



ČESKÁ UNIE
PRO PODPOROVANÉ
ZAMĚSTNÁVÁNÍ

Středočeský kraj

**Profesní rozvoj
pracovníků ústavů
Středočeského kraje**

Tento projekt je
spolufinancován
Evropským sociálním
fondem a státním
rozpočtem
České republiky



PSYCHIATRICKÁ MEDIKACE VE VYBRANÝCH ÚSTAVECH SOCIÁLNÍ PÉČE STŘEDOČESKÉHO KRAJE – SOUČASNÁ SITUACE, KONTEXTY A TRENDY

MUDr. Jan Stuchlík, MUDr. Michaela Petišková

QUIP 2007

Obsah:

1.	Rámec a cíl šetření	3
2.	Terapie psychofarmaky u klientů s mentální retardací	4
2.1.	Účel psychofarmakoterapie	4
2.2.	Obecná charakteristika psychofarmak	5
2.3.	Specifika farmakoterapie mentálně retardovaných	6
2.4.	Doporučení – dávky, postupy, indikace	7
3.	Organizace psychiatrické péče o lidi s mentální retardací	8
3.1.	Organizace psychiatrické péče v ÚSP	8
3.2.	Situace v praxi	8
4.	Metodika šetření	10
4.1.	Průběh projektu	10
4.2.	Metodika výpočtu haloperidolového ekvivalentu	10
5.	Zjištěné výsledky	12
5.1.	K počtu medikovaných	12
5.2.	Výše dávek	12
5.3.	Možné ovlivňující faktory	13
6.	Závěr	14
6.1.	Diskuse o možných ovlivňujících faktorech; Výsledky v jednotlivých ÚSP	14
6.2.	Možnosti ovlivnění	15
6.2.1.	Změny, které lze provádět tady a teď na základě analýzy situace jednotlivých ústavů	16
6.2.2.	Změny systémové	16

Přílohy

Příloha 1 – Profil jednotlivých ústavů

Příloha 2 – Graf A: Podíl psychiatricky medikovaných obyvatel ÚSP ve sledované věkové skupině

Graf B: Rozmezí použitých denních dávek neuroleptik

Příloha 3 – Přehled použité literatury

1. Rámec a cíl šetření

Sledování psychiatrické medikace v ústavech pro lidi s mentálním postižením Středočeského kraje probíhá v rámci rozsáhlého projektu s názvem *Profesní rozvoj pracovníků ústavů Středočeského kraje*, jehož smyslem 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. Projekt je realizován občanským sdružením QUIP – Společnost pro změnu ve spolupráci se Středočeským krajem. Financován je ze strukturálních fondů Evropské Unie a Českou unií pro podporované zaměstnávání. (1)

Projekt věnuje mimo jiné značnou pozornost citlivému tématu v ústavní péči – používání omezujících opatření. Předpokládá, že zavedení otevřené komunikace s klienty a změny v metodách práce včetně využití metod behaviorální analýzy a terapie (2) spolu s technickými a personálními opatřeními používání těchto tolik diskutovaných opatření v ústavech sociální péče výrazně sníží. V řadách profesionálů se ovšem rovněž objevily obavy, že omezení restriktivních opatření, konkrétně odstraňování síťových lůžek bude znamenat zvýšení spotřeby psychofarmak v jednotlivých ÚSP.

Abychom získali základní orientaci v problematice, prováděli jsme mapování psychiatrické medikace ve 13 ÚSP Středočeského kraje. K hodnocení dávek neuroleptik jsme využili výpočtů za pomoci haloperidolového ekvivalentu (viz dále). Zjištěné výsledky jsme se snažili nahlížet v kontextu organizačního rámce psychiatrické péče o lidi s mentální retardací i v kontextu aktuální situace jednotlivých ÚSP. Výsledky průzkumu v prvních třech ústavech byly již autory zpracovány (3).

Obecně lze říci, že scénář předpokládající nárůst spotřeby psychofarmak po odstranění síťových a klecových lůžek se nepotvrdil. Zájmem většiny psychiatrů i ošetřujícího personálu je jednoznačně omezování restriktivních opatření i dávek psychofarmak. Jistě je to ovlivněno také tím, že se tato skutečnost stala obecným zájmem, odrážejícím se už i v legislativě. V průběhu šetření bylo možno tento trend pozorovat zcela konkrétně na vývoji jednotlivých ÚSP, proto v některých v některých případech nejsou data uvedená zcela aktuální. Nepředpokládáme ale, že v oblasti medikace by šlo o změny nějak dramaticky měnící obraz celé situace.

V tomto směru považujeme tedy celkový trend vývoje ve sledovaných ÚSP za pozitivní, i když jeho tempo je v jednotlivých institucích individuální a více či méně limitováno mnoha dalšími faktory.

Empiricky viděno, zdá se, že tato tendence má pozitivní nebo nevýznamný vliv na kvalitu života klientů, klade však velké nároky na personál. Situace jsou individuálně řešeny úpravou životního prostoru resp. programu toho kterého klienta a zaangažováním především osobních asistentů. Splnění imperativu zachování maximální osobní svobody klienta a dodržení litery zákona a zároveň zajištění jeho maximální bezpečnosti je však v podmínkách některých našich ÚSP (prostorových, personálních i ekonomických) úkol na (či přes) hranici lidských sil.

Nutno říci, že prezentované šetření je zřejmě prvním plošnějším průzkumem na tomto poli v ČR. Autoři sami se snaží o co možná nejpodrobnější popis situace, nikoli o její hodnocení či interpretaci. Průzkum může v atmosféře transformačních tendencí, idejí a proklamací přispět k popisu a analýze skutečné situace a tak pomoci velkým idejím získat reálné kontury. Z tohoto postojem logicky vyplývá diskuse o možných faktorech, které by mohly mít vliv na současnou situaci v psychofarmakoterapii klientů s mentální retardací. Tato

se pak může stát východiskem jak pro další, podrobnější výzkum tak přispět k odpovědi na otázku:

JAK MÁ VLASTNĚ OPTIMÁLNÍ PSYCHIATRICKÁ PÉČE O LIDI S MENTÁLNÍ RETARDACÍ VYPADAT?

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 (4).

Klienti s mentální retardací trpí však samozřejmě také jako jiní psychiatrickí pacienti depresemi, úzkostmi a psychosomatickými problémy, též kognitivními (5) a psychotickými poruchami, které dle stupně závažnosti vyžadují farmakoterapeutické ovlivnění. Prevalence duševních poruch je v této populaci 3 - 4x větší než u populace běžné (6). Veškeré jmenované psychiatrické poruchy mohou najít vyjádření právě v problémovém chování lidí s mentální retardací.

