



UNIVERZITA KARLOVA
I. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetřovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra

Pavλίna Schwarzzerová

Vývoj péče o gerontopsychiatrické pacienty

Progress in the care of gerontopsychiatric in - patients

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Mellanová Alena, CSc.

Praha, 2016

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému mezi univerzitního projektu Theses. cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 23.3. 2016

PAVLÍNA SCHWARZEROVÁ

.....

Identifikační záznam

SCHWARZEROVÁ, Pavlína. Vývoj péče o gerontopsychiatrické pacienty. [Progress in the care of gerontopsychiatric in - patients]. Praha, 2016. 59 s., 6 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce PhDr. Alena Mellanová, CSc.

ABSTRAKT

Bakalářská práce Vývoj péče o gerontopsychiatrické pacienty se zabývá především vývojem ošetrovatelské péče na gerontopsychiatrickém příjmovém oddělení v Psychiatrické nemocnici Kosmonosy. V práci je popsána historie psychiatrické nemocnice a vznik gerontopsychiatrického oddělení. Další kapitoly popisují vývoj vybavení oddělení, počet ošetrovatelského personálu, terapeutický režim v průběhu dvaceti let a specifika ošetrovatelské péče. Popsány jsou diagnózy, s kterými jsou pacienti přijímáni na gerontopsychiatrická oddělení.

V další části je popsán vývoj ošetrovatelské péče na oddělení. Zabývá se především průběhem příjmu pacienta, ošetrovatelskou péčí a dokumentací, přístupem personálu k pacientům a příbuzným. Jistě se do práce promítne i má osobní zkušenost, a to díky působení dvaceti let na gerontopsychiatrickém oddělení.

Cílem této bakalářské práce je zjistit, k jakým změnám došlo v průběhu dvaceti let. Závěrem tedy budou popsány nemalé změny, které jsem zjistila, a bude nastíněn další možný vývoj gerontopsychiatrie.

klíčová slova: gerontopsychiatrie, historie, demence, ošetrovatelská péče, terapeutický režim

ABSTRACT

The bachelor thesis Development of care for gerontopsychiatric patients deals mainly with the development of nursing care at the gerontopsychiatric admission department of the Psychiatric Hospital Kosmonosy. The thesis describes the history of the psychiatric hospital and the establishment of gerontopsychiatric department. Other chapters describe the development of department equipment, the number of nursing staff, therapy regimen over twenty years and specifics of nursing care. Patient diagnoses leading to admission to Gerontopsychiatric departments are also described.

The next section describes the development of nursing care at the department. It mainly deals with the process of patient admission, nursing care and documentation, staff approach to patients and relatives. My personal experience will certainly be reflected in the thesis because I have worked at the Gerontopsychiatric department for twenty years.

The aim of this thesis is to find out what changes have occurred over twenty years. Therefore, considerable changes which I found out will be described and possible future development of gerontopsychiatry will be outlined in the conclusion.

Key words: gerontopsychiatry, history, dementia, nursing care, therapeutic regimen

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala mé vedoucí bakalářské práce paní PhDr. Aleně Mellanové, CSc. za přínosné vedení práce, její trpělivost, vstřícnost, čas a cenné rady, které mi poskytla. Dále bych ráda poděkovala všem zaměstnancům psychiatrické nemocnice, kteří se, se mnou podělili o své zkušenosti. V neposlední řadě děkuji své rodině za podporu, pomoc a trpělivost.

OBSAH

ÚVOD.....	9
1 HISTORIE PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICE KOSMONOSY	11
1.1 První republika.....	12
1.2 Období okupace	12
1.3 Doba poválečná.....	12
1.4 Od totality do současnosti.....	13
1.5 Vznik gerontopsychiatrie	14
2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	15
2.1 Vybavení oddělení	15
2.2 Indikátory kvality.....	16
2.3 Financování zdravotnictví.....	18
3 NEJČASTĚJŠÍ DIAGNÓZY V GERONTOPSYCHIATRII.....	19
3.1 Syndrom demence.....	19
3.1.1 Alzheimerova demence.....	20
3.1.2 Vaskulární demence.....	22
4 MÉNĚ ČASTÉ DIAGNÓZY V GERONTOPSYCHIATRII	25
4.1 Duševní poruchy vyvolané psychoaktivními látkami.....	25
4.2 Deprese	25
4.3 Poruchy chování	25
4.4 Suicidální krize	26
5 VÝVOJ PÉČE V PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICI KOSMONOSY.....	27
5.1 Rok 1995.....	27
5.2 Rok 1999.....	29
5.3 Rok 2003.....	30
5.4 Rok 2005.....	31
5.4.1 Systém poskytování ošetrovatelské péče	32
5.4.2 Omezení pacienta.....	32
5.4.3 Nozokomiální nákazy	33
5.5 Rok 2007.....	33
5.6 Rok 2008.....	34

5.7	Rok 2009.....	35
5.7.1	Příbuzní naši partneři.....	35
5.7.2	Příjem pacienta	36
5.7.3	Ošetřovatelská anamnéza.....	36
5.7.4	Screeningy	38
5.8	Rok 2010.....	41
5.8.1	Monitoring bolesti.....	41
5.8.2	Realizace ošetřovatelského plánu	41
5.9	Rok 2012.....	41
5.9.1	Vybavení oddělení	42
5.10	Rok 2014.....	42
5.11	Rok 2015.....	42
6	DISKUZE	44
7	ZÁVĚR	46
	POUŽITÉ ZKRATKY	47
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	48
	PŘÍLOHY	51

ÚVOD

Bakalářskou práci o vývoji péče na gerontopsychiatrii jsem si zvolila z několika důvodů. Hlavním důvodem je především to, že na gerontopsychiatrickém oddělení pracuji dvacet let a osobně jsem zažila velké změny, ke kterým došlo a jistě si zaslouží šířit dál. Další důvod vidím v nedobré postavení psychiatrie v naší společnosti. Osobně se domnívám, že psychiatrie je i mezi odborníky na samém pokraji mezi medicínskými obory a o práci na psychiatrii není příliš zájem, není údajně tak lukrativní a prestižní. V očích laické veřejnosti je psychiatrie stigma a stále ostuda být pacientem na psychiatrii. Pokud se někdo vydá cestou psychiatrie, gerontopsychiatrie ho neláká a chce se podílet spíše na té takzvané velké psychiatrii. Tento postoj se mi nelíbí. Zajistit pacientům důstojné, klidné, bezbolestné a naplněné stáří přeci má smysl.

Ve své práci se v úvodu věnuji historii Psychiatrické nemocnici Kosmonosy, která je tak bohatá a zajímavá, že by se o ní dala napsat samostatná práce a rozhodně by bylo o čem psát. Gerontopsychiatrické oddělení vzniklo až v šedesátých letech dvacátého století, do té doby nebylo tolik pacientů ve věku nad 65 let, aby bylo potřeba zřídit samostatné oddělení. S tím úzce souvisí dožívání se stále vyššího věku. Jen škoda, že naše společnost zavírá oči nad skutečností, že populace stárne. Týká se to každého z nás.

V další části se zabývám podrobněji diagnózami, se kterými jsou nejčastěji hospitalizováni pacienti na geronto oddělení. Nejprve stručně seznámím se syndromem demence a v dalších kapitolách budou popsány příznaky, projevy, stadia a léčba vaskulární demence a nejčastěji se vyskytující demence u Alzheimerovy choroby. Krátce se také zmíním o diagnózách vyskytujících se na oddělení méně často. Zajímavé je také porovnání toho, jak vypadalo oddělení před dvaceti lety a jak vypadá dnes. Zmíním se o postupném zařazování přístrojové techniky, která jistě ulehčila náročnou práci ošetrovatelskému personálu. Velmi dlouho, byl na oddělení jediný nástroj - lidské ruce. Vzhledem k tomu, že tato bakalářská práce je především o ošetrovatelství, budu se věnovat systému poskytované péče, jaký počet personálu na oddělení pracoval, jak se měnila obsazenost oddělení a úmrtnost po dobu dvaceti let. Velmi zajímavé jsou také statistické údaje, ke kterým jsem dospěla při sledování indikátorů kvality, konkrétně sledování počtu dekubitů a počtu pádů také v průběhu pěti let.

V praktické části se pokusím po prostudování chorobopisů od roku 1995 do roku 2015 porovnat poskytovanou péči, její úroveň, klady i zápory, vedení dokumentace, činnosti pacientů. Zaměřím se na vše od příjmu až po propuštění pacient. Závěrem jsou shrnuta zjištění, ke kterým jsem došla. V průběhu dvaceti let došlo k velkým změnám, kterým jak se domnívám přispěla i akreditace nemocnice, zlepšení kvality ošetrovatelské péče, modernější vybavení, zavedení výpočetní techniky do nemocnice a vzdělávání sester. Dovolím si i svůj osobní názor, jakým směrem by se gerontopsychiatrie mohla vyvíjet a na čem by bylo dobré zapracovat.

Výzkumné metody

Práce je teoretického charakteru s využitím zejména metody historické. Historická metoda zahrnuje především studium archivních zdrojů, rozhovorů s pamětníky a studium knižních, časopiseckých a internetových zdrojů.

Informace o historii psychiatrie jsem zjistila z knih a archivních zpráv zemského sněmu. Velkým přínosem mi byly informace o historii od MUDr. Milana Nováka, současného zaměstnance nemocnice, který se o historii nemocnice velmi zajímá a poskytl mi spoustu zajímavých rad. Jak šel čas v psychiatrické nemocnici Kosmonosy, jsem získala rozhovory s pamětníky, především PhDr. Jiřinou Jelínkovou, která osobně zažila vznik gerontopsychiatrického oddělení a podělila se o tyto zkušenosti. V práci se objeví různé skloňování slova Kosmonosy. V historických zprávách se vyskytuje slovo Kosmonosích, v novějších však slovo Kosmonosech. Nepodařilo se dohledat důvod různého skloňování, kosmonoští rodáci používají oba termíny. Další informace jsem získala díky internetovým zdrojům. O stavu zaměstnanců na oddělení jsem se informovala na personálním oddělení nemocnice. Co se týká technického zázemí a vybavení, jsem dohledala z archivních dokumentů na technickém oddělení nemocnice. Statistiky o informacích počtu příjmu, úmrtí pacientů, počtu dekubitů či pádů jsem vyhledala v archivu oddělení. Posledních šest let tyto statistiky vypracovávám sama, předešlé informace jsem získala ze statistik minulé vrchní sestry oddělení. Ohledně výpočetní techniky jsem se informovala u zaměstnanců výpočetního oddělení a na internetových stránkách. Stěžejní částí práce je popis změn v poskytování ošetrovatelské péče od roku 1995 do roku 2015. Tyto skutečnosti jsem získala studiem chorobopisů. Ke studiu chorobopisů jsem získala písemný souhlas hlavní sestry nemocnice. Pochopitelně jsem striktně dodržovala zachování anonymity pacientek a zavázala se k dodržení etických zásad. Prostudovala jsem celkem pět chorobopisů u pacientek s dlouhodobou hospitalizací, různým stupněm mobility, soběstačnosti a potřeby ošetrovatelské péče. Zcela jistě se v práci odrazí i mé vlastní myšlenky, postřehy a zkušenosti.

1 HISTORIE PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICE KOSMONOSY

První ústav pro choromyslné byl zřízen v Praze Josefem II. 1. listopadu 1790 při všeobecné nemocnici v Praze. Byla to budova obdélná, dvoupatrová a určená k potřebám blázince. Určena byla především pro šílence, zuřivé, okolí nebezpečné a nečisté. Ústav mohl pojmut celkem 57 nemocných. Opatrovnickou službu vykonávali dva muži, kteří museli být ženatí za mzdu sedm zlatých a oděv bez stravy (Heveroch, 1926).

Vzhledem k tomu, že počet choromyslných se nad míru množil, zemský blázinec již nedostačoval k jejich umístění. Byla potřeba, aby byly ústavy pro choromyslné rozmnoženy. Zemský výbor, se snažil tomuto požadavku vyhovět a na 25 sezení zemského výboru z roku 1864 se usnesl, že má být postaráno o umístění 300 choromyslných. Slavný sněm dal plnou moc zemskému výboru, aby najal, vybral nebo zakoupil vhodnou budovu. Na sezení 16. února 1866 bylo učiněno následující usnesení: „*Výboru zemskému se ukládá a dává plná moc, aby ještě roku 1866 hlavní čtverhranné stavění v Kosmanosích upravil na prozatimní, relativně spojený ústav léčebný a ošetřovací, který by se přeměnití dal na ústav definitivní*“ (Zpráva zemského sněmu, 1866, str. 2).

Roku 1867 byla zahájena adaptace textilní továrny, dříve piaristického kláštera v Kosmonosích na Královský zemský filiální ústav pro choromyslné se 394 lůžky. Již za 3 roky byli do ústavu převezeni první pacienti z Prahy (Doněk et.al., 2006).

27. dubna 1869 bylo převezeno do ústavu prvních padesát jedna nemocných pacientů, mužů. Po několika transpotech z Prahy, byl ústav zcela zaplněn a to samými muži. V pražském ústavu byl však nedostatek míst i pro ženy. 19. srpna 1871 bylo přivezeno prvních třicet žen a umístěno do takzvaného štíftu. Budova štíftu leží asi 200 kroků jižně od budovy ústavu a nebyla zakoupena nýbrž pronajata. Pacienti trpěli nemocemi jednak duševními, tělesnými a nevyléčitelnými. 1. července 1885 byly učiněny první pokusy se stravováním ve vlastní režii, do té doby byla strava dovážena z Prahy. Pokus se zdařil a vysoký sněm rozhodl i v ostatních ústavech stravování ve vlastní režii zavést. 21. ledna 1892 byly všechny ženy převezeny do Horních Beřkovic a ústav sloužil výhradně pro ošetřování mužů (Pankratz, 1926).

Velikého rozšíření doznal ústav roku 1895 stavbou pavilonů A a B, každý měl 300 lůžek a dále stavbou infekčního pavilon s dvaceti lůžky. V roce 1896 byla postavena nová, moderní kuchyň na vaření parou s moderní pekárnou a také byty pro kuchyňský personál. Postupně se nové pavilony zaplňovaly pacienti. Od 11. srpna 1896 se pavilon B začal obsazovat ženami. V prosinci téhož roku bylo v pavilonu B celkem 150 žen.

Slavným dnem pro naši nemocnici byl 30. červen 1897, kdy byl kosmonoský ústav vyhlášen za samostatný a měl právo samostatně přijímat pacienti. Byly mu přikázány okresy, z kterých přijímal nemocné. V nemocnici se stále budovala nová oddělení. Vznikla nová moderní kuchyně, řemeslnické dílny, zahrady, kotelna, byty pro zaměstnance, vily pro úředníky (Heveroch, 1926).

1.1 První republika

V roce 1919 byla vybudována truhlářská, krejčovská, čalounická a knihařská dílna pro pacienty. Současně byla k dílnám připojena hasičská zbrojnice a garáž pro ústavní nákladní automobil. Ve dvacátých letech byly odstraněny z oken mříže a zavedena nerozbitná skla. Nerozbitná skla jsou dobrá k zamyšlení i dnes, neboť okna jsou v současnosti opět vybavena nevzhlednými a strach nahánějícími mřížemi. Došlo také k rekonstrukci parku, k další rekonstrukci parku došlo poté až v roce 2015. V roce 1924 bylo ošetřováno celkem 1150 nemocných v pěti pavilonech, což bylo historické maximum. Zajímavou informací z tehdejší doby je fakt, že mimo síťových lůžek a svěřacích kazajek bylo k zvládnutí neklidu v zařízení též dvacet čtyři izolací. V současné době není žádná izolace (Mistoler, 2007).

