

**Sledování psychiatrické medikace ve vybraných Ústavech sociální péče  
Středočeského kraje**

MUDr. Jan Stuchlík, MUDr. Michaela Petišková

QUIP 2006

Obsah :

1. O projektu a podprojektu (Haloperidolový ekvivalent)
2. Farmakoterapie mentální retardace
  - účel
  - obecná charakteristika
  - specifika
3. Organizace psychiatrické péče o mentálně postižené (ambulantní a ústavní)
4. Charakteristika sledovaných ústavů
5. Cílová skupina a zjištěné výsledky
6. Závěr a návrh dalšího pokračování projektu

Poděkování MUDr. Daně Janotové a MUDr. Janě Žmolíkové za poskytnutí důležitých informací.



## 1. Stručná charakteristika projektu

Sledování psychiatrické medikace v ústavech pro mentálně retardované klienty Středočeského kraje probíhá v rámci rozsáhlého projektu s názvem Profesionální rozvoj pracovníků ústavů Středočeského kraje, který je financován ze strukturálních fondů Evropské Unie a probíhá od roku 2004. Smyslem projektu je transformace ústavní péče na síť komunitních služeb a jeho obsahem komplexní vzdělávání pracovníků ústavů v tomto směru. Předpokládá se, že takto koncipované změny sníží míru sociální exkluze občanů s mentální retardací, žijících v ústavech sociální péče (podrobněji viz.<sup>a</sup>).

Projekt věnuje mimo jiné značnou pozornost citlivému tématu v ústavní péči – používání omezujících opatření a rozšířenému názoru, že odstranění klecových a síťových lůžek povede k zvyšování medikace psychofarmaky. Projekt předpokládá, že zavedení systému komunikace s klienty a změny v metodách práce spolu s technickými a personálními opatřeními používání těchto tolik diskutovaných opatření v ústavech sociální péče výrazně sníží. Za účelem získání dokladů, které pomohou citované zjednodušení vyvrátit byla do průběhu projektu zařazena právě analýza medikace v ÚSP za využití haloperidolového ekvivalentu<sup>b</sup>. Vychází z počátečního předpokladu, že by tato metoda měla doložit účinek změn vyvolaných profesionálním rozvojem pracovníků a následnými změnami v charakteru služeb na redukci omezujících opatření (včetně medikace), a tak podpořit pokračování transformace.

V této etapě projektu byla mapována medikace psychofarmaky, především neuroleptiky u klientů tří vybraných ústavů. Sledovali jsme skupinu mladších dospělých a dospělých středního věku s diagnózou středně těžké mentální retardace, obojího pohlaví (podrobněji v dalších kapitolách). Přepočtení dávek neuroleptik na haloperidolový ekvivalent nám umožnilo jejich srovnání s běžnými dávkami užívanými v léčbě ostatních psychických poruch (psychóz).

Průzkum a jeho výsledky zprostředkovaly komplexnější pohled na problematiku psychiatrické péče o mentálně retardované klienty a tím i nasměrovaly další vývoj této dílčí části projektu.

## 2. Terapie psychofarmaky u klientů s mentální retardací

### 2.1. Účel psychofarmakoterapie

Hlavním účelem terapie psychofarmaky u klientů s mentální retardací je samozřejmě, stejně jako u ostatní populace, zlepšení psychického zdraví a sociálního fungování pacienta.

V centru pozornosti farmakoterapie je především problémové chování klienta, které znesnadňuje jinou terapii, vzdělávání a výchovné zásahy a výrazně ovlivňuje emoční klima v pečujícím prostředí. V případě, že se tyto projevy daří farmakologicky stabilizovat, otvírá se cesta dalšímu osobnímu rozvoji klienta a smysluplné spolupráci s ošetřujícím a výchovným personálem. Pokud je poruchové chování součástí základní diagnózy, je zachyceno již v kódu pro mentální retardaci dle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN (ICD) –10 (1).

Klienti s mentální retardací trpí však samozřejmě také jako jiní psychiatrickí pacienti depresi, úzkostmi a psychosomatickými problémy, též kognitivními(2) a psychotickými poruchami, které dle stupně závažnosti vyžadují farmakoterapeutické ovlivnění. Prevalence duševních poruch je v této populaci 3x-4x větší než u populace běžné (1). Veškeré jmenované psychiatrické poruchy mohou najít vyjádření právě v problémovém chování mentálně retardovaných klientů.

Příčiny problémového chování možno hledat i v nevhodných výchovných metodách a prostředí, v nedostatečné a nekvalifikované komunikaci s klientem, mylným pochopením jeho potřeb a v neposlední řadě každodenní ekonomickou a organizační realitou toho

<sup>a</sup> Stručná charakteristika projektu na internetových stránkách: [www.quipcz.cz](http://www.quipcz.cz)

<sup>b</sup> Haloperidolový ekvivalent je číslo, vyjadřující kolik mg daného antipsychotika dosáhne stejné účinnosti jako 1 mg haloperidolu-psychofarmaka, užívaného standardně k léčbě psychóz.



kterého ústavu. Nalezení vhodného přístupu může v tomto případě použití medikace omezit či nahradit.

Jako nástroj omezení je medikace použita tehdy, když nežádoucí projevy klienta vedou k jeho přímému ohrožení či jsou nebezpečné pro jeho okolí-jedná se o stavy akutního neklidu, agresivní či sebepoškozující chování. V akutním případě se většinou jedná o nucené parenterální podání psychofarmak. Bývá aplikována v kombinaci s fyzickým omezením nebo jako jeho alternativa.

Takovéto použití omezujících prostředků je odůvodnitelné pouze tehdy, když nelze nalézt odstranitelnou příčinu chování pacienta a v situacích, kdy je riziko chování pacienta příliš vysoké. Důvodem nesmí být usnadnění péče (např. dlouhodobá „prevence“ nežádoucího chování) či pouhý neklid (3).

Hledání odstranitelné příčiny je často náročný, dlouhodobý proces, který vyžaduje velmi podrobnou analýzu situace a úzkou systematickou spolupráci pracovníků v přímém kontaktu s klientem, jakož i dalších zúčastněných odborníků. Přesvědčení o smyslu takového postupu, byť může přinést pouze dílčí či negativní výsledek, se naštěstí pozvolna dostává i do naší legislativy a tak se vytváří potřebné zázemí i pro jeho přijetí pracovníky, kteří jsou s „rizikovými“ klienty v přímém kontaktu.

## 2.2. Obecná charakteristika

Následující text má pouze rámcově informovat o používání psychofarmak u pacientů s mentální retardací. Nezabývá se podrobnostmi týkajícími se jednotlivých skupin psychofarmak a jejich indikačnímu spektru; v tomto odkazujeme na příslušnou literaturu (4,5). Při výčtu preparátů vycházíme též ze zkušenosti frekvence jejich použití v ústavech zařazených do našeho průzkumu.

V centru naší pozornosti stojí skupina neuroleptik. Neuroleptika původně vyvinuta jako léčiva ovlivňující psychotická onemocnění významně ovlivňují právě poruchy chování, některá z nich účinkují též na poruchy nálady (úzkosti, deprese). V neposlední řadě nacházejí použití při tlumení akutních neklidů, agresivního a sebepoškozujícího jednání, ačkoli někteří autoři oprávněnost jejich použití u agresivních projevů mentálně postižených zpochybňují (6). Použití jednotlivých typů preparátů se řídí především zkušeností, spektrem účinku a v neposlední řadě farmakoeconomikou. V našich končinách nacházejí stále uplatnění neuroleptika fenothiazinové řady (chlorpromazin- Plegomazin, levomepromazin- Tisercin), thioxanthy (zejm. chlorprothixen ) a butyrofenony (haloperidol, melperon- Buronil), z novějších, tzv. atypických neuroleptik se nejvíce uplatňuje risperidon (Risperdal, Rispem) a eventuelně Zoleptil (zotepin) či sulpyrid (dogmatik, Prosulpin). S dalšími tzv. atypickými neuroleptiky jsem se v našem průzkumu téměř nesetkali (1x Solian-amisulprid). U klientů s mentální retardací se používají i depotní formy neuroleptik (haloperidol, zupentixol- Cisordinol, flufenazin- Moditen), zvláště pak u klientů s eretickými formami mentální retardace.

Antidepresiva nacházejí v léčbě mentální retardace stále větší uplatnění. V posledních letech se uvažuje o tom, že to mohou být právě nerozpoznané depresivní či úzkostné stavy, které často stojí za problémovým, resp. agresivním chováním u části pacientů s mentální retardací (7). K nejpoužívanějším patří novější antidepresiva z řady SSRI<sup>c</sup>, která se vyznačují malým počtem vedlejších účinků.

Ze skupiny anxiolytik se stále nejvíce setkáme s zástupci benzodiazepinů (diazepam, oxazepam, resp. alprazolam- Neurool a klonazepam- Rivotril). Používají se pro svůj protiúzkostný a zklidňující účinek, jejich dlouhodobé užívání ve větších dávkách není žádoucí, neboť na ně vzniká tolerance (tj. postupné snižování účinku látky) a závislost. Necházejí též uplatnění při tlumení akutních neklidů a agresivity.

Thymostabilizéry (thymoprofylaktika), kromě lithia nacházejí uplatnění též v antiepileptické indikaci, jíž se v tomto textu podrobněji zabývat nebudeme. Preparáty karbamazepin (Biston, Tegretol, Timonil, Neurotop, Carbamazepin...) a valproát sodný (Everiden,

<sup>c</sup> selective serotonin-reuptake inhibitors-inhibitory zpětného vychytávání serotoninu.

