



*Sledování psychiatrické medikace v projektu  
„Kvalita života jako cíl“*

*Michaela Petišková a Jan Stuchlík*

*Quip – Společnost pro změnu, 2011*

## Obsah

Úvod .....	3
Reálné okolnosti projektu .....	4
Výsledky.....	6
Příklady individuální práce s medikací .....	13
Konsultační činnost .....	15
Závěr .....	16
Literatura .....	17
O autorech.....	18

## Úvod

Součástí projektu *Kvalita života jako cíl* bylo sledování medikace celkem u 29 klientů dvou ústavních zařízení za účelem její redukce, resp. optimální úpravy.

S tímto procesem jsme měli zkušenost jak praktickou (práce ambulantního psychiatra v ÚSP Hodkovice), tak výzkumnou z předchozích let (1).

Zmíněné zkušenosti jednoznačně potvrdily důležitost zdravotnické, resp. psychiatrické péče u klientů ústavních zařízení a potřebu jejího systematického zkvalitňování. Terapie psychofarmaky zaujímá ve zdravotní péči o klienty ústavů (především v zařízeních určených pro lidi s mentální retardací) co do objemu nejvýznamnější místo (1).

Oproti předchozím zmíněným projektům se tento vyznačoval významnou individuální dimenzí, tj. možností přímého kontaktu s klienty zařazenými do projektu, možností práce s jejich individuální historií, dokumentací, ale též motivací, přáními či potřebami.

Vzhledem k týmové práci v celkovém kontextu projektu bylo možno tuto aktivitu koordinovat s dalšími činnostmi, které se děly v oblasti nezávislého zprostředkování ve prospěch klientů (především v oblasti právní a v oblasti bydlení). Při podstatných změnách v medikaci je samozřejmě nezbytné brát v úvahu aktuální situaci, ve které se klient nachází (tj. situace stabilizace x situace změn), a toto při farmakoterapeutických úvahách zohlednit, abychom klienta nepřetížili množstvím změn na různých frontách.

Na počátku projektu byla tedy u zadavatelů obecná představa, že dojde ke snížení medikace u vybraných klientů a proto se jim bude žít lépe a možná to půjde i statisticky prokázat.

V závěru projektu máme za sebou více či méně úspěšnou práci s medikací u lidí, kteří prošli obdobím značných změn, odnášejí si jasnější představu o svých zdravotních potížích a jejich léčbě a ti, kteří se o ně dále starají, mají teoreticky jasnější představu, jak v tomto směru pokračovat dále.

## Reálné okolnosti projektu

Základní šetření projektu, tedy celkový stav medicíny ve dvou ústavních zařízeních a následně sledování klientů, bylo jistě ovlivněné reálnými okolnostmi projektu, tj. charakterem zařízení, ve kterých byli vybráni klienti ubytovaní, časovým zařazením jednotlivých klientů do projektu i okolnostmi sběru dat (viz kapitola Metodika).

Obecně se dá říct, že zaměstnanci ústavních služeb byli k plánovaným změnám, ke schopnostem klientů či smyslu vynaložené práce spíše skeptičtí. Toto nastavení se podstatně měnilo v průběhu projektu.

### Výběr zařízení

Partnery pro projekt byl domov pro osoby se zdravotním postižením (dále DOZP) a domov se zvláštním režimem (DZR).

DOZP - pro výběr tohoto zařazení hovořila již několikaletá předchozí spolupráce založená na osobních kontaktech, včetně ošetřujícího psychiatra. Otevřenost DOZP pro transformační tendence se nakonec ukázala spíše překážkou, neboť klienti už byli výrazně zapojeni v projektu změny realizovaném zařízením. Zaujetí personálu vlastní koncepcí pak navíc omezovalo prostor pro komunikaci a vzájemnou výměnu informací.

V DZR byla situace víceméně opačná, kontakty s personálem a vedením nebyly zatíženy předchozími zkušenostmi a jednalo se o zařízení bez přílišných transformačních ambicí, což otvíralo dostatek prostoru pro brokerskou práci. Svým rozsahem, počtem klientů i lokalizací bylo však zatížené typickými znaky velkých institucí. Ocenili jsme ale velkou ochotu při poskytování informací, které umožnily komplexní pohled na situaci klienta.

### Výběr klientů

Část projektu zaměřená na medicínu byla výběrem klientů ovlivněná méně než jeho ostatní klíčové oblasti. Představa, že se projektu účastní klienti, kteří uvažují o odchodu z ústavních zařízení, byla jejich výběrem naplněna jen částečně. To bylo způsobeno částečně novátorskou povahou projektu, kdy nebylo možné zpočátku docenit dopad jednotlivých kroků. Takovým krokem bylo např. přenechání výběru klientů na personálu jednotlivých zařízení. Ten logicky vybral *troublemakery*, tedy klienty, kteří svým problémovým chováním zatěžují chod ústavu nebo jsou pro personál určitou neznámou, se kterou si pracovníci nevědí rady. Z hlediska psychoterapie je to skupina klientů medicínou poměrně zatížená a zároveň vyžadující v tomto směru velmi pečlivou práci. Zvláštní část klientů tvořili pacienti s diagnózou psychózy nebo ti, kde se psychóza uplatňovala jako druhá diagnóza vedle mentální retardace (3). (Klientů s duální diagnózou byla menšina). U této skupiny klientů jsou farmakoterapeutické postupy poněkud odlišné než u klientů s mentální retardací a možnosti prosté redukce medicíny omezenější. Více se pracuje s hledáním adekvátních léků (2). Z hlediska sociální rehabilitace a psychoterapie tato skupina klientů předpokládá často specifické postupy a služby.

