

Problematika duševnega zdravja na sekundarni in terciarni ravni

Mental health problems at secondary and tertiary levels

Virginija Novak Grubič, Rok Tavčar

*Psihiatrična klinika
Ljubljana, Center za
klinično psihiatrijo,
Studenec 48, 1260
Ljubljana-Polje*

Korespondenca/ Correspondence:

Doc. dr. Virginija Novak
Grubič, dr. med.,
Psihiatrična klinika
Ljubljana
Center za klinično
psihiatrijo
Studenec 48
SI-1260 Ljubljana – Polje
Tel: 00386 5872 100
Virginija.novak@psih-
klinika.si

Ključne besede:

Slovenija, psihiatrija,
sekundarna, terciarna,
oskrba

Key words:

Slovenia, psychiatry,
secondary, tertiary, care

Citirajte kot/Cite as:

Zdrav Vestn 2010;
79: 548–553

Prispelo: 14. sept. 2009,
Sprejeto: 5. jan. 2010

Izvleček

Izhodišča: Organizacija zdravljenja in skrbi za osebe z duševno motnjo je v Sloveniji, podobno kot pri drugih medicinskih strokah, organizirana na treh ravneh. Sekundarna pokriva specialistično ambulantno in bolnišnično dejavnost, ki pa ima zaradi specifičnega dela drugačno organizacijo.

Psihiatrična intenzivna obravnava poteka na posebnih varovanih oddelkih, ki so pod nadzorom sodišča. Poleg zdravstvene oskrbe bolnikov z duševno motnjo je pomembna tudi psiho-socialna pomoč, ki se zagotavlja s povezovanjem s primarnim zdravstvom ter centri za socialno delo. Posebnosti in potrebe bolnikov, predvsem tistih s hudimi in kroničnimi duševnimi motnjami, so spodbudile razvoj skupnostne skrbi, ki sega tudi v bolnikovo domače okolje. S specifičnimi težavami se srečujemo tudi pri izobraževanju in raziskovanju v psihiatriji, torej na terciarni ravni. Pogosto je težko dobiti privolitev bolnika za sodelovanje v učnem procesu ali pri raziskavi, s tem pa so študenti prikrajšani za znanje in izkušnje o nekaterih redkejših kliničnih slikah.

Zaključki: Problemi, ki se pojavljajo v psihiatriji tako na organizacijskem, strokovnem, izobraževalnem, pravnem in finančnem področju, so zaradi narave duševnih motenj specifični in se razlikujejo od drugih medicinskih strok. Pri svojem delu se mora psihiater ravnati po etičnih normah zdravniškega poklica ob upoštevanju zakonskih določil.

Abstract

Background: In Slovenia treatment and care for persons with mental disorder is organized like other clinical specialties, at three levels. The secondary level represents outpatient psychiatric care and hospital treatment. Psychiatric intensive care units work under specific conditions and are under court surveillance. Not only clinical treatment but also psycho-social care is important for persons with a mental disorder and is provided through co-working with primary care and centers for social work. Specificity of patients, especially those with severe and chronic mental disorder has enhanced the development of community based psychiatric settings. Specific difficulties in tertiary psychiatric institutions are also present, especially in fulfilling their educational and research roles. It is often very difficult to obtain an informed consent for participating in educational activities or research. Therefore students may not be able to encounter patients with some interesting clinical courses or rare disorders.

Conclusions: In psychiatry the organizational, clinical, educational, legal and financial problems differ from other medical fields due to specific nature of mental disorders. In his every day clinical practice psychiatrist is obliged to follow ethical standards as well as legislation.

Uvod

Psihijatrija se je od nekdaj razlikovala od ostale medicine, čeprav se je v zadnjih desetletjih ob vse boljšem razumevanju delovanja osrednjega živčnega sistema in obravnavi duševnih motenj kot »bolezni možganov« ponovno približala drugim medicinskim vejam.