Depakine, Orfiril) se užívají k ovlivňování pohotovosti k záchvatům jiného než epileptického charakteru, zejména atak patologické agresivity, sebepoškozování a afektivních výkyvů. Nootropika, kognitiva jsou léčiva užívaná v léčbě demencí. Z klinických studií (2) vyplývá, že problematika předčasné demence u mentálně retardovaných je nanejvýš aktuální, její výskyt právě u této skupiny obyvatel je vyšší a věk při nástupu onemocnění nižší než u běžné populace. Přesto dostupnost zejména druhé skupiny léčiv je právě pro tuto skupinu obyvatel nedořešena (viz též kapitola 3.).

### 2.3 Specifika farmakoterapie mentálně retardovaných.

Účelná farmakoterapie pacientů s mentální retardací by měla být výsledkem komplexního lékařského vyšetření ( interního, neurologického a psychiatrického, resp. psychologického) a pečlivé diagnostické rozvahy. V praxi k tomu z časových a organizačních důvodů často nedochází. Přitom jsou diagnostické možnosti psychických poruch u mentálně retardovaných klientů omezené vyžadují použití modifikovaných škál (7).

Reakce na různá psychofarmaka mohou být u pacientů s mentální retardací velmi odlišné a nepředvídatelné, což je jistě zakotveno v nejednotné etiologii mentální retardace a různou vulnerabilitou organicky poškozené CNS. Dávkování je zcela individuální a výše dávky se pohybuje na obou koncích spektra. Z praxe známe případy, kdy často nepatrná dávka neuroleptika může mít rozhodující vliv na problémové chování klienta a její vysazení způsobí katastrofální následky. Jindy přijdeme do kontaktu s klienty, jejichž neuroleptická léčba mnohonásobně převyšuje běžně používanou terapeutickou dávku užívanou při léčbě psychóz a pacienti jí snášejí s neobvyklou tolerancí, nemluvě o kombinaci neuroleptik se stejně masivními dávkami antiepileptik. Často ale ani při takto vysokých dávkách nedosáhneme žádoucího efektu.

Velmi individuální je též snášenlivost neuroleptik vzhledem k nežádoucím účinkům. Musíme počítat s celým známým spektrem nežádoucích účinků a reakcemi často vzhledem k dávce neočekávanými až idiosynkratickými, co se rychlosti nástupu a intenzity týče. Setkáváme se jak s neuroleptickým parkinsonoidem, tak tardivními dyskinezemi. Velmi nebezpečné a neočekávané mohou být u klientů maligní hypotenze či maligní neuroleptický syndrom (4,5).

Terapie mentální retardace jistě nestojí v centru zájmu našich psychiatrických odborníků, o čemž svědčí i frekvence tohoto tématu v odborných periodikách. Specializují se na ní spíše dětské psychiatry. Např. ve Velké Británii je 30-40 psychiatrů-specialistů pro mentální retardace (8). V oblasti péče o mentálně retardované se u nás také setkáváme se sociální a zdravotní dichotomií péče, která znesnadňuje porozumění mezi jednotlivými pomáhajícími profesemi a tak i komplexní péči o mentálně retardované. Ze zdravotnických pozic je mentální retardace většinou vnímána jako hendikep hodný péče sociální, přičemž většina pracovníků ÚSP se stále nejlépe identifikuje a nejlépe profesionálně funguje v modelu zdravotnickém, pro což svědčí i převaha zdravotnických profesionálů mezi zaměstnanci ÚSP(9).

V neposlední řadě se tato dichotomie týká i restriktivních opatření- každý ministerský resort má své vlastní směrnice v tomto směru ((11,12, příloha 3).

V některých evropských zemích tento konflikt částečně řeší konceptem „duální diagnózy“. Tj. sama diagnóza mentální retardace není důvodem k psychofarmakoterapii či psychiatrické hospitalizaci. K těmto intervencím je třeba existence druhé diagnózy, tj. závažnějších poruch chování či přidruženého psychiatrického onemocnění (7).

### 3. Organizace psychiatrické péče o mentálně postižené

Ambulantní lékařská péče (včetně psychiatrické) o mentálně retardované klienty je organizovaná podle stejných pravidel jako o ostatní obyvatele ÚSP<sup>d</sup>. Naprostá většina obyvatel v ÚSP pro mentálně retardované je pojištěnci Všeobecné zdravotní pojišťovny.

<sup>d</sup> § 22 Zákona 48/97 Sb.,pís.d)

Klienti jsou většinou registrováni u svého praktického lékaře, na jehož vyžádání by měla být teoreticky realizována i péče psychiatra.

Personál ÚSP je většinou v natolik úzkém kontaktu s ošetřujícím psychiatrem svých dlouhodobých klientů, že role praktického lékaře v praxi odpadá. Praktický lékař i psychiatr pracující pro ÚSP jsou regulováni na preskripci (medikace, zdravotních prostředků) a to jednak ve srovnání proti průměru v celé ČR a jednak proti vlastní preskripci v referenčním období (stejně pololetí minulého roku). V případě mimořádného spektra klientů s nákladnou preskripcí VZP po prověření toto zohledňuje (př. nákladnou preskripci plenkových kalhotek praktickým lékařem pro obyvatele ÚSP). Ze strany psychiatrů pracujících pro ÚSP se však VZP s požadavky na zohlednění preskripce často nesečká. Je otázkou, zda tento příklad farmakoekonomické disciplíny resp. autocenzury našich odborníků nesnižuje dostupnost mentálně retardovaných k vyzkoušení nákladnější, ale možno efektivnější terapie.

Regulační srážky a jejich mechanismy jsou součástí úhradových vyhlášek vydávaných MZ ČR dle paragrafu 17 Zákona 48, poslední vyhláška má číslo 101/2006.

Specialisté pracující pro ÚSP vykazují pro pojišťovnu ve stejném režimu, jako kdyby do jejich ordinace docházel klient z domova, což je cílené vyšetření (název lékařského výkonu dle číselníku VZP), u začínajícího, či nově objevivšího se zdravotního problému, kontrolní vyšetření při běžné kontrole. Princip vykazování se neřídí časovým hlediskem, ale průběhem choroby. Psychiatr může vykazovat ty výkony, které má nasmlouvané, teoreticky tedy i psychoterapii. Omezení proskripce léků jsou dána jednak odborností, jednak diagnózou.

Pokud se u klientů ÚSP objeví potřeba psychiatrické hospitalizace, jsou většinou hospitalizováni ve spádových psychiatrických léčebnách, řidčeji na psychiatrických odděleních nemocnic, v jejichž režimu není mentální hendikep organizačně zohledněn. Dle pracovníků ústavů se jedná většinou o krátkodobé hospitalizace, během nichž bývá klientovi nastavena medikace natolik vysoká, že po návratu z léčebny není schopen se zapojit do běžného režimu ústavu. Z tohoto důvodu jsou hospitalizace pracovníky ústavu vnímány většinou negativně a jako krajní řešení obtížných situací. Z praxe jsou známé též příklady opačné, tj. na psychiatrické oddělení či do léčebny je přijat pacient s referencí o neklidu a agresivitě a masivní dávkou psychofarmak nastavených ambulantně, který se v prostředí zdravotnického zařízení chová adaptivně i na polovičním množství medikace, tyto případy skýtají jistě obsahují podnět k hledání odstranitelné příčiny.

Zvláštní skupinu tvoří mentálně retardovaní klienti, hospitalizovaní dlouhodobě na „chronických“ odděleních psychiatrických léčeben. Diagnostické spektrum této skupiny by jistě stálo za podrobnější průzkum. Jisté je, že ohrožení sociální exkluzí je pro ně ještě výraznější, než pro klienty ÚSP.

#### 4. Charakteristika sledovaných ústavů:

Všechny tři sledované ústavy se vyznačují velmi kvalitním až nadstandardním materiálním vybavením, které zajišťuje klientům důstojné životní podmínky, rovněž zdravotní péče je na vysoké úrovni. V otevřenosti transformačním změnám jsou zaměstnanci ústavů stále limitováni reálnými organizačními a personálními možnostmi..

Jak psychiatrická medikace, tak použití omezujících prostředků prošly zjevně ve více či méně nedávné době ve všech třech ústavech značnou redukcí. Tyto zásahy měly na život klientů buďto jednoznačně pozitivní dopad (důstojnější podmínky, zlepšení sociálního fungování), nebo jejich fungování výrazně neovlivnily. Praxe ukazuje, že zmiňované změny kladou nároky především na personál.

Spolupráce s psychiatry byla též hodnocena pozitivně, preferováno je docházení lékařů přímo do ústavů a operativní komunikace s lékařem. Pravidelná týmová setkávání zdravotnických odborníků a pracovníků v přímém kontaktu s klienty nejsou pravidlem, kontakt většinou zprostředkovávají vrchní sestry.

Drtivá většina klientů všech ústavů je pojištěnci VZP.



Možnosti spolupráce s psychology jsou v jednotlivých ústavech různé. Zazněla potřeba možnosti pravidelně konzultovat problematické klienty s odborníky i potřeba péče o personál samotný (mentální hygiena, supervize)... Ústavy se výrazně liší skladbou klientely v celoroční péči, jak co se pohlaví, věkového průměru, tak tíže postižení týče, což má jistě vliv na zjištěné skutečnosti.

