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 v České republice

Verze 4.7 (5. listopadu 2013)

Autoři revizí v rámci verze 4:
Lenka Vavrinčíková, Jiří Libra, Michal Miovský

Verze 4.7 vznikla sedmikolovým zapracováním připomínek k verzi 3.3, kterou schválil výbor Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP na zasedání 6. února 2013, a zapracováním analytické zprávy projektu „Mapování dostupnosti a charakteru sítě služeb oboru Adiktologie“, řešeného v rámci programu Ministerstva zdravotnictví „Národní akční plány a koncepce“ – rok 2012. Materiály 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/.

Tato verze neprošla ke dni 5. listopadu 2013 projednáním výborů SNN a ČAA, a je tedy pouze pracovním dokumentem předloženým členům výboru obou odborných společností a nelze ji tedy v tomto smyslu chápat jako platný a schválený dokument.

Praha, listopad 2013

Gesci nad dokumentem převzala Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP a Česká asociace adiktologů, dokument vyjadřuje názory a postoje členů těchto odborných společností. Společnosti si současně vyhrazují právo měnit obsah dokumentu v závislosti na vývoji názorů a postojů svých členů a za základní podmínku jeho úspěšné implementace považují jeho nezávislost a apolitičnost.[1]

Dokument vznikl za podpory projektu NETAD „Síťování 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.

INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

[1] Navržená formulace vychází z připomínky vznesené v rámci předchozího připomínkového kola k verzi 4.3 ze září 2013 a jejím cílem je zdůraznit fakt, že uvedená koncepce nemůže být z povahy věci v gesci jiné instituce či struktury než právě přímo dotčených odborných společností (SNN ČLS JEP a ČAA) a že pouze ony mohou společně garantovat koncepci sítě služeb a jejich certifikační standardy a nést za ně odpovědnost (příloha č. 1 a 2 dokumentu).

Obsah:

1 ÚVOD 4

2 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ 6

3 ROZSAH PROBLÉMU UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK A PORUCH SOUVISEJÍCÍCH S PATOLOGICKÝM HRÁČSTVÍM V ČR 10

4 LEGISLATIVNÍ RÁMEC, STRATEGIE A POLITIKY V OBLASTI ADIKTOLOGICKÉ PÉČE 12

4.1 LEGISLATIVNÍ RÁMEC SLUŽEB PRO UŽIVATELE NÁVYKOVÝCH LÁTEK 12
4.2 ODBORNÁ ZPŮSOBILOST PRACOVNÍKŮ PRACUJÍCÍCH V ADIKTOLOGICKÝCH SLUŽBÁCH 13
4.3 STANDARDY KVALITY ADIKTOLOGICKÉ PREVENTIVNÍ A LÉČEBNÉ PÉČE 14
4.4 STRATEGIE V OBLASTI ADIKTOLOGICKÉ PÉČE 16

5 ZHODNOCENÍ STAVU SOUČASNÉHO SYSTÉMU PREVENTIVNÍ A LÉČEBNÉ PÉČE O UŽIVATELE NÁVYKOVÝCH LÁTEK 17

5.1 PREVENCE UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK 18
5.2 HLAVNÍ TYPY EXISTUJÍCÍCH SPECIALIZOVANÝCH ADIKTOLOGICKÝCH SLUŽEB 19
5.3 SLABÉ STRÁNKY SOUČASNÉHO SYSTÉMU ADIKTOLOGICKÉ PÉČE 23
5.4 SILNÉ STRÁNKY A PŘÍLEŽITOSTI SOUČASNÉ SITUACE 24

6 KONCEPČNÍ VÝCHODISKA 26

6.1 CÍLOVÁ SKUPINA SLUŽEB ADIKTOLOGICKÉ PÉČE 26
6.2 ZÁKLADNÍ VÝCHODISKA A KOMPONENTY PROGRAMŮ PRIMÁRNÍ PREVENCE 26
6.3 ZÁKLADNÍ PRINCIPY POSKYTOVÁNÍ ADIKTOLOGICKÝCH SLUŽEB 27
6.4 ZÁKLADNÍ PRINCIPY ROZVOJE SÍTĚ SPECIALIZOVANÝCH ADIKTOLOGICKÝCH SLUŽEB V ČR 29
6.5 TRANSFORMACE SOUČASNÉHO SYSTÉMU ADIKTOLOGICKÉ PÉČE 32

7 KONCEPCE SÍTĚ ADIKTOLOGICKÝCH SLUŽEB 34

7.1 PREVENCE V ADIKTOLOGII 34
7.2 SLUŽBY SPECIALIZOVANÉ ADIKTOLOGICKÉ PÉČE 34
7.3 JEDNOTLIVÉ TYPY AMBULANTNÍ ADIKTOLOGICKÉ PÉČE A JEJICH VYMEZENÍ 38
7.4 JEDNOTLIVÉ TYPY JEDNODENNÍ A LŮŽKOVÉ ADIKTOLOGICKÉ PÉČE A JEJICH VYMEZENÍ 43

8 ANALÝZA DOSTUPNOSTI ADIKTOLOGICKÉ PÉČE A NÁVRH MINIMÁLNÍHO ROZSAHU SÍTĚ SPECIALIZOVANÝCH ADIKTOLOGICKÝCH SLUŽEB 47

8.1 DOSTUPNOST ADIKTOLOGICKÉ PÉČE 47
8.2 NAVRHOVANÝ ROZSAH SPECIALIZOVANÉ ADIKTOLOGICKÉ PÉČE A JEJÍ DOSTUPNOST 48
8.3 POTŘEBNÉ ZMĚNY V SYSTÉMU ADIKTOLOGICKÉ PÉČE 63

ZDROJE: 65

PŘÍLOHY[2]:

PŘÍLOHA Č. 1: CERTIFIKAČNÍ STANDARDY PREVENCE RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ (CD)
„Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování“
PŘÍLOHA Č. 2: CERTIFIKAČNÍ STANDARDY SPECIALIZOVANÝCH ADIKTOLOGICKÝCH SLUŽEB (CD)
„Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby (Standardy služeb pro uživatele drog, závislé a patologické hráče)“

[2] Obě přílohy jsou v elektronické verzi na přiloženém CD.

1 Úvod

Pro účely koncepce se pojmem „**adiktologie**“ rozumí v nejširším smyslu slova 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 závislosti[3] využívány specifické léčebné, edukativní, preventivní postupy a postupy sociální práce, jejichž efektivita je dostatečně zdokumentována a prokázána.

Dokument navrhuje **koncepci specializovaných adiktologických služeb** pro uživatele psychoaktivních látek a patologické hráče. Koncepce z pohledu odborné společnosti zohledňuje současné potřeby a vývojové trendy v oboru a usiluje o optimální využití potenciálu již existující sítě ambulantních i pobytových/rezidenčních služeb. **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 v praxi možno rozlišit **adiktologickou péči zdravotní**, členící se dále na adiktologickou péči lékařskou (čili obor návykových nemocí) a adiktologickou péči nelékařskou zdravotnickou (odpovídající profilu nelékařské odbornosti zdravotnického pracovníka adiktologa) 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 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, jejíž jedinou či dominantní cílovou skupinou jsou klienti a pacienti užívající návykové látky, závislí i patologičtí hráči. **Typy služeb jsou jasně definovány certifikačními standardy[4] a navazují na ně doporučené postupy[5] v oboru adiktologie.** Mimo tuto specializovanou péči jsou služby poskytovány samozřejmě též organizacemi/subjekty, jejichž cílová skupina je definována šířeji (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 služeb podle oboru/resortnosti i podle specializace.

Cílem koncepce je definovat síť specializovaných adiktologických služeb, jejíž těžiště bude z jedné části spočívat v resortu zdravotnictví, z druhé části v 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 Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby (Certifikační standardy, 2012).

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

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

[5] SNN na své listopadové schůzi 2012 schválila záměr předložený doc. Kalinou et al. na realizaci doporučených postupů v oboru adiktologie, které tak vznikají v rámci spolupráci mezi SNN, ČAA, Klinikou adiktolo gie 1. LF UK v Praze a dalšími institucemi v rámci projektu NETAD.

Koncepce úzce 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) a na první oficiálně oběma hlavními odbornými společnostmi (SNN ČLS JEP a ČAA) schválený návrh (verze 3.3) koncepce sítě zdravotnických služeb oboru adiktologie (Mravčík & Libra & Miovský, únor 2012).

2 Vymezení základních pojmů

Adiktologie

Pro účely 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 k celém oboru adiktologie, který není v 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

Diferencovaně poskytovaná péče pacientům/klientům s adiktologickými poruchami v ambulancích, stacionářích či lůžkových (pobytových) službách. Specializovaná adiktologická péče je poskytována uživatelům všech typů psychoaktivních látek, patologickým hráčům a lidem trpícím obdobnými poruchami. Poskytují ji i (a t.č. zejména) pracovníci jiných odborností, než je odbornost adiktologa – tedy lékaři, zdravotní sestry, psychologové, sociální pracovníci, pedagogové aj. Je poskytována ve službách, které jsou registrovány veskrze jako zdravotní a/nebo sociální[6]. V tomto smyslu dále používáme termínu **služby adiktologické péče**. Z formálního hlediska je specializovaná péče vymezena prostřednictvím standardů odborné způsobilosti a za specializovanou péči tedy považujeme pouze péči poskytovanou v organizacích, které úspěšně prošly řádným certifikačním procesem.

Adiktologické služby

Adiktologická služba je poskytována v různých procedurách, výkonech, které se často slučují do skupin jako programy**.** V rámci adiktologické služby se tak vytvářejí menší celky – slouží různým cílovým skupinám, nebo se týkají jiného dílčího cíle. Služby adiktologické péče zahrnují různé formy intervencí: komplexní diagnostika, individuální a skupinová psychoterapie, farmakoterapie, socioterapie, sociální práce, rodinná terapie, poradenství a edukace příbuzných a rodin osob, které trpí návykovými poruchami nebo jsou jimi ohroženy, a dalších léčebných metod dle specifických potřeb pacientů/klientů. Dlouhodobá komplexní péče je významná pro minimalizaci epizod relapsu a jejich nepříznivých zdravotních a sociálních důsledků.

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. Tato 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

[6] Kromě sociálních a zdravotních služeb lze mezi adiktologické služby řadit také služby/programy v pobytových zařízeních speciálního školství, ve věznicích a příp. církevní programy.

jednotlivec patří a jeho biologických a psychologických predispozic (Edwards et al., 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 a výzkumem podložených intervencí z oblasti farmakoterapie, psychoterapie, edukace, sociální práce a psychosociální rehabilitace.

Dostupnost adiktologické péče

Světová zdravotnická organizace vymezuje dostupnost jako možnost získat zdravotní péči (včetně adiktologické péče) v případě, když ji člověk potřebuje, s ohledem na to, aby tyto služby byly dostatečně kvalitní a efektivní. Zároveň je zdůrazněno, aby uživatelé při čerpání služeb finančně nestrádali (Peter et al., 2008, Ricketts & Goldsmith, 2005). Obecně má přístup k léčbě, respektive z našeho pohledu k adiktologické službě, čtyři základní rozměry (O'Donnell, 2007):

- dostupnost ve smyslu existence služby (*availability*),
- dostupnost/přístupnost z geografického pohledu (*geographic accessibility*),
- dostupnost z pohledu finanční dosažitelnosti *(affordability),*
- dostupnost v širším společenském a kulturním kontextu (*acceptability*).

Služba

Služba je základní jednotka, která je registrována, v pojetí zákonů jde o poskytování služby, nikoliv o provozování zařízení. Adiktologická služba má definováno své poslání, koncepci, cíle, postupy a pravidla pro své poskytování, typy poskytovaných intervencí, cílovou skupinu, tým, vedoucího (zodpovědnou osobu), místo poskytování atd. Jádro adiktologické péče aktuálně tvoří dle Standardů odborné způsobilosti 9 typů služeb (Libra et al., 2012).

Poskytovatel služby

Organizace nebo subjekty, které mohou službu na základě jejich registrace poskytovat. Službu zřizují zpravidla jako **samostatnou organizační jednotku, v níž je provozován konkrétní program služby, případně kombinace programů. K**ontaktní centrum např. běžně kombinuje program aktivního vyhledání cílové skupiny s kontaktním programem, výměnným programem, programem poradenství. Typová služba "terénní programy" slučuje program aktivního vyhledání, poradenský program, výměnný program i další.

Psychoaktivní/návykové 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, stimulancia 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.

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 a pokračuje, dokud vše neprohraje, 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

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 se v cyklu závislosti vyskytují relaps a remise. Bez léčby nebo zapojení do úzdravných 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) užívá 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 přáni užít drogu, porušené ovládání při jejím užívání, přetrvávající užívání 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 prokázaný 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 užita 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 vzpamatování se z jejích 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 a poruch souvisejících s patologickým hráčstvím 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 & Csémy, 2010).

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 výherních 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 & Csémy, 2005), tj. přibližně 35 až 70 tis. osob.

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 & 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).

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 existenci ČR definoval typy služeb určené uživatelům návykových látek, 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.[7] definovány následovně:

- **akutní lůžková péče**, jíž 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 okolí[8],
- **detoxifikace**, kterou je léčebná péče poskytovaná ambulantními a ústavními zdravotnickými zařízeními při předcházení abstinenčnímu 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** závislostí 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.

[7] Z hlediska zdravotních služeb je více relevantní zákon o zdravotních službách, který však pro změnu není schopen adekvátně reflektovat mezioborový charakter adiktologických služeb a je tak vhodné pracovat s oběma normami. Zásadní je však zohlednit přitom nejednotnost definicí a další drobné nesoulady. Příkladem může být např. terminologická nejednotnost ve výkladu následné péče versus doléčovací program, které je v obou dokumentech definována odlišně.

[8] De facto se toto ustanovení týká tzv. záchytných stanic – viz dále.

V r. 2006 byl přijat **Zákon č. 108/2006 Sb**., o sociálních službách, připravovaný od počátku 90. let[9], 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 (zahrnující 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 obou resortů, ovšem rovněž potřebu definovat způsob a transparentní pravidla vícezdrojového financování. Zdá se, že pozitivní vliv na budoucí trvalejší řešení by mohla mít definice výkonů zdravotnických a nezdravotnických pracovníků (resp. uvedení těchto výkonů do praxe a získání reálných smluv a úhrad prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění) a oddělený způsob jejich úhrady. Je třeba ovšem vytvářet systém, který nezatíží služby nadměrnou administrativou několikanásobné rozdílné evidence a výkaznictví. I proto má tato koncepce mj. za cíl pozitivně ovlivnit proces sjednocování definicí a pohledu na jednotlivé typy adiktologických služeb (a pohled na systém jako celek), včetně zdravotní adiktologické péče poskytované v kontextu sociálních služeb a opačně.

4.2 Odborná způsobilost pracovníků pracujících v adiktologických službách

Odborná způsobilost lékařů

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 složenu zkoušku v základním specializačním oboru psychiatrie (tzv. atestace). Certifikovaným kurzem pro oblast návykových nemocí 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.

Odborná způsobilost adiktologů

V r. 2005 vzniklo Centrum adiktologie[10], multidisciplinární výzkumné a vzdělávací pracoviště zaměřené na oblast závislostí. Spolu s jeho vznikem došlo k zakotvení oboru adiktologie jako transdisciplinárního vědního oboru. Byl zahájen bakalářský studijní program v oboru adiktologie; v r. 2008 graduovalo prvních 15 bakalářů adiktologie. V akademickém roce 2012/13 bylo v bakalářském studiu (prezenčním i kombinovaném) zapsáno ve všech třech ročnících celkem 166 studentů, v magisterském studiu (prezenčním i kombinovaném) pak 77 studentů. V souvislosti

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

[10] Plný název Centra adiktologie byl: 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.

s těmito studijními programy vzniklo v r. 2008 novelizací[11] Zákona č. 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), jenž připravil 27 absolventů, kteří takto získali odbornou způsobilost pro práci ve zdravotnickém oboru adiktologie.

Z hlediska nelékařských zdravotnických profesí poskytují adiktologickou péči nebo se na ní významně podílejí také: klinický psycholog a sociální pracovník/zdravotně-sociální pracovník, s nimiž pak ve službách v rámci mezioborových týmů spolupracují etoped, pedagog apod. **Je však zřejmé, že se koncepce specializované adiktologické péče 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 samozřejmě klíčové udržet nadále mezioborový charakter služeb, zachovat tedy zastoupení dalších profesí a nepodporovat jejich oborovou uniformizaci. Přiměřené zastoupení sociálních pracovníků, klinických psychologů, psychologů, etopedů a dalších nezdravotnických profesí je nutnou zárukou udržení kvality a současně udržení mezioborového dialogu a rovnováhy.

4.3 Standardy kvality adiktologické preventivní a léčebné 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 i 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 (Libra et al., 2012), který byl v závěru roku 2012 předložen k pilotnímu ověření v místních šetřeních.

[11] Zákonem. č. 339/2008 Sb.

Tabulka 4-1: Obsah inovovaných Standardů odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby (certifikační standardy)

A – Obecná část	**B – Speciální část/9 typových standardů**
1. Charakteristika služby a práva pacientů/klientů	1. Detoxifikace
2. Personální práce, zajištění odbornosti služby	2. Terénní programy
3. Vstup klienta/pacienta do služby	3. Kontaktní a poradenské služby
4. Zásady poskytování služby, individuální plán, vedení dokumentace a ukončení služby	4. Ambulantní léčba
	5. Ambulantní stacionární péče
5. Organizační aspekty služby, finance, vnější vztahy a návaznost služby	6. Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba
	7. Rezidenční péče v terapeutických komunitách
6. Prostředí, mimořádné události a nouzové situace	8. Doléčovací programy
7. Hodnocení kvality, bezpečí a efektivita služby	9. Substituční léčba

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 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 & Nešpor, 2006). Je zde uvedena léčba odvykacích stavů, 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 (pracovní verze dokumentu odevzdána v srpnu 2013). 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 standardu, která by v dostatečné míře reflektovala aktuální vývoj substitučních programů i „vzorový“ standard pro substituční léčbu WHO z r. 2009**.**

V oblasti primární prevence došlo k odlišnému vývoji. Adiktologická prevence zde nevytváří jeden systém, jak je tomu v léčbě, ale je začleněna do širšího konceptu prevence rizikového chování. Proto vznikly jednotné certifikační standardy pro celou tuto oblast a nikoli pouze pro adiktologii, přestože první historické standardy prevence v ČR byly vytvořeny právě modelově pro oblast

adiktologické prevence (MŠMT, 2005). Certifikace odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence je posouzení a formální uznání, že program odpovídá stanoveným kritériím kvality. Jde o proces posouzení služby podle kritérií stanovených schválenými Standardy a udělení či neudělení certifikátu kvality o způsobu jejich naplnění. Je to jeden z příkladů praktické realizace normativní evaluace. Udělená certifikace je respektována jako garance kvality programu a ovlivňuje směřování státních finančních dotací. Pro školy je proces certifikace důležitý z hlediska objednavatelů programů. Díky udělené certifikaci má škola možnost poznat odborný kredit daného programu a lépe se rozhodnout, jaký program specifické primární prevence pro své žáky objednat.

Standardy odborné způsobilosti pro oblast prevence rizikového chování prošly složitým vývojem. Jak bylo dříve uvedeno, historicky první standardy vznikly modelově pouze pro oblast adiktologie a nesly název Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek (MŠMT, 2005). Úkol vypracovat standardy vyplynul z Usnesení vlády č. 1045 z roku 2000 (o Národní strategii protidrogové politiky na období 2001–2004) a práce na jeho splnění byly zahájeny již v průběhu Phare Twinning projektu „Drogová politika“ ve spolupráci s odborníky z Belgie a Rakouska. Původní standardy byly následně inovovány v roce 2008. Od roku 2012 pak již existují standardy komplexně pokrývající celou oblast rizikového chování a byly vydány pod názvem Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování (Pavlas Martanová et al., 2012).