V praksi je psihiatrično zdravljenje zaradi specifičnih značilnosti duševnih motenj in socio-kulturnih vplivov po različnih državah različno organizirano. V državah EU in ZDA se je sistem obravnave precej spremenil. Pred petdesetimi leti so bili bolniki s hudimi duševnimi motnjami, predvsem s psihozami, pogosto po več let v azilu, njihove pravice pa so bile pogosto zelo omejene in kršene. Psihijatrija se pogosto prepleta s primarnim zdravstvom in tudi v tujini se tako srečujejo z mnogimi problemi organizacije in pomoči.^{1,2,3}

V svetu je vse večje nagnjenje h krajšanju hospitalnega zdravljenja in nadomestitvi s skupnostno obravnavo (*angl. community-based psychiatry*).^{4,5} Nekatere države so pred leti izvedle oster prehod v organizaciji obravnave in praktično čez noč ukinile psihiatrične bolnišnice. Še danes potekajo razprave na to temo v strokovnih krogih, saj so bile posledice ponekod za same bolnike škodljive. Primer take reorganizacije je Italija.⁴

V Sloveniji je psihiatrično zdravljenje še vedno organizirano podobno kot druge medicinske stroke. V zadnjih letih se pospešeno razvija skupnostna obravnava, čeprav ostaja hospitalna obravnava še vedno pomemben del v zdravljenju in vodenju bolnikov z duševno motnjo. Razlika v primerjavi z večino ostalih medicinskih strok je neposredna dostopnost do specialista psihiatra brez napotnice.

Organizacija bolnišnične psihiatrične obravnave v Sloveniji

Sekundarna raven pokriva specialistične ambulante v bolnišnicah in regionalne splošne psihiatrične bolnišnice oz. oddelke. Imamo dve klinični ustanovi v Ljubljani in Mariboru ter štiri regionalne psihiatrične

bolnišnice. Klinični bolnišnici pokrivata tudi terciarno raven, kamor spadajo posamezni specializirani oddelki (kot so Enota za motnje hranjenja, Enota za adolescentno psihijatrijo, Gerontopsihijatrija, Center za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog) in pedagoška ter raziskovalna dejavnost. Ambulante delujejo v okviru bolnišnic, zdravstvenih domov ali samostojno s psihiatričnimi koncesijami.

V Sloveniji je organizacija oskrbe za osebe z duševno motnjo še vedno »klasična«, kar pomeni, da je zdravljenje pogosto tudi hospitalno. Povprečna dolžina bolnišničnega zdravljenja se nekoliko razlikuje po bolnišnicah in se giba med 30 in 50 dnevi. Plačilo hospitalizacije je zaenkrat urejeno po primeru in enotno, in sicer ne glede na diagnozo oz. opravljene storitve.

Hospitalna obravnava v psihijatriji je raznolika, saj gre za zdravljenje različnih oblik duševnih motenj.

Za razliko od somatskih bolnišnic vključuje tudi posebne oblike zdravljenja, kot so psihiatrični intenzivni (zaprti, varovani) oddelki in zaprti oddelki za podaljšano zdravljenje. Ti oddelki so zaradi varovanja pravic bolnikov pod nadzorom sodišča, ki soodloča o pridržanju v primerih, ko se bolnik ne strinja z zdravljenjem. Večina oddelkov v psihiatričnih bolnišnicah je sicer odprtega tipa. Tam se zdravijo osebe z različnimi oblikami duševnih motenj, kadar njihovo stanje to dopušča. Na odprtih oddelkih pa se zdravijo tudi bolniki z nepsihotičnimi duševnimi motnjami (krizna stanja, nevrotične motnje ipd.) in z boleznimi odvisnosti. Ti bolniki ne potrebujejo zaprtih varovanih oddelkov, ker so za svoje stanje uvidevni in se z obravnavo strinjajo. Oddelki se razlikujejo po programih, ki so prilagojeni populaciji bolnikov.

Intenzivna obravnava na sekundarni ravni

Na intenzivnih psihiatričnih oddelkih je podobno kot v somatskih delo organizirano drugače. Taki oddelki zato potrebujejo primerne prostore, dovolj osebja in prilagoditev dela bolnikom. Posebnost so posebni varovalni ukrepi (PVU), ki pome-

nijo omejevanje bolnikovega gibanja in so tudi fizično omejujoči. Pri nas že vrsto let v ta namen uporabljamo pasove na postelji ali počivalniku, njihova uporaba pa je strogo nadzorovana in protokolirana s smernicami.⁶ Druga posebnost je dajanje zdravil proti volji bolnika. Zanj se odloča lečeči psihiater, kadar presodi, da je tako zdravljenje v korist bolnika in je bolnik zaradi duševne motnje povsem neuvideven za svoje stanje, nasilen oz. povzroča hudo škodo sebi ali drugim. Tudi pri dajanju zdravil brez privolitve bolnika upoštevamo klinične smernice. Posebna oblika dajanja zdravil z namenom odpravljanja nevarnega vedenja je uporaba višjih odmerkov antipsihotikov in benzodiazepinov v parenteralni ali peroralni obliki.⁷ Dolžina hospitalizacije na Intenzivnih psihiatričnih oddelkih je kratka, po domačih podatkih 4 do 5 dni.⁸