Charakteristika jednotlivých ústavů<sup>e</sup>

ÚSP	Celkový počet klientů	Počet klientů v celoroční péči	Z toho žen v celoroční péči	Z toho mužů v celoroční péči	Psychiatriky medikovaných v celoroční péči	Průměrný věk klientů v celoroční péči	Klientů pod 18 let v celoroční péči	Počet síťových lůžek v době průzkumu
A	84	54	39	15	31 (57%)	26,4	5	0
B	71	64	33	31	47 (73 %)	18,7	29	0
C	79	73	21	52	39 (53 %)	27	8	1

### 5. Cílová skupina a zjištěné výsledky

Ústav A:

ID	RČ	Věk	Pohlaví	Psych. Dg.	Další dg.	Medikace			HE Celkem
						Název	dávka	HE	
1		32	F	F71-F72		Tisercin	75	5,53	5,53
2		39	F	F71-F72	M.Down	CLPTX	15	2,25	2,25
3		43	F	F71,F20		Tisercin	100	7,17	27,47
						CLPM	100	300	20,30
4		38	F	F71-F72		CLPTX	15	30	3,42
5		38	F	F71.1	Hluchoněm ost	Rispen	1	2	2,25
6		28	F	F71.1	Epilepsie	CLPTX	50	100	8,87
						Prothia	den 25	50	0,00
						Orfiril	300	300	0,00
7		38	F	F71.1-F72		CLPM	25	125	8,82
						Haloperidol	1,5	4,5	4,50
						Diazepam	10	20	0,00
8		42	F	F71-F72		CLPTX	15	30	3,42
9		32	F	F70-F71	DMO	CLPTX	15	15	2,25

<sup>e</sup> Veškeré údaje se týkají období duben –květen 2006 a v současné době mohou být již mírně odlišné.

ID	RČ	Věk	Pohlaví	Psych. Dg	Další dg.	Medikace			HE Celkem
						Název	dávka	HE	
						Prothia den 25	50	0,00	
10		38	F	F71-72		CLPTX 15	30	3,42	3,42
11		36	F	F71	nevyr.výko n	CLPM 100 Zoleptil 100 Deprex 20	300 150 20	20,30 17,35 0,00	37,65
12		33	F	F71-72		CLPTX 15 Deprex 20	15 20	2,25 0,00	2,25
13		28	F	F71	Epilepsie	Haloper idol 1,5	4,5	4,50	4,50
14		35	F	F71	DMO	CLPTX 50 Amitript ylin 75	65 75	6,14 0,00	6,14
15		29	F	F71	vitium cordis	CLPTX 15	15	2,25	2,25
16		13	F	F71.1	emoč.depri vace	Rispen 1 Tisercin 25	3 25	6,97 2,25	9,22
17		31	M	F71.1		Zoleptil 50 Diazepa m 5 15	100 15	9,80 0,00	9,80
18		30	M	F71.1		CLPM 100 Zoleptil 100	100 150	7,17 17,35	24,52
19		37	M	F71.1	patlavost	Haloper idol 1,5 Tisercin 100	4,5 100	4,50 7,17	11,67
20		37	M	F71		CLPTX 15	15	2,25	2,25
21		34	M	F72	Epilepsie	CLPTX 15	30	3,42	3,42
22		21	M	F79	Org.postiž. CNS	Tisercin Orfiril long	25 600	2,25 0,00	2,25
23		17	M	F71	LMD	Tisercin CLPTX 50	75 150	5,53 12,76	18,29



ID	RČ	Věk	Pohlaví	Psych. Dg	Další dg.	Medikace			HE Celkem
						Název	dávka	HE	
						Orfiril 300	900	0,00	
24		34	F	F71	Hluchoněm ost	CLPTX 50 Solian 200	300 400	24,43 13,74	38,17
25		46	F	F71		CLPTX 50 Prothia den 25	130 25	11,20 0,00	11,20
26		43	F	F71		Tisercin Prothia den 25 Orfiril 300	75 25 300	5,53 0,00 0,00	5,53
27		40	F	F71-F72		Haloper idol 1,5 Tisercin CLPTX 15	4,5 50 15	4,50 3,89 2,25	10,64
28		30	F	F71	DM	Dogmat il 50	50	2,25	2,25
29		34	F	F71		Zoleptil 50, 25	150	17,35	17,35
30		41	F	F71- F72,F 45	Epi.DM,	CLPTX 15	30	3,42	3,42
31		31	F	F71		Haloper idol gtt	2	2,00	2,00

Průměrný věk 33,81

Počet sledovaných klientů 31

Muži 7

Ženy 24

Kombinace neuroleptik

s antidepresivy 4

s anxiolytiky 2

s antiepileptiky 2

Dávky neuroleptik vyjádřené haloperidolovým ekvivalentem:

Muži 11,98

Ženy 9,37

Celkem 9,58

Ústav B:

ID	RČ	Věk	Pohlaví	Psych. Dg	Další dg.	Medikace			HE Celkem
						Název	dávka	HE	
1		20	Ž	F72	DMO	CLPTX Fevarin	90 50	8,09 0,00	8,09
2		20	M	F71	DMO,EPI *			0,00	0,00
3		20	Ž	F71	M.Down	Plegomazin	25	2,25	2,25
4		21	Ž	F72	M.Down	Tisercin	150	10,46	10,46
5		21	Ž	F72	EPI	Diazepam Prothazin	10 25	0,00 0,00	0,00
6		21	Ž	F71-F72	EPI	Rispen Tisercin	1 150	2,25 10,46	12,71
7		21	Ž	F72	paraplegie DK	Prothazin Tisercin	25 25	0,00 2,25	2,25
8		21	Ž	F72	DMO,EPI	Tisercin	25	2,25	2,25
9		22	M	F72	EPI	Buronil Tisercin	50 25	2,25 2,25	4,50
10		22	M	F70-F71.1		CLPTX	100	8,87	8,87
11		23	Ž	F71.1		Haloperidol Lerivon Tisercin	3 15 50	3,00 0,00 3,89	6,89
12		23	M	F71-F72		Tisercin	50	3,89	3,89
13		24	M	F72		Mysalfon Tisercin	1 75	0,00 5,53	5,53
14		28	M	F72		Tiapra Tisercin	200 25	5,68 2,25	7,93
15		37	M	F71		CLPTX Rispen	15 1	2,25 2,25	4,50

Průměrný věk 22,93

Počet sledovaných klientů 13/15 (medikování neuroleptiky/celkem)

Muži 6/7

Ženy 7/8



Kombinace neuroleptik s antidepresivy	3
s anxiolytiky	1
s antiepileptiky	0

Dávky neuroleptik vyjádřené haloperidolovým ekvivalentem:

Muži	5,87
Ženy	6,41
Celkem	6,16

Ústav C:

ID	RČ	Věk	Pohlaví	Psych. Dg	Další dg.	Medikace			HE Celkem
						Název	dávka	HE	
1		22	M	F71.1,F3 4		CLPM	900	59,70	73,73
						Tisercin	150	10,46	
						Haloperidol dec.	amp.á1 4dní	3,57	
						Carbamaze pin	600	0,00	
						Diazepam	30	0,00	
						Oxazepam	10	0,00	
2		27	M	F71.1		CLPM	25	2,25	2,25
						Oxazepam	10	0,00	
3		29	M	F71.1,G4 0.6		CLPM	175	12,10	12,10
						Sodanton	100	0,00	
						Tegretol	1200	0,00	
						Rivotril	0,5	0,00	
4		29	Ž	F71.1		Rivotril	0,5	0,00	0,00
						Prothazin	25	0,00	
5		33	Ž	F71.1		Buroni	50	2,25	2,25
6		37	M	F71.1		Buroni	100	14,83	27,59
						CLPTX	150	12,76	
						Akineton	2	0,00	
7		27	Ž	F71.1		CLPM	300	20,30	30,94
						Rispen	3	10,64	
8		24	M	F71.1,G4 0.6		Buroni	100	14,83	14,83
						Petinimid	500	0,00	
						Pheneamal etten	15	0,00	
9		30	M	F71.1,I83. 9		CLPM	125	8,82	14,50
						Tiapridal	200	5,68	
						Venoruton	300	0,00	
10		40	M	F71.1		CLPM	300	20,30	20,30
11		29	Ž	F71.1		CLPM	300	20,30	20,30
						Prothiaden	75	0,00	
						Oxazepam	40	0,00	
12		28	M	F71.1		CLPM	200	13,74	19,27
						Tisercin	75	5,53	
13		29	M	F71.1,G4 0.6		Tisercin	25	2,25	2,25
						Dizapem	15	0,00	

				Depakine			
				CHR	1250	0,00	
				Neurotop R	900	0,00	
14	28	Ž	F71.1,	Oxazepam	30	0,00	0,00
			F71.1,G4				
15	25	Ž	0.6	Prothazin	50	0,00	0,00
				Oxazepam	20	0,00	
				Phenemal			
				0,1	50	0,00	
16	24	M	F71.1,G40.6.F34	Plegomazin	300	20,30	30,76
				Tisercin	150	10,46	
				Prothazin	50	0,00	
				Diazepam	40	0,00	
				Hypnogen	10	0,00	
				Depakine			
				CHR	1000	0,00	
			F71.1,G4				
17	25	M	0.6	Tisercin	100	7,17	45,53
				Buronil	50	2,25	
				CLPTX	450	36,11	
				Oxazepam	50	0,00	
				Depakine			
				CHR	1000	0,00	
				Neurotop R	600	0,00	
				Phenamal			
				0,1	100	0,00	
18	26	M	F711	Tiapridal	300	9,11	9,11
				Oxazepam	20	0,00	
19	21	M	F711	Tisercin	175	12,10	12,10
				Diazepam	20	0,00	
				Carbamaze			
				pin	600	0,00	
				Hypnogen	10	0,00	

Průměrný věk 28,05

Počet sledovaných klientů 19/16 (medikování neuroleptiky/celkem)

Muži 13

Ženy 3/6

Kombinace neuroleptik

s antidepresivy 4

s anxiolytiky 10

s antiepileptiky 9

Dávky neuroleptik vyjádřené haloperidolovým ekvivalentem:

Muži 21,87

Ženy 17,83

Celkem 21,11

## Shrnutí:

Ve sledovaných ÚSP lze popsat zásadní rozdíly v používání psychofarmak, i když procento medikovaných klientů je vždy velmi vysoké (přesahuje 50%). Výzkum se omezil zejména na sledování používání neuroleptik u klientů s diagnózou středně těžké mentální retardace. Neuroleptika jsou u osob s mentální retardací používána jako trvalá medikace velmi často, ačkoliv odborná literatura není v názoru na vhodnost takové medikace jednotná. Nezabývali jsme se tedy komplexnějším pohledem na účelnost farmakoterapie, ale omezili jsme se na zpřehlednění používaných dávek neuroleptik, neboť lze předpokládat, že vysoké dávky mohou znamenat, že medikace je používána hlavně k omezení nežádoucího chování klientů - tedy jako omezující opatření. Česká legislativa tuto problematiku jednoznačně nevymezuje (11,12, příloha 3), ale mezinárodní normy připouštějí podávání psychofarmak pouze k léčebným a diagnostickým účelům(10). Farmaka nesmějí být použita jako trest či v zájmu „pohodlí dalších osob“.