1.2 Období okupace

V době okupace, když nacistická říše obsadila Čechy a Moravu, kosmonoský ústav právě chystal oslavu 70. výročí - doba byla zlá, nebylo jaksi co slavit. Změnilo se vedení i název z ústavu byl Landestalt für Geistesranke. Ředitelem se stal MUDr Berg - pražský Němec, který mluvil velmi dobře česky. Zachránil několik českých zaměstnanců od persekuce a sto čtyřicet dva vlastenců od popravy tím, že je na psychiatrii hospitalizoval. Pacienti byli různě transferováni do dalších zařízení pro duševně nemocné. Přijímali se i němečtí duševně nemocní. Dosavadní ředitel musel odstoupit a nastoupil nový ředitel původem Němec. Přijímali se různí pacienti bez ohledu na národnost (Češi, Němci, Řekové, Ukrajinci a další zavlčení na práci do říše), některé ústavy byly zavřeny a sloužily německým vojákům. Úmrtnost byla obrovská, kapacita hřbitova nedostatečná. Umíralo se především hladem, zimou a na tuberkulózu. Za období okupace umřelo celkem 3279 nemocných (Mistoler, 2007).

1.3 Doba poválečná

Po válce se úmrtnost snížila, díky odsunu německých pacientů a pozastavení psychiatrické činnosti. V roce 1947 byla obsazenost lůžek tak nízká, že se uvažovala o zrušení ústavu. V té době bylo více zaměstnanců než pacientů. Zánik se nekonal, dvě budovy se odevzdaly mladoboleslavské nemocnici a ústav fungoval nadále. Velmi rychle se zaplnil novými pacienty.

V léčebně již tehdy pracovaly zdravotní sestry se zvláštním psychiatrickým školením, střední zdravotnickou školu však neměly. V šedesátých letech docházelo k vnitřní diferenciaci. Vznikala nová oddělení - příjmová pro ženy a muže, gerontopsychiatrická, protialkoholní, oddělení pro neklidné pacienty a samostatné infekční oddělení. Na každém oddělení pracovala jedna staniční sestra a na každý pavilon jedna vrchní sestra, v jejich čele byla hlavní sestra. Každé oddělení mělo vstupní filtr, kam se pacienti přijímali, provedly se odběry, pátralo se po infekčním onemocnění a poté byli pacienti rozmístřováni na vhodná oddělení. Z finančních důvodů se po válce neprováděly stavební úpravy, maximálně docházelo ke zmenšování velkých pokojů na menší, k zajištění alespoň trocha

soukromí pacientů. Úpravy prováděly zaměstnanci nemocnice, na stavební firmy nebyl dostatek financí. (Mistoler, 2007).

1.4 Od totality do současnosti

Další informace jsem získala z dochovaných archívních materiálů nemocnice a rozhovory se zaměstnanci, kteří již v té době v léčebně pracovali. Ambulantní psychiatrická péče v Kosmonosech do roku 1970 neexistovala, proto se pacienti zvali na prohlídky, či se jim posílaly dotazníky, které měly ověřit jejich zdravotní stav a sociální zázemí. V roce 1962 vzniklo dislokované pracoviště v Sadské, které úspěšně funguje dodnes. V roce 1978 vzniká v Kosmonosech neurotické oddělení, kde byla prováděna mimo jiné psychoterapie. Zajímavostí je, že sestry pracující na tomto oddělení, měly možnost získat zajímavou zkušenost v jiné psychiatrické léčebně. Po domluvě s vedením, byli anonymně hospitalizováni v jiné léčebně a měly možnost na vlastní kůži si vyzkoušet, jak se cítí pacient. V polovině šedesátých let vzniklo diagnostické centrum. Byly zřízeny odborné ambulance, závodní ordinace, rehabilitační oddělení. Pacienti sem docházeli na vyšetření RTG, EKG a EEG. V sedmdesátých letech se prohlubovala psychoterapie, nastoupili zkušení psychologové. I přes stálý nedostatek financí byla zahájena stavba nové kotelny, na odděleních mrzly jak zaměstnanci, tak pacienti. V roce 1975 vznikla v psychiatrické léčebně Linka důvěry - čtvrtá v Čechách. V roce 1987 bylo založeno Denní sanatorium s kapacitou dvaceti lůžek jako alternativní forma psychiatrické péče. Součástí byl úsek psychoterapie, arteterapie. V roce 1991 vzniklo samostatné sexuologické oddělení, které bylo později rozšířeno i o sexuologickou ambulanci. V roce 1994 vzniklo chráněné bydlení s patnácti místy pro pacienty, kteří byli dlouhodobě hospitalizováni a nebylo možní jejich propuštění do domácí péče.

Po roce 2001 dochází k rozvoji pracovní terapie, vzniká samostatné oddělení centrální terapie a arteterapie. Součástí je dílna košíkářská, šicí, keramická a vyrábí se zde svíčky, hračky a spousta dalších výrobků.

V roce 2010 prošla Psychiatrická léčebna Kosmonosy akreditací a získala certifikát Kvality a bezpečí poskytovaných služeb. V dubnu 2013 obhájila statut akreditovaného zařízení a úspěšně prošla i reakreditací. Proces kvality je však běh na dlouhou trať a v dubnu 2016 nás čeká další obhájení akreditace (Novák, 2013).

Dne 1. července 2013 došlo také k přejmenování naší léčebny na psychiatrickou nemocnici. K přejmenování došlo z rozhodnutí asociace psychiatrických léčeben, vzhledem k zřízením akutních lůžek s ohledem na platby za akutní péči od zdravotních pojišťoven. Dosud však k tomuto nasmlouvání s pojišťovnami nedošlo. Stále jsme placeni jako následná péče za lůžko na den. Přesto akutní příjmy přijímáme a ošetřujeme.

Důležitou změnou v práci ošetrovatelského personálu bylo zavedení informační technologie na všechna oddělení nemocnice v roce 2015. V našem zařízení používáme Informační systém Hippo. Tento systém je určen pro vedení dokumentace, vedení agenty pacienta od příjmu, během hospitalizace i následné ambulantní péče. Je výborným

pomocníkem pro zpracování medicínské i ošetrovatelské administrativy. Odpadá mechanické přepisování ordinací a má mnoho dalších výhod (Informační Systém pro Psychiatrii ISpP HIPPO, 2015).

1.5 Vznik gerontopsychiatrie

Gerontopsychiatrická oddělení do šedesátých let neexistovala. Populace byla velmi mladá. Padesátníci sice byli hospitalizováni, převažovali však pacienti ve věku 20 až 40 let. Například v roce 1909 dosahovala úmrtnost 39 % do dvou až tří let od přijetí do ústavu. Ve věku nad 65 let bylo hospitalizováno v roce 1909 celkem šest pacientů. Z toho tři šedesátníci a tři sedmdesátníci. Mezi civilizační choroby té doby patřily syfilis a tuberkulóza. Senilní demence byla vzácností. Péče o staré byla zajišťována ve funkční více generační rodině a psychiatr tudíž o jejich existenci nevěděl (Novák, 2014).

Rozhovorem s psychologkou dr. Jelínkovou jsem se dozvěděla, že na pavilonu B byl jeden primariát, který se skládal z příjmového oddělení a gerontopsychiatrie. Umísťování pacientek nebylo jen podle věku (nad 65 let) nýbrž i podle perspektivy. Někdy docházelo k odléčení na příjmovém oddělení žen, přestože věkem by pacientka patřila na geronto oddělení. Stejně tak pokročilá demence u pacientky s věkem nižším než 65 let, byla často umístěna na geronto oddělení. V roce 1968 nástupem prim MUDr. Černé se gerontopsychiatrické oddělení osamostatnilo. Po většinu času zde byla primářka spolu se sekundárním lékařem. Obsazenost oddělení v té době byla 115 pacientek. V průběhu let se obsazenost snížila na 77 pacientů. V roce 1993/1994 došlo k rekonstrukci oddělení a zůstalo čtyřicet pacientů, kteří byli méně mobilní a s různými somatickými komplikacemi, sedm pacientek bylo umístěno na jiná oddělení, třicet pacientek se přemístilo na nově vzniklé rehabilitační geronto oddělení A13. Obsazenost čtyřiceti pacientek je aktuální i dnes.

2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Ošetřovatelskou péčí a přístup k pacientům s Alzheimerovou demencí musíme specifikovat dle stupně postižení demence a sestavit u každého pacienta individuální ošetřovatelský plán. Poskytujeme ošetřovatelskou péči v oblastech, které pacient již sám nezvládne, především v oblasti soběstačnosti, schopnost vykonávat činnosti vedoucí k uspokojení základních lidských potřeb. Typická je snížená schopnost dodržovat základní hygienické návyky, péči o zevnějšek, činnosti spojené s vyprazdňováním. Nesmíme zapomenout ani na rizika pádu, vzhledem k věku a častým poruchám pohyblivosti. Důležitá je i péče o kůži, pravidelné kontroly změn na kůži, predilekčních míst a důkladná hydratace pokožky. Dodržování pitného režimu je důležité u každého jedince, mnohem více jsou ohroženi pacienti s demencí, těm je potřeba nápoje nabízet a sledovat dostatečný příjem tekutin, stejně jako dohlédnout na stravu a v případě potřeby pacientovi s příjmem stravy pomoci. Nejde jen o zajištění základních potřeb, ale také o psychosociální blaho. Umožnit pacientkám neomezený kontakt s rodinou a členy rodiny zapojit do ošetřovatelského procesu. Na pacientku nemůžeme klást požadavky, které nedokáže splnit, naopak podporovat a rozvíjet ty oblasti, které zůstaly zachovány.

Ošetřovatelská péče o gerontopsychiatrické pacienty je velmi náročná a specifická. Náplň práce o tyto pacienty je především základní péče v těch oblastech, které pacient není schopen sám zvládnout, medicínská péče a každodenní aktivizace pacienta. Důležité je vést pacienta k soběstačnosti, včasná mobilizace a v neposlední řadě psychosociální péče. Cílem je zachovat či zlepšovat kvalitu života (Schuler, Oster, 2010).

2.1 Vybavení oddělení

Od vzniku oddělení byly dlouhou dobu jediným nástrojem lidské ruce. Vzhledem k počtu pacientů, stísněných prostorů, velkých pokojů, byla práce velmi náročná. Soukromí neměl téměř nikdo. První přístrojová technika byla na oddělení zavedena až v roce 1981 (viz tabulka č. 1). První inkontinentní pleny se začaly používat na oddělení v roce 1994. Jednorázové žinky, bryndáky a pěny na stolicí až o pár let déle. Do té doby se běžně používaly na lůžka takzvané gumovky, využívaly se podložky, prostěradla a různé improvizace. Předchůdce pojízdných van a židlí byly obyčejné židle, na něž se k zadním nohám nechaly připevnit kolečka, přesun imobilního pacienta byl tak zajištěn.

Oblečení pro pacienty bylo jednotné. Bílá košile tak zvaný andělíček, hnědé punčochy, modrobílý pruhovaný župan, erární přezůvky. Pacientky s demencí nejsou schopné si své oblečení pohlídat, poznat a dle potřeby převlékat. Přibližně od roku 2000 začaly postupně zaměstnanci nosit oblečení, které měly doma navíc a darovaly ho pacientkám. V dnešní době jsou pacientky moderně oblečeny do darovaného oblečení, pouze přezůvky mají vlastní a určitě se cítí mnohem lépe než v uniformním oblečení z minulých let.

Tabulka č. 1: Přístrojová technika na odd. B3

TYPY ZAŘÍZENÍ	V PROVOZU OD:
Odsávačka	1.1 1981
Lůžko sprchovací	17.3 1994
Židle zvedací sprchová	17.3 1994
Lůžko polohovací	1.1 1995
Matrace antidekubitní	1.1 2003
Svítlidlo germicidní	29.6 2007
Pulsní oxymetr	20.2 2012
Zvedák závěsný	12.6 2012
Lůžko polohovací + matrace s paměťovou pěnou	18.1 2013

Dietní systém se v průběhu let měnil, nikoliv jen v PN Kosmonosy. Mezi nejčastější diety byly a jsou stále racionální dieta číslo tři a diabetická dieta číslo devět. Specifikem na gerontopsychiatrii je dieta mletá, ať už racionální, šetřící či diabetická. Pokud pacient nepřijímá stravu, je mu dočasně ordinován sipping, parenterální či enterální výživa a nejtěžších případech nazogastrická sonda. U pacientů s demencí se od doby, kdy jsme se připravovali na první akreditaci, sleduje příjem stravy a tekutin. Pokrmy byly dlouhou dobu přivázeny na oddělení v nádobách a rozdělávaly se až na oddělení. Od roku 2003 je v naší nemocnici tabletový systém, kdy již v kuchyni rozdělí na ták příslušnou dietu. Na oddělení pak dostane pacient svůj ták s dietou a i se zbytky stravy se tácy vrací zpět do kuchyně.

2.2 Indikátory kvality

Oddělení disponuje čtyřiceti lůžky, z toho celkem pěti sítovými. Sítová lůžka jsou využívána především u pacientů se zvýšeným rizikem pádu či agitovaností. V tabulce č. 2, jsem se pokusila ukázat, kolik ošetrovatelského nelékařského personálu zajišťuje péči u pacientů, kteří jsou po ošetrovatelské stránce velmi nároční, kromě psychiatrické diagnózy mají přidružené i další diagnózy. Ve většině případů se jedná o pacienty s demencí, částečně či plně imobilními, inkontinentními, vyžadující pomoc při provádění osobní hygieny, podávání léků, stravy, dohled nad příjmem tekutin, zajištění převazů a péči o kůži. Z tabulky je dále patrný pohyb pacientů na oddělení a úmrtnost. Počet propuštění se v posledních letech zvýšil, domnívám se, že je to způsobeno zvýšeným počtem možnosti předání pacientů do domácího prostředí se zajištěním sociální domácí péče a růst zařízení pro seniory. Vzhledem ke stárnutí populace je však stále počet těchto zařízení kriticky nízký a na umístění pacienta se čeká někdy i mnoho let. Značně ztíženo

je to tím, že pacienti s psychiatrickou diagnózou mohou být umístováni pouze do zařízení se speciálním režimem.

Indikátory kvality se sledují v rámci projektu zvyšování kvality, jehož cílem je sledovat procesy, které vypovídají o kvalitě péče. Tyto procesy se sledují a vyhodnocují. Snažíme se o stálé zvyšování kvality poskytované péče. Pro rok 2016 jsme doplnili indikátory o sledování vzdělávání ošetrovatelského personálu. Naše nemocnice zajišťuje pro zaměstnance semináře, certifikované kurzy, kurzy s peer lektory (bývalí pacienti, kteří jsou ochotni se podělit se svou zkušeností s nemocí a hospitalizací). Podporuje zaměstnance k dalšímu vzdělávání, zvyšování kompetencí a spolupodílení se na zlepšování ošetrovatelské péče.

Tabulka č. 2: Statistický přehled personálu a pacientů

ROK	NELÉKAŘSKÝ PERSONÁL	PŘÍJMY	PROPUŠTĚNÍ	ÚMRTÍ
1995	17	229	54	130
1996	17	191	79	107
1997	16	170	83	83
1998	13	147	105	59
1999	18	173	114	41
2000	17	182	97	61
2001	17	156	74	75
2002	17	180	119	49
2003	22	160	98	49
2004	22	196	118	58
2005	21	206	125	81
2007	22	231	143	78
2008	24	220	172	53
2009	25	241	172	29
2009	24	222	173	33
2010	22	187	150	34
2011	24	184	123	12
2012	25	174	145	24
2013	24	168	137	23
2014	24	168	125	23
2015	26	156	115	24

Jak jsem již zmiňovala, psychiatrická nemocnice prošla v roce 2010 auditem a splnila kritéria pro řízení a kontinuální zvyšování kvality dle Národních akreditačních standardů. Na tři roky získala certifikát kvality a bezpečí poskytovaných služeb. Na našem oddělení se sledoval počet pádů a počet dekubitů. Dekubity se dále hodnotí dle kritéria, zda dekubit vznikl přímo na oddělení, či se jedná o zavlečený dekubitus z jiného oddělení či jiného zařízení (viz tabulka č. 3).

