
ZPRÁVY

Používání psychiatrických restriktivních prostředků v Anglii

(Zpráva z poznávací cesty)

Baudiš P., Bašný Z.

ÚVOD

V letech 2003–2004 se u nás rozvířila diskuse o omezovacích opatřeních v psychiatrii, a to nejen ve zdravotnických kruzích, ale hlavně ve veřejnosti. Vděčné téma pro sdělovací prostředky bylo opětovně více či méně seriózně probíráno odborníky, psychiatrickými nemocnými i laiky. Stalo se živým tématem televize, novin i časopisů, dále předmětem parlamentního semináře, do diskusí se zapojily i veřejně známé osoby a též politici. Byla publikována 64stránková kritická zpráva Mental Disability Advocacy Center „Zamřížované postele“ o užívání klecových a síťových lůžek v psychiatrických zařízeních a v ústavech sociální péče čtyř států, včetně České republiky. V agitaci proti síťovým lůžkům, mechanickému omezování pacientů a v omezování restriktivních opatření v psychiatrii vyvinuli zvláště velké úsilí zdravotničtí pracovníci z Anglie. Byl k nám vyslán někdejší ministr vlády Jehojiho Veličenstva a člen Evropského parlamentu pan J. Bovis, téma síťových lůžek navrhli zařadit do programu zasedání UEMS (Unie evropských lékařských společností) a podporovali české pracovníky, brojící proti užívání síťových lůžek.

Zásadní rozpor spočíval v tom, že zahraniční a i někteří naši pracovníci požadovali úplné zrušení klecových a síťových lůžek jako nedůstojných, zatímco většina pracovníků lůžkových psychiatrických zařízení považovala v některých řídkých případech (těžké mentální retardace, gerontopsychiatrie, delirantní stavy) jejich výjimečné užití za užitečné, někdy i šetrnější a prospěšnější pro nemocné, ovšem za přísných kontrolních opatření.

Velvyslanectví Velké Británie v Praze připravilo program „Cage beds project“, v jehož rámci pozvalo a vyslalo čtyři české psychiatry, aby se seznámili s užíváním restriktivních opatření v Anglii. Měli jsme o užívání omezovacích prostředků v Anglii určité informace, protože počátkem r. 2005 u nás vyšel překlad knihy anglických psychiatrů M. D. Beer, S. M. Pereira, C. Paton: „Intenzivní péče v psychiatrii“, která popisuje na 296 stranách metody akutní psychiatrické péče.

Hlavní rozdíl v legislativních pravidlech je v tom, že v Anglii je zakázáno používání síťových

lůžek a dále i „kurtování“, tedy jiné imobilizace pacienta než držením zdravotnickými pracovníky. Užívají různé metody k rychlému zklidnění (neverbální i verbální komunikace, vyjednávání, rychlá medikamentózní trankvilizace, deescalace (snižování napětí, umluvení), fyzické ovládnutí a omezení (Control & Restraint – C & R) a držení zdravotnickými pracovníky). Za nejzávažnější restriktivní prostředek je v Anglii považována izolace ve zvláštní místnosti.

Akutní psychiatrická péče v Anglii disponuje více než 100 samostatnými specializovanými jednotkami intenzivní psychiatrické péče (Psychiatric Intensive Care Units – PICU), které u nás nemáme a jejich funkci nahrazují přijímací, ev. „neklidná“ oddělení léčeben a někdy psychiatrická oddělení nemocnic. Tyto jednotky jsou s mírnými, středními anebo s intenzivními bezpečnostními opatřeními. Charakteristika přijímaných pacientů je velmi pestrá, obecně lze říci, že jsou přijímáni pacienti s násilným a vůbec „problémovým chováním“.

VLASTNÍ ZKUŠENOSTI

Osobní poznání léčebných a omezujících metod umožnilo konfrontovat naše zkušenosti a částečně poznat i jiné postupy. A právě o nich bychom rádi podali zprávu.

