



EVROPSKÁ UNIE
Evropské strukturální a investiční fondy
Operační program Výzkum, vývoj a vzdělávání



Název projektu	Rozvoj vzdělávání na Slezské univerzitě v Opavě
Registrační číslo projektu	CZ.02.2.69/0.0./0.0/16_015/0002400

Základy gerontopsychiatrie

Distanční studijní text

Dagmar Malotová

Opava 2019



**SLEZSKÁ
UNIVERZITA**
FAKULTA VEŘEJNÝCH
POLITIK V OPAVĚ

Obor: Základy gerontopsychiatrie, psychiatrie, geriatrie, medicína dlouhodobé péče, klinická psychologie

Klíčová slova: Gerontopsychiatrie, geriatrie, medicína dlouhodobé péče, klinická psychologie

Anotace: Studijní opora Základy gerontopsychiatrie řeší v rámci vzdělávacího oboru Edukační péče o seniory vypracování studijního materiálu k získání znalostí a náhledu do geriatrické, resp. gerontopsychiatrické problematiky jako celku. Pro aplikaci do praxe je třeba získat přehled a orientaci v celé řadě oborů: gerontopsychiatrie, psychiatrie, geriatrie, medicína dlouhodobé péče, klinická psychologie a řada dalších, poznat souvislosti mezi nimi v oblasti zdravotní i sociální. Naučit se vnímat změny v chování, vizáži či fyzickém stavu osoby, o kterou pečujeme. Získat vědomosti o vyšetřovacích a diagnostických postupech znamená získat přehled v gerontopsychiatrii a všem, co s tímto oborem souvisí.

Autor: **MUDr. Dagmar Malotová, MBA**

Obsah

ÚVODEM.....	5
RYCHLÝ NÁHLED STUDIJNÍ OPORY.....	6
1 GERONTOPSYCHIATRIE A JINÉ OBORY	7
1.1 Cíle kapitoly	8
1.1.1 Výkladová část - gerontopsychiatrie a jiné obory.....	8
1.1.2 Závěr	11
2 DEMENCE I. ATROFICKO- DEGENERATIVNÍ	13
2.1 Cíle kapitoly	14
2.1.1 Výkladová část - Demence	14
2.1.2 Závěr	17
2.1.3 Návrh koncepce řešení problematiky Alzheimerovy choroby a obdobných onemocnění v ČR.....	20
3 DEMENCE II.....	50
3.1 Cíle kapitoly	51
3.1.1 Výklad - Demence sekundární (symptomatické).....	51
3.1.2 Závěr	54
4 MÍRNÁ KOGNITIVNÍ PORUCHA, DELIRIA	57
4.1 Cíle kapitoly	58
4.1.1 Výklad - mírná kognitivní porucha, deliria.....	58
4.1.2 Závěr	62
5 ZÁVISLOSTI – DROGOVÉ A JINÉ.....	64
5.1 Cíle kapitoly	65
5.1.1 Výklad - závislosti na drogy a jiné	65
5.1.2 Závěr	68
5.1.3 Dodatek- Nedobrovolná hospitalizace	68
6 DEPŘESE A ÚZKOSTNÉ PORUCHY	71
6.1 Cíle kapitoly	72
6.1.1 Výklad – deprese a úzkostné stavy	72
6.1.2 Závěr	74
7 PSYCHÓZY, ORGANICKÝ SYNDROM	76
7.1 Cíle kapitoly	77

7.1.1	Výkladová část.....	77
7.1.2	Závěr	78
8	PORUCHY SPÁNKU	81
8.1	Cíle kapitoly	82
8.1.1	Výklad - poruchy spánku	82
8.1.2	Závěr	84
9	NEFARMAKOLOGICKÉ PŘÍSTUPY V LÉČBĚ DUŠEVNÍCH PORUCH.....	86
9.1	Cíle kapitoly	87
9.1.1	Výklad - nefarmakologické přístupy	87
9.1.2	Závěr	89
10	REHABILITACE, FARMAKOTERAPIE V GERIATRII	92
10.1	Cíle kapitoly	93
10.1.1	Výklad - rehabilitace, farmakoterapie v geriatrii	93
10.1.2	Závěr	96
11	TESTY, ŠKÁLY, DOTAZNÍKY	98
11.1	Cíle kapitol	99
11.1.1	Výklad-- testy, škály, dotazníky	99
11.1.2	Závěr	101
12	REFORMA PSYCHIATRICKÉ PÉČE.....	113
12.1	Cíle kapitoly	114
12.1.1	Výklad - reforma psychiatrické péče	114
12.1.2	Závěr	118
12.2	Použití distančních prvků	118
	LITERATURA SOUHRN	120
	SEZNAM OBRÁZKŮ.....	122
	SEZNAM ZKRATEK	123
	SHRNUTÍ STUDIJNÍ OPORY	124
	PŘEHLED DOSTUPNÝCH IKON.....	125

ÚVODEM

Studijní opora je nedílnou součástí souboru studijních pramenů pro kombinovanou formu studia oboru, předmětu **Základy gerontopsychiatrie** ve studijním programu **Edukační péče o seniory**. Je připravena tak, aby usnadnila samostudium.

Minimální vstupní předpoklady jsou z oblasti sociálních znalostí systému péče o seniory, znalosti sociologické problematiky a gerontologie a event. základy geriatrie. Po nastudování podpory v oblasti gerontopsychiatrie studenti pochopí souvislosti a nutnost spolupráce všech oborů. Dostanou teoretický přehled o nejčastějších nemocech ve stáří v rámci oboru psychiatrie, resp. gerontopsychiatrie a budou připraveni pro práci se seniorskou populací.

Seznámí se s pojmy, symptomy i syndromy, které se prolínají obory, které se zajímají o stárnoucí populaci a péčí zlepšují soběstačnost a tím i kvalitu života.

Postupně se ve dvanácti kapitolách věnuji problematice, tak aby byla využitelná pro praxi.

S důrazem na využití při edukační péči o seniory.

Seznámení s oborem a příbuzné vědy, na které naváže problematika demencí, mírné kognitivní poruchy a deliria. Samostatná kapitola je věnována závislostem, dále se budeme zabývat depresemi a úzkostí. V sedmé kapitole projdeme další možné stavy, se kterými můžete v rámci péče přijít do styku. Častým steskem seniorů je nespavost, i té bude věnována kapitola. V závěrečných kapitolách se budeme zabývat nefarmakologickými přístupy, rehabilitací v celém spektru terapií, farmakologií z pohledu pacienta, vyšetřovacími postupy s ukázkami testů a škál, používaných v geriatrii, gerontopsychiatrii a dalších oborech. Závěrečná kapitola je věnována reformě psychiatrické péče, jedná se o zásadní změnu přístupu všech zúčastněných k duševním poruchám a hlavně pacientům, proto považuji za důležité, aby nejen odborníci, ale co nejširší veřejnost s ní byla seznámena a vytvořila se veřejná podpora této změně.

Opora je základním studijním textem a doplněna poznatky z přednášek či povinné nebo doporučené literatury.

U některých kapitol jsou přiloženy obrázky, ukázky testů a příklad z praxe, k doplnění teoretické části.

Snaha o přehledný stručný vhled do problematiky gerontopsychiatrie byl mým cílem. Věřím, že se to podařilo.

Dagmar Malotová

RYCHLÝ NÁHLED STUDIJNÍ OPORY

Studijní opora se zabývá stručným přehledem nejčastějších onemocnění vyskytujících se u seniorské populace nebo s věkem související v oborech psychiatrie, resp. gerontopsychiatrie. Vysvětlí základní pojmy a syndromy související s obsahem podpory, dotkne se možností terapeutických a dotkne se oblastí souvisejících, např. sociální a směru vývoje oborů zabývajících se péčí o seniory, kteří jsou nemocní nebo potřebují podporu či podporu potřebují jejich pečující, např. Reformou psychiatrické péče- péče o duševní zdraví, která v souladu s demografickým vývojem stárnutí populace a prodlužováním života i v jiných zemích , zvyšujícím se standardem péče o tyto pacienty, vysvětlí vznikající zdravotnické a sociální terénní subjekty pro deinstitucionalizaci péče. Stručně projdeme onemocnění a její příznaky z oblasti gerontopsychiatrie a geriatrie a s tím související témata, se záměrem naučit studenty, kde mohou působit, co by měli umět využít v praxi a hlavně, aby měli náhled a rozpoznali změnu-např. progresi nemoci. Hlavní zaměření bude na využití znalostí pro edukaci seniorů.

1 GERONTOPSYCHIATRIE A JINÉ OBORY

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



Gerontopsychiatrie, psychiatrie, medicína dlouhodobé péče (MDP), neurologie, rehabilitace a klinická psychologie, patří vzhledem k novodobé „epidemii“ narůstajícího počtu demencí, související s prodlužováním věku dožití, k hlavnímu tématu v péči o geriatrického, resp. gerontopsychiatrického pacienta. Zároveň tato kapitola bude vstupem do velké čtyřky geriatricko-gerontopsychiatrické – 4D – demence, deprese, deliria, drogové a jiné závislosti.

CÍLE KAPITOLY



Student by se po prostudování textu kapitoly:

Získá přehled o výše jmenovaných oborech, jejich náplni a diagnostickým a terapeutickým možnostem.

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Psychiatrie, gerontopsychiatrie, geriatrie, MDP, neurologie, rehabilitace., klinická psychologie, 4D.

1.1 Cíle kapitoly

1.1.1 VÝKLADOVÁ ČÁST - GERONTOPSYCHIATRIE A JINÉ OBORY

Medicína by měla být obecně týmová práce. O to víc toto pravidlo platí v oblasti péče o seniorskou populaci. V péči o jejich somatické i duševní zdraví se dělí obory geriatrie a gerontopsychiatrie s psychiatrií jako takovou, ve vyspělých státech se přidává medicína dlouhodobé péče (MDP), dále klinická psychologie a rehabilitace.

Cílem je zlepšit, udržet nebo stabilizovat, není-li možné jinak, pacienty mnohdy velmi komplikované, aby mohli žít ve vlastním prostředí, co nejdéle sami či s podporou blízkých nebo podpůrných služeb. Komplexní geriatrické vyšetření (CGA) dává podklad a plán péče tak, aby se k této domácí péči dospělo. Geriatr nebo specialista MDP vyšetří pacienta na základě syndromů a rozkládá a stanoví potřebnou péči v celé šíři problematiky, sociální oblast nevyjímaje. V oblasti demencí spolupracují geriatr nebo neurolog-gerontopsychiatr nebo psychiatr a společně diagnostikují a poté léčí. Každý má jiný pohled, každý se podílí na jiné stránce péče. Toto je ideální stav.

Přesto přichází lidé stále pozdě, když jsou již příliš nemocní a nesamostatní nebo příliš demence pokročila. V oblasti prevence, jsou stále rezervy.

Pacienti podle svého zdravotního stavu se v rámci geriatrické diagnostiky člení na zdatné, fit, kteří čerpají jen běžnou péči praktického lékaře, křehké(frailty), méně a více závislé, závislé. Křehký senior a další pacienti již patří do péče geriatra, vzhledem ke sklonu ke komplikacím i po banální nemoci. Křehký znamená, že je soběstačný, ale protože má více chronických nemocí, nemá dostatečnou kapacitu a lehce se jeho zdravotní stav může zhoršit. Gerontopsychiatr je specializovaný obor pro seniory s duševní poruchou, která začala dříve, ale pokračuje i ve stáří a pro duševní nemoci spojené a vzniklé ve stáří. Těmito se budeme zabývat v dalších kapitolách. Specialista medicíny dlouhodobé péče se věnuje seniorům obdobně jako geriatr, ale věnuje se i mladším pacientům s chronickými nemocemi a pacientům s disabilitami(postižením), kterým může poskytnout odbornou podporu i v sociální sféře.

Kromě lékařských specialistů je třeba profesí nelékařských, vzdělaných v geriatrické problematice-psychoterapeuti, logopedi, rehabilitační pracovníci, zdravotní sestry, celá oblast sociálních služeb.

Souhrnně lze říct, že potřebujeme geriatricky gramotné zdravotníky a nezdravotnické profese a gerontologicky vzdělané představitele státní správy a samosprávy.

Specializace lékařských oborů zahrnuje, jak jsem uvedla: vzdělávací moduly:

Geriatрии-je specializační vzdělání lékař má znalosti, dovednosti a postoje a je schopen poskytnout komplexní péči pacientovi vyššího věku, zhodnotit zdravotní stav a sociální situaci navrhnout a realizovat efektivní diagnostické a terapeutické postupy a preventivní opatření. Pacienti vyššího věku s polymorbiditou (více nemocí), interdisciplinárního charakteru

(mezioborového charakteru) nemocí, vyžadují interdisciplinární znalosti. V geriatrii je proložen „disease“ model a geriatr přistupuje k vyšetření pomocí syndromů, které korespondují s interdisciplinární nemocí (např. pády, mohou být způsobeny několika různými příčinami-poruchy chůze, krevní tlak, Meniérský syndrom, neuropatie další).

Psychiatrie – gerontopsychiatrie-základní obor je psychiatrie, kde lékař získá potřebné teoretické i praktické znalosti a dovednosti diagnostiky, terapie a rehabilitace i prevence duševních poruch a nemocí, a nástavbový obor gerontopsychiatrie, kde lékař prohlubuje znalosti a dovednosti pro samostatnou diagnostickou, terapeutickou, rehabilitační i preventivní práci v rámci oboru.

Medicína dlouhodobé péče (MDP) je poměrně mladý obor související s dlouhodobou péčí v pobytových zdravotnických zařízeních nebo sociálních službách v souvislosti s prodloužením dožití. Obor kombinuje geriatrii s tím, že je zaměřen na všechny věkové skupiny, u mladších se jedná o pacienty s chronickými nemocemi a/nebo disabilitami (postižením, světě velmi žádaný.

(2)Názvosloví na konec :

(2)

Geriatric – samotný lékařský obor s dlouhou tradicí v českých zemích, náplní je problematika zvláštností chorob stáří. „Frailty“ křehký pacient a méně či více nesoběstačný je indikován k péči geriatrem. Historie od 19.století.

Gerontologie-je věda o stárnutí a stáří.

Gerontopsychiatrie-je součástí psychiatrie a zabývá se zvláštnostmi psychiatrických, psychických onemocnění ve vyšším a vysokém věku. Zakladatelem byl Miloš Vojtěchovský a Quido Kúmpel.

Gerontopsychologie-je součástí psychologie a zabývá se zvláštnostmi psychologie starších a starých lidí.

Pojmy starý a starší si osvětlíme dle Světové zdravotnické organizace (WHO).

Seniorský věk se dělí:

45-59 střední, zralý věk

60-74 vyšší věk, rané stáří

75-89 stařecký věk, vlastní stáří

90 a více- dlouhověkost, old,old senior

Geriatrické syndromy jako základ práce s pacientem, křehkým seniorem při vyšetření u geriatra :

Syndrom hypomobility

Syndrom anorexie a malnutrice

Syndrom instability s pády

Syndrom inkontinence

Syndrom imobility

Syndrom kognitivního deficitu

Syndrom maladaptace

Syndrom zneužívání starého člověka

Syndrom terminální geriatrické deteriorace

Pro příklad komplexnosti k přístupu řešení ukázka, co vše se může podílet na

Syndromu hypomobility:

Pohybový diskomfort

Ztráta motivace

Ubývání pohybové spontaneity

Deprese

Kognitivní deficit

Nežádoucí účinky léků

Úzkost a strach

Senzorický deficit

Bolest muskuloskeletární

Pohybová omezení a poruchy motoriky

Únava a de kondice

Myopatie-endokrinní, metabolické(hypokalémie)

Imperativní mikce, defekace.

V rámci diagnostiky jsou vyšetřeny a vyloučeny nebo potvrzeny faktory, příčiny syndromu a, je-li to možné příčiny odstraníme nebo zasáhneme terapeuticky: motivace seniora (pravidelná pohybová aktivita), fyzioterapie-volba vhodných pomůcek k pohybu a krátké speciální cvičení na atrofované svaly, řešení sarkopenie-nutriční podpora, ev. farmakoterapie.

Sarkopenie je úbytek svalové hmoty, svalové síly. Souvisí s involucí (stárnutím) a příčiny jsou multikauzální. K úbytku 1,5 kg netukové, především svalové hmoty za dekádu dochází již od středního věku. Klinicky se sarkopenie projevuje sníženou výkonností DK, zpomalení a znejistění chůze-riziko instability a pádů. Snížení výkonnosti běžných denních činností, zhoršení stavu při infekcích-špatně odkašlává. Prevence: aktivní pohyb, vitamín D, pestrá výživa. Nicméně je sarkopenie předmětem výzkumu, problém je jí zamezit či vyléčit, multikauzalita – mnoho faktorů, které se na ni podílí, kauzální lék nemáme, složitá problematika.

1.1.2 ZÁVĚR

V této kapitole jsme se věnovali jednotlivým specialistům, kteří se podílejí na péči o seniorkou populaci po stránce somatické a duševní, komplexně, mezioborově. Vysvětlili jsme si náplně jednotlivých oborů pro pochopení jejich činnosti a také jsme si vysvětlili terminologii používanou v rámci jednotlivých oborů. V závěru jsme dle WHO rozdělili věk na rané stáří, stáří a dlouhověkost. Pro názornost práce geriatra jsem popsala geriatrické syndromy a na syndromu hypomobility, ukázala samotné vyšetření a terapeutické řešení. V rámci tohoto syndromu jsem stručně vysvětlila, co je sarkopenie.



SHRNUTÍ KAPITOLY

V této kapitole jsme se věnovali jednotlivým specialistům, kteří se podílejí na péči o seniorickou populaci po stránce somatické a duševní, komplexně, mezioborově. Vysvětlili jsme si náplně jednotlivých oborů pro pochopení jejich činnosti a také jsme si vysvětlili terminologii používanou v rámci jednotlivých oborů. V závěru jsme dle WHO rozdělili věk na rané stáří, stáří a dlouhověkost.



LITERATURA

2/ *.Haškovcová Helena Sociální gerontologie, Galén, 2012, ISBN 978-80-7262-900-8*

5/ *Kalvach Z. a kol., Geriatrické syndromy a geriatrický pacient, Praha, Grada, 2008, ISBN 978-80-247-2490-4*

8/ *Jan Lužný Gerontopsychiatrie, Praha, Triton, 2012, ISBN 978-80-7383-573-2*

2 DEMENCE I. ATROFICKO- DEGENERATIVNÍ

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



Demence – rozdělení, projevy, diagnostika. průběh, léčba, dopady.

CÍLE KAPITOLY



- Podrobné informace o chronickém onemocnění, s různou etiologií (příčinou) s podobnými, resp. různými projevy, modifikované také jinými základními chorobami. Vyšetření, stanovení diagnózy, léčba, důsledky a dopady.
- Podpůrné služby, pečující.

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Demence, atroficko-degenerativní, Alzheimerova nemoc, s Lewyho tělísky, frontotemporální, Česká alzheimerská společnost.

2.1 Cíle kapitoly

2.1.1 VÝKLADOVÁ ČÁST - DEMENCE

Onemocnění s progredujícím kognitivním deficitem, zejména Alzheimerova nemoc a další onemocnění vedoucí k demenci, je závažným medicínským i sociálním problémem.

Demence je progresivní klinický syndrom, způsobený neurodegenerativním poškozením mozku. V podstatě irreversibilní, progredující ke smrti. Demence lze zhruba rozdělit na dvě skupiny: atroficko-degenerativní a sekundární, nebo-li symptomatické. V této kapitole nás zajímá první, větší atroficko-degenerativní.

Nejčastější příčinou atroficko-degenerativní demence je v 50-65 % Alzheimerova nemoc. Druhou nejčastější je demence s Lewyho tělísky, vzácnější je frontotemporální asi v 5%. Do skupiny patří ještě demence při Parkinsonově nemoci a Huntingtonova demence.

Primárně bývají poškozeny kognitivní funkce:

Paměť, zprvu krátkodobá, myšlení, orientaci, chápání, počítání, exekutivní funkce, schopnost učení, jazyk a úsudek-postupně při progresi dochází k poruchám dalších funkcí.

Druhotně jsou poškozeny i další funkce jako:

Změna osobnosti-poruchy chování, ztráta soběstačnosti-plánování výkonných funkcí, ztráta orientace-nerozpoznávání osob.

Při dalším postupu nemoci pacient přestane rozpoznávat osoby, nepozná ani blízké, utíká z domu, nepoznává domov-nemluví, je agresivní, inkontinentní, halucinuje.

První příznaky mohou být i mnoho let před samotnou nemocí, např. se nemocný ztratí ve známém prostředí, jedenkrát, a pak dlouho nic.

Celková prevalence demence je 1%. Výskyt vzrůstá s věkem: v 65 letech 4-7%

v 85 letech 35-50%

Rizikové faktory: - Ovlivnitelné-vaskulární – obezita, kouření, úraz hlavy, DM

- Neovlivnitelné-genetické příčiny, rodinná anamnéza pozitivní,
- riziko je až dvojnásobné.

Příznaky: 3 okruhy:

Kognitivní= poznávací – paměť, pozornost, motivace, vnímání, intelekt = exekutivní

Behaviorální a psychologické-osobnost-změna chování, deprese, úzkost, poruch

příjmu potravy, agresivita, apatie, halucinace, bludy, poruchy cyklu spánku,

Ostatní aktivity-potíže s plánováním a provedením úkonu, sténání, sebeobslužnost

vymizelá, plánování a realizace, neschopnost chůze, neschopnost mluvení.

Faktory zhoršující skokově demenci:

Somatická onemocnění, např. infekce (infekce močových cest a jiné), hypothyreóza

Deprese, stav zmatenosti, bolest, tělesný diskomfort, stavy zmatenosti, vedlejší účinky léků, interakce mezi léky, psychosomatické vlivy (úmrtí blízké osoby, může to být i pes, kočka), faktory prostředí (změna bydliště).

A -B -C u AD znamená activities- behaviour- cognition- příznaky při rozvoji nemoci, zpočátku je rozvoj plíživý od časného stádia –středně těžké formy—terminální stádium.

Terminální stádium je velmi závažným sociálním, právním a ekonomickým problémem.

Formy : familiární 5-10 % sporadická 90-95% (věk jako nezávislý rizikový faktor).

Definitivní diagnóza je jistá „post mortem“ (po úmrtí), pro léčbu je diagnostika založena na velmi podrobné anamnéze potvrzené druhou osobou, pokud je třeba, laboratorním vyšetřením krve a mozkomíšního moku, zobrazovacím vyšetřením a dále testy kognitivních funkcí.

Léčba není kauzální, neznáme příčinu vzniku demence, ale inhibitory acetylcholinesteráz mají za úkol zpomalit progresi onemocnění.

Vyšetření: Diagnostika demence je proces.

Anamnéza: Kdo, kdy a jak byly počátky potíží, osobní anamnéza, rizikové faktory, rodinná anamnéza. Další onemocnění, užívané léky, úrazy, operace. Sociální situace.

Pokud je třeba, verifikujeme údaje získané od pacienta další osobou.

Testy a škály: MMSE, Montrealský kognitivní test, Adenbrook test a další(viz samostatná kapitola).

Laboratorní diagnostika:

Odběry základní biochemie-funkce ledvin, jaterní funkce, minerály, KO⁺ diferenciál, vitamínů B12, kyselina listová, hormony štítné žlázy, mozkomíšního moku K vyloučení organické příčiny demence.

Neurologické vyšetření.

Zobrazovací techniky:

Vyšetření mozku CT-struktury, MR-zobrazení atroficko-degenerativních změn (úbytek a změna se snížením výkonu), SPECT PET s využitím radioaktivně značených látek. Tato vyšetření zobrazují především látkovou přeměnu a průtok krve mozkem. A další EEG- vyšetření elektrické aktivity mozku.

Alzheimerova demence: Je nejzávažnější, nejčastější. Zhruba 50% podíl a společně jako smíšená s vaskulární demencí je podíl 65%. Je to neurodegenerativní onemocnění, vedoucí k úbytku některých populací neuronů (nervových buněk). Důsledkem je atrofie mozku. Ta má za následek vznik **syndromu demence**. V prostorách mimo nervové buňky dochází k ukládání chorobně vzniklé bílkoviny – *beta*-amyloidu, bílkovina tvoří krystalky(drůzy), kolem nich vznikají neuritické plaky. Dochází k poškození mozkové kůry, tím vzniká funkční poškození, čím víc plaků, tím větší postižení. Druhá neuropatologická změna při AD je degenerace bílkoviny v neuronech na *tau-protein*, ten vytváří vlákna a je podkladem neurofibrilárních klubek (tangles), poškozené, změněné neurony neplní funkci a postupně zanikají. Změny nastávají i ve funkci neurotransmiterů (přenáší vzruchy) a změnami v metabolismu dochází k oxidativnímu „stresu“. Vše má dopad na funkčnost nervového systému.

Klinický obraz AD: Začíná jako mírná kognitivní porucha a plíživě postupuje. Porucha paměti krátkodobé, vštípivost, poruchy epizodické paměti. Poměrně brzo začínají poruchy orientace v prostoru a čase, bloudění, snížení až zániku uvažování a soudnosti. Postupně porucha paměti ve všech složkách. kompletní dezorientace, podstatné snížení slovní zásoby, nemocní zapominají tváře, snížení intelektu, přestává mluvit, myšlení se zpomaluje.

AD se dělí na 3 stádia a dá se říct, že se jedná o lineárně progredující demenci. Alzheimerova nemoc končí smrtí od počátku ke konci do 10 let, u mladších pacientů může být průběh rychlejší ,5 let, naopak u starších může trvat 15 let i více let.

Demence s Lewyho tělísky: je demence na pomezí AD a Parkinsonovy nemoci, jde pravděpodobně o druhou nejčastější demenci. Typické je, že začíná ve vysokém věku (75-80 let), plynule, dlouhodobě postupuje, krátkodobě se střídají změny kognitivního výkonu ve smyslu plus a minus, krátkodobá paměť se zhoršuje, vyskytují se u ní halucinace lidských postav a zvířat a zvýšená citlivost k antipsychotikům. Post mortem se diagnostikuje až 20%, za života asi 4%. Byly vyčleněny 4 typické syndromy: progredující demence, kolísající kognitivní schopnosti, parkinsonismus, neuropsychiatrické příznaky.

Frontotemporální demence: patří mezi méně časté demence, jsou heterogenní skupina, mají pomalý začátek při progresi je výrazná změna osobnosti a chování, také emoční výkyvy.

Frontotemporální lobární má podíl asi 10%, dochází k postupné degeneraci frontálních (čelních) laloků a/nebo temporálních (spánkových) laloků mozku. Příčina není jasná, často se vyskytují familiárně. Základním mechanismem je ukládání *tau proteinu*. Plíživě začíná mezi 45. a 65. rokem, typická je změna chování a poruchy řeči, nekritičnost.

U všech demencí a zejména u AD je důležitý vedle farmakologického přístupu,

nefarmakologický přístup a podpora pečujících v domácím prostředí, pobyt ve vlastním známém prostředí v počátcích nemoci je velmi důležitý.

V pokročilých stádiích pak vysoce erudovaný personál v zařízeních přizpůsobených těmto nemocným. Pro personál by byl velmi prospěšný supervizní program proti stresu a syndromu vyhoření, stejně tak velká podpora pro pečující v domácím prostředí.

Z celostátních organizací, kteří se touto problematikou již mnoho let zabývají je Česká alzheimerovská společnost-ČALS, více informací na www.cals.cz.

V rámci Reformy psychiatrické péče by se komunitní podpora měla rozšířit právě přes rozšířené ambulance a další stacionární služby.

2.1.2 ZÁVĚR

Demence a zejména AD jsou závažným celospolečenským problémem, souvisí s věkem dožití, tedy s prodlužujícím se věkem, Existuje nejméně 90 příčin syndromu a diagnostika je vcelku složitá i co do načasování, nejčastější typy demencí z této skupiny – atroficko-degenerativní jsou Alzheimerova nemoc, demence s Lewyho tělísky, Frontotemporální demence a doplňuje ji smíšená= AD +vaskulární ,které se obě podílejí na rozvoji nemoci. O vaskulární a sekundárních demencích, kde je třeba vyloučit základní příčiny – infekční, stav po infekci, endokrinní onemocnění-štítné žlázy, nedostatek jódu, avitaminózy, jaterní selhání, budeme pokračovat v další kapitole. V diagnostice demencí pomáhají testy, dotazníky a škály. Laboratorní testy a zobrazovací techniky. V léčbě máme farmaka a nefarmakologické přístupy. Neznáme však kauzální léčbu.

