

Koncepce adiktologických služeb pro děti a dorost

Pracovní verze 1.3 (14. května 2020)

Sekce Dětské a Dorostové Adiktologie (DaDA)

Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP (SNN ČLS JEP)

ve spolupráci:

České Asociace Adiktologů (ČAA)

Asociace Neziskových Organizací (A.N.O.)

Asociace poskytovatelů sociálních služeb (APSS)

AT Sekce Psychiatrické společnosti

Odborná společnost pro prevenci rizikového chování (OSPRCH)

Zpracováno za podpory projektu Nadace Sírius: „**Zajištění udržitelnosti a rozvoje specializované adiktologické péče pro děti a dorost v ČR.**“

Praha, 2020

Obsah

Číslo	Kapitola	Strana
	Úvod	3
1.	Epidemiologická charakteristika cílové populace	6
2.	Základní koncepční východiska dokumentu	7
2.1.	Koncepční východiska pohledu na adiktologické služby	8
2.2.	Základní teze rozvoje adiktologických služeb	9
2.3.	Hierarchie a diferenciacie adiktologických služeb	10
2.4.	Stav sítě adiktologických služeb	11
2.5.	Principy tvorby a podpory sítě adiktologických služeb	12
2.6.	Zajištění kvality adiktologických služeb	13
3.	Koncepce adiktologických služeb pro děti a dorost	16
3.1.	Adiktologické preventivní služby	18
3.2.	Adiktologické nízkoprahové služby	21
3.3.	Adiktologické ambulantní služby	23
3.4.	Adiktologické služby krátkodobé stabilizace	25
3.5.	Adiktologické rezidenční služby	27
	Adiktologické služby následné péče	30
4.	Návrh dostupnosti služeb DaDA	32
5.	Závěr	34
	Zkratky	35
	Seznam obrázků, tabulek a grafů	35
	Použitá literatura	36

Úvod

Jednou z hlavních priorit *Sekce dětské a dorostové adiktologie* (dále též Sekce DaDA) přirozeně bylo vytvořit prvotní pracovní představu o službách, reprezentujících tento segment vymezený věkovým kritériem primární cílové skupiny, tedy dětí a mladistvých do 18, resp. 19 let. Je samozřejmé, že celý proces tvorby takové představy je v naprostém začátku a vyžaduje trpělivost a odstup pro jakoukoli diskusi. Samotná Sekce vznikla teprve v roce 2016 a stala se společnou sekcí všech odborných společností působících na poli závislostí. Adiktologie je v tomto smyslu chápána (dále pro celý text) nikoli ve svém užším pojetí, jako zdravotnický nelékařský obor a profese, ale důsledně ve svém širším pojetí, jaké označení pro celý obor látkových a nelátkových závislostí v celé své šíři od prevence, přes léčbu a rehabilitaci, oblasti minimalizace rizik a škod a samozřejmě také včetně oblastí pracujících s konceptem přirozené úzdravy a svépomocných systémů. Opakovaně je zdůrazněno, že dětská a dorostová adiktologie znamená důslednou aplikaci mezioborového modelu a integrativního rámce oboru (Miovský, 2016). Dětská a dorostová adiktologie je tehdy, když je léčba odpovídající potřebám a charakteru cílové skupiny, tedy dítěte, jeho případných sourozenců, rodičů a širšího sociálního rámce, ve kterém se pohybují. Není dětské a dorostové adiktologie bez skutečně reálného zastoupení odborností, které jsou pro takovou péči relevantní a bez nástrojů, terapeutických strategií a intervencí, které jsou ověřené, že fungují a prokazatelně přináší výsledky.

Tématu dětské a dorostové adiktologie se opakovaně věnovala různá odborná fóra, speciální čísla odborných časopisů a proběhla řada tematických konferencí (např. Čihař, 2009, Preslová, 2010 a další). Sekce DaDA jako jeden ze svých prvních úkolů vytvořila jak přehlednou mapu¹ dnes existujících a dostupných služeb, tak začala rozvíjet standardní činnost v dalších oblastech (např. odborná setkání zástupců služeb, pravidelné výstupy na Purkyňkách a AT konferenci atd.). Disponuje dnes mj. např. adaptací doporučených postupů² pro práci s adolescenty a dalšími dokumenty a postupně tak etabluje celý segment směrem k širší odborné veřejnosti jak v samotném oboru, tak mimo něj. Důležitým momentem celého procesu vzniku tohoto dokumentu se stalo schválení *Koncepce rozvoje adiktologických služeb* (RVKPP, 2020), která byla nakonec zvolena jako jeho zásadní integrační prvek – tj. po diskusi a dohodě s vedením sRVKPP a projektu RAS³ bylo rozhodnuto, že **celý navrhovaný dokument *Koncepce adiktologických služeb pro děti a dorost* bude strukturován a pojímán v duchu citované koncepce RVKPP** (v její verzi 1.3., dostupné v době vzniku dokumentu) a důsledně se bude snažit dodržet navržený terminologický rámec i logiku členění adiktologických služeb. Tato dohoda se promítá prakticky do všech stránek tohoto dokumentu od převzetí klíčových definicí a kategorií, použití totožných principů a východisek, až po využití základní logiky členění služeb a

¹ Podrobněji viz stránky <https://dada.snnels.cz>

² Český překlad doporučených postupů z Velké Británie (Gilvarry et al., 2016), určených pro práci s mladými lidmi, je důležitým diskutovaným dokumentem, na který nyní navazuje adaptace doporučených postupů WHO pro časnou diagnostiku a krátkou intervenci v rámci práce s těhotnými ženami (WHO, 2014). Na tento dokument pak bude doprovázet také certifikovaný vzdělávací program pro gynekology a zdravotní sestry v gynekologii (viz také dále v textu).

³ Projekt „Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb v rámci integrované protidrogové politiky“ registrační číslo CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_030/0003035, prioritní osa OPZ: 2 – Sociální začleňování a boj s chudobou.

aplikaci certifikačních standardů odborné způsobilosti (Libra, 2012). Ačkoli jsou dílčí části v tomto dokumentu většinou označeny, nepoužíváme u nich vždy standardní citaci a otevřeně v při jeho tvorbě hlásíme k tomuto kroku, při kterém byl původní text z dílny sRVKPP přímo inkorporován do tohoto dokumentu a tvoří s ním celek. Snažíme se tím vyhnout tomu, aby docházelo k posunům v interpretacích dílčích definicí a klíčových pojmů a snažit se za každou cenu o originalitu. Záměrem autorů Koncepce (RVKPP, 2020) bylo vytvořit živý dokument sloužící právě pro tyto účely a bylo žádoucí a funkční, aby tedy vznik specifické koncepce pro děti a dorost, zcela důsledně stavěl na vytvořených a zpracovaných konceptech a nevytvářel uměle další a další koncepty a definice.