Britské velvyslanectví připravilo čtyřdenní program návštěv psychiatrických zařízení, který byl ale orientován na dětskou a dorostovou psychiatrii a naše žádost seznámit se i se zařízeními pro dospělě vyzněla naprázdno.

První den jsme byli účastníky Národní konference o výzkumu v Children and Adolescence Mental Health Service v Birminghamu. Asi 300 pracovníků státních psychiatrických služeb pro děti a mladistvé diskutovalo a hledalo výzkumné priority mezi tématy frekvence duševních poruch u dětí a mladistvých v populaci, v primární péči, v minoritních skupinách obyvatel, síť zařízení, hodnocení praxe, prevence suicidalit, vyhledávání a sledování osob s duševní poruchou, hodnocení účinnosti různých léčebných postupů, ale i správné výzkumné metody.

Kromě souhrnných přednášek bylo připraveno i osm specializovaných workshopů o zmíněných tématech, která se ucházejí o prioritu. Výsledky výzkumné práce se týkaly převážně hodnocení praxe a bylo využíváno poměrně málo kvantifikace škálování psychických poruch. Na konferenci nebyly přítomny farmaceutické ani jiné firmy a byla uspořádána zcela v režii National Institute for Mental Health in England.

V dalších dnech jsme měli možnost se seznámit s praxí v následujících zařízeních pro děti a mladistvé:

– National Health Service Trust, Maudsley Hospital, oddělení pro děti a mladistvé, Londýn

Toto oddělení pečuje o nemocné ve čtyřech londýnských obvodech po cca 200 000 obyvatelích. Tvoří ho týmy pro děti do 12 let, pro děti v ústavní péči, pro adolescenty a pro psychické poruchy. Na jeden obvod připadá 40–60 pracovníků, celkem asi 400 osob, včetně lůžkové péče. Ve Velké Británii (cca 66 mil. obyvatel) je celkem 6 lůžkových oddělení s asi 40 lůžky. Dlouhodobě je protěžována mimolůžková péče. Do jejich péče nespádají děti s mentální retardací. Vláda stanovila, že v lůžkových zařízeních nemá dojít k žádné sebevraždě. To podmiňuje dostatek personálu, nemocní mají často zajištěnou celodenní asistenci sestry (sester).

– Croydon Adolescent Team

Oddělení je umístěno ve starší typicky anglické domkové zástavbě. Požadavky na stavební uspořádání jsou nižší než u nás. Středisko pečuje o adolescentní pacienty v oblasti s 200 000 obyvateli. Má celkem 25 pracovníků pro ambulantní činnost. Zřídká odesílají k hospitalizaci. V jejich péči jsou i delikventní jedinci, a proto spolupracují se soudy. Snaží se o prevenci pobytu ve vězení alternativními programy, které stanoví soud. Z 200 soudních případů adolescentů převzali 60 osob do vlastní péče a podporují a kontrolují plnění soudních příkazů. Dosáhli tak poklesu kriminality adolescentů. Jsou financováni národním trustem a získávají i další příspěvky.

– Bethalm Adolescent Unit, Bethlam

Jde o lůžkové zařízení pro 12 adolescentních pacientů. Na oddělení je mnoho prostoru. Pro neklidné pacienty mají izolační místnost s možností hygieny a dozoru, vybavenou molitanovým zařízením i nábytkem. Využívají ji jen zřídká. Jednotka byla vybudována z jednoho pavilonu léčebny, kde je hospitalizováno dalších cca 400 pacientů. Náklady na ošetrovací den činí 450 £ (1 £ = 44,0 Kč). Rozpočet na psychiatrickou péči v Anglii je navyšován v posledních šesti letech asi o 10 % ročně. Jednotky intenzivní psychiatrické péče vytvářejí buď samostatné anebo při psychiatrických odděleních nemocnic. Začleňování všeobecných psychiatrických oddělení do nemocnic se údajně neosvědčilo.