Diagnóza je to konečná s trváním a progresí do 10 let, některá literatura udává i 15 let.

Časné, střední a konečné (terminální) stádium.

Terminální stádium je pro péči i v odborných zařízeních domovech se zvláštním režimem velmi složité.

Nezapomínejme na pečující, jedná se o náročnou práci po stránce fyzické a možná víc po stránce psychické. Pečující potřebují podporu.



KONTROLNÍ OTÁZKA

Jak dělíme demence, a které jsou z probrané skupiny nejčastější?

SHRNUTÍ KAPITOLY



Demence jsou velká a společensky závažná skupina onemocnění, která se zhruba dělí na dvě části: demence atroficko-degenerativní, kam patří Alzheimerova demence, která jak se předpokládá je nejpočetnější a vyskytuje se v 50 až 65 %. O této skupině, příznacích, vyšetřovacích postupech, léčbě se mluví v této kapitole. Zvyšující se počet onemocnění souvisí s věkem dožití a prevalencí se stává celospolečenským problémem, ne který by měla společnost reagovat, vytvořit podmínky léčby i péče o tyto pacienty.

Druhá skupina jsou demence sekundární, symptomatické, o těch v další kapitole.

LITERATURA



15. Jirák Roman, Laňková Jarmila Demence, Doporučené postupy pro všeobecné lék. Praha, 2007, ISBN 80-86998-xx-x

4. Jirák Roman, Holmerová Iva, Borzová Claudie a kol. Demence a jiné poruchy paměti Praha, Grada, 2009, ISBN 978-80-247-2454-6

8. Lužný Jan Gerontopsychiatrie

Praha, Triton, 2012, ISBN 978-80-7383-573-2

2.1.3 NÁVRH KONCEPCE ŘEŠENÍ PROBLEMATIKY ALZHEIMEROVY CHOROBY A OB- DOBNÝCH ONEMOCNĚNÍ V ČR

Návrh koncepce řešení problematiky Alzheimerovy choroby a ob-
dobných onemocnění v ČR

Ministerstvo zdravotnictví Minister-
stvo práce a sociálních věcí

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
Ministerstvo spravedlnosti

I. Úvod

Návrh koncepce řešení problematiky Alzheimerovy choroby a obdobných onemocnění v České republice je v souladu s usnesením Evropského parlamentu Deklarace o prioritách v boji s Alzheimerovou chorobou a podobnými onemocněními č. 80 /2008 a s ohledem na stávající demografickou prognózu. Návrh koncepce by měl být zásadním východiskem pro zlepšení systému péče o pacienty s demencí a pro vznik národního plánu se stanovením a vymezením odpovídajících cílů a úkolů, zavedení odpovídajícího vzdělávání, umožnění systémového financování zdravotní péče v rámci všeobecného zdravotního pojištění, systémového financování navazující sociální péče, financování v oblasti základního i aplikovaného výzkumu, které nebude závislé na změnách vnějších podmínek.

Péče o lidi s demencí se stává stále významnější prioritou v mnoha zemích světa. Například Francie, Anglie, Skotsko či Norsko již formulovaly národní strategie pro problematiku demencí. Tyto strategie zahrnují také zásadu, že je zapotřebí podporovat rodiny, neboť to jsou právě ony, kdo většinou poskytují péči osobám s demencí.

Je třeba zmínit i dokumenty Rady Evropy o strategiích veřejného zdravotnictví v boji s neurodegenerativními onemocněními vyššího věku, zejména Alzheimerovou chorobou, o podpoře výzkumu Alzheimerovy choroby a obdobných onemocnění, přijaté a schválené v roce 2008. Dokumenty vyzývají členské země, aby podporovaly a lépe koordinovaly výzkum Alzheimerovy choroby a obdobných onemocnění i na úrovni Evropské unie a aby podporovaly nejen vědu a vědecké pracovníky, ale také vzdělání pracovníků a nových specialistů, kteří se budou podílet na boji s Alzheimerovou chorobou. Vyzývají členské země a Evropskou komisi, aby respektovaly, že je zapotřebí problematiku těchto onemocnění řešit, neboť představují riziko ohrožení udržitelnosti zdravotnických a sociálních systémů. Je zdůrazňována potřebnost celospolečenského a multirezortního přístupu k dané problematice. V péči pak zajištění multidisciplinárního přístupu a prohlubování znalostí a dovedností péče, výměnu zkušeností a příkladů dobré praxe zejména s ohledem na poruchy soběstačnosti a poruchy chování lidí s demencí, které vyžadují specifické přístupy.

Současný demografický vývoj světové populace a zejména populace rozvinutých zemí je provázen rozdílnými problémy veřejného zdravotnictví. Zatímco v 19. století byly největší hrozbou zejména infekční onemocnění, ve 20. století onemocnění onkologická a kardiovaskulární, 21. století bude stoletím degenerativních onemocnění, zejména neurodegenerace. Předpokládá se, že prevalence těchto onemocnění včetně demence, zejména Alzheimerovy choroby, bude významně a rychle narůstat se stárnutím populace.

Péče o lidi s demencí je finančně náročná, a to z mnoha důvodů. Jedná se o zvýšené náklady na zdravotní péči, materiál, léky a zajištění dalších potřebných služeb. Pečující rodinní příslušníci nebo osoby blízké mají sníženou možnost výdělečné činnosti, jsou nuceni ke změně či opuštění zaměstnání. Péče o blízkého nesmírně ovlivňuje život pečujících rodinných příslušníků. Jedná se o významnou fyzickou i psychickou zátěž, ale zanedbatelné nejsou ani finanční a sociální aspekty. Pečující rodinní příslušníci se tak stávají "skrytými oběťmi" demence.

Péče o tyto lidi je náročná a spojená s větší zátěží a nároky na vlastní zdraví pečujících, zejména v případech, kdy lidé s demencí nejsou soběstační a potřebují pomoc v základních

sebeobslužných aktivitách a také v případech, kdy se u nich vyskytnou poruchy chování. Poruchy chování osob s demencí představují pro pečující, a zejména pro pečující rodinné příslušníky závažný problém, se kterým si bez odborné pomoci mnohdy nedokážou poradit. Taková situace často vyústí v hospitalizaci či přijetí do pobytového zařízení sociálních služeb. Poruchy chování lidí s demencí lze tak považovat za zvláště významný rizikový faktor, vedoucí k umístění osoby s demencí do pobytové (ústavní) péče.

Alzheimer Europe na základě zkušeností doporučuje opatření, která je třeba přijmout ke zlepšení této situace: informace o demenci, adekvátní léčba, podpůrné služby, včetně dostupnosti alzheimerovských společností a jejich poboček, komplexní a flexibilní služby poskytované podle měnících se potřeb lidí s demencí a jejich rodinných příslušníků, a to včetně takových, které dokáží adekvátně reagovat na změněné či problémové chování lidí s demencí, vzdělání jak profesionálních pečujících ve specifické problematice demence, tak i zaškolení rodinných pečujících příslušníků v otázkách souvisejících s péčí o lidi s demencí.

II. Vymezení pojmů

Demence představuje poruchy, u kterých dochází k podstatnému snížení úrovně paměti i dalších kognitivních (poznávacích) funkcí. Je doprovázena ztrátou paměti, intelektu, ztrátou schopnosti komunikovat, postupnou ztrátou návyků a dovedností. Postupně dochází k úplné závislosti na péči druhé osoby. Objevuje se ve stále mladších věkových kategoriích (i s ohledem na možnosti časnější diagnostiky). Může postihnout každého, bez ohledu na zaměstnání a vzdělání.

Alzheimerova choroba a obdobná onemocnění způsobují v současné době syndrom demence v různém stupni odhadem u 130 tisíc občanů naší republiky. Průběh onemocnění lze oddálit včasným nasazením léčby. Proto je důležitá včasná diagnostika onemocnění a nepodceňování příznaků, které se na první pohled mohou jevit jako banální.

Vzhledem k tomu, že je výskyt demence častější ve vyšším věku (přibližně dvojnásobek každých pět let věku) a s prudkým nárůstem počtu lidí v nejvyšších deceniích, dojde v nejbližších desetiletích k významnému nárůstu tohoto počtu nemocných (odhadem na cca 225 tisíc do roku 2050 – viz tab. 2). Demence jsou příčinou nejvyššího počtu DALY ve vyšším věku, to znamená, že způsobují nejvíce ztracených let života v důsledku předčasné morbiditě a dále let života, které jsou prožity v horší kvalitě v důsledku onemocnění.

Socioekonomické náklady na řešení jednoho případu demence představují v průměru 21 tisíc euro za rok. Z toho většinu tvoří nepřímé náklady vynakládané rodinnými a dalšími neformálními pečujícími. Vzhledem k tomu, že se ve většině socioekonomických parametrů nalézá Česká republika v průměru EU (na pomezí mezi státy staré a nové unie), lze předpokládat, že i výše uvedené náklady odpovídají nákladům v České republice. Náklady na řešení problematiky demence tedy odpovídají v současné době cca 2,7 miliardy euro¹, což v souladu se zprávou ADI představuje 1% HDP². Náklady na řešení demence v Evropě představovaly 135 miliard euro v roce 2010.³

¹ Eurocode

² World Alzheimer report 2010

³ World Alzheimer report 2010

III. Situace v České republice

Populace České republiky bude nadále rychle stárnout. Podle střední varianty projekce obyvatelstva České republiky zpracované ČSÚ⁴ vzroste počet osob starších 65 let z 1,5 mil. osob v roce 2009 na 2,2 mil. v roce 2020 a 3,4 mil. v roce 2065 (přesné údaje viz tabulka níže).

Tab. č. 1 : Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2065 (ČSÚ, 2009, střední varianta)

Věk	2009 ¹⁾	2020	2030	2040	2050	2060	2065
Celkem	10 467 542	10 797 484	10 908 419	10 873 660	10 842 320	10 776 512	10 689 713
50-54	730 952	698 706	938 453	755 740	548 965	663 209	676 070
55-59	764 448	660 705	834 097	782 254	687 389	564 686	661 575
60-64	707 407	656 763	665 806	903 461	734 361	539 403	558 754
65-69	505 988	683 053	607 774	781 112	740 449	658 598	527 070
70-74	363 332	610 565	575 450	599 317	827 669	684 671	636 156
75-79	324 966	415 158	559 758	520 404	688 551	669 899	653 367
80-84	225 163	238 699	441 313	445 731	488 712	705 849	616 112
85-89	110 302	148 816	231 352	348 613	354 111	503 254	581 241
90-94	19 548	58 273	79 257	175 025	197 527	241 129	322 653
95-99	6 236	11 288	19 783	39 924	68 684	79 521	88 736
100+	617	537	2 270	3 858	9 824	11 658	13 917
65+	1 556 152	2 166 389	2 516 957	2 913 984	3 375 527	3 554 579	3 439 252
80+	361866	457613	773975	1013151	1118858	1541411	1622659
průměrný věk	40,5	42,7	45,2	47,0	47,9	48,7	49,0

Podle uvedené projekce v roce 2040 překročí počet osob starších 80 let 1 mil. osob (ve srovnání s 362 tis. osob v roce 2009). V roce 2065 by pak podle této projekce měl počet osob ve věku 80 a více let překročit 1,5 mil. (1.622.659 osob) a průměrný věk populace dosáhnout 49,0 let.

Se stárnutím populace vzroste s největší pravděpodobností také počet lidí s chronickými, zejména degenerativními onemocněními. Demence představuje jeden z největších problémů s ohledem na udržitelnost systémů zdravotní a sociální péče, včetně péče v domácím

⁴ Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2065 (ČSÚ, 2009)

Zdroj: <http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/p/4020-09>

prostředí a dlouhodobé péče. Demence má devastující dopad nejen na nemocného, ale i na jeho okolí.

Současné poznatky o problematice demencí jsou značně obsáhlé, nicméně pro plánování služeb pro tyto pacienty dosud chybí důležité údaje o prevalenci onemocnění způsobujících demenci v populaci. Chybějící data jsou často nahrazována kvalifikovanými odhady, a to nejen u nás. Uvedme například vzestup případů demence, jak je uvedl pro Českou republiku Alzheimer Europe a Alzheimer's Disease International (ADI):

Tab. č. 2 vzestup případů demence pro ČR dle Alzheimer Europe a ADI

rok	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Počet nemocných s demencí	88 000	95 000	111 000	124 000	138 000	157 000	180 000	202 000	213 000	218 000	227 000

Pokud jde o jednotlivé typy demence, převažuje Alzheimerova nemoc. Výskyt dalších typů demence je uveden v přehledu níže:

Alzheimerova nemoc – cca 60 %

vaskulární demence a smíšené demence – cca 30 %

Parkinsonova nemoc a jiná degenerativní onemocnění mozku – cca 10 %

Demenci nelze nadále považovat za součást normálního stárnutí, ale za důsledek nemoci, a to se všemi důsledky, včetně nároku na adekvátní léčení, pomoc a podporu. Pacienti mladšího věku mají specifické potřeby stejně tak jako jejich rodinní příslušníci.

Chybí dostatek vědeckých poznatků, jak určit a modifikovat ekonomický a sociální dopad Alzheimerovy choroby a ostatních forem demence. Přes srovnatelný či větší socioekonomický dopad demence je alokace prostředků na výzkum nesrovnatelně nižší než tomu je u ostatních závažných onemocnění. Kvalitní tuzemský výzkum je podmínkou účasti na výzkumu mezinárodním, bez splnění této podmínky nebude mít Česká republika přístup k výsledkům významného mezinárodního výzkumu v této oblasti.

Včasná diagnóza demence ve stadiu mírného kognitivního deficitu či počínající demence je předpokladem pro udržení co nejlepší kvality života nemocného a jeho rodiny. Prevence a včasná diagnóza stejně tak jako nové účinné terapeutické přístupy by mohly pomoci pro prodloužení uspokojivé kvality života nemocného a jeho rodiny.

Rodinná neformální péče je seniory nejčastěji vyhledávanou formou péče; je jedinou formou péče, která je schopna, při náležité podpoře zvenčí, pružně reagovat na postupně rostoucí potřeby nesoběstačného seniora; je formou péče, která zpravidla končí teprve tehdy, když rodina úkoly, které si na sebe vzala, již nezvládá. Kvalita života nesoběstačného seniora, o nějž pečuje rodina, je ve srovnání s institucionální péčí vyšší, někdy i výrazně vyšší. A je třeba konstatovat, že tyto pečující rodiny společnosti ušetří nezanedbatelné náklady, protože rodinná péče vychází finančně řádově levněji nežli péče v jakékoli sociální instituci. Podpora poskytnutá pečujícím rodinám je vysoce návratná a velmi efektivní investice a také pro nesoběstačného seniora je tou nejlepší pomocí. Skutečností je též to, že asi 1/3 seniorů především vyšších věkových skupin žije osaměle v jednočlenné domácnosti bez nejbližších

rodinných příslušníků a pro tyto osoby postižené demencí je nejvhodnější formou péče poskytovaná profesionálními pečujícími.

Je třeba přiznat, že specifickým potřebám lidí s demencí a jejich rodinným příslušníkům nejsou dosud příliš přizpůsobeny ani služby zdravotnické ani sociální, služby v institucích či v terénu. Velký problém v současnosti již představuje a v budoucnu bude představovat nedostatek kvalifikovaného personálu na všech úrovních těchto služeb. Pacienti s Alzheimerovou chorobou a obdobnými onemocněními bývají často nedostatečně diagnostikováni a neadekvátně léčeni a jsou umísťováni do oddělení dlouhodobě nemocných, domovů důchodců či do psychiatrických léčeben.

Další velký problém představuje informovanost veřejnosti, výchova ke stárnutí a stáří. Lidé s onemocněním demencí, včetně těch, kteří o ně pečují buď jako rodinní pečující, ale i profesionální pečující, jsou zatíženi stigmatem, které demence představuje, což může vést k izolaci a sociální exkluzi pacientů a jejich blízkých. Větší informovanost veřejnosti může přispět také ke včasnějšímu rozpoznání prvních příznaků.

Zdravotní péče

Zdravotní péče je v ČR hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Podle zákona č. 372/ 2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), je zdravotní péče poskytována formou ambulantní péče, jednodenní péče, lůžkové péče a zdravotní péče poskytované ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Podle účelu poskytnutí lze poskytovat:

- preventivní péči, jejímž účelem je včasné vyhledávání faktorů, které jsou v příčinné souvislosti se vznikem nemoci nebo zhoršením zdravotního stavu, a provádění opatření směřujících k odstraňování nebo minimalizaci vlivu těchto faktorů a předcházení jejich vzniku;
- diagnostickou péči, jejímž účelem je zjišťování zdravotního stavu pacienta a okolností, jež mají na zdravotní stav pacienta vliv, informací nutných ke zjištění nemoci, jejího stavu a závažnosti, dalších informací potřebných ke stanovení diagnózy, individuálního léčebného postupu a informací o účinku léčby;
- dispenzární péči, jejímž účelem je aktivní a dlouhodobé sledování zdravotního stavu pacienta ohroženého nebo trpícího nemocí nebo zhoršením zdravotního stavu, u kterého lze podle vývoje nemoci důvodně předpokládat takovou změnu zdravotního stavu, jejíž včasné zjištění může zásadním způsobem ovlivnit další léčbu a vývoj nemoci;
- léčebnou péči, jejímž účelem je příznivé ovlivnění zdravotního stavu na základě realizace individuálního léčebného postupu, s cílem vyléčení nebo zmírnění důsledků nemoci a zabránění vzniku invalidity nebo nesoběstačnosti nebo zmírnění jejich rozsahu;
- posudkovou péči, jejímž účelem je zjištění, zda
 1. nebude stabilizovaný zdravotní stav pacienta negativně ovlivněn nároky, které na něho klade výkon práce, služby, povolání nebo jiných činností v konkrétních podmínkách, nebo

2. zdravotní stav pacienta je v souladu s předpoklady nebo požadavky stanovenými pro výkon práce, služby, povolání, jiných činností nebo pro jiné účely,

- léčebně rehabilitační péči, jejímž účelem je maximální možné obnovení fyzických, poznávacích, řečových, smyslových a psychických funkcí pacienta cestou odstranění vzniklých funkčních poruch nebo náhradou některé funkce jeho organismu, popřípadě zpomalení nebo zastavení nemoci a stabilizace jeho zdravotního stavu;
- ošetrovatelskou péči, jejímž účelem je udržení, podpora a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin, a dále rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti; její součástí je péče o nevléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné přirozené smrti;
- paliativní péči, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí;
- lékárenskou a péči a klinickofarmaceutickou péči, v jejímž rámci je též poskytováno poradenství, konzultační služby a další služby v oblasti prevence a včasného rozpoznávání onemocnění, podpory zdraví.

Druhy poskytované zdravotní péče se mohou vzájemně doplňovat a potencovat.

Zdravotní ambulantní péči zajišťují registrující praktičtí lékaři, geriatři, neurologové a psychiatři. Někteří poskytovatelé ambulantní péče se na tuto problematiku specializují. V lůžkových zařízeních zdravotních služeb jsou lidé s Alzheimerovou nemocí a dalšími demencemi hospitalizováni na geriatrických odděleních nemocnic, gerontopsychiatrických, někdy neurologických odděleních nemocnic, v léčebnách dlouhodobě nemocných (LDN) či psychiatrických léčebnách.

Náklady léčby Alzheimerovy choroby v ČR⁵

Problematikou nákladů na léčbu Alzheimerovy nemoci se v minulosti věnoval tzv. Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR v roce 2006 a 2007. Z jeho sdělení vyjímáme :

Citace: „Informace o objemu léčby Alzheimerovy nemoci z dostupných dat v ČR obsahují několik vlastností, které ovlivňují jejich validitu. Pak je nutno vytvářet odhady. Kromě způsobu vykazování a fungování celého systému zdravotnictví a jeho financování v ČR (např. paušální rozpočty nemocnic, neexistující provázání nákladů zdravotní a sociální péče atd.) představuje hlavní problém při identifikaci všech údajů fakt, že v současném systému neexistuje přiřazení předepisování léčiv jednotlivým diagnózám. Skutečný počet osob, které trpí Alzheimerovou chorobou, je také obtížné zjistit a musíme hovořit o léčebné prevalenci. Samostatnou kapitolou je pak způsob identifikace a samotné kódování onemocnění Alzheimerovou chorobou.

Pro analýzu celkových nákladů Alzheimerovy choroby pro českou společnost je ovšem třeba analyzovat další aspekty kromě sektoru zdravotnictví (ztráty ekonomiky v důsledku onemocnění, neformální péči o nemocné, presenteeism, absenteeism atd.)

⁵ Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR

Tab. č. 3 - Odhad nákladů na Alzheimerovu chorobu a demenci podle systému SHA (System of Health Account)

MKN skupina	ISHMT skupina	v tis. Kč	v % ze skupiny MKN
05 - duševní	0501 Demence	564 801	8,75%
06 - neurologické	0601 Alzheimerova choroba	263 261	5,93%

Zdroj: předběžný odhad projektu Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR. Poznámka:

Neobsahuje výdaje na léčiva

Za předpokladu, že se tento poměr (8,75% a 5,93%) od roku 2000 neměnil, pak lze vytvořit časové řady výše výdajů zdravotních pojišťoven (bez výdajů na léčiva), které jsou uvedeny v následující tabulce:

Tab.č. 4 - časové řady výše výdajů zdravotních pojišťoven

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
50 Duševní poruchy (MKN10)	3 458 969	3 774 102	4 247 674	4 698 179	4 882 725	5 029 457	5 519 690
60 Nervová onemocnění (MKN10)	1 820 065	2 186 393	2 440 740	2 821 472	2 568 857	2 813 782	3 375 989
0501 Demence - ODHAD	302 745	330 327	371 777	411 207	427 360	440 202	483 110
0601 Alzheimerova choroba - ODHAD	107 920	129 642	144 723	167 299	152 320	166 843	200 179

(Konec citace“.

Náklady na ošetrovatelskou a rehabilitační péči poskytnutou v zařízeních sociálních služeb a hrazenou z veřejného zdravotního pojištění v letech 2007 – 2010 jsou uvedeny v následující tabulce (údaje MZ, odbor dohledu nad zdravotním pojištěním):

Tab.č. 5 Náklady na ošetrovatelskou a rehabilitační péči poskytnutou v zařízeních sociálních služeb a hrazenou z veřejného zdravotního pojištění v letech 2007 – 2010

ukazatel	Rok 2007 skutečnost tis. Kč	Rok 2008 skutečnost tis. Kč	Rok 2008/2007 skutečnost %	Rok 2009 skutečnost tis. Kč	Rok 2009/2008 skutečnost %	Rok 2010 očekávaná skutečnost tis. Kč	Rok 2010 Skutečnost tis. Kč	Rok 2010/2009 skutečnost %
Na ošetrovatelskou péči poskytnutou v zařízeních sociálních služeb (§22 písm. e) zákona č. 48/1997 Sb. ve znění zákona č. 109/2006 Sb.)	547 024	710 716	129,92	939 880	132,24	900 715	966 896	102,87

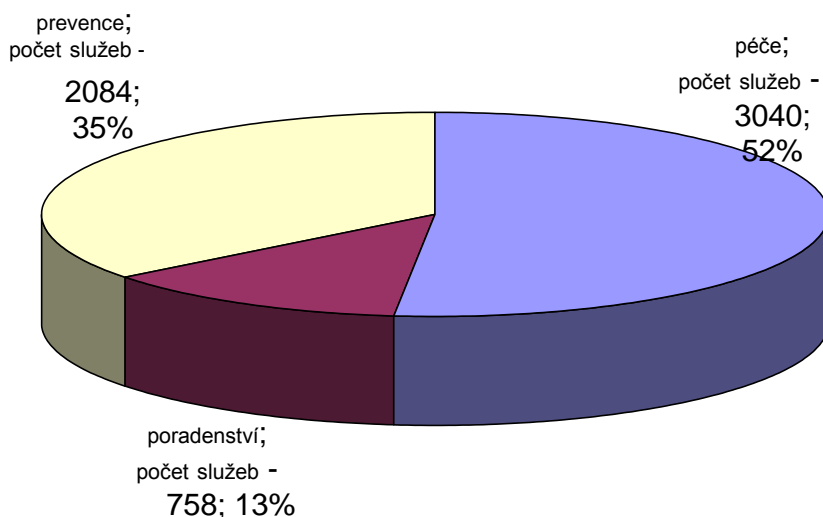
Sociální péče

Sociální služby jsou souhrnem odborných činností, které pomáhají člověku řešit nepříznivou sociální situaci. Sociální služby jsou poskytovány přibližně 700 000 klientům, tj. cca 7% populace České republiky. Sociální služby nabízejí pomoc a podporu lidem v nepříznivé sociální situaci ve formě, která zaručuje zachování lidské důstojnosti, ctí individuální lidské potřeby a současně posiluje schopnost sociálního začleňování každého jednotlivce do společnosti v jeho přirozeném sociálním prostředí.

Sociální služby jsou členěny do tří základních oblastí:

- Sociální poradenství, které je obvykle specializované pro určitou cílovou skupinu či situaci, přičemž základní poradenství je nedílnou složkou všech poskytovaných sociálních služeb.
- Služby sociální péče zahrnují služby, jejichž hlavním cílem je zabezpečovat lidem základní životní potřeby, které nemohou být zajištěny bez péče a pomoci jiné osoby. Umožnit lidem v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti a v případech, kdy toto není možné s ohledem na jejich fyzický a psychický stav, zajistit důstojné prostředí a zacházení.
- Služby sociální prevence slouží zejména k předcházení sociálnímu vyloučení osob, které jsou ohroženy sociálně negativními jevy.

Graf - počet sociálních služeb dle jednotlivých skupin vedených v registru poskytovatelů služeb



Sociální služby jsou členěny také podle místa jejich poskytování:

- Terénní služby jsou poskytovány v prostředí, kde člověk žije, tj. v domácnosti, v místě, kde pracuje, vzdělává se nebo tráví volný čas. Příkladem může být pečovatelská služba, osobní asistence či terénní programy pro ohroženou mládež.

- Za ambulantními službami člověk dochází do specializovaných zařízení jako jsou například poradny, denní stacionáře pro osoby se zdravotním postižením nebo kontaktní centra pro osoby ohrožené závislostí na návykových látkách.
- Pobytové služby jsou poskytovány v zařízeních, kde člověk v určitém období svého života fakticky celoročně žije. Jedná se především o domovy pro seniory či pro osoby se zdravotním postižením, ale patří sem také tzv. chráněné bydlení pro osoby se zdravotním postižením či azylové domy pro matky s dětmi nebo osoby bez přístřeší.

Důležitým principem systému sociálních služeb je možnost kombinace různých druhů služeb a také kombinace služeb s pomocí a podporou ze strany rodiny či jiných blízkých osob.

S postupující chorobou se stává člověk závislý na péči druhé osoby a je možno získat příspěvek na péči podle stupně závislosti. Z údajů MPSV vyplývá, že jsou posuzovány stupně závislosti u dvou diagnóz podle 10. verze Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10), a to diagnóza G 30 – Alzheimerova nemoc a diagnóza F00 – demence u Alzheimerovy nemoci. Následující tabulka udává počty posouzených a uznaných stupňů závislosti u Alzheimerovy choroby (G30) a u demence u Alzheimerovy choroby (F00) v roce 2010.

Tab. č. 6 Počty posouzených a uznaných stupňů závislosti u Alzheimerovy choroby (G30) a u demence u Alzheimerovy choroby (F00) v roce 2010.

Kód diagnózy dle MKN 10	Diagnóza	Uznáno				Neuznáno	Celkem provedeno
		I. stupeň	II. stupeň	III. stupeň	IV. stupeň		
F 00	Demence u Alzheimerovy nemoci	276	426	543	489	63	1 797
G 30	Alzheimerova nemoc	388	622	820	771	97	2698

Systém zajištění sítě služeb odpovídající potřebám obyvatel je založen na plánování sociálních služeb, které vychází z hodnocení potřeb obyvatel, kapacitních možností poskytovatelů a cílů veřejné správy. Plánování sociálních služeb je především povinností krajských samospráv.