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

V neposlední řadě může být problémové chování klienta reakcí na dosud nerozpoznané somatické onemocnění.

Fenomén problémového chování není hlavním předmětem této práce a obsah toho pojmu je v naší práci jen velmi obecný. Definice problémového chování z hlediska diagnostického či výzkumného je záležitost velmi komplikovaná. Mezinárodní klasifikace nemocí zná pouze následující kategorie: *žádné nebo minimální postižení chování, výrazné postižení chování, vyžadující pozornost nebo léčbu a jiné postižení chování* (4). Více se tímto tématem zabývá Hynek Jůn. Ve své práci (7) cituje britské a americké studie, které uvádějí souběh problémového chování a mentální retardace u 8-14 % klientů ve vymezené populaci. Frekvence poruchového chování je pak nejvyšší u klientů žijících ve velkých zařízeních (49%).

Jako *nástroj omezení* je medikace použita tehdy, když nežádoucí projevy klienta vedou k jeho přímému ohrožení či jsou nebezpečné pro jeho okolí – jedná se 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 tedy, 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 (8).

Hledání odstranitelné příčiny je často náročný, dlouhodobý proces, který vyžaduje velmi podrobnou analýzu situace a úzkou systematickou spolupráci pracovníků v přímém kontaktu s klientem a dalších zúčastněných odborníků. Přesvědčení o smyslu takového postupu, byť by přinesl 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 psychofarmak

Následující text má pouze rámcově informovat o používání psychofarmak u lidí s mentální retardací. Nezabývá se podrobností týkajícími se jednotlivých skupin psychofarmak a jejich indikačnímu spektru, v tomto odkazujeme na příslušnou literaturu (9,10). 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), zřejmě především v důsledku svého sedativního působení. V neposlední řadě nacházejí použití při tlumení akutních neklidů, agresivního a sebepoškozujícího jednání, ačkoli někteří autoři oprávněnost jejich použití u agresivních projevů mentálně postižených klientů zpochybňují (11). Použití jednotlivých typů preparátů se řídí především zkušeností, spektrem účinku a v neposlední řadě farmakoekonomikou. 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, Rispen) a eventuálně Zoleptil (zotepin) či sulpyrid (Dogmatil, Prosulpin). S dalšími tzv. atypickými neuroleptiky jsme se v našem průzkumu setkávali velmi zřídka (Solian- amisulprid, Zyprexa-olanzapin, Seroquel-quetiapin) a spíše v případech, kde se jednalo o klienty s druhou diagnózou psychotického onemocnění. U klientů s mentální retardací se používají i depotní formy neuroleptik (haloperidol, zupentixol- Cisordinol, flufenazin- Moditen, oxypfrothepin-Meclopin, flupentixol-Fluanxol), 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 mohou stát za problémovým, resp. agresivním chováním u části klientů s mentální retardací. K nejpoužívanějším patří novější antidepresiva z řady SSRI^a, která se vyznačují malým počtem vedlejších účinků.

Ze skupiny **anxiolytik** se stále nejvíce setkáme s zástupci benzodiazepinů (diazepam, oxazepam, resp. alprazolam- Neuroal 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. Nacházejí též uplatnění při tlumení akutních neklidů a agresivity. Nacházejí též uplatnění u epilepsie, zejm. u akutních záchvatů (diazepam, klonazepam).

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

^a SSRI - selective serotonin-reuptake inhibitors-inhibitory zpětného vychytávání serotoninu

sodný (Everiden, Depakine, Orfiril) mohou snižovat 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 (5) vyplývá, že problematika předčasných demencí 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 a vyžadují použití modifikovaných škál (6).

Reakce na různá psychofarmaka mohou být u jednotlivých klientů 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. Na základě individuální snášenlivosti resp. špatně vytitrovaných dávek mohou být klienti značně sedováni, což se negativně odráží na jejich motivaci a křovitě. Jsou pak hendikepováni v zapojení do volnočasových a pracovních aktivit. Setkáváme se jak s neuroleptickým parkinsonoidem, tak tardivními dyskinezemi. Velmi nebezpečné a neočekávané mohou být u klientů maligní hypotenze či maligní neuroleptický syndrom (10,11).

Terapie mentální retardace jistě nestojí v centru zájmu našich psychiatrických odborníků, o čemž svědčí i nízká frekvence tohoto tématu v odborných periodikách. Specializují se na ní spíše dětští psychiatři. Např. ve Velké Británii je 30-40 psychiatrů – specialistů pro mentální retardace (12). 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 klienty s mentální retardací. 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 velký počet zdravotnických profesionálů mezi zaměstnanci ÚSP (13).

V neposlední řadě se tato dichotomie týká i restriktivních opatření – každý ministerský resort má své vlastní směrnice v tomto směru (14,15,16).

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 (2,6;).

2.4. Doporučení – dávky, postupy, indikace

Doporučené dávky psychofarmak

U jednotlivých psychofarmak jsou uváděny minimální a maximální doporučené terapeutické dávky. Tabulka s uvedenými minimálními a maximálními dávkami neuroleptik je uvedena v kapitole o metodice.

Tyto dávky jsou v praxi často překračovány.

Standardy pro léčbu mentální retardace

V Doporučených postupech psychiatrické péče (Galén 1999)(17) se v guidelinech pro léčbu mentální retardace uvádí:

U dg. 70 a 71: „Léčebný postup přichází v úvahu při zjištěné komorbidní psychopatologii, biochemické a somatické abnormity vyžadují intervenci v příslušné specializaci. Základní pomoc spočívá v nácvikových, tréninkových postupech a zajištění sociální situace“

U dg. 72 -73: „Terapeutické intervence z psychiatrického hlediska jen doplňují komplexní program rehabilitačních a sociálních opatření tam, kde jde o komorbiditu, agresivní a sebepoškozující chování, pohybový neklid a stereotypie“.

Psychiatrický postup je tedy doporučován tehdy, kdy se jedná o „duální diagnózu“, či o těžké poruchy chování u těžké a hluboké mentální retardace.

Tato doporučení opět neodpovídají praxi - tedy „celoplošné medikovanosti mentálně retardovaných“.

Indikace schválené státním ústavem pro kontrolu léčiv (SÚKL)

Ve schválených indikacích (Státní ústav pro kontrolu léčiv) jsou pro léčbu poruch (chování) u mentální retardaci výslovně určena následující neuroleptika: Buronil, Risperdal a Cisordinol, pro léčbu neklidů u mentálně retardovaných pak injekční Haloperidol (sebepoškozování u mentálně retardovaných).