– Learnig Disability Services, N. Rutter Centre, Maudsley Hospital, Londýn

Ve Velké Británii je celkem asi 30–40 psychiatrů-specialistů pro mentální retardace. Pacienti se závažnými a eretickými formami postižení mají k dispozici zdravotní personál v poměru 1:1 až 4:1 (extrémních případů je ve Velké Británii asi 20). Jako omezovací prostředky používají manuální imobilizaci, izolaci, ev. dlahy na končetiny. Ve dvou forezních (nezdravotnických) ústavech je možno výjimečně použít i svěrací kazajky. Pro personál pořádají pravidelně kurzy na ovládání neklidných nemocných, které trvají asi jeden týden.

– Chester Eating Disorder Service, Chester

Toto oddělení má 14–16 lůžek pro pacienty s mentální anorexií ve věku 12–18 let pro oblast 2,4 mil. obyvatel. Přijímají ale i jiné závažné duševní poruchy a děti s problémovým chováním. Ošetrovací doba činí 4–6 měsíců, takže obslouží 20–40 pacientů za rok. Středisko má celkem 40 pracovníků, zvláště zdravotních sester, na nichž je prakticky plná odpovědnost. Pracují v týmu s psychiatrem je konzultantem. Každý pacient má svého „patrona“ z řad zdravotníků. Výjimečně přijímají i nedobrovolně podle kritérií Mental Health Act. Restriktivní opatření indikuje sestra, lékař je sice informován, ale nerozhoduje. Jen při dlouhotrvajícím omezení pacienta jej kontroluje lékař. U dospělých je tomu jinak. Závažnější pacienty odesílají na Medium Security Intensive Care Units (pro děti neexistují jednotky s maximálními bezpečnostními omezeními). Na tyto jednotky jsou odesíláni i mladiství delikventi ve věku 10–18 let (vraždy, znásilnění) a případně mladiství psychotici s agresivním chováním. Hlavní práci zde odvádějí mladí zdravotníci s vysokoškolským vzděláním na úrovni Bc. nebo Mgr., kteří mají široké kompetence. Rozhodují samostatně o formě a délce užití omezovacích prostředků. Uvažuje se i o možnosti že budou ordinovat léky.

– Garden Unit, Manchester

Toto zařízení je jednotka intenzivní psychiatrické péče pro děti a mladistvé se střední bezpečnostní ostrahou. Je umístěno v poměrně rozsáhlé budově někdejší psychiatrické léčebny, která byla přebudována na „Centrum pro život“ s oddělením pro léčbu závislostí mladistvých, rehabilitačním oddělením, pracovní terapií, vše určeno pro resocializaci mladistvých s duševními poruchami.

Jde o lůžkové zařízení pro 10 osob, ale z personálních důvodů mají pouze osm pacientů. Pro ně disponují 10 kvalifikovanými sestrami, 7 ošetrovatelkami a 19 nižšími zdravotníky. Spolu s pomocným a technickým personálem zaměstnávají celkem 70 osob. Každý z pacientů má k dispozici celý tým pracovníků. Mají k dispozici několik specializovaných a vybavených tříd, tělocvičnu, hřiště. Celý objekt je obehnan vysokou elegantní mříží a za 20 let z oddělení utekl jediný pacient. Právní

odpovědnost nese lékař, ale na diagnostickém hodnocení a na terapii se podílejí všichni pracovníci. Průměrná doba hospitalizace činí asi jeden rok. Je-li celé oddělení obsazeno, pak předávají pacienty do léčebny dospělých. Celkový počet personálu činí 80 osob a náklady na lůžko a den vycházejí na 900 liber. U každého z pacientů musí být po celý den i v noci 1–2 sestry. Demonstrovali nám zajímavou kazuistiku mladistvého delikventa s duševní poruchou.

ZÁVĚR

Seznámení s anglickými psychiatrickými zařízeními a pracovními postupy bylo užitečné a je škoda, že nebylo možno navštívit i zařízení pro dospělé.