V oblasti sociálních služeb se některá zařízení pobytových sociálních služeb zaměřují na péči o lidi s Alzheimerovou nemocí, popř. jinými formami demence (domovy se zvláštním režimem, zvláštní oddělení domovů pro seniory).

Tab. č. 7 – Domovy se zvláštním režimem, domovy pro seniory podle krajů

Kraj	Domovy pro seniory	Domovy se zvláštním režimem
hl. město Praha	26	3
Jihočeský	38	10
Jihomoravský	47	32
Karlovarský	16	6
Královéhradecký	38	8
Liberecký	16	12
Moravskoslezský	67	27
Olomoucký	35	9
Pardubický	24	5
Plzeňský	22	6
Středočeský	65	22
Ústecký	45	28
Vysočina	27	14
Zlínský	38	17

V roce 2009 byl v České republice udáván celkový počet lůžek se zvláštním režimem 8 223, z tohoto počtu bylo 3 605 klientů na ošetrovatelské jednotce při domově se zvláštním režimem (tab. č. 9). Podle údajů za rok 2010 byl počet těchto lůžek 10 172 (viz tab. č. 8)

Tabulka č. 8 – Kapacita pobytových lůžek v domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem podle krajů

kraj	Domovy pro seniory	Domovy se zvláštním režimem
hl. město Praha	2553	239
Jihočeský	2898	330
Jihomoravský	2655	2087
Karlovarský	685	229
Královéhradecký	2534	425
Liberecký	904	471
Moravskoslezský	5017	1234
Olomoucký	2894	325
Pardubický	2519	466
Plzeňský	1815	587
Středočeský	5284	1180
Ústecký	4753	1547
Vysočina	2289	452
Zlínský	2718	600

Tab. č. 9 - Klienti pobytových služeb sociální péče dle stupně závislosti (k 31.12.2009)

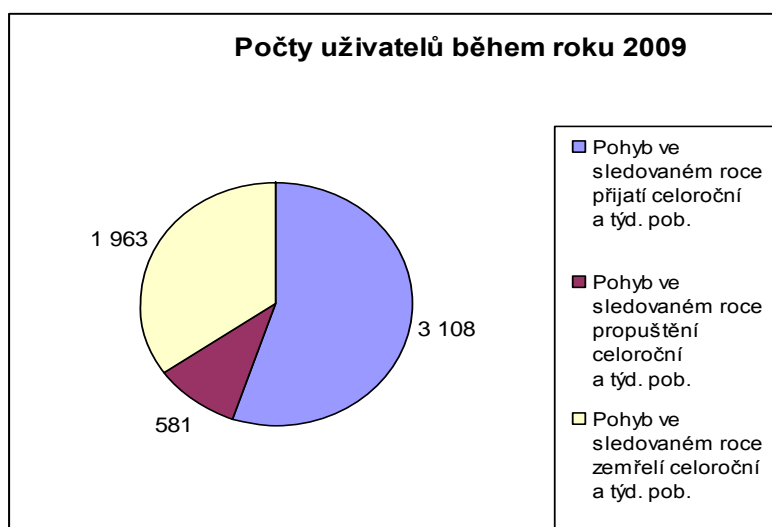
Pobytové služby sociální péče	Podíl (v %) klientů s daným stupněm závislosti*				Podíl klientů bez Příspěvku na péči
	I.	II.	III.	IV.	
Týdenní stacionáře (§47)	10,17	30,02	27,45	22,06	10,3
Domovy pro osoby se zdravotním postižením (§ 48)	14,72	27,58	24,21	30,88	2,61
Domovy pro seniory (§ 49)	22,1	24,28	19,31	18,06	16,25
Domovy se zvláštním režimem (§ 50)	14,08	24,75	24,75	27,77	8,65

(Zdroj: výkaz V1, MPSV)

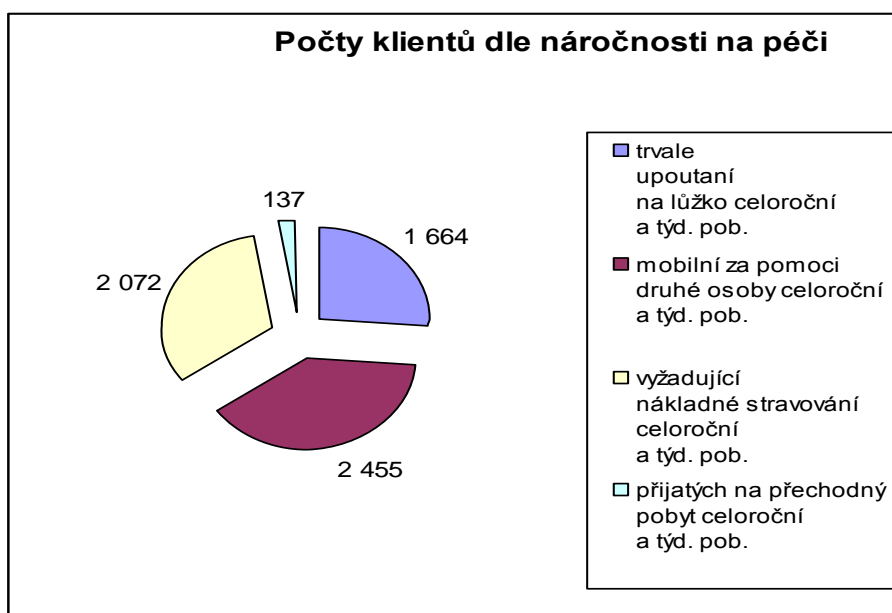


Údaje, které jsou k dispozici za rok 2009 o neuspokojených žádostech k přijetí do domova se zvláštním režimem, ukazují na skutečnost, že buď nejsou rozvinuté ambulantní a terénní služby pro klienty nebo na nedostatečnou vybudovanou síť poskytovatelů pobytové péče.

Během roku dochází k přijímání vysokého počtu klientů do domovů se zvláštním režimem, ale také zároveň k vyšší mortalitě. Z výsledků je patrné, že pouze malé procento klientů se vrací zpět do domácího ošetřování.



V následujícím grafu je poukázáno na náročnost ošetrovatelské a další péče, kdy komplexní péči vyžaduje téměř třetina klientů, a další klienti potřebují pomoc druhé osoby.



V sociálních službách pracuje téměř 56 000 pracovníků (v přepočtu na celé pracovní úvazky). Pracovníci v sociálních službách reprezentují cca 1,2 % z celkového počtu zaměstnaných v ČR. Z tohoto počtu je 39 000 pracovníků v přímé péči, což znamená, že zabezpečují službu v přímém kontaktu s klientem.

Sociální služby jsou financovány vícezdrojově. Celkové náklady systému sociálních služeb činily v roce 2009 přibližně 26 mld. Kč, tj. přibližně 0,72 % HDP. Na celkových nákladech se klienti svými úhradami podílejí 35 %, územní samosprávy 25 %, státní rozpočet 30 % a fondy veřejného zdravotního pojištění 3 % (obvykle při souběhu zdravotní a sociální péče v domovech pro seniory a osoby se zdravotním postižením).

Se zdravotnickými zařízeními a zařízeními poskytujícími sociální služby spolupracují nestátní neziskové organizace s dlouholetými zkušenostmi s poradenstvím pro rodinné příslušníky, svépomocnými skupinami a dalšími formami podpory péče v rodině včetně programu domácí asistence.

Vzdělávání a výzkum

Problematiku Alzheimerovy choroby a obdobných neurodegenerativních onemocnění zohledňuje resort Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy v oblasti vzdělávací i výzkumné.

Vzdělávací moduly začleněné do rámcových a školních vzdělávacích programů předškolního a základního vzdělávání zvýrazňují především aspekty respektu a úcty ke starším a starým lidem, byť nemocným.

Na úrovni středního vzdělávání se v předmětné oblasti akcentují zejména aspekty mezigeneračního soužití a v obecné rovině otázky potřeb, zájmů a rizik života seniorů postižených neurodegenerativním onemocněním. Např. ve vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků se příprava věnuje problematice uspokojování potřeb seniorů, a to v rámci základní ošetrovatelské péče (zdravotnický asistent, ošetrovatel/-ka, pečovatelka).

Těžiště vzdělávacích a výzkumných aktivit věnovaných problematice Alzheimerovy choroby a obdobných neurodegenerativních onemocnění je na vysokých školách.

Veřejné i soukromé vysoké školy vychovávají na svých lékařských, zdravotně sociálních, přírodovědných a farmaceutických fakultách v akreditovaných studijních programech/oborech vysokoškolsky vzdělané zdravotnické pracovníky řady lékařských i nelékařských profesí – lékaře, stomatology, farmaceuty, všeobecné sestry, zdravotnické záchranáře, fyzioterapeuty, rehabilitační pracovníky, optometry, ortoptiky, ergoterapeuty, zdravotně – sociální pracovníky atd., kteří se v následné pracovní praxi starají ve zdravotnických a sociálních zařízeních o zdraví a zdraví podmiňující podmínky života starých lidí. Absolventi technických oborů (stavebních fakult, dopravních fakult, strojních a elektrotechnických fakult, fakult architektury atd.) svou prací pomáhají vytvářet podmínky pro život seniorů v jejich přirozeném prostředí. Jde o výstavbu a úpravy domů a bytů, o úpravy komunálního prostředí a krajiny, o zajištění seniorům přístupné dopravní obslužnosti a infrastruktury, o výstavbu inženýrských sítí apod. Právnické fakulty s akreditovanými magisterskými studijními programy *Právo a právní věda* a další vysoké školy s akreditovanými bakalářskými studijními programy *Právní specializace* orientovanými na právo vychovávají ve svých programech odborníky, z nichž mnozí se v následné právní praxi specializují na právní disciplíny důležité pro seniory a působí v justici, advokacii nebo veřejné a státní správě a zastupují seniory v nejrůznějších soudních či správních řízeních. Mnoho odborníků pro veřejnou a státní správu, kteří se ve své profesní praxi věnují handicapovaným seniorům a ochraně jejich zájmů a potřeb, připravují také filozofické, sociální a humanitní fakulty vysokých škol.

Podle údajů z Informačního systému výzkumu a vývoje bylo od roku 1995 do roku 2006 na granty týkající se Alzheimerovy choroby vynaloženo 22.209.000,- Kč. V roce 2007 začal další výzkum, do kterého bude celkem investováno 7.078.000,- Kč (v roce 2007 bylo čerpáno 1.669.000,- Kč).

Z databáze Grantové agentury České republiky bylo dále identifikováno několik výzkumů, které lze částečně spojit s Alzheimerovou nemocí a na které bylo celkově od roku 2004 vynaloženo 10.194.000,- Kč (jedná se o údaje z ukončených grantových projektů do konce roku 2007). Další relevantní výzkumné projekty jsou ty, které se věnují demenci. Na řešení této nemoci bylo od roku 1999 věnováno 25.607.000,- Kč (dle údajů z Informačního systému výzkumu a vývoje).

Tabulka č. 10 - Přehled projektů zabývajících se Alzheimerovou chorobou či stařeckou demencí

Reg. číslo	Název projektu	Příjemce	Celkové náklady/ Ukončen
IZ/299	Familiární Alzheimerova choroba.	Psychiatrické centrum Praha	1993
RZ/2442	Epidemiologie Alzheimerovy nemoci. Autoptická studie.	Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou	1994
IZ/1808	Determinanty diferenciální odpovědi nemocných Alzheimerovou chorobou na léčbu.	Psychiatrické centrum Praha	151 tis. Kč / 1995
IZ/2877	Změny v lipidovém složení mozku u Alzheimerovy nemoci.	Psychiatrické centrum Praha	970 tis Kč/ 1997
IZ/2888	Včasná predikce Alzheimerovy demence pomocí geneticko-vazebných analýz na chromosomech 14,19 a 21.	Psychiatrické centrum Praha	1 706 tis. Kč / 1998
IZ/3666	Registr pacientů s Alzheimerovou chorobou	Univerzita Karlova v Praze - 1. lékařská fakulta	305 tis. Kč / 1998
IZ/3423	Difúzní parametry a morfologické změny CNS v průběhu stárnutí, Alzheimerovy choroby a v transplantované tkáni	Ústav experimentální medicíny AV ČR	2 932 tis. Kč / 1998
NG/15	Bioindikátory Alzheimerovy nemoci.	Psychiatrické centrum Praha	2000
NG/14	Neurofyzilogické indikátory se zaměřením na vigilitu při vyšetřování demence.	Psychiatrické centrum Praha	2000
NF/7576	Testování lateralizace mediátorového systému oxidu dusnatého v hipokampu lidí se schizofrenií a Alzheimerovou nemocí	Psychiatrické centrum Praha	5 257 tis. Kč/ 2005
NR/7964	Výživa a Alzheimerova choroba	Univerzita Karlova v Praze - Lékařská fakulta Hradec Králové	1 704 tis. Kč / 2006
305/06/1464	Studium membránových a morfologických vlastností astrocytů, oligodendrocytů a neuronů v CNS během patologických stavů pomocí fluorescenčních proteinů	Ústav experimentální medicíny AV ČR,	2568/ 2008
309/06/1231	Vyšší formy prostorové kognice zvířat: mapy a navigace podle pevných a pohyblivých orientačních bodů	Fyziologický ústav AV ČR, v.v.i.	3732/2008
NR/9322	Peptidy amyloidu β a mitochondriální enzym 17 β -hydroxysteroidová dehydrogenáza typu 10, možnosti diagnostiky Alzheimerovy nemoci pomocí optických biosenzorů	Psychiatrické centrum Praha	2009
NS/10369	Využití neurocytoskeletálních proteinů a protilátek proti nim v diagnostice Alzheimerovy nemoci	Psychiatrické centrum Praha	2011
309/09/1696	Patologický potenciál astroglie v průběhu Alzheimerovy choroby	Ústav experimentální medicíny AV ČR, v.v.i.	2012
309/09/0286	Prostorová kognice ve stabilních a dynamických prostředích: behaviorální úlohy a nervové mechanismy	Fyziologický ústav AV ČR, v.v.i.	2012
P303/11/1907	Nové inhibitory acetylcholinesterasy odvozené od látky 7-MEOTA - potenciální léčiva pro Alzheimerovu nemoc	Ministerstvo obrany ČR, Univerzita obrany	2016
NT/11225	Diagnostika Alzheimerovy nemoci založená na detekci komplexů peptidu amyloidu beta s některými endogenními látkami v cerebrospinnální tekutině	Psychiatrické centrum Praha	2013
NT/11152	Epidemiologie a genetika Alzheimerovy choroby	Ostravská univerzita - Lékařská fakulta	2015
P304/11/0184	Využití mesenchymových kmenových buněk v léčbě Alzheimerovy choroby	Univerzita Karlova v Praze, 2. lékařská fakulta	2015
P303/12/0611	Neurobehaviorální vyhodnocení účinnosti potenciálních léčiv Alzheimerovy choroby	Ministerstvo obrany ČR, Univerzita obrany	2016

Legislativa

Vzhledem k tomu, že onemocnění Alzheimerovou nemocí a dalšími nemocemi s sebou přináší úbytek duševních funkcí a schopností, způsobuje pokles kognitivních funkcí, je třeba se vyrovnávat i s otázkami, které souvisejí se způsobilostí k právním úkonům, k rozhodování o závažných věcech souvisejících s osobním životem, majetkovými záležitostmi apod.

Způsobilost k právním úkonům

Stávající právní úprava způsobilosti k právním úkonům v zákoně č. 40/1964 Sb. není nadále pro řešení statusových otázek osob se zdravotním postižením vyhovující a je v rozporu s Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením přijaté 13. prosince 2006, kterou česká republika ratifikovala v září 2009.

Jako problémové je považováno užívání institutu zbavení způsobilosti k právním úkonům, velmi široce aplikovaný institut omezování způsobilosti či např. nesprávná praxe, kdy osobě, která je omezena ve způsobilosti, není v tom samém řízení zároveň jmenován opatrovník, a tím pádem nejsou po určitou dobu chráněna práva a zájmy takové osoby.

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník

V souladu s již ratifikovanou Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením obsahuje zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, novou právní úpravu týkající se způsobilosti k právním úkonům, nově svéprávnosti (§ 38 až 65).

Základním přínosem nové úpravy je odklon od stávající koncepce tzv. **náhradního rozhodování** (kdy za osobu s postižením rozhoduje opatrovník a dotyčná osoba je v důsledku toho často i vyloučena ze života ve společnosti) ke koncepci **podpůrného či asistovaného rozhodování**, která vychází ze skutečnosti, že každá osoba je schopna se rozhodovat, může však potřebovat větší či menší míru podpory (dnes existuje již v Kanadě, Švédsku či Německu).

Klade se důraz na autonomii vůle, samostatnost a sociální začleňování dotyčné osoby, a na první místo se řadí prostředky, které jí napomáhají při jejím rozhodování v právních věcech, aniž by osoba byla omezena ve způsobilosti k právním úkonům.

Těmito prostředky dle návrhu nového občanského zákoníku jsou:

- **předběžné prohlášení** – navrhovaná úprava nového obč. zákoníku umožní člověku, zejména za situace, kdy u sebe pozoruje postupné rozvíjení duševní poruchy (např. Alzheimerovu nemoc, demenci), projevit závazně vůli pro případ, že posléze nebude schopen spravovat vlastní záležitosti. Vzhledem k závažnosti prohlášení a též i jeho odvolání, se pro ně stanoví přísnější formální náležitosti (forma veřejné listiny, popř. soukromé listiny opatřené datem a potvrzené dvěma svědky); totéž platí i pro změnu obsahu prohlášení. Povolá-li původce prohlášení opatrovníka a osoba povoláná za opatrovníka s ním souhlasí, soud je prohlášením vázán (vázán je ovšem i jeho odvoláním) a omezí se jen na přezkum, zda je tato osoba způsobilá pro jmenování opatrovníkem. Soud musí zjistit, zda se jedná o osobu schopnou spravovat s nezbytnou dávkou pečlivosti záležitosti jiné osoby. Dále se samozřejmě zaměří i na přezkum, zda nehrozí konflikt zájmů. Určí-li se v prohlášení, jak mají být určité záležitosti dotčené osoby spravovány, je tím opatrovník vázán.

- **nápomoc při rozhodování** - jde o dohodu mezi podporovaným a podpůrcem. Podle tohoto pojetí v určitých případech postačí asistence jiné osoby (podpůrce) - ve funkci do

určité míry formalizované - která se bude účastnit právních jednání podporované osoby, aniž je nutné zasahovat do její svéprávnosti. Podpůrce tudíž na rozdíl od opatrovníka nejedná namísto osoby se zdravotním postižením, ale jedná společně s ní. Úmluva o právech osob se zdravotním postižením vyžaduje v čl. 12 odst. 4 přijmout v dané souvislosti také odpovídající a účinná opatření zamezující zneužití. Proto se v návrhu OZ navrhuje podmínit vznik závazku mezi podporovaným a podpůrcem soudním schválením smlouvy o poskytování podpory s tím, že podpůrce jmenuje soud. Tím se umožní soudu, aby podpůrce popřípadě i odvolal, jsou-li pro to zákonné důvody. Kromě toho se navrhuje relativně podrobně vymezit rozsah podpůrcovy působnosti.

- **zastoupení členem domácnosti** - jedná se o obdobný případ jako u výše uvedené nápomoci při rozhodování s tím, že zástupcem by se stala osoba z nejbližších, tedy z rodiny. Tato osoba, která již za plného duševního zdraví potřebné osoby s ní spolupracovala, jí tak i nadále může pomáhat, a to zejména při vyřizování různých formalit (žádosti o příspěvky etc). Tento zástupce by však měl pouze omezená oprávnění, zejména co se týká nakládání s majetkem.

- **opatrovnictví** – dle návrhu nového OZ soud jmenuje opatrovníka člověku, je-li to potřeba k ochraně jeho zájmů, nebo vyžaduje-li to veřejný zájem. Zejména tomu, koho ve svéprávnosti omezil, tomu, o kom není známo, kde pobývá, neznámému člověku zúčastněnému při určitém právním jednání nebo tomu, jehož zdravotní stav mu působí obtíže při správě jmění nebo hájení práv. Opatrovník jedná zpravidla společně s opatrovancem; jedná-li opatrovník samostatně, jedná v souladu s vůlí opatrovance. Nelze-li vůli opatrovance zjistit, rozhodne na návrh opatrovníka soud. Opatrovník je jmenován i v případě, že osoba není omezena ve způsobilosti, je-li to potřeba k ochraně jeho zájmů, nebo vyžaduje-li to veřejný zájem.

K omezení svéprávnosti pak dochází na základě rozhodnutí soudu až v situaci, kdy je nutné zabránit specifické újmě osobě a ta není schopna své záležitosti spravovat a rozhodovat sama nebo s asistencí, tj. kdy nestačí méně omezující opatření (podpora při rozhodování, zastoupení členem domácnosti). Za těchto podmínek soud může k omezení přistoupit jen v zájmu dotyčného člověka, po jeho zhlédnutí a poté, co vyvine potřebné úsilí, aby zjistil jeho názor. Omezení by však mělo být přísně omezeno jen na ty úkony, kde je to nezbytné a na omezenou dobu (v návrhu OZ max. na 3 roky). V rozhodnutí o omezení svéprávnosti osoby soud současně jmenuje osobu opatrovníka. Procesní způsobilost osoby před soudy a správními orgány je zachována, což nebrání možnosti ustanovit jí pro tato řízení zvl. zástupce.

Zbavení svéprávnosti, stejně jako neurčité omezení svéprávnosti není již déle možné, neboť je v rozporu s principy samostatnosti a sociálního začleňování.

Platný občanský zákoník vůbec neupravuje práva člověka nedobrovolně zadržného ve zdravotnickém zařízení nebo v zařízení poskytujícím obdobné služby, proto se navrhuje tato upravit v osnově nového občanského zákoníku v § 104 až 110. Zároveň se však respektují zákonné důvody pro nedobrovolné umístění v příslušném zařízení upravené zákonem o zdravotních službách či úprava tzv. detenčního řízení obsažená v občanském soudním řádu.

Předně se navrhuje zdůraznit, že při zjištění zákonného důvodu pro zadržení člověka ve zdravotnickém zařízení nepostačuje jen formální přístup, ale musí být vždy zkoumáno, nepostačí-li v konkrétním případě namísto detence mírnější a méně omezující opatření, což

je zvláště u osob duševně nemocných a osob chorobně závislých na návykových látkách zvažovat plně namísto. Rovněž se navrhuje zdůraznit, že ani podání návrhu na omezení svéprávnosti samo o sobě nezakládá právní důvod k zadržení dotčené osoby v příslušném zařízení.

Zdůrazňuje se, že se detenční řízení týká jen detence člověka, tudíž jeho nedobrovolného a dočasného zadržení. Zadržením se dotčená osoba omezuje ve volném pohybu a ve styku s vnějším světem; rozhoduje se o její izolaci, nikoli o způsobu léčení. Vzhledem k podstatě a závažnosti zásahu se vyžaduje, aby se zadrženému dostalo náležitého poučení, a navrhuje se posílit jeho právní postavení. Bere se přitom v úvahu jako podstatné kritérium schopnost člověka učinit si vlastní úsudek a projevit svá přání, tedy z hlediska širšího, než je svéprávnost. Mezi významná práva zadržené osoby nově navrhovaná patří zejména právo zvolit si důvěrníka, jehož zakotvení významně posiluje právní ochranu zadržené osoby zvláště v případech, kdy je dotčená osoba zadržena v příslušném zařízení pro tvrzené duševní onemocnění na návrh jejího zákonného zástupce. Dalším významným právem je možnost domáhat se přezkoumání zdravotní dokumentace zadrženého a stanoviska ošetřujícího lékaře, že zadržený není s to učinit si vlastní úsudek a projevit svá přání, a to ať již zadrženou osobou, jejím zákonným zástupcem, případně zmocněncem či důvěrníkem zadrženého.

Úmluva o lidských právech a biomedicině (zákon č. 96/2001), která pro Českou republiku vstoupila v platnost dne 1. října 2001, zaručuje ochranu osob neschopných dát souhlas, ochranu osob s duševní poruchou, ohled na dříve vyslovená práva.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)

Zákon klade důraz na kvalitu poskytovaných zdravotních služeb a bezpečí pacienta.

Zásadní rozdíl mezi zákonem o zdravotních službách a předchozím zákonem č. 20 / 1966 Sb., o péči o zdraví lidu, spočívá v úpravě postavení pacienta. Pacient se stává rovnocenným účastníkem procesu poskytování zdravotních služeb, důraz je kladen na jeho práva a individuální potřeby. Právo lidu je nahrazeno právem pacienta.

V právní úpravě je reagováno na potřeby vyplývající z Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicině (sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 96/2001 Sb.m.s.) a Dodatkového protokolu k Úmluvě na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny o zákazu klonování lidských bytostí (sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 97/2001 Sb.m.s.). Při přípravě zákona bylo též přihlíženo k požadavkům na ochranu práv pacientů vyjádřených například v Deklaraci práv onkologických pacientů, která byla přijata dne 29. června 2002 v Oslu na valném shromáždění Asociací evropských lig proti rakovině, a to v obecné rovině ochrany pacienta a respektování jeho práv jako rovnocenného „partnera“ účastníčím se poskytování zdravotních služeb, který se aktivně podílí na procesu léčby. Dále bylo přihlíženo k Zásadám ochrany duševně nemocných, které byly přijaty rezolucí Generálního shromáždění OSN č. 46/119 dne 17. prosince 1991 a k Akčnímu plánu duševního zdraví pro Evropu, který schválili v roce 2005 ministři zdravotnictví členských států Evropského regionu Světové zdravotnické organizace v Deklaraci o duševním zdraví pro Evropu. Zákon přihlíží též k Úmluvě o právech dítěte (sdělení Federálního ministerstva zahraničních věcí č.

104/1991 Sb.) a Chartě práv dětských pacientů organizace „National Association for the Welfare of Children in Hospital“.

Práva pacientů jsou vymezena mnohem širěji a konkrétněji než v dosavadních právních předpisech. Pacient je při poskytování zdravotních služeb rovnocenným partnerem poskytovatele a zdravotnických pracovníků s právem vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytovanými zdravotními službami, a to na základě řádně sdělené informace a poučení o poskytovaných zdravotních službách poskytovatelem nebo osobou jím k tomu určenou. Práva pacientů jsou řešena zejména v souladu s principy Úmluvy o lidských právech a biomedicíně a dalšími principy zohledňovanými ve státech EU.

Zákon zohledňuje čl. 10 Úmluvy. Právo pacienta znát veškeré informace o svém zdravotním stavu respektuje postavení pacienta jako rovnoprávného partnera při poskytování zdravotních služeb.

V případě nezletilých pacientů a pacientů zbavených způsobilosti k právním úkonům budou zdravotní služby poskytovány se souhlasem zákonného zástupce. Vždy by ale mělo být přihlédnuto, s ohledem na rozumové schopnosti, též k názoru tohoto pacienta. Tento postup předpokládá i Úmluva (čl. 6).

Zákonem daná úprava dříve vyslovených přání respektuje úpravu stanovenou Úmluvou o lidských právech a biomedicíně.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Systém sociálních služeb je v České republice upraven zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o sociálních službách“), a vyhláškou MPSV č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Pojetí sociálních služeb v České republice je vymezeno úžeji, než jak jsou sociální služby vnímány v diskusích na úrovni Evropského společenství.

Zákon o sociálních službách nabízí následující zásadní nástroje:

- každému člověku garantuje bezplatné sociální poradenství,
- nabízí velmi pestrou nabídku jednotlivých druhů sociálních služeb, ze které si člověk může svobodně vybírat podle svého uvážení, finančních možností či dalších individuálních preferencí,
- lidem, kteří jsou z důvodu věku nebo zdravotního stavu závislí na pomoci jiné osoby, je poskytována sociální dávka – **příspěvek na péči**,
- zákon garantuje, že poskytované služby budou pro uživatele bezpečné, profesionální a přizpůsobené jejich individuálním potřebám,
- zákon také vytváří prostor pro spoluúčast lidí na procesech rozhodování o rozsahu, druzích a dostupnosti sociálních služeb v jejich obci či kraji.