Adiktologické služby definujeme jako mezioborově a multidisciplinárně koncipované a provozované specializované služby určené osobám s poruchami spojenými s užíváním návykových látek (pro které se vžil progresivní anglický termín Substance Use Disorders - SUD) a osobám s poruchami ze spektra nelátkových závislostních poruch, osobám ohroženým těmito poruchami a komplikacemi, jejich rodinám a blízkým osobám. **Adiktologické služby pro děti a dorost** jsou pak v tomto kontextu definovány jako služby primárně určené pro klienty a pacienty ve věkové skupině do 18 (resp. 19 let) a těhotným uživatelkám, samozřejmě jejich rodinám a blízkým osobám. Cílem této koncepce je jasně definovat segment dětské a dorostové péče v oboru adiktologie prismatem služeb určených a poskytovaných této cílové skupině, přispět k vývoji a usazování terminologie a konceptů spojených s těmito službami a pokusit se navrhnout praktické řešení pro implementaci navržené a schválené nové typologie služeb právě do oblasti dětské a dorostové péče. Součástí návrhu je pak také prvotní formulace představy o rozvoji sítě těchto zařízení s implikacemi pro financování a rozvoj politiky kvality.

Úskalím tohoto dokumentu není pouze fakt, že dětské a dorostové služby v adiktologii jsou, stejně jako služby pro dospělé, výrazně ovlivněny dvěma určujícími resortními rámci (MPSV a MZ), ale navíc zde do hry vstupuje třetí resortní rámec, školský systém, a právě Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) je v tomto smyslu gesčně zodpovědné za provoz celé sítě zařízení, která jsou z hlediska dětské a dorostové péče zásadní. Časem se pak bude třeba vyrovnat také s nemalým podílem vlivu Ministerstva spravedlnosti, prostřednictvím Probační a mediační služby a uplatňované praxe, zasahující do práce s mladistvými pachateli trestných činů.

Druhým úskalím vypracovaného návrhu Koncepce dětské péče je jeho závislost na dalších klíčových dokumentech oboru adiktologie, které procházejí poměrně zásadním vývojem a současně jeden z nich de facto zatím neexistuje ve stavu, kdy je možné jej použít provázat k koncepcí péče. Tento zásadní nedostatek však může být korigován v průběhu dalších období a postupného procesu integrace a usazování celého souboru těchto dokumentů v kontextu vývoje oboru adiktologie. V podstatě jde o **tři zásadní nástroje tvorby sítě služeb: (a) výše citovaná koncepční východiska sRVKPP pro tvorbu sítě služeb (RVKPP, 2020), (b) dále pak finální verze certifikačních standardů odborné způsobilosti (Libra, 2012) a jejich aktualizovaná verze vznikající postupně v současnosti běžícím projektu sRVKPP (str. 3, poznámka č. 3 pod čarou), a konečně (c) samotné doporučené postupy, které však v současnosti v potřebné podobě pro adiktologii v ČR neexistují a jsou připravovány pod vedením SNN ČLS JEP a sRVKPP za finanční podpory TAČR. Ovšem jsou to právě doporučené postupy, které v této kolekci hlavních nástrojů reprezentují zřejmě nejvíce citlivé téma. **Doporučené postupy** jsou pomyslným milníkem ve vývoji každého klinického oboru. Jsou jakýmsi vyvrcholením snahy klinických pracovníků postihnout předmět svého zájmu tím, že kromě jeho definice, popisu rozsahu a výskytu a podoby problému, již jasně říkají, co činit. **Jsou procedurálním popisem modelového postupu. Kodifikují tzv. dobrou praxi a pomáhají vytyčit mantinely mezi tím, co má být za určitých okolností a situace provedeno a co naopak****

nikoli. Vzniká tím tedy také prostor pro definici toho, kdy postup nebyl zvolen správně a kdy vzniká riziko chybných rozhodnutí. Adiktologie v České republice prozatím jako obor nevydala své vlastní doporučené postupy ani pro práci s dospělou populací (viz také Miovský, 2014a) a **jedná se de facto o poslední typ klíčové dokumentu oboru, který v adiktologii v moderní historii samostatně doposud nevznikl**. Prozatím tedy existuje pouze oborově nejbližší varianta řešení, reprezentovaná doporučenými postupy pro práci s dospělou populací v oboru psychiatrie. Poslední verze, tedy třetí revize těchto doporučených postupů (Raboch et al., 2010) ve vztahu k adiktologii, řeší pouze dospělé pacienty (str. 53-110). Nezasahuje tedy dětskou a dorostovou adiktologii (podrobněji viz Miovský, 2016). To není nijak výjimečná situace a s ohledem na vývoj témat a samotného oboru adiktologie je takový obrázek samozřejmě očekávatelný. Psychiatrie nemá jako obor důvod suplovat vývoj specifických adiktologických témat a těžko bude za adiktologii řešit její vnitřní rozpolcenost a nejasnost v tématech obou konců věkové škály pacientů. Sama má své vlastní problémy s řešením dětské a dorostové psychiatrie. Doporučené postupy vyžadují vyšší úroveň organizace oboru a vyžadují zásadní konsenzus v záměru zpracovat a vytvořit tak závaznou normu klinické praxi. Současně v situaci, kdy probíhá stále ještě příliš ostrá diskuse o charakteru poskytovaných služeb. Je proto možné, že Doporučené postupy adiktologické péče budou dokumentem, který bude pro svůj vznik vyžadovat ještě delší čas, přestože je proces zahájen.

Pokud jde o tuzemské prostředí, zvolili jsme pro práci na *Koncepci dětských služeb* podněty a inspiraci danou českým překladem doporučených postupů z Velké Británie (Gilvarry et al., 2016), určených pro práci s mladými lidmi, je důležitý moment, přestože má tento dokument mnohá omezení. Zdůrazněme, že se jedná o překlad, nikoli plnou adaptaci spojenou se zásadní revizí. Současně jsme se rozhodli jej doplnit o doporučený postup pro práci s těhotnými uživatelkami návykových látek (WHO, 2014). Adaptace tohoto dokumentu pro české prostředí probíhá v roce 2020 a dokument tak bude souběžně k dispozici s připomínkovým kolem této Koncepce. Snahou je předložit dokument, který je schopný pro zahájení interní diskuse a připomínek orgánů všech klíčových odborných a profesních sdružení a registrovaných zástupců zaměstnavatelů v oblasti adiktologie v ČR, tj. především Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP, České asociace adiktologů, Asociace nestátních organizací poskytujících adiktologické a sociální služby pro osoby ohrožené závislostním chováním, Asociace poskytovatelů sociálních služeb, AT sekce psychiatrické společnosti a Odborné společnosti pro prevenci rizikového chování (OSPRCH).

