

Manuál drogové prevence v praxi praktického lékaře pro děti a dorost

inovované vydání 2012



Cílem manuálu je vybavit praktické lékaře pro děti a dorost (PLDD) tak, aby mohli efektivně zasáhnout v situacích, kdy se ve své ordinaci setkávají s drogovou problematikou. Manuál pomůže identifikovat děti a dospívající, případně mladé dospělé, s rizikem problémového užívání návykových látek, provést zhodnocení aktuálního stavu a účinnou intervenci včetně odeslání pacientů do odborné péče.

Autoři:

MUDr. Pavel Kabíček, CSc., PhDr. Ladislav Csémy, Eva Čápková, DiS., MUDr. Petra Jacobs, PhDr. Magdalena Frouzová, doc. MUDr. Jana Hamanová, CSc., MUDr. Hana Cabrnchová, Mgr. Anna Kramářová, MUDr. Karel Nešpor, CSc., MUDr. František Schneiberg, CSc., Mgr. Olga Starostová, MUDr. Tomáš Soukup

Práce byla finančně podpořena Ministerstvem zdravotnictví České republiky.

Vydal CEPROS, Centrum výzkumu protidrogových služeb a veřejného zdraví, o.p.s.
Vyšehradská 49, 128 00 Praha 2 • www.cepros.cz

© CEPROS, 2012

Manuál drogové prevence v praxi praktického lékaře pro děti a dorost

inovované vydání 2012

Úvod k inovovanému vydání

Vážení kolegové,

koncem roku 2006 jsme poprvé vydali Manuál drogové prevence v praxi praktického lékaře pro děti a dorost. Manuál je praktickým návodem, jak hovořit s adolescenty o citlivých tématech rizikového chování v oblasti návykových látek. Metodikou tohoto individuálního poradenství je cílený psychosociální skrínink a krátká intervence jako nejjednodušší metoda motivace jedince ke změně chování.

Po pěti letech přistupujeme k inovaci této publikace. Za dobu pěti let se v oblasti krátké intervence dospívajících v České republice stalo poměrně mnoho. Probíhaly další výzkumy, které na velkých souborech dospívajících jasně prokázaly efektivitu této metody, jak v ovlivnění abúzu drog, tak v jeho nebezpečných dopadech, především jízdě v autě řízeném někým pod vlivem alkoholu nebo drog. Výsledky českých studií jsou srovnatelné a v některých aspektech, např. v motivaci dospívajících k ukončení abúzu marihuany, dokonce úspěšnější než originální studie americké.

V posledních pěti letech jsme se snažili také metodu krátké intervence co nejvíce popularizovat a seznámat s ní jak naši odbornou pediatriickou veřejnost, tak i širší populaci. Opakovaně bylo referováno o výsledcích výzkumů na Českém pediatrickém kongresu s mezinárodní účastí, výsledky studií byly publikovány v časopise Česko-slovenská pediatrie¹ i Vox pediatriae².

V roce 2011 proběhly regionální semináře s praktickými lékaři, zainteresovanými do této problematiky, kteří jsou ochotni tuto metodu evaluovat v případě jednání o zavedení tohoto specifického výkonu do primární péče. Skrínink a krátká intervence je doporučenou a efektivní metodou, která může snížit užívání návykových látek u adolescentů. Při preventivních prohlídkách ji doporučujeme od 13 let, včetně vyplnění dotazníku CRAFFT. Vzhledem k snižování věku iniciace rizikového chování by však v indikovaných případech měl tento výkon smysl již v 11 letech.

Vzhledem k tomu, že jak české, tak mezinárodní výzkumy vykazují výrazné pokroky v problematice, přistupujeme k inovaci Manuálu. Nechť je tento ucelený návod pomocí praktickým lékařům pro děti a dorost v provádění a v co největším rozšíření této účinné preventivní metody. V inovovaném vydání zavádíme novou kapitolu Osnova motivačního rozhovoru (Příloha strana 30), která by měla uvést čtenáře co nejpraktičtěji do situace nejčastějších modelových případů a zcela inovujeme kapitolu práce s motivací (Příloha strana 28), kde jsou názorněji probírána stadia změny při použití krátké intervence.

MUDr. Pavel Kabíček, CSc.

¹ Kabíček P., Sulek Š., Mizerová L., Starostová O., Wenchich L., Csémy L., Knight J.: Projekt screeningu a krátké intervence v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost, vedoucí k snížení zneužívání návykových látek v adolescenci. Čes.-slov. Pediat., 2010, 65 (11), s. 660-666.

² Csémy L., Knight J., Starostová O., Sherritt L., Kabíček P., Hook S.V.: Screening rizikového užívání návykových látek u dospívajících Screening rizikového užívání návykových látek u dospívajících: zkušenosti s českou adaptací dotazníku CRAFFT/ in Vox Pediaetriae, 2008, 8 (6), s. 35-36.

Obsah

1. Organizace preventivní péče a intervence

Karta č. 1.1: Schéma cesty pacienta filtrem praktického lékaře pro děti a dorost

Karta č. 1.2: Pojmy

2. Karta č. 2: Preventivní prohlídka – drogový skrínink

3. Karta č. 3: Dotazník CRAFFT

4. Vyšetření

Karta č. 4.1: Somatické vyšetření při podezření na diagnózu F1x.1 a F1x.2

Karta č. 4.2: Drogová anamnéza

5. Krátká intervence

Karta č. 5.1: Krátká intervence u pacientů, u kterých jsme nezjistili braní drog

Karta č. 5.2: Krátká intervence u pacienta experimentujícího s drogami (F1x.0)

Karta č. 5.3: Krátká intervence u diagnózy F1x.1 – škodlivé užívání návykové látky

Karta č. 5.4: Opatření při podezření na diagnózu F1x.2 - závislost

Karta č. 5.5: Krátká intervence u rodičů

Karta č. 5.6: Karta pro rodiče 5.6 (při diagnóze dítěte F1x.1)

Karta č. 5.7.: Karta pro rodiče 5.7 (při diagnóze dítěte F1x.2)

6. Karta č. 6.: Právní aspekty skríninku

7. Karta č. 7: Vodítko pro vytvoření přehledu místně dostupné péče pro lékaře

PŘÍLOHY

0. Popis schématu	9
I. Diagnostika	10
II. Rizikové a ochranné faktory	11
II.1 Individuální	11
II.2 Rodinné	11
II.3 Společenské	11
III. Symptomy užívání návykových látek	12
III.1 Přímé	12
III.2 Nepřímé	12
III.3 Specifické	13
III.3.1 Alkohol	13
III.3.2 Jiné návykové látky	14
III.3.2.1 Benzodiazepiny	16
III.3.2.2 Kanabinoidy	17
III.3.2.3 Psychostimulancia	18
III.3.2.4 Opioidy	19
III.3.2.5 Halucinogeny	20
III.3.2.6 Těkavé látky	21
III.3.2.7 Obecné zásady	22
III.3.2.8 Nejčastěji používané drogy a jejich účinky (tabulka)	24
IV. Typy protidrogových služeb	26
IV.1 Nespecifické služby	26
IV.2 Specializovaná léčebná zařízení	26

V. Primární prevence	28
VI. Práce s motivací - stadia změny při krátké intervenci	29
VII. Osnova motivačního rozhovoru	31
VIII. Analýza právního vymezení pro požadavek souhlasu zákonného zástupce k postupům léčby závislosti na návykových látkách u dítěte	33

0. POPIS SCHÉMATU

Praktický lékař pro děti a dorost může zjistit podezření na problém s návykovými látkami u pacienta v rámci dvou základních situací:

1. Pacient přichází na preventivní prohlídku, v rámci které pediatr vyplní i drogový screening (karta 2).
 - U pacienta, u kterého se nezjistí užívání alkoholu a jiných návykových látek – žádná kladná odpověď v dotazníku 2.3 (Manuál, karta č. 2) - provede lékař krátkou intervenci, zacílenou na utvrzení v negativním postoji pacienta k drogám a upozornění na přínosy pozitivního životního stylu (5.1).
 - Na základě pozitivního drogového screeningu – minimálně 1 kladná odpověď na dotazník 2.3 (Manuál, karta č. 2) - lékař zjišťuje závažnost problému krátkým zhodnocením stupně ohrožení pacienta návykovou látkou (Manuál, karty č.3.1, 3.2) a odesílá pacienta k dalšímu vyšetření.
2. Pacient je v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost vyšetřován pro jinou diagnózu a vyšetření zjistí přítomnost symptomů užívání návykové látky (Příloha III). Nebo pacient přichází sám či s rodiči s problémem užívání návykových látek včetně alkoholu.
 - V tomto případě lékař začíná krátkým zhodnocením (Manuál, karta č. 3).
 - Na základě výsledku krátkého zhodnocení PLDD posoudí, o jaký stupeň užívání návykové látky se u pacienta pravděpodobně jedná.
 - Při zjištění diagnózy F1x.0 (anamnesticky opakovaná intoxikace) poskytne lékař pacientovi krátkou intervenci (Manuál, karta č. 5.2) a zařadí jej do dispenzarizované péče. Při další návštěvě se lékař snaží odebrat vzorky na zjištění přítomnosti metabolitů drog.
 - Při podezření na diagnózu F1x.1 (škodlivé užívání) nebo F1x.2 (závislost) provede PLDD somatické vyšetření pacienta (Manuál, karta č. 4.1) a odebere drogovou anamnézu (Manuál, karta 4.2). Po krátké intervenci (Manuál, karty č. 5.3, 5.4) doporučí pediatr pacienta do další léčby: nespecifické (F1x.1) či specializované (F1x.2) a zařadí do dispenzáře.
 - Následuje krátká intervence rodičů.
 - Pokud se pacient dostavil bez doprovodu rodičů nebo zákonných zástupců, pozve lékař rodiče spolu s pacientem na kontrolní vyšetření, aby mohl rodiče informovat a projednat další postup. V případě, že jde o motivovaného dospívajícího, který aktivně žádá kontakt na zařízení specializované léčby, předává PLDD pacienta tomuto zařízení i s odpovědností za další terapeutický postup včetně informování rodičů nebo zákonných zástupců. Od specializovaného zařízení si lékař vyžádá lékařskou zprávu a pacienta zařadí do dispenzáře.

I. DIAGNOSTIKA

F1x.0 Akutní intoxikace

Je to přechodný stav po aplikaci alkoholu nebo jiné psychoaktivní látky, vedoucí k poruchám na úrovni vědomí, poznávání, vnímání, emotivity nebo chování, nebo jiných psychofyziologických funkcí a reakcí. Tato diagnóza by měla být hlavní diagnózou pouze tehdy, kdy se intoxikace vyskytuje bez současných vážnějších nebo trvalejších problémů, vyvolaných požíváním alkoholu nebo jiných drog. Tam, kde jsou takové problémy, měla by se dát přednost diagnóze škodlivého užívání, syndromu závislosti nebo psychotické poruše.

Anamnesticky opakovaná intoxikace odpovídá opakovanému užití látky (experimentování).

F1x.1 Škodlivé užívání

Je to vzorec užívání, který poškozuje zdraví. Poškození může být tělesné (např. u případů hepatitidy při intravenózní aplikaci látek) nebo duševní (např. deprese objevující se sekundárně při těžkém pití). Škodlivé užívání by se nemělo diagnostikovat, jestliže je přítomen syndrom závislosti psychotická porucha nebo jiné specifické poruchy vyplývající z požívání drog nebo alkoholu.

