

NEKUŘÁCKÝ KONCEPT PSYCHIATRIE V ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÉ NEMOCNICI V PRAZE

souborný článek

Veronika Krejčí¹
Tomáš Petr²
Barbora Švarcová²
Katarína Révészová¹

¹Oddělení klinické farmacie
ÚVN-VoFN v Praze

²Psychiatrické oddělení ÚVN-VoFN
v Praze

Kontaktní adresa:

PharmDr. Veronika Krejčí
Oddělení klinické farmacie
ÚVN-VoFN v Praze
U Vojenské nemocnice 1200
169 02 Praha 6
e-mail: veronika.krejci@uvn.cz

SOUHRN

**Krejčí V, Petr T, Švarcová B, Révészová K.
Nekuřácký koncept psychiatrie v Ústřední vojenské nemocnici v Praze**

Užívání tabáku je spojeno s vysokou mírou morbidity a mortality. Prevalence kouření mezi pacienty psychiatrických oddělení je vyšší než v běžné populaci. Navzdory jasným důkazům o převažujících pozitivních zanechání kouření u pacientů s psychiatrickým onemocněním je odvykání kouření v průběhu hospitalizace v odborných kruzích nadále považováno za kontroverzní. V roce 2018 spustili na oddělení akutní psychiatrické péče Ústřední vojenské nemocnice (ÚVN) pilotní plně nekuřácký provoz. Součástí této koncepce je komplexní zákaz užívání tabáku během hospitalizace (včetně nových forem tabákových a nikotinových produktů). Projekt se ukázal jako životaschopný, výrazným způsobem nekomplikuje průběh hospitalizace a psychiatrické oddělení již trvale zůstává v nekuřáckém režimu. Pacientům je plně k dispozici veškerá podpora pro zvládnutí období, kdy nemohou kouřit. Vzhledem k tomu, že zanechání kouření má dopad na plazmatické koncentrace některých psychofarmak, je zavedeno jejich monitorování ve spolupráci s klinickým farmaceutem. Téma odvykání kouření v psychiatrické léčbě je přitom opředeno mnoha mýty, které dodnes brání odborníkům nekuřácké provozy zavádět. Cílem tohoto článku je přispět k další diskusi na téma šíření nekuřácké politiky na psychiatrických a adiktologických pracovištích. Třileté zkušenosti z ÚVN ukazují, že je možné je zavést a dodržovat bez negativních důsledků.

SUMMARY

**Krejčí V, Petr T, Švarcová B, Révészová K.
The non-smoking concept of psychiatry at Military University Hospital Prague**

Tobacco use is associated with high morbidity and mortality rates. The prevalence of tobacco smoking is significantly higher among patients undergoing psychiatric treatment compared to the general population. Despite clear evidence of positive effects resulting from the cessation of smoking in patients receiving mental health treatment, quitting smoking still remains a controversial issue among specialists. In 2018, Military University Hospital Prague introduced a pilot fully non-smoking environment at the acute psychiatric care department. Part of this concept is a complex ban on tobacco use during hospitalization (including new forms of tobacco and nicotine products). The project proved to be viable, it doesn't significantly complicate the course of hospitalization and the acute psychiatric care department is already permanently in a non-smoking regime. All support is available to patients to bridging the period when they can't smoke. Because smoking cessation has an impact on the plasma concentrations of some psychopharmaceuticals, monitoring is established in teamwork with a clinical pharmacist. At the same time, the smoking cessation in psychiatric treatment is full of many myths that still prevent professionals from introducing non-smoking environments. The aim of this article is to contribute to a further discussion on the spread of non-smoking policy in psychiatric and addictology workplaces. Three years of

Klíčová slova: odvykání kouření, tabák, nikotin, ústavní léčba, lékové interakce, terapeutické monitorování léčiv, klinický farmaceut.

experience from the psychiatric ward in Military University Hospital Prague show that it is possible to implement and adhere to it without negative consequences.

Key words: smoking cessation, tobacco, nicotine, residential treatment, drug interactions, therapeutic drug monitoring, clinical pharmacist.