Tabulka č. 3: Indikátory kvality

ROK	CELKEM DEKUBITŮ	VZNIKLÝCH NA B3	POČET PÁDŮ
2010	34	18	87
2011	31	15	29
2012	51	26	17
2013	19	5	10
2014	9	1	13
2015	21	9	33

2.3 Financování zdravotnictví

Zdravotnictví před rokem 1989 bylo státní, to znamená, že bylo řízené, placené i organizované státem (Zvára, 2015).

Poválečná politika měla tyto cíle: Vyrovnat se co nejrychleji se ztrátami, které způsobila válka, doplnit počty lékařských i nelékařských zaměstnanců, obnovit narušenou zdravotnickou síť a to zvláště v pohraničí a výrazně snížit počet infekčních chorob (Drbal, 1996). Pro naši nemocnici to znamenalo, že do roku 1989 byla pacientům hrazena nejen strava, ale i oblečení, hygienické pomůcky a cigarety. Po roce 1989 bylo potřeba oddělit financování zdravotnictví ze státního rozpočtu a vybudovat systém vícezdrojového financování. V roce 1993 začalo fungovat financování veřejné, tedy všeobecné zdravotní pojištění. Pro pojištěnce to znamená svobodnou volbu lékaře, pojišťovny, povinné pojištění s jednotnou platbou pojistného a jednotné ceny (Cabrnok, 2001).

Pro pacienty v naší nemocnici, to znamenal krátkodobý regulační poplatek. Tento poplatek se však netýkal nedobrovolných hospitalizací, tudíž většiny pacientů na gerontopsychiatrii a pacientů se soudně nařízenou léčbou. Od regulačního poplatku se však již upustilo. V současné době je pojišťovnou hrazena hospitalizace, strava, léky, pomůcky pro inkontinenci.

3 NEJČASTĚJŠÍ DIAGNÓZY V GERONTOPSYCHIATRII

V dalších kapitolách se zmíním o nejčastějších diagnózách, se kterými jsou hospitalizováni pacienti na gerontopsychiatrii. Nejprve objasním pojem syndrom demence, který je nutná znát k pochopení diagnóz. Jako nejčastější diagnóza se uvádí Alzheimerova demence a jako druhá vaskulární demence. Samozřejmě to nejsou jediné diagnózy. Méně často hospitalizujeme i pacienty se závislostmi na hypnotikách, benzodiazepinech. Pacienty s poruchou chování, depresí či se sklony k suicidálním tendencím.

3.1 Syndrom demence

Demence je jedna z nejmájnějších a současně nejčastěji se vyskytujících duševních poruch ve stáří. Demence však nemusí začínat až ve stáří. Poruchy mozku, které vzniknou před druhým rokem života, nazýváme oligofrenie. Postižení demencí poukazuje na různá onemocnění, známe několik typů demence. Mezi nejčastější patří Alzheimerova demence s časným či pozdním začátkem. Syndrom demence zahrnuje postižení kognitivních funkcí – paměti, intelektu, pozornosti, poruchy myšlení, emotivity, vnímání a orientace. Velmi výrazně je narušen cyklus spánek – bdění. Staří lidé často během dne pospávají a v noci nemohou spát. Je velmi těžké jim vysvětlit, že potřeba spánku v senu je již nižší a počet hodin, které naspí je v jejich věku dostačující. Dále dochází k postupné degradaci osobnosti, která má za následek až úplnou ztrátu soběstačnosti a neschopnost sám zvládat každodenní rutinu (Raboch, Pavlovský, 2006).

Demence je syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, chronického či progresivního. Dochází k narušení vyšších korových funkcí, přičemž vědomí není zastřené. Mezi kritéria demence tedy patří zjevné zhoršení krátkodobé a dlouhodobé paměti. Dále alespoň jeden z faktorů: narušení abstraktního myšlení, narušení soudnosti, narušení ostatních kognitivních funkcí, změny osobnosti. Tyto poruchy se projeví v běžném životě, při obvyklých činnostech a nesmí být, jak jsem se již zmínila, porušeno vědomí (Pidrman, 2007).

Bohužel velmi často se stává, že demence zůstává nedignostikována, dokud pacient neonemocní jinou, závažnou chorobou. Je nutné rozšířit povědomí o těchto onemocněních a rozšířit znalosti zdravotníků. U téměř 90 % se vyvinou neuropsychiatrické příznaky a asi u 60 % obtěžující změny chování. Lidem s těmito symptomy jsou často předepisována antipsychotika či neuroleptika, které bohužel vedou ke zhoršování demence, snižují kvalitu života a zdvojnásobují riziko úmrtí (Nazarko, 2010).

Demence osobám trpících touto nemocí prokazatelně zkracuje život. Mediánová doba přežití se odhaduje u Alzheimerovy demence na 7,1 let a u vaskulární demence 3,9 let. Informace jsou však nepřesné, neboť demence není považována za prvotní příčinu úmrtí (Wija, 2012).

Cleusa z Psychiatrického institutu v Londýně uvádí, že dnes trpí demencí více než 24 milionů lidí ve světě a počet nemocných se zdvojnásobí každých dvacet let, tedy přibližně 80 milionů lidí v roce 2040 (Cleusa, 2009).

Dle Stolze je často demence mylně diagnostikována. V roce 2009 proběhlo sledování u německých pacientů po dobu tří let. Bylo zjištěno, že pouze každý čtvrtý pacient, u kterého byla diagnostikována demence, jí skutečně trpěl. Podobná studie proběhla i v USA v roce 2008. Sledováno bylo 44 pacientů s diagnostikovanou demencí, 19 osob s předpokladem demence. Po neuropsychologických vyšetřeních bylo zjištěno, že ze 44 pacientů trpí demencí pouze třetina a u 19 s předpokladem demence se potvrdily pouze tři osoby (Stolze, 2011).

3.1.1 Alzheimerova demence

Alzheimerova choroba je velmi závažné neurodegenerativní onemocnění mozku, které vede k úbytku některých neuronů, důsledkem toho, dochází k atrofii mozku. V prostorách mimo nervové buňky se ukládá bílkovina beta- amyloid, která způsobuje plaky. Čím je více plaků, tím větší je funkční postižení mozku. U pacientů s touto demencí bylo zjištěno více genetických mutací. U pacientů, kde vznikla choroba v pozdějším věku, se mutace nenacházejí. Z neurotransmiterů je nejvíce postižen acetylcholinergní systém. V důsledku toho je výrazně snížena schopnost učení se všeho nového. To vše má za následek syndrom demence (Jirák, Holmerová, Borzová et al., 2009).

Diagnostika

Základním vyšetřením je správně odebraná osobní anamnéza a klinické vyšetření. Je nutné vyloučit delirium a deprese. Tyto příznaky se dají často zaměnit. V úvahu musíme brát i vrozený kognitivní deficit, adaptační a úzkostné poruchy. Každý pacient by se měl podrobit vyšetření CT- výpočetní tomografie či MRI – magnetická rezonance. Dalším pomocníkem ke zjištění diagnózy, je vyšetření SPECT- jednofotonová emisní tomografie. Vyšetření ordinuje lékař i v závislosti na zdravotním stavu pacienta, přihlédne k tomu, zda je pacient schopen tato vyšetření zvládnout. Mezi další vyšetření patří EKG, EEG, RTG, vyšetření moči a krve. Je důležitá mezioborová spolupráce s internistou, neurologem, psychiatrem, psychologem, nutričním terapeutem (Franková et al., 2011).

Příznaky

Několik příznaků, které by měly vést k zamyšlení, zda se nejedná o Alzheimerovu chorobu:

1. Ztráta paměti, která ovlivňuje schopnost plnit běžné pracovní úkoly. Lidé s postižením demence zapomínají častěji a nevzpomenou si ani později. Dlouhodobá paměť bývá zachována déle oproti krátkodobé.

2. Problémy s vykonáváním běžných činností. Lze zaměnit s roztržitostí. Lidé postiženi demencí zapomenou, zda něco vykonali. Zde je vysoké riziko například neuzití či naopak zneužití léků.
3. Problémy s řečí. Projevuje se nemožností si vzpomenout na slova, časté konfabulování. Smysl věty často postrádáme a postižený člověk nechápe, čemu nerozumíme.
4. Časová a místní dezorientace je jedním z prvních projevů. Hrozí riziko potulky, dehydratace a v zimních měsících podchlazení.
5. Špatný nebo zhoršující se racionální úsudek způsobí například to, že tito lidé mohou vyjít na ulici nevhodně oblečení, upraveni.
6. Problém s abstraktním myšlením.
7. Zakládání věcí na nesprávné místo a následné obviňování, že mu jeho nejbližší něco odcizili.
8. Změny v náladě a chování, často se střídající nálady zcela bez příčin, lítostivost, přecitlivělost.
9. Osobnosti se mění zásadním způsobem, nemocný člověk se stává ustrašeným, zmateným, bezradným a ke svému okolí podezřívavým.
10. Ztráta iniciativy způsobí pasivitu, nezájem o cokoli co ho doposud těšilo. Je zapotřebí neustálých podnětů, vybízení k činnosti a je nutné volit jen takové činnosti, které člověk zvládne (Holmerová, Mátlová, 2012).

Typy demencí

Rozdělení demencí se uvádí různě dle autorů, Jirák uvádí tři stupně, kterým předchází anamnestická forma lehké poruchy poznávacích funkcí, které uvádím níže.

• anamnestický typ

Lehké poruchy poznávacích funkcí. Paměť bývá postižena pouze v jedné složce. Pacienti si své postižení uvědomují a stěžují si na něj. Objektivně lze pomocí testovacích metod zjistit poruchy poznávacích funkcí, nejsou však tak vysoké, jako při samotné demenci. Pacient sám vykonává úkony spojené se soběstačností, zvládá aktivity běžného života. Pacienti nemusí mít ani snížené hodnoty při testu kognitivních funkcí Mini Mental State Examination. Test MMSE je hrubý ukazatel stupně demence – viz příloha č. 1 (Jirák et al., 2013).

- **lehká alzheimerovská demence**

V této fázi dochází k výraznějším poruchám epizodické paměti, pracovní paměti. Objevují se poruchy orientace, je zhoršena soudnost a logické myšlení. Postupně se snižuje celková aktivita, omezují se kontakty s přáteli, zpomaluje se psychomotorické tempo. Tyto problémy jsou často spojeny s úzkostí, depresí a labilním chováním. MMSE se pohybuje v rozmezí 25- 18 bodů (Jirák et al., 2013). Problém vzniká u testu hodin (viz příloha č. 2).

- **střední alzheimerovská demence**

Poruchy kognitivních funkcí a orientace jsou natolik snižené, že je již rizikem samostatné opuštění domu pacienta. Zhoršuje se vyjadřování, snižuje se výrazně soběstačnost. Časté jsou poruchy chování pacienta, je sociální izolován což na sebe navazuje další a další problémy. MMSE se pohybuje zhruba mezi 17-11 body (Jirák et al., 2013).

- **těžká alzheimerovská demence**

Paměť je postižena mnohem více a pacienti často nepoznávají ani své nejbližší. V této fázi je výrazná dezorientace jak místem, tak časem. Pacienti ztrácí pocit žízně či hladu. Ve většině případů nastupuje inkontinence. Hrozí riziko poruchy výživy, dehydratace, dekubitů, pádů a další komplikace mobility. Poruchy chování trvají a postupně se zhoršují. MMSE je 5- 0 bodů (Jirák et al., 2013).

Farmakoterapie

Vzhledem k tomu, že úplná etiopatogeneze této choroby není zcela objasněna, není možná kauzální terapie. Používají se tedy metody biologické, nebiologické, socioterapie a psychoterapie. Farmakoterapii lze zjednodušeně rozdělit na terapii kognitivních a nekognitivních poruch. Kognitivní poruchy se snažíme ovlivnit léky, které působí na acetylcholinergní systém dále prekursorů tvorby acetylcholinu, inhibitory cholinestráz. Dále pak látky, které likvidují volné kyslíkové radikály nebo tlumí jejich zvýšenou tvorbu, látky tlumící excitocitu. Podávají se léky ovlivňující kalciové kanály, zlepšující neuronální metabolismus. Mezi farmakoterapeutické přístupy nekognitivních poruch patří antidepresiva druhé a čtvrté generace. Na léčbu úzkosti se podávají benzodiazepiny, pozor však na ty, které nepříznivě ovlivňují kognitivní funkce. U poruch spánku se aplikují nebenzodiazepinová hypnotika. K tišení neklidu jsou doporučovány atypická antipsychotika druhé generace, pro menší výskyt nežádoucích vedlejších příznaků. Mezi nefarmakologické přístupy patří psychiatrická rehabilitace, aktivizace pacienta a práce s rodinou (Jirák, Koukolík, 2004).

3.1.2 Vaskulární demence

„Vaskulární demence jsou velmi heterogenní skupinou různých klinických syndromů, vznikajících jako důsledek ischemického nebo hemoragického poškození mozkové tkáně provázené kognitivní dysfunkcí.“ (Bartoš, Hasalíková, 2010, str. 64).

Četnost vaskulárních demencí roste s věkem. Častěji jsou touto chorobou postiženi muži. Vzhledem s prodlužujícím se věkem dnešní populace, roste počet pacientů s vaskulární demencí. Nemoc vzniká na podkladě cerebrovaskulárních onemocnění. Mezi rizikové faktory řadíme hypertenzi, fibrilace síní, diabetes mellitus, kouření, obezitu, stres a další (Jirák, 2009).

Diagnostika

U pacienta je odebrána anamnéza, klinické vyšetření a také vyšetření kognitivních funkcí zkušeným psychologem. Nejrozšířenějším schématem pro diagnostiku vaskulární demence je Hachinskiho skóre. Mezi pomocné vyšetřovací metody řadíme CT, MRI a laboratorní vyšetření (sedimentace, krevní obraz, glykémie, mineralogram, jaterní enzymy, urea a kreatinin). Dále funkční testy štítné žlázy, pátrat po infekčních onemocněních, podezření na malaabsorpci. Pomocníkem může být i EEG a histopatologické vyšetření mozku (Růžička et al., 2003).

Příznaky

Příznaky u vaskulární demence vznikají rychle. Pacient je zpomalený, dezorientovaný místem, časem či osobou. Nedokáže odpovědět na dotaz, reagovat na situaci. Může se objevit deprese, nechuť do jakýchkoliv činností a pocit vlastní neschopnosti. Pacient často trpí nespavostí, nechutenstvím a jedním z častých příznaků je i ubývání na váze. Příznaky se časem mění, přidružuje se delirium a s ním spojená zmatenost, bloudění převážně v nočních hodinách, útky z domova (Jirák, Holmerová, Borzová et al., 2009).

Klasifikace vaskulárních demencí

Rozdělení vaskulární demence se liší od různých zdrojů. Uvádím zde dělení dle Jiráka, který klasifikuje tyto formy vaskulární demence.

- **multiinfarktová demence**

Představuje převážně kortikální typ, postižena je bílá hmota mozková. Může být však postižen i kmen, bazální ganglia včetně bílé hmoty mozkové. Příčinou jsou korové infarkty, které jsou způsobeny trombózou či embolizací velkých cév. Mohou se vyskytovat poruchy fatické, praktické a gnostické (Jirák et al., 2013).

- **vaskulární demence s náhlým začátkem**

Tato demence je způsobena jediným infarktem mozku, který postihuje oblast důležitou pro paměťové funkce.

