Tento projekt je financován se státní podporou Technologické agentury ČR v rámci programu BETA2
www.tacr.cz
Výzkum užitečný pro společnost

Úřad vlády České republiky

Výsledek – 10 Nmet
Doporučené klinické postupy v adiktologii pro oblast gerontoadiktologie

Konečný uživatel výsledků:

Úřad vlády ČR
nábřeží Edvarda Beneše 4,
118 01 Praha 1

Název projektu: Doporučené klinické postupy v adiktologii
Číslo projektu: TITSUVCR936
Řešitel projektu: Český adiktologický institut
Doba řešení: 1. 1. 2022 – 31. 12. 2024
Důvěrnost a dostupnost: veřejně přístupný, URL původu: https://kdp-adiktologie.cz

T A
Č R
Tento projekt je financován se státní podporou Technologické agentury ČR v rámci programu BETA2
www.tacr.cz
Výzkum užitečný pro společnost

Úřad vlády České republiky

Informace o autorském týmu:

ČESKÝ ADIKTOLOGICKÝ INSTITUT

Tým projektu Doporučené klinické postupy v adiktologii (DP) byl sestaven s ohledem na multidisciplinaritu projektového záměru. Odborníci byli rozděleni do tří skupin: rešeršisté, metodologové, metodici, experti a respondenti, přičemž někteří členové týmu zastupovali více rolí.

Tým projektu dle rolí (vždy v abecedním pořadí):

Vedoucí projektového týmu:
PhDr. Petr Hrouzek, Ph.D.

Hlavní metodolog projektu:
Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc., EMPH, KCLJ (po celou dobu projektu)

Metodologové projektu:
Mgr. Renáta Habiňáková – od 1.7.2023 (metodická část tvorba DP)
Mgr. Lenka Šťastná, PhD. – od 1.7.2023 (metodická část projektu tvorba DP)
MUDr. Jakub Minařík – do 30.6.2023 (rešeršní část tvorby DP)
MUDr. Petr Popov MHA – do 30.6.2023 (rešeršní část tvorby DP)

Hlavní metodik projektu:
Mgr.et Mgr. Elizabeth Nováková

Metodici projektu:
Mgr. Renáta Habiňáková
Mgr. Tomáš Jandáč, PhD.
Mgr. Jan Kozák

Rešeršní tým projektu:
PhDr. Miroslav Barták, PhD
Mgr. Jan Kozák
Mgr.et Mgr. Elizabeth Nováková
Mgr. Benjamin Petruželka, PhD.

Respondenti projektu:
Mgr. Nikola Gažová
Mgr. Luděk Kalousek
Mgr. Gabriela Rolová, PhD.
David Valouch

Expertní panel projektu:
MUDr. David Adameček
MUDr. Pavel Bém (do 31.12.2022)
Bc. Tomáš Brejcha
MUDr. Jiří Dolák
MUDr. Jiří Dvořáček
Ing. Mgr. Aleš Herzog
PhDr. et Mgr. Dagmar Krutilová
PhDr. Jiří Libra (do 31.12.2022)
MUDr. Jakub Minařík (od 1.1.2024)
Mgr.PharmDr. Zbyněk Oktábec, Ph.D.
MUDr. Olga Pecinovská
MUDr. Petr Popov MHA (od. 1.1.2024)
PaedDr. Martina Richterová – Těmínová
Mgr. et Mgr. Nora Staňková, Ph.D.
Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D. (do 31.12.2023)

Celkovou editorskou činnost celého souboru DP jeho úvodní a závěrečnou vnitřní revizi provedl vedoucí týmu Petr Hrouzek.

Rešerše v úvodní fázi projektu zpracovali Elizabeth Nováková, Miroslav Barták, Jan Kozák a Benjamin Petruželka.

Autory návrhových znění jednotlivých DP, zapracování připomínek a finálního znění jsou (řazeno dle struktury DP).

Úvod do DP a procesní schémata: Petr Hrouzek, Elizabeth Nováková

DP pro diagnostiku: Lenka Šťastná ve spolupráci s Petrem Hrouzkem.
DP pro metody harm reduction a risk reduction: Elizabeth Nováková a Renáta Habiňáková. Metody pro harm reduction v prostředí zábavy zpracovala Nikola Gažová.
DP pro psychoterapii: Elizabeth Nováková ve spolupráci s Kamilem Kalinou a Petrem Hrouzkem.
DP pro psychosociální metody: Renáta Habiňáková ve spolupráci s Petrem Hrouzkem.

DP pro farmakoterapii: Jiří Dvořáček ve spolupráci se Zbyňkem Oktábcem a Jakubem Minaříkem, Zuzana Postránecká (Psychedeliky asistovaná terapie), Tomáš Páleníček (Psychedeliky asistovaná terapie), Viktor Mravčík (Psychedeliky asistovaná terapie).
DP pro následné intervence a rehabilitaci: Jan Kozák (prevence relapsu), Luděk Kalousek, Jan Kozák (Rehabilitace v oblasti práce a vzdělávání), David Valouch, Jan Kozák (Rehabilitace v oblasti bydlení) ve spolupráci Petrem Hrouzkem.
DP pro děti a dospívající vytvořil: Tomáš Jandáč ve spolupráci s Petrem Hrouzkem.
DP pro starší dospělé: Renáta Habiňáková a Elizabeth Nováková.
DP pro těhotné ženy: Elizabeth Nováková a Renáta Habiňáková.
DP pro osoby omezené na svobodě: Elizabeth Nováková a Renáta Habiňáková.
DP pro osoby s duálními poruchami: Jan Kozák.
DP pro včasnou diagnostiku v souvisejících oborech: Lenka Šťastná.
DP pro zapojování lidí se zkušeností do systému péče: Unie lidí se zkušeností se závislostí, Jan Šulc (editor), Zuzana Nott (editorka),

Souhrnnou výzkumnou zprávu projektu vytvořili Elizabeth Nováková, Petr Hrouzek, Renáta Habiňáková a Lenka Šťastná.

