 21 |
| 3.4. Riskijuhtimise plaan..... | 21 |
| 3.5. Arendusprojekti monitooring ja kvaliteedikontroll..... | 23 |
| 3.6. Rakenduskava..... | 24 |
| 4. TULEMUSED..... | 25 |
| 4.1. Eriaspetsiifiline adaptatsiooniprogramm õdedele..... | 25 |
| 4.2. Eriaspetsiifilise adaptatsiooniprogrammi õppematerjalid..... | 27 |
| 5. ARUTELU JA JÄRELDUSED..... | 28 |
| KASUTATUD KIRJANDUS..... | 31 |

LISAD

Lisa 1. Gantti graafik

Lisa 2. Erialaspetsiifilise adaptsooniprogrammi tiitelleht, sisukord ja eessõna

Lisa 3. Erialaspetsiifilise adaptsooniprogrammi sisu

Lisa 4. Teemaatilised materjalid

Lisa 5. Näidisjuhtumid küsimustega

Lisa 6. Programmi järelsõna

Lisa 7. Õppematerjalide koostamisel kasutatud allikad

SISSEJUHATUS

Õed ja õendusjuhid peavad looma töökeskkonna, mis soodustab turvalist ja kvaliteetset õendusabi (Rahvusvahelise Õdede..., 2006: 6-7), millel oleks positiivne mõju patsiendikesksusele ja personali rahulolule (Sayers jt, 2015: 718). Uutel õdedel on baastadmised (Letourneau ja Fater, 2015: 96), kuid töökeskkond võib olla väga spetsiifiline, mistõttu on oluline pakkuda efektiivset ja tõenduspõhist väljaõppeprogrammi kliinilise ja professionaalse arengu toetamiseks (Cline jt, 2017: 385). Juhendatava rolli võib sattuda äsja kooli lõpetanud ja alles tööd alustav õde, kuid ka kogunud õde, kes tuleb tööle teistsuguse profiiliga osakonnast (San jt: 2010: 105).

Õe tööks vajalike oskuste omandamine käib läbi praktiliste kogemuste ja teooria õppimise (Chant ja Westendorf, 2019: 185). Teaduskirjandusest leiab mitmeid artikleid õenduse residentuuri- ja üleminekuprogrammidest (*nurse residency program, transition to practice program*), mis käsitlevad tööle asuvate õdede töökohapõhist koolitamist. (Letourneau ja Fater, 2015; Cline jt, 2017; Painter jt, 2019; Van Batten ja Partone, 2019; Chant ja Westendorf, 2019; Asber jt, 2019). Ametliku soovitusena õenduse residentuuri- ja üleminekuprogrammide arendamiseks andis 2011a Ameerika Meditsiini Instituut (Institute of...2011: 5-6). Chant ja Westendorf (2019: 187) integratiivses kirjanduse ülevaates toodi välja, et õe professionaalse kliinilise kaalutusoskuse arendamine on antud programmide peamiseks eesmärgiks.

Tõenduspõhine praktika on ükskõik millise õenduses arendatava programmi jaoks möödapääsmatu (Chant ja Westendorf, 2019: 189). Õenduse residentuuriprogrammidele tuginedes saab arendada sama suunitlusega osakonnapõhiseid väljaõppeprogramme (Letourneau ja Fater, 2015: 98). Need võivad toetada juba organisatsioonis olemasolevat üldist sisseelamise programmi (Cline jt, 2017: 386, 390). Õenduse residentuuri- ja üleminekuprogramme kirjeldavates teadusartiklites on sageli välja toodud Patricia Benneri teooria noviitsist eksperdiksi (*From Novice to Expert*) kui programmi arendamise teoreetiline lähtekoht (Letourneau ja Fater, 2015: 100; Van Patten ja Bartone, 2019: 64; Chant ja Westendorf, 2019: 189). Eelnevast lähtudes võiks antud teooria kaasata ka osakonnapõhise väljaõppeprogrammi arendamisse.

Vaimse tervise õenduse töökeskkond on ettearvamatult professionaalse autonoomsuse tase on kõrge (San jt 2010: 102; Procter jt, 2011: 260; McCrae jt, 2014: 767) ning väga erinev sellest, millega enamus õendustudengeid koolis läbitud praktikatega harjunud on (Cleary ja Happell, 2005: 115; Yao jt, 2021: 4). Vaimse tervise strateegias aastaks 2016 - 2025 (2016: 50-51) on

välja toodud vajadus tagada vaimse tervise spetsialistide jätkusuutlikud koolitus- ja täiendõppeprogrammid, sh psühhiaatrilise ravi personali erialaste teadmiste arendamine. Käesolevalt ei ole Põhja-Eesti Regionaalhaigla psühhiaatrikliiniku 3. osakonnas ametlikult kinnitatud täiendavat väljaõppeprogrammi uutele õdedele, arvestades osakonna patsientide profiilist tulenevaid vajadusi erialaspetsiifiliste teadmiste osas. Struktureerimata juhendamise risk on ebaühtlane kvaliteet väljaõppes, mis võib omakorda negatiivselt mõjutada õendusabi kvaliteeti, patsiendiohutust ja õdede rahulolu tööga (Sayers jt, 2015: 718; Letourneau ja Fater, 2015: 98; Asber, 2019: 430).

Arendusprojekti eesmärgiks on välja töötada erialaspetsiifiline programm õdede töökeskkonda adapteerumise toetamiseks Põhja-Eesti Regionaalhaigla psühhiaatrikliiniku 3. osakonnas.

Eesmärgi saavutamiseks püstitati järgmised **ülesanded**:

1. Koostada erialaspetsiifiline adaptatsiooniprogramm õdedele.
2. Koostada erialaspetsiifiliseks adaptatsiooniprogrammiks vajalikud õppematerjalid.

Arendusprojekt koosneb viiest peatükist. Esimene osa on projekti teoreetiline taust, kus antakse ülevaade õenduse residentuuriprogrammidest, vaimse tervise õenduse residentuuriprogrammide didaktilisest komponendist ja arendusprojekti kasutatavast õendusteooriast. Teises peatükis kirjeldatakse projekti teostamise meetodikat. Kolmandas peatükis antakse ülevaade projekti läbi viimisest. Neljandas peatükis kirjeldatakse arendusprojekti tulemusi. Viies peatükk koosneb arutelust ja järeldustest. Lisades on esitatud välja töötatud erialaspetsiifiline adaptatsiooniprogramm ja õppematerjalid.

Kesksed mõisted:

- **Erialspetsiifiline** - eriala ehk spetsiaalsus, kindlamini piiritletud tegevusala (Haridussõnastik, 2021), mille teadmised ja oskused omandatakse õppimise teel (Sõnaveeb1, 2021). Spetsiifiline ehk eriomane, eristav, näiteks valdkonna spetsiifiline ehk valdkonnale eriomane (Eesti Õigekeelsussõnaraamat, 2018). Käesolevas töös käsitletakse erialaspetsiifilisuse all öele vajalikke teadmiseid ja oskuseid töös psühhootiliste häiretega patsientidega.

- **Adaptatsiooniprogramm** - adaptatsioon ehk muutmine mõistetavamaks (Sõnaveeb2, 2021). Programm ehk tegevuskava, õppekava, info juhtimise algoritm (Eesti Keele..., 2009). Käesolevas töös käsitletakse adaptatsiooniprogrammi all programme, mis keskenduvad alles tööle asuvate õdede väljaõppele.
- **Õde** - tervishoiutöötaja, kes on registreeritud terviseametis ja võib osutada tervishoiuteenuseid omandatud kutse või eriala piirides (Tervishoiuteenuste korraldamise..., 2001). Käesolevas töös käsitletakse õena registreeritud õde, kes asub tööle Põhja-Eesti Regionaalhaigla psühhiaatrikliiniku 3. osakonnas.

1. TEOREETILINE RAAMISTIK

1.1. Ülevaade õenduse residentuuriprogrammidest

Õenduse residentuuriprogrammid on defineeritud kui tõenduspõhised ja eesmärgipärased struktureeritud väljaõppeprogrammid, toetamaks äsja lõpetanud õdede professionaalsesse töökeskkonda suundumist (Letourneau ja Fater, 2015: 98; Cline jt, 2017: 384; Painter jt, 2019: 688). Eesmärgiks on läbi teadmiste suurendamise ja oskuste arendamise kliinilises keskkonnas toetada üleminekut akadeemilisest keskkonnast professionaalsesse praktikasse (Letourneau ja Fater, 2015: 96). Õe kliinilise kaalutusoskuse arendamine on toodud välja paljude õenduse residentuuriprogrammide peamise eesmärgina (Chant ja Westendorf, 2019: 189).

Ameerika Meditsiini Instituut andis küll soovitusi õenduse residentuuriprogrammide arendamiseks, kuid ei andnud täpseid juhiseid nende struktuuri osas (Chant ja Westendorf, 2019: 188). Eelnevast tingitult esinevad õenduse residentuuriprogrammide struktuuris mitmed erinevused (Van Patten ja Bartone, 2019: 63; Asber, 2019: 435). Näiteks nende pikkuses, ülesehituses ja sisus (Letourneau ja Fater, 2015: 98), aga ka arendamises ja hindamise meetodites (Painter jt, 2019: 688, 691). Programmide pikkus ulatub 12 nädalast ühe-kahe aastani (Letourneau ja Fater, 2015: 100; Van Patten ja Bartone, 2019: 63; Painter jt, 2019: 691; Chant ja Westendorf, 2019: 191).

Programmid koosnevad kokkuvõtvalt hariduslikust, praktilisest ja reflekteerivast osast. Haridusliku osa alla kuuluvad näiteks õppematerjalide läbi töötamine, seminarid, temaatilised loengud diagnoosidest, ravimitest, jmt. Praktiline osa programmides koosneb tööst osakonnas, sealhulgas tööaeg on kujundatud läbi roteerumise eri profiiliga osakondades. Reflekteeriv osa koosneb valdavalt enesearengu päeviku täitmisest, arenguestlustest juhendaja/koordinaatoriga ja/või supervisioonist. (Letourneau ja Fater, 2015: 100; Painter jt, 2019: 690-691; Van Patten ja Bartone, 2019: 63; Chant ja Westendorf, 2019: 190-191). Didaktilist komponenti on programmides peetud väga oluliseks. Soovitatud on kasutada tõenduspõhiseid elemente nagu juhtumiarutelud kliinilise kaalutusoskuse arendamiseks. Õppesessioonid võiksid toimuda näiteks igakuiste seminaridena. (Chant ja Westendorf, 2019: 190). Õde-residendid töid välja, et sessioonid kinnistasid nende oskuseid ja aitasid kaasa enesekindluse kasvule, samuti professionaalsele arengule (Van Patten ja Bartone, 2019: 67).

Teaduskirjanduses leiab mitmeid õenduse residentuuriprogrammide efektiivsuse hindamise meetodeid, kuid puudub ühtne seisukoht parima meetodi osas (Letourneau ja Fater, 2015: 99). Õenduse residentuuriprogrammi tulemuste hindamiseks kasutati tihti küsitlust *The Casey-Fink Nurse Experience Survey* (Cline jt, 2017: 386; Letourneau ja Fater, 2015: 97, 99; Chant ja Westendorf, 2019: 191), mis on veebis vabalt kättesaadav. Üheks sagedaseks indikaatoriks õenduse residentuuriprogrammide efektiivsuse hindamisel on tööjõuvoolavus ja õdede tööga rahulolu (Cline jt, 2017: 384 - 385).

Tulemused näitavad õenduse residentuuriprogrammide kasu, eriti tööjõuvoolavuse ja tööga rahulolu osas (Chant ja Westendorf, 2019: 191). Eelnev võib olla tingitud ka asjaolust, et antud indikaatoreid kasutatakse tihti programmide efektiivsuse hindamisel (Cline jt, 2017: 385). Vähenenud on tööjõuvoolavus (Letourneau ja Fater, 2015: 98; Asber jt, 2019: 433), tööstress, paranenud on prioritseerimisoskused, suhtlemis- ja juhtimisoskused (Asber jt, 2019: 435). Tulemused näitavad, et antud programmid on vajalikud toetamaks üleminekut akadeemilisest keskkonnast professionaalsesse praktikasse akuutravi haiglates. (Letourneau ja Fater, 2015: 98; Painter jt, 2019: 688). Suurenenud on õdede kliiniline otsustusvõime (Van Patten ja Bartone, 2019: 67).

Õenduse residentuuriprogrammide jätkusuutlikkuse alusteks on organisatsiooniline eestvedamine ja pühendunud mentorid; struktureeritud programm, mis on arendatud teoreetilise raamistiku baasil ning mille tegevuskava on eesmärkidega kooskõlas. Tähtsaks peetakse didaktilist komponenti, mis võimaldab omandada adekvaatset kliinilist kogemust. Kaasama peaks õde-residentide tagasiside programmis muudatuste tegemiseks. (Chant ja Westendorf, 2019: 188 - 190). Painter jt (2019: 690) ning Letourneau ja Fater (2015: 98) järeldasid õenduse residentuuriprogrammide arendamist analüüsides, et neid saab arendada tuginedes teaduskirjanduses välja toodud andmetele. Mõeldes tööle asuvate õdede erialaspetsiifilise adaptatsiooniprogrammi välja töötamisele psühhiaatrikliinikus saab struktuuri välja töötamisel tugineda teaduskirjandusele õenduse residentuuriprogrammidest.

1.2. Vaimse tervise õenduse residentuuriprogrammide didaktiline komponent

Õenduse residentuuriprogrammide põhikomponendiks on oskuste ja teadmiste järjepidev arendamine praktilises keskkonnas, kuid nende edasi andmise meetodit saab personaliseerida vastavalt patsientide profiilile (Cline jt, 2017: 385). Teaduskirjanduses on vähe põhjalikke andmeid just vaimse tervise õenduse residentuuriprogrammide kohta (Nadler-Moodie ja

Loucks, 2011: 479-480; Pelletier jt, 2019: 67; Yao jt, 2021: 1). Rohkem leiab teadusartikleid, mis käsitlevad vaimse tervise õenduse töökohapõhiste orientatsiooni- ja üleminekuprogrammide arendamist (Cleary ja Happell, 2005; Cleary ja Happell, 2009; Puntil, 2009; Procter jt, 2011; Adams, 2015; Porter jt, 2016; Yao jt, 2021). Õppematerjalide välja töötamisel erialaspetsiifilise adaptatsiooniprogrammi jaoks saab toetuda vaimse tervise õenduse residentuuri- ja üleminekuprogrammides välja toodud teemadele.

Vaimse tervise õenduse residentuuri- ja üleminekuprogrammides käsitleti läbi erinevate seminaride ja õppematerjalide muuhulgas teemasid nagu psühhiaatrilised diagnoosid, psühhiaatrilised ravimid, vaimse tervise õendusega seotud spetsiifilised õendussekkumised, valdkonnaga seotud seadusandlus, suhtlemisoskuste arendamine (sh erimeelsuste lahendamine) nii patsientidega kui ka kolleegidega, toimetulek väljakutsuva käitumisega, õendusdokumentatsioon (sh korrektsete õendussissekannete kirjutamine), sõltuvushäired, terviseedendus, sõjaveteranide õendusabi, individuaalne ja grupiviisiline psühhoteraapia, terapeutilise suhte loomine, anamneesi võtmine ja patsiendi vaimse tervise seisundi hindamine, riskihindamine, tõenduspõhine praktika psühhiaatrias, eetika, jmt. Diagnooside ja ravimite tundmise olulisust toodi välja kõige rohkem. (San jt, 2010: 106; Cleary ja Happell, 2005: 113; Cleary ja Happell, 2009: 270; Nadler-Moodie ja Loucks, 2011: 480-481; Adams, 2015: 281; Porter jt, 2016: 300; Pelletier jt, 2019: 67; McGuinness jt, 2020: 527-529; Yao jt, 2021: 17-19).

Kasutati formaalseid ja informaalset didaktilisi materjale teadmiste edasi andmiseks (Nadler-Moodie ja Loucks, 2011: 480; Porter jt, 2016: 301), sh kogunud õed tõid praktilisi näiteid vaimse tervise õenduses võimalikest situatsioonidest, mille üle omavahel arutleti (Pelletier jt, 2019: 68). Lahendati juhtumiarutelusid, õpiti korrektseid termineid (Adams, 2015: 282). Toodi välja, et taoline programm ei tohiks kindlasti põhineda ainult teooriatel ja loengutel, vaid peaks sisaldama rohkem teadmiste omandamist praktikas, läbi tegevuste (San jt, 2010: 103, 108; McGuinness jt, 2020: 3), kokkupuutes patsientidega (Pelletier jt, 2019: 70), roteerumistega eri profiiliga osakondades (Nadler-Moodie ja Loucks, 2011: 481; Yao jt, 2021: 7).

Õde-residentide tagasiside on näidanud kõrget rahulolu didaktilise materjaliga (Nadler-Moodie ja Loucks, 2011: 483). Sotsiaalne tugi ja võimalus aruteludeks kogunud õdedega võimaldavad omandada vajalikke teadmiseid ja oskuseid (Pelletier jt, 2019: 68). Tulemused on näidanud teadmiste paranemist, tööjõuvoolavuse vähenemist, töörahulolu suurenemist, efektiivsemaid suhtlemisoskuseid. Toodi välja oskust pakkuda empaatilisemat ja

patsiendikesksemat abi, sh osaleda ravi planeerimises ja viia läbi psühhosotsiaalsel hindamisel. (San jt, 2010: 109; Pelletier jt, 2019: 69-70; McGuinness jt, 2020: 529). Tagasiside põhjal soovitakse lisaks põhjalikumalt informatsiooni patsiendi statsionaarse ravi lõpetamise planeerimisest, õpet töös vajalike andmebaaside kasutamisest, esmakordsete patsientide hindamisest (Cleary ja Happell, 2005: 114). Samuti sooviti täpsemat ülevaadet psühhoteeraapiatest ja strateegiatest vaimse tervise staatuse hindamiseks (San jt, 2010: 108). Porter jt (2016: 303) tõid tagasiside põhjal välja osalenute soovi veelgi arendada informatsiooni seostamise oskust, sh mõttekäigu sisuliste ja vormiliste häirete korral.

1.3. Patricia Benneri õendusteooria noviitsist eksperdik

Benneri teooriat on kasutatud mitmete õenduse residentuuri- ja üleminekuprogrammide teoreetilise lähtekohana (Letourneau ja Fater; 2015: 100; Chant ja Westendorf, 2019: 189, Pelletier jt, 2019: 66; Van Patten ja Bartone, 2019: 64), mistõttu saab selle kasutamist pidada tõenduspõhiseks. Benneri (1982: 402) teooria põhineb Dreyfusi oskuste omandamise mudelil (*Skill Acquisition Model*), mille järgi läbib inimene oskuste omandamise arengus viis etappi: algaja (*novice*), edasijõudnud algaja (*advanced beginner*), kompetentne (*competent*), vilunud (*proficient*), ekspert (*expert*). Etapid näitavad oskusliku soorituse muutuseid läbi kahe üldise aspekti. Esiteks, inimene suudab kasutada kogemusi ning ei sõltu abstraktsetest põhimõtetest. Teiseks, suudab eristada ja keskenduda situatsioonis kõige olulisemale informatsioonile.

Benneri hinnangul on võimalik samu põhimõtteid üle kanda õendusessse, sest need arvestavad oskuste arenemise juures nii kogemust kui ka erialast haridust. Benner kirjeldas oma uuringutele tuginedes Dreyfusi viie etapi avaldumist õe professionaalses arengus järgmiselt: (Benner, 1982: 402 - 407; Murray jt, 2019: 201; Nursing Theories...2021)

- **algaja ehk noviits** - algajatel puuduvad kogemused ja kaalutlusoskus situatsioonide lahendamiseks. Viimase edendamiseks peab neile õpetama konkreetseid tehnikaid, mille täitmine ei sõltu kogemuse olemasolust. Algajatele peaks õpetama kontekstivabu oskuseid/käitumisjuhiseid, mis ei sõltu konkreetsest juhtumist. Näiteks: kaalumise, diureesi arvestamine, vererõhk, pulss jt objektiivselt mõõdetavad parameetrid.

- **edasijõudnud algaja** - kogunud piisavalt reaalseid situatsioone ning hakkab ära tundma olulisi korduvaid mustreid/aspekte - kas toetudes omandatud kogemustele või suudab neid seostada vastavalt mentori välja toodud tähelepanekutele. Nad vajavad siiski abi prioriteetide seadmisel, sest nende teadmised ja oskused on alles üldised. Nad ei pruugi osata eristada,

milline tegevus on olulisem enne ära teha või millal tuleks üks tegevus pooleli jätta, sest on ilmnunud teine kohest sekkumist vajav probleem. Edasijõudnud algaja vajab seega veel tuge, neid peaks juhendama vähemalt kompetentses etapis olev õde.

- **kompetentne** - tavaliselt kahe-kolme aastase kogemusega õde konkreetses või sarnases töökeskkonnas. Suudab situatsioonides eristada olulist ebaolulisest. Kompetentne õde on väljunud stiimul-reaktsioon tasemelt ehk ta suudab oma tegevusi ette planeerida. Planeerimine on seejuures teadlik ja analüütiline. Kompetentsel tasemel olev õde suudab toime tulla ja hallata kliinilises õenduses ette tulevaid ootamatuid olukordi. Nende eesmärgipärane planeerimine tagab tõhusa ja organiseeritud tegutsemise.

- **vilunud** - tajub olukorda tervikuna, mitte üksikute tegurite kaupa, tegutsemist juhivad maksiimid ehk omandatud põhimõtted ("elutarkused"). Kogemustele tuginedes oskab prognoosida, mis teatud olukorras juhtuda võib ning olukorra ilmnedes oma tegutsemist vastavalt muuta. Tunneb ära, kui tervikust mingi osa puudub, näiteks oodatava tulemuse hindamisel. Tegevuste planeerimine on vähem vaevanõudev, kuna õel on tekkinud arusaam sellest, mis on oluline. Ta suudab otsuseid langetada kiiremini ning tunda ära peamise probleemi.

- **ekspert** - ei tugine enam analüütilistele põhimõtetele, teab olukorras intuiitiivselt, mida tegema peab. Vajadusel suudab koheselt kasutada analüütilisi vahendeid, näiteks leides ennast täiesti uuest olukorrast või kui on eelnevalt olukorda valesti hinnanud.

Mõeldes tööle asuvate õdede erialaspetsiifilise adaptatsiooniprogrammi välja töötamisele psühhiaatrikliinikus saab koostamisel toetuda Benneri teooriale, arvestades seeläbi uute õdede arenguvajadustega. Lähtuvalt Benneri klassifikatsioonist on programmi koostamisel arvestatud vähemalt edasijõudnud algaja tasemega ehk programm on suunatud juba kooli lõpetanud õdedele. Kompetentsel, vilunud ja eksperdi tasemel olevad õded võivad samuti kuuluda uute õdedena juhendatavate hulka kui neil puuduvad vajalikud teadmised osakonna profiiliga patsientidega töötamiseks.

2. ARENDUSPROJEKTI METOODIKA

2.1. Arendusprojekti vajaduse välja selgitamine

Põhja-Eesti Regionaalhaiglas kehtivad üldised uue töötaja sisseelamist reguleerivad juhised, mille üheks osaks on uuele töötajale väljaõppeprogrammi koostamine vahetu juhi poolt (Abimaterjal juhile..., 2021). Esimese kuu jooksul peale tööle asumist peaksid olema läbitud kohustuslikud koolitused (“Uue töötaja sisseelamiskoolitus”, e-õppes: IKV kasutamine, küberhügieen, tuleohutus) (Juhi meespea..., 2021). Väljaõppeprogrammi on lubatud kujundada vastavalt osakonna vajadustele, igal struktuuriüksusel on lubatud rakendada uutele töötajatele täiendavaid väljaõppeprogramme (Abimaterjal juhile..., 2021).

Põhja-Eesti Regionaalhaigla psühhiaatrikliiniku 3. osakond on subakuutosakond, kus ravitakse valdavalt kroonilise kuluga psühhootilisi häireid. Mõte erialaspetsiifilisest adaptatsiooniprogrammist tekkis vestlustes kolleegidega, kes samuti uute õendustöötajate juhendamise tegelevad. Käesolevalt ei ole Põhja-Eesti Regionaalhaigla psühhiaatrikliiniku 3. osakonnas ametlikult kinnitatud täiendavat väljaõppeprogrammi uutele õdedele, arvestades osakonna patsientide profiilist tulenevaid vajadusi erialaspetsiifiliste teadmiste ja oskuste osas. Autorile teadaolevalt on spetsiifilised väljaõppeprogrammid olemas Põhja-Eesti Regionaalhaiglas intensiivraviõdedele ja algajatele operatsiooniõdedele, millest saab järeldada, et erialase arengu ja taoliste programmide vajadust on märgatud ka teistes üksustes.