F1x.2 Syndrom závislosti

V souvislosti s užíváním drogy se během roku projeví nejméně tři z následujících znaků: silná touha získat látku (craving), obtíže se sebeovládáním ve vztahu k látce, odvykací stav, růst tolerance, zanedbávání jiných zájmů kvůli látce a pokračující užívání i přes negativní následky, které jsou postiženému známy. (Toto je zjednodušená definice, úplná definice viz MKN-10).

F1x.3 Odvykací stav

K němu dochází po úplném nebo částečném odnětí látky, která byla před tím užívána dlouhodobě anebo ve vysokých dávkách. Odvykací stav může být komplikován křečemi. V praxi se nejčastěji setkáváme s odvykacím syndromem po alkoholu, tabáku a opioidech. Odvykací stav by se neměl zaměňovat s kocovinou nebo např. stavem vyčerpání, k němuž dochází po odeznění intoxikace stimulancii.

F1x.5 Psychotická porucha

Ta vzniká během nebo bezprostředně po požití látky a bývá nejčastěji charakterizována sluchovými halucinacemi nebo halucinacemi více smyslů, záměnou osob, bludy, vztahovačností, vzrušením nebo stuporem a abnormálními emocemi. Porucha vymizí alespoň částečně do jednoho měsíce, plně nejdéle do šesti měsíců. Sem budeme kódovat např. alkoholickou halucinózu nebo paranoidní psychotické stavy trvající i po odeznění akutní intoxikace po pervitinu.

II. RIZIKOVÉ A OCHRANNÉ FAKTORY

zjištěné jako statisticky významné společné pro celý syndrom rizikového chování v dospívání, včetně problematiky drog

II.1 INDIVIDUÁLNÍ FAKTORY

Rizikové:

- v dětství problémové chování, zanedbávání a zneužití dětí;
- v adolescenci malá sebedůvěra a sebeúcta, chronická nemoc a handicap, těhotenství a rodičovství, špatný školní prospěch, malé a nejisté perspektivy pro budoucnost, nezaměstnanost a velká chudoba, sklon k riskování, příslušnost k menšinám (rasovým, etnickým, náboženským); duchovní prázdnota, absence smyslu života.
- jakákoliv duševní nemoc (např. poruchy příjmu potravy).

Ochranné:

- vysoká inteligence, při ev. negativních zkušenostech v dětství vyrovnání se s nimi, sebeúcta a sebedůvěra, pozitivní perspektivy a možnosti pro budoucnost, zapojení do „pozitivní“ skupiny vrstevníků, oceňování vzdělání a zdraví, účast na životě církve a ve školních a dobrovolných aktivitách, empatie, altruismus, duchovní orientace, schopnost sebekontroly.

II.2 RODINNÉ FAKTORY

Rizikové:

- významná ztráta v rodině (včetně rozkolu a zavržení svým rodičem), rodiče chronicky nemocní (tělesně nebo duševně, včetně závislosti na návykových látkách), rodiče příliš autoritativní nebo naopak dohled zanedbávající a nadměrně benevolentní, nedostatečná komunikace a dysfunkční rodina, nedostatečné vazby v širší rodině.

Ochranné:

- dobré vztahy v rodině, otevřená komunikace, neautoritativní podpora dospívajícího (a jeho přijímání takového, jaký je), duchovní orientace; nepřítomnost rozporu mezi hodnotami rodiny a vrstevníků, dostatek času na dítě, vřelost, schopnost rodičů dobře komunikovat a řešit rodinné problémy.

II.3 SPOLEČENSKÉ FAKTORY

Rizikové:

- chudoba, příležitost k nelegálním činnostem, negativní vzory v okolí, glorifikace rizikového a negativního chování v médiích, snadná dostupnost návykových látek, legální přístup ke zbraním, nízká úroveň vzdělání, nezaměstnanost. Duchovní a citová chudoba konzumní společnosti, neosobní sídliště.

Ochranné:

- kvalitní školy, dospělí, kteří se nezištně věnují mládeži, pozitivní vzory ve společnosti, obecně malá permissivita k negativním sociálním jevům, pozitivní poselství v médiích, vytváření příležitostí pro kreativitu mládeže, přísné zákony o zbraních a drogách.

Jessor, R.: *New Perspectives on Adolescent Risk Behavior*, Cambridge University Press 1998. 564 s.
Adaptováno: doc. MUDr. J. Hamanovou, CSc. a prim. MUDr. K. Nešpor, CSc.

III. SYMPTOMY UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK

- Příležitostné užívání a škodlivé užívání návykových látek se vyskytuje ve všech vrstvách všech sociálních skupin.
- Nejcitlivějším věkem pro vznik zneužívání návykových látek je adolescence.
- Přítomnost obranných mechanismů pacienta ztěžuje diagnostiku i léčbu. Pacienti zpravidla podhodnocují množství látky, kterou užívají, mají tendenci zapírat, manipulovat a často se obávají následků odhalení užívání návykových látek.

III.1 PŘÍMÉ SYMPTOMY

- Vyšetření moči nebo jiného biologického materiálu prokáže návykovou látku.
!!! Moč k toxikologickému vyšetření odebíráme zásadně pod dohledem.
- Četné jizvy po vpiších v průběhu povrchových žil.
- Důkazy o užívání drog nebo pití alkoholu (např. lékařská zpráva, zjištění užívání návykové látky školou nebo rodinnými příslušníky)

Poločas vylučování některých návykových látek a doba, po kterou je lze prokázat běžným toxikologickým vyšetřením.

Látka	Poločas vylučování (hodiny)	Prokazatelné po (dny)
amfetaminy (pervitin)	10 - 15	1 - 2
barbituráty dlouhodobě působící	48 - 96	10 - 14
barbituráty krátkodobě působící	20 - 30	3 - 5
Diazepam	20 - 35	2 - 4
kokain	0,8 - 1,5	0,2 - 0,5
opiáty (morfin, kodein, buprenorfin - - Subutex)	2 - 4	1 - 2
konopí (THC)	10 - 40	2 - 8 (nechronické užívání) 14 - 42 (chronické užívání)

III.2 NEPŘÍMÉ SYMPTOMY (nejčastěji referovány rodiči nebo blízkým okolím)

Zdravotní:

- Častější nemocnost a úrazy u dříve zdravého jedince; nevolnost, zvracení, váhový úbytek; náhlá změna jídelních návyků; případná snaha vyhnout se lékařskému vyšetření. (Cave: u dívek se může jednat o poruchy příjmu potravy. Tyto dívky bývají zároveň více ohroženy alkoholem a drogami).

Psychické:

- Nervozita, podrážděnost, agresivita; náladovost, nesoustředěnost, poruchy paměti; úzkosti a deprese, sebevražedné sklony; nadměrná aktivita nebo apatie či jejich střídání; nespavost nebo nadměrná spavost.

Sociální:

- Identifikace s drogovou subkulturou (pacient vysvětluje brání drog, zastává se jich, poukazuje na jejich „léčivé“ účinky, zdobí se drogovými přívěsky, nepřiměřeně se věnuje studiu literatury o drogách apod.); zanedbávání péče o zevnějšek; náhlé zhoršení školní docházky a prospěchu, dříve nezvyklé problémy s chováním ve škole i mimo ni; ukončení dříve oblíbených zájmových aktivit, ztráta dřívějších sociálních kontaktů; orientace na rizikové sociální skupiny (kamarádi, kteří berou drogy nebo nadměrně pijí); krádeže u předtím bezúhonného dítěte; nevysvětlitelné útěky z domova, po kterých se dítě vrací ve špatném stavu.

III.3 SPECIFICKÉ SYMPTOMY

III.3.1 ALKOHOL

Aplikační forma: per os

Klinika intoxikace: dle hladiny alkoholu v krvi (děti a dívky jsou k intoxikaci citlivější):

- Stadium excitační (u dětí krátké), u dítěte a dospívajících do 0,5 promile
- Stadium hypnotické - ztráta sebekontroly, ataxie, poruchy vidění: dítě a dospívající 0,5-1 promile.
- Stadium narkotické - těžká porucha koordinace, tachykardie, mióza, vasodilatace (ztráta tepla), počínající poruchy dechové a oběhové - děti a dospívající 1-2 promile
- Stadium asfyktické - těžká porucha vědomí, areflexie, hypotermie, povrchní dýchání, trismus, oběhový kolaps, hrozí aspirace, edém plic.
- Smrt zástavou dechu - dítě a dospívající nad 2 promile.

Laboratoř:

- Hypoglykémie, osmolární gap (rozdíl mezi naměřenou a vypočtenou osmolalitou séra by měl být do 10 miliosmolů, pokud je rozdíl větší, svědčí pro přítomnost dalších osmoticky aktivních látek - zde alkoholu), iontová dysbalance, hladina alkoholu v krvi (odběr do skleněné vakuované zkumavky!)

Toxická hladina:

- U dětí a dospívajících již od 1 promile. Vysoká individuální citlivost.

Terapie:

- Stabilizovaná poloha, teplo, cave aspirace.
- Dle možností zajistit i.v. vstup a podat infúzi solných roztoků (1/1 Ringer).
- Kontrola dýchání.
- Hospitalizace již od 3. stadia.
- Infúze s glukózou, kontrola ionogramu a acidobazické rovnováhy (ABR)
- Porucha dýchání - Naloxon (Intrenon) - 0,01 mg/kg/dávka, u větších dětí a dospívajících 0,4-2 mg/dávka do celkové dávky 10 mg/24 hodin, podat lze i.v., i.m., s.c.

!!! U závislých pacientů může vyvolat abstinenci syndrom. V těchto případech se někdy doporučuje zahájit oxygenoterapií a umělou plicní ventilací, antidotum až v druhé řadě.

!!! Cave - častá kombinace alkoholu s benzodiazepiny, barbituráty (potenciace účinku), výplach žaludku se nedoporučuje (aspirace).

Klinika škodlivého užívání a závislosti:

K důležitým znakům patří zejména: relativně časté úrazy a násilná poranění, závislost na alkoholu v rodinné anamnéze. Dále jaterní choroby, plicní choroby, epileptické záchvaty, vředová choroba, kuřáctví a nespecifické příznaky (poruchy spánku, nechutenství, ranní nevolnost, bolesti končetin, pokles hmotnosti, závratě, poruchy chůze, slabost dolních končetin).

Ze znaků zjistitelných fyzikálním vyšetřením jsou cenné edémy tváře, teleangiiektázie, hyperémie spojivek, žloutenka, hepatomegalie, jizvy, kožní defekty, tremor a titubace.

Alkohol také zvyšuje riziko rakoviny jater, hltnu, prsu u žen a tlustého střeva.

Z laboratorních vyšetření zejména vyšší hodnoty jaterních testů (GGT, bilirubin, alkalická fosfatáza, AST, ALT, GMT), makrocytární anémie a nižší počet erytrocytů, popřípadě vyšetření krve na alkohol, aniž by o tom byl pacient informován. Průkaz alkoholu v krvi v době odběru (typicky ráno), zejména opakovaný, má značnou diagnostickou hodnotu.

