

Doporučení SNN ČLS JEP k ochrannému léčení protialkoholnímu, protitoxikomanickému, resp. F63.0

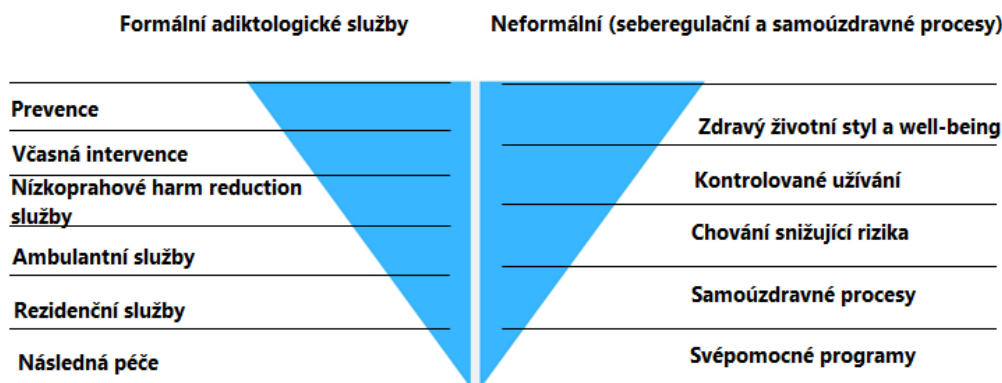
(dále jen OL)

Schválil výbor Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP dne 19. 6. 2020

1. Úvodní východiska:

- Podstatou odvykacích programů v ČR je dosažení vzhledu do problému a vytvoření si motivace pro životní změnu (a abstinenci), k tomu jsou používány psychotherapeutické nástroje. Současná medicína nedisponuje farmakoterapií, která by sama o sobě dokázala ovlivnit postoj pacienta k vlastní problematice závislosti nebo by ovlivnila jeho motivaci ke změně, případně by dokázala odstranit příznaky syndromu závislosti.
- Spolupráci v psychoterapii si ovšem nelze vynutit, představa nařízení spolupráce na takovém vnitřním procesu je a priori pochybná. Rovněž nejnovější mezinárodní standardy léčby poruch spojených s užíváním drog (WHO a UNODC, 2020) uvádí, že léčba by neměla být vynucená a proti vůli pacienta („Treatment should not be forced or against the will and autonomy of the patient“). Rovněž evropské standardy kvality v oblasti snižování poptávky po drogách (EU Council 2015) uvádí, že služby by měly být založeny na informovaném souhlasu pacienta, měly by vycházet z jeho potřeb a podporovat jeho vlastní zdroje („Treatment and social integration interventions and services are based on informed consent, are patient-oriented, and support patients' empowerment“).
- Přehled účinných intervencí při léčbě a harm reduction užívání drog publikovaný Evropským monitorovacím centrem pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) shrnuje, že léčba z donucení je v zásadě neúčinná a že omezenou účinnost vykazují tzv. kvazi-nucené (quasi-coercive) režimy, kdy léčba je alternativou trestu odnětí svobody (EMCDDA, 2015; EMCDDA, 2017).
- OL může mít smysl jen tehdy, podaří-li se v klientovi jeho přístup vnitřně změnit na dobrovolný (Kalina & Kudrle, 2002).
- OL lze dále realizovat jen za podmínky dobré indikace na vstupu a pružné práce soudů při neúčelnosti či rizikovosti na výstupu.
- Podobně jako v jiných adiktologických programech i zde je na místě při plánování péče zohledňovat hierarchii adiktologických služeb: důraz adiktologické péče by měl být v komunitě (přirozeném prostředí pacienta) a v ambulantním sektoru. Pacientovi by měla být nejprve nabídnuta taková služba, která odpovídá jeho možnostem a potřebám a současně ho minimálně vytrhne z fungujících životních rolí a běžných povinností (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a kol., 2020).

obrázek **Chyba! V dokumentu není žádný text v zadaném stylu.**-1: Pyramida hierarchie formálních adiktologických služeb a neformálních seberegulačních a samouzdravných procesů. Zdroj: Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a kol. (2020)



2. Indikace a kontraindikace OL

- Indikace musí být prováděna odborníkem: na základě vyšetření soudním znalcem (psychiatrem s atestací v oboru návykové nemoci nebo psychiatrem pracujícím v oboru návykových nemocí, resp. všeobecným psychiatrem ve spolupráci s odborníkem na návykové nemoci – psychiatr s atestací v NN nebo dlouholetou praxí, adiktolog).
- Klíčovými otázkami rozhodování o indikaci OL jsou:
 - a) Je klient vůbec závislý?
 - b) Je klient schopen změny?
- Kontraindikace:
 - a) těžší poruchy osobnosti, zejména osobnosti disociální (jde o vrozenou strukturu osobnosti, léčbou neovlivnitelnou),
 - b) jedinci s kognitivním deficitem (mentální retardace, demence, těžší organické psychosyndromy) - v těchto případech nelze podstupovat psychotherapeutický proces orientovaný na změnu.
- Ambulantní OL je indikována u jedinců, kteří nejsou nebezpeční pro veřejnost (psychiatrické ambulance v ČR nedisponují ostrahou). V těchto případech by měla být upřednostněna před léčbou ústavní.
- OL u mladistvých je samostatná kapitola k řešení.