Čprav se omejuje gibanje bolnikom tudi v drugih medicinskih strokah, je le psihiatrija podvržena večjemu nadzoru države. Letos je bil tako sprejet Zakon o duševnem zdravju, ki posebej opredeljuje dve področji: hospitalizacijo na zaprtih oddelkih in nadzorovano obravnavo v skupnosti.⁹

Podaljšano zdravljenje in rehabilitacija na sekundarni ravni

Za večino bolnikov s hudimi oblikami duševnih motenj je indicirano podaljšano hospitalno zdravljenje v fazi, ko se bolezenski znaki sicer izboljšujejo, a so še prisotni. Tako pri bolnikih s shizofrenijo ali bipolarno motnjo svetujemo še nekajtedensko zdravljenje v bolnišnici, dokler se ne doseže primerna remisija. Dokazano je, da bolniki, ki so odpuščeni v nepopolni remisiji, pogosteje ponovno zbolijo.¹⁰ Ker se te bolezni ponavljajo ali potekajo bolj ali manj kronično, je potrebno vse bolnike po odpustu usmeriti v ambulantno psihiatrično vodenje.

Del bolnikov potrebuje daljšo hospitalizacijo in jasen rehabilitacijski program, kar se izvaja v prvi fazi hospitalno ob vključitvi ustreznega tima, kasneje pa v skupnostni psihiatriji.

Napotitev na sekundarno raven zdravljenja

Sekundarna raven je psihiatrična ambulanta in bolnišnično psihiatrično zdravljenje. Za razliko od večine drugih specialističnih dejavnosti lahko bolniki neposredno pridejo do ambulantnega psihiatra tudi na svojo pobudo in brez napotnice.

V bolnišnično obravnavo lahko bolnika napoti splošni zdravnik, psihiater, lahko pa bolnika pripeljejo svojci oz. pride sam, tudi brez napotnice.

Običajen postopek sprejema v bolnišnico gre preko splošne ambulante, neredko pa tudi neposredno s terena preko urgentne službe. Po podatkih je v Psihiatrični kliniki Ljubljana 70 % bolnikov sprejetih preko dežurne službe.⁸ Napotitev preko psihiatričnih ambulant je relativno malo. Razlog so akutna stanja, najpogosteje poslabšanje duševne motnje ali krizna stanja. Ker bolniki s hujšimi duševnimi motnjami, kot so psihoze, afektivne motnje, organske duševne motnje (delirij, demenca) ali duševne motnje zaradi vpliva psihoaktivnih snovi (PAS) pogosto ne prepoznajo bolezenskih znakov, sami ne iščejo pomoči. V takih primerih je potrebna primerno organizirana služba nujne medicinske pomoči, ki bolnikovo stanje oceni in strokovno ukrepa oz. organizira prevoz v bolnišnico. Glede sprejema v bolnišnico pa se odloči sprejemni oz. dežurni psihiater, ki se pri presoji ozira na bolnikovo zmožnost razumevanja (spoznavne sposobnosti), vedenje (možnost nasilnega ali samopoškodovalnega vedenja) in tudi na druge okoliščine. Najpogosteje so tako na varovane oddelke sprejeti bolniki z različnimi oblikami psihoz, afektivnih motenj, bolniki pod vplivom PAS in zaradi organskih vzrokov, kjer je vse bolj pogosta diagnoza demence.

Problemi in dileme sekundarne in terciarne obravnave v psihiatriji

V slovenskem prostoru se pri vsakodnevni obravnavi in zdravljenju oseb z duševnimi motnjami srečujemo z organizacijskimi, s pravnimi in strokovnimi vprašanji.

Pomanjkljivosti v organizaciji imajo tudi finančne posledice.

