

# Pijane i odurzone dzieci

Zatrucia preparatami narkotycznymi, środkami odurzającymi, lekami i alkoholem są coraz bardziej powszechne w środowisku dzieci i młodzieży. Małoletni pacjenci to grupa społeczna gotowa na różnego rodzaju eksperymenty i mająca obniżone poczucie groźących konsekwencji. Widok ślaniającego się lub agresywnego młodego człowieka, będącego pod wpływem ww. środków, coraz mniej dziwi i zaskakuje.

W Polsce w ostatnich latach odnotowuje się zwiększone przyjmowanie leków, narkotyków i spożycie alkoholu przez młodzież. Około 29% szesnastolatków oraz 46% osiemnastolatków ma kontakt z narkotykami lub lekami przyjmowanymi bez zalecenia lekarza. Najczęściej używane substancje psychoaktywne to: marihuana, haszysz, amfetamina, leki uspokajające i nasenne. Młodszy częściej używają substancji wziewnych. Chłopcy częściej niż dziewczęta eksperymentują ze środkami psychoaktywnymi. Wydaje się, że dostępność nielegalnych środków psychoaktywnych w Polsce się zwiększa.

## Samobójcze demonstracje

Odurzone dzieci i młodzież są coraz częściej pacjentami oddziałów medycyny ratunkowej lub innych oddziałów o profilu pediatrycznym, chirurgicznym. Wśród zatruc u dzieci i młodzieży dominują zatrucia celowe (ok. 75%), czyli takie, które mogą być próbą zwrócenia uwagi na swoje problemy

(tzw. próby samobójcze demonstracyjne) lub są zdecydowanym aktem próby samobójczej (np. w przebiegu zaburzeń psychicznych). Celowe zatrucia u dzieci i młodzieży są często zatruciami o charakterze mieszanym. Ustalenie rodzaju i ilości spożytych substancji jest trudne, a w niektórych wypadkach wręcz niemożliwe. Leczenie ogranicza się do postępowania objawowego.

W trakcie wielu lat pracy w Klinice Chirurgii Dziecięcej w Białymstoku, a obecnie w Klinice Medycyny Ratunkowej Dzieci, miałem możliwość obserwowania narastania tego zjawiska. W latach osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych pijany młodociany na oddziale szpitalnym był rzadkością. Obecnie pijany lub będący pod wpływem środków odurzających 12–14-latek jest częstym zjawiskiem.

## Prawo a małe pacjenci

Ponieważ przybyła nam nowa kategoria pacjentów, to pojawiło się w związku z tym wiele różnego rodzaju problemów, z którymi styka się personel medyczny. Nierzadko dochodzi do dysonansu pomiędzy obowiązującymi przepisami prawnymi w odniesieniu do małych pacjentów, a możliwością ich zastosowania w praktyce. W odniesieniu do chorych, którzy nie ukończyli 18 roku życia, istnieje szereg czynników pozamedycznych, które mogą sprawiać kłopoty. Mogą nimi być np.: brak opiekunów prawnych w chwili przyjęcia do szpitala lub w okresie hospitalizacji, brak zgody pacjenta, który ukończył 16 lat, na diagnostykę lub leczenie, przy istniejącej zgodzie rodziców lub opiekunów prawnych, agresja pacjentów małych w stosunku do personelu lub dzieci przebywających na oddziale.

Problemem są także pacjenci małe z symptomami: zespołu dziecka krzywdzonego, wykorzystywania seksualnego lub

## W świetle prawa:

**Osoba małoletnia** – osoba do 18 roku życia, która podlega władzy rodzicielskiej (art. 10 Kodeksu Cywilnego).

**Osoba nieletnia** – osoba, która w chwili popełnienia czynu zabronionego nie ukończyła 17 roku życia (art. 10, par. 1 Kodeksu Karnego).

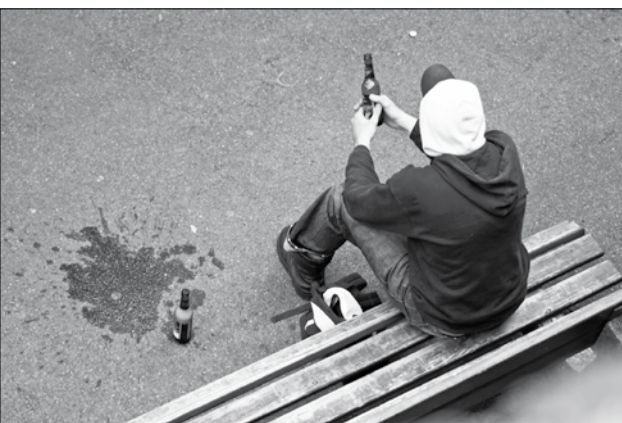
**Młodociany** – osoba, która w chwili popełnienia czynu nie ukończyła 21 roku życia, a w chwili orzekania w pierwszej instancji nie ukończyła 24 lat. Jest to szczególna kategoria sprawców dorosłych, wyodrębniona i traktowana odmiennie w przepisach prawa karnego niż sprawcy dorośli. (Kodeks Karny art. 115 par. 10).