3. Nařizování OL zdravotnickým zařízením

- **Ústavní OL:**
Aktuálně probíhají ústavní OL ve zdravotnických zařízeních s programy specializovanými na závislosti. Při nařizování/zahajování/provádění OL je nutno myslet současně na ochranu personálu (zdravotnických či jiných pracovníků) a v případě, že v zařízení probíhá také dobrovolná léčba závislosti, je nutné zajistit ochranu pacientů bez nařízeného OL.
V blízké budoucnosti považujeme za vhodné realizovat výkon ústavní OL i ve vězeňských adiktologických programech během výkonu trestu odnětí svobody. Za velmi perspektivní považujeme myšlenku rozdělit klienty na OL podle úrovně rizik a spolupráce do třech skupin s tím, že v programech pro dobrovolné pacienty by mohli podstupovat OL klienti maximálně ze skupiny "low-security". Naopak

nemotivovaní a nespolupracující jednotlivci by neměli být řešeni ve zdravotnickém systému.

- **Ambulantní OL:**

- a) do psychiatrických ambulancí specializovaných na léčbu závislosti
- b) do psychiatrických ambulancí bez specializace na léčbu návykových nemocí

4. Přijímání k výkonu OL

- do doby, než budou doplněny konkrétní změny v legislativě týkající se přijímání a výkonu OL, je přijetí k výkonu OL do jednotlivých PL či PN realizováno dle řízené dokumentace jednotlivých PL a PN (týká se termínu přijetí do zdravotnického zařízení). Při přijímání pacienta na OL musí v současnosti zdravotnické zařízení zvažovat schopnost zvládnout případná rizika spojená s léčbou nespolupracujícího pacienta, schopnost ochránit personál a případně současně se léčící dobrovolné pacienty v případě agresivního pacienta.

5. Délka OL

- U spolupracujících nikoliv nebezpečných pacientů ("low-security") by délka OL neměla přesáhnout délku standardní léčby závislosti dobrovolných klientů (nejčastější délka takových programů je 3–6 měsíců.)
- U pacientů střední úrovně z hlediska spolupráce a bezpečnostních rizik předpokládáme úvodní čas pro adaptaci a pro diagnostiku. Shledá-li se u této úrovně nezájem o spolupráci nebo nemožnost změny, měla by OL směřovat k ukončení pro neúčelnost nebo změněna na zabezpečovací detenci.

6. Ukončování OL

Dle stupně motivace klienta a dle jeho spolupráce při výkonu OL:

- a) propuštění z OL,
- b) přeměna na ambulantní formu OL,
- c) ukončení OL pro neúčelnost (účelu nelze dosáhnout),
- d) přeměna na zabezpečovací detenci.

Zásadní změnou musí být co nejrychlejší reakce soudu či vytvoření nástroje na rychlé řešení situace, zejména v případě ohrožení ostatních (personálu a/nebo pacientů).

Literatura:

EMCDDA (2015). Alternatives to punishment for drug-using offenders. *EMCDDA Papers*. Luxembourg: Publications Office of the European Union,.

EMCDDA (2017). *Health and social responses to drug problems: a European guide*, Luxembourg: Publications Office of the European Union.

EU COUNCIL (2015). Council conclusions on the implementation of the EU Action Plan on Drugs 2013-2016 regarding minimum quality standards in drug demand reduction in the European Union (DS 10371/1/15 REV 1). Bruxelles: Council of the European Union.

KALINA, K. & KUDRLE, S. (2002). Filosofie nucené odvykací léčby v kontextu nové trestněprávní úpravy. In: Sotolář, A., et al.(2002). Trestná činnost spojená se zneužíváním drog a formy jejího řešení. Svazek 1, kapitola I, str. 502-509. Příručky Ministerstva spravedlnosti ČR, svazek 65. Praha: Institut vzdělávání Ministerstva spravedlnosti ČR.

SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY, SPOLEČNOST PRO NÁVYKOVÉ NEMOCI ČLS JEP, ČESKÁ ASOCIACE ADIKTOLOGŮ, ASOCIACE NESTÁTNÍCH ORGANIZACÍ POSKYTUJÍCÍCH ADIKTOLOGICKÉ A SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO OSOBY OHROŽENÉ ZÁVISLOSTNÍM CHOVÁNÍM, ASOCIACE POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB & ODBORNÁ SPOLEČNOST PRO PREVENCI RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ (2020). Koncepce rozvoje adiktologických služeb. Pracovní verze 1.4. Praha: Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky.

WHO & UNODC (2020). *UNODC/WHO International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders (E/CN.7/2020/CRP.6)*, Vienna: Commission on Narcotic Drugs, Sixty-third session, Vienna, 2–6 March 2020.