## Zjištění:

Ve dvou sledovaných ÚSP (A,B) je medikace omezena na minimum. Dávky vyjádřené haloperidolovým ekvivalentem se pohybují v úrovni minimálních účinných antipsychotických dávek a nesvědčí pro to, že by medikace byla používána k nadměrnému farmakologickému útlumu klientů.

V ústavu C jsou používány dávky neuroleptik podstatně vyšší (2-4x) a pohybují v horní polovině intervalu doporučených antipsychotických dávek. V jednom případě je (Chlorpromazin 900 mg), je dokonce o 50% překročena maximální doporučená dávka. Navíc jsou zde neuroleptika u většiny klientů kombinována s vysokými dávkami anxiolytik, antiepileptik a antidepresiv a tlumivé účinky těchto skupin léků se mohou kumulovat. Je pravděpodobné, že část rozdílů ve farmakoterapii může být způsobena tím, že v C jsou klienti se závažnějšími projevy psychomotorického neklidu (je zde nejvíce referencí o agresivních incidentech, spojených s napadením a zraněním personálu, u 5 klientů tyto situace vyžadují opakované psychiatrické hospitalizace) přesto účelnost a šetrnost takovéto medikace je přinejmenším diskutabilní. Tato situace vyžaduje podrobnější analýzu medikace i celé situace s dalším zaměřením na trénink personálu a organizační opatření zaměřená na zvládnutí neklidu určitého klienta.

## 6.Diskuse, závěr, doporučení

Průzkum byl prováděn ve třech ústavech, jež lze v mnoha směrech považovat za nadstandardní a které fungují pod jedním zřizovatelem (Středočeský kraj), proto nelze získané výsledky zevšeobecňovat. Nabízí se ale možnost použití této metodiky i pro další ústavy za účelem komplexnějšího pohledu na problematiku v ČR i konkrétního nasměrování péče v tom kterém ústavu. Výsledky je nutno hodnotit ve vztahu k charakteru klientely (počet, věk, pohlaví, charakter a míra postižení, kombinace s jinými poruchami) i vnějším podmínkám ( organizace péče, počet, vzdělání a trénink pracovníků v přímém kontaktu s klienty s problémových chování). Další velmi diskutabilní skutečností je sama diagnóza středně těžké mentální retardace s eventuelními poruchami chování, pod kterou se může skrýt nepřeberné množství klinických obrazů.

Původní předpoklad zpracovatelů celkového projektu, tj. že se touto metodou podaří zaznamenat pozitivní vliv celoplošného vzdělávání na zmírnění užití restriktivních prostředků se tedy nepotvrdil, i když celkový trend k postupnému omezování omezujících prostředků je ve všech ústavech jednoznačně patrný, přestože z něj vyplývá zvýšení nároků na pracovníky v přímém kontaktu s klientem. Hledání přijatelných způsobů péče o pomáhající personál a jejich realizace je předpokladem další úspěšnosti reformy ústavní péče.



Reformní a vzdělávací tlak na personál ÚSP je někdy ve výrazném konfliktu nejen se zaběhanými zvyklostmi ale i s organizačně-ekonomickou realitou současných ústavů.

Pro další fázi projektu- tj. do konce roku 2007 navrhujeme následující postup, resp. alternativy postupu:

1. Přehledné zpracování dostupné literatury týkající se projektem zmiňovaných témat: modely péče o mentálně retardované, organizace psychiatrické péče o mentálně retardované v jednotlivých zemích EU a její financování, účelná farmakoterapie mentální retardace, přehled tuzemské legislativy týkající se použití farmakoterapie jako omezujícího prostředku.

3. Danou metodikou zpracovat několik dalších ústavů, což umožní záchyt problematice medikace a tím i problematice situací klientů s problémovým chováním.

3. Z tohoto souboru klientů vytipovat (za pomoci personálu, eventuelně ošetřujícího psychiatra) skupinu klientů se zvláště problémových chování a vysokou medikací a systematicky se zaměřit na hledání alternativních možností zvládnutí kritických situací. To spočívá zejména v tréninku a vzdělávání pracovníků v přímém kontaktu s těmito klienty. V daném časovém intervalu lze pak provést porovnání výsledků. Tento postup se jeví jako nejúčelnější z hlediska konkrétního zisku pro klienty a pracovníky, je však také nejnáročnější. Kromě časových a personálních nároků možno předpokládat hlavní úskalí v získávání vedení ústavů pro daný postup a začlenění ambulantního psychiatra (možno i neurologa), který má možnost ovlivňovat medikaci, do celého procesu. Současný systém péče (viz kapitola 3.) odborníky nikterak nemotivuje k týmové a komplexní péči o klienta.

#### Použitá literatura:

1. Duševní poruchy a poruchy chování, Psychiatrické centrum Praha, 1992, ISBN 80-85 121-37-9
2. Janotová D., Raný začátek demence u pacientů s mentální retardací, PK Praha 1.LF UK, Psychiatrie, Časopis pro moderní psychiatrii, Supplementum 2003
3. Metodické opatření Ministerstva zdravotnictví k používání omezovacích prostředků u pacientů v psychiatrických zařízeních České republiky 1/2005, Psychiatrie, Časopis pro moderní psychiatrii, Ročník 9, č.1/2005
4. MUDr. Jana Schmidtová, FN Motol, Farmakoterapie mentální retardace in Agresivita a prevence problematice chování u klientů s mentální retardací, Modrý Klíč 2005
5. Paclt I., Florian J., Psychofarmakoterapie dětského a dorostového věku, Grada 1998, ISBN 80-7169-506-8
6. Žukov I., Kozelek P., Hrubý T., Páv M., PK Praha 1.LF UK, VFN, Dlouhodobá medikace násilně se chovajících pacientů, Psychiatrie, Časopis pro moderní psychiatrii, Supplementum 1/2006
7. Janotová D., Psychiatrická klinika Praha, 1.LFUK, Pokroky ve farmakoterapii mentální retardace, Psychiatrie,
8. Baudiš P., Bašný Z. Používání restriktivních psychiatrických prostředků v Anglii, Česká a slovenská psychiatrie, roč.101, červen 2005
9. Johnová Milena, Sociální služby poskytované v ústavních zařízeních, Zpráva modulu 2, Česko-britského projektu na podporu MPSV při reformě sociálních služeb, 2005, www.kvalitavpraxi.cz od 1.7.2006
10. Zásady ochrany duševně nemocných (Principles for the Protection of Persons with Mental Illness), přijato rezolucí Generálního shromáždění OSN číslo 46/119 dne 17. prosince 1991 (viz též příloha)



11. Metodické opatření MPSV k postupu při mimořádném použití klecových lůžek opatřených sítí v zařízeních sociálních služeb, 28.6.2004, [www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz)  
12. Zákon o sociálních službách ,108/2006 Sb. § 92, [www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz)

### Příloha 1

#### Metodika výpočtu haloperidolového ekvivalentu

Termín „haloperidolový ekvivalent“ je běžně používán, přesto neexistuje jednotná metodika pro jeho stanovení. V našem šetření budeme tedy využívat postup vycházející z porovnání terapeutického rozmezí (minimální doporučená denní dávka – maximální doporučená denní dávka) u jednotlivých neuroleptik.

Výpočet je prováděn podle následujícího vzorce.

$$HE_{X_n} = H_{\min} + (X_n - X_{\min}) \frac{H_{\max} - H_{\min}}{X_{\max} - X_{\min}}$$

kde

- HE<sub>X<sub>n</sub></sub>.....haloperidolový ekvivalent dávky n mg neuroleptika X  
H<sub>min</sub> ..... minimální doporučená denní dávka Haloperidolu (2,25 mg)  
H<sub>max</sub>..... maximální doporučená denní dávka Haloperidolu (40 mg)  
X<sub>min</sub> ..... minimální doporučená denní dávka neuroleptika X  
X<sub>max</sub>..... maximální doporučená denní dávka neuroleptika X  
X<sub>n</sub>..... podaná denní dávka neuroleptika X

Přehled minimálních a maximálních dávek je uveden v tabulce č. 1. Údaje jsou převzaty z Metodického listu Ústřední komise racionální farmakoterapie a lékové politiky MZ SR č. 31 „RACIONÁLNÁ LIEČBA ANTIPSYCHOTIKAMI“ z prosince 2003. Údaje byly aktualizovány podle databáze AISLP (únor 2006).

Tab. 1

Generický název	Doporučená dávka	
	min (mg)	max (mg)

Haloperidol	2,25	40
-------------	------	----

Amisulprid	50	1200
Aripiprazol	15	30
Flupentixol	1	32
Chlorpromazin	25	600
Chlorprothixen	25	500
Klozapin	100	900
Kvetiapin	150	750
Levopromazin	25	600
Melperon	75	200
Olanzapin	5	20



Oxyprothepin	2,5	30
Perfenazin	8	64
Risperidon	2	10
Sertindol	4	24
Sulpirid	200	2000
Thioridazin	25	600
Tiaprid	100	1200
Ziprasidon	80	160
Zotepin	75	300
Zuklopentixol	10	150

Výše uvedený výpočet nelze použít u depotních preparátů. Zde je možné vycházet z předpokladu, že nejčastěji doporučovaný interval podávání odpovídá střední dávce haloperidolu, tj. 20. mg/den. Zkrácení či prodloužení intervalu znamená odpovídající zvýšení či snížení odpovídající denní dávky haloperidolu. Viz tabulka č. 2.