4.4 Strategie v oblasti adiktologické péče

Cíle a opatření v oblasti léčby uživatelů návykových látek 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 dokument 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 „Mapování dostupnosti a charakteru sítě služeb oboru Adiktologie“, jehož cílem bylo připravit a zpracovat návrh minimální sítě dostupnosti specializované adiktologické péče v ČR (vedoucí realizačního týmu Dr. Lenka Vavrinčíková). Návrh byl předložen SNN, ANO a ČAA v průběhu prvního čtvrtletí 2013, čímž byla zahájena diskuse o propojení analýzy dostupnosti sítě adiktologických služeb s návrhem Koncepce sítě služeb (výsledek viz dále kapitola 5 a 8).

5 Zhodnocení stavu současného systému preventivní a léčebné 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 certifikovaným kurzem 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 nespecializovanými psychiatrickými ambulancemi. V oblasti léčby závislostí jsou definovány pouze dva výkony navázané na specializaci v oboru „návykové nemoci“, a to vyšetření alkotestem 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 není řada privátních psychiatrů ochotna péči v oboru adiktologie systematicky poskytovat (nebo vykazovat), přestože ji má s plátci zdravotní péče ujednánu 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, avšak je nedostatečně koordinována a vyvažována, kvůli čemuž jsou některé oblasti nastaveny disproporčně, někdy nejsou dostatečně zajištěny návazností a současně některé segmenty péče buďto vůbec neexistují, nebo trpí hlubokým podfinancováním a postupně zanikají nebo se nerozvíjí žádoucím směrem. Léčebné a poradenské služby uživatelům alkoholu, tabáku, jiných psychoaktivních látek a patologickým hráčům jsou dnes 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. Koncepce systému péče pro uživatele psychoaktivních látek, jež by reflektovala změny po roce 1990, dosud chyběla. Výše uváděný návrh revize Standardů odborné způsobilosti pro adiktologické služby (Libra et al., 2012) otevírá prostor pro poskytování péče všem cílovými skupinám adiktologických služeb – 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 Prevence užívání návykových látek

Adiktologickou prevenci, tj. prevenci užívání návykových látek a jeho dopadů, definujeme jako aktivity a programy, které jsou přímo zaměřeny na oblast užívání a uživatelů návykových látek a rizika s tím spojená (Miovský et al., 2010). Česká republika si vytvořila poměrně konzistentní a ukotvený rámec prevence, který vznikal kontinuálně od roku 1999 a byl dokončen v roce 2012 publikací hlavních částí tohoto konceptu v rámci projektu VYNSPI. Programy specifické primární prevence užívání návykových látek se vyznačují třemi hlavními charakteristikami: přímým a explicitně vyjádřeným vztahem k oblasti užívání a uživatelů návykových látek a tématům s tím spojeným, jasnou časovou a prostorovou ohraničeností realizace (na ose: zmapování potřeb, plán programu a jeho příprava, provedení a zhodnocení programu a jeho návaznost) a zacílením na jasně ohraničenou a definovanou cílovou skupinu a s tím souvisejícím zdůvodněním matchingu (tj. přiřazováním určité skupiny či jednotlivce k danému typu programu odpovídajícímu potřebám a problémům cílové skupiny). Přímým a explicitně vyjádřeným vztahem s problematikou užívání a uživatelů návykových látek je v tomto kontextu míněno to, aby cíl, obsah a způsob provádění preventivního programu měl jasnou přímou vazbu na problematiku užívání návykových látek. Adiktologická prevence je součástí širšího konceptu rizikového chování, tj. chování, v jehož důsledku dochází k prokazatelnému nárůstu zdravotních, sociálních, výchovných a dalších rizik pro jedince nebo společnost (Miovský & Zapletalová, 2006). Za *prevenci rizikového chování* považujeme jakékoli typy výchovných, vzdělávacích, zdravotních, sociálních či jiných intervencí směřujících k předcházení výskytu rizikového chování, zamezujících jeho další progresi, zmírňujících již existující formy a projevy rizikového chování nebo pomáhajících řešit jeho důsledky (MŠMT, 2005).

Z teoretického hlediska integruje prevence psychologické, psychosociální, sociologické, pedagogické a biomedicínské teorie a modely. Jejich prostřednictvím popisuje a vysvětluje příčiny rizikového chování a řeší, jak na daný typ rizikového chování adekvátně reagovat a snižovat vliv rizikových faktorů. Za významné jsou považovány kognitivní modely a modely založené na informacích, sociologické a vývojové modely, modely sociálního vlivu a modely komplexního vlivu sociálního prostředí (EMCDD, 2010). V praxi vycházíme při konstrukci preventivních programů z transdisciplinárních konceptů a modelů navazujících na zmíněné teoretické modely (podrobněji viz Gabrhelík, 2012). Lze je třídit prostřednictvím čtyř kategorií dle zaměření na rozvoj životních dovedností, intrapersonální rozvoj se sociální komponentou, poskytování informací a konečně programy pro rodiče. Důležitými charakteristikami programů jsou vzájemná kombinace jednotlivých typů a komponent zvyšujících jejich efektivitu, dále provázanost úrovní realizace (všeobecná, selektivní a indikovaná, včetně časné diagnostiky a intervence). V neposlední řadě je základní podmínkou profesionální zvládnutí programu, tedy dostatečná erudice preventivního pracovníka (podrobněji viz Charvát et al., 2012) a matching – přiřazení vhodné/adekvátní intervence dané cílové skupině a jejím potřebám (Miovský et al., 2010).

Česká republika tak v současnosti disponuje v koncepční rovině komplexním návrhem systému preventivních programů vycházejícím z evidence-based přístupu a obsahujícím jednotnou terminologii, certifikační standardy (včetně systému jejich kontroly a uplatnění v praxi), programy dobré praxe a doporučenou podobu uceleného kurikula programů pro základní školu v podobě 90hodinového komplexního programu zahrnujícího též celou oblast adiktologické prevence.

5.2 Hlavní typy existujících specializovaných adiktologických služeb

V současnosti existují dva základní typy adiktologických služeb: zdravotní služby a služby nezdravotní, v praxi registrované zejména jako sociální. **Zásadní podmínkou identifikace těchto služeb by však jednotně byla v budoucnu certifikace odborné způsobilosti**. V oblasti **ambulantních** zdravotních služeb se jedná typicky o psychiatrické ordinace vykazující léčbu osob s návykovými poruchami. Odhaduje se, že funkčních ambulancí oboru psychiatrie poskytujících péči o adiktologickou klientelu (tzv. AT poraden) je dnes v ČR 50–70[12] (Mravčík et al., 2012). Na základě analýzy dostupnosti ambulantní sítě adiktologických služeb je v ČR celkem 54 AT ordinací, které ÚZIS registruje jako specializované na AT, 52 má více než 50 % klientely tvořeno AT pacienty a 48 má nad 200 AT pacientů ročně. Kombinovaný ukazatel ze všech tří uvedených zdrojů dat má hodnotu 51–52 AT ambulancí v ČR (Vavrinčíková et al., 2013).

Ambulantní adiktologické služby mají v současné praxi podobu především nízkoprahových kontaktních a poradenských center a v drtivé většině jsou registrovány jako sociální služby (některé z nich mají registraci také jako zdravotní služby). K hlavním limitům služeb ve stávající podobě patří skutečnost, že se specializují především na poskytování péče uživatelům nelegálních psychoaktivních látek. Dále se jedná o ambulantní poradenská a léčebná centra (opět s převažující registrací sociálních služeb) a programy, které poskytují více strukturovanou péči a mohou mít charakter také následné péče, resp. doléčování (after-care), jsou provozovány převážně NNO.

Kromě výše uvedených ambulantních služeb 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 ambulantní péči (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 bezprostředně ohroženi na zdraví a životě. Tyto programy však v současnosti kvůli svému nedostatečnému legislativnímu ukotvení (Zákon 378/2004 Sb.) mimo rámec zákona o zdravotních službách a kvůli prakticky úplnému koncepčnímu rozkladu a téměř úplnému opuštění původního nastavení Jaroslavem Skálou a jeho spolupracovníky, jsou vnímány odbornou veřejností jako kontroverzní. Neexistuje pro ně typový standard a neexistuje jednotná, resp. není žádná koncepční představa jak těmto zařízením vtisknout smysluplnou podobu a vyřešit ekonomické a etické problémy spojené s jejich provozem v dnešních podmínkách. Ve své současné podobě proto nejsou považovány za specializovanou adiktologickou péči (viz dále).

V oblasti **lůžkové péče** je základní struktura krátkodobé, střednědobé i dlouhodobé léčby zajištěna sítí existující psychiatrických léčeben/nemocnic a etablovaných oddělení pro léčbu závislostí v rámci nemocničních komplexů a dále po roce 1990 vzniklou sítí terapeutických komunit pro drogově závislé. Tato specializovaná služba je zpravidla regionálního nebo nadregionálního charakteru. Odhadem existovalo v ČR v r. 2011 13 až 17 lůžkových oddělení nebo pracovišť oboru psychiatrie[13] a 15–20 terapeutických komunit specializovaných na léčbu adiktologických poruch (Mravčík et al., 2012). Na základě analýzy dostupnosti lůžkové sítě adiktologických služeb je v ČR celkem 17 oddělení nebo zařízení, u kterých podíl AT pacientů dosahuje 50 a více %. Celkem je na AT odděleních 974 lůžek a v zařízeních s 50% a vyšším podílem AT klientely je celkem 1193 lůžek.

[12] 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.

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

Za terapeutickou komunitu pro uživatele drog se ve Sčítání adiktologických služeb 2012[14] označilo 16 zařízení, certifikováno k 25. 10. 2012 je 11 zařízení, krajští koordinátoři[15] hlásili v celé ČR 11 zařízení. Kombinovaný ukazatel z těchto tří údajů je tedy 12–13 terapeutických komunit v ČR (Vavrinčíková et al., 2013).

Výše uvedené specializované pobytové služby jsou doplněny dalšími psychiatrickými službami, ve kterých je poskytována lůžková zdravotní péče – psychiatrickými odděleními nemocnic, psychiatrickými léčebnami, psychiatrickými klinikami. Tyto služby nejsou pro léčbu závislostí přímo specializovány a jejich 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 (viz dále stabilizační lůžka).

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 služby (tedy nejen specializované) pro uživatele návykových látek, závislé a patologické hráče, případně jejich kapacitu a využití v r. 2011 shrnuje Tabulka 5-1. 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.

[14] Celostátní mapování adiktologických služeb (projekt „Sčítání adiktologických služeb 2012“) organizovalo Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR ve spolupráci s Klinikou adiktologie 1. LF UK a VFN.

[15] „Výroční zprávy o realizaci protidrogové politiky v kraji“ – zprávy každoročně mapují realizaci protidrogové politiky v konkrétním kraji ČR, vypracovávají ji krajští protidrogoví koordinátoři pro sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Funkce krajského protidrogového koordinátora je zřízena ve všech kromě Moravskoslezského kraje, kde tuto agendu vykonává referent pro sociální služby. V r. 2011 zpracovaly tuto zprávu všechny kraje.

Tabulka 5-1: Léčebné a poradenské služby pro uživatele alkoholu a dalších návykových látek v ČR v r. 2011 (Mravčík et al., 2012)

Typ služby	**Celkem**[1]			**Z toho**			
				Nealkoholové NL (bez tabáku)		Alkohol	
	Počet služeb / programů	Kapacita (míst, lůžek)	Využití (počet osob)	Počet služeb / programů	Využití (počet osob)	Počet služeb / 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) NL.			
Denní stacionáře	1	10	32	Cílovou skupinou jsou především uživatelé nealkoholových (nelegálních) NL.			
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) NL, resp. problémoví (injekční) uživatelé NL.			
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) NL.
Specializovaná oddělení pro děti ohrožené drogovou závislostí v pobytových zařízeních speciálního školství	5	68	155	Cílovou skupinou jsou především uživatelé nealkoholových (nelegálních) NL.
Programy následné péče	15–34 (15 [5])	129 [5]	1 095 [5]	Cílovou skupinou jsou především uživatelé nealkoholových (nelegálních) NL.
Detoxifikace ve věznicích	5	Neznámo	309	Jedná se údaje o detoxifikaci od nealkoholových (nelegálních) NL.
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) NL.
Oddělení pro výkon ochranné protitoxikomanické léčby ve věznicích	3	113	206	Jedná se údaje o léčbě uživatelů nealkoholových (nelegálních) NL.
Bezdrogové zóny ve věznicích	33 [8]	1 905	4 279	Cílovou skupinou jsou především uživatelé nealkoholových (nelegálních) NL.
Programy NNO ve věznicích	25 [9]	–	578 (3 422) [10]	Cílovou skupinou jsou především uživatelé nealkoholových (nelegálních) NL.

Pozn.: [1]Jedná se o celkovou kapacitu a celkový počet uživatelů všech návykových látek, v dalších sloupcích jsou uvedeny údaje pro alkohol a nealkoholové NL, jsou-li k dispozici. [2]Jedná se o počet pacientů se zákl. dg. F10–F19 léčených ve sledovaném roce. [3]Počet všech psychiatrických lůžek. [4]Počet lůžek na pracovištích pro léčbu AT pacientů. [5]Počet programů, kapacita a počet klientů v programech podpořených v dotačním řízení RVKPP. [6]Počet detoxifikačních jednotek s vyčleněnými lůžky. [7]Počet lůžkových zařízení poskytujících detoxifikaci AT pacientům včetně detoxifikace na odděleních bez vyčleněných lůžek. [8]Bezdrogové 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. [9]Počet věznic, ve kterých NNO působily. [10]Počet návštěv ve věznicích (počet klientů). [11]Nejedná 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.

5.3 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 návykových látek, který vedl k jejich – z dnešního pohledu – umělému a nesystémovému rozdělení[16], kdy služby pro uživatele nelegálních návykových látek 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 specializované 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 ze služeb vylučováni dříve, než dojde k vytvoření sociální stability z důvodu tlaků ze strany plátců péče, kteří odmítají úhradu tzv. sociálních hospitalizací.
- Zúžené spektrum cílových skupin 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)[17], některé specializované zdravotnické programy (např. některé AT ambulance) pracují zase např. jen s uživateli alkoholu; poradny pro odvykání kouření jsou dalším zřejmým příkladem nesystémové úzké specializace.
- Nerovnoměrný rozvoj jednotlivých typů služeb v rámci zmíněných různých systémů, jejich neprovázanost v rámci regionu, nespolupráce, 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-sociálně-spirituálního 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.

[16] 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.

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

Samostatnou kapitolu tvoří primární prevence. Ta se vyvíjela asynchronně vůči léčebným službám. Jednotlivé kroky tak byly v této oblasti činěny vždy s určitým časovým odstupem. Zřejmě největší překážkou v rychlejším vývoji byla komplexnost záběru a nemožnost vyčlenit adiktologickou prevenci ze širšího rámce prevence rizikového chování. Trvalo relativně dlouho, než se podařilo vyřešit tento zásadní koncepční problém. V současnosti však zůstává přetrvávající problém nedostatečného ověření některých klíčových konceptů a především pak postupná implementace celého navrženého systému do praxe a přetrvávající obrovská rezistence jak na straně části poskytovatelů péče (tj. menší zájem zapojit se do systému a především pak nemuset podléhat jakémukoli hodnocení kvality a efektivity), tak bohužel na straně části donorů. Větší část prostředků, které dnes plynou do primární prevence, nepodléhá žádnému systému hodnocení a kontroly a kromě duplicit je přetrvávajícím problémem nízká kvality a efektivita užívaných programů a nekvalitní příprava a nedostatečná podpora podstatné části poskytovatelů programů.

5.4 Silné stránky a příležitosti současné situace

- Česká republika jako první v Evropě připravila a navrhla komplexní homogenní rámec poskytování primární prevence a dokázala v něm řešit nejen problém nedělitelnosti preventivních programů v rámci širšího konceptu prevence rizikového chování, ale také zvládnout problém interdisciplinární povahy prevence a faktu, že se na ní podílejí různí poskytovatelé a profesionálové s nejrůznějším původním vzděláním. Část systému se jednak podařilo implementovat a jednak se podařilo získat postupně pro spolupráci na tomto úkolu oba hlavní resorty, školství a zdravotnictví.
- Adiktologické služby se rozvinuly do vějíře, který je dostupný pacientům/klientům ve všech fázích jejich problému, procesu změny. Služby jsou schopny nabídnout variantu individuální léčby, která je intenzivní – na rozdíl od minulosti i ambulantní formou péče. Principy komplexního přístupu a diferenciace 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 jejich činnosti) naučily korigovat a projektovat svou činnost na základě pravidelné analýzy potřeb a místní situace.
- Standardy odborné způsobilosti (aktuálně certifikační systém RVKPP) 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 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 současné 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 ke specifickým požadavkům mezioborového přístupu a kombinování různých perspektiv v rámci zařízení poskytujících specializovanou adiktologickou péči v plném rozsahu.

- Pobytové služby – tedy lůžková zařízení – obecně prošly 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 odborné způsobilosti 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 skupina služeb adiktologické péče

Cílovou skupinou klientů/pacientů služeb 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/klientem, s nízkou tolerancí ostatními pacienty/klienty i nepoučenými pracovníky. Na druhou stranu mají specializované odvykací programy relativně náročnou strukturu a vyžadují poměrně vysoký stupeň kooperace pacienta/klienta a stabilitu jeho zdraví.

Onemocnění má u podstatné části pacientů/klientů 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/klienta, dlouhodobou a časově náročnou psychoterapii.

6.2 Základní východiska a komponenty programů primární prevence

Účinná specifická prevence v adiktologii zahrnuje intervence na úrovni všeobecné prevence (určené nejširší populaci), selektivní prevence (určené s ohroženým a jinak znevýhodněným skupinám v populaci) a indikované prevence (určené ohroženým jedincům a jedincům, u kterých se již objevuje rizikové chování). V tomto smyslu tedy není možné hovořit pouze o programech zaměřených specificky přímo na samotné užívání návykových látek a jeho dopadů, ale také o nespecifických přístupech. Jde o soubor opatření směřujících k předcházení a minimalizování jevů spojených s rizikovým chováním a jeho důsledků. Naším cílem přitom je vytvářet takové intervence, které skutečně ovlivňují samotné chování cílové populace a samotné rizikové faktory. Za rizikové faktory v prevenci označujeme činitele nebo podmínky spojované s vyšší pravděpodobností výskytu rizikového chování. Jde o charakteristiky chování, konstituci (např. genetickou), prostředí atd. Naopak za protektivní faktory označujeme ty, které vliv rizikových faktorů zmírňují, případně působí proti nim nebo je kompenzují.