U ostatních najdeme v indikačním spektru uvedené nespecifické poruchy chování, agitovanost či stavy psychomotorického neklidu.

Všechna výše zmíněné postupy a ustanovení mají pouze charakter doporučení, to znamená, že lékař se jich nemusí závazně držet. Dostanou se do centra zájmu zejména v případech posuzování problematických kasuistik (př. jako reakce na stížnosti) či úhrady pro pojišťovnu (př. použití drahého atypického neuroleptika, které pro indikační oblast mentální retardace nemá schválení SÚKL).

Pro srovnání např. lékař ve Velké Británii musí překročení doporučených dávek klinicky písemně zdůvodňovat (preskripci stanovuje British National Formulary).

3. Organizace psychiatrické péče o lidi s mentální retardací

3.1. Organizace psychiatrické péče v ÚSP

Ambulantní lékařská péče (včetně psychiatrické) o mentálně retardované klienty je organizovaná podle stejných pravidel jako péče o ostatní obyvatele ÚSP(18). Naprostá většina obyvatel v ÚSP pro mentálně retardované je pojištěna u Všeobecné zdravotní pojišťovny, i když existují výjimky. Klienti jsou většinou registrováni u svého praktického lékaře, na jehož vyžádání by měla být teoreticky realizována i péče psychiatra. Personál ÚSP je ale většinou v natolik úzkém kontaktu s ošetřujícím psychiatrem svých dlouhodobých klientů, že zprostředkovatelská role praktického lékaře v praxi velmi často odpadá.

Praktický lékař i psychiatr pracující pro ÚSP jsou pojišťovnou regulováni na preskripci (tj. množství předepisovaných léků, resp. zdravotních prostředků je pojišťovnou limitováno) a to jednak ve srovnání proti průměru v celé ČR a jednak proti vlastní preskripci v referenčním období (stejně pololetí minulého roku). V případě překročení těchto omezení je lékař sankcionován finančními pokutami. Všeobecná zdravotní pojišťovna naopak může lékaře na preskripci zohlednit, tj. umožnit mu předpis nákladnějších léků či zdravotních prostředků, popřípadě jejich většího množství, pokud prověří, že lékař ošetřuje mimořádné spektrum klientů. Omezení preskripce léků jsou dána též odborností (určité léky může předepsat jen odborník daného oboru), jednak diagnózou.

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. Teoreticky se vykazování (frekvence a charakter výkonu) neřídí časovým hlediskem, ale průběhem choroby. Psychiatr může vykazovat ty výkony, které má nasmlouvané, tedy i psychoterapii.

V České republice nestojí terapie mentální retardace v centru zájmu našich psychiatrických odborníků, o čemž svědčí i nízká frekvence tohoto tématu v odborných periodikách. Zabývají se jí spíše dětsí psychiatři a oficiální psychiatrická specializace na mentální retardaci neexistuje. Setkáváme se 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, což se při zjištěném objemu zdravotní resp. psychiatrické péče v ÚSP nezdá nikterak neadekvátní.

3.2. Situace v praxi

Forma spolupráce: Ve většině případů psychiatři do ÚSP na vlastní náklady dojíždějí (často je dostupnost ústavů velmi komplikovaná a použití hromadné dopravy je časově velmi náročné). Tento způsob spolupráce vyhovuje v naprosté většině i personálu ÚSP, zejména ve venkovských oblastech. Naopak umístění ústavu ve středu většího města umožňuje klientům s lehčí formou hendikepu docházet ke svému psychiatrovi do ambulance samostatně. Tato forma péče je však využívána velmi ojediněle.

Frekvence návštěv psychiatra je různá a pohybuje se od dvou týdnů až po tři měsíce, v některých venkovských oblastech je vzhledem k obtížné dostupnosti psychiatrické péče

nutno klienty k psychiatrovi dovážet. Psychiatr je zde často přetížen, má na starosti i několik ÚSP najednou, takže řeší jen nejnutnější případy a odborností omezenou preskripci^b, další odbornou péči v tomto směru zastane praktický lékař. Návštěvy psychiatra v ÚSP jsou téměř výhradně zaměřeny na farmakoterapii a předpis medikamentů. Běžné telefonické konzultace jsou pochopitelné.

Časté doplatky za léky si klienti hradí ze svých invalidních důchodů, komplikovaná situace nastává u dětských klientů, kteří na doplatky nemají finanční prostředky a ty je potom nutno pokrývat ze zcela nesystémových zdrojů (sponzorské dary).

S psychiatrem většinou komunikuje zdravotnický personál, respektive vrchní sestra. Se systémovým začleněním psychiatra do týmu, zabývajícího se komplexní péčí o toho kterého klienta jsme se zatím nesetkali. Některé ústavy platí své psychiatry za konzultační činnost. I tak ale lékaři vystupují spíše v roli poradců, než skutečných členů týmu (to ani při frekvenci návštěv není možné). Kromě ideového a organizačního zázemí pro týmový způsob práce chybí některým ÚSP i finanční zdroje a ani pojišťovny jej nijak nezohledňují).

Jak již bylo výše zmíněno, postavení psychiatrické péče v ÚSP v praxích jednotlivých psychiatrických odborníků se velmi liší ve městě a na venkově. U městských kolegů je spolupráce s ÚSP často stabilním, i když značně limitovaným zdrojem příjmů od pojišťoven a umožňuje tak volnější prostor pro další individualizovanou ambulantní péči. V těchto podmínkách je též snazší postupovat farmakoekonomicky – dle informací VZP zde psychiatři možnosti zohlednění preskripce nevyužívají. Na venkově je často situace opačná, psychiatr, který má na starosti velký region, často s několika ÚSP, je přetížen, nucen redukovat péči na minimum. K teoretickému zohlednění preskripce (viz výše) přistupuje pojišťovna v praxi ne vždy vstřícně^c.

Možnost výběru ošetřujícího psychiatra je pro jednotlivé ÚSP různá, ve výhodnější situaci jsou samozřejmě opět ÚSP ve větších městech a v jejich blízkosti. Naopak, jak již bylo řečeno, v některých venkovských oblastech je dostupnost psychiatrické péče velmi komplikovaná, možnost výběru psychiatra tak velmi omezená. Ošetřující psychiatr je navíc velmi často přetížen, pečuje o klienty několika ÚSP, takže personálu nezbyvá než přistoupit na jeho podmínky, tj. smířit se s návštěvami s několikaměsíčním odstupem nebo dovážet klienty do ordinace na objednané termíny. Ještě složitější je situace v oblasti dětské psychiatrie, kde je zásadní nedostatek odborníků i pro běžnou dětskou klientelu.