Aplikační příručku vytvořil Petr Hrouzek ve spolupráci s Elizabeth Novákovou

Kontrolu třídění zdrojů dle síly důkazu provedla Gabriela Rolová.

Další informace o projektu:

Zpracování finální sady Doporučených postupů předcházela řada kroků. V souladu s projektovým zadáním, které jako první výsledek stanovilo přehled existujících zahraničních doporučených postupů v adiktologii, byla v počáteční fázi zpracovaná rešerše existujících mezinárodních i tuzemských doporučených postupů, které byly následně hodnoceny pomocí nástroje AGREE II a kategorizovány dle ICD-10 opět v souladu s projektovým zadáním (V1), které jako druhý požadovaný výsledek stanovilo přehled účinností dílčích intervencí v oblasti adiktologie (V2).
Tento soubor zdrojů byl doplněn o materiály doporučené experty. Výsledek této fáze byl představen během kontrolního dne, kde byly také diskutovány rizika a limity a došlo ke konsensu dalšího směřování práce. V následujícím období byla navržena struktura doporučeného postupu a obsah jednotlivých oblastí projektového zadání (podkapitoly).

Navrhovaná struktura postupu a obsah jednotlivých oblastí projektového zadání byly diskutovány během kontrolních dnů se zástupci konečného uživatele a experty konečného uživatele a průběžně s panelem expertů projektu. Pro vytvoření samotných postupů v souladu s projektovým zadáním (V3-V11) byla využita baterie zdrojů identifikovaných v první fázi projektu v kombinaci s dalšími zdroji. Všechny návrhové verze byly diskutovány v rámci týmu, který se pravidelně setkával během porad, s expertním panelem projektu a během kontrolních dnů se zástupci TAČR a Úřadu vlády pro koordinaci politiky v oblasti závislostí. Návrhové verze byly rovněž zaslány k připomínkovacímu řízení klíčovým organizacím v oboru.

V závěrečné fázi projektu bylo v souladu s projektovým zadáním vytvořeno modelové využití definovaných doporučených klinických postupů v adiktologii (V12) v podobě Aplikační příručky k Doporučeným klinickým postupům v adiktologii a tato souhrnná závěrečná zpráva.

Program veřejných zakázek v aplikovaném výzkumu a inovacích pro potřeby státní správy BETA2 byl schválen usnesením vlády České republiky č. 278 ze dne 30. 3. 2016 a je zaměřen na podporu aplikovaného výzkumu a inovací pro potřeby orgánů státní správy. Poskytovatelem finančních prostředků je Technologická agentura ČR.

BOX VIII

ADIKTOLOIGIE STARŠÍCH DOSPĚLÝCH

1. Charakteristika cílové skupiny

Starší uživatelé návykových látek jsou definováni jako osoby ve věku nad 40 let, kteří opakovaně užívají návykové látky, které jim způsobují újmu nebo je vystavují vysokému riziku, že jim způsobí újmu (EUDA, 2023).

Význam prevence a terapie problémů s užíváním návykových látek u starších lidí se stává naléhavější, protože populace stárne. Při práci se stárnoucími uživateli návykových látek rozlišujeme dvě skupiny. První z nich je skupina lidí s dlouhodobou historií závislostního chování (časný nástup užívání), u nichž se může vedle závislostního chování objevovat řada komorbidit, jako hepatitida C (HCV) a přidružené somatické potíže. Tito lidé mívají za sebou dlouhou anamnézu závislostního chování, která zahrnuje negativní zkušenosti se službami, jako jsou služby péče o děti, systém trestního soudnictví a systém zdravotní péče, což mohlo narušit jejich důvěru ve služby (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017, Independent Expert Working Group, 2017). Kromě toho může docházet ke ztrátě blízkých vztahů a sociálních sítí z důvodu předčasného úmrtí a stigmatizace, což může dále zvýšit sociální vyloučení a izolaci od rodin. Stigma může také působit jako překážka při vyhledávání pomoci (EUDA, 2023).

Druhou skupinou jsou lidé s pozdním nástupem užívání návykových látek/závislostního chování, kteří začali pravidelně užívat návykové látky až v pozdějším věku, někdy po stresujících životních událostech nebo změnách životního stylu, které obvykle nastávají v pozdějším věku (např. odchod do důchodu, rozpad manželství, sociální izolace, zvýšená nemocnost nebo ztráta blízké osoby). Tato druhá skupina bývá početnější, ale méně viditelná populace, která obvykle užívá léky na předpis (např. benzodiazepiny či opioidní analgetika), volně prodejné léky nebo alkohol. Užívání tabáku a alkoholu způsobuje největší škody na úrovni populace ve vyšším věku a tyto oblasti je třeba řešit i pokud starší člověk vyhledá terapii kvůli jiným látkám či chování (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017, Independent Expert Working Group, 2017; EUDA, 2023).