Otevřený přístup *nezávislého zprostředkování*<sup>1</sup> ovšem umožňuje pracovat s klienty bez ohledu na typ postižení či psychické poruchy.

## Metodika

### Sběr dat

Sběr dat probíhal ve spolupráci a synchronizaci s ošetřujícími psychiatry. Nemohl být prováděn v obou domovech simultánně, neboť druhý partner (DZR) byl vybrán v průběhu projektu. Kromě počátečního celkového přehledu medikace, který byl zpracováván ve spolupráci s vrchními sestrami, probíhaly ostatní záznamy v individuálním kontaktu s ošetřujícími psychiatry, zároveň se společnými úvahami o dalším postupu. Někdy byl sběr dat komplikován častými odjezdy klientů do psychiatrických léčeben.

U části klientů byl sběr doplněn studiem dokumentace. Tato činnost byla výrazně ovlivněná mírou ochoty ošetřujícího personálu na této části projektu spolupracovat (v jednom ze zařízení to bylo prakticky nemožné).

### Haloperidolový ekvivalent

K porovnávání dávek neuroleptik bylo podobně jako v minulých projektech použito haloperidolového ekvivalentu (HE). V situaci rozvoje nových psychofarmak se tato metoda jeví jako čím dál tím méně výhodná, nicméně zatím není nějaké další měřítko porovnání k dispozici. HE je omezen pouze na neuroleptickou medikaci (1, 2), tedy nepostihuje psychiatrickou medikaci jako celek. U většiny klientů je totiž kombinovaná (neuroleptika, antidepresiva, anxiolytika, antiepileptika).

Atypická neuroleptika (2) se mechanismem svého účinku (a často i jeho výsledným stavem) natolik liší, že se nabízí otázka, do jaké míry má výpočet HE výpovědní hodnotu (7, 8). Dalším problematickým momentem je výpočet dávky depotního neuroleptika (7), u kterého existuje dvojí možnost, přičemž obě zřejmě výsledek zkreslují. Je možné vycházet z prostého přepočtu obsahu účinné látky. Při použití této metody vycházejí dávky HE neúměrně nízké a nezobrazují klinický účinek podaných léků. Původně jsme zvolili variantu, která využívá srovnání klinického efektu a výsledné hodnoty HE tak byly u klientů, kteří užívají depotní neuroleptika nebo kombinaci depotních a perorálních neuroleptik, výrazně vyšší.

U klientů DPZP jsme následně použili metodu vycházející z prostého přepočtu účinné látky, protože depotní neuroleptika příliš zakrývala změny v perorální medikaci.

Vzhledem k malému vzorku klientů jsme upustili od kratších intervalů porovnávání neuroleptické medikace, neboť posuny ve vývoji HE byly minimální.

---

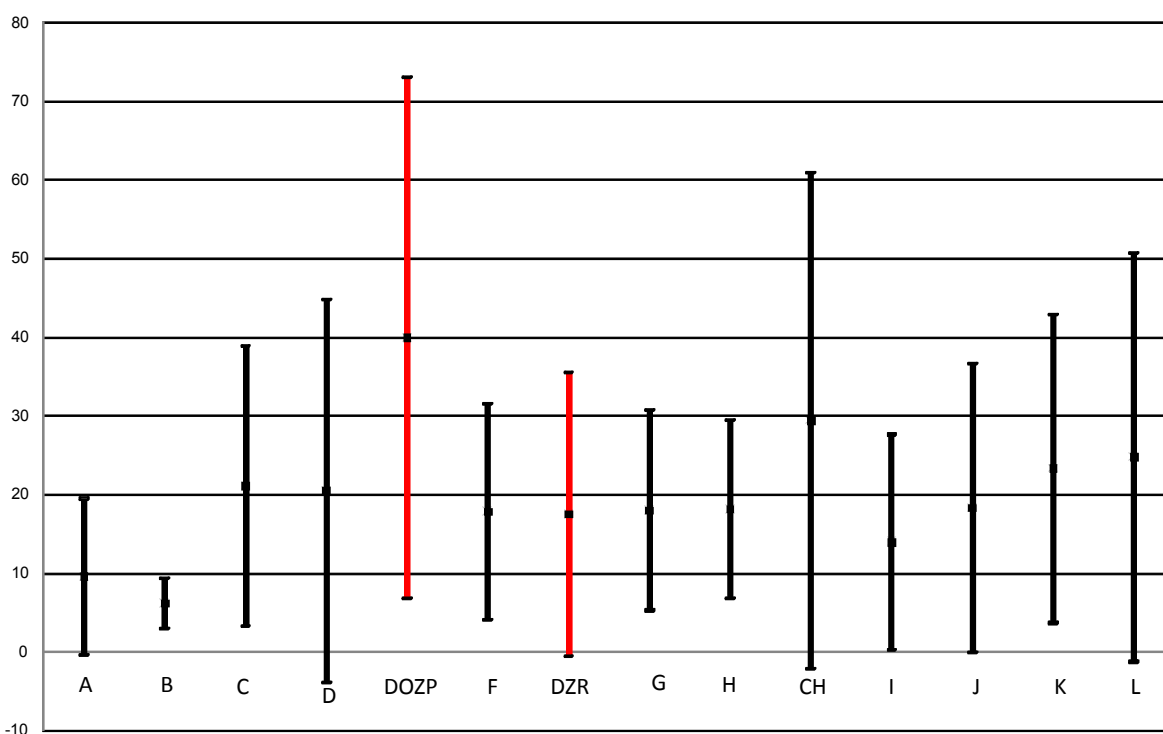
<sup>1</sup> *Nezávislé zprostředkování* vychází z modelu *nezávislého podpůrného brokerství* (independent support brokerage) převzatého pro potřeby projektu z UK.