Pokud ve sledovaných ústavech došlo ke změně ošetřujícího psychiatra, pak ze dvou důvodů: 1/ psychiatr odmítl docházet do ÚSP, 2/ personál nebyl u psychiatra schopen prosadit redukci dávek psychofarmak.

Návaznosti hospitalizační péče: Pokud se u klientů ÚSP objeví potřeba psychiatrické hospitalizace, jsou většinou hospitalizováni ve spádových psychiatrických léčebnách, řídceji na psychiatrických odděleních nemocnic. Léčbu doporučuje psychiatr, praktický lékař, akutní situace jsou často řešeny přes RZP. V režimu psychiatrických institucí 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 těchto důvodů jsou

^b Některé léky smí dle pravidel zdravotních pojišťoven předepisovat pouze odborník v daném oboru v psychiatrické péči o mentálně postižené se to týká zejména některých novějších (tzv. atypických) a tedy i dražších neuroleptik a antidepresiv.

^c V poslední době jsme se setkali s tím, že některé pobočky VZP uplatňují koncept „duálních diagnóz“, tj. vyžadují, aby k mentální retardaci měl klient ještě dg. dalšího duševního onemocnění. Teprve tehdy jsou ochotni péči hradit.

hospitalizace pracovníky ústavu vnímány většinou negativně a jako krajní řešení obtížných situací. Téměř jednohlasně si personál ÚSP stěžuje na stigmatizaci svou a svých klientů ze strany pracovníků léčeben. Přivítání bývají velmi nevlídně s obviněním, „že se chtějí pacienta zbavit“. Z praxe jsou známé též příklady opačné, tj. na psychiatrické oddělení či do léčebny je přijat mentálně retardovaný pacient s referencí o neklidu a agresivitě a s masivní dávkou psychofarmak nastavenou ambulantně, který se v prostředí zdravotnického zařízení chová adaptivně i na polovičním množství medikace. Takové případy jistě obsahují podnět k hledání odstranitelné příčiny.

Zvláštní skupinu tvoří klienti s mentální retardací, 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. Metodika šetření

4.1. Průběh projektu

Vlastní šetření v 13 ÚSP probíhalo od dubna 2006 do dubna 2007. V tomto období autoři jednou nebo vícekrát navštívili každý ze 13 ÚSP. Informace o charakteru a výši medikace jsme získávali zpracované pod anonymními identifikačními kódy od vedoucích zdravotnických pracovníků, se zdravotnickou dokumentací klientů jsme do kontaktu nepřišli. K dispozici jsme měli věk a pohlaví klienta, diagnózu dle MKN – 10 a kompletní medikaci v mg. Věkovou kategorii 18-46 let jsme volili proto, že zpracovat daným způsobem veškerou klientelu ÚSP by ani z časových ani personálních důvodů nebylo možné (pro zdravotnických personál ÚSP to byla značná práce navíc.) Navíc některé studie prokazují, že výskyt problémového chování začíná klesat až po dosažení pozdního středního věku (Emerson a kol) (7).

Přesné určení diagnózy dle MKN – 10 také nebylo vždy možné, v některých ÚSP užívají ještě starou nomenklaturu a aktuální číselné kódy využívá pouze ošetřující psychiatr při kontaktu s pojišťovny. Proto bylo někdy nutno odvodit diagnózu ze slovního popisu personálu.

Součástí šetření bylo i podrobné seznámení se s chodem každého z ústavů a se způsoby, jakým se personál vyrovnává s projevy klientů s problematickým chováním. Zjištěná data jsme pak zpracovávali do jednotných přehledů a dávky neuroleptik porovnávali pomocí přepočtu na haloperidolový ekvivalent. Výsledky jsme se pak snažili zarámovat jak do obecného kontextu farmakoterapie mentální retardace, tak do kontextu podmínek v jednotlivých ústavech.

4.2. 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_{X_n} haloperidolový ekvivalent dávky n mg neuroleptika X
H_{min} minimální doporučená denní dávka Haloperidolu (2,25 mg)
H_{max} maximální doporučená denní dávka Haloperidolu (40 mg)
X_{min} minimální doporučená denní dávka neuroleptika X
X_{max} maximální doporučená denní dávka neuroleptika X
X_n 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 léčkové politiky MZ SR č. 31 „RACIONÁLNÁ LIEČBA ANTIPSYCHOTIKAMI“(19) z prosince 2003. Údaje byly aktualizovány podle databáze AISLP (únor 2006).

Tabulka 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.

Tabulka 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

5. Zjištěné výsledky

5.1. K počtu medikovaných

Klienti s mentální retardací jsou velkými konzumenty psychofarmak a psychiatrická léčba tvoří vedle péče praktického lékaře nejvýznamnější součást zdravotnické péče v ÚSP.

Psychiatrickou péčí ve formě farmakoterapie konzumuje v ÚSP SČK běžně více než 50% populace ÚSP, mnohdy mnohem více. (Příloha 1 – Profil jednotlivých ústavů, Příloha 2 – Grafy).

Ve sledované věkové skupině (18-46 let) jsou ze všech klientům podávaných léčiv nejvíce zastoupena právě psychofarmaka, v pozdějším věku se tento poměr mění ve prospěch interní medicíny. Medikováni jsou i ti klienti, kteří dle poskytnutých dat nemají v diagnóze výrazné poruchy chování či další diagnózu duševního onemocnění. Které faktory se na této „celoplošnosti“ psychofarmakoterapie mohou podílet, diskutujeme v dalších odstavcích.

Ve sledované skupině (18-46) je procento medikovaných podobně vysoké jako procento z celkového počtu klientů. U 60% těchto klientů jsou ordinována neuroleptika a to samotná, či v dvoj- a trojkombinacích, často s depotními preparáty. Co se týče kombinací s dalšími skupinami léčiv převažují jednoznačně antiepileptika, dále anxiolytika a antidepresiva. Monoterapie antidepresivy je zastoupená málo, i když současná literatura by spíše doporučovala opak (6). Není výjimkou, že pacient užívá kombinaci 4-6 různých preparátů z výše zmíněných skupin, doplněných nezdědka i o depotní neuroleptikum. Nutno říci, že takto nastavená medicína je přinejmenším diskutabilní.