1. Epidemiologická charakteristika cílové populace

Sekundární analýza Výročních zpráv NSM a dalších zdrojů přinesla základní souhrn údajů (Mravčík et al., 2016, 2017a, 2017b; Nechanská et al., 2013 a další).⁴ Užívání tabáku, alkoholu a dalších návykových látek u dětí a mládeže se v České republice věnuje především Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). Poslední dostupná data z této celonárodní studie ve školní populaci jsou z roku 2015. Z mezinárodního srovnání vyplývá zejména potřeba akutního řešení situace ohledně užívání alkoholu, tabáku a konopí u mladistvých. V počtu mladistvých, kteří si někdy v životě zapálili cigaretu, okusili alkohol nebo užili konopné látky je Česká republika na prvním místě ze všech sledovaných zemí ESPAD. Této skutečnosti nahrává i vysoká subjektivně vnímaná dostupnost návykových látek ze strany dětí a mládeže (Mravčík et al. 2017a, 2017b). Zvláštní pozornost ohledně užívání návykových látek by nadále měla být věnována dětem romské etnicity a dětem umístěným do diagnostických ústavů a dětských domovů.

Z prezentovaných odhadů počtu uživatelů návykových látek v populaci 14 - 19letých vyplývá, že závislost na tabáku se může týkat až 44 600 dětí. Ohledně užívání alkoholu je situace ještě nepříznivější. Odhadem pije nadměrné množství alkoholu až 114 400 dospívajících. Nadměrný příjem alkoholu je spojen s celou řadou zdravotních a sociálních problémů, včetně závislosti na alkoholu. Opakované užívání konopných látek se týká přibližně 63 500 dětí. Metamfetamin užívá v současné době celkem 2 750 dětí a heroin nebo jiné opiáty 2 100 dětí. Významným ukazatelem problémového užívání návykových látek je injekční užívání drog, které se týká až 3 460 dětí.

Na základě odhadu počtu uživatelů návykových látek u dětí a mládeže a počtu léčených dospívajících v ambulancích adiktologické péče můžeme říci, že dostupnost ambulantní adiktologické péče pro děti a dospívající je zcela nedostatečná vzhledem k potřebám této populace. Výsledky také poukazují na potřebu primární prevence, a to především větší dostupnost selektivní a indikované prevence.

Údaje ohledně prevalence užívání návykových látek u těhotných žen nejsou dostačující a nelze na jejich základě vznášet silná tvrzení. Z dostupných dat tak alespoň vyplývá potřeba intervence v oblasti užívání tabáku. Informace o užívání alkoholu a dalších drog se nejeví jako správné, což je pravděpodobně zapříčiněno nedostatečným sledováním užívání těchto drog v této populaci nebo neochotou těhotných žen přiznat užívání drog.

⁴ Podrobná zpráva a přehled zdrojů dat a způsobu zpracování je obsažen ve zprávě zpracované pro potřeby tvorby tohoto dokumentu a je k dispozici v ucelené podobě: Rollová, G., Barták, M. (2018). Analýza užívání návykových látek u dětí, pro potřebu plánování ambulantní sítě služeb. Praha: Klinika adiktologie. Závěrečná zpráva projektu Nadace Sírius.

2. Základní koncepční východiska dokumentu⁵

Termínem *adiktologie* v kontextu tohoto dokumentu rozumíme označení samostatného transdisciplinárního oboru, který se zaměřuje na užívání návykových látek⁶, závislostní chování (patologické hráčství a jiné nelátkové závislosti) a jejich dopady a souvislosti. Adiktologie spojuje biologické, psychologické, sociální a právně-kriminologické perspektivy do transdisciplinárního rámce. Adiktologická péče zahrnuje prevenci závislostního chování a závislostních poruch, jejich včasnou identifikaci a intervenci, poradenství, léčbu, snižování rizik spojených se závislostním chováním, sociální začleňování osob těmito poruchami postiženými. Při poskytování adiktologické péče mají být na základě bio-psycho-sociálního-spirituálního modelu závislosti využívány specifické léčebné, edukativní, preventivní postupy a postupy sociální práce, jejichž efektivita je dostatečně zdokumentována a prokázána. Koncept závislostního chování je zaměřen na užívání látek, definovaného prostřednictvím diagnostických kategorií a kritérií Mezinárodní klasifikace poruch a onemocnění (MKN-10), avšak rozšiřuje pole zkoumání na širší oblasti lidského chování doprovázeného ztrátou kontroly a kompulzivními projevy a majícího v širším pojetí oboru vliv na formující se diagnostickou skupinu tzv. procesuálních závislostí, jako je např. patologické hráčství, nadměrné hraní počítačových her nebo využívání internetu, které u jednotlivců nebo (části) společnosti způsobují škody.

Multidisciplinární a mezisektorový charakter adiktologických služeb znamená, že jejich poskytování je upraveno různými resortními zákony a ovlivňováno různým strategickým, koncepčním a systémovým rámcem nastaveným v rámci jednotlivých resortů. Služby, které poskytují odbornou péči osobám užívajícím návykové látky anebo osobám s poruchou spojenou s užíváním návykových látek a hazardním hraním, mají zejména registraci sociální služby nebo zdravotní služby, nebo obojí. Klíčovým právním předpisem je zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, který upravuje protidrogovou politiku státu, definuje adiktologickou poruchu a odbornou péči, která je osobám s adiktologickou poruchou poskytována. Odborná péče osobám užívajícím návykové látky anebo osobám s poruchou spojenou s užíváním návykových látek a hazardním hraním (v návaznosti na typ registrace dané služby) je pak poskytována zejména na základě těchto zákonů:

- zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách,
- zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách,
- zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách,
- zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní a ochranné výchovy

Ustanovení dopadající na tuto oblast lze však nalézt, kromě výše uvedených stěžejních zákonů, i v celé řadě dalších právních předpisů, ať již zákonnou či podzákonnou normou.

⁵ Druhá kapitola tohoto dokumentu byla vypracována krácením a úpravami, avšak důsledným promítnutím dokumentu (vit úvod této Koncepce) Koncepce rozvoje adiktologických služeb (RVKPP, 2020) vzniklým v rámci projektu „Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb v rámci integrované protidrogové politiky“ registrační číslo CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_030/0003035, prioritní osa OPZ: 2 – Sociální začleňování a boj s chudobou. Snaha autorů bylo dodržet navržený rámec a základní principy a použít je pro tvorbu tohoto dokumentu.

