



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

PRIKRITA APLIKACIJA ZDRAVIL V ZDRAVSTVENEM VARSTVU

COVERT ADMINISTRATION OF MEDICINES IN HEALTH CARE

Diplomsko delo

Mentor: mag. Branko Bregar, viš. pred.

Kandidat: Denis Džamastagić

Jesenice, junij, 2019

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorju diplomskega dela mag. Branku Bregarju, viš. pred., za vso strokovno podporo pri pisanju diplomskega dela.

Zahvaljujem se recenzentki diplomskega dela doc. dr. Saši Kadivec za recenzijo diplomskega dela.

Zahvaljujem se vsem sodelavcem in vodstvu Psihiatrične bolnišnice Begunje za omogočen študij.

Posebna zahvala gre moji partnerki in družini za spodbudo, potrpežljivost in razumevanje, da sem dosegel svoj zastavljeni cilj.

Za lektoriranje diplomskega dela se zahvaljujem Kaji Otovič.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Prikrita aplikacija je pogosta klinična praksa zdravil v zdravstvenem varstvu, ki se zgodi največkrat z dobrimi nameni zdravstvenih delavcev in v najboljšo korist za pacienta. Kljub pogostosti in dobronamernosti ostaja aplikacija zdravil brez vednosti pacienta, ki je ena izmed močno prezrtih tem, in sicer tako iz etičnih, pravnih kot tudi političnih perspektiv. Namen sistematičnega pregleda literature je raziskati prikrito aplikacijo zdravil in na podlagi pridobljenih ugotovitev izdelati in predlagati na dokazih podprt protokol za varno aplikacijo prikritih zdravil v klinični praksi.

Metoda: Izveden je bil sistematični pregled tuje in domače strokovne ter znanstvene literature. Uporabljeni sta bili analiza in sinteza pregleda dokazov iz zbirke podatkov CINAHL, ProQuest Dissertations & Theses Global, SpringerLink, WILEY in PubMed. Za iskanje virov je bil oblikovan PICO konceptualni model s ključnimi besedami: »patient«, »covert medication«, »administration«. Obdobje iskanja je bil omejena objavo virov med letoma 2009 in 2019. Analiza virov je bila izvedena z odprtim kodiranjem.

Rezultati: Od 84 virov smo jih izbrali 17. Dodani so bili 4 viri t. i. sive literature in tako je bilo v končnem pregledu zajetih 21 ustreznih virov. Identificiranih je bilo 40 kod, ki so bile združene v 5 vsebinskih kategorij: (1) razširjenost prikrite aplikacije zdravil, vzroki in najpogostejše skupine pacientov, ki prejemajo prikrita zdravila, (2) etične dileme zdravstvenih delavcev pri prikriti aplikaciji zdravil, (3) argumenti proti prikriti aplikaciji zdravil, (4) argumenti za uporabo prikrite aplikacije zdravil, (5) ukrepi za varno aplikacijo prikrite aplikacije zdravil.

Razprava: Raziskava potrjuje sporno prakso prikrite aplikacije zdravil, in sicer tako iz etičnih kot tudi pravnih perspektiv. Prikrita aplikacija zdravil mora biti opredeljena s profesionalnimi smernicami in protokoli, ki celostno in multidisciplinarno urejajo področje. Protokoli naj bodo razviti z namenom, da povečujejo varnost pacientov in zaposlenih. Prav tako pa olajšajo neposredno klinično delo tudi v primerih, ko pride do etičnih in strokovnih dilem glede prikrite aplikacije zdravil.

Ključne besede: zdravstveni delavci, zavajanje, medikametozna terapija

SUMMARY

Background: The covert medication administration is a common practice in healthcare that mostly occurs with the good intentions of healthcare professionals and in good interest of the patient. Despite the frequency and good intent, medication administration without the patient's knowledge remains one of the most overlooked topics from all standpoints, including the ethical, the legal and the political. The aim of this systematic review of literature was to research the covert use of medication and to present and propose an evidence-based protocol for the safe practice of covert medication administration in clinical practice.

Methods: A systematic review of foreign and domestic literature was employed. The analysis and synthesis of the evidence review from databases CINAHL, ProQuest Dissertations & Theses Global, Springer Link, WILEY and PubMed were performed. A PICO conceptual model was formed for searching sources, using key words 'patient', 'covert medication', and 'administration'. The period of publication was limited to sources published between the years 2009 and 2019. Source analysis was conducted with open coding.

Results: A total of 84 sources met the initial conditions. The final selection included 17 sources. Four sources were added from the so-called grey literature, so the final review included 21 appropriate sources. Forty codes were identified and grouped into five content categories: (1) the prevalence of covert medication administration, its causes and most frequently affected patient groups, (2) the ethical dilemma of healthcare workers in covert medication administration, (3) arguments against covert medication administration, (4) arguments pro covert medication administration, (5) sanctions for the safe practice of covert medication administration.

Discussion: Research results confirm the controversial—from both ethical and legal perspectives—practice of covertly administering medications. The covert medication administration must be defined by professional guidelines and protocols which should comprehensively and multidisciplinary censor the field. Protocols should be developed with the intent of improving the safety of patients and healthcare workers alike. These guidelines should also simplify direct clinical practice even in cases when ethical and professional dilemmas about covert medication administration do arise.

Keywords: healthcare workers, misleading, medication therapy

KAZALO

1 UVOD	1
2 EMPIRIČNI DEL	5
2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	5
2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	5
2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	6
2.3.1 Metode pregleda literature	6
2.3.2 Strategija pregleda zadetkov	7
2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature.....	7
2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature.....	8
2.4 REZULTATI	9
2.4.1 PRIZMA diagram.....	9
2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah.....	10
2.5 RAZPRAVA	22
2.5.1 Omejitve raziskave.....	28
2.5.2 Priložnosti za izboljšanje stanja na področju varnosti prikrite aplikacije zdravil.....	28
2.5.3 Protokol za varno aplikacijo prikritih zdravil	29
3 ZAKLJUČEK	31
4 LITERATURA	32
5 PRILOGE	37
5.1 PROTOKOL ZA VARNO APLIKACIJO ZDRAVIL	37

KAZALO SLIK

Slika 1: PRIZMA diagram.....	10
------------------------------	----

KAZALO TABEL

Tabela 1: Rezultati pregleda literature	7
Tabela 2 : Hierarhija dokazov v znanstvenoraziskovalnem delu.....	8
Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov.....	11

1 UVOD

Prikrito aplikacijo zdravila lahko razumemo kot situacijo, kadar se zdravilo, ki je navadno skrito v tekočini ali hrani, aplicira pacientom brez njihovega soglasja ali soglasja skrbnika (Wong, et al., 2005). Čeprav je prikrita aplikacija zdravil od izvajalcev zdravstvene oskrbe najpogosteje upravičena z najboljšimi interesi za zdravljenje in zagotavljanje varnosti pacienta, je obseg prikritega dajanja zdravil prepogost in neraziskan (Tweddle, 2009; Hung, et al., 2012). Prikrita aplikacija zdravil je namerno zavajanje uporabnikov zdravstvenih storitev, ki ima različne negativne učinke tako na uporabnike kot tudi na izvajalce zdravstvene oskrbe (Abdool, 2017). Nepripravljenost medicinskih sester in drugih zdravstvenih delavcev, da bi se področje prikrite aplikacije zdravil uredilo s protokoli in z dokumentacijo, kaže na podcenjenost problema vseh strokovnjakov, ki sodelujejo v zdravstveni obravnavi (Munden, 2017).

Zavajanje pacientov povzroča različne etične dileme pri zdravstvenih delavcih, ki zaradi svoje položajne moči zavajajo paciente, saj so ti zaradi svojih zdravstvenih težav oziroma bolezni največkrat v podrejenem položaju. Prikrita aplikacija zdravil odpira etične in moralne dileme pri zlorabi uporabnikove avtonomije in zaupanja v zdravstveni sistem (Abdool, 2017). V literaturi zasledimo več raziskav na temo etične sprejemljivosti in vprašanj o varnosti pacientov, povezanih s prikrito aplikacijo zdravil, medtem pa ostaja velika neznanka o resnični pojavnosti aplikacije prikrite aplikacije zdravil v kliničnih okoljih (Tweddle, 2009; Latha, 2010; Barreto, 2017; Simpson, 2017). V domovih za starejše na Norveškem ugotavljajo, da je približno četrtnina oskrbovancev enkrat tedensko prejela zdravila, ki so bila prikrita v tekočini ali hrani (Kirkevold & Engedal, 2009). Med 110 oskrbovanci v domovih za starejše avtorja (Haw & Stubbs, 2010b) ugotavljata, da je 15 % oskrbovancev prejelo zdravila prikrito, med katerimi so bili najpogosteje aplicirani antipsihotiki in anksiolitiki. Prikrita aplikacija zdravil je po nekaterih ocenah v zdravstvenem varstvu in na področju socialnega varstva pogosta, ena desetina uporabnikov zdravstvenih storitev prejema prikrito aplikacijo zdravil, ki je v večini primerov slabo dokumentirana, kar se pripisuje predvsem pomanjkanju protokolov, ki bi omogočili varno aplikacijo terapije in onemogočili zlorabo pacientovih pravic (Abdool, 2017).

Zasledimo argumente proti kot tudi argumente za prikrito aplikacijo zdravil (Latha, 2010). Kot razloge za navajajo potencialne prednosti prikrite aplikacije zdravil, kot so zdravljenje hudih duševnih motenj, predvsem shizofrenije in motenj razpoloženja, preprečevanje ponovnih poslabšanj bolezni, obvladovanje kriznih stanj, v katerem pacient ogroža lastno življenje in življenje drugih, ter preprečevanje potrebe po uporabi fizične sile, posebnih varovalnih ukrepov in aplikacije terapije proti pacientovi volji v intramuskularni obliki (Antony, 2012; Sheldon, 2017). Slabosti so predvsem v prikrivanju aplikacije terapije, ki vpliva na terapevtski odnos med zaposlenimi v zdravstvu in pacientom. Krepi se prepričanja pacientov, da ne potrebujejo medikamentozne terapije, kar posledično vpliva na pacientov uvid v bolezen, lahko pa je lažji način za aplikacijo zdravil slabše izobraženega negovalnega kadra (Barreto, 2017).

Najpogostejše skupine pacientov, ki prejemajo prikrito aplikacijo zdravil, so pacienti z duševnimi motnjami, med katerimi prevladuje celoten spekter različnih psihoz, motnje razpoloženja ter kognitivne motnje (Hung, et al., 2012). Pri pacientih, ki so jim zdravila aplicirana prikrito, avtorji kot najpogostejši vzrok navajajo nezmožnost razumevanja zdravljenja, slabega uvida ter sodelovanja pri zdravljenju (Latha, 2010). Tudi slabše sodelovanje pri zdravljenju, kamor se prišteva zavračanje zdravil, je pri pacientih z duševnimi motnjami najpogostejši dejavnik, ki povzroča ponovna poslabšanja bolezni, ponovne hospitalizacije, pogostejše poizkuse samomora in prezgodnjo umrljivost (Ruengorn, et al., 2012; Chapman & Horne, 2013). Raziskovalci (García, et al., 2016) ugotavljajo, da več kot polovica pacientov s shizofrenijo in tretjina pacientov z motnjo razpoloženja pri zdravljenju ne sodeluje. Pri petini pacientov s kognitivnimi motnjami ugotavljajo nesodelovanje pri zdravljenju. Kot najpogostejše posledice nesodelovanja avtorji (Ell-Saifi, et al., 2018) ugotavljajo pogostejše hospitalizacije in prezgodnjo umrljivost. Omenjena populacija pacientov s hudo duševno motnjo in kognitivnim upadom kot prikrito aplikacijo zdravil najpogosteje prejema anksiolitike in antipsihotike, da bi umirili moteče vedenje (Haw & Stubbs, 2010a). Pri hudih duševnih motnjah in kognitivnih motnjah so razlogi za prikrito aplikacijo zdravil v raziskavah zelo podobni, raziskovalci (Krirkevold & Engedal, 2009; Hung, et al., 2012) največkrat navajajo agresivnost, nasilno vedenje pri duševnih motnjah v sklopu motene realitetne kontrole,

pri pacientih s kognitivnim upadom pa predvsem pri vedenjskih in psihičnih simptomih bolezni.