5.2. Výše dávek

Klienti v ÚSP užívají běžně neuroleptické dávky srovnatelné jak s útočnými tak udržovacími antipsychotickými dávkami, v mnoha případech překračují více než dvojnásobně doporučené terapeutické dávky při léčbě psychóz. Podobnou situaci známe z psychiatrických léčen.

Obecně lze říci, že ve sledované skupině (18-46 let) jsou dávky nižší v ústavech s nižším průměrným věkem klientely (zejména v ústavech, kde žijí i klienti pod 18 let věku –

A,B,I). Průměrný věk téměř v polovině ústavů je však okolo 50 let a kromě těch výše zmíněných neklesne pod 35 let. V každém z těchto ústavů jsme vždy našli několik klientů (jejich počet se pohybuje mezi 5-10), kde dávky neuroleptik přepočtené pomocí haloperidolového ekvivalentu přesáhly právě maximální doporučenou terapeutickou dávku a to v některých případech více než dvojnásobně. *S tímto tématem souvisí i otázka duálních diagnóz, která se prosazuje jak z čistě medicínského, tak farmakoekonomického hlediska.*

Právě v případech, kde hodnota haloperidolového ekvivalentu dosahuje vysokých hodnot, jsou často používána *depotní formy neuroleptika* (Moditen, Meclopin, Haloperidol, Cisordinol a Fluanxol), přičemž k léčbě „jiných psychiatrických poruch“, kde psychomotorický neklid vyžaduje udržovací terapii“ (schválené indikace, SÚKL) je určen pouze Haloperidol, doporučené indikační spektrum ostatních depotních preparátů zasahuje oblast psychóz. Depotní preparáty jsou často aplikovány v krátkých časových odstupech (1-2 týdny) a to v dlouhodobém časovém horizontu, přičemž při léčbě psychóz jsou takto krátké časové odstupy (10 dní až 2 týdny) využívány v období akutní exacerbace onemocnění a dle dalšího průběhu by se měly intervaly mezi jednotlivými aplikacemi prodlužovat.

Zajímavou skutečností je, že se v některých ÚSP bez depotních preparátů zcela obejdou, ačkoli diagnostické spektrum klientely je srovnatelné s ústavu, kde se depotní neuroleptika používají.

Pokud bychom seřadili jednotlivá neuroleptika od těch nejčastěji používaných po neuroleptika užívaná zřídka dostaneme následující pořadí: Tisercin, Haloperidol, Chlorprothixen, Risperdal (Rispen), Plegomazin, Tiapridal, Buronil, Sulpyrid, Zoleptil, Cisordinol. Atypická neuroleptika jsou užíta ojedinele (Solian, Zyprexa, Leponex). Je zřejmé, že při rozhodování o volbě léku, je farmakoekonomické hledisko na jednom z prvních míst. Nutno říct, že podobně je tomu i u medikace antiepileptické.

Extremně vysokými dávkami jsou léčeni především klienti s problémovým chováním, často agresivním či sebepoškozujícím. Zdá se, že je možno je zařadit do dvou skupin.

1/ Klienti s těžším postižením (F 72-73) a agresivním či sebepoškozujícím chováním či s další diagnózou autismu nebo psychózy.

2/ Klienti, kteří své okolí intelektově relativně převyšují a snaží se okolí, tedy personál a ostatní klienty za pomoci problémového chování ovládat. Jejich jednání nejspíše připomíná projevy z diagnostického okruhu poruch osobnosti a v režimu ÚSP při množství ostatních klientů se jeví jako velmi obtížně zvladatelné.

Obecně lze tedy zopakovat, že charakterem a dávkováním psychiatrické medikace připomíná většina ÚSP spíše psychiatrické zařízení léčebného typu (chronické užití účinných dávek perorálních i depotních neuroleptik), důležitou roli hraje farmakoekonomické hledisko. Uvědomíme-li si, že jde o zařízení rezidenčního typu, pak je za současného stavu objemu a charakteru psychiatrické péče v ÚSP přítomnost zdravotnického personálu zcela adekvátní.

5.3. Možné ovlivňující faktory

V tomto odstavci se zabýváme možnými faktory, které mohou zmíněnou situaci ovlivňovat. Vycházíme pouze s našich zkušeností a předpokladů, z nichž každý by si zasloužil hlubší studii.

Dávky neuroleptik významně překračující doporučené jsme našli zejména v ÚSP s nejvyšším počtem klientů. Obecný předpoklad, že více budou medikováni klienti mužského pohlaví se nepotvrdil.

Důležitou roli hrají *faktory prostředí*. Hrát roli může nedostatek životního prostoru a soukromí v některých ÚSP s vysokým počtem klientů, zejména v historických budovách jsou pak klienti naopak ztraceni ve velkých místnostech bez možnosti „bezpečných“ zákoutí..

Klíčovou roli jistě hraje *počet personálu*, který je obecně nedostatečný. Dalším faktorem ve hře je *dostatečná nabídka adekvátním pracovních a volnočasových aktivit*, což je při velkém počtu klientů úkol jen těžko realizovatelný.

Situace jsou individuálně řešeny úpravou životního prostoru resp. programu toho kterého klienta a zaangažováním především osobních asistentů.

Na charakteru medikace se jistě výraznou mírou podílí terapeutický rukopis jednotlivých psychiatrů a také jejich časové a ekonomické možnosti, jejich ochota komunikovat a experimentovat i v sevřeném prostoru pojišťovenských mantinelů. Obecně se zdá, že organizační nastavení současného systému není příliš nakloněno flexibilním postupům v terapii. Důležitá jsou samozřejmě přesvědčení a vzdělání ošetřujícího personálu, častý je střet transformační a konzervativní ideologie v jednom kolektivu. Neposledním důležitým faktorem je postoj klientů samotných, pro něž je často podání pilulky či aplikace injekce důležitým komunikačním pólem, ze kterého nebudou vždy rádi ustupovat.

6. Závěr

6.1. Diskuse o možných ovlivňujících faktorech; Výsledky v jednotlivých ÚSP

Psychiatrické péče v ÚSP je velkým, velmi komplikovaným tématem. Je obtížné jej komplexně uchopit samo o sobě, natož v kontextu současného procesu neméně komplexních změn.

Nemůžeme se opřít o žádný domácí výzkum v této oblasti a neobjevili jsme ani žádnou práci, která by v posledních letech popisem situace zabývala. Nabízejí se zahraniční zkušenosti, o těch však v současné době nemáme ještě ucelenější přehled (12). Proto by jakékoli jednoznačná interpretace či hodnocení získaných výsledků nebyly z odborného hlediska seriózní. Jak jsme měli možnost se přesvědčit, podobné výsledky a okolnosti mají v jednotlivých ÚSP rozdílný kontext a proto je potřeba na situaci v každém ÚSP pohlížet též individuálně.