Nespecifické přístupy lze definovat různým způsobem. John MacBeath se svým týmem (2001) popsali jedenáct kritérií, která se projevují jako mediátory ovlivňující efektivitu preventivních programů prováděných ve škole. Patří mezi ně profesionální řízení, sdílené vize (pracovníky i studenty) a dlouhodobé záměry, učební prostředí, důraz na efektivitu výuky (soulad mezi záměrem a výsledkem), vysoké očekávání od každého studenta, pozitivní přístup a posilování (pedagogové i studenti), jasná pravidla výuky a kritéria posuzování jejích výsledků, sledování a vyhodnocování reálných výsledků, organizace výuky jako celek, vyvozování závěrů ze zjištěných nedostatků a přizpůsobování reálné situaci, práva a odpovědnost studentů a jejich posilování, a konečně vztah mezi školou a domovem studentů (zapojení rodičů atd.). Při zpracování návrhu širšího rámce preventivních programů pro české školy (Miovský et al., 2012), vycházejícího z teoretické analýzy dostupných poznatků o účinnosti různých programů a přístupů, jsme definovali celkem tři hlavní pilíře (viz tabulka 6-1) tzv. minimálního preventivního programu základních škol (dále též MPP), tj. doporučeného minima preventivních programů a intervencí určených dětem ve věku 6–15 let:

a) soubor pravidel pro zvýšení bezpečnosti dětí ve škole a na školních akcích a podporujících zdravý vývoj dětí,
b) programy zaměřené na rozvoj dovedností pro život (tzv. life-skills) skládajících se z programů zaměřených na rozvoj sociálních dovedností (social-skills) a dovedností sebeovlivnění (self-management),
c) programy specificky zacílené na jednotlivé formy rizikového chování (vč. adiktologie).

Schematicky je tím vyjádřena doporučená struktura MPP vycházející z naznačené logiky od všeobecných pravidel a nejnižších věkových skupin dětí základní školy až po specifické programy a nejstarší děti.

Tabulka 6-1: Schematická struktura a rozsah hlavních pilířů/částí navrženého modelu MPP

1. část: rámec tvořený souborem pravidel bezpečné školy

2. část: dovednosti pro život (life-skills) (celkem 30 hodin)	2. a) dovednosti sebeovlivnění (self-management) (15 hodin)		**3. část: komponenty specifické pro jednotlivé typy rizikového chování** (celkem 56 hodin)	3. a) agrese a šikana
	2. b) sociální dovednosti (social-skills) (15 hodin)			3. b) sexuálně rizikové chování
				3. c – 3. n) základní oblasti (viz Miovský et al., 2010)

Prevence užívání návykových látek je nedílnou součástí původního vytvořeného modelu minimálního preventivního programu, v němž je stanoven rozsah znalostí, dovedností a kompetencí, které by si děti ve vztahu přímo k návykovým látkám a jejich dopadům měly v rámci jednotlivých věkových skupin prostřednictvím různých programů osvojit. Jak již bylo zmíněno výše, tvoří první část konstrukce návrhu širší rámec pravidel zvyšujících bezpečnost dětí obecně a podporujících jejich zdravý vývoj (tj. např. včetně podpory volnočasových aktivit, jako jsou sportovní a zájmové kroužky atd.). Druhou část pak tvoří tzv. dovednosti pro život (life-skills), tedy dovednosti usnadňující adaptivní chování jedince a pomáhající ve zvládání každodenních problémů. WHO (1994) definuje životní dovednosti jako nadřazenou kategorii pro psychosociální schopnosti a interpersonální dovednosti, které pomáhají lidem činit informovaná rozhodnutí a vypořádávat se s výzvami každodenního života. Životní dovednosti obvykle členíme na dvě skupiny, na dovednosti sebeovlivnění (self-management) a sociální dovednosti (social-skills). Poslední, třetí část, tvoří programy a intervence specificky zaměřené na určitý typ rizikového chování, tedy v případě našeho tématu na užívání návykových látek.

6.3 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), byla zvládnuta i inovace těchto standardů (Libra et al., 2012). Od adiktologických služeb v síti 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-socio-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.

Primární prevence má dnes zpracované standardy odborné způsobilosti pro celou oblast rizikového chování (Pavlas Martanová et al., 2012) a celý systém je implementován v rámci resortu školství a disponuje jak proškoleným týmem hodnotitelů/certifikátorů, tak vypracovaným systémem hodnocení (včetně přímých inspekcí na realizovaném programu u poskytovatele péče) a navazujícím procesem vyhodnocení zjištěných skutečností, vypracováním protokolu a závěrečným zhodnocením a udělením certifikátu kvality prostřednictvím certifikačního výboru. Pro resort školství je současně získání certifikátu kvality základní podmínkou pro možnost žádat o finanční podporu z veřejných prostředků z programu určeného na prevenci rizikového chování, který je pravidelně ministerstvem každý rok otevírán.

Zadání Standardů odborné způsobilosti (2012) 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 certifikovaných služeb 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 specializovaných adiktologických služeb v budoucnosti. Odborná veřejnost má mít platný a kvalifikovaný hlas při vyjednávání o ceně služeb. Standardy odborné způsobilosti 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.
- Rezidenční léčebné programy ve vězení jsou nákladově efektivní pouze v případě, že po nich pokračuje následná péče. Navíc je nákladová efektivita vyšší u více rizikových klientů.

6.4 Základní principy rozvoje sítě specializovaných 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 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 diferenciace 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 se další vzdělávání pracovníků 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 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.) (viz dále kapitola 8).

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 nebyly v síti služeb 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 stanovenu strukturu a počet pracovních míst, pracovní profily, kvalifikační požadavky a předpoklady osobní a morální. Struktura i počet personálu odpovídá Vyhlášce 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.). Obdobně je to i u adiktologických služeb, které jsou registrovány jako sociální služby (Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, Vyhláška č. 505/2006 Sb., jejíž součástí jsou Standardy kvality sociálních služeb). Vztah mezi ambulantní a lůžkovou adiktologickou péčí vychází z obecných koncepčních požadavků a principů uvedených výše, které jsou ilustrovány uvedením požadavků Standardů odborné způsobilosti (Libra et al., 2012). 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.

Jedním z praktických nástrojů, který koncepce navrhuje k řešení problému roztříštěné 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 (Libra et al., 2012). Odbornost adiktologa již v bakalářském stupni 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, že o léčbu nemá zájem, a ve spolupráci s ním minimalizovat nárůst zdravotního, 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, jiných zdravotních odborností apod.) při vstupu indikovaného klienta do systému adiktologických služeb. Case-manager také doplňuje ty zásadní položky na straně pacienta/klienta, ve kterých je projeven deficit (zejména motivaci, schopnost učení, samostatnosti v dopravě atd.). Prakticky koordinuje součinnost služeb zdravotních a sociálních, ambulantních i lůžkových. Legitimita 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 dlouhodobé hospitalizaci.

6.5 Transformace současného systému adiktologické péče

Specializace medicínské adiktologické péče

Týká se specializace stávajících služeb především oboru psychiatrie a v prvé řadě ambulantních zařízení. V minulosti funkční síť protialkoholních poraden a AT ordinací se rozpadla. I když je některými ambulantními službami 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 redefinovat AT ordinaci) a také služby specializované lůžkové adiktologické péče, tak jak se již stalo v rámci Certifikačních standardů. Zásadní je však kromě definice i implementace záměru, a to ve spolupráci s Psychiatrickou společností. Dostupnost takto **specializované adiktologické péče** je žádoucí smluvně zajistit plátci péče.

Registrace některých sociálních služeb rovněž 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 přeměnu 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 transformace bude především profese adiktologa. Je vhodné/žádoucí, aby poskytovatelé služeb typu kontaktních center rozšířili svou péči o cílové skupiny uživatelů legálních návykových látek. 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 komorbidity. Části kapacity některých terénních programů lze využít pro intenzivní práci s těžkými klienty postupy case-managementu. Je také potřeba, aby poskytovatelé služeb typu terapeutických komunit (t.č. zejména pro uživatele nealkoholových návykových látek) 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 poskytujících 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. Ačkoli je tato interpretace zákona do jisté míry sporná, v realitě je těmito zdravotnickými zařízeními poskytováno množství sociálních programů (sociálně-právní poradenství, sociální rehabilitace, chráněné dílny atd.), aniž by zařízení měla registraci jako sociální služba. Opačnou možností je zajištění oboustranného průniku zdravotních a sociálních služeb v rámci jednoho zařízení a akceptovatelná dohoda obou resortů (MZ a MPSV) o způsobu úhrady. Toto po všech stránkách lepší a logické řešení však i přes proklamace obou resortů není v praxi naplněno a jeví se být málo pravděpodobné, že by k akceptovatelné dohodě mohlo v rozumném časovém rámci dojít.

Současné procesy počátku transformace služeb v oblasti duševního zdraví a zařízení 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, jakými jsou snižování počtu lůžek, jejich reprofilace, nahrazení lůžkové péče péčí ambulantní, důraz na komunitní služby, definice standardních a nadstandardních postupů.

7 Koncepce sítě adiktologických služeb

Koncepce navazuje na 1. revizi Koncepce oboru psychiatrie z roku 2008 Psychiatrické společnosti ČLS JEP, jež obsahuje i část věnovanou adiktologické péči ambulantní i lůžkové. Dalšími východisky jsou Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné adiktologické služby (Libra et al., 2012), které stanovují kritéria pro dobrou praxi pro ambulantní i lůžkové služby.

7.1 Prevence v adiktologii

Současný stav vývoje prevence prozatím neumožňuje vypracovat reálný návrh kapacity a dostupnosti programů. Důvodem je opakovaně zmíněný problém nemožnosti vyčlenit adiktologickou prevenci ze širšího rámce prevence rizikového chování. Ostatní oblasti rizikového chování však nedosahují dnes reálně takového stupně rozpracování a přípravy, aby bylo možné připravit integrativní návrh sítě služeb. Prozatím tak zůstává klíčovým tématem systém koordinace s navrženým konceptem sítě krajských center prevence (podrobněji viz Miovský et al., 2010), který nakonec ale testuje pouze samotná Praha (projekt Pražského centra primární prevence). Bohužel však není testování doprovázeno odpovídající evaluací a chybí přesnější dokumentace dokládající způsob implementace a její výsledky. Pouze v rovině koncepčního návrhu tak zůstává navržený koncept tzv. minimálního preventivního programu (Miovský et al., 2012), který ve spojitosti s konceptem krajských center prevence (Miovský et al., 2010) představuje vůbec první návrh tohoto druhu od vzniku samotného konceptu minimálního preventivního programu jako uceleného, komplexního systému preventivních intervencí, které by měl garantovat stát jako závazné minimum pro zajištění plošné prevence na základních školách v ČR. Návrh současně definuje reálnou (nutnou) institucionální kapacitu potřebnou pro zajištění všech základních typů prevence rizikového chování (včetně prevence v adiktologii) v síti základních škol v ČR a naznačuje možná řešení v propojení současných (existujících) institucionálních sítí a služeb. Zůstává tak prozatím celý tento bod jako úkol pro další diskusi, zpracování návrhu a jeho pilotní implementaci a ověření.

7.2 Služby specializované adiktologické péče

Cílem koncepce je využít kapacity stávajících ambulantních 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 plátci zdravotní péče jak ve smyslu přerozdělení stávajících psychiatrických úvazků pro zajištění péče o uživatele návykových látek, tak nově zavedených výkonů pro ocenění práce adiktologa tak, aby platba pokrývala skutečně celé spektrum zdravotních činností v adiktologii.

Předpokládané typy **ambulantních služeb**, které by v budoucnu měly poskytovat specializované adiktologické služby (v souladu se současnou zdravotnickou a sociální legislativou), jsou tyto:

- adiktologická ambulantní služba lékařská (tzv. lékařská ordinace pro návykové poruchy),
- adiktologická ambulantní služba zdravotnická nelékařská (adiktologická ambulance),
- adiktologický stacionář.

Tyto tři typy 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 (tabulka 7-1). Zajištění dostatečné kapacity adiktologických specializovaných služeb celé sítě vyžaduje transformaci části poskytovatelů tak, aby byla personálně i technicky schopna zajišťovat odborné služby, přiměřeně kombinovat odpovídající zdravotní a sociální služby. Tento návrh předpokládá postupnou transformaci kontaktních center v některých lokalitách na adiktologické ambulance – 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 typy ambulantní adiktologické péče

Typ služby	Název služby	Cílová skupina	Personální obsazení	Hlavní typy intervencí
LÉKAŘSKÁ AMBULANTNÍ	***Lékařská ordinace pro návykové poruchy****	Problémoví uživatelé alkoholu, léků, nelegálních NL a tabáku, patologičtí hráči	Vedoucí lékař se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie nebo s certifikovaným kurzem v oboru návykových nemocí v úvazku min. 0,5; doporučené: zdravotní sestra, adiktolog, případně i zdravotnický asistent nebo doplnění nezdravotnickými profesemi	Léčebná a preventivní péče, farmakoterapie, individuální a skupinová psychoterapie, edukace, sociální práce – komplexní přístup
NELÉKAŘSKÁ AMBULANTNÍ	***Adiktologická ambulance*****	Problémoví uživatelé alkoholu, léků, nelegálních NL a tabáku, patologičtí hráči	Vedoucí adiktolog (se smluvně zajištěným psychiatrem nebo lékařem s certifikovaným kurzem v oboru návykových nemocí), doporučené: zdravotní sestra, případně i zdravotnický 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 psychologická péče – komplexní přístup
STACIONÁRNÍ	***Adiktologický stacionář***	Problémoví uživatelé alkoholu, léků, nelegálních NL a tabáku, patologičtí hráči	Vedoucí lékař se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie event. s certifikovaným kurzem v oboru návykových nemocí nebo klinický psycholog nebo adiktolog (se smluvně zajištěným psychiatrem nebo lékařem s certifikovaným kurzem v oboru návykových nemocí), doporučené: zdravotní sestra, případně i zdravotnický asistent nebo doplnění nezdravotnickými profesemi, zejména sociálním pracovníkem	Skupinová psychoterapie, principy terapeutické komunity, režim, sociální práce, psychologická diagnostika a péče, (externě zajištěná) psychiatrická péče

Pozn.: * může integrovat substituční program

**může integrovat různé typy programů: terénní program, kontaktní centrum, doléčovací program – nízkoprahové služby a služby následné péče

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

- jednodenní péče (stabilizace),
- detoxifikace,
- krátkodobá a střednědobá odvykací léčba,
- rezidenční léčba v terapeutických komunitách.

Přehled typologie jednodenní a lůžkové péče je uveden v tabulce 7-2. Lůžková adiktologická péče by měla být bez zbytečných průtahů a komplikací dostupná všem potenciálním pacientům/klientům. Lůžkové adiktologické služby by měly být v dostatečné kapacitě dostupné na území každého kraje s ohledem na regionální trendy v užívání psychoaktivních látek, patologického hráčství a dalších příbuzných duševních poruch (viz dále kapitola 8).

Tabulka 7-2: Základní typy jednodenní a lůžkové adiktologické péče

Typ služby	Název služby	Cílová skupina	Personální obsazení	Hlavní typy intervencí
JEDNODENNÍ PÉČE	***(i) Stabilizační jednotka/ stabilizační lůžko*** **v rámci oddělení pro léčbu závislostí a léčeben pro léčbu závislostí** **(ii) Záchytné stanice (pro indikované pacienty, po transformaci)** **(iii) Lůžka pro jednodenní hospitalizaci (v rámci adiktologických ambulancí nebo stacionářů)**	Problémoví uživatelé alkoholu, léků, nelegálních drog a tabáku, patologičtí hráči, ve stavu akutní dekompenzace, somaticky stabilizováni	Vedoucí lékař se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie nebo s certifikovaným kurzem v oboru návykových nemocí; doporučené: zdravotní sestra, adiktolog, případně i zdravotnický asistent nebo doplnění nezdravotnickými profesemi, zejména sociálním pracovníkem	Stabilizace krizí, relapsů, akutních intoxikací, krizová intervence, sociální práce. Tyto služby by v adiktologii mohly převzít úlohu krizových lůžek, stabilizace resp. izolace pacientů/klientů – ovšem pouze u pacientů se zdravotní indikací a s podmínkou návaznosti na další adiktologické služby, na principu case-managementu
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 certifikovaným kurzem v oboru návykových nemocí; doporučené: zdravotní sestra, adiktolog, klinický psycholog, případně i zdravotnický asistent nebo doplnění nezdravotnickými profesemi	Předcházení a tlumení abstinenčního syndromu především farmako- a psycho-terapeutickými intervencemi a režimovými opařeními

KRÁTKODOBÁ A STŘEDNĚDOBÁ ODVYKACÍ LÉČBA	***(i)Psychiatrická léčebna pro léčbu závislostí*** ***(ii) Oddělení pro léčbu závislostí***	Problémoví uživatelé alkoholu, léků, nelegálních drog a tabáku, patologičtí hráči	Vedoucí lékař se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie nebo s certifikovaným kurzem v oboru návykových nemocí; doporučené: zdravotní sestra, adiktolog, klinický psycholog, zdravotně-sociální pracovník, případně i zdravotnický asistent nebo doplnění nezdravotnickými profesemi	Strukturovaný komplexní program obsahující terapeutické aktivity medicínské (včetně farmakoterapie), podpůrně psychoterapeutické včetně prevence relapsu a zvládání cravingu, dále aktivity režimové, psychosociálně rehabilitační, ergoterapeutické, 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***	Problémoví uživatelé alkoholu, léků, nelegálních NL a tabáku, patologičtí hráči	Vedoucí lékař se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie event. s certifikovaným kurzem v oboru návykových nemocí nebo klinický psycholog nebo adiktolog (se smluvně zajištěným psychiatrem nebo lékařem s certifikovaným kurzem v oboru návykových nemocí); doporučené: zdravotní sestra, adiktolog, sociální pracovník , klinický psycholog, případně i zdravotnický asistent nebo doplnění nezdravotnickými profesemi.	Dlouhodobá léčba závislostí 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

Následná péče (doléčování programy) bude součástí náplně výše uvedených ambulantních a rezidenčních služeb, ovšem může být poskytována i jako součást specializovaného programu následné péče – doléčovací centrum (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 diferenciace specializace péče o uživatele návykových látek. Přehled diferenciace zdravotní péče o závislé podle její specializace je uvedena v následující tabulce 7-3.

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

Stupeň specializace péče podle ZZS	Ambulantní péče	Jednodenní péče	Lůžková péče		
			Akutní léčba intenzivní	Akutní léčba standardní	Následná léčba
NESPECIALIZOVANÁ SLUŽBA	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 psychiatrických léčeben a nemocnic
	Psychiatrické ambulance	Stabilizační lůžka v rámci psychiatrických oddělení Případně krizová centra, která budou mít statut zdravotnických zařízení		Psychiatrická oddělení a léčebny/nemocnice bez strukturovaného programu – stabilizační léčba (regionální)	Psychiatrická oddělení a léčebny/nemocnice bez strukturovaného programu (regionální)
SPECIALIZOVANÁ SLUŽBA	(i) Lékařská ordinace pro návykové poruchy (ii) Adiktologická ambulance (iii) Adiktologický stacionář	(i) Stabilizační lůžka v rámci oddělení pro léčbu závislostí a léčeben pro léčbu závislostí (ii) Záchytné stanice (pro indikované pacienty a po transformaci záchytných stanic) (iii) Případně lůžka pro jednodenní hospitalizaci v rámci adiktologických ambulancí nebo stacionářů	(i)Detoxifikační jednotky splňující kritéria intenzivní péče	(i)Oddělení pro léčbu závislostí v rámci nemocnic nebo psychiatrických léčeben a léčebny pro léčbu závislostí – standardní detoxifikace a odvykací léčba (nadregionální)	(i) Speciální oddělení a léčebny se specifickým programem Terapeutické komunity (nadregionální)

7.3 Jednotlivé typy ambulantní adiktologické péče a jejich vymezení

7.3.1 Lékařská ordinace pro návykové poruchy

Jedná se o specializovanou ambulanci oboru psychiatrie se specializací na adiktologickou klientelu. Zákon č. 379/2005 Sb. v § 20 a inovované Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby (Libra et al., 2012) ve standardu „Ambulantní léčba“ vymezují ambulantní adiktologickou péči obecně jako ambulantní léčebnou a preventivní péči poskytovanou jako zdravotní a/nebo sociální službu. Cílovou populací služby jsou osoby experimentující s návykovými látkami, problémoví uživatelé návykových látek, závislí motivovaní i

nemotivovaní k abstinenci, absolventi ústavního léčení, patologičtí hráči a osoby s problematikou nelátkových závislostí, rodinní příslušníci a partneři těchto cílových skupin. Terapeutický tým má být multidisciplinární, se vzděláním lékařským, zdravotnickým, psychologickým/psychoterapeutickým, pedagogickým a sociálním, popř. jiným dle potřeb cílové populace.