## Výsledky

### 1. Šetření celkového stavu medikace v obou ústavních zařízeních

V první fázi (2009) bylo provedeno šetření celkového stavu medikace v DOZP i DZR a její porovnání se situací v 13 ústavních zařízeních Středočeského kraje v letech 2006 a 2007 (1).

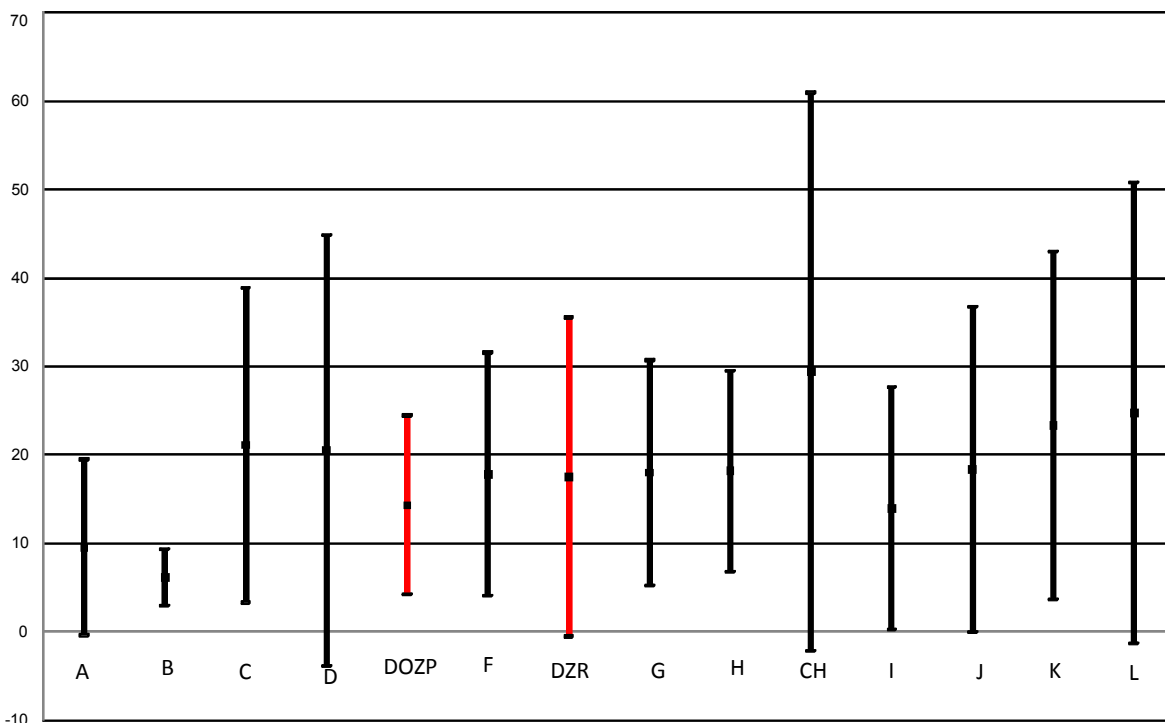
**Graf č. 1: Srovnání medikace DZR (9/2009) s rezidenčními službami ve Středočeském kraji 2006 a 2007 (stav DOZP je uveden červeně)**



**Komentář ke grafu č. 1:** DZR nevystupuje z průměrného obrazu ostatních ústavních zařízení, ač by se u domova se zvláštním režimem, kde se předpokládá vysoké zastoupení klientů s poruchami chování a psychiatrickým onemocněním, dala očekávat větší farmakologická zátěž. Koresponduje to rovněž s výsledky z roku 2006 a 2007, kde domovy v péči stejného ošetřujícího psychiatra se vyznačovaly relativně racionálními farmakoterapeutickými postupy.

DOZP patřil v letech 2006-7 k domovům s nejvyšším průměrným HE.

**Graf č. 2: Srovnání medikace DZR (9/2009) s rezidenčními službami ve Středočeském kraji 2006 a 2007, kde je uveden stav DOZP v 5. měsíci roku 2009.**



**Komentář ke grafu č. 2:** Při srovnání grafů je zřetelné výrazné snížení neuroleptických dávek v DOZP (5/2009). Jak jsme zjistili z výpočtů, v průběhu let došlo k významnému poklesu neuroleptických dávek u vybrané skupiny klientů a změnila se dramaticky i celková situace v DOZP (viz grafy)<sup>2</sup> ve smyslu redukce neuroleptických dávek. Tato situace souvisí jistě se změnou vedení DPZP a systematickou prací ošetřujícího psychiatra.