Významná část starších lidí se závislostí žije osaměle, potřebuje bydlení a jsou nezaměstnaní a ekonomicky neaktivní. Nedostatek zaměstnání omezuje sociální sítě, dovednosti a znalosti a prohlubuje marginalizaci a izolaci. Stigma a ageismus (diskriminace na základě věku) přispívají k sociálnímu vyloučení a izolaci od rodin a přátel, které jsou v této skupině běžné. Tito lidé jsou náchylní k depresím a osamělosti, jejich sociální sítě se zmenšují, protože ostatní starší lidé, kteří užívají návykové látky, umírají nebo se ze závislosti zotavují a odcházejí z kontaktu. Stigmatizace, kterou mohou lidé zažívat kvůli pokračujícímu užíváním návykových látek v pokročilejším věku může bránit vyhledání pomoci a zapojení se do péče (EUDA, 2023).

Starší lidé mají také více zdravotních komorbidit, jako je cukrovka, hypertenze, spolu s psychiatrickými komorbiditami, jako jsou úzkost, deprese nebo potíže se spánkem. Kromě toho mohou starší lidé mít zhoršenou paměť, sníženou mobilitu, potíže s inkontinencí a další obtíže. Tyto fyziologické a další zdravotní změny znamenají, že starší lidé, zejména ti starší 65 let, mohou být vystaveni většímu riziku poškození při užívání i malého množství alkoholu, léků nebo návykových látek. Zejména pády mohou mít v pozdějším věku vážné následky. Při předepisování psychotropních léků pro tuto věkovou skupinu je obvykle rozumné „začínat pomalu a pozvolna“ (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017, Independent Expert Working Group, 2017).

U osob, kterým lékaři předepisují léky jako benzodiazepiny kvůli jejich rychlému účinku se může vyvinout iatrogenní závislost. K nadměrnému užívání léků na předpis může vést mnoho faktorů, jako je ženské pohlaví, sociální izolace a komorbidní psychiatrické onemocnění. Starší populace je také vystavena vyššímu riziku porušování svých základních práv, zneužívání a zanedbávání. Současné užívání návykových látek může tyto problémy mnohonásobně zesílit. Další otázky, jako je schopnost sepsat platnou závěť, mohou být zpochybněny, pokud má starší dospělý kognitivní deficity nebo souběžné užívání návykových látek – což vyžaduje posouzení. Z pohledu psychiatra se tak poruchy způsobené užíváním návykových látek u starších osob stávají průsečíkem geriatrické psychiatrie, psychiatrie závislostí a forenzní psychiatrie.

Rovněž je třeba brát ohled na neuropsychiatrické následky užívání návykových látek u starších osob, zejména užívání alkoholu. Chronické užívání alkoholu může vést k neuropsychiatrickým komplikacím, které mohou narušit schopnost člověka chápat podstatu a důsledky svého jednání. Patří mezi ně Wernickeho encefalopatie a Korsakovův syndrom (amnestický syndrom). Obvykle souvisí s nedostatkem výživy a může se projevovat syndromy z nedostatku vitamínů, jako je pelagra (Ghadigaonkar, Kandasamy, Sivakumar, 2021).

Komplikace spojené s dlouhou anamnézou užívání návykových látek (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017, Independent Expert Working Group, 2017):

- poškození jater kvůli hepatitidě typu B nebo C nebo kvůli intenzivnímu užívání alkoholu (nebo kombinace)
- HIV infekce
- chronické onemocnění dýchacích cest způsobené kouřením tabáku nebo inhalací návykových látek, tuberkulóza
- zvýšené riziko kardiovaskulárních onemocnění kvůli užívání alkoholu, kouření a životnímu stylu
- poškození žil (intravenózní přístup může být obtížný) a/nebo poškození tepen
- prodělané poškození srdeční chlopně
- špatný stav chrupu
- rozpad rodiny/problémy ve vztazích
- problémy s pohyblivostí v důsledku injekční aplikace do třísel

- traumatická zranění způsobená pády, nehodami nebo napadením
- přetrvávající riziko předávkování
- oslabená imunita
- zvýšené riziko vzniku rakoviny
- chronická bolest
- zhoršené duševní zdraví (se zvýšeným rizikem sebepoškozování a sebevraždy).

Rizika užívání polyfarmak (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017, Independent Expert Working Group, 2017):

- zvýšené riziko pádů, sedace, kognitivních poruch a dopravních nehod při předepisování léků, jako jsou benzodiazepiny, hypnotika a antipsychotika, antihistaminika, anticholinergika nebo opioidy
- riziko lékových interakcí, které mohou zvýšit nebo snížit hladiny metadonu a v menší míře buprenorfinu
- riziko prodloužení QTc při současném předepsání metadonu s řadou léků, včetně antipsychotik, tricyklických antidepresiv, citalopramu a erytromycinu.

Normální proces stárnutí zahrnuje zvýšenou citlivost na návykové látky či léky na předpis, poruchy související s věkem, které jsou běžné u starší populace, včetně chronické bolesti, hypertenze, cukrovky, kognitivních poruch, chronické onemocnění dýchacích cest a dalších onemocnění. Odvykací syndrom může být delší a závažnější. U lidí, kteří se dostávají do izolace, hrozí osamělost, nuda a problémy s duševním zdravím. S ubývajícími zdroji se mohou objevit problémy s bydlením, finanční problémy a zvýšené náklady na péči (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017, Independent Expert Working Group, 2017).