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 (Libra et. al., 2012) vymezují v typovém standardu „Substituční léčba“ tuto léčbu jako ambulantní, časově předem neomezenou udržovací léčbu substituční látkou s psychosociální komponentou, jejímž cílem je efektivně potlačit odvykací příznaky a spolupůsobením zdravotních účinků poskytované zdravotní péče a sociálních služeb všestranně zlepšit kvalitu života pacientů/klientů. Služba je řízena kvalifikovaným vedoucím lékařem s atestací z psychiatrie nebo v oboru návykové nemoci či certifikovaným kurzem v oboru návykové nemoci nebo adiktologem s uznanou odbornou způsobilostí. Terapeutický tým: multidisciplinární vzhledem k povaze problému, převažují zdravotničtí pracovníci. Cílová populace: osoby závislé na opiátech, často s přítomností psychických a somatických komplikací (psychiatrická a somatická komorbidita, kriminální anamnéza apod.).

7.3.2 Adiktologická ambulance (nelékařská)

Služby odpovídají podle Standardů odborné způsobilosti (2012) typu „Ambulantní léčba“ a „Kontaktní a poradenské služby“.

Ambulantní léčba (viz 7.3.1) je vymezena jako ambulantní léčebná a preventivní péče poskytovaná jako zdravotní a/nebo sociální služba. Služba je odborně řízena kvalifikovaným pracovníkem, s praxí minimálně 3 roky v adiktologických službách typu léčby, skupinové nebo individuální psychoterapii, rodinné terapii nebo v obdobném typu služeb. Požadované vzdělání vedoucího je vysokoškolské ve zdravotnickém, psychologickém, sociálním či pedagogickém směru. 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, absolventi ústavního léčení, patologičtí hráči a osoby s problematikou nelátkových závislostí, rodinní příslušníci a partneři těchto cílových skupin. Služba je součástí komplexního systému péče v působnosti jedné organizace, případně funguje jako samostatná organizace s funkční provázaností na další odborná zařízení a organizace. Služba je poskytována jako zdravotní a/nebo sociální služba. Sestává zejména z komplexní diagnostiky, individuální a skupinové psychoterapie, poradenství, sociální práce, farmakoterapie, socioterapie, rodinné terapie a edukace příbuzných osob pacientů/klientů.

Kontaktní a poradenské služby obsahují ve svém profilu navázání kontaktu s cílovou skupinou, kontaktní práci, poradenství v oblasti prevence a léčby závislosti, práci s motivací pacientů/klientů,

sociální práci a vybrané výkony zdravotní péče. Cílová populace: primárně osoby problémově užívající návykové látky, osoby experimentující či škodlivě užívající návykové látky včetně alkoholu. Dále osoby závislé na návykových látkách, osoby ohrožené patologickým hráčstvím a rodinní příslušníci a osoby blízké těchto cílových skupin. Jsou možné anonymní i neanonymní kontakty. Nízkoprahová **s**lužba snižuje rizika spojená s problémovým užíváním drog a ovlivňuje motivaci osob ke změně životního stylu, rizikového chování a k vyhledání další odborné pomoci. Služba poskytuje poradenství v oblasti prevence a léčby závislosti, zhodnocení stavu klienta, sociální práci, zprostředkování léčby. Služba poskytuje podmínky pro vykonání osobní hygieny. Služba je registrována jako zdravotní a/nebo sociální služba.

Kontaktní práce: služby prvního kontaktu pro uživatele návykových látek, 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 návykových látek 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 služby je rovněž sociální práce a prevence relapsu. Personální vybavení služby: služba je řízena kvalifikovaným odborným pracovníkem, který má minimálně vyšší odborné nebo bakalářské vzdělání a má praxi v adiktologických službách minimálně 3 roky. Pracovník má znalosti v oblasti prevence a léčby drogových závislostí. Terapeutický tým je multidisciplinární s ohledem na bio-psycho-sociální model závislosti a poskytované služby.

7.3.3 Adiktologický stacionář

Tyto služby odpovídají podle Standardů odborné způsobilosti (2012) typu „Ambulantní stacionární péče“. Jsou také definovány v § 20 zákona č. 379/2005 Sb. Služba je vymezena jako ambulantní léčebná a preventivní péče poskytovaná jako zdravotní a/nebo sociální služba. Jde o specializovanou ambulantní péči poskytovanou diferencovaně uživatelům všech typů návykových látek, patologickým hráčům a lidem trpícím obdobnými poruchami. Dle Standardů odborné způsobilosti (2012) je služba odborně řízena kvalifikovaným pracovníkem, s praxí minimálně 3 roky v adiktologických službách typu léčby, ve skupinové nebo individuální psychoterapii, v rodinné terapii nebo v obdobném typu služeb. Požadované vzdělání vedoucího je vysokoškolské ve zdravotnickém, psychologickém, sociálním či pedagogickém směru. Terapeutický tým je multidisciplinární vzhledem k povaze problému a specifickým charakteristikám pacientů/klientů.

Cílová populace: osoby experimentující s návykovými látkami, problémoví uživatelé návykových látek, závislí motivovaní i nemotivovaní k abstinenci, absolventi ambulantního či ústavního léčení, patologičtí hráči a osoby s problematikou nelátkových závislostí, rodinní příslušníci a partneři těchto cílových skupin. Doporučení k účasti ve strukturovaných programech z jiných služeb je vhodné, ale není nezbytné. V komplexním systému péče může služba navazovat na všechny ostatní typy služeb a může být také první pacientovou/klientovou adiktologickou službou, předchází doléčovacím programům, střednědobé či dlouhodobé ústavní léčbě, zpravidla i dalším druhům služeb. Služba je většinou nízkoprahová. Sestává zejména z komplexní diagnostiky, individuální a skupinové psychoterapie, poradenství, sociální práce, farmakoterapie, socioterapie, rodinné

terapie a edukace příbuzných osob pacientů/klientů. Cílovou skupinou jsou osoby, které trpí adiktologickými poruchami nebo jsou jimi ohroženy. Dalšími využívanými léčebnými metodami dle specifických potřeb pacientů/klientů může být např. detoxifikace v domácím prostředí. Péče je doplněna o strukturované programy denních, popř. nočních či odpoledních stacionářů v délce 3–4 měsíce. Na rozdíl od služeb kontaktních center se v ní obvykle vyžaduje, aby pacient/klient nebyl akutně pod vlivem návykových látek. Zpravidla v ní neprobíhá výměna injekčního materiálu.

7.3.4 Další specifické programy v oblasti ambulantní péče

7.3.4.1 Terénní programy

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

Terénní programy jsou službou aktivního vyhledání, prvního kontaktu, kontaktní práce, poradenství, zdravotní péče a sociální práce v přirozeném a vlastním sociálním prostředí uživatelů drog. Služba je vedena především přístupem snižování rizik (včetně možnosti programu výměny injekčního náčiní) s cílem ovlivnit motivaci klienta ke změně životního stylu, rizikového chování a k vyhledání dalších vhodných služeb. Cílová populace: primárně osoby problémově užívající návykové látky, rekreační uživatelé drog, kterým hrozí riziko zdravotního poškození v souvislosti s užíváním návykových látek, a dále osoby experimentující či škodlivě užívající návykové látky včetně alkoholu, osoby ohrožené patologickým hráčstvím. Formy terénní práce – na otevřené drogové scéně, uzavřené, detašovaná terénní práce v jiných organizacích.

Obsahem terénní práce je poskytování aktuálních informací o dostupných poradenských, léčebných, sociálních a jiných navazujících 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 návykových látek, distribuce metodických materiálů, výměna pomůcek na injekční aplikaci, distribuce dezinfekčních a dalších ochranných prostředků, zdravotnického materiálu, základní zdravotní ošetření. Asistence při řešení sociálních a zdravotních problémů doprovázená motivačním tréninkem s cílem změnit rizikové chování klienta/pacienta. Poskytování krizové a situační intervence. Služba je řízena kvalifikovaným pracovníkem, který má minimálně vyšší odborné nebo bakalářské vzdělání, minimálně 3 roky praxe v adiktologických službách a znalosti v oblasti prevence a léčby drogových závislostí. Terénní pracovníci: odborní pracovníci (pracovník v sociálních službách, zdravotnický asistent, sanitář apod.), bývalí uživatelé drog, dobrovolní a externí pracovníci.

7.3.4.2 Adiktologické služby ve vězení

Pro tyto služby byl nově vypracován a navržen pro schvalovací proces desátý typový standard v rámci Standardů odborné způsobilosti (prozatím schválen ke dni uzávěrky dokumentu není, a uvádíme jej proto pouze pro úplnost přehledu a jako informaci o předloženém záměru). Adiktologické služby pro uživatele všech typů psychoaktivních látek (nelegálních i legálních) a patologické hráče poskytované ve vazebních věznicích, věznicích a po výstupu z vězení. Služby jsou poskytovány v oblasti prevence a léčby závislostí, zacílené na změnu životního stylu a prevenci recidivy drogové i kriminální. Služba má statut zdravotní a/nebo sociální služby. Cílová populace: osoby experimentující s návykovými látkami, problémoví uživatelé a závislí na nelegálních i

legálních látkách, patologičtí hráči, osoby s problematikou nelátkových závislostí v konfliktu se zákonem, umístění ve vazebních věznicích, věznicích, po propuštění z vazby či po výstupu z výkonu trestu. Motivovaní i nemotivovaní k abstinenci. Rodinní příslušníci a další osoby blízké těchto cílových skupin.

V komplexním systému péče může být služba první specializovanou službou, se kterou se klient setká nebo může navazovat na všechny ostatní typy služeb. Služba je součástí komplexního systému péče služeb v působnosti jedné organizace. Adiktologické služby ve vězení doplňují nabídku péče o uživatele návykových látek v prostředí věznic, kterou zajišťují zaměstnanci Vězeňské služby. Využívá efektu externisty, kdy drogově závislí vězni více důvěřují osobám, které nejsou součástí vězeňského systému. Pokud má klient zájem o změnu, je možné s ním navázat dlouhodobější spolupráci a v tom případě má služba poradensko-terapeutický charakter, přičemž délka kontaktu, frekvence kontaktů a doba poskytování služby je individualizovaná (s ohledem na délku výkonu trestu a zda je klient ve výkonu vazby, nebo výkonu trestu). Služba je odborně řízena kvalifikovaným pracovníkem s praxí min. 3 roky v adiktologických službách, obdobném typu léčby, skupinové nebo individuální psychoterapii, rodinné terapii nebo v obdobném typu služeb. Tým služby je multidisciplinární vzhledem k povaze problému a specifickým charakteristikám klientů.

7.3.5 Následná péče a doléčovací programy včetně chráněného bydlení

Služby následné a doléčovací péče jsou dle § 20 Zákona č. 379/2005 Sb. definovány jako programy, které zajišťují zdravotnická zařízení a jiná zařízení a které obsahují soubor služeb, jež následují po ukončení základní léčby a pomáhají vytvářet podmínky pro udržení abstinence. Inovované standardy odborné způsobilosti (2012) ji definují ve speciálním standardu Doléčovací programy (včetně programů chráněného bydlení a chráněných pracovních míst a rekvalifikace) 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 abstinují.

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. Z pohledu zákonného ukotvení je zjevné, že se v tomto typu služby jedná o kombinovaný zdravotně-sociální model následné péče. Strukturované programy intenzivního doléčování jsou určeny abstinujícím osobám s anamnézou závislosti na návykových látkách nebo problematikou patologického hráčství s doporučenou minimální dobou abstinence 3 měsíce. Doléčovací programy jsou částečně založeny na formě odpoledních stacionářů, v délce minimálně 6 měsíců. Programy jsou zaměřené na podporu a udržení abstinence klientů/pacientů po léčbě v základním léčebném programu a pomáhají jim v navrácení do podmínek běžného života. Program poskytuje podpůrnou individuální a skupinovou psychoterapii, sociální práci, prevenci relapsu, nabídku volnočasových aktivit a dle svých možností i chráněné bydlení a chráněná pracovní místa a rekvalifikaci. Služba je poskytována jako zdravotní a/nebo sociální. Cílová skupina: abstinující osoby s anamnézou závislosti na návykových látkách nebo problematikou patologického hráčství s doporučenou minimální dobou abstinence 3 měsíce. Jsou preferovány osoby, které absolvovaly detoxifikaci a minimálně krátkodobou léčbu (ambulantní či rezidenční), s náhledem a motivací k dlouhodobé abstinenci.

Hlavním náplní služby je komplexní multidisciplinární terapeutický proces zaměřený na udržení abstinence, navozených 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: skupinovou terapii, rodinnou či partnerskou terapii, sociální práci, rehabilitaci. 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 následnou péči z pohledu sociální práce 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. Služba je řízena kvalifikovaným odborným pracovníkem, s praxí minimálně 3 roky v léčení závislostí, skupinové a/nebo individuální psychoterapii, rodinné terapii nebo v obdobném typu služeb. Formální požadované vzdělání vedoucího je vysokoškolské ve zdravotnickém, psychologickém, sociálním či pedagogickém směru. 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 sociální.

7.4 Jednotlivé typy jednodenní a lůžkové adiktologické péče a jejich vymezení

7.4.1 Jednodenní stabilizace

Je ve smyslu zákona o zdravotních službách jednodenní péčí 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). Služby jednodenní péče by mohly převzít úlohu jednak stabilizačních lůžek i 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 služby 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.

7.4.2 Detoxifikační jednotky a oddělení

Detoxifikace je definována jako léčebná péče poskytovaná ambulantními a ústavními zdravotnickými zařízeními při předcházení abstinenčnímu syndromu. Standardy odborné způsobilosti (2012) 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.

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 organizmu, tedy o stavy, které nevyžadují intenzivní péči v jiném zařízeni (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. Náplní péče detoxifikační jednotky může být i prosté vystřízlivění 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 motivovaní k detoxifikaci s různě vyjádřenými odvykacími příznaky. Zařízení zajišťující službu a poskytující péči dle principů dobré praxe splňují kritéria odborné způsobilosti dle Standardů odborné způsobilosti (2012). Ty vymezují detoxifikaci jako léčebnou péči poskytovanou při předcházení a léčení stavů spojených s přerušením či vysazením užívání návykové látky. Péče je poskytována v případech, kdy nejsou primárně ohroženy vitální funkce organismu. Jedná se o krátkodobou lůžkovou léčbu s délkou trvání zpravidla do 3 týdnů.

Léčba odvykacího syndromu spojeného s přerušením užívání návykové látky s případnými komplikacemi (v případech, kdy nejsou ohroženy vitální funkce organismu), případně prosté vystřízlivění 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).

7.4.3 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 (2012) 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 (v tomto kontextu v návrhu a diskusi v rámci zdravotnické terminologie tzv. „superspecializovaná“), tj. oddělení pro léčbu závislostí nebo samostatné léčebny pro léčbu závislostí, budou doplněna sítí existujících psychiatrických služeb, které nemají náročný strukturovaný odvykací program a mají v zásadě stabilizační cíle.

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 lůžkové zdravotní služby 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.

Cílovou populaci tvoří osoby závislé na návykových látkách a patologičtí hráči, často s přítomností psychiatrických či somatických komplikací. 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.

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 směrem 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.

7.4.4 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 (2012) 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.

V komplexním systému péče navazuje služba na detoxifikaci nebo krátkodobou a střednědobou léčbu a předchází doléčovacím programům. Pobyt pacientů/klientů je zpravidla dlouhodobý, rozdělený do několika fází, které se odlišují různou mírou odpovědnosti a pravomocí pacientů/klientů v komunitní spolusprávě. Program se zaměřuje na obnovu fyzického a psychického zdraví pacientů/klientů, na prevenci a řešení sociálního vyloučení a práci na sociálním začleňování včetně obnovení rodinných a dalších blízkých vztahů. Ve službě se poskytuje kromě ubytování a stravování zejména socioterapeutická a psychoterapeutická pomoc směřující k zásadní změně životního stylu a sebepojetí pacientů/klientů vedoucí k životu bez drog. Služba je součástí komplexního systému péče v působnosti jedné organizace, případně funguje jako samostatná organizace s funkční provázaností na další odborná zařízení a organizace. Je poskytována jako sociální a/nebo zdravotní služba. Provoz je zajištěn nepřetržitě kvalifikovaným pracovníkem: terapeutem, adiktologem či zdravotní sestrou.

Cílovou populaci tvoří osoby závislé na užívání návykových látek, osoby s těžkými adiktologickými poruchami, s těžším psychosociálním nebo 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.

Hlavním náplní služby je komplexní multidisciplinární terapeutický proces zaměřený na dosažení a udržení abstinence/nebo redukci užívání návykových látek a na maximální možnou resocializaci pacienta. Terapeutická komunita dle § 68 Zákona č. 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 přenosných onemocnění, eventuálně 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, 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.

8 Analýza dostupnosti adiktologické péče a návrh minimálního rozsahu sítě specializovaných adiktologických služeb

Dostupnost specializované péče pro klienty/pacienty bývá obecně prohlašována za základní princip funkční sítě veřejných služeb. V kontextu oboru adiktologie je analogicky dostupnost péče považována za základní požadavek na síť specializovaných služeb.

8.1 Dostupnost adiktologické péče

Vedle čtyř základních kritérií dostupnosti, jak je vymezuje O'Donnell (2007): (i) existence služby (availability), (ii) geografická přístupnost (availability), (iii) finanční dosažitelnost (affordability) a (iv) dostupnost ve společenském a kulturním kontextu (acceptability), je možné síť služeb analyzovat i z hlediska dalších dimenzí. Příkladem může být „psychosociální dostupnost“, která je podmíněna motivací pacienta/klienta vyhledat odborné služby, nebo „dostupnost odborně zdravotnická“, čili z pohledu adiktologie přístupnost velmi úzce specializovaných služeb (např. paliativní péče, dětská adiktologie apod.). Lze se setkat i s pojmem "organizační dostupnost", která si všímá provázanosti a návaznosti různých druhů zdravotní (adiktologické) péče (např. organizace přeposílání pacientů/klientů do navazujících služeb, specializovaných center, síťování služeb, case-managment). Bariéry v dostupnosti adiktologických služeb mohou pramenit jednak ze strany poptávky – klientů služeb, tak i ze strany nabídky – od poskytovatelů služeb (Ensor & Cooper, 2004; O'Donnell, 2007).

Dostupnost služeb je požadavek akcentovaný i v evropském kontextu (např. EMCDDA Treatment Strategy, 2012; EMCDDA Insights, 2012). Dle metodického pokynu k prevenci a kontrole infekcí mezi uživateli návykových látek (ECDC & EMCDDA, 2011) je předpokladem úspěšné léčby dobrá dostupnost a snadný a pohodlný přístup spolu s širokou nabídkou služeb a s diskrétním prostředím. Za klíčové indikátory dostupnosti považují uvedené evropské instituce vhodnou provozní dobu, přizpůsobení se místnímu kontextu a realizaci programů vrstevnické podpory („peer work“). Tzv. „treatment uptake“ neboli vstup do léčby nebo nábor do léčby je klíčovým faktorem pro kontrolu některých nemocí z veřejně-zdravotního hlediska. Např. u VHC je vstup injekčních uživatelů drog do léčby, který je limitován faktory na straně pacienta/klienta a systému obecně, zásadní podmínkou pro jejich léčbu, která pak snižuje incidenci a prevalenci VHC infekce na celopopulační úrovni (Martin et al., 2011; Vickerman et al., 2010).