## 2. Vývoj psychiatrické medikace v DOZP

Skupina klientů z DOZP zahrnuje dvanáct klientů, z toho sedm žen a pět mužů. Jedna klientka během projektu zemřela, jeden klient opustil službu a medikaci nebylo možno dále sledovat.

Sedm klientů bylo zařazeno do předchozího šetření v r. 2006 a při šetření v r. 2009 bylo zjištěno, že u všech došlo k poklesu neuroleptických dávek (často velmi výraznému). To ovšem též znamenalo, že již nebude tolik prostoru pro další změny.

<sup>2</sup> Hodnoty v uvedené v grafech je nutno vidět jako hodně přibližné, neboť v letech 2006-7 jsme hodnotili situaci ve věkové skupině 18-48 let, v roce 2009 pak plošný stav medikace v celém ústavu. Přesto se domníváme, že rámcově je situace zobrazena velmi reálně.

Tři klientky ze skupiny mají psychózu, medikace se orientuje spíše na hledání vyhovujících preparátů a léčbu občasných dekompenzací. K mírnému snížení medikace došlo u dvou klientek s autistickými rysy, kde redukce medikace byla provázena výraznými pozitivními změnami v úpravě životního prostředí obou žen. U dalšího klienta s autismem je poměrně vysoká medikace výsledkem dlouhodobého monitorování a další výraznější zásahy do ní znamenají ohrožení jeho křehké psychické stability. Tři z klientů (dvě ženy a jeden muž) užívají medikaci nespolehlivě. U dvou z nich se v tomto směru podařilo dosáhnout relativního zlepšení větší pozorností a dohledem personálu.

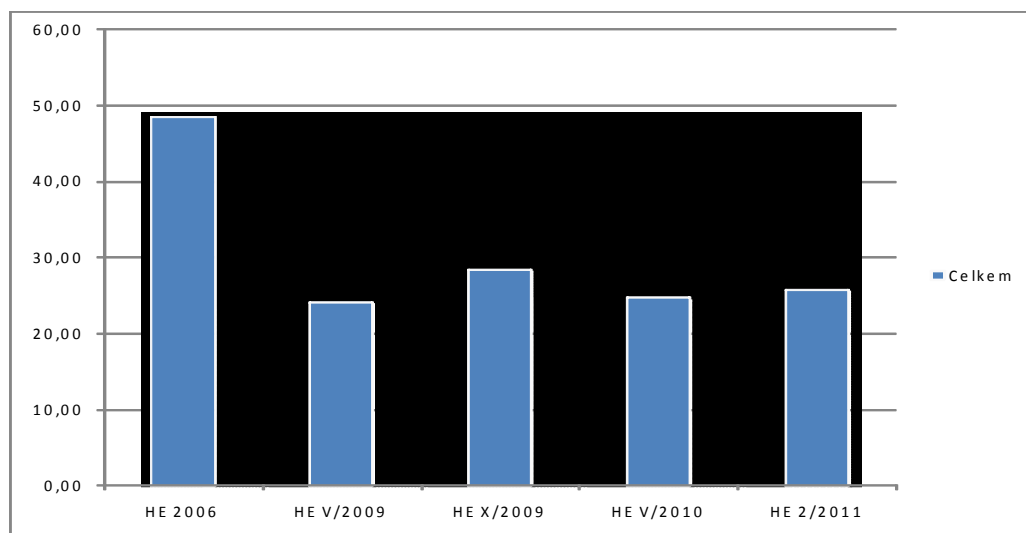
Ze dvanácti klientů se pět odstěhovalo do chráněných bytů služby DOZP, což nemělo podstatný vliv na změnu neuroleptické medikace. Jeden z klientů se posléze vrátil do domova, což vedlo k opětovnému výraznému navýšení jeho medikace sexuologické, která byla během pobytu v chráněném bytě podstatně zredukována. Jeden muž a jedna žena odešli zcela mimo službu DOZP do jiných měst, první přerušil později zcela spolupráci, naopak klientka, která odešla do chráněného bydlení pro duševně nemocné, zaznamenala značný pokrok v samostatném užívání medikace a po období adaptace obdržela i psychosociální podporu od QUIPu.



**Tab. č. 1: Hodnoty HE u jednotlivých klientů v průběhu projektu**

Id. znak	HE 2006	HE V/2009	HE X/2009	HE V/2010	HE 2/2011
QUI001658	97,2	29,54	29,22	20,83	20,83
QUI004831	46,41	21,24	17,96	16,62	16,62
QUI 004972	31,21	12,58	10,8	6,86	6,86
Qui 004934	28,04	27,74	19,96	16,49	16,49
QUI 005153	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5
Qui 004935	47,64	15,73	22,48	46,88	45,39
QUI 006221	39,91	35,37	60,54	27,59	37,77
QUI004897	89,82	34,92	77,41	54,92	50,46
Qui 004912	?	14,54	6,76	1,79	1,79
QUI 001657	?	48,32	48,32	42,03	42,03
QUI 005018	?	38,79	38,79	30,4	38,79
Qui 005075	?	3	1,5	?	?

**Graf č. 3: Průměrné hodnoty HE ve vybrané skupině v průběhu projektu (DOZP)**



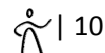
**Komentář:** Došlo k dramatickému poklesu medikace na polovinu proti roku 2006 a na této úrovni se výkyvy drží. V závěru projektu jsou v této skupině stále tři klienti medikováni vyšší než maximální doporučenou dávkou (40 mg HE).