Pokud bychom přece jen chtěli poukázat na možné souvislosti, týkaly by se dvou oblastí:

1/ *Počet klientů a vhodnost residenčního zařízení*: nejvyšší dávky neuroleptik jsme zaznamenali v ústavech s nejvyšším počtem klientů a zároveň s nejnevhodnějšími podmínkami (**D,E, K**) (historická budova, stísněné nebo naopak příliš velké neútluné prostory, nedostatek vhodných prostor pro volnočasovou a pracovní činnost). Vysoké dávky nacházíme také v ústavech izolovaných na venkově (**L**) či v pustině (**CH**), kde může být dojezd lékařské služby komplikovaný.

2/ *Charakter lékařské péče*: např. v ústavu **L**, který se zdá z hlediska celkové atmosféry i organizace (je to mj. ústav s nejnižším počtem klientů) velmi kvalitní, jsme našli vysoké procento medikovaných i vyšší průměrnou dávkou neuroleptik. Ošetřující lékař dojíždí 1x za 3 měsíce.

Jistě je ve hře i rukopis ošetřujícího psychiatra, jeho vzdělání, zájem o problematiku. Pokud má jeden psychiatr na starost více ústavů, jsou výsledky podobné.

V ústavech H, J je psychiatrická péče obtížně dostupná (málo přetížených psychiatrů v regionu). Hlavní váha farmakoterapie spočívá na praktickém lékaři a léčba je postavená zejména na klasických neuroleptících, právě vzhledem o omezení proskripce odborností (praktický lékař nemůže předepisovat většinu atypických neuroleptik).

Tyto dva okruhy možných vlivů považujeme za nejdůležitější a také na individuální úrovni ovlivnitelné.

Rovněž adekvátní volnočasové aktivity a pracovní uplatnění mají asi vliv na „plošnost“ medikace. Opakovaně jsme se setkali s klienty, kteří si chodí pro prášek z nedostatku jiné adekvátní činnosti, v touze po pozornosti či komunikaci. Samozřejmě, vysoká či nevhodná psychiatrická medikace ovlivňuje nežádoucím způsobem motivaci a aktivitu klienta a tak mu brání zapojit se do volnočasové či pracovní činnosti. To samozřejmě může přispívat k riziku sociální exkluze.

6.2. Možnosti ovlivnění

Než začneme uvažovat o možnostech ovlivnění současné situace, rádi bychom zopakovali několik skutečností:

1/ Snaha o racionálnější farmakoterapii je patrná v drtivé většině sledovaných ÚSP a k více či méně výrazné redukci medikace již došlo.

2/ Klienti, kteří trpí poruchami chování jakožto součástí svého onemocnění, nebo ti, kteří mají další psychiatrickou poruchu, z medikace většinou profitují, stejně tak jako jejich okolí.

3/ Za současného stavu ÚSP *nemůže být redukce psychiatrické medikace ani procesem celoplošným ani příliš dynamickým* a lze počítat spíše s velmi pozvolným řešením individuálních případů. Důvody jsou následující:

a/ V tak velkém počtu to prostě nejde – farmakoterapie je sofistikovaný a odpovědný proces a její změny nelze provádět u 20 klientů najednou, zvláště v situaci, kdy má lékař na starosti 30 dalších a dojíždí jednou za měsíc.

b/ Při vysazování letité vysoké neuroleptické medikace může u klientů dojít k fenoménu tzv. „*emočního odblokování*“ a zhoršení celkového psychického stavu klienta včetně poruch chování. V některých případech je to zcela přirozený proces, ale adaptace klienta na nové podmínky vyžaduje zvýšenou asistenci i trpělivost personálu, který by neměl mít na starosti větší počet dalších obyvatel.

c/ Současný proces změn v ÚSP mohou klienti prožívat jako značnou instabilitu svého sociálního zázemí. Není proto vhodné měnit osobního asistenta, místo pobytu a medikaci zároveň.

To vyžaduje samozřejmě velkou informovanost lékaře o situaci klienta a týmovou spolupráci s personálem zařízení. V současných podmínkách tato situace vždy nenastane.

Lze tedy spíše očekávat pokračování dosavadního procesu – tedy individuální práci s medikací u vybraných klientů.

Možnosti ovlivnění současné situace vnímáme ve dvou rovinách:

6.2.1. Změny, které lze provádět tady a teď na základě analýzy situace jednotlivých ústavů

Proces zkvalitnění psychiatrické péče a možnosti redukce psychiatrické medikace je zcela jistě v souvislosti s obecnými principy transformace, především každého z velkých zařízení na menší jednotky, pokud možno neizolované od komunity a umístěné v oblastech s dostupnou lékařskou péčí.

S tím samozřejmě souvisí dostatek personálu a osobních asistentů s možnostmi adekvátních volnočasových a pracovních aktivit.

Toto zvyšování kvality „osobního prostoru“ každého klienta je dáno individuálními možnostmi a ambicemi každého z ÚSP a nezbytnou podporou zřizovatele.

Úprava kontaktu s psychiatrem v některých ústavech se zdá nutná. Předpokladem je odpovídající frekvence návštěv a ochota spolupracovat s týmem zařízení v transformačních procesech.

V krajních případech je vhodná změna ošetřujícího lékaře. Pokud by zařízení žádného nenašlo, přidělí jim ho revizní lékař VZP. Požádat o to mohou opatrovníci klientů.

Jednotlivým ÚSP byla nebo budou dána doporučení autory šetření.

6.2.2. Změny systémové

O *pozvolné transformaci velkých rezidenčních zařízení na individualizované a komunitní formy bydlení* již byla řeč. Vzhledem k tomu, že se jedná o obecný princip současných změn, nebudeme se jím dále zabývat.

Co by se mělo změnit v psychiatrické péči?

Pokud se bavíme o úpravách psychiatrické péče v tom kterém ústavu, musíme si uvědomit, že pokud lékař nemá péči v ÚSP smluvně upravenou pojišťovnou, může spolupráci s ÚSP kdykoli přerušit. Jeho vstřícnost směrem k požadavkům personálu a transformačním procesům je aktem jeho osobního rozhodnutí a zejména ve venkovských oblastech s nedostatkem konkurence v oboru obtížně vymahatelná.