- Při odvykacím stavu se objevuje rozvrat minerálního a vodního hospodářství (typicky nízké hladiny draslíku a hořčíku), epileptické záchvaty, delirium tremens. Zde se kromě minerálů a tekutin krátkodobě podávají benzodiazepiny nebo clomethiazol (Heminevrin). Obě tyto látky ovšem vstupují do život ohrožujících interakcí s alkoholem a jsou riskantní v ambulantní léčbě.
- Alkohol také působí široké spektrum duševních poruch od úzkostí a depresí až k paranoidně halucinačním psychotickým poruchám a demencím.

Další přidružené projevy orgánové toxicity:

- Při chronickém abúzu hepatotoxicita, encefalopatie, příp. pankreatické lese.

III.3.2 JINÉ NÁVYKOVÉ LÁTKY

Obecné znaky:

K příznakům škodlivého užívání nebo závislosti patří např. vyžadování předpisu na návykové látky a opakované žádosti o vydání léků s psychoaktivním účinkem. Často se objevují úrazy, otrava, sebevražedné pokusy a duševní poruchy (úzkostné stavy, deprese, paranoidní aj. psychotické stavy). Jizvy po vpiších v průběhu povrchových žil nemusí být přítomny, protože intranazálně se zneužívá vedle kokainu i heroin a pervitin. Pozitivní toxikologické vyšetření. U závislých na nealkoholových drogách je častější hepatitida, sepse, endokarditida, kožní onemocnění, plicní onemocnění a HIV pozitivita při nitrožilní aplikaci. Další příznaky se liší u různých látek

Toxikologické vyšetření:

Typické situace pro toxikologická vyšetření:

- intoxikace neznámou látkou,
- diferenciální diagnostika nejasných psychotických nebo jiných stavů, které mohou (ale nemusí) být způsobeny návykovými látkami. Při posuzování těchto stavů nelze vždy spoléhat jen na klinický obraz, protože návyková látka může napodobit příznaky prakticky jakékoliv duševní choroby,
- verifikace abstinence v souvislosti s nápadnostmi v projevech nebo jako namátková kontrola.

Somatické aspekty u F1x.1-škodlivého užívání návykových látek a Fx1.2-závislosti na návykových látkách):

Opakované užívání návykových látek přináší uživatelům řadu somatických komplikací, které vznikají několika mechanismy:

1. Toxické postižení orgánů
2. Imunitní poruchy
3. Zvýšené riziko infekce
4. Poruchy výživy a karence

Infekční komplikace postihují především jedince, kteří zneužívají drogy intravenosně. Ti mají zvýšené riziko

- infekcí kůže a měkkých tkání
- infekční endokarditidy
- pneumonie
- TBC
- infekcí skeletu
- infekcí CNS
- hepatitidy
- HIV, HTLV III

Škodlivé užívání drog a závislost přináší možnost postižení řady orgánových systémů, nejčastěji jsou to:

- jaterní poruchy
- kardiovaskulární postižení
- onemocnění respiračního traktu
- neurologické poruchy
- působení návykových látek na plod

1. Postižení jaterní tkáně je způsobeno nejčastěji:

- infekcí - hepatitis C, B, A
- toxickým postižením
- současným působením alkoholu
- poruchami výživy

2. Postižení kardiovaskulárního aparátu přináší různé typy dysrytmií, zvýšení vegetativní lability (kanabinoidy), hypertenzi (psychostimulancia), možnost vaskulitidy (po i.v. aplikaci drogy). Vzácně se setkáváme s akutní nekrotickou myokarditidou (kokain), cévními mozkovými příhodami (kokain, pervitin), infekční endokarditidou (po i.v. aplikaci drog), která častěji postihuje pravé srdeční oddíly.

3. Respirační trakt může být postižen infekcí - bronchopneumonií, TBC, reaktivním postižením dýchacích cest po inhalaci kokainu nebo cracku, zhoršením nebo indukci astma bronchiale (po inhalaci kokainu nebo heroinu nebo po i.v. aplikaci heroinu)

4. Neurologické komplikace jsou také způsobeny řadou mechanismů:

- neurotoxita
- zvýšení krevního tlaku
- dysrytmie

- cerebrální vasospasmy
- vaskulitida, embolizace do CNS
- úrazy
- infekce CNS

Z chronických komplikací přichází v úvahu chronická encefalopatie s úbytkem mentálních schopností u chronických uživatelů heroínu a u těžkých látek.

5. Chronické užívání opiátů přináší u chronických uživatelů i postižení plodu ve formě neonatálního odvykacího stavu, který se objeví u 50-75 % dětí a začíná většinou do 2 dní po narození, jeho typickými projevy jsou:

- třes a zvýšená dráždivost, hyperaktivita
- vysoký pláč, poruchy krmení a horečka, průjem
- někdy křeče, poruchy spánku, zčervenání a apnoické pauzy

6. Kancerogenní působení zejména tabáku, alkoholu a drog z konopí.

7. Psychické poruchy od stavů úzkosti a depresí po odeznění účinků drogy až k psychotickým stavům. Postižení kognitivních funkcí (tlumivé léky, konopí, pervitin atd.).

III.3.2.1 BENZODIAZEPINY

Tyto látky bývají často zneužívány v kombinaci s jinými drogami (alkohol, opiáty, mírnění nepříjemných účinků drog z konopí, pervitinu nebo halucinogenů). Dospívající je často podceňují a neuvědomují si, že mohou vyvolávat život ohrožující odvykací stavy.

Aplikační forma: tablety, ampule

Klinika intoxikace:

- Typicky útlum, zpomalení psychomotoriky, setřelá řeč, ospalost, ataxie, zpomalené dýchání, koma, apnoe. Mohou se ale paradoxně objevovat i stavy agresivity a neklidu.

Laboratoř:

- Pozitivní toxikologický nález

Psychický stav při intoxikaci:

Zmírnění úzkosti, útlum, mírnění vedlejších účinků jiných drog, euforie, zpomalené myšlení i psychomotorika, apatie.

Toxická dávka:

Dle typu látky, věku a individuální toleranci.

Letální dávka:

Dle typu látky, věku a individuální odolnosti. Riziko roste v kombinaci s alkoholem, opiáty nebo jinými tlumivými látkami.

Terapie:

Specifickým antidotem je flumazenil, jeho podání může u osob závislých na benzodiazepinech vyvolat odvykací stav. Z dlouhodobého hlediska je třeba v prevenci i léčbě nabízet nefarmakologické alterna-

tivy mírnění úzkosti, jako jsou tělesná cvičení, relaxační techniky (jógová relaxace, autogenní trénink, progresivní relaxace) a psychoterapie.

Klinika škodlivého užívání a závislosti:

- Odvykací stav. Pro něj musí být tři z následujících znaků: (1) třes jazyka, očních víček nebo napřážených rukou, (2) nauzea nebo zvracení, (3) tachykardie, (4) posturální hypotenze, (5) psychomotorický neklid, (6) bolesti hlavy, (7) nespavost, (8) malátnost nebo slabost, (9) přechodné zrakové, hmatové nebo sluchové halucinace nebo iluze, (10) paranoidní představy, (11) křeče typu grand mal.
- Těžké odvykací stavy reagují pouze na podávání benzodiazepinů. Velkým terapeutickým problémem je protrahovaný odvykací stav po terapeutické dávce. Tyto stavy sice neohrožují život, ale objevuje se při nich „rebound syndrom“, čili znovuobjevení zesílených příznaků, pro které byly benzodiazepiny nasazeny (nejčastěji úzkost). Postupné vysazování benzodiazepinů a jejich nahrazování malými dávkami antidepresiv nebo tlumivých antipsychotik, k němuž se obvykle sahá, je často neúčinné a závislost tohoto typu bývá úporná. Neindikované podávání benzodiazepinů déle než maximálně 6 týdnů je proto třeba považovat za vážnou chybu.
- **Pozdní následky:** Postižení kognitivních funkcí, rozvoj závislosti, trvalá roztřesenost, nechutenství, poruchy výživy, pocity pronásledování, zkažené zuby, problémy krevního oběhu, nechutenství, poruchy spánku. Odvykací obtíže při vysazení vysokých dávek mohou ohrozit i život (např. kumulovanými epileptickými záchvaty). Postižení paměti, někdy až obrazy demence, byla popsána i atrofie na CT mozku.

III.3.2.2 KANABINOIDY: marihuana, hašiš

Aplikační forma: kouření, per os

Klinika intoxikace:

- Excitace až ztráta sebekontroly, halucinace, stupor, koma.
- Mydriáza bez fotoreakce, tachykardie, dysrytmie, zvýšení teploty až hypertermie, studené končetiny, třes.
- Zpočátku hyperreflexie, později snížené reflexy, křeče, koma, apnoe.

Laboratoř:

- Hyperglykémie

Psychický stav při intoxikaci:

Pocit blaženosti, euforie, zpomalení času, poruchy časové i prostorové orientace, barevné fantazie, zpomalené myšlení a řeč, ztráta soudnosti, střídání nálad (euforie a strach), až záchvaty zuřivosti, megalománie, úzkost, deprese, odstranění zábran, zvýšení odvahy. Paranoidní bludy a halucinace. Výrazné omezení schopnosti bezpečně řídit vozidlo.

Toxická dávka:

- 0,5 - 3 g, metabolity v moči lze stanovit při opakovaném či dlouhodobém užívání týdnů po poslední dávce. Z GIT se vstřebá 6 %, inhalačně až 20 % tetrahydrocannabinolu (THC).

Letální dávka:

- podle druhu při p. o. požití 2-8 g/kg.

Terapie:

- Symptomatická, diazepam při křečích (dávka viz Psychostimulancia), kontrola dýchání a oběhu.
- Hospitalizace při poruše oběhové nebo ventilační.

!!! Riziko inkompatibility s mnoha léky: barbituráty, fenothiaziny, alkaloidy Rauwolfie.

Klinika škodlivého užívání a závislosti:

- Přidružená orgánová toxicita: zvýraznění neurovegetativní lability, kolapsové stavy, flashbacky. Časté záněty horních dýchacích cest, velmi susp. kancerogenita, duševní poruchy.

III.3.2.3 PSYCHOSTIMULANCIA: pervitin, amfetamin, crack, extáze, kokain

Aplikační forma: per os, šňupání, i.v.

Klinika intoxikace:

- Zvýšení teploty až hyperpyrexie.
- Tachykardie, dysrytmie, zvýšení tlaku krevního (dále TK), mělké dýchání, hrozí edém plic.
- Mydriáza (až bez fotoreakce), sucho v ústech, pocení, mrazení, polyurie, zvracení, nauzea.
- Hematurie až akutní selhání ledvin, fibrinolýza, rabdomyolýza (Extáze).
- Křeče, koma s bradykardií, poklesem TK, apnoí - prognosticky špatné znamení.

Psychický stav při intoxikaci:

Agresivita. Nespavost, snížení chuti k jídlu, impulzivita, agitovanost, hyperaktivita, stereotypy, mnohomluvnost, krátce celkové povzbuzení, pocit zvýšené fyzické a psychické aktivity, zvýšená empatie, uvolnění zábran (sex, řízení auta...), psychotické stavy (hlavně u pervitinu), paranoidní stavy, úzkost. Manický stav pod vlivem drogy odeznívá po intoxikaci, následně se může objevit depresivní stav, ev. hluboká dysforie.