### 3. Vývoj psychiatrické medikace v DZR

#### Skupina I.

Skupinu tvořilo osm klientů (šest mužů a dvě ženy), u jednoho mladého muže jsme po přestěhování ztratili možnost sledování medikace. Dva klienti (jeden muž a jedna žena) ze skupiny trpí závažným psychotickým onemocněním a úprava medikace je u nich komplikovaná. U další klientky s psychózou probíhalo po celou dobu hledání vhodné kombinace preparátů. Klient s depresivními příznaky, který se v zařízení čerstvě adaptoval, přestal postupně potřebovat anxiolytickou a hypnotickou medikaci (zůstala mu antidepressiva). U dalšího muže se ukázalo, že chronická medikace není nutná a je možno jí ponechat pouze pro krizové situace (viz níže uvedené příklady).

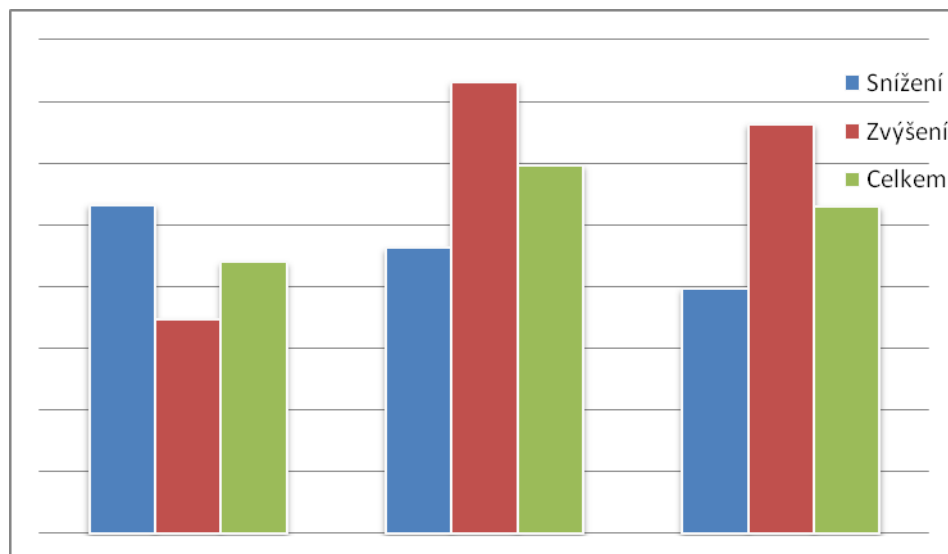
Z osmi klientů ve skupině dva odešli do jiné služby, jeden klient měl zakázku v oblasti legislativní, dva klienti se závažným duševním onemocněním o odchod nejevili zájem. Ze zbývajících tří klientů měli dva v závěru projektu k přestěhování nakročeno, další z nich v závěrečné fázi od přestěhování upustil pro nesouhlas opatrovníka.



**Tab. č. 2: Hodnoty HE u jednotlivých klientů v průběhu projektu (I. skupina DZR)**

Id. znak	HE 9/09	HE 6/10	HE 2/11
QUI 004833	31,3	28,46	21,32
QUI 004925	31,03	65,84	58,06
QUI 005104	11,3	8,69	9,86
QUI 004930	19,17	22,6	22,6
QUI004911	5,84	4,5	3
QUI 005095	11,84	41,2	37,01
QUI 005084	58,11	50,79	45,11
QUI 005071	7,22	16,65	15,01

**Graf č. 4: Průměrné hodnoty HE v I. skupině v průběhu projektu (DZR)**



**Komentář:** Celkově je u skupiny statisticky neprůkazné snížení neuroleptické medikace. Skupina je však nehomogenní – u 4 klientů byla medikace zvýšena (u 3 výrazně na dvojnásobek až trojnásobek), u 4 byla snížena.