Změna v tomto smyslu je velmi obtížně představitelná *bez koordinace a větší komunikace sociálního a zdravotního sektoru na regionální i vyšší úrovni*. Pokud se kvalita psychiatrické, potažmo celkové lékařské péče o mentálně retardované občany nestane obecným a deklarovaným zájmem klíčových institucí (vládní výbory, ministerstva) s odezvou v legislativě, těžko můžeme očekávat výrazné posuny na tomto poli.

Možné směry ve vývoji psychiatrické péče o mentálně retardované:

Individualizace péče dle schopností klienta. Jistě existuje část klientů, která by mohla více či méně *převzít kontrolu nad užíváním své medikace*. Využití této jejich kapacity je však při současné kapacitě a režimu ÚSP iluzorní a přineslo by značná rizika.

Klient dochází sám k lékaři – někde se již děje. Je možné u klientů, kde po většinu času není nutné v oblasti psychiatrické medicíny většího týmového nasazení.

Klient dochází k lékaři za pomoci osobního asistenta.

Lékař dochází za klientem- frekvence návštěv a míra spolupráce s týmem je flexibilní a odvíjí se od potřeb klienta.

Kvalita hospitalizační péče

Motivace a vzdělávání psychiatrův oblasti léčby mentálně retardovaných klientů a práce s nimi

Vhodnými tématy jsou např. následující.:

- komunikace s mentálně retardovanými klienty, účelná farmakoterapie, psychoterapeutické možnosti, týmová spolupráce, transformační procesy.

Realizaci změn v této oblasti považujeme za zvláště obtížnou. Jak vzbudit zájem lékařů a motivovat je pro danou problematiku? Kde získat dostatek odborníků, kteří by vzdělávali další?

Práce s pojišťovenským systémem. Vytváření konkrétnějších léčebných postupů.

V současné době nese hlavní břemeno nákladů jistě nemalého objemu na zdravotní péči o mentálně retardované občany VZP. Rozpuštění nákladů mezi několik malých pojišťoven, u kterých jsou klienti pojištěni, jak jsme se s ním setkali v jednom je zřejmě v současném chaosu v jistém smyslu „výhodnější“ a umožňuje psychiatrovi častější návštěvy v ÚSP.

Možnými opatřeními v procesu „nahrazení celoplošnosti kvalitou“ by mohla být následující:

- uvolnění širšího spektra psychofarmak pro léčbu klientů s MR.
- přesnější definice indikačních oblastí léčby – jasněji definovat poruchy chování, zohlednění problematiky duálních diagnóz (Zpracování této tematiky si nelze představit bez účasti odborníků, potažmo odborných společností). Aplikace těchto principů na ÚSP v současném stavu by taktéž mohla skončit katastrofou pro klienty.
- zohlednění a individualizace práce lékaře – možnost častějších návštěv (teoreticky jsou možné, v současném systému ve většině nevýhodné pro lékaře), týmová spolupráce jako součást odborné péče.

Jsme přesvědčení, že proces zkvalitňování psychiatrické péče o lidi s mentálním postižením, zvláště pak ve vhodné součinnosti s celkovým procesem transformace péče přinese jistě zlepšení kvality jejich života.

Racionálně a individuálně nastavené dávky psychofarmak jsou jistě jedním z podstatných faktorů, který usnadní části klientů přístup k volnočasovým aktivitám a vstup na trh práce. Takto se i celý tento proces podílí na redukci sociální exkluze občanů s mentální retardací.

Nabízí se také otázka, jestli proces „nahrazení celoplošnosti kvalitou“ nemůže v oblasti psychiatrické péče o mentálně retardované přinést přece jen určité ekonomické výhody.

Ale to už není předmětem této práce.

Příloha č. 1

Profil jednotlivých ústavů

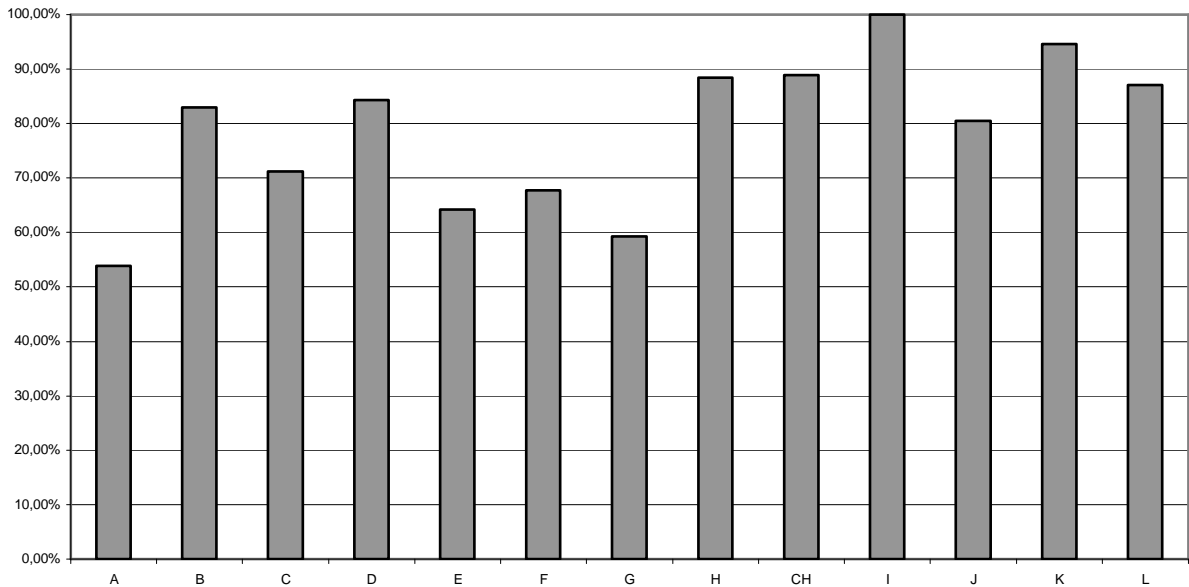
ÚSP	Celkový počet klientů	Počet klientů v celoroční péči	Z toho žen v celoroční péči	Z toho mužů v celoroční péči	Psychiatricky medikovaných v celoroční péči	Průměrný věk klientů v celoroční péči	Klientů pod 18 let v celoroční péči	Počet síťových lůžek v době průzkumu	Počet klientů věkové kategorie 18-46 let	Průměrný věk v této kategorii	Psychiatricky medikovaných v této kategorii
A	87	57	36	21	29 (50,8%)	29,4	8	0	52	34	28 (53,8%)
B	71	64	33	31	47 (73 %)	18,7	29	0	41	22,5	34 (82%)
C	81	75	23	52	39 (48 %)	27	8	0	59	28	42 (71%)
D	109	109	82	27	78 (72%)	56,5 M 45 Ž	0	0	51 (47 Ž, 4M)	36,6 (36 Ž 42 M)	48 (44 Ž,4 M) (94%)
E	90	90	90	0	68 (75%)	54,8	0	0	28	39,9	18 (64%)
F	95	95	25	70	65 (75%)	52	0	0	31 (12ž, 19m)	34,35	21 (67%)
G	62	62	60	2	34 (55%)	47	0	0	27	38,5	16 (59,3)
H	56	56	0	0	50 (89,3%)	49,3	0	0	26	39,8	23 (88,5%)
CH	50	50	2	48	38 (71%)	50,2	0	0	18	37,2	16 (88%)
I	69	68	26	42	63 (91%)	23	31	0	33	28,9	33 (M 21, Ž 12) (100 %)
J	50	50	50	0	37 (74%)	37,7	1	0	36	35	29 (80,6%)
K	90	90	0	90	77 (85%)	43,6	0	0	56	36,7	53
L	33	33	0	33	29 (87%)	37,4	0	0	31	34,5	27 (87%)