2. Specifika poskytování péče o starší klienty

1. Zajistěte, aby služby pro starší osoby byly dostupné a měly snadno čitelné a viditelně umístěné informace.
2. Zkuste zajistit, aby bylo možné poskytovat zhodnocení a intervence v domácím prostředí uživatele služby v případě potřeby.
3. Zohledněte potřeby rodinných příslušníků a pečujících osob.
4. Věnujte dostatek času komplexnímu posouzení a zajištění potřebných vyšetření. Kromě intervencí v rámci terapie PUNL proveďte věkově přiměřené všeobecné zdravotní vyšetření.
5. Léky, které mohou způsobit závislost nebo zvýšit riziko pádu či zmatenosti používejte po důkladném zvážení a s opatrností. Zvláštní pozornost věnujte tomu, aby se předešlo nebo minimalizovalo dlouhodobé užívání benzodiazepinů, hypnotik, opioidů a anticholinergik. Jakékoli rozhodnutí pokračovat v užívání těchto léků aktivně přezkoumávejte.
6. Klienti se mohli v minulosti nakazit hepatitidou typu C. Možnost chronické infekce hepatitidou C zvažte u každého dospělého s nevysvětlitelnými abnormálními testy jaterních funkcí.

7. Zohledněte preference klientů týkající se podoby péče. Starší lidé mohou mít prospěch z péče v individuálních i skupinových podmínkách.
8. Udržujte dostupnost ústavní péče a detoxifikace v případě potřeby.
9. Integrovaným modelem péče (adiktologie, služby v oblasti duševního zdraví, sociální služby, primární péče) koordinovaný určenou osobou, pravděpodobně docílíte nejlepších výsledků v oblasti komplexní zdravotní péče a sociálních potřeb starších osob užívajících návykové látky (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017, Independent Expert Working Group, 2017).

3. Popis doporučené praxe

V současné době existuje jen málo intervencí zaměřených na specifické potřeby starších osob, které užívají návykové látky a pro tyto intervence je třeba vytvořit důkazní základnu. Klíčové prvky péče o starší klienty zahrnují služby přizpůsobené potřebám starších lidí, které poskytují multidisciplinární péči, která řeší jejich zdravotní a psychologické potřeby i sociální izolaci, lepší přístup k antivirové léčbě hepatitidy C a její využívání; odpovídající fyzická zdravotní péče, včetně stomatologických služeb; specializované pečovatelské domy pro dlouhodobou ústavní péči o stárnoucí osoby, které užívají návykové látky, advokacii, peer podporu a zajištění bezpečného a vhodného bydlení. Také je vhodné vzdělávání a rozvoj dovedností pracovníků, kteří přicházejí do styku se staršími klienty, tak aby dokázali reagovat na jejich potřeby, zajistit potřebnou péči a vyhnout se stigmatizaci. V péči o stárnoucí klienty je klíčové partnerství mezi odborníky, integrovaný model péče a předávání mezi specializovanými a běžnými zdravotními a sociálními službami (EUDA, 2023).

3.1 Screening a posouzení

Během screeningu je důležité brát ohled na skutečnost, že pro osoby ve vyšším věku může být předsudečné hodnocení a stigmatizace hlavní překážkou v přijetí pomoci. Je proto nezbytné, aby nebyl používaný jazyk stigmatizující. Obzvláště s ohledem na možné historické a společenské zkušenosti osob ve vyšším věku, které mohou zahrnovat faktickou právní represi, nevyvážené společenské postoje ve vztahu k legálním a ilegálním návykovým látkám a trestající jazyk obsahující pojmy jako „válka proti drogám“. Je vhodné, aby poskytovatelé s klienty hovořili o užívání návykových látek stejným způsobem, jakým hovoří o jiných chronických zdravotních stavech, jako jsou kardiovaskulární onemocnění nebo diabetes. Diskuse týkající se užívání alkoholu a jiných návykových látek by proto měla probíhat v kontextu celkového posouzení staršího dospělého s cílem zlepšit zdraví, zachovat funkčnost a nezávislost a zlepšit kvalitu života.

Zneužívání návykových látek se může u starších dospělých projevovat jinak než u mladých dospělých. Stanovení diagnózy závislosti tak může být obtížné. Starší lidé se mohou uchýlit k užívání návykových látek z důvodů, jako je nezaměstnanost a nuda, a ne nutně z důvodu náchylnosti k užívání. Je proto důležité používat screeningové nástroje nebo dotazníky, které jsou citlivé na tyto otázky (Ghadigaonkar, Kandasamy, Sivakumar, 2021).

U screeningu alkoholu lze využít dotazník AUDIT či AUDIT-C.

Dále potom dotazník SMAST-G, což je krátký screeningový dotazník zneužívání alkoholu vyvinutý pro starší dospělé. Pokud klient označí dvě nebo více položek v dotazníku SMAST-G odpovědí „ano“, naznačuje to potenciální zneužívání alkoholu (© The Regents of the University of Michigan, 1991. Source: University of Michigan Alcohol Research Center):

1. Podceňujete někdy při rozhovoru s ostatními množství vypitého alkoholu?
2. Stalo se vám někdy, že jste po několika skleničkách nejedli nebo jste byli schopni vynechat jídlo, protože jste se necítili hladoví?
3. Pomáhá vám několik skleniček snížit třes nebo chvění?
4. Způsobuje vám někdy alkohol, že si obtížně pamatujete části dne nebo noci?
5. Dáváte si obvykle skleničku na uvolnění nebo uklidnění nervů?
6. Pijete, abyste odvedl/a pozornost od svých problémů?
7. Zvýšil/a jste někdy pití poté, co jste ve svém životě zažil/a nějakou ztrátu?
8. Řekl někdy lékař nebo sestra, že je znepokojuje nebo se obávají Vašeho pití?
9. Stanovil/a jste si někdy pravidla pro zvládání svého pití?
10. Když se cítíte osamělý/á, pomáhá Vám dát si skleničku?