Toxická hladina:

- Pervitin 200- 600 ug/kg, u osob se zvýšenou tolerancí vyšší. Lze stanovit v moči do 4- 5 dnů po požití (u toxikomanů i po delší době).

Letální dávka:

- Pervitin 1-20 mg/kg, amfetamin 5-10 mg/kg.

Terapie:

- Stabilizovaná poloha, event. oxygenoterapie
- Hospitalizovat při klinických příznacích intoxikace.

!!!Pro zvýšenou pohotovost ke křečím se nedoporučuje výplach žaludku, event. pouze za intubace.

- Výplach je doporučen u otravy kokainem (dochází k pylorospazmu a zadržení látky v žaludku).
 - Diazepam (i.v., per rectum při křečích) v dávce 0,04 - 0,2 mg/kg/dávku, možno opakovat, ale nepřekročit v primární péči 0,6 mg/kg/8 hod., fyzikální chlazení.
- Beta-blokátory u otravy pervitinem a kokainem. Kyselá forsírovaná diuréza

Klinika škodlivého užívání a závislosti:

Další přidružené projevy orgánové toxicity:

- Extáze - hepatopatie s cholestatickou složkou,
- Inhalace kokainu - zvýšení bronchiální hyperreakivity až astmatický záchvat,

- Kokain - akutní nekróza myokardu s klinikou infarktu myokardu.
- Pervitin – flashbacky.

III.3.2.4 OPIOIDY: heroin, morfin, kodein, braun, buprenorfin (Subutex)

Aplikační formy: i.v., šňupání, kouření, inhalace

Klinika intoxikace:

- Mióza, útlum dýchání, koma (tj. základní trias při intoxikaci opiáty).
- Bolesti hlavy, svědění kůže a nosní sliznice (škrábe se i při poruše vědomí), rash, urtika, hypotermie, neschopnost se na cokoli soustředit.
- Nauzea, zvracení, spasmus Oddiho svěrače, obstipace.
- Cheyne-Stokesovo dýchání, edém plic, útlum dýchání až apnoe.
- Bradykardie, dysrytmie, hypotenze, šok, oligurie (syndrom nepřiměřené sekrece ADH = SIADH), retence moče.
- Ospalost, závratě, analgézie, neklid, delirantní stav, tonicko-klonické křeče, zvýšení nitrolebního tlaku.

!!! Cave: při hypoxii mydriáza

Laboratoř:

- SIADH: hyponatrémie, hypoosmolalita, oligurie až anurie. Elevace amyláz, hyperglykémie.

Psychický stav při intoxikaci:

- Tupá euforie, pocit blaženého klidu, nemá strach z bolesti, apatie, odtržení od reality, nespavost, neschopnost se soustředit na cokoli.

Toxická hladina:

- nad 100 ng/ml - morfin.

Letální dávka:

- Velmi variabilní, až 1400 ng/ml. Opioidy mohou být detekovány v moči i za 3 dny po poslední dávce.

Terapie:

- Sledovat dýchání, event. oxygenoterapie.
- Hospitalizace při poruše dýchání či vědomí.
- Výplach žaludku po p.o. požití (nejlépe do 2 hodin), Carbo adsorbens 0,5 g/kg opakovaně per os i ve formě vysokého klyzmatu.
- Při poruše dýchání Naloxon (Intrenon) 0,01 mg/kg/dávku, u větších dětí a dospívajících 0,4-2 mg/dávku do celkové dávky 10 mg/24 hodin, podat lze i.v., i.m., s.c. Naloxon může být třeba podat opakovaně s ohledem na rychlejší poločas vylučování než má např. heroin. Pacientovi je ovšem třeba zabránit, aby se nepokusil Naloxon „přebít“, protože to by ho mohlo zahubit.

!!! U osob s fyzickou závislostí může vyvolat abstinenční syndrom. V těchto případech se někdy doporučuje zahájit oxygenoterapií a umělou plicní ventilací, antidotum až v druhé řadě.

- Léčba šoku, terapie dysrytmie, při křečích diazepam
- Restrikce parenterálně podávaných tekutin s ohledem na SIADH a možný edém plic. Přesná bilance tekutin.

eliminační metody - účinná je pouze hemodialýza, antidotum má vždy přednost.

Klinika škodlivého užívání a závislosti:

- Další přidružené projevy orgánové toxicity: při inhalaci heroinu bronchiální hyperreaktivita až astmatický záchvat, encefalopatie.
- Odvykací stav: mydriáza, tachykardie, hypertenze, slzení, husí kůže, mrazení, svalové záškuby, bolesti ve svalech, křeče, zvracení, abdominální křeče, průjmy, flu-like syndrom (chřipkové příznaky), zívání.
- Terapie odvykacího stavu: skupina smíšených agonistů-antagonistů opiátových receptorů - Subutex (buprenorfin) – Cave: podání buprenorfinu intoxikovanému vyvolá odvykací stav.

!!! Při této terapii je snižena tolerance opiátů, při aplikaci další dávky hrozí předávkování. Pacienta je nutno informovat.

- Terapie udržovací (substituční): metadon, buprenorfin – vhodné pouze pro závislé pacienty s několikiletou anamnézou abúzu opiátů s neschopností nastoupit léčbu orientovanou na abstinenci, lze podávat od 16 let (buprenorphine od 15 let).

III.3.2.5 HALUCINOGENY: LSD, lysohlávka, durman, syntetické halucinogeny včetně MDMA (extáze)

Aplikační formy:

- LSD, syntetické halucinogeny per os,
- houby se požívají syrové, sušené či jejich extrakt.

Klinika intoxikace:

- LSD: halucinace, tachykardie, dysrytmie, zvýšení TK, zvýšení teploty, pocení, mydriáza, slinění, zvýšené šlachové reflexy, strnulý pohled, nystagmus, analgésie, cyklické koma, křeče.
- MDMA: Při intoxikaci rozšířené zornice, zčervenání, rychlejší puls, horší sebeovládání, snazší ovlivnitelnost, abnormálnost chování (ne vždy) a možná nebezpečnost sobě nebo druhým, zhoršená schopnost rozhodování. U MDMA a dalších syntetických drog těžké nebo i život ohrožující otravy i po malých dávkách, které jiní lidé snášejí. Velké ztráty tekutin a minerálů.
- Lysohlávka: inkontinence moče, polyurie, parestezie, bradykardie, hypotenze.
- Durman: dvojité vidění, výrazná mydriáza, tachykardie

Laboratoř:

- Zpravidla bez odezvy, diagnostika je možná pouze mykologická (vyšetřit spóry v žaludečním, či střevním obsahu).
- LSD se v biologických vzorcích nestanovuje.

Psychický stav při intoxikaci:

- Poruchy vnímání, emotivity, chování, euforie či deprese (slangově good trip, bad trip), zvýšené a jiné vnímání zvuků, barev, časová či prostorová desorientace, nespavost či sebevražedné sklony.

Toxická dávka:

- Lysohlávka podle typu a velikosti houby - cca 5-10-15 plodniček vyvolá halucinace, účinek se projeví za 30 min. až 3 hodiny po požití, trvá 1-4 hodiny, výjimečně déle.

Terapie:

- Výplach žaludku + Carbo adsorbens, hlídat pacienta (výrazné suicidální sklony), uklidnění pacienta („umluvit ho“).
- Diazepam p. o., rektálně, parenterálně, v dávce 0,04 - 0,2 mg/kg/dávka, možno opakovat, ale nepřekročit v primární péči 0,6 mg/kg/8 hod., fyzikální chlazení.

!!! doporučený Chlorpromazin lze použít jen u jisté otravy lysohlávkou, jinak hrozí lékové interakce a poškození pacienta. U bouřlivých intoxikací LSD lze použít novou generaci antipsychotik.

- Stabilizace oběhu a ventilace
- Sledování pacienta (fixace pacienta)

Klinika škodlivého užívání a závislosti:

- Největším rizikem jsou halucinatorní stavy při intoxikaci (riziko autoagrese nebo agrese vůči druhým) a psychotické stavy přetrvávající i po odeznění intoxikace.

Tzv. „flashback“ je spontánní vznik halucinací v situaci, kdy nebyla droga požitá (zpravidla v souvislosti se stresem). Nejpozději po roce až dvou abstinence flashbacky ustanou.

- Pronikavý vzestup krevního tlaku, tepové frekvence i spotřeby kyslíku v srdečním svalu po MDMA představuje zvláště velké riziko pro lidi s onemocněními srdce a krevního oběhu. Prudký vzestup krevního tlaku může vést k cévním mozkovým příhodám. Dalším rizikem, které je spojeno se zneužíváním MDMA, je možnost jaterního poškození nebo až selhání. Epileptické záchvaty po MDMA.
- Po odeznění účinků halucinogenů se poměrně často objevují deprese a někdy i sebevražedné myšlenky nebo tendence. Nebezpečnost drogy ještě pronikavě roste při kombinaci s jinými látkami, např. hašišem nebo alkoholem.
- Kombinace MDMA a alkoholu vede k agresivitě.
- Nebezpečí pro duševní zdraví, uvádí se i vyšší riziko nádorů a epileptických záchvatů a horší kontakt s realitou. Jsou zvláště nebezpečné pro lidi psychicky labilní. Někdy se objevují vleklé depresivní nebo úzkostné stavy, případně dlouhodobě duševní poruchy.
- Chronické otravy se mohou projevit dlouhodobým neurologickým postižením (např. třesy, maskovitý obličej, svalová ztuhlost, pády). Dlouhodobá poškození jsou častější po vysokých dávkách nebo po delším užívání i běžných dávek.
- Psychologické testy prokázaly u uživatelů MDMA zhoršení paměti a schopnosti se učit. Dlouhodobé zneužívání MDMA také oslabuje imunitní systém, tedy mimo jiné snižuje schopnost organismu bránit se infekcím. Pokusy na zvířatech ukazují na možnost poškození mozku plodu i vyšší výskyt jiných vrozených vad, jestliže byla droga zneužívána v těhotenství.

III.3.2.6 TĚKAVÉ LÁTKY:

a) Toluén, xylen

Aplikační forma: inhalace, vzácně p. o.

Klinika intoxikace:

- Lokální dráždění: slzení, kašláni, zvracení, průjem.
- Po vstřebání bolesti hlavy, závratě, poruchy koordinace, svalová slabost, palpitace, tachykardie, porucha vědomí.
- U těžkých otrav: hypotenze, dyspnoe, svalové fascikulace, porucha vědomí, edém plic.
- Po i.v. podání kolaps, šok, akutní hemolýza.

- Zvýšené riziko udušení při inhalaci (polyetylenový sáček, pod příkrývkou).

Laboratoř:

- Metabolická acidóza, stanovení kyseliny metylhippurové v moči (= průkaz expozice, nekoreluje s tíží otravy), v žaludku, moči a krvi lze prokázat 24 hodin. Event. zvýšení aminotransferáz, bilirubinu.

Psychický stav při intoxikaci:

- Polospánek, barevné sny, potenciace účinku alkoholem.

Toxická dávka:

- xylén 1-2 ml/ kg p. o. (tj. 0,5-1 g/kg).