V anglické psychiatrii je patrna výrazná snaha po humanizaci péče, která vznikla asi před 15–20 lety po zveřejnění a skandalizaci několika otřesných případů úmrtí v r. 1988 a 1993 a poměrů v lůžkových zařízeních. Teprve poté se stala psychiatrická péče zájmem veřejnosti, politiků, organizátorů zdravotnictví i psychiatrů samotných. Lůžková i ambulantní péče se stala i finanční pri-

oritou a personální i materiální vybavení dosáhlo nebývalé výše, která se pozorovateli z Čech může zdát až marnotratná. S úspěchem usilují o spolupráci s policejními a justičními orgány, se sociální péčí i s nestátními a dobročinnými organizacemi a i s veřejností a místními orgány. Úloha lékařů a zvláště psychiatrů ustupuje v péči o děti a mladistvé do pozadí, uplatňují se stále více mladí a zapálení zdravotníci s vysokoškolským vzděláním a odborníci jiných oborů (učitelé, vychovatelé, sociální pracovníci, manažeři, probační pracovníci aj.). Bez omezovacích prostředků se v běžné praxi neobejdou. Jejich použití je ale značně omezeno na manuální imobilizaci, medikaci a izolaci. Jsou přesně stanoveny indikace, metody a kontrola, ale hlavně je kompenzováno až neuvěřitelným počtem zdravotnických a jiných pracovníků a tomu odpovídajícím materiálním zabezpečením. Mají dobře propracovaný systém výcviku v použití restriktivních opatření.

Poznali jsme, že pokud se psychiatrii nedostane zájmu politiků, veřejnosti, a tím i zdravotníků, pak lze sotva očekávat zásadní reformní změny. Měli bychom se poučit, že takovému vývoji nemusí nutně předcházet odhalování otřesných, burcujičích, tragických a skandalizujících historií o psychiatrii a psychiatrických nemocných.

*MUDr. Pavel Baudiš, CSc.
Psychiatrické centrum Praha*

*MUDr. Zdeněk Bašný
Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha*

Dodáno redakci: 25. 2. 2005

Antipsychotika u deliria tremens znamenají nepřiměřené riziko

Nešpor K.

Úvod

Bezprostředním motivem k napsání této práce bylo úmrtí muže ve věku 42 let, který byl na naše pracoviště přeložen odjinud po masivní léčbě antipsychotiky (tiaprid 100 mg po 4 hodinách, haloperidol „podle potřeby“). Pacient krátce po překladech náhle zemřel, dle pitevního nálezu bylo příčinou smrti selhání srdce.

Antipsychotika u deliria tremens

Často se setkáváme s tím, že jsou k nám překládáni pacienti s deliriem tremens, kteří byli před překladem masivně medikováni antipsychotiky. Pro takovou praxi neexistuje dostatečné zdůvodnění, lze naopak najít řadu důvodů, proč v této indikaci antipsychotika nepodávat.

- Nejzávažnějším důvodem je zvýšená mortalita při léčbě deliria tremens antipsychotiky. Mayo-

Smith a spol. [4] uvádějí relativní riziko smrti při léčbě antipsychotiky v porovnání s pacienty léčenými sedativy 6,6 (tj. 6,6x vyšší). To je v souladu se starší prací [1], která porovnávala mortalitu deliria tremens při léčbě klomethiazolem (mortalita činila 0 %) a při léčbě antipsychotiky (mortalita činila 6 %).

- Řada antipsychotik navíc snižuje záchvatový práh, a tedy zvyšuje riziko epileptických záchvatů, které jsou při odvykacím stavu po alkoholu i bez toho časté.

- Nepříjemná je i hypotenze a tachykardie, což mohou působit některá antipsychotika, včetně u nás populárního tiapridu. Některá antipsychotika prodlužují QT interval na EKG, to pak může vést ke komorové tachykardii nebo fibrilaci. Rizikovým faktorem pro prodloužení QT intervalu je u deliria tremens častá deplece draslíku. Z běž-