gwałtu. Zdarzenia o tym i podobnym charakterze wymuszają na personelu medycznym znajomość zagadnień prawnych dotyczących małoletnich. W praktyce okazuje się, że nasza wiedza na ten temat jest niepełna, a znajomość odpowiednich ustaw i przepisów prawnych jest pobieżna i nieprecyzyjna. Z drugiej strony, niektóre ustawy w pewnych sytuacjach są niemożliwe do zrealizowania w warunkach szpitalnych.

Personel medyczny, który zajmuje się leczeniem dzieci i młodzieży, powinien zaznajomić się w szczególności z: Kartą Praw Pacjenta, symptomatologią zespołu dziecka krzywdzonego, problematyką nadużywania alkoholu, zażywania narkotyków, środków odurzających wśród dzieci i młodzieży, z ustawami o: wychowaniu w trzeźwości, ochronie zdrowia psychicznego, postępowaniu w sprawach nieletnich, ustawią o zawodzie lekarza i lekarza dentyści.

Nabyta wiedza i znajomość w tym zakresie pozwolą uniknąć sytuacji, w których mogłyby zostać naruszone prawa lub godność małego pacjenta.

Każdego roku w Klinice Medycyny Ratunkowej Dzieci Uniwersyteckiej



↔ *cd. ze str. 7*

go Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Białymstoku jest hospitalizowanych od 500 do 600 pacjentów. Około 100 – 120 z nich to dzieci i młodzież diagnozowana i leczona z powodu zatrucia: alkoholem, lekami, narkotykami, środkami odurzającymi. Około 75% tych chorych jest w przedziale wiekowym od 12 do 18 lat (zatrucia celowe). Około 25% stanowią dzieci w przedziale wiekowym między 1 – 14 rokiem życia (zatrucia przypadkowe).

Pacjenci leczeni z powodu zatruc celowych w około 20 – 25% wywodzą się z rodzin, w których odnotowano jakąś formę patologii (rodziny z problemem alkoholowym, ze stwierdzoną przemocą wewnątrzrodzinną, rodziny niepełne). Część chorych to podopieczni pogotowia o Opiekuńczego lub domów dziecka.

Ponowną hospitalizację na oddziale z powodu zatrucia stwierdzono w około 2% przypadków (stały problem alkoholowy, problem uzależnienia od leków, narkotyków, środków odurzających). Wśród naszych pacjentów jest także młodzież, która weszła w konflikt z prawem (np. nieletni po orzeczeniach sądu z powodu kradzieży, rozboju). Część chorych trafia do Kliniki Medycyny Ratunkowej lub jest kierowana do innych oddziałów UDSK. W związku z diagnozowaniem i leczeniem tego typu pacjentów, utrzymujemy stałą współpracę z Wydziałem Rodzinnym i Nieletnich Sądu, z Prokuraturą oraz Wydziałem Prewencji Policji w Białymstoku. Ponadto mamy stały kontakt z Pogotowiem Opiekuńczym, domami dziecka oraz Izbą Wytrzeźwień w Białymstoku.

Wśród zatruc celowych pacjentów leczonych na oddziale dominują: alkohol etylowy, barbiturany, benzodiazepiny, narkotyki, środki odurzające, inne leki.

Od kilku lat rutynowo wykonujemy testy jakościowe i ilościowe z moczu i krwi na obecność leków, narkotyków, środków odurzających u wszystkich pacjentów hospitalizowanych w klinice z powodu: upojenia alkoholowego, podejrzenia zatrucia lekami, środkami odurzającymi, narkotykami. Tego typu testy są wykonywane również w grupie chorych z wywiadem niejasnych okoliczności

zdarzenia, podejrzenia gwałtu lub wykorzystania seksualnego, wypadku komunikacyjnego, którego sprawcą lub ofiarą był małoletni.

Testy jakościowe wykonywane z moczu wykrywają: barbiturany, benzodiazepiny, marihuanę, amfetaminę, metamfetaminę, fencyklidynę, ekstazę, kokainę, trójcykliczne antydepresanty, morfinę. Testy ilościowe z surowicy krwi wykrywają obecność: etanolu, paracetamolu, karbamazepin, salicylanów, teofiliny, kwasu walproinowego.

*Każdego roku  
na 500 – 600  
hospitalizowanych  
pacjentów, około  
100 – 120 to dzieci i  
młodzież diagnozowana  
i leczona z powodu  
zatrucia: alkoholem,  
lekami, narkotykami,  
środkami odurzającymi*

### **Dzieci krzywdzone**

W ciągu roku odnotowujemy od kilku do kilkunastu przypadków podejrzenia lub rozpoznania: zespołu dziecka krzywdzonego, wykorzystywania seksualnego lub gwałtu na osobach małoletnich. Wobec tych chorych obowiązuje następujący algorytm postępowania:

- ▶ dokładny wywiad i badanie przedmiotowe, które odbywają się z zachowaniem szczególnych zasad poszanowania godności i intymności pacjenta, bez jakichkolwiek czynników ponownej traumatyzacji (np. pośpiech, natarczywe zadawanie pytań, zbieranie wywiadu na ogólnej sali chorych, inne);
- ▶ rozmowa pacjenta i rodziców z psychologiem lub psychiatrą, który ma doświadczenie w pracy z dziećmi;
- ▶ badanie w trybie pilnym przez medyka sądowego i przez ginekologa, który pracuje na co dzień z dziećmi, szczególnie przy podejrzeniu gwałtu lub wykorzystywania seksualnego,

go, nierzadko z wykorzystaniem znieczulenia ogólnego;

- ▶ w zależności od potrzeb konsultacje różnych specjalistów (chirurga dziecięcego, neurochirurga, okulisty, neurologa, pediatry, laryngologa i innych);
- ▶ wykonywanie dokumentacji fotograficznej obrażeń (zawsze należy ją wykonać, gdyż wraz z upływem czasu obrażenia zmieniają swój charakter);
- ▶ zgłoszenie faktu przemyco wobec dziecka do policji, prokuratury lub sądu rodzinnego;
- ▶ bezwzględna hospitalizacja dziecka, a następnie umieszczenie pacjenta w placówce opiekuńczo-wychowawczej w trybie przyśpieszonym, nawet przed orzeczeniem sądu rodzinnego (jeśli sądy są nieczynne np. w weekend, istnieje możliwość umieszczenia dziecka w placówce opiekuńczo-wychowawczej w tzw. trybie interwencyjnym).

### **Agresja i autoagresja**

Zasadnicze problemy, z którymi spotykamy się na oddziale ratunkowym z pacjentami zatrutymi różnymi substancjami, to zachowania autoagresywne i agresywne pacjenta, będącego pod wpływem alkoholu, narkotyków, leków lub środków odurzających.

O zastosowaniu „przymusu bezpośredniego” (Ustawa o Ochronie Zdrowia Psychicznego) decyduje lekarz, który określa rodzaj zastosowanego środka przymusu oraz osobiście nadzoruje jego wykonanie. Formy „przymusu bezpośredniego” to:

- ▶ przytrzymanie,
- ▶ przymusowe podanie leku,
- ▶ unieruchomienie,
- ▶ izolacja.

Czynności przewidziane w niniejszej ustawie można stosować tylko wtedy, gdy przepis niniejszej ustawy do tego upoważnia albo osoby te:

- ▶ dopuszczają się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby,
- ▶ zagrażają bezpieczeństwu powszechnemu,
- ▶ w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu,
- ▶ poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie zakładu psychiatrycznego opieki zdrowotnej



lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.

Oddziały ratunkowe nie mają możliwości zastosowania wszystkich elementów prawnych „przymusu bezpośredniego”. Ograniczają się do przymusowego podania leków lub przytrzymania pacjenta.

## Rachunek za pijanego małolata

W razie stwierdzenia u nieletniego sprawcy czynu zabronionego prawem, upośledzenia umysłowego, choroby psychicznej lub innego zakłócenia czynności psychicznej bądź nałogowego używania alkoholu albo innych środków w celu wprowadzania się w stan odurzenia, sąd rodzinny może orzec umieszczenie nieletniego w szpitalu psychiatrycznym lub innym odpowiednim zakładzie leczniczym (Ustawa o Postępowaniu w Sprawie Nieletnich).

Zgodnie z Ustawą o Wychowaniu w Trzeźwości i Przeciwdziałaniu Alkoholizmowi, do izby wytrzeźwień można doprowadzić osobę w stanie nietrzeźwości, która zagraża życiu lub zdrowiu innych osób (np. jest sprawcą albo usiłuje dokonać czynu bezprawnego przeciwko życiu lub zdrowiu) lub swym zachowaniem powoduje zgorzelenie w miejscu publicznym czy zakładzie pracy. W ustawie nie ma mowy o wieku, w jakim dana osoba musi być, aby przekazać ją do izby wytrzeźwień.