Zákonem o sociálních službách je garantováno, že na procesech plánování a rozhodování mohou participovat uživatelé služeb, poskytovatelé služeb a obce.

Pro účely tohoto zákona se rozumí

- a) sociální službou činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení,
- b) nepříznivou sociální situací oslabení nebo ztráta schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu,
- c) dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok, a který omezuje duševní, smyslové nebo fyzické schopnosti a má vliv na péči o vlastní osobu a soběstačnost,
- d) přirozeným sociálním prostředím rodina a sociální vazby k osobám blízkým domácnost osoby a sociální vazby k dalším osobám, se kterými sdílí domácnost, a místa, kde osoby pracují, vzdělávají se a realizují běžné sociální aktivity,
- e) sociálním začleňováním proces, který zajišťuje, že osoby sociálně vyloučené nebo sociálním vyloučením ohrožené dosáhnou příležitostí a možností, které jim napomáhají plně se zapojit do ekonomického, sociálního i kulturního života společnosti a žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný,
- f) sociálním vyloučením vyčlenění osoby mimo běžný život společnosti a nemožnost se do něj zapojit v důsledku nepříznivé sociální situace,
- g) zdravotním postižením tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby,

Pro uzavírání smlouvy o poskytnutí sociální služby a právní vztahy vzniklé z této smlouvy se použijí ustanovení občanského zákoníku. Osobu, která podle lékařského posudku ošetřujícího lékaře není schopna sama jednat a nemá zákonného zástupce, zastupuje při uzavírání smlouvy obecní úřad obce s rozšířenou působností podle místa trvalého nebo hlášeného pobytu osoby, nebo jde-li o poskytnutí pobytových sociálních služeb v zařízení sociálních služeb, obecní úřad obce s rozšířenou působností podle sídla tohoto zařízení.

Podle zákona o sociálních službách se osob s Alzheimerovou demencí mohou týkat tyto sociální služby:

Osobní asistence - je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje.

Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb

Centra denních služeb - v centrech denních služeb se poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.

Denní stacionáře - v denních stacionářích se poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s

chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Odlehčovací služby jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek.

Týdenní stacionáře - v týdenních stacionářích se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Domovy se zvláštním režimem - v domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění a osobám se různými typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

Služby obsahují tyto základní činnosti:

- a) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- d) poskytnutí ubytování v případě pobytové služby,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,
- h) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti.

Příprava koncepce

Jak vyplývá z výše uvedeného, nelze zastírat, že s Alzheimerovou nemocí a dalšími neurodegenerativními chorobami a s demencí se v současnosti setkává mnoho občanů ČR a do budoucna se jejich počet bude zvyšovat. Lze tedy říci, že je to oblast, s kterou je celá společnost nějakým způsobem v kontaktu, ale ne vždy chce problém vidět a někdy i o něm vědět, protože je to problém zatížený určitým stigmatem, které zasahuje jednak nemocné, jednak jejich blízké, ale nevyhýbá se ani profesionálním pečujícím. Je třeba říci následující: Demence neznamená stárnutí, stárnutí neznamená demenci. Demence je důsledek nemocí, ne etapa života. I když ji ve světle dnešního poznání zatím nelze úplně vyléčit, je možné poskytnout úlevu a pomoc v dlouhodobém strádání jako součást legitimního poslání a cílů zdravotní a sociální péče.

Vzhledem k šíři problematiky, kterou nelze řešit jen ryze medicínsky, ale ve velké míře je třeba zaměřit pozornost i na oblast sociální se všemi dopady, na oblast vzdělávání a informování a v neposlední řadě i na oblast, která se týká legislativních záležitostí, podíleli se na přípravě této koncepce členové týmu, který musel zohlednit všechny aspekty problematiky.

Návrh této koncepce by měl být zásadním východiskem pro zlepšení systému péče o pacienty s demencí a pro vznik národního plánu se stanovením a vymezením odpovídajících cílů a úkolů, zavedení odpovídajícího vzdělávání, umožnění systémového financování zdravotní péče v rámci všeobecného zdravotního pojištění, systémového financování navazující sociální péče, financování v oblasti základního i aplikovaného výzkumu, které nebude závislé na změnách vnějších podmínek.

Je třeba, aby součástí koncepce bylo několik okruhů, vzájemně logicky provázaných a zaměřených na ty potřeby, které souvisejí s komplexním zajištěním prevence, péče, adekvátních služeb, vzdělávání a vědeckých poznatků, legislativou a financováním.

Témata, kterých se koncepce bezprostředně týká:

- A. Diagnostika, získání epidemiologických dat, zdravotní péče u pacientů s ACH, výzkum, vzdělávání zdravotnických profesionálů:
 - koordinovaná a provázaná síť pracovišť od základních pracovišť přes periferní odborná pracoviště k několika specializovaným centrům,
 - provádění a koordinace výzkumu, vzdělávání, sběr epidemiologických dat

- B. Péče o pacienty
 - péče v domácím (vlastním) prostředí
 - a. péče v domácím prostředí při využití možností víceoborové spolupráce
 - b. péče v domácím prostředí při využití respitních pobytů, které pomohou prodloužit dobu setrvání v domácím prostředí
 - c. péče v denních stacionářích s využitím péče v domácím prostředí

- péče v instituci
 - a. zdravotnická zařízení různých odborností, zařízení sociálních služeb s jednotkami specializovanými na péči o pacienty s ACH v rámci těchto institucí
- C. Péče o pečující – rodinné i profesionální pečující
- a. zajištění informací
 - b. umožnění respitních pobytů pacientům, kteří jsou v domácí péči
 - c. podpora pečujících
- D. Systém vzdělávání profesionálních pečujících o pacienty s ACH ve spolupráci se sítí pracovišť
- a. postgraduální vzdělávání zdravotnických profesionálů (diagnostické metody, léčebné a ošetrovatelské metody a techniky, kognitivní a behaviorální testy apod.)
 - b. vzdělávání profesionálů v sociálních službách

Návrh Konceptu řešení problematiky Alzheimerovy choroby a obdobných onemocnění v ČR vychází z těchto 4 základních tematických celků, ze kterých jsou následně stanoveny jednotlivé cíle, kterých je žádoucí dosáhnout.

Návrh Konceptu řešení problematiky Alzheimerovy choroby a obdobných onemocnění v ČR – návrh struktury

1. Zlepšení kvality života pro pacienty

Cíl 1: Zlepšení přístupu ke stanovení diagnózy a zajištění včasné a správné diagnózy syndromu demence (včasná diagnóza je předpokladem prodloužení období soběstačnosti či méně náročné a nákladné péče).

- zavedení a používání vhodných diagnostických postupů s jejich úhradou z veřejného zdravotního pojištění pro jednotlivé úrovně poskytované zdravotní péče (typy poskytovaných zdravotních služeb)
 - a. exaktní diagnostické metody (laboratorní ukazatele, využití přístrojové diagnostické techniky – CT, NMR aj.). Každý pacient trpící poruchami paměti a dalších kognitivních funkcí by měl být vyšetřen zobrazovacími metodami mozku k vyloučení vyléčitelných příčin demence a ke stanovení léčebných postupů.
 - b. využití testů zaměřených na psychické a kognitivní schopnosti (MMS, aldenbrooský test, klasifikace funkčních schopností – MKF atd.)
 - c. zařazení základních testů zaměřených na psychické a kognitivní schopnosti do spektra výkonů hrazených praktickým lékařům ze zdravotního pojištění včetně rozšíření kontaktu s pečujícími

- Cíl 2: Využívání dostupných metod nefarmakologického a farmakologického ovlivnění onemocnění s jejich úhradou z veřejného zdravotního pojištění pro jednotlivé úrovně poskytované zdravotní péče
 - využití již stávajících standardních postupů a jejich pravidelná aktualizace dle nových poznatků.

- Cíl 3: Zlepšení přístupu k vhodné péči, zajištění vhodné péče a její koordinace (nabídka flexibilních forem péče pro zajištění co nejdelší doby, kdy je možná svobodná volba mezi pobytem doma s péčí pečujících rodinných příslušníků s odbornou pomocí a institucionalizovanou péčí
 - podpora vzniku center zaměřených na Alzheimerovu nemoc a jiné demence - využití stávajících odborných ambulancí neurologických (zejména počínající a diagnosticky atypické stavy), psychiatrických (zejména demence s poruchami chování) a geriatrických - která kromě péče poskytnou podporu ze strany multidisciplinárního týmu pacientům v průběhu celé doby trvání onemocnění (lékař, sestra, psycholog event. další specializovaní terapeuti), rodinným pečujícím, zajištění konziliární služby pro praktické lékaře i komunitní týmy. Jako optimální se jeví mezioborová centra (typu „memory clinic“), kde pracuje neurolog, psychiatr, geriatr a psycholog a která mají návaznost na pracoviště zobrazovacích metod, na laboratorní komplement, genetická pracoviště. Takováto centra by měla vznikat v rámci fakultních a jiných větších nemocnic.
 - strukturovaná síť pracovišť s definovanou péčí poskytovanou na jednotlivých úrovních
 - a. praktický lékař
 - b. ambulance specialisty (neurolog, psychiatr, geriatr, gerontopsychiatr)
 - c. geriatrické oddělení - možnost hospitalizace pacientů s kognitivní poruchou; jedná se o součást nemocnice (krajské či fakultní nemocnice), kde jsou řešeny složité akutní zdravotní situace pacientů s kognitivní poruchou (kteří například pro poruchy chování nemohou být hospitalizováni na jiném oddělení akutního typu.
 - d. nemocniční stacionář pro geriatrické pacienty včetně pacientů s demencí - jednodenní řešení akutní zdravotní problematiky těchto pacientů; jedná se o součást nemocnice (krajské či fakultní), stacionář reaguje na potřeby vyšetření či ošetření pacientů v průběhu jednoho dne komunitní služby
 - e. specializovaná zařízení pro tyto pacienty zdravotnického typu – jednotky rehabilitace a funkční evaluace; zajistit adekvátní rehabilitaci a doléčení, eventuálně zvládnutí poruch chování, zlepšení soběstačnosti prostřednictvím specializovaného přístupu. Zajistit komplexní funkční evaluaci stavu pacienta s demencí a

prostřednictvím multidisciplinárního týmu vypracovat komplexní plán péče eventuálně komplexní plán dlouhodobé péče.

- f. Služby domácí péče (komunitní péče), poskytované sestrami domácí péče .
- g. Specializovaná zařízení pro tyto pacienty v rámci systému dlouhodobé péče - zajistit kvalitní odbornou, přiměřenou a důstojnou péči lidem s demencí, kteří přechodně či trvale nemohou setrvat v domácím prostředí
- h. Kontaktní místa pro problematiku demence v obcích s přenesenou působností (koordinátoři) - možnost včasného záchytu demence v případě příznaků (s odesláním k dovyšetření na specializované pracoviště), podpora v případě zjištěné diagnózy, poradenství ohledně dalších možností podpory a péče, včetně funkčního ohodnocení s ohledem na příspěvek na péči (ve spolupráci s příslušným lékařem).

2. **Zlepšení kvality života pro pečující**

Cíl 4: Zvýšení podpory pro pečovatele

Podpora pečujících rodinných příslušníků zlepšuje kvalitu života lidí s demencí i pečujících a oddaluje institucionalizaci.

- Lidé s demencí í ve stadiu P-PA-IA 2 a 3 - možnost využít 3 týdny / rok respitního pobytu pacienta v zařízení (dlouhodobá péče)
- Pro pečující možnost konzultace, psychologické podpory a podpory svépomocné skupiny (organizují kontaktní místa)
- Lidé s demencí (zejména P-PA-IA 2) - možnost využít 2 dny týdně (hodiny/ týdně) pobyt v denním (jako respitní zařízení)
- Motivace k vytváření částečných pracovních úvazků, především ve prospěch pečujících rodinných příslušníků, cestou slevy na sociálním pojištění a zrušení minimální platby zdravotního pojištění.
- Analyzovat možnost zavedení pečovatelské dovolené v podmínkách ČR.

Cíl 5: Zajistit edukaci rodinných pečujících a asistentů sociální péče pečujících o osoby s Alzheimerovou chorobou a obdobnými onemocněními v ČR.

Opatření: Změnit legislativní znění zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách tak, aby bylo možné podmínit výplatu příspěvku na péči povinnou edukací pečující osoby v následujícím rozsahu:

- II. stupeň 1 den/rok,
- III. stupeň 2 dny/rok,
- IV. stupeň 3 dny/rok

3. Informovanost, prevence v rámci zdravotních služeb

Cíl 6: Poskytování informací, zvýšení povědomí široké veřejnosti o onemocnění, oddálení nástupu onemocnění včasnou a vhodnou prevencí, pomoc při včasné diagnostice onemocnění díky rozpoznání prvních příznaků, usnadnění praktických aspektů péče

- Informace o demenci u praktických lékařů –
Praktičtí lékaři mají nezastupitelnou úlohu v poskytování informací, v poradenství, v prevenci. Mohou provést základní screening demence, odeslat na specializované pracoviště k diagnostice syndromu demence a jeho příčin. Využití programů prevence, přípravy na stárnutí, edukace v této oblasti v činnostech všeobecných sester.
- Informace o demenci v rámci lékařské péče a v ní zejména prostřednictvím poradenství, konzultačních služeb a dalších služeb v oblasti včasného rozpoznávání nemoci.

4. Informovanost v rámci široké veřejnosti, etický přístup společnosti

Cíl 7: Zvýšit povědomí široké veřejnosti o onemocnění

Lepší informovanost vede k lepšímu vnímání lidí s demencí a jejich rodinných příslušníků, napomáhá destigmatizaci, integraci a předchází sociálnímu vyloučení

- Využití veřejnoprávních i dalších médií – pravidelně zařazované pořady zaměřené na problematiku demence, fyziologického i patologického stárnutí a dalších aspektů s tím souvisejících

Cíl 8: Podpora etických ohledů a etický přístup, výchova postojů ke stáří

Výchova ke stáří je nezbytným předpokladem k zajištění mezigenerační solidarity v naší stárnoucí společnosti.

- U předškolních a školních dětí součást výchovy a výuky ve školách a školkách.
- U mladých lidí před maturitou zážitková výchova

5. Vzdělávání

Cíl 9: Podpora a rozvoj vzdělávání pro profesionální pečující

- pro pracovníky ve zdravotnických službách - lékařští i nelékařští zdravotníci
- pro pracovníky v sociálních službách

Pregraduální výuka a výchova:

Příprava na zdravotnické profese – lékařství, ošetřovatelství – (SZŠ, VOŠ, bakalářské a magisterské studium na VŠ) musí obsahovat základy problematiky demencí, geriatric, sociální gerontologie

Příprava pro pečující profese sociálního typu - VOŠ a VŠ:

Výukový program sociální gerontologie a problematiky demencí pro vyšší odborné a vysoké školy se sociálním či zdravotně-sociálním zaměřením

Vytvoření rekvalifikačních programů zaměřených na zvýšení počtu profesionálů zejména pro pečující profese sociálního typu v letech 2012-2013, e-learningové či jiné studijní materiály pro udržitelnost těchto programů i po jejich ukončení

Postgraduální výchova:

Lékaři, všeobecné sestry, zdravotničtí asistenti:

Problematiku demencí, gerontologie a geriatric zahrnout do vzdělávacích programů všech nepediatrických postgraduálních oborů. U lékařských oborů, pečujících o pacienty trpící demencemi (neurologie, psychiatrie, geriatric) se jako vhodné jeví zavést společnou nástavbovou atestaci z oboru kognitivní medicíny.

Profese vyplývající z návrhu zákona o dlouhodobé péči:

Zevrubné praktické i teoretické vzdělávání o problematice demence

Pečující profese (tzv. pracovníci v přímé péči) – edukace v péči o pacienty s demencí

Cíl 10: Vzdělávání pracovníků ve školství a veřejném sektoru

Pedagogové na různých stupních školství (mateřské školy, základní školství, střední školy):

Základní informace o stárnutí a demenci

Správní, právní, obchodní, policejní, pedagogické a další studijní programy:

Základní výukový program sociální gerontologie a problematiky demencí – pro vyšší odborné a vysoké školy, jejichž absolventi budou jednat se širokou veřejností (včetně seniorské)

Základy problematiky demencí ze zdravotnického pohledu, geriatric minimum

6. Výzkum

Demence způsobují největší zátěž nemoci ve vyšším věku, je třeba, aby výzkum problematiky demencí odpovídal závažnosti této problematiky. Dostatečná podpora výzkumu v ČR je nutným předpokladem pro zapojení ČR do evropské spolupráce

- Cíl 11: Koordinované úsilí v oblasti výzkumu včetně využití již dostupných výsledků :
- výzkum základní zaměřený na možné mechanismy onemocnění
 - klinický výzkum
 - výzkum aplikovaný (zdravotnický, sociální, etický atd.)
 - výzkum translační (implementace změn v péči, službách a organizačních opatřeních)
 - longitudinální studie

- Cíl 12: Organizace epidemiologického dozoru a sledování:
- zajistit sběr validních epidemiologických dat (prevalence a incidence),
 - sběr dat pro statistické sledování počtu nemocných

 - longitudinální sledování souvislostí se zdravotním a sociálním systémem, se socioekonomickými faktory a dopady
 - podklady pro plánování zdravotních a sociálních služeb

- Cíl 13: Zapojení ČR do evropské spolupráce

Předložený návrh koncepce by měl být pro Vládu ČR a jednotlivé její rezorty podkladem pro vytvoření Národního plánu pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění, na jejím základě by měla být rozpracována zastřešující strategie a strategie jednotlivých rezortů s danými úkoly k dosažení cílů.

Literatura a texty:

Písemné prohlášení Evropského parlamentu 0080/2008 o prioritách při boji proti Alzheimerově chorobě⁶
 European Parliament resolution of 19 January 2011 on a European initiative on Alzheimer's disease and other dementias⁷
 Charta základních práv Evropské Unie, článek 35⁸
 Council Recommendation on measures to combat neurodegenerative diseases, in particular Alzheimer's, through joint programming of research activities⁹
 Communication from the Commission to the European Parliament and the Council on a European initiative on Alzheimer's disease and other dementias¹⁰
 Rezoluce Evropského parlamentu z 9. září 2010 o dlouhodobé péči o starší lidi¹¹
 Rezoluce Evropského parlamentu ze 7. Září 2010 o roli žen ve stárnoucí společnosti¹²
 Výsledky projektu EuroCoDe, European Collaboration on Dementia 2006-2008 financovaného DG Sanco
 World Alzheimer Report 2010, Alzheimer's Disease International, 21. Září 2010
 Pražská deklarace – závěry konference konané v rámci CZ PRES
 Organizace zdravotní péče pro chronicky nemocné, Doporučení Výboru ministrů Rady Evropy¹³
 Posílení účasti pacientů a patientských organizací na rozhodovacích procesech o zdravotní péči, Doporučení Výboru ministrů Rady Evropy¹⁴

Česká republika:

Doporučení Rady vlády pro seniory a stárnutí populace, červen 2010
 Usnesení vlády č 711
 Národní program přípravy na stárnutí
 Listina základních práv a svobod – článek 14, právo na volbu pobytu
 Předkládací zpráva zdůvodňující potřebu Plánu Alzheimer ČR, Rada vlády pro seniory a stárnutí populace (Holmerová I, Wija P)
 Návrh Věcného záměru zákona o dlouhodobé zdravotně sociální péči
 Zákon č. 372/ 2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)
 Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů
 Občanský zákoník
 Úmluva o lidských právech a biomedicině

Jiráček, R., Holmerová, I., Borzová, C. a kolektiv: *Demence a jiné poruchy paměti, Komunikace a každodenní péče*; Grada Publishing, a.s., Praha; 2009, ISBN 978 -80-247-2454-6

⁶ DC/744639CS.doc

⁷ P7_TA-PROV(2011)0016

⁸ OJ C 364, 18.12.2000, p.1

⁹ COM (2009)0379 final

¹⁰ COM (2009)0 380 final

¹¹ P7_TA(2010)0313

¹² P7_TA(2010)0306

¹³ R(98)11

¹⁴ R(2000)5

3 DEMENCE II



RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Demence – sekundární, symptomatické: rozdělení, projevy, vyšetřování, testy vyhledávací, screeningové, škály a testy a dotazníky diagnostické. Průběh léčba, dopady.



CÍLE KAPITOLY

- Podrobné informace o velké skupině onemocnění s různou etiologií (příčinou) s podobnými nebo různými projevy, modifikované jinými základními chorobami, které jsou příčinou sekundárních demencí. Vyšetření, stanovení diagnózy, léčba, důsledky a dopady.
- Podpůrné služby. Pečující.



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Demence sekundární(symptomatické), způsobené jinou nemocí, vaskulární,prionové, infekční, metabolické ,endokrinní,

3.1 Cíle kapitoly

3.1.1 VÝKLAD - DEMENCE SEKUNDÁRNÍ (SYMPTOMATICKÉ)

Demence jako syndrom chronického, progredujícího charakteru s širokou symptomatologií, závažného charakteru. Demence se dělí na dvě skupiny: 1. Demence-atroficko-degenerativní, o kterých jsme mluvili v minulé kapitole.

2. Symptomatické(sekundární) demence, které jsou způsobeny jiným onemocněním, na jehož podkladu se sekundární demence vyvíjí.

Do této skupiny patří také vaskulární demence, které jsou velmi častou příčinou onemocnění. Vznikají na podkladě mozkového infarktu. Ten je rizikovým faktorem. Demence vznikají většinou na podkladě ischemie (nedokrvení), na podkladě krvácení se rozvíjí méně často.

Rizikové faktory pro mozkové infarkty jsou v rodinné anamnéze, například cukrovka nebo vysoký tlak.

Obraz demence je fluktuující, různý podle rozsahu zasažené oblasti mozku.

Ostatní symptomatické demence:

1. Prionové-diagnóza se stanovuje z mozkomíšního moku, prion je patologický izonormní protein (bílkovina) s dlouhou inkubační dobou i 14 let a déle od expozice.
2. Demence při infekcích: demence při HIV/AIDS viru lidského imunodeficitu, léčení probíhá ve speciálních AIDS centrech.
 - Demence při 3. stádiu syfilis, původce *Treponema pallidum*, příznaky bývají velmi polymorfní, podobná jiným onemocněním, typické pro 3. st. je tabes dorsalis poruchy chůze, (viz. film s Petrem Čepkem, Petrolejové lampy).
 - Neuroborrelióza 3.st. Lymeské borreliózy, *Borrelia burgdorferi*, *afzelii* a *garrinii*, infekce vektorová-přenášena klíštětem *Ixodes ricinus*. Symptomy velmi variabilní, mění se v čase i intenzitě a mění se příznaky, Ve 3. stádiu je postiženo CNS záladné v diagnostice je, že nemusí být pozitivní nález v mozkomíšním moku.
3. Demence při nádorovém onemocnění-při ca plic, ca varlat, prsu tzv. paraneoplastické demence, které předchází karcinomu.

4. Alkoholická demence, u kterého dochází k poškození jater – alkoholická hepatopatie, postupně se demence a celkové zhoršování stavu, nedochází v játrech k detoxikaci a prohlubuje se demence a stav spěje k jaternímu kómatu.
5. Demence při normotenzním hydrocephalu-příčinou jsou úrazy, záněty, krvácení, pády, stavy po neurochirurgických operacích.
6. Demence při dědičných chorobách- -Wilson-porucha metabolismu mědi,
-Porfyrie-porucha syntézy hemu,
7. Demence při endokrinních onemocnění – hypoparatyreóza s hypoprodukcí parathormonu a hyperparatyreóza s nadprodukcí parathormonu (příštítná tělíska), cukrovka (DM)
8. Traumatické demence-fotbal-hlavičky, box, hokej, dle zasažené oblasti se dělí na ložiskovou nebo globální(celkovou).
9. Velmi časté, ale přehlížené jsou poruchy štítné žlázy ve směru hypo- nebo hypertyreózy. Hypotyreóza má až obraz demence- únava, apatie, bradypsychické projevy až po MCI (mírná kognitivní porucha) , dekoncentrace, hyper pak excitace , výbušnost, emoční labilita, jde o autoimunitní poruchu. Léčba možná, vratné onemocnění.
10. Vitamínové, iontové dysbalance, a tak bychom mohli pokračovat.

Na rozdíl od první skupiny, jsou sekundární demence některé léčitelné a klinický stav se upraví, ale ne u všech, např. alkoholová, uremická při selhání ledvin a další.

Je proto kladen důraz na řádně odebranou anamnézu a při vyšetření fyzikálním si všimnout i drobných změn, mnohé odhalí laboratorní diagnostika-dobře zvolená, a další diagnostické postupy. Stanovení diagnózy je zásadní pro další vývoj. Léčba je nasazena na základní onemocnění, sekundární demence může ustoupit částečně(zlepšení)nebo úplně.

Obecné principy v přístupu k pacientům s demencí:

K pacientům s demencí je třeba přistupovat trpělivě, trvale reflektovat jejich stav, toto je souhrn přístupu k této narůstající skupině seniorů:

- Dobré přijetí – postoj personálu musí být pozitivní a klidný, zájem o pacienta, znalost jeho stavu, přesto jej brát vážně.
- Respektování osobnosti nemocného – získat o pacientovi maximum informací z dřívějšího života a na jejich základě navázat, co nejlepší kontakt, přizpůsobit péči. Vidět v něm „zdravého pana profesora, ne nemocného dementního staríka“.

- Ocenění-člověk s demencí potřebuje být oceněn, mít stále svou hodnotu.
- Zdvořilost-v klidném duchu nevyčítat, nepoukazovat na nedostatky.
- Laskavost, nenaléhavost-nemusí rozumět obsahu, ale rozumí tónu sdělení.
- Podpora dobré nálady-vyhýbat se situacím, kde pacient může selhat, není-li pacient něčeho schopen, personál sdělí, že to není podstatné.
- Podpora paměti-s ohledem na kognitivní deficit používáme pomůcky na podporu a věnujeme se procvičování
- Pozornost-věnovat pacientovi pozornost i v rámci pohovoru s rodinou
- Nonverbální komunikace-v terminální či pozdní fázi pacient ztrácí schopnost mluvit, nonverbálně je možné komunikovat
- Fyzický kontakt-je to velmi individuální, potřeba znát návyky pacienta
- Podporovat úctu a důstojnost k nemocnému-oslovení, respekt k osobnosti, pacienti s demencí reagují na situaci
- Komunikovat jednoduše – není vhodné dávat výběr z možností, pacienti mají omezení zpracovávat informace.
- Věcnost-hovořit v oznamovacích větách, jasně formulovat.
- Odstranit šum-ne mnoho vjemů najednou
- Při rozhovoru hledět do obličeje-mluvit přiměřeně hlasitě
- Být názorný-ukázat předmět, o kterém se mluví
- Krátká sdělení-formulovat jasně, stručně, v jednoduchých větách
- Dost času-nespěchejte
- Umění porozumět-naučit se pochopit, co pacient říká, ukazuje
- Mírnit agitovanost-klid a stereotyp minimalizuje neklid a agitovanost
- Umět vyhodnotit signály-umět vyhodnotit potřeby pacienta, ale i umět pozorovat a vidět drobné změny, které mohou vést k rozvoji např. agitovanosti, agresivity.

- Dobrá komunikace s rodinnými pečujícími-nejvíc stížností a nedorozumění vychází ze špatné komunikace s příbuznými. Navíc pečující jsou sami pod tlakem a ve stresu! Jinak komunikace je obousměrná, rady pro pečující a informace o pacientovi, které jsou velmi cenné pro práci s ním.

Je vidno, že péče o pacienty s demencí potřebu vzdělaný, trpělivý a vyrovnaný personál.

V rámci hodnocení kvality pro pacienty s demencí je jeden bod, který se jmenuje

„**Mother test**“, znamená to, dala bych do tohoto zařízení svoji maminku?

3.1.2 ZÁVĚR

Obě kapitoly se zabývaly syndromem demence. Symptomatické (sekundární) demence mají mnohé příčiny a primárně se projevuje základní onemocnění. Z této velké skupiny je v popředí etiologie vaskulární, izolovaně, ale velmi často ve spojení např. s Alzheimerovou demencí jako demence smíšená.