### Skupina II.

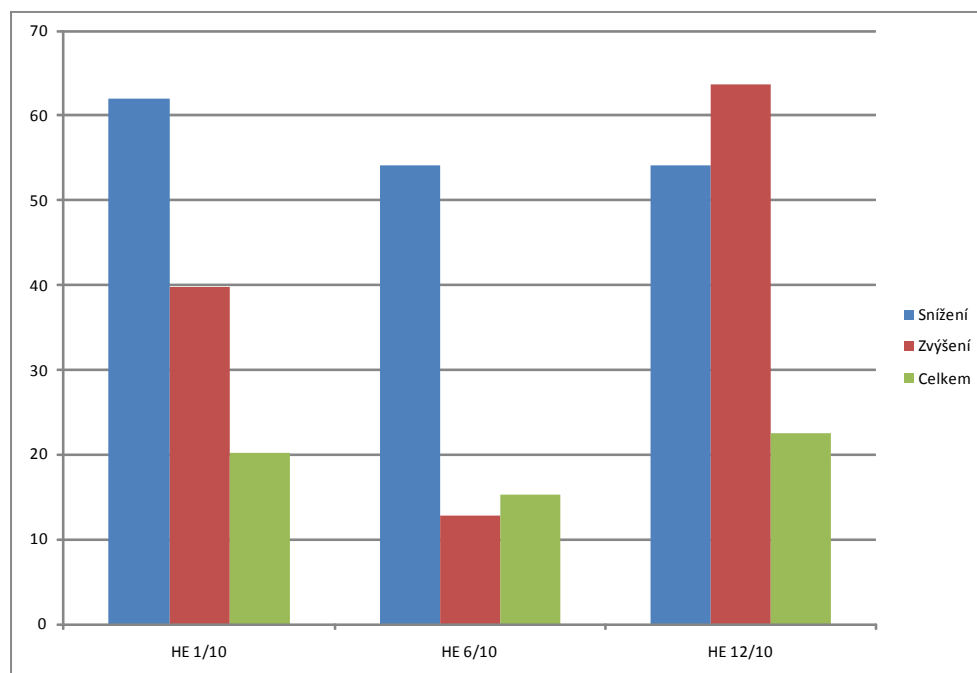
Tato skupina devíti klientů (jedna žena), která byla do projektu zařazena později (leden 2010), již reflektuje vývoj ve výběru klientů. Vybráni jsou klienti, kteří již jasněji a rozhodněji definují svou zakázku (zejm. v oblasti bydlení a právní způsobilosti) a také jejich schopnosti jsou pro případnou změnu, až na výjimky (QUI-005900) příznivější. Psychiatrická medikace u většiny (6) klientů z této skupiny nedosahuje vyšších dávek a nevyžaduje velkých úprav. Výjimku tvoří mladý muž s kombinovaným postižením (QUI-005900), u kterého by bylo vhodné se medikací intenzivně zabývat vzhledem k výši dávky a zdravotním důsledkům. Vzhledem k tomu, že je velmi často hospitalizován v psychiatrické léčebně, nebylo možno kontinuitu práce na medikaci udržet. U jednoho ze dvou klientů s psychotickým onemocněním byla naopak antipsychotická medikace poměrně zredukována.

Ze zmíněných devíti klientů celkem pět mužů přišlo s jasnou zakázkou opustit zařízení, přičemž dva od ní v průběhu projektu z různých důvodů upustili. Ze zbývajících tří se jeden již odstěhoval (úprava medikace sehrála v jeho případě důležitou roli), u zbývajících dvou byly v tomto směru učiněny podstatné kroky, jejichž dokončení je na personálu DZR.

**Tab. č. 3: Hodnoty HE u jednotlivých klientů v průběhu projektu (II. skupina DZR)**

Id. znak	HE 1/10	HE 6/10	HE 12/10
QUI-005687	7,17	7,17	7,17
QUI-007180	3,42	3,42	3,42
QUI-005686	9,47	6,75	???
QUI-005362	10,12	10,12	10,12
QUI-005202	16,97	16,97	16,97
QUI-005688	61,95	54,17	54,17
QUI-006119	2,25	2,25	2,25
QUI-005900	39,87	12,76	63,69

**Graf č. 5: Průměrné hodnoty HE v II. skupině v průběhu projektu (DZR)**



**Komentář:** U jednoho klienta byly dávky dramaticky měněny (medikace byla snížena ze 40mg na 10mg a následně zvýšena na více než 60 mg). U ostatních klientů ze skupiny se medikace v průběhu sledování buď neměnila vůbec, nebo jen nepatrně. U jednoho klienta nebyla zaznamenána medikace při posledním hodnocení (12/2010).

## Příklady individuální práce s medikací

Jak již bylo řečeno, je velký rozdíl v šetření na velkém vzorku populace, či pracujeme-li s malým počtem klientů, jako tomu bylo v tomto případě.

Také cíl obou šetření se liší. V prvním případě projektů z r. 2006 a 2007 šlo o celoplošné mapování situace, v aktuálním projektu se jedná o kvalitu života klientů.

Při práci s medikací šlo samozřejmě v první fázi o její maximálně možnou redukci či o její zkvalitnění. V každém případě bylo nutno při sledování tohoto cíle brát zřetel na celkový zdravotní stav klientů i jejich aktuální životní kontext, ve kterém se v době projektu nacházeli (stav duševní pohody/nepohody, odchod z ústavního zařízení, očekávaná soudní jednání etc.). Též jsme museli vzít v úvahu i různý typ psychických potíží u klientů. Jak již bylo zmíněno, do projektu byli zařazeni jak pacienti s mentální retardací a poruchami chování, tak klienti s duševní chorobou.

Změny realizoval vždy ošetřující lékař na základě společných konzultací s psychiatrem projektu. Během těchto konzultací byl zároveň hledán další „manévrovací prostor“ pro práci s medikací a její další směřování.

**Klientka J.** (QUI 005095) 63 letá, s diagnózou psychotického onemocnění, pobývá v domově od r. 2009, není omezena ve způsobilosti k právním úkonům. V DZR je nespokojená, chtěla by blíže k synům, se kterými je velmi komplikovaný kontakt. Velmi jí zatěžuje naléhavá symptomatika základního onemocnění (halucinace a bludy s perzekučním obsahem a s úzkostným emočním doprovodem), pro kterou se často obrací na personál. V tomto směru trpí značnými výkyvy.

Při práci s medikací je hledána optimální neuroleptická medikace. Zlepšení stavu se dostavilo až při kombinaci tří neuroleptických preparátů (olanzapin, quetiapin, risperidon). Při této kombinaci a dávce se výrazně snížilo emoční prožívání symptomatiky, i když to přineslo zvýšení HE. Subjektivně si klientka na medikaci nestěžuje.