Letální dávka:

- xylén 2-5 g/kg

Terapie:

- Symptomatická - zajištění oběhu a ventilace
- Antiarytmika (mesokain). Mesokain 1% v dávce 1 mg/kg, případně dle potřeby pokračovat v infuzi 10 - 50 mikrogramů/kg/min.

!!! Nutno monitorovat EKG. Je vhodné jen při hospitalizaci.

Klinika škodlivého užívání a závislosti:

- Přidružená orgánová toxicita: hepatopatie, encefalopatie, poruchy krevetvorby.
- Odvykací stav: neuváděn.

b) Nitrity (POPPERS) isoamylnitrit, isobutylnitrit

- Myorelaxační a vasodilatační efekt
- Mohou způsobit methemoglobinémii

c) Propan, butan, izobutan (inhalace náplně do zapalovačů, plyn z plynových přenosných bomb)

- Bolest hlavy, neasea, dyspnoe, dysrytmie, riziko udušení

III.3.2.7 OBECNÉ ZÁSADY

U většiny intoxikací může dojít k poruše vědomí a dechového centra. Je nutná stabilizovaná poloha, pokud lze, je vhodné zajistit vstup do žilního řečiště. Sledování ventilace, dle potřeby zahájit oxygenoterapii. Sledování tepové frekvence a krevního tlaku.

Transport: vždy zajištěný lékařem, možnost oxygenoterapie, ev. umělá plicní ventilace.

Vždy pátrat po závislosti - vpichy, jizvy, trombózy, poruchy výživy, stav chrupu.

Toxikologické vyšetření: odběr moče, krve, event. výplach žaludku. Možná konzultace s toxikologickou laboratoří. Doba vylučování je velmi variabilní.

Hospitalizace je nutná:

- a) pokud je pacientovi podáno antidotum,
- b) klinické příznaky poruchy vědomí, ventilace, oběhu.

Terapie:

Podávání i.v. tekutin ve formě izotonických solných roztoků. Dokud není stanovena diagnóza, raději restriktci tekutin oproti vypočítaným denním potřebám. Pro možné lékové interakce je podávání jakýchkoli léků do stanovení diagnózy rizikové.

Informace o intoxikacích jednotlivými látkami a možnost konzultace akutních problémů spojených s intoxikacemi psychoaktivními látkami: telefonicky na Toxikologickém informačním středisku (TIS), Na Bojišti 1, Praha 2, telefon 224 919 293.

OŠETŘOVATELSKÉ ZÁSADY

1. Vhodná přítomnost více než jedné ošetřující osoby, pokud možno bezpečný odstup od pacienta při projevech agresivity.
2. Klidné jednání, pozor i na vlastní prudké pohyby, vhodný tichý hlas.
3. Pacienty ošetřovat pouze v rukavicích - Riziko přenosu infekčních nemocí (hepatitis A, B, C, HIV, TBC, scabies, pediculosis capitis i pubis).
4. Bezpečné prostředí: zavřená a zajištěná okna, maximálně snížit riziko sebevražedného jednání, pozor na přítomnost léků a ostrých předmětů v ordinaci.

III.3.2.8 NEJČASTĚJI POUŽÍVANÉ DROGY A JEJICH ÚČINKY

	Název	Vzhled - forma	Závislost fyz.	Závislost psych.	Potřeba zvyšování dávek	Doba účinku v hod	Způsob použití	Možné účinky	Účinky předávkování	Abstinenční příznaky
Opiáty	braun	hnědá tekutina	vysoká	vysoká	ano	3.6	inj.	euforie, zklidnění, nevolnost, útlum dýchání, mióza, tělesný útlum	pomalé, povrchní dýchání, lepkavá kůže, křeče, koma, zástava dechu, zástava oběhu, možné úmrtí	vodnaté oči, zívání ztráta chuti k jídlu, podrážděnost, panika, třes, zimnice, pocení, bolesti svalů a kloubů, průjem
	opium	hnědá hmota	vysoká	vysoká	ano	3.6	p.os,kouření			
	heroin	prášek od bílé po hnědou	vysoká	vysoká	ano	3.6	inj.,šňupání,kouření			
	morfin	ampule	vysoká	vysoká	ano	3.6	inj., per os			
	kodein	tableta, roztok	střední	střední	ano	3.6	inj., per os			
	buprenorfin (Subutex)	bílá až krémová tableta	vysoká	vysoká	ano	3.6	roztok z tablet inj.			
Psychostimulancia	pervitin	hnědý až bílý prášek,roztok	možná	vysoká	spíše ne	2.4	per os,šňupání,inj.	zvýšená bdělost, euforie a pocit zvýšené energie, halucinace, iluze, mydriáza. tachykardie	pokles tělesné teploty, křeče, paranoidně halucinatorní psychóza, možné úmrtí	apatie, dlouhý spánek, podrážděnost, deprese, nervozita, neklid
	kokain	bílý prášek,různobar.tbl.	možná	vysoká	spíše ne	1.2	šňupáním,kouření,inj			
	crack	bílé krystalky, bílá hmota	možná	vysoká	spíše ne	1.2	kouření			
	extáze	barevné tbl. s ražbou	možná	možná	spíše ne	2.4	per os			
Halucinogeny	LSD	prášek,různobar.tbl, impreg. čtverečky papíru tinktura	žádná	nepopsána	ne	8.12	per os	přeludy, halucinace, změněné vnímání času a prostoru „flashback“, trip, výlet	déletrvající trip - výlet psychózy, možné úmrtí	nepopsány
	lysohlávka	sušené hlavičky,vývar, výluh, nálev	nepopsána	nepopsána	ne	8.12	per os			
Kanabinoidy	marihuana	sušené listy, květové palice	neznámá	střední	spíše ne	2.4	kouření	euforie, uvolnění zábran snížení chuti k jídlu zmatené chování	únava, paranoia možná psychóza	nepříliš výrazné, nespavost, zvýšená aktivita, občas ztráta chuti k jídlu
	hašiš	světle až tmavě hnědá hmota	neznámá	střední	spíše ne	2.4	per os			
	hašišový olej	olej	neznámá	střední	spíše ne	2.4				
Těkavé látky	toluen,	tekutina	dlouhodobě možná			individuální	inhalace, spray per os	otupění, polospánek, psych.útlum, poruchy vnímání	poškození dýchacích cest, jater, mozku, udušení, povrchní dýchání,	podrážděnost, deprese nespavost
	xylen									
Benzodiazepiny	Diazepam	tbl.		nízká	ano	4.8	per os	celkový útlum, setřelá řeč, dezorientace, opilecké chování	lepkavá kůže, slabý a rychlý puls, koma, možné úmrtí, mydriáza	epileptické záchvaty, možné úmrtí
	Radepur									
	Rohypnol									
Barbituráty	Nembutal	tbl.	vysoká až střední	vysoká až střední	ano	1.16	per os	celkový útlum, setřelá řeč, dezorientace, opilecké chování	povrchní dýchání, lepkavá kůže, slabý a rychlý puls, koma, možné úmrtí, mydriáza	úzkost, nespavost, třes, delirium, křeče
	Seconal									
	Phaenemal									

IV. TYPY PROTIDROGOVÝCH SLUŽEB

(Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách v působnosti MZ ČR, srpen 2003)

IV.1 NESPECIFICKÉ SLUŽBY

Ambulantní psychologická a psychoterapeutická pracoviště

IV.2 TYPY ODBORNÉ PÉČE

AKUTNÍ LŮŽKOVÁ PÉČE – diagnostická a léčebná péče

Cílová populace: osoby, které se požitím alkoholu nebo jiných návykových látek uvedly do stavu, v němž jsou bezprostředně ohroženy na zdraví, případně ohrožují sebe nebo své okolí

DETOXIFIKACE

Léčebná péče poskytovaná ambulantními a ústavními zdravotnickými zařízeními při předcházení abstinčním syndromu.

Cílová populace: osoby s různě vyjádřenými odvykacími příznaky, závislé osoby motivované detoxifikací.

TERÉNNÍ PROGRAMY

Služby prvního kontaktu v terénu včetně komplexního programu „harm reduction“ s cílem ovlivnit motivaci pacienta/klienta ke změně životního stylu, rizikového chování a k vyhledání odborných zařízení.

Cílová populace: program je zaměřen na uživatele drog a osoby na nich závislé, kteří nejsou v kontaktu se zdravotnickými a sociálními zařízeními, na uživatele drog s rizikem získání infekce HIV a hepatitid, na nezletilé, prostituuující, bezdomovce, etnické menšiny a další populaci se zvýšeným rizikem.

KONTAKTNÍ A PORADENSKÉ SLUŽBY

Programy sociálních služeb a zdravotní osvěty pro problémové uživatele a závislé.

Kontaktní služby, poradenství a motivační trénink, programy „harm reduction“, diferenciatně diagnostický filtr a zprostředkování léčby v nízkoprahových kontaktních centrech, poradenských a preventivních centrech.

Cílová populace: osoby experimentující, problémoví uživatelé návykových látek při prvním kontaktu s odbornou institucí, závislí, kteří nejsou motivovaní k abstinenci, popř. neakceptují jinou účinnější formu léčebné péče, rodinní příslušníci, partneři a jiné důležité osoby. Jsou možné anonymní i neanonymní kontakty.

AMBULANTNÍ LÉČBA ZÁVISLOSTÍ

Ambulantní léčebná a preventivní péče ve zdravotnických a nezdravotnických zařízeních.

Cílová populace: osoby experimentující, problémoví uživatelé návykových látek, závislí motivovaní i nemotivovaní k abstinenci, abstinující absolventi ambulantního či ústavního léčení, rodinní příslušníci a partneři.

STACIONÁRNÍ PROGRAMY

Nelůžková denní léčba pro problémové uživatele a závislé na návykových látkách, jejichž stav vyžaduje pravidelnou péči bez nutnosti vyčlenit je z jejich prostředí. Strukturované programy převážně denních či odpoledních stacionářů v délce 3 až 4 měsíců..

Cílová populace: osoby závislé na návykových látkách v mírně pokročilém až středním stupni závislosti,

s náhledem a silnou motivací k léčbě, se somatickými a psychickými komplikacemi, které nevyžadují lůžkovou péči, sociálně stabilizovaní (např. spolupracující rodina, stálé bydliště).

KRÁTKODOBÁ A STŘEDNĚDOBÁ ÚSTAVNÍ LÉČBA

Lůžková péče ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče v obvyklém rozsahu 5 – 14 týdnů.

Cílová populace: osoby závislé na návykových látkách v pokročilém až těžkém stupni závislosti, často s přítomností komplikujících faktorů (psychiatrická, somatická komorbidita).

REZIDENČNÍ PÉČE V TERAPEUTICKÝCH KOMUNITÁCH

Program léčby a resocializace ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče a v nezdravotnických zařízeních v obvyklém rozsahu 6 až 15 měsíců.

Cílová populace: osoby závislé na návykových látkách ve středním až těžkém stupni závislosti, často s kriminální anamnézou a těžším psychosociálním, případně i somatickým poškozením.

PROGRAMY NÁSLEDNÉ PÉČE

Obsahují soubor služeb, které následují po ukončení základní léčby, a pomáhají vytvářet podmínky pro udržení abstinence.

A. Strukturované programy intenzivního ambulantního doléčování, částečně na principu odpoledních stacionářů, v délce minimálně 6 měsíců.