Sekundární demence kladou nároky na znalosti lékařů a dobrou diagnostiku, aby byla nalezena příčina, tedy základní onemocnění a zahájena léčba. Ta spočívá v terapii základního onemocnění, kdy následně dojde k ústupu příznaků sekundární demence. V takovém případě je naděje na zlepšení stavu a u některých symptomatických demencí i vyléčení.

SHRnutí KAPITOLY



Skupina sekundárních demencí má původ v jiném nemoci, je složité dojít k diagnóze, ale pokud se podaří, v některých případech dochází léčbou k významnému zlepšení až vyléčení. Některé sekundární demence progredují a léčitelné nejsou. O tom je tato kapitola.

PŘÍPADOVÁ STUDIE



Můj příběh: Je mi 61 let, jsem žena a před 3 lety jsem byla na UZ vyšetření ultrazvuku štítné žlázy, nález byl hraniční, za 2 roky kontrola. Paní doktorka budoval novou ambulanci, tak se to trochu zdrželo.

Musím podotknout, že se s ničím zásadním neléčím, mám reflux žaludku, tak si občas vezmu omeprazol, ale víc se snažím jíst odlehčeně, bolí mě také některé velké klouby – artróza, a tak beru občas dle potřeby analgetika.

Poslední rok se mi zdálo, že přibírám i z vody a narůstala únava a velmi hluboký spánek, až extrémní. Jsem aktivní člověk a vždy plná elánu. Nadešla chvíle kontroly. UZ nedopadl dobře, štítnice je děravá, jak ementál. Počkáme na výsledky denzitometrii, jestli mám osteoporózu. Osteoporózu nemám, ale výsledky funkce štítné žlázy znamenají hypotyreózu. V době čekání na léčbu jsem se ale výrazně zhoršila, únava již byla, ale k tomu se přidala zapomnětlivost, pletla jsem slova, nemohla jsem se vyjádřit, začala jsem ztrácet rovnováhu na jedné noze, takže pády, slabost svalů rukou i nohou, nevykonnost, vznětlivost. Část jsem překonávala s vypětím sil. Konečně léky. A účinkují, pomalu začínám fungovat normálně. Nepadám, mohu se soustředit, paměť i slova se zlepšují, spím dobře, ne tak hluboce, slabost svalů jen zřídka. A to po týdnu nasazení terapie.

Nakonec, když symptomy ustupují si říkám, že mám štěstí, ale také z hlediska medicíny, prožila jsem demenci (sekundární, uzdravím se po srovnání hladin hormonů) a vrátím se snad ke 100%, ale teď už vím, jaké to je, když demence u někoho začíná a uvědomuje si změny a ví, kam to spěje.



LITERATURA

5. Kalvach Zdeněk a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*

4, Jirák Roman, Holmerová Iva a kol. *Demence a jiné poruchy paměti*

12. Jirák Roman, Laňková Jaroslava *Demence Doporučené postupy pro všeobecné lékaře*

Praha, 2007, ISBN 80-86998-xx-x

4 MÍRNÁ KOGNITIVNÍ PORUCHA, DELIRIA

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



Tématem je mírná kognitivní porucha, která v určitém procentu může přejít do demence a je třeba si všimnout změn klienta a poté i vyšetřit a sledovat u specialisty – psychiatra, geriatra, neurologa.

Delirium je nesourodá jednotka, která vzniká z mnoha příčin. Jde o poruchu funkcí mozku a dle příčiny se u pacientka manifestuje.

CÍLE KAPITOLY



Cílem je seznámit studenty s další nosologickou jednotkou a nespecifickou jednotkou upozornit je, jak se onemocnění projevuje.

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



MCI-mírná kognitivní porucha amnestická, MCI s poruchou jiné kognitivní funkce, Delirium ADL, MMSE.

4.1 Cíle kapitoly

4.1.1 VÝKLAD - MÍRNÁ KOGNITIVNÍ PORUCHA, DELIRIA

Lehké zapomínání se dříve bralo jako neškodná porucha stárnutí. Pohled se změnil. Dnes je považována v určitém procentu za předstupeň rozvoje demence. Jedná se o heterogenní klinickou jednotku. Pro diagnostiku této poruchy je důležité, že je porušena subjektivně i objektivně alespoň jedna kognitivní funkce. Ještě se nejedná o demenci, ale již to není normální stav.

U MCI dochází k poruše paměti – amnestická forma (16)

nebo dochází k objektivní poruše jiných kognitivních funkcí jako chápání řeči, plánování, prostorových funkcí- neamnestická forma.

U 2- 10% dojde v průběhu let k rozvoji demence.

Není zde porucha soběstačnosti a aktivit denních činností.

Pro nejasnosti příčin je stále studován stejně i progres do demence. Otázka je proč a zda léčit.

Rizikové faktory: rodinná anamnéza Alzheimerovy nemoci, genetická zátěž, rizikový-biomarker u beta amyloidu, strukturální biomarker na zobrazovacích metodách.

Faktora dle Petersena:

Vlastní vnímání zapomínání

Snížení kognitivních funkcí pod normu

Test Activity Daily Living ADL(aktivity denních funkcí – obslužnost) je v normě.

Vyšetření: neuropsychologické testy test kognitivních funkcí, MMSE je nedostačující Addenbrook(ACE) je považován za výpovědnější, je komplexnější.

Léčba: je diskutabilní, u rizikových pacientů (RA, genetická zátěž) se doporučuje vitamín E a donepezil.

Riziko compliance u pacientů s kognitivním deficitem, proto se doporučuje dispenzari-zace u specialisty na demence-psychiatr, resp gerontopsychiatr, geriatr, neurolog a sledovat, kontroly ve tříměsíčních intervalech.

Je třeba se pacientovi věnovat, aby nebyl ve stresu, jde o preventivní opatření. Důležitá je spolupráce s rodinou. Celková péče může oddálit progresi. Výhoda je, že tito pacienti žijí normální život v domácím prostředí. Rehabilitace a nefarmakologické přístupy jsou vhodné a potřebné.

Dojde-li k přechodu MCI do demence měli by být již všichni připraveni na spolupráci, později pro poskytování podpory.

Pro screening se používá MMSE, který není vždy vypovídající, screeningové testy jiné mohou být:

7minutový test:

Struktura sedmiminutového testu (dle 6)

1. Orientace

- orientace v pěti položkách (datum, měsíc, rok, den v týdnu, čas)
- test orientace v čase (Benton Temporal Orientation Test)

2. Paměť

- sémantická vizuální a sluchová paměť, 4 × 4 obrázky a jejich vybavení s nápovědou pro usnadnění ukládání a vybavení informace
- test vybavení s nápovědou (Enhanced Cued Recall Test)

3. Vizuospacielní funkce

- vizuálně-konstrukční schopnosti (zraková představivost, praxie) při kreslení hodin
- test kreslení hodin (Clock Drawing Test)

4. Řeč

- slovní plynulost – sémantické kategorie (vyjmenování zvířat v časovém limitu 1 minuty)
- test slovní plynulosti (Verbal Fluency Test)

Další test, který vznikl v Národním ústavu duševního zdraví v týmu pana docenta Bartoše, je TegTest, který je vhodný pro diagnostiku počínající Mírné kognitivní poruchy. Jde o gesta, vyjádření smyslových orgánů a přesný popis nového testu najdete na stránkách ústavu.

Stále více se objevují práce, které se zabývají včasným rozpoznáním této poruchy a možnostmi preventability přechodu do demence.

Prevence- Každodenní minimálně 30 minutový aktivní pohyb: rychlá chůze,

Stravovací návyky – omega mastné kyseliny, odlehčená strava

Aktivní program dne, kognitivní tréninky.

Postup při diagnostice:

Subjektivní potíže - Kognitivní deficit k normě věku, žádná demence, normální denní aktivity

= **MCI**

Porucha paměti?

ANO

NE

Amnestická MCI

Neamnestická MCI

Pouze porucha paměti?

Jediná neamnestická kognitivní porucha

Ano Ne

Ano Ne

Single Multiple

Single Multiple

Domain

Domain

K tomuto členění právě dospějeme na základě testování.(KS Brno)

DELIRIUM

(8) Je častá, nespecifická jednotka a jde o vážnou poruchu funkcí mozku. Možnost poškození mozku je mnoho a týká se všech věkových kategorií.

Vedle deliria existuje amence. **Amence** má pomalejší a mírnější průběh, ale může trvat déle.

Porucha funkce mozku : porucha vědomí

porucha emotivity

porucha pozornosti

porucha psychomotoriky

Porucha a její intenzita záleží na příčině, hraje roli i věk, stav organismu a celkový stav.

Příčiny: Infekce akutní i chronické- meningokokové sepsy, u starších lidí močový katetr, který se ucpe a několik hodin pacient zadržuje moč, tedy lokální infekce a mechanická překážka, kdy dojde k tzv. urosepsi (velmi časté zejména u mužů při hospitalizaci.).

Metabolické poruchy

Endokrinní příčina

Navozená léky

Nitrolební expanze, (u tumoru), pooperační

Traumata – krvácení

Léčba bolesti

Odvykací stav

Jedná se o nespecifickou reakci mozku na podnět. Při deliriu je pacient neklidný a může mít halucinace a bludy. Amence i delirium je projev psychózy, pacient může jednat tak, jak by nikdy za normálních okolností nejednal. Na amentní stav je amnézie na delirium částečně. Pozor na hypokinetická deliria, pacient je velmi klidný.

Pro léčbu je třeba řádně vyšetřit za účelem zjištění příčiny. Léčba probíhá podle zjištěné příčiny. Pro úspěch v případech, že je tento stav vratný, je důležitým faktorem čas. Ale z povahy příčin je třeba konstatovat, že ne vždy se nepříznivý stav podaří zvrátit.

4.1.2 ZÁVĚR

MCI může být neškodné, ale v 2-10% může pokračovat k rozvoji demence, hrají zde roli i rodinná anamnéze a genetická zátěž. Důležitý znak – je postižena pouze 1 kognitivní funkce. Každopádně je dobře pacienta dispenzarizovat.

Deliria mají mnoho příčin, které vedou k poruchám mozkových funkcí. Zjistit příčinu je nezbytné pro zahájení léčby.

Některé příčiny ale jsou nevratné, jedná se o závažný klinický stav.

SHRNUTÍ KAPITOLY



V této kapitole jsme se věnovali Mírné kognitivní poruše, kde hlavním znakem je porucha aspoň 1 kognitivní funkce. Zhruba v 2-10% může přejít do demence, proto musíme takové pacienty dispenzarizovat. Podle nejnovějších výzkumů je diagnostika MCI důležitá, včasným zásahem je možná preventabilita rozvoje syndromu demence. Stejně jako u demence se jedná o syndrom, který má etiologicky pestrý rejstřík.

Delirium je stav poruchy funkce mozku na základě různých příčin. Vyšetření a nalezení příčiny bez prodlevy je důležité pro léčbu i výsledek.

LITERATURA



6. *Kučerová Helena Psychiatrické minimum*

Praha, Grada 2013, ISBN 978-80-247-4733-0

8. *Lužný Jan Gerontopsychiatrie*

Praha, Triton, 2012, ISBN 978-80-7387-573-2

16. *Honzák František Mírná kognitivní porucha- víme již víc? Medicína pro praxi*

201411/2

17. *Sheardová Kateřina Mírná kognitivní porucha v praxi,*

Psychiatrie pro praxi, 2010,11(2)www.psychiatriepropraxi.cz

5 ZÁVISLOSTI – DROGOVÉ A JINÉ



RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Závislost - poslední z velké 4 geriatricko -gerontopsychiatrické – demence, deprese, deliria, **drogové a jiné závislosti**. Přehled, informace o řešení a co je nejčastější ve vyšším věku?



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Závislosti, alkohol, tabák, omamné látky, léky, gamblerství, počítačové hry. Abúzus, abstinence, delirantní stav, adiktologie, detoxifikace, detoxikace.

5.1 Cíle kapitoly

5.1.1 VÝKLAD - ZÁVISLOSTI NA DROGY A JINÉ

Souhrnný pojem, který bývá doplněn informací, co je předmětem: Alkohol

Tabák

Omamné látky

Léky

Gamblerství

Počítačové hry

Definice : Je to proces, nejde o daný chorobný stav, ale o postupné navyšování hodnoty návykové látky pro jedince na úkor ostatních hodnot a životních aktivit. Dlouhodobé braní návykové látky má komplexní dopady: fyzické, duševní, ekonomické, sociální.

Často ztráta pocitu lidské blízkosti (osamělost) může být nahrazena závislostí.

Pozadí tohoto děje je stále v popředí zájmu a studují jej vědci různých odborností.

Na nepřiměřené braní drog lze nahlížet i jako na pomalou sebevraždu. (Reflex38/18)

Diagnóza závislosti by se měla stanovit pouze tehdy, jestliže během posledního roku se objeví tři anebo více z následujících jevů:

- silná touha nebo pocit pokušení užívat látku
- potíže v kontrole užívání látky, pokud jde o začátek a ukončení anebo množství
- abstinenční příznaky= odvykací syndrom
- průkaz tolerance= navyšování vyšších a vyšších dávek
- postupné zanedbávání jiných potěšení ve prospěch užívání návykové látky
- pokračování užívání i přes jasný průkaz zjevně škodlivých následků –
 - práce, rodina, zdraví, finance

Somatická stránka – demence, deprese, cirhóza jater sociální vztahy sekundárně-morální – devastace osobnosti, krádeže, lhaní, výmluvy, nespolehlivost, zatajování. Vše se dřív nebo později dostaví. Typické je, že chybí náhled.

Není náhled: „mám to pod kontrolou“, „to zvládnou sám“, „přestanu, kdy budu chtít“.

ZÁVISLOSTI – DROGOVÉ A JINÉ

Každá věková skupina má jiné priority.

Senioři – alkohol, tabák, léky.

Produktivní věk – gamblerství, omamné látky, alkohol, tabák.

Děti a mladiství – počítačové hry, omamné látky, alkohol, tabák.

Velmi nebezpečné, že alkohol konzumují stále mladší děti, u mladistvých je stejná situace s drogami!!!

Závislost velmi snadno vzniká --- velmi těžko se odvyká.

Syndrom závislosti má i společné znaky:

- Detoxifikace-znamená léčení odvykacího stavu nejlépe v nemocnici, může být i dramatické, těžký klinický stav.
- (Detoxikace – je čištění organismu a nesouvisí se závislostí)

Léčba: Adiktologická, specializovaná:

Odvykací léčba ambulantní – má malý úspěch.

Odvykací léčba ústavní – režimové oddělení, je omezeno věkem do 60 let, úspěch léčby je také malý (pod 10%).

Léčení je dobrovolné a pacient je může přerušit, odejít. Opakovat je, hrazeno ze zdravotního pojištění?! Návrat do vlastního prostředí a abstinovat, je pro pacienty složité, ať se jedná o alkohol, kouření, drogy, léky či gamblerství.

Celoživotní abstinence je nutná!!

V rámci akutní fáze léčby dochází k abstinenčním příznakům (tělo reaguje na klesající hladinu látky, na kterou je závislé), což může být těžký klinický stav a patří na jednotku intenzivní péče. V další fázi po určité době dochází k odvykání ze závislosti, zlepšení fyzického stavu, zlepšení sekundárních důsledků.

Je vhodná dlouhodobá rehabilitace, resocializace a psychoterapeutická podpora po celou dobu.

Specifita ve stáří: více komorbidit (nemocí a léků) = zhoršení a modifikace klinických příznaků, snížení příjmu potravy. Příčinou vzniku je nejčastěji– osamělost, špatná životní situace, ztráta chuti do života, nemoc.

Velký význam má prevence.

(LN 9/14) – *Čeští senioři bojují stále častěji s alkoholismem a závislostmi na lécích-anxiolytika, hypnotika, analgetika.*

5-15% mužů seniorů závislost na alkoholu

25-55% žen má závislost na lécích proti bolesti

10-30% seniorů je závislých na lécích proti úzkosti- a depresím.

Má-li člověk závislost-má ji celý život. (6)

Jednotlivé návykové skupiny:

Drogy – stále větší problém, mladší lidí, nové chemické drogy.

- -marihuana, hašiš, kokain heroin, pervitin, extáze, LSD, lysohlávky, nové drogy
- - léky-efedrin, amfetamin, benzodiazepamin, barbituráty a některá analgetika
- technické látky-toluen, rozpouštědla

I po jednorázovém experimentu s drogou může propuknout akutní psychóza a může vyprovokovat i schizofrenii !!, jakožto celoživotní chorobu.

Gamblerství – patologické hráčství

Nejčastěji hrací automaty, u mladých počítačové hry, nadměrné sledování televize, karty, kostky.

Tyto činnosti mohou u některých jedinců vyvolat biochemické pochody, které způsobují pocity slasti a opojení, tak vzniká závislost.

Tabakismus, alkoholismus- závislost na tabáku a závislost na alkoholu je velmi častý návyk bez náhledu. Kouření a pití kávy nezpůsobuje po dlouhodobém užívání ani psychózu ani degradaci osobnosti na rozdíl od alkoholu (dlouhodobé užívání= abúzus).

Nicméně tabák i alkohol má vztah k vážným somatickým onemocněním.

Dosáhnout trvalé abstinence u všech druhů závislostí a pacienta resocializovat se daří přes všechny intervence v nízkém procentu.

Farmakologická intervence (antabus-lék, po kterém je po požití alkoholu zle, zvrací) je v případě odvykacích postupů v pozadí oproti nefarmakologickým, především psycho-terapeutickým, což je základ léčby. Odhalit příčinu a pomoc pacientovi se s touto situací vyrovnat a motivovat jej, je dobrá cesta, ale situace je mnohem složitější.

Režimová léčba: Denní, časový plán, ráno rozcvička, úklid si dělají sami, mají služby, mají jako na vojně funkce-např. vedoucí pokoje, píše deník, mají aktivity-rehabilitace pracovní, pohybové, arteterapie, to probíhá během dne. Dále psychoterapie individuální i skupinové. Volného času mají jen omezeně, hygiena a večerka. Vytváří skupiny, hodnotí psycholog, sestra, lékař, ale hodnotí se v určitých situacích i navzájem. Vytváření sociálních vazeb, zpětná vazba na děti.

Jednoduše závislost vzniká- složitě se jí zbavuje!!!

5.1.2 ZÁVĚR

Postoj pacientů k závislostem: Chybí náhled nemoci, nekritičnost.

Často se vyskytuje i takový postoj- ponižující je jakékoliv docházení do ambulance, už vůbec ne hospitalizace, jsme svobodní lidé. Když již se jdou léčit, mnozí se léčí neúspěšně opakovaně.

Pacient vyhledá pomoc, chce ji, přijde tam, kde ví, že provádí vyšetření a léčení, ale nechce spolupracovat.

O čem to svědčí? Vypovídá to o protichůdných emocích pacienta, nevyrovnanosti při závislosti nebo nevyrovnanosti osobnosti, proto je závislý. Mnoho otázek, které nemají uspokojivou odpověď. Můj názor je ten, že slabá vůle je dovede k závislosti (útěk od reality, neřešení problémů,) proto si těžko odvykají – mají slabou vůli. A vlastně, chtějí?

Společnost by měla vyvinout větší tlak, aby se tito lidé chtěli léčit.

5.1.3 DODATEK- NEDOBROVOLNÁ HOSPITALIZACE

Nedobrovolná hospitalizace

V souvislosti se zmiňovanou problematikou by bylo vhodné se zmínit o nedobrovolné hospitalizaci:

Řídí se Zákonem 372/2011 Sb. v platném znění, a je citlivým bodem zdravotnictví.

Nedobrovolná hospitalizace je možná pouze v případě, že:

1. Jedinec trpí nemocí, na kterou se vztahují zvláštní předpisy nařizující povinnou léčbu (infekční nemoci).

2. Jedinec trpí zjevně a aktuálně duševní poruchou nebo intoxikací a bezprostředně ohrožuje sebe a své okolí.

3, Není-li možné vzhledem k aktuálnímu zdravotnímu stavu jedince získat souhlas s hospitalizací a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně života a zdraví.

Povinnost zdravotnického zařízení je do 24hodin nahlásit každý případ nedobrovolné hospitalizace i okolnosti k tomu vedoucí, indikace hospitalizace, místně příslušnému soudu. Ten má povinnost se vyslovit věc lhůtě 7 dnů o přípustnosti takového nedobrovolného držení dané osoby ve zdravotnickém zařízení.

K ZAPAMATOVÁNÍ



Závislosti-alkoholismus, tabakismus, drogová závislost, léková závislost, gamblerství, abusus, abstinence, delirantní stav, adiktologie-obor zabývající se léčbou závislostí.



SHRNUTÍ KAPITOLY

Závislostí narůstá, co do počtu, tak do druhu. Mluví se o sociální dědičnosti, ale mnohdy začíná závislost nenápadně. Každopádně závažný celospolečenský problém, zdravotní hrozby (narkomani aplikující do žíly), sociální hrozba, ekonomicky náročná péče o tyto lidi.



LITERATURA

5 Kučerová Helena *Psychiatrické minimum*, Praha, Grada, 2013, ISBN 978- 80- 247-4733-0

8. Lužný Jan *Gerontopsychiatrie*

Praha, Triton, 2012, ISBN 978- 80- 7387-573-2

6 DEPRESE A ÚZKOSTNÉ PORUCHY

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



Dvě témata v této kapitole. Deprese je vážné onemocnění, kdy více jak 2 týdny jste smutný, pláčtivý a máte další příznaky bez somatické nebo psychické příčiny. Mnoho lidí a umělců na základě deprese ukončili život suicidiem (sebevraždou) přes léčbu a péči.

Úzkostné stav jsou fyziologické, když tato úzkost má příčinu. Pokud příčinu nemá, jde o patologický stav.

CÍLE KAPITOLY



Postupně se zabýváme jednotlivými nozologickými jednotkami, syndromy či symptomy, tentokrát Depresí a úzkostí, se kterými se mohou studenti při práci se seniory setkat.

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Deprese, úzkost, suicidium

6.1 Cíle kapitoly

6.1.1 VÝKLAD – DEPRESE A ÚZKOSTNÉ STAVY

DEPRESE

Deprese je častý a závažný fenomén, pokud smutek, apatie, nespavost, nechutenství trvají aspoň 14 dní, bez zjevné příčiny a předchozího výskytu, je třeba myslet na tuto diagnózu. Deprese je pokles nálady, rychlosti, psychomotorického tempo.

10-15 procent seniorů splňuje kritéria pro mírnou depresi, 1-4 procenta pro středně těžkou až těžkou depresi. Jen u jedné pětiny je deprese dobře diagnostikována i léčena. Na druhou stranu asi polovina seniorů má depresi nediodagnostikovanu, zbývající čtvrtina ji má špatně léčenou, uvádí J. Lužný ve své publikaci.(8)

Rizikové faktory pro rozvoj deprese u seniorů je dán sociálními faktory – ztráty, osamělost, faktory ekonomickými a v neposlední řadě jde o samotné stárnutí-biologický podklad. Ale rozvoj samotné deprese, nemusí být na tyto faktory vázán. V rámci stanovení diagnóz musíme vyloučit organické příčiny, jiné duševní poruchy nebo užívání psychoaktivních látek, vyloučit jiné somatické poruchy či farmakologicky navozený stav.

Další příznaky deprese, jako neschopnost se radovat, plačtivost, sebevražedné myšlenky, neschopnost se soustředit, změna chuti k jídlu, ranní pesimismus.

Deprese a somatický syndrom vedou ke změně hmotnosti, libida, k apatii.

Také ztráta blízkého, neštěstí v rodině apod. může způsobit silný smutek, ale nejedná se o depresi, ale vyrovnávání se se ztrátou.

Průběh deprese můžeme dělit na unipolární

– jen epizody,

-bipolární deprese se mění do opačné fáze,

-rekurentní – opakující se deprese.

Velmi závažnou komplikací je sklon k sebevraždám. U starších pacientů je 2x vyšší riziko.

Deprese u starších pacientů probíhá atypicky, proto u geriatrických pacientů vyšetřujeme po rozhovoru s pacientem vždy - geriatrickou škálu deprese.

Při vyšetřování je také potřeba vyloučit somatickou příčinu deprese.

Depresivní syndrom se vyskytuje až u 1/3 seniorů, v pobytových zařízeních až u 40 %.

10-15% mírná forma nemoci

1-4% středně těžká a těžká nemoc.

Pečující, kteří měli blízkou osobu s diagnózou Deprese a pacient se přes veškerou péči i terapii spáchal sebevraždu vypovídají, že nemáte možnost tomu zabránit, s touto myšlenkou žijí pacienti dlouhodobě.

Emotivita a motivace:

Soběstačnost a kvalita života seniorů je ovlivněna stavem emotivity a motivace. Deprese ve vyšším věku je jiná než deprese v mladším a středním věku a její problematika je ještě komplexnější. Velmi často probíhá skrytě, pacienti si na poruchu nálady nestěžují.

Deprese ve vyšším věku se může projevovat různými polymorfními somatickými příznaky, ale také ve vyšším věku většinu somatických onemocnění doprovázejí, výrazně zhoršují klinický obraz. Deprese se tak stává významnou komponentou téměř všech geriatrických syndromů. Velmi často doprovází syndrom demence, který může i maskovat.

Na poruchu motivace bychom měli u pacienta vyššího věku myslet, když má pacient zhoršené kognitivní funkce v části testů na tuto stránku zaměřené. Deprese se může někdy prezentovat jako demence, v tomto případě mluvíme o **pseudodemenci**. Pacientovi kognitivní funkce se jeví narušené, je zpomalený, nesoustředěný, selhává paměť, ale je orientovaný, má náhled na poruchy paměti. Obě poruchy mohou být i společně.

Deprese je nemoc na celý život. Nicméně ve vyšším věku lze odstranit alespoň některé vyvolávající momenty-osamělost, ztrátu motivace, sociální problémy. Psychoterapeutická a rehabilitační intervence patří do spektra péče ke stabilizaci stavu.

ÚZKOSTNÉ STAVY

Úzkostné stavy jsou často podceňovány. Úzkost lze dělit na fyziologickou a patologickou. Fyziologická úzkost je nespecifická reakce na pocit ohrožení. Patologická úzkost je reálný pocit ohrožení, vyvolávající situace však chybí.

Obecně stresová situace vyvolává buď boj nebo útek. Navíc je reakce doprovázená zvýšenou symptomatologií= orgánové symptomy úzkosti: Aktivace kardiovaskulárního systému, respiračního systému, zažívání a jiné+ projevy emočního neklidu, vnitřní třes, diskomfort, pocení apod.

Úzkost(anxieta), nejasný důvod x patologická fobie(strach) konkrétní pojmenována

- arachnofobie, klaustrofobie, ale je vyhocena

Diferenciální rozvaha: somatizace úzkosti x úzkost s klinickými příznaky: embolie, infarkt myokardu, nemožnost dýchat, hypoglykemie (snížení cukru v krvi). Jde o život ohrožující stavy! Somatizace znamená, že objektivně nenajdeme patologický nález.

Další příznaky jsou emoční, kognitivní, náhle vzniklá, neschopnost adekvátně zareagovat na situaci.

Prevalence (výskyt na 1000 obyvatel) úzkostných poruch s fobií je 2-14 %.

Komorbidity (úmrtí) nemocného s depresí je 10-30% !!! Nebagatelizovat !!

Fobie - konkrétní objekt/ situace vyvolá nepřiměřenou reakci./, něčeho se bojím.

Úzkosti se léčí psychoterapeuticky, různými rehabilitačními terapiemi, medikací. Mezi úzkosti patří i např. Diogenův syndrom = patologické hromadění věcí.

U seniorů je často akutní reakce na stres s neschopností přizpůsobení. Akutní stres se objeví do 1 hodiny. Porucha přizpůsobení se ukáže během 1 měsíce.

S depresí úzce souvisí sklon k suicidii (sebevraždě), proto zde zmínka o úmyslném zabít sebe sama. Jedná se o poruchu pudu sebezáchovy. Je to vždy patologický děj. U pacientů s těžkou formou deprese bývá důvod, „aby nebyli na obtíž.“ Ale může se jednat i o bludy, kdy se domnívá, že zasluhuje trest. Pozor na demonstrativní sebevraždu, člověk se ve skutečnosti nechce zabít, jen má nějaké požadavky, tak aby byly schváleny.