Příloha č. 2

Níže uvedené grafy vycházejí z dat získaných od dubna 2006 do dubna 2007.

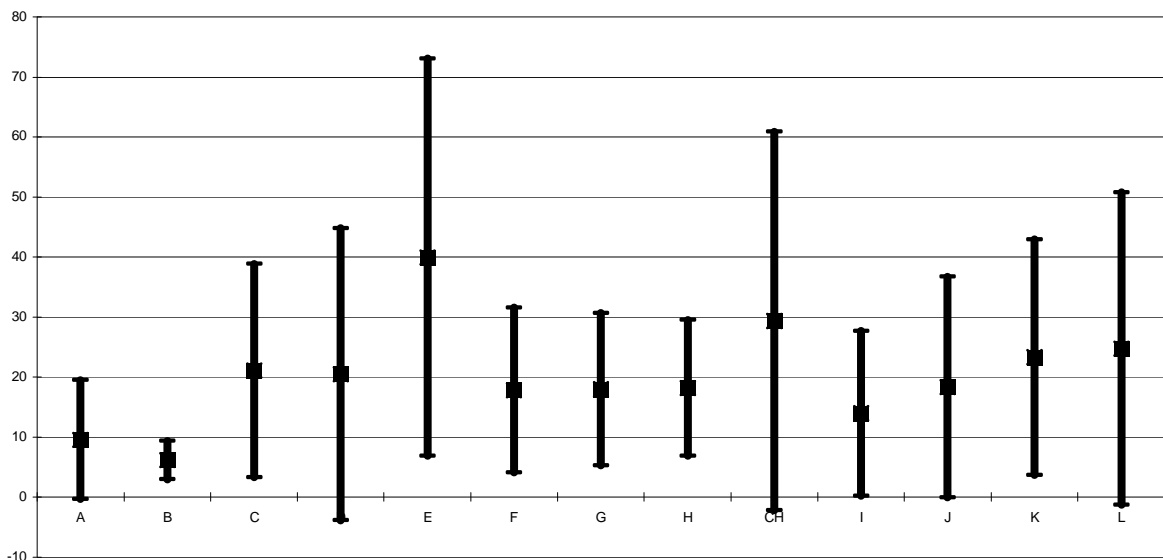
Graf A:

Podíl psychiatricky medikovaných obyvatel ÚSP ve sledované věkové skupině



Graf B:

Rozmezí použitých denních dávek neuroleptik



Dávky jsou uvedeny v mg Haloperidolu (haloperidolový ekvivalent). Rozmezí je vyjádřeno průměrnou dávkou \pm směrodatná odchylka. Maximální doporučená denní dávka při léčbě psychóz je 40 mg. Např. v ústavu označeném E, je tato dávka překročena (až dvojnásobně) u poloviny medikovaných klientů.

Příloha č. 3

Použitá literatura:

1. Profesionální rozvoj pracovníků Středočeského kraje, www.kvalitavpraxi.cz
2. K. Durecová: Vymezení základních pojmů a problémů in Agresivita a prevence problémového chování u lidí s mentálním postižením, ISBN 80-86980-00-6, Modrý klíč, 2005
3. Stuchlík J., Petišková M. Sledování psychiatrické medikace ve vybraných ústavech sociální péče Středočeského kraje, QUIP 2006, www.kvalitavpraxi.cz.
4. Duševní poruchy a poruchy chování, Psychiatrické centrum Praha, 1992, ISBN 80-85 121-37-9
5. Janotová D., *Raný začátek demence u pacientů s mentální retardací*, PK Praha 1.LF UK, Psychiatrie, Časopis pro moderní psychiatrii, Supplementum 2003
6. Janotová D., Psychiatrická klinika Praha, 1.LFUK, *Pokroky ve farmakoterapii mentální retardace*, Psychiatrie, Časopis pro moderní psychiatrii, Supplementum 1/2006
7. Jůn H., Výskyt souběhu problémového chování a mentální retardace in Agresivita a prevence problematického chování u klientů s mentální retardací, Modrý Klíč 2005
8. 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
9. MUDr. Jana Schmidtová, FN Motol, Farmakoterapie mentální retardace in Agresivita a prevence problematického chování u klientů s mentální retardací, Modrý Klíč 2005
10. Paclt I., Florian J., Psychofarmakoterapie dětského a dorostového věku, Grada 1998, ISBN 80-7169-506-8
11. 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
12. Baudiš P., Bašný Z. Používání restriktivních psychiatrických prostředků v Anglii, Česká a slovenská psychiatrie, roč.101, červen 2005
13. 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
14. 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)
15. Metodické opatření MPSV k postupu při mimořádném použití klecových lůžek opatřených sítí v zařízeních sociálních služeb, 28.6.2004, www.mpsv.cz
16. Zákon o sociálních službách, 108/2006 Sb. § 92, www.mpsv.cz
17. Doporučené postupy psychiatrické péče, Galén 1999, ISBN 80-7262-013-4
18. § 22 o zvláštní ambulanci péči Zákona 48/97 Sb. písm. d - Zákon o veřejném zdravotním pojištění. Zákon je k 1.1.2007 novelizován, charakteru ambulantní péče se zřejmě novela nedotkne.
19. Metodický list Ústrednej komisie racionálnej farmakoterapie a liekovej politiky MZ SR, Zdravotnícke vydavateľstvo HERBA s.r.o., 2003