⁶ Návykovou látkou se rozumí alkohol, tabák, omamné a psychotropní látky a jiné látky s psychoaktivními účinky, jejichž užívání může vést nebo se podílet na vzniku a rozvoji duševních poruch a poruch chování, (§2 zákona 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek).

Adiktologie je svébytný 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. Vychází z následujících zásad a tezí:

- Adiktologie je důsledně založena na mezioborovém a mezisektorovém přístupu. Klade důraz na rovnost a spolupráci odborností (psychiatrie, psychologie, sociální práce, adiktologie, ošetrovatelství aj.),
- Adiktologie vychází z bio-psycho-socio-spirituálního modelu (BPSS) závislostního typu chování a závislosti.
- Komplexní spektrum a síť služeb, která reflektuje všechny tyto složky modelu BPSS, je schopna nejefektivněji pomoci různým cílovým skupinám.
- Adiktologie respektuje samoúdržavné mechanismy v procesu zotavování a léčby adiktologických poruch a podporuje zapojení vrstevnické podpory a svépomocných programů.
- Navenek je obor adiktologie reprezentován zastřešujícími odbornými společnostmi a asociacemi (SNN, ČAA, OSPRCH, APSS, A.N.O, AT sekce PS), jejichž prostřednictvím usiluje o zajištění optimálních podmínek pro fungování svých služeb. Součástí oboru jsou kromě adiktologických služeb rovněž výzkumné a vzdělávací aktivity.

2.1. Koncepční východiska pohledu na adiktologické služby

Citovaný dokument, z něhož zde úzce vycházíme (RVKPP, 2020) představuje soubor základních premis definujících, resp. charakterizujících adiktologické služby a postulujících tak ale nejen vlastnosti těchto služeb samotných, nýbrž také celkový kontext pohledu na ně v rámci oboru adiktologie. V této perspektivě je nutné nahlížet také segment služeb dětské a dorostové adiktologie, při plném respektu ke specifikům jejich cílové skupiny, ačkoli to s sebou přináší množství úskalí (např. právní zodpovědnost a svéprávnost, sociální specifika atd.):

- Adiktologické služby jsou zaměřeny na pomoc klientovi/pacientovi, jeho rodině (či jiným právním zástupcům) a blízkým osobám, dosažení pozitivní změny v různých aspektech jeho života (životní styl, zdravotní a sociální stav), s cílem zapojit maximální počet klientů do běžného života.
- Adiktologické služby jsou založeny na partnerském přístupu ke klientovi/pacientovi, jeho rodině (či jiným právním zástupcům) a blízkým osobám – klient je v procesu uzdravy a změny hlavním hybatelem. Klient, jeho rodina (či jiným právním zástupcům), má možnost volit, jaký typ péče chce využívat.
- Adiktologické služby preferují poskytování služeb v přirozeném prostředí pacienta/klienta.
- Adiktologické služby respektují různé fáze vzniku a rozvoje závislosti a dalších komplikací souvisejících s užíváním návykové látky v rámci cyklu změny, nastavení a provoz sítě služeb musí tyto fáze vývoje respektovat.
- Adiktologické služby jsou založeny na spolupráci a propojenosti za účelem co nejjednoduššího a co nejefektivnějšího průchodu klienta službami s cílem dosažení změny a zapojení do normálního fungování, včetně propojení se souvisejícími zdravotními a sociálními službami (případně školskými atd.).
- Adiktologické služby kladou důraz na sociální rehabilitaci a podporují reintegraci klienta/pacientovi, jeho rodiny (či jiným právním zástupcům) a blízkým osobám, včetně pomoci s hledáním bydlení a zaměstnání.

- Adiktologické služby jsou flexibilní, jsou schopny rychle reagovat na změny v cílových skupinách péče a na potřeby společnosti při respektování variability lokálních potřeb.
- Adiktologické služby jsou vždy zajišťovány osobami s odpovídající kvalifikací a praxí odpovídajícím požadavkům na odbornou adiktologickou péči a používajícím ověřené, bezpečné a efektivní intervence.
- Adiktologické služby dbají na svoji kvalitu a efektivitu, jsou poskytovány v souladu se standardy odborné způsobilosti, pravidelně hodnotí svoji výkonnost a účinnost.
- Adiktologické služby pracují také s rodinou, blízkými osobami i širším sociálním okolím klienta.
- Adiktologické služby rozvíjejí komunitní principy práce, vítají participaci klientů/pacientů a dobrovolníků, např. z řad vrstevníků apod.
- Adiktologické služby jsou poskytovány i osobám ve výkonu trestu odnětí svobody a po výstupu z vězení, v rámci probačního dohledu atd.

2.2. Základní teze rozvoje adiktologických služeb

Důraz adiktologické péče by měl být v komunitě (přirozeném prostředí pacienta) a v ambulantním sektoru. V tomto smyslu je obor adiktologie ve shodě s procesy deinstitucionalizace v psychiatrii či v sociálních službách. Pacientovi by měla být nejprve nabídnuta taková služba, která odpovídá jeho možnostem a potřebám a současně ho minimálně vytrhne z fungujících životních rolí a běžných povinností. Pacient/klient je člověk se stejnými/podobnými potřebami jako jiní lidé a se stejnými právy.

Adiktologická péče by měla být postavena v maximální možné míře na plně partnerském přístupu k pacientovi - plán péče i její poskytování by tedy měly být individuálně dohodovány, adiktologické programy by měly minimálně odebírat kompetence pacientům, případná omezení kontaktu s původním prostředím by měla být minimalizována na nejnižší možnou míru. Důraz by měl být kladen na individualitu klienta/pacienta a individuální charakter jeho možností a potřeb by se měl projevit v narůstání individualizace terapeutických programů a v umenšování programů paušálně strukturovaných.

Při plánování péče o klienta/pacienta musí být na začátku proveden co nejpřesnější matching a ten musí být nadále vyhodnocován a upravován. Přemýšlení o terapeutickém plánu, tedy i o využití adiktologické služby, by nemělo být omezeno jen na dobu péče konkrétní služby, ale mělo by být zvažováno celkové terapeutické kontinuum v kontextu komplexních potřeb pacienta. Adiktologické služby by měly směřovat ke komplexnosti svých programů, aby terapeutická nabídka více odpovídala komplexnosti závislostního chování pacienta. V tomto ohledu by měl být case management (případová práce) ústředním principem adiktologické péče.