V průběhu projektu došlo navíc ke zlepšení kontaktu s rodinou a klientka získala možnost přestěhování do chráněného bydlení.



Velmi důležitou se ukázala možnost práce s dokumentací, která umožnila jednak získat informace o celkovém zdravotním stavu klienta, jednak o jeho vývoji a eventuální souvislosti s medikací:

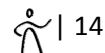
**Klientovi B.** (QUI004911) je 55 let. Má diagnózu lehké mentální retardace a org. psychosyndromu v souvislosti s blíže nedefinovanou encefalopatií. V minulosti trpěl občasnými paranoidně-halucinatorními stavy, které vyžadovaly hospitalizaci. V počátku projektu užívá depotní Moditen a tabletový haloperidol. Studium dokumentace zjištěno, že stavy se objevují v situacích nadužívání alkoholu. Za postupného snižování medikace, spolupráce klienta s personálem zařízení a opakované edukace o nutnosti abstinence a dodržování životosprávy, se klient v závěru ocitá zcela bez medikace,

odchází z DZR a prostřednictvím jiné služby získává ubytování i zaměstnání. (Zajímavé je, že ač klient medikaci neužívá, je v dokumentaci stále uváděná její minimální dávka, zřejmě proto, že klient bez medikace je velmi neobvyklým zjevem.)



**Klientovi Z.** (QUI-005686) je 58 let, má lehkou mentální retardaci a občasné poruchy chování. Je částečně omezen ve způsobilosti k právním úkonům. Chce se přestěhovat do jiného typu služby, kde by se mohl naučit k životu potřebným dovednostem (praní, vaření....). Tomu stojí v cestě právě problémy s občasnými bizarními výkyvy v chování.

Užívá nižší dávky klasických neuroleptik, studiem dokumentace zjištěna pravděpodobná souvislost s poruchami chování a přílišným snížením medikace o zdánlivě nepatrnou dávku levomepromazinu (25-50 mg). Při respektování tohoto limitu a edukaci klienta k podobným výkyvům nadále nedocházelo, klient opustil DZR – odešel do chráněného bydlení.



43 letá **paní V.** (QUI 005084) s dg. psychotického onemocnění je od raného mládí omezena ve způsobilosti k právním úkonům, sama obtížně formuluje své potřeby, doporučena personálem, který hledá prostředky pro zvýšení kvality jejího života.

Užívá vysoké dávky klasických neuroleptik včetně depotních preparátů. Studiem dokumentace zjištěno, že jde o vážně nemocnou klientku, u které dekompenzace onemocnění přinášejí život ohrožující stavy vyžadující hospitalizaci (sebevražedné jednání, katatonie). Dlouhodobě vysoká resp. zvyšující se dávka klasických neuroleptik má naopak vliv na zhoršování celkového zdravotního stavu (nadváha – od přijetí nárůst 30kg, sinusová tachykardie, mírné odchylky lipidového spektra, inkontinence) ve smyslu naznačeného rozvoje metabolického syndromu. Na základě těchto zjištění začal ošetřující psychiatr pracovat na postupném mírném snižování medikace, resp. výměně preparátů. Praktický lékař byl informován prostřednictvím vrchní sestry. Tento trend je vzhledem k zdravotnímu stavu klientky nutné nadále sledovat.

## Konsultační činnost

Během projektu sloužil psychiatr jako konsultant ohledně psychiatrických onemocnění klientů (zejména klientů s psychózami), poruch chování a samozřejmě medikace. K těmto konzultacím využíval psychiatr zkušenosti z individuálního kontaktu s klienty, informací od personálu, ošetřujících psychiatrů i dokumentace. Konsultační činnost se týkala následujících oblastí:

### Ke zdravotnímu stavu (pro brokery a klienty)

Při individuálním plánování a eventuální změně služby bylo nutno brát v úvahu i celkový zdravotní stav klienta a jeho medikaci. Také klienti se cítili v tomto směru často nedostatečně informováni, nerozuměli své diagnóze ani nutnosti užívat medikaci. Sami v tomto směru žádali informace.

### K poruchám chování

Tato oblast se týkala především klientů s psychotickým onemocněním, kde symptomatika (paranoidita, halucinace, bludy) ovlivňuje i jejich výsledné chování. Tyto konzultace sloužily k podpoře náhledu u těchto klientů, nasměrování personálu k práci s těmito projevy i pro orientaci brokerů při dalším plánování. Konzultace týkající se poruch chování u klientů s mentální retardací zajišťovala APLA.

### K psychoterapii

Klienti ústavních zařízení mají většinou k psychoterapii velmi omezený přístup, ač by ji často potřebovali jak z hlediska své lidské situace, tak pro práci se svými symptomy (4, 5). Psychiatr mohl upozornit na klienty, u kterých je psychoterapie indikována, popřípadě navést na služby, kde je poskytována (v regionu DZR je tato služba prakticky nedostupná). Ve vybraných případech psychoterapeutické konzultace také sám poskytoval.

### K legislativě (pro právníky a právní poradce QUIP)

Častou součástí individuálního plánu klientů bylo navrácení způsobilosti k právním úkonům, které byli klienti zbaveni omezeně či částečně na základě většinou několik let starých rozsudků. Psychiatrické konzultace sloužily k aktuálnímu reálnému posouzení možností a schopností klienta, tak jak je bylo možno vysledovat z individuálního kontaktu a studia dokumentace.