Organizacija na republiški ravni in napotitve

Psihiatrične bolnišnice so organizirane po regijah, pri čemer je največja Psihiatrična klinika v Ljubljani, ki pokriva okoli 800 000 prebivalcev. Zmogljivosti bolnišnic so usklajene s potrebami regije. Bližina bolnišnice bolnikovemu domu je v psihiatričnem zdravljenju pomembna iz več razlogov: bolnik lažje odhaja na terapevtske izhode, olajšani so obiski s strani svojcev, lažje se v obravnavo vključi področni Center za socialno delo. Po končani hospitalizaciji pogosto ostane v ambulantni obravnavi pri svojem bolnišničnem psihiatru. Vse to lahko izboljša izid zdravljenja in vpliva na bolnikovo sodelovanje po odpustu. Odpust iz bolnišnice je pogosto kritičen za kasnejše sodelovanje; opustitev ambulantnih obiskov in zdravljenja z zdravili pa je vodilni vzrok ponovitve bolezni v svetu in pri nas.^{10,11}

Po drugi strani imajo bolniki po Zakonu o pacientovih pravicah svobodno izbiro ustanove, kjer se bodo zdravili.¹³ Tako se srečujemo s pravicami in z željami bolnikov, ki jih vodijo drugi motivi (pogosto bolezenski) in z realnimi možnostmi (proste postelje) ter strokovnimi razlogi glede primernosti kraja in oddelka hospitalne obravnave. Splošni zdravnik na terenu je prav tako dolžan upoštevati željo bolnika, pogosto tudi njegovih svojcev, in napoti bolnika v bolnišnico v drugo regijo, čeprav to s strokovnega stališča ni smiselno.

Psihiatrično zdravljenje in nadzor sodišča

Predvsem hospitalizacija na zaprtih oddelkih, ki je bila že do sedaj ustrezno nadzorovana preko obiskov sodišča pri bolnikih, je po novem Zakonu o duševnem zdravju še natančneje opredeljena, vendar ne prav smiselno dorečena. Zakon je prinesel obsežno dodatno dokumentacijo, ki jo izpolnjujeta psihiater in bolnik ob sprejemu na Intenzivni psihiatrični oddelek, kar osebe v akutnem poslabšanju duševne motnje, pod vplivom psihoaktivnih substanc ali s hudo kognitiv-

no okvaro pogosto ne zmorejo. Tako Zakon o duševnem zdravju kot Zakon o pacientovih pravicah pojmujeta osebe, ki so jih zaradi urgentnega stanja pripeljali v psihiatrično bolnišnico, za opravilno povsem sposobne, čeprav v večini primerov dejansko niso. Z oceno, koliko je okrnjena bolnikova presoja realnosti, se srečujejo tudi splošni zdravniki na terenu, ko se odločajo za napotitev v bolnišnico proti volji.

Strokovna vprašanja

Vse pogosteje se psihiatri v bolnišnici srečujemo z bolniki, predvsem to velja za starejšo populacijo, ki prihajajo s terena z »delavno«¹² psihiatrično diagnozo, ob tem pa brez podatkov o ostalem zdravstvenem stanju. Psihiatrične bolnišnice imajo bolj omejen dostop do laboratorijskih in drugih preiskav kot somatske bolnišnice, zato pogosto mine tudi 48 ur po sprejemu, da za bolnika pridobimo izvide. Neredko se izkaže, da je psihična motnja le posledica iztirjenega somatskega stanja (npr. sladkorna bolezen, okužbe, dehidracija). Podatki iz Kliničnega oddelka za klinično psihiatrijo Psihiatrične klinike v Ljubljani in Psihiatrične bolnišnice Begunje so pokazali, da je četrtnina sprejetih bolnikov tudi somatsko bolnih.¹⁴ Ti bolniki se večinoma še naprej sicer zdravijo na psihiatričnih oddelkih, se pa postavlja dilema o pravilni klinično-strokovni obravnavi.

Srečujemo se tudi z napotitvami otrok na Intenzivne zaprte psihiatrične oddelke za odrasle, ker Slovenija nima varovanega oddelka za mladoletne osebe. Odločitev za tako napotitev pogosto sprejme dežurni splošni zdravnik na terenu.

Finančni vidik

Pomanjkljivosti v organizaciji in napotitvah na sekundarno raven za osebe z duševno motnjo imajo za posledico nepotrebne stroške. Navajamo le nekaj ilustrativnih primerov. Pogosto bolniki že pred napotitvijo opravijo določene somatske preiskave, a ne prinašajo s seboj izvidov, zato se veliko preiskav podvaja. Nezadostno aktivno vključevanje socialnih služb neposredno privede do poslabšanja duševne motnje in ponovne hospitalizacije. Prav tako pomanjkanje domov

za starostnike ali mest v posebnih zavodih podaljšuje bivanje bolnikov v psihiatričnih bolnišnicah.