Tab. 2

Generický název	Interval podání	Haloperidolový ekvivalent
Flufenazin	4 týdny	20 mg
	3 týdny	40 mg
Oxprotehepin	4 týdny	10 mg
	3 týdny	20 mg
	2 týdny	40 mg

## Příloha 2

### Zásady ochrany duševně nemocných

(Principles for the Protection of Persons with Mental Illness)

Přijato rezolucí Generálního shromáždění OSN číslo 46/119 dne 17. prosince 1991

Generální shromáždění,

Si uvědomuje ustanovení Obecné deklarace lidských práv, Mezinárodní dohody o občanských a politických právech, mezinárodní dohody o ekonomických, sociálních a kulturních právech a dalších relevantních dokumentů, jako je Deklarace práv postižených a Zásady ochrany všech osob před omezováním osobní svobody a vězněním,

Připomíná svou rezoluci 33/53 ze 14. prosince 1978, v níž požaduje od Komise pro lidská práva, aby přikázala Subkomisi pro prevenci diskriminace a ochranu menšin provést prioritní šetření týkající se otázek ochrany těch, kdo jsou omezováni kvůli duševní poruše a navrhnout pravidla,

Připomíná dále svou rezoluci 45/92 ze 14. prosince 1990, v níž přivítalo pokrok, který dosáhla pracovní skupina Komise pro lidská práva při zpracování návrhu zásad ochrany práv duševně nemocných, a zlepšení péče o duševní zdraví na základě návrhu poskytnutého Komisi pro lidská práva Subkomisí pro prevenci diskriminace a ochranu menšin,

Odvolává se na rezoluci Komise pro lidská práva 1991/46 z 5. března 1991, kterou komise přijala návrh zásad doporučený pracovní skupinou a rozhodla se jej společně se zprávou pracovní skupiny předložit Generálnímu shromáždění prostřednictvím Ekonomické a sociální





rady,

Odvolává se dále na rezoluci Ekonomické a sociální rady 1991/29 ze 31. března 1991, v níž se Rada rozhodla předat návrh zásad a zprávu pracovní skupiny Generálnímu shromáždění,

Odvolává se dále na doporučení, které Komise pro lidská práva ve své rezoluci 1991/46 a Ekonomická a sociální rada v rezoluci 1991/29 daly Generálnímu shromáždění k přijetí návrhu zásad, a sice, aby jejich úplný text byl co nejvíce rozšiřován, aby se zásady staly doprovodným textem obou mezinárodních dohod o lidských právech a byly šířeny společně s nimi,

Odvolává se na poznámku Generálního sekretáře, doplněk obsahující text zásad a úvod k tomuto textu,

1. Přijímá Zásady ochrany osob trpících duševní poruchou a zlepšování péče o duševně nemocné ve znění, které je doplněním této rezoluce;
2. Požaduje, aby Generální sekretář zařadil text Zásad společně s úvodem do příštího vydání publikace nazvané "Lidská práva: Soubor mezinárodních dokumentů";
3. Požaduje, aby Generální sekretář umožnil co nejširší publikaci textu Zásad a zajistil, aby jejich text včetně úvodu byl publikován jako doprovodný dokument mezinárodních dohod o lidských právech.

#### DOPLNĚK

Zásady ochrany osob trpících duševní poruchou  
a zlepšování péče o duševní zdraví

#### Uplatnění

Tyto Zásady musí být uplatňovány bez ohledu na postižení, rasu, barvu, pohlaví, jazyk, náboženství, politické či jiné názory, národnostní, etnický či sociální původ, první nebo sociální status, věk nebo majetkové poměry.

#### Definice

V těchto Zásadách:

- (a) "Zástupce" znamená právní nebo jiný kvalifikovaný reprezentant;
- (b) "Nezávislá autorita" znamená oprávněná a nezávislá autorita definovaná místními zákony;
- (c) "Péče o duševní zdraví" obsahuje analýzu a diagnózu duševního stavu osoby, léčení, ošetřování a rehabilitaci duševně nemocného nebo osoby, u níž je duševní nemoc předpokládána;
- (d) "Zařízení péče o duševní zdraví" znamená každé zařízení nebo oddělení každého zařízení, jehož primárním účelem je poskytovat péči o duševní zdraví;
- (e) "Pracovník péče o duševní zdraví" znamená lékař, klinický psycholog, sestra, sociální pracovník nebo jiná náležitě vycvičená a vzdělaná osoba se specifickými dovednostmi vztahujícími se k péči o duševní zdraví;
- (f) "Pacientem" je míněna každá osoba konzumující péči o duševní zdraví, do této skupiny jsou zahrnuty všechny osoby přijaté do zařízení péče o duševní zdraví;
- (g) "Osobní zástupce" je osoba zákonem pověřená hájit určité zájmy pacienta nebo ho zastupovat při výkonu některých jeho práv, patří sem rodič nebo opatrovník nezletilého, pokud jej místní zákon nedefinuje jinak;



- (h) "Dohledem" je míněna instituce založená v souladu se zásadou 17 za účelem dohledu na nedobrovolné přijetí a držení pacienta v zařízení péče o duševní zdraví.

## Obecné ustanovení

Výkon práv stanovených dále následujícími Zásadami může být omezen pouze způsobem určeným zákonem a to v případě, že je nutné chránit zdraví či bezpečnost příslušné osoby nebo jiných osob či chránit veřejnou bezpečnost, pořádek, zdraví, mravy nebo základní práva a svobody ostatních.

### Zásada 1

#### Základní svobody a práva

1. Každý má právo ne nejlepší dostupnou péči o duševní zdraví. Tato péče je součástí systému zdravotní a sociální péče.
2. Osoby trpící duševní poruchou či osoby za trpící duševní poruchou považované musí být léčeny s lidskostí a ohledem na lidskou důstojnost.
3. Osoby trpící duševní poruchou či osoby za trpící duševní poruchou považované mají právo na ochranu před ekonomickým, sexuálním či jiným vykořisťováním, fyzickým či jiným zneužíváním a ponižující léčbou.
4. Nikdo nesmí být diskriminován na základě duševní poruchy. "Diskriminací" se rozumí každé rozlišování, vylučování nebo upřednostňování, které má za následek anulování nebo narušení rovného využívání práv. Zvláštní opatření sloužící výhradně k zajištění práv osob s duševní poruchou nemohou být považována za diskriminační. Diskriminace nezahrnuje rozlišování, vylučování či upřednostňování, které je uplatněno v souladu s těmito Zásadami a je nutné k ochraně práv lidí trpících duševní poruchou nebo jiných osob.
5. Každý člověk trpící duševní poruchou má právo využívat všechna občanská, politická, ekonomická, sociální a kulturní práva uznaná Všeobecnou deklarací lidských práv, Mezinárodní úmluvou o ekonomických, sociálních a kulturních právech, Mezinárodní úmluvou o občanských a politických právech a dalšími relevantními dokumenty jako jsou Deklarace práv zdravotně postižených a Zásady ochrany uvězněných.
6. Každé rozhodnutí, které omezuje něčí právní způsobilost z důvodu duševní poruchy nebo které v souvislosti s takovým omezením způsobilosti určuje osobního zástupce může být učiněno pouze na základě spravedlivého líčení nezávislého a nestranného tribunálu vymezeného místním právem. Osoba, jejíž způsobilost je předmětem sporu, musí mít právo nechat se zastupovat právním zástupcem. Pokud si osoba, jejíž způsobilost je předmětem sporu, sama takové zastupování nezajistí, musí jí být poskytnuto bezplatně v potřebném rozsahu. Právní zástupce nemůže v témže řízení zastupovat zařízení péče o duševní zdraví či zaměstnance takového zařízení, nemůže též zastupovat rodinného příslušníka osoby, jejíž způsobilost je předmětem sporu, aniž by se soud nepřesvědčil, že nedochází ke konfliktu zájmů. Rozhodnutí týkající se omezení právní způsobilosti a určení osobního zástupce musí být pravidelně revidována v přiměřených intervalech stanovených místním právem. Osoba, jejíž právní způsobilost je předmětem sporu, její osobní zástupce (pokud existuje) a další zainteresované osoby mají právo odvolat se k vyššímu soudu proti každému takovému rozhodnutí.
7. Pokud soud či jiný oprávněný tribunál shledá, že osoba trpící duševní poruchou není schopná zvládat své záležitosti, musí být učiněna taková opatření, která s ohledem na stav příslušné osoby zajistí ochranu jejích zájmů.

### Zásada 2

#### Ochrana menšin

Zvláštní pozornost je třeba věnovat souvislostem těchto Zásad a místních zákonů na



ochranu menšin a jejich práv. Citlivé jsou zejména situace, kdy je nutné jmenovat osobním zástupcem někoho jiného než rodinného příslušníka.

### Zásada 3 Život v komunitě

Každý člověk s duševní poruchou má právo žít a pracovat v komunitě, nakolik je to možné.

### Zásada 4 Stanovení duševní poruchy

1. Rozhodnutí, že osoba trpí duševní poruchou musí být v souladu s mezinárodně uznávanými lékařskými standardy.
2. Duševní porucha nesmí být stanovena na základě politického, ekonomického či sociálního statusu nebo příslušnosti ke kulturní, rasové či náboženské skupině nebo z jakéhokoliv jiného důvodu, který nesouvisí přímo se zdravotním stavem.
3. Konflikt v rodině či zaměstnání či nekonformita k morálním, sociálním, kulturním politickým či náboženským hodnotám převažujícím v okolní společnosti nemohou být rozhodujícím faktorem při stanovení diagnózy duševní poruchy.
4. V minulosti prodělaná psychiatrická léčba či hospitalizace nepotvrzuje sama o sobě, že se jedná o duševní poruchu.
5. Žádná osoba či instituce nepřihlíží nikomu psychiatrickou diagnózu či ho jinak neoznačí za osobu s duševní poruchou z jiných důvodů než přísně souvisejících s duševním zdravím.