Dostupnost na komunitním principu, podle kterého můžeme projektovat minimální dostupnost sítě služeb, vychází ze souladu reálného životního stylu obyvatel lokality a respektování přirozených center regionů. Dostupnost má pro klienty/pacienty garantovat reálnou možnost dosahu standardně stanoveného profilu služeb v jeho úplnosti (minimální síť služeb). Dostupnost je i vyjádřením práva rovného přístupu široké veřejnosti (daňových poplatníků) ke garantované kvalitě služby (Libra & Novák, 2005–2006). Vzniká-li v lokalitě drogový problém a jsou-li jím občané žijící v této lokalitě ohroženi, je třeba zajistit dostupnost adekvátní služby s garantovanou kvalitou. Územní dosažitelnost (geografická dostupnost) je primárně úkolem veřejné politiky, nikoliv zařízení poskytujících odborné služby.

Kritéria dostupnosti služeb na straně poskytovatelů ohraničují Standardy odborné způsobilosti (Libra et al., 2012). Poskytovatel služby se zavazuje realizovat opatření ke zvýšení dostupnosti způsobem odpovídajícím povaze cílové skupiny a typu služby, což se realizuje zejména: šířením informací o službě, monitorováním využívané kapacity a čekací doby, poskytováním informací zájemcům a jejich rodinám o dalších možnostech odborné péče apod. Požadavek na místní a časovou dostupnost služby se projeví výběrem místa poskytování služby a denní (otvírací) doby

tak, aby odpovídaly cílům a charakteru služby a potřebám cílové skupiny (např. ve spádové oblasti u ambulantních služeb). Pro zabezpečení komplexní a kontinuální péče poskytovatel služby aktivně vytváří a udržuje vztahy s dalšími poskytovateli služeb. Standardy přímo podporují provázanost služeb v lokalitě a poskytovatele zavazují podporovat pacienta/klienta v jejich využití v případě indikace, případně mu s nimi zprostředkovávat kontakty.

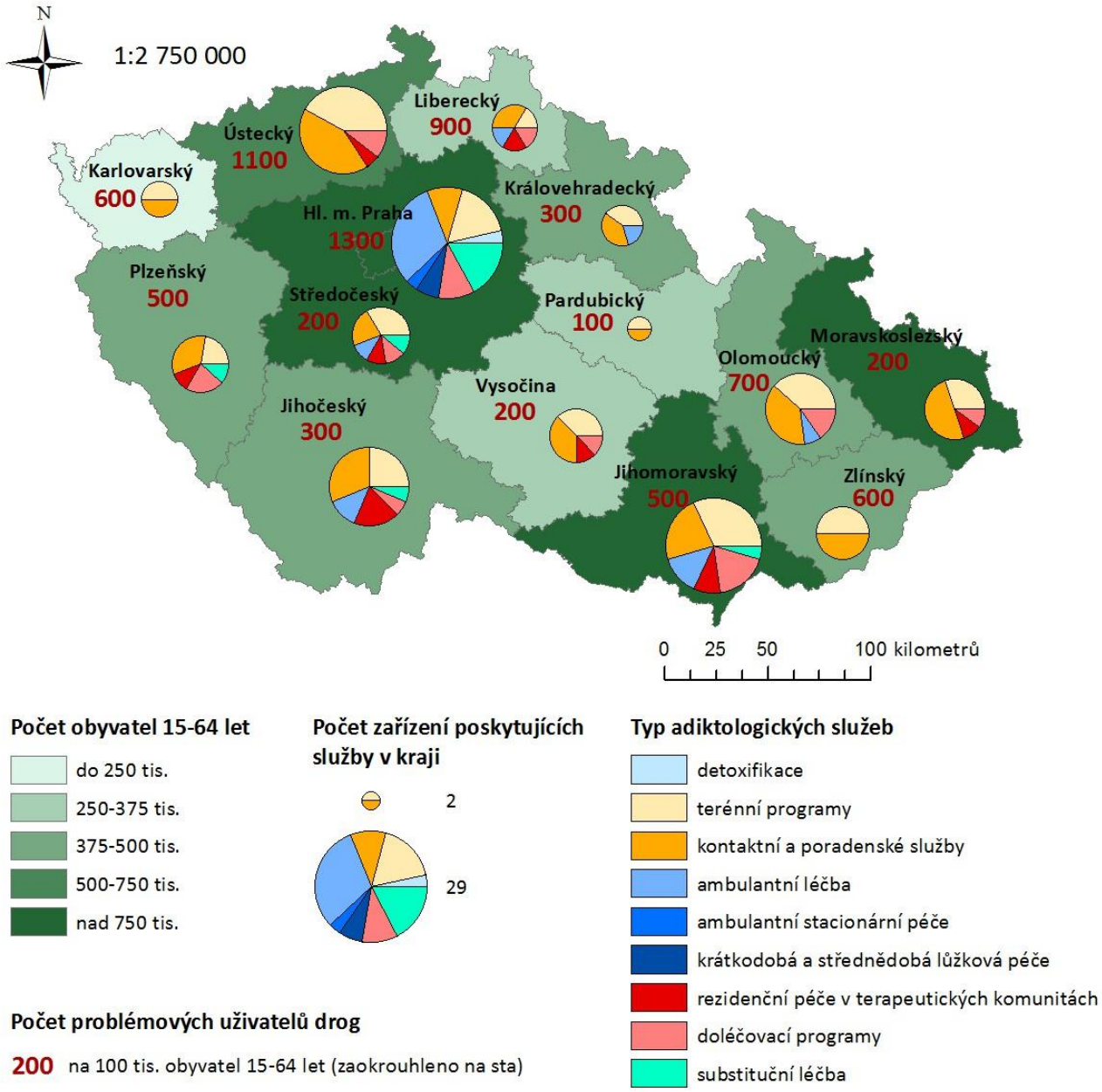
8.2 Navrhovaný rozsah specializované adiktologické péče a její dostupnost

Při projektování minimálního rozsahu sítě služeb jsme vycházeli z resortních kritérií dostupnosti péče. Návrh respektuje relevantní dokumenty příslušných ministerstev: (i) Ministerstva zdravotnictví ČR – Nařízení vlády č. 307/2012 Sb., o místní časové dostupnosti zdravotních služeb; (ii) Ministerstva práce a sociálních věcí ČR – Vyhláška č. 505/2006 Sb., jejíž součástí jsou Standardy kvality sociálních služeb; (iii) Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR – Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. Tento návrh reflektuje geografickou dostupnost sítě adiktologických služeb v ČR jako jedné z perspektiv náhledu na dostupnost/územní dosažitelnost služeb. Pro vytvoření map bylo použito několik datových zdrojů:

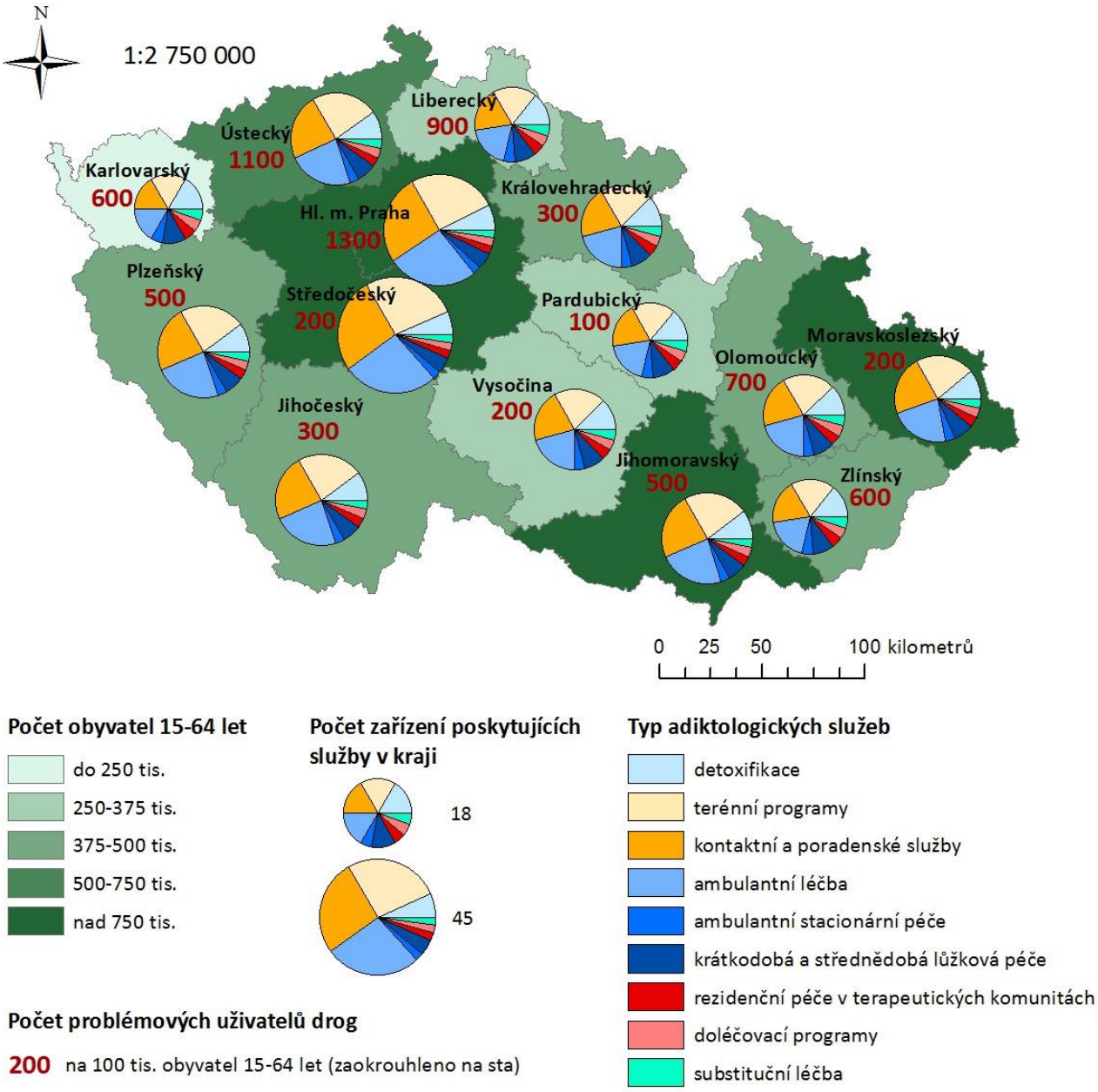
- Sčítání adiktologických služeb 2012 (SAS 2012) – průzkum provedený ve spolupráci Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti při Úřadu vlády ČR (NMS), Ústavu zdravotnických informací a statistiky Ministerstva zdravotnictví ČR (ÚZIS) a Klinikou adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze(KAD);
- databáze certifikovaných programů v systému certifikací RVKPP k 25. 10. 2012;
- výroční zprávy o realizaci protidrogové politiky v kraji za 2011 (KPK);
- databáze léčebných a poradenských center, která hlásí do Registru žádosti o léčbu spojenou s užíváním drog, Registr vede Hygienická služba (HS) a centrálně spravuje referát drogové epidemiologie HS hl. m. Prahy;
- data z Národního zdravotnického informačního systému (NZIS), který spravuje ÚZIS, o ambulantních i lůžkových zařízeních oboru psychiatrie z ročních výkazů a z Národního registru hospitalizovaných a dále data o zdravotnických zařízeních poskytujících substituční léčbu z Národního registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek (NRULISL).

Při vizualizaci dostupnosti služeb jsme vycházeli z analýzy autorů – Vavrinčíková, L., Mravčík, V., Burešová, Z., Kiššová, L., Nečas, V., Vopravil, J. (2013). *Mapování dostupnosti a charakteru sítě služeb oboru Adiktologie*. Za jednotku geografické dostupnosti (mimo hl. m. Prahu) byl použit okres. Porovnáváno bylo 77 případů (76 okresů + hl. m. Praha), které byly u některých ukazatelů (lůžková AT péče, detoxifikace, substituční léčba, terapeutické komunity) sloučeny a strukturovány podle krajů. Navrhovaný počet služeb vychází ze současného stavu počtu poskytovatelů, prevalenčních odhadů problémových uživatelů jednotlivých typů návykových látek a závislých a ze současné kapacity a počtů pacientů/klientů jednotlivých programů. Jedná se spíše o návrhy minimálního rozsahu péče (konzervativní odhady).

Mapa 8-1: Síť specializované adiktologické péče – aktuální stav dle certifikací (25. 10. 2012)

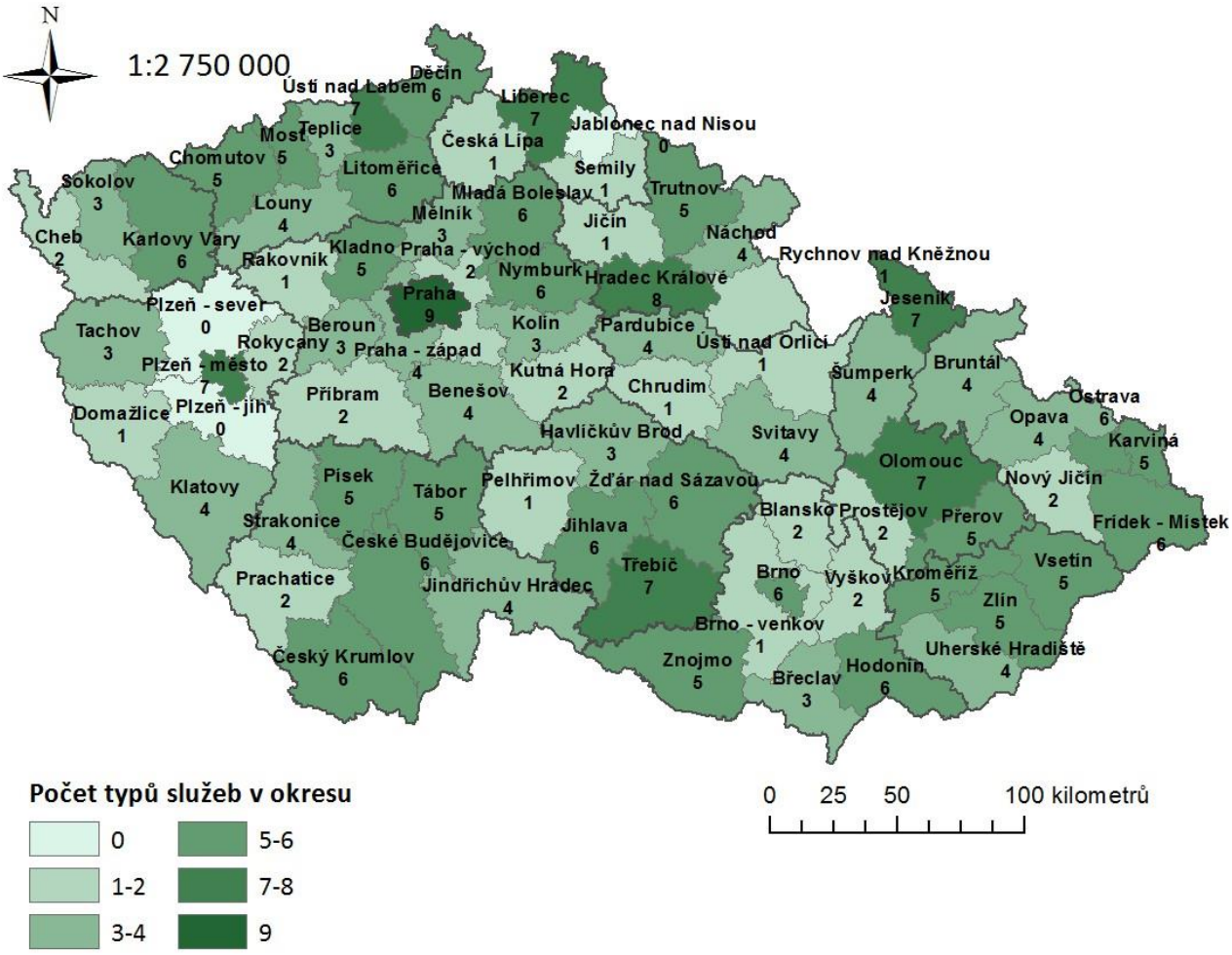


Mapa 8-2: Síť specializované adiktologické péče – navrhovaný rozsah minimální dostupnosti



Výsledkem komparace dvojice map (8-1 & 8-2) je nesporná disproporce mezi současným a navrhovaným stavem. Síť specializované adiktologické péče vyžaduje z hlediska dostupnosti posílení v rovině: (i) úplnosti nabídky služeb; i (ii) frekvenci výskytu jednotlivých typů služeb dle potřeb regionu. Rozložení okresů podle dostupnosti konkrétních typů adiktologických služeb pro klienty/pacienty zpřesňuje mapa 8-3. Doposud jsou v ČR okresy, kde není dostupná žádná z devíti typů adiktologických služeb (2 okresy z Plzeňského kraje, 1 okres Libereckého kraje) a 20 okresů, kde je nabídka adiktologických služeb minimální (1–2 služby na okres z palety 9 typů). Územní dostupnost specializovaných adiktologických služeb není dosud zcela pokryta.

Mapa 8-3: Aktuální počet typů adiktologických služeb podle okresů ČR



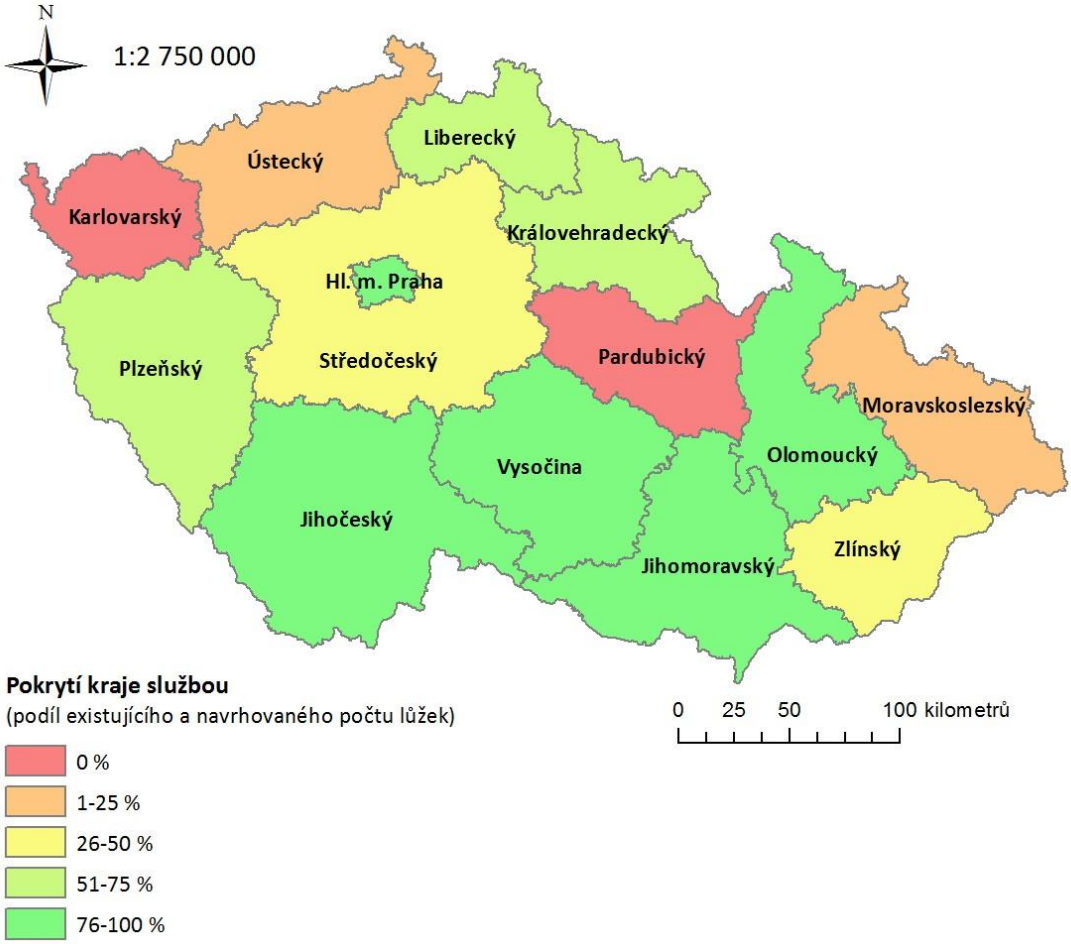
Jednotlivé zdroje dat poskytují v podstatě různé pohledy na tutéž síť služeb, resp. shromažďují údaje o jednotlivých souborech adiktologických programů, které se pochopitelně vzájemně překrývají, nelze údaje v nich jednoduše sečíst. K řešení problému je možné přistoupit dvěma způsoby:

- vybrat ten nejvhodnější, nejreprezentativnější zdroj dat pro daný typ služby – tento postup byl vybrán u ambulantní AT péče oboru psychiatrie, detoxifikace, krátkodobé a střednědobé lůžkové péče, kde byla vizualizace provedena z dat ÚZIS,
- vygenerovat nový parametr, který bude zohledňovat více parametrů z různých zdrojů dat. Takto bylo postupováno v různé míře a v různých variacích u dalších typů služeb. V zásadě se jedná o průměr, např. u počtu zařízení daného typu v daném okrese byl zprůměrňován počet zařízení hlášený různými zdroji.