Izobraževanje

Nova zakonodaja s področja duševnega zdravja zahteva pisno privolitev bolnika v sodelovanje pri izobraževalnem procesu. V takšnem obrazcu morajo biti dokaj natančno navedene izobraževalne ustanove, iz katerih so študenti, ter vsaj okvirno tudi diagnostični in drugi postopki, ki jih bodo izvedli. Pridobitev takšnega soglasja je včasih lahko težavna, saj mnogo bolnikov v najbolj akutni fazi njihove bolezni ni zmožnih razumeti pomena svojega pristanka in tako njihov pristanek, tudi če bi že podpisali obrazec, seveda ne bi bil pravno veljaven. Spet drugi bolniki lahko odklanjajo vsakršno sporazumevanje ali pa je zaradi izraženosti bolezni sploh niso zmožni (npr. bolniki z delirijem, katatonsko simptomatiko, s hudo izraženo demenco itd). Najenostavnejša rešitev bi seveda bila, da se teh bolnikov pač ne vključi v pedagoški proces, vendar se je potrebno zavedati, da bi s tem študente ali specializante prikrajšali za pomembne izkušnje in informacije o nekaterih bolj zapletenih kliničnih potekih ali redkejših boleznih. Seveda se je moč veliko naučiti tudi iz knjig, vendar so prav praktične izkušnje tiste, ki se bolj vtisnejo v spomin in bodo tudi verjetneje na voljo dlje kot znanje, pridobljeno le iz knjig. Če se zdravnik ni še nikoli srečal z neko boleznijo, jo bo veliko težje prepoznal in najbrž v takšni situaciji niti ne bo znal ustrezno ukrepati. Na omenjeno dilemo tako ni jasnega ali enostavnega odgovora. Nedvomno je treba spoštovati zakonske predpise in voljo bolnika, po drugi strani pa morajo tudi izobraževalne ustanove kakovostno opraviti svojo nalogo, to je opremiti bodočega zdravnika z vsemi potrebnimi informacijami in izkušnjami za uspešno samostojno delo. Eden od možnih izhodov iz navedene dileme je uporaba slikovnega in tonskega materiala o nekaterih redkejših motnjah. Problem pa se pojavi pri tem, da je le malo takšnih učnih pripomočkov na voljo v slovenščini. Študentje sicer navadno dobro znajo tuje jezike, zlasti angleščino, vendar je

prav v psihiatriji potrebno poznati tudi zelo fine nianse jezika, v katerem se sporazumevamo z bolnikom. Zato materiali v tujem jeziku nikoli ne morejo biti enako uporabni kot tisti v slovenščini, tako da si je potrebno prizadevati za večjo ponudbo slikovnih in tonskih učnih materialov v slovenskem jeziku.

Raziskovanje

Klinike oziroma klinični oddelki imajo kot eno od pomembnih terciarnih nalog tudi raziskovalno dejavnost. Podobne težave s pridobivanjem soglasja (informiranega pristanka) za sodelovanje v raziskavi se pojavljajo tudi pri raziskovalni dejavnosti. Zaradi pravnih vidikov so obrazci za privolitev v sodelovanje v raziskavi navadno zelo obsežni (predvsem pri kliničnih raziskavah zdravil), napisani v eksaktnem pravniškem jeziku, neredko so podrobno naštetni vsi, tudi najbolj redki neželeni učinki, kar vse lahko bolnika odvrne že od branja, kaj šele od podpisa takšnega dokumenta. Nekateri bolniki zaradi motenj pozornosti sploh niso zmožni prebrati več strani dolgega obrazca, drugi težje berejo (bodisi zaradi prej obstoječe okvare vida, starostnih sprememb ali motnje akomodacije zaradi nekaterih zdravil, npr. antiholinergikov) ali pa enostavno v bolnišnico niso prinesli svojih očal za branje. Raziskovalec si v takem primeru lahko pomaga tako, da bolniku besedilo prebere. Enako velja za reševanje nekaterih psiholoških testov, vendar ne vseh, saj se pri nekaterih izrecno zahteva, da bolnik sam rešuje test. Enako kot pri izobraževanju se tudi pri raziskovanju v psihiatriji srečamo z bolniki, ki zaradi izraženosti bolezni niso zmožni dati pristanka v sodelovanje v raziskavi. Raziskave tako navadno vključujejo le bolnike z zmerno hudo izraženo duševno motnjo in ki so zmožni dati svoj pristanek, ne pa tistih, pri katerih je bolezen zelo hudo izražena. Zato je nekatera področja v psihiatriji (npr. akutno agitacijo ali zmedenost) zelo težko raziskovati in je zato o njih na voljo le malo podatkov. Rešitev je lahko v nekaterih primerih uporaba sekundarnih podatkov (torej takih, ki niso izrecno zbrani za namen same raziskave), npr. podatkov iz popisov bolezni.