- **subkortikální vaskulární demence**

Tento typ demence je poměrně častý, podmíněn encefalopatií. Někdy je pojmenován Biswangerova choroba. V bílé hmotě jsou patrné mikroangiopatie a demyelinizace. V bílé hmotě frontálních laloků, jádrech či kmenei nacházíme množství lakunárních infarktů.

Hlavní příznak je demence subkortikálního typu. Projevy jsou v obtížném zapamatování si nového, pomalá výbavnost, bradypsychismus a deprese. Můžeme pozorovat extrapyramidový hypertonicko - hypokinetický syndrom, nestabilní chůzi se sklonem k pádům, inkontinenci, hypertenzi.

Dále jiné, vzácné vaskulární demence, do kterých Jirák řadí CADASIL a Cerebrální amyloidovou angiopatii (Jirák et al., 2013).

Farmakoterapie

Z farmak se pacientům podávají vazodilatancia například Agapurin, či vazodilatancia druhé generace pro svůj nootropní účinek. V některých případech se podává vitamin E a nootropní preparáty. Po mozkové příhodě se podávají pacientům vysoké dávky piracetamu, jeho podávání se postupně snižuje a poté se pokračuje v udržovací dávce. Preventivně se dlouhodobě podávají antikoagulancia. Nutné je samozřejmě medikamentózně řešit somatický stav (hypertenze, diabetes, kontroly laboratorních hodnot a ostatní). Při stavech zmatenosti lékař ordinuje psychofarmaka, u depresí antidepressiva ze skupiny SSRI, SNRI. U anxiolytik dáváme pozor na riziko návyku. Při problémech s nespavostí se upřednostňuje Zolpidem. Do komplexní péče patří i psychoterapie s nácvikem kognitivních a emočních funkcí. V rehabilitaci trénujeme řeč a hybnost, nácvik soběstačnosti. Snažíme se o zařazení do všedního života (Raboch, Pavlovský 2006).

4 MÉNĚ ČASTÉ DIAGNÓZY V GERONTOPSYCHIATRII

Na oddělení jsou hospitalizováni i pacienti s jinými diagnózami než pouze s demencemi. Mezi čtyři nejčastější patří duševní poruchy vyvolané psychoaktivními látkami, deprese, poruchy chování a suicidální krize, těm budou věnovány následující kapitoly.

4.1 Duševní poruchy vyvolané psychoaktivními látkami

Toto onemocnění patří sice k méně častým, přesto považuji za důležité se o něm zmínit. Osobně bych řekla, že závislostí přibývá stále více i u starších pacientů. Především dochází k zneužívání léků z řad sedativ, analgetik a hypnotik.

Nemoc vzniká jako důsledek užívání jedné nebo více psychoaktivních látek. Poruchy jsou různé od nekomplikované intoxikace po škodlivé užívání s obrazem psychotických porucha a demence. Po akutní intoxikaci dochází ke změnám fyziologickým, psychickým a behaviorálním. Syndrom závislosti se vyvine po opakovaném užití psychoaktivní látky, typická je silná touha získat látku, zvýšená tolerance, problémy s kontrolou užívání, pokračování v užívání i přes řadu komplikací. Při odvykacím stavu může nastat delirium, psychotická porucha, amnestický syndrom. Předpokladem k léčbě je detoxifikace organismu, překonání odvykacích stavů a samozřejmě abstinence (Tomáš, Marková, 2014).

4.2 Deprese

Mezi hlavní příznaky deprese patří přetrvávající smutná nálada, podstatné snížení obvyklých zájmů, ztráta chuti k jídlu, snížení nebo naopak zvýšení hmotnosti, nespavost a předčasné probouzení. Z toho vyplývá ospalost během dne. U pacientů se může objevit zpomalení pohybů či pohybový neklid. Celkově dochází k poklesu energie, únavy, malátnosti. Pacient trpí pocity méněcennosti a sebeobviňování. Dochází také k problémům s pamětí a myšlením. Mezi nejhorší příznaky řadíme myšlenky na smrt, sebevraždu a často již konkrétní plánování sebevraždy (Doubek, Herman, Praško, Hovorka, 2014).

Pro léčbu je velmi důležité rozpoznání prodromů. U lehčí deprese léčba zahrnuje psychoterapii, u těžké formy jsou na místě antidepresiva a elektrokonvulzní terapie. V profylaktické léčbě se podávají stabilizátory nálad a antidepresiva (Tomáš, Marková, 2014).

4.3 Poruchy chování

Příčinou poruch chování nebývá vždy demence. Často jde o důsledek různých tělesných onemocnění. Pacienta je důležité vždy důkladně vyšetřit. Za změnou chování může být infekce, bolesti, opakované zácpy, dehydratace, onemocnění srdce, snížená či zvýšená glykemie. Další příčinou může být kolísání krevního tlaku, nebo mozková patologie. Za změnou chování mohou být i léky. Léky pacientům předepíše praktický lékař i specialista a není evidence a celkový přehled užívaných léků. Alkohol, sedativa,

hypnotika i analgetika také mohou vést k poruchám chování. V neposlední řadě se chování pacienta podepíše i vlivy prostředí. Mezi ty patří nadměrný hluk, sociální izolace, nevhodné zacházení s nemocným (Benešová, 2001).

4.4 Suicidální krize

Suicidium je záměrné a vědomé ukončení života. Při suicidálním pokusu pacient zůstal na živu, ale předcházel vědomý úmysl zemřít. U pacienta, který má v anamnéze suicidální pokus, se jedná o velmi rizikový jev. Pokud již jednou překonal zábrany, rozhodování o dalším pokusu může být snazší. Riziko opakování suicidia je nejvyšší v prvních šesti měsících po předchozím pokusu. Uvádí se, že období mezi 50 a 60 lety je jak pro muže tak ženy nejrizikovější (Tomáš, Marková, 2014).

Na naše oddělení přijímáme pacientky po suicidálním pokusu nejčastěji pořezáním na horní končetině, či po předávkování léky. U takové pacientky je ordinován zvýšený dohled. Důležitý je pravidelný rozhovor s psychologem a nastavení vhodné ordinace. Z ošetřovatelského hlediska dohled na příjem stravy a tekutin a sledování chování a komunikace pacientky.

5 VÝVOJ PÉČE V PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICI KOSMONOSY

V této části, se budu zabývat konkrétním vývojem péče o gerontopsychiatrické pacienty po dobu dvaceti let. Tyto informace zjistím studiem chorobopisů pacientů hospitalizovaných na odd. B3 a studiem dokumentace odd. B3, dále rozhovorem se zaměstnanci a v neposlední řadě vlastními zkušenostmi. Zajímat mě budou veškeré činnosti týkající se ošetrovatelské péče od příjmu do propuštění pacienta.

5.1 Rok 1995

Píše se rok 1995 a na oddělení je přivezena pacientka na příjem. Příjmová místnost je malá, bez umyvadla s jedním stolem, skříní, židlí s nejnnutnějšími pomůckami, které jsou pro příjem potřeba. Pacientka přichází obvykle v doprovodu řidiče sanity, rodinného příslušníka, ošetrovatelského personálu jiného zařízení nebo je přivezena rychlou záchrannou službou. Zřídka kdy je doprovod pacientky státní policie. S sebou si v lepším případě nese doporučení od svého ambulantního psychiatra. Sestra, která má v tu chvíli nejméně práce odchází k sepsání příjmové dokumentace. Důležité je se s pacientkou představit a získat si její důvěru.

Vstupní příjmový list:

- Datum a hodina příjmu
- Přivezena odkud – domov, jiné zařízení
- Doprovod - vlastnoruční podpis
- Svršky - sepsat eventuálně vrátit
- Cennosti - vše odebrat, sepsat, pokud je komu vrátit
- Měření fyziologických funkcí: krevní tlak, puls, váha, míra
- Pacientka se zváží a změří - hodnoty zapsány
- Odebrán občanský průkaz a průkaz pojištěnce - založeno

Pacientce se odeberou brýle, zubní protéza a obleče se do nemocničního oděvu. U převlékání se zkontroluje stav kůže pacienta. Tento oděv je jednotný, bílá košile takzvaný anděl, hnědé punčochy a modrobílý pruhovaný župan, dostane nemocniční bačkory, které se opatří náplastí s příjmením pacientky. Na hřbet horní končetiny se fixem napíše příjmení pacientky. Napadá mě, že je to zvyk z dob, kdy na oddělení bylo 115 pacientek a nebylo tedy možné si každý příjem zapamatovat. Jak dlouho bude trvat přijít na to, že je to již zbytečné a degradující? Sestra napíše stručně, jak se pacientka u příjmu projevuje, jaká je její nálada. Pacientka podepíše prohlášení o souhlasu

s vyšetřovacími a léčebnými výkony. Poté je odvedena k příjmovému vyšetření k ošetřující lékařce. Nesmím zapomenout na fakt, že každý nedobrovolný vstup jsme dle zákona povinni hlásit do 24 hodin soudu. Zástupce soudu je povinen se dostavit do 24 hodin na oddělení k prošetření držení pacientky a vyhotovit ošetření doklad. O veškerých změnách dobrovolnosti či nedobrovolnosti je nemocnice vždy povinna tuto skutečnost oznámit soudu. V našem případě soudu v Mladé Boleslavi. Je však v kompetenci lékaře, podrobněji nepovažuji za nutné rozepisovat.

Po tomto vyšetření, je pacientka předána zpět ošetřujícímu personálu. Lékař stanoví diagnózu, určí dietu pacientky, sestry zapíší dietu na nástěnku do kuchyňky a nahlásí telefonicky do kuchyně. Je nastavena ordinace a naordinovány příjmové odběry.

Do příjmových odběrů patří:

- Biochemie – ionty, urea, kreatinin
- Krevní obraz a diferenciál
- Sedimentace
- SYPHA
- HbsAg
- Moč - kultivace a citlivost

Vyšetřovací metody:

- EKG
- RTG srdce a plíce

Lékařské vyšetření:

- Gynekologické vyšetření 1x za rok

Prvních dvacet dní hospitalizace má pacientka pouze jeden list dekurzu. Sestry zapisují pouze návštěvy, lékaři vizitu a stav pacienta, stručně jednou větou, v pravém rohu je sepsána ordinace. Po dopsání dekurzu, sestra ručně přepíše ordinaci, lékař zkontroluje a správnost stvrdí podpisem. Při naordinování pravidelných měření fyziologických funkcí se tyto zapisují do dekurzu. Léky se připravují na vyšetřovně do takzvaných lékovek a poté se rozdávají pacientům. Sestra obejde všechny pacienty a podá jim léky. Nevzpomínám si, že by se nějak komentovalo, vysvětlovalo, jaký lék se podává.

Dalším listem doprovázející dekurz je resuscitační záznam. Tam se zapisují nefyziologické hodnoty glykemie, podávání infuzí, péče a výplach permanentního močového katétru,

kožní ošetřování, polohování imobilního pacienta, stolice, pokud je ordinováno tak příjem stravy a tekutin, nefyziologické hodnoty. Vše na jednom listě.

Součástí dokumentace je obyčejný papír, na který se lepí lékařem zkontrolované a podepsané laboratorní výsledky. Do obálky se zakládají výsledky vyšetření. Rehabilitační sestra na oddělení nepracuje, pokud je ordinována rehabilitace, dochází sestra a zápisy píše do dekurzu každé dva dny. O průběhu rehabilitace se nedozvídám nic, pouze, že proběhla. Denní zápisy se píší, pouze pokud dojde ke změnám chování či agresi. Zapiše se tedy podání ordinace při neklidu, efekt se již nezapisuje. Na oddělení pracuje sociální sestra, která vystaví pacientce Skladní kartu zásob a zapisuje manipulaci s penězi pacientky, které velmi pečlivě dokládá účty o nákupu.

Před plánovaným propuštěním se pacientka pouští na dovolenky, zapíše se stav, v jakém se vrátila a lékař napíše názor příbuzných na chování během dovolenky. Po domluvě s rodinou se naplánuje propuštění, zajistí se převoz, vrátí se cennosti a svršky a pacientka dostává léky na tři dny a recepty s sebou. Lékař vyhotoví propouštěcí zprávu, kterou sociální sestra odesílá praktickému lékaři a ambulantnímu psychiatrovi.

Ošetřovatelská péče dle mého názoru je hodně neosobní. Stejný přístup ke všem pacientkám, nerespektuje se individualita. Díky nedostatku pomůcek se musí šetřit, často na úkor pacientek. Odebrání všech osobních věcí, jednotné oblečení a popsání jména na ruku je hodně degradující.

5.2 Rok 1999

V roce 1999 příjem probíhá podobně, začíná se však rozšiřovat dokumentace. Kromě prohlášení o souhlasu s vyšetřovacími a léčebnými výkony podepisuje pacientka i informace o zdravotním stavu a vlastnoručně podepíše, komu je možno informace podávat. U pacientek při příjmu lékař stanoví kategorii. Mobilní a alespoň částečně soběstační pacienti mají kategorii tři na rozdíl od imobilních a soběstačnosti neschopných pacientů, kteří mají kategorii čtyři. Tyto kategorie jsou důležité pro hrazení péče zdravotní pojišťovnou. Pacientky mobilní, soběstačné a schopné vycházek v areálu mají kategorii dvě, ti se však na oddělení vyskytují minimálně.

Do dekurzu se vepisuje telefonický kontakt na osobu, které je možno podávat informace o zdravotním stavu. Nově lékař do dekurzu napíše diagnózu, nutnost dohledu a jaký je s pacientem plán například terapeuticko - stabilizační. Zápisy sester jsou rozsáhlejší a jednou týdně se píše sesterská epikríza, kde je blíže popsán pacient, jeho chování na oddělení. Sestry stále ručně přepisují medikaci, podepíší se a ta je kontrolována lékařem, který svým podpisem stvrdí správnost. Do dekurzu píší zprávu i konziliární lékaři, a to chirurg, gynekolog či kožní lékař. Psycholog není na oddělení zaměstnán, dochází pouze na požádání ošetřujícího lékaře k psychologickému vyšetření.

Podepisování nových dokumentů vidím u některých pacientek jako nevhodné, neboť s diagnózou demence nejsou informace schopně pochopit. Většina pacientek není schopna

jakékoliv edukace. Také přepisování lékařských ordinací, které sestry opisovaly na úkor ošetrovatelské péče, vidím jako nevhodné. Domnívám se, že to mělo být v kompetenci lékařů.

5.3 Rok 2003

U příjmu pacienta se objevil poprvé tiskopis vstupní ošetrovatelský záznam. Příjem je pečlivější, podrobnější a dá se říci dokonalejší. Po odebrání osobní anamnézy se zajímáme o zázemí pacientky - jak žije, s kým žije a jak v domácím prostředí zvládá úkony soběstačnosti. Dotazujeme se na svéprávnost, popřípadě kontakt na opatrovníka. Anamnéza se doplní o kompenzační pomůcky, které se podepíše a ponechají pacientovi.