Psühhiaatrikliiniku uued töötajad saadetakse üldistele koolitustele nagu “Uue töötaja koolitus”, “VERGE ehk käitumine agressiivse patsiendiga”, “Psühhiaatrikliiniku õendus-hooldustöötaja koolitus tase I ja II”. Lisaks saab uus töötaja koolituskalendrist valida enda vajadustele vastavaid koolitusi. Psühhootiliste häirete paremaks mõistmiseks on olemas koolitus “Esmase psühhootilise episoodiga patsient”. Nimetatud koolituste toimumine on aga koolituskalendris varasemalt kinnitatud ning ei arvesta tööle asumise ajaga. Näiteks: töötaja asub tööle aprillis, aga koolitus toimub alles 2-3 kuud hiljem. Töötajate pädevusest sõltub turvaline ja kvaliteetne õendusabi, mistõttu on oluline tagada uute töötajate kohene, sh osakonna patsientide profiilist lähtuv erialaspetsiifiline, koolitamine.

Letourneau ja Fater (2015: 98) tõid oma integratiivses kirjanduse ülevaates õenduse residentuuriprogrammidest välja, et neile tuginedes saab arendada sama suunitlusega osakonnapõhiseid väljaõppeprogramme, mis tagaksid tõenduspõhise praktika jätkumise õdede koolitamisel. Antud töö teooria osas esitatud õenduse residentuuri- ja üleminekuprogrammide

kirjanduse ülevaatele tuginedes saab väita, et antud projektil oleks potentsiaalselt positiivne mõju uute õdede kaalutlusoskuse arendamisele töös psühhootiliste häiretega patsientidega. Projekti idee esitati esmalt informaaalsel koosolekul osakonna õendusjuhile ja osakonna juhatajale, kes nõustusid projekti läbi viimise vajalikkusega. Osakonna õendusjuht ja juhataja tõid projekti raames välja töötatava programmi kasuteguritena välja põhjalike ja adekvaatsete teadmiste õpetamist uutele õdedele, arvestades osakonna patsientide keerulist profiili. Toodi välja, et tulevikus võiks programmi kaasata ka uued hooldustöötajad.

Antud programmiga oleks tagatud uute õdede kohene koolitamine esmaste teadmiste ja oskuste osas, mis on vajalikud töös psühhootiliste häiretega patsientidega. Koostatud erialaspetsiifilist adaptatsiooniprogrammi õdedele saaks kasutada Põhja-Eesti Regionaalhaiglas kehtiva üldise väljaõppeprogrammi täiendava osana. Tuginedes osakonnas juhendamise tegelevate õdede, osakonna õendusjuhi ja juhataja arvamustele, leidis kinnitust erialaspetsiifilise adaptatsiooniprogrammi välja töötamise vajadus.

2.2. Arendusprojekti teostamise meetod ja etapid

Projekt teostati võrdluses parimate teadaolevate praktikatega, tuginedes tõenduspõhisele teaduskirjandusele. Projekti läbi viimisel järgiti Deming'i pideva parendamise tsüklit PDSA (*Plan, Do, Study, Act*) (PDSA Cycle, 2021):

- Planeerimise etapis kinnitati arendusprojekti vajalikkus osakonnas, koostati tegevus- ja kommunikatsioonikava (vt ptk 3.1. - 3.2.), määratleti projekti teostamiseks vajalikud ressursid (vt ptk 3.3.), koostati riskijuhtimise plaan (vt ptk 3.4.) ja alustati teoreetilise raamistiku kirjutamisega. Teoreetilises osas kirjeldati (vaimse tervise) õenduse residentuuri- ja üleminekuprogramme kirjanduse ülevaate abil, keskendudes teemast lähtuvalt olulisele materjalile. Eesmärgiks oli näidata varasemaid uurimistulemusi. (Hirsijärvi jt, 2004: 111).

Kirjanduse ülevaade teostati andmebaaside EBSCO, Google Scholar ja Pubmed abil, kasutati kombinatsioone järgmistest otsingusõnadest: *psychiatric-mental health nursing, transition to practice program, nurse residency program, development*. Artiklite valikukriteeriumid vastavalt andmebaasidele olid järgmised: EBSCO - inglise keeles, eelretsenseeritud; Google Scholar - *advanced search: with all the words, with the exact phrase*; Pubmed - inglise keeles. Ajalist piirangut ja täisteksti nõuet ei seatud, kuna sobivaid vasteid leidis vähe. Sarnaste uurimuste olemasolul eelistati uuemaid, täisteksti leidmiseks kasutati otsingumootor *Google* abi, isiklikke kontakte autoritega ja/või artikli ostmist ei kasutatud. Lõplikuks valikuks osutus

13 artiklit, mis käsitlesid vaimse tervise õendusega seotud õenduse residentuuri- ja üleminekuprogramme. Lisaks otsustati kaasata 6 artiklit, mis käsitlesid õenduse residentuuriprogramme üldiselt, sh nende arendamisel kasutatud teoreetilisi lähtekohti. Peale projekti ajutise seiskumise lõppu septembris 2021 tuldi tagasi antud etappi ning vaadati üle koostatud teoreetiline raamistik. Tõenduspõhisuse ja seeläbi projekti kvaliteedi parendamiseks otsustati kaasata Patricia Benneri õendusteooria noviitsist eksperdik. Patricia Benneri noviitsist eksperdik õendusteooria kasutamisel tugineti tema 1982. aastal avaldatud originaalartiklile antud teoriast, kuna selle kasutamisele viidati ka teadusartiklites.

- Teostamise etapis moodustati projektimeeskond ja töötati välja erialaspetsiifiline adaptatsiooniprogramm õdedele. Adaptatsiooniprogrammi jaoks vajalike materjalide koostamiseks kasutati tõenduspõhiseid teadusartikleid ja teemaga lähedalt seotud erialast kirjandust, mille leidmiseks kasutati e-kataloogi ESTER ja andmebaasi Pubmed. Seatud valikukriteeriumid ESTER e-kataloogis: eesti keeles, inglise keeles, raamat. Kasutatud otsingusõnad: psühhiaatria, psühhootilised sümptomid, psühhofarmakoloogia, *psychiatry*, *psychopharmacology*. Seatud valikukriteeriumid PubMed andmebaasis: inglise keeles, täisteksti olemasolu. Kasutati kombinatsioone järgmistest otsingusõnadest: *case study*, *case report*, *clozapine-induced myocarditis*, *antipsychotic-induced parkinsonism*, *neuroleptic malignant syndrome*, *antipsychotics*, *side effects*, *acute dystonia*, *antipsychotic-induced extrapyramidal symptoms*, *psychosis*, *grandiose delusions*, *persecutory delusions*. Erialaga seotud raamatute valikul konsulteeriti 3. osakonna juhatajaga, teadusartiklite otsimisel lähtuti programmi kaasatud teemadest. Näidisjuhtumite valimisel lähtuti põhimõttest, et juhtum ei oleks liiga keeruline ning oleks lahendatav koostatud õppematerjalide abil.

- Analüüsimise etappi rakendati paralleelselt teiste etappidega kogu projekti ulatuses. Projektis tehti jooksvalt muudatusi, mis lähtusid riskide analüüsimisest, sh juhendajate ning projektimeeskonna tagasisidest. Projektimeeskonnas tehti ühised otsused programmi läbi viimise ja õppematerjalidesse kaasatavate teemade osas, tuginedes esitatud teoreetilistele lähtekohtadele. Arendusprojekti mõttes kuulub antud etappi ka projekti monitooring ja kvaliteedikontroll (vt ptk 3.5.).

- Tegutsemise etapis esitati valminud erialaspetsiifiline adaptatsiooniprogramm õdedele projektimeeskonnale, kinnitati programmi kasutamine osakonnas ja lepiti kokku programmi kasutamise algusajas. Järeldustes esitati parendusettepanekud programmi kvaliteedi tagamiseks projekti lõppemise järgselt.

Antud magistritöö raames valminud erialaspetsiifiline adaptatsiooniprogramm õdedele rakendub Põhja-Eesti Regionaalhaigla psühhiaatrikliiniku 3. osakonnas veebruarist 2022. Valminud programmi alusel hakkavad esialgu juhendama kolm õde, kes osalesid projektimeeskonnas terve projekti ulatuses. Programmis on planeeritud edaspidi teha muudatusi vastavalt juhendamise tegevate õdede ja selles osalenud õdede tagasisidele. Projekti teostamise ajal seda piloteerida ei jõutud, kuna osakonda ei tulnud selle aja sees uusi õendustöötajaid.

3. ARENDUSPROJEKTI TEOSTAMINE

3.1. Ajaline raamistik ja tegevused

Antud arendusprojekt koostati töö autori magistriõpingute raames, mistõttu oli see juba eelnevalt ajaliselt piiritletud. Teema kinnitati märtsis 2020, juuniks 2020 valmisid teoreetiline taust ning organisatsiooni diagnostika, projekti algus oli planeeritud septembris 2020. Projekti teostamine peatati ajutiselt töö autori akadeemilisele puhkusele minemise tõttu 2020 septembris ning jätkati septembris 2021. Arendusprojekti teostamise ajaline raamistik koos tegevustega on esitatud tabelina (vt tabel 1).

Tabel 1. Arendusprojekti teostamise ajaline raamistik ja tegevused

| Aeg | Tegevus(ed) | Vastutaja, koordinaatorid |
|---|--|--|
| Märts - juuni 2020 | Teema kinnitamine, teoreetilise osa kirjutamine, organisatsiooni diagnostika | Vastutaja: projektijuht Koordinaator(id): osakonna õendusjuht, projekti juhendaja |
| September 2020 - september 2021 projekt ajutiselt seiskunud | | |
| September 2021 | Projekti üle vaatamine ning vajalike muudatuste tegemine, tutvustamine organisatsioonis, projektimeeskonna loomine | Vastutaja: projektijuht Koordinaator(id): osakonna õendusjuht, osakonna juhataja, projekti juhendajad |
| Oktoober - detsember 2021 | Arendusprojekti teostamine | Vastutaja: projektijuht Koordinaator(id): projektimeeskond, projekti juhendajad |
| Detsember 2021 | Projekti viimistlemine ja lõpetamine, tagasiside kogumine | Vastutaja: projektijuht Koordinaator(id): projektimeeskond, projekti juhendajad |
| Jaanuar 2022 | Arendusprojekti kaitsmine | Vastutaja: projektijuht |
| Veebruar 2022 | Arendusprojekti tulemusel valminud adaptatsiooniprogrammi käivitamine osakonnas | Vastutaja: projektijuht Koordinaator(id): osakonna õendusjuht, juhendamise tegelevad õed |

Peale akadeemiliselt puhkuselt naasmist vaatas töö autor projekti uuesti üle. Organisatsioonis aset leidnud muutustest tulenevalt osutus vajalikuks ka uue juhendaja leidmine, lisaks projekti

tuvustamine uuele psühhiaatrikliiniku õendusjuhile. Projekti teostamise planeeritud *versus* reaalne ajaline raamistik koos tegevustega on visuaalselt esitatud Gantti graafikus (vt lisa 1). Graafikust saab ülevaate projekti läbi viimiseks vajalike tegevuste planeeritud ning nende teostamisele kulunud tegelikust ajaressursist.

3.2. Kommunikatsioonikava ja meeskonnatöö planeerimine

Esmalt esitati arendusprojekti idee osakonna õendusjuhile ja osakonna juhatajale, selgitamaks välja projekti teostamise vajalikkus ja võimalus osakonnas. Järgmisena esitati projekti idee psühhiaatrikliiniku õendusjuhile ja juhatajale. Psühhiaatrikliiniku õendusjuhi vahetumise järel esitati kokkuvõtte projektist ka uuele õendusjuhile. Kokkuvõtte projektist esitati ka PERHi teadus- ja arendustöö keskusele. Nõusoleku antud arendusprojekti läbi viimisele on andnud 3. osakonna õendusjuht, 3. osakonna juhataja, psühhiaatrikliiniku endine õendusjuht, psühhiaatrikliiniku juhataja, psühhiaatrikliiniku uus õendusjuht. Algselt oli plaanitud läbi viia ka tagasisideküsitlus osakonnas juhendamise tegelevate õdede seas valminud adaptatsiooniprogrammist, kuid koostatud tagasisideküsitlust ei jõutud ajalise ressursi tõttu siiski läbi viia. Põhja-Eesti Regionaalhaigla teadus- ja arendustöö keskusele saadetud taotlus tagasisideküsitluse läbiviimiseks sai esitatud liiga hilja (üks kuu enne soovitud tagasiside kogumist), mistõttu ei jõutud seda tagasiside kogumiseks planeeritud ajaks läbi vaadata.

Arendusprojekti läbi viimiseks loodi projektimeeskond, mille koostamisel lähtuti multidistsiplinaarusest. Meeskonna moodustasid:

- arendusprojekti autor, psühhiaatrikliiniku 3. osakonna usaldusõde kui projektijuht;
- psühhiaatrikliiniku 3. osakonna õendusjuht kui projekti koordinaator osakonnasiseste muudatuste läbi viimises;
- psühhiaatrikliiniku 3. osakonna juhataja, psühhiaater, kui projekti raames koostatud erialaspetsiifilise materjali hindaja;
- psühhiaatrikliiniku 3. osakonna teised usaldusõed (n=2) kui projektijuhi abid programmi välja töötamises. Osakonna usaldusõed on ühtlasi osakonnas juhendamise tegelevad õed. Juhendamise tegeleb ka osakonna õendusjuht.

Projektimeeskond kohtus kahel ametlikul koosolekul ja kahel vahekoosolekul. Esimesel projektimeeskonna koosolekul lepitati kokku rollide ja ülesannete jagunemine meeskonnas. Koosolekul võeti vastu otsus, et projektijuht töötab välja programmi ja õppematerjalid,

konsulteerides projektimeeskonnaga esile kerkivates küsimustes. Kui esile kerkinud probleemid ei vaja terve meeskonna kokku tulemist, lahendatakse need jooksvalt. Vahekoosolekuid toimus kaks ning need ei vajanud terve projektimeeskonna kokku kutsumist. Vahekoosolekud olid seotud õppematerjalidesse kaasatavate teemade valimise ja programmi rakendusliku poole välja töötamisega. Viimasel projektimeeskonna koosolekul tutvustati välja töötatud erialaspetsiifilist adaptatsiooniprogrammi, kinnitati selle sobivus osakonnas kasutamiseks ning lepiti kokku rakendamise algusajaks.

3.3. Ressursside kaasamine ja eelarve

Peamiseks ressursiks oli projektimeeskonna aeg. Enim kulus aega projektijuhil, kes töötas kahe ja poole kuu jooksvul välja erialaspetsiifilise adaptatsiooniprogrammi - rakendamise protsessi ja õppematerjalid. Sinna sisse kuulus ka aeg projekti tutvustamiseks, sh kokku saamiste korraldamine, koosolekute planeerimine ja muudatuste tegemine projektis. Teistel meeskonnaliikmetel kulus ajalist ressursi vastavalt projektimeeskonna koosolekutele (kaks koosolekut kokku 1,5 tundi) ja jooksvate küsimuste lahendamisele (kaks koosolekut kokku 1 tund). Projektimeeskonna erialaspetsiifilise materjali hindajal kulus õppematerjalide läbi vaatamiseks ligikaudu 3 tundi. Erialaspetsiifiline adaptatsiooniprogramm säilitatakse nii printitud kui ka välja printimata kujul. Programm säilitatakse digitaalselt psühhiaatriakliiniku ühises andmebaasis s-kettal ning printitakse välja kasutades osakonna vahendeid (printer, paber).

3.4. Riskijuhtimise plaan

Riskide ennetamiseks ja maandamiseks koostas projektijuht riskijuhtimise plaani (vt tabel 2 lk 22). Antud riskijuhtimise plaani koostamist alustati enne projekti seiskumist akadeemilise puhkuse tõttu ning vaadati uuesti üle peale projekti taaskäivitumist. Suurimaks riskiks märtsis 2020 oli tervet maailma hõivanud Covid-19 pandeemia ning selle mõju projektimeeskonna ajalisele ressursile. Antud risk oli riskijuhtimise plaanist esimene, mis täitus - ülekoormuse suurest tõusust tingitult otsustati organisatsioonis arendusprojekt ajutiselt peatada ning projektijuht läks akadeemilisele puhkusele.

Septembris 2021 vaadati projekt uuesti üle ning koos meeskonnaga otsustati vähendada projekti mahtu, arvestades olemasolevat ajalist ressursi. Esialgselt oli planeeritud koguda osakonna õenduspersonalilt ka kogemuslugusid, mis illustreeriksid näidetega teooria osa.

Otsustati, et see tegevus oleks antud ajahetkel ebaotstarbekalt ajakulukas ning ohustaks potentsiaalselt projekti õigeaegset valmimist. Näited otsustati võtta olemasolevast teaduskirjandusest.

Tabel 2. Riskijuhtimise plaan

| Risk | Riski tõeäosus (kõrge/keskmine/madal) | Riski ennetamine | Riski leevendamine selle ilmnemisel |
|---|--|---|---|
| Covid-pandeemia piirab meeskonna ajalisi ressursse projekti teostamiseks | Kõrge | Tähtaegade püstitamine kõikidele tegevustele, meeskonna informeeritus tähtaegadest | Uute tähtaegade püstitamine, vajadusel projekti ajutine seiskamine |
| Projekt ei valmi õigeaks ajaks | Kõrge | Projekti ajakava ja mahu planeerimine, meeskonna koosolekud projekti seisu jälgimiseks | Ajakava ümber korraldamine, vajadusel projekti mahu vähendamine |
| Projekti oskamatu planeerimine | Keskmine | Koostöö juhendajatega, projektiseminarides osalemine | Projektis muudatuste tegemine vastavalt juhendajate tagasisidele |
| Välja töötatud õppematerjalid on ebaselged | Keskmine | Erialaspetsialisti kaasamine projektimeeskonda materjalide hindajaks | Õppematerjalide parendamine vastavalt erialaspetsialisti märkustele |
| Õenduspersonali vastasseis välja töötatud programmi ja selle rakendamise osas | Madal | Osakonna õendusjuhi ja juhendamise tegelevate õdede kaasamine projekti, ühiste otsuste tegemine | Programmi parendamine vastavalt õendusjuhi ja juhendamise tegelevate õdede märkustele |

Kuna antud arendusprojekti läbi viimine on töö autorile esimene kogemus, siis on üheks riskiks projekti oskamatu planeerimine. Antud riski vähendamiseks võeti arendusprojektile kaks juhendajat - üks organisatsioonipoolne juhendaja, kes aitas projekti tulemi sisulise poolega, ning teine kõrgkoolipoolne juhendaja, kes aitas projekti koostamisele püstitatud nõuete korrektse täitmisega. Antud riski aitas ennetada ka projektiseminarides osalemine. Muudatusi ja täiendusi tehti jooksvalt vastavalt saadud tagasisidele projekti teostamise ajal.

Õppematerjalide ebaselguse riski vähendamiseks kaasati projektimeeskonda erialaspetsialist (psühhiaater) nimetatud materjalide hindajaks. Viimane vaatas materjalid läbi jooksvalt nende välja töötamise ajal ning tegi vajadusel parandusi. Ühtlasi vähendas materjalide jooksev läbi vaatamine hilisemate suuremate paranduste tegemist ning aitas kokku hoida ajalist ressursi. Õenduspersonali vastasseisu välja töötatud erialaspetsiifilise adaptatsiooniprogrammi osas hinnati madala riskina, kuna antud projekti idee sai alguse ühistest vestlustest taolise programmi vajalikkusest osakonnas. Projektimeeskonda kaasati osakonna usaldusõed, kes on ühtlasi osakonnas juhendamise tegelevad õed. Juhendamise tegeleb ka osakonna õendusjuht.

3.5. Arendusprojekti monitooring ja kvaliteedikontroll

Järjepidevaks kvaliteedikontrolliks järgiti arendusprojekti läbi viimise protsessis Deming'i pideva parandamise tsükli (vt ptk 2.2.), tegevused kvaliteedi tagamiseks on esitatud tabelina (vt tabel 3).

Tabel 3. Kvaliteedikontroll läbi Deming'i PDSA tsükli (PDSA Cycle, 2021)

| Deming'i tsükkel | Tegevus(ed) kvaliteedi tagamiseks |
|-------------------------------|---|
| Planeerimine (<i>Plan</i>) | <ul style="list-style-type: none"> Projekti mitmetasandiline tutvustamine - osakonnas, kliinikus, teadus- ja arendustöö keskuses. Arendusprojektile kaks juhendajat - organisatsiooni- ja koolipoolne. Multidistsiplinaarse projektimeeskonna loomine. Gantti graafiku ja riskijuhtimise plaani koostamine. |
| Teostamine (<i>Do</i>) | <ul style="list-style-type: none"> Lähtumine tõendus põhise praktikast - programm koostati tõendus põhise teaduskirjanduse baasil, kaasatud tunnustatud õendusteooria. Riskijuhtimise plaani rakendamine seoses projekti mahuga ajalise ressursi tõttu. |
| Analüüsimine (<i>Study</i>) | <ul style="list-style-type: none"> Erialaspetsialist (psühhiaater) valmivate õppematerjalide hindajaks projektimeeskonnas. Paranduste tegemine projektis vastavalt projektimeeskonna ja juhendajate tagasisidele. |
| Tegutsemine (<i>Act</i>) | <ul style="list-style-type: none"> Arenguvajaduste esitamine programmi kvaliteedi tagamiseks projekti lõppemise järgselt. Projekti edukas kaitsmine magistriõpingute raames. Projekti ametlik käivitamine magistriõpingute järgselt. |

Arendusprojekti kulgu monitooris projektijuht ehk antud töö autor, kes koostas ajakava jälgimiseks Gantti graafiku (vt lisa 1). Projektijuht koordineeris ka projektimeeskonna tööd ning vastutas teiste projektiga seonduvate tegevuste eest. Monitoorimist struktureerisid ka koolipoolsed projektiseminarid ning organisatsioonis planeeritud projektimeeskonna koosolekud.

3.6. Rakenduskava

Erialaspetsiifiline adaptatsiooniprogramm õdedele rakendub Põhja-Eesti Regionaalhaigla psühhiaatrikliiniku 3. osakonnas veebruarist 2022. Valminud programmi alusel hakkavad esialgu juhendama kolm õde, kes osalesid selle välja töötamises terve projekti ulatuses. Arendusprojekti teostamise ajal ei jõutud programmi piloteerida kahel põhjusel - projekti teostamise jooksul alles töötati välja adaptatsiooniprogrammi sisu ning antud ajavahemikul ei tulnud osakonda ka uusi õendustöötajaid, kelle peal programmi jooksvalt katsetada.

Jaanuaris 2022 lõpetavad õenduse põhiõppe kaks 3. osakonna abiõde, kelle peal välja töötatud programmi veebruarist 2022 esimesena piloteeritakse. Sama perioodi jooksul on vajalik välja töötada tagasisideküsimustikud programmi läbinud õdedele ning nende juhendajatele. Märtsis 2022 kogutakse esmane tagasiside mõlematelt osapooltelt. Programmi kasutatakse ja tagasisidet kogutakse kuni september 2022 lõpuni, jooksvalt planeeritakse tagasiside põhjal võimalikke parendusi. Selle aja jooksul teostatakse põhjalikum ülevaade õenduse residentuuri- ja üleminekuprogrammidest, vajadusel läbi isikliku kontakti olemasolevate programmide eestvedajatega. Eesmärgiks oleks tutvuda juba toimivate programmide õppekavadega, ülesehitusega.

Muudatuste planeerimises osalevad juhendamise tegelevad õed ja õendusjuht. Septembrist novembrini 2022 teostatakse muudatused erialaspetsiifilises adaptatsiooniprogrammis õdedele (sisu, pikkus), novembrist 2022 piloteeritakse esimesel võimalusel täiendatud programmi. Sisuliselt jätkub eelneva protsessi kordamine Demingi PDSA tsüklite kaudu, võttes eesmärgiks noviitsist eksperdiks teekonna järjepidev pikendamine programmis. Erialaspetsiifilist adaptatsiooniprogrammi õdedele on plaanis pidevalt edasi arendada, sh kaasata programmi uute juhendajate koolitamine.