Tako je sicer moč dobiti nekatere pomembne podatke, vendar so izsledki omejeni zaradi splošnih in dobro znanih omejitev retrospektivnih raziskav.

Pri kliničnih raziskavah zdravil se pogosto srečamo s slabim sodelovanjem pri zdravljenju (neredno jemanje ali sploh prekinitev jemanja zdravila) ali z nerednim prihajanjem na kontrolne preglede, kar povzroča težave pri izvajanju raziskave. Nekatere raziskave zahtevajo, da bolnik ob vsaki kontroli prinese tudi embalažo zdravil in morebitna neporabljena zdravila, kar zna biti včasih problematično.

Zaključki

Psihiatrija je nedvomno del celotne medicine, a ima hkrati tudi nekatere specifičnosti, po katerih se loči od drugih medicinskih vej. Te specifičnosti se najbolje pokažejo prav na sekundarni in terciarni ravni, in sicer na vrsti področij, od samega prihoda k specialistu (tudi brez napotnice) do sprejema v bolnišnico (lahko tudi brez privolitve) ter od izobraževanja do raziskovanja. Področje psihiatrije je dodatno urejeno z novim Zakonom o duševnem zdravju, a je še prezgodaj za oceno, ali je zakon res pripomogel h kakovosti obravnave in izboljšal položaj oseb z duševno motnjo na vseh ravneh obravnave.

Kot vsi zdravniki smo tudi psihiatri vezani predvsem načelu največje možne koristi za bolnika, hkrati pa moramo seveda upoštevati tudi nekatere posebne zakonske in druge omejitve pri našem delu.

Literatura

1. Becker T, Kilian R. Experience base and system context in mental health care reform. *World Psychiatry* 2008; 7: 96–7.
2. Goldberg D. Psychiatry and primary care. *World Psychiatry* 2003; 2: 153–7.
3. O'Callaghan E, Turner N, Renwick L, Jackson D, Sutton M, Foley SD, et al. First episode psychosis and the trail to secondary care: help-seeking and health-system delays. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. V tisku 2009.
4. Thornicroft G, Tansella M. Balancing community-based and hospital-based mental health care. *World Psychiatry* 2002; 1: 84–90.
5. Amaddeo F, Zambello F, Tansella M, Thornicroft G. Accessibility and pathways to psychiatric care in a community-based mental health system. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001; 36: 500–7.
6. Dernovšek MZ, Novak Grubič V. Priporočila in smernice za uporabo posebnih varovalnih ukrepov v psihiatriji. Ljubljana: Viceversa Slovenske psihiatrične publikacije; 2001.
7. Petit JR. *Handbook of Emergency Psychiatry*. Philadelphia: Psychiatry Lippincott Williams&Wilkins; 2004.
8. Tavcar R, Dernovšek MZ, Novak Grubič V. Use of coercive measures in a psychiatric intensive care unit in Slovenia. *Psychiatr Serv* 2005; 56: 491–2.
9. Zakon o duševnem zdravju. Uradni list RS št. 77/2008.
10. Kane JM, Leucht S, Carpenter D, Docherty JP. The expert consensus guideline series. Optimizing pharmacologic treatment of psychotic disorders. Introduction: methods, commentary, and summary. *J Clin Psychiatry* 2003; 64 Suppl 12: 5–19.
11. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R et al. The expert consensus guideline series. Adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *J Clin Psychiatry* 2009; 70 Suppl 4: 6–46.
12. Novak Grubič V, Tavcar R. Predictors of noncompliance in first episode schizophrenia, schizophreniform and schizoaffective disorder. *Eur Psychiatry* 2002; 17: 148–54.
13. Zakon o pacientovih pravicah. Uradni list RS št.15/2008.
14. Novak Grubič V, Dernovšek MZ, Žmitek A, Reisman J, Rebolj M, et. al. Prisotnost telesne bolezni pri bolnikih s psihiatrično motnjo. V: Romih J, Žmitek A, ur. Na stičiščih psihiatrije in interne medicine; 27–28. okt 2000, Begunje, Slovenija.