Dále se pečlivě hodnotí:

- Příjem stravy - stav chrupu, zvyklosti stravy, nechutenství
- Příjem tekutin - oblíbené nápoje a v jakém denním množství
- Orientace - plná, částečná, dezorientace
- Kontakt - zvládne navázat a na jaké úrovni
- Pohyblivost - sám, s pomocí, nepohyblivý
- Nutnost zvýšeného dozoru - strava, hydratace, užívání léků, riziko suicidia
- Léky- užívání, odmítání, nutnost dohledu
- Stolice - pravidelná, nepravidelná, průjmy, zácpy, příměsi
- Močení – obtíže, příměsi, inkontinence
- Spánek - jeho kvalita, zvyklosti, doba spánku
- Kožní defekty - kontrola kůže celého těla
- Zvláštní znamení- tetování, mateřská znaménka, jizvy
- Svršky - odebírají a sepisují za přítomnosti pacienta
- Cennosti - odebírají se a sepisují, po domluvě lze i ponechat
- Peníze - sepíše se a předávají sociální sestře, pacient je účasten
- Kontakt na rodinu - rodina je partner, vítáme spolupráci
- Praktický lékař - kontakt, může být též nápomocen

- Ambulantní psychiatr - spolupracujeme, pokud není, zajistíme
- Pacient je seznámen s právy pacientů - má možnost dotazů
- Zdokumentován- stav kůže, žilní vstupy, permanentní katétr, drény
- Prohlášení o souhlasu s vyšetřovacími a léčebnými výkony - podepsat

Dle zdravotního stavu si pacientka může ponechat věci osobní potřeby, pokud je schopna ohlídat si cennosti a nikdo ji nepíše po ruce její jméno. Ošetřovatelský personál odvede pacientku na oddělení a seznámí ji s režimem, se spolupacienty a ukáže pokoj, toalety, koupelnu, jídelnu a je ji v případě potřeby nablízku.

Držím v ruce zase o něco tučnější složku. Tento rok se na oddělení objevilo razítka léky podány. Ordinance se stále ručně přepisuje, již se však razí, kdy se léky podaly. Veškeré měření fyziologických funkcí se zapisuje do dekurzu, nefyziologické hodnoty se píše červenou barvou. Pokud sestra nemá ordinovaný lék, píše o tom zápis. Jeden den v dekurzu tedy zahrnuje zhruba čtyři razítka Léky podány a každý den razítka vizita. Bohužel někam zmizely sesterské epikrízy, zápisy se píše pouze v případě, že se děje něco neočekávaného, nesprávného, vymykajícího se z běžného normálu pacienta. Epikrízy sester nacházím opět v dokumentaci z roku 2004. Zřejmě nás zmátla ta spousta razítek a přibývání dokumentace a to jsme ještě nevěděly, co nás čeká.

Jsme tu pro pacienta. Tak na mě působí rok 2013. Individuální přístup, důkladné odebrání sesterské anamnézy, zlepšení komunikace personálem a pacientkou. Přínosné je i odbourání degradujícího popisování. Individuálně se zvažuje, co si pacientka u sebe může ponechat. Oblečení je již civilní a pacientka je na oddělení odvedena, seznámena s ním a také s režimem oddělení.

5.4 Rok 2005

V této dokumentaci se již dozvídám opravdu více. Nový tiskopis smlouva o nakládání s finančními prostředky klienta po dobu hospitalizace v Psychiatrické léčebně Kosmonosy. Denně podání léků, sesterskou epikrízu a záznam lékaře o průběhu vizity. Nechybí zápisy o provádění osobní hygieny, podávání stravy, polohování, podávání tekutin. Od 1. dubna tohoto roku byl zaveden na naše oddělení počítačový systém HIPPO. Ordinance je jasná, srozumitelná a dobře čitelná. Denně se provádí rehabilitace s rehabilitační sestrou i ošetřovatelským personálem. Na oddělení dochází ergoterapeutka, která se však věnuje více pacientkám mobilním a schopnějším. Studuji chorobopis pacientky s těžkou demencí a zápisy o aktivitách nenacházím. Co však nacházím je diagnostikovaný scabies. Vzpomínám, že v tomto roce jsme se scabies opravdu bojovali. Nakonec jsme si v týmu sami zajistili ochranné pomůcky. Na uniformu jsme oblékli ještě takzvaného anděla a na ruce rukávníky. Byli jsme zcela zahalené a po každém ošetření jsme vyřadili vše do špinavého prádla. Nevím, jestli to bylo způsobeno tím, ale na další roky jsme měli od scabies klidu, což považuji za velký úspěch a také od té doby na každý exantém u nově

příchozích pacientek okamžitě voláme kožní konzilium. Tento rok byl zlomovým i v poskytování ošetrovatelské péče.

5.4.1 Systém poskytování ošetrovatelské péče

Do roku 2005 jsme pracovali systémem skupinové péče. Byla určena jedna sestra sloužící na vyšetřovně, ta zodpovídala za podávání léků, dokumentaci. Ostatní v podstatě dělali všichni všechno. Začalo se od pokoje číslo jedna a postupně se na celém oddělení provedla osobní hygiena, úprava lůžka, úprava zevnějšku, polohování, podávání stravy, napájení, doprovod na vyšetření... V tomto roce jsme pracovaly každá na své inspekci - ložnicová, kuchyňská, chodbová. Každá sestra zodpovídala za svou inspekci a musela mít přehled o svých pacientech.

Od roku 2015 se změnila péče, nastala péče primárních sester. Po příjmu byla každá pacientka přidělena patronátní sestře. V praxi to znamenalo, že každá pacientka musela znát svou patronátní sestru. Po celou dobu hospitalizace zodpovídala patronátní sestra za péči. V případě nepřítomnosti, delegovala svou povinnost na sloužící sestru. Patronátní sestra měla možnost doplnit osobní, rodinnou a sociální anamnézu. Po rozhovoru a pozorování vypracovala ošetrovatelský plán. Stanovila ošetrovatelský problém a navrhla po konzultaci s pacientkou ošetrovatelský plán a zodpovídala za jeho realizaci. Cíl, který si stanovila, musel být reálný a dosažitelný. V průběhu hospitalizace upravovala na míru realizace. Vše muselo být jasné, doložitelné a zdokumentované. Na prvním místě byl pacient a uspokojování jeho potřeb. Ke stanovení ošetrovatelských diagnóz nám po nějakou dobu byla nápomocna ošetrovatelská stupnice hospitalizovaných pacientek. Před zavedením tohoto tiskopisu, jsme měli možnost připomínkovat a podílet se na jeho struktuře a formátu. Napadá mě, že i to byl možná prvopočátek toho, kdy sestry začaly mluvit a více spolurozhodovat o své práci. Po správném vyplnění stupnice vyllynuly na povrch ošetrovatelské problémy, kterými jsme se dále zabývali a rozpracovali. Rozvoj ošetrovatelské péče dokládá další dokument ošetrovatelský spis. Sledované oblasti se dělily na: tělesné, socioekonomické, psychologické, rizika, medicínské problémy (kde se vzaly v sesterské dokumentaci...) Posledním dokumentem je sesterská překladová zpráva. Začínáme možná umět svoji práci prodat. Předáváme veškerou ošetrovatelskou práci písemně a navrhujeme, na čem by byla potřeba dále pracovat.

5.4.2 Omezení pacienta

Fyzické omezení pacienta je specifikum především psychiatrie. V roce 2005 byl vypracován standard číslo jedna Omezení pacienta. Při akreditaci, která nás za pár let zasáhne, přijde vhod. Omezení pacienta není příjemné ani pro pacientku ani pro personál. Omezení je možné, pouze pokud je nezbytně nutné. Na našem oddělení používáme k omezení uzavřené ochranné lůžko a břišní pásy. Důsledně dodržujeme postup dle standardu. O fyzickém omezení rozhodně vždy lékař. Sestra pouze ve zcela ojedinělých případech, pokud jde o akutně vzniklé ohrožení pacientky, ostatních pacientek či personálu. Poté musí být bezprostředně přivolán lékař. Pacientkám v omezení musí být zajištěn komfort ve smyslu: hygiena, strava, ošetření, nemožnost přístupu dalším

pacientkám k omezenému, pravidelné kontroly fyziologických funkcí, zdravotního stavu dle ordinace lékaře. Vše musí být zdokumentováno. V náplni práce sester je, jednou týdně vytisknout a zakládat do dokumentace časový harmonogram fyzického omezení. Každé přerušení omezení, každá kontrola je zdokumentována a popsána. Důvody pro omezení na našem oddělení jsou především výrazné riziko pádu, ojediněle agitovanost.

5.4.3 Nozokomiální nákazy

Nozokomiální nákazy se týkají každého zdravotnického zařízení. Na našem oddělení se snažíme díky bariérovému ošetřovatelství a dodržováním ošetřovatelských postupů dle standardů těmto nákazám předcházet. Cílem je tedy co nejvíce snížit riziko přenosu infekčního onemocnění mezi pacientkami, personálem a příbuznými. V případě objevení nákazy musíme plnit povinnost hlášení výskytu infekčních chorob, nosičství či pouhé podezření na ně. Na našem oddělení se sice sporadicky, ale přesto můžeme setkat se scabies, MRSA průjmovým onemocněním nebo pneumonií. Další postup je dle nemocničního standardu a návrhů ústavního hygienika. Vždy však podléhá hlášení, izolací nemocných a v případě nutnosti zákazu návštěv na oddělení.

Nemalý důraz se klade na správné mytí rukou, neboť víme, že nejvíce infekčních onemocnění se přenáší právě touto cestou. Při nástupu na oddělení a následně každý další rok je všechen personál proškolen ve správném mytí rukou erudovaným školitelem. Nejen správné mytí rukou, ale také výměna ochranných rukavic na každého pacienta je jedním z úkonů bariérového ošetřovatelství.

Před akreditací nemocnice, se sledování výskytu nozokomiálních nákaz, stane jedním ze sledovaných indikátorů nemocnice.

5.5 Rok 2007

V roce 2007 se podávání léků píše s přesným časem podání. Také zápisů sester přibývá. Každá sestra ze směny píše u každého pacienta zápis. To jsou tři zápisy denně, pokud se děje něco vymykající ho se, je o tom učiněn další zápis. Také zápisy z lékařské vizity jsou velmi obsáhlé. Objevují se zápisy z nočních kontrol. Do dekurzu se vepisují měsíční kontroly váhy u pacientky. Při ubývání na váze je ordinován bílkovinný přídatek. Většina sester je v tomto roce proškolená v péči o chronickou ránu a výrazně se zlepšuje péče. Klade se důraz na prevenci dekubitů a polohuje se dle polohovacích hodin. Vzniká list plán prevence a péče o dekubity, kam se důsledně zapisují veškeré změny na kůži, péče a vyhodnocení defektu. Velkou změnou je nástup patronátních sester. Každá se sestra má maximálně tři pacienty, o které se stará po celou dobu hospitalizace. Vyhledává ošetřovatelské problémy, sestavuje si individuální plán péče, zapisuje realizaci a vyhodnocuje tyto diagnózy. Zápisy o ošetřovatelských diagnózách se píšou dvakrát za měsíc. Přínosem je rehabilitační sestra, která je denně na oddělení a do záznamu o průběhu rehabilitace zapisuje veškerou prováděnou činnost a její hodnocení.

Ošetřovatelská péče je na vysoké úrovni. Ihned od přijetí pacientky se sledují rizika a intenzivně se snažíme problému předejít. I přes odpor zavedení ošetřovatelských

diagnóz, ve kterých někteří spatřovali jen další administrativu, vidím veliký přínos. Pro správně stanovenou ošetrovatelskou diagnózu je potřeba komunikovat, zajímat se, pozorovat, rozhodovat se a snažit se pochopit pacienta a jeho problémy. To vše je základem pro poskytování správné ošetrovatelské péče. Také se postupně zlepšovaly vztahy mezi sestrou a lékařem. Soulad v diagnózách je nutný. Lékaři reagují na zápisy sester, někteří pochopili, že sestra tráví s pacientkou 24 hodin denně. Na psychiatrii je z mého pohledu mezi lékaři a sestrami dobrá spolupráce.

5.6 Rok 2008

Perfektní denní zápisy o zdravotním stavu, chování, projevech a náladách pacienta se staly samozřejmostí. Minimálně třikrát denně zápis, který jasně formuluje co se dělo, na čem se pracovalo a jak se pacient cítí, co se zlepšilo a na čem musíme zapracovat. Novým jevem je změna v ošetrovatelských diagnózách. Stanoví se ošetrovatelská diagnóza aktuální, potencionální či dlouhodobá. Je nutno zapsat z jakého důvodu problém vznikl a jak se projevuje. Stanovíme reálný cíl a určíme intervenci. Hodnotíme již nikoliv dvakrát za měsíc, ale každý týden. Jsme rádi za informační systém v nemocnici, bez něhož bychom stále jen zapisovali. Objevuje se nový převazový list již velmi precizní.

Co vše obsahuje převazový list:

- Jméno, příjmení, rok narození, datum zavedení listu
- Stupeň dekubitu: 1. – 5., s přesným popisem, co který stupeň znamená
- Aktivita pacienta: chodící, ležící, vysazován, polohován
- Komplikace: diabetes mellitus, zvýšená tělesná teplota
- Antidekubitní prostředky: pomůcky, matrace
- Spolupráce: ano x ne
- Defekt: oděrka, dekubitus, bércový vřed,
- Popis rány: čistá, granulující, epitelizační, infikovaná
- Sekret: bílý, žlutý, zelený, zapáchající
- Přesný popis ošetření, hygieny, krytí
- Bolest: mírná, střední, silná, nesnesitelná
- Plán dalšího převazu: přesné datum

- Podpis sestry, která za převaz odpovídá, čas převazu
- Podpis lékaře: ale to až o pár let později

V tomto roce jsme se hodně zaměřili na péči o kůži. Většina personálu prošla školením nebo kurzem Péče o chronickou ránu, kde se seznámila se základy mokrého hojení, které úspěšně aplikujeme dodnes. Pravidelně polohování se stalo samozřejmostí. Že péče o kůži nezahrnuje jen polohování a vhodně zvolené ošetřování již víme, a zajímáme se i o výživu. Podává se sipping a bílkovinné přísady, je zajištěna dostatečná hydratace.

5.7 Rok 2009

Je pro mě osobně velmi příjemné vidět, jak se práce ošetrovatelského personálu, přístup k pacientům, dokumentace a vše stále vylepšuje. Velký posun vidím v práci s příbuznými a jejich zapojování do léčebného režimu.

5.7.1 Příbuzní naši partneři

U příjmu pacienta se klade důraz na komunikaci s pacientkou. Často mají příbuzní dojem, že vzhledem k demenci přijímané pacientky, jsou to oni, kdo musí poskytnout všechny informace. Snažíme se prosazovat, že pacientka a její informování jsou pro nás důležité, ať ji nechají hovořit. V neposlední řadě, se snažíme, aby ti co jdou k příjmu, nečekali. Už samotný nástup na psychiatrii je pro ně značně náročná situace, pro pacienta je změna prostředí velmi stresová. Primárně se věnujeme pacientkám, nicméně velký pokrok vidím v práci s příbuznými. Po rozhovoru s pacientkou je dán časový prostor příbuzným. Rádi si vyslechneme jejich názor o životě a soužití s pacientkou, což je nejčastěji jejich maminka. Zajímáme se o to, jak žila, jaké měla záliby, co ji přinášelo radost. Také příbuzné seznámíme s režimem na oddělení. Uvědomili jsme si, že je dobré, když příbuzný odchází s tím, že je informován, o všem co se bude dít, co může očekávat, a že je pro nás důležitá spolupráce s ním. Připravili jsme si tištěný informační leták. Přece jen jistý stres je na místě a nemáme zpětnou vazbu o tom, co si z našeho rozhovoru zapamatovali, a dáme prostor k dalšímu dotazování na věci, které se teprve vyskytnou.

Na letáku jsou veškeré kontakty na oddělení: primář, lékař, vrchní sestra, sociální pracovníce a kontakt na ošetrující personál. Zároveň vysvětlíme, kdo za co zodpovídá a dotazy jakého rázu směřovat na koho. Uvedeme návštěvní hodiny, které jsme sice určili. Nicméně nebráníme se návštěvě mimo tuto dobu. Upozorníme, že vzhledem k aktivitám na oddělení je lépe se telefonicky domluvit, aby byla pacientka na oddělení.