Cílová populace: abstinující osoby s anamnézou závislosti na návykových látkách s doporučenou minimální dobou abstinence 3 měsíce. Preference osob, které absolvovaly detoxifikaci a alespoň krátkodobou léčbu, s motivací k dlouhodobé abstinenci, se zajištěným bydlením.

B. Chráněné bydlení je prostředkem sociální stabilizace klienta formou přechodně poskytovaného ubytování.

C. Chráněné pracovní programy slouží k zvýšení pracovních dovedností až do úrovně rekvalifikace, zpevnění pracovních návyků a získání práce u externího zaměstnavatele.

SUBSTITUČNÍ LÉČBA

Podávání nebo předepisování látek nahrazujících původní návykovou látku. Léčba je prováděna ve zdravotnických zařízeních ambulantní péče pod vedením lékaře. Zdravotnická zařízení poskytující substituční léčbu jsou povinna hlásit pacienty do Národního registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek.

Cílová populace: osoby závislé na opiátech, obvykle s dlouhodobou těžkou závislostí, nemotivovaní a neindikovaní pro léčbu orientovanou k abstinenci, zejména riziková i.v. uživatelé a ti, u nichž léčba orientovaná k abstinenci opakovaně selhala, často s přítomností komplikujících faktorů (psychiatrická a somatická komorbidita, kriminální anamnéza).

V. PRIMÁRNÍ PREVENCE

Dětský lékař by v ideálním případě měl být součástí systému prevence široce založeného ve společnosti (community based prevention). Tento systém by měl zahrnovat řadu dalších komponent:

- Prevence v rodině. Tým odborníků z Washingtonské university¹ prokázal, že rodiče podstatně ovlivňují to, zda budou jejich děti kouřit nebo zneužívat jiné návykové látky. Jako zvláště důležité se ukázaly následující činitele: 1. Vazba dítěte na rodinu měřitelná časem, který tráví rodiče s dítětem. 2. Jasná a důsledně prosazovaná rodinná pravidla, přiměřený dohled a konzistentní disciplína. 3. Schopnost konstruktivně řešit rodinné problémy. Zjistilo se, že dospívající ve věku 18 let, na které rodiče přiměřeně nedohlíželi, měli 2x častěji zkušenost s nelegálními drogami. Zkušenost s nelegálními drogami byla také častější v rodinách, kde se důsledně neprosazovala pravidla (15 % oproti 6 %). U dospívajících ve věku 15 let, s nimiž rodiče trávili málo času, byla zkušenost s nelegálními drogami 3x častější. V rodinách, kde se nedařilo zvládat konflikty, se u dětí častěji vyskytovala i zkušenost s nelegálními drogami (15 % oproti 6 %).
- Snižování dostupnosti alkoholu tabáku i dalších psychoaktivních látek pro děti a dospívající.
- Preventivní programy ve školním prostředí. Ty by měly být pro omezený počet dětí (tj. např. pro třídní kolektivy, nikoliv pro několik tříd nebo celou školu), interaktivní (žák by v nich měl být aktivně účasten), měly by zahrnovat nácvik sociálních a autoregulačních dovedností (dovednosti odmítání, relaxační techniky, kde hledat pomoc, jak řešit problémy, jak se rozhodovat, mediální gramotnost apod.). Školní programy by také měly být dostatečně intenzivní (za minimum se považuje 15 hodin v průběhu dvou let, za optimum kolem 30 hodiny během 3 let).

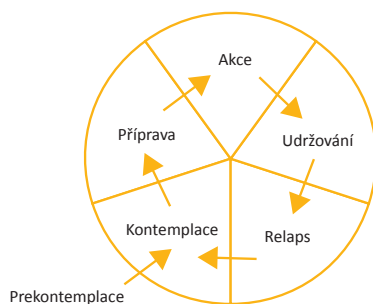
¹ Guo, J., Hill, K.G. a spol.: A developmental analysis of sociodemographic, family, and peer effects on adolescent illicit drug initiation. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 41(7):838-845, 2002.

VI. PRÁCE S MOTIVACÍ – STADIA ZMĚNY PŘI KRÁTKÉ INTERVENCI

Smyslem krátké intervence je motivovat lidi ke změnám těch způsobů chování, které mají vliv na jejich zdraví. Krátká intervence je zaměřena na redukci či eliminaci rizikového chování a zdravotních důsledků takového chování (Faden, Goldman, 2005).

Od 80. let minulého století se metody krátké intervence rychle šíří zejména v oblasti rizikového chování. Z hlediska obecných východisek a teoretických přístupů jsou nejčastěji uváděny transteoretický model změny chování (transtheoretical model of change) (Procházka, DiClemente, 1994; Procházka, Velicer, 1997) a motivační rozhovor (motivational interviewing) (Miller, Sanchez, 1994)

V rámci transteoretického modelu se pracuje se 6 stadii změny (obr. 1), které jsou charakterizovány různou úrovní reflexe problému na straně klienta a jinými úkoly na straně terapeuta nebo poradce. Stručná charakteristika jednotlivých stadií je podána v Tabulce 1.



Obr. 1 Stadia změny znázorněné v kruhovém diagramu (dle Procházka, Di Clemente)

Stadium	Charakteristika na straně konzumenta	Cíl intervence
Prekontemplace	Uživatel návykové látky nereflektuje potřebu změny. Rizika ani zdravotní důsledky si neuvědomuje.	Zpětná vazba s ohledem na výsledky screeningu s cílem vzbudit povědomí o rizicích užívání a zdravotních a behaviorálních důsledcích.
Kontemplace	Uživatel si uvědomuje možné následky užívání, ale je ambivalentní pokud jde o potřebu změny chování.	Komunikovat potřebu změny chování a možnosti jak jí dosáhnout.
Přípravy	Uživatel si je vědom nutnosti změnit své chování, zvažuje, co by měl dělat.	Nabízet konkrétní postupy, jak změnit chování (rady, jaký cíl si stanovit, co změnit ve svém chování, jak kontrolovat výsledky).
Akce	Uživatel mění chování vůči návykové látce, omezuje užívání nebo úplně přestává užívat.	Povzbuzovat a opakovat strategie změny chování.
Udržování	Abstinence nebo velmi mírné užívání trvale pod kontrolou.	Povzbuzovat, potvrzovat úspěch. Upozorňovat na dlouhodobou výhodnost změny.
Relaps	Selhání v abstinenci, návrat k rizikové formě konzumu	Pomáhat přijmout selhání, povzbuzovat k novému začátku

Tabulka 1 Stadia změny a jejich charakteristika podle transteoretického modelu změny

Motivační rozhovor (Miller, Rolnick, 1991; Miller, Sanchez, 1994)

se v USA stal jedním z velmi rozšířených přístupů v poradenství a krátké intervenci, a současně v modifikované podobě velmi vlivným psychoterapeutickým směrem (Motivational Enhancement Therapy – MET) (Miller, 1995).

Motivační rozhovor je nedirektivní přístup, jehož hlavní principy lze charakterizovat následovně (dle: Center for Health Communications Research, University of Michigan):

1. Motivace ke změně vychází z klienta, ne z vnějšku.
2. Odpovědnost za formulování ambivalence a jeho řešení je úkolem klienta, a ne poradce nebo terapeuta.
3. Direktivní přesvědčování se nepovažuje za účinný postup k řešení ambivalence, pochybností.
4. Styl poradenské práce je klidný a neagresivní.
5. Poradce může být direktivní pouze v pomoci klientovi, jak porozumět ambivalenci a jak ji řešit.
6. Připravenost klienta ke změně není jeho rysem (charakteristikou), ale výsledkem interpersonální interakce probíhající mezi konzultantem a klientem.
7. Terapeutický vztah je spíše partnerstvím než vztahem mezi expertem a laikem. Terapeut respektuje autonomii klienta a jeho svobodu volby.

V terapii zaměřené na zvyšování motivace (MET) se setkáváme s prvky, které v mnohém připomínají cíle jednotlivých stadií u transteoretického modelu změny. Prvky MET známé pod akronymem FRAMES jsou shrnuty v tabulce 2, kde jsou záměrně ponechány charakteristiky rovněž v angličtině. K propojení TTM a MET došlo v rozsáhlém výzkumu, který sledoval účinnost terapeutické intervence u pacientů závislých na alkoholu (NIAAA; Project MATCH Research Group, 1993)

FEEDBACK of personal risk or impairment	ZPĚTNÁ INFORMACE o riziku nebo poškození
Emphasis on personal RESPONSIBILITY for change	Důraz na osobní ODPOVĚDNOST za změnu chování
Clear ADVICE to change	Jasná RADA ke změně
A MENU of alternative change options	NABÍDKA alternativních možností změny
Therapist EMPATHY	Terapeutova EMPATIE
Facilitation of client SELF-EFFICACY or optimism	Zvyšování klientovy SEBE-ÚČINNOSTI nebo optimismu

Tabulka 2 Prvky terapie zaměřené na zvyšování motivace

MMT i MI našly uplatnění v krátké intervenci v rámci zdravotnictví (zejména v aplikaci prostřednictvím praktických lékařů) (Knight, 2001) i mimo ně (např. v psychologické poradenské nebo terapeutické praxi), jako účinné přístupy ke změně chování.

VII. OSNOVA MOTIVAČNÍHO ROZHOVORU

Osnova motivačního rozhovoru je vodítkem pro krátkou radu, kterou lékař podává adolescentům. Vychází se z výsledků dotazníku CRAFFT (viz Karta 3)

1) PITÍ ALKOHOLU A UŽÍVÁNÍ DROG

Dotázaný má 0 bodů v dotazníku CRAFFT

Lékař zjišťuje doplňující otázkou zda dotázaná osoba během posledního roku pila alkohol nebo užívala drogy.

Jestliže V POSLEDNÍM ROCE NEUŽÍVÁ – posílení pozitivní motivace:

„Vyhýbání se drogám a alkoholu v tvém věku je moudré rozhodnutí. Můžeš být na sebe hrdý. (Pokud bys měl nějaké otázky o alkoholu nebo drogách, nyní nebo někdy v budoucnosti, můžeš se na mě s důvěrou obrátit.)“

Nebo alternativně:

„Jsem rád, že nepiješ alkohol ani nebereš drogy. Je to rozumné chování. V tvém věku je pro zdravý vývoj důležité, aby ses drogám a alkoholu vyhýbal.“

Pokud v posledním roce pije alkohol nebo užívá drogy:

„Pro tvoje zdraví by bylo nejlepší, kdybys nepil alkohol a nebral drogy.“

VŽDY se zmiňte o dopadech užívání návykových látek na zdraví:

- „Kouření marihuany, ale i jiných drog může poškodit tvé plíce.
- Drogy a alkohol mají vliv na tvůj mozek a mohou způsobit jeho závažné poškození.
- Alkohol ti může poškodit játra.
- Kouření marihuany zvyšuje riziko vzniku depresí a schizofrenie (psychózy).
- Alkohol a drogy, včetně marihuany, zhoršují schopnost řízení a mohou vést k dopravním nehodám.
- Užívání drog a alkoholu zvyšuje u dospívajících riziko nechráněného sexu, sexuálního zneužití (napadení), nákazy sexuálně přenosnými chorobami a nechtěného otěhotnění.
- Pokud dívka otěhotní, drogy a alkohol mohou poškodit nenarozené dítě.“

2) SPOLUJÍZDA ČI ŘÍZENÍ POD VLIVEM NÁVYKOVÝCH LÁTEK (1. otázka dotazníku CRAFFT)

Jakákoli odpověď („ANO“ i „NE“):

“Dopravní nehody zaviněné užíváním alkoholu a drog jsou jednou z hlavních příčin úmrtí nebo vážných zranění mladých lidí.