Prikrita aplikacija zdravil odpira tako etična kot moralna vprašanja (Munden, 2017). Zdravstvena nega in etika sta v kliničnem okolju prepleteni vsakodnevno (Kangasniemi et al., 2015). Pomembno je, da se medicinske sestre zavedajo področij zdravstvene nege, kjer se pojavljajo etične dileme. Simbioza zdravstvene nege in etike se v primeru aplikacije zdravil odraža predvsem v poslanstvu medicinskih sester kot zagovornic pacientov, ki so z neprestano prisotnostjo ob pacientovi postelji in zadnja varovalka za varno aplikacijo zdravil (Vaughn, 2013). Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2014) opredeljuje izvajalce zdravstvene nege in oskrbe kot zagovornike pacientov in njihovih pravic, ki z njihovim soglasjem izvajajo predvidene postopke zdravstvene nege in oskrbe. Kodeks zdravniške etike (2016) v 16. členu opredeljuje, da kadar ni znana volja pacienta, ki ni sposoben odločanja o sebi, se zdravnik posvetuje s svojci ali z bližnjimi in predlaga takšno zdravljenje, ki je po njegovi presoji pacientu v največjo korist. Zakon o duševnem zdravju (2008) v 39. členu opredeljuje zdravljenje oseb v oddelku pod posebnim nadzorom brez njene privolitve, če ogroža svoje ali življenje drugih, če je ogrožanje posledica duševne motnje, zaradi katere ima oseba moteno presojo realnosti in nima sposobnosti obvladovanja svojega ravnanja (2008).

V tujini zasledimo več protokolov na nacionalni ravni za prikrito aplikacijo zdravil (Wong, et al., 2005; Kirkevold & Engedal, 2009; The National Institute for Health and Care Excellence, 2014). V Angliji protokol za prikrito aplikacijo zdravil zdravstvenemu osebju nalaga premislek pred aplikacijo, ali je terapija potrebna za reševanje življenja in izboljšanje duševnega zdravja pacienta, kjer se zdravstveni delavec zaveda namena in posledic prikrite aplikacije zdravil. Najpomembnejše pri odločitvah za prikrito aplikacijo zdravil je dokumentiranje. Obrazec mora podpisati tako zdravnik, ki je zdravilo predpisal, kot tudi medicinska sestra, ki je zdravilo aplicirala prikrito (NHS Foundation Trust, 2012). Nacionalni inštitut za kakovost v zdravstvu (The National Institute for Health and Care Excellence) v Angliji zagotavlja standarde za domove starejših ter v 6. točki

upravljanja z zdravili opredeljuje prikrito aplikacijo zdravil, ki pravi, naj se izvaja le v izrednih okoliščinah, kadar je aplikacija v skladu z angleškim zakonom o duševnem zdravju (The National Institute for Health and Care Excellence, 2014). Potreben je multidisciplinarni posvet o varnosti prikrite aplikacije in se ne sme izvajati pred posvetovanjem multidisciplinarnega zdravstvenega tima, ki skrbi za varovanja. O prikriti aplikaciji zdravil je treba napisati pisno poročilo in se o aplikaciji posvetovati s svojci, z osebnim zdravnikom in s farmacevtom (Haw & Stubbs, 2010a; Farrar, et al., 2012).

Na podlagi pregledane literature ugotavljamo, da v strokovnih krogih obstajajo dejavniki za in proti prikriti aplikaciji zdravil. Glede na pomanjkanje tuje, predvsem pa domače literature, menimo, da je v Sloveniji treba opredeliti področje prikrite aplikacije zdravil in poiskati etično in moralno rešitev za zagotavljanje varnosti pacientov. Raziskave v tujini pa tudi opozarjajo na vse večje zavedanje zaposlenih v zdravstvu o etični in moralni dilemi pri prikriti aplikaciji zdravil. Zato je potrebno, da s sistematičnim pregledom literature prispevamo k osvetlitvi in promociji strokovnega, etičnega in moralnega pristopa k prikriti aplikaciji zdravil.

2 EMPIRIČNI DEL

V Sloveniji ne poznamo izraza, ki bi označeval aplikacijo zdravil določenim skupinam pacientov pod izrazom »covert administration of medicines«, kar bi v prevodu pomenilo »prikrita aplikacija zdravil«. Definicija, ki je najbolj razumljiva in enostavna, prikrito aplikacijo zdravil določa kot »aplikacija zdravila pacientu oziroma posamezniku na skrit način, brez njegovega strinjanja, vendar v njegovem najboljšem interesu« (Džamastagić, et al., 2019).

Diplomsko delo je temeljilo na sistematičnem pregledu literature.

2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen raziskave je bil s sistematičnim pregledom literature raziskati prikrito aplikacijo zdravil pri nas in po svetu ter na podlagi pridobljenih ugotovitev izdelati in predlagati na dokazih podprt protokol za aplikacijo prikritih zdravil v zdravstvenem in socialnem varstvu. Cilji diplomskega dela so bili:

- ugotoviti argumente za in argumente proti prikriti aplikaciji zdravil v zdravstvenem in socialnem varstvu,
- ugotoviti etične dileme zaposlenih v zdravstveni negi pri aplikaciji prikritih zdravil.

2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

V raziskavi smo s sistematičnim pregledom literature odgovorili na dve raziskovalni vprašanji:

1. Kateri so argumenti za in argumenti proti prikriti aplikaciji zdravil v zdravstvenem in socialnem varstvu?
2. Katere etične dileme se pojavljajo pri zaposlenih v zdravstveni negi pri aplikaciji prikritih zdravil?

2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Uporabili smo sistematični pregled tuje in domače strokovne ter znanstvene literature.

2.3.1 Metode pregleda literature

Za iskanje podatkov smo uporabili tuje podatkovne baze, kot so CINAHL, ProQuest Dissertations & Theses Global, SpringerLink, WILEY in Pub Med. Za iskanje dokazov po podatkovnih bazah smo oblikovali konceptualni okvir PICO (Population, Intervention, Comparison and Outcomes approach) (Ho et al., 2016) z naslednjimi ključnimi iskalnimi zvezami: P (Pacinet ali Populacija) »patient«, I (Intervencija), »covert medication« (Primerjava), ki v naši raziskavi ni bila definirana, I (Izid) »administration«. V podatkovnih bazah smo postavili omejitveni kriterij objave članka med letoma 2009 in 2019. V podatkovnih bazah CINAHL, ProQuest Dissertations & Theses Global, SpringerLink, WILEY smo ključne besede konceptualnega okvirja PICO povezali z Boolovim operaterjem »AND«. V Pub Medu smo ključne besede nizali brez Boolovih operatorjev »patient«, »covert medication«, »administration«.

V slovenski vzajemi bibliografski-kataložni bazi podatkov COBIB.SI smo izvedli en niz iskanja in pri tem uporabili ključne pojme, kot so zdravstvena nega, prikrita aplikacija zdravil in Boolov operater IN. V pregled literature smo vključili tudi en niz pregleda Obzornika zdravstvene nege s ključnimi besedami, kot sta zdravstvena nega in prikrita aplikacija zdravil. Zadetkov v povezavi s prikrito aplikacijo zdravil v podatkovnih bazah COBIB.SI in Obzorniku zdravstvene nege nismo našli.

Raziskavi smo za večjo težo dokazov dodali tudi tako imenovano sivo literaturo, med katero smo vključili tuje protokole, standarde s področja prikrite aplikacije zdravil (NHS Foundation Trust, 2012; The National Institute for Health and Care Excellence, 2014; Care Quality Commision, 2018). V sivo literaturo smo uvrstili prispevek o prikriti aplikaciji zdravil, ki je bil objavljen v glasilu UTRIP (Džamastagić, et al., 2019).

2.3.2 Strategija pregleda zadetkov

Zadetke, ki smo jih pridobili z omenjenim konceptualnim okvirjem PICO, smo pregledali in jih prikazali shematsko ter tabelarično. Shematsko smo predstavili iskanje literature s pomočjo PRIZMA diagrama v poglavju z rezultati (slika 1). V podatkovnih bazah smo s strategijo iskanja literature in postavljenim omejitvenim kriterijem našli 84 zadetkov ($n = 84$), po izključitvi dvojnikov pa smo identificirali 77 potencialno ustreznih zadetkov ($n = 77$). V pregledu naslovov in izvlečkov vseh primernih zadetkov smo po formalnem pregledu izključili 12 zadetkov ($n = 12$) in po vsebinskem pregledu še dodatnih 48 zadetkov ($n = 48$). Za ustrezne smo določili 17 virov ter 4 vire iz t. i. sive literature. V končni pregled je bilo vključenih 21 virov (tabela 1).

Tabela 1: Rezultati pregleda literature

Podatkovna baza	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu
CINAHL, ProQuest Dissertations & Theses Global, WILEY SpringerLink	Patient AND covert medication AND administration	48	10
PubMed	Patient, covert medication, administration	36	7
Obzornik zdravstvene nege – arhiv	Zdravstvena nega, prikrita aplikacija zdravil	0	0
COBIB.SI	Zdravstvena nega IN prikrita aplikacija zdravil	0	0
Siva literature	/	/	4

2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature

Glede na omejitveni kriterij časovnega obdobja v zadnjih desetih letih smo v podatkovnih bazah poiskali ustrezne strokovne članke, ki smo jih po različnih fazah večkrat pregledali in naredili vsebinsko kvalitativno analizo (Vogrinc, 2008). Glavni del raziskave predstavlja proces odprtega kodiranja, v katerem smo določili kode, ki so bili vsebinsko

povezani z raziskovalnim problemom. Posamezne kode smo nato združili v kategorije in interpretirali lastne ugotovitve (tabela 3).

2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature

Izbor literature je temeljil na dostopnosti in vsebinski ustreznosti. V raziskavo smo uvrstili le literaturo, ki obravnava prikrito aplikacijo zdravil v zdravstvenem in socialnem varstvu. V končni pregled je bilo brez sive literature uvrščenih 17 raziskav, ki smo jih razvrstili po hierarhiji dokazov, kot sta opredelila Polit in Beck (2012) (Tabela 2). Od zajetih raziskav v pregledu literature je bilo največ mnenj avtorjev (Tweddle, 2009; Latha, 2010; Antony, 2012; Farrar, et al., 2012; Kala, 2012; Sarin, 2012; Yeomans, 2012; Griffith, 2016a; Griffith, 2016b; Macauley, 2016; Abdool, 2017; Munden, 2017; Sheldon, 2017; Simpson, 2017). V pregled literature smo uvrstili tudi presečni kvantitativni raziskavi (Kirkevold & Knut, 2009; Haw & Stubb, 2010b.) in sistematični pregled literature (Haw & Stubbs, 2010a). Za večjo težo naših ugotovitev smo v raziskavo vključili tri tuje protokole za varno aplikacijo prikritih zdravil (NHS Foundation Trust, 2012; The National Institute for Health and Care Excellence, 2014; Care Quality Commission, 2018).