Upozorníme co na návštěvu rozhodně nenosit, tedy nebezpečné předměty. Naopak vybídneme, aby nosili to, co mají pacientky rády. Poprosíme o pravidelné dodávání hygienických pomůcek. V poslední řadě nabídneme možnost jakýchkoliv problémů, žádostí, dotazů ať nás neváhají kontaktovat. Troufám si z vlastní zkušenosti říct, že se nám to osvědčilo. Až na pár jedinců, jsou příbuzní naši partneři.

5.7.2 Příjem pacienta

U příjmu pacienta postupujeme jako v předešlém roce. Navíc se objevuje informace a chování a vzhledu přímo při příjmu pacienta. Přesně se definuje úroveň kontaktu. Zaměříme se na možná poranění, hematomy. Přínosné je zdokumentování o tom, že již při příjmu byla pacientka seznámena s domácím řádem a právy pacientů. Vše je vyvěšeno na viditelném místě na oddělení spolu s možností jak postupovat, když si chce jak pacientka, tak příbuzní stěžovat. Když se pacientka odvede na oddělení, tato nástěnka ji je znovu ukázána v rámci seznamování s oddělením. Do dekurzu sestra rozepíše, co pacientce ukázala, vysvětlila a s čím ji seznámila.

5.7.3 Ošetřovatelská anamnéza

Nacházím velmi precizně vypracovanou anamnézu. Po jejím přečtení si naprosto dovedu představit pacienta. Doposud jsem si spoustu informací musela dokreslit ze zjištěných informací. Jako důležité vidím zamýšlení se nad tím, jak dalece je pacient schopen odběru dat. Zamýšlení se nad tím, zda je schopen edukace.

Anamnéza je doplněna o tyto informace:

- Alergie
- Epilepsie v anamnéze
- Způsobilst, nezpůsobilst

Vnímání zdravotního stavu:

- Jaký má pacient náhled na své onemocnění a jakou má motivaci k léčbě.
- Nejčastější odpovědí k motivaci je návrat do domácího prostředí.

Výživa pacienta:

- Nově vypočítáváme BMI, se kterým budeme moci dále pracovat
- Sledujeme stav kůže
- Přidružená onemocnění - potřeba speciální diety

Aktivita pacienta:

- Úroveň soběstačnosti
- Kvalita spánku a umění odpočívat

Vnímání a poznávání:

- Stav vědomí, myšlení, vnímání
- Stav paměti
- Komunikace, nálady, chování

Smyslové poruchy:

- Zrak, sluch, řeč

Bolest:

- Jako zásadní ošetrovatelský problém
- Dotazování, pozorování a vyhodnocení

Sociální zázemí:

- Mezilidské vztahy, jak doposud zvládala řešit své problémy

Sebepojetí:

- Jak vidí sama sebe

Sexualita:

- Nebudeme se tvářit, že na gerontopsychiatrii neexistuje
- Narážím však spíše na to, že o ní pacientky nechtějí hovořit

Zátěžové situace:

- Co vás v poslední době potkalo těžkého, náročného

Spirituální potřeby:

- Jste věřící, ani při hospitalizaci není nutné se těchto potřeb vzdávat

Na závěr se popíše, jak pacientka u odebrání anamnézy spolupracovala, kdy se necítila dobře, o jakém tématu nechtěla mluvit. Předem je pacientka upozorněna, že záleží jen na ní, jaké informace chce poskytnout.

5.7.4 Screeningy

U všech nově přijatých pacientek se na našem oddělení vypracovávají screeningy:

- Barthelův test základních činností viz příloha č. 3
- Screening pro určení zvýšeného rizika pádu
- Riziko pádu dle Northonové rozšířená škála
- Základní nutriční screening dle Nottinghamského dotazníku

V případě potřeby a aktuálnosti také:

- Zhodnocení rizika sebevražděného jednání
- Vyhodnocení rizika agrese

Výsledky screeningů nás nasměrují k dalšímu postupu v péči o pacientky, upozorní na rizika a jsou vodítkem pro stanovení ošetřovatelských diagnóz.

Nutriční screening

Základem je pacientku zvážit a změřit, podle těchto informací vypočítat BMI. U téměř poloviny pacientek to však nelze. Vzhledem k imobilitě se není pacientka schopna postavit na váhu. Váhu dále sledujeme každý měsíc, v některých případech i častěji. Například ubývání na váze, či odmítání stravy. V tom případě, že není možné zvážit, pracujeme podle standardu Nutriční poruchy. Pacientce měříme obvod paže, u obézních obvod břicha. Standard jasně stanoví, které naměřené hodnoty nás mají varovat a jak v takovém případě postupovat. Měří vždy jedna patronátní sestra na totožném místě. Důležitou informací je věk, BMI, nechtěná ztráta hmotnosti, příjem jídla za poslední tři týdny, projevy nemoci a faktor stresu. U pacientů s podezřením na malnutriční stav lékař naordinuje odběry na albumin, celkovou bílkovinu a cholesterol. Přivolán je nutriční specialista a ten rozhodne o dalším postupu léčby v oblasti nutričního stavu. Nutriční screening se vypracovává na našem oddělení minimálně dvakrát do roka. V případě změny zdravotního stavu okamžitě. U pacientů, kteří jsou imobilní navíc ve fázi těžké demence, sestra zapisuje denní příjem stravy a příjmu tekutin. Při odmítání stravy či tekutin je nutné bezprostředně informovat ošetřujícího lékaře.

Riziko vzniku dekubitů

Další ze screeningů, které vypracováváme u všech přijatých pacientek. Na kůži našich pacientek nacházíme různé defekty, do té doby než k nám přišly i různě ošetřovány. Mnohdy nekvalitně, nepravidelně takzvaně podomácku.

Důležité pro vyhodnocení screeningů je znát schopnost spolupráce pacientky, její věk, hodnotíme stav pokožky a přidružená onemocnění, která se mohou na stavu kůže odrážet.

Zvážíme celkový fyzický stav, stav vědomí, aktivitu a pohyblivost. Nesmíme zapomenout na inkontinenci, která je citlivým tématem, proto na dotaz o ní, je potřeba profesionálního přístupu. Zjistíme, jaké má pacientka riziko vzniku dekubitu. Již při středním riziku, je umístěna na antidekubitní matraci, je zajištěna rehabilitační péče. Samozřejmostí je polohování dle polohovacích hodin, které jsou vyvěšeny na každém pokoji. Osvědčilo se nám denně na nějaký čas vysazovat pacientky do kardiackého křesla. Individuálně zvážit nutnost fixace, jako prevenci proti riziku pádu - nutno zdokumentovat. U každého v riziku pravidelná kontrola predilekčních míst, používání antidekubitních pomůcek, aktivizace pacienta, důkladné provádění osobní hygieny a kvalitní péče o kůži přípravky k tomu určenými. Při změně zdravotního stavu aktualizovat screening. Vždy stanovit ošetřovatelskou diagnózu s cílem zhojení dekubitu a striktně dodržovat intervence.

Riziko pádů

U pacientek na gerontopsychiatrii je riziko pádu vysoké. Hlavní důvody jsou: věk, základní diagnóza, přidružená onemocnění, nové a neznámé prostředí. K riziku pádu přispívá dezorientace, demence, deprese a věk nad 65 let je také jedním z faktorů. Dotazujeme se na smyslové poruchy (zrak, sluch). Sledujeme soběstačnost, schopnost spolupráce. Velká část pádů je v noci, proto zjišťování ohledně spánku - jak spíte, budíte se, chodíte v noci na toaletu. Již z těchto otázek je patrné, že většina našich pacientek je v riziku pádu. Proto je potřeba dobře zabezpečené oddělení - celistvé a čistá podlaha, madla podél celého oddělení, dobré osvětlení i v noci, toalety na pokoji a v případě potřeby nácvik chůze, vstávání, přemísťování s rehabilitační sestrou. Opět stanovíme ošetřovatelskou diagnózu, s kterou dále pracujeme. U každého pádu je nutné rychlé ošetření a přivolání ošetřujícího lékaře, který pacientku vyšetří a určí další postup, sledování, ošetření či odeslání pacientky na specializované pracoviště. Pro personál to znamená sepsání nežádoucí události. Jak jsem již výše uváděla riziko pádu je indikátor kvality celého zařízení.

Screening základní všedních činností

Těchto testů existuje několik, v našem zařízení využíváme Barthelův test. Při jeho vypracování se zaměříme na běžné denní činnosti a schopnost pacientky je zvládnout sama, s dopomocí nebo vůbec. Mezi tyto činnosti patří: najedení, napití, oblékání, koupel, zvládání osobní hygieny, kontinence moče a stolice, používání toalety, přemísťování z lůžka na židli a chůze jak po rovině, tak do schodů. Vzhledem k diagnózám s jakými jsou pacientky k nám přijímány, je snížená soběstačnost častý problém. V rámci ošetřovatelské péče se personál snaží a zlepšení soběstačnosti ve všech oblastech. Pokud již nelze zlepšovat, alespoň na udržení stávajících schopnostech na co možná nejdelší dobu. Tady vidím trochu problém ze strany personálu. Při vši té snaze našim pacientkám pomoci, vyhovět, zajistit komfort často zapomínáme, že tím, že za ně tyto činnosti vykonáme, jim nepomáháme. Naopak, pokud činnosti soběstačnosti nebudou dělat, nebudou umět, zapomenou, nezvládnou. Nebo si chceme práci urychlit, abychom už měli hotovo a vše vypadalo dokonale...

Screening sebevražedného jednání

Tento screening se nevypracovává pravidelně u každého, pouze pokud je aktuální. Pacientky po sebevražedném jednání nepřijímáme tak často, přesto si troufám z vlastní zkušenosti tvrdit, že v posledních letech těchto pacientek přibývá. Napadá mě, že by to bylo zajímavé téma pro zpracování. Pokud je pacientka schopna, dotazujeme či bereme v potaz tyto informace: pocit beznaděje, deprese, ztrátu zájmu o dění kolem sebe, absence radosti a potěšení. Příprava plánu na sebevraždu- opět velmi citlivé téma, pacient musí mít k nám velkou důvěru, aby pravdivě odpověděl. I pokud odpoví negativně, lze tomu věřit? Pátráme po sebevražedných pokusech v anamnéze a jejich průběh. Přítomnost stresových událostí v poslední době. Často se setkáváme se ztrátou někoho blízkého - manžel, dítě.

Ptáme se na halucinace, bludy - pokud se pacient otevře, necháme ho mluvit či přítomnost psychóz v anamnéze. Zajímá nás rodinná anamnéza - duševní poruchy či sebevražedné pokusy u svých blízkých. Pátráme po varovných znamkách sebevražedného jednání. Zmíníme se o požívání alkoholu, toxických látek jak v současnosti, tak v anamnéze. Přítomnost terminální choroby je také jeden z důvodů k sebevražednému jednání. Pacienta v takovém riziku musí mít ordinován zvýšený dohled a lékařem časově určeny kontroly, ideálně intenzivní. Za správnou považuji i edukaci rodinných příslušníků. Když uvažuji o tomto screeningu, napadá mě, že spíše než do kompetencí sester, by dle mého názoru přináležel spíše velmi zkušenému psychologovi. Zvýšený dohled je ordinován i u pacientek s depresí, kde je také velmi vysoké riziko sebevražedného jednání. Pacientky s depresí se však příliš nehodí umísťovat na oddělení, kde je hospitalizována většina pacientek s demencí. Alespoň já to tak vidím.

Screening riziko agrese

Nejméně vyplňovaný screening na našem oddělení. S agresí se setkáváme spíše ojediněle. Možná se můj názor neseťká se souhlasem, ale troufám si tvrdit, že agresi na gerontopsychiatrických odděleních si často způsobuje personál. Moje osobní zkušenost je taková, že agrese je převážně u nově přijímaných pacientek k prvnímu pobytu. Pramení ze strachu, neznalosti, stigma psychiatrie, uzavřených oddělení, odebráním věcí u příjmu a neprofesionálního přístupu. Vlídny, trpělivý a empatický přístup dokáže mnohdy divy a je rozhodně první volbou před fyzickým omezením nebo aplikací ordinace při agitovanosti pacientky.

U tohoto screeningu se zaměříme na zmatenost, podrážděnost, výbušnost, slovní vyhrožování a agresi vůči věcem. O postupu péče u agresivní pacientky rozhoduje vždy lékař. Sestra se chová profesionálně, plní ordinace a správně vede dokumentaci. Svým chováním se snaží agresi zmírnit, zajistit bezpečí pro sebe, pacientku a ostatní pacientky.

Rok 2009 byl bohatý na spoustu nových změn. Připisuji to blížící se akreditaci, která nás příští rok čekala. Proběhlo spoustu úprav standardů, směrnic a doporučení, co se týká ošetrovatelské péče.

5.8 Rok 2010

Jak jsem již výše psala, v roce 2010 prošla naše nemocnice akreditačním řízením a získala certifikát kvality a bezpečí poskytovaných služeb. Proto byl zřejmě rok 2009 jedním z nejpłodnějších, co se ošetrovatelské péče týká. Nicméně neusínáme na vavřínech a za tři roky nás čeká obhájení akreditace.

5.8.1 Monitoring bolesti

Bolest je velký ošetrovatelský problém a zajištění absence bolesti cílem pro lékařský i nelékařský personál. Bolest je subjektivní pocit, špatně měřitelný. Na našem oddělení je kladen důraz na zjišťování bolesti, vyhodnocení míry a denní dotazování na přítomnost bolesti. U pacientů s analgetiky v ordinaci je povinností personálu učinit zápis o bolesti. Zjišťujeme dotazováním a pozorováním pacientek. Při zjištění nové bolesti bezprostředně informujeme lékaře. Lékař má možnost ordinovat monitoring bolesti. Sledujeme typologii, propagaci a intenzitu bolesti. Pokud je pacient schopen - kvalitu bolesti, čas, situace kdy prožívá největší bolest, ovlivnitelnost a reakce pacienta na bolest. Ne každý pacient na našem oddělení dokáže takto formulovat informace ohledně bolesti. V takovém případě používáme Stupnici pro měření bolesti u pokročilé demence, která je součástí standardu o bolesti.

5.8.2 Realizace ošetrovatelského plánu

Stále více zápisů v dekurzech vedlo k tomu, že již nestačil jeden na den. Vzpomeňme rok 1995, kdy se dvacet dní vešlo na jeden list. Vznikl list realizace ošetrovatelského plánu. V podstatě šlo o doložení veškerých činností, které byly vykonány. Tyto činnosti jsou z oblasti osobní hygieny, výživy, vyprazdňování, péče o kůži, invazivní vstupy, pohybové aktivity, polohování a možnost vepisování dalších provedených úkonů. Každý den, každá směna čárkou doloží, co vykonala. Tento list o realizaci ošetrovatelského plánu vznikl především z toho důvodu, aby sestry nemusely vypisovat veškerou ošetrovatelskou činnost. V dekurzu se nadále píší denní zápisy, více však o chování pacientky v rámci oddělení, přístupu k léčbě a nově vzniklé situace. Součástí denních zápisů je i hodnocení bolesti, především pokud je ordinované analgetikum.

5.9 Rok 2012

Na oddělení se více zaměřujeme na aktivity pacientek. Doposud pokud měl kdokoliv čas, vymýšlel aktivity pro pacientky. Od roku 2012 je na oddělení zaměstnanec, jehož náplní práce je aktivity s pacientkami. Dobře se osvědčil nácvik kognitivních funkcí s pomůcek k tomu určených - pracovní sešity, doplňování slov, křížovky, puzzle. Diskuse s tematikou vaření, roční období, moje zaměstnání, rodina. Poslech hudby, předčítání s následnou diskusí. Vyrábění různých výrobků, vycházky v areálu. Také plánování a realizace různých společenských událostí na oddělení.

Členem týmu je psycholog, kterého si již nemusíme vypůjčovat, je náš. Věnuje se pacientkám a inspiruje nás k dalším činnostem na oddělení.