Pro svou vlastní bezpečnost:

- *Nikdy nejezdi na kole nebo motorce či jiném vozidle poté, co jsi pil alkohol nebo užil drogy, a to ani v případě, že nemáš pocit, že jsi pod vlivem těchto látek.*

- *Nikdy nejezdí autem nebo na motorce, pokud řidič předtím užil drogu nebo pil alkohol, a to ani v případě, že se nezdá být pod vlivem těchto látek.*
- *Předem si zajisti bezpečnou přepravu.“*

Odpověď „ANO“, pokud se jedná o rodiče nebo příbuzného:

Pokud dospívající uvede, že jeho jízda s řidičem pod vlivem návykových látek se týkala rodiče, sourozence nebo jiného blízkého příbuzného, zahrňte do rozhovoru následující body:

- *Proberte s dospívajícím bezpečnostní plán. Zvažte možnost další návštěvy, pokud nebude na tento rozhovor dost času.*
- *„Měl by sis uvědomovat, že taková jízda je nebezpečná, ale především bys měl vědět, že je tvé právo se takovým rizikům nevystavovat. Jízdu v takové situaci odmítni.“*

3) DALŠÍ OTÁZKY (2. – 6. otázka testu CRAFFT)

Odpověď „NE“ na všechny otázky:

„Kdykoli budeš mít jakékoli dotazy ohledně drog a alkoholu, můžeš se na mě s důvěrou obrátit. Náš rozhovor budu vždy považovat za důvěrný, pokud nebude v ohrožení jiná osoba. Mou hlavní starostí je tvoje zdraví.“

Odpověď „ANO“ na jednu či více otázek:

„Mám o tebe starost.

(nebo Mám o tebe vážné obavy. Jsem vážně znepokojen.)

Byl bych rád, kdybys přemýšlel o tom, co jsme si o drogách a alkoholu říkali. Kdybys měl pocit, že si o těchto věcech chceš více promluvit, můžeme se domluvit a můžeš za mnou přijít. Budu náš rozhovor považovat za důvěrný, pokud nebudeš ty sám nebo jiná osoba v ohrožení. Mou hlavní starostí je tvoje zdraví.“

VIII. ANALÝZA PRÁVNÍHO VYMEZENÍ PRO POŽADAVEK SOUHLASU ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE K POSTUPŮM LÉČBY ZÁVISLOSTI DÍTĚTE NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH

V souvislosti s obecným posouzením uplatnění souhlasu zákonného zástupce při léčbě závislosti nezletilých na návykových látkách prakticky vyvstávají následující okruhy problémů:

- (I) zajištění práva dítěte na ochranu zdraví a respektování jeho soukromí;
- (II) zajištění ze zákona vyplývajících rodičovských práv rodičů (zákonných zástupců) a nutnost tato práva spojená se zákonnou odpovědností rodičů za „zdravý vývoj dítěte“ respektovat;
- (III) zákonné aspekty – ze zákona vyplývající povinnost lékaře informovat pacienta před zákrokem (myšleno též léčbou) a vyžádat si informovaný souhlas pacienta, popř. jeho zákonného zástupce;
- (IV) zažité standardy postupů péče lékařem (zažité postupy, které nejsou upraveny právními předpisy, nicméně se dlouhodobě uplatňují a ošetřující lékař se od nich nemá zájem při výkonu své praxe odklonit).

A. Právní posouzení nutnosti souhlasu zákonného zástupce dítěte/dospívajícího.

I. Požadavek informovaného souhlasu osoby nezletilé – jejího zákonného zástupce

Poskytování zdravotní péče, mezi které se také řadí léčba závislostí na návykových látkách, se řídí obecnými zásadami zakotvenými v mezinárodních dokumentech, které ČR implementovala do svého právního řádu (Úmluva o lidských právech a biomedicíně, ¹ Úmluva o právech dítěte ² a další), pro jejichž aplikaci ČR dále rozvinula jednotlivá ustanovení zákonů a prováděcích předpisů (zákon o veřejném zdravotním pojištění, zákon o péči o zdraví lidu).

K obecným zásadám patří poskytování zdravotní péče (a provádění jakéhokoliv zákroku v oblasti péče o zdraví) **pouze se souhlasem dotčené osoby** (čl. 5 Úmluvy o biomedicíně). Tento souhlas musí být **svobodný a informovaný** (tedy dotčená osoba ho musí poskytnout svobodně a na základě jí lékařem předem prezentovaných informací, které dostatečným způsobem osvětlují povahu plánovaného zákroku, jeho účel, možné důsledky a případná rizika).

Požadavek udělení souhlasu může být v praxi do jisté míry oslaben, zejména v případě, kdy dotčená osoba není schopna souhlas se zákrokem udělit, popřípadě existuje pochybnost o tom, zda je takový **její souhlas dostatečně kvalifikovaný a průkazný** (zejména s ohledem na nízký věk dotčené osoby, popř. její duševní schopnosti). **V případě nezletilých osob, které nejsou podle zákona způsobilé k udělení souhlasu**, stanoví Úmluva o biomedicíně zásadu, že **zárok nemůže být proveden bez souhlasu jejich zákonného zástupce** (popř. úřední osoby či jiného na základě zákona pověřeného orgánu). Na

¹ Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (Úmluva o lidských právech a biomedicíně), která vstoupila v platnost pro Českou republiku dne 1. 10. 2001.

² Úmluva o právech dítěte platná pro ČR od 7.1.1991. Pro potřeby Úmluvy je (shodně s platnými českými právními předpisy) považována za dítě každá osoba mladší 18 let (s výjimkou osob, které nabyly zletilosti dříve podle platných právních předpisů).

druhou stranu je brán v potaz **názor** dotčené **nezletilé osoby**, přičemž vázanost poskytovatele péče vyjádřením takové osoby roste s jejím věkem (čl. 2 odst. 2 Úmluvy).³

Obecné zásady vyslovené Úmluvou o biomedicíně, jsou promítnuty do zákonných norem (ČR): požadavek informovaného souhlasu pacienta je proveden v zákoně o péči o zdraví lidu, který v § 23 upravuje **poučení a souhlas nemocného**: „Lékař je povinen poučit vhodným způsobem nemocného, popřípadě členy jeho rodiny o povaze onemocnění a o potřebných výkonech tak, **aby se mohli stát aktivními spolupracovníky při poskytování léčebné preventivní péče. Je-li neodkladné provedení vyšetřovacího nebo léčebného výkonu nezbytné k záchraně života nebo zdraví dítěte anebo osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům a odpírají-li rodiče nebo opatrovník souhlas, je ošetřující lékař oprávněn rozhodnout o provedení výkonu. Toto ustanovení se týká dětí, které nemohou vzhledem ke své rozumové vyspělosti posoudit nezbytnost takového výkonu.**“ (§ 23 odst. 3). Z tohoto ustanovení se dá dovodit, že souhlasu dítěte, které dospělo určitého stupně rozumové vyspělosti, se přikládá určitá váha a dítě může rozhodovat o tom, zda výkon bude proveden či ne (tak jak předesílá čl. 2 odst. 2 Úmluvy o biomedicíně citovaný výše). Dále, **ustanovení § 27 c zákona o péči o zdraví lidu stanoví zásadu, že každý lékařský výkon, který není v bezprostředním zájmu osoby, na které má být proveden, lze provést pouze s předchozím písemným souhlasem takové osoby. Před udělením souhlasu musí být osoba úplně informována o povaze výkonu a jeho rizicích.**

II. Zastoupení zákonným zástupcem dítěte při udělení souhlasu se zákrokem (léčbou)

Vzhledem k tomu, že podle českého práva osoby nabývají způsobilosti k právním úkonům (tedy způsobilost vlastními právními úkony nabývat práv a brát na sebe povinnosti, která předpokládá již určité psychické – rozpoznávací, intelektuální, předvídací schopnosti) až dosažením zletilosti v plném rozsahu (tj. dovršením 18. roku věku⁵), tak jak upravuje **§ 8 občanského zákoníku**,⁶ **OZ** – zákon vyžaduje zastoupení osob mladších 18 let zákonným zástupcem, popř. opatrovníkem jmenovaným soudem. Obecně platí, že **nezletilé osoby mají způsobilost jen k těm úkonům, které jsou svou povahou přiměřené rozumové a volní vyspělosti odpovídající jejich věku** (posuzovací kritérium je vyspělost předpokládaná u nezletilců určitého věku).⁷

³ Osoby dospělé, které jsou objektivně neschopné poskytnout souhlas, budou vždy při udělení informovaného souhlasu se zákrokem zastoupeny jejich zákonným zástupcem, popř. příslušným orgánem či institucí zmocněnou ze zákona (čl.6 odst. 3 Úmluvy). Zvláštní úprava platí pro osoby postižené duševní poruchou. Tyto osoby mohou být podrobeny zákroku i bez jejich souhlasu, je-li to v jejich nejlepším zájmu a zákrok směřuje k léčbě jejich duševní nemoci a s největší pravděpodobností se dá předpokládat, že by bez takového zákroku (léčby) došlo k vážnému poškození zdraví dotyčné osoby.

⁴ Zákon č. 20/1966 S., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.

⁵ Před 18. rokem věku lze dosáhnout zletilosti pouze uzavřením manželství, a to osobami staršími 16 let (ty nabývají zletilosti v plném rozsahu a nabývají rodičovskou zodpovědnost ve smyslu § 31 a následujících zákona č. 94/1963 Sb. o rodině, ve znění pozdějších předpisů).

⁶ Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

⁷ Jehlička, Švestka, Škárová a kol.: Občanský zákoník – komentář (7. vydání), C.H.Beck, Praha 2002, s. 59.

Shrnutí A:

Z výše uvedeného rozboru platných mezinárodních a národních právních norem tedy vyplývá bezpodmínečná nutnost vyslovení souhlasu pacienta (dítěte/dorostence) se zákrokem (zahájením léčby závislosti na návykových látkách). V případě, že osoba není objektivně způsobilá (tzn. platnými právními předpisy není uznaná jako způsobilá posoudit lékařský zákrok, průběh léčby apod. a udělit svůj souhlas), je vyžadován souhlas zákonného zástupce, popř. orgánu zastupujícího dítě/dorostence.

V případě, že je dítě/dorostenec dostatečně rozumově vyspělé/vyspělý posoudit stav a případný následek plánovaného zákroku, o kterém je lékařem předem poučen, jeho názor se zohlední. Rozhodující slovo směrem ke zdravotnické instituci však vždy má zákonný zástupce.