Tabela 2 : Hierarhija dokazov v znanstvenoraziskovalnem delu

Hierarhija dokazov (Polit & Beck, 2012)	Razvrstitev izbranih zadetkov glede na hierarhijo dokazov
Nivo 1 Sistematični pregled randomiziranih kliničnih raziskav Sistematični pregled nerandomiziranih kliničnih raziskav	0
Nivo 2 Posamezne randomizirane klinične raziskave Število vključenih strokovnih besedil	0
Nivo 3 Sistematični pregled raziskav s korelacijami/opazovanji Število vključenih strokovnih besedil	1
Nivo 4 Posamezne raziskave s korelacijami/opazovanji Število vključenih strokovnih besedil	2

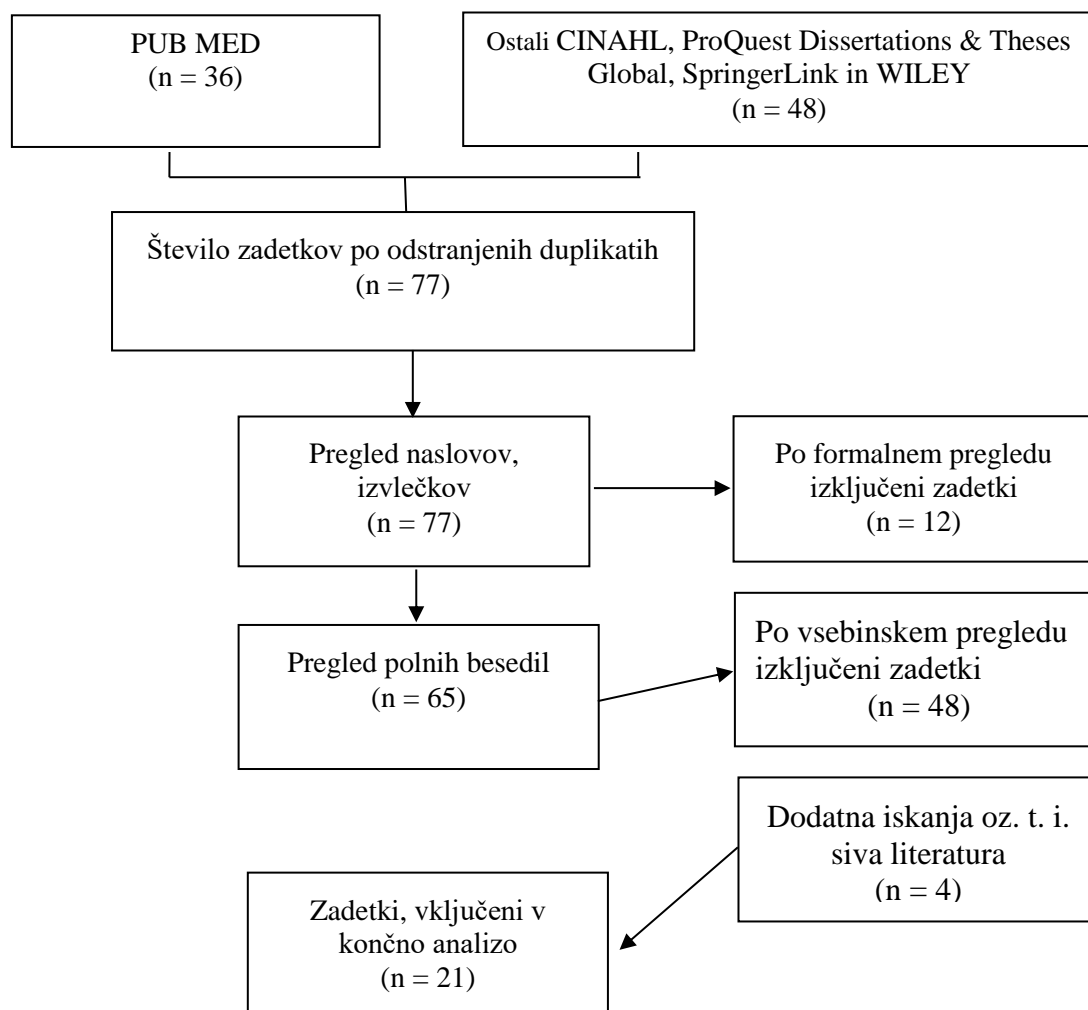
Hierarhija dokazov (Polit & Beck, 2012)	Razvrstitev izbranih zadetkov glede na hierarhijo dokazov
Nivo 5 Sistematični pregled opisnih/kvalitativnih raziskav Število vključenih strokovnih besedil s tehniko zbiranja podatkov: intervju Število vključenih strokovnih besedil s tehniko zbiranja podatkov: fokusna skupina Število strokovnih besedil s tehniko zbiranja podatkov: delfi metoda	0
Nivo 6 Posamične opisne/kvalitativne raziskave	0
Nivo 7 Mnenja avtorjev, ekspertnih komisij Število vključenih strokovnih besedil =	14

2.4 REZULTATI

V nadaljevanju so rezultati predstavljeni shematsko in vsebinsko.

2.4.1 PRIZMA diagram

Na sliki 1 smo prikazali potek pridobivanja relevantnih člankov za našo raziskavo, kjer smo za prikaz pregleda podatkovnih baz in odločanja o uporabnosti pregledanih virov uporabili metodo PRIZMA. PRIZMA diagram je sklop predpostavk, ki temelji na dokazih (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (Liberati et al., 2009). Z uporabo metode PRIZMA smo identificirali 84 virov, iz katerih smo v sistematičnem pregledu literature uporabili 17 virov.



Slika 1: PRISMA diagram

2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah

Tabela 3 prikazuje glavne ugotovitve raziskav, ki smo jih uvrstili v sistematični pregled literature. Navedli smo podatek o avtorstvu, letu objave, raziskovalnem dizajnu, namenu, vzorcu in ključnih spoznanjih posamezne raziskave. Skupaj smo predstavili 21 raziskav, protokolov in mnenj, objavljenih od leta 2009 do leta 2019.

Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Namen raziskave	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Kirkevold & Knut	2009	Presečna raziskava	Raziskati pojavnost in vzroke prikrite aplikacije zdravil	n = 1943 stanovalcev v norveških ustanovah na področju socialnega varstva, n = 1320 stanovalcev na negovalnih enotah in n = 623 stanovalcev na oddelkih za oskrbo starejših s kognitivnim upadom	Stanovalec je na dan povprečno prejemal 6,5 različnih vrst zdravil. Četrtnina stanovalcev je zdravila prejemala v hrani ali tekočini. Na oddelkih za stanovalce s kognitivnim upadom je prikrto aplikacijo zdravil prejemalo 14,5 % stanovalcev, na oddelkih za zdravstveno nego pa 10 % stanovalcev. Antipsihotiki so bili najpogosteje prikrto aplicirana zdravila. Odločitev za prikrto aplikacijo je bila najpogosteje sprejeta v zdravstvenem timu oziroma je bila aplicirana po naročilu zdravnika. Dve tretjini primerov prikrte aplikacije zdravil je bilo dokumentiranih. S prikrto aplikacijo zdravil sta najpogosteje povezana globok kognitivni upad in agitacija stanovalcev. Avtorja zaključujeta, da je prikrta aplikacija zdravil v norveških ustanovah na področju socialnega varstva v primerjavi z raziskavo od leta 2000 do 2007 še vedno velik problem, saj se je pogostost omenjane prakse le malenkost zmanjšala, povečalo pa se je zavedanje zdravstvenih delavcev, da prikrto aplikacijo zdravil pogosteje dokumentirajo.
Tweddle	2009	Mnenje avtorja	Mnenje, kako zagotoviti varnost in avtonomijo pacientov pri prikrto aplikaciji zdravil	Velika Britanija	Vsak uporabnik zdravstvenih storitev je pri odločanju o lastnem zdravljenju avtonomen in ima pravico zavrniti zdravljenje ali zdravstveno pomoč. Etična dilema se pojavlja v primerih, ko uporabnik zdravstvenih storitev zaradi svojega zdravstvenega stanja (kognitivnega upada, duševne motnje) ni sposoben razumeti namena in poteka zdravljenja, ni pa ocenjena njegova poslovna sposobnost. Pri bolezenskih stanjih, kot je kognitivni upad oziroma demenca, bi ureditev poslovne sposobnosti omogočala poskrbeti za varno in zakonito obravnavo v zdravstvenem sistemu.

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Namen raziskave	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Haw & Stubbs	2010a	Sistematični pregled literature	Raziskati razširjenost in vzroke za prikrito aplikacijo zdravil	Sistematični pregled podatkovnih baz EDLINE, EMBASE, PsycINFO, BNI in CINAHL, v končni pregled zajetih 8 raziskav in 1 poročilo inšpektorata	Prikrito aplikacijo zdravil so poročali v 43 %–71 % domovih za starejše. V zdravstvenem varstvu 1,5 %–17 % pacientov ali oskrbovancev prejema zdravila prikrito v tekočini ali hrani. Kljub zakonodaji je v večini primerov ob prikriti aplikaciji zdravil izpolnjena nepopolna dokumentacija. Medicinske sestre najpogosteje same sprejemajo odločitve o prikriti aplikaciji zdravil. Prikrivanje zdravil se najpogosteje uporablja pri pacientih in oskrbovancih s kognitivnim upadom. Izobraževanje in usposabljanje zdravstvenih delavcev sta potrebni za izboljšanje standardov za zaščito in varno aplikacijo zdravil.
Latha	2010	Mnenje avtorjev	Mnenje, kako zagotoviti varnost in avtonomijo pacientov pri prikriti aplikaciji zdravil	Indija	Nesodelovanje pri zdravstveni obravnavi še vedno ostaja eden izmed izzivov pri obravnavi pacientov z duševnimi motnjami. Prav odklanjanje zdravljenja in posledično odklanjanje zdravil pa sta razloga, zakaj se zdravstveno osebje na področju psihiatrije zateka k uporabi prikrite aplikacije zdravil. Prikrita aplikacija zdravil se dotika pravnih in etičnih vprašanj in predvsem avtonomnosti pacientov. Zavajanje pacientov ni opravičilo in ni bližnjica za enostavnejše zdravljenje. Prikrivanje zdravil je kršitev zaupanja med zdravstvenim osebjem in pacientom, dovoljeno pa je le v primerih, kadar sporno prakso dovoljuje zakon. Sporno prakso je v času vse večje avtonomnosti pacientov na področju zdravstvenega varstva treba urediti s pomočjo sodišč, ki bi odločala o sposobnosti odločanja posameznega pacienta.
Antony	2012	Mnenje avtorjev	Mnenje o zakonitosti prikrite aplikacije zdravil	Indija	Neurejena pravila in spodbujanje zaposlenih na področju psihiatrične zdravstvene obravnave k samostojnemu odločanju medicinskih sester k uporabi prikrite aplikacije zdravil ni pravilna. Posploševanje, da pacienti s kognitivnim upadom in z duševnimi motnjami pri zdravljenju ne sodelujejo, ni pravilno. Obstaja majhna skupina pacientov s hudimi duševnimi motnjami, kot so shizofrenija in motnje razpoloženja, kjer prihaja do nesodelovanja in ravno v teh