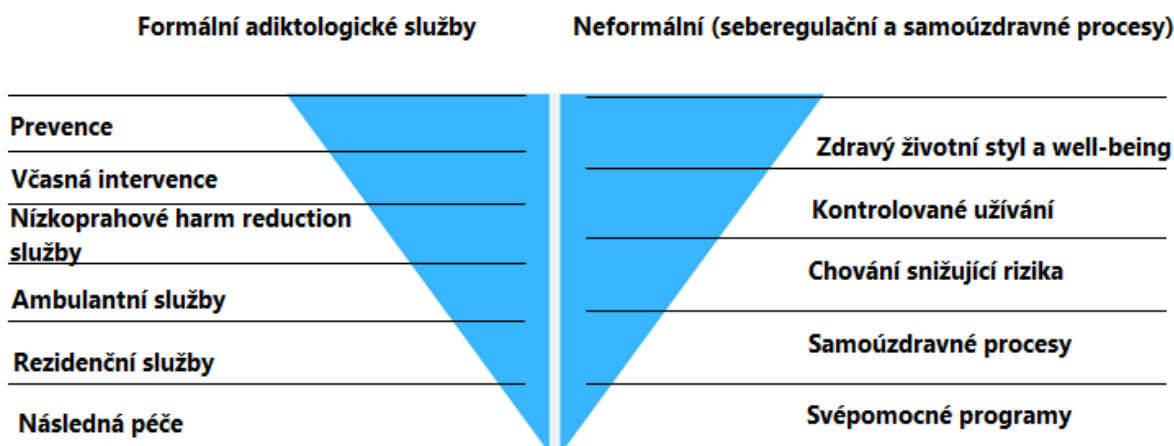
Síť služeb by si měla zachovat pestrost v terapeutických cílech: vedle sebe by měly existovat programy zaměřené na dosažení a udržení abstinence, programy s cílem maximálního možného zotavení a programy minimalizace rizik. Adiktologické služby by měly usilovat o svou co největší dostupnost klientům/pacientům. Rezidenční péče by měla být diferencována podle potřeb klienta v celém spektru od krátkodobé stabilizace po dlouhodobé kontemplativní programy založené na metodě terapeutické komunity. Adiktologické služby jsou ze své povahy poskytovány na zdravotně-sociálním pomezí a obor bude usilovat o překonávání existujících bariér mezi oběma systémy. Podpora o ověřování kvality adiktologických služeb je jedním ze základních prvků při jejich poskytování.

2.3. Hierarchie a diferenciacie adiktologických služeb

V systému adiktologické péče, resp. poskytovaných službách se odráží hierarchie v zaměření a rozsahu cílové skupiny od prevence na jedné straně, která by měla zasahovat co nejširší skupinu obyvatel, po rezidenční služby a služby doléčování, které jsou zaměřeny na poměrně úzkou skupinu problémových uživatelů drog, osob s rozvinutou závislostní poruchou nebo osob v rekonvalescenci po léčbě.

Vedle profesionálních a institucionalizovaných adiktologických služeb a programů existují ovšem také tradiční přístupy mimo institucionální, resp. svépomocné a neformalizované využívající vnitřních zdrojů a zdrojů v blízkém okolí a v rodině, v komunitě a celé společnosti, které předcházejí vzniku problémů nebo pomáhají jeho řešení v různých fázích jeho rozvoje. Je rovněž zřejmé, že v poradenském a terapeutickém procesu a v procesu údravy spolupůsobí formální a neformální procesy paralelně a že systém adiktologických služeb by měl tyto neformální procesy podporovat a využívat. Mezi takové přístupy patří přední místo svépomocným programům a skupinám (např. původní KLUS, Pavučina nebo u nás méně tradiční ale stále více populárnější Anonymní alkoholici, Anonymní narkomani), které jsou velmi úspěšné v dosahování pozitivních změn. Současně je třeba také zmínit, že zcela samostatnou kapitolu tvoří patientská sdružení a spolky, reprezentované v ČR toho času min. iniciativou/sdružením RECOVERY.⁷ Ačkoli je z hlediska historie celý tento proud svépomocných aktivit podstatně starším a více tradičním v oblasti závislostí, nebyl v posledních dekadách příliš rozvíjen a byl spíše upozaděn. Nicméně pro další rozvoj oboru je celý tento proud velmi významný a je zcela komplementární s institucionalizovanými profesionálními programy prevence a léčby a minimalizace rizik a škod.

Obrázek č.1: Pyramida hierarchie formálních adiktologických služeb a neformálních seberegulačních a samoúdravných procesů (Zdroj: RVKPP, 2020)



Na adiktologické služby navazují zdravotní a sociální služby které nejsou specificky určeny pro osoby závislé nebo závislostí ohrožené, ale přispívají k prevenci rizikového chování a ke komplexní péči o adiktologické pacienty/klienty: krátké intervence zdravotnických pracovníků, léčba infekčních nemocí (Hepatitida C, HIV), psychiatrická léčba duálních diagnóz, služby sociální rehabilitace zaměřené na ubytování a bydlení, služby sociální rehabilitace zaměřené na zaměstnávání nebo podporu zaměstnávání klientů.

⁷ <http://www.pacienti-recovery.cz>

2.4. Stav sítě adiktologických služeb

Multidisciplinární a mezisektorový charakter adiktologie se odráží i v metodách mapování a zjišťování stavu sítě služeb. Na rozdíl např. od sociálních služeb, kde existuje registr sociálních služeb, jejichž financování veřejná správa zajišťuje, v oboru adiktologie takový registr neexistuje. Stav sítě služeb je monitorován z různých systémů (např. Národní ústav vzdělávání u preventivních programů, registry ÚZIS a smlouvy se zdravotními pojišťovnami u zdravotnických služeb, MPSV u sociálních služeb, dotační řízení RVKPP, Výroční zprávy krajů o realizaci protidrogové politiky apod.) a různými průzkumy (např. sčítání adiktologických služeb realizované NMS).

Stávající systém adiktologických služeb pro dospělou produktivní populaci pokrývá celé spektrum problémů spojených s užíváním návykových látek a s dalším závislostním chováním. Zásadní problém tak reprezentují z věkové hlediska velmi nedostatečně rozvinuté služby pro děti a dorost a téměř prakticky neexistující specializované služby pro seniory (gerontoadiktologie).

V oblasti dětských služeb proběhlo dvoukolové mapování jejich poskytovatelů a to nejdříve prostřednictvím realizace speciálního čísla časopisu Adiktologie (číslo 4, ročník 16), které vyšlo ve dvou speciálních číslech a následně byl vytvořen speciální webový portál⁸ s katalogem služeb pro děti a dorost, realizovaným Sekcí dětské a dorostové adiktologie.

NÚV k lednu 2018 evidoval celkem 57 organizací s 89 certifikovanými programy primární prevence. Z nich se 77 zaměřovalo na prevenci v adiktologii, tj. na prevenci užívání návykových látek a závislostního chování, 50 programů bylo v oblasti prevence všeobecné, 19 selektivní a 8 indikované. V oblasti indikované prevence působí v ČR celkem 90 pedagogicko-psychologických poraden a 43 středisek výchovné péče.