6.1.2 ZÁVĚR

Deprese není radno podceňovat, jedná se o chronickou závažnou nemoc, přes léčbu antidepressivy, psychoterapii, rehabilitaci, vyloučení somatických příčin. Deprese je dlouhodobě porucha nálady. Celoživotní nemoc.

Úzkostné stavy jsou z tohoto hlediska méně závažnou nemocí, mají však dopady jiné, somatické. Na základě stresu je dopad na srdce, plíce, žaludek a problémy se mohou tzv. somatizovat, pak hovoříme o úzkosti s klinickými projevy. Je třeba rozlišit psychickou úzkost se somatizací, kde patologie není prokázána. Fobie je vzhrocení úzkosti, strachu - z něčeho, např. z prostor klaustrofobie, z pavouků - arachnofobie.

Deprese a úzkostné stavy nepodceňujte a myslete, že projevy mohou být podobné závažným somatickým stavům. **K depresím patří až v 30 procentech sebevraždy!!!!**

U vyšších věkových skupin je možné, že demence maskuje depresi, mohou být vedle sebe a deprese je součástí téměř všech geriatrických syndromů.

SHRNUTÍ KAPITOLY



Deprese patří k závažným onemocněním s velkým sklonek k sebevraždě (suicidiu). Je důležité zaznamenat ten hluboký smutek, který nemocný člověk zná., je třeba vyšetřit a léčit, ani tak není jistota.

Úzkost je poměrně častá a jistě se každý setkal s reakcí na pavouka, pokud je to reakce se somatickými příznaky, můžeme hovořit o arachnofobii. Psychoterapeutická intervence je na místě.

LITERATURA



3. Holmerová Iva a kol.- *Geriatrické aspekty a kvality péče*

Praha, Grada ,ISBN 978- 80- 247-5439-0

6. Kučerová Helena *Psychiatrické minimum*

7 PSYCHÓZY, ORGANICKÝ SYNDROM



RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Psychotické poruchy ve stáří jsou skupina různorodá s bohatou etiologií. Psychotické poruchy, duševní poruchy, kdy je porušena integrita člověk.. Halucinace, bludy, inkoherentní myšlení. Organické poruchy.



CÍLE KAPITOLY

V rámci vhledu do základů gerontopsychiatrie, podat přehled o některých pojmech a dále o projevech psychotických a organických poruch ve stáří.



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Psychóza, halucinace, bludy, inkoherentní myšlení, slovní salát, organické poruchy.

7.1 Cíle kapitoly

7.1.1 VÝKLADOVÁ ČÁST

Psychotické poruchy v seniorské populaci jsou nesourodou skupinou s různou etiologií. Jedná se o duševních poruchy, které přešly s pacientem do stáří nebo onemocnění s novým výskytem.

Hlavním příznakem jsou porucha vnímání – halucinace nebo poruchy myšlení, čili bludy. Vyskytuje se i smíšená forma poruchy vnímání i myšlení, což má přesah do neadekvátního chování. (8)

Psychotické stavy ve stáří jsou projevem jiných duševních poruch (jako např. demence, delirium) nebo jsou relativně samostatnou jednotkou, Mohou souviset s atroficko-degenerativní demencí, ale není podmínkou.

Co je halucinace? Halucinace je porucha vnímání, dotyčný člověk vnímá něco, co neexistuje a je přesvědčen, že to existuje, že má pravdu. Halucinace je vždy projevem psychotického stavu. Halucinace dělíme na halucinace sluchové, kdy pacient slyší hlasy, špatná varianta je imperativní halucinace, která mu říká, co má udělat (zabít) Pacient je přesvědčen, že hlasy jsou skutečné, a že je slyší i ostatní. Halucinace zrakové, čichové či chuťové.

Blud : pacient je přesvědčen o něčem, co není pravda, co ve skutečnosti neexistuje a co se nestalo. Pacient si to nedá vymluvit, že to není možné, stojí si za svým. Blud ovládá pacientovu psychiku. Má také vliv na jeho chování, blud jej ovládá. Blud vzniká na patologické bázi. (6)

Halucinace a bludy se vyskytují spolu a propojují se. Halucinace – slyším hlasy, které chodí po mém bytě, jsou to sousedi, blud se rozvíjí, přišli nás vykrást, to není poprvé, chodí tady a kradou peníze. Je přesvědčen, že je to tak. Pokud budete oponovat i vy se dostanete do rozvětřující se sítě bludů. Tomu se říká paranoidní blud. Typů těchto bludů je několik, sebedoceňovaným je blud méněcennosti, jsou s náznakem deprese.

Pacient s psychotickým projevem může být nebezpečný a není v tomto stavu schopen být zodpovědný za své činy.

Jako profesionálové nebo i rodinní příslušníci, nikdy takovému pacientovi nevymlouvejte jeho názor-bludy, nehádejte se s ním. Pacient je v zajetí myšlenky, ta se mu neustále vtírá na mysl. Špatná varianta pokud v rámci svého bludu začne být agresivní na své blízké.

Blud může následovat a vzniknout z halucinace nebo mít souvislosti a vazby s patologicky změněnou částí osobnosti. Blud nemůže vzniknout u zdravého člověka.

Známkou psychotického stavu může také být inkohorentní myšlení, což je nesouvislé myšlení. Myšlení je rozjíždivé až zmatené, nakonec je z toho nesrozumitelný slovní salát.

Pozor poruchy řeči až k slovnímu salátu mohou být i u demencí, nespěst!

Akutní psychotické stavy ve stáří mohou propuknout po drobném impulzu zevního prostředí – i náhlá změna prostředí-hospitalizace = stres. Součástí klinického obrazu může být i emoční labilita, poruchy spánku, poruchy chování.

Pozdní schizofrenie může vzniknout v preseniu nebo seniu-má konzistentní klinický obraz-halucinace -ano, jedné kvality, snad i menší intenzita, bludy jsou, je myšlenková oploštělost.

Mezi další poruchy patří např. chorobná žárlivost či indukovaná psychóza, ale toto je již mimo rámec základů gerontopsychiatrie.

Léčba těchto duševních poruch je spíš v oblasti nefarmakologického přístupu s podporou rodiny a event. malou dávkou antipsychotik.

Organické duševní poruchy:

Tato skupina onemocnění, je způsobena následkem onemocnění (popřípadě systémovým), poškozením nebo poruchou funkce mozku, vždy musí být prokázána souvislost s poškozením mozku v čase a současně nejsou splněna kritéria pro jiné duševní onemocnění. Po odeznění příčiny může dojít ke zlepšení stavu. Příkladem je postkomoční nebo postencefalická změna osobnosti. Po pádu na hlavu dojde ke komoci(otřesu mozku) s bezvědomím poškození funkce mozku při kraniotraumatu – změna osobnosti s retrográdní amnézií-nepamatuje si, co se stalo, má bolest hlavy, únavu, emoční změny, může mít poruchy spánku, nesoustředěnost.

Postkomoční syndrom :poranění hlavy při pádu se vznikem komoce je velmi častým zraněním v dětském věku. U dospělých při sportu(cyklistika, zimní sporty). Chránit se je zásada číslo 1(kvalitní přilba).

Postencefalický syndrom: častou příčinou je klíšťová meningoencefalitida, jedna z infekcí, která má s přibývajícím věkem těžší průběh. Virové infekční onemocnění je přenášeno vektorem *Ixodes ricinus* , nakažení – příroda. V rámci prevence se doporučuje očkování.

7.1.2 ZÁVĚR

V rámci této kapitoly jsem hlavně chtěla ukázat dva projevy psychóz halucinace a bludy, které mohou být i pro okolí nebezpečné, jsou projevem psychóz a my jsme si ukázali, že se nemáme přít a hádat, že to není pravda, ale domluvit, v klidu a bez emocí. S těmito stavy se v rámci práce se seniory můžete setkat , proto jsem chtěla ukázat ,co je halucinace a co

blud. Organické poruchy jsou velmi variabilní, protože jejich příčina tkví v mechanismu úrazu nebo závisí na tíži onemocnění, vyskytují se napříč generacemi.

K ZAPAMATOVÁNÍ



Halucinace je porucha vnímání Bludy – porucha myšlení



SHRNUTÍ KAPITOLY

Psychotické projevy jsou různorodého charakteru i etiologie. Halucinace je porucha vnímání, bludy porucha myšlení, jsou vždy projevem psychózy.

Organické poruchy jsou vždy nasedající na nemoc či rozvíjející se po úraze, rozsah postižení a z toho plynoucí klinické příznaky, záleží na rozsahu a lokalitě postižení mozku. Nezapomínejte, že je důležitá prevence.



LITERATURA

8. Lužný Jan *Gerontopsychiatrie*

Praha, Triton, 2012, ISBN 978- 80- 7383- 573-2

6. Kučerová Helena *Psychiatrické minimum*

Praha, Grada, 2013, ISBN 978- 80- 247- 4733-0

8 PORUCHY SPÁNKU

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



Spánek a jeho význam a na opačném pólu poruchy spánku, které mají mnoho typů, mnoho příčin a mnoho podob. Za prvé je třeba pečlivě zjistit, zda jde o nespavost, jaká je kvalita spánku. Anamnesticky se zabývat dalšími chorobami pacienta, také zjistit jaké léky pacient bere, pro nespavost často vzniká závislost na hypnotikách, na druhé straně některé léky či látky nespavost způsobují. Příčin nespavosti je velké množství.

Dnes jako významná příčina poruch spánku je považována dechová apnoe.

Vzhledem k různým příčinám nespavosti nebo jiných poruch spánku je třeba provést pečlivé vyšetření a diferenciální diagnostiku, analýzu situace a s pacientem pracovat, úspěch je pomalý, pokud vůbec.

U seniorů je důležitá aktivizace přes den k lepšímu spánku.

CÍLE KAPITOLY



Seznámit studenty s poruchami spánku, častou příčinou nespavostí, resp. špatnou kvalitou spánku, a s nefarmakologickým přístupem k terapii.

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Parasomnie, somnambulismus, dyssomnie, EEG.

8.1 Cíle kapitoly

8.1.1 VÝKLAD - PORUCHY SPÁNKU

Spánek je obranný mechanismus organismu, jak si odpočinout, nabrat novou energii. Dnes se nedoporučuje spát dlouho, stačí někomu 6 hodin, někomu max. 8 hodin. Spánková hygiena jsou postupy, jak dospět nebo si udržet kvalitní spánek. Pokud vám budou snímat během spánku EEG, zjistíte, že odpočívá i náš mozek.

Poruchami spánku trpí nejméně šest procent dospělé populace. Klinické poruchy souvisí se snížením sociálního fungování. Ve stáří je tato porucha přítomna v šedesáti až sedmdesáti procentech. Téměř jedna třetina starších 75 let užívá pravidelně hypnotika, léky proti nespavosti, v pobytových zařízeních ještě mnohem víc. Spánek je jeden ze somatických projevů psychických poruch, je i prognostickým znakem, což znamená, že kvalita spánku odráží aktuální stav psychické poruchy.

- Syndrom spánkové apnoe je vyšetřován ve spánkových laboratořích. Je to soubor příznaků a chronických stavů, které vznikají na základě opakovaných apnoických pauz a/nebo hypopnoe během spánku. Dnes je již prokázáno, že je rizikovým faktorem např. pro cévní mozkové příhody. Vyšetření probíhá ve spánkové laboratoři, která podle typu stanoví i léčbu. Je řešen v rámci jiných odborností.
- Syndrom neklidných nohou – jedná se o časté neurologické onemocnění a představuje problém kvality spánku. Vyznačují se nutkáním pohybovat končetinami nepříjemnými pocity v lýtkách s maximem večer a v noci. Pohybem potíže zmizí.
- Stav zmatenosti spolu s dezorientací a agitovaností (neklidu) během spánku, např. po anestezii, při atrofii či vaskulárních změnách mozku, příčinou mohou být i zevní impulzy. Mohou být vratné, zejména po anestezii, po odstranění příčiny!

Při hledání příčin poruch spánku se vyšetřuje EEG – elektroencefalograf, provádí se neurologické vyšetření, psychiatrické, rozebere se psychická a sociální situace, NÚ léků a možné další příčiny nespavosti. Věkem se přirozeně zkracuje celková délka spánku, přibývá počet probuzení, prodlužuje se spánková latence, ubývá hlubokých fází.

Poruchy mají různý charakter:

Redukce množství hlubokých – REM fází spánku má vliv na snění, paměť a osvěžení.

Poruchy – dyssomnie-poruchy vyvolané vnitřními i vnějšími vlivy souvisejícími s cirkadiálním cyklem (vnitřní časový systém).

Parasomnie-somnambulismus, se vyznačuje nočními děsy a běsy.

Poruchy usínání, poruchy probouzení.

Poruchy mohou být spojené se somatickým onemocněním (hyperthyreóza), s duševními poruchami (demence), s neurologickými nemocemi (Parkinsonský syndrom). Diagnóza je složitá. Komplexní vyšetření je nutné.

Nezapomínat na farmakologicky navozenou nespavost-stimulantia, aktivizační antidepresiva, drogy!

Existují tzv. „short sleepers“.

Důsledná analýza, potřebná vyšetření a motivace pacienta je základ zlepšení kvality spánku. Poruchy jsou kvalitativního nebo kvantitativního charakteru.

Jako porucha spánku se hodnotí tehdy, trvá-li aspoň 3x týdně po dobu nejméně jednoho měsíce a vede k diskomfortu nebo narušení fungování v běžném životě.

Nutno říct, že spánek chce své rituály, které se zakládají od dětství. Pravidelnost je jeden z prvků. Mnohdy příčinou nespavosti jsme my sami. Které návyky zakládají na kvalitní spánek? Vyvětráno, žádné přejídání před spaním a žádné např. sportovní aktivity, které nás rozproudí. Pomalu se zklidňovat a připravovat se na usnutí. S přibývajícím věkem je hlava zatížena mnoha problémy a mnoho pacientů si stěžuje, že nemohou usnout nebo je starosti probudí před ránem. Mám dobré zkušenosti s dechovou meditací pro usnutí. Je to vlastní vůle, ale naučit se „odložit starosti“ na ráno, je možné. Autosugesce je vedle meditace druhá varianta.

Nadměrné pití zeleného čaje, kávy má také excitaci účinek na některé osoby, řešení je vynechat tyto tekutiny. Naopak na někoho může působit dobře horká koupel, fyzická únava. Meditační hudba.

Spoustu věcí je individuálních. Ale je společné, že nezáleží na příčině, sáhneme po lécích. Na hypnotika se však snadno vypěstuje závislost!

Nefarmakologické postupy patří do léčby poruch spánku, nezapomínejme.

Farmakologickou intervenci bych dala na druhé místo.

A ještě důležitá věc, senioři v noci nespí, ale může to být jen „nekvalitou spánku“, což nevnímají jako spánek, nebo tím, že přes den pospávají a nejsou aktivní. Proto je aktivizace během dne a přísun čerstvého vzduchu tak důležitá.

Podání hypnotik, zejména v seniorském věku je jistě možné, ale jen na krátkou dobu a hledat jiné alternativy. CAVE závislost na zolpidemu a CAVE odvykací stavy.

Ani benzodiazepiny nejsou ve stáří vhodné.

Lze vyzkoušet melatonin, sedativní antihistaminika (dithiaden), nebo některé byliny, ale pozor na interakce s pravidelně užívanými léky.

8.1.2 ZÁVĚR

Četnost výskytu poruch spánku jistě vede k úvaze, že je třeba se touto poruchou vážně zabývat. Chronické nevyspání má neblahý vliv na celkový výkon, není zdravý pro organismus a v neposlední řadě má vliv i na psychický stav.



K ZAPAMATOVÁNÍ

Nezapomeňte na spánkové rituály a vyzkoušejte dechovou meditaci.

SHRNUTÍ KAPITOLY



Spánkové poruchy souvisí s našim zdravím, příčinou je mnoho somatických nemocí, ale také mohou mít příčinu v našich myšlenkách, od kterých se neumíme oprostit, neumíme správně duševní hygienu, škodíme si některými návyky a léky ve smyslu závislosti pro nespavost i na druhé straně ,některé léky jsou excitační a způsobují nespavost. Je třeba rozebrat problém ze všech stran a možná i sami najdete příčinu. Nejdřív je ale třeba řádné klinické vyšetření, jak je v kapitole uvedeno.

LITERATURA



5.Kalvach Zdeněk a kol. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient

Praha, Grada, 2008, ISBN 978- 80- 247-2490- 4

8.Lužný Jan Gerontopsychiatrie

Praha, Triton, 2012, ISBN 978- 80- 7383- 573-2

9 NEFARMAKOLOGICKÉ PŘÍSTUPY V LÉČBĚ DUŠEVNÍCH PORUCH



RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Mezi nefarmakologické přístupy v léčbě duševních nemocí patří celá skupina terapeutických přístupů k pacientům, bez použití dalších léků. Základem je psychoterapeutický přístup. Klinická psychologie je obor diagnostický i terapeutický, velmi často v seniorském věku je třeba právě diagnostiky i terapie. Mluvíme o psychoterapii jako takové a dále o terapiích využívajících různé druhy vjemů a aktivit jako: muzikoterapie, arteterapie, dramaterapie, reminiscenční terapie, patří sem i kognitivní cvičení a další, o kterých je tato kapitola. Využití a variabilita je velká a efekt je prokazatelný.



CÍLE KAPITOLY

Student získá přehled o možnostech práce pomocí nefarmakologického přístupu s nemocnými popř. i zdravými seniory.



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Nefarmakologický přístup, klinická psychologie, psychoterapie, muzikoterapie, arteterapie, reminiscenční terapie, dramaterapie, zahradní terapie.

9.1 Cíle kapitoly

9.1.1 VÝKLAD - NEFARMAKOLOGICKÉ PŘÍSTUPY

Kromě klasické léčby nemocí se využívají u léčby duševních poruch taktéž nefarmakologické terapeutické postupy. Jak název napovídá, nejedná se o další medikamentózní léčbu, ale o různé druhy intervencí na psychoterapeutickém základě, jedná se o muzikoterapii, arteterapii, reminiscenční terapii, zahradní terapii, nácvik každodenních činností a patří sem i kognitivní trénink atd.

Klinická psychoterapie může dle potřeby provádět terapeutické intervence individuální, ve stacionáři se pracuje skupinově-tzv. skupinová terapie. Velmi těžko se se situací, nemocí vyrovnávají rodinní příslušníci, kteří jsou pečující osobou. V takovém případě lze využít pro jejich podporu rodinnou terapii.

Vše se děje na doporučení psychiatra, resp. gerontopsychiatra. Pacient je řádně vyšetřen a závěrem je event. doporučení na skupinovou terapii.

Po dobu, co pacient dochází na skupinový program ve stacionáři, je pravidelně kontrolován lékařem a v určitých časových intervalech se vyhodnocuje, zda je pacient stabilizován, zlepšen, zda má skupinová terapie efekt.

Program ve stacionáři je frakcionovaný. Musí se respektovat schopnost lidí na délku soustředění.

Protože se spíš jedná o seniory, velmi oblíbená je reminiscenční terapie-vzpomínková. Viděla jsem pokoje zařízené ve stylu 60.let, prohlížejí se fotografie slavných z minulého století (box ČALS) nebo se dají využít vlastní starší osobní fotografie. Předměty z těchto let a další předměty připomínající dobu mládí pacientů. Nad danými předměty se rozvíjí konverzace, předměty si prohlížíme opakovaně.

Právě muzikoterapie – léčba hudbou je často využívaná a oblíbená. Měli jsme zajímavou zkušenost. Muzikoterapeut pracoval s naší skupinou, byl to statný muž, kterého se pacienti v pokročilejší fázi AD báli, a navíc hrál na bubny. Zdravý člověk si to užíval (znala jsem jeho pořady), ale naše pacienty velmi znervózňeli a byli neklidní. Museli jsme najít jiného terapeuta. Muzikoterapie nám pomáhá pacienty aktivizovat, zapojit se. Vzpomněli si i na mnohé texty a pozitivně je to naladilo. Tato generace vždy zpívala.

Arteterapie je celá věda a může být i velmi významným diagnostickým nástrojem. Toho se dá dobře využít u dětí nebo pacientů, kteří se nedokážou otevřít a vy víte, že příčina je hluboko a pacient má mnoho zábran se vyjádřit, vypovídat. Tato část patří do rukou psychologa s arteterapeutem. U našich pacientů využíváme arteterapii kombinovanou se zlepšováním zručnosti, koordinace při drobné činnosti pomoci rukou.

Zejména pro muže s jinými duševními poruchami je zajímavá práce v dřevodělné dílně.

Velkou kapitolou jsou léčivé zahrady či zahrádky-zahradní terapie.

Nácvik každodenních činností, patří k pravidelným činnostem.

Samostatnou kapitolou je kognitivní trénink, ten můžeme cvičit již od 40 let, ale většinou začneme, když cítíme, že občas zapomínáme a není to ono. Profesionálně lze absolvovat kurz a být trenérem paměti I., II. nebo III. stupně. U trénování paměti je důležitá pravidelnost a opakování. V rámci tréninku jde o aktivizaci kognitivních složek, opakování pomocí různých forem technik, kvízů, doplňování.

Kromě terapeutických intervencí je každé ráno programování aktivit a orientace v čase, datu a prostoru.

Důležité je i programování aktivit-společně se vypracovává harmonogram dne i s orientací – v čase a prostoru – dne, měsíc, rok, místo.

Pro zlepšení psychického rozpoložení resp. zmírnění pocitu osamělosti se používají speciálně cvičení psi a kočky. Najít blízkou osobu, nebýt sám pomáhá právě canis a felis terapie nebo zkráceně pet terapie (speciálně cvičení psy a kočky) má velmi pozitivní vliv, zejména v pobytových zařízeních.

V pobytových zařízeních je důležitá také spirituální péče.

Z mé zkušenosti je velmi pozitivní terapií mezigenerační setkávání.

Existují další aktivizační terapie a všechny dohromady vycházejí z potřeb rehabilitace postižených oblastí pacientů a jsou doplňovány dalšími aktivizačními rehabilitačními léčebnými postupy. Rehabilitace v psychiatrii je široká a i terapie, zmiňované v této kapitole, zastřešuje název Léčebná rehabilitace.

Účelem je aktivizovat, udržovat nebo zlepšovat celkový stav, pacienti získají pocit užitečnosti, zlepšení sebepojetí, posílení kognitivních funkcí a podobně.

Vraťme se ještě ke kognitivnímu tréninku, má jednoznačně výsadní postavení a prolíná se doporučeními u různých syndromů, především u MCI nebo u demencí. Patří ale i do preventivních programů syndromu vyhoření a podobně.

Co je vlastně paměť?

Je to schopnost vštípit, uchovat a vybavit informace.

Vštípivost znamená schopnost přijmout novou informaci.

Uchování znamená informaci udržet v paměti a **výbavnost** znamená vybavit informaci z paměti.

Paměť dělíme na paměť **deklarativní** (informace vyjadřujeme slovy) a **nedeklarativní** (informace nejsou vyjádřeny slovy).

Deklarativní paměť se dále dělí na **sémantickou** (informace ve formě faktů, symbolů, slov) a paměť **epizodickou** (informace ve formě událostí, chronologicky).

Nedeklarativní paměť se dělí na **paměť procedurální** (pohybové informace, dovednosti a jiné) a **priming** (jedná se o nevědomé zapamatování) a **podmíněnou** paměť (podmíněná schopnost rozeznávat určité děje).

Podle délky se dělí na krátkodobou nebo-li pracovní paměť – vybavit si lze minuty.

Střednědobá paměť - vybavit informaci lze několik dní.

Dlouhodobá paměť - schopnost vybavit si informaci po dobu několika měsíců, let.

Poruchy paměti jsou kvalitativní a kvantitativní.

9.1.2 ZÁVĚR

Závěrem lze říct, že u pacientů s duševními poruchami je nefarmakologická intervence prospěšná, pomáhá k rychlejší stabilizaci a mnohdy k doléčení až vyléčení, a záleží na odbornících, aby jednotlivé metody byly správně sestaveny a pacienti dobře vybráni, pak jsou výsledky,

PŘÍPADOVÁ STUDIE



Příklad z praxe: AGE Centrum Olomouc, jsme nestátní zdravotnické zařízení – ambulance s rozšířenou péčí. Kromě psychiatrické ambulance, gerontopsychiatrické, klinické psychologie, psychoterapie a psychiatrického stacionáře s psychoterapeutickým programem a terénní psychiatrickou sestrou, máme ještě geriatrickou ambulanci a ambulanci medicíny dlouhodobé péče. V našem stacionáři probíhá každé dopoledne frakcionovaný psychoterapeutický program a naše skupina 10-12 lidí jsou pacienti s kognitivním deficitem. V dílci této kapitoly se ráno plánuje, orientuje v čase, trénuje se paměť, pravidelně se cvičí, 1x týdně máme arteterapii a 1x týdně muzikoterapii, připravuje se pítí a drobný nácvik každodenních domácích a sebeobslužných aktivit, využívá se reminiscenční terapie, cvičí se řeč. Pestrý program s viditelnými výsledky. Za dobu necelých 3 let jsme doprovodili až do terminální fáze demence, několik pacientů, prodloužili jsme pobyt v domácím prostředí nejméně o rok všem, kteří zde s námi pracovali. Práce nelehká, ale pozitivní výsledky přináší, což nás těší a pomáhá v práci. Taktéž velmi dobrá odezva na kvalitu naší práce je pro nás vzpruhou.

Obrázky- ze stacionáře



SHRNUTÍ KAPITOLY



Nefarmakologické přístupy v léčbě duševních onemocnění jsou velkým pomocníkem ve stabilizaci nebo i zlepšení psychicky nemocných pacientů. U některých lze urychlit návrat do normálního sociálního zázemí. Jde o rehabilitační postupy tak, jak je rehabilitace v rámci psychiatrie pojmána.

LITERATURA



Vlastní zkušenosti.

8.Lužný Jan Gerontopsychiatrie

Praha, Triton, 2012, ISBN 978- 80- 7383- 573-2

10 REHABILITACE, FARMAKOTERAPIE V GERIATRII



RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Rehabilitace, pokračování. Vedle různých terapií je další částí spadající pod zastřešující rehabilitaci také zdravotně-kompenzační cvičení, přizpůsobené možnostem seniorských pacientů. V druhé části budou informace o farmakoterapii ve stáří, problematiku užívání léků, nežádoucích účinků a interakcí, správné užívání léků. Na co si dát u seniorů při farmakoterapii pozor.

10.1 Cíle kapitoly

- cíle studia-celkový pohled do problematiky, jako podklad pro edukační práci
- odhad času potřebného ke studiu 2 hodiny
- stručné shrnutí předběžných znalostí,
- zdravotně-rehabilitační cvičení, farmakoterapie v geriatrii

10.1.1 VÝKLAD - REHABILITACE, FARMAKOTERAPIE V GERIATRII

Hovořili jsme o různých formách terapií (reminiscenční, arteterapie a jiných), kterým jsme se věnovali v kapitole psychologických intervencí, doplněním aktivizačních terapií je jednoznačně pohyb. Psychiatrickí pacienti jsou dosti zpozdlení, je to následek farmakoterapie. Ale zařadit pravidelné léčebně-rehabilitační cvičení je velmi prospěšné a je to třeba. Říká se, že z pohybových aktivit, je nejlepší tanec. Taneční terapie opravdu dokáže zaujmout i ty nejzatrželejší pacienty a „otevře“ je. Další možnosti jsou relaxační cvičení nebo jóga. Jóga má výbornou techniku dechu a držení těla, což oboje bychom měli zlepšit.