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Namen raziskave	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
					<p>primerih bi morala biti prikrita aplikacija natančno opredeljena in uravnana. Avtor pri skupini pacientov na področju duševnega zdravja zagovarja uporabo aplikacije terapije proti volji pacienta, ki je v nasprotju s prikrito aplikacijo natančno opredeljena in zakonsko opredeljena v zakonu o duševnem zdravju.</p>
Farrar, et al.	2012	Mnenje avtorjev	Mnenje o argumentih za in proti aplikaciji prikritih zdravil	Združene države Amerike	<p>Najpogostejši argumenti za prikrito aplikacijo zdravil: z odlašanjem aplikacije zdravila se bo pacientu poslabšalo telesno ali duševno stanje. Zdravilo je treba aplicirati za lajšanje telesnih bolečin. Zaradi pomanjkanja časa zdravstveni delavci ne vedo, zakaj pacient ne želi vzeti zdravil. Kot zdravstveni delavci vemo, kaj je najboljšo za pacienta. Prikrito aplikacijo zdravil izvajajo vsi.</p> <p>Priporočila za prikrito aplikacijo: dokumentacija nesodelovanj pacienta, pogovor v zdravstvenem timu in s pacientovimi svojci o nesodelovanju pri zdravljenju, posvet s pacientovim družinskim zdravnikom, farmacevtom, ali je prikrita aplikacija zdravil varna, pred prikrito aplikacijo razmisliti o alternativah, prikriti potrebno le življenjsko pomembna zdravila, pred vsako prikrito aplikacijo pacientu ponuditi zdravila, dokumentacija prikrite aplikacije zdravil.</p>
Kala	2012	Mnenje avtorja	Mnenje o prikriti aplikaciji zdravil v državah, kjer je slaba dostopnost do psihiatrične obravnave	Indija	<p>Predvsem v nerazvitih državah, kjer je psihiatrična zdravstvena obravnava pacientov težko dostopna, je prikrivaje zdravil največkrat edina možnost za zdravljenje oseb, ki imajo slabši uvid v bolezen in pri zdravljenju ne sodelujejo. Z odlašanjem zdravljenja pri hudih duševnih motnjah, kot so psihotična stanja in shizofrenija, lahko povzroči trpljenje posameznika in njihovih svojcev ter vpliva na slabši izid zdravljenja. Prikrita aplikacija zdravil lahko vpliva na pogostost hospitalizacij proti volji pacienta v psihiatrične bolnišnice. Je manj restriktivna kot aplikacija zdravil proti volji pacienta in uporabi posebnih varovalnih ukrepov. Krši se pacientova avtonomija o svobodnem odločanju. Pacient ne ve, da</p>

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Namen raziskave	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
					<p>prejema zdravila in posledično razmišlja, da ne potrebuje zdravil, ker se zdravstveno stanje izboljšuje. Če pacient ugotovi, da je prejemal zdravila prikrito, lahko razvije nezaupanje do zdravstvenega osebja. Nezaupanje v zdravstvene delavce in zdravstveni sistem, ki je omogočil prikrito aplikacijo zdravil, posledično z nastalim nezaupanjem pacienta, vpliva na izide zdravljenja in pomembno vpliva na sodelovanja pacienta v procesu zdravljenja. Lahko pa je prikrita aplikacija zdravil opravičilo slabe oskrbe pacienta za zdravstveno osebje, ki ni usposobljeno za delo z odklonilnimi pacienti in uporabljajo za prikrivanje zdravil lažjo aplikacijo terapije.</p>
NHS Foundation Trust	2012	Protokol za varno aplikacijo prikrite terapije	Protokol, ki ureja področje prikrite aplikacije zdravil	Velika Britanija	<p>Protokol za prikrito aplikacijo zdravil zdravstvenemu osebju nalaga premislek pred aplikacijo, ali je terapija potrebna za reševanje življenja in izboljšanje duševnega zdravja pacienta, kjer se zdravstveni delavec zaveda namena in posledic prikrite aplikacije zdravil. Najpomembnejše pri odločitvah za prikrito aplikacijo zdravil je dokumentiranje. Obrazec morata podpisati zdravnik, ki je zdravilo predpisal, in medicinska sestra, ki je zdravilo aplicirala prikrito.</p>
Sarin	2012	Mnenje avtorja	Mnenje, katere so etične dileme pri aplikaciji prikritih zdravil	Indija	<p>Prikruta aplikacija zdravil v kliničnih okoljih je pogosta praksa in se največkrat zgodi z dobrimi nameni, in sicer v najboljšo korist za pacienta. Vendar sporna praksa odpira kar nekaj zapletenih vprašanj. Prva dilema je pacientova avtonomija, ki je grobo kršena, kadar je terapija aplicirana brez vednosti. Druga dilema, ki se pojavlja pri prikriti aplikaciji, je, kako bo pacient dobil uvid v svoje bolezensko stanje, kadar prejema zdravila prikrito in se utruje njegovo prepričanje, da ne potrebuje zdravil. Vprašanje je tudi, kakšen je cilj pri kratkotrajni prikriti aplikaciji zdravil, kadar so bolezn kronične in je treba zdravila prejemati vse življenje. Tretja dilema je zakonitost prikrute aplikacije. Zakonsko je prikrita aplikacija zdravil pacientu, ki nima</p>

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Namen raziskave	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
					odvzete poslovne sposobnosti, groba kršitev pacientovih pravic. Četrta dilema je poklicna in osebna odgovornost posameznika, ki odredi oziroma izvede prikrito aplikacijo, saj se zaradi nejasnosti, pomanjkanja pravil in protokolov izpostavlja civilnim tožbam.
Yeomans	2012	Mnenje avtorja	Mnenje o neetičnosti prikrite aplikacije zdravil	Velika Britanija	Pri prikriti aplikaciji zdravil se pojavljajo etične dileme med pacientovo avtonomijo ter najboljšimi izidi za pacientovo zdravljenje. Prikrito aplikacijo avtor razume kot zavajanje pacientov. Prikrita aplikacija zdravil bi morala biti izjema pri zdravljenju, tako človekove pravice kot zakon o duševnem zdravju bi morali ščititi pacientovo avtonomijo. Največkrat zdravniki in medicinske sestre menijo, da je prikrita aplikacija zdravil varna. Pred vsako prikrito aplikacijo se je treba posvetovati v celotnem zdravstvenem timu o tem, katere alternative so sporne prakse. Pri odločitvi o prikriti aplikaciji je treba zagotoviti varnost pacientov s posvetovanjem s kliničnim farmacevtom o možnostih drobljenja in stranskih učinkih zdravil. Pacientovo zavračanje zdravljenja ne bi smelo biti povod za prikrito aplikacijo zdravil. Prikrita aplikacija se ne sme izvajati pri pacientih, sposobnih samostojnega odločanja, in pri pacientih brez urejenega skrbništva.
The National Institute for Health and Care Excellence	2014		Protokol, ki ureja področje prikrite aplikacije zdravil	Velika Britanija	Nacionalni inštitut za kakovost v zdravstvu v Angliji v protokolu zagotavlja standarde za domove starejših ter v 6. točki glede upravljanja z zdravili opredeljuje prikrito aplikacijo zdravil. Prikrita aplikacija zdravil naj se izvaja le v izrednih okoliščinah, kadar je aplikacija v skladu z angleškim zakonom o duševnem zdravju. Potreben je multidisciplinarni posvet o varnosti prikrite aplikacije in se ne sme izvajati pred posvetovanjem multidisciplinarnega zdravstvenega tima, ki skrbi za varovanja. O prikriti aplikaciji zdravil je treba napisati pisno poročilo in se o aplikaciji posvetovati s svojci.

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Namen raziskave	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Macaulay	2016	Mnenje avtorja	Mnenje o etičnih dilemah pri prikriti aplikaciji zdravil	Združene države Amerike	Etične dileme pri prikriti aplikaciji zdravil se osredotočajo na avtonomnost pacienta, dobronamernost dela zaposlenih v zdravstvu in dolžnost zaščite pacientov v zdravstvenem sistemu. Dvoma o etičnosti prikrite aplikacije zdravil ni, kadar pacient ni sposoben odločanja in je zaščiten od skrbnika, dvom pa se pojavlja v situacijah, ki niso življenjsko pomembne, vendar pacienti zavračajo zdravljenje in so sposobni avtonomnega odločanja. Ali je prikrita aplikacija zdravil upravičena v primerih agitacije ali bi morali zdravstveni delavci uporabljati aplikacije terapije proti volji? Ali lahko koristi pretehtajo škodo prikritega dajanja zdravil ali pretehtajo škodo aplikacije terapije proti volji pacienta?
Griffith	2016a	Mnenje avtorja	Mnenje o varni aplikaciji prikritih zdravil	Velika Britanija	Protokol za varno aplikacijo prikritih zdravil mora vsebovati: pregled zdravil, ki jih bo pacient prejel prikrilo in ga odobri zdravnik, pregled zdravil, ki ga priskrbi farmacevt, kako se lahko prikrita zdravila aplicirajo varno, jasna dokumentacija z argumenti, zakaj je treba za najboljši izid pacientovega zdravljenja zdravila aplicirati prikrilo, jasen načrt prikrite aplikacije zdravil.
Griffith	2016b	Mnenje avtorja	Mnenje o varni aplikaciji prikritih zdravil	Velika Britanija	Protokol za zakonito in varno prikrilo aplikacijo zdravil mora vsebovati: zakaj sta zdravljenje in aplikacija zdravil, ki jih pacient zavrača, potrebna, ali so bile alternative upoštevane, zakaj so bile alternative zavrnjene, ali je pacient zmožen privoliti v zdravljenje, zakaj je prikrita aplikacija zdravil v najboljšem interesu za pacienta, ali je prikrita aplikacija najmanj restriktiven ukrep, ali so bile vse druge metode izčrpane, so farmacevti podali mnenje o varni aplikaciji prikrite terapije, kakšna je politika in kakšni so protokoli za dokumentiranje prikritih zdravil.
Abdool	2017	Mnenje avtorja	Mnenje o etičnosti in varni aplikaciji prikritih zdravil	Združene države Amerike	Prikrita aplikacija zdravil je namerno zavajanje uporabnikov zdravstvenih storitev, ki ima različne negativne učinke tako na uporabnike kot tudi izvajalce. Zavajanje povzroča različne etične dileme pri zdravstvenih delavcih, ki

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Namen raziskave	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
					zaradi svoje položajne moči zavajajo paciente, ki so zaradi svojih zdravstvenih težav oziroma bolezni največkrat v podrejenem položaju. Prikrita aplikacija zdravil odpira etične in moralne dileme pri zlorabi uporabnikove avtonomije in zaupanja v zdravstveni sistem. Uporaba prikrite aplikacije zdravil bi morala biti pregledna in ne odločitev posameznega zaposlenega, ampak celotnega zdravstvenega tima, podprta z ustreznimi protokoli in dokumentacijo.
Munden	2017	Mnenje avtorja	Mnenje o posledicah prikrite aplikacije zdravil	Velika Britanija	Prikrita aplikacija zdravil je pogosta praksa v zdravstvenem varstvu, vendar njen obseg ni poznan. Nepripravljenost medicinskih sester in drugih zdravstvenih delavcev, da bi se področne prikrite aplikacije zdravil uredilo s protokoli in z dokumentacijo, kaže na podcenjenost problema. Z vidika, da je prikrita aplikacija zdravil zavajanje pacienta, je treba razmisliti, kakšen vpliv ima omenjena praksa na terapevtski odnos med zdravstvenim delavcem in pacientom. Avtor ugotavlja, da sta prizadeta oba. Pacient, ki izgubi zaupanje v medicinsko sestro, ko izve, da so bila zdravila aplicirana prikrito in celoten zdravstveni sistem, ki izgublja zaupanje pacientov.
Sheldon	2017	Mnenje avtorja	Mnenje o zakonitosti aplikacije prikritih zdravil	Kanada	Prikrita aplikacija zdravil ostaja sporna praksa. Kot argumente, zakaj, avtorica navaja: pacient, ki prejema prikrita zdravila, ne more poročati o stranskih učinkih zdravila, drobljenje in odpiranje kapsul vpliva na mehanizem delovanja zdravila, vpliva na terapevtski odnos med pacientom in zdravstvenim delavcem, odvzame pacientu možnost pridobitve uvida v svojo bolezen. V primeru prikrite aplikacije zdravil zakon nima jasnega učinka, saj je za sporno prakso zakon težko uporabiti, zlasti kadar so v spor vpletene nasprotno si pravice, kot je v primeru prikrite aplikacije zdravil. Zdravstvene organizacije se največkrat prav zaradi strahu pred posledicami prikrivanja zdravil bojijo odprte in transparentne razprave o sporni praksi, kar še povečuje zmedo in moralne stiske pacientov in zaposlenih.

