

MUDr. Ladislav Polách (PA SYMEDIS PLUS, Uherské Hradiště), MUDr. Tomáš Neumann (PA Rakovník), MUDr. Marián Kolenič (NÚDZ Klecany), MUDr. Michal Samson (Nem. s pol., Havířov), MUDr. Alena Poláková (Nemocnice Tábor), MUDr. Ludmila Dušková (PA Prachatice), MUDr. Barbora Kotásková (DPN Opařany), MUDr. Valerija Alborova (DPN Opařany),

Ihor Chonhovi (PL Petrohrad). Ing. Lukáš Pech (ÚJV Řež) – přihláška byla odložena, sekretářka se dotáže na CV a motivaci.

21. Vědecké schůzi PS ČLS JEP 3. 10. 2018 bude předsedat MUDr. Simona Papežová.
22. Příští schůze výboru bude 3. 10. 2018 ve 12 hod., knihovna PK, Ke Karlovu 11, Praha 2.

*Zapsaly MUDr. Simona Papežová a paní Knesplová.*

## komentář

# AKUTNÍ PSYCHIATRICKÉ ODDĚLENÍ BEZ CIGARET – JE TO MOŽNÉ?

Před úplným zákazem kouření na uzavřeném psychiatrickém oddělení Ústřední vojenské nemocnice v Praze, plánovaným od 27. 8. 2018, se v ÚVN v polovině srpna konal seminář zaměřený na teoretické i praktické otázky zaměřené na toto téma.

Prvním řečníkem byl doc. MUDr. Martin Anders, Ph.D., který se ve svém stručném a výstižném příspěvku zaměřil na mýty o kouření a duševních poruchách, které je potřeba zbořit. Postupně vyvracel zažitě představy o tom, že kouření je pro pacienty s psychickými poruchami v některých ohledech prospěšné, což dokládal rozsáhlými zahraničními studiemi a metaanalýzami z posledních let (v ČR jich je bohužel na toto téma minimum). Z nich vyplývá, že kouření nezlepšuje, ale naopak zhoršuje příznaky depresivní a úzkostné poruchy, nezlepšuje paměť, zpomaluje dozrávání neuronů, a samozřejmě zhoršuje somatický stav i sociální obtíže pacientů s psychickými poruchami. Doloženou skutečností je pouze to, že kouření snižuje některé nežádoucí účinky antipsychotik. U kuřáků je totiž urychlen metabolismus některých látek (např. klozapinu, olanzapinu, ale také warfarinu a mnoha jiných). To ale znamená, že jsou u nich nižší i účinky žádoucí a je potřeba vyšší dávkování, které se po zanechání kouření musí většinou snížit.<sup>1</sup>

Ve druhém příspěvku jsem se pokusila shrnout zkušenosti ze světa se zavedením zcela nekuřáckých psychiatrických zařízení. Ve Velké Británii platí úplný zákaz kouření i v psychiatrických částech nemocnic od poloviny roku 2008.<sup>2</sup> V Austrálii byl zaváděn v různých státech postupně, poslední výjimka byla zrušena roku 2015.<sup>3</sup> Zákonná úprava v USA není stejná ve všech státech, platí jen doporučení

hlavního lékaře USA. V roce 2005 bylo zcela nekuřáckých 20 % státních psychiatrických zařízení, v roce už 2011 to bylo 79 %.<sup>4</sup> Oficiální postoj největší organizace v USA sdružující pacienty s psychickými poruchami se změnil roku 2009. Ve Francii platí zákaz kouření na veřejných místech i v nemocnicích (bez výjimky pro psychiatrie) od 1. 2. 2007.<sup>5</sup>

Žhavá diskuse na toto téma v odborných i laických médiích probíhala v těchto státech především v letech 2002–2007. Od té doby je prospěšnost tohoto opatření všeobecně přijímána a postupně je zaváděno v dalších státech. Shrneme-li argumenty obou stran, pro zákaz kouření v psychiatrických zařízeních (v souladu s odděleními somatickými) hovoří mnoho faktů:

- + Ochrana personálu i pacientů před pasivním kouřením
- + Snížení prevalence kouření mezi pacienty/zaměstnanci
- + Možnost aktivnějšího a více naplňujícího trávení času
- + Nižší náklady na psychofarmaka, malování, odvětrávání...

### **Možná negativa jsou:**

- Náklady na nikotinovou substituci a obavy a rezistence ze strany pacientů a zaměstnanců
- Nezanedbatelné jsou etické aspekty, které ovšem používají obě diskutující strany:
  - zlepšení zdraví, snížení zdravotní nerovnosti a dalšího sociálního znevýhodnění pacientů s psych. poruchami a na druhou stranu omezená možnost jejich volby. Omezení jsou však pacienti na uzavřených psychiatrických

oddělení v mnohém (a nikoho nepřekvapí, že nemohou např. pít alkohol či užívat neordinované opiáty) a dále můžeme diskutovat o možnostech opravdu „svobodné“ volby v případě rozvinuté závislosti na nikotinu. Dále by bylo neetické vystavovat pacienty s těžkou závislostí abstinencími příznakům, to je však ve všech jmenovaných státech (i v plánovaném pilotním projektu ÚVN) řešeno možností využít substituční nikotinovou terapii v průběhu hospitalizace zdarma.