### Ke komunitní péči a dostupným službám

Psychiatr v tomto směru mohl využít svých zkušeností se službami komunitní péče o duševně nemocné a se zdravotnickými zařízeními.

## Závěr

Signifikantní změny v medikaci jsme neprokázali vzhledem k malým souborům. Průkazný pokles je zjevný při srovnání medikace v DPZP v roce 2006 a v roce 2009, kde byly původní medikace prostě obludné a teď jsou polo-obludné. Současně to ovšem potvrzuje, že významné změny v situaci klientů spojené s větší zátěží nemusí být (a v našem sledování ani nejsou) provázeny zvyšováním medikace.

V průběhu projektu jsme velmi ocenili novátorskou metodiku projektu. Systematický kontakt s klientem a jeho nejbližším pečujícím okolím, s procesem, kterým klient prochází v rámci individuálního plánu i s maximem dostupných informací umožňuje pracovat s medikací mnohem efektivněji, než je v běžných podmínkách. Klienti mají navíc možnost se v tomto procesu aktivně angažovat. Takový způsob práce vyžaduje samozřejmě pružnou komunikaci mezi jednotlivými zúčastněným. S určitou nadsázkou lze říci, že jsme se tomuto cíli přiblížit v případě DZR. V DOZP byly nedostatky v předávání informací vyvažovány především osobnostmi ošetřujícího psychiatra, zdravotnického personálu, koordinátora projektu a speciálního pedagoga.

Jak již bylo řečeno v úvodu, nedopracovali jsme se žádných převratných zjištění ani statisticky významných odchylek. Přesto se domníváme, že celková metodika projektu (nezávislé zprostředkování a individuální plánování) přispívá ke kvalitě života klientů a promítá se i do oblasti sledování medikace.

I pro tuto dílčí oblast projektu je totiž podstatná možnost individuálního kontaktu s klientem, dostatečně dlouhý čas potřebný pro změnu a týmová komunikace všech zúčastněných včetně klienta samotného.

To, že je klient aktivní součástí celého procesu se nám potvrdilo zejména v DZR, kde klienti sami projevovali aktivní zájem o informace a změny. Vzhledem k charakteru projektu, respektive institutu nezávislého zprostředkovatele jsme na tyto podněty mohli reagovat bezprostředněji a pružněji, než je schopen ústavní systém. Mnozí klienti pak princip nezávislého zprostředkování rychle pochopili a během projektu se „hlásili“ další adepti, jejichž potřebám jsme vzhledem k limitovanosti projektu bohužel nemohli vyhovět.

I skutečnost zájmu dalších klientů jistě svědčí o flexibilitě a universalnosti použitých metod.



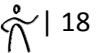
## Literatura

- 1. Stuchlík J. Petišková M. Psychiatrická medikace ve vybraných ústavech sociální péče Středočeského kraje, současná situace, kontexty a trendy (QUIP 2007, <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/001/000280.pdf> )**
- 2. Petišková M. Poznámky psychiatrovy k problematice mentální retardace, základní skutečnosti (QUIP 2007, <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/001/000279.pdf>)**
- 3. Pavlíková K. Schizofrenie u mentálně retardovaných pacientů, diagnostické rozvahy a praktické zkušenosti, Česká a slovenská psychiatrie, roč. 105, prosinec 2009, č.6-8, str.275 - 280**
- 4. Možný P., Praško J., Šlepecký M. Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch, 978-80-7254-865-1, Triton 2007**
- 5. Pěč O., Probstová V. Psychózy ISBN: 978-80-7387-253-3, Triton 2009**
- 6. Prescribing guidelines The South London and Maudsley NHS Foundation Trust Oxleas NHS Foundation Trust, 10th Edition**
- 7. Woods, S., M. D. Chlorpromazine equivalent doses for the newer atypical antipsychotics, Journal for Clinical Psychiatry, 64.6, June 2003**

## *O autorech*

**MUDr. Michaela Petišková** absolvovala 2. LF Univerzity Karlovy, 1. a 2. atestace z psychiatrie, 3 akreditované psychoterapeutické výcviky, osvědčení ILF pro psychosomatickou medicínu, zahraniční pobyty týkající se zejména komunitní péče o lidi s duševní nemocí a mentální retardací, praxe v lůžkové i ambulantní psychiatrii, krizové intervenci, psychoterapeut, psychosomatická medicína, lektorská, publikační a překladatelská činnost, budování a vedení komunitních služeb pro lidi s duševní nemocí v Libereckém kraji.

**MUDr. Jan Stuchlík** – psychiatr, od roku 1992 se zabývá psychosociální rehabilitací dlouhodobě duševně nemocných ve Fokusu Mladá Boleslav. Založil a řídil jeden z prvních týmů využívajících case management v ČR, od roku 1995 se jako konzultant Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví účastnil řady projektů zaměřených na problematiku práv lidí s duševní nemocí a na vzdělávání v oblasti péče o duševně nemocné.



Quip – Společnost pro změnu

Kancelář projektu: Studentská 3, 160 00 Praha 6

Tel.: +420 233 322 319 | [info@kvalitavpraxi.cz](mailto:info@kvalitavpraxi.cz) | [www.kvalitavpraxi.cz](http://www.kvalitavpraxi.cz)

© Quip – Společnost pro změnu, 2011