SAMI (Senior alcohol misuse indicator) je pětipoložkový dotazník pro starší dospělé, kteří mohou rizikově užívat alkohol. Tento dotazník obsahuje kontrolní seznam symptomů a otevřené otázky týkající se užívání alkoholu (volný překlad otázek, zdroj SAMSHA, 2020, Vypracoval B. Purcell. © Centrum pro závislosti a duševní zdraví, 2003):

1 a) Měli jste v poslední době (v posledních několika měsících) problémy s některou z následujících oblastí (pokud ano, zaškrtněte políčko): a) změny ve spánku, b) změny chuti k jídlu nebo hmotnosti, c) závratě, d) ospalost/malátnost, e) potíže s pamětí, f) potíže s rovnováhou, g) pády

1 b) Měli jste v poslední době (v posledních několika měsících) problémy s některou z následujících oblastí (pokud ano, zaškrtněte políčko): a) pocity smutku, b) nezájem o běžné každodenní činnosti, c) pocity bezcennosti, d) osamělost, e) pocity úzkosti

2) Máte rádi víno/pivo/jiný alkoholický nápoj? Kterému dáváte přednost?

3) Jak se změnilo vaše užívání [vybraného] alkoholického nápoje v průběhu vašeho života?

4) Chutná vám [vybraný] alkoholický nápoj stejně jako dříve? Ano/ne. (Pro klinické použití. Nezahrnuje se do bodování.)

5) Zmínil/a jste, že máte potíže s_____ (z odpovědí na otázky 1a a 1b). Zajímalo by mě, zda si myslíte, že by s tím mohl souviset [vybraný] alkoholický nápoj?

Vyhodnocení:

Jedna označená odpověď (za každou odpověď 1 bod):	**Vícenásobné odpovědi (za každou kombinaci odpovědí se počítá 1 bod):**
Otázka 2: Mám rád/a **všechny tři druhy** – víno/pivo/jiný alkoholický nápoj NEBO **mám rád/a kombinaci jakýchkoli dvou druhů** alkoholu vína/piva/jiných alkoholických nápojů. ☐ Otázka 3: **Zvýšil/a** jsem konzumaci alkoholu oproti době, kdy jsem byl/a mladší ☐ Otázka 5: **Ano,** může existovat souvislost mezi mým užíváním alkoholu a zdravím. ☐ MEZISOUČET 1 =____ /3	Otázka 2 a 3: **Ano,** mám rád/a alkohol V konzumaci alkoholu **nedošlo** k žádné změně od vína/piva/jiných alkoholických nápojů => Pokud jste uvedli obě odpovědi, zaškrtněte políčko => ☐ Otázka 1, 2 a 3: **Ano,** vyskytlo se u mě 5 nebo více příznaků **Ano,** užívám alkohol Uvádí se jakákoli současná konzumace alkoholu (bez ohledu na případné změny vzorců) => Pokud jsou uvedeny všechny tři odpovědi, zaškrtněte políčko => ☐ MEZISOUČET 2 = ____/2

CELKOVÉ SKÓRE = MEZISOUČET 1 = ____+ MEZISOUČET 2 = ____

Pro screening užívání konopí lze využít dotazník CUDIT-R a pro další látky ASSIST (SAMSHA, 2020).

O výsledcích testů klienty vždy informujte. U klientů, kteří mají pozitivní screening na možné zneužívání návykových látek, existují tři možné přístupy. Ty jsou založeny na závažnosti problému a možném riziku zneužívání návykových látek (žádný ze tří níže uvedených přístupů není vhodný pro intoxikovaného klienta, který může potřebovat okamžitou a specifickou reakci:

- Proveďte krátkou intervenci během téže návštěvy, při níž jste provedli screeningové měření (viz níže).
- Pokud jsou výsledky screeningu nejasné, proveďte úplné posouzení. Pro toto delší posouzení může být nutné naplánovat další návštěvu.
- Odkažte klienta k posouzení k vhodnému poskytovateli. Odkažte vysoce rizikové klienty na program, kde jsou poskytovány specializované služby adiktologické péče.

3.2 Krátká intervence

Krátké intervence poskytují staršímu dospělému informace o potenciální škodlivosti a důsledcích užívání látek a jak mohou nepříznivě ovlivňovat jiná chronická onemocnění, snaží se posílit motivaci ke změně a v případě potřeby odkazují na intenzivnější péči. Bylo zjištěno, že krátké intervence

zaměřené na zneužívání alkoholu a léků na předpis jsou u starších dospělých účinné. Krátké intervence mohou mít různou délku od 15 minut do 1 hodiny sezení, mohou být prováděny téměř v jakémkoli klinickém prostředí a téměř jakýmkoli vyškoleným odborným personálem (Han, Moore, 2018).