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Namen raziskave	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Simpson	2017	Mnenje avtorja	Mnenje o zakonitosti aplikacije prikritih zdravil	Združene države Amerike	Stigmatizirane skupine pacientov so povezane s pogostejšo prikrto aplikacijo zdravil. Med omenjenimi skupinami se največkrat omenja paciente z duševnimi motnjami in oskrbovance s kognitivnimi motnjami v domovih starejših. V nekaterih primerih prikrte aplikacije zdravil je sporna praksa zakonita, kadar so izpolnjeni določeni pogoji, kot so urejeno skrbništvo ob zmanjšani sposobnosti, duševni nerazvitosti ali pri kognitivnem upadu pacientov. Prikrta aplikacija zdravil odpira etične dileme. Sporna praksa je največkrat nepravilna odločitev posameznika (zdravnika ali medicinske sestre). Zato se v zadnjem času vedno bolj uveljavlja organizacijska etika, ki se je razvila iz bioetike in zdravstvene etike. Organizacijska etika se osredotoča na obravnavo sistemskih in organizacijskih etičnih dilem v posamezni zdravstveni organizaciji. Vpliva in ureja etično vedenje zdravstvenih organizacij. Pristop organizacijske etike je tako usmerjen h kritičnemu razmišljanju o širšem konceptu, znotraj katerega se razvijajo politike in postopki v zdravstveni organizaciji. Osredotoča se na razumevanje vmesnih struktur in etične odgovornosti posamezne zdravstvene organizacije. Uporablja se kot proces, ki vključuje razmišljanje o pozitivnih in negativnih vplivih izvajalcev zdravstvenih storitev pri spornih praksah, med njimi tudi pri prikrti aplikaciji zdravil.
Care Quality Commission	2018	Protokol	Protokol za varno aplikacijo prikritih zdravil	Velika Britanija	Neodvisni regulator na področju zdravstva in socialnega skrbstva (Care Quality Commission) v Angliji določa, da je prikrta aplikacija zdravila dovoljena, kadar: 1) oseba aktivno zavrača zdravilo, 2) oseba ne razume posledic zavračanja zdravil (stanje, ki ga določa zakonodaja na področju duševnega zdravja) in 3) zdravilo je nujno potrebno za zdravje posameznika.
Džamastagić, et al.	2019	Mnenje avtorja	Mnenje avtorja o prikrti aplikaciji zdravil	Slovenija	Zvijračna izvedba medicinskega posega pri pacientu, ki je sposoben odločanja, je kazniva in predstavlja kršitev načela II. kodeksa, ki opredeljuje pravico pacienta do svobode odločanja, ter krši standard

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Namen raziskave	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
					<p>ravnanja kodeksa, v skladu s katerim medicinska sestra za pridobitev soglasja pacienta nikoli ne uporablja statusne moči, prisile ali zavajanja.</p> <p>Kodeks izrecno določa, da izvajalci zdravstvene nege in oskrbe v okviru svojih pristojnosti nudijo pacientu kompetentno zdravstveno nego in oskrbo.</p> <p>V okviru navedenega načela jih zavezujejo standardi ravnanja, v skladu s katerimi ne izvajajo postopkov, za katere nimajo ustreznih poklicnih kompetenc, znanj, usposobljenosti ali opreme.</p> <p>Izvajalci zdravstvene nege upoštevajo načela kulture varnosti in odklonijo vsak poseg, ki bi bil po njihovem strokovnem prepričanju lahko za pacienta škodljiv ali ni v skladu z načeli poklicne etike.</p> <p>Vprašanje aplikacije zdravila oziroma terapije pri pacientih, ki niso sposobni odločanja o sebi, ob številnih pravnih, etičnih in strokovnih dilemah, ki jih navedene prakse odpirajo, v nekaterih drugih državah z namenom zagotavljanja varne in kakovostne zdravstvene obravnave poskušajo urediti z navodili, ki natančno določajo pogoje ter dopustnost t. i. prikrite aplikacije zdravil pacientom oziroma stanovalcem, ki odklanjajo predpisano terapijo per os v obliki tablet oziroma kapsul in niso sposobni odločanja o sebi.</p>

Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah

Kategorija	Kode	Avtorji
K 1: Razširjenost prikrite aplikacije zdravil, vzroki in najpogostejše skupine pacientov, ki prejemajo prikrita zdravila	Obseg prikritega dajanja zdravil prepogost in neraziskan – stigmatizirane skupine pacientov – pacienti z duševnimi motnjami – pacienti s kognitivnimi motnjami – nezmožnosti razumevanja zdravljenja – slab uvid – zavračanje zdravil	Kirkevold & Engedal, 2009; Haw & Stubbs, 2010; Latha, 2010; Hung, et al., 2012; Abdool, 2017; Simpson, 2017
K 2: Etične dileme	Poseg v avtonomijo pacienta – zavajanje pacienta – dobronamernost dela – zaščita pacientov – odvzem	Tweddle, 2009; Latha, 2010;

Kategorija	Kode	Avtorji
zdravstvenih delavcev pri prikriti aplikaciji zdravil	pravice pacientu, da zavrne zdravljenje – kršitev zaupanja med zdravstvenimi delavci in pacienti – zakonitost prikrite aplikacije	Sarin, 2012; Yeomans, 2012; Macauley, 2016; Sheldon, 2017; Abdool, 2017; Simpson, 2017
K 3: Argumenti proti prikriti aplikaciji zdravil	Pomen za terapevtski odnos – pomen za zmanjšan uvid v bolezen – lažji način za slabše izobraženega negovalnega kadra – nezaupanje v zdravstvene delavce in zdravstveni sistem – pomen za izid zdravljenja – pomen za sodelovanje pacienta	Latha, 2010; Antony, 2012; Sarin, 2012; Sheldon, 2017;
K 4: Argumenti za uporabo prikrite aplikacije zdravil	Zdravljenje hudih duševnih motenj – obvladovanje kriznih stanj – preprečevanje potrebe po uporabi fizične sile – preprečevanje aplikacije terapije proti pacientovi volji – preprečevanje pogostih hospitalizacij – umiritev agresivnosti – preprečevanje poslabšanja telesnega in duševnega zdravja – pomanjkanje časa zaposlenih v zdravstvu – lajšanje telesnih bolečin – prikrito aplikacijo zdravil izvajajo vsi – zmanjševanje trpljenja pacientov – manj restriktivna kot uporaba posebnih varovalnih ukrepov	Latha, 2010; Kala, 2010; Antony, 2012; Farrar, et al, 2012; Sheldon, 2017; Abdool, 2017; Munden, 2017
K 5: Ukrepi za varno aplikacijo prikrite aplikacije zdravil	Premislek pred aplikacijo – posvetovanje z multidisciplinarnim timom – dosledno dokumentiranje – dokumentiranje nesodelovanja pacienta – pogovor s svojci pacienta – posvet s pacientovim osebnim zdravnikom – razmislek o alternativah – pred vsako prikrito aplikacijo je treba pacientu ponuditi zdravila – dokumentiranje zdravnika, ki je zdravilo predpisal, kot tudi medicinske sestre	Haw & Stubbs, 2010; Farrar, et al, 2012; NHS Foundation Trust, 2012; The National Institute for Health and Care Excellence, 2014; Griffith, 2016a; Griffith, 2016b; Care Quality Commission, 2018

Identificirali smo 40 kod, ki smo jih glede na medsebojne povezave in bistveno sporočilo bralcu združili v 5 vsebinskih kategorij (tabela 4):

- *Razširjenost prikrite aplikacije zdravil, vzroki in najpogostejše skupine pacientov, ki prejema prikrita zdravila* (K 1) – raziskave o razširjenosti prikrite aplikacije zdravil so redke. Po podatkih, zbranih v dveh starejših raziskavah (Kirkevold & Engedal, 2009; Haw & Stubbs, 2010), četrtnina stanovalcev v socialnem varstvu in desetina pacientov v zdravstvenem varstvu v času obravnave prejema zdravila prikrito. V obeh raziskavah in po mnenju različnih strokovnjakov so najpogostejše skupine pacientov, ki v zdravstvenem in socialnem varstvu prejema zdravila prikrito, pacienti s psihotičnimi motnjami in z bipolarno afektivno motnjo (Kirkevold & Engedal, 2009; Haw & Stubbs, 2010; Latha, 2010; Abdool, 2017; Simpson, 2017). V socialnem varstvu pa so stanovalci, ki so nameščeni na oddelkih za oskrbo stanovalcev s kognitivnimi motnjami (Kirkevold & Engedal,

- 2009). Med razlogi, zakaj se zdravstveni delavci odločajo za prikrito aplikacijo zdravil, so najpogostejši vzroki slabo sodelovanje, nerazumevanje, odklanjanje zdravljenja in slab uvid pacientov ter stanovalcev v lastno zdravstveno stanje (Haw & Stubbs, 2010; Latha, 2010; Hung, et al., 2012).
- *Etične dileme zdravstvenih delavcev pri prikriti aplikaciji zdravil (K 2)* – kršenje pacientove avtonomije ni le etična dilema, je zavestno kršenje zakonov o pacientovih pravicah, ki opredeljuje, da je vsak pacient, ki ima opravilno sposobnost, avtonomen pri odločanju o lastnem zdravljenju (Abdool, 2017; Simpson, 2017). Krši se kodeks zdravstvene nege, v katerem medicinske sestre opredeljujejo kot zaščitnice pacienta (Macauley, 2016; Sheldon, 2017). Predvsem pa je prikrita aplikacija zdravil namerno zavajanje pacienta, pri kateri se je treba zavedati poklicne in osebne odgovornosti tako zaposlenega, ki je zdravilo predpisal, kot medicinske sestre, ki je zdravilo aplicirala. Razume se lahko kot izkoriščanje položajne moči zaposlenih v zdravstvenem varstvu (Tweddle, 2009; Latha, 2010; Sarin, 2012; Yeomans, 2012).
 - *Argumenti proti prikriti aplikaciji zdravil (K 3)* – najpogostejši argument je pomen prikrite aplikacije zdravil na odnos med pacientom in zdravstvenim delavcem (Latha, 2010; Sarin, 2012). Prikrita aplikacija zdravil vpliva na pacientov uvid v bolezensko stanje, vpliva na zaupanje v celotni zdravstveni sistem (Antony, 2012; Sheldon, 2017). Razširjenost prikrite aplikacije zdravil je lahko tudi odraz slabše izobraženega kadra (Barreto, 2017).
 - *Argumenti za uporabo prikrite aplikacije zdravil (K 4)* – argumenti za prikrito aplikacijo zdravil so predvsem pri pacientih s hudimi duševnimi motnjami, ki omogočajo zmanjševanje trpljenja, pogostejših hospitalizacij in uporabo drugih bolj restriktivnih ukrepov (Farrar, et al , 2012; Sheldon, 2017; Abdool, 2017). Prikrito aplikacijo zdravil avtorji (Latha, 2010; Kala, 2010; Antony, 2012; Munden, 2017) vidijo kot dopustno pri obvladovanju neželenih in motečih vedenj pacienta, kot sta agitacija in nasilje.
 - *Ukrepi za varno aplikacijo prikrite aplikacije zdravil (K 5)* – protokoli, ki zagotavljajo varno prikrito aplikacijo zdravil (Haw & Stubbs, 2010; NHS Foundation Trust, 2012; The National Institute for Health and Care Excellence, 2014). Pacient, ki odklanja zdravila, mora biti obravnavan multidisciplinarno z

vklučitvijo vseh strokovnjakov v zdravstvenem timu, tudi farmacevta, ki usmerja, katera zdravila je varno drobiti, katera zdravila se lahko aplicirajo v kateri drugi obliki (Farrar, et al, 2012; Griffith, 2016a; Griffith, 2016b; Care Quality Commision, 2018). Potreben je posvet s pacientovim osebnim zdravnikom, obvestiti je treba pacientove svojce. Predvsem pa je pred vsako aplikacijo zdravil treba le-ta pacientu ponuditi (NHS Foundation Trust, 2012; The National Institute for Health and Care Excellence, 2014).