V mnoha člancích se považuje za skandální, že tak zásadní zdravotní a sociální problém nebyl řešen již dříve. Vždyť pacienti s těžkými psychickými poruchami se v průměru dožívají věku nižšího až o 25 let a minimálně polovina tohoto rozdílu je dána právě kouřením tabákových výrobků.<sup>6,7</sup> Ačkoliv přechod na zcela nekuřácký režim byl i v zahraničí provázen mnoha obavami, v praxi bylo obtíží mnohem méně, než bylo očekáváno. Některé výzkumy dokonce uvádějí nikoliv zvýšení, ale naopak pokles agresivity pacientů oproti situaci, kdy kouření je pacientům umožněno, ale pouze v omezené míře.<sup>8</sup> V další části přednášky jsem se snažila přiblížit konkrétní zkušenosti se zaváděním „nekuřácké psychiatrie“ v některých nemocnicích, např. v právě zmíněné Veteran Clinic Palo Alto, dále Mayo Clinic v Rochesteru či Salus Klinik Lindow.

Možnosti léčby závislosti na tabáku nebyly obsahem přednášky, je možné je nalézt v nepřeberném množství publikací, doporučený postup pro pacienty s psychickými poruchami v ČR lze nalézt v Doporučených postupech psychiatrické péče III.<sup>9</sup> Na základě dostupných zkušeností a literatury<sup>1,8,10</sup> lze shrnout doporučený postup pro zavádění nekuřáckých programů do několika bodů:

1. Označit bariéry a integrovat jejich řešení
2. Ustavit prováděcí skupinu a získat souhlas se změnou
3. Vytvořit plán změny a realistický časový harmonogram

4. Začít uskutečňovat menší změny systému a programů
5. Zorganizovat výcvik personálu
6. Vést záznamy o kouření, závislosti na nikotinu a její léčbě
7. Zařadit informace a rozhovory týkající se tabáku do kurikula léčby všech pacientů
8. Poskytovat farmakoterapii závislosti na tabáku
9. Poskytovat asistenci a léčbu i všem zájemcům z personálu
10. Integrovat motivační rozhovory pro odvykání kouření do různých fází léčby
11. Vést stálou komunikaci o souvisejících otázkách mezi zaměstnanci a dalšími profesionály
12. Zvážit další opatření včetně úplného zákazu kouření

V poslední části semináře probíhala živá diskuse zaměstnanců oddělení pod vedením Mgr. Tomáše Petra, vrchní sestry psychiatrického oddělení, a Mgr. Kateřiny Mladé, adiktoložky ÚVN. Před zahájením programu je třeba vyřešit mnoho praktických otázek týkajících se implementace do chodu konkrétního oddělení, např. kdo je zodpovědný za ordinaci a vydávání substituční terapie, za vedení krátké i intenzivní psychosociální intervence k odvykání kouření, za způsob vedení dokumentace, odebírání cigaret pacientům, zařazení informací o zákazu kouření do informovaných souhlasů a nemocničního řádu apod. Na závěr semináře jsme všichni vyjádřili přání, aby šestiměsíční pilotní projekt proběhl úspěšně a mohl se poté rozšířit do dalších institucí v ČR.

*Podpořeno grantem: PROGRES Q25/LF1, projekt MŠMT ČR, RUK.*

*MUDr. Lenka Štěpánková, Ph.D.  
Centrum pro závislé na tabáku, 3. interní klinika VFN  
a 1. LF UK v Praze  
e-mail: lenka.stepankova@lf1.cuni.cz*

## LITERATURA

1. Royal College of Physicians, Royal College of Psychiatrists. Smoking and mental health. London: RCP, 2013. Royal College of Psychiatrists Council Report CR178.
2. Banham L, Gilbody S, Lester H. A smoking ban in psychiatric units: threat or opportunity? *Ment Health Fam Med* 2008 Sep; 5 (3): 129–133. PubMed PMID: 22477860; PubMed Central PMCID: PMC2777572.
3. Thomas M, Richmond R. Smoke-free mental health inpatient facility policies in Australia: variation across states and territories. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 2017. <https://doi.org/10.1111/1753-6405.12649>
4. Schacht L, Ortiz G, Lane GM, Jr. Smoking policies and practices in state psychiatric facilities: Survey results from 2011. Falls Church, Va, National Association of State Mental Health Program Directors Research Institute 2012.
5. Michel L, Lang LP. Législation anti-tabac en psychiatrie: une chance pour les patients? *L'information psychiatrique* 2009; 7 (85): 90. doi: 10.3917/inpsy.8507.0621
6. Prochaska JJ, Das S, Young-Wolff KC. Smoking, Mental Illness, and Public Health. *Annu Rev Public Health* 2017;8:165–185. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031816-044618. Epub 2016 Dec 16. Review. PubMed PMID: 27992725; PubMed Central PMCID: PMC5788573. <http://www.rcpsych.ac.uk/usefulresources/publications/collegereports/cr/cr178.aspx>
7. Colton CW, Manderscheid RW. Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. *Prev Chronic Dis* 2006; 3 (2): A42. Epub 2006 Mar 15. PubMed PMID: 16539783; PubMed Central PMCID: PMC1563985.
8. Veteran Health Administration, public health strategic healthcare group: Integrating Tobacco Cessation Treatment into Mental Health, Conference summary May 2006 [http://www.publichealth.va.gov/docs/smoking/smoking\\_mentalhealth.pdf](http://www.publichealth.va.gov/docs/smoking/smoking_mentalhealth.pdf)
9. Králíková E, Štěpánková L, Hellerová P. Syndrom závislosti na tabáku, in Raboch et al. Psychiatrie: Doporučené postupy psychiatrické péče III. Česká psychiatrická společnost ČLS JEP, Tribun EU 2010.
10. Ziedonis DM, Guydish J, Williams J, Steinberg M, Foulds J. Barriers and solutions to addressing tobacco dependence in addiction treatment programs. *Alcohol Res Health* 2006; 29 (3): 228–235. Review. PubMed PMID: 17373414.