5.9.1 Vybavení oddělení

Nemalými změnami prošlo i vybavení oddělení. Dle názoru, že důležitý je první dojem, dochází k rekonstrukci vstupní haly. Ta je rozšířena, aby bylo více světla a možnost lepší manipulace s imobilními pacientkami. Hala je moderně vybavena, vymalována a zaplavena kytkami a působí hodně žensky. Troufám si říct, že první dojem při vstupu na oddělení je příjemný. Ale co by to bylo platné, kdyby vstup na oddělení vše pokazil? Vymalovali jsme tedy oddělení včetně dveří veselými barvami a zakoupil se nový nábytek, skříně, stoly, noční stoly, židle, nová křesla pro pacienty s onemocněním srdce. Na zeď jsme si poté nechali namalovat velké sluníčko a rozkvetlý strom. Zrekonstruovala se další koupelna, na oddělení jsou tedy pro pacientky dvě kvalitně vybavené koupelny.

5.10 Rok 2014

Od roku 2013 nástupem nové psycholožky oddělení dále rozkvétá. Pacientky jsou na prvním místě. Třikrát týdně dochází pacientky na centrální terapii, kde pracují pod dohledem odborných terapeutů. Stále dobře funguje pracovní terapie na oddělení. Pacientky dochází na terapii do zahrady, kde se jim obzvláště líbí a cítí se užitečné. Každé pondělí probíhá na oddělení canisterapie, jednou za čtrnáct dní hipoterapie. Pro pacientky, které nejsou schopny účasti na hipoterapii, je zajištěna projížďka s koňmi po areálu nemocnice. Pod vedením psycholožky probíhá na oddělení koedukovaná skupina s nácvikem kognitivních funkcí. Na této skupině se každý týden schází čtyři pacientky z našeho oddělení a čtyři pacienti s mužského oddělení. Po prvotním představení si formou hry zopakují, zda si pamatují jména všech zúčastněných. Každá skupina má své téma například roční období, slavné osobnosti, velikonoční zvyky a mnohá další. K tématu se diskutuje, sdílí se své zážitky a trénuje se paměť, vyjadřování, počítání. Zakončení skupiny je obvykle společně zazpívanou písničkou a rozloučením. Rozšířili jsme počet společenských akcí - poslech živé hudby s posezením, hra na kytaru a posezením a občerstvením, mikulášskou besídku, vánoční a velikonoční besídku, opékání vuřtů. V rámci nemocnice se naše pacientky účastní koncertů, divadelních vystoupení, festivalu na kopečku.

Tento rok byl zlomový v ohledu trávení volného času pacientek. Díky nové psycholožce, která se nutně musí zapsat do historie našeho oddělení. Otevřela nám oči v tom, že hospitalizace není jen o kvalitní péči. Pacientky zdravotní stav se nemůže stabilizovat, když bude celý koukat do stropu. Rozšíření aktivit je na oddělení velkým přínosem.

5.11 Rok 2015

Zdalo by se, že již není na čem pracovat a co zlepšovat. To by však bylo smutné, stále musí být síla, která nás žene dál a dál. Zaměstnanci jsou každoročně proškolení o zásadách aplikace opiátů, bezpečnosti práce a požární ochrany, bariérovém ošetřovatelství, zásadách fyzického omezování, o bolesti jako závažném ošetřovatelském problému. Díky pravidelným auditům máme zpětnou vazbu, zda vše děláme tak, jak je to správné. Jsme upozorněni na čem pracovat a co zlepšovat. Přístup personálu

k pacientům je na velmi profesionální úrovni. U příjmu je kladen důraz na zachování intimity, individuálního přístupu ke každému pacientovi, neboť každý jsme osobnost. Pacient je postupně seznamován s průběhem léčby a ošetřování a je pro nás důležitý jeho názor. Při podávání léků, které se již řadu let děje přímo u pacienta z originálního obalu se pacient dozvídá na co který lék je, jaké mohou nastat nežádoucí účinky. Pacient může s lékařem diskutovat o nastavené medikaci. Máme stanovený režim dne, který se však dá upravit na přání pacientky. Práce na gerontopsychiatrii je náročná, ale těm, kteří ji mají rádi, přináší řadu uspokojení v podobě spokojeného, usměvavého starého člověka...

6 DISKUZE

Cílem této práce bylo zjistit, k jakým změnám došlo v průběhu dvaceti let. Z této práce je patrné, že k velkým a zásadním. U příjmu pacientky se z rutinní práce, mnohdy s prvky degradace osobnosti, stala příjemná a profesionální diskuse. Postoj ošetřovatelského personálu je jednoznačný - jsem tu pro Vás. Pacientka není jen dotazována. Má možnost se ke všemu vyjadřovat a spolurozhodovat o léčbě a postupech ošetřování. V civilním a moderním oblečení se jistě cítí lépe, než v jednotné uniformě. Také fyzické předávání a focení pacientek (pokud souhlasí) je rozhodně humánnější verze identifikace pacientek než popisování končetiny.

Panel příjmových odběrů se zúžil a většina odběrů se ordinuje, pokud je k její indikaci důvod. Vidím v tom zbytečné nezatežování pacientek. Nemocniční prostředí jsme se v průběhu let snažili co nejvíce přiblížit domácímu prostředí, Motivací bylo, aby se tu pacientky cítily jako doma. Mnohdy jde o dlouhodobou hospitalizaci a prostředí hraje důležitou roli. Zásadní změnou je vyplnění volného času pacientek. Dlouhou dobu se kladl důraz na zajištění hygieny, stravy a komfortu. Až v posledních letech jsme se začali zabývat také tím, jak tráví pacientky volný čas. Je spousta aktivit, které se staly součástí léčby, stále se snažíme objevit nové a nové, to považuji za skvělé. Dokonce se nám stává, že pacientka je tak zaměstnaná, vytížená, přiučí se něčemu novému, že když je naplánované propuštění, vlastně přiznává, že se jí domu nechce. Pacientky často žijí osamocené a cítí se opuštěné. Udávají, že u nás si najdou kamarádku, naplánujeme jim volný čas a to jim vyhovuje. Také stanovení ošetřovatelských problémů je přínosné. Jednak mnohdy vzniká kvalitní vztah, patronátní sestra versus její pacientka. Pacientka má někoho, kdo se o ni zajímá, vyslechne její problémy a spolu se snaží najít cestu jak z problému ven. Další pozitivum spatřuji vtom, že zaměstnanci si práci na gerontopsychiatrii vybrali, mají možnost po adaptačním procesu požádat o změnu oddělení, mají možnost jít na zkušenou na takzvané kolečko na jiné oddělení. Výsledkem je, že zůstávají ti, kteří jsou spokojeni a práce se jim líbí. Na odvedené práci to je vždy znát.

Domnívala jsem se, že je přidáváno více kompetencí, přibývá administrativa a nemění se počet personálu. Zjistila jsem, že počet personálu se zvýšil od roku 1995 o sedm zaměstnanců. Zda je toto navýšení dostatečné, je otázkou k další diskusi. Na první pohled by se zdálo, že ano, počet je dostatečný. Z praxe si troufám říct, že není. Naši pacienti jsou ve většině případů těžce dementní, polovina pacientů imobilních a jsou zcela závislí na ošetřovatelském personálu. Při počtu čtyřiceti pacientů a počtu šesti ošetřovatelského personálu připadá na jednoho člena týmu 6 pacientů. Když vezmeme v potaz, že na konsiliární vyšetření se dochází často mimo oddělení, stává se, že na oddělení zůstává jen pět zaměstnanců. Pak má jeden zaměstnanec na starosti pacientů osm. Domnívám se, že navýšit počet personálu by byl na místě a zvýšil by kvalitu poskytované péče a zbylo by více času se pacientům věnovat při různých aktivitách. Možná by stačilo posílit tým o sanitáře, které máme pouze tři. K zamyšlení je, zda by nebylo možné si školit sanitáře v našem zařízení a školení směřovat více na psychiatrii. Vzdělávání je další

problém. Absolventi zdravotnických škol potažmo i vyšších a vysokých škol nejsou na psychiatrii zaměřeni, nebo jen velmi sporadicky, na gerontopsychiatrii už vůbec ne. V současné době není obor psychiatrická sestra, což vidím jako velký nedostatek. Studentky střední zdravotnické školy praxi na psychiatrii nemusí absolvovat vůbec. První vstup na psychiatrii je pak pro ně tak trochu šok, neumějí komunikovat s pacientem a často se pacientů bojí. K tomu pak slouží adaptační proces. Byl by mnohem jednodušší, kdyby byli ze školy částečně připraveni. Absolvovat pouze exkurzi na psychiatrii opravdu nestačí a většinou spíše vyděsí.

Co se týká pacientů, vidím trochu problém v komunikaci s praktickými lékaři. K hospitalizaci k nám posílají pacienty ve fázi těžké demence, kteří již nezvládají pobyt v domácím prostředí. Jak známo, čím dříve se začne demence léčit, tím déle je možné ji udržet ve stávající fázi. V opačném případě se demence rychle zhoršuje. Často se setkáme s tím, že praktický lékař ordinuje léky, na které vzniká závislost a které demenci ještě více prohlubují. Na místě by byl seminář a profesionálnější komunikace. Demenci by měl dle mého názoru léčit zkušený psychiatr.

Za důležité považuji komunikaci s příbuznými. Hodně jsme na ni zapracovali a komunikovat již umíme. Je na čase zapojit příbuzné do péče. Mnohdy si nevědí rady, neumějí pečovat a postarat se, neznají své možnosti, bojí se. Kdyby se mohli účastnit samotné péče, možná by si dodali odvalu a s pomocí domácí pečovatelské služby, by dokázali zajistit péči v domácím prostředí. Do budoucna vidím jako jednu z možností zřídit v rámci oddělení denní stacionář. Po individuální domluvě by bylo možné hospitalizovat na určitou dobu svého blízkého, který trpí demencí. Od pár hodin, na celý den či na přespání. Nebylo by od věci udělat průzkum, kolik lidí by o takovou službu mělo zájem. Uspokojit zájem veřejnosti je přeci základním manažerským cílem.

Dalším problémem našeho oddělení je zajištění následné péče. Pacientka je po psychiatrické stránce kompenzována, jsou však velmi omezeny možnosti co dál. Domovy pro seniory jsou přeplněny, léčebny dlouhodobě nemocných také a rodina péči odmítá či nezvládá zajistit. Možné řešení by bylo otevřít přímo na psychiatrii oddělení léčebny dlouhodobě nemocných pro psychiatrické pacienty. Jistě by nebyl problém s obsazeností.

Jak jsem se výše zmiňovala, na oddělení probíhají pravidelně koedukované skupiny. Účast na této skupině, byla pro mě osobně velkým přínosem a poznáním. Skupina hospitalizovaných mužů a žen z gerontopsychiatrie mě mile překvapila, jak náročnou práci zvládnou, čeho všeho jsou schopny. Je k zamyšlení, jestli pacienty primárně nepodceňujeme a úmyslně jim dáváme úkoly, které jsme si jisti, že zvládnou. Zvládnou toho totiž mnohem víc, než si myslíme. Velkou motivací vidím předvést se před druhým pohlavím. Možná to tak nějak máme dáno. Na této skupině mě napadla myšlenka zřízení koedukovaného oddělení. Určitě stojí alespoň za zamyšlení do budoucna.

7 ZÁVĚR

Cílem práce bylo zjistit vývoj péče o gerontopsychiatrické pacienty v průběhu dvaceti let. Na oddělení došlo k obrovskému posunu v péči o pacientky se zaměřením na poskytování co nejkvalitnější a nejbezpečnější péče. Velký vývoj nastal především v přístupu k pacientkám a jejich rodinám. Zajistili jsme bezpečnou identifikaci pacientek a zapojili je do spolurozhodování o poskytované léčbě a péči. Důraz se klade na prevenci pádů, dekubitů, malnutrice, dehydratace, péči o kůži, podávání léků a zajištění volného času. Volný čas je plnohodnotně vyplněn aktivitami, které se zaměřují na posilování kognitivních funkcí a náviku soběstačnosti. Došla jsem také k závěru, že by bylo vhodné navýšit počet personálu pro ještě kvalitnější poskytování péče. Jednou z možností by také bylo zapojení dobrovolníků. Jak jsem při svém zaměstnání zjistila, spousta lidí žije sama a nemají si s kým promluvit. Domnívám se, že v jejich řadách bychom mohli hledat dobrovolníky a uspokojit tak obě strany. Vhodně by také bylo věnovat se více rodinným příslušníkům a mít jim co nabídnout do budoucna. Pokusila jsem se také nastínit další možný vývoj gerontopsychiatrie spoluprací s praktickými lékaři, vznikem denního stacionáře a zřízením koedukovaného oddělení gerontopsychiatrie a oddělením léčebny dlouhodobě nemocných pro psychiatrické pacienty.

POUŽITÉ ZKRATKY

BMI	Body mass index, index tělesné hmotnosti
CT	Computed tomography, výpočetní tomografie
EEG	Elektroencefalogram, záznam časové změny elektrického potenciálu způsobeného mozkovou aktivitou
EKG	Elektokardiogram, záznam časové změny elektrického potenciálu způsobeného srdeční aktivitou
MMSE	Mini Mental State Exam, test kognitivních funkcí
MRSA	Methicillin rezistentní zlatý stafylokok
MRI	Magnetická rezonance
SNRI	Serotonin – Noradrenalin Reuptake Inhibitors, antidepresiva
SPECT	Jednofotonová emisní výpočetní tomografie
SSRI	Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu, antidepresiva
RTG	Rentgen

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. Bartoš, A., & Hasalíková, M., (2010). *Poznejte demenci správně a včas- příručka pro klinickou praxi*, Praha: Mladá Fronta a.s.
2. Benešová, V., (2001). *Poruchy chování ve stáří, co s tím?* Příručka pro pečující, Praha: Galén
3. Doněk, E., Doněk, A., Doňková, J., & Beneš, R. (2006). *Psychiatrie pro praxi*, 6, 305-306. Olomouc: Solen, s.r.o.
4. Doubek, P., Herman, E., Praško, J., & Hovorka J., (2014). *Deprese a její léčba*, Příručka pro pacienty a jejich rodiny, Praha: Maxdorf
5. Drbal, C. (1996). *Politika pro zdraví*. Praha: Ediční oddělení postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví.
6. Franková, V., Hort, J., Holmerová, I., Jiráček, R., & Vyhnánek, M. (2011). *Alzheimerova demence v praxi Konsenzus psychiatricko - neurologicko-geriatrický*. Praha: Mladá Fronta a.s.
7. Heveroch, A. & Frabša, F. S. (Eds.) (1926). *Zemské ústavy pro choromyslné v Čechách*. Praha: Zemský správní výbor.
8. Holmerová, I., & Mátlová, M. (Eds.). (2012). *Dopisy České alzheimerovské společnosti*. druhé rozšířené vydání. Praha: Česká alzheimerovská společnost.
9. Pankrantz, A. (1926). Zemský ústav pro choromyslné v Kosmonosích, in: Heveroch, A. & Frabša, F. S. (Eds.) in *Zemské ústavy pro choromyslné v Čechách*. Praha: Zemský správní výbor.
10. Růžička, E., et al. (2003). *Diferenciální diagnostika a léčba demencí*. Praha: Galén.
11. Jiráček, R., Holmerová, I., & Borzová, C., et al. (2009). *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada Publishing.
12. Jiráček, R., (2013). *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén.
13. Jiráček, R., & Koukolík, F., (2004). *Demence, Neurobiologie, klinický obraz, terapi*. Praha: Galén.
14. Knihovna Poslanecké sněmovny PČR, jednací protokol a stenozáznam ze 30. zasedání Zemského sněmu dne 16. 2. 1866
15. Nazarko, L. (2011). *Patients with dementia deserve better diagnosis and treatment*. Florence, (4)

16. Novák, M. (2015). *Zdravotnictví a medicína 15*, Vánoční příloha Anno dazumal 1909. Praha: Mladá Fronta a.s.
17. Pidrman, V., (2007). *Demence. 1. vyd.* Praha: Grada Publishing.
18. Raboch, J. & Pavlovský, P. (2006). *Psychiatrie minimum pro praxi 4. vydání.* Praha: Triton.
19. Schuler, M. & Oster, P. (2010). *Geriatric od A do Z pro sestry.* Praha: Grada Publishing.
20. Stolze, C., (2011) *Versigiss Alzheimer! Die Wahrheit uber eine Krankheit, die keine ist.* Cologne Germany: Verlag GmbH & Witsch GmbH & Co. KG.
21. Tomáš, P. & Marková E. et al. (2014). *Ošetřovatelství v psychiatrii.* Praha: Grada Publishing.