ÚVOD

Česká republika se v evropském regionu řadí k zemím s vysokou prevalencí kouření. V roce 2020 bylo v populaci České republiky celkem 23 % kuřáků starších 15 let. Tři čtvrtiny z nich představují denní kuřáci.¹ Tabák se užívá různým způsobem a v různých formách. Nejčastější je stále kouření tabáku a je to dáno bezpochyby tím, že inhalací se nikotin vstřebává velmi rychle (rychleji než při intravenózním podání) a způsobuje do deseti sekund příjemný pocit. Tento účinek je dán především vyplavením dopaminu v mezolimbické oblasti, hlavně v nucleus accumbens, ale roli hrají i další mediátory, jako serotonin, GABA či noradrenalin. Cigaretový kouř mezi několika tisíci látkami obsahuje kromě nikotinu i další, které závislost podporují, tyto složky tabákového kouře zvyšují syntézu inhibitorů MAO a tak přispívají k vyšší hladině dopaminu v synapsích. Mozek kuřáka cigaret se stane snadněji závislým na jiné droze než mozek nekuřáka. S tím souvisí i vysoká prevalence kouření mezi závislými: uvádějí se čísla okolo 80–90 % kuřáků. Dříve se doporučovala léčba jedné závislosti a pak druhé. Dnes se doporučuje nabídnout pacientovi léčbu současně, pokud si ji samozřejmě přeje. Průkopníkem v tomto přístupu byl v ČR doc. Skála, který si již v šedesátých letech 20. století jako jeden z prvních na světě všiml, že pacienti, které vyléčí z alkoholové závislosti, umírají předčasně na nemoci způsobené kouřením, a snažil se je proto zbavit i závislosti na tabáku. Nemoci způsobené tabákem jsou stále nejčastější příčinou úmrtí drogově závislých nebo psychiatrických pacientů.

Z porovnání dopadu užívání tabáku, alkoholu a nelegálních drog vychází tabák nejhůře. Odvykací stav u tabáku sice není tak dramatický jako u jiných drog, jeho užívání také nebývá spojováno s kriminálním a destruktivním chováním pro kuřáka i jeho okolí. O to horší je ale celkový dopad této závislosti, která se ve společnosti rozšiřuje nenápadněji než jiné. Celosvětově je tabák příčinou více než 6 milionů úmrtí ročně, tedy každého desátého úmrtí.²

KOURENÍ A PSYCHIATRICKÉ KOMORBIDITY

U kuřáků se s větší pravděpodobností psychiatrické onemocnění projeví a naopak, psychiatricky nemocní se snadněji stanou závislými na tabáku. Kuřáci mají vyšší pravděpodobnost vzniku manifestní deprese a dále kouření i deprese mohou mít částečně společný genetický podklad. Mezi depresivními pacienty je cca 60 % kuřáků, mezi pacienty se schizofrenií je to více než 80 %, mezi pacienty se závislosti na alkoholu 70–80 %. Lidé s duševním onemocněním mají i vysokou prevalenci nemocí způsobených kouřením a vysokou mortalitu z těchto příčin.^{3,4}

Kolem 20 % kuřáků má nějaké psychické potíže a screening psychiatrických onemocnění, nejčastěji deprese, úzkosti nebo schizofrenie, je doporučován v rámci kuřácké anamnézy. Vyplavení dopaminu v centrech odměny způsobuje příjemný pocit, snižuje depresi a úzkost, zároveň ale kouření tyto nepříjemné stavy také vyvolává, a to poklesem dopaminu po peaku. Tedy platí, že i pacienti s depresí by měli přestat kouřit – budou mít lepší prognózu svého onemocnění i nižší spotřebu léků. Neurobiologickým výzkumem byla prokázána souvislost na úrovni receptorových změn, která je zodpovědná za to, že přítomnost abnormality v určitých oblastech mozku predisponuje jedince jak k schizofrenii, tak i ke zvýšení pocitu odměny při užívání nikotinu nebo i jiných drog, tento mechanismus zároveň snižuje schopnost jednotlivce přestat kouřit.⁵

Další skupinu, u které je vyšší prevalence kouření než v běžné populaci, tvoří pacienti podstupující detoxifikaci před nástupem do standardní ústavní či ambulantní léčby závislosti.⁶ Navzdory jasným důkazům o převažujících pozitivních zanechání kouření u adiktologických pacientů je odvykání kouření při současné léčbě jiných závislostí v odborných kruzích nadále považováno za kontroverzní. Historicky bylo užívání tabáku v léčbě jiných závislostí odborníky mylně považováno za přínosné (např. byl očekáván zklidňující účinek nikotinu u psychiatrických komorbidit nebo snížení rizika relapsu u primární závislosti).⁷

Léčba závislosti na tabáku je přitom velmi důležitý preventabilní faktor, který vede ke snížení rizika mnoha závažných onemocnění. Z hlediska somatického zdraví je kouření příčinou 25 % všech onkologických onemocnění

a cca 15 % všech kardiovaskulárních onemocnění a vysoká prevalence kouření u pacientů s psychiatrickou komorbiditou je tak jednou z hlavních příčin, proč tito pacienti umírají v průměru dříve než populace bez psychických problémů. Samo kouření má negativní vliv i na psychické zdraví – obecně mají kuřáci až čtyřnásobně vyšší riziko suicidia ve srovnání s nekuřáky,⁸ ti psychiatricky nemocní mají více psychiatrických symptomů a v průměru častější hospitalizace pro relaps jejich základního onemocnění.

VLIV KOUŘENÍ NA METABOLISMUS PSYCHOFARMAK

Jak bylo uvedeno výše, kouření tabáku má různé biologické účinky, které představují významné zdravotní riziko. Specifické nebezpečí představují rovněž farmakokinetické interakce s léčivými způsobené složkami cigaretového kouře, tyto interakce se nevyskytují v případě užívání tabáku a nikotinu jiným způsobem než kouřením. Nikotin takto užívaný může mít ovšem jiné toxikologické, fyziologické a návykové aspekty. Nutno uvést, že bezpečnost těchto forem nebyla prokázána, není znám dopad na zdraví při krátkodobém a dlouhodobém užívání.

Polycyklické aromatické uhlovodíky jsou produkty neúplného spalování, které se nacházejí v cigaretovém kouři. Interakční metabolické změny vznikají především jejich vlivem, a to tak, že tyto látky zvyšují syntézu cytochromu P450 CYP1A2 a také CYP2E1, čímž zvyšují rychlost biotransformace některých léčiv. Tyto enzymy metabolizují mj. různá léčiva, např. antidepressiva a antipsychotika.⁹ Intenzita metabolické indukce je obecně výraznější u kuřáků, kteří kouří více než 20 cigaret denně. Při plné indukci je metabolická aktivita CYP1A2 zvýšená 1,5–1,8násobně. Pokud kuřák náhle přestane kouřit, snižuje se postupně enzymová aktivita CYP1A2 a nový ustálený stav vzniká přibližně po uplynutí jednoho týdne.¹⁰ U řady léčiv lze v tomto případě s výhodou využít monitorování plazmatických hladin (TDM). TDM psychofarmak je jedním z nástrojů k nastavení adekvátní dávky antipsychotik při zanechání kouření v průběhu hospitalizace, který vede ke zlepšení péče o pacienty. Umožňuje individualizaci farmakoterapie dle potřeb konkrétního pacienta kombinací kvantifikace koncentrace léčiva v krvi, informací o vlastnosti léčiva a individuálních charakteristik pacienta.¹¹

NEKUŘÁCKÁ PSYCHIATRICKÁ ODDĚLENÍ

Přes veškeré znalosti o škodlivosti tabáku a jeho negativním dopadu na zdraví lidí, ty s duševním onemocněním nevyjímaje, v České republice je jen málo projektů, které jsou zaměřeny na podporu nekuřáctví u lidí s duševním onemocněním. Zákon o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, který zakazuje kouření ve zdravotnických zařízeních, uvádí výjimku pro psychiatrická oddělení akutní péče a jiná zařízení pro léčbu závislosti, což je jednoznačně v rozporu se současnými poznatky

medicíny. Na druhé straně je v případě zákazu kouření potřeba pacientům závislým na nikotinu poskytnout prostředky k potlačení abstinčních příznaků.

V posledních letech lze zaznamenat snahu zavádět v České republice nekuřácká psychiatrická oddělení,^{12,13} prozatím jsou však spíše výjimkou. Existuje celá řada bariér a předsudků bránících vzniku nekuřáckých psychiatrických pracovišť, bohužel stále panuje řada mýtů ve vztahu k psychiatrickým onemocněním. Jedním z nich je, že psychiatrickí pacienti si nepřejí přestat kouřit. Mezi zažité mýty patří například obava, že zanechání kouření by zhoršilo psychiatrické onemocnění, ačkoli opak je pravdou.¹⁴ Léčba závislosti na tabáku se psychiatrickým pacientům rutinně nenabízí. Studie s pacienty se schizofrenií, depresí či jinými závažnými psychiatrickými diagnózami shrnují, že většina těchto pacientů, kteří kouří, by si přála přestat a tato čísla se pohybují kolem 80 %, tedy podobně jako v běžné populaci. Dalším mýtem je, že psychiatrickí pacienti nejsou schopni přestat kouřit. Obtížnější odvykání souvisí s vyšší mírou závislosti na nikotinu, neurologickou vulnerabilitou, self-medikací nikotinem, nedostatkem podpory okolí či používáním neúčinných metod odvykání.¹⁵

Studie i zahraniční klinická praxe prokazují nesporné benefity zanechání kouření i při současné léčbě jiné závislosti – např. snížení mortality, zlepšení somatického stavu pacientů, stabilizaci projevů psychiatrických komorbidit, posílení účinnosti léčby závislosti, významnou úsporu financí a další.^{16,17} Jediným a převládajícím mezinárodním doporučením je implementace nekuřáckých lůžkových oddělení a zavádění programů podpory odvykání kouření, jak mezi adiktologickými, tak psychiatrickými pacienty.^{18–20} Přesto je mezi adiktology v České republice toto téma vnímáno jako kontroverzní a v praxi nadále převládají mýty^{21,22} bránící systémovému zavádění intervencí vedoucích pacienty k zanechání kouření.

Ve studiích z jiných zemí se ukazuje,^{23,24} že i když před uvažovaným zákazem kouření mělo toto opatření jen malou podporu mezi personálem i pacienty, brzy po jeho zavedení byla podpora naprosto většinová, i když se občas mohla vyskytnout (nejčastěji verbální) agrese pacienta. Abstinční příznaky by však samozřejmě měly být pokryty vhodnou medikací. Navíc zkušenost s abstinencí během hospitalizace vede mnohé pacienty k tomu, že se rozhodnou i nadále nekouřit po propuštění z nemocniční péče.

NEKUŘÁCKÁ POLITIKA NA ODDĚLENÍ AKUTNÍ PSYCHIATRICKÉ PÉČE ÚVN

Akutní psychiatrické oddělení ÚVN je uzavřené a zaměřuje se na léčbu akutních epizod duševních poruch, jejichž stav vyžaduje pobyt na oddělení tohoto typu. Oddělení je organizováno tak, aby byla minimalizována potenciální rizika (riziko sebevražedného jednání, sebepoškozování, agrese aj.), disponuje 15 lůžky. Druhá část psychiatrického oddělení je otevřená – terapeutická a má 25 lůžek. Od září 2018 mají pacienti při pobytu na oddělení akutní psychiatrické péče ÚVN zcela zakázáno užívat veškeré formy

Tab. 1. Fagerströmův test závislosti na nikotinu²⁶

1. Jak brzy po probuzení si obvykle zapálíte svou první cigaretu?	
do 5 minut.....	3 body
za 6–30 minut.....	2 body
za 31–60 minut.....	1 bod
po 60 minutách.....	0 bodů
2. Je pro vás obtížné nekouřit v místech, kde není kouření dovoleno?	
ano.....	1 bod
ne.....	0 bodů
3. Kterou cigaretu v průběhu dne byste nejvíce postrádal?	
první ráno.....	1 bod
kteroukoliv jinou.....	0 bodů
4. Kolik cigaret denně kouříte?	
0–10.....	0 bodů
11–20.....	1 bod
21–30.....	2 body
31 a více.....	3 body
5. Kouříte častěji během dopoledne?	
ano.....	1 bod
ne.....	0 bodů
6. Kouříte, i když jste nemocen, upoután na lůžko?	
ano.....	1 bod
ne.....	0 bodů
Celkové skóre:	
Orientační hodnocení:	
0–1.....	Žádná nebo velmi malá závislost na nikotinu
2–4.....	Střední závislost
5–10.....	Silná závislost na nikotinu

tabáku a nikotinu (tj. cigarety, doutníky, dýmky, orální a šňupací tabák, nikotinové sáčky, elektronické cigarety i zahřívání tabáku). Do všech informačních materiálů a vstupních prohlášení (tiskopisy, web) týkajících se hospitalizace na oddělení akutní péče byla zakomponována informace o tom, že psychiatrické oddělení je nekuřácké. Každý přijímaný pacient je o podmínkách pobytu na nekuřáckém oddělení informován sestrou, přičemž personál se snaží pacienty a jejich blízké pozitivně motivovat a informovat o nabízené podpoře odvykání. Jsou k dispozici edukační materiály.

Pro podporu odvykání kouření mohou hospitalizovaní pacienti využívat náhradní nikotinovou substituci dostupnou zdarma a individuální poradenství. V indikovaných případech je podle rozhodnutí lékaře provedeno TDM vybraných psychofarmak, nejčastěji klozapinu.

Náhradní nikotinová terapie (NTN)

Po zanechání kouření během hospitalizace je pacientům poskytnuta substituční léčba NTN, která minimalizuje abstinenční příznaky nahrazením nikotinu z jiného zdroje než z tabáku a zvyšuje šanci zanechat kouření – míra úspěšnosti je u NTN 17 %, u placebo 10 %.²⁵

Na základě stanovení míry fyzické závislosti na nikotinu konfirmované Fagerströmovým testem nikotinové závislosti²⁶ a podle množství původně užívaných tabákových výrobků je při vstupním vyšetření pacienta stanovena vhodná forma a dávkování nikotinové substituce.

Obecný postup pro vedení NTN se řídí interním léčebným standardem ÚVN.²⁷ Substituce NTN se obvykle zahajuje s takovým množstvím nikotinu, které odpovídá dvěma třetinám odhadovaného denního příjmu. Jako

Tab. 2. Nastavení substituce NTN²⁷

1. Kuřáci s vysokým stupněm závislosti ≥ 20 cigaret denně nebo FTND ≥ 6 bodů	
Nastavení substituce:	
<ul style="list-style-type: none"> • náplast 25 mg/16 h + 2 mg žvýkačky nebo sprej 1 mg/dávka • 4 mg pastilky/žvýkačky v monoterapii • sprej 1 mg/dávka v monoterapii 	
Následný management:	
<ul style="list-style-type: none"> • náplast 25 mg/16 h (8 týdnů) • náplast 15 mg/16 h (2 týdny) • náplast 10 mg/16 h (2 týdny) 	
2. Kuřáci s nižším stupněm závislosti ≤ 20 cigaret denně nebo FTND < 6 bodů	
Nastavení substituce:	
<ul style="list-style-type: none"> • náplast 15 mg/16 h + 2 mg žvýkačky nebo sprej 1 mg/dávka • 4 mg pastilky/žvýkačky v monoterapii • sprej 1 mg/dávka v monoterapii 	
Následný management:	
<ul style="list-style-type: none"> • náplast 15 mg/16 h (8 týdnů) • náplast 10 mg/16 h (4 týdny) 	

nejvhodnější se jeví kombinace dlouhodobé a krátkodobé formy NTN, tzn. transdermální náplast a libovolná orální léková forma dle preference pacienta v nižší síle. Dávkování krátkodobé formy NTN je nutné navýšit v případě silného cravingu, při výskytu nežádoucích účinků je namísto redukce dávky či změna lékové formy. S ohledem na specifika psychiatrických pacientů (psychiatrické komorbidity, odvykací stav, farmakoterapie apod.) je převážně indikována forma nikotinových náplastí v dávkování 25 mg/16 hod nebo 15 mg/16 hod, umožňující kontinuální distribuci stabilní dávky nikotinu transdermální cestou a prevenci rozvoje abstinenčních příznaků z odnětí nikotinu. Náplasti jsou pacientům aplikovány každé ráno, vydávání přípravků nikotinové substituce dle ordinace lékaře je v gesci zdravotních sester. Lékaři i sestry u pacientů-kuřáků sledují od prvního dne abstinence od tabáku vývoj jejich zdravotního stavu (zejména pak možné výkyvy účinků léků, projevy psychiatrických onemocnění, zvládnutí odvykacího stavu atd.). Probíhá pravidelná edukace pacientů o správné aplikaci a účinku substituční terapie. Veškeré prostředky náhradní nikotinové substituce jsou pacientům po dobu pobytu na oddělení akutní psychiatrické péče poskytovány ad libitum a zcela zdarma.

Individuální adiktologické poradenství

Další komponentou podpory nekuření je individuální adiktologické poradenství. Pacienti se mohou v průběhu celé hospitalizace individuálně obracet na personál s vybranými tématy týkajícími se abstinence od tabáku a odvykání kouření. Individuální poradenství je zajišťováno adiktologem a lékařem. Klíčovými tématy individuálního poradenství jsou aktuální potřeby vyplývající z nekuření

v rámci hospitalizace (dávkování a užívání náhradního nikotinu, zvládnání chutí, vyplňování volného času během hospitalizace, mírnění abstinenčních příznaků atd.) a také příprava na odvykání kouření v návazné léčbě po ukončení pobytu a návratu do přirozeného prostředí (tj. stanovení nekuřáckého plánu, plánování dne D, doporučení pro řešení kuřáckých situací a rituálů, užívání náhradního nikotinu a medikace, prevence relapsu atd.). Individuální adiktologické konzultace probíhají dle domluvy.

TDM psychofarmak

Velmi významná a v praxi častá je interakce cigaret a klozapinu či olanzapinu. Kuřáci potřebují k udržení optimální plazmatické koncentrace vyšší dávky klozapinu a olanzapinu než nekuřáci. Klozapin i olanzapin jsou metabolizovány primárně CYP1A2. Náhlé zanechání kouření nebo změna počtu cigaret na den, jak navýšení, tak snížení, je indikací k změření plazmatické hladiny. Tyto změny jsou nejčastější při hospitalizaci nebo dimisi pacienta. Náhlé zanechání kouření způsobuje výrazný zásah do exprese CYP1A2, a tedy i do metabolismu psychofarmak metabolizovaných tímto enzymem u pacientů-kuřáků. Pokud pacient užívající klozapin nebo olanzapin přestane kouřit a dávka tomu není adekvátně přizpůsobena, mohou nastat významné komplikace ohrožující pacienta. Stejně tak je třeba zohledňovat situaci propuštění z nemocnice, kdy řada pacientů začíná opět kouřit.

U pacientů užívajících klozapin nebo olanzapin je doporučeno změřit plazmatickou hladinu před změnou zvyklostí týkajících se kouření a následně 1 týden po změně.²⁸ V průběhu daného týdne je zároveň doporučena úprava dávky. Při zanechání kouření na déle než 7 dní je doporučeno snížit dávku u klozapinu až o 50 %.²⁹ Při znovuzahájení kouření nebo navýšení počtu cigaret na den jsou pacienti naopak vystaveni riziku relapsu onemocnění, pro které je pacient léčen. Po znovuzahájení kouření je doporučena úprava dávky na původní a opětovné změření plazmatické koncentrace po dosažení ustáleného stavu. Při nasazení klozapinu nebo olanzapinu za hospitalizace u kuřáků má největší výpovědní hodnotu měření plazmatické koncentrace po iniciační fázi terapie, tj. po více než 1 měsíci léčby, za předpokladu, že dávka léčiva nebyla v průběhu posledního měsíce změněna. TDM v dřívější fázi léčby pomáhá s identifikací pomalých metabolizérů. V podmínkách psychiatrického oddělení ÚVN je TDM v dřívější fázi léčby pacientů-kuřáků důležité kvůli lékové interakci cigaretového kouře s klozapinem nebo olanzapinem. Proto se jeví jako optimální, pokud proběhne první měření plazmatické koncentrace u těchto pacientů jeden týden po dokončení titrace, při stabilizaci klinického stavu.

Při interpretaci plazmatických hladin je velmi důležitá multidisciplinární spolupráce ošetřujícího lékaře, sestry a klinického farmaceuta. Před rozhodnutím o změně nebo ponechání dávky je potřeba zhodnotit jak terapeutický efekt, tak výskyt nežádoucích účinků a dále, jestli jsou dané nežádoucí účinky na dávce závislé nebo nezávislé. Plazmatická koncentrace vypovídá o koncentraci léčiva v krevním řečišti, nikoliv v centrálním nervovém systému. Dále je to většinou izolovaný odběr, nikoliv průběh plazmatických koncentrací v čase. Je vhodné mít

na paměti i individuální faktory daného pacienta, kromě kouření je to distribuční objem, pohlaví, stav eliminačních orgánů, lékové interakce, změny generických přípravků. V neposlední řadě je vhodné pamatovat na riziko non-adherence, problémy na úrovni vstřebání léčiva atd. Je nutno zmínit, že referenční terapeutické rozmezí (a zejména pak jeho horní hodnota) je orientační, nelze ho stoprocentně aplikovat na všechny pacienty. V úvahu kromě plazmatické koncentrace léku musíme vždy brát klinický stav pacienta. Referenční terapeutická rozmezí antipsychotik jsou stanovena pro pacienty ve věku 18–65 let. Pro děti a seniory tato rozmezí stanovena nejsou. U antipsychotik jsou určena jen pro pacienty s psychotickými poruchami. Není jasné, zdá se lze uplatnit např. na pacienty s afektivními poruchami, kteří jsou relativně často antipsychotiky léčeni.³⁰

HODNOCENÍ FUNKČNOSTI NEKUŘÁCKÉHO PROGRAMU V ÚVN

Vzhledem k tomu, že je článek koncipován jako přehledový, není jeho cílem poskytnout validní data pro hodnocení funkčnosti zavedené praxe. Pro úplnost je ovšem nutné zmínit alespoň okrajově hodnocení funkčnosti nekuřáckého provozu akutní psychiatrie. Praktická zkušenost může být pro zavedení podobných opatření na jiných pracovištích přínosná a motivující. Konkrétní nekuřácká opatření by měla být uzpůsobena i dle typu pracoviště, v tomto konkrétním příkladu byla nekuřácká politika zavedena na oddělení psychiatrie fakultní nemocnice, nelze tedy s jistotou předpokládat důsledky tohoto opatření v rámci následné psychiatrické péče. Velmi důležitým faktorem ovlivňujícím úspěch dané intervence je i přístup a ochota personálu. Nutno uvést, že evaluace výsledků zavedeného programu v poslední době provedena nebyla, proto při hodnocení funkčnosti nekuřáckého modelu lze vycházet pouze z dat dostupných při evaluaci provedené těsně po zavedení tohoto opatření přibližně před třemi léty.¹² Sběr dat sloužil především k pozitivní motivaci v opatření pokračovat a k vytvoření relevantního náhledu na zavedení této intervence.

Z hodnocení projektu vyplynula důležitá zjištění, a to, že zákaz kouření neměl výrazný vliv na spokojenost pacientů s lůžkovou péčí a byl zaznamenán relativně vysoký počet pacientů, kteří udávali následnou motivaci pokračovat v odvykání kouření. Výrazná byla i změna postoje ze strany zdravotnického personálu, kdy se původní skepsi ve většině případů podařilo rozptýlit. Velice pozitivně lze hodnotit i fakt, že byl zaznamenán minimální počet propuštění formou negativního reverzu a nezvýšil se výskyt použití omezovacích prostředků. Kladně byla vyhodnocena i zanedbatelná finanční náročnost náhradní nikotinové terapie. Při zavádění podobné praxe je však nutné mít na paměti správné plánování jednotlivých kroků, vzdělávat personál, edukovat pacienty a neustoupit při prvních negativních reakcích po zavedení nekuřáckého prostředí na psychiatrickém oddělení.¹² Jako krok ke zvýšení bezpečnosti farmakoterapie bylo před rokem zavedeno i pravidelné monitorování plazmatických koncentrací antipsychotik interagujících s cigaretovým kouřem.

ZÁVĚR

Věříme, že tento článek přispěje ke zvýšení motivace jiných psychiatrických pracovišť k zavádění zcela nekuřáckých provozů a podpoře vytváření programů pro odvykání kouření u pacientů bez ohledu na důvod hospitalizace, je to v současné době jediné a převládající doporučení, i přesto, že tento krok je stále vnímán jako kontroverzní a v praxi nadále převládají mýty. Naše tříleté zkušenosti jsou převážně pozitivní. V neposlední řadě je nutné podtrhnout také přínos nekuřáckého pracoviště pro pacienty-nekuřáky a personál, kteří již nejsou kouřem obtěžováni.

Nesmí se zapomínat na farmakokinetické interakce s léčivými způsobené složkami cigaretového kouře. Náhlá změna ve stylu kouření nebo náhlé zanechání kouření vystavuje nemocné riziku závažných nežádoucích účinků, v tomto případě lze s výhodou využít monitorování plazmatických hladin ve spolupráci s klinickým farmaceutem. Závěrem je nutné zmínit, že zanechání kouření je nejlevnějším a nejvýnosnějším zásahem do lidského zdraví. Snahou všech lékařů a zdravotnického personálu v České republice by mělo být tento deficit pozornosti v našich podmínkách překlenout a poskytovat svým pacientům na důkazech založenou léčbu i v případě závislosti na tabáku.

LITERATURA

- Csémy L, Dvořáková Z, Fialová A et al. Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2020. SZU 2021. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/narodni-vyzkum-uzivani-tabaku-a-alkoholu-v-ceske-republice>
- Kalina K a kol. Klinická adiktologie. Praha: Grada Publishing 2015: 528–544.
- Wijesundera H et al. Antipsychotic medication and tobacco use among outpatients with schizophrenia: a cross-sectional study. *Annals of General Psychiatry* 2014; 13: 7.
- Center for Behavioral Health Statistics and Quality. Results from the 2016 National Survey of Drug Use and Health: Detailed Tables. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2017.
- Dineley KT, Pandya AA, Yakel JL. Nicotinic ACh receptors as therapeutic targets in CNS disorders. *Trends Pharmacol Sci* 2015; 36 (2): 96–108.
- Baca CT, Yahne CE. Smoking cessation during substance abuse treatment: what you need to know. *J Subst Abuse Treat* 2009 Mar; 36 (2): 205–219.
- Apollonio D, Philipps R, Bero L. Interventions for tobacco use cessation in people in treatment for or recovery from substance use disorders. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* [online] 2016; 11: CD010274.
- Hooman S, Zahra H, Safa M, Hassan FM, Reza MM. Association between cigarette smoking and suicide in psychiatric inpatients. *Tobacco Induced Diseases* 2013; 11 (2): 5.
- Zevin S, Benowitz NL. Drug interactions with tobacco smoking. An update. *Clin Pharmacokinet* 1999 Jun; 36 (6): 425–438.
- Gee SH, Taylor DM, Shergill SS, Flanagan R, MacCabe JH. Effects of a smoking ban on clozapine plasma concentrations in a nonsecure psychiatric unit. *Ther Adv Psychopharmacol* 2017 Feb; 7 (2): 79–83.
- Hiemke C, Bergemann N, Clement HW et al. Consensus Guidelines for Therapeutic Drug Monitoring in Neuropsychopharmacology: Update 2017. *Pharmacopsychiatry* 2018 Jan; 51 (1–2): 9–62.
- Petr T, Kasal M. Zkušenosti se zaváděním nekuřácké politiky na oddělení akutní psychiatrické péče v ÚVN, Čes a slov Psychiat 2020; 116 (4): 177–182.
- Kulhánek A, Mašlaniova M. Pilotní spuštění nekuřáckého detoxifikačního oddělení Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze. *Adikt prevent léčeb praxi* 2020; 3 (2): 106–111.
- Woodward ER, Richmond R. Smoking Bans in Psychiatric Units: An Issue of Medical Ethics. *Front Psychiatry* 2019; 10: 134.
- Tidey JW, Miller ME. Smoking cessation and reduction in people with chronic mental illness. *BMJ* 2015 Sep 21; 351: h4065.
- Burling TA, Burling AS, Latini D. A controlled smoking cessation trial for substance-dependent inpatients. *J Consult Clin Psychol* 2001 Apr; 69 (2): 295–304.
- McKelvey K, Thrul J, Ramo D. Impact of quitting smoking and smoking cessation treatment on substance use outcomes: An updated and narrative review. *Addict Behav* 2017; 65: 161–170.
- Baca CT, Yahne CE. Smoking cessation during substance abuse treatment: what you need to know. *J Subst Abuse Treat* 2009 Mar; 36 (2): 205–219.
- Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update Panel, Liaisons, and Staff. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report. *Am J Prev Med* 2008 Aug; 35 (2): 158–176.
- Knudsen HK. Implementation of smoking cessation treatment in substance use disorder treatment settings: a review. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2017 Mar; 43 (2): 215–225.
- Kulhánek A. Odvykání kouření jako (ne) adiktologické téma? *Adiktologie* 2017, 17 (3): 180–181.
- Štěpánková L, Králíková E. Léčba závislosti na tabáku u pacientů s psychiatrickou komorbiditou. *Psychiatrie pro praxi* 2010; 11 (2): 66–69.
- Williams JM, Foulds J, Dwyer M, Order-Connors B et al. The integration of tobacco dependence treatment and tobacco-free standards into residential addictions treatment in New Jersey. *J Subst Abuse Treat* 2005; 28 (4): 331–340.
- Bittoun R, Tustian K, Blakemore S et al. A Protocol for a tobacco free drug and alcohol detox unit. Sydney: T.U.O.N. DAME 2019.
- Králíková E, Zvolská K, Štěpánková L et al. Léčba závislosti na tabáku v ČR: historie, současnost, budoucnost, *Čas lék čes* 2020; 159: 147–152.
- Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict* 1991 Sep; 86 (9): 1119–1127.
- Jedličková Z, Švarcová B. Lokální doporučený postup pro vedení léčby náhradní nikotinové terapie u pacientů v ÚVN, aktualizováno 2021, interní standardy ÚVN.
- Taylor DM, Barnes TRE, Young AH. The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry, 13th edition ed., London, Wiley Blackwell 2018: 731–742.
- Stahl SM, Stahl's Essential Psychopharmacology Prescriber's Guide. 6th ed., Cambridge, Cambridge University Press 2017: 177–187.
- Hiemke C, Bergemann N, Clement HW et al. Consensus Guidelines for Therapeutic Drug Monitoring in Neuropsychopharmacology: Update 2017. *Pharmacopsychiatry* 2018 Jan; 51 (1–2): 9–62.