### Zásada 5 Lékařské vyšetření

Nikdo nesmí být nucen podrobit se lékařskému vyšetření, jehož účelem je určit, zda osoba trpí duševní poruchou či nikoliv, jiným způsobem, než jaký je určen místním právem.

### Zásada 6 Důvěrnost

Všechny osoby, jichž se tyto Zásady dotýkají, mají právo na to, aby se s informacemi, které se jich týkají, zacházelo jako s důvěrnými.

### Zásada 7 Role komunity a kultury

1. Každý pacient má právo na léčbu a péči v komunitě, v níž žije, pokud je to možné.
2. Pokud se léčba odehrává v zařízení péče o duševní zdraví, má pacient právo léčit se blízko svého domova, rodiny a přátel, pokud je to možné. Má také právo na co nejčasnější návrat do komunity.
3. Každý pacient má právo na léčbu, která je v souladu s jeho kulturním zázemím.

### Zásada 8 Standardy péče

1. Každý pacient má právo na takovou zdravotní a sociální péči, která odpovídá jeho zdravotním potřebám. Je oprávněn dostávat takovou standardní léčbu a péči jako ostatní nemocné osoby.
2. Každý pacient musí být chráněn před poškozením, včetně neodůvodněné medikace, zneužití jinými pacienty, personálem nebo jinými osobami, či jiných událostí, které by měly za následek duševní či tělesné obtíže.



## Zásada 9

### Léčba

1. Každý pacient má právo na léčbu v co nejméně omezujícím prostředí a způsobem, který je co nejméně omezující a obtěžující a který je v souladu s pacientovými zdravotními potřebami a s potřebou chránit fyzickou bezpečnost ostatních osob.
2. Léčba a péče je každému pacientovi poskytována na základě individuálně stanoveného plánu, který je s pacientem diskutován, pravidelně kontrolován a v případě potřeby upravován. Léčba a péče je poskytována kvalifikovaným profesionálním personálem.
3. Péče o duševní zdraví musí být vždy poskytována v souladu s vhodnými etickými standardy pro pracovníky v oblasti péče o duševní zdraví včetně mezinárodně platných standardů jako jsou Zásady lékařské etiky, které jsou platné pro zdravotnický personál, zejména lékaře. Je nutno dodržovat Zásady ochrany vězňů a zadržovaných osob před mučením a jiným krutým, nelidským či ponižujícím léčením či trestáním přijaté Generálním shromážděním OSN. Znalostí a dovedností v oblasti duševního zdraví nesmí být nikdy zneužíváno.
4. Léčba každého pacienta musí směřovat k ochraně a posílení jeho osobní nezávislosti.

## Zásada 10

### Medikace

1. Medikace musí sledovat výhradně zdravotní potřeby pacienta. Může být pacientovi podávána pouze z léčebných nebo diagnostických důvodů, nesmí být používána jako trest nebo k usnadnění práce ostatním osobám. S ohledem k ustanovení paragrafu 15 dále uvedeného článku 11 může lékař předepisovat pouze léky se známými a vyzkoušenými účinky.
2. Léky může předepisovat pouze odborník v oblasti péče o duševní zdraví (lékař), který je k tomu oprávněn a každé podání léků musí být zaznamenáno v pacientově dokumentaci.

## Zásada 11

### Souhlas s léčbou

1. Nikomu nelze podávat léčbu bez jeho informovaného souhlasu, výjimky jsou uvedeny v člancích 6, 7, 8, 13 a 15 této zásady.
2. Informovaný souhlas je dobrovolný souhlas, získaný bez výhrůžek či nevhodného lákání. Pacient jej dává poté, co obdrží přiměřené a pochopitelné informace takovou formou a v takovém jazyce, které jsou pro něj srozumitelné:
  - a) Diagnostické zhodnocení;
  - b) Účel, způsob, pravděpodobné trvání a předpokládaný efekt navrhované léčby;
  - c) Alternativní možnosti léčby včetně těch méně zatěžujících;
  - d) Možné bolesti nebo nepříjemné pocity, rizika a možné vedlejší nežádoucí účinky navrhované léčby.
3. Pacient může k poskytnutí informovaného souhlasu vyžadovat přítomnost osoby či osob dle svého výběru.
4. Pacient má právo odmítnout nebo pozastavit léčbu mimo výjimek stanovených článku 6, 7, 8, 13 a 15 této zásady. Pacientovi musí být vysvětleny důsledky odmítnutí nebo zastavení léčby.
5. Pacient nikdy nesmí být žádán nebo přemlouván, aby se vzdal práva na informovaný souhlas. Pokud se zdá, že to pacient chce učinit, musí mu být vysvětleno, že bez jeho informovaného souhlasu není možno léčbu poskytnout.
6. Mimo výjimky popsané v člancích 7, 8, 12, 13, 14 a 15 této zásady je možné

poskytnout pacientovi léčbu podle stanoveného léčebného plánu bez jeho informovaného souhlasu, pokud jsou splněny následující podmínky.

- a) Pacient je v té době nedobrovolně hospitalizován;
  - b) Nezávislá autorita seznámená se všemi potřebnými informacemi včetně informací specifikovaných v článku 2 této zásady je přesvědčena, že v příslušném čase není pacient schopen dát či odmítnout informovaný souhlas k navrhovanému léčebnému plánu, nebo, pokud tak stanoví místní právo, že pacient bezdůvodně odmítá léčbu, která je třeba pro jeho vlastní bezpečnost či bezpečnost jiných osob;
  - c) Nezávislá autorita je přesvědčena, že navrhovaný léčebný plán léčby je v nejlepším souladu s pacientovými zdravotními potřebami.
7. Výše uvedený článek 6 se netýká pacientů s osobním zástupcem, kterého zákon opravňuje vydávat informovaný souhlas za pacienta. Mimo výjimky popsané v článcích 12, 13, 14 a 15 této zásady nemůže být těmto pacientům podávána léčba bez informovaného souhlasu osobního zástupce, který souhlas vydal po seznámení se s informacemi stanovenými v článku 2 této zásady.
  8. Kromě výjimek stanovených články 12, 13, 14 a 15 této zásady může být léčen pacient bez svého informovaného souhlasu, pokud kvalifikovaný a oprávněný psychiatr rozhodně, že je to nezbytné k zabránění okamžitého nebo bezprostředně hrozícího poškození pacienta nebo jiných osob. Taková léčba musí být přísně omezena na dobu nezbytně nutnou k splnění tohoto účelu.
  9. I když je nařízena léčba bez pacienta informovaného souhlasu, stejně musí být vynaloženo veškeré úsilí, aby byl pacient informován o podstatě léčby a možných alternativách a aby se co nejvíce podílel na vytváření léčebného plánu.
  10. Jakákoliv léčba musí být neprodleně zaznamenána v pacientových záznamech, ať již jde o nedobrovolnou nebo dobrovolnou léčbu.
  11. Fyzické omezení nebo nedobrovolná izolace pacienta mohou být použity pouze jako součást oficiálně schváleného postupu v zařízení péče o duševní zdraví a to výhradně v případech, kdy je to jediný dostupný prostředek k zabránění okamžitého nebo bezprostředně hrozícího poškození pacienta nebo jiných osob. Musí být přísně omezeno na dobu nezbytně nutnou k splnění tohoto účelu. Všechny případy fyzického omezení nebo nedobrovolné izolace, jejich důvody, forma a trvání musí být zaznamenány v pacientových zdravotních záznamech. Pacient, který je fyzicky omezen nebo izolován, musí být umístěn v lidských podmínkách a musí o něj pečovat a důkladně a pravidelně na něj dohlížet kvalifikovaný personál. Osobní zástupce, pokud pacient nějakého má, musí být bezprostředně uvědoměn, že pacient byl fyzicky omezen či nedobrovolně izolován.
  12. Sterilizace nesmí být prováděna jako léčba duševní poruchy.
  13. Větší chirurgické zákroky mohou být duševně nemocným osobám provedeny pouze v případech, které vymezuje místní právo, a to tehdy, když jde o nejlepší řešení pacientových zdravotních potřeb a když pacient poskytl informovaný souhlas a nebo, když pacient není schopen poskytnout informovaný souhlas, když je procedura schválena po nezávislém posouzení.
  14. Psychochirurgicky a dalšími radikálními a nevratnými metodami nesmějí být léčeni pacienti nedobrovolně hospitalizovaní v zařízení péče o duševní zdraví. Pokud to místní právo vůbec povoluje, mohou být tyto metody použity pouze v případě, že pacient poskytl informovaný souhlas nezávislý orgán se ujistil, že jde o skutečný informovaný souhlas a že léčebný postup nejlépe odpovídá pacientovým zdravotním potřebám.
  15. Klinické pokusy a experimentální léčba nesmí být nikdy prováděny bez pacientova informovaného souhlasu. Výjimečně může být zařazen do klinického pokusu nebo může dostávat experimentální léčbu pacient, který není schopen informovaného souhlasu, pokud s tím souhlasí kompetentní nezávislý orgán zřízený specificky k účelu dohlížet na klinický pokus či experimentální léčbu.
  16. V případech uvedených v článcích 6, 7, 8, 13, 14 a 15 této zásady má pacient, jeho

osobní zástupce či jiná zainteresovaná osoba právo odvolat se k soudní nebo jiné nezávislé autoritě, která oprávněnost léčby přezkoumá.