Z mého pohledu sportujeme, ale s věkem aktivního pohybu ubývá. A už vůbec si netroufnu tvrdit, že sportujeme pravidelně. Česká obec sokolská to měla dobře vymyšlené. Od dětí až po zralé muže a ženy se pravidelně cvičilo, dle možností jednotlivých kategorií, ale cvičilo. To nám chybí. Ta pravidelnost. Jedna z dnešních možných aktivit, kde se lze naučit, jak cvičit následně v domácím prostředí, je léčebně terapeutické cvičení, což je soubor cviků, kterými se zaměřujeme na jednotlivé oblasti pohybového systému, tím se zaměřujeme na zlepšení celkového stavu. Jde o jednoduché cviky, je třeba cvičit pravidelně, pak mají efekt. Vynikající a oblíbená mezi pacienty je taneční terapie. Dnes se také doporučuje pravidelná chůze s holemi, která posiluje muskulaturu (svalový korzet), je to výdej energie a trénink pro kardiovaskulární systém, dýchání a tím má vliv na celý organismus. Právě taneční terapie či chůze je velmi vhodná v rámci terapií duševních nemocí. Léčebně-rehabilitační cvičení by mělo být součástí všech terapeutických postupů v gerontopsychiatrii a geriatrii.

Musím konstatovat, že nechodíme dobře obuti, apelujte na své pacienty, klienty, že postava – postura začíná od obuvi, resp. až od prstů a plosky nohy. Kvalitní zpevňující boty ocení i ti méně pohybliví. Postura je velmi zásadní nejen pro chůzi a stání, ale i z psychologického hlediska. Jinak se cítí přivržená osoba a jinak se cítí vzpřímeně stojící člověk s hrdě vztyčenou hlavou.

Postura je náš postoj, tedy postava, ale drží ji svalový korzet kolem páteře.

Farmakoterapie v seniorském věku.

O léčbě, respektive o lécích, které lidé užívají je třeba hovořit, protože si představte, že ve věku nad 65 let, populace spotřebuje téměř třetinu všech léků. Udává se, že čtyři a více léků již mohou mezi s sebou reagovat, způsobovat nežádoucí účinky.

STOPP/START kritéria přesně definují vhodné a nevhodné léky a principy kombinací a dávkování léků u seniorů.

Polyfarmacie je užívání více léků, ale oprávněně.

Polypragmázie je užívání 4 a více léků +2 doplňky, ne racionálně, mnohdy se jedná o nadbytečné léky.

Je mnoho faktorů, které ovlivňují ve stáří účinek léků. Patří mezi ně i drobnosti, nelze otevřít krabička, nečitelný nápis, nelze vyloupnout z plata. Špatné polykání, vstřebávání, snížené funkce ledvin, střevo po operaci a další. Lék se vstřebá jen částečně a nemá účinek nebo se na druhé straně hromadí a nevyklučuje se. Člověk je poddávkován nebo předávkován. Když je lék špatně užívám, efekt je stejný, poddávkování/předávkování. V geriatрии je další problém, lék může být ve vyšším věku nevhodný, nejčastěji pro vedlejší nežádoucí účinky. Proto jsou vypracovány postupy, aby k těmto chybám nedocházelo. U seniorů platí, pokud nasazujete nový lék, musíte pomalu a postupně zvyšovat dávky, totéž v opačném pořadí, pokud léky vysazujete. Je třeba hlídat interakce léků, to znamená, že je člověk léčen 4 léky pro různá onemocnění a další specialista diagnostikuje další nemoc, správně by měl zkontrolovat, zda léky mezi s sebou neinterferují, neovlivňují se a nevyvolají nežádoucí účinky, než nasadí další lék. Na nežádoucí účinky léků je třeba myslet při každém neočekávaném zhoršení zdravotního stavu. K reakci může dojít do hodiny, během 24 hodin nebo dokonce od jednoho až do několika týdnů. Projevy jsou různé, proto je velmi těžké odhalit, že se jedná o důsledek užívání léků. Jsou známé nežádoucí účinky u sedativ či hypnotik, kdy dochází k pádům, po diureticích (odvodnění) snížení tlaku, ale ne vždy je to tak jasné.

V anglosaské literatuře se objevuje nový termín – „deprescribing“ - což se dá přeložit jako odepisování, ve smyslu ubírání léků, podle hesla „méně je více“, a to tak, že se vybírají nezbytné léky, a ostatní se snižují, resp. vysazují.

Naším cílem je bezpečnost a efektivnost pacienta při užívání léků s minimalizací možných nežádoucích účinků.

A neplatí to jen pro klasické léky, ale stejně dochází k interakcím s doplňky nebo bylinami. Vždy je potřeba při výčtu užívaných léků informovat i o doplňcích, bylinných čajích a vitamínech, prostě vše. Příklad za všechny-třezalka tečkovaná patří k bylinám, které s mnohými léky způsobuje komplikace. Nebo např. Ginkgo zvyšuje účinek Warfarinu.

Vždy se řádně o účincích i interakcích informujte.

Jak léky užívat je také důležité, některé léky nalačno, jiné po jídle, toto doporučení by měl pacient dostat od lékaře, kde není řečeno jak, pravděpodobně je možné obé. A zapíjet léky doporučuji výhradně vodou.

Farmakologická léčba duševních nemocí je první volbou, pokud je vedena dobře, pacient je motivován a léčba je doplněna nefarmakologickými postupy, je to jednoznačně pro pacienta velký profit. U farmakoterapie duševních onemocnění se používá výraz titrace, což znamená postupné navyšování množství léku na dávku, která zmírňuje potíže, ale příliš pacienta neutlumí.

V rámci odborné činnosti budete v kontaktu se seniory, z edukativních důvodů uvádím, čeho si všimát v souvislosti s farmakoterapií:

Zvýšená pozornost u seniorů:

1. Se změnou medikací-nežádoucí účinky nových léků, interakce.
2. Při užívání psychiatrických léků, které seniora utlumují. hrozí pády.
3. Při užívání antibiotik-dodržování režimu pro prevenci NÚ, event. sledovat pro možnost vzniku průjmů.
4. Při užívání opioidů-hrozí zácpa, nauzea, zvracení.
5. Tam, kde byly zaznamenány komplikace, alergie apod.
6. U křehkých seniorů, nad 85 let, malnutrice. Slabé zdraví.

Součástí je i sledování, zda je senior schopen léky užít per os(ústí), udržet lék v žaludku. U dementních pacientů je třeba po polknutí prohlédnout dutinu ústní, aby nedošlo k aspiraci (vdechnutí). Důležité je sledovat tělesné a psychické projevy závislosti.

Z vedlejších účinků můžeme nejčastěji pozorovat: změny krevního tlaku, změna psychického stavu, zhoršení kognitivních funkcí, změny ve vylučování moči, změny ve vylučování stolice, zvracení, kašel, poruchy vědomí, třes, instabilita s pády, hypotermie, krvácivé projevy, zažívací potíže.

Všechny i nejmenší změny je třeba sledovat, zapisovat do dokumentace s datem a časem a v neposlední řadě oznámit zdravotnickým pracovníkům, resp. lékaři.

Užívání léků patří k jedné z nejrizikovějších činností v rámci zdravotní péče. Geriatřičtí pacienti většinou s polymorbiditou a s tím související polyfarmakoterapií a psychiatřičtí pacienti užívající antipsychotika, jsou skupina, kde dohled na správnost a pravidelnost předepsané medikace je nutná. Zvláště u psychotických pacientů vysazení terapie může mít až

fatální účinky. I tady reforma psychiatrické péče počítá s dohledem v terénu pomocí odborníků-terénních psychiatrických sester a Center duševního zdraví, kteří budou mít přehled a dohled nad těmito pacienty.

10.1.2 ZÁVĚR

Myslete na to, že je potřeba se vždy o účincích léků i o možných interakcích informovat. Pacient by měl vědět, jaké má léky a proč je užívá. Na druhé straně, by měl dodržovat předepsané dávkování léků a dodržovat intervaly. A dodržovat doporučení ohledně léčebných režimů.

SHRNUTÍ KAPITOLY



Kapitola o šíří rehabilitace, o významu pohybu, pravidelného pohybu a držení těla – postury. Mobilní anebo imobilní pacient je pro péči i pro život samotného nemocného velký rozdíl. V praxi se seniory pravidelně cvičte nebo tančete! Dále jsme řešili závažné téma – farmakoterapie v seniorském věku, co sledovat, na co se zaměřit, co se doporučuje a co není vhodné, ba dokonce co se zakázané.

Užívání léků a práce s nimi ve zdravotnických zařízeních patří k nejrizikovějším lidským činnostem. Ročně u nás dle statistik na následky chyb souvisejících s užíváním léků umírá i několik desítek pacientů. Je to však nepřesné číslo, protože daleko víc případů se do souvislosti s užíváním léků vůbec nedá.

LITERATURA



7. Levitová Andrea, Hošková Blanka *Zdravotně – kompenzační cvičení*

Praha, Grada 978-80- 247-4836-8

10. Zrubáková Katarína a kol. *Farmakoterapie v geriatrii*

Praha, Grada, 2016, ISBN 978-80-247-5229-7

11 TESTY, ŠKÁLY, DOTAZNÍKY



RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Psychiatrie, geriatrie, klinická psychologie využívá k odhalení nebo upřesnění diagnostiky potíží pacienta testování. Zde je přehled nejpoužívanějších.

V geriatrii je, hodnocení pacienta komplexní na základě syndromů, o kterých byla řeč v kapitole 1. Pacient je vyšetřen po všech stránkách, jak somaticky, duševně, tak je zkoumáno sociální prostředí a zázemí, diagnostické vyšetření kognitivního deficitu, deprese a jiných příznaků se překrývá s gerontopsychiatrií a při prvotním záchytu kognitivního deficitu nebo jiné duševní poruchy dochází k úzké spolupráci, kdy geriatr pacienta vyšetří, provede laboratorní a popř. zobrazovací vyšetření. Se zprávou o zjištěních, po stránce somatické vyšetřený pacient, je předán do péče psychiatrovi, resp. gerontopsychiatrovi. Ten provede podrobné psychiatrické vyšetření U některých příznaků, kognitivních funkcí, obslužnosti, podezření na depresi, atd., je třeba objektivizovat údaje získané od pacienta, a k tomu se používají testy, škály a dotazníky. Budou zde ukázány a okomentovány.



CÍLE KAPITOLY

Završení teoretických znalostí a doplnění o testování, např. u AD, ukázka používaných testů v diagnostice duševních poruch .



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Testování, škálování, dotazníky

11.1 Cíle kapitol

11.1.1 VÝKLAD-- TESTY, ŠKÁLY, DOTAZNÍKY

Testy a škály nám pomáhají při stanovování tíže onemocnění, progresi, stupni soběstačnosti, ale některé testy ukazují i na etiologii nebo rizika pro danou nemoc.

Existuje velké množství různých modifikací testů a škál, které jsou hojně využívány v ambulancích, nemocnicích, některé v pobytových sociálních službách, při přijetí do zařízení jsou používány screeningové testy. Speciální testy využívají psychiatři, psychologové, geriatři. Slouží mnohdy k určení, zda nemoc začíná, v jakém je stádiu, dochází-li k progresi nemoci. Jindy v rámci rozlišení původu onemocnění. Používá se k vyjádření tíže nejen kognitivních funkcí, ale i jiných symptomů, jako deprese, bolest, nutriční parametry, mobilita. Sledují se rizika. Můžeme srovnávat v čase, po léčbě, po jiné nemoci.

Zde jsou uvedeny nejpoužívanější:

MiniMental State Examination (MMSE)

Kognitivní funkce hodnotíme orientačně, jako screening, tam můžeme použít MMSE test. Tento test má 30 položek, je rychlý, jednoduchý, každá úloha je hodnocena 1 bodem, Maximální počet bodů je 30. Využívá se při indikaci léčby demencí.

Hodnotí: Orientaci, recentní paměť, pozornost a počítání, novopaměť a výbavnost, pojmenování předložených věcí, opakování instrukce, splnění třístupňové instrukce, čtení, psaní, splnění zapsané instrukce, obkreslení předloženého geometrického útvaru. Do 27 je nález normální. Test se používá, ale jeho nevýhodou je, že je licencován.

Test kreslení hodin (obr.1)

Test hodin hodnotí vedle kognitivních funkcí také složku výkonnostní – exekutivní. Je dobrým doplňkem MMSE.

Hatchinského ischemické skóre(obr.2)

Tento test pomáhá odlišit demenci Alzheimerova typu a demenci vaskulární.

13 otázek je ohodnoceno 1 nebo 2 body, Výsledek 7 a více kladných odpovědí, znamená pravděpodobně vaskulární demenci.

Adenbrook Cocnitive Examination- ACE

Je komplexnější a citlivější oproti MMSE. Je časově a organizačně složitější, využití u schopných lidí, pro které je MMSE jednoduchý a umí „maskovat“ svůj deficit ,také se využívá při podezření na MCI pro svou citlivost.

TESTY, ŠKÁLY, DOTAZNÍKY

Montreal Cognitive Assessment-Moca test(obr. 3)

I tento test je komplexní, ale také časově i organizačně náročnější.

POBAV(obr.4)

12 obrázků napište pojmenování, otočíte a napíšete, kolik slov si vybavíte za jednu minutu.

Norma 6-8 slov v časovém limitu. Test vyvinuli a odzkoušeli v Národním ústavu duševního zdraví.

Základní test denních činností (ADL dle Barthelov) a (IADL), rozšířený test. (obr.5)

U každé otázky jsou tři odpovědi - Udělá sám

Udělá s pomocí

Neudělá

Podle odpovědí vyhodnotíme stav soběstačnosti, resp. závislosti, čím méně bodů, tím vyšší závislost.

Test mobility-Stand up and go(obr9), kdy se měří čas provedení a test mobility (obr10)

Škála deprese(obr.6)

U pacientů, kde je podezření na depresi, vyšetřujeme tuto škálu, kde podle odpovědí o svém rozpoložení, hodnotíme, zda je pacient depresivní ,0 -5 je norma(obr6)

Na geriatriích a gerontopsychiatrických odděleních by měli pravidelně vyhodnocovat:

Rizika pádů-pády jsou pro geriatrické pacienty závažná komplikace, mnohdy fatální. Při vyšetřování pacienta v geriatrii ptáme se, kolikrát za poslední dobu pacient spadl a stanovujeme riziko pádu a vyšetřujeme důvod, který se snažíme odstranit.

Nutriční dotazník-u geriatrických pacientů se vyskytují často poruchy příjmu potravy, takže sledování nutriční a pitného režimu má význam (obr7)

U pacientů s pokročilou demencí se používá stupnice měření bolesti(obr8), u ostatních je dotazník bolesti. U pacientů s pokročilou demencí je velmi obtížné zjistit příčinu neklidu, který může progredovat do delirantního stavu či do agresivity.

Dotazníky, testy a škály se opakovaně v intervalech opakují, není-li změna stavu, pak obvykle po 3 měsících. Porovnává se stav pacienta, progresse nemoci, zlepšení při terapii.

Obrazová část.

11.1.2 ZÁVĚR

Geriatricí a zvláště gerontopsychiatricí pacienti potřebují klid, čas a empatii, pokud navážete kontakt testování je bez problému, nezapomeňte, že se nevydrží dlouho soustředit a rychle se unaví. Při podezření na kognitivní deficit se vyšetřuje v tříměsíčních intervalech. Rodiny doma trénují s pacienty, proto je pro objektivní vyšetření potřeba měnit slova pro opakování, zadat zakreslení jiného času.

Testy se dají kombinovat podle typu kognitivního deficitu, resp. typu demence nebo potřeb, proč testujeme.

Seznam testů – viz 12. kapitola

Test hodin

Jedním z poměrně jednoduchých nástrojů k diagnostice onemocnění je tzv. **Test hodin**.

Je v tom, že pacient dostane zadání nakreslit hodiny a současně zobrazit určený čas, např. čtrnáct hodin.

Pokud jsou hodiny nakresleny do kruhu, číslice tam, kde mají být a hodinové ručičky zobrazují správný čas, je vše v pořádku.

Pokud se nedaří nakreslit kruh, v kruhu jsou „rozházená“ čísla nebo ručičky hodin nejsou nastaveny správně, anebo jsou v testu zastoupeny všechny nedostatky, je velká pravděpodobnost, že autor takto nakreslených hodin je nemocný.

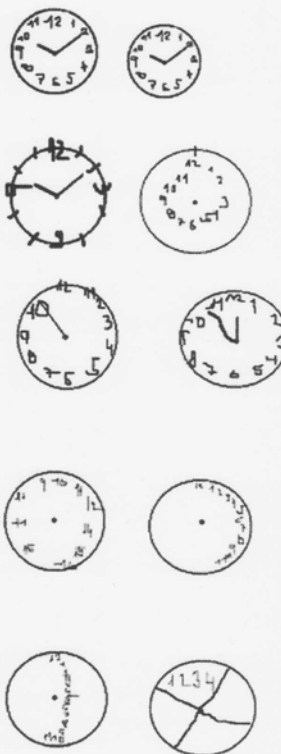
Lze i odhadnout, v jaké fázi onemocnění se pacient při kreslení hodin nachází a jak nemoc postupuje, což poznáme z dalších testů, provedených po určitém časovém období.

Níže jsou uvedeny příklady pacientů, kteří test hodin kreslili.

Skóre Popis

Příklady

1. **Bezchybné provedení**
-čísllice 1-12 ve správném pořadí i místě
-dvě ručičky ve správné poloze
2. **Lehká prostorová chyba ciferníku hodin**
-vzdálenost mezi číslicemi nerovnoměrně
-čísllice mimo kruh
-otočení papíru s otočením číslic
-použití pomocných čar pro lepší orientaci
3. **Chybné zaznamenávání času, zachované prostorové uspořádání hodin**
-pouze jedna ručička
-čas zaznamenán slovně "10 hodin 10 minut"
-čas vůbec nezaznamenán
4. **Střední stupeň prostorové dezorientace, takže zaznamenávání času není možné**
-nepravidelné mezery
-zapomenutí čísel
-perseverace: opakování kruhu, číslice na jednu stranu od 12
-záměna pravý - levý (čísllice proti směru)
-dysgrafie - chybějící čitelné číslice
5. **Těžká prostorová dezorientace**
-jako u skóre 4, ale silněji vyjádřeno



Jméno pacienta

Datum vyšetření

Příloha 4

ISCHEMICKÉ SKÓRE PODLE HACHINSKÉHO

Klinický příznak	Bodové skóre
1. Náhlý začátek	2
2. Postupující deteriorace kognitivních schopností	1
3. Fluktuující průběh	2
4. Noční zmatenost	1
5. Relativně zachovalá osobnost	1
6. Deprese	1
7. Somatické potíže	1
8. Emoční labilita	1
9. Hypertenze v anamnéze či v současnosti	1
10. Cévní mozková příhoda v anamnéze	2
11. Jiné známky (extracerebrální) aterosklerózy	1
12. Ložiskové neurologické příznaky (motorické, fatické)	2
13. Ložiskový neurologický nález (patol. reflexy, hemianopsie)	2
Celkové skóre	<input type="text"/>

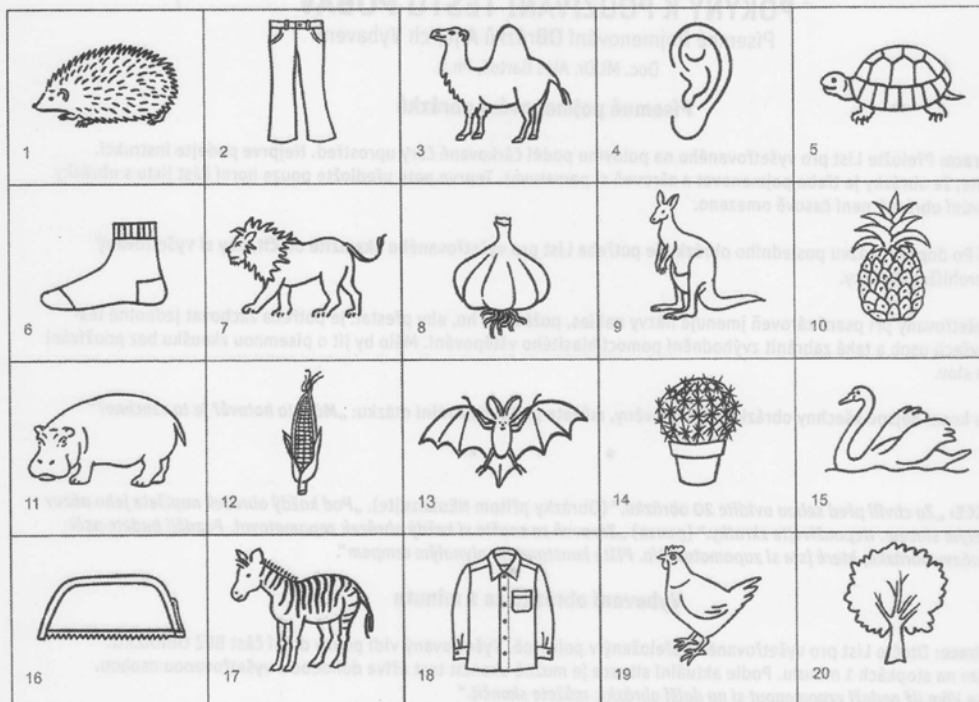
Hodnocení:

0-4 body	pravděpodobně jde o Alzheimerovu demenci
5-6 bodů	nediskriminující skóre, může jít o smíšenou demenci
7 a více bodů	pravděpodobně jde o demenci vaskulárního typu

Podle: Doc. MUDr. Eva Topinková, CSc.: Jak správně a včas diagnostikovat demenci, UCB Pharma, Praha, 1999

Test POBAV

Verze A



Zde přeložte na polovinu

Pořadí	Obrázek ↓	Číslo obr.	Pořadí	Obrázek ↓	Číslo obr.
1.			11.		
2.			12.		
3.			13.		
4.			14.		
5.			15.		
6.			16.		
7.			17.		
8.			18.		
9.			19.		
10.			20.		

Nevypňujte – tabulka pro hodnotitele

1. Pojmenované (zapište počet obrázků):

• chybně: • vůbec:

počet CHYB v pojmenování celkem:

orientační norma ≤ 1

A) mezi chyby počítáme: špatný, zkomolený nebo nadřazený pojem (např. cibule, kabát, uch, nosonožec, oblečení)

B) jako správné počítáme: také podobný název, zdvojnásobení nebo podřazený pojem (např. slepička, lípa)

2. Vybavené celkem:

A) ponechává se:

• pojmenovaný špatně a vybavený stejně nebo správně (např. prase – prase nebo prase – hroch)

• nepojmenovaný a přesto vybavený (např. O – hroch)

B) odečítá se:

• neexistující (konfabulace): -

• opakující se (počítá se jako jeden): -

počet SPRÁVNĚ vybavených obrázků (po odečtu chyb):

orientační norma ≥ 7

Příjmení a jméno:

Dnešní datum:

Datum narození:Věk:.....let

CELKOVÝ počet let vzdělání:let



Doc. Bartoš ©, záznamový arch k písemnému POBAV, 2017 www.nudz.cz/adcentrum



2

**Barthelův test základních všedních činností
(ADL – Activities of Daily Living)**

Jméno pacienta:

Datum narození pacienta (věk):

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre*
1.	Příjem potravy a tekutin	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 moči	plně inkontinentní	10
		občas inkontinentní	5
		trvale inkontinentní	0
6.	Kontinence stolice	plně inkontinentní	10
		občas inkontinentní	5
		trvale inkontinentní	0
7.	Použití WC	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
8.	Přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
		s malou pomocí	10
		vydrží 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
Celkem			

Hodnocení stupně závislosti: **

ADL 4 0 – 40 bodů **vysoce závislý**
 ADL 3 45 – 60 bodů **závislost středního stupně**
 ADL 2 65 – 95 bodů **lehká závislost**
 ADL 1 96 – 100 bodů **nezávislý**

* zaškrtněte jednu z možností

Jméno pacienta

Datum vyšetření

Příloha 3

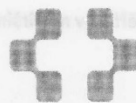
ŠKÁLA DEPRESE PRO GERIATRICKÉ PACIENTY

Otázky:	
1. Jste v podstatě spokojený(-á) se svým životem?	ano/NE
2. vzdal(-á) jste se v poslední době mnoha činností a zájmů?	ANO/ne
3. Máte pocit, že váš život je prázdný?	ANO/ne
4. Nudíte se často?	ANO/ne
5. Máte většinou dobrou náladu?	ano/NE
6. Obáváte se, že se vám přihodí něco zlého?	ANO/ne
7. Cítíte se převážně šťastný(-á)?	ano/NE
8. Cítíte se často bezmocný(-á)?	ANO/ne
9. Vysecáváte raději doma, než byste šel(šla) mezi lidi a seznamoval(a) se s novými věcmi?	ANO/ne
10. Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí než vaši vrstevníci?	ANO/ne
11. Myslíte si, že je krásné žít?	ano/NE
12. Napadá vás někdy, že váš život nestojí za nic?	ANO/ne
13. Cítíte se plný(-á) elánu a energie?	ano/NE
14. Máte pocit, že vaše situace je beznadějná?	ANO/ne
15. Myslíte si, že většina lidí je na tom lépe než vy?	ANO/ne

Hodnocení: Za každou odpověď výtiskem velkými písmeny
započítejte 1 bod

0-5 bodů: normální stáří bez deprese
6-10 bodů: mírná deprese
nad 10 bodů: manifestní deprese vyžadující podrobné
vyšetření

Podle: Doc. MUDr. Eva Topinková, CSc.: Jak správně a včas diagnostikovat demenci,
UCB Pharma, Praha, 1999



AGE*
CENTRUM

NUTRIČNÍ DOTAZNÍK

Jméno :

Věk:

Váha (kg):

Výška (cm):

A. Snížil se příjem potravy u pacienta za uplynulé 3 měsíce vlivem nechutenství, zažívacích problémů, včetně potíží se žvýkáním nebo polykáním?

- 0 – výrazné snížení příjmu potravy
- 1 – mírné snížení příjmu potravy
- 2 – žádné snížení příjmu potravy

B. Úbytek váhy za poslední 3 měsíce

- 0 – úbytek váhy větší než 3 kg
- 1 – neví
- 2 – úbytek váhy mezi 1 a 3 kg
- 3 – žádný úbytek váhy

C. Mobilita

- 0 – upoutaný na lůžko nebo invalidní vozík – imobilní
- 1 – schopen vstát z lůžka/invalid. vozíku, chůze pouze s dopomocí
- 2 – samostatná chůze bez omezení

D. Trpěl pacient během uplynulých 3 měsíců psychickým stresem nebo závažným onemocněním?

- 0 – ano
- 2 – ne

E. Neuropsychické poruchy nebo obtíže

- 0 – vážná demence nebo deprese
- 1 – mírná demence
- 2 – žádné psychické problémy

Škála PAINAD

Stupnice pro měření bolesti u pokročilé demence

	0	1	2	Počet bodů
dýchání	normální	Občas namáhavé Krátké období hyperventilace	Hlučné, ztižené Dlouhé období hypoventilace Cheyneovo-Stokesovo dýchání	
bolestivá řeč	žádná	Občasný stén nebo záupnění Negativní, nebo odmítavá řeč	Opakované utrápené volání Hlasité sténání Úpění nebo pláč	
výraz obličeje	neutrální nebo úsměv	Smutný Vyděšený Zamračený	Bolestivé grimasy	
řeč těla	relaxovanost	Napjatost Neklidné přecházení neklid	Strnulost Sevřené pěsti Kolena přitážená k tělu Tahání, nebo odtlačování Udeření	
utěšování	není nutné	Je možné rozptýlit Nebo uklidnit hlasem, nebo dotekem	Není možné utěšit, rozptýlit, nebo uklidnit	
součet				

Stupnice má 5 položek. Celkové skóre je počet bodů od 0 do 10

Je vhodnou měřicí škálou pro srovnání s vizuální analogovou stupnicí

2 4 6 8 10

mírná bolest obtěžující silná, stresující velmi silná bolest nesnesitelná bolest

Identifikační číslo:

Oddělení:

Get up and go test

Pacienta posadí na přiměřeně vysokou židli (výška židle je taková, aby při flexi cca 90 stupňů v kolennou spočívala jeho chodidla pohodlně na podložce). Požádáme jej, aby vstal, ušel přemě 3 metry k vyznačenému místu, otočil se, vrátil se a znovu se posadil na židli.