Pokud zjistíte, že starší dospělý zneužívá alkohol, použijte polostrukturovanou krátkou intervenci, včetně následujících kroků:

- Zeptejte se klienta na budoucí cíle v oblasti zdraví, aktivit, koníčků, vztahů a finanční stability.
- Přizpůsobte zpětnou vazbu na základě odpovědí klienta na screeningové otázky týkající se užívání návykových látek, vzorců chování a dalších zdravotních návyků (které mohou zahrnovat také kouření, stravování a užívání tabáku).
- Prodiskutujte, jak je klientovo pití alkoholu srovnatelné s pitím ostatních v jeho věkové skupině.
- V případě potřeby diskutujte o „výhodách a nevýhodách“ pití. To vám může pomoci pochopit úlohu alkoholu v životě staršího dospělého, včetně jeho role při zvládání ztráty a osamělosti, aniž by ovlivňoval klienta k nějaké konkrétní změně.
- Podávejte informace o účincích těžšího pití alkoholu bez odsuzování. Někteří starší dospělí mohou mít problémy s fyzickými, duševními nebo sociálními schopnostmi, přestože pijí v doporučených mezích.
- Diskutujte o důvodech, které klienta vedou k omezení nebo ukončení pití. Zůstat nezávislý, mít dobré fyzické zdraví a zachování duševních schopností mohou být v této věkové skupině klíčovými motivy.
- Nabídněte informace o limitech užívání alkoholu a o způsobech, jak ho omezit nebo přestat (např. účast na společenských aktivitách, které nezahrnují alkohol, věnování se koníčkům a zájmům z dřívějšího období života, hledání dobrovolnické činnosti).
- Vytvořte dohodu o užívání alkoholu. Dohodnuté limity užívání, které podepíše klient a poskytovatel jsou obzvláště užitečné při změně vzorců užívání.
- Proberte způsoby, jak zvládat rizikové situace, kdy klient může pociťovat nutkání k užívání alkoholu nad dohodnuté limity. Problémem v tomto věku může být sociální izolace, nuda a negativní interakce s rodinou.
- Shrňte průběh sezení (SAMSHA, 2020).

Starší dospělí, u nichž je zjištěno, že potřebují více péče, než mohou poskytnout krátké intervence, by měli být odesláni do specializované péče (Han, Moore, 2018).

3.3 Včasná a krizová intervence

U starší populace je zvýšené riziko sebevraždy. Starší lidé s depresí a zneužíváním návykových látek mají vyšší riziko sebevražedných pokusů i dokonaných sebevražd. Rozpoznání rizika sebevraždy u starších lidí se zneužíváním návykových látek, kteří žijí sami, nebo u těch, kteří mají depresivní příznaky, může pomoci při včasné intervenci a prevenci sebevražd.

Screeningové nástroje:

- Geriatrická škála deprese dle Yesavage (GDS-15)
- Inventář geriatrické úzkosti (GAI)
- Devítipoložkový dotazník PHQ-9[1] se běžně používá k měření pro screening deprese u dospělých jakéhokoliv věku. Je testován a schválen pro použití u starších klientů. PHQ-9 je také užitečný pro sledování závažnosti deprese a reakce na léčbu u klientů, u kterých již byl proveden screening deprese nebo u kterých byla deprese diagnostikována.

O výsledku testu vždy klienty informujte ať už je výsledek pozitivní či negativní. Pokud má klient negativní výsledek u screeningu na depresi, ale vykazuje její symptomy, zopakujte dotazník za měsíc.

3.4 Individuální a skupinové poradenství

Vašimi klienty mohou být například starší dospělí, kteří se obávají, že nebudou schopni žít samostatně bez pomoci druhých, vyrovnávají se se zármutkem (nad ztrátou partnera, manžela, dítěte nebo jiné významné osoby), adaptují se na velké životní změny, jako je odchod do důchodu nebo přestěhování do domova s pečovatelskou službou.

V rámci individuálního poradenství se snažte:

- používat u rozhovoru podpůrný jazyk, aby starší klienti necítili stud nebo strach,
- používat jasné pojmy místo lékařských pojmů,
- používejte strategie a materiály, které jsou vhodné pro klienty a specifické problémy, s nimiž se starší dospělí potýkají (dále postupujte dle doporučení v BOXU IV).

U skupinového poradenství mohou být pro některé starší klienty vhodnější skupiny zohledňující věk, které odpovídají jejich potřebám a preferencím. Starší dospělí, bez ohledu na pohlaví, mají tendenci být uzavřenější a obávají se, kolik osobních informací budou sdílet ve věkově smíšené skupině. Nemusí se vztahovat k mladším dospělým nebo se cítit pohodlně, když s nimi sdílejí své problémy.

3.5 Motivační rozhovory

Strategie motivačních rozhovorů můžete kombinovat s dlouhodobějšími terapeutickými přístupy k péči u starších dospělých. Je to univerzální metoda, která může pomoci lidem různého věku, etnického, rasového a kulturního původu. Motivační rozhovor je flexibilní a zaměřuje se na empatické, reflexivní naslouchání a respektující, na klienta zaměřený přístup. Tato technika může být zvláště užitečná u starších dospělých, kteří si nemusí být vědomi zdravotních rizik spojených s užíváním návykových látek. Vzhledem k tomu, že motivační rozhovor je nehodnotící a nekonfrontační přístup, může být užitečná také u klientů, kteří mají smíšené pocity ohledně změny.