#### Zásada 12

##### Seznámení s právy

1. V zařízení péče o duševní zdraví musí být pacient co nejdříve po přijetí informován způsobem a jazykem, kterému rozumí o všech svých právech stanovených těmito zásadami a místním právem. Informace musí obsahovat vysvětlení těchto práv a způsobů, jak jich využít.
2. Pokud nastane taková situace, že pacient není schopen těmito informacím rozumět, musí být informace o jeho právech sdělena jeho osobnímu zástupci, pokud je určen a pokud je dosažitelný, a také osobě nebo osobám, které jsou schopné a chtějí hájit zájmy pacienta.
3. Pokud je toho pacient schopen, má právo určit osobu, která bude informována místo něj a která také bude hájit jeho zájmy proti vedení zařízení.

#### Zásada 13

##### Práva a podmínky v zařízeních péče o duševní zdraví

1. Každý pacient hospitalizovaný v zařízení péče o duševní zdraví má právo, aby bylo respektováno zejména:
  - a) Jeho obecná občanská práva;
  - b) Soukromí;
  - c) Svoboda komunikace, čímž se rozumí možnost volně komunikovat s dalšími osobami v zařízení; svoboda odesílat a přijímat necenzurované soukromé zprávy; svoboda přijímat v soukromí návštěvy svého poradce či osobního zástupce a všechny ostatní návštěvy v přiměřeném čase; svobodný přístup k poštovním a telefonním službám, k novinám rozhlasu a televizi;
  - d) Svoboda vyznání a víry
2. Prostředí a podmínky v zařízení péče o duševní zdraví mají co možná podobné těm, v nichž žijí zdraví lidé téhož věku, a mají zahrnovat zejména:
  - a) Vybavení pro rekreaci a zábavu;
  - b) Vybavení pro vzdělávání;
  - c) Možnost zakoupit či získat předměty denní potřeby, prostředky k rekreaci a komunikaci;
  - d) Zařízení a možnost ho využívat, které umožní pacientovi pracovní zařazení přiměřené jeho sociálnímu a kulturnímu zázemí, zařízení pro vhodnou pracovní rehabilitaci, které by podporovalo reintegraci do společnosti. Tyto prostředky by měly zahrnovat pracovní poradenství, pracovní trénink a umísťovací službu schopnou ochránit pacientovo pracovní místo v komunitě nebo mu sehnat jiné.
3. Za žádných okolností nesmí být pacient přinucen pracovat. V rámci možností daných potřebami pacienta a podmínkami zařízení by měl mít možnost vybrat si práci, kterou chce vykonávat.
4. Práce pacientů zařízení péče o duševní zdraví nesmí být vykořisťována. Každá pacient má právo na takovou odměnu za svou práci, jakou by za stejnou práci podle místního práva a zvyků dostal kdokoliv jiný. Každý pacient má za všech okolností právo na spravedlivý podíl na zisku, který zařízení péče o duševní zdraví za jeho práci získalo.

#### Zásada 14

##### Prostředky pro zařízení péče o duševní zdraví



1. Zařízení péče o duševní zdraví má právo na stejnou úroveň prostředků jako jiná zdravotnická zařízení, zejména pak na:
  - a) Kvalifikovaný zdravotnický a další potřebný personál v dostatečném počtu a s prostorem umožňujícím poskytnout všem pacientům soukromí a programy vhodné aktivní léčby;
  - b) Diagnostické a léčebné vybavení;
  - c) Vhodnou profesionální péči;
  - d) Odpovídající, pravidelnou a všestrannou léčbu, včetně dodávek léků.
2. Každé zařízení péče o duševní zdraví musí podléhat s dostatečnou četostí dohledu odpovědné autority, který zajistí, že podmínky, léčba a péče o pacienty vyhovují těmto Zásadám.

#### Zásada 15

##### Zásady přijetí k hospitalizaci

1. Potřebuje-li osoba léčbu v zařízení péče pro duševní zdraví, musí být učiněno vše, aby se předešlo nedobrovolné hospitalizaci.
2. Přístup do zařízení péče o duševní zdraví musí být zajištěn stejným způsobem jako do jakéhokoliv jiného léčebného zařízení.
3. Každý pacient, který není hospitalizován nedobrovolně, má právo kdykoliv opustit zařízení péče o duševní zdraví, ledaže jsou naplněny podmínky stanovené v následující zásadě 16 pro jeho zadržení jako nedobrovolného pacienta. O tomto svém právu musí být informován.

#### Zásada 16

##### Nedobrovolné přijetí

1. Osoba (a) může být přijata nedobrovolně k hospitalizaci do zařízení péče o duševní zdraví nebo (b) může být nedobrovolně zadržena v zařízení péče o duševní zdraví, kam byla předtím přijata jako dobrovolný pacient, tehdy a pouze tehdy, když o tom rozhodne zákonem oprávněný lékař - psychiatr v souladu s výše uvedenou zásadou 4 a tento lékař usoudí:
  - a) Že v důsledku duševní poruchy s vážnou pravděpodobností hrozí okamžité či bezprostřední nebezpečí poškození pacienta nebo jiných osob; nebo
  - b) Že u vážně duševně nemocné osoby, jejíž úsudek je narušen, by neuskutečnění hospitalizace vedlo k závažnému poškození jejího zdravotního stavu nebo by znemožnilo potřebnou léčbu, kterou je možno provádět pouze u hospitalizovaných pacientů. Je třeba dodržet zásadu nejméně omezující možnosti.

V případech zmíněných v pododstavci (b) musí být co nejdříve konzultován druhý nezávislý lékař - psychiatr. Pokud tento odborník nedá souhlas, nesmí se nedobrovolné přijetí či zadržení pacient v zařízení péče o duševní zdraví uskutečnit.

2. Místní právo musí stanovit délku krátkého prvního období, na něž může být osoba nedobrovolně přijata či zadržena k pozorování či předběžné léčbě, přičemž rozhodnutí o nedobrovolném přijetí či zadržení je ponecháno dozorčímu orgánu. Důvody přijetí musí být neprodleně sděleny pacientovi. Skutečnost, že osoba byla nedobrovolně hospitalizována a důvody tohoto rozhodnutí musí být také okamžitě a podrobně sděleny dozorčímu orgánu, pacientovu osobnímu zástupci, pokud existuje, a také, pokud proti tomu pacient nemá námitky, jeho rodině.
3. Zařízení péče o duševní zdraví může přijímat nedobrovolně hospitalizované pacienty pouze v případech, že je k tomu určeno odpovědným orgánem stanoveným místním právem.

#### Zásada 17

##### Dozorčí orgán



1. Dozorčí orgán musí být soudní či jiný nezávislý a nestranný orgán ustanovený místním právem a pracující podle pravidel stanovených místním právem. Tento orgán musí při svém rozhodování využívat pohled jednoho či několika kvalifikovaných a nezávislých lékařů - psychiatrů a brát v úvahu jejich doporučení.
2. Prvotní posouzení dozorčím orgánem, jak požaduje odstavec 2 výše uvedené zásady 16, týkající se rozhodnutí, že pacient má být nedobrovolně přijat či zadržen, se musí uskutečnit v co nejkratší době od tohoto rozhodnutí a musí proběhnout podle jednoduchých a rychlých pravidel stanovených místním právem.
3. Dozorčí orgán musí pravidelně kontrolovat případy nedobrovolně hospitalizovaných pacientů v rozumných intervalech definovaných místním právem.
4. Nedobrovolný pacient se může obracet na dozorčí orgán se žádostí o propuštění či status dobrovolného pacienta v rozumných intervalech stanovených místním právem.
5. Při každém posouzení musí dozorčí orgán zvážit, zda jsou naplněna kritéria pro nedobrovolnou hospitalizaci stanovená v odstavci jedna výše uvedené zásady 16. Pokud nejsou, musí být status nedobrovolného pacienta zrušen.
6. Kdykoliv lékař - psychiatr zodpovědný za pacienta shledá, že důvody k jeho dalšímu zadržení jako nedobrovolného pacienta již nejsou oprávněné, musí nařídit jeho propuštění.
7. Pacient, jeho osobní zástupce nebo jiná zainteresovaná osoba mají právo odvolat se k vyššímu soudu proti rozhodnutí, že pacient je nedobrovolně přijat či zadržen v zařízení péče o duševní zdraví.

#### Zásada 18

##### Procedurální pojistky

1. Pacient je oprávněn vybrat si a určit poradce, který ho bude zastupovat včetně zastupování při podávání stížností a odvolání. Pokud si pacient takovou službu nemůže dovolit, musí mu být poskytnuta bezplatně, případně uhradí jen takovou část nákladů, kterou si může dovolit.
2. Pacient je také oprávněn, pokud je to třeba, mít tlumočníka. Pokud si pacient takovou službu nemůže dovolit, musí mu být poskytnuta bezplatně, případně uhradí jen takovou část nákladů, kterou si může dovolit.
3. Pacient a jeho právní zástupce mají právo při kterémkoliv řízení požadovat či předkládat nezávislou zprávu o pacientově duševním zdraví či další zprávy ústní i písemné či další relevantní a přípustné důkazy.
4. Kopie pacientova zdravotního záznamu, zpráv a dokumentů, které jsou v řízení předkládány, musí být poskytnuty pacientovi a jeho právnímu zástupci, s výjimkou zvláštních případů, kdy je rozhodnuto, že by určitá informace mohla vážně poškodit pacientovo zdraví nebo ohrozit bezpečí jiných osob. Místní právo může stanovit, že dokumenty nemusí být předávány pacientovi, ale jeho osobnímu zástupci nebo právnímu zástupci. Když je část dokumentu před pacientem zatajena, musí být pacient či jeho právní zástupce, pokud existuje, informován o tomto zatajení a jeho důvodech a musí s tím být seznámen orgán soudního dohledu.
5. Pacient, jeho osobní zástupce a jeho právní zástupce mají právo osobně se účastnit každého jednání.
6. Pokud pacient, jeho osobní zástupce či právní zástupce požadují, aby se jednání účastnila určitá osoba, musí být tato osoba k jednání připuštěna, pokud není rozhodnuto, že by přítomnost této osoby mohla závažně poškodit pacientovo zdraví nebo ohrozit bezpečnost dalších osob.
7. Každé rozhodnutí o tom, zda jednání či jeho část bude veřejné či neveřejné a zda může být veřejně komentováno, musí být založeno plně na přání pacienta, a tak, aby bylo chráněno soukromí pacienta a dalších osob, aby se předešlo závažnému poškození pacientova zdraví a aby nebylo ohroženo bezpečí dalších osob.
8. Rozhodnutí vzešlé z jednání a jeho zdůvodnění musí být písemné. Kopie musí být



předána pacientovi, jeho osobnímu zástupci a právnímu zástupci. Při rozhodování, zda toto rozhodnutí či jeho část mají být veřejně publikovány je třeba se řídit přáním pacienta, tak, aby bylo chráněno soukromí pacienta a dalších osob, aby se předešlo závažnému poškození pacientova zdraví a aby nebylo ohroženo bezpečí dalších osob.