Mezi další parciální historické pokusy patří provedení analýzy Návrh optimalizace sítě v oblasti protidrogové politiky zaměřené na snižování rizik – Kontaktní centra a Terénní programy (Staniček, 2005), Návrh optimalizace sítě kontaktních a poradenských služeb v ČR (Libra, Novák, 2006) či geograficky limitovaná Analýza drogové situace ve městě Brně a související doporučení pro městskou drogovou strategii (Škařupová, Nepustil, Černý, 2016). Posledním koncepčním uchopením sítě adiktologických služeb je Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v ČR (Miovský, 2013), kterou zpracovala a schválila SNN ČLS JEP a Česká asociace adiktologů. S ohledem na výše uvedené a s ohledem na již probíhající procesy v souvisejících oborech (např. tvorba sítí sociálních a zdravotních služeb, Reforma péče o duševní zdraví, příprava legislativních změn v systému sociálních služeb) byla vytvořena tato Koncepce, jejímž interním cílem ve vztahu k oboru je sjednotit postoj adiktologické obce v prosazování potřeb oboru adiktologie v probíhajících procesech. Očekávaným dopadem je pak kultivace sítě adiktologických služeb v současných systémech, ve kterých existuje, a to za využití shody v rámci oboru, s respektem k jeho šíři a různorodosti a s využitím metod a postupů, které vycházejí z aktuálního stavu poznání. Koncepce zohledňuje současné potřeby a vývojové trendy v oboru a zaměřuje se na optimální využití potenciálu již existujících terénních, ambulantních i pobytových služeb.

⁸ <https://dada.snncls.cz>

2.5. Principy tvorby a podpory sítě adiktologických služeb

Síť adiktologických je tvořena na základě veřejnozdravotních potřeb a zjištěných potřeb cílové skupiny v daném území. Mezi nástroje zjišťování potřebnosti a dostupnosti služeb patří zejména popis charakteristik a velikosti cílových skupin z hlediska věku, pohlaví, povahy problému spojeného s užíváním návykových látek či fáze rozvoje závislosti, popř. dalších, sociodemografických charakteristik, jako jsou charakter bydlení a zaměstnání či rodinná situace jedince. Zvláštní důraz je kladen ve zvýšené míře na ohrožené skupiny (děti a mládež, menšiny, pacienti se závažnými psychiatrickými komorbiditami). Dále pak je k dispozici popis dostupnosti stávající sítě adiktologických služeb, zejm. její kapacity na daném území, nastavení žádoucí dostupnosti na základě vyhodnocené potřebnosti:

- Síť AD služeb na daném území vzniká na základě vyhodnocení potřeb a kapacity služeb různých typů na daném území.
- Síť tvoří programy a zařízení s různým geografickým pokrytím: lokálním, regionálním i celostátním. Pokrytí je dáno mírou specializace, dostupností služeb a potřebami cílových skupin.
- Síť zřetelně definuje adiktologické služby zejména prostřednictvím procesu certifikace; do sítě nebude zařazena žádná služba, která nebude mít specifický adiktologický program.
- Základní (geografickou) úroveň, na které budou jednotlivé sítě adiktologických služeb definovány, je krajská úroveň.
- U některých specifických typů programů (např. krajská centra, rezidenční kontemplativní programy, programy pro specifické cílové skupiny, jako jsou např. děti a dospívající, osoby v institucionální výchově, osoby vracející se pro propuštění z výkonu trestu apod.) může být základní úroveň pro tvorbu sítě celostátní úroveň.
- Tvorba sítě je proces, který v pravidelných intervalech reviduje potřebnost služeb v území a aktualizuje potřebnou kapacitu služeb.
- Při tvorbě sítě na daném území spolupracují všechny relevantní instituce.
- Tvorba sítě adiktologických služeb bude v gesci sekretariátu Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky v úzké spolupráci zejména s odbornými společnostmi v oboru adiktologie.
- Jednotlivé subjekty poptávající či hradící péči budou při financování služeb ve své gesci respektovat síť adiktologických služeb. Členy sítě budou moci být pouze poskytovatelé služeb, kteří splní minimální požadavky na kvalitu adiktologických služeb a současně budou oprávněni poskytovat služby v jednotlivých resortních systémech.
- Členství v definované síti adiktologických služeb bude mít za důsledek zvýšení transparentnosti a spoluzodpovědnosti ze strany zadavatelů za udržení a rozvoji definované sítě služeb a jednotlivých poskytovatelů v síti.
- Pro poskytovatele služeb bude členství v síti znamenat snížení administrativní náročnosti, zvýšení stability a dlouhodobosti kontraktů se zadavateli a plátcí péče a redukci vícezdrojového financování jednotlivých programů v síti (tím, jak budou jednotlivé zdroje lépe koordinovány).
- Splnění požadavků na kvalitu bude ověřeno v rámci systému zajištění certifikace odborné způsobilosti v adiktologii. Proces certifikace se bude týkat všech zařízení a programů v síti adiktologických služeb.
- Minimální standardy odborné způsobilosti a proces ověření bude respektován a akceptován všemi relevantními institucemi podílejícími se na financování adiktologických služeb.
- Součástí minimálních standardů odborné způsobilosti bude také dodržování doporučených postupů v adiktologii.

- Koordinátor tvorby sítě a další relevantní instituce podílející se na tvorbě a zajištění sítě adiktologických služeb budou podporovat procesy zvyšování a zajištění kvality služeb a vzdělávání pracovníků pracujících v adiktologických službách.
- Bude vytvořen Metodický nástroj tvorby sítě adiktologických služeb, který bude proces tvorby sítě podrobně definovat.
- Proces a principy tvorby sítě adiktologických služeb budou zakotveny legislativně a návrhy legislativního rámce adiktologických služeb budou akcentovat zdravotně-sociální charakter adiktologických služeb.