[1] Instrument: Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) | NIDA CTN Common Data Elements (nih.gov)

Motivační rozhovor může starším dospělým pomoci změnit rizikové chování, jako je snížení nebo abstinence od užívání alkoholu a dalších látek. Nicméně není mnoho studií, které by se zabývaly užitečností tohoto přístupu u starších dospělých (SAMSHA, 2020). U motivačních rozhovorů postupujte dle doporučení v BOXU IV.

3.6 Substituční terapie opioidy

Někteří klienti mohou v substituční terapii zůstávat dlouhodobě a považovat ji za konečně dosaženou stabilitu. Existují však komplexní důvody pro dlouhodobé setrvávání v substituci, proto by diskuse o jejím ukončení měly probíhat s citlivostí a pochopením, jako součást individualizované péče zaměřené na člověka. Předchozí náročné či neúspěšné pokusy o abstinenci mohou v klientovi zanechat pocity, že jsou za změnu příliš staří (či příliš nemocní, unavení nebo mají velké obavy). Zkušenosti s opakovanou ztrátou či rozpadem blízkých vztahů nebo s uvězněním mohou vést k pocitu, že nemají praktickou či emocionální podporu potřebnou k dosažení trvalé změny, kterou by abstinence vyžadovala. Někteří z těchto klientů se naučí žít tak, aby nemuseli být v kontaktu s léčebnou/sociální službou a vyhnuli se tak jakýmkoli nežádoucím nebo vynuceným změnám v jejich životě, odborné péči nebo těžce vydobyté stabilitě. Jiní mohli v minulosti v souvislosti s odbornou péčí zažívat trauma, úzkost či negativní přístup personálu, což vede k malé či žádné ochotě angažovat se v terapeutických službách. Tyto možnosti vyžadují zvláštní pozornost a informovanost ze strany klíčového a klinického pracovníka. Klienti s celoživotní anamnézou užívání návykových látek a se závislosti na nich mohou mít stále vhled do svého vlastního chování, svých vlastních potřeb a role a očekávání ze strany nabízené služby. Je vhodné naslouchat jejich zkušenostem, které představují důležitou zpětnou vazbu, jak nejlépe postupovat.

Klienti dlouhodobě setrvávající v substituci by měli být pravidelně vyšetřeni svým předepisujícím i obvodním lékařem. Reálný problém může představovat mobilita klientů a schopnost pravidelně navštěvovat lékařské prohlídky i službu samotnou. Na to je třeba myslet a hledat vhodná řešení pro konkrétního člověka (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017, Independent Expert Working Group, 2017). Například služby mohou zvážit užívání metadonu pod dohledem v domácnostech uživatelů, nebo umožnit větší počet dávek, které si mohou vzít domů. Zapojení starších osob užívajících návykové látky do rozvoje těchto služeb je důležité pro zajištění toho, aby služby odpovídaly jejich potřebám (EUDA, 2023).

Je žádoucí spolupracovat s odborníky, kteří jsou zainteresováni do péče o klienta pro zajištění bezproblémové a podpůrné péče, zejména proto, že komorbidní zdravotní problémy a užívání řady léčiv představují reálný problém. Klienti, kterým péče vyhovuje, by neměli být vystaveni jejímu svévolnému odebrání. Preskripce by měla být založena na důkladném zvážení fungování klienta, odpovědi na léčbu a s respektem práva starší osoby na spravedlivou péči včetně přiměřeného zapojení do rozhodování, které se ho týkají, a zvážení využití druhého názoru v případě nesouhlasu o pokračování předchozí dlouhodobé preskripce (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017, Independent Expert Working Group, 2017).

3.7 Sociální podpora

Je vhodné zvážit ve službě věkově specifické skupiny, pro které jsou dostupné společenské aktivity a akce, a pravidelná podpora vrstevníků a dobrovolníků s cílem řešit sociální izolaci (EUDA, 2023). Vrstevnická podpora může zvýšit sebevědomí a pocit, že je člověk přijímán a chápán. Osoby v roli vrstevníků/dobrovolníků budou mít z tohoto druhu podpory pravděpodobně také prospěch. Intervence zapojující osoby zpět do společnosti a pomáhající jim rozvíjet se nebo rozšiřovat sociální sítě, mohou pomoci předcházet úzkosti[2], osamělosti a izolaci[3] této skupiny (EUDA, 2023).

3.8 Specializované pečovatelské domy pro dlouhodobou péči o stárnoucí osoby užívající návykové látky

Je vhodné zřizovat domy pro dlouhodobou péči o starší klienty, kteří se o sebe nedokážou postarat, nebo případně integrovat tyto klienty do geriatrických lůžkových oddělení a komunitních zařízení pro seniory. Obecně lze však říci, že tyto nespecializované služby nejsou dostatečně vybaveny k tomu, aby poskytovaly komplexní posouzení a odbornou péči, která je nezbytná pro starší osoby se závislostním chováním. Vzdělávání pracovníků v tomto sektoru je nezbytné (EUDA, 2023).

3.9 Poskytování bezpečného a přizpůsobeného bydlení

Bezpečné a vhodné bydlení je předpokladem pro řešení sociálních, zdravotních a fyzických obtíží. Přístup “housing first”, který poskytuje ubytování před řešením problému s návykovými látkami nebo poskytnutí jiné podpory, může být užitečné pro starší lidi, kteří zažívají bezdomovectví a užívají návykové látky. Vhodné bydlení pro tuto cílovou skupinu by mělo mít univerzální přístup, aby bylo možné ubytovat klienty s invaliditou. Je vhodné také nabízet pracovní programy, aby měli klienti stálý příjem, nebo dobrovolnické aktivity. I v tomto případě je vhodné rozvíjet znalosti a dovednosti pracovníků s touto cílovou skupinou (EUDA, 2023).