Datum vstupuz:

3 body bez pomoci s pomocí rukou s pomocí druhé osoby nesvede 0 bodů
Vitane stabilní s pomůckou nebo věškorav pouze s dopomocí, výrazná nestabilita nesvede
Chůze jistě nejistě, završtorání velmi nejistě, potřeba dopomoci nesvede
Otočení bez pomoci s pomocí rukou nebo optření s dopomocí nesvede
Usednutí bez pomoci s pomoci rukou nebo optření s dopomocí nesvede

Zde zaznamenejte potřebný čas ve vteřinách, od začátku vstávání do usednutí:

Celkem bodů (max 12):

Datum kontroly:

3 body bez pomoci s pomocí rukou s dopomocí druhé osoby nesvede 0 bodů
Vitane stabilní s pomůckou nebo věškorav pouze s dopomocí, výrazná nestabilita nesvede
Chůze jistě nejistě, završtorání velmi nejistě, potřeba dopomoci nesvede
Otočení bez pomoci s pomocí rukou nebo optření s dopomocí nesvede
Usednutí bez pomoci s pomocí rukou nebo optření s dopomocí nesvede

Zde zaznamenejte potřebný čas ve vteřinách, od začátku vstávání do usednutí:

Celkem bodů (max 12):

Identifikační číslo:

Oddělení:

4 metrová chůze

Datum vstupuz:

4 metrová chůze - počet vteřin potřebný k ujiti přemě 4 metrové vzdálenosti obvyklým tempem:
 Není schopen chůze Odmítl/a test Začal/a test, avšak nedokončil/a celou vzdálenost

4 metrová chůze - počet vteřin potřebný k ujiti přemě 4 metrové vzdálenosti obvyklým tempem:
 Není schopen chůze Odmítl/a test Začal/a test, avšak nedokončil/a celou vzdálenost

Identifikační číslo:

Oddělení:



Datum vstupu:

Test mobility

1. Get up and go test

Pacienta posadíme na průměrně vysokou židli (výška židle je taková, aby při flexi cca 90 stupňů v kolenou spočívala jeho chodidla pohodlně na podložce). Požádáme jej, aby vstal, ušel přesně 3 metry k vyznačenému místu, otočil se, vrátil se a znovu se posadil na židli.

	3 body	2 body	1 bod	0 bodů
Vstane	<input type="checkbox"/> bez pomoci	<input type="checkbox"/> s pomocí rukou	<input type="checkbox"/> s dopomocí druhé osoby	<input type="checkbox"/> nesvede
Chůze	<input type="checkbox"/> stabilní	<input type="checkbox"/> s pomůckou nebo vrávoravá	<input type="checkbox"/> pouze s dopomocí, výrazná nestabilita	<input type="checkbox"/> nesvede
Otočení	<input type="checkbox"/> jistě	<input type="checkbox"/> nejisté, zavravorání	<input type="checkbox"/> velmi nejisté, potřeba dopomoci	<input type="checkbox"/> nesvede
Usednutí	<input type="checkbox"/> bez pomoci	<input type="checkbox"/> s pomocí rukou nebo opření	<input type="checkbox"/> s dopomocí	<input type="checkbox"/> nesvede

Zde zaznamenejte potřebný čas ve vteřinách, od začátku vstávání do usednutí:

2. Obvyklý způsob pohybu

- chůze bez pomůcek s vycházkovou holí s francouzskou holí/holemi
 vozík či elektrický vozík trvale na lůžku s chodítkem: nízkým vysokým

Celkem bodů (max 12):

3. Nutná dopomoc:

nutná dopomoc 1 osoby nutná dopomoc 2 osob

4. 4 metrová chůze - počet vteřin potřebný k užití přesně 4 metrové vzdálenosti obvyklým tempem:

- Není schopen chůze Odmítl/a test Začal/a test, avšak nedokončil/a celou vzdálenost

Datum:

4. 4 metrová chůze - počet vteřin potřebný k užití přesně 4 metrové vzdálenosti obvyklým tempem:

- Není schopen chůze Odmítl/a test Začal/a test, avšak nedokončil/a celou vzdálenost

Datum kontroly:

1. Get up and go test

	3 body	2 body	1 bod	0 bodů
Vstane	<input type="checkbox"/> bez pomoci	<input type="checkbox"/> s pomocí rukou	<input type="checkbox"/> s dopomocí druhé osoby	<input type="checkbox"/> nesvede
Chůze	<input type="checkbox"/> stabilní	<input type="checkbox"/> s pomůckou nebo vrávoravá	<input type="checkbox"/> pouze s dopomocí, výrazná nestabilita	<input type="checkbox"/> nesvede
Otočení	<input type="checkbox"/> jistě	<input type="checkbox"/> nejisté, zavravorání	<input type="checkbox"/> velmi nejisté, potřeba dopomoci	<input type="checkbox"/> nesvede
Usednutí	<input type="checkbox"/> bez pomoci	<input type="checkbox"/> s pomocí rukou nebo opření	<input type="checkbox"/> s dopomocí	<input type="checkbox"/> nesvede

Zde zaznamenejte potřebný čas ve vteřinách, od začátku vstávání do usednutí:

2. Obvyklý způsob pohybu

- chůze bez pomůcek s vycházkovou holí s francouzskou holí/holemi
 vozík či elektrický vozík trvale na lůžku s chodítkem: nízkým vysokým

Celkem bodů (max 12):

3. Nutná dopomoc:

nutná dopomoc 1 osoby nutná dopomoc 2 osob

4. 4 metrová chůze - počet vteřin potřebný k užití přesně 4 metrové vzdálenosti obvyklým tempem:

- Není schopen chůze Odmítl/a test Začal/a test, avšak nedokončil/a celou vzdálenost



SHRNUTÍ KAPITOLY

Praktická kapitola o testování a škálování v psychiatrii, resp. gerontopsychiatrii a geriatrii či MDP. Ukázka několika testů kognitivních funkcí a testy z jiné oblasti – soběstačnost, mobilita, bolest, deprese, nutrice. Pro srovnávání se využívají opakovaně, běžně po třech měsících. Je možné s vybranými pracovat i při edukaci seniorů.



LITERATURA

8. *Lužný Jan Gerontopsychiatrie*

Praha, Triton, 2012, ISBN 078-80-7383-573-0

3. *Holmerová Iva akol. Dlouhodobá péče- geriatrické aspekty a kvalita péče*

Praha, Grada, 2014, ISBN 178-80- 247-5439-0

12 REFORMA PSYCHIATRICKÉ PÉČE

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



(A, B) Strategie Reformy psychiatrické péče vydané MZČR, verze 1.0, 8.10.2013 je výsledky velké snahy odborníků z MZ i lékařů, zejména psychiatrů a dalších. V kapitole vysvětlují, proč je reforma nutná. Podklady legislativní, které k ní vedou a hlavně, její podoba a nakonec v jaké fázi je nyní.

CÍLE KAPITOLY



Student by se po prostudování textu kapitoly:

měl orientovat v situaci péče a možnostech o duševně nemocné a seniory, kteří potřebují v této oblasti péči.

Znát podstatu Reformy psychiatrické péče a fázi, ve které se nacházíme, na základě získaných znalostí definovat problémy a potřeby, na které je třeba v praxi, vzhledem k demografickému vývoji, zaměřit pozornost a hledat možnosti řešení.

Znát, vysvětlit a aplikovat poznatky z předchozích kapitol této opory. Konkrétní výčet schopností, dovedností, kompetencí, které by měl student po prostudování kapitoly ovládat nebo dosáhnout, zvyšuje jistotu studenta při samostudiu.¹ Uvádějte výčetem:

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Reforma psychiatrické péče, deinstitucionalizace, centrum duševního zdraví, rozšířená psychiatrická ambulance, multidisciplinární tým, mobilní tým, dispenzarizace, psychiatrická rehabilitace, terénní psychiatrická péče, psychiatrický stacionář s psychoterapeutickým programem, léčba depotními léky.

12.1 Cíle kapitoly

Získání přehledu o pacientech zejména seniorské pacientech s duševním onemocněním, jak je referováno ve strategii Reformy psychiatrické péče již od roku 2013. V celku se jedná o zlepšení péče a přesunutí větší části nemocných a potřebných do přirozeného prostředí a o cestě, jak toho dosáhnout. V souvislosti s tím se budeme zabývat nutností týmové práce odborníků z různých oborů.

12.1.1 VÝKLAD - REFORMA PSYCHIATRICKÉ PÉČE

Hlavním cílem poskytování psychiatrické péče v ČR je „Zlepšit život lidem s duševním onemocněním od dětství po stáří“. Reforma je naplánována na roky 2014-2023. Naše země patřila k velmi pokrokovým zemím i v léčbě o duševně nemocné. Na přelomu 19. a 20. století a prvních desetiletí byly zakládány velké léčebny pro duševně choré pacienty, jak je znáte dodnes, jako psychiatrické nemocnice. Velké, mnohalůžkové pokoje, špatné hygienické zázemí, nedostatek personálu vysoké procento hospitalizovaných a to dlouhodobě, někteří celoživotně, nedostatek financí na úpravy a zlepšení této situace, znamenalo, že jsme v minulých desetiletí za Evropou zaostali. Na základě demografického vývoje-stárnutí populace, je logické, že i „novodobá“ epidemie-demence a na druhé straně nové účinnější léky pro mnohé duševní choroby, potřebují změny ve struktuře hospitalizovaných pacientů. Výsledkem je snaha o zvýšení procenta pacientů, kteří by žili normální život v domácím prostředí (deinstitutionalizace). A celkové zázemí potřebuje zvýšit úroveň péče v rámci důstojnosti člověka. Celkově tedy se jedná o zásadní systémové změny.

A právě toto je smyslem Strategie reformy psychiatrické péče.

Její základní cíle:

1. Omezit stigmatizaci duševně nemocných
2. Zásadně změnit organizaci poskytované psychiatrické péče od dětí, dorostu, dospělých až po seniory, s cílem zřetelného zvýšení její kvality
3. Zlepšit podmínky pro poskytování zdravotní péče
4. Odkrýt, včasné diagnostikovat léčbu skryté psychiatrické nemoci
5. Podpořit resocializaci a vzdělávání duševně nemocných
6. Zlepšit provázanost zdravotních, sociálních, školských a dalších služeb

Ad1. Stigmatizace pacientů s duševní nemocí se dá srovnat s lidmi s disabilitou (postižením) a má kořeny v minulosti. Postižení a duševně nemocní byli „schovávaní“, zavírání do ústavů a v dobách dávno minulých, vyřazování ze společnosti (Sparta- házení slabých

chlapců ze skály). Dodnes tedy mezi lidmi panuje strach, stud a z druhé strany mnohdy zneužívání informací (při soudních přích o děti...) pokud se léčíte u psychiatra. Je proto důležité o této problematice mluvit, veřejnosti vysvětlovat, edukovat ji. Důležitým faktorem je empatie personálu a přístup lékařů. Dále klidné prostředí a zvýšení soukromí tím, že pacienta objednáváte na čas. Zvláště to platí v budovách s více různými ambulancemi, čímž snížíte stres! „Co když mě někdo uvidí“.

Ad2. Zásadně změnit organizaci poskytované psychiatrické péče od dětí, dorostu, dospělých až po seniory s cílem zřetelného zvýšení její kvality, což v praxi znamená obrátit poměr hospitalizace v Psychiatrických nemocnicích na následných dlouhodobých lůžkách/péči v domácím prostředí, ve prospěch ambulantní péče.

Ad3. Zlepšit podmínky pro poskytování zdravotní péče, tzn. v duchu reformy, kde se jedná o posílení ambulantní péče o duševně nemocné. Musí se vytvořit síť ambulantních návazných zařízení při propuštění pacientů z lůžkových zařízení akutní nebo následné péče do domácího prostředí. Více rozšířených ambulancí, center duševního zdraví, mobilních týmů a multidisciplinárních týmů a v rámci některých typů těchto zařízení terénní psychiatrické sestry.

Ad4. Odkrýt, včasné diagnostikovat léčbu skryté psychiatrické nemoci. Vytvoříme-li síť výše zmíněných ambulantních zařízení po celé republice, zlepšenou dostupností péče, zlepšíme i diagnostiku nemocí.

Ad 5. Podpořit resocializaci a vzdělávání duševně nemocných. Dostáváme se do kompetence sociálních služeb, tedy návaznosti zdravotně- sociálního zabezpečení péče o nemocné lidi.

Ad 6. Zlepšit provázanost zdravotních, sociálních, školských a dalších služeb, znamená provázat a zkoordinovat vše dohromady ve prospěch ambulantní péče. To je splnění cílů reformy- deinstitucionalizace velké části hospitalizovaných pacientů se zajištěním běžného života v domácím prostředí s potřebnou podporou.

Všichni se shodneme, že při současné modernizaci lůžkových zařízení, snížení počtu lůžek, tím zvýšení ošetrovatelského personálu, se bude péče humanizovat a zvýše se kvalita péče.

Šest nemalých cílů, které budou znamenat mnoho práce, ale i mnoho finančních zdrojů.

Problémy:

ČR má jeden z nejnižších podílů zdravotnických výdajů na psychiatrickou péči v EU 2,91% (průměr EU je 5-10%).

Struktura péče je nedostatečná, co do počtu, tak poměru ambulancí a psychiatrických lůžek. Pro děti je až velmi nedostatečná a stejně tak nedostatečná je v ambulantní sféře pro seniory.

Nedostatek potřebných profesí.

Neprovázanost zdravotní a sociální sféry.

Je však nutné stále odstraňovat problémy krok za krokem a postupovat ke zkvalitnění péče, kvůli nemocným lidem, což jednoznačně podporují i právní dokumenty:

Lidská práva lidí s duševními problémy jsou naplňována, ceněna a chráněna.

Lidi mají právo na respektující, bezpečnou a efektivní léčbu, o které mohou spolurozhodovat.

Strategické doporučení pro reformu:

1. Ambulantní péče: Ambulance pro děti, Ambulantní psychiatrická péče, Adiktologie-
-léčba závislostí, Gerontopsychiatrie, Ambulance poruch příjmu
potravy, Komunitní psychiatrické sestry a psychiatrické sestry pro
pro děti, psychoterapeut.

Ambulantní péče je poskytována docházejícím pacientům.

Ambulance s rozšířenou péčí zajišťují komplexní péči o docházející pacienty a takový typ péče obsahuje více specializovaných služeb na jednom místě v ambulanci, a má-li komunitní psychiatrickou sestru, poskytuje psychiatrickou péči i ve vlastním sociálním prostředí pacienta.

Příklad rozšířené ambulance: psychiatrie gerontopsychiatrie, denní psychiatrický stacionář s psychotherapeutickým programem, psychotherapie, komunitní psychiatrická sestra). V našem případě (AGE centrum Olomouc) jsme doplnili tuto ambulanci o speciální ambulanci somatické medicíny pro geriatrické pacienty o ambulanci geriatrickou a pro mladší pacienty o ambulanci medicíny dlouhodobé péče.

2. CDZ – Centra duševního zdraví – ambulantní zařízení, soubor vzájemně propojených služeb poskytovaných jednou nebo více organizacemi v daném regionu. Služby osobám s psychickými onemocněním. Primárním posláním centra je poskytování psychiatrických zdravotních a přímo navazujících sociálních služeb. Cílem je maximální podpora k začlenění klientů do jejich vlastního sociálního prostředí.

3. Psychiatrická oddělení nemocnic – péče o akutně zhoršené pacienty a je poskytována bezprostředně po vzniku či zhoršení psychické poruchy.

4. Psychiatrické nemocnice, resp. léčebny, určené pro pacienty, kteří jsou přeloženi po stabilizaci zdravotního stavu z akutních lůžek, k doléčení, aby se mohli vrátit do vlastního sociálního prostředí.

K zdárnému průběhu reformy je třeba se věnovat odborné veřejnosti, ne všichni se se změnami ztotožňují. Pořádají se konference, pohovory, workshopy, konference.

Nesmíme ale zapomínat na osvětu mezi laickou veřejností.

Vznikají informační dokumenty a publikace, metodiky ke strategii v tištěné podobě i elektronicky. Existuje pracovní skupina, která se pravidelně schází a vytváří podmínky pro realizaci reformy, např. vyjednává se zdravotními pojišťovkami, protože zdravotní péče i u nově vznikajících subjektů má být hrazena se zdravotního pojištění.

V rámci reformy se v týmu objevuje vcelku nová profese – zdravotně-sociální pracovník. Jedná se o zdravotnického pracovníka, absolventa VOŠ či VŠ zaměřeného na sociální práci či má obdobné vzdělání, poskytující sociální služby (poradenství) související s prevencí rozvoje duševního onemocnění, spolupracuje s osobami v sociálním prostředí pacienta, zajišťuje právní poradenství. (dle paragrafu 6 Vyhl.55/2011).

Legislativní strategické dokumenty:

-Úmluva o lidských právech a biomedicině

-2005 se v Helsinkách ČR formálně připojila k Deklaraci o duševním zdraví

--Koncept psychiatrie v ČR formulován Psychiatrickou společností ČLS JEP v roce 2000 a zakotvil jako hlavní záměr v oblasti duševního zdraví provedení deinstitucionalizace psychiatrické péče s následným přesunem do sítě komunitních služeb. Koncept byl schválen Vědeckou radou MZČR 2002, ale nebyl realizován.

- v roce 2006 se odborná společnost shodla na ustanovení komise pro revizi koncepce z roku 2002 a byl schválen Národní psychiatrický program. Kde se objevily cíle – primární psychiatrické péče. Následně v roce 2007 v Senátu PČR byl schválen Národní psychiatrický program.

Jako další relevantní strategické dokumenty jsou považovány zprávy Ústavu zdravotnické informatiky a statistiky ČR a strategické materiály interdisciplinárního charakteru z Centra pro sociální a ekonomické strategie FSV UK Praha.

Dokumenty byly důležité, protože popisují a analyzují stav psychiatrické péče optikou veřejných politik.

Realizace : 2013 byla vytvořena Strategie

2014-2023 realizace

Co se povedlo: pro zajištění udržitelnosti financování byly vypsány programy pro podporu vzniku nových subjektů za podpory EU, tzv. Výzvy, které již proběhly a probíhají-vznik mobilních týmů, CDZ, ambulance s rozšířenou péčí.

Podařila se vyjednat spolupráce se ZP, resp. hlavně se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou, a došlo ke konsenzu a zařazení nových kódů 1.1.2019 např. pro vykazování zdravotních výkonů pro komunitní psychiatrické sestry a rozšíření diagnóz, které umožní ošetřovat pacienty v domácím prostředí, což je důležité nejen pro pacienty s demencí. Dále byly pro psychiatry zrušeny limity na poskytovanou péči (není stanovena maximální úhrada za péči). Sazebník výkonů je systém pro platbu za vykonanou práci v odbornostech, které máte smluvně dohodnuté se zdravotní pojišťovnou.

S pokračující reformou věřím, vznikne nová řada příležitostí pro podporu potřebných v domácím prostředí.

12.1.2 ZÁVĚR

Seznámení se Strategii reformy psychiatrické péče, která je plánována od 2013, vypracování reformy, realizace 2014- 2023. Jedná se o velmi složitý proces s vysokými cíly. Jeho etický a morální obsah je velmi silný. Hlavním cílem je deinstitucionalizace psychiatrické péče, a z toho vyplývající vznik sítě ambulantních služeb, posílení specializací, podle Ministerstva zdravotnictví vznik 15 CDZ, vznik mobilních týmů a propojení s navazujícími službami, zejména sociálními. S tím se pojí i zlepšení financování péče. Reforma začala, což považuji za pozitivní, ale je před námi ještě hodně zásadních úkolů,

12.2 Použití distančních prvků

WHO 2011, výdaje na psychiatrickou péči v jednotlivých zemích EU. -obrázek vložit



K ZAPAMATOVÁNÍ

Reforma psychiatrické péče- Ambulance s rozšířenou péčí, Centrum duševního zdraví-CDZ, Mobilní týmy, deinstitucionalizace, destigmatizace.



DALŠÍ ZDROJE

Strategie reformy psychiatrické péče MZČR, verze 1.0, vydáno 8. října 2013

Pracovní schůze Psychiatrické společnosti JEP ČR Praha ,2018, MUDr. Papežová a spol., stránky Psychiatrické společnosti JEP ČR.

SHRNUTÍ KAPITOLY



Seznámení se Strategii reformy psychiatrické, která je plánována od 2013, vypracování reformy, realizace 2014- 2023. Jedná se o velmi složitý proces s vysokými cíly. Jeho etický a morální obsah je velmi silný. Hlavním cílem je deinstitucionalizace psychiatrické péče a z toho vyplývající vznik sítě ambulantních služeb, posílení specializací, vznik dle MZČR 15 CDZ, vznik mobilních týmů a propojení s navazujícími službami, zejména sociálními.

Jako první viditelný výsledek Reformy od roku 2013 je působení pěti mobilních týmů mimo nemocnice, resp. léčebny, které se starají o vážně duševně nemocné přímo doma, vznikají rozšířené ambulance, jako např. Age centrum v Olomouci a CDZ v Přerově. Chceme humanizovat psychiatrickou péči.

LITERATURA



13.Strategie reformy psychiatrické péče MZČR, verze 1.0, vydáno 8. října 2013

14.Pracovní schůze Psychiatrické společnosti JEP ČR Praha ,2018, MUDr. Papežová a spol., stránky Psychiatrické společnosti JEP ČR.

1.Čevela Rostislav , Čevelová Libuše, Kalvach Zdeněk, Holčík Jan, Kubů Pavel, Sociální gerontologie, Praha, Grada, 2016, ISBN 978-80-247-4836-8

LITERATURA SOUHRN

Povinná – P doporučená D

1.Čevela Rostislav , Čevelová Libuše, Kalvach Zdeněk, Holčík Jan, Kubů Pavel,

Sociální gerontologie, Praha, Grada, 2016, ISBN 978-80-247-4836-8

2.Haškovcová Helena Sociální gerontologie, Galén, 2012, ISBN 978-80-7262-900-8

3.Holmerová Iva a kol. Dlouhodobá péče-geriatrické aspekty a kvalita péče

Praha, Grada, 2014, ISBN 978-80-247- 5439-0 P

4.Jirák Roman, Holmerová Iva, Borzová Claudie a kol. Demence a jiné poruchy paměti Praha, Grada, 2009, ISBN 978-80-247- 2454-6 P

5.Kalvach Zdeněk a kol. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient

Praha, Grada, 2008, ISBN 978- 80- 247-2490- 4 D

6.Kučerová Helena Psychiatrické minimum

Praha, Grada, 2013, ISBN 978- 80- 247- 4733-0 P

7.Levitová Andrea, Hošková Blanka Zdravotně- kompenzační cvičení

Praha, Grada, 2015, ISBN 978- 80- 247- 4836- 8

8.Lužný Jan Gerontopsychiatrie P

Praha, Triton, 2012, ISBN 978- 80- 7383- 573-2

9. Matějovská- Kubešová a kol. Vybrané klinické stavy u seniorů

Praha, Mladá fronta , 2015, ISBN 978-80- 204- 3394- 7

10.Zrubáková Katarína, Krajčík Štefan a kol. Farmakoterapie v geriatricii

Praha, Grada, 2015, ISBN 978- 80- 247- 4836- 8 **D**

11.www.cals.cz- materiály České alzheimerovské společnosti **D**

12.www.ipvz.cz- specializační vzdělávání

13.Strategie reformy psychiatrické péče MZČR, verze 1.0, vydáno 8. října 2013

14.Pracovní schůze Psychiatrické společnosti JEP ČR Praha ,2018, MUDr. Papežová
a spol., stránky Psychiatrické společnosti JEP ČR.

15. Jiráček Roman, Laňková Jarmila Demence, Doporučené postupy pro všeobecné lék.

Praha,2007, ISBN 80-86998-xx-x **D**

16. Honzák František Mírná kognitivní porucha- víme již víc? Medicína pro praxi
201411/2

17.Sheardová Kateřina Mírná kognitivní porucha v praxi,

Psychiatrie pro praxi, 2010,11(2)www.psychiatriepropraxi.cz

SEZNAM OBRÁZKŮ

- 1 –Test kreslení hodin
- 2- Hatchinského ischemické skóre
- 3- Moca test (Montrealský kognitivní test)
- 4- POBAV
- 5- ADL (i ADL)
- 6- Škála deprese
- 7- Nutriční dotazník
- 8- Měření bolesti u pokročilé demence
- 9- Get up and go
- 10- Test mobility

Fotografie-se souhlasem zúčastněných poskytnuty záběry z psychiatrického stacionáře s psychoterapeutickým programem AGE centrum Olomouc.

SEZNAM ZKRATEK

ACE –Adenbrook Cognitive test

AD (AN)- Alzheimerova nemoc

ADL-Activity Daily Living

iADL-instrumental ADL

CGA-Komplexní geriatrické vyšetření

CT-computerová tomografie

DK-dolní končetiny

EEG-elektroencefalogram

HIV/AIDS-virus lidského imunodeficitu, infekční onemocnění

MCI-mírná kognitivní porucha

MDP-medicína dlouhodobé péče

MMSE-test kognitivních funkcí

MOCA-Montrealský kognitivní test

MT-magnetická rezonance

SPECT PET-CT s kontrastní látkou, zobrazovací metoda

UZ-ultrazvuk

WHO-Světová zdravotnická organizace

4D-deprese, demence, delirium, drogové a jiné závislosti,

SHRNUTÍ STUDIJNÍ OPORY

Gerontopsychiatrie obor zabývající se duševními poruchami seniorů, nemocemi, které pokračovaly s mladších let nebo vznikly a souvisejí se stářím.

V jednotlivých kapitolách jsem podala přehled nejzásadnějších poruch, zabývala jsem se spolupracujícími obory, dotkla jsem se farmakologie, diagnostických postupů a farmakologických i nefarmakologických přístupů k terapii. V poslední kapitole jsem popsala budoucnost-Reformu psychiatrické péče, která právě probíhá. Jde o zásadní změnu systému péče o potřebné včetně seniorů.

V rámci oboru Edukační péče o seniory jste získali přehledný studijní materiál a mnohé postupy, především z nefarmakologických přístupů k terapii, z kterých můžete v praxi bohatě čerpat.

Věřím, že budete seniory vést, ale budete i bystrými pozorovateli a budete schopni zachytit i drobné změny v jejich chování a dokážete včasnou intervencí odborníkem, zabránit zdravotním komplikacím. Z mého pohledu jste po stránce duševních poruch a nemocí připraveni.























Na závěr mi dovoluete ještě dovětek. Týká se demografických změn a s tím prodlužování věku dožití. Není to jen věk dožití ve zdraví, ale celkový věk. Z toho plyne důležitá znalost způsobu zdravého stárnutí – zdravého dožití. A na druhé straně znalost péče o dlouhověkou společnost po všech stránkách.(1).

Již v roce 2002 tehdejší tajemník OSN Kofi Annan řekl : „ Jsme uprostřed tiché revoluce, která svými zásadními ekonomickými, sociálními, kulturními , psychologickými a duchovními dopady daleko přesahuje oblast demografie“.

Myslím, že studium edukace pro seniory najde široké uplatnění absolventů.

Dagmar Malotová

PŘEHLED DOSTUPNÝCH IKON

	Čas potřebný ke studiu		Cíle kapitoly
	Klíčová slova		Nezapomeňte na odpočinek
	Průvodce studiem		Průvodce textem
	Rychlý náhled		Shrnutí
	Tutoriály		Definice
	K zapamatování		Případová studie
	Řešená úloha		Věta
	Kontrolní otázka		Korespondenční úkol
	Odpovědi		Otázky
	Samostatný úkol		Další zdroje
	Pro zájemce		Úkol k zamyšlení

Pozn. Tuto část dokumentu nedoporučujeme upravovat, aby byla zachována správná funkčnost vložených maker. Tento poslední oddíl může být zamknut v MS Word 2010 prostřednictvím menu Revize/Omezit úpravy.

Takto je rovněž omezena možnost měnit například styly v dokumentu. Pro jejich úpravu nebo přidávání či odebrání je opět nutné omezení úprav zrušit. Zámek není chráněn heslem.

Název: **Základy gerontopsychiatrie**

Autor: **MUDr. Dagmar Malotová, MBA**

Vydavatel: Slezská univerzita v Opavě
Fakulta veřejných politik v Opavě

Určeno: studentům SU FVP Opava

Počet stran: 126

Tato publikace neprošla jazykovou úpravou.