#### Zásada 19

##### Přístup k informacím

1. Pacient (což v této zásadě znamená i bývalý pacient) musí být oprávněn k přístupu k informacím, jež jsou obsaženy v jeho osobních a zdravotních záznamech pořízených v zařízení péče o duševní zdraví. Toto právo může podléhat omezením, která mají zabránit vážnému poškození pacientova zdraví nebo ohrožení bezpečnosti jiných osob. Místní právo může stanovit, že tyto informace nemusí být pacientovi poskytnuty, musí však být poskytnuty jeho osobnímu zástupci nebo právnímu zástupci. Když jsou nějaké informace před pacientem zatajeny, musí být pacient či jeho právní zástupce, pokud existuje, informován o tomto zatajení a jeho důvodech a musí s tím být seznámen orgán soudního dohledu.
2. Všechny písemné poznámky pacienta, jeho osobního zástupce nebo právního zástupce musí být, pokud o to požádají, zaprotokolovány.

#### Zásada 20

##### Pachatelé trestných činů

1. Tato zásada se vztahuje na osoby odsouzené za trestný čin a vykonávající trest ve vězení a na osoby ve vyšetřovací vazbě, u nichž byla zjištěna duševní porucha nebo je na takovou poruchu podezření.
2. Všechny tyto osoby musí dostávat nejlepší možnou péči o duševní zdraví, jak stanoví dříve uvedená zásada 1. Všechny z uvedených zásad se na tyto osoby vztahují v co největším rozsahu a pouze s takovými obměnami či výjimkami, které jsou vzhledem k okolnostem nezbytné. Žádná z obměn či výjimek nesmí omezovat práva osoby vymezená zákony uvedenými v článku 5 zásady 1.
3. Místní právo může dát oprávnění soudu nebo jinému kompetentnímu orgánu jednajícím na základě kompetentního a nezávislého lékařského doporučení nařídít přijetí takové osoby do zařízení péče o duševně nemocné.
4. Léčba těchto osob, u nichž byla shledána duševní porucha, musí za všech okolností odpovídat výše uvedené zásadě 11.

#### Zásada 21

##### Stížnosti

Každý pacient a bývalý pacient má právo stěžovat si způsobem upraveným místním právem.

#### Zásada 22

##### Sledování a prostředky provádění

Státy mají povinnost zajistit, aby byly uváděny v činnost mechanismy, které zajistí soulad s těmito zásadami, mechanismy pro kontroly zařízení péče o duševní zdraví, pro podávání vyšetřování a řešení stížností, pro instituce provádějící disciplinární či soudní řízení u případů profesionálního pochybení nebo porušení práv pacientů.

#### Zásada 23

##### Provádění

1. Státy mají uvádět tyto Zásady do praxe prostřednictvím vhodné legislativy, soudní



administrativy, vzdělávání a dalších prostředků a tento proces v pravidelných intervalech kontrolovat.

2. Státy zajistí vhodnými a aktivními prostředky, aby tyto Zásady byly široce známé.

#### Zásada 24

Vztah zásad k zařízením péče o duševní zdraví

Tyto zásady se vztahují na všechny osoby přijaté do zařízení péče o duševně nemocné.

#### Zásada 25

Ochrana existujících práv

Nelze rušit či omezit žádná existující práva pacientů včetně práv uznaných mezinárodním či místním právem na základě toho, že tyto Zákony takové právo nevymezují nebo jej vymezují v menším rozsahu.

### Příloha 3

POUŽÍVÁNÍ OMEZOVACÍCH PROSTŘEDKŮ U PACIENTŮ V PSYCHIATRICKÝCH ZAŘÍZENÍCH ČESKÉ REPUBLIKY
---

ZN.: 31829/2004/OZP

REF.: Jarmila Kohoutová, tel. 22497 linka 2227

Použití omezujících prostředků nutno považovat za krajní řešení v případech, kdy je to nezbytně nutné pro ochranu pacienta, ostatních pacientů, věcí v jeho okolí a personálu psychiatrických zařízení. Je k nim možno přistoupit až tehdy, byly-li ostatní možnosti vyčerpány. Je potřeba si definovat důvod, proč se pro omezení pacienta rozhodujeme. Důvodem nesmí být usnadnění péče či pouhý neklid pacienta. Je vždy třeba pátrat po příčinách problémového chování, po bolesti, nepohodlí, vedlejších účincích léčivých přípravků, stresu, špatnému vztahu mezi ošetřujícími a pacientem, po jiném onemocnění a podobně. Použití omezujících prostředků je odůvodnitelné pouze tehdy, když nelze nalézt odstranitelnou příčinu chování pacienta a v situacích, kdy je riziko z chování pacienta příliš vysoké. Přínos při užití omezovacích prostředků musí být vyšší než jejich riziko.

1. Omezovacími prostředky se rozumí pobyt na uzavřeném oddělení, umístění pacienta v ochranném (síťovém) lůžku, umístění pacienta v izolační místnosti, omezení pacienta v pohybu (ochranné pásy, kurty), užití ochranných prostředků (svěrací kazajky), připoutání k lůžku a jinému prostředku (kočárek, křeslo, nosítka), parenterální podání psychofarmak.
2. Omezovací prostředky lze použít výjimečně a pouze v případě, kdy pacient svým jednáním ohrožuje sebe anebo své okolí, nikoli z výchovné nebo korektivní indikace. U jednotlivých nemocných je nezbytné použít co nejmírnější a nejvhodnější omezovací prostředek.
3. U pacientů přijatých se souhlasem je užití omezovacích prostředků důvodem pro zahájení postupu podle ustanovení §§ 23 a 24 zákona č.20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, t.j. hlášení soudu do 24 hodin, pokud pacient dodatečně nevyjádří svůj souhlas s omezením. U osob zbavených /omezených/



- způsobilosti k právním úkonům vyjadřuje souhlas v přiměřené době opatrovník. U pacientů mladších 18ti let informuje ošetřující lékař dodatečně rodiče nebo zákonného zástupce o užití omezovacích prostředků a vyžádá si jejich souhlas.
4. O užití omezovacích prostředků rozhoduje zásadně lékař. Omezovací prostředky smějí užívat pouze zdravotničtí pracovníci. Zdravotničtí pracovníci, přicházející do kontaktu s omezovacími prostředky, se účastní pravidelných školení, včetně rozboru kritických a modelových situací.
  5. Pacient omezený těmito prostředky musí být pravidelně kontrolován, musí být určeny intervaly kontrol, musí být zajištěno, aby se nezranil, aby nedocházelo k dehydrataci, podvýživě, podchlazení a k proleženinám a aby měl možnost osobní hygieny a toalety. Omezovací prostředky smí být použity po dobu co nejkratší a při kontrolách nutno vždy znovu zhodnotit nezbytnost jejich použití a případně využít prostředků méně omezujících. Samo užití omezovacích prostředků není důvodem pro omezení návštěv pacienta.
  6. Omezovací prostředky se mohou užívat při různých typech neklidu pacienta (afektogenní, převážně psychogenní, u pedopsychiatrických pacientů při závažných poruchách chování, spojených s agresivitou vůči sobě nebo okolí), delirantní (psychotický, toxický), organický (stařecké poruchy, mentální retardace). O užití omezovacích prostředků rozhoduje lékař, který je povinen učinit zápis, který vždy obsahuje: kdo rozhodl o užití omezovacích prostředků, druh omezení, důvod použití omezovacího prostředku, dobu, kdy k omezení došlo, dobu ukončení omezení, frekvenci kontrol zdravotnickými pracovníky a lékařem, popis tělesného a duševního stavu, kontrolu funkcí, které je nutno sledovat. O každé změně projevů nemocného je zdravotnický pracovník povinen informovat lékaře. Zápis o použití omezovacích prostředků viduje dodatečně při vizitě vedoucí lékař.
  7. Pacienti, u nichž se užijí omezovací prostředky, se umístí mimo přímý kontakt s ostatními pacienty, u kterých nejsou omezovací prostředky aplikovány.
  8. Po zklidnění pacienta je nutné, aby s ním ošetřující lékař – pokud je pacient schopen chápat smysl a důvody omezení - projednal důvody a potřebu omezení, případně okolnosti, které mohou i v budoucnu předcházet užití anebo vést k mechanickému omezení.
  9. O možnosti použití omezovacích prostředků jsou pacienti v zařízení vhodným způsobem informováni.
  10. V souladu s těmito zásadami se doporučuje jednotlivým psychiatrickým lůžkovým zařízením vypracování vlastního vnitřního předpisu pro použití omezovacích prostředků podle vlastních podmínek.

Ing. Karel Radolf, v. r.  
náměstek ministryně

VĚSTNÍK MZ ČR 1/2005