2.5 RAZPRAVA

V raziskavi ugotavljamo, da je prikrita aplikacija »siva cona«, o kateri je zelo malo raziskanega. Zakon o pacientovih pravicah (Zakon o pacientovih pravicah, 2008) jasno opredeljuje, da je pacient avtonomen pri odločanju o lastnem zdravljenju. Zakon o duševnem zdravju (2008) jasno opredeljuje, kdaj se lahko zdravilo aplicira proti pacientovi volji, vendar ne govori o prikriti aplikaciji zdravil. Ker je pojav še kako prisoten, smo z raziskavo želeli osvetliti premalo izpostavljen problem etične kot legalne dopustnosti tovrstne klinične prakse, s prikazom njenih etičnih dilem in argumentov za in proti, vendar smo zaradi pomanjkanja raziskav iz višjih hierarhičnih nivojev v pregled uvrstili še dve drugi kategoriji (*Razširjenost prikrite aplikacije zdravil, vzroki in najpogostejše skupine pacientov, ki prejemajo prikrita zdravila, in Ukrepi za varno aplikacijo prikrite aplikacije zdravil*), ki sta nam pomagali pri razumevanju kompleksnosti problema prikrite aplikacije. Razširjenost prikrite aplikacije zdravil nam je pokazala, da zaposleni v zdravstvu namenjajo prikriti aplikaciji zdravil premalo pozornosti. V petih podatkovnih bazah smo v zadnjih desetih letih našli le dve presečni raziskavi, ki odkrivata njeno pojavnost. V kategorijo Ukrepi za varno aplikacijo prikrite aplikacije zdravil smo uvrstili tuje protokole in mnenja avtorjev, ki prakso v izrednih primerih naredijo varno, in sicer tako za pacienta kot tudi za zdravstveno osebje. Lastne zaključke bomo v nadaljevanju predstavili skozi analizo uporabljenih virov sistematičnega pregleda.

Rokovanje z zdravili je v tujini pogosto opredeljeno s profesionalnimi smernicami (Royal College of Nursing, 2019), ki celostno in multidisciplinarno urejajo področje. Smernice

so razvite z namenom, da povečujejo varnost tako pacientov kot zaposlenih, prav tako tudi, da olajšajo neposredno klinično delo, pomagajo tudi v primerih, ko pride do etičnih in strokovnih dilem, kot je »prikrita aplikacija zdravil«. Za smernico na področju rokovanja zdravil se posebej poudarja, da je uveljavljanje odgovornost multidisciplinarnega tima. Vprašanje aplikacije zdravil pacientom brez njihove vednosti je v zdravstvu spodbudilo premalo pozornosti, in sicer tako iz etičnih, pravnih kot tudi političnih perspektiv (Munden, 2017). V Sloveniji ne poznamo izraza, ki bi označeval aplikacijo zdravil določenim skupinam pacientov pod izrazom »covert administration of medicines«, kar bi v prevodu pomenilo »prikrita aplikacija zdravil« (Džamastagić, et al., 2019). Definicija, ki je najbolj razumljiva in enostavna, prikrito aplikacijo zdravil določa kot aplikacijo zdravila pacientu oziroma posamezniku na skrit način, brez pacientovega strinjanja, vendar v njegovem najboljšem interesu« (Haw & Stubbs, 2010a). O prikriti aplikaciji zdravil govorimo, kadar se zdravilo najpogosteje v tekočini ali hrani prikrito brez soglasja aplicira pacientu (Hung, et al., 2012). V tujini se zdravstveno osebje vedno bolj zaveda neustreznosti prikrite aplikacije zdravil in je pogost predmet raziskav in strokovnih debat (Kirkevold & Engedal, 2009; Haw & Stubbs, 2010a; Haw & Stubbs, 2010b; Hung, et al., 2012; Kelly-Fatemi, 2016).

V literaturi zasledimo več raziskav na temo etične sprejemljivosti in vprašanj o varnosti pacientov, povezanih s prikrito aplikacijo zdravil, medtem pa ostaja velika neznanka o resnični pojavnosti aplikacije prikrite aplikacije zdravil v kliničnih okoljih (Tweddle, 2009; Latha, 2010; Barreto, 2017; Simpson, 2017). Simbioza zdravstvene nege in etike se odraža predvsem v poslanstvu medicinskih sester kot zagovornic pacientov (Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije, 2014), ki so stalno prisotne ob pacientovi postelji in so zadnja varovalka za varno aplikacijo zdravil (Vaughn, 2013). Zavedati se je treba, da je sporne prakse težko raziskati, saj gre za pojav, ki je pogosto neprepoznan in neviden na zunaj, resnična razširjenost pojava pa je še vedno slabo raziskana tako po svetu (Kirkevold & Engedal, 2009) kot tudi pri nas. Za iskanje dokazov smo pregledali vse večje tuje in domače baze podatkov. Zanimivo je, da kljub zavedanju, da je prikrita aplikacija tudi v Sloveniji »verjetno« pogosta praksa, raziskav o omenjeni praksi nismo našli. Nekoliko bolje je v zadnjih desetih letih pojav raziskan v tujini, čeprav v literaturi v zadnjih desetih letih zasledimo le peščico raziskav, ki bi dejansko raziskovale

razširjenost prikrite aplikacije zdravil (Kirkevold & Engedal, 2009; Haw & Stubbs, 2010b). Pri starostnikih v socialnem varstvu raziskovalci ugotavljajo velik problem polifarmacije in predvsem razširjenost prikrite aplikacije zdravil pri četrtini oskrbovancev. Na oddelkih za stanovalce s kognitivnim upadom je prikrito terapijo prejela četrtina oskrbovancev, na negovalnih oddelkih pa desetina oskrbovancev (Kirkevold & Engedal, 2009). Razširjenost prakse, ki je etično in zakonsko sporno, so ugotavljali kar v dveh tretjinah ustanov s področja socialnega varstva. V zdravstvenem varstvu je prikrite aplikacije zdravil manj kot v socialnem varstvu, saj po ocenah desetina pacientov prejema prikrita zdravila. Prikrita aplikacija zdravil je največkrat odločitev posameznikov, zaposlenih v zdravstvenem varstvu, največkrat pa se za to odločajo prav medicinske sestre, ki so zadnji člen pri aplikaciji zdravil. Sporna praksa je v večini primerov slabo dokumentirana ali pa sploh ni, kar avtor pripisuje predvsem pomanjkanju protokolov za varno aplikacijo prikritih zdravil (Abdool, 2017).

Najpogostejše skupine pacientov, ki prejemajo prikrto aplikacijo zdravil, so pacienti z duševnimi motnjami, med katerimi prevladujejo shizofrenija, motnje razpoloženja ter kognitivne motnje (Hung, et al., 2012). Najpogostejši vzrok prikrte aplikacije zdravil pa raziskovalci ugotavljajo prav v nezmožnosti razumevanja zdravstvene obravnave, slabega uvida, sodelovanja in odklanjanja zdravljenja (Latha, 2010). Slabše sodelovanje pri zdravljenju, med katerimi se prišteva zavračanje zdravil, je pri pacientih z duševnimi motnjami najpogostejši dejavnik, ki povzroča ponovna poslabšanja bolezni, ponovne hospitalizacije, pogostejše poizkuse samomora in prezgodnjo umrljivost. Raziskovalci (García, et al., 2016) ugotavljajo, da več kot polovica pacientov s shizofrenijo in tretjina pacientov z motnjo razpoloženja pri zdravljenju ne sodeluje. Pri petini pacientov s kognitivnimi motnjami ugotavljajo nesodelovanje pri zdravljenju. Kot najpogostejše posledice nesodelovanja pa avtorji (Ell-Saifi, et al., 2018) ugotavljajo pogostejše hospitalizacije in prezgodnjo umrljivost. Omenjena populacija pacientov s hudo duševno motnjo in kognitivnim upadom kot prikrto aplikacijo zdravil najpogosteje prejema anksiolitike in antipsihotike z razlogom, da bi umirili moteče vedenje (Haw & Stubbs, 2010b). Pri hudih duševnih motnjah in kognitivnih motnjah so razlogi za prikrto aplikacijo zdravil v raziskavah zelo podobni, raziskovalci (Kirkevold & Engedal, 2009; Hung, et al., 2012) največkrat navajajo agresivnost, nasilno vedenje pri duševnih motnjah

v sklopu motene realitetne kontrole, pri pacientih s kognitivnim upadom pa predvsem vedenjske in psihične spremembe.

Največkrat zdravniki in medicinske sester menijo, da je prikrita aplikacija zdravil varna. Pred vsako prikrito aplikacijo se je treba posvetovati v celotnem zdravstvenem timu o tem, katere alternative so sporne prakse (Yeomans, 2012). V literaturi zasledimo tudi več protokolov (NHS Foundation Trust, 2012; The National Institute for Health and Care Excellence, 2014) za varno prikrito aplikacijo zdravil. Protokol za prikrito aplikacijo zdravil zdravstvenemu osebju nalaga premislek pred aplikacijo, ali je terapija potrebna za reševanje življenja in izboljšanje duševnega zdravja pacienta, kjer se zdravstveni delavec zaveda namena in posledic prikrite aplikacije zdravil. Najpomembnejše pri odločitvah za prikrito aplikacijo zdravil je dokumentiranje. Obrazec mora podpisati zdravnik, ki je zdravilo predpisal, kot tudi medicinska sestra, ki je zdravilo aplicirala prikrito« (NHS Foundation Trust, 2012). Nacionalni inštitut za kakovost v zdravstvu v Angliji zagotavlja standarde za domove starejših ter v 6. točki upravljanja z zdravili opredeljuje prikrito aplikacijo zdravil. Prikrita aplikacija zdravil naj se izvaja le v izrednih okoliščinah, kadar je aplikacija v skladu z angleškim zakonom o duševnem zdravju (The National Institute for Health and Care Excellence, 2014). Potreben je multidisciplinarni posvet o varnosti prikrite aplikacije in se ne sme izvajati pred posvetovanjem multidisciplinarnega zdravstvenega tima, ki skrbi za varovanja. O prikriti aplikaciji zdravil je treba napisati pisno poročilo in se o aplikaciji posvetovati s svojci (Haw & Stubbs, 2010; Farrar, et al., 2012). Griffith (2016b) protokol za zakonito in varno prikrito aplikacijo zdravil mora vsebovati: zakaj sta zdravljenje in aplikacija zdravil, ki jih pacient zavrača, potrebna, ali so bile alternative upoštevane, zakaj so bile alternative zavrjene, ali je pacient zmožen privoliti v zdravljenje, zakaj je prikrita aplikacija zdravil v najboljšem interesu za pacienta, ali je prikrita aplikacija najmanj restriktiven ukrep, ali so bile vse druge metode izčrpane, ali so farmacevti podali mnenje o varni aplikaciji prikrite terapije, katere so politike in protokoli za dokumentiranje prikritih zdravil.