B. Součinnost dítěte/dorostence při léčbě (popř. součinnost zákonného zástupce)

Ustanovení zákonů ukládají pacientovi (dítěti/dorostenci) povinnosti podílet se na léčbě (vlastní iniciativou), i když povětšinou mají pouze proklamativní charakter, tzn. nesplnění stanovených povinností není ani sankcionováno. Např. tedy každý pojištěnec⁸ je ze zákona (§ 12 písm. e), f) a g) zákona o veřejném zdravotním pojištění) povinen:

- (I) podrobit se na vyzvání preventivním prohlídkám, pokud tak stanoví zákon o veřejném zdravotním pojištění nebo obecně závazné předpisy,
- (II) dodržovat opatření směřující k odvrácení nemoci,
- (III) vyvarovat se jednání, jehož cílem je vědomé poškození vlastního zdraví.

Mimo povinnosti pacienta jako příjemce zdravotní péče stanoví zákony také odpovídající povinnosti poskytovatelů - např. upravují **postup lékaře (pediatra) v rámci poskytování preventivní péče mladistvým**:

Preventivní péče je poskytována v rámci preventivních prohlídek, během kterých lékař vyšetřuje za účelem „včasného zjištění ohrožení nebo poruch zdraví“, provádí zjištění údajů nutných pro posouzení zdravotních rizik pojištěnce, jakož i **podrobné klinické vyšetření a zajištění potřebných laboratorních vyšetření**.⁹ Obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek stanoví MZ vyhláškou¹⁰ :

- preventivní prohlídka lékařem pro děti a dorost se provádí od 18 měsíců věku do dovršení věku 18 let, přičemž u dětí ve věku 7, 9, 11 a 13 let je obsahem prohlídky mj. **rozhovor s rodiči v ordinaci zaměřený na nová anamnestická fakta**, kontrola očkování dítěte, vyšetření moče, krevního tlaku, pulzu, dutiny ústní, vyšetření krku, lymfatických uzlin, štítné žlázy, u dětí 13 let věku **posouzení psychosociálního vývoje**.

⁸ Podle platné právní úpravy je pojištěncem (na zdravotní pojištění) každá osoba, která má trvalý pobyt na území ČR, popř. osoba, která trvalý pobyt na území ČR nemá, je však zaměstnancem zaměstnavatele, který má sídlo na území ČR (§ 2 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů).

⁹ § 29 odst. 1 a 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění.

¹⁰ Vyhláška č. 56/1997 Sb., kterou se stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek, ve znění pozdějších předpisů.

Shrnutí B:

Zákony a vyhlášky stanoví obsah preventivního vyšetření nezletilých pediatrem. Obecně je uplatňován standard, že pediatr je povinen získat souhlas zákonného zástupce s takovým zdravotnickým zákrokem, který je invazivní (a způsobit nějakým způsobem ohrožit zdraví nezletilého). Toxikologické vyšetření, náběr a následný rozbor krve a moči, lze tedy v rámci prevence provést bez souhlasu zákonného zástupce. Také odeslání (poukaz) na specializované vyšetření (pokud bude provedeno specializovaným zdravotnickým zařízením nebo psychologickou poradnou) lze provést bez souhlasu či vědomí zákonného zástupce nezletilého (samozřejmě s ohledem na jeho věk).

C. Odebírání vzorků

Jak bylo naznačeno v bodě B výše, dá se předpokládat, že by neměl vzniknout právní problém s odebíráním vzorků v rámci preventivního vyšetření, popř. odběru vzorků moči.

Pro případ, že by se mělo jednat o složitější náběry vzorků a následné rozborů ve specializovaných laboratořích, uvádím níže příklad regulace odběru a vyhodnocování vzorků u HIV pozitivních pacientů – s přihlédnutím ke skutečnosti, že kontrola nad výskytem HIV pozitivních osob a odběrem vzorků je z důvodu zdravotních a sociálních rizik mnohem přísnější (pro upřesnění: metodický pokyn MZ není závaznou právní normou, pouze určitým vodítkem pro praxi):

Pokyn odboru HEM MZ -3769-3.2.03 – Metodický návod k řešení problematiky infekce HIV/AIDS v České republice - uvádí¹¹:

Každý lékař, který na základě klinických nebo epidemiologických údajů indikuje vyšetření na HIV infekci, odesílá po předchozím informovaném souhlasu dotyčné osoby nebo jejího zákonného zástupce vzorek krve do některé z laboratoří zdravotnického zařízení, které má oprávnění toto vyšetření provádět.

Shrnutí C:

Odběry a vyhodnocení vzorků, pokud budou prováděny nebo indikovány pediatrem v rámci preventivní prohlídky dítěte, by neměly vyžadovat zvláštní souhlas zákonného zástupce, stejně jako odeslání pediatrem ke specializovanému vyšetření.

D. Požadavky na předání a vyplnění screeningového dotazníku + případná informace zákonného zástupce o získaných informacích

Vyplnění údajů do dotazníku se dá posoudit jako shromažďování osobních informací a shromažďování zdravotnických informací, z nichž obě požívají ochrany zákona.

V případě shromažďování a sdělování zdravotnických informací bylo vydáno **Doporučení Výboru ministrů Rady Evropy členským státům O ochraně zdravotních údajů** (UO13/2002, č. R (97) 5). Následující vybrané body výše citovaného doporučení mají obecný charakter a mohou posloužit jako návod pro určité situace tam, kde zákon nestanoví jinak:

¹¹ Metodický návod MZ se dá z hlediska právní závaznosti považovat pouze za vodítko pro praxi, obecnou – vynutitelnou závaznost však nemá.

Informování subjektu údajů (pacienta)

5.1 Subjekt údajů musí být informován o následujících věcech:

- a. *o existenci záznamu obsahujícího jeho zdravotní údaje a o typu údajů, které byly shromážděny nebo mají být shromážděny;*
- b. *o účelu nebo účelech, pro které se zpracovávají nebo budou zpracovávat;*
- c. *o možnosti subjektu údajů, pokud taková možnost je, odmítnout souhlas, odvolat daný souhlas a o důsledcích takového odvolání;*

5.2 Subjekt údajů by měl být informován nejpozději v okamžiku shromažďování údajů. Pokud lékařské údaje nejsou získány od subjektu údajů, je třeba ho vyrozumět co nejdříve a poskytnout mu vhodným způsobem informace uvedené v zásadě 5.1, pokud to není zjevně nepřiměřené nebo neproveditelné, nebo pokud již subjekt údajů tyto informace nedostal.

5.3 Informace pro subjekt údajů musejí být přiměřené a přizpůsobené okolnostem. Především by každému subjektu údajů měly být tyto informace sděleny individuálně.

Osoby nezpůsobilé k právním úkonům.

5.5 *Je-li subjektem údajů osoba nezpůsobilá k právním úkonům, neschopná svobodného rozhodování a domácí právní řád nedovoluje subjektu údajů, aby jednal vlastním jménem, musí být informace podána osobě, která je ze zákona oprávněna jednat v zájmu subjektu údajů. Jestliže osoba nezpůsobilá k právním úkonům je schopna porozumět, měla by být informována před shromažďováním nebo zpracováním jejich údajů.*

Výjimky

5.6 Výjimky ze zásad 5.1, 5.2 a 5.3 mohou být učiněny v těchto případech:

- a. Informování subjektu údajů smí být omezeno, jestliže omezení je stanoveno zákonem a představuje nezbytné opatření v demokratické společnosti:
 - I. k zabránění reálnému nebezpečí nebo potlačení trestného činu;
 - II. při ochraně veřejného zdraví;
 - III. *k ochraně subjektu údajů a k ochraně práv a svobod druhých;*

Souhlas

6.1 V případech, kdy se vyžaduje, aby subjekt údajů dal svůj souhlas, by tento souhlas měl být svobodný, výslovný a informovaný.

6.3 *V případech, kdy se zamýšlí nakládat se zdravotními údaji vztahujícími se k osobě nezpůsobilé k právním úkonům, která není schopná svobodného rozhodování, a kdy domácí právní řád nedovoluje, aby subjekt údajů jednal vlastním jménem, bude se vyžadovat souhlas osoby právně uznané, aby jednala v zájmu subjektu údajů. Jestliže v souladu se zásadou 5.5 (viz výše) byla osoba nezpůsobilá k právním úkonům informována o úmyslu shromažďovat a zpracovávat její zdravotní údaje, na její přání se vezme zřetel, pokud domácí právní řád nestanoví jinak.*

Citlivé údaje

Citlivé údaje je možné zpracovávat, jen jestliže

- a) *subjekt údajů dal ke zpracování výslovný souhlas.* Subjekt údajů musí být při udělení souhlasu informován o tom, pro jaký účel zpracování a k jakým osobním údajům je souhlas dáván, jakému správci a na jaké období. Existenci souhlasu subjektu údajů se zpracováním osobních údajů musí být správce schopen prokázat po celou dobu zpracování. Správce je povinen předem subjekt údajů poučit o jeho právech podle § 12 a 21,

- b) je to nezbytné v zájmu zachování života nebo zdraví subjektu údajů nebo jiné osoby nebo odvrácení bezprostředního závažného nebezpečí hrozícího jejich majetku, pokud není možno jeho souhlas získat zejména z důvodů fyzické, duševní či právní nezpůsobilosti, v případě, že je nevěstný nebo z jiných podobných důvodů. Správce musí ukončit zpracování údajů, jakmile pominou uvedené důvody, a údaje musí zlikvidovat, ledaže by subjekt údajů dal k dalšímu zpracování souhlas,
- c) ***se jedná o zpracování při zajišťování zdravotní péče, ochrany veřejného zdraví, zdravotního pojištění a výkon státní správy v oblasti zdravotnictví podle zvláštního zákona nebo se jedná o posuzování zdravotního stavu v jiných případech stanovených zvláštním zákonem.***

E. Povinnost informovat zákonného zástupce o užívání návykových látek dítětem, o závislosti na návykových látkách

Platné právní předpisy (a zdravotnické předpisy) počítají s účastí zákonného zástupce na léčbě nezletilých. Tento požadavek vyplývá ze zákonných norem nepřímo a nikde není výslovně artikulován.

Platný zákon o rodině zakládá rodičům (zákonným zástupcům) tzv. „rodičovskou zodpovědnost“ (**§ 31 zákona o rodině**):

(1) Rodičovská zodpovědnost je souhrn práv a povinností

- a) ***při péči o nezletilé dítě, zahrnující zejména péči o jeho zdraví, jeho tělesný, citový, rozumový a mravní vývoj,***
- b) při zastupování nezletilého dítěte,
- c) při správě jeho jmění.

Mezinárodní dokumenty ctí ochranu soukromí dítěte, na druhou stranu je však vyžadován souhlas zákonného zástupce se zákrokem (Úmluva o biomedicíně) nebo se vyžaduje dostát povinnosti respektovat rodičovskou zodpovědnost rodičů, zákonných zástupců (Úmluva o právech dítěte).

Z národních norem výslovná povinnost informovat nebo oznamovací povinnost rodiče o zdravotním stavu dítěte popř. jeho závislosti na návykových látkách nevyplývá, jistý závazek informovat zákonného zástupce však může být z právní úpravy nepřímo dovozen. Proto není vyloučeno, že se zákonný zástupce může soudní cestou domáhat náhrady škody za újmu na zdraví, která by vznikla v souvislosti s poskytováním léčby bez jeho vědomí.

Pomocné karty





CEPROS

CENTRUM VÝZKUMU
PROTIDROGOVÝCH SLUŽEB
A VEŘEJNÉHO ZDRAVÍ