Při uvedeném slučování nebo zprůměrňování mohlo u některých typů služeb dojít k tomu, že výsledný součet počtu programů je vyšší než skutečný počet. Použité parametry je potřeba vnímat jako indikátory, které se skutečnému parametru (např. skutečnému počtu ambulantních programů v daném okrese) co nejlépe přibližují (proxy), a s jistým zjednodušením si je lze představit jako pravděpodobnost, že se jedná o AT program nebo podíl, s jakým se daný program věnuje AT klientům nebo ještě zjednodušeněji jako počet jednotek pracovního výkonu (počet úvazků), který se AT problematice věnuje. Dále jsme v některých případech použili relativní ukazatele, tj.

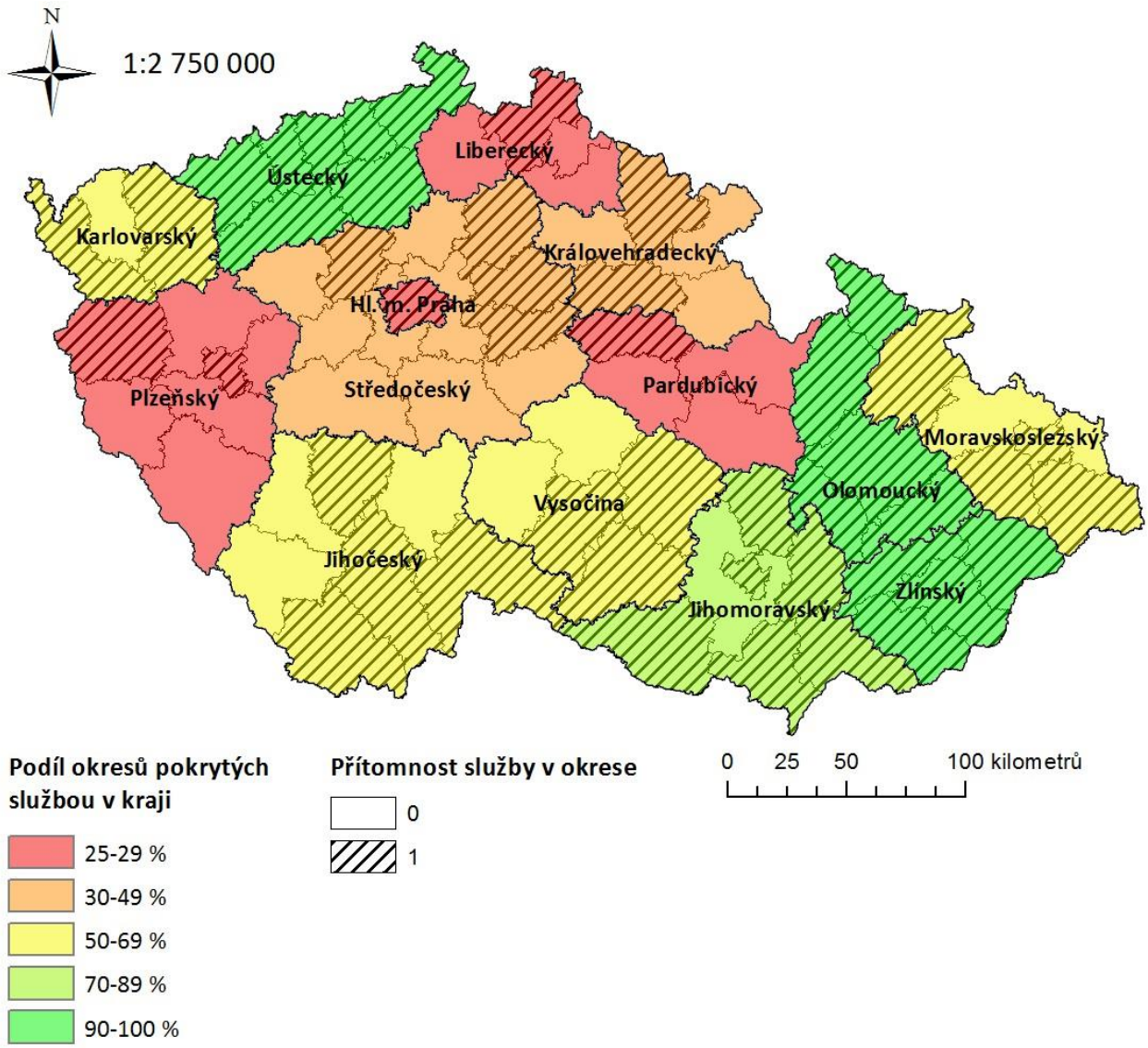
ukazatele přepočítané na počet obyvatel. Pro přepočet je použit počet obyvatel podle okresů ve věku 15–64 let k 31. 12. 2011. Typologie služeb vychází z certifikačních standardů (9 typů služeb). Mapy jednotlivých typů služeb diferencují okresy/kraje podle saturace konkrétním typem služby, přičemž barevné odlišení vyjadřuje, nakolik je okres pokrytý službou v porovnání aktuálního a navrhovaného stavu, a je vyjádřeno procenty.

mapa 8-4: Pokrytí kraje službou – detoxifikace



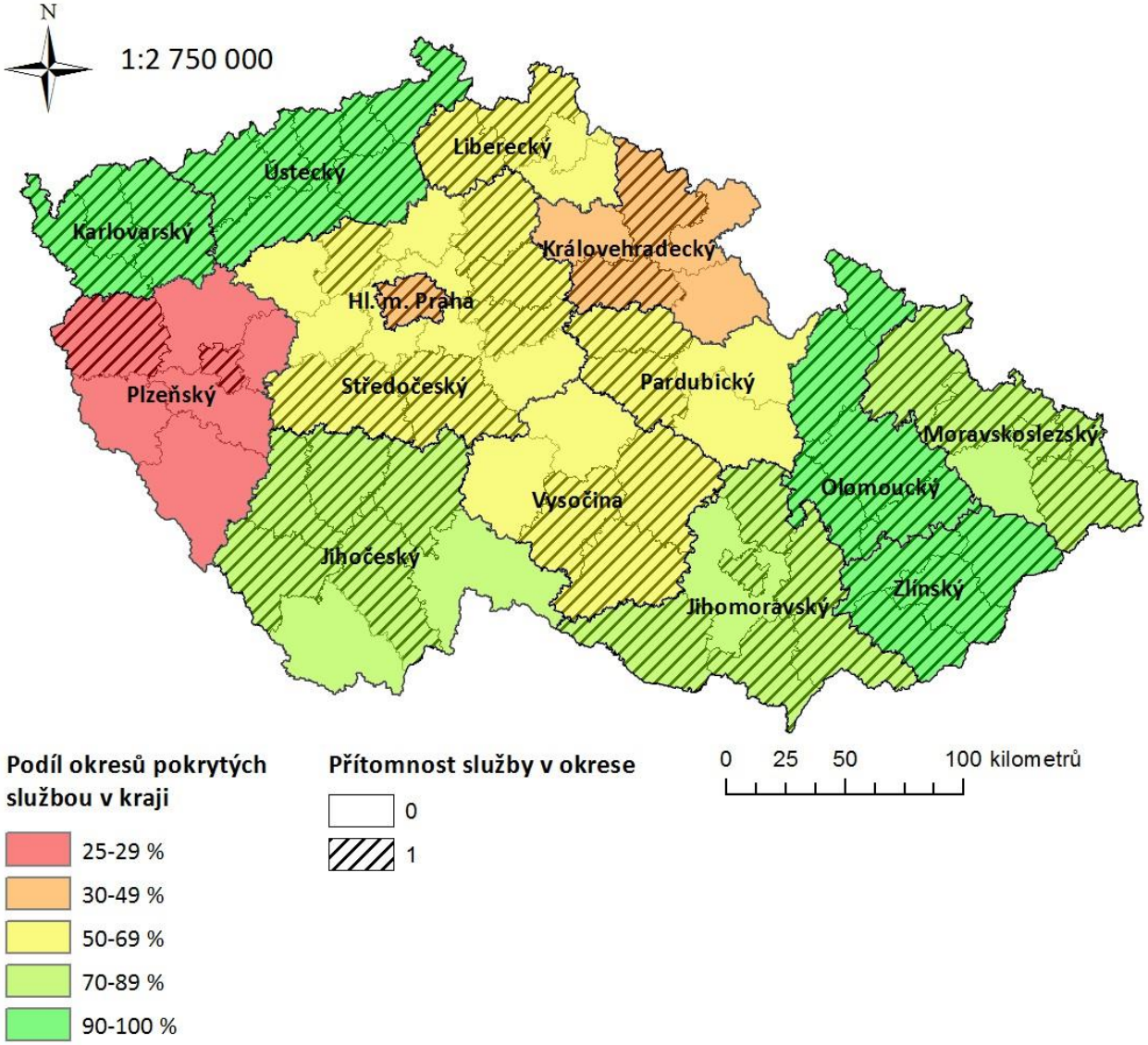
Mapa 8-4 uvádí pokrytí ČR adiktologickou službou detoxifikace, podíl existujícího a navrhovaného počtu lůžek z hlediska jednotlivých krajů ČR. Celkem je v ČR 29 zařízení provádějících detoxifikaci. Jedná se o 18 detoxifikačních jednotek s vyčleněnými lůžky a 11 dalších zařízení, kde detoxifikace probíhá na nevyčleněných lůžkách. Detoxifikace (ať už na jednotce, nebo na nevyčleněných lůžkách) je nedostupná v 55 okresech. Celkem je v ČR 150 detoxifikačních lůžek. Nejvyšší počet zařízení a lůžek poskytujících detoxifikaci je v Praze (4 zařízení a 41 lůžek) a Jihomoravském kraji (4 zařízení a 24 lůžek). Detoxifikace je zcela nedostupná v Karlovarském kraji, v Pardubickém kraji není specializovaná jednotka s vyčleněnými lůžky (mapa 8-3). Relativně na počet obyvatel je nejvíce lůžek na Vysočině (5,4) a v Praze (4,7 detoxifikačních lůžek na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let). Údaje o detoxifikaci pocházejí z ročního hlášení ÚZIS.

Mapa 8-5: Podíl okresů pokrytých službou v kraji – terénní programy



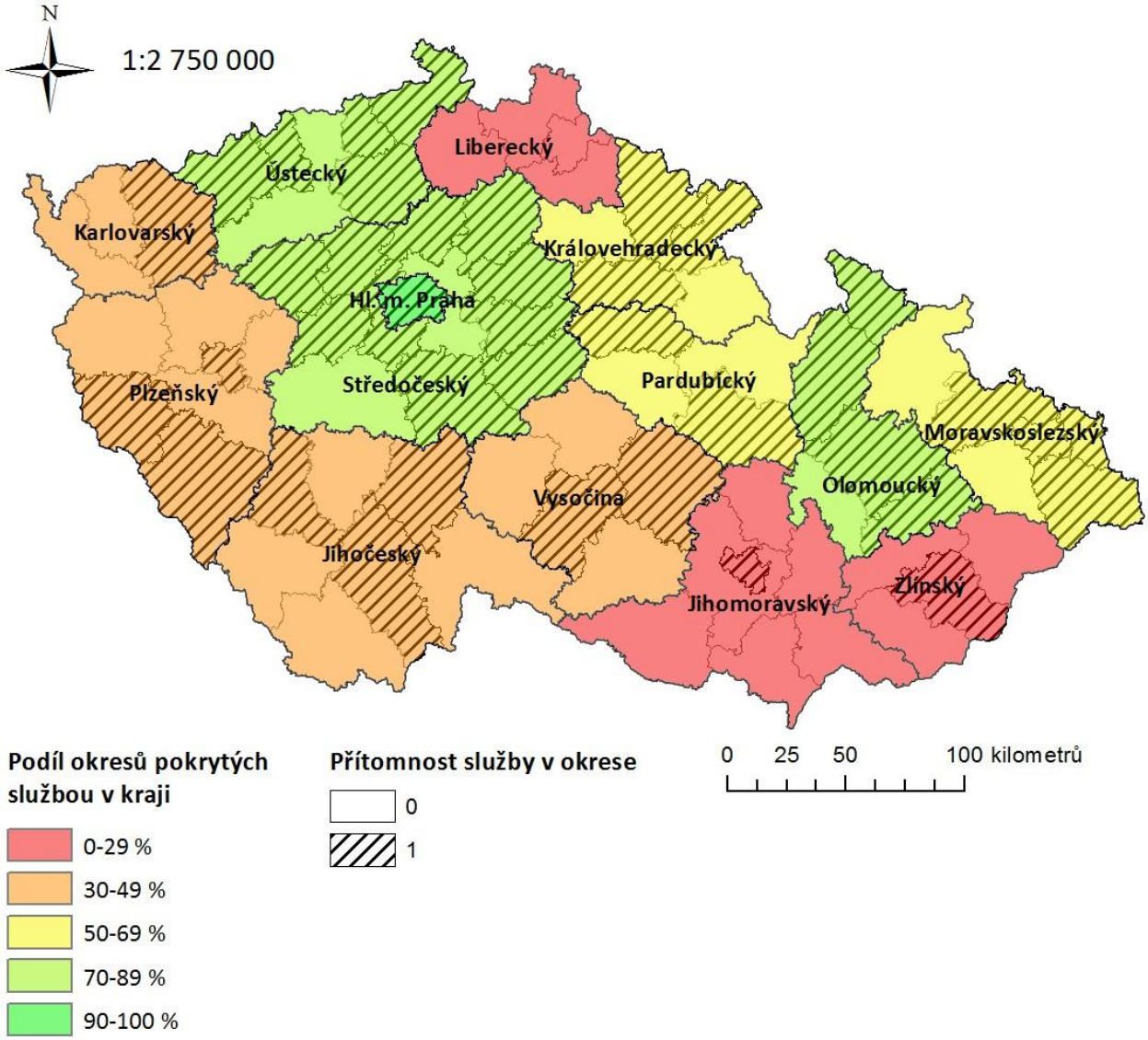
Celkem je v ČR odhadem 43–44 terénních programů (TP) pro uživatele návykových látek. Terénní program není ve 31 okresech (viz mapa 8-5). Nejvíce nízkoprahové služby typu TP je v kraji Ústeckém, Olomouckém a Zlínském. Nejméně terénních programů je v Pardubickém, Libereckém a Plzeňském kraji a v hl. m. Praha (postavení hl. města Prahy s jejími 22 správními obvody je vždy specifické a při posuzování dostupnosti jsme kalkulovali s 1 typem služby na 2 pražské správní obvody).

Mapa 8-6: Podíl okresů pokrytých službou v kraji – kontaktní a poradenské služby



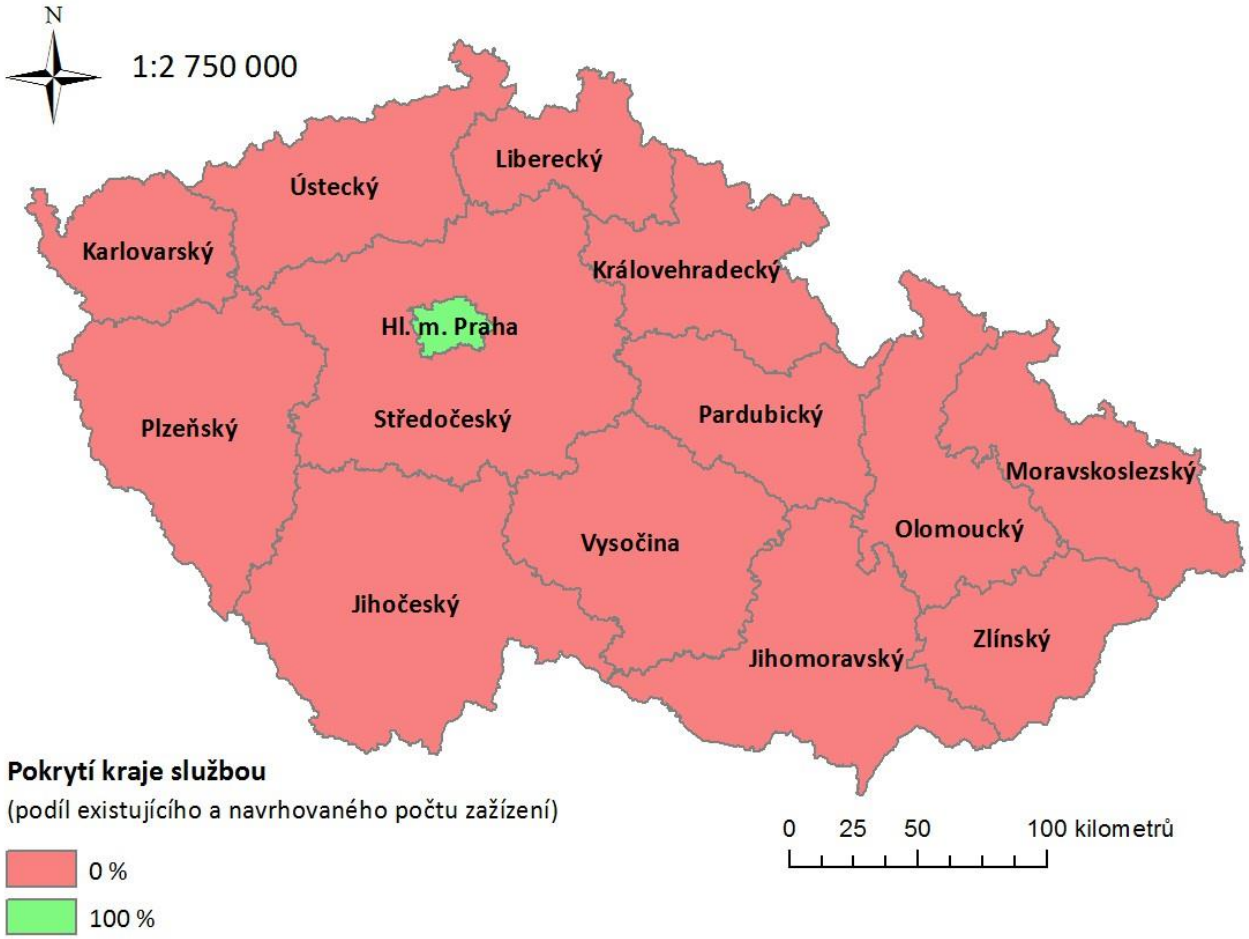
Celkem je v ČR odhadem 57 kontaktních center. Kontaktní centrum se nenachází ve 24 okresech. Celkem v 9 okresech byl odhad pod 1 program. Průměrný počet je 0,7 na okres, medián 1. Maximum 3,75 kontaktního centra (Praha). Nejvíce KC je v kraji Ústeckém (8–9), relativně na počet obyvatel ve věku 15–64 let má nejvíce kontaktních center Ústecký kraj a Karlovarský kraj. Nejméně KC vzhledem na potřebu má Plzeňský kraj, Královéhradecký kraj a Praha (viz mapa 8-6).