Etične dileme zaposlenih v zdravstveni negi pri aplikaciji prikritih zdravil so različne in pogoste. Raziskave (Haw & Stubbs, 2010a; Hung, et al., 2012; Simpson, 2017) v tujini opozarjajo na vse večje zavedanje zaposlenih v zdravstvu o etični in moralni dilemi pri

prikriti aplikaciji terapije. Pomembno je, da se medicinske sestre zavedajo področij zdravstvene nege, kjer se pojavljajo etične dileme. Medicinske sester so zagovornice pacientov in zadnja »varovalka« za varno aplikacijo zdravil. (Vaughn, 2013). Prikrita aplikacija zdravil v kliničnih okoljih je pogosta praksa in se največkrat zgodi z dobrimi nameni v najboljšo korist za pacienta. Vendar sporna praksa odpira kar nekaj zapletenih vprašanj (Sarin, 2012). Mnenje nekaterih, da je praksa nespremenljiva oz. kazniva, odpira vprašanje, ki je zaskrbljujoče (Antony, 2012; Abdool, 2017; Munden, 2017). Tako mnenje bi še okrepil strah izvajalcev zdravstvenih storitev pred posledicami prikrivanja zdravil in onemogočil transparentno in odprto razpravo o »sporni praksi«, kar še povečuje zmedo in moralne stiske pacientov in zaposlenih (Sheldon, 2017). Vsekakor ne gre za osamljen pojav, ampak je široko prepoznan, zato obstajajo v svetu smernice in standardi, ki omogočajo največjo možno mero varnosti in preprečujejo zlorabo (NHS Foundation Trust, 2012; The National Institute for Health and Care Excellence, 2014; Macauley, 2016; Griffith, 2016b). Najpogostejše etične dileme, ki se pojavljajo pri prikriti aplikaciji zdravil, so: kršena je pacientova avtonomija, ki je grobo kršena, kadar je terapija aplicirana brez vednosti (Tweddle, 2009; Latha, 2010; Macauley, 2016). Avtorji se sprašujejo, kako bo pacient dobil uvid v svoje bolezensko stanje, kadar prejema zdravila prikrito in se utrjuje njegovo prepričanje, da ne potrebuje zdravil (Munden, 2016). Kadar so bolezni kronične in je treba zdravila prejemati vse življenje, se sprašujejo, kakšen je cilj pri kratkotrajni prikriti aplikaciji zdravil. Vprašanje je tudi, kakšna je zakonitost prikrite aplikacije zdravil in kakšna je poklicna in osebna odgovornost posameznika, ki odredi oziroma izvede prikrito aplikacijo, saj se zaradi nejasnosti, pomanjkanja pravil in protokolov izpostavlja civilnim tožbam (Sarin, 2012).

Obstajajo argumenti za in proti prikriti aplikaciji zdravil v zdravstvenem in socialnem varstvu. Prikrita aplikacija zdravil je namerno zavajanje uporabnikov zdravstvenih storitev, ki ima različne negativne učinke tako na uporabnike kot tudi izvajalce (Abdool, 2017). Avtorji (Tweddle, 2009; Yeomans, 2012; Macauley, 2016) kot argumente proti prikriti aplikaciji zdravil ugotavljajo kršitev pacientove avtonomije svobodnega odločanja. Pacient ne ve, da prejema zdravila in posledično razmišlja, da ne potrebuje zdravil, ker se njegovo zdravstveno stanje izboljšuje. Če pacient ugotovi, da je prejemal zdravila prikrito, lahko razvije nezaupanje do zdravstvenega osebja (Kala, 2012).

Nezaupanje v zdravstvene delavce in zdravstveni sistem, ki je omogočil prikrito aplikacijo zdravil, posledično z nastalim nezaupanjem pacienta, vpliva na izide zdravljenja in pomembno vpliva na sodelovanje pacienta v procesu zdravljenja (Sarin, 2012). Z vidika, da je prikrita aplikacija zdravil zavajanje pacienta, je treba razmisliti, kakšen vpliv ima omenjena praksa na terapevtski odnos med zdravstvenim delavcem in pacientom. Avtor (Munden, 2017) ugotavlja, da sta prizadeta oba. Pacient, ki izgubi zaupanje v medicinsko sestro, ko izve, da so bila zdravila aplicirana prikrito, in celoten zdravstveni sistem, ki izgublja zaupanje pacientov (Kala, 2012). Lahko pa je prikrita aplikacija zdravil opravičilo medicinske sestre za slabo oskrbo pacienta, ker ni usposobljena za delo z odklonilnimi pacienti in je uporaba prikrivanja zdravil lažja aplikacija terapije (Barreto, 2017). Avtorji (Yeomans, 2012; Sarin, 2012; Sheldon, 2017) vidijo prikrito aplikacijo zdravil sporno tudi z vidika varnosti pacienta. Pacient, ki prejema prikrito aplikacijo zdravila, ne more poročati o stranskih učinkih zdravila, drobljenje in odpiranje kapsul vpliva na mehanizem delovanja zdravila. Navodila farmacevtov glede drobljenja tablet in odpiranja kapsul so jasna – vsako drobljenje in odpiranje kapsul imata lahko resne posledice, ki vplivajo na zdravje in zdravljenje. V raziskavi pri pacientih z motnjo požiranja (Farrar, et al., 2012) strokovnjaki pri drobljenju zdravil navajajo naslednje klinične zaplete: spremembe količine absorpcije zdravilne učinkovine, ki so lahko pri veliki absorpciji smrtno nevarne, ali v primeru premajhne absorpcije, neučinkovite pri zdravljenju. Tablete z zdrobljenimi gastrorezistentnimi sloji povzročajo prehitro sproščanje zdravilne učinkovine. Do sproščanja zdrobljenih zdravil lahko pride pri stiku s hrano ali tekočino. Zdravstveni delavci, ki drobijo zdravila, so lahko izpostavljeni delcem učinkovin, ki so lahko strupeni. V klinični praksi je v izogib drobljenju zdravil treba razmisliti o alternativnih oblikah zdravilnih učinkovin, kot so solucije oziroma kapljice (Stegemann et al., 2012). Prikrita aplikacija zdravil bi morala biti izjema pri zdravljenju, tako človekove pravice kot zakon o duševnem zdravju bi morali ščititi pacientovo avtonomijo (Yeomans, 2012).

V literaturi zasledimo tudi argumente za prikrito aplikacijo zdravil (Latha, 2010). Najpogostejši argumenti za prikrito aplikacijo zdravil so: z odlašanjem aplikacije zdravila se bo pacientu poslabšalo telesno ali duševno stanje. Zdravilo je treba aplicirati za lajšanje telesnih bolečin. Zaradi pomanjkanja časa zdravstveni delavci ne vedo, zakaj pacient ne

želi vzeti zdravil, prikrito aplikacijo zdravil izvajajo vsi (Farrar, et al, 2012). Predvsem v nerazvitih državah, kjer je psihiatrična obravnava pacientov težko dostopna, je prikrivanje zdravil največkrat edina možnost za zdravljenje oseb, ki imajo slabši uvid v bolezen in pri zdravljenju ne sodelujejo (Latha, 2010). Z odlašanjem zdravljenja pri hudih duševnih motnjah, kot so psihoze, lahko povzroči trpljenje posameznika in njihovih svojcev ter vpliva na slabši izid zdravljenja. Prikruta aplikacija zdravil lahko vpliva na pogostost hospitalizacij proti volji pacienta v psihiatrične bolnišnice. Je manj restriktivna kot aplikacija zdravil proti volji pacienta in uporabi posebnih varovalnih ukrepov, zdravstveni delavci vedo, kaj je najboljše za pacienta. Prikrito aplikacijo zdravil izvajajo vsi (Kala, 2012). V nekaterih primerih prikrute aplikacije zdravil je sporna praksa zakonita, kadar so izpolnjeni določeni pogoji, kot so urejeno skrbništvo ob zmanjšani sposobnosti, duševni nerazvitosti ali pri kognitivnem upadu pacientov (Simpson, 2017). Prikruta aplikacija zdravil bi morala biti izjema pri zdravljenju, tako človekove pravice kot tudi zakon o duševnem zdravju pa bi morali ščititi pacientovo avtonomijo (Yeomans, 2012).

2.5.1 Omejitve raziskave

V sistematičnem pregledu literature smo želeli osvetliti problem prikrute aplikacije zdravil, ki je po mnenju nekaterih avtorjev etično in moralno sporna. Posledično sporni praksi ugotavljamo neraziskanost v domačem prostoru in pomanjkanje dokazov, predvsem iz višjih hierarhičnih nivojev v tuji literaturi. V prihodnosti bo potrebnih več randomiziranih in longitudinalnih raziskav, ki bodo raziskale resnično pojavnost in posledice prikrute aplikacije zdravil.

2.5.2 Priložnosti za izboljšanje stanja na področju varnosti prikrute aplikacije zdravil

1. *Odprt dialog* – v vseh ustanovah, kjer obstaja veliko tveganje za prikruto aplikacijo zdravil, je treba voditi odprt dialog med zaposlenimi o pravni in etični sprejemljivosti take aplikacije.
2. *Vzpostavitev dokumentacije* – treba je določiti minimalni nabor dokumentacije v primeru prikrute aplikacije zdravil.

3. *Določitev skrbnika* – v primerih hospitalizacije ali namestitve v socialne zavode bi sprožili postopek za dodelitev skrbnika za posebni primer. S tem bi pacientom, ki zaradi zdravstvenega stanja niso sposobni razumeti poteka zdravljenja, lahko s posvetom zdravstvenega tima in skrbnika omogočili varno zdravljenje. Izognili bi se moralnim stiskam, ki jih doživljajo medicinske sestre, ko ob neprisotnosti zdravnikov, ki je odgovoren za predpisano medikamentozno terapijo, najpogosteje same sprejemajo odločitve o prikriti aplikaciji zdravil. Z določitvijo skrbnika bi zmanjšali oziroma v primeru njene uporabe zaščitili pacienta in njegove pravice. Pomembno je, da je postopek izpeljan hitro, in sicer v roku 48 ur ali manj.
4. *Nacionalni protokol o prikriti aplikaciji zdravil* – po vzoru nekaterih tujih držav je nujno treba razmisliti o oblikovanju skupnega nacionalnega protokola Zbornice zdravstvene in babiške nege ter Zdravniške zbornice. Zavedati se je treba, da je prikrita aplikacija zdravila dejstvo, ki se kljub veljavnim pravnim normam pogosto dogaja tudi v našem prostoru. Zato je treba o tem odprto spregovoriti in za napisanimi smernicami ali protokoli v čim večji meri zavarovati paciente in zaposlene.

2.5.3 Protokol za varno aplikacijo prikritih zdravil

Na podlagi ugotovitev pregledane literature smo pripravili protokol varne in pregledne prikrite aplikacije zdravil, ki pacientom in zaposlenim v zdravstvenem varstvu omogoča varno aplikacijo prikritih zdravil (glej prilogo). Protokol zaposlenim, predvsem zaposlenim v zdravstveni negi, omogoča, da se za prikrito aplikacijo ne odločajo sami. Ponuja nabor vseh obveznih postopkov po zgledu tuje literature in vključenih strokovnjakov, s katerimi se je treba posvetovati pred prikrito aplikacijo zdravil. Pred tem je vedno potrebna tudi ocena zdravnika, ki pregleda pacienta, se z njim pogovori in mu predstavi možne zaplete pri odklanjanju zdravljenja. Če ima pacient odvzeto opravilno sposobnost, je treba v celoten proces vključiti njegove zakonite skrbnike. Pomembno je, da se pacientu pred prikrito aplikacijo zdravila zdravilo tudi ponudi. Obvezno je dokumentiranje, kolikokrat je bilo določeno zdravilo ponujeno in kolikokrat ga je pacient zavrnil. Protokol vsebuje pregled zdravil, ki jih bo pacient prejel prikrito. Protokol, ki je

obravnavan multidisciplinarno z vključitvijo vseh strokovnjakov v zdravstvenem timu, tudi s farmacevtom, ki usmerja k varni prikriti aplikaciji zdravil, odobri zdravnik. Ključno za celoten postopek je obveščanje pacientovih svojcev, posvet s pacientovim osebnim zdravnikom in pred vsako aplikacijo zdravil le-ta pacientu ponuditi.