4. TULEMUSED

4.1. Erialaspetsiifiline adaptatsiooniprogramm õdedele

Programm säilitatakse digitaalsel kujul psühhiaatriakliiniku ühises andmebaasis s-kettal. Programm printitakse ka välja ning on vormistatud raamatu kujul. Käesolevas töös on programm esitatud arendusprojekti lisades eri osadena, lihtsustamaks nende üles leidmist:

- tiitelleht, sisukord ja eessõna - vt lisa 2,
- programmi sisu kirjeldus - vt lisa 3,
- õppematerjalid on jagatud kaheks osaks - temaatilised materjalid (vt lisa 4) ja näidisjuhtumid küsimustega (vt lisa 5),
- programmi järelsõna - vt lisa 6,
- õppematerjalide koostamisel kasutatud materjalid - vt lisa 7.

Programmi väljatöötamisel arvestati projektimeeskonna muudatusettepanekutega. Patricia Benneri õendusteooria noviitsist eksperdiks ja tõenduspõhised teadusartiklid õenduse residentuuri- ja üleminekuprogrammidest olid aluseks:

- **programmi sihtrühma määratlemisel ehk millistele uutele õdedele suunatud** - programmi otsustati kaasata uued õed, kes pole varasemalt töötanud psühhootiliste häiretega patsientidega, olenemata nende varasemast tööstaažist. Lähtuti põhimõttest, et isegi kui uus õde on töötanud juba aastaid, kuid pole kokku puutunud antud profiiliga patsientidega, on väljaõpe talle vajalik. Benneri järgi on kompetentne õde, kes on töötanud mingis kindlas valdkonnas vähemalt kaks aastat (Benner, 1982: 403). Eelnevalt tulenevalt otsustati programmi mitte rakendada õdedele, kes omavad vähemalt kahe aastast töökogemust psühhootiliste häiretega patsientidega.
- **programmi õppematerjalide teemade valimisel** - tuginedi vaimse tervise õenduse residentuuri- ja üleminekuprogrammides välja toodud teemadele (vt alapeatükk 4.2.).
- **programmi läbimiseks vajalike väljundite määramisel** - lähtuti õe kliinilise kaalutusoskuse arendamisest, mida toodi välja õenduse residentuuri- ja üleminekuprogrammide peamise eesmärgina (Chant ja Westendorf; 2019: 187).
- **programmi väljundite täitmiseks vajalike meetodite määramisel** - meetodite valikul lähtuti minimaalselt edasijõudnud algaja tasemest tulenevate vajadustega juhendamise osas (Benner, 1982: 402). Arvestati nii iseseisva kui ka juhendatud õppimise

vajalikkusega enesearenguks. Väljundite saavutamise meetodid: teooria lugemine (iseseisvalt), praktiline töö (juhendamisel), juhtumite analüüs (juhendamisel+iseseisvalt). Teooriaga tutvumine ja juhtumite analüüsimine kuulub uue õde tööaja sisse.

- **juhendajatele seatud nõuete määramisel** - projektimeeskonnas võeti noviitsist eksperdiks teooriale tuginedes vastu otsus, et juhendajal kui kompetentsel õel peab olema töökogemust psühhootiliste häiretega patsientidega vähemalt kaks aastat. Lisaks peavad juhendajal olema läbitud PERHi üldine “Juhendajate koolitus” ja koolitused “Psühhiaatriakliiniku õendus-hooldustöötaja koolitus tase I ja II”, “VERGE ehk käitumine agressiivse patsiendiga” ning “Esmase psühhootilise episoodiga patsient”.

Õenduse residentuuri- ja üleminekuprogrammidesse olid kaasatud ka arenguestlused, roteerumised teistes osakondades ning nende minimaalse pikkusena toodi välja 12 nädalat (Letourneau ja Fater, 2015: 100; Van Patten ja Bartone, 2019: 63; Painter jt, 2019: 691; Chant ja Westendorf, 2019: 191). Kuna PERHis on olemas toimiv arenguestluste süsteem ei hakatud käesoleva programmi jaoks uut süsteemi välja töötama. Jätkuva COVID ohu tõttu jäeti käesolevalt programmist välja ka roteerumised teistes osakondades. Kuna õenduse residentuuri- ja üleminekuprogrammidesse oli kaasatud rohkem teemasid ning roteerumisi eri osakondades, siis ei tundunud 12 nädala pikkune programm antud hetkel vajalik.

Projektimeeskonnas võeti vastu otsus programmi pikkuse osas - neli nädalat. Programmi pikkuse valikul sai määravaks seni osakonnasiseselt kehtinud uute õdede juhendamise reegel - uus õde töötab esimene kuu aega koos juhendajaga ning peale seda võib töötada iseseisvalt. Nimetatud reegel kehtib kooli lõpetanud õdede juhendamisel. Vajadusel muudetakse tulevikus programmi pikkust, näiteks kui lisatakse roteerumised ja/või rohkem teemasid. Käesolevalt seadis programmi pikkuse osas piirangud ka jätkuv COVID-19 pandeemia, mistõttu on vähem kasutatavaid ressursse.

Projektimeeskonnas võeti vastu otsus koostada programmi väljundite saavutamise jälgimiseks hindamisleht (vt lisa 3, tabel 9). Programmi väljundite täitmisel võib õde asuda iseseisvalt tööle. Kui õde ei saavuta seatud väljundeid tuleb tal programmi korrata. Teistkordsel programmi mitte läbimisel toimub ühisvestlus juhendaja, programmi koostanud õde ja õendusjuhiga edasiste tegevuste osas.

4.2. Erialaspetsiifilise adaptatsiooniprogrammi õppematerjalid

Õenduse ülemineku- ja residentuuriprogrammides osalenud õed tõid enim välja vajadust tunda diagnoose ja ravimeid (San jt, 2010: 106; Cleary ja Happell, 2005: 113; Cleary ja Happell, 2009: 270; Nadler-Moodie ja Loucks, 2011: 480-481; Adams, 2015: 281; Porter jt, 2016: 300; Pelletier jt, 2019: 67; McGuinness jt, 2020: 527-529; Yao jt, 2021: 17-19). Kui õde tuleb tööle täiesti teise profiiliga osakonnast või on äsja kooli lõpetanud, siis on tal olemas üldised teadmised psüühikahäiretest. Seetõttu vajavad nad veel juhendamist spetsiifiliste teadmiste omandamiseks.

Projektimeeskonnas võeti vastu otsus, et uus õde peaks alguses orienteeruma psühhoosi sümptomaatikas, mitte diagnoosides, sest õed ei tegele diagnoosimisega, vaid patsiendi seisundi jälgimisega vastavalt esinevatele sümptomitele. Ravimite osas otsustati keskenduda antipsühhootikumide õigesti manustamise õppimisele ja kõrvaltoimete ära tundmisele, sest see on suur osa õe igapäevasest tööst. Antipsühhootikumide valik ja määramine jäeti teemadest välja, kuna õed ei tegele ravi määramisega.

Valituks osutus seega kolm teemat - psühhoosi sümptomatoloogia, antipsühhootikumide manustamine ja antipsühhootikumide kõrvaltoimed. Antud teemad valiti, kuna kooli lõpetanud õel on olemas baasteadmised ravimitest (manustamine, kõrvaltoimed), mistõttu osakonna profiiliga seotud ehk erialaspetsiifiliste ravimite (antipsühhootikumide) tundma õppimine oleks neile jõukohane ja arendav. Samuti on kooli lõpetanud õel olemas baasteadmised psüühikahäiretest, mistõttu osakonna profiiliga seotud ehk erialaspetsiifiliste haigusnähtude tundma õppimine oleks neile jõukohane ja arendav.

Vastavalt valitud teemadele koostati õppematerjalid. Teoreetilistes materjalides on toodud illustreerivaid näiteid arusaadavuse tagamiseks. Seejärel kinnistatakse teooriat lühikeste näidisjuhtumitega, mida ette antud küsimuste alusel koos juhendajaga analüüsitakse. Paralleelselt teooria omandamisega toimub uuele õele ka praktiline ravimiõpetus antipsühhootikumide manustamisest. Programmi lõpus toimub suuline seminar, kus õde arutleb ette antud juhtumi üle ilma materjalideta. Lõpuseminari juhtumi valivad juhendaja ja programmi koostanud õde ühiselt ehk seda pole materjalidega ette antud.

5. ARUTELU JA JÄRELDUSED

Õed ja õendusjuhid peaksid ühiselt looma turvalist töökeskkonda, mis soodustab kvaliteetse õendusabi pakkumist (Sayers jt, 2015: 718). Projektimeeskonda kaasati nii õendusjuht kui ka osakonnas juhendamise tegelevad õed, sest projekti idee sai alguse omavahelistest vestlustest uute õdede juhendamise parendamisest. Parima tulemuseni jõudmiseks peeti oluliseks huvitatud osapoolte osalust projektis. Planeeritud erialaspetsiifilisest adaptatsiooniprogrammist oli huvitatud ka osakonna juhataja, sest ravimeeskonda kuuluvad nii psühhiaatrid kui ka vaimse tervise õed. Seega koostati projektimeeskond 3. osakonna töötajatest, eesmärgiga parendada ühiselt välja töötatud programmi abil õendusabi kvaliteeti läbi struktureeritud juhendamise.

Projekti läbi viimisel ja kvaliteedi tagamisel järgiti jooksvalt Deming'i PDSA tsükleid (PDSA Cycle, 2021) ning vajadusel liiguti tsüklites tagasi ning tehti parendusi ja/või muudatusi. Arendusprojekti teostamisel oli läbivaks riskiks ajaressurs läbi kõikide tsüklite. Nimetatud risk realiseerus projekti jooksul kokku kolmel korral - projekti ajutine seiskamine (09/2020-09/2021), kogemustlugude kogumise ja tagasisideküsitluse läbiviimise ära jätmise (09/2021). Eelnevast järeldub ajaplaneerimise tähtsus, kuid ka vajadus võtta vastu otsuseid muudatuste tegemiseks projektis kui ajaressurs ja projekti maht muutuvad ebaproportsionaalseteks. Tööprotsessi tagantjärei analüüsid peab välja tooma planeeritud tagasisideküsitluse dubleeriva iseloomu, sest osakonnas juhendamise tegelevad õed kuulusid kõik projektimeeskonda ning projektis tehti muudatusi jooksvalt vastavalt ühiste otsustele. Siit lähtub omakorda planeerimise tsükli olulisus, sest selle jooksul töötatakse välja terve tugiraamistik projekti teostamiseks.

Tõenduspõhine praktika on õenduses arendatavate programmide jaoks mõõdapääsmatu (Chant ja Westendorf, 2019: 189). Projektimeeskonnas tugineti programmi välja töötamisel teoreetiliste lähtekohtadena vaimse tervise õenduse residentuuri- ja üleminekuprogrammidele ning Patricia Benneri õendusteooriale noviitsist eksperdiks. Projektijuht tutvustas teoreetilisi lähtekohti esimesel projektimeeskonna koosolekul ühtse arusaadavuse tagamiseks ning tegi neist meeskonnale kokkuvõtte. Arvestades projekti raames planeeritud tegevuste ajakulukust ja mahtu, võiks tööprotsessi analüüsid välja tuua meeskonnatöö juhtimise kitsaskoha projektijuhi poolt - võib spekuloida, et mõned riskid oleksid olnud maandatud rohkema delegerimisega.

Teaduskirjanduses on välja toodud, et õenduse residentuuri- ja üleminekuprogrammidele tuginedes on võimalik arendada osakonnapõhiseid väljaõppeprogramme (Letourneau ja Fater, 2015: 98). Teadusartiklite analüüsimisel aga selgus, et neis ei anta konkreetseid juhiseid ja/või soovitusi sarnaste programmide välja töötamiseks. Näiteks kuidas valiti kaasatud teemad, milline oli loengute/seminaride ülesehitus, mis järjekorras millegi õpetamist oluliseks peeti jmt. Artiklite sisu oli pigem üldine ja kokkuvõtlik, mistõttu pidi projektimeeskond tõlgendama olemasolevat teoreetilist teavet ning tulemusi ja sobitama endale sobivasse konteksti. Eelnev on küll võimalik, kuid seab liigselt tõlgendamisel teatud määral kahtluse alla tõenduspõhisuse säilimise, mille olulisust rõhutati õenduses arendatavate programmide välja töötamisel.

Õenduse residentuuri- ja üleminekuprogrammide eeskujul on käesolev adaptatsiooniprogramm suunatud juba kooli lõpetanud õdedele ehk noviitsist eksperdikts teooria järgi õdedele alates edasijõudnud algaja tasemest (Benner, 1982: 402). Projektimeeskonna hinnangul on algaja ehk noviitsi tasemel praktikant ja/või abiõde, kes pole veel õenduse põhiõpet lõpetanud, ei oma baastadmiseid õendusest ja ei tohi seeõttu töötada iseseisvalt. Eelnevast tulenevalt ei kaasatud neid ka programmi sihtrühma. Juhendaja soovi korral on lubatud kasutada välja töötatud materjale ka noviitsi tasemel olevate õdede õpetamiseks psühhoosi sümptomite ja antipsühhootikumide kõrvaltoimete osas. Algselt oli planeeritud programm nelja kuu pikkusena, kuid jätkuva COVID-19 pandeemia tõttu on ressursse vähem, ning nii pikka programmi ei peetud osakonnas hetkeolukorras teostatavaks.

Eelnevast tingitult on noviitsist eksperdikts teekond uuele õele osakonnas antud programmiga alustatud, kuid mitte lõpetatud. Oleks ennatlik väita, et kuu ajaga suudab edasijõudnud algaja tasemel olev õde liikuda kompetentse õe tasemele, kompetentsel tasemel olev õde vilunud õe tasemele jne. See eeldaks rohkemate teemade kaasamist ja pikemat programmi. Projektimeeskond näeb programmis osakonna töösse adapteerumise toetusvahendit, mis annab esmased vajalikud teadmised õe professionaalse kaalutusoskuse arendamiseks töös psühhootiliste häiretega patsientidega. Valitud teemad - psühhoosi sümptomid, antipsühhootikumide kõrvaltoimed ning manustamine - on projektimeeskonna hinnangul juba kooli lõpetanud õele jõukohased omandada arusaadaval tasemel esimese kuuga.

Käsitledes õe professionaalset arengut Benneri järgi võiks siiski eeldada, et kõrgemal tasemel olev õde suudab kiiremini uue töökeskkonna ja ülesannetega adapteeruda, mistõttu võib antud programmi riskiks olla ka projektimeeskonna otsus rakendada ühesugust programmi õdedele olenemata nende töökogemusest. Risk seisneks ennekõike väiksema töökogemusega õdedele,

kes võivad kohe vajada pikemat programmi. Riski minimeerimiseks töötati välja programmi hindamisleht. Kui õde ei läbi hindamislehe alusel programmi, peab ta seda uuesti kordama. Lisaks toimuvad antud juhul vestlused juhendaja, programmi koostanud õe ja õendusjuhiga esinenud probleemidest. Seega on hindamislehtede kasutamine lisainfoks programmis osalenud õdede arenguvajadustest ja aitab neid märgata jooksvalt.

Põhja-Eesti Regionaalhaigla psühhiaatriakliinikus on plaanis hakata arendama õdede veebipõhist moodulõpet. Antud arendusprojekti autor on kaasatud antud moodulõppe välja töötamise. Hetkeseisuga pole veel paigas moodulõppe sisu, toimuvad alles esimesed koosolekud. Käesoleva programmi sisu ja materjale on soovitud kaasata ka planeeritavasse moodulõppesse. Seetõttu esineb võimalus, et arendusprojekti tulemusel valminud erialaspetsiifiline adaptatsiooniprogramm integreeritakse tulevikus suurema moodulõppe osaks. Isegi kui välja töötatud erialaspetsiifiline adaptatsiooniprogramm õdedele algsel kujul enam ei toimi, saab nimetatud moodulõppe arendamisest järeldada, et vajadus selliste programmide järele on olemas ning seda on märgatud ka teistes psühhiaatriakliiniku osakondades.

Arendusprojekti protsessi ja teooria analüüsist saab järeldada, et selle raames töötati välja erialaspetsiifiline programm õdede töökeskkonda adapteerumise toetamiseks. Täidetud on arendusprojekti eesmärk ja seatud ülesanded eesmärgi saavutamiseks. Projektimeeskonna hinnangul on välja töötatud programm sobiv esmase adapteerumise ja psühhootiliste häiretega seotud teadmiste omandamise toetamiseks. Arendusprojekti läbi viimise põhjal võiks soovitada laiaulatuslikuma uurimistöö koostamist vaimse tervise õenduse residentuuri- ja üleminekuprogrammide sisust ja läbiviimisest enne erialaspetsiifilise adaptatsiooniprogrammi edasi arendamist. Arendusprojekti läbi viimise põhjal peaks kaaluma programmi pikendamist tulevikus, vastavalt tagasiside põhjal kogutud parendusettepanekutele, tagamaks juhendamise õdedele noviitsist eksperdiks teekonna terves ulatuses. Vajalik on välja töötada ka tagasisideküsitlus uutele õdedele nende rahulolu hindamiseks programmiga.

Arendusprojekti eesmärk ja selle tulemusel valminud programm toetavad vaimse tervise strateegias välja toodud vajadust arendada vaimse tervise spetsialistide erialaseid teadmiseid (2016: 50-51). Arendusprojekt toetab kvaliteetse õendusabi osutamist ja seeläbi patsientide turvalisust ja heaolu. Arendusprojekti tulemusel valminud erialaspetsiifiline adaptatsiooniprogramm õdedele on osakonnas rakendatav ning edasi arendatav. Programmi piloteerimiseni arendusprojekti teostamise ajal ei jõutud, antud ajavahemikul ei tulnud osakonda tööle uusi õdesid. Plaanipäraselt rakendub erialaspetsiifiline programm õdede töökeskkonda adapteerumise toetamiseks veebruarist 2022.

KASUTATUD KIRJANDUS

Abimaterjal juhile uue töötaja sisseelamise paremaks korraldamiseks. (2021). Regionaalhaigla.

Adams, S. (2015). APNA's Transitions in Practice (ATP) Certificate Program: Building and Supporting the Psychiatric Nursing Workforce. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 21(4), 279-283.

DOI: 10.1177/1078390315599169 (18.09.2021).

Asber, S. R. (2019). Retention Outcomes of New Graduate Nurse Residency Programs: An Integrative Review. *The Journal of Nursing Administration*, 49(9), 430 - 435.

DOI: 10.1097/NNA.0000000000000780 (02.06.2020).

Benner, P. (1982). From Novice To Expert. *American Journal of Nursing*, 402 - 407.

Chant, K. J., Westendorf, D. S. (2019). Nurse Residency Programs: Key Components for Sustainability. *Journal for Nurses in Professional Development*, 35(4), 185 - 192.

DOI: 10.1097/NND.0000000000000560 (02.06.2020).

Cleary, M., Happell, B. (2005). Promoting a sustainable mental health nursing workforce: An evaluation of a transition mental health nursing programme. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14(2), 109 - 116.

DOI: 10.1111/j.1440-0979.2005.00367.x (02.04.2020).

Cleary, M., Happell, B. (2009). Transition to psychiatric/mental health nursing programs: Expectations and practical considerations. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18, 265-273.

DOI: 10.1111/j.1447-0349.2009.00606.x (18.09.2021).

Cline, D., La Frenz, K., Fellmann, B., Summers, B., Brassil, K. (2017). Longitudinal Outcomes of an Institutionally Developed Nurse Residency Program. *J Nurs Adm.*, 47(7-8), 384-390.

DOI: 10.1097/NNA.0000000000000500 (02.04.2020).

Eesti Keele Seletav Sõnaraamat. (2009).

<http://www.eki.ee/dict/ekss/index.cgi?Q=programm&F=M> (21.10.2021).

Eesti Õigekeelsussõnaraamat. (2018).

<https://www.eki.ee/dict/qs2018/index.cgi?C03=1&Q=spetsiifiline> (21.10.2021).

Haridussõnastik. (2021).

<http://www.eki.ee/dict/haridus/index.cgi?Q=eriala&F=M&C06=et> (21.10.2021).

Hirsijärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. (2004). Uuri ja kirjuta. Tallinn: Medicina

Institute of Medicine. (2011). *The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health*. Washington, DC: The National Academies Press.

<https://doi.org/10.17226/12956>. (10.06.2020).

“Juhi meelespea” uue töötaja sisseelamise kirjeldamiseks. (2021). Regionaalhaigla.

Letourneau, R. M., Fater, K. H. (2015). Nurse Residency Programs: An Integrative Review of the Literature. *Nursing Education Perspectives*, 36(2), 96 - 101
DOI: 10.5480/13-1229 (01.05.2020).

McCrae, N., Askey-Jones, S., Laker, C. (2014). Merely a stepping stone? Professional identity and career prospects following postgraduate mental health nurse training. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2014, 21, 767–773.
DOI: 10.1111/jpm.12131 (09.04.2020).

McGuiness, T. M., Shirey, M. R., Cleveland, C., Richardson, J., Campbell, R., Harper, D. C. (2020). An Innovative Approach for Graduate Education for Psychiatric Nurse Practitioners. *Journal of Professional Nursing*, 36(6), 526-530.
DOI: 10.1016/j.profnurs.2020.08.003 (18.09.2021).

Murray, M., Sundin, D., Cope, V. (2019). Benner’s model and Duchscher’s theory: Providing the framework for understanding new graduate nurses’ transition to practice. *Nurse Education in Practice*, 34, 199-203.
DOI: 10.1016/j.nepr.2018.12.003 (18.09.2021).

Nadler-Moodie, M., Loucks, J. (2011). The implementation of a new-graduate nurse residency training program directly into psychiatric-mental health nursing. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(6), 479 - 484.
DOI: 10.1016/j.apnu.2011.03.002 (02.04.2020).

Nursing Theories: Open Access Articles on Nursing Models and Theories. Current Nursing. https://currentnursing.com/nursing_theory/Patricia_Benner_From_Novice_to_Expert.html (13.09.2021).

Painter, J., Sebach, A. M., Maxwell, L. (2019). Nurse Practitioner Transition to Practice: Development of a Residency Program. *The Journal for Nurse Practitioners*, 15(9), 688 - 691.
DOI: 10.1016/j.nurpra.2019.05.003 (01.06.2020).

Pelletier, L. R., Vincent, C., Woods, L., Odell, C., Stichler, J. F. (2019). Effectiveness of a Psychiatric–Mental Health Nurse Residency Program on Retention. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 25(1), 66 - 75.
DOI: 10.1177/1078390318807968 (02.04.2020).

PDSA Cycle. The W. Edwards Deming Institute. <https://deming.org/explore/pdsa/> (11.10.2021).

Porter, V., Ham, C., Grealish, L. (2016). Transition to Practice Program. A New Direction for Recruiting and Retaining Enrolled Nurses in Mental Health. *Journal for Nurses in Professional Development*, 32(6), 299-305.

DOI: 10.1097/NND.0000000000000296. (18.09.2021).

Procter, N., Beutel, J., Deuter, K., Curren, D., Champion de Crespigny, C. F., Simon, M. (2011). The developing role of Transition to Practice programs for newly graduated mental health nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 17(3), 254 - 261.

DOI: 10.1111/j.1440-172X.2011.01932.x (26.03.2020).

Puntil, C. (2009). New Graduate Orientation Program in a Geriatric Psychiatric Inpatient Setting. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(1), 65 - 80.

DOI: 10.1080/01612840590883690 (02.04.2020).

Rahvusvahelise Õdede Nõukogu eetikakoodeks õdedele. (2006). Rahvusvaheline Õdede Nõukogu. Genf: Rahvusvaheline Õdede Nõukogu.

San, N. G., Kessler, L., Srivastava, R., Dusek, J., Duncan, D., Tansey, M., Jeffs, L. (2010). Growing Practice Specialists in Mental Health: Addressing Stigma and Recruitment with a Nursing Residency Program. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 23, 101 - 112.

DOI: 10.12927/cjnl.2010.21750 (02.04.2020).

Sayers, J., Lopez, V., Howard, P. B., Escott, P., Cleary, M. (2015). The Leadership Role of Nurse Educators in Mental Health Nursing. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(9), 718 - 724.

DOI: 10.3109/01612840.2015.1033040 (26.03.2020).

Sõnaveeb1. Eesti Keele Instituut. (2021).

<https://sonaveeb.ee/search/unif/dlall/dsall/eriala/1> (21.10.2021).

Sõnaveeb2. Eesti Keele Instituut. (2021).

<https://sonaveeb.ee/search/unif/dlall/dsall/adaptatsioon/1> (21.10.2021)

Tervishoiuteenuste korraldamise seadus. (RT I 2001, 50, 284; 09.05.2001)

<https://www.riigiteataja.ee/akt/118062021008> (21.10.2021).

Vaimse tervise strateegia 2016 - 2025. (2016). Eesti vaimse tervise ja heaolu koalitsioon.

https://vatek.ee/wp-content/uploads/2016/04/Vaimse_tervise_heaolu_strateegia_2016-2025_3_0.03.2016.pdf (01.06.2020).

Van Patten, R. R., Bartone, A. S. (2019). The impact of mentorship, preceptors, and debriefing on the quality of program experiences. *Nurse Education in Practice*, 35, 63 - 68.

DOI: 10.1016/j.nepr.2019.01.007. (02.06.2020)

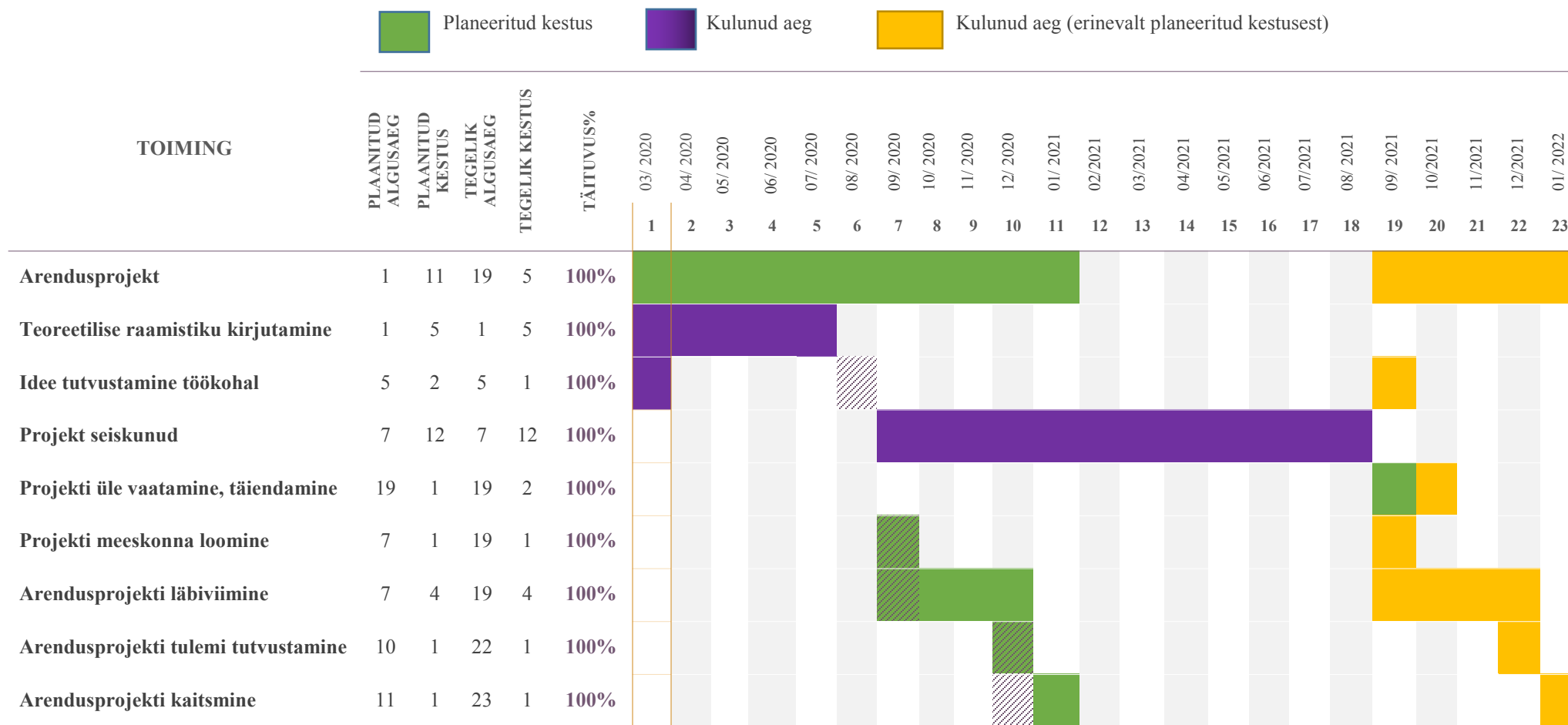
Yao, X., Cheng, G., Shao, J., Wang, Y., Lin, Y., Zhang, C. (2021). Development and implementation of a standardized training program for newly graduated mental health nurses: Process and preliminary outcomes. *Nurse Education Today*, 104(3), 1-22.

DOI: 10.1016/j.nedt.2021.104953 (18.09.2021).

LISAD

Lisa 1

Lisa 1. Gantti graafik



Lisa 2. Erialaspetsiifilise adaptatsiooniprogrammi tiitelleht, sisukord ja eessõna

Erialaspetsiifiline adaptatsiooniprogramm õdedele

Koostanud: Aili Annuk, RN, usaldusõde

Programmi tegemist toetanud meeskond:

Allan Kari, RN, osakonna õendusjuht

Piret Tolk, MD, osakonna juhataja

Hettel Sarv, RN, usaldusõde

Martti Kajasalu, RN, usaldusõde

Põhja-Eesti Regionaalhaigla

Psühhiaatriakliinik

III osakond

2022

SISUKORD

| | |
|--|----|
| EESSÕNA..... | 3 |
| ERIALASPETSIIFILISE ADAPTSIOONIPROGRAMMI SISU..... | 5 |
| 1. POSITIIVSED SÜMPTOMID..... | 8 |
| 1.1. Luulumõtted..... | 8 |
| 1.2. Meelepetted ehk hallutsinatsioonid..... | 13 |
| 1.3. Mõttekäigu vormilised häired..... | 14 |
| 1.4. Desorganiseeritud käitumine ja katatonia..... | 18 |
| 2. NEGATIIVSED, KOGNITIIVSED JA AFEKTIIVSED SÜMPTOMID..... | 21 |
| 2.1. Negatiivsed sümptomid..... | 21 |
| 2.2. Kognitiivsed sümptomid..... | 22 |
| 2.3. Afektiivsed sümptomid..... | 24 |
| 3. ANTIPSÜHHOOTIKUMIDE MANUSTAMINE JA KÕRVALTOIMED..... | 27 |
| 3.1. Antipsühhootikumide manustamine..... | 27 |
| 3.2. Antipsühhootikumide motoorsed kõrvaltoimed..... | 29 |
| 3.2.1. Ekstrapüramidaalsümptomid..... | 29 |
| 3.2.2. Tardiivne düskineesia..... | 31 |
| 3.3. Maliigne neuroleptiline sündroom..... | 32 |
| 3.4. Antipsühhootikumide mittemotoorsed kõrvaltoimed..... | 33 |
| 4. NÄIDISJUHTUMID KÜSIMUSTEGA..... | 35 |
| 4.1. Psühhoosi sümptomatoloogia..... | 35 |
| 4.2. Antipsühhootikumide kõrvaltoimed..... | 42 |
| JÄRELSÕNA..... | 49 |
| KASUTATUD ALLIKAD..... | 50 |

EESSÕNA

Kallis kolleeg!

Käesolevates materjalides saate ülevaate erialaspetsiifilise adaptatsiooniprogrammi läbiviimisest ja selle käigus omandatavatest teemadest - psühhoosi sümptomatoloogia, antipsühhootikumide manustamine ja enamlevinud kõrvaltoimed. Oleme valinud alustuseks just need teemad, kuna psühhoosi sümptomite, nende ravis kasutatavate ravimite manustamine ja kõrvaltoimete ära tundmine on väga oluline osa meie igapäevatööst. Materjalide eesmärgiks on toetada teie sisseelamist osakonna töösse, pakkudes olulist ja adekvaatset kliinilist informatsiooni, mis on aja kokkuhoiu mõttes koondatud ühte kompaktsesse allikasse.

Psühhoosi esinedes on tugevasti häiritud inimese võime aru saada teda ümbritsevast reaalsusest (Neuroleptikumid, 2010). Psühhoos on defineeritud kui erinevate sümptomite kogum (Freudenreich, 2020: 1-2), tegemist ei ole eraldiseisva diagnoosiga. Psühhoosi sümptomite tundmine on vajalik nii patsiendi hetkeseisundi hindamiseks kui ka seisundi hindamiseks dünaamikas. Antipsühhootikumide kõrvaltoimete tundmine on oluline kõikidele ravimeeskonna liikmetele, lisaks peab üksteisest eristama sümptome ja kõrvaltoimeid.

Õde näeb patsienti osakonnas erinevates olukordades, mitte ainult ravimite jagamisel ja protseduuride tegemisel, näiteks tegevusteraapias, ühistegevustes, söögiaegadel ja muudes vabalt valitud tegevustes, sh suhtluses kaaspatsientidega. Patsiendi käitumise jälgimine annab kasulikku informatsiooni, eriti siis, kui patsient rääkida ei soovi. Oskuslikuks käitumise jälgimiseks on aga vajalik teada, mida üldse jälgitakse. Peab mees pidama, et sümptomid ei avaldu alati selgepiirilisel ning inimestel esinevad erinevad sümptomid, psühhoosi esinedes ei pea avalduma kõik järgnevatest sümptomitest.

Psühhoosi sümptomid võib jagada nelja suuremasse kategooriasse: positiivsed, negatiivsed, kognitiivsed ja afektiivsed. Positiivsed sümptomid on luulumõtted, meeletused, mõttekäigu häired, desorganiseeritud käitumine ja katatoonia. Negatiivsed sümptomid saab jaotada kaheks dimensiooniks - emotsionaalsuse vähenemine (aloogia ja afekti tuimenemine) ning motivatsiooni vähenemine (avolitsioon, anhedoonia ja asotsiaalsus). (Freudenreich, 2020: 1, 378). Positiivsed sümptomid ei tähenda, et tegemist oleks millegi heaga, nende korral on inimese tavapärasele olekule lisandunud midagi juurde. Negatiivsete sümptomite korral on

Lisa 2 järg

inimese tavapärasest olekust justkui midagi ära kadunud. Kognitiivsed sümptomid on seotud keskendumise, tähelepanu ja täidesaatvate funktsioonidega. Afektiivsed sümptomid on seotud meeleoluga, näiteks ärevus, ärritumine, pingetunne, süütunne, muretsemine, ka meeleolu alanemine. (Psühhopatoloogia, 2021).

Käesolevas programmis keskendutakse ravimitest antipsühhootikumidele kui peamistele psühhooosi ravis kasutatavatele ravimitele. Lisaks neile kasutatakse psühhooosi ravis ka meeleolustabilisaatoreid, rahusteid ning isegi antidepressante. Antipsühhootikumid ehk neuroleptikumid on psühhooosi ravis kasutatavad ravimid. Käesolevates materjalides kasutatakse edaspidi väljendit antipsühhootikumid. Antipsühhootikumid on jagatud vanemasse ja uuemasse põlvkonda vastavalt nende kasutusele võtmise aja järgi. (Freudenreich, 2020: 171). Eristatakse esimest (vanemat) ja teist (uemat) põlvkonda: (Neuroleptikumid, 2010)

- Esimesse põlvkonda kuuluvad vanemad ehk tüüpilised antipsühhootikumid, tuntumad on haloperidool, flufenasiin, flupentiksool, kloorpromasiin, kloorprotikseen, levomepromasiin, melperoon, perfenasiin, zuklopentiksool, sulpiriid.
- Teise põlvkonda kuuluvad uuemad ehk atüüpilised antipsühhootikumid, tuntumad on aripiprasool, klosapiin, amisulpiriid, olansapiin, kvetiapiin, risperidoon, sertindool, ziprasidoon.

Teooria tundmine on vaimse tervise õe töös väga oluline. Eriaspetsiifilise adaptatsiooniprogrammi jooksul saate ülevaate psühhooosi sümptomitest, antipsühhootikumide enamlevinud kõrvaltoimetest ja antipsühhootikumide manustamisest. Selleks koostasime teoreetilised materjalid koos näidetega. Lisaks lahendate näidisjuhtumeid ning arutlete nende üle koos juhendajaga. Eesmärgiks on teie kliinilise kaalutlusoskuse arendamine töös psühhootiliste häiretega patsientidega. Oleme väga rõõmsad, et olete oma uueks töökohaks valinud psühhiaatriakliiniku ning toetame teid igati küsimuste tekkimisel.

Teadmisterohket adapteerumist soovides,

III osakonna personal

Lisa 3. Erialaspetsiifilise adaptatsiooniprogrammi sisu

Tabel 4. Erialaspetsiifilise adaptatsiooniprogrammi sisu

| | |
|-------------------------------|---|
| Kestvus | 4 nädalat |
| Juhendaja | Määrab õendusjuht |
| Programmi tutvustamine | Juhendaja ja programmi koostanud õde. |
| Nõuded juhendajale | <ol style="list-style-type: none"> 1. Töökogemus psühhootiliste häiretega patsientidega vähemalt 2 aastat. 2. Läbitud PERHi üldine "Juhendajate koolitus". 3. Läbitud koolitus "Esmase psühhootilise episoodiga patsient". 4. Läbitud koolitus "Psühhiaatrikliiniku õendus-hooldustöötaja koolitus tase I ja II". 5. Läbitud koolitus "VERGE ehk käitumine agressiivse patsiendiga". |
| Sihtrühm | <ol style="list-style-type: none"> 1. Uued õed, kellel puudub varasem töökogemus psühhootiliste häiretega patsientidega - kehtib nii äsja lõpetanud kui ka juba pikema töökogemusega õdedele. 2. Uued õed, kes on töötanud psühhootiliste häiretega patsientidega, kuid kelle töökogemus on alla kahe aasta. <p>* Erialaspetsiifilist adaptatsiooniprogrammi ei rakendata uutele õdedele, kes on varasemalt töötanud psühhootiliste häiretega patsientidega üle kahe aasta.</p> <p>* Lubatud rakendada ka õendus- ja ämmaemanduspraktikantide juhendamisel.</p> |
| Eesmärk | Kliinilise kaalutusoskuse arendamine töös psühhootiliste häiretega patsientidega. |
| Eesmärgi saavutamine | Töötab osakonnas koos juhendajaga programmi ajal, iseseisvalt lubatud tööle programmi läbimisel kui täidetud väljundid. |
| Väljundid | <ol style="list-style-type: none"> 1. Tunneb antipsühhootikumide erinevaid ravimvorme, sh nende tähistusi raviskeemis ning oskab neid õigesti manustada. 2. Tunneb psühhooosi sümptomatoloogiat ja oskab hinnata patsiendi seisundit vastavalt esinevatele sümptomitele. 3. Tunneb antipsühhootikumide enamlevinud kõrvaltoimeid ja oskab neid ära tunda. 4. Lõpuseminaris juhtumiarutelus osalemine tuginedes eelnevalt omandatud teadmistele. |
| Väljund 1 | Antipsühhootikumide manustamine |
| Materjalid | Lk 27-29 |
| Aeg omandamiseks | Omandatakse paralleelselt teiste teemadega jooksvalt terve programmi ulatuses. |
| Omandamise viis | Teooria lugemine + praktiline töö. |

Lisa 3 järg

| | |
|-------------------------|--|
| Tegevused | <ol style="list-style-type: none"> 1. Antipsühhootikumide ja ravimikapiga tutvumine: nimetused, ravimikapi süsteem. 2. Raviskeemide lugema õppimine: regulaarsus, erinevad ravimvormid, toimeajad, toimeaine vs firma, doseerimine. 3. Igapäevaselt valmis panna ravimid enda vahetuseks, juhendaja kontrollib üle. |
| Väljund 2 | Psühhoosi sümptomatoloogia |
| Materjalid | Lk 8-26, 35-41 |
| Aeg omandamiseks | 2 nädalat |
| Omandamise viis | Teooria lugemine + juhtumid koos küsimustega. |
| Tegevused | <ol style="list-style-type: none"> 1. Lugeda läbi teoreetiline osa materjalidest. 2. Lugeda läbi lisades olevad juhtumid. 3. Arutleda koos juhendajaga juhtumite lõpus esitatud küsimuste üle.* <p>* Arutamise aeg lubatud kokkuleppel juhendajaga.</p> |
| Väljund 3 | Antipsühhootikumide kõrvaltoimed |
| Materjalid | Lk 29-34, 42-48 |
| Aeg omandamiseks | 2 nädalat |
| Omandamise viis | Teooria lugemine + juhtumid koos küsimustega. |
| Tegevused | <ol style="list-style-type: none"> 1. Lugeda läbi teoreetiline osa materjalidest. 2. Lugeda läbi lisades olevad juhtumid. 3. Arutleda koos juhendajaga juhtumite lõpus esitatud küsimuste üle.* <p>* Arutamise aeg lubatud kokkuleppel juhendajaga.</p> |
| Väljund 4 | Juhtumiarutelu osalemine |
| Materjalid | <ol style="list-style-type: none"> 1. Esitatakse seminaris. 2. Juhtumi valivad ja seminari viivad läbi juhendaja ning programmi koostanud õde. |
| Aeg omandamiseks | Seminari kestvus 45 - 60 minutit. |
| Omandamise viis | Suuline arutelu. |
| Tegevused | <ol style="list-style-type: none"> 1. Tutvuda seminaris patsiendi juhtumiga. 2. Analüüsida patsiendi juhtumit vastavalt programmi jooksul omandatud teadmistele, küsimused esitatakse seminaris jooksvalt. |
| Hindamine | Vastavalt programmi hindamislehele. |

Tabel 5. Hindamisleht

| Antipsühhootikumide manustamine | JAH | EI |
|--|---|--|
| <p>Eristab antipsühhootikume toimeaja alusel: tunneb lühi- ja pikatoimeliste ravimite tähistusi.</p> <p>Eristab antipsühhootikumide erinevaid ravimvorme: tunneb nende tähistusi raviskeemis, oskab manustada vastavalt ravimvormile</p> <p>Annustab õiged kogused: vastavalt raviskeemis ja ravimikarbil olevale infole.</p> | | |
| Psühhoosi sümptomatoloogia | | |
| <p>Tunneb juhtumites ära positiivsed sümptomid, eriti meelepetted ja luulumõtted.</p> <p>Tunneb juhtumites ära negatiivsed sümptomid.</p> <p>Tunneb juhtumites ära kognitiivsed sümptomid.</p> <p>Tunneb juhtumites ära afektiivsed sümptomid.</p> <p>Vastanud küsimustele materjalide abil õigeaegselt, arutlenud koos juhendajaga.</p> | | |
| Antipsühhootikumide kõrvaltoimed | | |
| <p>Tunneb juhtumites ära kõrvaltoimed.</p> <p>Vastanud küsimustele materjalide abil õigeaegselt, arutlenud koos juhendajaga.</p> | | |
| Lõpuseminar | | |
| <p>Arutleb materjalide abita juhtumi üle, tunneb üldiselt sümptome ja kõrvaltoimeid, oskab eristada olulist ebaolulisest.</p> | | |
| <p>Positiivne otsus: üle 50% “JAH”</p> <p>Omandatud esmased baasteadmised tööks psühhootiliste häiretega patsientidega.</p> <p>Negatiivne otsus: üle 50% “EI”. Vestlus juhendaja ja programmi koostanud õega esinenud probleemidest. <u>Programm uuesti läbida.</u></p> <p>Programmi teistkordsel mitte läbimisel vestlus juhendaja, programmi koostanud õe ja õendusjuhiga edasiste tegevuste osas.</p> | <p>Kokku “JAH” <input type="text"/></p> | <p>Kokku “EI” <input type="text"/></p> |

Lisa 4. Teemaatilised materjalid

1. POSITIIVSED SÜMPTOMID

1.1. Luulumõtted

Luulumõtted on tegelikkusega olulisel määral vastuolus olevad üldiselt korrektsioonile allumatud ekslikud veendumused. Patsient ei suuda eristada luulumõtet tavalisest mõttest ning usub neisse ka neid ümber lükkavate tõendite olemasolul. (Diagnostic and..., 2013: 87; Freudreich, 2020: 1, 3, 4). Jagunevad kolme suuremasse kategooriasse: suurus-, depressiivsed ja paranoilised luulud (Psühhopaatoloogia, 2021).

Suurusluulud - nimetatud ka megalomaaniaks (Lönnqvist ja Honkonen, 2000: 105), suurejoonelised ja/või grandioossed luululised veendumused, mis võivad olla seotud nii enda isiku, teiste inimeste või objektidega (Oyebode, 2008: 152); usub, et omab erilisi võimeid või andeid (Isham jt, 2000: 53). Suurusluulude alla kuuluvad näiteks:

- missiooniluul - patsient usub, et on seotud mingi salajase missiooni/ülesandega, mis ei ole veel leidnud lõpplahendust (Oyebode, 2008: 152). Patsient võib ennast pidada spiooniks, salaagendiks, kes on tähtsal missioonil. Näiteks: “Töötan salateenistuse agendina.”, “Olen M17 treeningprogrammis, mina olengi 007”, “Olen praegu väga tähtsal missioonil”. (Isham jt, 2021: 124).
- leidurluul - patsient usub, et on leiutanud ja/või suuteline leiutama midagi äärmiselt olulist; näiteks ehitab masina, millel usub olevat erilisi funktsioone ja peab end seetõttu geeniusseks (Oyebode, 2008: 153), võib ennast pidada tähtsaks leiutajaks (Lönnqvist ja Honkonen, 2000: 105), kes panustab kuidagi ühiskonna arengusse. Näiteks: “Mul on üliarenenud matemaatilised teadmised, sest olen uuestisündinud Albert Einstein.”. (Isham jt, 2021: 125, 130).
- kõrge päritolu luul - patsient usub, et on kuidagi kõrge ühiskondliku staatusega, näiteks tuntud kuulsus (Oyebode, 2008: 152), mingi riigi president (Punkanen, 2007: 69) või omab lihtsalt tähtsaid sidemeid teatud inimestega (Lönnqvist ja Honkonen, 2000: 105). “Mängisin Avengers filmis, tegelikult mina selle välja mõtlesingi”, “Olen kuninganna ja toon maailma rahu.”. (Isham jt, 2021: 124).

Lisa 4 järg

- lembeluul, seksuaalse külgetõmbe luul, erotomaaniline luul - patsient usub vastastiku armastuse esinemisse enda ja kellegi teise vahel. Inimene, kellest patsient räägib, ei ole tavaliselt selle tähelepanu saamiseks midagi teinud, ei pruugi antud isikust isegi teadlik olla. (Oyebode, 2008: 150-151). Luul võib olla suunatud avaliku elu tegelasele, ravipersonali liikmele, tuttavale isikule. Kui luuluga kaasneb ka patsiendi veendumus, et tema omamissoov antud isiku suhtes on õigustatud, võib patsient käituda ohtlikult. (Lönqvist ja Honkonen, 2000: 105). Näiteks: “Kõndisin tänaval, minust möödus üks mees ja teadsin, et meie vahel on midagi, olin kindel, et abiellume.” (Isham jt, 2021: 129).
- võimekusluul - patsient usub, et omab üleloomulikke võimeid (Oyebode, 2008: 152). Näiteks võib patsient uskuda, et tal on telepaatilised võimed, suudab teisi oma mõtetega mõjutada. Patsient võib end pidada kõikvõimsaks, kuigi ei pruugi osata selgitada, kuidas see täpselt väljendub - temas on lihtsalt kindel veendumus, et ta valitseb kõikide olendite üle. Ta võib arvata, et suudab kontrollida ilmastikku või olla ühenduses teiste maailmadega (Lönqvist ja Honkonen, 2000: 105). “Mul on telepaatilised võimed, suudan ennustada tulevikku ja arvan ära lukustatud majade koodid.”, “Suudan informatsiooni telepaatilisel teel üle kanda, ka teistesse maailmadesse.”, “Suudan ajas rännata ja mõttejõul objekte liigutada”. (Isham jt, 2021: 124).
- religioosne luul - usuga seotud luulumõtted (Isohanni jt, 2000: 53). Otsustamine (kas tegemist on luulu või lihtsalt religioosse tõekspidamisega) peab tuginema viisile, kuidas antud uskumusest kinni hoitakse ja tõenditele, mis on esitatud selle toetamiseks. “Olen Messias, jumalasaadik, mu teadvus on ülev.”, “Jumal saadab mulle visioone, ta teeb seda, sest olen Püha Vaimu kehastus maal.”, “Jumal valis mind maailma päästmiseks kurjade jõudude käest, olen väljavalitu.”, “Olen Jeesus, jumala poeg, mul on spirituaalsed võimed maailma parandamiseks.”. (Isham jt, 2021: 124-125).
- rikkusluul - patsient usub, et ta on väga rikas, varakas. Tihti ei suuda patsient öelda, kust rikkus pärit on, ta lihtsalt teab, et see nii on. (Isham jt, 2021: 124-125).

Depressiivsed luulud - depressiivse sisuga luululised veendumused, mis võivad olla seotud nii enda isiku, teiste inimeste kui ka objektide ja/või laiema keskkonnaga üldiselt. Depressiivsete luulude alla kuuluvad näiteks (Psühhopaatoloogia, 2021):

Lisa 4 järg

- vaesusluul - esinevad tihti depressiooni korral. Näiteks: üks patsient oli veendunud, et personal tühendas pidevalt tema rahakotti ja seetõttu ta oligi vaene. (Punkanen, 2007:68; Oyebode, 2008: 154).
- hüpodondriline luul - luulumõtted keskenduvad tervisele ja erinevatele kehafunktsioonidele (Diagnostic and..., 2013: 87). Patsient on veedunud häire füüsilises olemasolus, keskendub ülemääraselt oma kehale ning veendumus püsib ka kahtluste hajutamisest hoolimata (analüüsid, protseduurid). Võivad avalduda veel: kehalõhnade ja halva hingeõhu luuluna, infestatsiooniluuluna (vt järgmine punkt), inetuse ja moondatuse luuluna (düsmorfne luul). Üks patsient uskus, et ta on vett täis ning kartis veega kokku puutuda, uskudes, et sellisel korral sureb. Patsient võib uskuda, et tal on mõni jäse murdunud, isegi kui see tõele ei vasta. (Punkanen, 2007: 69; Oyebode, 2008: 155-156). Patsient võib olla kindel, et tema juuksed langevad välja, nina või rinnad on kuidagi vale kujuga (Lönnqvist ja Honkonen, 2000: 105).
- infestatsiooniluul - keskmes on vääritud, haige, määrdunud olemine. Patsient võib uskuda, et tal on ussikesed ja täid naha all või et ta on täidetud erinevate putukatega. Võivad meenutada taktiilseid meelepeteid. Neil patsientidel on alati mure oma puhtuse pärast. Näiteks üks patsient kirjeldas, kuidas parasiit liikus läbi tema vereringe, tekitades valusid, ning oli kindel, et on väljaheidetega väljutanud punaseid usse ja ühel korral ka rohelist konna. (Lönnqvist ja Honkonen, 2000: 105; Oyebode, 2008: 156-157).
- eitus- ehk nihilistlik luul - reaalne maailm näib olevat patsiendi jaoks kadunud. Näiteks: “Kus olete sündinud?” - “Ma ei olegi sündinud.”, “Kas teil on peavalu või valutab midagi muud?” - “Mul ei ole pead ega keha.”. Näidates neile mingit pilti, tühistavad nad pildil oleva olemasolu. Eitamine võib olla täielik, patsient usub, et midagi pole olemas, kaasa arvatud teda ennast. (Oyebode, 2008: 154). Patsient võib ennast pidada surnuks (Punkanen, 2007: 69).
- huku- ehk katastroofiluul - patsient usub, et maailmas võib peagi juhtuda midagi kohutavat, näiteks maailma lõpp on tulemas või mingi suur ohtlik katastroof (autoripoolne näide).

Lisa 4 järg

- enesesüüdistusluul, patuluul - patsient usub, et on süüdi milleski kohutavas, nt usub, et on sooritanud raske kuriteo, mingi muu andestamatu teo või patu (Isohanni jt, 2000: 53). Võib olla veendunud, et väärrib oma tegude eest surma ning avaldada lähedastele ka nende kohta käivat kummalist informatsiooni (abielu on olnud ebaseaduslik, lapsed on vallaslapsed, ostetud maja on varastatud). Patsient usub, et ta on halb ja kuri inimene, kes on rikkunud oma perekonna elu. Nad võivad uskuda, et on sooritanud andestamatu patu ja lähevad selle eest põrgusse. (Oyebode, 2008: 154).

Paranoilised luulud - patsient usub, et talle soovitakse mingil viisil halba teha. Kahjustajaks võib olla üks inimene, nende rühmitus või objekt. (Diagnostic and..., 2013: 87). Paranoiliste luulude alla kuuluvad näiteks (Psühhopatoogia, 2021):

- tähendusluul - patsient näeb ümbritsevas tähenduslikke märke, näiteks võib tajuda, et teatud liigutused, kommentaarid, ühiskonnas toimuv jmt on suunatud otseselt talle kui sõnum millestki olulisest (Diagnostic and..., 2013: 87). Võib arvata, et televisioonis ja ajalehtedes on kuidagi temale suunatud informatsiooni (Punkanen, 2007: 68).
- kiivusluul ehk truudusetusluul - patsient usub põhjendamatult, et tema partner on olnud truudusetu. Võib esineda isoleerunud luuluna, teisi psühhootilisi sümptome ei pruugi esineda. (Oyebode, 2008: 149). Otsib oletatava kõrvalsuhte kohta tõendeid ning püüab piirata oma partneri iseseisvust, kiivusluuluga võib kaasneda agressiivne käitumine, vägivaldsus (Lönnqvist ja Honkonen, 2000: 105).
- tagakiusamislul - tagakiusamine on üks enamlevinud luulumõtte. Inimene tunneb, et tema elu mõjutatakse kuidagi väljastpoolt ning seda tajutakse valdavalt alati kahjulikuna. (Oyebode, 2008: 148). Näiteks usub patsient, et mingi inimene või inimeste rühmitus soovib talle halba või et kõik teised suhtuvad temasse kuidagi pahatahtlikult. Näiteks: usub, et tema vastu on vandenõu või toimub tagakiusamine (Isohanni jt, 2000: 53). “Minu naaber, tema vend ja venna sõbrad plaanivad mind pesapallikurikaga rajalt maha tõmmata.”, “Putukad kiusavad mind meelega.”, “Osakonna personal plaanib mind rituaalse ohverdamise käigus tappa.”, “Kõik inimesed kuulvad suurde ühendusse Krooniordu ja nad proovivad mind hirmutada, eesmärgiga, et end tapaksin.” (Green jt, 2006: 569).

Lisa 4 järg

- kahjustus- ja mõjustusluul - patsient usub, et teda halvustatakse, ignoreeritakse või eelistatakse temale kedagi teist. Kahjustav tegur võib olla teine inimene, rühmitus kuid ka elutu objekt (nt masin). Patsient võib sellist tagakiusamist kogeda ka ebamäärase mõjujõuna, ning ei oska öelda, kes selle taga on. Patsient võib tunda, et teda mõjutatakse kuidagi talle kahjulikul viisil, nt kas vastavalt käituma või vastavalt mõtlema. Patsient võib uskuda, et tema kehalisi funktsioone mõjutatakse kiiritusega ning et see on osa vandenõust, mille keskmes on tema käitumise ja mõtete kontrollimine. (Punkanen, 2007: 68; Oyebode, 2008: 148, 155). Näiteks: “Inimene, keda viimati 20 aastat tagasi kohtasin, otsustas nüüd mind hulluks ajada, mind mürgitada, rikkuda kõik, millega tegelen.”, “Inimesed on öelnud mu naabritele, et nad jätaksid liiva mu tüdruksõbra ukse taha, lihtsalt selleks, et mulle närvidele käia.”. (Green jt, 2006: 569).
- teisikuluul - patsient usub, et keegi (sageli talle lähedane inimene) on asendatud teisikuga. Tekib tihti just nende inimeste suhtes, kellega patsiendil on tihe emotsionaalne side ning kelle suhtes tunneb luulu tekkimise ajal mingil põhjusel ambivalentust. Patsient võib uskuda, et teine inimene on läbi teinud radikaalsed muutused füüsilises ja psühholoogilises identiteedis ning saanud sootuks uueks inimeseks. Patsient võib uskuda ka iseenda teisikute olemasolusse. Näiteks üks patsient uskus, et tema ema oli ajalõime kaudu paralleeluniversumisse langenud ja asendatud petisega. Patsiendid leiavad oma veendumisele põhjuseid, näiteks “see ei ole minu ema, ta ei seisaks kunagi nii” või “see ei ole minu isa, ta liigub liiga aeglaselt”. (Oyebode, 2008: 151-152).
- jälitusluul - patsient usub, et teda mingil põhjusel jälitatakse. Näiteks: “Autojuhid jälitavad mind, et mulle tee ületamisel otsa sõita.”, “Inimesed jälgivad mind selleks, et mulle halba teha.”. (Green jt, 2006: 569).
- mürgistusluul - patsient usub, et teda soovitakse mürgitada kas toidu, joogi või ravimitega. Tihti usub patsient, et mürgitajaks on kas lähedane inimene või tervishoiutöötaja. (Punkanen, 2007: 68; Rössler jt, 2019: 695).

Patsient võib ka uskuda, et on kaotanud kontrolli oma keha ja mõistuse üle temast olenematutel põhjustel. Näiteks võib patsiendile tunduda, et mingi võõrjõud eemaldab tema mõtteid (mõtete äravõtmine), mingi võõrjõud paneb talle võõraid mõtteid pähe (mõttesisendus)

Lisa 4 järg

või mingi võõrjõud kontrollib tema keha ja käitumist (kontrollimislul). (Diagnostic and..., 2013: 87). Samuti võib patsiendile tunduda, et kuuleb oma mõtteid valjusti öelduna (mõttekaja) (Isohanni jt, 2000: 43).

Luulumõtted võivad täielikult valitseda patsiendi käitumist ja mõtteid (Isohanni jt, 2000: 48), mistõttu on oluline välja selgitada kuivõrd on patsient neist hõivatud. Viimane on vajalik hindamaks patsiendi võimalikku ohtlikkust nii endale kui ka teistele. Psühhoosiline patsient võib olla ettearvamatu käitumisega, sest tema arusaam reaalsusest on tugevasti häirunud, ta tõlgendab enda ümber toimuvat läbi psühhoosiliste elamuste.

Peatüki alguses toodi välja, et luulumõttele on omane selle allumatus korrektsioonile. See tähendab seda, et kui palute patsiendil oma veendumust tõestada või tuua teile näiteid, täpsustada jne, siis patsient ei suuda seda adekvaatselt teha, kuid tema veendumus jääb sellest olenemata püsima. Akuutses faasis luulumõtteid ei vaidlustata, seda saab teha hiljem kui patsiendi seisund on ravi foonil stabiilsemaks muutunud.

1.2. Meelepetted ehk hallutsinatsioonid

Meelepete ehk hallutsinatsioon on eksitaju - esineb taju ilma välise objekti/stiimulita (Freudenreich, 2020: 6). Meelepette korral ei vasta tajuelamus tegelikkusele, tegemist on subjektiivse elamusega (Psühhopaatoloogia, 2021), aga inimene ei suuda neid eristada (Isohanni jt, 2000: 48) ning tajub neid justkui reaalseid. Inimene ei suuda nende esinemist kontrollida ega mõjutada (Diagnostic and..., 2013: 87). Meelepetetega võivad kaasneda luululised tõlgendused (vt näide haistmismeelepette alt) (Psühhopaatoloogia, 2021).

Eristatakse erinevaid meelepeteid:

- kuulmismeelepetted ehk auditiivsed - kõige sagedamini esinevad meelepetted. Avalduvad tüüpiliselt olematu kõne või helidena. Patsient võib kuulda üksikuid sõnu, fraase, kuid ka terveid lauseid ja vestluseid. Tüüpiline näide on kommenteeriv hääl, mis kommenteerib patsiendi käitumist või kordab valjult tema mõtteid. Samuti on tüüpiline, et kaks või enam häält räägivad omavahel patsiendist ja tema tegemistest. Sageli negatiivse ja ebameeldiva sisuga, käskivad, ähvardavad, süüdistavad, hirmutavad, mõnitavad, sisendavad, solvavad. Võivad esineda nii patsiendi jaoks tuttavate kui ka võõraste inimeste hääled. Kuulmismeelepetted võivad olla väga ohtlikud, näiteks kui patsient

Lisa 4 järg

hakkab nende käskluste jms mõjul käituma. (Psühhopaatoloogia, 2021; Isohanni jt, 2000: 48; Freudreich, 2020: 7; Diagnostic and..., 2013: 87).

- nägemismeelepetted ehk visuaalsed - võivad avalduda olematute objektide nägemisena. Nägemismeelepetted võivad olla ebamäärased, avalduda erinevate kujundite, olendite, valgussälvatuste nägemisena. Patsiendid on kirjeldanud näiteks inimestelaadseid olendeid, surnud lähedasi (nähtud elavatena), variolendid/kummitused, teiste peasid puuriv kurjategija, endaga sarnaseid inimesi, tuttava inimese kehata pea, vampiir. Osa patsiente ei pea kogetud nägemismeelepetteid hirmutavateks, aga võivad esineda ka väga häirivad nägemismeelepetted, näiteks surnud inimesed - pooduna. Patsiendid on kirjeldanud nägemismeelepetteid ka ähvardavatena ning koos kuulmismeelepetetega - nt nägemismeelepete räägib, käsib patsiendil enesetappu teha, hirmutab ründamisega. (Psühhopaatoloogia, 2021; Dudley jt, 2012: 370-373).
- puutemeelepetted ehk taktilised - võivad avalduda tundena nagu naha all/peal roomavad putukad, mööda keha jooksevad väikesed loomad. Patsient võib tunda justkui keegi puutuks või riivaks teda aeg-ajalt. Võivad avalduda veidral kujul, näiteks tunne nagu suu oleks karvu täis. (Psühhopaatoloogia, 2021; Cullberg, 1994: 43).
- vistseraalsed meelepetted ehk keha sisemusest pärinevad - tihtipeale raskesti kirjeldatavad, patsiendid on tundnud nagu keegi lõguks nende siseelundeid. Näiteks: keegi istub patsiendi kõhus ja rebib sisikonda; keegi suunab patsiendi suguelundite poole kiirguse, mis tekitab valu. (Psühhopaatoloogia, 2021; Cullberg, 1994: 51).
- maitsemeelepetted ehk gustatoorsed - sageli avalduvad näiteks tundes, et toidul või joogiveel on imelik maitse, mürgimaitse (Psühhopaatoloogia, 2021).
- haistmismeelepetted ehk olfaktoorsed - võivad avalduda näiteks ebameeldiva lõhnana, gaasilõhnana toas. Patsiendid võivad sellest järeldada, et nende korterisse pumbatakse nende kahjustamise eesmärgil mürgiseid gaase. Kirjeldatud on ka kopituse, surma või laiba lõhna tundmist. (Psühhopaatoloogia, 2021; Freudreich, 2020: 10; Cullberg, 1994: 51).

Sarnaselt luulumõtetele, võivad meelepetted osutada nii patsiendi enda kui ka teiste inimeste mõttes ohtlikuks. Kui patsient hakkab tegutsema meelepetete ajal, võib ta teha midagi

kahjulikku nii endale kui kõrvalseisjatele. Seetõttu on ka meeletute ja patsiendi nendest hõivatuse välja selgitamine äärmiselt oluline.

1.3. Mõttekäigu vormilised häired

Mõttekäik/mõtlemine võib olla häirunud kahel viisil - sisuliselt ehk mida patsient räägib ja vormiliselt ehk kuidas patsient räägib. Sisulised häired on seotud jutu sisuga, üheks peamiseks näiteks on eelnevalt kirjeldatud luulumõtted. Antud kategooriasse kuuluvad ka foobiad, sundmõtted ja ülekaalukad mõtted. (Psühhopatoloogia, 2021). Sisulistest häiretest peame teile esialgu oluliseks luulumõtete ära tundmist (vt alapeatükk 1.1.).

Vormilised häired on seotud probleemidega räägitu ülesehituses, vormis. Käesolevas alapeatükis keskendume mõttekäigu vormiliste häirete kirjeldamisele, sest neid esineb psühhooosi korral peaaegu alati. Mõttekäigu vormiliste häirete korral esinevad häired mõistete ja neid tähistavate sõnade kujunemises, tempohäired, mõtlemise seoslikkuse ja sihipärasuse häired. (Oyebode, 2008: 167; Psühhopatoloogia, 2021). Järgnevalt kirjeldatakse eelnimetatud sümptome lähemalt.

1. Häired mõistete ja mõisteid tähistavate sõnade kujunemises:

- neologismid - patsiendi välja mõeldud sõnad, millel on ainult patsiendi jaoks tähendus. Võivad moodustada sõnu suvalistest silpidest või annavad väljakujunenud sõnale/fraasile uue tähenduse, kuid tähendust omab see ainult patsiendile endale. Näiteks: “Ma sain nii vihaseks, et viskasin taldriku selle geshinkeri pihta.”, “Ma lihtsalt mõtlesin kogu asja bawked viisil välja.”, “Patsient ütleb sõna ‘telepaatia’ asemel ‘teletaapia’ (vahetab silpe)”. (Isohanni jt, 2000: 49; Oyebode, 2008: 176; Kuperberg, 2010: 578-579; Freudreich, 2020: 12; Psühhopatoloogia, 2021).
- mõistete väärastus - sõnade tähendus moondub, käibekeeles kasutatavad sõnad omandavad patsiendi jaoks uue sisu (Psühhopatoloogia, 2021). Näiteks: “Patsient ei kasutanud sõna ‘kell’, vaid ütles ‘ajalaev’, ‘pastapliats’ asemel ütles ‘paberiuisik’.” (Kuperberg, 2010: 579).

2. Tempohäired:

- tahhüpsühhism - mõtlemisprotsessi äärmuslik kiirenemine, võib tekkida mõttemaru (*flight of ideas*). Mõtted järgnevad ja lülituvad kiirelt ühelt teemalt teisele. Kõnetempo

Lisa 4 järg

kiire ja mõnikord ka katkematu. Kahe järjestikuse väljendatud idee vahel võib patsiendi jaoks olla seos, kuid mõtlemise eesmärk ei säili pikalt. Näiteks: “Mõeldi, et olen sahvris...peidus...seal on võlukarp. Vaene kallis Catherine, suursugune, kaminavõre, ja istun alati korstna otsas, tahtes rõõmust hõisata.”. (Oyebode, 2008: 172; Jeyasingam, 2013: 361).

- bradüpsühhism - mõtlemisprotsess on aeglustunud, pidurdunud; mõtlemine on küll eesmärgipärane, kuid nii aeglane, et patsiendil ei õnnestu eesmärkideni jõuda. Patsiendil puudub initsiatiiv, spontaansus tegutsemiseks. Küsitud küsimuste üle mõtleb pikalt, kuid ei pruugigi vastata, sest tal ei tule pähe ühtegi mõtet. (Oyebode, 2008: 173; Psühhopatoloogia, 2021). Kui patsient siiski lõpuks vastab, nimetatakse seda latentsiga vastamiseks. Näiteks: küsite patsiendilt küsimuse, kuid mõtleb enne vastamist minuti või kauem.
- tõkestus - ilmnevad ootamatud mõtlemisprotsessi katkemised, mis viitavad mõtete takerdumisele. Näiteks patsient räägib midagi ning jääb lihtsalt poole lause pealt vait. Patsient ei oska seda selgitada, see lihtsalt juhtub ehk see ei ole patsiendi poolt tahtlikult tehtud. (Oyebode, 2008: 176; Sass ja Parnas, 2017: 497; Psühhopatoloogia, 2021).

3. Mõtlemise seoslikkuse häired:

- ataktiline ehk seosetu mõtlemine - üldises mõttekäigus puuduvad loogilised seosed, esinevad vabad assotsiatsioonid. Vabad assotsiatsioonid võivad esineda lausete vahel, kuid ka sama lause sees. (Diagnostic and..., 2013: 88; Freudenreich, 2020: 11). Näiteks: “Mulle meeldib geograafia. Minu geograafia õpetaja oli August. Tal olid mustad silmad. Mulle meeldivad mustad silmad. On veel siniseid ja halle jne värvi silmi.” või “Kuidas on täna enesetunne? - Noh, omakeskis olen hästi, arvestades, millised on hinnad poodides ja et mu korter asub kohe ümber nurga. Hoian vahekohtunike osas silmad lahti, sest see tõesti asub ümber nurga. Muidu ei ole eriti midagi teha.”. (Kuperberg, 2010: 578).
- katkendlik ehk inkoherentne mõtlemine - täielikult desorganiseeritud mõtlemine, sõnadel puudub igasugune loogiline seos (Isohanni jt, 2000: 49; Psühhopatoloogia, 2021). Võib esineda “sõnasalatina” (*word salad*), kus sõnad ei moodusta arusaadavat tervikut. (Oyebode, 2008: 176; Diagnostic and..., 2013: 88). Näiteks: “Elu haiglas oli suurepärase, rongid läksid katki ja tiik kukkus eesukse juurde” või “Nad hävitavad liiga palju kariloomi ja õli seebi tegemiseks. Seepi vajame ainult vette hüppamiseks ja siis kui lähed

bensiini ostma, minu vanemad alati arvasid, kõige parem on mootoriõli ja raha.” (Kuperberg, 2010: 579).

- paraloogiline mõtlemine - irrelevantsete mõtete lisandumine, mõtteprotsessis ja väljendusviisis esinevad ebaloogilised seosed, nimetatud pseudoloogikaks. Näiteks: “Šveitsile meeldib olla vaba. Mulle meeldib olla vaba. Mina olen Šveits.” või “Kas midagi rasket on meelel? - Jah, raud on raske”. Paraloogia võib võtta ka soovitu kuju, näiteks kui õde naeratab patsiendile, siis see patsient võib arvata, et õde on tema armuke. (Leung ja Passmore, 2001: 99; Sam, 2018).
- resoneerne mõtlemine - tühi ja õõnes mõtletegevus (Psühhopaatoloogia, 2021), sisutühi, pseudofilosoofiline (Sass ja Parnas, 2017: 497). Patsient võib olla targutlev, filosoferiv, kuid arutlused ei jõua kuhugi, neil ei ole keset ega sihti ning nad ei aita patsiendil eluga toime tulla, kuigi patsient ise tunneb vastupidist. (autoripoolne näide).
- autistlik mõtlemine - ülemääraselt sisemaailma elamustele suunatud mõtletegevus (Oyebode, 2008: 168; Psühhopaatoloogia, 2021). Patsient justkui unustab välise maailma ning tegeleb ainult enda siseilmaga, isegi kui see võib talle kahjulikuks osutada. Näiteks mõtleb pidevalt enda sees toimuvale, isoleerub kõigist, jätab unarusse enda eest hoolitsemise, patsiendile isegi ei tundu need tegevused enam vajalikud. (autoripoolne näide).

4. Mõtlemise sihipärasuse häired:

- patoloogiline üksikasjalikkus - tarbetult detailirohke mõtlemine (Psühhopaatoloogia, 2021). Näiteks küsides patsiendilt midagi, sisaldab patsiendi vastus nii palju ebaolulisi detaile, et need tõkestavad küsitud küsimusele vastuse saamist. Patsient analüüsib kõikvõimalikke pähe tulnud kõrvalteemasid, enne kui päriselt küsitule vastama hakkab. Vestlus kaldub pidevalt kõrvalteemade juurde ning patsient tunneb vajadust ka kõrvalteemasid selgitada. Lõpuks vastab siiski küsitud küsimusele. (Oyebode, 2008: 174).
- laialivalgusus - mõttekäik kaldub pidevalt ebaoluliste teemade juurde (Psühhopaatoloogia, 2021). Iga mõte võib olla küll järgmisega seotud, kuid üldine eesmärk (mida alguses üldse küsiti) kaob ning patsient ei jõuagi selleni tagasi (Freudenreich, 2020: 11).
- stereotüüpsus - selliste sõnade/fraaside kordamine, mille ei ole konteksti arvesse võttes otsest tähendust. Võib väljenduda ka korduvate sümbolitena kirjades, joonistustes.

Lisa 4 järg

Kasutatakse ka terminit verbigeratsioon ehk sõnade stereotüüpne ja obsessiivne kordamine. Siia alla kuulub ka perseveratsioon - edasiliikuvasse mõttekäiku lükkuvad korduvalt ühetaolised fraasid, mis enamasti on seotud esmase stiimuliga (küsimus, teema) ehk patsient annab esimesele küsimusele õige vastuse. Näiteks küsitakse patsiendi elukohta, vastab õigesti (nt Rowley Reig). Küsides edasi järgmise küsimuse, näiteks, et kellega ta koos elab, vastab patsient ikka Rowley. (Oyebode, 2008: 176-177; Psühhopatoloogia, 2021).

Mõttekäigu vormiliste häirete esinemise korral võib olla patsiendist raske aru saada tema väljendusviisi segasuse tõttu. Kuna saame mõttekäiku hinnata läbi selle, mida ja/või kuidas inimene ütleb, nimetatakse seda ka desorganiseeritud kõneks. Raskete juhtumite korral võib kõne kui selline olla kaotanud oma kommunikatiivse funktsiooni ehk patsiendist ei ole loogiliselt võimalik aru saada. (Freudenreich, 2020: 10). See ilmnes paljudes eespool toodud näidetes selgelt. Lisaks näitas antud alapeatükk kuivõrd kaootiliseks võib muutuda psühhootilise inimese mõtlemine. See on väga oluline meeles pidada kui suhtlete antud patsientidega.

1.4. Desorganiseeritud käitumine ja katatoonia

Desorganiseeritud käitumine on termin, mida kasutatakse iseloomustamiseks veidrat ja omapärast käitumist. Näiteks maneersus, stereotüüpsus, grimasside tegemine, suvalistelt hetkedel karjumine või naermine, mille tõttu jääb patsient teistele silma, sest tema käitumine rikub tahtmatult sotsiaalseid norme või loogikat. Patsiendi võib olla lapselik, ebasobiv või rumal arutluse all oleva teema suhtes ning muutuda kiiresti. (Freudenreich, 2020: 13). Desorganiseeritud käitumine võib avalduda riietuses ja välimuses, näiteks riietub kas kohale/ilmale ebaharilikult või kasutab kummalisi võtteid oma välimuse muutmiseks. Võib avalduda sotsiaalsuses ja seksuaalses käitumises, näiteks masturbeerib avalikult. Võivad tekkida korduvad ja stereotüüpsed käitumismustrid, näiteks mõtleb välja rituaale ja tegevusi, mida pidevalt uuesti sooritama peab. (Isohanni jt, 2000: 54).

Katatoonia sisaldab laia ulatusega psühhomotoorseid ebanormaalsusi, mis ulatub liiga vähesest liikuvusest liigse liikumiseni. Näiteks: (Punkanen, 2007: 69; Oyebode, 2008: 407-408; Freudenreich, 2020: 13-14; Psühhopatoloogia, 2021)

1. Hüpokineetilised ehk seotud liikuvuse ebanormaalse vähenemisega:

Lisa 4 järg

- katatoonne stuupor - motoorne liikuvus on märkimisväärselt aeglustunud või on patsient täiesti liikumatu ja ei kontakteeru ümbritseva keskkonnaga. Nimetatud ka jäigastumiseks. Raskel juhul võib patsient olla täiesti liikumatu, mistõttu ei suuda ka süüa ega juua.
 - katatoonne mutism - patsient räägib väga vähe või üldse mitte. Mutism ehk kõnetus võib olla täielik, kuid ka selektiivne - patsient ei pruugi rääkida teatud olukordades või teatud inimestega.
 - kataleptiline hoiak - patsient jääb teatud poosidesse, isegi kui need on tema jaoks ebamugavad. Näiteks katatoonne rigiidsus kui patsient säilitab mingit poosi ka siis kui seda on püütud teiste inimeste poolt muuta. Harvaesinevaks seisundiks võib olla vahajas paindlikkus, mille korral saavad teised muuta patsiendi poose ja patsient jääb neisse poosidesse, mida säilitab pikema aja vältel. Jäseme liigutamisel jääb mulje nagu oleks see vahast. Harvaesinev katatooniline hoiak on veel näiteks psühholoogiline padi - pikali olles hoiab patsient pead mitme sentimeetri kõrgusel voodist ja see võib kesta tunde.
 - jõllitamine - patsient vaatab ainiti enda ette, ei vaata üldse enda ümber; pilgutab vähem silmi.
2. Hüperkineetilised ehk seotud liikuvuse ebanormaalse suurenemisega:
- katatoonne motoorne rahutus - motoorne aktiivsus ilma stiimulita ning sihi/eesmärgita ehk puuduvad välised ärritajad, mis võiksid patsiendi käitumist mõjutada. Võib avalduda üksikutest impulsiivsetes liigutustes kuni kontrollimatu agressiivse käitumiseni. Patsient ei suuda seda kontrollida, ta lihtsalt ei suuda olla vaikselt ega paigal.
 - stereotüüpsus - korduvad eesmärgipäratud liigutused, näiteks edasi-tagasi kõigutamine, plaksutamine, aga sõnade/lausete kordamine.
 - maneersus - eesmärgipärased tahtlikud tegevused ja/või käitumismustrid, mis paistavad kummalised või ülepakutud, nt saluteerimine, valeaktsendiga rääkimine. Patsient võib väita, et ei ole nende tegemisest teadlik või siis selgitada neid läbi luulumõtete.
 - kajanähud - kajafenomen, patsient kordab spontaanselt kuuldut või nähtut, jäljendades kõnet, miimikat, liigutusi. Siia alla kuuluvad ehopraksia ehk kajaliigutused, patsient jäljendab käitumist, isegi siis kui paluda seda mitte teha; ekolaalia/ehholaalia ehk

kajakõnelemine, patsient kordab sõnu, lauseid; ekomiimia ehk kajamiimika, patsient jäljendab teise miimikat.

3. Sümptomid, mis avalduvad n-ö esile kutsumisel:

- automatism - nimetatud ka automaatseks kuuletumiseks. Sellisel juhul järgib patsient iga korraldust sõna-sõnalt, robotlikult. Patsient ei suuda korraldust mitte täita, isegi juhul, kui korraldus võiks olla valulik, näiteks: ütlete patsiendile, et ta näitaks keelt, sest soovite seda nõelaga torgata. Automatismi esinemisel täidab patsient teie käsu, hoolimata sellest, et reaalselt oleks see talle kahjulik tegevus.
- negativism - patsient keeldub ülevaatuses/vestlusest ilma selge põhjuseta.
- ambitendents - esinevad vastandlikud impulsid käitumises, patsient ei suuda otsustada, kuidas peaks käituma. Võib katsetada nii, et palute patsiendil mitte oma korraldusi täita ja vaatate kas suudab neid mitte teha. Näiteks sirutate käe surumiseks välja, aga ütlete, et ta seda ei teeks.

Katatoonsed sümptomid jäävad tihti peale tähelepanuta, sest neid esineb võrreldes teiste sümptomitega harvem. Kui märkate juba ühte katatoonset sümptomit, siis vaadeldge patsienti ka teiste suhtes. (Freudenreich, 2020: 14). Mida rohkem aega patsientidega koos veedate, seda paremini õpite tundma ja märkama nende käitumismustreid ning ka esialgu raskelt hoomatavate sümptomite ära tundmist. Kui teil tekib kahtlus mõne sümptomi esinemise suhtes, kuid te pole endas kindel, siis pöörduge alati julgelt kolleegide poole.

2. NEGATIIVSED, KOGNITIIVSED JA AFEKTIIVSED SÜMPTOMID

2.1. Negatiivsed sümptomid

Negatiivsete sümptomite korral normaalsed psüühilised funktsioonid nõrgenevad või isegi kaovad (Isohanni jt, 2000: 47). Need väljenduvad tava- ja ootuspäraste funktsioonide vähenemises ehk miski, mis peaks olemas olema, justkui kaob ära. Negatiivsed sümptomid jaotatakse kaheks dimensiooniks (emotsionaalsuse ja motivatsiooni vähenemine) ning nad jagunevad omakorda viieks valdkonnaks. (Freudenreich, 2020: 375).

Emotsionaalsuse vähenemine:

- aloogia - sõnavara vaesumine, nii sõnade vähesus kui ka nende sisutühjus. Patsient võib rääkida äärmiselt vähe, spontaanne kõne on häirunud, jääb hätta endaga toimuva kirjeldamisel, ei leia sõnu, kasutatav sõnavara piiratud. (Stahl, 2000: 18; Freudenreich, 2020: 376). Näiteks: vastab väga lühidalt, isegi ühe sõnaga, ei kommenteeri vastuseid; võib kasutada palju sõnu, kuid neis sisaldub vähe informatsiooni, varieeruvust. (Isohanni, jt 2000: 49, 57). Lause alustades võib poole pealt unustada, mida öelda tahtis (Avasta tulevik, 2005: 11).
- afekti tuimenemine - afekti puudumine ehk emotsioonide väljendamise tuimenemine. Näiteks: hääletoon võib olla monotoonne, patsient väldib silmsidet ja näitab ainult vähesel määral välja emotsioone (pidevalt justkui tõsise olekuga - ei väljenda ei rõõmu ega kurbust jmt). Häirunud on ka mitteverbaalne kommunikatsioon, näiteks kasutab vähe žeste. (Stahl, 2000: 18; Freudenreich, 2020: 376). Kasutatakse ka termineid 'hüpopaatia' ja 'tundeelu tuimenemine', mis viitavad samuti emotsionaalse eneseväljenduse intensiivsuse märkimisväärsele vähenemisele ja emotsionaalse reaktiivsuse alanemisele (Oyebode, 2008: 345).

Motivatsiooni vähenemine:

- anhedoonia - võimetus tunda naudingut, rõõmu. Näiteks: patsient kirjeldab, et varem meeldinud tegevused ei paku enam huvi (Stahl, 2000: 18; Oyebode, 2008: 346; Freudenreich, 2020: 376), mistõttu eemaldub regulaarsetest meelistegevustest. Vähenenud on võime kogeda positiivseid emotsioone (Psühhopatoloogia, 2021). Avaldub nii kõnes, käitumises, miimikas, elustiilis kui ka patsiendi kirjeldustes oma sisemistest kogemustest. (Oyebode, 2008: 356). Tekivad raskused lähedaste suhete loomisel, nii

perekonnas, sõpradega kui ka romantilises mõttes; patsiendi seksuaalsoov väheneb, ta ei tunne sellest enam rahuldust (Isohanni jt, 2000: 59).

- avolitsioon - tahte ja motivatsiooni puudumine, raskused eesmärgipäraste tegevuste alustamisel. Näiteks: patsient kirjeldab, et tegevusi alustada on raskem, üldse millegi tegemiseks/tegemise alustamiseks kulub rohkem vaimset energiat. Eesmärkide püstitamine väheneb, sh ka lihtsate igapäevaste nagu voodist tõusmine, kodu korrastamine Ette võetu tihti ebaõnnestub, sest neil puudub püsivus tegevuse reaalseks sooritamiseks. Tegevuste etteplaneerimine ja läbimõtlemine tunduvad liigse pingutusena ja nende läbiviimine võimatuks. (Stahl, 2000: 18; Avasta tulevik, 2005: 11; Freudenreich, 2020: 376).
- asotsiaalsus - sotsialiseerumise vastu huvi puudumine. Näiteks: patsient on teistest inimestest/tegevustest eemaldunud/nüristunud hoiakuga; ta ei naudigi enam sotsiaalset suhtlust, mistõttu muutub see üha harvemaks (Freudenreich, 2020: 376)

Negatiivsed sümptomid võivad patsiendi toimetulekut märkimisväärselt halvendada, sest motivatsiooni ja tahte puudumine raskendab tulemuste saavutamist. (Freudenreich, 2020: 375-376). Kaovad initsiatiiv, uudishimu, väljendub ka miimika ja kehakeele muutumises. Just motivatsiooni ja tahte puudumise tõttu on negatiivsed sümptomid patsiendi toimetulekule halvava mõjuga. Kui patsiendil ei ole ning ei teki soovi oma tervise nimel pingutada, siis saavad kõrvalseisjad (lähedased, ravipersonal jt tugisüsteemi osad) aidata ainult kuni teatud piirini. Seetõttu ei tohi negatiivseid sümptome alahinnata ning tähelepanuta jätta - need ei kao iseenesest.

2.2. Kognitiivsed sümptomid

Kognitiivsed sümptomid on sageli olemas enne psühhoosi vallandumist ning jäävad püsima ka psühhoosi kroonilises faasis. Alguses võivad positiivsed ja/või negatiivsed sümptomid olla tugevamad ja raskendada seeläbi kognitsiooni hindamist. Osakonnas viivad kognitsiooni hindamise teste läbi valdavalt kliinilised psühholoogid. See aga ei tähenda, et õde ei saaks või ei peaks antud sümptomitele tähelepanu pöörama, vastupidi - ka vaatlusel saab informatsiooni patsiendi kognitiivse võimekuse kohta. Nagu varem öeldud, näeb õde patsienti väga erinevates olukordades ja tegevustes, mistõttu on õel mitmeid võimalusi patsiendi

kognitsiooni hindamiseks. Oluline ei ole ainult see, mida patsient teeb, vaid ka kuidas ta midagi teeb.

Osakonnas patsiendiga midagi koos tehes/patsienti vaadeldes jälgige:

- Tähelepanu - tähelepanu hoidmine ja jagamine, keskendumine, valvsus. (Freudenreich, 2020: 387). Tähelepanu häirimist peetakse üheks peamiseks kognitiivseks sümptomiks (Bowie ja Harvey, 2006: 532). Patsientidel on tihti raskuseid uue informatsiooni omandamise, meelde jätmisega ja/või oluliste faktide selekteerimisega infovoolust (Isohanni jt, 2009: 50). Kui pikalt suudab patsient valitud tegevuses püsida? Kui tegevus eeldab erinevate asjade tegemist, kas patsient tuleb nendega toime? Kas patsient järgib ette antud juhiseid? Kuidas patsient tegevusele keskendub? Kas keskendub terve tegevuse või väsib mingil hetkel? Kui jah, siis kui kiiresti patsiendi tähelepanu hajub? (autoripoolsed näited).
- Täidesaatvad funktsioonid - kognitiivsed protsessid, mis on vajalikud oma käitumise kontrollimiseks, suunamiseks. Patsiendil võivad esineda raskused eesmärgipäraste tegevustega, prioritseerimisega. (Bowie ja Harvey, 2006: 533-534). Patsient ei suuda planeerida oma tegevusi ja/või panna lahendamist vajavad probleemid tähtsuse järjekorda. Ei tule toime oma emotsioonide reguleerimise ja käitumise juhtimisega ehk võib käituda impulsiivselt, mõtlematult (stiilis “tegutsen enne, mõtlen hiljem”). Ei kohane hästi muutustega, sest muutused nõuavad temalt teistsuguseid käitumuslikke reaktsioone. Antud paindumatu mõtlemine saab tihti takistuseks töökoha hoidmisel, patsiendil puuduvad adekvaatsed probleemilahendusoskused. (autoripoolsed näited).
- Sotsiaalne kognitsioon - patsient ei suuda alati õigesti ära tunda teiste emotsioone või reaktsioone, mis viib raskusteni sotsiaalsete olukordade tõlgendamisel (Bowie ja Harvey, 2006: 533). Patsient ei pruugi õigesti aru saada näoilmetest ja hääletoonist. Patsient ei pruugi aru saada teiste mõtetest ega tunda nendega seotust. Sotsiaalse kognitsiooni häirimine segab tugevalt patsiendi sotsialiseerumist ja seetõttu võib kannatada igapäevaelu kvaliteet. (Green jt, 2015: 620, 627).

Tihtipeale ilmnevad probleemid kognitsiooniga alles siis kui neile esitatakse mingi väljakutse (Freudenreich, 2020: 388). Seetõttu on oluline patsienti haiglaravi ajal kaasta erinevatesse tegevustesse, saamaks võimalikult laiahaardelist ülevaadet tema tervislikust seisundist. Peab

meeles pidama, et kõiki sümptome ei ole alati võimalik kohe vestlusel välja selgitada ning patsiendi käitumise jälgimisel (sh erinevates tegevustes) on sama oluline roll kui temaga vestlemisel. Kindlasti jälgida muutuseid kognitiivsetes sümptomites seisundi hindamisel haiglaravi jooksul.

2.3. Afektiivsed sümptomid

Patsiendi emotsioone hinnatakse, lähtudes välistest ilmingutest, näiteks naermine, nutmine, viha, hirmunud välimus (Oyebode, 2008: 341). Afektiivsed sümptomid on emotsioonid/emotsionaalsed reaktsioonid, mis on ülemäärased ja/või liigselt püsivad ning võivad seeläbi põhjustada häirivaid subjektiivseid vaevuseid, häirida patsiendi tegevusi, toimetulekut (Psühhopatoloogia, 2021), sh teisi inimesi tema ümber. Hinnatakse samuti meeoleu, patoloogilised muutused võivad avalduda kurbuse või rõõmu intensiivistumisena (Oybeode, 2008: 346).

Psühhoosi ajal saame eristada agressiivseid ja depressiivseid/ärevaid sümptome:

- Agressiivsed - vaenulikkus, verbaalne agressiivsus, füüsiline agressiivsus, ründamine, enesevigastamine (sh suitsiidkatse), süütamine ja/või teistmoodi esemete tahtlik kahjustamine, impulsiivsus ja ebasobiv seksuaalne käitumine (Stahl, 2000: 21). Psühhootiline patsient võib käituda ettearvamatult, tulenevalt oma terviseseisundist. Ta võib olla vaenulik ja/või agressiivne tulenevalt psühhootilistest sümptomitest, kuid ka näiteks haiglaraviga seotud piirangutest tema valikuvabadusele või patsiendi tõlgendustest temaga toimuvale. Impulsiivsus võib avalduda nii käitumises kui ka sõnades, ründamine võib avalduda ka pideva ähvardamisena (näiteks ähvardab personali vägivallaga kui ei saa soovitud). Ebasobiv seksuaalne käitumine võib avalduda valimatutes seksuaalsuhetes ja/või ebasobivates ettepanekutes võõrastele. Haiglaravil olles võib patsient näiteks teha vastavaid ettepanekuid personalile või isegi füüsiliselt läheneda, katsuda. (autoripoolsed näited).
- Depressiivsed/ärevad - depressiivsus, ärevus, süütunne, pingetunne, ärritus, muretsemine (Stahl, 2000: 21). Depressiivsus võib tekkida kui patsiendi terviseseisund ei parane ja patsient hakkab mõistma selle tagajärgi oma elule (Freudenreich, 2020: 399). Ka psühhoosi möödumisele võib järgneda depressiivne periood, millesse tuleb suhtuda tõsiselt. Psühhootiline patsient võib oma olemuselt olla ärev ja/või pinges psühhootiliste

sümptomite tõttu. Näiteks kui patsient kuuleb pidevalt ähvardavaid kuulmismeelepetteid või on hõivatud tagakiusamislulust. Süütunne võib tekkida psühhoosi möödumisel, eriti siis, kui patsient on psühhoosilistel ajenditel midagi teinud, näiteks kedagi rünnanud, solvanud, tekitanud rahalisi võlgnevusi jmt. (autoripoolsed näited).

Emotsioonide ja meeleoluga seotud mõisted, mida võite dokumentatsioonis kohata:

- düsfooria - patsient muutub kiiresti rahulolematuks, ärrituvaks, pahuraks (Oybeode, 2008: 345), kirjeldamisel kasutatakse väljendit 'düsfooriline'. Ärritumise põhjused ei ole alati teistele arusaadavad, võivad tuleneda patsiendi psühhoosilistest tõlgendustest temaga toimuvale. Näiteks: patsient muutus düsfooriliseks, sest sai teada haiglaravi pikendamise (konkreetne põhjus). Näiteks: patsient muutus osakonnas ootamatult düsfooriliseks, hiljem vestlusel selgus, et patsiendile tundus nagu teised patsiendid tahaksid talle halba teha (psühhoosiline tõlgendus). (autoripoolsed näited).
- afektlabiilsus - ootamatud ja kiired muutused emotsionaalsuses, mis on väliste stiimulitega nõrgalt või mitte üldse seotud. Näiteks naerab ja nutab vaheldumisi, muutub agressiivseks. (Isohanni jt, 2000: 50).
- eutüümne meeleolu - normaalne, tavapärane meeleolu. Ei esine ülemäärast meeleolu kõrgenemist ega alanemist. (Psühhopatoloogia, 2021).
- ambivalents - ühel hetkel esineb koos kaks vastandlikku emotsiooni (Psühhopatoloogia, 2021). Sellisel juhul ei suuda patsient otsustada sobiva tegutsemisviisi üle, näiteks patsient võib olla ambivalentne haiglaravi jätkamise osas. (autoripoolne näide).
- eufooria - ülemäärane ja põhjendamatu rõõmsameelsus, mis võib avalduda äärmuslikku lustlikkusena, võib näida ka kohatu ja kummaline (Oybeode, 2008: 347).
- emotsionaalne inadekvaatsus - patsiendi emotsioonid ei ole vastavuses tema kõne, mõtete või ka olukorraga (Psühhopatoloogia, 2021). Näiteks võib patsient rääkida soovist ennast ära tappa naeratus näol, rääkida millestki tõsisest/halvast löbustatud toonil (autoripoolne näide).
- apaatia - osavõtmatu ja ükskõikne emotsionaalne toon või olek, patsient ei näita välja emotsionaalseid reaktsioone (Psühhopatoloogia, 2021).
- mania - ei ole eraldiseisev sümptom, vaid sümptomite kogum, siia alla kuuluvad näiteks ebatavaliselt kõrgenenud meeleolu/enesehinnang, impulsiivsed teod (rahakulutamine,

Lisa 4 järg

ebavajalike asjade suurtes kogustes ostmine), vähenenud unevajadus ilma väsimiseta, kergesti ärritumine, mõttekäigu kiirenemine, tahteaktiivsuse ebaproduktiivne tõus. Mania esineb veel bipolaarse häire korral. (Kuidas bipolaarset..., 2021; Psühhopatoloogia, 2021).

Psühhoosi ajal puuduvad patsiendil “pidurid”, mis takistaks neil pähe tulevaid asju välja ütlemast ning nad võivad olla väljakutsuva, kohati provotseeriva käitumisega. Nad võivad käituda ilma tagajärgedele/sobilikkusele mõtlemata. Näiteks võib patsient kommenteerida personali välimust või teha märkuseid/küsida küsimusi nende eraelu kohta. (Freudenreich, 2020: 388). Kunagi ei tohi unustada, et inimene, kes niimoodi käitub, ei kontrolli antud hetkel oma käitumist haiguse tõttu. Patsiendipoolseid solvanguid ei tohi võtta isiklikult ning kindlasti ei tohi neile “samaga vastata” - viimane on näide äärmuslikust ebaprofessionaalsusest. Enesekehtestamine ilma patsiendi väarikust alandamata peab olema meie sõnade ja käitumise aluseks. Kui tunnete, et ei saa tekkinud olukorraga enam hakkama, siis pöörduge kolleegide poole abi saamiseks.

3. ANTIPSÜHHOOTIKUMIDE MANUSTAMINE JA KÕRVALTOIMED

3.1. Antipsühhootikumide manustamine

Antipsühhootikume manustatakse suu kaudu (tabletid, valmislahused) või lihasesiseste süstidena kas lühi- või pikatoimeliste preparaatenäidena (Isohanni jt, 2000: 85). Ravimeid skeemi alusel valmis pannes tuleb olla tähelepanelik, millise ravimvormi, toimeaine, doosi, millise toimeaja ja regulaarsusega ravimi on raviarst patsiendile määranud. Küsimuste tekkimisel pöörduge kohe kolleegide poole abi saamiseks. Kui te pole kindel, millise ravimiga on tegu, siis seda patsiendile anda ei tohi! Järgnevas alapeatükis esitatud näited on autori koostatud ja tuginevad praktilisele töökogemusele.

Toimeaeg - lühitoimeline, pikatoimeline. Lühitoimeline tähendab seda, et toimeaine vallandub kiiresti peale manustamist ja pikatoimelise korral vallandub toimeaine aeglaselt (ehk pikema aja jooksul). Lühitoimeliste ravimite korral ei tehta sellest skeemi eraldi märget. Märge tehakse juurde ainult pikatoimelise ravimi määramisel, märked on: prolongeeritud, XR, SR. Vastav info on alati olemas ka ravimikarpidel.

Näide: skeemis on kirjas kvetiapiin 50mg. Leiate ravimikapist nii 25mg kui ka 50mg kvetiapiinikarbid. Kuna skeemi ei ole tehtud märget prolong, XR või SR, siis teate, et peate andma lühitoimelist kvetiapiini. Vaadates ravimikarpe näete, et 25mg kvetiapiin on tavaline (ehk lühitoimeline), aga 50mg kvetiapiin on prolongeeritud. Seega annate patsiendile kaks 25mg lühitoimelist kvetiapiinitabletti.

Depooravimid - saadaval on ka pikatoimelised lihasesisesed süstid, mida nimetatakse depooravimiteks, neid tähistatakse traditsiooniliselt deconate, depot, dec, dep. Uuema põlvkonna depooravimitel võib olla teistsuguseid tähistusi, näiteks firmanimedega järgi Abilify Maintena ja Xeplion on mõlemad pikatoimelised depooravimid. Kahtluse korral lugege alati enne ravimi infolehte või küsige kolleegilt abi.

Näide: skeemis on kirjas, et patsiendile tuleb manustada S. Cisordinol Acutard 50mg. Ravimikapist leiate S. Cisordinol Depot 200mg. Depot lõpu järgi teate, et leitud ravim on pikatoimeline, aga skeemis oleva ravimi juures ei ole pikatoimelisuse märget. Sellest järeldate, et Depot ja Acutard ei ole sama toimeajaga. Küsite kolleegilt ning saate teada, et neil on küll sama toimeaine, aga erinevad toimeajad - Depot on pikatoimeline ja Acutard lühitoimeline. Seega ei saa ühte teisega asendada.

Lisa 4 järg

Toimeaine versus firma- skeemis võib olla ravim märgitud nii toimeaine kui ka firma nimega. Patsiendile võib anda teise firma ravimit **kui toimeaine (ja toimeaeg) on sama**. Tähelepanelik tuleb olla ka sarnaste nimetuste korral.

Näide 1: skeemis on kirjas T. Zyklor 15mg, aga ravimikapist te seda ei leia. Saate teada, et antud ravimi toimeaineks on aripiprasool. Kapis on olemas T. Aripiprazole Teva 15mg, mille karbil on märgitud toimeaineks samuti aripiprasool. Sellisel juhul võite anda teise firma ravimi, sest neil on sama toimeaine ja toimeaeg.

Näide 2: skeemis on kirjas 200mg kloorpromasiini. Teile tuleb meelde, et keegi nimetas kloorpromasiini ka aminasiiniks. Leiate kapist firma T. Amisan 200mg. Kõla ja doosi järgi tunduvad sarnased, kuid paraku on tegemist erinevate ravimitega. T. Amisan toimeaineks on amisulpiriid. Seega antud ravimeid asendada ei tohi.

Ravimvorm - tablett, valmislahus, lihasesisene süst:

- tabletid märgitakse skeemi kujul: T., näiteks T. Olansapiin. Osad tabletid on ka suus sulavad, neid nimetatakse disperseeruvateks ja tähistatakse SolTab.
- valmislahus märgitakse skeemi kujul S. või gtt (gutta ehk tilgad), näiteks S. Risperidoon - kasutate risperidooni valmislahust. Kui ravim on määratud tilkadena, siis 'gtt' tähistab tilkade arvu, näiteks S. Haloperidol 15 gtt - tilgutate ravimitopsi 15 tilka haloperidooli. Tilkade või valmislahuse korral tuleb neid lahjendada veega - kindlat vee kogust ei ole tavaliselt määratud, kuid üldiselt antakse selliselt määratud ravimeid 30ml ravimitopside sees.
- Lihasesisene süst - märgitakse skeemi kujul S. ja i/m (ehk intramuskulaarselt), näiteks S. Haloperidol Dec 50mg i/m või S. Olansapiin 10mg i/m.

Doos - antipsühhootikumede märgitakse skeemi kas milligrammides (mg), milliliitrites (ml) või tilkades (gutta) vastavalt määratud ravimvormile. Alati jälgige, milline on määratud doos, ning vastavalt sellele, kui palju on mingit ravimit vaja panna. Lahuste puhul võib olla vajalik doos välja arvutada.

Näide 1: skeemi on määratud 20mg olansapiini, kapist 20mg olansapiini ei leia, küll aga on olemas 10mg olansapiin - panete kaks tabletti.

Näide 2: skeemi on määratud risperidiooni 3mg, aga ravimvormiks on märgitud S. Vaadake ravimikarpi: S. Rispen karbil on kirjas 1mg/ml, seega teate, et annate valmislahust 3ml (=3mg).

Regulaarsus - raviskeemi lugedes puutute ravimi nime, vormi ja doosi järel kokku ka märgetega nagu x1, x2, x3. Need tähistavad ravimi andmise regulaarsust, ehk x1 = 1 kord päevas, x2 = 2 korda päevas ja x3 = 3 korda päevas. Tihti märgitakse skeemi hoopis tähised H, L, Õ, mis tähistavad hommikut, lõunat ja õhtut. Kui ei ole märgitud teisiti, siis x2 tähistab ravimi andmist hommikul ja õhtul; x3 hommikul, lõunal ja õhtul; x1 regulaarsuse juurde on alati märgitud, millal seda täpselt anda tuleb. Erisuste korral märgib raviarst need alati skeemi, näiteks võib x2 määratud ravimit anda ka hommikul ja lõunal või lõunal ja õhtul. Kui arst soovib ravimi andmist n-õ regulaarsete ravimieegade vahelisel ajal, siis märgib ta ravimi juurde kindla kellaaja.

Näide 1: T. Seroquel XR 600mg, kell 18:00 - annate ravimi kell 18:00.

Näide 2: T. Aripiprazole 15mg x 1 H - annate ravimi hommikuste ravimite jagamise ajal.

Näide 3: T. Olansapiin 10mg x2 - annate ravimit hommikuste ja õhtuste ravimite jagamise ajal.

Näide 4: T. Kvetiapiin 12,5mg x 2 H ja L - annate ravimit hommikuste ja lõunaste ravimite jagamise ajal

Eelnevast võite järeldada, et ravimite jagamisel individuaalsetesse ravimikarpidesse peate olema väga tähelepanelik. Samuti tuleb jälgida, et panete määratud ravimid õigesti lahtrisse ning ennekõike - et annate need õigesti inimesele. Vajadusel kontrollige ravimid peale jaotamist üle ja/või laske need üle vaadata kolleegil. Küsige kolleegidelt alati täpsustavaid küsimusi, tehke endale märkmeid, sest see lihtsustab õppimise protsessi.

3.2. Antipsühhootikumide motoorsed kõrvaltoimed

3.2.1. Ekstrapüramidaalsümptomid

Antipsühhootikumide motoorsete kõrvaltoimete alla kuuluvad ekstrapüramidaalsümptomid (kasutatakse lühendit EPS): akuutne düstoonia, akatiisia ja parkinsonism. Akuutne düstoonia ja akatiisia võivad tekkida juba peale esimesi doose (näiteks paari päeva või nädala jooksul), parkinsonismi sümptomid kujunevad aga pikema aja jooksul (nädalad, üldiselt esimesed

Lisa 4 järg

kuud). EPS mõju ravisoostumusele on negatiivne, sest patsient võib nende tõttu katkestada ravi. EPS põhjustanud ravimi lõpetamisel sümptomid tavaliselt taanduvad. (Freudenreich, 2020: 185-187).

Akuutsele düstooniale on iseloomulikud erinevate lihasgruppide tahtele allumatud kokkutõmbed, mis hõlmavad üldiselt ülakeha, pead ja kaela, sh kukalt ja silmi. (Isohanni jt, 2000: 92; Freudenreich, 2020: 185). Patsient võib võtta kummalisi poose, kaelal võib olla ebanormaalne asend (tortikollis). Võivad esineda keele protrusioon ja trism (suu oleks justkui lukustunud, lõualuud rigiidsed). (Diagnostic and..., 2013: 711; Psühhopaatoloogia, 2021). Esineda võib ka larüngospasm (Isohanni jt, 2000: 93) ehk kõri obstruktsioon/kõrikramp, mis väljendub raskustes rääkimisel ja sisse hingamisel. Larüngospasm võib olla ohtlik seisund!

Patsiendid on akuutse düstoonia ajal kurtnud krambitunnet, “pea keerlemise” tunnet, silmade pöörlemist, tikke või keele “välja ulatumist” (Freudenreich, 2020: 188). Pea keerlemise all ei ole siinkohal mõeldud pearinglust, vaid patsiendid on tundnud justkui “pea keerleks otsas ringi”. Keele protrusioon ehk “välja ulatamine” võib välja näha nagu keel tahakski suust välja tulla. (autoripoolsed näited). Tikid on kiired ja korduvad ebarütmilised motoorsed tegevused, mis võivad avalduda silmapilgutuste, kaelatõmbluste, näogrimasside, peatõmbluste, õlakehitustena (Tikid, 2021). Kui märkate patsiendi juures selliseid sümptome, siis on oluline sellest teavitada ka raviarsti, sest tegemist võib olla kõrvaltoime esinemisega.

Akatiisia on subjektiivselt tajutud sisemine rahutus, mis on siiski vaatlusel sedastatav ja avaldub patsiendi motoorses aktiivsuses. Subjektiivselt tunneb patsient sisemist rahutust, võimetust lõdvestumiseks, sündi pidevalt liikuda, pinget, ärevust ja kärsitust. Vaatlusel võib patsient tammuda, liigutada keha ette-taha, teha käte-jalgadega korduvaid liigutusi ja ei suuda rahulikult ühe koha peal istuda. (Isohanni jt, 2000: 93; Freudenreich, 2020: 185, 189; Psühhopaatoloogia, 2021).

Patsiendid on kirjeldanud akatiisiat kui tunnet, mis ajab neid kogu aeg kõndima, ei lase rahulikult istuda ega pikali olla. Paigal olles jalad pidevalt liiguvad, näiteks kas tammub ühe koha peal või istudes väristab jalgu, vahetab pidevalt jalgade asendit. (Diagnostic and..., 2013: 711). Kui märkate patsiendi juures selliseid sümptome, siis on oluline sellest teavitada ka raviarsti, sest tegemist võib olla kõrvaltoime esinemisega. (autoripoolsed näited).

Parkinsonismi (siinkohal: ravimparkinsonism) korral esineb klassikaline triaad kolmest sümptomist: (Psühhopaatoloogia, 2021)

- **Bradükineesia** korral võivad avalduda vähenenud võime liigutuste alustamiseks, liigutuste üldine vähesus (sh käte liigutamise vähenemine kõndimisel), vähenenud spontaanne aktiivsus ja pehme monotoone hääl.
- **Rigiidsuse** korral avalduvad enamasti käte ja jalgade ning küünarliigese rigiidsus.
- **Treemor** avaldub rütmiliselt, enam väljendunud just puhkeseisundis ja väheneb tegutsemisel.

Rasketel juhtudel võib esineda ka akineesia ehk liigutamisevõime kaotus (Isohanni jt, 2000: 91; Diagnostic and..., 2013: 709). Ravimparkinsonismi korral võib patsient liikuda jalgu lohistades, peaaegu kukkuda ilma käsi kukkumise tõkestamiseks ette sirutamata. Vestlusel võivad nad istuda lahti vajunud suuga, võib esineda süljevoolus, puhkeasendis avalduda treemor, vajada abi toolilt püsti saamiseks. (Freudenreich, 2020: 190). Ravimparkinsonismi kergematel juhtudel võib patsient jätta depressiivse mulje ning on oht kõrvaltoimete ja psühhooosi negatiivsete sümptomite segamini ajamiseks. Ravimparkinsonismi on osades allikates nimetatud ka akineetiliseks depressiooniks. (Isohanni jt, 2000: 91-92; Freudenreich, 2020: 190). Kui märkate patsiendi juures selliseid sümptome, siis on oluline sellest teavitada ka raviarsti, sest tegemist võib olla kõrvaltoime esinemisega.

3.2.2. Tardiivne düskineesia

Antipsühhootikumide mootorsete kõrvaltoimete alla kuulub tardiivne düskineesia, mis on antipsühhootikumide pikaajalise kasutamise (kuud, aastad) võimalik kõrvaltoime. Tardiivse düskineesia välja kujunemisel on seda raske ravida ehk tekkinud sümptomid võivad olla pöördumatu iseloomuga. 'Tardiivne' tähistabki 'hilist' algust. (Freudenreich, 2020: 185-186, 191).

Tardiivse düskineesia korral esinevad tahtele allumatud korduvad liigutused, ennekõike kaelas, näolihastes ja jäsemetes (Psühhopaatoloogia, 2021), kõige sagedamini suu- ja näopiirkonnas (Isohanni jt, 2000: 93). Patsiendi liigutused võivad olla kiired, ebaregulaarsed (võimatu on vaatlusega ette ennustada nende intervalli), mõnikord on täheldatud ka väänlevaid ja aeglaseid liigutusi. Liigutused võivad tihti esineda näos (keele protrusioon, mälumisliigutused, silmade pilgutamine, grimasside tegemine), kuid ei piirdu ainult antud

piirkonnaga. Nende sõrmed võivad olla pidevas liikumises (justkui mängiks klaverit), ülakehas esinevad tahtele allumatud liigutused võivad jätta mulje nagu teeks patsient veidraid tantsuliigutusi. (Diagnostic and..., 2013: 712; Freudenreich, 2020: 192). Antud sümptomite võimalikku pöördumatut iseloomu arvestades võite järeldada kui negatiivselt mõjutavad need patsiendi toimetulekut ja enesehinnangut.

3.3. Maliigne neuroleptiline sündroom

Maliigset neuroleptilist sündroomi (lühend MNS) on nimetatud ka EPS äärmuslikuks vormiks. Kliiniline pilt tekib kiiresti - tundidest päevadeni (Freudenreich, 2020: 196) ja meditsiinilise sekkumiseta võib lõppeda surmaga (Isohanni jt, 2000: 93). MNS on neuroloogiline seisund, mis vajab kohest sekkumist. Mitte mingil juhul ei tohi MNS ajal jätkata patsiendile antipsühhootikumi manustamist! (Freudenreich, 2020: 197).

Primaarsed sümptomid - palavik, lihasrigiidsus ja teadvuseseisundi hägustumine. (Freudenreich, 2020: 185-186, 196; Psühhopatoloogia, 2021). Temperatuuri äärmuslik tõus ehk kõrge palaviku tekkimine viitab termoregulatsiooni häirumisele ning on oluline MNS-i indikaator. Üldine lihasrigiidsus, mida on kirjeldatud "*lead pipe*" - rigiidsus ei kao ka jäseme liigutamisel, tunda püsiv jäikus. Teadvuseseisundi hägustumine varieerub, patsient võib olla segaduses, agiteeritud, uimane, delirioosne, avalduda võib stuupor, äärmuslikul juhul võib patsient langeda koomasse. (Berman, 2011: 41; Diagnostic and..., 2013: 710).

Lisasümptomid - patsient higistab tugevasti, vereanalüüsides ilmneb CK (kreatiniini kinaas) tõus kuni neli korda üle referentsväärtuse ülemise piiri, vereanalüüsides esineb leukotsütoos (ehk valgevereliblesid on üle normi), hemodünaamilised näitajad muutuvad ebastabiilseks, näiteks patsient võib olla tahhükardiline, vererõhk olla kõikuv (hüpertensioon, hüpotensioon), tekkida tahhüpnöe (rohkem kui 50% normväärtusest). Esineda võivad düsfaagia, treemor, inkontinentsus, süljevoolus, akineesia, düsartria, mutism. (Berman, 2011: 42; Diagnostic and..., 2013: 710; Freudenreich, 2020: 185-186, 196; Psühhopatoloogia, 2021).

Kui märkate patsiendi juures selliseid sümptome, siis on oluline sellest teavitada ka raviarsti, sest tegemist võib olla kõrvaltoime esinemisega. Ärge unustage, et maliigne neuroleptiline sündroom on eluohtlik seisund, kahtluste tekkimisel küsige kohe abi kolleegilt. Juhinduge alati põhimõttest, et ei ole olemas rumalaid küsimusi!

3.4. Antipsühhootikumide mittemotoorsed kõrvaltoimed

Sedatsioon ehk uimasus võib olla tugev ning patsiendi toimetulekut häiriv. Tugeva uimasuse korral võib patsient näiteks enamuse päevast magada või pikutada. Negatiivsete sümptomite esinemise korral halvendab antipsühhootikumidest tekkiv uimasus patsiendi enesetunnet veelgi. Patsiendid on kirjeldanud, et hommikuti ärgates oleks justkui pohmelli tunne. (Freudenreich, 2020: 202). Pidevalt uimane patsient tunneb end väsinult, sageli liiga väsinult, et üldse tegevustes osaleda (Isohanni jt, 2000: 91-92).

Kui näete, et teil on osakonnas patsient, kes pidevalt palatis pikutab, siis tuleks temalt uimasuse ja väsimuse kohta uurida. Küsige kindlasti, millal on uimasuse tunne suurem - kas pidevalt päeva jooksul või peale ravimite võtmist? Küsimustega peate proovima eristada uimasust kui kõrvaltoimet psühhoosi negatiivsest sümptomaatikast. Mingil määral on võimalik seda ka objektiivselt jälgida - kuidas käitub patsient enne ravimite võtmist ja kuidas pärast?

Kehakaalu tõus on problemaatiline nii üldtervise kui ka ravisoostumuse seisukohast (Freudenreich, 2020: 203). Kehakaalu tõus võib olla minimaalne kuid ka ekstreemne (Psühhopaatoloogia, 2021), näiteks klosapiini ja olansapiini foonil on uuringutes täheldatud isegi 4kg kaalutõusu 10 nädalaga (Freudenreich, 2020: 203). Antipsühhootikumid tõstavad söögiisu, praktikas on täheldatud, et patsientidel tekib just isu süsivesikute ja kõrge kalorsusega jookide järele. (Isohanni jt, 2000: 94; Psühhopaatoloogia, 2021).

Kehakaalu kontrolli all hoidmiseks motiveerige patsiente osalema igapäevaselt võimlemises, pakkuge abi näiteks trenniplaani koostamiseks statsionaarse ravi tingimustes ning abistage patsienti selle järgimisel. Tuletage meelde psühhoosi sümptomite mõju inimese planeerimis- ja keskendumisvõimele! Nõustamine tasakaalustatud toitumisest on kindlasti vajalik, kuid selleks peab patsient olema piisavalt stabiilses seisundis. Vajadusel on võimalik haigla köögist tellida eridieete, näiteks vähendatud süsivesikute sisaldusega ja/või tervislikke vahepalasid nagu õunad, banaanid. Trenniplaani ei pea, tihtipeale ei saagi, olla midagi suurejoonelist ning rasket - ideaalis oleks see järk-järgult kasvava koormusega. Patsient võiks alustada näiteks aias jalutamisest, võib kasutada sammulugeja abi või leppida kokku kindel arv tiire, mille patsient aias teeb. Osakonnas on olemas ka velotrenažöör ning isiklikuks kasutamiseks mõeldud võimlemismatid.

Lisa 4 järg

Metaboolsed muutused võivad olla ohtlikud - kehakaalu tõustes suureneb rasvkoe hulk, välja võib kujuneda metaboolne sündroom, mis väljendub kõrges veresuhkrus, hüpertensioonis ja düslipideemias. Suureneb risk haigestuda kardiovaskulaarhaigustesse ja diabeeti. Pirnikujuline alakõht on ohumärgiks sisemisest rasvumisest, kuid metaboolsed muutused võivad tekkida ka patsiendil, kes ei ole ülekaaluline. (Freudenreich, 2020: 203-204).

Hüperprolaktineemia ja seksuaalsed häired. Prolaktiini suurenemisega seotud kõrvaltoimed: libiido langus, anorgasmia, günekomastia (rinnanäärmete suurenemine), galaktorröa (iseeneslik piimaeritus), erektiilne düsfunktsioon, menstruaatsioonide ebaregulaarsus, vähenemine või lakkamine. (Isohanni jt, 2000: 94; Freudenreich, 2020: 205).

Kardiaalne toksilisus. Antipsühhootikumid võivad põhjustada eluohtlikke arütmiaid ja neist tingitud äkksurma. EKG-l jälgida QTc aega (võib olla eeltingimuseks ohtliku ventrikulaarse arütmia tekkel). (Freudenreich, 2020: 207-208). Seeõttu teostame alati uuele patsiendile EKG! Võib tekkida ortostaatiline hüpotensioon - järsk vererõhu langus liiga kiirel püsti tõusmisel. Ohtlikuks kõrvaltoimeks on müokardiit (**NB! Eriti klosapiini korral**). (Freudenreich, 2020: 208-209).

Antikolinergilised kõrvaltoimed. Silmade ja suuga seotud - nägemishäired, katarakt. Patsiendid on kirjeldanud justkui silmad oleksid udused. Suukuivus, suurenenud süljevoolus ehk sialorröa (eriti klosapiini korral). Võivad tekitada ka uriinipeetust, kõhukinnisust. (Freudenreich, 2020: 209; Psühhopatoloogia, 2021).

Epileptilised krambid. Antipsühhootikumid alandavad krambiläve ja võivad põhjustada epileptilisi krampe (Freudenreich, 2020: 210; Psühhopatoloogia, 2021).

Hematoloogilised muutused. Näiteks: agranulotsütoos, leukopeenia, aplastiline aneemia, harva esinevad eosinofiilia, leukotsütoos, trombotsütopeenia (Psühhopatoloogia, 2021). Haiglaravi ajal regulaarsed vereanalüüsid, mida tavaliselt tellivad arstid. Õed tellivad igal nädalal vereanalüüsi patsientidele, kes saavad klosapiini.

Lisa 5. Näidisjuhtumid küsimustega**4. NÄIDISJUHTUMID KÜSIMUSTEGA****4.1. Psühhoosi sümptomatoloogia****Juhtum 1. Emma lugu:** (Avasta tulevik..., 2005: 7)

Emma õppis ülikoolis ja elas korterinaabritega, keda ta hästi ei tundnud. Ajapikku muutus ta ennast ümbritsevate inimeste suhtes väga paranoiliseks ja umbusklikuks. Talle hakkas tunduma, et korterinaabrid kavandavad tema vastu vandenõud ning ta ei julgenud enam oma toast välja tulla. Emmale hakkas tunduma, et teised inimesed suudavad lugeda tema mõtteid ning suudavad enda mõtteid tema pähe panna. Lõpuks hakkas Emma kuulma “hääli” ning luges õpikust, et see võib viidata psühhoosile ning läks psühhiaatri vastuvõtule, kuid ei suutnud talle kõiki oma sümptome kirjeldada, sest muutus ka psühhiaatri suhtes väga paranoiliseks. Koolivaheajal koju minnes arvasid Emma vanemad, et ta on “tüüpiline teismeline”, kes tujutseb, ei taha välja minna ega oma tuba koristada. Kuid lõpuks jäi vanematele Emma veider käitumine silma - ta naeris tihti omaette ja rääkis “häältega”. Vanemad mõistsid, et tütreaga ei ole kõik korras.

Küsimused:

Nimetage esinenud psühhoosi sümptomid:

.....

.....

.....

Arutlege esinenud sümptomite mõju üle patsiendi elukvaliteedile (sh võimalikud ohud):

.....

.....

.....

Juhtum 2. dr Fairchild: (Barker, 2009: 209)

59-aastane meespatsient, hospitaliseeritud perearsti suunamisel. Abikaasa avastas, et ta on kulutanud suure summa raha laboritarvikute peale ning on keldrisse ehitanud labori. Kui ta oma mehelt selle kohta küsis vastas mees, et naine ärgu muretsegu - ta avastas ajas rändamise võimaluse ning seeläbi on tal ligipääs lõputule varandusele. Naine uuris mehe töökohast tema käitumise kohta ning sai teada, et paljud tema tudengid on teavitanud veidratest hindamistulemustest, ta on kirjutanud suurelise sisuga projekte, mis on ülikooli poolt tagasi lükatud. Ülikool kaalus varajasele pensionile minemise soovitamist.

Osakonnas kandis patsient igal pool oma portfelli kaasas, see oli täis pabereid arusaamatute võrrandite ja sümbolitega. “Mu töö lahendab aegade suurimad saladused. Ma suudan rääkida parimate teadlastega ajal, mil nad oma avastusi teevad. Ülikool peaks olema õnnelik, et nende juures töötan. Ma võin teile oma tööd näidata, aga see on väga keeruline ja sellest aru saamiseks peab olema geenius. Te peaksite olema tänulikud, et teile seda üldse näitan. Kõik ei ole lihtsalt selle väärilised.”.