Izba Wytrzeźwień w Białymstoku przyjmuje dzieci i młodzież w stanie upojenia alkoholowego, które ukończyły 14 lat. Tylko, który z lekarzy weźmie na siebie odpowiedzialność i przekaże z oddziału do izby wytrzeźwień czternastoletnie dziecko, które ma 2,5 promila alkoholu w surowicy

i jest w stanie pobudzenia i agresji? Czy mamy gwarancję, że po okresie pobudzenia nie nastąpi np. załamanie podstawowych czynności życiowych, z zagrożeniem życia wyłącznie i koniecznością resuscytacji w warunkach szpitalnych? W ciągu siedmiu lat funkcjonowania Oddziału Ratunkowego przekazaliśmy tylko dwóch pacjentów małych do izby wytrzeźwień i nie było to

pozbawione obaw z naszej strony.

Innym aspektem, dotyczącym leczenia pacjentów w stanie upojenia alkoholowego jest kwestia ewentualnej odpłatności za ten rodzaj leczenia. Czy upijający się 17 lub 18-latek, hospitalizowany na oddziale po raz kolejny, powinien być obciążony kosztami leczenia? Za świadczenia zdrowotne, udzielone osobie znajdującej się w stanie nietrzeźwości, publiczny zakład opieki zdrowotnej pobiera opłatę. Stan nietrzeźwości, który jest jedyną i bezpośrednią przyczyną udzielenia pomocy lekarskiej eliminuje prawo pacjenta do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych (Ustawa o Zakładach Opieki Zdrowotnej).

## Prawo do odwiedzin

Rodzice dzieci, które są hospitalizowane z powodu zatrucia lub upojenia alkoholem, nie zawsze wykazują chęć przebywania z nimi na oddziale. Z reguły prosimy ich o to, ponieważ często chorzy manifestują agresję, są wulgarni, sprawiają kłopoty. Obecność rodziców/opiekunów może być w takich momentach pomocą i wsparciem dla personelu medycznego, jakkolwiek nie mają oni obowiązku prawnego przebywania z dzieckiem na oddziale.

W praktyce wszystkie przypadki upojenia alkoholowego, zatrucia narkotykami, środkami odurzającymi zgłaszamy do policji, prokuratury w formie pisemnej. Kopia wysłanego dokumentu pozostaje w historii choroby. Ustawa o Postępowaniu w Sprawie Nieletnich mówi: *Każdy, kto stwierdzi istnienie okoliczności świadczących o demoralizacji nieletniego, w szczególności naruszanie zasad współżycia społecznego, popełnienie czynu zabronionego, systematyczne uchylanie się od obowiązku szkolnego, lub kształcenia zawodowego, używanie alko-*

*holu lub innych środków w celu wprowadzenia się w stan odurzenia, uprawianie nierządu, włóczęgostwo, udział w grupach przestępczych, ma społeczny obowiązek odpowiedniego przeciwdziałania temu, a przede wszystkim zawiadomienia o tym rodziców lub opiekuna nieletniego, szkoły, sądu rodzinnego, policji lub innego właściwego organu.*

Pacjent ma prawo do osobistego kontaktu z osobami z zewnątrz. Prawo to może być ograniczone tylko ze względów epidemiologicznych. Ma prawo utrzymywać w szpitalu naturalne więzy rodzinne. Na szpitalu ciąży wymóg prawny respektowania tych więzów. Zabranianie opieki nad dzieckiem przez obydwój rodziców jest naruszeniem standardu jego prawa międzynarodowego (Konwencja o Prawach Dziecka). W pewnych przypadkach, gdy mamy do czynienia z małoletnimi po upojeniu alkoholowym, zatruciu narkotykami, środkami odurzającymi, lekami, mając na uwadze ich dobro, możemy nie wyrazić zgody na odwiedzanie ich na oddziale przez rówieśników, osoby nie będące rodziną. Zakaz kontaktu z dzieckiem dotyczący rodziców/opiekunów ustawowych może być respektowany przez personel służby zdrowia tylko w przypadku postanowienia sądu, które zakazuje kontaktu ww. z małoletnim. Pozbawienie lub ograniczenie przez sąd władzy rodzicielskiej rodziców/opiekunów ustawowych nad małoletnim nie znosi możliwości odwiedzin dziecka przez ww. osoby w szpitalu w czasie jego hospitalizacji.

Rozwiązania wymaga także problem agresji pacjentów w stosunku do personelu medycznego i innych osób hospitalizowanych. Kto powinien ich chronić? Policja? Firmy ochroniarskie? ...?

Młodzi pacjenci, diagnozowani i leczeni na oddziałach szpitalnych z powodu zatruc, generują dużą liczbę problemów zarówno o charakterze medycznym, jak i pozamedycznym. Postępowanie z tymi pacjentami wymaga zaangażowania wielu specjalistów. Liczymy na większą i lepszą współpracę z instytucjami rządowymi i pozarządowymi, które powinny rozwiązywać tego typu problemy społeczne.

**Witold Olański**

Dr n. med. p.o. kierownik Kliniki Medycyny Ratunkowej Dzieci UMB.