3 ZAKLJUČEK

V sistematičnem pregledu ugotavljamo, da je prikrita aplikacija zdravil neraziskana v Sloveniji in slabo raziskana v tujini. Prikrita aplikacija zdravil ostaja sporna, vendar pogosta praksa v zdravstvenem in socialnem varstvu, ki odpira etične in moralne dileme pri zlorabi uporabnikove avtonomije in zaupanja v zdravstveni sistem. Nepripravljenost medicinskih sester in drugih zdravstvenih delavcev, da bi se področje prikrite aplikacije zdravil raziskalo in uredilo s protokoli in z dokumentacijo, kaže na podcenjenost problema. Uporaba prikrite aplikacije zdravil bi morala biti pregledna in ne odločitev posameznika, ampak celotnega zdravstvenega tima, podprta z ustreznimi protokoli in dokumentacijo. Največkrat zdravniki in medicinske sestre mislijo, da je prikrita aplikacija zdravil varna. Moramo se zavedati, da se je treba pred vsako prikrito aplikacijo posvetovati s celotnim zdravstvenim timom, katere alternative so sporne prakse. Pri odločitvi o prikriti aplikaciji je treba zagotoviti varnost pacientov s posvetovanjem s kliničnim farmacevtom o možnostih drobljenja in stranskih učinkov zdravil.

Tuja priporočila za prikrito aplikacijo zdravil so naslednja: dokumentacija nesodelovanj pacienta, pogovor v zdravstvenem timu in s pacientovimi svojci o nesodelovanju pri zdravljenju, posvet s pacientovim družinskim zdravnikom in farmacevtom, ali je prikrita aplikacija zdravil varna, pred prikrito aplikacijo razmisliti o alternativah, prikriti je treba le življenjsko pomembna zdravila, pred vsako prikrito aplikacijo je treba pacientu ponuditi zdravila, dokumentiranje prikrite aplikacije zdravil. Na sistemski ravni bi bilo treba izdelati nacionalni protokol, ki bi omogočil varno prikrito aplikacijo tako pacientu kot tudi zdravstvenim delavcem.

4 LITERATURA

Abdool, R., 2017. Covert Medication: Legal, Professional, and Ethical Considerations. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 45(2), pp. 168-169.

Antony, J.T., 2012. On the need to have "rules" to regulate covert medication. *Indian journal of psychiatry*, 54(3), pp. 266-268.

Barreto, S., 2017. Covert administration of medications in old age psychiatry: a reflection. *Journal of Geriatric Care and Research*, 4(1), pp. 28-31.

Care Quality Commission, 2018. *Administering medicines covertly*. [online] Available at: <https://www.cqc.org.uk/guidance-providers/adult-social-care/administering-medicines-covertly> [Accessed 19 March 2019].

Chapman, S.C. & Horne, R., 2013. Medication nonadherence and psychiatry. *Current opinion in psychiatry*, 26(5), pp. 446-452.

Džamastagić, D., Živič, Z. & Bregar, B., 2019. Prikrita aplikacija zdravil. *Utrip*, 18(4), pp. 30-32.

El-Saifi, N., Moyle, W., Jones, C. & Tuffaha, H., 2018. Medication Adherence in Older Patients With Dementia: A Systematic Literature Review. *Journal of pharmacy practice*, 31(3), pp. 322-334.

Farrar, H.M., Stewart, C. & Sturdevant, D., 2012. Covert medication administration: the practice of hiding medications in long-term care settings. *Journal of gerontological nursing*, 38(8), pp. 14-20.

García, S., Martínez-Cengotitabengoa, M., López-Zurbano, S., Zorrilla, I., López, P., Vieta, E. & González-Pinto, A., 2016. Adherence to Antipsychotic Medication in Bipolar Disorder and Schizophrenic Patients: A Systematic Review. *Journal of clinical psychopharmacology*, 36(4), pp. 355-371.

Griffith, R., 2016a. Can covert administration of medicines be in a patient's best interests? *British Journal of Nursing*, 25(15), pp. 872-873.

Griffith, R., 2016b. Covert administration of medicines: a contentious issue. *British Journal of Community Nursing*, 21(5), pp. 261-263.

Haw, C. & Stubb, J., 2010b. Administration of medicines in food and drink: a study of older inpatients with severe mental illness. *International psychogeriatrics*, 22(3), pp. 409-416.

Haw, C. & Stubbs, J., 2010a. "Covert Administration of Medication to Older Adults: A Review of the Literature and Published Studies," *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(9), pp. 761-768.

Ho, G.J., Liew, S.M., Ng, C.J., Hisham Shunmugam, R. & Glasziou, P., 2016. Development of a Search Strategy for an Evidence Based Retrieval Service. *Public Library of Science*, 11(12), p. e0167170.

Hung, E.K., McNiel, D.E. & Binder, R.L., 2012. Covert medication in psychiatric emergencies: is it ever ethically permissible? *The Journal Of The American Academy Of Psychiatry And The Law*, 40(2), pp. 239-245.

Kala, A.K., 2012. Covert medication; the last option: A case for taking it out of the closet and using it selectively. *Indian journal of psychiatry*, 54(3), pp. 257-265.

Kangasniemi, M., Pakkanen, P. & Korhonen, A., 2015. Professional ethics in nursing: an integrative review. *International journal of advanced nursing studies*, 71(8), pp. 1744-1757.

Kelly-Fatemi, B., 2016. Covert administration of medicines in care homes. *The Pharmaceutical Journal*, 297(7893), pp. 171-176.

Kirkevold, O. & Engedal, K., 2009. Is covert medication in Norwegian nursing homes still a problem? A cross-sectional study. *Drugs & aging*, 26(4), pp. 333-344.

Latha, K.S., 2010. The noncompliant patient in psychiatry: the case for and against covert/surreptitious medication. *Positive psychiatry, neuroscience, end of life, and others essays*, 8(1), pp. 96-121.

Liberati, A., Altman, D.G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P.C. & Ioannidis, J.P.A., 2009. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *PLoS medicine*, 6(7), e1000100.

Macauley, R.C., 2016. Covert Medications: Act of Compassion or Conspiracy of Silence? *The Journal of clinical ethics*, 27(4), pp. 298-307.

Munden, M.L., 2017. The Covert Administration of Medications: Legal and Ethical Complexities for Health Care Professionals. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 45(2), pp. 182-192.

NHS Foundation Trust, 2012. *Guidance for the Covert Administration of Medication*. [pdf] NHS Foundation Trust. Available at: <https://www.humber.nhs.uk/Downloads/Services/Pharmacy/Guidelines/Covert%20medication%20guidance%20in%20HFT.pdf> [Accessed 19 March 2019].

Polit, D.F. & Beck, C.T., 2012. *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

Royal College of Nursing, 2019. *Professional guidance on the administration of medicines in healthcare settings*. Available at: <https://www.rpharms.com/Portals/0/RPS%20document%20library/Open%20access/Professional%20standards/SSHM%20and%20Admin/Admin%20of%20Meds%20prof%20guidance.pdf?ver=2019-01-23-145026-567> [Accessed 25 March 2019].

Ruengorn, C., Sanichwankul, K., Niwatananun, W., Mahatnirunkul, S., Pumpaisalchai, W. & Patumanond, J., 2012. A risk-scoring scheme for suicide attempts among patients with bipolar disorder in a Thai patient cohort. *Psychology research and behavior management*, 5(2012), pp. 37-45.

Sarin, A., 2012. On covert medication: The issues involved. *Indian journal of psychiatry*, 54(3), pp. 271-272.

Sheldon, C.T., 2017. Proof in the Pudding: The Value of a Rights Based Approach to Understanding the Covert Administration of Psychotropic Medication to Adult Inpatients Determined to Be Decisionally-Incapable in Ontario's Psychiatric Settings. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 45(2), pp. 170-181.

Simpson, C., 2017. Covering It Up? Questions of Safety, Stigmatization, and Fairness in Covert Medication Administration. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, (45)2, pp. 204-211.

Stegemann, S., Gosch, M. & Breitreutz, J., 2012. Swallowing dysfunction and dysphagia is an unrecognized challenge for oral drug therapy. *International journal of pharmaceuticals*, 430(1-2), pp. 197-206.

The National Institute for Health and Care Excellence, 2014. *Managing medicines in care homes (2014) NICE guideline SC1, recommendations*. [online] Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs85/chapter/Quality-statement-5-Medication-reviews> [Accessed 5 February 2019].

The National Institute for Health and Care Excellence, 2014. *Managing medicines in care homes (2014) NICE guideline SC1, recommendations*. [online] Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs85/chapter/Quality-statement-5-Medication-reviews> [Accessed 25 March 2019].

Tweddle, F., 2009. Covert medication in older adults who lack decision-making capacity. *The British Journal of Nursing*, 18(15), pp. 936-939.

Vaughn, L., 2013. *Bioethics: Principles, issues, and cases*. 2nd ed. New York: Oxford University Press.

Vogrinc, J., 2008. *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.

Wong, J.G., Poon, Y. & Hui, E.C., 2005. "I can put the medicine in his soup, Doctor!". *Journal of medical ethics*, 31(5), pp. 262-265.

Yeomans, P., 2012. Jam today: the law and ethics of covert medication. *British Journal of Healthcare Assistants*, 18(22), pp. 298-301.

Zakon o duševnem zdravju, 2008. Uradni list republike Slovenije, št. 77/08.

Zakon o pacientovih pravicah, 2008. Uradni list Republike Slovenije, št. 15.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2014. *Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije in Kodeks etike za babice Slovenije*.

Zdravniška zbornica Slovenije, 2016. *Kodeks zdravniške etike*, 2016. [online] Available at: <https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/zbornicni-akti/kodeks-2016.pdf?sfvrsn=2> [Accessed 14 February 2019].

5 PRILOGE

5.1 PROTOKOL ZA VARNO APLIKACIJO ZDRAVIL

PROTOKOL ZA VARNO APLIKACIJO ZDRAVIL

Ime in priimek pacienta:

Datum rojstva pacienta:

Datum:

Je pacientu odvzeta opravilna sposobnost? DA/NE	
Je pri pacientu podan predlog za odvzem opravilne sposobnosti? DA/NE	
Je pri pacientu sprožen postopek za postavitve skrbnika za poseben primer? DA/NE	
Kolikokrat je pacient zavrnil zdravila (v 24 urah)?	
Kolikokrat so bila zdravila pacientu ponujena (v 24 urah)?	
Je pacient v preteklosti že odklanjal zdravljenje? DA/NE	
Katero zdravilo se predvideva, da bo pacientu aplicirano prikrito?	
Zakaj je aplikacija zdravil potrebna, katere so lahko posledice za zdravje pacienta?	
Katere alternative so bile predlagane v multidisciplinarnem timu?	
Zakaj niso bile uporabljene?	
Kdo je sestavljal multidisciplinarni tim?	
Ocena zdravnika:	Ocena, narejena dne
<ul style="list-style-type: none"> • Pacient ni sposoben razumeti zdravljenja. DA/NE • Pacient potrebuje zdravila za nadaljevanje zdravljenja. DA/NE • Z odklanjanjem zdravil se lahko pacientu poslabša zdravstveno stanje. DA/NE 	Ime in priimek zdravnika.....
	Podpis.....

Zdravstveni delavci, ki so sodelovali pri odločitvi o prikriti aplikaciji zdravil	
Ime in priimek Datum	Podpis
Konzultacija s farmacevtom. DA/NE (Ime in priimek farmacevta, datum konzultacije, datum pregleda terapije, datum izvida priporočil farmacevta za varno prikrito aplikacijo zdravil)	
Farmacevta je kontaktiral:	
Ime in priimek Datum	Podpis
Konzultacija s pacientovim osebnim zdravnikom? DA/NE	
O prikriti aplikaciji zdravil so obveščeni pacientovi svojci. DA/NE Datum, ime in priimek zaposlenega, ki je kontaktiral svojce, ime in priimek svojcev.	

Ime in priimek zaposlenega, ki je izpolnil protokol:

Datum:

Podpis: