

**Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP
Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze**

ve spolupráci

Česká asociace adiktologů

Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb

Verze 3.3

(materiál určen pro vnitřní připomínkové kolo MZ za účelem přípravy vydání ve Věstníku MZ v roce 2013, schváleno výborem SNN ČLS JEP na zasedání 6. února 2013)

Materiál neprošel jazykovou korekturou

Verzi 3.1 vznikla zpracováním připomínek k verzí 2.2 a 3.0, které připomínkovali členové Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP, České asociace adiktologů po jejich vnitřních liniích, členové Adiktologického fóra – expertní skupiny vzniklé v rámci projektu NETAD, veřejnost prostřednictvím stránek SNN ČLS JEP na <http://snncls.cz/>, kde byla verze 2.2 dostupná v období únor až květen 2012.

Praha, únor 2013

Dokument vznikl za podpory projektu NETAD „Sítování vědecko-výzkumných kapacit a cílený rozvoj spolupráce mezi vysokými školami, veřejnou správou, soukromým a neziskovým sektorem v adiktologii (reg. č. CZ.1.07/2.4.00/17.0111 OPVK).

Tento projekt je spolufinancován Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem ČR.



a finanční podpory

Firmy Schering-Plough s. r. o., součást Merck & Co., inc.,
Whitehouse Station, NJ, U.S.A



Obsah:

1	ÚVOD	4
2	VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ.....	5
3	ROZSAH PROBLÉMU UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK V ČR	7
4	LEGISLATIVNÍ RÁMEC, STRATEGIE A POLITIKY V OBLASTI ADIKTOLOGICKÉ PÉČE	8
4.1	LEGISLATIVNÍ RÁMEC SLUŽEB PRO UŽIVATELE NÁVYKOVÝCH LÁTEK.....	8
4.2	ODBORNÁ ZPŮSOBILOST PRACOVNÍKŮ PRACUJÍCÍCH V ADIKTOLOGICKÝCH SLUŽBÁCH.....	9
4.3	STANDARDY KVALITY ADIKTOLOGICKÉ PÉČE	9
4.4	STRATEGIE V OBLASTI ADIKTOLOGICKÉ PÉČE.....	10
5	ZHDNOCENÍ STAVU SOUČASNÉHO SYSTÉMU PÉČE O UŽIVATELE NÁVYKOVÝCH LÁTEK..	11
5.1	HLAVNÍ TYPY EXISTUJÍCÍCH ADIKTOLOGICKÝCH SLUŽEB	11
5.2	SLABÉ STRÁNKY SOUČASNÉHO SYSTÉMU ADIKTOLOGICKÉ PÉČE.....	14
5.3	SILNÉ STRÁNKY A PŘÍLEŽITOSTI SOUČASNÉ SITUACE.....	14
6	KONCEPČNÍ VÝCHODISKA.....	16
6.1	CÍLOVÁ POPULACE SLUŽEB ADIKTOLOGICKÉ PÉČE	16
6.2	ZÁKLADNÍ PRINCIPY POSKYTOVÁNÍ ADIKTOLOGICKÝCH SLUŽEB	16
6.3	ZÁKLADNÍ PRINCIPY ROZVOJE SÍTĚ ADIKTOLOGICKÝCH SLUŽEB V ČR.....	17
6.4	TRANSFORMACE SOUČASNÉHO SYSTÉMU ADIKTOLOGICKÉ PÉČE.....	18
7	KONCEPCE SÍTĚ ADIKTOLOGICKÝCH SLUŽEB.....	20
7.1	NAVRHOVANÉ TYPY ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB ADIKTOLOGICKÉ PÉČE	20
7.2	NAVRHOVANÝ ROZSAH ZAŘÍZENÍ ZDRAVOTNÍ ADIKTOLOGICKÉ PÉČE A JEJICH DOSTUPNOST	22
7.3	NUTNÉ ZMĚNY V SYSTÉMU ADIKTOLOGICKÉ PÉČE	23
7.4	JEDNOTLIVÉ TYPY AMBULANTNÍ ADIKTOLOGICKÉ PÉČE A JEJICH VYMEZENÍ.....	24
7.5	JEDNOTLIVÉ TYPY JEDNODENNÍ A LŮŽKOVÉ ADIKTOLOGICKÉ PÉČE A JEJICH VYMEZENÍ	28
	ZDROJE.....	32

1 Úvod

Pro účely této koncepce se pojmem „**adiktologie**“ rozumí v nejširším slova smyslu interdisciplinární obor zaměřující se na prevenci, léčbu a/nebo minimalizaci poruch a nemocí souvisejících s užíváním návykových látek a poruch vznikajících v souvislosti s různými formami závislostního chování.

Obor adiktologie patří mezi středně velké obory. Adiktologická léčebně-preventivní péče zahrnuje prevenci těchto poruch, jejich včasnou identifikaci a intervenci, poradenství, léčbu, sociální rehabilitaci a reintegraci osob těmito poruchami postiženými. Při poskytování adiktologické péče mají být na základě bio-psycho-sociálního modelu závislosti¹ využívány specifické léčebné, edukativní a preventivní postupy a postupy sociální práce, jejichž efektivita je dostatečně zdokumentována a prokázána.

V materiálu je předložen **návrh koncepce specializovaných adiktologických služeb** pro uživatele psychoaktivních látek a patologické hráče, jenž z pohledu odborné společnosti zohledňuje současné potřeby a vývojové trendy v oboru a usiluje o optimální využití potenciálu již existující sítě ambulantních i pobytových zařízení.

Specializovaná adiktologická péče má několik rovin a typů, což je dáno různým charakterem služeb, přítomností několika zákonných rámců, prostředím jejich poskytování, a různorodostí odborností, které se při péči o uživatele návykových látek a/nebo patologické hráče střetávají.

V současné době je možno v praxi rozlišit **adiktologickou péči zdravotní**, členící se dále na adiktologickou péči lékařskou (čili obor návykových nemocí) a adiktologickou péči nelékařskou-zdravotnickou (odpovídající profilu relativně nové nelékařské odbornosti zdravotnického pracovníka adiktolog) a **adiktologickou péči prováděnou v programech sociálních služeb**, v zařízeních speciálního školství nebo např. ve věznicích. Jednotlivé typy specializované péče vyžadují **úzkou vazbu a kombinaci těchto přístupů/perspektiv a v praxi je nutné udržet komplexnost těchto služeb a jejich nedělitelnost. V opačném případě tyto specializované služby zásadně ztrácejí na své efektivitě a přestávají korespondovat s potřebami pacientů a klientů.**

Adiktologická péče ve smyslu předkládané koncepce má dále charakter specializované péče v zařízeních, jejichž jedinou či dominantní cílovou skupinou jsou klienti a pacienti užívající návykové látky. **Typy těchto zařízení jsou jasně definovány standardy kvality² a navazují na ně doporučení postupy³ v oboru adiktologie.** Mimo tuto specializovanou péči jsou služby poskytovány samozřejmě též v zařízeních, jejichž cílová skupina je definována širěji (např. pacienti s poruchou z okruhu psychiatrických diagnóz, do kterých patří také poruchy způsobené užíváním návykových látek) nebo velmi široce (všechny osoby, např. klientela praktického lékaře pro dospělé).

Dále je možno rozlišit péči ambulantní a lůžkovou, a to v různých typech zařízení podle oboru/resortnosti i podle specializace.

Cílem tohoto materiálu je iniciovat diskuzi v odborné obci a připravit koncepční a ekonomicky přijatelný návrh transformace adiktologické péče, který bude srozumitelný a přijatelný pro plátce péče (zdravotní pojišťovny), pro státní správu a krajské a místní samosprávy a bude v souladu s politikou a zákonným rámcem v oblasti zdravotních služeb a veřejného zdraví a zdravotnictví obecně, bude zapadat do rámce poskytování sociálních služeb a bude také v souladu s vládní strategií protidrogové politiky.

Cílem této koncepce je definovat síť specializovaných adiktologických služeb, jejíž těžiště bude spočívat v resortu zdravotnictví v kombinaci se službami spadajícími do resortu práce a sociálních věcí, a jejíž články budou poskytovat zdravotní péči v oboru adiktologie jako hlavní nebo podstatnou část své činnosti a současně zajistí odpovídající kombinaci s péčí sociální v rámci společných a nedělitelných specializovaných provozů definovaných Certifikačními standardy kvality (2012).

Tato koncepce navazuje na předchozí návrhy ambulantní a lůžkové adiktologické péče v České republice vzniklé v rámci Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP v nedávné minulosti (Radimecký et al., 2009; Randák et al., 2011).

¹ Případně se zahrnutím spirituální složky v rámci bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti – viz dále v části Vymezení základních pojmů. Dále v textu tohoto dokumentu je s vědomím spirituální dimenze závislosti a poruch spojených se závislostním chováním používán termín bio-psycho-sociální.

² Standardy kvality (2012) definují základní typy specializované adiktologické péče (v současnosti 9 typů) a pro každý z těchto typů definují soubor požadavků a norem spojených s přípravou a realizací daného typu péče. Předpokladem, na kterém je návrh koncepce vystavěn, je sdílení těchto standardů v rámci oboru adiktologie, včetně požadavku certifikovat poskytovatele a prostřednictvím této procedury je odlišit a jednoznačně identifikovat jako články systému specializovaných služeb.

³ SNN na své listopadové schůzi 2012 schválila záměr předložený doc. Kalinou a kol., na realizaci doporučených postupů, které tak budou vznikat v rámci spolupráci mezi SNN, Klinikou adiktologie 1. LF UK v Praze a dalšími institucemi v rámci projektu NETAD.

2 Vymezení základních pojmů

Adiktologie

Pro účely této koncepce se pojmem „adiktologie“ rozumí v nejširším slova smyslu interdisciplinární obor zaměřující se na základě bio-psycho-sociálního modelu závislosti na tzv. **adiktologické poruchy**, tj. poruchy související s užíváním psychoaktivních látek a poruchy příbuzné se závislostním chováním z hlediska jejich prevence, včasné intervence, poradenství, snižování rizik, léčby, sociální rehabilitace a reintegrace osob s těmito poruchami a souvisejících výzkumných a metodologických aspektů. Adjektivum „adiktologický“ se v tomto dokumentu vztahuje vesměs k celému oboru adiktologie, které není v této koncepci vymezen pouze jako obor zdravotní péče.. Spojení pouze s nelékařskou zdravotnickou profesí „adiktolog“ (viz níže) je používáno jen výjimečně s vysvětlením, nebo toto užší vymezení vyplývá z kontextu.

(Specializovaná) adiktologická péče

Pro účely této koncepce se míní diferencovaně poskytovaná péče pacientům/klientům s adiktologickými poruchami v ambulancích, stacionářích či lůžkových (pobytových) zařízeních uživatelům všech typů psychoaktivních látek a patologickým hráčům a lidem trpícím obdobnými poruchami, jež sestává zejména z komplexní diagnostiky, individuální a skupinové psychoterapie, farmakoterapie, socioterapie, sociální práce, rodinné terapie, poradenství a edukace příbuzných a rodin osob, které trpí návykovými poruchami nebo jsou jimi ohroženy, a dalších léčebných metod dle specifických potřeb pacientů. Dlouhodobá komplexní péče je významná pro minimalizaci epizod relapsu a jejich nepříznivých zdravotních a sociálních důsledků. Specializovaná adiktologická péče je poskytována i (a t.č. zejména) pracovníky jiných odborností, než je odbornost adiktologa – tedy lékaři, zdravotními sestrami, psychology, sociálními pracovníky, pedagogy aj. Je poskytována ve službách, které jsou registrovány veskrze jako zdravotní a/nebo sociální⁴. V tomto smyslu dále používáme termínu **služby adiktologické péče**. Pro účely této koncepce odhlížíme od těch oblastí adiktologické problematiky, kterou jsou primární prevence ve školství, věda a výzkum, posudková činnost, atd.

Adiktolog

Adiktolog je nelékařská zdravotnická odbornost (viz zák. č. 96/2004 Sb.), která se zabývá prevencí, léčbou a/nebo minimalizací rizik a poruch působených užíváním alkoholu, tabákových výrobků a jiných psychoaktivních látek včetně poruch souvisejících s patologickým hráčstvím. Odbornost má transdisciplinární charakter, v léčbě pacientů/klientů je používán komplexní přístup s využitím individuálně uplatňovaných specifických léčebných, edukativních a preventivních postupů včetně sociální práce a psychosociální rehabilitace.

Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti

Světová zdravotnická organizace definuje vznik syndromu závislosti jako důsledek vývoje a udržování problémů spojených s užíváním návykových látek či jiných forem potenciálně závislostního chování, jež jsou determinovány komplexním systémem vzájemně spolupůsobících a posilujících se rizikových faktorů na úrovních společnosti, sociální skupiny a rodiny, do níž jednotlivec patří a jeho biologických a psychologických predispozic (Edwards a kol., 1981). V současnosti je v modelu závislosti stále častěji zdůrazňována spirituální dimenze syndromu závislosti, pak se hovoří o bio-psycho-socio-spirituálním modelu závislosti (American Society for Addiction Medicine, 2012; Kudrle, 2003a; Kudrle 2003b). Tyto modely závislosti proto při léčbě uživatelů psychoaktivních látek a patologických hráčů implikují využití komplexně a diferencovaně poskytovaných výzkumem podložených intervencí z oblasti farmakoterapie, psychoterapie, edukace, sociální práce a psychosociální rehabilitace.

Psychoaktivní látky

V souladu s Mezinárodní klasifikací nemocí (MKN-10) jsou psychoaktivními látkami ty, které se podílejí na vzniku poruch uvedených v diagnostických skupinách F10–F19, tj. alkohol, opioidy, kanabinoidy, sedativa nebo hypnotika, kokain, stimulantia včetně kofeinu, halucinogeny, tabák, organická rozpouštědla a případně další látky nebo kombinace látek.

Patologické hráčství

V MKN-10 jde o diagnostickou jednotku F63.0 z okruhu nutkavých a impulzivních poruch (F63). Má následující charakteristiky:

- Časté opakované epizody hráčství dominují v životě na úkor sociálních, materiálních, rodinných a pracovních hodnot a závazků.
- Postižení popisují intenzivní puzení ke hře, které lze těžko ovládnout, spolu se zaujetím myšlenkami a představami hraní a okolností, které tuto činnost doprovázejí.
- Trvale se opakující hráčství, které pokračuje a často i vzrůstá přes nepříznivé sociální důsledky, jako je ztráta peněz a majetku, narušené rodinné vztahy a rozkol osobního života.

⁴ Kromě sociálních a zdravotních služeb lze mezi adiktologické služby řadit také některá zařízení a programy v pobytových zařízeních speciálního školství, ve věznicích (a to i mimo zdravotní péči ve věznicích) a případně některá zařízení a programy církevní.

Gambling neboli hazardní hraní je neodborný, ale běžně užívaný ekvivalent diagnostické jednotky patologické hráčství. Jde o zúžení zájmu a činnosti na *hazardní* hru. Poškozený prochází periodami výher a proher. Při výhře není schopen často přestat hrát, pokračuje až když vše prohraje a po prohře se vrací s dalšími penězi, aby získal ztracené peníze ze hry zpět, je schopen se dopouštět lhaní, podvodů, krádeží a jiného kriminálního chování, čehož ve chvílích náhledu lituje. Dostává se často do dluhů a v nich spoléhá na své bližní. Jednou z priorit léčby jsou proto intervence vedoucí k (opětovnému) získání kompetencí a dovedností, jak zacházet odpovědně s financemi.

Závislost, zneužívání a škodlivé užívání

Podle ASAM je závislost primární, chronická nemoc systému odměňování v mozku, motivace, paměti a dalších souvisejících funkcí. Poruchy těchto funkcí vedou k charakteristickým biologickým, psychologickým, sociálním a spirituálním projevům v patologickém chování jednotlivce, který užíváním substancí a/nebo pokračováním v chování s potenciálem vzniku a rozvoje závislosti dlouhodobě usiluje o dosažení odměny a/nebo úlevy. Závislost je charakteristická neschopností abstinovat, postižením kontroly chování, bažením, sníženou schopností rozpoznávat či připouštět si výrazné problémy vznikající v důsledku vlastního chování a v mezilidských vztazích, stejně jako v dysfunkčních emočních reakcích. Stejně jako u dalších chronických nemocí, v cyklu závislosti se vyskytují relaps a remise. Bez léčby nebo zapojení do uzdravných aktivit je závislost progresivní a může vyústit v invaliditu nebo v předčasnou smrt (American Society for Addiction Medicine, 2012).

Současná Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) používá pojmy „syndrom závislosti“ a „škodlivé užívání“, zatímco Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV) Americké psychiatrické asociace (American Psychiatric Association, 1994) používá pojmy „závislost“ a „zneužívání látek“.

Škodlivé užívání (abusus) je klasifikováno kódem diagnózy F10 až F19 .1 a je definováno jako užívání vedoucí k poruše zdraví. Poškození může být somatické a/nebo psychické. Syndrom závislosti je klasifikován kódem diagnózy F10 až F19.2 a je definován jako soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritu v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšenou toleranci pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být pro specifickou psychoaktivní substanci, pro skupinu látek nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí.

Podle 4. edice Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch (DSM-IV) je abusus definován jako maladaptivní vzorec užívání látky vedoucí ke klinicky významnému poškození nebo psychické úzkosti, projevených jednou (či vícekrát) v následujících 12 měsících:

- opakující se užití látky vedoucí k neplnění zásadních povinností v práci, škole nebo doma;
- opakující se užití látky v situacích, kdy je to fyzicky nebezpečné (např. řízení automobilu pod vlivem);
- opakující se právní problémy spojené s užíváním látky (např. problémy s policií nebo uvěznění);
- užívání pokračující i přes trvalé nebo opakující se sociální či mezilidské problémy způsobené nebo obnovené efektem dané látky (např. naléhání partnera).

Závislost na návykových látkách popisuje DSM-IV jako maladaptivní model užívání návykové látky, prokázany výskytem minimálně tří z následujících příznaků během jednoho dvanáctiměsíčního období:

- Tolerance, projevující se jedním z následujících příznaků: potřeba nápadně zvýšených dávek k dosažení intoxikace nebo žádaného účinku a/nebo nápadně snížený účinek při užívání stejného množství návykové látky.
- Příznaky z vysazení drogy, projevující se jedním z následujících příznaků: abstinenční příznaky typické pro danou návykovou látku a/nebo užití stejné nebo velmi podobné látky pro potlačení nebo prevenci abstinenčních příznaků.
- Návyková látka je často užitá ve větším množství, než bylo zamýšleno.
- Je přítomna trvalá touha nebo neúspěšná snaha o snížení nebo kontrolu užívání.
- Mnoho času je stráveno při aktivitách nutných k získání nebo užívání návykové látky nebo ke vzpomínání se z jejich účinků.
- Důležité společenské, profesní nebo rekreační aktivity nejsou vůbec provozovány nebo jsou omezeny kvůli užívání návykové látky.
- Užívání návykové látky nepřestává, přestože je známa existence trvalých nebo vracejících se fyzických či psychologických problémů, pravděpodobně působených nebo eskalovaných užitou návykovou látkou.

3 Rozsah problému užívání návykových látek v ČR

Jsou uvedeny údaje o prevalenci užívání návykových látek a patologického hráčství v populaci ČR. Výskyt následků (infekční onemocnění, předávkování, mortalita) uveden není vzhledem k tomu, že není primárním zájmem služeb adiktologické péče.

Pokud jde o užívání alkoholu, odhadovaný počet osob ve věku 18–64 let užívajících alkohol rizikově či škodlivě se v ČR pohybuje v intervalu od 990 tis. až 1,4 mil. (z toho 800 tis. až 1 mil. mužů a 220–320 tis. žen). Počet osob ve značném riziku závislosti nebo závislých na alkoholu se odhaduje na 50–150 tis. osob (z toho 40–135 tis. mužů a 7–10 tis. žen) (Sovinová and Csémy, 2010).

Míra užívání nelegálních drog v obecné populaci ČR je stabilní a mezi mládeží dokonce klesající, což lze označit za velmi pozitivní trend. Výsledky populačních dotazníkových průzkumů realizovaných v posledních třech letech v dospělé populaci ukazují, že nejčastěji užitou nelegální drogou jsou konopné látky (23–34 %), následované extází (4–10 %), halucinogenními houbami (4–9 %) a LSD (2–6 %). V posledním měsíci uvádí užití nelegálních drog mimo konopné látky méně než 1 % respondentů. Mladí dospělí (15–34 let) vykazují vyšší míry užívání – přibližně pětina má zkušenosti s konopnými látkami v posledním roce a vykazují tak jedny z nejvyšších hodnot v Evropě (Mravčík et al., 2012).

Ze studie validizace škály intenzivního užívání konopných látek (CAST, cannabis abuse screening test) v r. 2010 vyplynulo, že pro 71,2 % uživatelů konopných drog představuje užívání relativně malé riziko. Naopak 9,5 % uživatelů (12,2 % mužů a 5,0 % žen) se užíváním konopných drog vystavuje značnému riziku a bylo by tedy vhodné, aby jim byla poskytnuta odborná intervence. Extrapoluje-li se tento podíl na celou populaci ČR, znamená to cca 1,0–1,5 % dospělé populace, tj. 75–110 tis. uživatelů konopných látek ve vysokém riziku (Mravčík et al., 2011).

Po extrapolaci dat o míře prevalence opakovaného aktuálního užití drog (užití alespoň jednou týdně v posledním měsíci) z Celopopulační studie užívání návykových látek v ČR v r. 2008 na celou populaci ve věku 15–64 let lze v ČR odhadnout přibližně 360 tis. pravidelných uživatelů konopných látek, 37 tisíc uživatelů pervitinu, 36 tisíc uživatelů extáze a 31 tisíc uživatelů halucinogenních hub. Nejvyššího počtu přitom dosahují uživatelé sedativ, kterých je v populaci pravděpodobně zhruba 990 tisíc (Běláčková et al., 2012).

Mezi šestnáctiletou mládeží je ze studie ESPAD patrný dlouhodobý trend poklesu prevalence užití pervitinu, heroinu, extáze i halucinogenních hub a v r. 2011 došlo poprvé k poklesu také v případě konopných látek. Alespoň jednu zkušenost s užitím nelegální drogy v životě uvedlo 43,4 % dotázaných studentů – nejčastěji se jednalo o konopné látky (42,3 %), užití jiné nelegální drogy uvedlo 11,0 % respondentů, mezi nejčastěji uváděné patřily halucinogenní houby, LSD a extáze. V užívání alkoholických nápojů mezi českými šestnáctiletými se situace téměř nezměnila od poloviny 90. let minulého století. U chlapců vzrostl výskyt pravidelného pití piva a destilátů, u děvčat vína a destilátů. Nadměrné dávky alkoholu (5 a více sklenic při jedné příležitosti) více než 3krát v posledním měsíci konzumovalo 21 % studentů. Pití alkoholu dospívajícími zůstává dlouhodobě závažným problémem (Csémy a Chomynová, 2012).

S novými syntetickými drogami (tzv. legal highs) má v ČR zkušenost 4,5 % mladých dospělých ve věku 15–34 let (6 % mužů a 3 % žen); obdobný výsledek přinesla i evropská studie Eurobarometr mezi mladými Čechy ve věku 15–24 let (4 %) (Mravčík et al., 2011).

Problémové užívání drog zahrnuje podle definice Evropského monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti injekční užívání drog a/nebo dlouhodobé či pravidelné užívání opiátů a/nebo drog amfetaminového typu a/nebo kokainu, nezahrnuje tedy např. intenzivní či závislostní užívání těkavých látek a/nebo konopných drog (EMCDDA, 2009). V ČR není do prováděných odhadů dosud zahrnováno užívání kokainu, jehož výskyt zůstává dlouhodobě na velmi nízké úrovni. Ze skupiny amfetaminů je z obdobných důvodů odhadován pouze počet uživatelů pervitinu (metamfetaminu). Mezi opiáty typicky užívanými v ČR patří především heroin a Subutex®.

V r. 2011 znovu mírně vzrostl počet problémových uživatelů drog odhadovaný z dat nízkoprahových programů – střední hodnota dosáhla 40,2 tis. osob, z toho bylo 38,6 tis. injekčních uživatelů drog. Na nárůstu se podílejí především uživatelé pervitinu (30,9 tis.), u opiátů došlo k dalšímu poklesu (na 9,3 tis.) – tyto trendy je však třeba posuzovat opatrně vzhledem k možným systematickým chybám vstupních dat, nicméně celkový obrázek v podobě nárůstu uživatelů pervitinu a poklesu uživatelů opiátů je zřejmě správný. Kromě pervitinu, heroinu a buprenorfinu se mezi problémovými uživateli opiátů sezónně vyskytuje užívání surového opia z makových polí a roste užívání léčivých přípravků obsahujících fentanyl či morfin. Poprvé po mnoha letech byly v ČR v r. 2011 odhaleny také varny braunu, opiátové drogy rozšířené v komunistickém Československu, obsahující deriváty kodeinu a morfinu podomácku vyráběné z léků obsahujících kodein (Mravčík et al., 2012).

Na základě údajů o zkušenostech s hazardní hrou u dospívajících v ČR (přibližně každý 10. muž ve věku 18 let hraje na automatech 1x měsíčně nebo častěji), údajů o počtu vyherních automatů v ČR (přibližně jeden na 200 obyvatel) a výsledků prevalenčních studií z jiných zemí byl počet patologických hráčů v ČR odhadnut na 0,5 až 1 % populace (Nešpor a Csémy, 2005), tj. přibližně 35 až 70 tis. osob.

4 Legislativní rámec, strategie a politiky v oblasti adiktologické péče

4.1 Legislativní rámec služeb pro uživatele návykových látek

Od dubna 2012 je účinný balíček nových zdravotních předpisů v rámci reformy zdravotnictví. Jedná se především o zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) a zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách.

Specificky pro oblast léčby uživatelů návykových látek je z celého zdravotnického legislativního rámce nejvýznamnějším **zákon č. 379/2005 Sb.**, o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami. Tento zákon kodifikuje základní zásady a principy, které byly součástí všech dosavadních národních protidrogových strategií od 90. let minulého století. Pro účely zákona se pojem „protidrogová politika“ vztahuje nejen na nelegální drogy, ale i na tabákové výrobky a alkohol. Zákon poprvé za existence ČR definoval typy služeb určené uživatelům drog, v současné době probíhá jeho novelizace mimo jiné v částech typů adiktologické péče tak, aby byl v souladu s rámcem zdravotní péče, který je nově vymezen zákonem o zdravotních službách. Nicméně zatím jsou typy adiktologických služeb v § 20 zákona č. 379/2005 Sb. definovány následovně:

- akutní lůžková péče, kterou je diagnostická a léčebná péče poskytovaná pacientům, kteří se požitím alkoholu nebo jiných návykových látek uvedli do stavu, v němž jsou bezprostředně ohroženi na zdraví, případně ohrožují sebe nebo své okolí⁵,
- detoxifikace, kterou je léčebná péče poskytovaná ambulantními a ústavními zdravotnickými zařízeními při předcházení abstinčním syndromu,
- terénní programy, kterými jsou programy sociálních služeb a zdravotní osvěty pro problémové uživatele jiných návykových látek a osoby na nich závislé,
- kontaktní a poradenské služby,
- ambulantní léčba závislosti na tabákových výrobcích, alkoholu a jiných návykových látkách,
- stacionární programy, které poskytují nelůžkovou denní léčbu problémovým uživatelům a závislým na alkoholu a jiných návykových látkách, jejichž stav vyžaduje pravidelnou péči bez nutnosti vyčlenit je z jejich prostředí,
- krátkodobá a střednědobá ústavní péče, kterou je léčba problémových uživatelů a závislých na alkoholu a jiných návykových látkách ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče v obvyklém rozsahu 5–14 týdnů,
- rezidenční péče v terapeutických komunitách, kterou je program léčby a resocializace ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče a v nezdravotnických zařízeních v obvyklém rozsahu 6–15 měsíců,
- programy následné péče, které zajišťují zdravotnická zařízení a jiná zařízení; obsahují soubor služeb, které následují po ukončení základní léčby a pomáhají vytvářet podmínky pro udržení abstinence,
- substituční léčba, kterou je krátkodobá nebo dlouhodobá léčba závislosti na návykových látkách, jež spočívá v podávání nebo předepisování látek nahrazujících původní návykovou látku, je prováděna ve zdravotnických zařízeních ambulantní péče pod vedením lékaře.

V r. 2006 byl přijat **zákon č. 108/2006 Sb.**, o sociálních službách připravovaný od počátku 90. let⁶, který stanovuje zejména typy sociálních služeb, systém jejich financování, zajištění jejich dostupnosti a kvality. Sociální služby jsou definovány jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní. Zákon definuje 31 typů sociálních služeb, které rozděluje na (1) služby sociální péče, (2) služby sociální prevence a (3) sociální poradenství, které je základní činností při poskytování všech typů sociálních služeb. Uživatelé návykových látek jsou v zákoně uvedeni jako cílová skupina některých služeb sociální prevence a pro oblast léčby a péče o uživatele návykových látek jsou relevantní zejména následující typy sociálních služeb:

- terénní programy,
- kontaktní centra,
- terapeutické komunity,
- služby následné péče a chráněné bydlení,
- domovy se zvláštním režimem (zahnující zejména pobytovou péči pro starší klienty závislé na alkoholu),
- sociální rehabilitace.

Z výše uvedeného popisu rozsahu, legislativního rámce a strategie politiky v oblasti adiktologické péče je zřejmé, že adiktologická problematika spojuje ve službách pacientům/klientům zdravotní a sociální služby. Vytváří to potřebu společného financování těchto služeb prostředky těchto resortů, ovšem rovněž potřebu definovat způsob a transparentní pravidla vícezdrojového financování. Zdá se, že jedním z klíčů k řešení této problematiky by mohla být definice výkonů zdravotnických a nezdravotnických pracovníků a oddělený způsob jejich úhrady. Je třeba ovšem vytvářet systém, který nezatíží služby nadměrnou administrativou několikeré rozdílné evidence a výkaznictví.

Koncepce přispívá tomuto procesu definováním typů zdravotních adiktologických služeb včetně zdravotní adiktologické péče poskytované v kontextu sociálních služeb.

⁵ De facto se toto ustanovení týká tzv. záchytných stanic – viz dále.

⁶ Dosavadní legislativa v oblasti sociálních služeb byla zcela nedostatečná – ze sociálních služeb upravovala jen ústavní péči a pečovatelskou službu, další typy služeb nebyly právně upraveny.

4.2 Odborná způsobilost pracovníků pracujících v adiktologických službách

Od r. 1980 je možná lékařská specializace „v léčení alkoholizmu a jiných toxikomanií“, která je v současnosti podle vyhlášky č. 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů nástavbovým oborem specializačního vzdělávání lékařů „návykové nemoci“, do kterého může být lékař zařazen, pouze pokud má složenou zkoušku v základním specializačním oboru psychiatrie (tzv. atestace). Atestační specializaci může být podmíněna např. způsobilost k poskytování určitého typu léčby (např. farmakoterapie) či uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou o úhradě léčebných výkonů z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

V r. 2005 vzniklo Centrum adiktologie⁷, multidisciplinární výzkumné a vzdělávací pracoviště zaměřené na oblast závislostí. Spolu s jeho vznikem došlo k zakotvení oboru adiktologie jako interdisciplinárního vědního oboru. Byl zahájen bakalářský studijní program v oboru adiktologie; v r. 2008 graduovalo prvních 15 bakalářů adiktologie. V akademickém roce 2011/12 bylo v bakalářském studiu (prezenčním i kombinovaném) zapsáno ve všech třech ročnících celkem 206 studentů, v magisterském studiu pak 52 studentů. V souvislosti s těmito studijními programy vzniklo v r. 2008 novelizací⁸ zákona 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, povolání adiktologa a došlo k vymezení odborné způsobilosti k výkonu tohoto povolání.

V září 2011 byl otevřen vzdělávací program akreditovaného kvalifikačního kurzu Adiktolog (v rozsahu více než 900 hodin), který má připravit účastníky kurzu pro práci zdravotnických pracovníků, jež budou poskytovat preventivní, léčebnou a rehabilitační péči v oboru adiktologie, a to bez odborného dohledu.

Z hlediska nelékařských zdravotnických profesí poskytují adiktologickou péči nebo se na ní významně podílí další profese: klinický psycholog a zdravotně-sociální pracovník, s nimiž pak ve službách v rámci mezioborových týmů spolupracují nezdravotnické profese (sociální pracovník, etoped, pedagog atd.). **Je však zřejmé, že navrhovaná koncepce zdravotních služeb adiktologické péče se opírá o dvě klíčové, vzájemně se doplňující a spolupracující profese:**

- Lékař-specialista v oboru návykových nemocí (lékař-adiktolog).
- Adiktolog jako nelékařská zdravotnická profese (adiktolog).

Kromě těchto dvou profesí je však samozřejmě klíčové udržet nadále mezioborový charakter služeb a zachovat tedy zastoupení dalších výše uvedených profesí a nepodporovat jejich oborovou uniformizaci. Přiměřené zastoupení klinických psychologů, psychologů, etopedů, sociálních pracovníků a dalších profesí, je zárukou udržení kvality a současně udržení mezioborového dialogu a rovnováhy.

4.3 Standardy kvality adiktologické péče

V r. 2005 byl po předchozích 10 letech vývoje (pracovní skupina připravující první verzi standardů vznikla v roce 1995) usnesením vlády ze dne 16. 3. 2005 č. 300 schválen systém certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog, který slouží k zajištění kvality služeb poskytovaných v oblasti harm reduction, léčby a následné péče. Systém je v činnosti od r. 2006 a certifikace je nezbytnou podmínkou pro poskytnutí dotace NNO ze státního rozpočtu od r. 2007. Definováno je 9 typů služeb, kvalita služeb se ověřuje pomocí Standardů odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog, které mají část obecnou a pro každý typ služeb část speciální (Kalina K. et al., 2003) – viz tabulka 4-1. V letech 2010–2012 byl v rámci projektu CEKAS „Výměna zkušeností a šíření dobré praxe v oblasti řízení kvality služeb pro uživatele drog“ zpracován návrh revize těchto standardů, který je v závěru roku 2012 předložen k pilotnímu ověření v místních šetřeních.

⁷ Plný název Centra adiktologie je: Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Od 2.1. 2012 se centrum stalo součástí nově vzniklé Kliniky adiktologie 1.LF UK a VFN v Praze.

⁸ zákonem. č. 339/2008 Sb.

tabulka 4-1: Obsah certifikačních standardů RVKPP

A – Obecná část	B – Speciální část („typové“ standardy)
1. Přístupnost odborných služeb	1. Detoxifikace
2. Práva pacientů/klientů	2. Terénní programy (včetně programu výměny injekčního náčiní)
3. Příjem a úvodní zhodnocení	3. Kontaktní a poradenské služby (včetně programu výměny injekčního náčiní)
4. Spektrum služeb a zásady jejich poskytování	4. Ambulantní léčba
5. Personální práce	5. Stacionární programy
6. Odborné vedení a rozvoj pracovníků a týmů	6. Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba
7. Dostupnost, vnější vztahy	7. Rezidenční péče v terapeutických komunitách
8. Organizační aspekty	8. Ambulantní doléčovací programy (včetně programů chráněného bydlení a chráněné práce)
9. Finance	9. Substituční léčba
10. Prostředí a materiálně-technické zázemí	
11. Minimální bezpečí	
12. Hodnocení kvality a efektivitu služeb	

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, (viz výše) přinesl povinnost registrace sociálních služeb; o registraci rozhoduje příslušný krajský úřad na základě písemné žádosti poskytovatele služby (u zařízení zřizovaných krajem o registraci rozhoduje MPSV). Krajský úřad, případně MPSV, provádí inspekci registrovaných služeb. Kvalita sociálních služeb se při výkonu inspekce ověřuje pomocí standardů kvality sociálních služeb. Systém inspekce sociálních služeb a certifikační systém RVKPP se, co se týká požadavků na odbornou způsobilost programů, překrývají.

Postupy pro léčbu závislosti na návykových látkách jsou z perspektivy odbornosti psychiatrie definovány Psychiatrickou společností ČLS JEP (Popov and Nešpor, 2006). Je zde uvedena léčba odvykacích stavů a postupy a léčebné metody při léčbě závislosti z oblasti psychoterapie a psychosociální intervence, farmakoterapie včetně substituční léčby a harm reduction. Je zdůrazněn význam psychiatrické péče zejména při zvládání akutních psychických stavů (intoxikace a odvykací stavy, toxické psychózy) a psychiatrické komorbidity (např. deprese, poruchy příjmu potravy, patologické hráčství). Novější verze byla zveřejněna v roce 2010 (Nešpor, 2010) a v roce 2012 byla zahájena práce na nejnovější verzi, jejíž adiktologickou částí byl pověřen jako vedoucí autorského kolektivu prim. Petr Popov.

Společnost pro návykové nemoci připravuje vlastní doporučené postupy v oblasti adiktologie, které budou spolu s touto koncepcí sítě služeb dalším významným dokumentem definujícím rámec oboru adiktologie. Již dříve byly zpracovány některé dílčí oblasti – např. oblast zvládání akutních stavů (Dvořáček, 2003), oblast terapeutických komunit pro závislé apod.

V podstatě jediný standard typu „standardu metody“ v oboru adiktologie se týká substituční léčby opioidovými agonisty. Platný Standard substituční léčby (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2008) je první revizí první verze standardu z r. 2001, která vznikla v počátcích rozvoje substitučních programů v ČR. V současnosti se uvažuje o výrazné novele tohoto standardu, která by v dostatečné míře reflektovala aktuální vývoj substitučních programů i „vzorový“ standard pro substituční léčbu WHO z r. 2009.

4.4 Strategie v oblasti adiktologické péče

Cíle a opatření v oblasti léčby uživatelů drog jsou součástí národních strategií v oblasti drog od r. 1993 (Bém et al. 2003). V r. 2010 byla vládou přijata Národní strategie protidrogové politiky na devítileté období 2010–2018, v pořadí již pátý vládní koncepční dokumentu protidrogové politiky – léčba a sociální začleňování jsou jedním ze čtyř pilířů strategie.

Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze v průběhu roku 2012 realizovala projekt MZ, jehož cílem bylo připravit a zpracovat **návrh minimální sítě dostupnosti specializované adiktologické péče v ČR** (vedoucí realizačního kolektivu Dr. Lenka Vavrinčková). Návrh bude předložen SNN, ANO a ČAA v průběhu prvního čtvrtletí 2013 s cílem zahájení diskuse a její další facilitace s následnou možností propojení návrhu s tímto návrhem Koncepce sítě služeb (viz dále kapitola 5).

5 Zhodnocení stavu současného systému péče o uživatele návykových látek

Před rokem 1990 byla léčba uživatelů všech typů psychoaktivních látek zajišťována ve státních zdravotnických zařízeních – protialkoholních poradnách (později tzv. AT ambulancích – ordinacích pro alkoholismus a jiné toxikomanie) a lůžkových zařízeních oboru psychiatrie, a to převážně psychiatry a lékaři s nástavbovou atestací v oboru „návykové nemoci“. K rozpadu sítě AT poraden došlo v důsledku zrušení státních dotací a AT ambulance tím byly postaveny na stejnou úroveň s nespécializovanými psychiatrickými ambulancemi. V oblasti léčby závislostí jsou definovány pouze dva výkony navázané na specializaci v oboru „návykové nemoci“, a to vyšetření alкотestem a disulfiramová (antabusová) reakce prováděná u pacienta při zahájení desenzibilizační léčby při závislosti na alkoholu. Ostatní výkony hrazené z veřejného zdravotního pojištění jsou vázány buď na odbornost psychiatra, nebo se jedná o univerzální průřezové výkony pro různé odbornosti. V podmínkách převážně privátní ambulantní praxe to má osudové následky: síť specializované ambulantní péče o uživatele návykových látek se prakticky rozpadla. V současnosti řada privátních psychiatrů není ochotna péči v oboru adiktologie systematicky poskytovat (nebo vykazovat), přestože ji má s plátcí zdravotní péče ujednánou smluvně.

Ovšem obor návykových nemocí/adiktologie se v posledních 20 letech vyvíjel v jiných oblastech či jiným směrem. Vznikaly nové typy služeb, změnil se přístup k uživatelům psychoaktivních látek. Absenci lékařských služeb začaly částečně nahrazovat nově vznikající služby s úzkou vazbou na místní komunitu – kontaktní a poradenská centra, terénní programy, terapeutické komunity, doléčovací programy, stacionáře, zřizované pracovníky nestátních organizací převážně jen pro uživatele nelegálních drog. Původní bio-medicínský přístup byl nahrazen bio-psycho-sociálním s větší poptávkou po kontaktní práci s klientem, minimalizaci rizik, sociální práci, psychoterapii, substituční léčbě apod. Do péče o klienty se zapojili pracovníci nezdravotnických profesí (psychologové, sociální pracovníci, speciální pedagogové apod.). Vznikaly tak nové, dosud chybějící služby, jež se postupně plně profesionalizovaly.

Stávající síť služeb pokrývá celé spektrum problémů spojených s užíváním návykových látek nekoordinovaně a neefektivně. Léčebné a poradenské služby uživatelům alkoholu, tabáku a jiných psychoaktivních látek jsou poskytovány v zásadě třemi oddělenými systémy a sítěmi služeb.

Roztříštěný systém péče nezajišťuje dostupnost a potřebnou kvalitu služeb adekvátní jednotlivým typům klientů a je jej obtížné koordinovat, kultivovat či rozvíjet. Konceptce systému péče pro uživatele psychoaktivních látek, jež by reflektovala změny po roce 1990, dosud chyběla. Návrh revize standardů odborné způsobilosti pro adiktologické služby otevírá prostor pro poskytování péče všem cílovými skupinám adiktologické péče – včetně uživatelů alkoholu a patologických hráčů, případně pro zahájení diskuse o péči určené uživatelům tabákových výrobků.

Uvedený vývoj vedl až ke vzniku samostatné nelékařské zdravotnické odbornosti „adiktolog“ (novelizace zák. č. 96/2004 zákonem č. 189/2008, § 21a), která se zabývá zejména prevencí a léčbou škod působených užíváním návykových látek včetně alkoholu a tabáku a problémy působenými hazardní hrou včetně patologického hráčství. Vznik této odbornosti je do značné míry nositelem koncepčních změn navrhovaných v tomto dokumentu.

5.1 Hlavní typy existujících specializovaných adiktologických služeb

V současnosti existují dva základní typy adiktologických služeb: zdravotní služby a služby ne-zdravotní, v praxi registrované zejména jako sociální. **Zásadní podmínkou identifikace těchto služeb by však jednotně v budoucnu byla certifikace odborné způsobilosti.**

V oblasti **ambulantních** zdravotních služeb se jedná typicky o psychiatrické ordinace vykazující léčbu osob s návykovými poruchami. Odhaduje se, že funkčních ambulantních zařízení oboru psychiatrie poskytujících péči o adiktologickou klientelu (tzv. AT poraden) je dnes v ČR 50–70⁹ (Mravčík et al. 2012).

Ne-zdravotní služby ambulantní adiktologické péče mají v současné praxi podobu především nízkoprahových kontaktních a poradenských center (některá z nich jsou ovšem registrována i jako zdravotní služby). K hlavním limitům těchto služeb ve stávající podobě patří skutečnost, že až na výjimky nejsou poskytovány jako registrované zdravotní služby a specializují se především na poskytování služeb uživatelům nelegálních psychoaktivních látek. Dále se jedná o ambulantní poradenská a léčebná nezdravotnická centra a programy, která nemají charakter nízkoprahových služeb, poskytují více strukturovanou péči a mohou mít charakter také následné péče, resp. doléčování (after-care); jsou provozována převážně NNO.

Kromě výše uvedených ambulantních pracovišť byly v nedávné době zřizovány poradny pro odvykání kouření, jejichž úzká specializace pouze na kuřáky tabákových výrobků opět vede k fragmentaci péče o závislé na návykových látkách v ČR. Navíc jsou tato centra zřizována v rámci lůžkových zařízení oboru pneumologie nebo vnitřního lékařství.

Mezi zařízení ambulantní péče (i přesto, že zahrnují pobyt „na lůžku“) se řadí také tzv. záchytné stanice nebo ošetření intoxikovaných osob v jiných typech zdravotnických zařízení. Jedná se o programy zajišťující diagnostickou a léčebnou péči pacientům, kteří se požitím alkoholu nebo jiných návykových látek uvedli do stavu, v němž jsou

⁹ V r. 2011 evidoval ÚZIS 799 psychiatrických ambulancí, 454 hlásilo alespoň jednoho AT pacienta, 54 byla AT nebo měla pracoviště AT, 68 mělo více než 150 AT pacientů ročně.

bezprostředně ohrožení na zdraví a životě. Tyto programy však nejsou odbornou veřejností ve své současné podobě považovány za adiktologickou péči v pravém slova smyslu a dokud nedojde ke změnám v jejich legislativním zakotvení a fungování, budou oborem adiktologie a SNN ČLS JEP považovány za neadiktologickou službu (viz dále).

V oblasti **lůžkové péče** je základní struktura krátkodobé, střednědobé i dlouhodobé léčby zajištěna sítí existující psychiatrických léčeben a etablovaných oddělení pro léčbu závislosti v rámci nemocničních komplexů a dále po roce 1990 vzniklou sítí terapeutických komunit pro drogově závislé. Tato specializovaná zařízení jsou zpravidla regionálního nebo nadregionálního charakteru. Odhadem existovalo v ČR v r. 2011 13 až 17 lůžkových oddělení nebo pracovišť oboru psychiatrie¹⁰ a 15–20 terapeutických komunit specializovaných na léčbu adiktologických poruch (Mravčík et al., 2012).

Výše uvedená specializovaná pobytová zařízení jsou doplněna dalšími psychiatrickými zařízeními, ve kterých je poskytována lůžková zdravotní péče - psychiatrickými odděleními nemocnic, psychiatrickými léčebnami, psychiatrickými klinikami), která nejsou pro léčbu závislosti přímo specializovaná a jejichž spádovost bývá regionální. V neposlední řadě jsou součástí systému lůžkové péče lůžka, která jsou součástí chráněného bydlení především doléčovacích center a která slouží k sociální stabilizaci pacienta/klienta formou přechodně poskytovaného ubytování.

Mezi služby zdravotní adiktologické péče spadají také oddělení a jednotky zajišťující lůžkovou detoxifikaci. Jsou zřizovány zejména v rámci lůžkových psychiatrických zařízení, ale v některých případech také v rámci lůžkových oddělení jiných oborů.

Zvláštním typem pobytových programů (jedná se o zdravotní služby v přirozeném prostředí pacientů) jsou programy ve vězení a v zařízeních speciálního školství. Pro práci s adiktologickými poruchami pacientů/klientů ve výkonu trestu a pro následnou péči po propuštění jsou určeny i programy registrované jako sociální služby. Tyto programy jsou poskytovány NNO. Spolupracují s věznicemi a dále s Probační a mediační službou ČR na základě smluv a spolupráci.

Léčebné a poradenské programy (tedy nejen specializované) pro uživatele drog a závislé na drogách, případně jejich kapacitu a využití v r. 2011 shrnuje tabulka 5-1. Podrobné údaje o jednotlivých typech služeb a jejich klientech jsou uvedeny v příloze. Tabulka ukazuje přehled adiktologických služeb v nejrůznějších aplikačních oblastech bez ohledu na jejich zařazení mezi specializované služby. Klíčovým nástrojem pro zařazení do sítě specializované adiktologické péče jsou certifikace odborné způsobilosti.

¹⁰ V r. 2011 evidoval ÚZIS 52 lůžkových psychiatrických zařízení s 86 odděleními či pracovišti, z nich 13 bylo AT a u 4 dalších tvořili AT pacienti více než 50 % pacientů.

tabulka 5-1: Léčebné a poradenské programy poskytující služby uživatelům alkoholu a dalších drog v ČR v r. 2011 (Mravčík et al., 2012)

Typ programu	Celkem ¹			Z toho			
	Počet zařízení / programů	Kapacita (míst, lůžek)	Využití (počet osob)	Nealkoholové drogy (bez tabáku)		Alkohol	
				Počet zařízení / programů	Využití (počet osob)	Počet zařízení / programů	Využití (počet osob)
Ambulantní zdravotnická zařízení oboru psychiatrie	454	–	39 033 ²	394	14 535	428	23 643
Ambulantní (nezdravotnické) programy provozované NNO	12 ⁵	–	1 524 ⁵	Cílovou skupinou jsou především uživatelé nealkoholových (nelegálních) drog.			
Denní stacionáře	1	10	32	Cílovou skupinou jsou především uživatelé nealkoholových (nelegálních) drog.			
Zdravotnická zařízení poskytující substituční léčbu hlásící klienty do Registru substituční léčby (NRULISL)	55	–	2 290	Jedná se o údaje o léčbě uživatelů opiátů, případně opiátů v kombinaci s dalšími látkami (polyvalentních uživatelů).			
Substituční léčba v ordinacích psychiatrů a praktických lékařů pro dospělé	424	–	4 092	Jedná se o údaje o léčbě uživatelů opiátů, případně opiátů v kombinaci s dalšími látkami (polyvalentních uživatelů).			
Záchytné stanice	17	152	28 365 ¹¹	–	3 760	–	23 429
Kontaktní centra a terénní programy (nízkoprahové programy)	99	–	35 500	Cílovou skupinou těchto zařízení jsou především uživatelé nealkoholových (nelegálních) drog, resp. problémoví (injekční) uživatelé drog.			
Detoxifikační jednotky v lůžkových zdravotnických zařízeních	17 ⁶ (29 ⁷)	150	7 161 ²	–	3 199	–	3 960
Psychiatrické léčebny pro dospělé	18	8 994 ³ (1 305 ⁴)	11 305 ²	–	3 976	–	7 329
Psychiatrická oddělení nemocnic	31	1 328 ³	3 812 ²	–	1 466	–	2 345
Dětské psychiatrické léčebny	3	260 ³	33 ²	–	32	–	1
Ostatní lůžková zařízení s psychiatrickým oddělením	2	66 ³	103 ²	–	13	–	90
Terapeutické komunity	15–20 (10 ⁵)	158 ⁵	402 ⁵	Cílovou skupinou jsou především uživatelé nealkoholových (nelegálních) drog.			
Specializovaná oddělení pro děti ohrožené drogovou závislostí v pobytových zařízeních speciálního školství	5	68	155	Cílovou skupinou jsou především uživatelé nealkoholových (nelegálních) drog.			
Programy následné péče	15–34 (15 ⁵)	129 ⁵	1 095 ⁵	Cílovou skupinou jsou především uživatelé nealkoholových (nelegálních) drog.			
Detoxifikace ve věznicích	5	Neznámo	309	Jedná se údaje o detoxifikaci od nealkoholových (nelegálních) drog.			
Substituční léčba ve věznicích	7	–	99	Cílovou skupinou jsou uživatelé opiátů, případně opiátů v kombinaci s dalšími látkami (polyvalentních uživatelů).			
Oddělení pro diferencovaný výkon trestu (dobrovolná léčba)	7	287	535	Jedná se údaje o léčbě uživatelů nealkoholových (nelegálních) drog.			
Oddělení pro výkon ochranné protitoxikomanické léčby ve věznicích	3	113	206	Jedná se údaje o léčbě uživatelů nealkoholových (nelegálních) drog.			
Bezdrogové zóny ve věznicích	33 ⁸	1 905	4 279	Cílovou skupinou jsou především uživatelé nealkoholových (nelegálních) drog.			
Programy NNO ve věznicích	25 ⁹	–	578 (3 422) ¹⁰	Cílovou skupinou jsou především uživatelé nealkoholových (nelegálních) drog.			

Pozn.: ¹Jedná se o celkovou kapacitu a celkový počet uživatelů všech návykových látek, v dalších sloupcích jsou uvedeny údaje pro alkohol a nealkoholové drogy, jsou-li k dispozici. ²Jedná se o počet pacientů se zákl. dg. F10–F19 léčených ve sledovaném roce. ³Počet všech psychiatrických lůžek. ⁴Počet lůžek na pracovištích pro léčbu AT pacientů. ⁵Počet programů, kapacita a počet klientů v programech podpořených v dotačním řízení RVKPP. ⁶Počet detoxifikačních jednotek s vyčleněnými lůžky. ⁷Počet lůžkových zařízení poskytujících detoxifikaci AT pacientům včetně detoxifikace na odděleních bez vyčleněných lůžek. ⁸Bezdrogové zóny nejsou v zásadě léčebným programem, spíše zajišťují bezpečné a motivující prostředí pro odsouzené připravené abstinovat, nicméně 4 z bezdrogových zón jsou s terapeutickým programem. ⁹Počet věznic, ve kterých NNO působily. ¹⁰Počet návštěv ve věznicích (počet klientů). ¹¹Nejedná se o součet kategorií alkohol a nealkoholové drogy, neboť záchytná stanice v Pardubickém kraji nerozdělila ošetřené podle návykových látek – jednalo se celkem o 1176 osob.

5.2 Slabé stránky současného systému adiktologické péče

Společenský vývoj po roce 1990 s sebou přinesl řadu změn v oblasti rozvoje služeb a následného poskytování odborné péče pro uživatele psychoaktivních látek. Především došlo k nerovnoměrnému vývoji služeb pro uživatele alkoholu a uživatele nelegálních drog, který vedl k jejich – z dnešního pohledu - umělému a nesystémovému rozdělení¹¹, kdy služby pro uživatele nelegálních drog byly v rámci protidrogové politiky státu dlouhodobě podporovány veřejnými dotacemi. To, včetně chybějící koncepce transformace bývalých AT ordinací do podoby pracovišť pružně reagujících na nové trendy v užívání návykových látek a uplatňujících výzkumem podložené novější přístupy prevence a léčby, vedlo ke snížení kvality, dostupnosti a návaznosti různých typů a úrovní odborné zdravotní péče pro jednotlivé skupiny jejich klientů a pacientů. K hlavním slabým stránkám systému adiktologické péče, jež jsou výsledkem výše uvedeného vývoje, patří:

- Omezený počet ambulantních zdravotních služeb v oblasti léčby návykových poruch v městech České republiky a výrazně nedostatečná realizace adiktologické péče v privátních psychiatrických ambulancích.
- Neefektivita podpory adiktologických zdravotních služeb z prostředků veřejného zdravotního pojištění: Péče o adiktologické klienty není soustředěna do specializovaných zařízení, chybí definice a úhrada specifických adiktologických výkonů.
- Potřeba poskytování určitého objemu a profilu výkonů zdravotní odborné péče je v rozporu s tím, že tyto výkony nejsou hrazeny z veřejného pojištění nebo jsou hrazeny nedostatečně (např. sociální práce, rozsah psychoterapie, toxikologická vyšetření, opiátová substituce).
- Pacienti jsou z programů vylučováni dříve, než dojde k vytvoření sociální stability z důvodu tlaků ze strany plátců péče, kteří odmítají úhradu tzv. sociálních hospitalizací.
- Zúžené spektrum služeb některých adiktologických služeb – nezdravotnické programy se většinou zaměřují jen na práci s uživateli nelegálních drog a neposkytují služby jiné specifické klientele (uživatelům alkoholu, patologickým hráčům)¹², některé specializované zdravotnické programy (např. některé AT ambulance) pracují zase např. jen s uživateli alkoholu; poradny pro odvykání kouření jsou dalším zřejmým příkladem úzké specializace.
- Nerovnoměrný rozvoj jednotlivých typů služeb v rámci zmíněných různých systémů, jejich neprovázanost v rámci regionu, ne-spolupráce, rozdílné metodiky a/nebo metody práce.
- Nestabilní a nedostatečné financování adiktologických služeb z veřejných zdrojů, zejména služeb závislých na každoročních dotacích.
- Preference striktně bio-medicínského přístupu v kombinaci s omezenou dostupností psychosociálních komponent léčby uživatelů návykových látek ve většině současných zdravotních adiktologických služeb, kdy žádoucí je širší uplatňování bio-psycho-sociálního modelu závislosti dle Světové zdravotnické organizace.
- Mezi stávajícími adiktologickými programy chybí programy pro adiktologické pacienty s jinými komorbiditami a duálními diagnózami (tedy programy využívající ve větší míře postupů „case-managementu“).
- Veškeré standardy a teoretické teze odvykacího programu vycházejí často z představy plné a trvalé abstinence a plné resocializace pacienta. Pro velkou část pacientů/klientů jsou to nepředstavitelné a nereálné cíle. Současné koncepty „redukce konzumace“ nebo „redukce rizik“, aplikovatelné stále častěji i mimo oblast injekčního užívání drog, nejsou dosud v adiktologii plně akceptovány.

5.3 Silné stránky a příležitosti současné situace

- Adiktologické služby se rozvinuly do vějíře, který je dostupný pacientům/klientům ve všech fázích jejich problému, procesu změny. Jsou schopny nabídnout variantu individuální léčby, která je intenzivní – na rozdíl od minulosti i ambulantní formou péče. Principy komplexního přístupu a diferenciací se podařilo rozhodujícím způsobem implementovat. Existuje dostatek údajů o službách, aby bylo možné posuzovat a porovnávat platně jejich výkonnost, přiměřenost nákladů. Toto však, bohužel, platí převážně o službách pracujících s uživateli nelegálních návykových látek.
- Služby zřizované zejména NNO se v dlouhodobém procesu projektového řízení (včetně vypracování průběžných a závěrečných každoročních zpráv o své činnosti) naučily korigovat a projektovat svou činnost na základě pravidelné analýzy potřeb a místní situace.
- Standardy kvality pro programy pracující s uživateli nelegálních drog (tzv. certifikační systém RVKPP), které nastavují v duchu bio-psycho-sociálního modelu a multidisciplinárního přístupu vhodnou pozici pro uplatnění požadavků univerzality a flexibility služeb.
- Je koncipován obor adiktologie, který vytváří půdu pro rozvoj odborného zázemí služeb, jeho absolventi jsou perspektivními nositeli žádoucích přístupů a dovedností. V současnosti tak zdravotní služby oboru adiktologie disponují 4 základními odbornostmi zdravotnického pracovníka, z toho 3 nelékařskými. Vedle odbornosti psychiatra (s nadstavbovou specializací pro obor návykové nemoci) se jedná o klinického psychologa, všeobecnou sestru a adiktologa. Adiktolog je přitom jako odbornost koncipován a schválen jak na bakalářské, tak

¹¹ Paradoxně, v současnosti jsou to zejména dotační systémy, které toto „umělé a nesystémové“ rozdělení udržují a podporují, protože je v nich málo peněz na jinou klientelu než jsou uživatelé nealkoholových/nezákonných drog.

¹² Tuto „cílenost“ služeb na specifické skupiny klientů dosud udržuje například i řada v minulosti stanovených grantových/ dotačních pravidel.

magisterské úrovni a je oborem, jemuž je umožněna práce bez dohledu. V tomto smyslu lze pro všechny typy specializované adiktologické péče ve zdravotnictví uvedené profese využít a současně současně zákonné i podzákonné normy umožňují, aby všechny typy adiktologické péče bylo možné registrovat a poskytovat jako zdravotní služby ve vazbě na zmíněné odbornosti. Odbornost adiktologa přitom byla vytvořena právě s respektem na specifické požadavky mezioborového přístupu a kombinování různých perspektiv v rámci zařízení poskytujících specializovanou adiktologickou péči v plném rozsahu.

- Lůžková zařízení obecně prošla v posledních letech procesem standardizace péče, což se týká i lůžkové péče oboru psychiatrie – týká se to akreditací služeb a kvalifikace personálu. Lůžková péče je tedy v oblasti naplnění standardů kvality v dobrém stavu a na koncepční změny jsou služby personálně a institucionálně relativně dobře připraveny.
- Specializovaná lůžková zdravotnická péče postupně vstřebala prvky terapeutické komunity jako léčebné metody, personál se vesměs vzdělává v psychoterapii – klasický redukovaný medicínský model je tak uplatňován jen málokde. Původní konfrontační model léčby je postupně opouštěn respektive kultivován (od morálního modelu se více přistupuje ke klinickému modelu práce s motivací, posouzením poruchy i cílů léčby v kontextu vývoje osobnosti), pacient je v léčebném procesu stále více partnerem.

6 Koncepční východiska

6.1 Cílová populace služeb adiktologické péče

Cílovou skupinou klientů/pacientů služeb ambulantní adiktologické péče jsou podle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí (MKN-10) osoby, které trpí poruchami, jež byly vyvolány užíváním jedné nebo více psychoaktivních látek (F10–F19), patologickým hráčstvím (F63.0), dalšími, obdobnými poruchami a/nebo abúzem látek nevyvolávajících závislost (F.55). Jejich zdravotní stav a sociální situace v důsledku užívání psychoaktivních látek/patologického hráčství vyžaduje odbornou péči ambulantní či rezidenční.

Velmi často se jedná o sociálně problematickou klientelu s obtížnou spoluprací s pacientem, s nízkou tolerancí ostatními pacienty i nepoučenými zdravotníky. Na druhou stranu mají specializované odvykací programy relativně náročnou strukturu a vyžadují poměrně vysoký stupeň kooperace pacienta a stability jeho zdraví.

Onemocnění má recidivující charakter a léčba je tedy časově náročná a dlouhodobá – je obtížně ovlivnitelná pouze farmakoterapií, vyžaduje vysoký objem psychosociálních intervencí, nutnost práce s rodinou pacienta, dlouhodobou a časově náročnou psychoterapii.

6.2 Základní principy poskytování adiktologických služeb

Odborná obec vyjadřuje shodu v odborných požadavcích na poskytovatele adiktologických služeb zejména ve znění Standardů odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby uživatelům návykových látek schválených usnesením vlády z 16. března 2005 č. 300 (dále Standardy odborné způsobilosti). Od služeb v síti adiktologických služeb se požaduje přiměřená kvalita, cena, výkonnost a účinnost.

Kvalita a bezpečí služeb – adiktologické služby mají splňovat nároky dobré praxe podložené výzkumem, tj. uplatňovat individuální přístup k pacientům/klientům v kontextu bio-psycho-sociálního-spirituálního modelu závislosti s ohledem na jejich potřeby. Zdravotní péče má probíhat v souladu s doporučenými postupy příslušných odborných společností, neboť adiktologická péče zasahuje více odborností. Sociální složka péče má odpovídat standardní kvalitě. Kvalita služeb má být ověřována v procesu certifikací s využitím Standardů odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby uživatelům návykových látek Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky ČR, které mají multidisciplinární charakter.

Zadání Standardů odborné způsobilosti požaduje, aby poskytovatelé služeb dbali na efektivní a kvalitní poskytování služeb, které mají mít tendenci dále zkvalitňovat. Do hodnocení kvality a jejího zvyšování zapojují poskytovatelé služeb i jejich uživatele a vlastní pracovníky. Zařízení poskytující služby musí mít pravidla pro zjišťování spokojenosti uživatelů se službami, prostředím, kde jsou poskytovány, atd. a zpětnou vazbu zapracovává do plánů na zlepšení služby. V tomto smyslu jsou Standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb svým obsahem a kritérii plně v souladu s požadavky Vyhlášky č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče a s metodickým pokynem Minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb, Věstník MZ č. 5/2012, kapitola 3.

Přiměřená cena služeb má být předmětem průběžného monitorování a vyjednávání. Ukazatelé ceny (nákladnosti) pro některé typy služeb (např. dotovaných RVKPP ČR) jsou zpracovávány v rámci dotačních řízení zejména ve vztahu k rovnoměrnému rozdělení omezeného dotačního fondu. Je třeba s takovými ukazateli dále koncepčně pracovat i mimo rámec dotačních řízení, usilovat o modelování ukazatelů přiměřené ceny služby jednotlivých typů služeb v souvislosti s jejich kapacitou a lokálními odlišnostmi (např. velkoměstské a venkovské lokality). Tyto modely mohou být různé, v souvislosti s vývojem způsobu financování sítě adiktologických služeb v budoucnosti. Odborná veřejnost má mít platný a kvalifikovaný hlas při vyjednávání o ceně služeb.

Standardy kvality požadují po poskytovatelích služeb, aby měli představu o zdrojích na pokrytí předpokládaných výdajů na zajištění poskytovaných služeb a byli schopni je prokazatelně doložit. Vedení organizace vytváří podmínky pro to, aby hospodaření odpovídalo platným normám.

Hodnocení **výkonnosti a účinnosti služeb** souvisí úzce s hodnocením přiměřené nákladnosti služeb. K ukazatelům výkonnosti jednotlivých služeb je přihlíženo ze strany plátců péče – jak ze strany zdravotního pojištění, tak v dotačních řízeních, jde o přiměřené využití kapacity a nákladů služby porovnáním výkonu služeb navzájem. Hodnocení účinnosti služby – její efektivity – je složitějším procesem, který je t.č. v kompetenci zejména samotných poskytovatelů služeb. Základní zadání k hodnocení účinnosti služeb poskytují Standardy odborné způsobilosti. Zařízení podle nich mj. musí být řízena odborníky/manažery s potřebnou kvalifikací, kteří nesou odpovědnost za kvalitu a efektivitu poskytovaných služeb. Je třeba usilovat o to, aby hodnocení výkonnosti a účinnosti jednotlivých služeb podle požadavků Standardů odborné způsobilosti probíhala ve všech adiktologických službách.

Nákladová efektivita adiktologické péče byla potvrzena řadou studií. Nákladovou efektivitu adiktologické péče potvrdila přehledová práce zahrnující cca 75 samostatných ekonomických studií publikovaných v posledních 20 letech a shrnující data z veškerých základních typů léčebných programů včetně věznic (Balenko, 2005) s těmito závěry:

- Léčba uživatelů návykových látek vede k signifikantnímu snížení užívání alkoholu a drog, kriminality a ke zlepšení zdravotního stavu a sociálního fungování léčených uživatelů.
- Ekonomické studie bez ohledu na typ populace, programu nebo metodu zpracování stabilně nacházejí výraznou ekonomickou výhodnost léčby alkoholových či drogových závislostí. Ta především plyne ze snížení kriminality (včetně následných nápravných opatření) a ze snížení zdravotních nákladů po absolvování léčby.
- Obecně lze říci, že ambulantní programy léčby přispívají ke snížení zneužívání návykových látek levněji, nicméně pro těžce závislé pacienty je ústavní péče efektivnější.
- Intenzivní (stacionární) ambulantní léčebné programy jsou mírně nákladově efektivnější než standardní ambulantní programy.
- Studie tzv. krátkých intervencí u alkoholiků naopak naznačují, že v určitých podmínkách mohou být méně intenzivní ambulantní programy nákladově efektivnější.
- Režidenční léčebné programy ve vězení jsou nákladově efektivní pouze v případě, že po nich následuje následná péče. Navíc je nákladová efektivita vyšší u více rizikových klientů.

6.3 Základní principy rozvoje sítě specializované adiktologických služeb v ČR

Univerzalita: Adiktologické služby mají být dostupné uživatelům všech typů psychoaktivních látek a osobám s poruchami způsobenými závislostním chováním jako např. patologickým hráčům. Úzká specializace ambulantních pracovišť na práci s uživateli výhradně jedné psychoaktivní látky (např. poradny pro odvykání kouření tabákových výrobků) či skupiny látek (nelegální vs. legální) nemá v odborné literatuře oporu a z pohledu nákladové analýzy je neefektivní. Programy specializované na práci s určitou cílovou skupinou mají mít oporu v prokázané potřebě zřízení takového programu ve vztahu k dané lokalitě a oporu v prokázané účinnosti takového přístupu.

Komplexní přístup: Adiktologické služby mají – na základě zjištěné individuální situace a potřeb jejich uživatelů - integrovat specifické léčebné, edukativní a preventivní postupy včetně sociální práce. Praktická podoba těchto postupů má být dostatečně podložena poznatky z výzkumu. Týmy pracovníků adiktologických služeb mají být sestavovány podle zadání standardů odborné způsobilosti multiprofesně a jejich přístup má odpovídat bio-psycho-sociálnímu modelu.

Vhodný typ a forma odborné péče mají být stanoveny na základě diagnózy, typu užívané návykové látky, rozsahu užívání, stupni závislosti, fyzickém a psychickém stavu pacienta/klienta (přitom se bere v úvahu případná somatická či psychiatrická komorbidita). Dostupné a v úvahu přicházející možnosti odborné péče jsou probrány s pacientem/klientem. Zařízení zajišťují kontinuitu odborné péče. Při ukončení daného programu je vypracován plán navazující nebo následné péče a resocializace (včetně zapojení rodiny tam, kde je to možné). Poskytované služby mají jasně definovaný cíl, poslání a úlohu v komplexním systému péče na místní, regionální, případně nadregionální úrovni. Zařízení dbá o součinnost v systému služeb a vnější koordinaci, spolupracuje s veřejnou správou a místním společenstvím.

Diferenciace: Péči poskytovanou v rámci jednoho adiktologického pracoviště různým cílovým skupinám klientů/pacientů je třeba diferencovat (např. vyhrazenými ordinačními hodinami, speciálními programy apod.) tak, aby byly zohledněny jejich rozdílné potřeby ve vztahu k poskytovaným službám, např. k abstinenci motivovaní klienti/pacienti nemají být v programech kontraproduktivně vystavováni negativnímu vlivu aktuálních uživatelů návykových látek, klienti s deficitem motivace nemají být službami odmítáni pro přítomnost tohoto symptomu. Vždy je třeba zohledňovat místní specifika a podmínky.

Výrazem principu diference je rovněž požadavek standardů odborné způsobilosti na individuální plánování odborné péče v procesu poskytování služby: Má reflektovat potřeby a cíle pacienta/klienta, kterých chce prostřednictvím odborné péče dosáhnout a které jsou vzhledem k jeho možnostem za využití služby realizovatelné. Služba podporuje pacienta/klienta, aby své potřeby a cíle vyjádřil a uplatnil. Standardy rovněž požadují, aby další vzdělávání pracovníků se odvíjelo zejména od identifikovaných potřeb pacientů/klientů a trendů v oblasti služeb pro příslušnou cílovou skupinu.

Efektivita a flexibilita: Účinnost – efektivita - ambulantní i lůžkové adiktologické léčby byla opakovaně prokázána řadou výzkumů. Podmínkou účinnosti je flexibilita v poskytování služeb s ohledem na aktuální potřeby pacientů/klientů s různými typy problémů v souvislosti s užíváním psychoaktivních látek či patologického hráčství, zavádění inovativních postupů podložených výzkumem, hodnocením praxe. Profil poskytovaných služeb má být v souladu s ověřovanými potřebami příslušných cílových skupin služeb. Je třeba usilovat o soulad s potřebami veřejnosti. Jsou zpracovávány doporučené a účinné postupy práce s cílovými skupinami a pacienty/klienty. Tyto postupy mají být předmětem stálé diskuse odborné veřejnosti.

Dostupnost: Adiktologické služby by měly být bez zbytečných průtahů a komplikací dostupné všem potenciálním uživatelům. Dostupnost služeb také znamená, že kontakt se službami je možné navázat a udržovat bez nutnosti vytržení pacienta/klienta z kontaktu se svým přirozeným sociálním prostředím. Služby mají pacienta/klienta aktivně podporovat při využívání služeb běžných systémů a neformálních přirozených zdrojů podle jeho potřeb. Mají mu pomáhat kontaktovat a využívat tyto služby a zdroje podle jeho potřeb a přání. Určené místo a denní doba, během níž je služba poskytována, odpovídají cílům a charakteru služby a potřebám cílové skupiny. Zařízení má realizovat

opatření ke zvýšení dostupnosti péče (šíření informací o zařízení, monitorování využívané kapacity a čekací doby, poskytování informací pacientům/klientům a jejich rodinám o dalších možnostech odborné péče atd.).

Bezpečí: Adiktologické služby i správci jejich sítě mají usilovat o bezpečí ve správě a rozvoji sítě služeb. Jedná se o bezpečí uživatelů služeb (jež je součástí pojetí kvality služeb), o bezpečí veřejnosti, o bezpečí pracovníků služeb (zde zejména ve vztahu ke kontinuálnímu a přiměřenému financování služeb, souvisejícímu s jejich cenou). Je třeba usilovat o to, aby v síti služeb nebyly uplatňovány zásahy vedené úzkými, odborně či ekonomicky nedostatečně odůvodněnými zájmy.

Odborné personální zabezpečení a supervize. Odbornou péči provádí personál s příslušnou kvalifikací a osvědčením. Organizace má mít stanovenou strukturu a počet pracovních míst, pracovní profily, kvalifikační požadavky a předpoklady osobní a morální. Struktura i počet personálu odpovídá Vyhl. č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, a zohledňuje potřeby a aktuální počet uživatelů služeb a jejich potřeby i provoz organizace. Složení a doplňování pracovního týmu odpovídá těmto potřebám. Pracovníci mají rovný přístup k vnější supervizi. Supervizorem je kvalifikovaný a uznávaný odborník, pracující mimo organizaci. Organizace má zavedený a respektovaný postup pro pravidelné hodnocení pracovníků a týmů, jež zahrnuje stanovení, vývoj a naplňování osobních a týmových cílů, úkolů a potřeby další odborné kvalifikace. Organizace má vypracovaný a uplatňovaný systém oceňování pracovníků a to nejenom finanční odměnou, ale i jinými faktory (možnost zvyšování kvalifikace atd.).

Jedním z praktických nástrojů, který tato koncepce navrhuje k řešení problému roztržité péče o pacienty/klienty na hranicích jednotlivých systémů, v nichž je poskytována, je „**case management**“ – mezioborový postup koordinované péče, užívaný u klientů s vícečetnými problémy v určitém období jejich života, případně u náročných klientů, kteří potřebují dlouhodobě péči více služeb současně. Tento postup je plně v souladu s požadavky Standardů odborné způsobilosti. Odbornost adiktologa již v základním kurzu VŠ vzdělání přípravu k práci těmito postupy obsahuje. Pozice case-managera je pozice pracovníka, který pacienta/klienta provází různě dlouhým obdobím a citlivě v práci s individuálním plánem podporuje a ověřuje stabilizaci či zlepšování stavu pacienta/klienta. Výhodou této péče šité na míru klientovým potřebám a možnostem, stejně jako na míru dostupným místním podmínkám léčby a péče, je i fakt, že case-manager může sledovat položku nákladovosti péče. Může tak ovlivňovat některé aspekty její efektivity (například místo opakovaných pobytů v různých nemocničních zařízeních či léčebných komunitách pracovat individuálně na přípravě klienta k léčbě, nebo respektovat jeho rozhodnutí k tomu, že o léčbu nemá zájem a ve spolupráci s ním minimalizovat nárůst zdravotních, psychického a sociálního poškození pacienta/klienta a jeho okolí). Prakticky může case-manager koordinovat práci s pacientem/klientem, který je v kontaktu s více službami současně (vyjednáváním o koordinovaném postupu v zájmu klienta i efektivity práce pracovníků těchto služeb). Case-manager může být také „rozcestníkem“ při prvním kontaktu klienta se systémem a rozhraním mezi sítí adiktologických služeb a sítí jiných služeb (sociálních, krizových, zdravotních jiných odborností apod.) při vstupu indikovaného klienta do systému adiktologických služeb. Case-manager také doplňuje ty zásadní položky na straně pacienta/klienta, ve kterých je projevem deficit (zejména motivaci, schopnost učení, samostatnosti v dopravě atd.). Prakticky koordinuje součinnost služeb zdravotních a sociálních, ambulantních i lůžkových. Legitimita této koordinace v přístupu k případu je mj. dána kontraktem s pacientem/klientem. V praxi těchto postupů v uplynulých desetiletích byl a je často využíván i efekt tohoto postupu pro lokální koordinaci sítě služeb v širším smyslu (sdílení společných pracovníků, prostor, procesů hodnocení kvality, společných projektů). Tento postup je pro mnohé pacienty/klienty jedinou alternativou k hospitalizaci.

Vztah mezi ambulantní a lůžkovou adiktologickou péčí vychází z obecných koncepčních požadavků a principů uvedených výše, které jsou ilustrovány uvedením aktuálních a platných požadavků Standardů odborné způsobilosti. Budou-li koncepčně uplatňovány, pak při indikaci a uzavírání dohody s klienty o vhodném typu služby je vždy třeba preferovat služby, které odpovídají odbornému posouzení potřeb pacienta/klienta, respektují proces vyjednávání s ním a jeho volbu (dosažení informovaného souhlasu, uzavření individuálního kontraktu). Zvolený program odpovídá potřebám pacienta/klienta a podporuje ho v dosažení optimálního tělesného, duševního a sociálního zdraví a kvality života. Přednost mají dostávat služby, které svým profilem odpovídají odůvodněným a odborně posouzeným potřebám a podporují využití přirozených sítí podpory pacientů/klientů.

6.4 Transformace současného systému adiktologické péče

Specializace medicínské adiktologické péče

Týká se specializace stávajících zařízení především oboru psychiatrie a v první řadě ambulantních zařízení. V minulosti funkční síť protialkoholních poraden a AT ordinací se rozpadla. I když je některými ambulantními zařízeními především oboru psychiatrie poskytována specializovaná adiktologická péče a deklarují se jako adiktologické ambulance, nelze je většinou takto identifikovat a uznat. Při srovnání v rámci stávajících adiktologických služeb zejména pro mnohdy nízký počet ošetřených pacientů/klientů příslušných cílové skupině, pro reálnou nízkou dostupnost adiktologické péče, pro nestandardní kvalitu používaných postupů. Je nutné definovat specializovanou lékařskou adiktologickou ordinaci (nově re-definovat AT ordinaci) a také zařízení specializované lůžkové adiktologické péče, tak jako se již stalo v rámci Certifikačních standardů. Zásadní však kromě této definice je implementace záměru a to ve spolupráci s Psychiatrickou společností. Dostupnost takto **specializované adiktologické péče** je žádoucí smluvně zajistit plátcí péče.

Registrace některých sociálních služeb jako zdravotních služeb

Služby nízkoprahové a služby typu terapeutických komunit a doléčovacích center jsou od svého počátku koncipovány jako služby multidisciplinární. Většina z nich má registraci sociální služby podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Koncepce předpokládá transformaci jádra těchto služeb do podoby zdravotnických zařízení nebo případně (zejména u rezidenčních programů) vytvoření podmínek pro poskytování zdravotní péče v zařízení sociálních služeb specializovaných na adiktologickou klientelu. Nositelem této transformace bude především profese adiktologa. Je třeba, aby poskytovatelé služeb typu kontaktních center rozšířili svou péči o cílové skupiny uživatelů legálních n.l. K tomu je možné vytvářet specializované programy pro pacienty/klienty, kteří nejsou schopni a ochotni využít podoby „tradičních“ kontaktních center. Je třeba pracovat důsledně a paralelně s problematikou komorbidit. Části kapacity některých terénních programů lze využít pro intenzivní práci s těžkými klienty postupy case-managementu.

Je žádoucí, aby poskytovatelé služeb typu terapeutických komunit (t.č. zejména pro uživatele nealkoholových n.l.) na základě vzájemných jednání přistoupili k tomu, aby část kapacity těchto zařízení byla vyhrazena pro pacienty/klienty s problémy v souvislosti s alkoholem.

Registrace některých zdravotních služeb rovněž jako sociálních služeb

Aby byl celý systém služeb funkční a stabilní, je třeba systémově využít možnost, která zatím nebyla zdravotnickými zařízeními pro pokrytí sociální složky péče frekventovaně využívána – registrace některých zdravotnických zařízení poskytující adiktologickou zdravotní péči podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Bez registrace mohou podle § 52 poskytovat sociální služby vyjmenované v zákoně jen lůžková zdravotnická zařízení.

Současné procesy počátku transformace služeb v oblasti duševního zdraví, ústavů sociálních služeb

Paralelně s procesy specializace a transformace adiktologických služeb uvedenými výše probíhá proces transformace systému zdravotní péče v oblasti duševního zdraví a další proces transformace sociálních služeb, které bude nutné vzít v úvahu při změnách v síti adiktologických služeb. Je třeba respektovat základní tendence systémových změn v oblasti zdravotních a sociálních služeb jakou jsou snížení počtu lůžek, jejich reprofilace, nahrazení lůžkové péče péčí ambulantní, definice standardních a nadstandardních postupů.

7 Koncepce sítě adiktologických služeb

Koncepce navazuje na 1. revizi Koncepce oboru psychiatrie z roku 2008 Psychiatrické společnosti ČLS J.E.P., jež obsahuje i část věnovanou adiktologické péči ambulantní i lůžkové. Dalšími východisky jsou Standardy odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog (2012), které stanovují kritéria pro dobrou praxi pro ambulantní i lůžková adiktologická zařízení.

7.1 Navrhované typy zdravotních služeb adiktologické péče

Cílem koncepce je využít kapacity stávajících ambulantní a lůžkových, zdravotních i nezdravotních služeb a vytvořit z nich provázanou síť **specializované adiktologické péče**. Tyto změny jsou v souladu s nově schválenou zdravotnickou legislativou a se současnou podobou zákona o sociálních službách. Nicméně předpokládají jednání s plátcí zdravotní péče jak ve smyslu přerozdělení stávajících psychiatrických úvazků pro zajištění péče o uživatele návykových látek, tak jednání o vzniku nových výkonů pro ocenění práce adiktologa tak, aby platba pokrývala skutečně celé spektrum zdravotních činností v adiktologii.

Předpokládané typy **ambulantních pracovišť** (bez ohledu na typové standardy), která by v budoucnu měla poskytovat specializované adiktologické služby ve smyslu specializovaných zdravotních služeb (tedy v souladu se současnou zdravotnickou legislativou), jsou tyto:

- Adiktologické ambulantní zařízení lékařské (lékařská ordinace pro návykové poruchy).
- Adiktologické ambulantní zařízení zdravotnické nelékařské (adiktologická ambulance).
- Adiktologický stacionář (lékařský či nelékařský).

Tyto tři typy zdravotních adiktologických služeb pokryjí regionální a lokální potřeby z hlediska ambulantních služeb pro všechny skupiny uživatelů psychoaktivních látek, patologické hráče a osoby strádající v důsledku dalších příbuzných duševních poruch. Zajištění dostatečné kapacity zdravotních služeb celé sítě vyžaduje transformaci části zařízení tak, aby byla personálně i technicky schopna zajišťovat právě zdravotní služby a přiměřeně je kombinovat s odpovídajícími sociálními službami. Tento návrh předpokládá postupnou transformaci kontaktních center v některých lokalitách – k rozšíření cílové skupiny a tomu odpovídající rozšíření profilu služeb. Klíčové v tomto procesu bude neztratit dosah a efektivitu ve vztahu k práci s cílovou populací intenzivních a problémových uživatelů návykových látek a závislých.

tabulka 7-1: Základní předpokládané typy ambulantní adiktologické péče

Typ péče	Název zařízení	Cílová skupina	Personální obsazení	Hlavní typy intervencí
Lékařská ambulantní	<i>Lékařská ordinace pro návykové poruchy</i>	Problémoví uživatelé alkoholu, léků, nelegálních drog a tabáku, patologičtí hráči	Vedoucí lékař se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie a s nástavbovou atestací v oboru návykových nemocí v úvazku min. 0,5; doporučené zdrav.sestra, adiktolog, případně i zdrav. asistent nebo doplnění nezdravotnickými profesemi	Léčebná a preventivní péče, farmakoterapie, individuální a skupinová psychoterapie, edukace, sociální práce – komplexní přístup
Nelékařská ambulantní	<i>Adiktologická ambulance</i>	Problémoví uživatelé alkoholu, léků, nelegálních drog a tabáku, patologičtí hráči	Vedoucí adiktolog (se smluvně zajištěným psychiatrem nebo lékařem s atestací v oboru návykových nemocí), doporučené zdrav.sestra, případně i zdrav. asistent nebo doplnění nezdravotnickými profesemi, zejména sociálním pracovníkem	Zdravotní péče - minimalizace rizik, včasná diagnostika a intervence, edukace, skupinová práce, individuální poradenství, sociální práce, externě zajištěná psychiatrická a psychol. péče – komplexní přístup
Stacionární	<i>Adiktologický stacionář</i>	Problémoví uživatelé alkoholu, léků, nelegálních drog a tabáku, patologičtí hráči	Vedoucí lékař se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie event. s nástavbovou atestací v oboru návykových nemocí nebo klinický psycholog, nebo adiktolog (se smluvně zajištěným psychiatrem nebo lékařem s atestací v oboru návykových nemocí), doporučené zdrav.sestra, případně i zdrav. asistent nebo doplnění nezdravotnickými profesemi zejména sociálním pracovníkem	Skupinová psychoterapie, principy terapeutické komunity, režim, sociální práce, psychologická diagnostika a péče, (externě zajištěná) psychiatrická péče

Předpokládané typy **jednodenní a lůžkové adiktologické péče** ve smyslu specializovaných zdravotních služeb:

- Jednodenní péče (stabilizace) o závislé
- Detoxifikace
- Krátkodobá a střednědobá odvykací léčba
- Rezidenční léčba v terapeutických komunitách pro závislé
- Dlouhodobá (paliativní) rezidenční léčba o závislé

Lůžková adiktologická léčba by měla být bez zbytečných průtahů a komplikací dostupná všem potenciálním pacientům/klientům. Zařízení lůžkové adiktologické léčby by měla být v dostatečné kapacitě dostupná na území každého kraje s ohledem na regionální trendy v užívání psychoaktivních látek, patologického hráčství a dalších příbuzných duševních poruch.

tabulka 7-2: Základní předpokládané typy jednodenní a lůžkové adiktologické péče

Typ péče	Název zařízení	Cílová skupina	Personální obsazení	Hlavní typy intervencí
Jednodenní péče	Stabilizační jednotka / stabilizační lůžko	Problémoví uživatelé alkoholu, léků, nelegálních drog a tabáku, patologičtí hráči ve stavu akutní dekompenzace	Vedoucí lékař se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie nebo s nástavbovou atestací v oboru návykových nemocí; doporučené zdrav.sestra, adiktolog, případně i zdrav. asistent nebo doplnění nezdravotnickými profesemi.	Stabilizace krizí, relapsů, akutních intoxikací apod. Tato zařízení by mohla převzít úlohu záchytných stanic, ovšem pouze u pacientů se zdravotní indikací a s podmínkou návaznosti na další adiktologické služby, např. na principu case-managementu (viz výše)
Lůžková péče				
Detoxifikace	Detoxifikační jednotka	Problémoví uživatelé alkoholu, léků, nelegálních drog a tabáku, patologičtí hráči před odvykací léčbou závislosti	Vedoucí lékař se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie nebo s nástavbovou atestací v oboru návykových nemocí; doporučené zdrav.sestra, adiktolog, klinický psycholog případně i zdrav. asistent nebo doplnění nezdravotnickými profesemi.	Předcházení a tlumení abstinenčního syndromu především farmako- a psycho-terapeutickými intervencemi a režimovými opářeními.
Krátkodobá a střednědobá odvykací léčba	Psychiatrická léčebna pro léčbu závislosti Oddělení pro léčbu závislosti	Problémoví uživatelé alkoholu, léků, nelegálních drog a tabáku, patologičtí hráči	Vedoucí lékař se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie nebo s nástavbovou atestací v oboru návykových nemocí; doporučené zdrav.sestra, adiktolog, klinický psycholog případně i zdrav. asistent nebo doplnění nezdravotnickými profesemi.	Strukturovaný komplexní program obsahující terapeutické aktivity medicínské (včetně farmakoterapie), psychoterapeutické, výchovně-režimové, resocializační, volnočasové a další. Pracuje s motivačním cyklem změny s cílem dosažení a udržení abstinence, stabilizace psychického a somatického stavu a maximálně možné resocializace pacienta. Má charakter především akutní péče.
Rezidenční léčba v terapeutických komunitách	Terapeutická komunita pro léčbu závislosti	Problémoví uživatelé alkoholu, léků, nelegálních drog a tabáku, patologičtí hráči	Vedoucí lékař se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie event. s nástavbovou atestací v oboru návykových nemocí nebo klinický psycholog, nebo adiktolog (se smluvně zajištěným psychiatrem nebo lékařem s atestací v oboru návykových nemocí); doporučené zdrav.sestra, adiktolog, klinický psycholog případně i zdrav. asistent nebo doplnění nezdravotnickými profesemi.	Dlouhodobá léčba závislosti mající charakter převážně následné péče navazující na péči akutní. Je zaměřená na dosažení a udržení abstinence, práci s motivací, stabilizaci psychického a somatického stavu a na maximálně možnou rehabilitaci a resocializaci pacienta. Program léčby v terapeutické komunitě je komplexně strukturován a obsahuje terapeutické aktivity medicínské, psychoterapeutické, výchovně-režimové, resocializační, volnočasové a další, (externě zajištěné) psychiatrické péče.
Paliativní léčba	Domov s adiktologickým režimem	Pacienti s obtížně léčitelným chronicky rozvinutým syndromem závislosti a s ireverzibilními poškozením duševních nebo somatických funkcí	Vedoucí lékař se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie event. s nástavbovou atestací v oboru návykových nemocí nebo klinický psycholog, nebo adiktolog (se smluvně zajištěným psychiatrem nebo lékařem s atestací v oboru návykových nemocí); doporučené zdrav.sestra, adiktolog, klinický psycholog případně i zdrav. asistent nebo doplnění nezdravotnickými profesemi.	Paliativní rezidenční léčba terminálních adiktologických stavů směřující k abstinenci v chráněných rezidenčních podmínkách a k adiktologické rehabilitaci. Obsahuje terapeutické aktivity medicínské, podpůrné psychoterapeutické včetně prevence relapsu a zvládnání cravingu, dále aktivity režimové, psychosociálně rehabilitační, ergoterapeutické, volnočasové a další

Následná péče a doléčování bude součástí náplně služeb výše uvedených ambulantních a rezidenčních programů, ovšem může být poskytována jako součást specializovaného programu následné péče (pokud v ambulantních podmínkách, potom často s návazností na chráněné bydlení).

Nutnost navázání a zakotvení specializovaných adiktologických služeb v systému zdravotních a sociálních služeb je zřejmá, již v současnosti je zřejmá diferenciací specializace péče o závislé. Přehled diferenciací péče o závislé podle její specializace je uvedena v následující tabulce.

tabulka 7-3: Typy zdravotní adiktologické péče podle typologie zákona o zdravotních službách

Stupeň specializace péče podle zákona o zdravotních službách	Ambulantní péče	Jednodenní péče	Lůžková péče			
			Akutní léčba intenzivní	Akutní léčba standardní	Následná léčba	Dlouhodobá (paliativní) léčba
Nespecializovaná zařízení	Ambulance jiných odborností (např. poskytování „základní“ substituční léčby)	Akutní lůžka jiných oborů	Akutní lůžka obecné psychiatrie a jiné medicíny	Akutní lůžka obecné psychiatrie a jiné medicíny	Nespecializovaná oddělení psych.léčeben a nemocnic	Vznik zařízení dlouhodobé léčby obecné psychiatrie, případně specializovaná na adiktologickou klientelu. Poskytování specializované adiktologické péče ve specializovaných zařízeních sociálních služeb, které mají statut „domovů se zvláštním režimem“.
	Psychiatrické ambulance	Stabilizační lůžka v rámci psychiatrických oddělení Případně krizová centra, která budou mít statut zdravotnických zařízení		Psychiatrická oddělení a léčebny bez strukturovaného programu – stabilizační léčba (regionální).		
Specializovaná zařízení	Lékařská ordinace pro návykové poruchy Adiktologická ambulance Adiktologický stacionář	Stabilizační lůžka v rámci oddělení pro léčbu závislostí a léčeben pro léčbu závislostí Záchytné stanice (pro indikované pacienty a po transformaci záchytných stanic) Případně lůžka pro jednodenní hospitalizaci v rámci adiktologických ambulancí nebo stacionářů.	Detoxifikační jednotky splňující kritéria intenzivní péče	Oddělení pro léčbu závislostí v rámci nemocnic nebo psychiatrických léčeben a léčebny pro léčbu závislostí –standardní detoxifikace a odvykací léčba (nadregionální).	Spec.oddělení a léčebny se specifickým programem Terapeutické komunity (nadregionální)	

7.2 Navrhovaný rozsah zařízení zdravotní adiktologické péče a jejich dostupnost

Navrhovaný počet zařízení vychází ze současného stavu počtu zařízení, prevalenčních odhadů problémových uživatelů jednotlivých typů drog a závislých a ze současné kapacity a počtu pacientů jednotlivých programů. Jedná se spíše o konzervativní odhady, resp. návrhy rozsahu péče.

Typ péče	Název zařízení	Minimální rozsah péče a její dostupnost
Ambulantní péče	Lékařská ordinace pro návykové poruchy	Jedno zařízení na území o velikosti okresu, resp. pražského správního obvodu.* Tj. přibližně 1 zařízení na 100 tis. obyvatel celkem a orientačně cca 500 problémových (injekčních) uživatelů opiátů a pervitinu, 1000 problematických uživatelů konopných látek, 1500 závislých na alkoholu a 500 patologických hráčů. Intenzivní uživatelé ostatních drog včetně léků mohou potenciálně tvořit další řádově stovky pacientů. Jedno zařízení (lékařská ordinace nebo ambulance adiktologická nelékařská) na území kraje specializované na klientelu dětí a dospívajících (do 18 let).

	<i>Adiktologická ambulance (nelékařská)</i>	Jedno zařízení na území o velikosti okresu, resp. pražského správního obvodu.* Přepočítání na prevalenci problémových a závislých uživatelů a specializace na dětskou a dospívající klientelu viz výše.
	<i>Adiktologický stacionář</i>	Jedno zařízení na území kraje.
<i>Jednodenní stabilizace</i>	<i>Stabilizační jednotka / stabilizační lůžko</i>	Jedno zařízení na území o velikosti okresu, resp. pražského správního obvodu.*
<i>Lůžková péče</i>	<i>Detoxifikační jednotka</i>	1-3 zařízení na území kraje. Přibližně 1 zařízení a 10 lůžek na 500.000 obyvatel.
	<i>Psychiatrická léčebna pro léčbu závislosti</i>	1-2 zařízení/oddělení na území kraje. Přibližně 1 zařízení na 500.000 obyvatel, 90 lůžek pro pacienty/klienty nad 18 let na 500.000 obyvatel s ohledem na regionální specifika a 10 lůžek na 500.000 obyvatel pro klientelu mladší 18 let.
	<i>Oddělení pro léčbu závislosti v rámci nemocnice nebo psychiatrické léčebny</i>	
	<i>Terapeutická komunita pro léčbu závislosti</i>	Přibližně jedno zařízení na území kraje, celkem přibližně 500 lůžek pro ČR, tj. 5 lůžek na 100.000 obyvatel.
	<i>Domov s adiktologickým režimem</i>	2-5 zařízení v ČR, 50 až 150 lůžek na ČR.

Pozn.: Tj. 76 okresů v ČR mimo Prahu a 22 pražských správních obvodů.

Je nutné připomenout vzájemnou provázanost jednotlivých typů ambulantní a lůžkové části péče, nezbytnou komplementaritu, vyváženost a dělbu práce mezi nimi. Současná podoba sítě implikuje pozornost kapacitám ambulantní péče, což však neznamená omezování péče lůžkové. Avšak např. při případné redukci lůžkových kapacit je zcela zásadní v předstihu posílit ještě více ambulantní síť, aby vzniklá nerovnováha neohrozila dostupnost péče a bezpečí pacientů/klientů.

Lze předpokládat, že v řídké obydlených oblastech a okresech nebo v oblastech, kde je výskyt problémových forem užívání návykových látek na nízké úrovni, bude mít program ambulantní adiktologické péče charakter "adiktologického ambulantního centra", multifunkčního programu, který bude INTEGROVAT funkci lékařské ordinace včetně substitučního centra, adiktologické ambulance s programy snižování rizik, terénním programem, krizovou intervencí (včetně např. krizových lůžek nebo jednodenní péče podle nové legislativy), následnou péčí o klienty po léčbě nebo uživatele drog vracející se z výkonu trestu odnětí svobody.

V hustěji obydlených okresech a větších městech (krajských) lze předpokládat DIFERENCIACI péče a existenci několika specializovaných zařízení/programů, což je také současná praxe.

V oblasti lůžkové adiktologické péče lze předpokládat podobný princip INTEGRACE v regionech a DIFERENCIACE ve velkých sídlech. „Adiktologické lůžkové centrum“ zahrnující minimálně detoxifikaci, krátko a střednědobou péči by pak bylo zřízeno s minimální dostupností jedno centrum v kraji.

Je možno také předvídat vznik „Regionálních adiktologických center“, které budou integrovat ambulantní i lůžkovou část a budou plnit roli specializovaného, garantovaného, krajského metodického centra pro ostatní adiktologické programy v kraji včetně např. substitučních programů realizovaných jinými odbornostmi než adiktologickými. Podobně, jak je tomu do značné míry u Apolináře a několika dalších „adiktologických center“ v regionech.

Je rovněž otázkou, zda další trend ukáže oprávněnost předpokládaného odhadu dostatečné kapacity terapeutických komunit a navazujících specializovaných center následné péče na úrovni přibližně kraje, tj. jednoho zařízení typu TK a jednoho doléčovacího specializovaného centra na přibližně jeden kraj. Otevřenou by tak ale zůstala otázka řešení těžkých komorbidních pacientů s výrazným poškozením a zcela disfunkčním sociálním zázemím a zajištěním dlouhodobého programu v řádu let pro tyto nejtěžší pacienty s problematickou či zcela špatnou prognózou a chronickým postižením.

7.3 Nutné změny v systému adiktologické péče

Aby bylo možné koncepci adiktologických služeb realizovat, musí být doprovázena následujícími systémovými změnami:

- Stejně jako v oblasti odborné je nesporná multidisciplinarita adiktologických služeb, v oblasti ekonomické je potřebné přiznat, zajistit a zpřehlednit vícezdrojový systém financování, jehož páteř tvoří v současnosti 3 zdroje: veřejné zdravotní pojištění, dotační systémy a příspěvky státu (MPSV, RVKPP případně MZ) a dotační systémy a příspěvky samosprávy. Dohoda na národní i lokální úrovni o financování adiktologických služeb mezi výše uvedenými zdroji je nezbytná
- Sjednocení terminologie v oblasti léčby návykových poruch. Obor adiktologie zahrnuje vedle léčby návykových poruch také nelékařskou zdravotní péči s přesahem do intervencí sociálních.
- Přerozdělení psychiatrických úvazků určených na léčbu návykových poruch.

- Přerozdělení případně stanovení (tam, kde nejsou) smluvních úvazků zdravotních pojišťoven pro lékařskou adiktologickou péči (léčba návykových nemocí). Vyžaduje to kontrolu objemu poskytované péče ze strany zdravotních pojišťoven a primární přidělení úvazků psychiatrů určených na léčbu osob s návykovými poruchami registrovaným ambulancím pro léčbu návykových poruch a adiktologickým ambulancím, které adiktologickou péči poskytují v potřebném a definovaném obsahu a rozsahu, s náležitou odbornou úrovní.
- Ve spojení s výše uvedeným vyžadovat systémovou specializaci vybraných ambulantních a lůžkových psychiatrických zařízení na léčbu závislostí.
- Registrace definovaných adiktologických služeb, které dosud nemají statut zdravotnického zařízení, jako zdravotních služeb.
- Změna legislativním zakotvení a fungování záchytných stanic: Vyjasnění statutu zařízení, statutu pacientů, cílů, indikací, pracovních postupů a metod práce záchytných stanic. Navázání intoxikovaných osob na systém dalších adiktologických služeb, např. prostřednictvím spádové adiktologické ambulance nebo adiktologického case-managera.
- Ukotvení zdravotní péče poskytované odbornými adiktologickými nelékařskými pracovníky do systému úhrad zdravotní péče. Vytvoření zdravotních výkonů nelékařské i lékařské zdravotní adiktologické péče.
- Vznik adiktologických ambulancí a nasmlouvání potřebných zdravotních výkonů hrazených ze zdravotního pojištění (a vázaných na odbornost adiktologa).
- Vytvoření podmínek pro poskytování zdravotní péče v odbornosti adiktolog.
- Vytvoření podmínek pro poskytování zdravotní adiktologické péče (lékařské či v odbornosti adiktolog) v zařízeních sociálních služeb (např. terapeutické komunity, domovy se zvláštním režimem) a v zařízeních speciálního školství.

7.4 Jednotlivé typy ambulantní adiktologické péče a jejich vymezení

7.4.1 Lékařská ordinace pro návykové poruchy

Vymezení a charakter služby

Jedná se o specializovanou ambulanci oboru psychiatrie se specializací na adiktologickou klientelu.

Zákon č. 379/2005 Sb. v § 20 a Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby uživatelům návykových látek Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky ČR ve standardu „Ambulantní léčba“ vymezují ambulantní adiktologickou péči obecně jako ambulantní léčebnou a preventivní péči ve zdravotnických zařízeních.

Cílovou populací služby jsou osoby experimentující s návykovými látkami, problémoví uživatelé návykových látek, závislí motivovaní i nemotivovaní k abstinenci, abstinující absolventi ambulantního či ústavního léčení, rodinní příslušníci a partneři.

Terapeutický tým má být multidisciplinární, se vzděláním lékařským, psychologickým, psychoterapeutickým, speciálně pedagogickým, v oblasti sociální práce, popř. jiným.

Služba obsahuje v širokém vymezení základní navázání kontaktu, základní zdravotní péči, poradenství, léčebnou péči na základě odborného posouzení a individuálního léčebného plánu. V profilu služby se počítá s farmakoterapií, strukturovanými individuálními i skupinovými terapeutickými aktivitami, sociální prací, prevencí relapsu, doléčovacími aktivitami.

Lékařská ordinace pro návykové poruchy může plnit úlohu **specializovaného centra opiátové substituční léčby**. Substituční léčba je definována v § 20 zákona č. 379/2005 Sb., o ochraně před škodami..., a ve Standardu substituční léčby (Věstník MZ ČR, částka 3/2008). Předpokládá se také specializace některých ordinací na dětskou a dorostovou klientelu na krajské úrovni.

Standardy odborné způsobilosti vymezují v typu „Substituční léčba“ opiátovou substituční léčbu jako ambulantní udržovací léčbu substituční látkou s psychosociální komponentou, plánovanou na období delší než 12 měsíců.

Služba je řízena kvalifikovaným vedoucím lékařem, s nástavbovou atestací v oboru AT nebo s atestací nejméně 1. stupně z psychiatrie, s praxí v oblasti léčby závislostí. Terapeutický tým: Multidisciplinární vzhledem k povaze problému, převažují zdravotničtí pracovníci.

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

7.4.2 Adiktologická ambulance (nelékařská)

Vymezení a charakter služby

Tyto služby odpovídají podle Standardů odborné způsobilosti typu „Ambulantní léčba“ a „Kontaktní a poradenské služby“.

Ambulantní léčba (viz. 7.4.1) je vymezena jako ambulantní léčebná a preventivní péče ve zdravotnických a nezdravotnických zařízeních.

Služba je řízena kvalifikovaným odborným pracovníkem/manažerem, s praxí v léčení a doléčování závislostí, skupinové a rodinné terapii, apod. V případě, že se jedná o zdravotnické zařízení, řídí se jejich vedení platnými právními předpisy. Terapeutický tým: Multidisciplinární vzhledem k povaze problému, výběr pracovníků v oblastech vzdělání požaduje vzdělání lékařské, psychologické, psychoterapeutické, speciálně pedagogické, v oblasti sociální práce, popř. jiné).

Cílovou populací tohoto typu služby jsou osoby experimentující s návykovými látkami, problémoví uživatelé návykových látek, závislí motivovaní i nemotivovaní k abstinenci, abstinující absolventi ambulantního či ústavního léčení, rodinní příslušníci a partneři.

Služba obsahuje v širokém vymezení základní navázání kontaktu, základní zdravotní péči, poradenství, léčebnou péči na základě odborného posouzení a individuálního léčebného plánu. V profilu služby se počítá s farmakoterapií, strukturovanými individuálními i skupinovými terapeutickými aktivitami, s prevencí relapsu, doléčovacími aktivitami. Součástí služby je rovněž sociální práce a prevence relapsu.

Kontaktní a poradenské služby obsahují ve svém profilu kontaktní služby, poradenství a motivační trénink, programy „harm reduction“, diferenciatně diagnostický filtr a zprostředkování léčby.

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

Náplň služby: Nizkoprahové služby přístupné všem přicházejícím klientům včetně anonymních. Zahrnují kontaktní práci, základní poradenství, výměnu injekčního náčiní, základní zdravotní péči, zajištění testování na HIV a hepatitidy, neodkladnou péči a doplňkové služby.

Kontaktní práci: Služby prvního kontaktu pro uživatele drog, jejich rodiče, partnery a jiné iniciátory kontaktu s cílem vytvoření důvěry mezi klientem a odbornou institucí, motivace ke změně rizikového chování a přijetí plánu odborné péče, minimalizace zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním návykových látek.

Základní poradenství: Týká se zdravotního stavu klienta, zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním drog a minimalizace těchto rizik, možností léčby, rehabilitace a sociální reintegrace, informací o léčebných a jiných odborných zařízeních, získávání motivace a doporučování do příslušných zařízení.

Základní zdravotní ošetření: Je prováděno kvalifikovaným zdravotnickým pracovníkem nebo zajištěno ve zdravotnickém zařízení.

Doplňkové služby: Hygienický, potravinový, vitamínový servis.

Strukturovaná odborná péče: Je prováděna na základě individuálního zhodnocení pacienta/klienta, zpracován individuální plán, monitorován proces léčby. Jsou možné skupinové aktivity. Farmakoterapie je prováděna pouze ve zdravotnických zařízeních. Součástí této služby je rovněž sociální práce a prevence relapsu.

Personální vybavení služby: Služba je řízena kvalifikovaným odborným pracovníkem/manažerem s odpovídajícím, minimálně středoškolským vzděláním a s (alespoň jednoletou) praxí v oblasti sekundární a terciární prevence drogových závislostí. Terapeutický tým je multidisciplinární s ohledem na bio-psycho-sociální model závislosti a poskytované služby.

7.4.3 Adiktologický stacionář

Tyto služby odpovídají podle Standardů odborné způsobilosti typu „Stacionární programy“. Jsou také definovány v § 20 zákona č. 379/2005 Sb.

Stacionární programy jsou vymezeny jako služba intenzivní ambulantní péče: Strukturované programy denních, popř. nočních či odpoledních stacionářů v délce 3-4 měsíce. Tento typ služby je doposud zřízen a certifikován pouze v Praze. Služba je vymezena jako ambulantní léčba rozšířená o strukturovaný program denního stacionáře.

Podle Standardů odborné způsobilosti má být řízena kvalifikovaným odborným pracovníkem/manažerem, s praxí v oblasti skupinové psychoterapie, léčení závislostí, rodinné terapie, apod. V případě, že se jedná o zdravotnické zařízení, řídí se jejich vedení platnými právními předpisy.

Cílová populace: Osoby závislé na návykových látkách v mírně pokročilém až středním stupni závislosti, s náhledem a silnou motivací k léčbě, se somatickými a psychickými komplikacemi, které nevyžadují lůžkovou péči, sociálně stabilizovaní (např. spolupracující rodina, stálé bydliště).

U této služby se předpokládá, že těžiště práce spočívá ve skupinovém strukturovaném programu, využívány jsou prvky terapeutické komunity. Intenzivní program může zahrnovat formy léčby od skupinové psychoterapie, skupin prevence relapsu, rodinné terapie, skupin pro různé cílové podskupiny až k rehabilitačním programům. Tato služba je koncipována jako vhodná alternativa hospitalizace. Je-li denní program delší než 5 hodin bez přestávky, je zařízení povinno zajistit pacientům/klientům stravu. Součástí služby je rovněž sociální práce a prevence relapsu.

7.4.4 Další specifické programy v oblasti ambulantní péče

7.4.4.1 Terénní programy

Vymezení a charakter služby

Tyto služby odpovídají typovému standardu „Terénní programy“ a jsou rovněž definovány v § 20 zákona č. 379/2005 Sb.

Terénní programy jsou služby prvního kontaktu v terénu včetně komplexního programu „minimalizace rizik“ s cílem ovlivnit motivaci pacienta/klienta ke změně životního stylu, rizikového chování a k vyhledání příslušných odborných zařízení. Tato služba je zřizována v nejčastěji v rámci kontaktních center, působí rovněž jako samostatné programy.

Cílová populace: Uživatelé drog, kteří nejsou v kontaktu se zdravotními a sociálními zařízeními, uživatelé drog s rizikem získání infekce HIV a hepatitid, nezletilí a mladiství uživatelé drog, prostitující uživatelé drog, bezdomovci, etnické menšiny, další populace se zvýšeným rizikem. Formy terénní práce – na otevřené drogové scéně, uzavřené, detašovaná terénní práce v jiných organizacích.

Náplň služby

Obsahem terénní práce je poskytování aktuálních informací o dostupných poradenských, léčebných a jiných odborných programech, o výměnných programech sterilního injekčního náčiní, programech HIV testování, očkování proti hepatitidě, programech právní a sociální asistence. Dále doporučování do příslušných zdravotnických a sociálních zařízení, nízkoprahových kontaktních center nebo k jiným poskytovatelům odborných služeb. Poskytování informací o rizicích spojených s užíváním drog, distribuce metodických materiálů, výměna sterilního injekčního náčiní, distribuce dezinfekčních a dalších pomocných prostředků, zdravotnického materiálu. Asistence při řešení sociálních a zdravotních problémů doprovázená motivačním tréninkem s cílem změnit rizikové chování klienta a motivovat jej k léčbě. Poskytování krizové a situační intervence.

Personální vybavení služby

Služba je řízena kvalifikovaným odborným pracovníkem/manažerem, se zkušenostmi v oblasti primární, sekundární a terciární prevence drogových závislostí. Terénní pracovníci: Odborní pracovníci, bývalí uživatelé drog, dobrovolní a externí pracovníci.

7.4.4.2 Poradenské a léčebné programy pro osoby ve výkonu trestu (a následná péče)

Aktuální vymezení a charakter tohoto typu služeb

Pro tyto služby není vypracován typový standard v rámci Standardů odborné způsobilosti. Pracovníci těchto služeb (výlučně z NNO) jsou členy pracovní skupiny, která pracuje na návrhu tohoto standardu. Konceptně jsou tyto služby postaveny především na jasném vymezení obsahu služby vůči tomu, co poskytují odborní zaměstnanci věznic. Drogové služby ve vězení jsou zcela zaměřeny na drogovou oblast, v otázkách sociálních problémů svých uživatelů úzce spolupracují se sociálními pracovníky věznic, případně odesílají klienty s těmito záležitostmi k nim. Psychologickou péči a krizovou intervenci poskytují tyto služby ve spolupráci s vězeňskými psychology.

V profilu služby je obsaženo poradenství zaměřené na minimalizaci rizik užívání. Výměnný program ve věznicích není povolen i přes vysoký výskyt klientů/odsouzených s pozitivitou VHC. Dále se služby zaměřují na motivaci k abstinenci a změně životního stylu – nedrogového a nekriminálního (skupinovou a individuální formou práce). Je poskytováno poradenství a krátkodobá terapie, motivační trénink, prevence relapsu, sociální práce. Specifickým obsahem služby je před-nástupní, před-výstupní a před-léčebné poradenství. Kontakt navázaný ve věznicích je využíván k zajištění či zprostředkování následné péče po výstupu z trestu, ambulantní formou.

Základními praktickými principy těchto služeb jsou:

- Zajištění stabilního zázemí pro pracovníky NNO ve věznici: Vstup a pohyb po věznici, prostory pro práci, součinnost – předvádění klientů.
- Důvěrnost a transparentnost: Vymezení oblastí sdílení informací mezi jednotlivými skupinami pracovníků věznic, o kterém jsou klienti informováni; vydefinování střetu zájmů mezi pracovníky vězeňské služby a pracovníky služby, včetně postupů těmito situacím předcházet a jak je případně řešit.

- Jistá míra nezávislosti na vězeňském systému, nebyrokratický přístup a dostupnost služby klientům.
- Možnost kontaktování velkého počtu uživatelů drog (zejména problémových), kteří dříve nebyli na svobodě v kontaktu s žádnou službou.
- Dobrovolné využívání služby klienty ve vězení: Uživatelé služby se mohou dobrovolně rozhodnout ke spolupráci a mohou tuto spolupráci bez sankcí ukončit; dobrovolnost je i možností o tuto službu zažádat v jakékoliv fázi pobytu ve vězení – vazba a v průběhu celého výkonu trestu.
- Kontinuita práce s klienty: Ve vězení započatá spolupráce pokračuje v rámci následné po-výstupní péče ambulantní formou, efektivní se ukazuje i kontinuita ve vztahu klienta ke konkrétnímu pracovníkovi – tzn. regionální dostupnost služeb (kam se klienti po odchodu z vězení vrací).
- Dlouhodobost: S ohledem na délku výkonu trestu u jednotlivých klientů jednak ve vězení (i několik let) a následně po výstupu cca 6 – 12 až 24 měsíců – významné pro stabilizaci klientů s ohledem na délku jejich drogové a kriminální kariéry; dlouhodobost souvisí i se stabilitou spolupráce s konkrétní věznicí a se stabilním zázemím.
- Profesionalita: Vzdělání, praxe a supervize pracovníků NNO, vzdělání odpovídající odbornosti adiktologa.
- Spolupráce: Efektivně koordinovaná péče o klienty v síti služeb, práce jak v zájmu klientů bez jejich přítomnosti (t.č. ve vězení), tak intervence v rámci následné péče po výstupu, kdy je pro klienta důležité zázemí vztahu ke konkrétnímu pracovníkovi služby a současně musí řešit řadu existenčních otázek (bydlení, práce) a naplňovat stanovené povinnosti (PMS, ochranná léčba, splácení dluhů, atd.).

7.4.5 Následná péče a doléčovací programy včetně chráněného bydlení

Zařízení následné a doléčovací péče jsou dle § 20 zákona č. 379/2005 Sb. definovány jako programy, které zajišťují zdravotnická zařízení a jiná zařízení a která obsahují soubor služeb, které následují po ukončení základní léčby a pomáhají vytvářet podmínky pro udržení abstinence. Standardy odborné způsobilosti RVKPP ji definují ve speciálním standardu Ambulantní doléčovací programy (včetně programů chráněného bydlení a chráněné práce) obdobně.

Zákon č. 108/2006 o sociálních službách definuje tento typ péče dle § 64 jako ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly ústavní léčbu ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, nebo osobám, které abstínují.

Z pohledu Zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) je možné zdravotnickou část systému následné péče a doléčovacích programů charakterizovat jako specializovanou ambulantní péči, která je poskytovaná v rámci jednotlivých oborů zdravotní péče.

Vymezení a charakter služby

Z pohledu zákonného ukotvení je zjevné, že se v tomto typu služby jedná o kombinovaný zdravotně sociální model péče.

Zařízení následné péče, či doléčovací program je zařízení, které poskytuje péči směřovanou k podpoře a udržení abstinence. Jedná se o primárně ambulantní službu, jejíž cílovou skupinu tvoří abstínující osoby s anamnézou závislosti na návykových látkách s doporučenou minimální dobou abstinence 3 měsíce, přičemž preferovány jsou osoby, které absolvovaly detoxifikaci a minimálně krátkodobou léčbu.

Součástí komplexní péče ambulantního doléčovacího programu může být chráněné bydlení.

Chráněné bydlení je zpravidla součástí komplexu doléčovacích služeb a jedná se o prostředek sociální stabilizace klienta formou přechodně poskytovaného ubytování, které je poskytováno na omezenou dobu, nutnou k sociální stabilizaci klienta a stanovenou při vstupu klienta do programu.

Vzhledem k poskytovanému spektru služeb je statut zdravotnického zařízení pro program následné péče možný.

Odpovídající kapacita lůžek v rámci chráněného bydlení jsou 2 lůžka na 100.000 obyvatel.

Zařízení zajišťující službu a poskytující péči dle principů dobré praxe splňují kritéria odborné způsobilosti dle Standardů odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách.

Náplň služby

Hlavním náplní služby je komplexní multidisciplinární terapeutický proces zaměřený na udržení abstinence, navození motivačních změn a psychické i somatické stability a na prevenci relapsu.

Terapeutický proces doléčovacího programu vychází z komplexního zhodnocení stavu pacienta provedeného před přijetím do vlastního strukturovaného programu.

Medicínská část péče v rámci následné péče v doléčovacích programech obsahuje lékařské vyšetření při vstupu do programu a obsahuje psychiatrické vyšetření a orientační somatické vyšetření. Součástí vyšetření jsou základní laboratorní vyšetření, toxikologické vyšetření moče, vyšetření na HIV, hepatitidy a pohlavně přenosná onemocnění, vyšetření na graviditu a další odborné výkony v indikovaných případech (např. psychologické vyšetření).

Odborná péče doléčovacích programů je koncipována jako strukturovaný proces obsahující tyto základní komponenty: skupinová terapie, rodinná či partnerská terapie, sociální práce, rehabilitace. Mezi medicínské složky patří farmakoterapie či toxikologická vyšetření.

Součástí ambulantního doléčovacího programu může být chráněné bydlení. Chráněné bydlení je prostředek sociální stabilizace klienta formou přechodně poskytovaného ubytování.

Součástí doléčovacího programu mohou být rovněž chráněné pracovní programy. Chráněné pracovní programy slouží k zvýšení pracovních dovedností až do úrovně rekvalifikace, zpevnění pracovních návyků a získání práce u externího zaměstnavatele

Zákon 108/2006 o sociálních službách definuje péči z pohledu sociální péče pouze jako poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy bez bližší specifikace jako činnosti spadající do tohoto typu péče označuje sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Nepostihuje tak ve stávající podobě komplexnost adiktologické péče v tomto typu služeb.

Personální vybavení služby

Personální zajištění služby splňuje Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách. Terapeutický tým je multidisciplinární vzhledem k povaze problému. Vzdělání týmu je odvislé od základní typologie práce s klienty a obsahuje profese psychologické, lékařské, adiktologické, psychoterapeutické, speciálně pedagogické či v oblasti sociální práce.

Program je řízen kvalifikovaným odborným pracovníkem s praxí v léčení a doléčování závislostí, skupinové a rodinné terapii, kognitivně behaviorálních přístupech apod. Pro zabezpečení provozu chráněného bydlení je vyčleněn pracovník multidisciplinárního týmu doléčovacího programu.

Těžiště strukturovaných aktivit je v odpoledních a večerních hodinách, případně o víkendech, s ohledem na studium či zaměstnání klientů. Kapacita pacientů/klientů v terapeutické skupině na jednoho kvalifikovaného pracovníka, který poskytuje odbornou péči ve strukturovaných programech je max. 12 pacientů/klientů.

7.5 Jednotlivé typy jednodenní a lůžkové adiktologické péče a jejich vymezení

7.5.1 Jednodenní stabilizace

Je ve smyslu zákona o zdravotních službách jednodenní péče na lůžku, jejímž účelem je stabilizace přechodné dekompenzace syndromu závislosti či jiného přechodného stavu v souvislosti s užíváním návykových látek (relapsu, krizového stavu, také ve spojení s akutní intoxikací).

Koncept jednodenní hospitalizace prozatím není součástí adiktologických služeb v ČR snad s jedinou výjimkou – záchytných stanic. Záchytné stanice však ve své současné podobě nesplňují kritéria adiktologických služeb co se týká statutu zařízení, statutu pacientů, cílů, indikací, pracovních postupů a metod práce (odborných standardů).

Zařízení / programy pro jednodenní hospitalizaci by mohly převzít úlohu záchytných stanic, ovšem pouze u pacientů se zdravotní (adiktologickou) indikací a s podmínkou návaznosti na další adiktologické služby, např. na principu case-managementu. Dále by mohly programy poskytující jednodenní péči na lůžku převzít či integrovat roli tzv. krizových center. Lůžka pro jednodenní péči by mohla rovněž být součástí (vybraných) adiktologických ambulancí a adiktologických stacionářů.

7.5.2 Detoxifikační jednotky a oddělení

Detoxifikace je definována jako léčebná péče poskytovaná ambulantními a ústavními zdravotnickými zařízeními při předcházení abstinenčnímu syndromu. Standardy odborné způsobilosti RVKPP ji definují ve speciálním standardu Detoxifikace obdobně.

Z pohledu Zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) se jedná o akutní lůžkovou péči standardní, která je poskytována pacientovi s náhlým onemocněním nebo náhlým zhoršením chronické nemoci, které vážně ohrožují jeho zdraví, ale nevedou bezprostředně k selhávání životních funkcí, nebo za účelem provedení zdravotních výkonů, které nelze provést ambulantně.

Vymezení a charakter služby

Detoxifikační oddělení (jednotky) jsou specializovaná samostatná zařízení funkčně provázaná s jinými zdravotnickými zařízeními, nebo se jedná o specializované části zdravotnických zařízení (nemocnice, psychiatrické léčebny, psychiatrické kliniky) určené k léčení odvykacího stavu vyvolaného přerušením nebo podstatným snížením užívání návykové látky. Jde o stavy, kdy nejsou ohroženy vitální funkce organismu, tedy o stavy které nevyžadují intenzivní péči v jiném zařízení (např. jednotce intenzivní péče). Hospitalizace může být realizována i bez souhlasu pacienta a může obsahovat represivní prvek (např. fyzické omezení) v souladu se návrhem Zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).

Jedná se o krátkodobou rezidenční léčbu s délkou trvání zpravidla do 3 týdnů.

Náplň péče detoxifikační jednotky může být i prosté ostřízlivění a prosté zvládnutí akutní intoxikace návykovými látkami a to v situacích, kdy je klinickým a laboratorním vyšetřením zjištěno, že ošetřovaná osoba není ohrožena na životě selháním základních životních funkcí.

Provoz detoxifikační jednotky je zajištěn po dobu 24 hodin denně. Během této doby je k dispozici zdravotnický personál (kvalifikovaný lékař, kvalifikovaná sestra).

Cílovou populací jsou primárně uživatelé návykových látek s různě vyjádřenými odvykacími příznaky.

Zařízení zajišťující službu a poskytující péči dle principů dobré praxe splňují kritéria odborné způsobilosti dle Standardů odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách.

Náplň služby

Léčba odvykacího syndromu spojeného s přerušením užívání návykové látky s případnými komplikacemi (v případech, kdy nejsou ohroženy vitální funkce organismu), případně prosté ostřízlivění a prosté zvládnutí akutní intoxikace návykovými látkami (v případech, kdy nejsou ohroženy vitální funkce organismu).

V základní podobě léčba obsahuje předlékařské zhodnocení stavu středním zdravotním personálem, vyšetření lékařem a pravidelnou lékařskou péči, která je zajištěna po dobu 24 hodin.

Součástí péče jsou: farmakologická léčba odvykacích stavů a farmakoterapie somatických a psychických komplikací, dostupná laboratorní vyšetření včetně vyšetření moči na přítomnost metabolitů návykových látek.

Psychoterapeutické aktivity jsou součástí péče a jsou prováděny s ohledem na stav pacienta (např. motivační trénink, edukační terapie, další indikované formy intervence).

7.5.3 Krátkodobá a střednědobá odvykací léčba

Krátkodobá a střednědobá léčba je definována jako léčba problémových uživatelů a závislých ve zdravotnických zařízeních oboru psychiatrie v obvyklém rozsahu týdnů až několika měsíců. Standardy odborné způsobilosti RVKPP ji definují ve speciálním standardu Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba obdobně.

Z pohledu Zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) se jedná o především akutní péči (ve finálních fázích léčby také o péči následnou), která je poskytována pacientovi, u kterého byla stanovena diagnóza a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci, a jehož zdravotní stav vyžaduje doléčení nebo léčebnou rehabilitaci; poskytuje se tak dlouho, pokud se pacientův stav zlepšuje.

Vyprofilovaná psychiatrická lůžková zařízení specializovaná na adiktologickou klientelu (superspecializovaná), tj oddělení pro léčbu závislostí nebo samostatné léčebny pro léčbu závislostí, budou doplněna sítí existujících psychiatrických zařízení a oddělení, která nemají náročný strukturovaný odvykací program a mají v zásadě stabilizační cíle.

Vymezení a charakter služby

Lůžková oddělení zajišťující a vykonávající krátkodobou a střednědobou odvykací léčbu jsou svým charakterem specializovanými odděleními pro léčbu závislostí v rámci psychiatrických léčeben, specializovaná oddělení pro léčbu závislostí v rámci nemocnic, či se může jednat o psychiatrickou léčebnu specializovanou na léčbu závislostí.

Statut lůžkového zdravotnického zařízení je nezbytný.

Cílem tohoto typu služby je krátkodobá nebo střednědobá ústavní léčba závislostí zaměřená na práci s motivačním cyklem změny, na dosažení a udržení abstinence, na stabilizaci psychického a somatického stavu a na maximálně možnou resocializaci pacienta. Specializovaná lůžková péče navazuje na akutní lůžkovou péči (například detoxifikační oddělení), nebo je možný přímý vstup do služby, pokud to zdravotní stav dovoluje.

Program ústavní léčby je komplexně strukturován, obsahuje terapeutické aktivity zdravotnické, psychoterapeutické, výchovně-režimové, resocializační, volnočasové a další. Organizace lůžkových oddělení vychází z principů terapeutické komunity.

Zabezpečení provozu je v režimu nepřetržitého nemocničního provozu.

Cílová populaci tvoří osoby závislé na návykových látkách, často s přítomností psychiatrických či somatických komorbidit.

Zařízení zajišťující službu a poskytující péči dle principů dobré praxe splňují kritéria odborné způsobilosti dle Standardů odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách.

Náplň služby

Hlavním náplní služby je komplexní multidisciplinární terapeutický proces zaměřený na dosažení a udržení abstinence a na maximální možnou resocializaci pacienta.

Proces léčby vychází z komplexního zhodnocení stavu pacienta a stanovení léčebného plánu s ohledem na přítomnost komplikujících faktorů v oblasti somatické a psychosociální.

Terapeutický proces zahrnuje strukturované aktivity v minimálním rozsahu 20 hodin týdně.

Základními nástroji terapeutického procesu postaveného na základech terapeutické komunity jsou psychoterapie skupinová, komunitní i individuální, farmakoterapie, edukace, sociální práce, rodinná (případně partnerská) terapie, rehabilitace směřem ke stabilizaci a zlepšení psychických, somatických a sociálních kapacit pacienta. Součástí péče je léčba psychiatrických a somatických komorbidit. Další využívané prostředky jsou například pracovní terapie, sport, zátěžové programy.

7.5.4 Rezidenční léčba v terapeutických komunitách

Rezidenční léčba v terapeutických komunitách je definována jako program léčby a resocializace ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče a v nezdravotnických zařízeních v obvyklém rozsahu 6 až 15 měsíců. Standardy odborné způsobilosti RVKPP ji definují ve speciálním standardu Rezidenční léčba v terapeutických komunitách obdobně.

Terapeutická komunita je definována též Zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách ze dne 14. března 2006 dle § 68 jako služba poskytující pobytové služby i na přechodnou dobu pro osoby závislé na návykových látkách nebo osoby s chronickým duševním onemocněním, které mají zájem o začlenění do běžného života.

Z pohledu komplexního přístupu k pacientovi v rámci adiktologických služeb je vymezení charakteru služby pouze ze sociálního pohledu nedostatečné.

Z pohledu Zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) se jedná o následnou lůžkovou péči, která je poskytována pacientovi, u kterého byla stanovena diagnóza a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci, a jehož zdravotní stav vyžaduje doléčení nebo léčebnou rehabilitaci; poskytuje se tak dlouho, pokud se pacientův stav zlepšuje.

Vymezení a charakter služby

Terapeutická komunita je specializované rezidenční zařízení, které poskytuje léčbu směřovanou k abstinenci, redukcí užívání návykových látek a s ním spojených zdravotních rizik a sociální rehabilitaci. Služba může mít statut nezdravotnického i zdravotnického zařízení. Jedná se o program, který je součástí komplexního systému péče v působnosti jedné organizace, případně funguje jako samostatná organizace s funkční provázaností na další odborná zařízení a organizace, nebo jako samostatné oddělení, jež je součástí lůžkového zdravotnického zařízení. Medicínská péče je v tomto typu služby poskytována a/nebo smluvně zajištěna.

Cílem tohoto typu služby je dlouhodobá léčba závislostí, zaměřená na dosažení a udržení abstinence či redukce užívání návykových látek, práci s motivací, stabilizaci psychického a somatického stavu a na maximálně možnou rehabilitaci a resocializaci pacienta. Léčba v terapeutické komunitě zpravidla navazuje na akutní lůžkovou péči (například detoxifikační oddělení). Krátkodobá nebo střednědobá odvykací rezidenční léčba není pro vstup do terapeutické komunity podmínkou.

Provoz je zajištěn nepřetržitě kvalifikovaným pracovníkem: terapeutem, adiktologem či zdravotní sestrou.

Cílovou populaci tvoří osoby závislé na návykových látkách a s těžším psychosociálním, případně i somatickým poškozením.

Program léčby v terapeutické komunitě je komplexně strukturován a obsahuje kromě výše uvedených pobytových služeb terapeutické aktivity zdravotnické, psychoterapeutické, výchovně-režimové, resocializační, volnočasové a další.

Zařízení zajišťující službu a poskytující péči dle principů dobré praxe splňují kritéria odborné způsobilosti dle Standardů odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách.

Náplň služby

Hlavním náplní služby je komplexní multidisciplinární terapeutický proces zaměřený na dosažení a udržení abstinence /nebo redukcí užívání návykových látek a na maximální možnou resocializaci pacienta.

Terapeutická komunita dle § 68 zákona 108/2006 o sociálních službách obsahuje pouze činnosti, kterými jsou poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Proces léčby však vychází z komplexního zhodnocení stavu pacienta a stanovení léčebného plánu s ohledem na přítomnost komplikujících faktorů v oblasti somatické a psychosociální.

Lékařské vyšetření před vstupem do programu obsahuje psychiatrické a somatické vyšetření, toxikologické vyšetření moče, základní laboratorní vyšetření, vyšetření HIV, hepatitidy a pohlavně přenosná onemocnění eventuelně vyšetření na graviditu a další odborné výkony. Základní lékařská péče je zajištěna v místě, nebo je zajištěna smluvně v nejbližším okolí.

Terapeutický proces vychází z individuálního zhodnocení a zahrnuje strukturované aktivity a využívá účinné faktory terapeutické komunity. Léčebný proces obsahuje aktivity terapeutické, výchovné, rehabilitační a pracovní. Základními nástroji terapeutického procesu jsou psychoterapie skupinová, komunitní i individuální, farmakoterapie, edukace, sociální práce, rodinná (případně partnerská) terapie, rehabilitace směrem ke stabilizaci a zlepšení psychických, somatických a sociálních kapacit pacienta. Součástí péče je léčba psychiatrických a somatických komorbidit. Další využívané prostředky jsou například volnočasové, sportovní, zátěžové programy, pracovní terapie, a jiné rehabilitační aktivity.

Podstatná část náplně odborného programu, především psychoterapie, adiktologické poradenství, psychiatrická péče atd. má charakter zdravotnický.

7.5.5 Paliativní rezidenční léčba

Paliativní rezidenční léčba terminálních adiktologických stavů ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče v obvyklém rozsahu 6 a více měsíců.

Z pohledu Zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) se jedná o dlouhodobou lůžkovou péči, která je poskytována pacientovi, jehož zdravotní stav je stabilizovaný, nelze jej podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování lůžkové péče se zhoršuje.

Vymezení a charakter služby

Paliativní rezidenční léčba terminálních adiktologických stavů směřuje k abstinenci v chráněných rezidenčních podmínkách a k adiktologické rehabilitaci. Diagnosticky se jedná o soubor poruch, u kterých dlouhodobě přetrvávají změny kognitivních funkcí, emotivity, osobnosti nebo chování, a to v souvislosti s anamnesticky dlouhodobým užíváním návykových látek.

Cílem tohoto typu služby je dlouhodobá paliativní léčba, zaměřená na dosažení a udržení abstinence návykovou látkou v chráněných rezidenčních podmínkách, na stabilizaci psychického a somatického stavu a na maximálně možnou psychosociální rehabilitaci pacienta. Takové terminální stavy není možno ošetřovat ambulantně ani v podmínkách semimurálních, případně v sociálních zařízeních. Provoz služby je zajištěn nepřetržitě a kvalifikovanými pracovníky: psychiatrem, adiktologem, zdravotní sestrou specialístkou, pracovním terapeutem a jiným nelékařským zdravotnickým pracovníkem.

Cílovou populací tvoří osoby, u kterých dlouhodobě přetrvávají změny kognitivních funkcí, emotivity, osobnosti nebo chování, a to v souvislosti s anamnesticky chronickým užíváním návykových látek. Poruchy se projevují výraznou změnou původního a normálního stavu fungování.

Náplň služby

Hlavní náplní služby je komplexní terapeutický proces zaměřený na dosažení a udržení abstinence v chráněných rezidenčních podmínkách a na maximálně možnou psychosociální rehabilitaci pacienta.

Proces léčby vychází z komplexního zhodnocení stavu pacienta a stanovení léčebného a ošetrovatelského plánu s ohledem na přítomnost komplikujících faktorů v oblasti psychické, somatické a sociální.

Program paliativní rezidenční léčby je vysoce režimově strukturován s důrazem na kontinuální zdravotnický dohled a na specifickou ošetrovatelskou péči. Obsahuje terapeutické aktivity zdravotnické, podpůrně psychoterapeutické včetně prevence relapsu a zvládnání cravingu, dále aktivity režimové, psychosociálně rehabilitační, ergoterapeutické, volnočasové a další.

Zdroje

- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*, pp.181–183. Washington D.C.: American Psychiatric Association
- American Society for Addiction Medicine. *Definition of Addiction*. <http://www.asam.org> [online]. ©2012 [cit. 2012-01-15]. Dostupné z <http://www.asam.org/research-treatment/definition-of-addiction>.
- Běláčková, V., Nechanská, B., Chomynová, P. a Horáková, M. (2012) Celopopulační studie užívání návykových látek a postojů k němu v České republice v roce 2008. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Bém, P. (2003) Složky systému péče v ČR. In: Kalina K. et al., (Ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup 2*, pp. 155-158. Praha: Úřad vlády ČR]
- Bém, P., Kalina, K. and Radimecký, J. (2003) Vývoj drogové scény a protidrogové politiky v České republice. In: Kalina K. et al., (Ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup 2*, pp. 33-40. Praha: Úřad vlády ČR]
- Csémy, L., Chomynová, P. and Sadílek, P. (2009) Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). Výsledky průzkumu v České republice v roce 2007. Praha: Úřad vlády ČR. 978-80-87041-94-9.
- Csémy, L. a Chomynová, P. (2012) Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): Přehled hlavních výsledků studie v České republice v roce 2011. *Zaostřeno na drogy* **10**, 1–12.
- Dvořáček, J. (2003) Předlékařská a lékařská první pomoc při akutní intoxikaci obecné otázky. Kapitola 5/5. - Zvládnání akutní intoxikace - speciální postupy u jednotlivých návykových látek. Kapitola 5/6. - Detoxifikace, léčba odvykacího syndromu. Kapitola 5/7. In: Kalina K. et al., (Ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*, Praha: Úřad vlády České republiky]
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2009) An overview of the problem drug use (PDU) key indicator. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and drug Addiction. Notes: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_67060_EN_EMCDDA-PDU-overview.pdf
- Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2011) Vyhodnocení činnosti Vězeňské služby České republiky v protidrogové politice za období 2010. Notes: Nepublikováno
- Hibell, B., Guttormosson, U., Ahlstrom, S., Balakireva, O., Bjarnasson, T., Kokkevi, A. and Kraus, L. (2009) The 2007 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 35 European Countries . Stockholm, Sweden: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs.
- Institut pro kriminologii a sociální prevenci (2010) Vybrané aspekty drogové problematiky z pohledu občanů. IKSP. Notes: Nepublikováno
- Kalina K. et al. (2003) Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémových uživatelům a závislým na návykových látkách, verze 7 - 2.revize. Notes: www.cekas.cz [2010-08-12]
- Kalina, K. (2003) Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog. In: Kalina K. et al., (Ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*, pp. 78-82. Praha: Úřad vlády ČR]
- Kalina, K. (2007) Developing the System of Drug Services in the Czech Republic. *Journal of Drug Issues* **37 (1)**, 181-204.
- Koncepce oboru psychiatrie – 1. revize 2008
- Kooyman, M., George, D.L. and Nevšimal, P. (2004) Terapeutická komunita pro drogově závislé I. Vznik a vývoj. Praha: Středočeský kraj/Magdaléna. 80-7106-876-4.
- Kudrle, S. (2003a) Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciální prevenci. In: Kalina K. et al., (Ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*, pp. 145-149. Praha: Úřad vlády ČR]
- Kudrle, S. (2003b) Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In: Kalina K. et al., (Ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*, pp. 91-94. Praha: Úřad vlády ČR]
- Ministerstvo zdravotnictví ČR (2008) Věstník MZ ČR částka 3/2008 - Standard substituční léčby . Praha: Ministerstvo

zdravotnictví ČR.

Notes: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik_2035_1034_3.html [2010-08-12]

- Miovský, M. (2003) Problémy mezioborového přístupu k léčbě závislosti. In: Kalina K. et al., (Ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup 2*, pp. 15-18. Praha: Úřad vlády ČR]
- Mravčík, V., Nechanská, B. and Šťastná, L. (2011) Ambulantní péče o uživatele a závislé na návykových látkách v ČR ve zdravotnické statistice od r. 1963. *Epidemiologie, Mikrobiologie, Imunologie* 64-73.
- Mravčík, V., Pešek, R., Horáková, M., Nečas, V., Škařupová, K., Šťastná, L., Škrdlantová, E., Kiššová, L., Běláčková, V., Fidesová, H., Nechanská, B., Vopravil, J., Kalina, K., Gabrhelík, R. and Zábranský, T. (2010) Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2009. Praha: Úřad vlády ČR. 978-80-7440-034-6.
- Mravčík, V., Pešek, R., Horáková, M., Nečas, V., Chomynová, P., Šťastná, L., Grolmusová, L., Kiššová, L., Fidesová, H., Nechanská, B., Vopravil, J., Preslová, I., Doležalová, P. a Koňák, T. (2011) Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010. Praha: Úřad vlády ČR. ISBN 978-80-7440-056-8.
- Mravčík, V., Grohmannová, K., Chomynová, P., Nečas, V., Grolmusová, L., Kiššová, L., Nechanská, B., Fidesová, H., Kalina, K., Vopravil, J., Kostecká, L., Jurystová, L. (2012) Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011. Praha: Úřad vlády České republiky, 2012. ISBN 978-80-7440-067-4
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2011a) Prevalenční odhady problémových uživatelů drog z dat z nízkoprahových zařízení v r. 2010.
Notes: Nепublikováno
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2011b) Zpracování závěrečných zpráv k dotačnímu řízení RVKPP za rok 2010.
Notes: Nепublikováno
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and Agentura INRES-SONES (2008) Lékaři České republiky 2007 - Užívání návykových látek u pacientů a problematika substituční léčby.
Notes: Nепublikováno
- Nechanská, B. (2011a) Péče o pacienty užívající psychoaktivní látky v ambulantních zařízeních ČR v roce 2010. Aktuální informace č. 23/2011. Praha: ÚZIS ČR.
- Nechanská, B. (2011b) Péče o pacienty užívající psychoaktivní látky v psychiatrických lůžkových zařízeních ČR v roce 2010. Aktuální informace č. xx/2011. Praha: ÚZIS ČR.
- Nechanská, B. (2011c) Činnost záchytných stanic v letech 1989-2010. Aktuální informace č. 25/2011. Praha: ÚZIS ČR.
- Nechanská, B. (2011d) Údaje o detoxifikačních jednotkách a pacientech postupujících detoxifikaci od návykových látek v roce 2010. Aktuální informace č. 05/2011. Praha: ÚZIS ČR.
- Nechanská, B. (2011e) Údaje v Národním registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek - rok 2010. Aktuální informace č. 03/2011. Praha: ÚZIS ČR.
- Nechanská, B., Mravčík, V., Šťastná, L. and Brožová, J. (2011) Uživatelé alkoholu a dalších drog ve zdravotnické statistice od r. 1959. Praha : Úřad vlády ČR a ÚZIS ČR.
- Nešpor, K. and Csémy, L. (2005) Kolik je v České republice patologických hráčů? *Čas. Lék. čes.* 144 (10), pp. 706-708.
- Radimecký, J., Nevšímal, P., Pánová, S., Doležalová, P., Miovský, M., (2009) Návrh koncepce ambulantní adiktologické péče v České republice. Interní dokument verze č. 7 ze dne 15. září 2009 pro výbor Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP. Revize Nevšímal, P., Popov, P., Kalina, K.
- Randák, D., Jeřábek, P. (2011) Návrh koncepce lůžkové adiktologické péče v České republice. Interní dokument verze č. 3 ze dne 27. února 2011 pro výbor Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP.
- Sbírka zákonů, částka 133, zákon 379/2005 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů, Sbírka zákonů Česká republika
- Skála, J. (2003) Historie léčby závislosti v České republice. In: Kalina K. et al., (Ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup 2*, pp. 91-96. Praha: Úřad vlády ČR]
- Sovinová, H. and Csémy, L. (2010) The Czech Audit: Internal consistency, latent structure and identification of risky alcohol consumption. *Cent Eur J Public Health* 18(3), 127-131.

Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách. Úřad vlády ČR, 2011.

Ústav zdravotnických informací a statistiky (2010) Lékaři, zubní lékaři a farmaceuti 2009. Praha: ÚZIS ČR.

Zábranský, T., Csémy, L., Gajdošíková, H., Korčíšová, B., Kuda, A., Miovský, M., Mravčík, V., Petroš, O., Radimecký, J. and Vopravil, J. (2002) Výroční zpráva o stavu a vývoji ve věcech drog v České republice za rok 2001. Praha: Úřad vlády ČR. 80-238-9912-0.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)