2.6. Zajištění kvality adiktologických služeb

Kvalita služeb je klíčovou charakteristikou poskytované péče a služeb, existence systému kontroly a podpory kvality je nezbytná. Česká republika má rozvinutý a v praxi zaběhnutý systém hodnocení kvality adiktologických služeb. Z důvodu meziresortní povahy se však adiktologické služby potýkají s komplikacemi vycházejícími právě z jejich meziresortní povahy. V současné době probíhá hodnocení kvality adiktologických služeb v ČR ve třech systémech a často nekoordinovaně. Systémy hodnocení nejsou vzájemně kompatibilní a uznatelné:

- Sociální služby zřízené podle zákona č. 108/2006 o sociálních službách, jsou povinny splnit odborné a kvalifikační požadavky pro registraci (vstup do sítě) a následně musí splňovat Standardy kvality sociálních služeb, jejichž naplňování se ověřuje v režimu státní kontroly. Standardy kvality sociálních služeb jsou pro adiktologické služby relativně obecné z hlediska odborného zaměření (musí být použitelné pro jakoukoli sociální službu bez ohledu na její charakter, velikost či právní formu) a proto nemají výrazný vliv na specifické adiktologické kvality sociálních služeb.
- Poskytovatel zdravotních služeb je podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách povinen zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí a pro zavedení tohoto systému jsou vypracovány Minimální standardy a ukazatele kvality a bezpečí, které jsou uvedeny ve vyhlášce č. 102/2012 Sb. Lze je uplatnit nicméně pouze na lůžková zařízení. Externí hodnocení není pro poskytovatele zdravotních služeb povinné, jedná se o dobrovolný proces.
- Pro adiktologické služby, bez ohledu na typ registrace, byly vypracovány Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby, které byly schváleny v r. 2005 (usnesením vlády č. 300/2005). Systém certifikací zajišťuje RVKPP. Standardy odborné způsobilosti mají na rozdíl od výše uvedených nástrojů meziresortní charakter, pokrývají spektrum zdravotních, zdravotně-sociálních a sociálních služeb a reflektují odborná specifika i širší oblasti kvality.
- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy v roce 2005 uvedlo do života první standardy kvality preventivních programů a intervencí, následované vývojem samostatného systému certifikací (citace Martanová, 2012a, 2012b) a svébytného originálního výkonového systému hodnocení SEPA⁹ (Systém evidence preventivních aktivit).

Každý systém disponuje vlastními standardy jako nástroji pro měření a hodnocení kvality, proces hodnocení kvality má podobný průběh a stejný cíl – udržování a zvyšování kvality

⁹ <https://www.preventivni-aktivita.cz>

služeb prostřednictvím naplňování hodnotících standardů. **Služby zařazené do sítě splňují odpovídající požadavky na kvalitu. To bude ověřováno certifikačním systémem.** Bude kladen důraz na podporu pravidelného a systematického procesu hodnocení kvality, který je základním prostředkem zvyšování kvality a zvýšení účinnosti poskytovaných služeb. Průběžné hodnocení poskytované služby zajišťuje její kontinuální a smysluplný rozvoj. Bez ohledu na použitý nástroj, je cílem rozvoje kvality služby:

- Trvalé zvyšování kvality poskytovaných služeb
- Splnění požadavků uživatelů služeb, společnosti a dalších zainteresovaných stran
- Naplnění potřeb klientů a pracovníků
- Naplnění poslání služby, jejich cílů a zásad
- Efektivní fungování služby

Mezioborový charakter standardů kvality adiktologických služeb zohledňuje různé požadavky na zajištění kvality bez ohledu na zakotvení adiktologických služeb v různých systémech (především sociálním a zdravotním). Certifikační standardy nastavují v duchu bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu (BPSS) a multidisciplinárního přístupu vhodnou pozici pro uplatnění požadavků na kvalitu služeb, kterými jsou zejména:

- Služby se řídí platnými právními normami
- Služba zajišťuje bezpečí, dbá na práva klientů i pracovníků
- Dobrá praxe podložená výzkumem (evidence-based přístup)
- Poskytované služby by měly probíhat v souladu s doporučenými postupy příslušných odborných společností
- Péče má odpovídat standardní kvalitě a odborné způsobilosti (definované v Standardech odborné způsobilosti)
- Procedury odpovídají nastaveným organizačním parametrům
- Péče je koordinovaná a systematická
- Služba systematicky a kontinuálně provádí sebehodnocení

Kvalita, rozvoj a úspěšnost adiktologických služeb úzce souvisí s kvalitou vzdělávání pracovníků, kteří tyto služby poskytují nebo kteří se podílejí na formování podoby těchto služeb. Moderní adiktologické služby staví na mezioborovém a multidisciplinárním přístupu. V adiktologických službách jde o úzkou a propojenou spolupráci celé řady zainteresovaných profesí především z oblasti zdravotní, sociální a školské. Minimální, předem definovaná úroveň informovanosti o rozvoji oboru adiktologie a adiktologických služeb je nutná pro pracovníky všech oblastí spektra pomáhajících služeb a také pro věcně příslušné/dotčené zaměstnance veřejné správy, neboť problematika závislosti se dotýká celé společnosti a všech zapojených oborů, byť některých okrajově. Kvalita adiktologických služeb je závislá na kvalitě lidských činností, která úzce souvisí s mírou osobního i osobnostního rozvoje všech dotčených pracovníků včetně celoživotního učení.

Celoživotní učení pro rozvoj adiktologických služeb představuje inovativní koncepční přístup k pojetí vzdělávání v adiktologických službách a veřejné správě, jeho organizačního principu, kdy všechny možnosti učení – ať už v tradičních vzdělávacích institucích v rámci vzdělávacího systému či mimo ně – jsou chápány jako jediný propojený celek, který dovoluje rozmanité a četné přechody mezi vzděláváním a zaměstnáním a který umožňuje získávat stejné kvalifikace a kompetence různými cestami a kdykoli během života. Nároky kladené na zaměstnance pracující v adiktologických službách a veřejné správě jsou z hlediska kvalifikace různorodé a odpovídají náročnosti jednotlivých typů poskytovaných adiktologických služeb, psychická náročnost vyplývá z práce se složitými a rizikovými klienty. Vzhledem k rozvoji adiktologických služeb a samotného oboru adiktologie je nutné věnovat pozornost celoživotnímu odbornému vzdělávání v nových metodách, přístupech a postupech při práci s osobami závislými na látkách nebo procesech a závislostí ohroženými.