Internetové zdroje

22. Cabrnch, M. (2001). *Financování zdravotnictví*. Získáno 15. prosinec 2015 z <http://www.cabrnch.cz/stary-web/zdravotnictvi/010122financovani.htm>.
23. Cleusa, P. F. (2009). Global prevalence of dementia. Získáno 30. prosinec 2015 z <http://www.alzheimersanddementia.com/article/S1552-5260%2809%2901724-5/fulltext> DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jalz.2009.05.374>
24. Informační Systém pro Psychiatrii ISpP HIPPO, (2015). Získáno 29. prosinec 2015 z <http://www.hippo.cz/ct-menu-item-3>.
25. Jiráček, R. (2009). Vaskulární demence in *Postgraduální medicína*. Získáno 30. prosinec 2015 z <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/vaskularni-demence-443553>.
26. Mistoler, P. (2009). *Historie psychiatrické léčebny Kosmonosy*. Získáno 29. prosinec 2015 z <http://www.psychiatr.org/files/historie-psychiatricke-lecebny-kosmonosy.pdf>.
27. Novák, M. (2013). *Kvalita péče a bezpečí*. Psychiatrická nemocnice Kosmonosy. Získáno 29. prosinec 2015 z <http://kosmonosy:81/kosm1/hkvalita.php>.
28. Wija, P.. (2012). Demence: priorita pro systém zdravotnictví (zpráva WHO). in *Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky*. Získáno 30. prosinec 2015 z <http://www.uzis.cz/rychle-informace/demence-priorita-pro-system-zdravotnictvi-zprava-who>
29. Zvára, K. (2015). *Postoje zdravotnictví*. Získáno 15. prosinec 2015 z <http://www.zvara.cz/postoje/zdravotnictv>

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Seznam tabulek

Příloha č. 2: Test MMSE

Příloha č. 3: Test kreslení hodin

Příloha č. 4: Barthelův test

Příloha č. 5: Souhlas s nahlížením do dokumentace

Příloha č. 6: Souhlas se zveřejněním závěrečné práce v ÚVI

Příloha č. 1: Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Přístrojová technika na odd. B3	16
Tabulka č. 2: Statistický přehled personálu a pacientů.....	17
Tabulka č. 3: Indikátory kvality.....	18

Příloha č. 2: Test MMSE

Mini-Mental State Examination (MMSE)

Test kognitivních funkcí

Jméno pacienta

Datum vyšetření

	1	2	3	4
den				
měsíc				
rok				

1. Orientace

Každá správná odpověď se hodnotí 1 bodem. Pacient má na každou odpověď nejvíce 10 sekund. Pro zkoušku orientace je možná následující tolerance: u ročního období 1 týden, u měsíce 1 den, u určení data 1 den, u vyšetření pacienta doma se místo názvu nemocnice/ budovy zjišťuje domácí adresa.

Jaké je dnes datum?

Jaký je dnes den v týdnu?

Jaký máme nyní měsíc?

Jaký máme nyní rok?

Jaké je nyní roční období?

V jakém státu se nacházíme?

V jakém okrese se nacházíme?

V jakém městě se nacházíme?

Jak se jmenuje tato nemocnice/budova?

Na kterém poschodí se nacházíme?

2. Paměť (vstřípivost)

Slova vyslovujte pomalu a zřetelně, asi s jednosekundovou přestávkou mezi slovy. Nechte pacientovi 20 sekund na odpověď. Za každou správnou odpověď dejte 1 bod bez ohledu na pořadí. V případě, že pacient nezopakuje všechna tři slova, opakujte je do doby, než se je naučí, maximálně však pětkrát.

Vyjmenuji vám tři předměty. Po tom, co vám je všechny vyjmenuji, budu chtít, abyste je zopakoval/a. Za chvíli se vás na tato slova opět zeptám.

Lopata

Šála

Váza

3. Pozornost a počítání

Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod (maximálně 5 bodů). Když se pacient splete a další výsledky jsou proto posunuty, hodnotte to jako jednu chybu. Instrukce možno opakovat nejvíc 3x. Za každé písmeno ve správném pořadí započtete 1 bod (maximálně 5 bodů). Nechte pacientovi 30 vteřin na splnění příkazu.

Začněte od čísla 100 a odečítejte po 7. Skončete po 5 odečtech.

Když pacient nemůže nebo nechce, požádejte ho: „Vyhláskujte, prosím, odzadu slovo POKRM“.

100

93 M

86 R

79 K

72 O

65 P

4. Výbavnost

Za každou správnou odpověď započtete 1 bod. Nechte pacientovi 10 vteřin na splnění úkolu.

Teď mi, prosím, řekněte ta tři slova, která jste si měl/a zapamatovat.

Lopata

Šála

Váza

5. Pojmenování předmětů

Za každou správnou odpověď započtete 1 bod. Nechte pacientovi 10 vteřin na splnění úkolu.

Ukažte náramkové hodinky. Ukažte tužku.

Co je to?

Co je to?

6. Opakování věty

Za každou správnou odpověď započtete 1 bod. Přípustný je jenom jeden pokus. Nechte pacientovi 10 vteřin na splnění úkolu.

Opakujte, prosím, po mně větu: „Žádná kdyby, nebo, ale.“

7. Trojstupňový příkaz

Přečtěte pacientovi následující příkaz a předložte mu list prázdného papíru. Příkaz formulujte tak, aby pacient vzal list papíru nedominantní rukou. Za každou správně provedenou činnost mu dejte 1 bod. Nechte pacientovi 30 vteřin na splnění úkolu.

Veźměte do levé ruky (levák do pravé) tento papír, přeložte ho na polovinu a položte na podlahu.

Uchopení papíru	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Přeložení na polovinu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Položení na podlahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Čtení a vykonání psaného příkazu

Ukažte pacientovi spodní část tohoto testu s nápisem: „Zavřete oči“ a přečtěte příkaz. Nechte pacientovi 10 vteřin na splnění příkazu. Instrukci můžete zopakovat nejvíce 3x. Udělte 1 bod jenom tehdy, když pacient opravdu zavře oči.

„Přečtěte, prosím, co je tady napsané a udělejte to.“

9. Psaní věty

Dejte pacientovi tužku a papír a přečtěte příkaz. 1 bod započtete jenom v případě, že má věta podmět a přísudek a má smysl. Pravopisné chyby nevaří. Nechte pacientovi 30 vteřin na splnění příkazu.

„Napište, prosím, jakoukoliv větu.“

10. Obkreslování obrázků

Dejte pacientovi tužku, papír a gumu. Započtete 1 bod, když pacient nakreslí obrazec v časovém limitu do 1 minuty, když jsou zachované všechny strany a úhly, a když průnik vytváří čtyřúhelník. Tremor ani rotace nevaří.

„Obkreslete obrázek co nejpřesněji dle předlohy.“

Celkově:

(Adapted from Rouner & Folstein, 1987)

Používání předmětů při běžných (každodenních) činnostech.

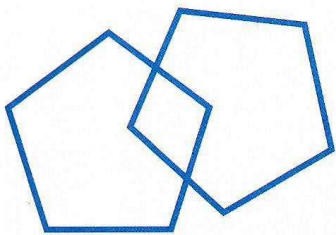
Instrumental Activities of daily living (IADL).

Instrumentální aktivity	hodnocení	Instrumentální aktivity	hodnocení
Schopnost používat telefon	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Schopnost vyprat si prádlo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Schopnost nakupovat	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Schopnost samostatného cestování	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Schopnost připravit si (uvařit) jídlo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Schopnost užívat léky dle doporučení lékaře	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Schopnost postarat se o domácnost (uklidit)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hospodaření s penězi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

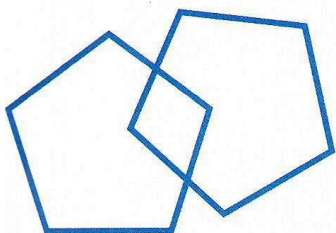
Hodnocení testu: 8 bodů – plná samostatnost. Čím nižší je skóre, tím menší je samostatnost pacienta.

ZAVŘETE OČI!

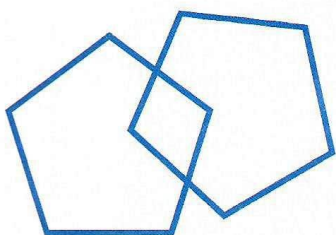
Číslo vyšetření:



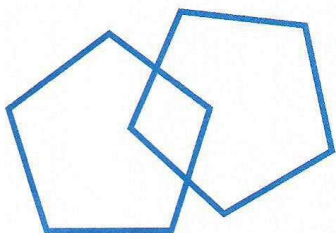
Číslo vyšetření:



Číslo vyšetření:



Číslo vyšetření:



Příloha č. 3: Test kreslení hodin

Test kreslení hodin

Datum vyšetření

	1	2	3	4
den				
měsíc				
rok				

Dejte pacientovi tužku a papír (s pokynem, aby vypsál čísla jako na ciferníku hodin)

1 bod – dokonalé hodiny i se správně vyznačeným časem

2 body – mírné zrakové-prostorové chyby

3 body – chyby v označení požadovaného času

4 body – mírné až středně závažné poruchy (dezorganizace)

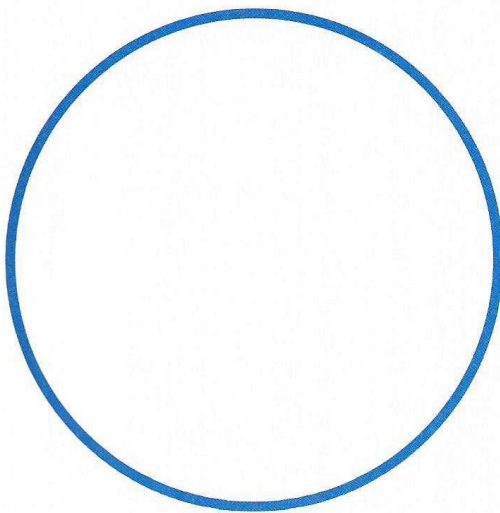
5 bodů – těžké poruchy (dezorganizace)

6 bodů – žádná spojitost s hodinami

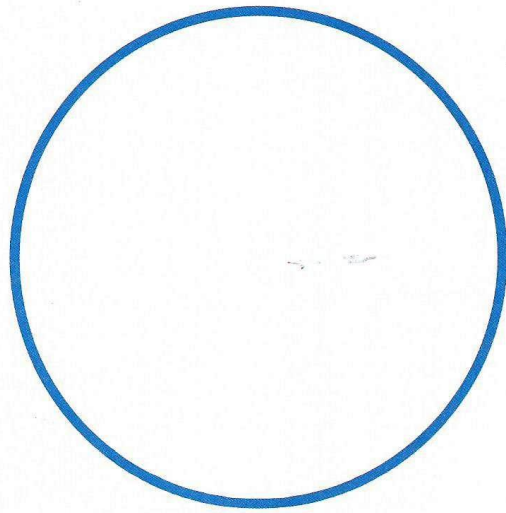
(4, 5, 6 – neudávají požadovaný čas)

Patologie: horší než 2 body

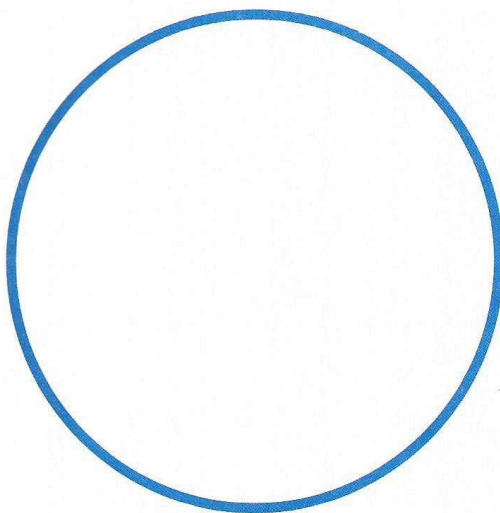
Číslo vyšetření:



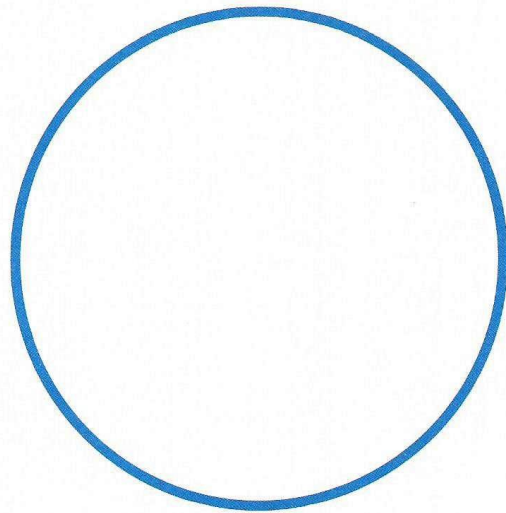
Číslo vyšetření:



Číslo vyšetření:



Číslo vyšetření:



Příloha č. 4: Barthelův test

Příloha

BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ (ADL)		
Činnost:	Provedení činnosti:	Bodové skóre:
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence stolice	přeh kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence moči	přeh kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun křeslo-židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží i sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Celkové skóre:		<input type="text"/>
Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:		
0-40 bodů	vysoce závislý	
45-60 bodů	závislost středního stupně	
65-95 bodů	lehká závislost	
100 bodů	nezávislý	
Pozn.: MAHONEY, FL., BARTHEL, DW. <i>Md State Med J</i> , 1965, 11, s. 61-65.		
WADE, SL. <i>Arch Phys Med Rehabil</i> , 1963, 44, p. 24-26.		
TOMINKOVA, E., NEJEDLICH, J. <i>Geriatrice pro praktického lékaře</i> . Praha : Grada Publishing, 1995.		

Příloha č. 5: Souhlas s nahlížením do dokumentace



Psychiatrická nemocnice Kosmonosy

Zřiz.listina MZ ČR č.j.: 8870-VIII/2013, IČO: 00068691, DIČ: CZ00068691

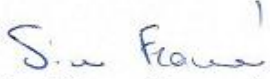
Lípy 15, 293 06 Kosmonosy

tel: 326 715 711, fax: 326 724 119, www.plkosmonosy.cz

Souhlasím se zapůjčením chorobopisů hospitalizovaných pacientek na Gerontopsychiatrickém oddělení B3 naší zaměstnankyni Pavlíně Schwarzerové ke studijním účelům (vypracování bakalářské práce na téma Vývoj péče o gerontopsychiatrické pacienty).

Dále souhlasím s rozhovory zaměstnanců na dané téma, které budou součástí práce. Autorka bude dodržovat veškerá etická pravidla a zachová anonymitu pacientů. Veškeré získané údaje budou použity pouze pro účely výše zmíněné práce.

V Kosmonosech dne 7.12.2015


hlavní sestra Mgr. Simona Francová