Mapa 8-7: Podíl okresů pokrytých službou v kraji – ambulantní léčba



Mapa 8-7 uvádí podíl okresů pokrytých ambulantní léčbou v ČR. Celkem je v ČR odhadem 51–52 AT ambulancí (psychiatrických ambulancí specializovaných na adiktologickou klientelu). AT ambulance není v 37 okresech ČR (mapa 8-6). Průměrně je přibližně 0,6 AT ambulancí na okres, nejvíce v Praze (13–14), Olomouci (4–5), Plzni, Karviné a Ostravě-městě (2–3). Podle krajů není ani jedna AT ambulance v Liberci, jedna nebo méně odhadovaných AT ambulancí jsou v Karlovarském, Zlínském a Pardubickém kraji. Nejvíce AT ambulancí kromě Prahy je v Olomouckém (7–8) a Moravskoslezském (6–7) kraji. Středočeský a Ústecký kraj mají více jak 70% saturaci ambulantní léčbou. Relativně na počet 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let je nejméně AT ordinací v Libereckém (0), Zlínském, Jihomoravském (oba 0,2), Karlovarském a Pardubickém kraji (oba 0,3). Nejlépe jsou na tom Praha a Olomoucký kraj se 1,6 AT ambulancemi na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let. Z okresů jsou relativně na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let nejvíce zabezpečeny okres Olomouc (2,9), Jihlava (2,2) a Plzeň (2,1).

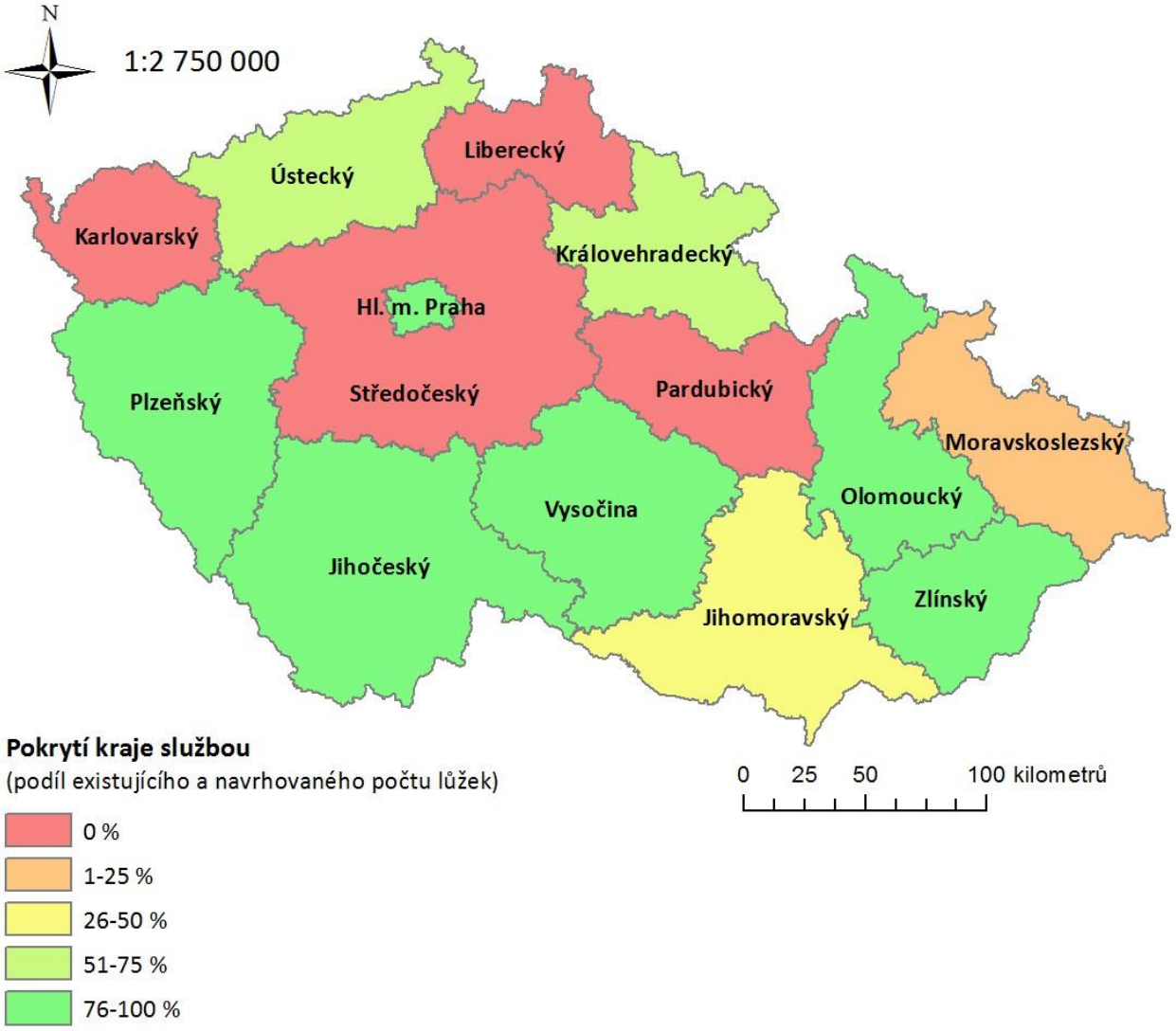
Mapa 8-8: Pokrytí kraje službou – ambulantní stacionární péče



Jako adiktologický stacionář se ve Sčítání adiktologických služeb 2012 označilo 6 programů, ostatní zdroje dat ukazují, že v ČR existuje jediný adiktologický stacionář (v Praze, viz mapa 8-8). Ve sčítání to byly celkem 2 programy v Praze a po jednom v okresech Praha-západ, Trutnov, Brno-město a Ostrava-město.

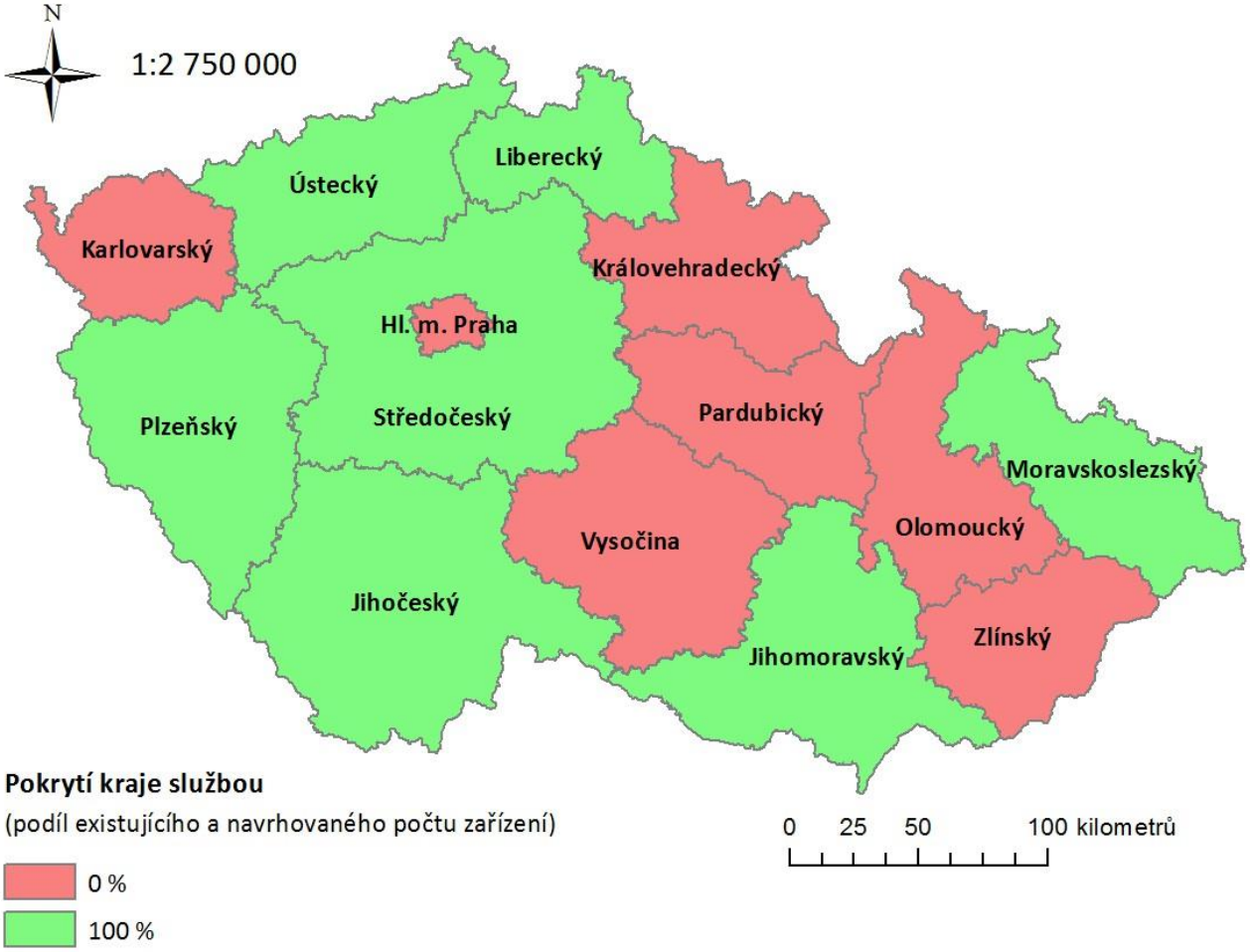
Následující mapa 8-9 vizualizuje podíl existující a navrhované kapacity lůžkové péče. Celkem je v ČR 52 lůžkových psychiatrických zařízení (18 psychiatrických léčeben pro dospělé, 3 léčebny pro děti a 31 psychiatrických oddělení v nemocnicích) s celkovou kapacitou 10 648 lůžek. Tato zařízení se provozně člení na 86 oddělení či pracovišť. V ČR je celkem 17 oddělení nebo zařízení, u kterých podíl AT pacientů dosahuje 50 a více %. Celkem je na AT odděleních 974 lůžek a v zařízeních s 50% a vyšším podílem AT klientely je celkem 1193 lůžek. Lůžková AT zařízení se nenacházejí v krajích Karlovarském, Libereckém, Pardubickém a Středočeském (mapa 8-7). Nejvyšší absolutní kapacita je v Praze, kde jsou 3 zařízení/oddělení s 266 lůžky, dále v Olomouckém kraji (3 a 131). Relativní počet lůžek na AT odděleních v celé ČR je 1,6 lůžek na 10 tis. obyvatel ve věku 15–64 let. Nejvyšší ukazatel má kraj Vysočina (4,5), Plzeňský kraj (3,5), Praha a Olomoucký kraj (3 lůžka na 100 tis. obyvatel věku 15–64 let).

Mapa 8-9: Pokrytí kraje službou – lůžková péče



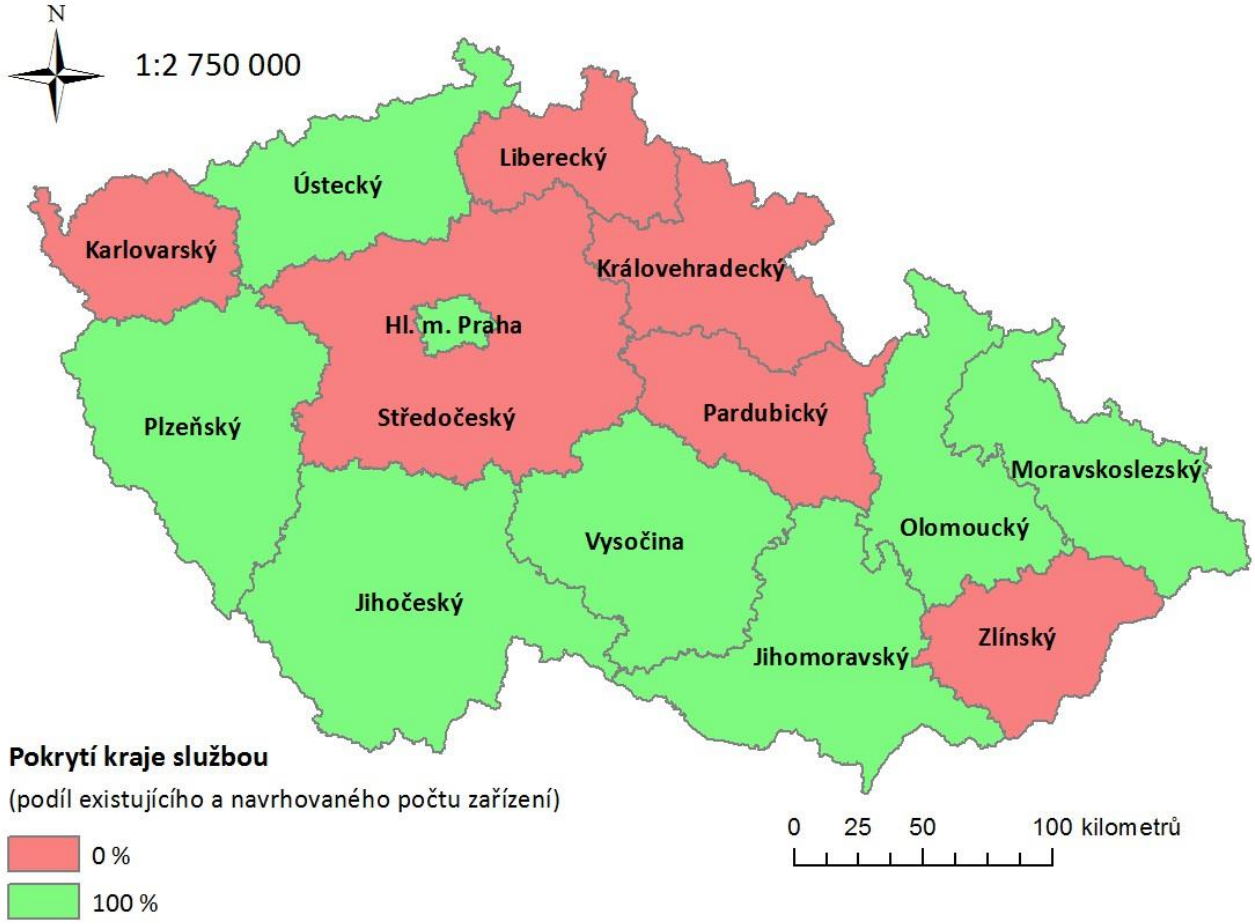
Za terapeutickou komunitu pro uživatele drog se ve Sčítání adiktologických služeb 2012 označilo 16 zařízení, certifikováno je 11 zařízení, krajští koordinátoři nahlásili 11 zařízení. Kombinovaný ukazatel z těchto tří údajů je tedy 12–13 terapeutických komunit v ČR. Žádná terapeutická komunita není v krajích Karlovarském, Pardubickém a Zlínském. V dalších třech krajích (Vysočina, Olomoucký, Královéhradecký kraj) byl odhad pod 1 terapeutickou komunitu. Nejvíce (3) komunit je v kraji Jihočeském (viz mapa 8-10).

Mapa 8-10: Pokrytí kraje službou – terapeutické komunity



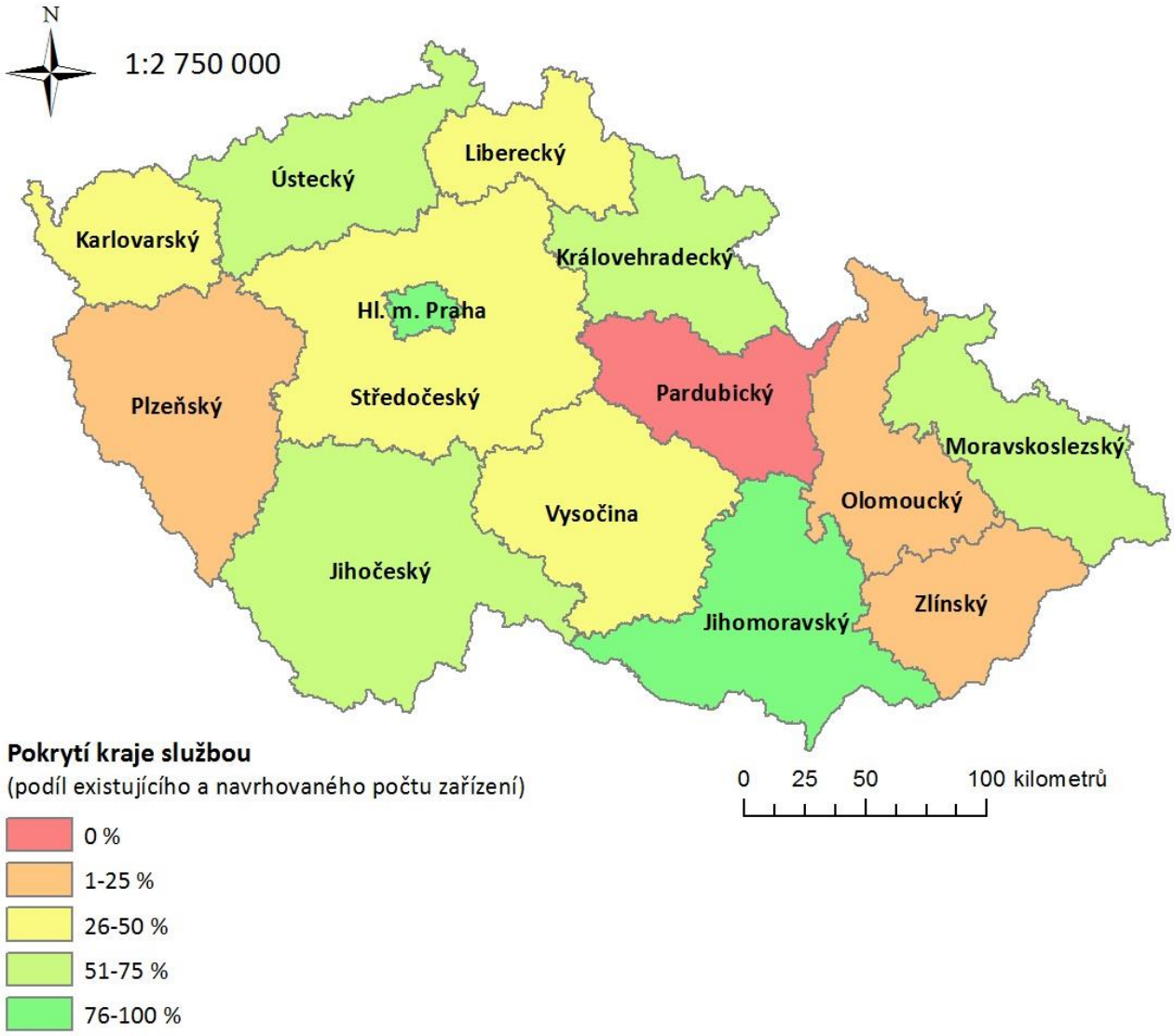
Následná péče je specifickým typem služby. Je poskytována značným počtem a širokým spektrem programů, aniž by se za centra následné péče (doléčovací programy) označovaly. V SAS 2012 uvedlo celkem 94 programů různých typů, že poskytují služby následné péče. Pokud se jedná o počet certifikovaných programů (jak ve sčítání, tak v databázi RVKPP) nebo programů uváděných krajskými koordinátory, shodují se na hodnotách 15, 18 a 17 programů následné péče. Kombinovaný ukazatel (průměr z těchto tří údajů) je 16,7 programů. Specializovaný (certifikovaný) program následné péče není v 61 okresech, ani jeden program, který deklaroval následnou péči ve sčítání služeb, se nenachází v 35 okresech. Nejvyšší počet specializovaných/certifikovaných programů následné péče je v Praze (2–3), Plzni a Brně (1–2). Podle krajů chybí specializovaný program následné péče v Karlovarském, Královéhradeckém a Pardubickém kraji. V Libereckém, Středočeském a Zlínském kraji byl odhad pod 1 službu na kraj. Nejvyššího počtu v přepočtu na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let dosahují specializované programy následné péče v krajích Olomouckém (0,5), Plzeňském (0,4) a na Vysočině (0,4). Relativní počet programů různých typů, které uvedly poskytování následné péče ve Sčítání adiktologických služeb 2012, dosahuje za celou ČR hodnoty 1,3 na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let a napříč kraji je relativně vyrovnaný s maximem 1,9 (Praha) a minimem v Libereckém kraji (0,7). Podíl existujícího a navrhovaného počtu doléčovacích programů zobrazuje mapa 8-11.