3.10 Pobídková terapie (Contingency management)

Při terapii závislosti na opioidech[4] je možné nabízet CM, pokud s tím klient souhlasí (CCSMH, 2019).

3.11 Psychoterapie

Pro starší osoby nemusí být psychoterapie známou oblastí. Pokud vyhledávají pomoc v oblasti zdraví, jdou většinou přes obvodního lékaře. S vyhledáním specializované služby se může pojit stigma a řada mýtů. Starších lidí se mohla týkat výchova v kultuře kladoucí důraz na stoicismus a samostatnost při řešení obtíží. Tyto hodnoty mohou být mezi starší populací stále rozšířené a

[2] Klinické doporučené postupy pro snižování úzkosti u starších osob viz https://ccsmh.ca/2024/04/now-available-canadian-guidelines-on-anxiety-in-older-adults/

[3] Klinické doporučené postupy pro snižování izolace a osamělosti u starších osob viz https://ccsmh.ca/2024/04/now-available-canadian-clinical-guidelines-on-social-isolation-and-loneliness-in-older-adults-sil/

[4] Ucelený přehled klinických doporučení pro prevenci a léčbu závislosti na opioidech u starších osob viz https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2019/11/Canadian_Guidelines_Opioid_Use_Disorder_ENG.pdf

pravděpodobně nadále negativně ovlivňují chování při vyhledávání péče (Hannaford et al., 2019). Někteří starší lidé nemusí rozumět jazyku psychoterapie, ani významu slova. Mohou znát spíše profese jako poradce nebo psycholog či psychiatr. Při doporučování psychoterapie je vhodné postupovat velmi citlivě, bez stigmatizace, s respektem k přání klienta.

4. Očekávaný výsledek/ přínos pro klienta

Starší klienti mohou dosáhnout stejných nebo lepších výsledků než mladší dospělí, když nastoupí do adiktologické péče. Je důležité, aby měli přístup k účinným službám, kde o ně bude postaráno s důstojností a citlivostí (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017, Independent Expert Working Group, 2017).

Důkazy účinnosti

Empirické důkazy podporují využívání péče u starších dospělých – zejména pokud je přizpůsobena jejich potřebám souvisejícím s věkem. Představa, že starší dospělí nemají zájem o adiktologickou péči nebo na ni špatně reagují není pravdivá. Pokud jsou intervence přizpůsobeny fyzickým, kognitivním a psychosociálním potřebám starších klientů, jsou velice účinné. Je velmi důležité, aby poskytovatelé a odborníci seznámili s dostupnými intervencemi a místními zdroji, aby mohli starší klienty vhodně léčit, obsluhovat nebo jinak nasměrovat. Mezi účinné intervence patří např. screening, krátká intervence a předání do odborné péče (SBIRT), krátká strukturovaná léčba, vzdělávání klientů, techniky prevence relapsu, formální programy léčby a farmakoterapie (např. metadon, buprenorfin, naloxon) (SAMSHA, 2020).

I				II				III					IV				V		
a	b	c	d	a	b	c	d	a	b	c	d	e	a	b	c	d	a	b	c
	1. 2. 4. 5.															3.			

1. Canadian Coalition for Seniors' Mental Health (CCSMH). (2019).Canadian Guidelines on Opioid Use Disorder Among Older Adults. Dostupné z: https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2019/11/Canadian_Guidelines_Opioid_Use_Disorder_ENG.pdf
2. Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group (2017) Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management. London: Department of Health.
3. EUDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction). (2023), Older people and drugs: health and social responses. Dostupné z: https://www.euda.europa.eu/sites/default/files/pdf/31242_en.pdf?855801

4. Mowbray, O., & Quinn, A. (2016). A Scoping Review of Treatments for Older Adults with Substance Use Problems. *Research on Social Work Practice*, *26*(1), 74-87. https://doi.org/10.1177/1049731515579075
5. Arcadepani, F. B., & Fidalgo, T. M. (2022). Substance use among older adults: a review of the literature. *Journal of Addictive Diseases,* 41(4), 289–299. https://doi.org/10.1080/10550887.2022.2109923

Další zdroje

Ghadigaonkar, D.S., Kandasamy, A., Sivakumar, P.T. (2021). Forensic Aspects of Substance Use in Older Adults. *Indian Journal of Psychological Medicine*. ;43(5_suppl):S128-S133. doi:10.1177/02537176211047957

Han, B.H., Moore, A.A (2018). Prevention and Screening of Unhealthy Substance Use by Older Adults. *Clin Geriatr Med.* February ; 34(1): 117–129. doi:10.1016/j.cger.2017.08.005

Hannaford, S., Shaw, R., & Walker, R. (2019). Older Adults' Perceptions of Psychotherapy: What Is It and Who Is Responsible? *Australian Psychologist*, *54*(1), 37–45. https://doi.org/10.1111/ap.12360

Substance Abuse and Mental Health Services Administration - SAMSHA (2020). Treating Substance Use Disorder in Older Adults. *Tip 26 - Treatment Improvement Proto*

Tento projekt je financován se státní podporou Technologické agentury ČR v rámci programu BETA2

www.tacr.cz
Výzkum užitečný pro společnost

Úřad vlády České republiky

ČESKÝ ADIKTOLOGICKÝ INSTITUT

[poslední strana]