Küsimused:

Nimetage esinenud psühhoosi sümptomid:

.....

.....

.....

Arutlege esinenud sümptomite mõju üle patsiendi elukvaliteedile (sh võimalikud ohud):

.....

.....

.....

Juhtum 3. Patsient L: (Ruminjo ja Mekinulov, 2008: 28-29)

Patsient X hospitaliseeriti psühhiaatriaosakonda peale perekonna poolt tehtud kiirabiväljakutset. Patsient X rääkis lähedastele, et ta on surnud, haiseb mädaneva liha järele ja tahtis, et teda viidakse morgi, et ta saaks olla koos teiste surnud inimestega. Vastuvõtul avaldas patsient hirmu, et parameedikud üritavad tema maja maha põletada. Lisaks selgus vestlusel, et patsient tunneb lootusetust, vähest energiat, söögiisu vähenemist ja pidevat väsimust.

Küsimused juhendajaga arutamiseks:

Nimetage esinenud psühhoosi sümptomid:

.....

.....

.....

Kujutage ette, et olete õde, kes antud patsiendi osakonda vastu võtab - mida tema puhul kindlasti jälgima peaks?

.....

.....

.....

Keda sellesse jälgimisse veel kaasata?

.....

.....

.....

Juhtum 4. Michael ja Sally: (Barker, 2009: 199)

Michael istub üksinda televiisori ees psühhiaatrikliiniku statsionaarse ravi osakonnas ja karjub: “EI, EI, EI! Ma ei tee seda! Jäta mind rahule! Kao minema!”. Olete tööl ja näete seda olukorda pealt. Samal ajal pöördub teie poole patsient Sally, kes ütleb: “Mõnikord tundub mulle, et sina ja Püha Georgette olete ainsad sõbrad, kes mul on. Kuna need uued antipsühhootikumid uputasid Püha Georgette häält, siis ma polegi neid enam tegelikult võtnud.”.

Küsimused:

Nimetage esinenud psühhoosi sümptomid:

.....

.....

.....

Kellega peaks õde antud olukorras esimesena tegelema? Miks?

.....

.....

Kuidas selgitada teisele patsiendile, et temaga tegeletakse hiljem? Mõelge ka alternatiividele.

.....

.....

.....

Kuidas läheneda nähtavalt ärritunud patsiendile?

.....

.....

.....

Juhtum 5. Mikel: (Barker, 2009: 208)

Mikel hospitaliseeriti psühhiaatrikliinikusse postiljoni ründamise järgselt. Vestlusel vaatab patsient pidevalt ringi, räägib vaikse häälega. Mikel avaldab, et ta ei saa aru, miks on haiglasse toodud, ta ei ole hull, talle ei meeldi siin kinni hoidmine. Mikeli sõnul tuli politseinik tema koju, politseinik küll väitis, et ta pole tegelikult politseist, aga kuna tal oli vorm seljas, siis Mikel sai kohe kõigest aru, sest “küll ma juba tean neid”. Mikeli sõnul oli tegemist enesekaitsega, aga siis tuli veel politseinikke juurde. Mikel sõnul on politsei tal “järel”, ta ei usalda neid, sest nad võtavad inimesed kaasa ja nad kaovad jäljetult. Terve vestluse aja on Mikel pinges ja ärev.

Küsimused:

Nimetage esinenud psühhoosi sümptomid:

.....

.....

.....

Kujutage ette, et olete õde, kes antud patsiendi osakonda vastu võtab - kuidas peaks sellise patsiendiga vestlust läbi viima?

.....

.....

.....

Vestluse ajal küsib patsient teie käest kas usute tema versiooni juhtunust. Kuidas vastate? Põhjendage vastust.

.....

.....

.....

.....

Juhtum 6. Patsient W: (Barker, 2009: 209)

Patsient avaldas vastuvõtul veidra sisuga mõtteid, ta koolitöö on viimase 6 kuuga tugevasti halvenenud ja ta on kaalust juurde võtnud. Ta väldib silmkontakti, vaatab põrandale. Ta riided on tema keha jaoks äärmiselt suured. Patsient avaldab, et tema sees on madu, kes teda sööb ning ta arvab, et varsti sureb. Patsiendi sõnul sööb see madu kõike. Mao pani tema sisse koletis, kuna ta käitus halvasti, koletis oli patsiendile öelnud, et kõik on tema enda süü. Koletis keelab patsiendil sellest rääkida, kuid patsient on enda sõnul nii hirmunud ja ei taha surra. Patsient on veendunud, et madu sööb ta seestpoolt ära. Patsient lisab, et ta ei taha surra ning soovib, et saaks selle mao kuidagi enda seest välja.

Küsimused:

Nimetage esinenud psühhoosi sümptomid:

.....

.....

.....

Kujutage ette, et olete õde, kes antud patsiendi osakonda vastu võtab - mille suhtes peaks antud patsiendi käitumist jälgima? Põhjendage vastust.

.....

.....

.....

Millisel viisil saaks õde antud patsiendi käitumist kõige paremini jälgida? Keda sellesse jälgimisse kaasata?

.....

.....

.....

Juhtum 7. Ühe õe kogemus psühhootilise patsiendiga: (Barker, 2009: 210)

Õde, kes oli rase, juhendas teist õde, kes oli samuti rase. Üks meespatsient rääkis nendega seda vähem, mida nähtavamaks rasedused muutusid. Patsient avaldas muret, et tema "hull jutt" kahjustab kuidagi veel sündimata lapsi - ta kartis, et lapsed hakkavad tema jutu peale emasid jalgadega seestpoolt lööma. Lepiti kokku, et õed annavad kohe teada kui midagi sellist peaks juhtuma, ning patsient nõustus jälle oma mõtteid jagama. Mitu kuud hiljem emapuhkuselt naastes ootas antud patsient õde haigla ukse ees ja soovis teada, kas lapsega on kõik korras. Ta nõudis tõestuseks lapsest pilti. Õde ütles, et lapsega on kõik korras, aga pilti ei näidanud. Terve järgmise nädala ootas see patsient haigla uksele ja küsis õelt kas lapsega on kõik korras. Õde arvas, et see on seotud patsiendi varasema hirmuga, et tema "hull jutt" võib lapsele kahjulik olla. Seetõttu otsustas õde patsiendile mure vähendamiseks lapsest pilti näidata. Tema suureks üllatuseks vastas patsient: "Nagu ma arvasingi, see on minu laps.". Õde küsis miks ta seda arvab ning patsient vastas: "Näed, see laps on kiilakas nagu minagi. See on minu laps.". Õde väitis, et paljud lapsed on kiilakad, millele patsient vastas: "Jah, mul on palju lapsi.".

Küsimused:

Nimetage esinenud psühhooosi sümptomid:

.....

.....

.....

Kujutage ette, et olete see õde - mida teeksite teisiti? Põhjendage vastust.

.....

.....

.....

Millised on tekkinud olukorraga kaasnevad ohud teile kui õele?

.....

4.2. Antipsühhootikumide kõrvaltoimed

Juhtum 1. (Aboagye ja Ankrah, 2020: 1-4)

54-aastane naispatsient, tarvitab risperidooni 2mg igapäevaselt, esinevad paranoidse sisuga luulumõtted. Nädal peale haiglaravilt lahkumist tekkinud kaebused - motoorne rahutus (eriti jalgades), unetus, hommikune väsimus, segavad mõtted. Patsiendi sõnul on korralikult määratud antipsühhootikumi kasutanud. Kaasvalt hüpertensioon, määratud raviks amlodipiin 10mg, atenolool 50mg. Alkoholi ei tarvita, ei suitseta. Võetud vereanalüüsid olid korras. Korrigeeriti antipsühhootilist ravi - risperidooni asemel määratud 5mg haloperidooli ja lisati antipsühhootikumide kõrvaltoimeid leevendavat ravimit. Kahe nädala pärast toimunud vastuvõtul ei olnud patsiendi kaebused muutunud, mistõttu vähendati haloperidooli annus 2,5mg-ni päevas, kõrvaltoimeid leevendav ravim jäi samas annuses. Nädala pärast toimus uus vastuvõtt, patsiendi kaebused olid veelgi süvenenud.

Küsimused:

Nimetage kõrvaltoime:

Mis juhtumis viitab sellele, et tegemist on kõrvaltoimega, mitte antipsühhootilise toetusravi katkestamisega?

.....
.....
.....

Kas juhtumis on ka midagi sellist, mis võiks hoopis viidata antipsühhootilise toetusravi katkestamisele?

.....
.....
.....

Juhtum 2. Mareki lugu: (Avasta tulevik, 2005: 59)

Marek töötab õpetajana ning on antipsühhootikume tarvitanud seitse aastat. Ravi on psühhootiliste sümptomite kontrollimisel olnud väga efektiivne. Ravi algusaastatel pidi Marek määratud antipsühhootikumi tarvitama kaks korda päevas. Selle tulemusel aga oli tal raske oma tööülesandeid täita - Marek jäi tööl korduvalt magama, tihtipeale hakkasid käed kontrollimatult värisema ning tegid tahvlile kirjutamise raskeks. Kõige rohkem aga häiris Marekit suu ja keele piirkonda tekkinud kramp. Õpilased tegid tema üle seetõttu nalja ning Marek korrigeeris ise oma ravimiannuseid. Selle tagajärjel muutus ta kergesti ärritunuks ja hakkas asju unustama.

Küsimused:

Nimetage kõrvaltoime(d):

.....
.....

Arutlege - kas esinenud kõrvaltoimetega oleks olnud kuidagi võimalik toime tulla? Miks jah, miks ei?

.....
.....
.....

Mis muutus Mareki seisundis peale ravimiannuste omavolilist muutmist? Miks selline muutus esines?

.....
.....
.....

Juhtum 3. Mareki lugu jätkub: (Avasta tulevik, 2005: 59)

Mareki elukaaslane tundis ära psühhoosi ägenemise tekkinud sümptomite tõttu ja läks koos Marekiga psühhiaatri vastuvõtule. Raviskeem vaadati üle ning selles tehti korrektuurid - määrati uus antipsühhootikum. Mareki seisund hakkas paranema - taandusid psühhoosi ägenemisele viitavad sümptomid ja tema elukvaliteeti häirinud kõrvaltoimed. Marek muutus enesekindlamaks ja suutis õpetajana töötamist jätkata. Mõne kuu möödudes aga hakkas Marek end jälle kohmetult tundma, nimelt - ta hakkas kaalus juurde võtma. Marek hakkas rohkem sporti tegema ning alustas madala kalorsusega dieeti. Sellest hoolimata kasvas kehakaal vähehaaval ning Marek pidi endale tunnistama, et olenemata tema pingutustest võttis ta ikka kaalus juurde.

Küsimused:

Nimetage kõrvaltoime(d):

.....

.....

Mida peaks Marek järgmiseks tegema? Miks?

.....

.....

.....

Millised on ohud Mareki tervisele sama antipsühhootikumiga jätkates?

.....

.....

.....

Millised teadmised on õele olulised toetamiseks patsienti antud kõrvaltoime esinemisel?

.....

.....

.....

Juhtum 4. (Datta ja Solomon, 2018: 11-12)

40-aastane patsient hospitaliseeriti psühhiaatrikliiniku statsionaari psühhoosi ägenemise tõttu. Alustati ravi uue antipsühhootikumiga - 50mg hommikul ja 150mg õhtul. Ravi 9ndal päeval kurtis patsient valu rinnus. EKG näitas ST-segmendi elevatsioone (I, avL, II ja V4-V6). Vereanalüüsides olid kõrgenenud troponiin ja kreatiniini kinaas. Patsiendi kehatemperatuur oli normis, respiratoorseid viirusinfektsiooni sümptomeid ei esinenud. Uriinianalüüs ei näidanud samuti infektsioonitunnuseid. Rindkere röntgen ja angiograafia olid korras. EHHOkardiograafias esinesid mõõdukad muutused.

Küsimused:

Nimetage kõrvaltoime(d):

.....

Juhtumis ei ole tahtlikult nimetatud antipsühhootikumi. Milline antipsühhootikum võib tekitada sellise kõrvaltoime?

.....

.....

Kujutage ette, et on just ravimite jagamise aeg, ning antud patsient kurdab valu rinnus. Mida teete? Põhjendage vastust.

.....

.....

.....

Millist protseduuri teevad õed kõikidele psühhiaatrikliinikusse hospitaliseeritavatele patsientidele? Milleks on see vajalik? Analüüsi seoses antud juhtumiga.

.....

.....

.....

Juhtum 5. (Tcheremissine ja Englert, 2013: 10)

41-aastane meespatsient saadeti psühhiaatrikliinikusse neuroloogi poolt. Patsient on antipsühhootikume tarvitanud 20 aastat, esinevad valdavalt paranoilise sisuga luulumõtted. Patsiendi vaatlusel näete järgmist: lõuapiirkonnas esineb katkendlik treemor, kätes ja jalgades esineb treemor ainult puhkeseisundis. Lihasrigiidsuse ja -kanguse tõttu esineb raskuseid kõndimisel. Kõndides hoiak ettepoole kaldu, kõnnak ebakindel, kaldub kõrvale. Istumiseks ja püsti tõusmiseks vajab kõrvalist abi. Tugeva süljevooluse tõttu on patsiendi kõne aeglustunud, räägib vaikse häälega, monotoonselt.

Küsimused:

Nimetage kõrvaltoime(d):

Millised sümptomid antud kõrvaltoime(te)le viitavad?

.....
.....
.....

Kujutage ette, et olete õde, kes antud patsiendi osakonda vastu võtab. Mida sellise patsiendi osakonda tulemisel kindlasti tegema peate?

.....
.....
.....

Millist kõrvalist abi vajab antud patsient õenduspõlilt?

.....
.....
.....

Juhtum 6. (Tu ja Hsiao, 2011: 536-537)

25-aastane naispatsient hospitaliseeriti häirivate kuulmismeelepetete ja religioosse sisuga luulumõtete tõttu, mis juhtisid tema käitumist. Patsiendile manustati talle määratud antipsühhootikumi - amisulpiriidi 400mg (raviskeemis 400mg x 2). Järgmisel päeval oli patsiendil kõrgenenud kehatemperatuur (37.7°C), tahhükardia (111x'), teadvuseseisundi hägunemine, nüstagm (silmatõmbus), kerge lihasrigiidsus ja mutism. Vererõhk oli 101/55 mmHg. Vereanalüüsid näitasid leukotsütoosi, CRV kõrgenemist, kreatiniini kinaas oli väga kõrge. Kolmandal päeval tekkisid katatoonsed jooned ja tugev lihasrigiidsus treemoriga ülajäsemetes. Kehatemperatuur oli kõikuv (max. 38.2), aga püsivalt kõrgenenud, kuid infektsiooni allikat ei leitud. Vererõhk kõrgenes 162/120 mmHg.

Küsimused:

Nimetage kõrvaltoime(d):

.....
.....

Millised sümptomid antud kõrvaltoime(te)le viitavad?

.....
.....
.....
.....
.....

Kuidas peaks toimuma selliste süptomitega patsiendi jälgimine?

.....
.....
.....

Juhtum 7. (Alkharboush ja Alsalamah, 2020: 2-3)

27-aastane naispatsient kaebas hingamisraskuseid, mis olid süvenenud viimase 4 tunni jooksul. Patsient võrdles tunnet lämbumisega. Ta eitas vallandavate tegurite olemasolu, samuti ei olnud tal köha, palavikku, rinnakuvalu ega minestustunnet. Selle aja sees ei olnud patsient tarvitanud uusi ravimeid, puutunud kokku kemikaalidega ega esinenud putukahammustusi. Samuti ei olnud patsient tahtlikult alla neelanud mingit võõrobjecti. Patsiendi regulaarne antipsühhootiline ravi oli risperidoon 3mg 1x päevas. Patsient oli täie teadvuse juures, vastas adekvaatselt kõikidele küsimustele, kuigi rääkimisel esinesid raskused. Järsku tekkisid patsiendil kaela ja ülajäsemete taatele allumatud lihaskokkutõmbed ning silmade pöörlemine ja selg tõmbus kõveraks.

Küsimused:

Nimetage kõrvaltoime(d):

Millised sümptomid kõrvaltoimele viitavad?

.....
.....
.....

Kujutage ette, et olete õde, kellele patsient kaebuseid esitama tuli. Olete kahekesi protseduuride toas ning te ei saa arsti telefoni teel kätte. Patsient on pikali läbivaatluskušetil. Arsti kabinet on kõigest koridori lõpus. Mida teete?

.....
.....
.....

Millised ohud kaasnevad kõrvaltoimega patsiendile?

.....
.....

Lisa 6. Programmi järelsõna

JÄRELSÕNA

Psühhoosi sümptomatoloogia on keeruline ning selle tundma õppimine võtab aega, teadmised täienevad läbi praktiliste kogemuste omandamise. Seetõttu julgustaksin tulevasi kolleege küsima küsimusi ning suhtlema võimalikult palju patsientidega, sest ainult teoreetilise poole õppimisest ei piisa. Peale antud materjalide lugemist on teil olemas ettekujutus kui traumeeriv ja segadust tekitav võib inimesele olla psühhoosi kogemus. Patsienti ei saa vaadelda ainult kui sümptomite kogumit, kunagi ei tohi unustada, et nende taga on inimene, kes vajab oma haigusega toimetulemiseks meie abi.

Nagu käesolevatest materjalidest õppisite, võivad antipsühhootikumidel olla patsiendi elukvaliteeti häirivad, negatiivselt mõjutavad, tõsised ning isegi eluohtlikud kõrvaltoimed. Antipsühhootikumide toetusravi eesmärgiks on parandada patsiendi elukvaliteeti ning aidata tal elada võimalikult täisväärtuslikku elu. Ühtegi kõrvaltoimet ei tohi tegelikkuses pidada teistest ebaolulisemaks - nende märkamisel tuleb sellest teada anda patsiendi raviarstile ning dokumenteerida esinemine õendussissekannetes. Kui kõrvaltoimed tähelepanuta jätta, võib see viia ravisoostumuse halvenemiseni ja see omakorda toetusravi katkestamiseni. Viimase tulemuseks on patsiendi psüühilise seisundi halvenemine ning psühhoosi sümptomite ägenemine.

Omalt poolt loodame, et antud erialaspetsiifiline adaptatsiooniprogramm aitab teil paremini toime tulla uues töökeskkonnas kohanemisega ning annab teile vajalikke teadmiseid meie patsientide paremaks mõistmiseks, jälgimiseks ning aitamiseks.

Oleme rõõmsad, et olete meiega!

III osakonna personal

Lisa 7. Õppematerjalide koostamisel kasutatud allikad

KASUTATUD ALLIKAD

Avasta tulevik. Toetuseks ja teejuhiks igähele, kel on kokkupuuteid skisofreeniaga. (2005). Tallinn: Bristol-Myers Squibb, Eesti: Eesti Vaimse Tervise Ühingute Liit.

Alkharboush, G. A., Alsalamah, M. A. (2020). Risperidone-Induced Acute Laryngeal Dystonia: A Case Report. *American Journal of Case Reports*, 21, 1-5.

DOI: 10.12659/AJCR.922393 (23.11.2021).

Barker, P. (toim). (2009). *Psychiatric and Mental Health Nursing. The craft of caring*. London: Hodder Arnold.

Berman, B. D. (2011). Neuroleptic Malignant Syndrome: A Review For Neurohospitalists. *The Neurohospitalist*, 1(1), 41-47.

DOI: 10.1177/1941875210386491 (23.11.2021).

Bowie, C. R., Harvey, P. H. (2006). Cognitive deficits and functional outcome in schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2(4), 531-536.

DOI: 10.2147/ndt.2006.2.4.531 (20.11.2021).

Cullberg, J. (1994). *Dünaamiline psühhiaatria. Teooria ja praktika*. Kohtla-Järve: I-Print.

Datta, T., Solomon, A. J. (2018). Clozapine-induced myocarditis. *Oxford Medical Case Reports*, 1, 11-14.

DOI: 10.1093/omcr/omx080 (23.11.2021)

Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5. (2013). Arlington: American Psychiatric Association.

Dudley, R., Wood, M., Spencer, H., Brabban, A., Mosimann, P., Collerton, D. (2012). Identifying Specific Interpretations and Use of Safety Behaviours in People with Distressing Visual Hallucinations: An Exploratory Study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40, 367 - 375.

DOI: 10.1017/S1352465811000750 (18.11.2021).

Freudenreich, O. (toim). (2020). *Psychotic Disorders. A Practical Guide*. Cham: Humana Press.

Green, C., Garety, P. A., Freeman, D., Fowler, D., Bebbington, P., Dunn, G., Kuipers, E. (2006). Content and affect in persecutory delusions. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 561-577.

DOI: :10.1348/014466506X98768 (23.11.2021).

Green, M. F., Horan, W. P., Lee, J. (2015). Social cognition in schizophrenia. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(10), 620-631.

DOI: 10.1038/nrn4005 (20.11.2021).

Isham, L., Griffith, L., Boylan, A-M., Hicks, A., Wilson, N., Byrne, R., Sheaves, B., Bentall, R. P., Freeman, D. (2021). Understanding, treating and renaming grandiose delusions: A qualitative study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94, 119-140.

DOI: 10.1111/papt.12260 (23.11.2021).

Isohanni, M., Honkonen, T., Vartiainen, H., Lönnqvist, J. (2000). Skisofreenia. Kogumikus: Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M., Partonen, T. (toim). (2000). *Psühhiaatria* (43-97). Tallinn: Medicina.

Kuidas bipolaarset häiret ära tunda? Peaasi.ee. Noorte vaimse tervise portaal.

<https://peaasi.ee/kuidas-bipolaarset-hairet-ara-tunda/> (21.11.2021).

Kuperberg, G. R. (2010). Language in schizophrenia part 1: an introduction. *Lang Linguist Compass*. 4(8), 576-589.

DOI: 10.1111/j.1749-818X.2010.00216.x (18.11.2021).

Leung, W.-C., Passmore, K. (2001). Essential Notes for the MRCPsych Part 1. Plymouth: Petroc Press.

Lönnqvist, J., Honkonen, T. (2000). Skisofreeniataoline häire. Skisoafektiivne häire. Luululine häire. Lühiajaline psühhootiline häire. Kogumikus: Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M., Partonen, T. (toim). (2000). *Psühhiaatria* (99-109). Tallinn: Medicina.

Neuroleptikumid. (2010). Regionaalhaigla.

Oyebode, F. (toim). (2008). Psüühilised sümptomid Andrew Simsi käsitluses. Sissejuhatus kirjeldavasse psühhopatoloogiasse. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus.

Punkanen, T. (2007). Psühhiaatriline õendus. Tallinn: Tallinna Sotsiaaltöö Keskus.

Psühhopatoloogia.

<https://www.kliinikum.ee/psyhhiatriakliinik/lisad/ravi/ph/00psyhhopatol.htm> (01.11.2021)

Rössler, V., Walter, M. H., Richter, R. (2019). The phenomenology of delusions of poisoning in persons with paranoid schizophrenia. *Fortschr Neurol Psychiatr.*, 87(12), 695-701.

DOI: 10.1055/a-0846-3950 (18.11.2021).

Sam, N. (2018). Paralogical thinking. PsychologyDictionary.

<https://psychologydictionary.org/paralogical-thinking/> (19.11.2021).

Sass, L., Parnas, J. (2017). Thought Disorder, Subjectivity, and the Self. *Schizophrenia Bulletin*, 43(3), 497-502.

DOI: 10.1093/schbul/sbx032 (23.11.2021).

Stahl, S. M. (2000). Psychopharmacology of Antipsychotics. Barcelona: Grafos S.A.

Tcheremissine, O. V., Englert, D. B. (2013). A Case of Paranoid Schizophrenia and Severe Antipsychotic-Induced Parkinson's Disorder Treated with a Combination of Olanzapine and Lurasidone. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 10(9-10), 10-11. PMC3849874.

Tikid. Sensus. Psühhiaatria ja psühhoteraapia keskus.

<https://www.sensus.ee/tikid> (22.11.2021).

Tu, M-C., Hsiao, C-C. (2011). Amisulpride and Neuroleptic Malignant Syndrome. *Chang Gung Medical Journal*, 34(5), 536-540. PMID: 22035899

Jeyasingam, N. (2013). Flight of ideas - death of a definition: a discussion on phenomenology. *The Psychiatrist*, 37, 359-362.

DOI: 10.1192/pb.bp.111.036194 (18.11.2021).