Mapa 8-11: Pokrytí kraje službou – doléčovací programy



K lednu 2013 bylo v ČR registrováno celkem 133 zařízení poskytujících substituční léčbu. Z toho bylo 54 psychiatrií nebo AT pracovišť (33 psychiatrií, 21 AT). Aktivně hlásí 51 z nich, z toho je 37 psychiatrií nebo AT pracovišť (22 psychiatrií a 15 AT). Průměrně je 0,7 celkem a 0,5 psychiatrického/AT zařízení hlásícího pacienty do registru na okres. Nejvíce zaregistrovaných poskytovatelů substituce je v Praze, Brně a Českých Budějovicích, nejvíce hlásících v Praze, Brně a Ostravě a toto tvrzení i pořadí platí jak pro poskytovatele obecně, tak pro poskytovatele z řad psychiatrie/AT (viz 8-12). Celkem 25 okresů nemá zaregistrováno ani jednoho poskytovatele substituční léčby, 51 okresů nemá zaregistrováno poskytovatele z řad psychiatrií nebo AT. V celkem 58 okresech není ani jeden poskytovatel z oboru psychiatrie nebo AT, který by aktivně hlásil pacienty do substitučního registru.

Mapa 8-12: Pokrytí kraje službou – substituční léčba



V případě substituční léčby je třeba zdůraznit, že zatímco u většiny ostatních typů péče se předpokládá v případě dostatečně velké kapacity zajištění dané péče v samostatném zařízení, případně ve vhodně stavebně odděleném provozu v jednom objektu, tak u substituce se spíše předpokládá zajištění v kombinaci a úzké návaznosti na ambulantní službu. Výjimku v tomto případě tvoří velké specializované substituční programy (obvykle dnes metadonová substituční centra), kde je počet pacientů/klientů a provoz natolik specifický, že vyžaduje samostatné zařízení.

8.2.1 Souhrnné poznámky k navrhovanému rozsahu specializované adiktologické péče

Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb předznamenává existenci 3 typů ambulantní péče (tabulka 8-1) a 3 typů lůžkové péče (tabulka 8-2), které v sobě integrují 9 typů adiktologických služeb dle Standardů odborné způsobilosti (2012). Je potřebné pamatovat na vzájemnou provázanost a návaznost jednotlivých typů ambulantní a lůžkové části péče. Např. při případné redukci lůžkových kapacit bude potřeba posílit ambulantní síť, aby vzniklá nerovnováha neohrozila dostupnost péče.

Tabulka 8-1: Navrhovaná síť ambulantní adiktologické péče

Typ péče	Název služby	Minimální dostupnost	Rozsah adiktologické péče
AMBULANTNÍ	**LÉKAŘSKÁ ORDINACE PRO NÁVYKOVÉ PORUCHY**	√ 1 zařízení na území o velikosti okresu, resp. pražského správního obvodu.* √ 1 zařízení (lékařská AT ordinace) na území kraje specializovaná na klientelu dětí a dospívajících (do 18 let)	√ kapacita služby diferencovaná dle počtu obyvatel a prevalenci uživatelů NL a závislých v okresu/kraji √ při dospělé populaci na 100 tis. obyvatel tj. orientačně cca 500 problémových uživatelů NL (injekčních uživatelů), 1000 problematických uživatelů konopných látek, 1500 závislých na alkoholu a 500 patologických hráčů. Uživatelé ostatních NL včetně léků mohou potenciálně tvořit další řádově stovky pacientů/klientů
	ADIKTOLOGICKÁ AMBULANCE (NELÉKAŘSKÁ)	√ 1 zařízení na území o velikosti okresu, resp. pražského správního obvodu.* √ 1 zařízení na území kraje specializované na klientelu dětí a dospívajících (do 18 let).	√ kapacita služby diferencovaná dle počtu obyvatel a prevalenci uživatelů NL a závislých v okresu/kraji √ přepočet na prevalenci problémových a závislých uživatelů viz výše
	ADIKTOLOGICKÝ STACIONÁŘ	√ 1 zařízení na území kraje	√ kapacita služby diferencovaná dle počtu obyvatel a prevalenci uživatelů NL a závislých v okresu/kraji √ přepočet na prevalenci problémových a závislých uživatelů viz výše

Pozn.: Tj. 76 okresů v ČR mimo Prahu a 22 pražských správních obvodů (minimální síť služeb kalkuluje s 1 zařízením na 2 pražské správní obvody).

Minimální rozsah specializované adiktologické péče je jedno certifikované ambulantní centrum na území okresu, které by integrovalo služby podle potřeb lokality (kontaktní a poradenské služby, terénní programy, substituční léčbu, stacionární a doléčovací programy).

Tabulka 8-2: Navrhovaná síť lůžkové adiktologické péče

Typ péče	Název služby	Minimální dostupnost	Rozsah péče
JEDNODENNÍ STABILIZACE	**STABILIZAČNÍ JEDNOTKA/KRIZOVÉ LŮŽKO/ZÁCHYTNÁ STANICE**	√ 1 zařízení na území o velikosti okresu, resp. pražského správního obvodu.*	√ minimálně 10 lůžek na 100.000 obyvatel

Typ péče	Název služby	Minimální dostupnost	Rozsah péče
LŮŽKOVÁ	**DETOXIFIKAČNÍ JEDNOTKA**	√ 2–4 zařízení na území kraje √ přibližně 1 zařízení na 500.000 obyvatel	√ minimálně 10 lůžek na 500.000 obyvatel
	(I) PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA PRO LÉČBU ZÁVISLOSTÍ (II)ODDĚLENÍ PRO LÉČBU ZÁVISLOSTÍ V RÁMCI NEMOCNICE NEBO PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNY	√ 1–2 zařízení/oddělení na území kraje √ přibližně 1 zařízení/oddělení na 500.000 obyvatel √ 2–5 zařízení specializovaná na paliativní péči a geronto adiktologii v celé ČR	√ 90 lůžek pro pacienty/klienty nad 18 let na 500.000 obyvatel s ohledem na regionální specifika √ 10 lůžek na 500.000 obyvatel pro klientelu mladší 18 let √ 50 až 150 lůžek na ČR
	TERAPEUTICKÁ KOMUNITA	√ přibližně 1 zařízení na území kraje	√ 5 lůžek na 100.000 obyvatel √ celkem přibližně 500 lůžek pro ČR
	DOLÉČOVACÍ PROGRAMY/NÁSLEDNÁ PÉČE	√ 1 zařízení na území kraje	√ odpovídající kapacita lůžek v rámci chráněného bydlení jsou 2 lůžka na 100.000 obyvatel

Pozn.: Tj. 76 okresů v ČR mimo Prahu a 22 pražských správních obvodů (minimální síť služeb kalkuluje s 1 zařízením na 2 pražské správní obvody).

Minimální rozsah specializované adiktologické péče je jedno certifikované rezidenční centrum na území kraje, které by integrovalo služby podle potřeb lokality (jednodenní stabilizaci, detoxifikaci, lůžkovou AT péči, rezidenční léčbu v terapeutické komunitě a strukturovaný doléčovací program). Je 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 jeden kraj, přibližně 500.000 obyvatelů. Důležitým tématem je řešení opakovaně zmíněných nadregionálních služeb, tj. v tomto smyslu služeb s působností na nad úrovní kraje, z hlediska jejich financování a stability. Otevřenou rovněž zůstává otázka řešení těžkých komorbidních pacientů s výrazným poškozením a zcela dysfunkčním sociálním zázemím a zajištěním dlouhodobého programu v řádu let pro tyto nejtěžší pacienty s problematickou či zcela špatnou prognózou a chronickým postižením, chybějící paliativní adiktologické péče.

Síť adiktologických služeb by měla naplňovat i požadavek variability služeb z hlediska věku klientů/pacientů (dětská, dorostová, geronto adiktologická péče) a užívané návykové látky/typu závislosti (otázka specializace vs. polyvalence adiktologické péče). Jsou trendem zařízení úzce specializovaná na jeden typ závislosti, na konkrétní užívané návykové látky; specifické věkové skupiny nebo nikoliv. Dilemata adiktologické péče v oblasti dostupnosti vyžadují hlubší odborné diskuze. K navrhovanému rozsahu zařízení ambulantní adiktologické péče lze předpokládat, že v řídce 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 harm reduction včetně terénního programu, krizovou intervenci (včetně např. krizových lůžek nebo jednodenní péče), následnou péčí o klienty po léčbě nebo uživatele drog vracejících se z výkonu trestu odnětí svobody. V hustěji obydlených okresech a větších městech (krajských) lze

předpokládat diferenciaci ambulantní péče a existenci několika specializovaných služeb/programů, což je také současná praxe v aglomeracích nebo centrech regionů.

V oblasti lůžkové adiktologické péče lze předpokládat podobný princip integrace v regionech a diferenciace ve velkých sídlech. „Adiktologické rezidenční centrum“ zahrnující minimálně detoxifikaci, krátko- a střednědobou pobytovou léčbu by pak bylo zřízeno s minimální dostupností jedno centrum v kraji. Následná péče/doléčovací programy mohou být také integrovány do adiktologických center nebo mohou být diferencovány ve formě samostatného strukturovaného programu/služby. Je možné předpokládat vznik „regionálních adiktologických center“, která budou integrovat ambulantní i lůžkovou část a budou plnit roli specializovaného, garantovaného krajského metodického centra pro ostatní adiktologická/é zařízení/programy v kraji, včetně např. substitučních programů realizovaných jinými odbornostmi než adiktologickými. Vůči navrhované minimální geografické dostupnosti lze porovnáním současného stavu souhrnně konstatovat přehled okresů nebo krajů, kde chybí konkrétní typ adiktologické služby (viz tabulka 8-3).

Tabulka 8-3: Počet okresů/krajů bez konkrétního typu adiktologické služby (Vavrinčíková et al., 2013)

Typ služby	Doporučení min. dostupnosti	Počet okresů/krajů kde daný typ služby chybí
Terénní program nebo kontaktní a poradenské služby	1 na okres	21 okresů bez nízkoprahové služby (31 okresů TP a 24 okresů KPS)
AT ambulance	1 na okres	37 okresů
Stacionární program	1 na kraj	13 krajů*
Substituční středisko	1 na kraj	25 okresů (nemá registrováno ani jednoho poskytovatele SL)
Adiktologické ambulantní centrum (souhrnně)	**1 na okres**	**15 okresů**
Detoxifikace	2-4 na kraj	55 okresů, 2 kraje
AT lůžková péče	1-3 na kraj	4 kraje
Terapeutická komunita	1 na kraj	3 kraje
Doléčovací program/následná péče	1 na kraj	61 okresů/35 okresů**
Rezidenční centrum (souhrnně)	**1 na kraj**	

Pozn.: * když nebereme do úvahy 6 deklarovaných stacionářů ze Sčítání adiktologických služeb (SAS 2012), protože oficiální registry evidují jen 1 certifikovaný stacionární program
** 35 okresů, pokud bereme v úvahu SAS 2012

Klíčová je otázka definice specializace v adiktologické péči. Vodítkem pro rozlišení specializované/nespecializované služby by mělo být posouzení odborné způsobilosti v rámci certifikačního systému. Získání certifikace pak bude klíčovou podmínkou vstupu do sítě specializované adiktologické péče s přímým dopadem např. na systém financování služeb.

8.3 Potřebné 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 zprůhlednit 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 psychiatrům určených pro 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 – vyčleněná kapacita a lůžka pro poskytování specializované adiktologické péče z hlediska věku klientů/pacientů – dětská, dorostová a geronto adiktologie.[18]
- Registrace definovaných adiktologických služeb, které dosud nemají statut zdravotnického zařízení, jako zdravotních služeb.
- Změna v 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. Praktická aplikace vytvořených zdravotních výkonů nelékařské i lékařské zdravotní adiktologické péče.
- Vytvoření podmínek pro poskytování zdravotní péče v odbornosti adiktolog. Vznik adiktologických ambulancí a nasmlouvání potřebných zdravotních výkonů hrazených ze zdravotního pojištění (a vázaných na odbornost adiktologa).
- 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.
- Vytvoření podmínek pro poskytování paliativní adiktologické péče ve smyslu rezidenční léčby terminálních adiktologických stavů ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče, příp. zařízení sociálních služeb s cílem abstinence v chráněných rezidenčních podmínkách a adiktologické rehabilitace.

[18] V současnosti vznikla širší diskuse o chybějících typech péče a je zřejmé, že postupně bude docházet k ověření reálné potřebnosti nových typů péče/služeb a v případě, že evaluace a analýza potřeb přinesou přesvědčivé argumenty pro jejich vznik a rozvoj, bude tato otázka řešena prostřednictvím odborných společností.

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].
Notes: 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. Zvládání 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.

EMCDDA. (2010). *Manuals*: *Prevention and evaluation resources kit* (*PERK*). Step 2a: Models and theories. EMCDDA: Lisabon.

EMCDDA. (2012). *Treatment strategy*. Based on the work of the Cross-unit project on treatment (September 2010–November 2012). Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and drug Addiction.

EMCDDA. (2012). *Insights*: *Social reintegration and employment*: *evidence and interventions for drugusers in treatment*. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and drug Addiction. Notes: http://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/social-reintegration.

ECDC & EMCDDA. (2011). *Guidance*: *Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs*. Lisboa, Stockholm.

Ensor, T., Cooper, S. (2004). Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side. *Health Policy Planning.* 19, pp. 69–79.

O'Donnell, O. (2007). Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers. *Cadernos de Saúde Pública*. 23, pp. 2820–2834.

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.

Gabrhelík, R. (2012). Hesla: "teoretické modely" a "typy preventivních intervencí". In: Miovský, M. et al. (2012). In: Miovský, M. et al. (2012). *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování*. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga.

Generální ředitelství Vězeňské služby ČR. (2011). *Vyhodnocení činnosti Vězeňské služby České republiky v protidrogové politice za období 2010*.
Notes: nepublikováno.

Charvát, M., Jurystová, L., Miovský, M. (2012). Čtyřúrovňový model kvalifikačních stupňů pro pracovníky v primární prevenci rizikového chování ve školství. *Adiktologie*, (12)3, 190–211.

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* . Stocholm, 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.

Jurystová, L., Miovský, M. (2010). Vybrané aspekty organizační a odborné podpory pedagogů při realizaci metodiky Unplugged ve školách: výsledky evaluace implementace projektu EUDAP. *Adiktologie*, (10)3 146–153.

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 Nevšímal, 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 závislost i– mezioborový přístup*, pp. 91–94. Praha: Úřad vlády ČR

Libra, J., Novák, P. (2005–2006). *Návrh optimalizace sítě kontaktních a poradenských služeb v České republice (oblasti protidrogové politiky zaměřené především na snižování rizik).* Notes: pracovní materiál pro RVKPP.

Libra et al. (2012). *Inovované Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby* (Standardy služeb pro uživatele drog, závislé a patologické hráče). Verze 2.4: Po připomínkách resortů MPSV, MZ, září 2012.

Martin, N. K., Vickerman, P. & Hickman, M. (2011). Mathematical modelling of hepatitis C treatment for injecting drug users. *Journal of Theoretical Biology* , 274(1), pp. 58–66.

MacBeath, J & Mortimore P. (2001). *Improving school effectiveness*. Open University Press: London [UK], ISBN: 0-335-20687-5.

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.

Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J. & Novák, P. (Eds.). (2010). *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Praha: SCAN, Univerzita Karlova v Praze & Togga.

Miovský, M., Šťastná, L., Gabrhelík, R., Jurystová, L., (2011). Evaluace primárněpreventivních intervencí v ČR: Realizované výzkumné studie. *Adiktologie*, (11) 4, 236–247.

Miovský, M., Skácelová, L., Čablová, L., Veselá, M., Zapletalová, J. (2012). Návrh struktury, rozsahu a obsahu Minimálního preventivního programu prevence rizikového chování pro základní školy. *Adiktologie*, (12)3, 212–231.

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., Kostelecká, 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.

MŠMT. (2005, 2008). *Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek*. Praha: MŠMT.

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. (2011a). *Prevalenční odhady problémových uživatelů drog z dat z nízkoprahových zařízení v r. 2010*. Notes: nepublikováno.

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. (2011b). *Zpracování závěrečných zpráv k dotačnímu řízení RVKPP za rok 2010*. Notes: nepublikováno.

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: nepublikováno.

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. 44/2011*. 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.

Pavlas Martanová, V. (2012). Vývoj Standardů a procesu certifikace v primární prevenci – evaluační studie. *Adiktologie*, 12(3), 174–188.

Pavlas Martanová, V. (ed.). (2012). *Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování*. Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze. Projekt CZ.1.07/1.3.00/08.0205 ESF OP VK.

Peters, D. H., Garg, A., Bloom, G. & al. (2008). Poverty and access to health care in developing countries. *Annals of the New York Academy of Sciences.* 1136, pp. 161–171.

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.

Ricketts, T. C. & Goldsmith, L. J. (2005). Access in health services research: The battle of the frameworks. *Nurs Outlook 2005*; 53: 274–280. doi:10.1016/j.outlook.2005.06.007.

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.

Vavrinčíková, L., Mravčík, V., Burešová, Z., Kiššová, L., Nečas, V., Vopravil, J. (2013). *Mapování dostupnosti a charakteru sítě služeb oboru Adiktologie*. Analytická správa. Projekt v rámci programu Ministerstva zdravotnictví „Národní akční plány a koncepce“ – rok 2012.
Notes: nepublikováno.

Vickerman, P., Martin, N. and Hickman, M. (2010). Can Hepatitis C virus treatment be used as a prevention strategy? Additional model projections for Australia and elsewhere . *Drug and Alcohol Dependence,* 113(2–3), pp. 83–85.

WHO. (1994a). *Life skills education in schools*. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Geneva: World Health Organisation.

Zábranský, T., Csémy, L., Gajdošíková, H., Korčišová, 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. 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.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Sbírka zákonů, Česká republika.

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