Cílovou skupinou vzdělávání jsou pracovníci v adiktologických službách, zaměstnanci veřejné správy. Pro dlouhodobé zajištění kvality a úspěšnosti adiktologických služeb prostřednictvím vzdělávání by obor adiktologie měl:

- vytvořit komplexní systémové prostředí dalšího vzdělávání pro výše uvedené pracovníky v adiktologických službách a veřejné správě, včetně vzdělávání v oblasti prevence rizikového chování ze strany poskytovatelů vzdělávání
- zkvalitňovat a obsahově a metodicky aktualizovat obsah dalšího odborného vzdělávání v souladu s novými metodami a novými poznatky v adiktologii jak v ČR, tak v zahraničí
- podporovat zajišťování informační a poradenské podpory pro vzdělávání
- vytvořit propojený celek vzdělávání pro jednotlivé cílové skupiny pracovníků v adiktologických službách s aktivní účastí poskytovatelů vzdělávání podpořit a zvyšovat kvalitu lektorů, zajistit metodickou podporu vzdělavatelů v oblasti tvorby vzdělávacích programů
- podporovat přípravu akreditovaných vzdělávacích programů pro pracovníky pracující v adiktologických službách
- podporovat aktualizaci a inovaci současných vzdělávacích programů
- podporovat vytváření aktuálních metodických materiálů pro další vzdělávání pracovníků v adiktologických službách a dalších zainteresovaných profesí z oblasti státní správy a samosprávy ze strany poskytovatelů vzdělávání
- podporovat vytvoření e-learningu jako teoretickou oporu pro vzdělávání a základní orientaci v oboru adiktologie a adiktologických službách
- podporovat využívání moderních metod vzdělávání včetně využití nových technologií a aplikací pro vzdělávání
- zajistit informační a poradenskou podporu všech zainteresovaných pracovníků v oblasti přípravy a tvorby systémových opatření na různých úrovních (např. v oblasti tvorby sítí, financování)
- provádět monitoring dalšího i odborného vzdělávání (podpory celoživotního učení) a podpořit sledování potřeb trhu práce v adiktologických službách s nabídkou dalšího vzdělávání

Pro soustavný rozvoj kvality adiktologických služeb a souvisejících činností jsou nezbytné inovace, které vycházejí ze soustavného monitoringu a evaluace, ale i z externích zdrojů. Sledování aktuálního vývoje na poli adiktologických služeb, účast na výzkumech českých i zahraničních pracovišť a přehled o dění v oboru na mezinárodním poli patří mezi základní kameny dalšího rozvoje odborné práce v adiktologických službách.

3. Koncepce adiktologických služeb pro děti a dorost

Adiktologickou službou je zdravotní, sociální, školská či jiná služba poskytovaná s cílem zlepšení zdravotního nebo sociálního stavu klienta, jejíž hlavní cílovou skupinou jsou osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách nebo s nelátkovou závislostí, tj. služba specializovaná na prevenci, poradenství, léčbu a následnou péči. Klíčovou charakteristikou je mezioborový (zdravotně-sociální, případně zdravotně-sociálně-výchovně-pedagogický) charakter poskytovaných služeb a přístupů ke klientovi a jeho potřebám. V následující části dokumentu bude rozlišováno **6 základních typů adiktologických služeb**, které koncepčně odpovídají různým fázím rozvoje závislosti¹⁰:

- preventivní služby
- nízkoprahové služby
- ambulantní služby
- služby krátkodobé stabilizace
- rezidenční služby
- služby následné péče

V praxi se mohou typy služeb v jednom programu kombinovat a mohou nabývat různé formy v závislosti na statutu programu, zadání zřizovatelů a plátců služeb či potřebách cílových skupin. Je tedy např. možná kombinace nízkoprahové služby se službou krátkodobé stabilizace, kde součástí kontaktního centra je také rezidenční provoz se stabilizačními lůžky. **Základní typy adiktologických služeb jsou definovány a popsány pomocí čtyř základních znaků: (1) základní charakteristiky a hlavní cíle služeb, (2) forma poskytování služeb, (3) cílové skupiny, (4) typické intervence.**

Pro potřeby tohoto koncepčního dokumentu zaměřeného na dětskou a dorostovou péči v oboru adiktologie, jsme logicky převzali nejnovější členění typů adiktologických služeb představené dokumentem Rady vlády (RVKPP, 2020) a přizpůsobili mu pohled na tento vznikající segment služeb. Nicméně pro potřeby interní odborné diskuse a s anticipací budoucího rozvoje celého segmentu dětské a dorostové péče, jsme provedli komentáře a zpřesnění do popisu a třídění navrženého citovaným dokumentem RVKPP. V některých typových službách se jedná o poměrně výraznější odklon resp. modifikaci služby původně určené výhradně dospělým pacientům. Současně s tím jsme pro potřeby konce provedli celkem tři zásadní doplnění a umožnili tak přímo diskusi k nim:

- Doplnili jsme ke každé typové službě příklad nebo příklady dobré praxe ve smyslu zpřesnění modulu, který je v dané oblasti aplikován, existuje v nějakém konkrétním zařízení (tedy je reálně některým poskytovatelem péče zajištěn) a který může sloužit jako ukázka klinické zkušenosti s daným modelem. Současně jsme se snažili o dostupnost informace o tomto modelu, tedy nejlépe z publikovaného (a tedy veřejně dostupného) zdroje.
- Provedli jsme zpřesnění, pokud v dané typové službě existují určité modifikace, vytvářející např. určitý replikovaný nebo replikovatelný model (tj. existuje více provozů, které používají něčím podobný model péče) a kde v terénu nacházíme pro danou typovou službu více modelů. Jedná se např. o oblast ambulancí, kde je více rozšířených modelů, případně o ústavní léčbu.

¹⁰ Model pěti stádií, kterými jednotlivce prochází při zahájení, a udržování změny popsali v 80. letech Prochaska a DiClemente (1983).

- Zformulovali jsme pracovní představu dostupnosti daného typu služby na krajské úrovni, tj. do diskuse dokumentu přímo předkládáme navržené minimální hodnoty vycházející z dostupných epidemiologických údajů (viz příloha této koncepce) a kde je tím tedy zabezpečeno a umožněno, aby diskuse byla věcná a mohla probíhat.

Je samozřejmé, že diskuse okolo usazování dětské a dorostové péče do typizované klasifikace 6 navržených skupin služeb nebude jednoduchá a krátká. Je pravděpodobné, že bude vyžadovat práci samostatného panelu odborníků vedených Sekcí DaDA. Nejde o mechanické „překlopení“ typizovaných modelů péče pro dospělé, ale o svébytné a originální modely péče, které v mnoha parametrech sice mohou vykazovat různé podobnosti, ale stále bude platit, že dětský pacient/klient má natolik odlišné potřeby a možnosti, že péče o něj a jeho rodinu bude vyžadovat přizpůsobení modelů, nikoli opačně. Lze také očekávat, že anticipovaný projekt doporučených postupů v oboru adiktologie (viz úvodní část tohoto koncepčního dokumentu), celý uvedený proces posune dál a vyžádá si komplexní revizi navržených 6 typizovaných adiktologických služeb a v jejich rámci pak používaných modelů péče. Doporučené postupy pro dětskou a dorostovou péče jsou jedním z nejmladších typů dokumentů v oboru a relativně krátká a tedy limitovaná klinická zkušenost, doprovázená slabší evidencí v oblasti vědy a výzkumu, se bude samozřejmě promítat do celého procesu velmi výrazně a limitovat jej a zpomalovat. Na stranu druhou jde dnes již o natolik propracovanou a dynamicky se rozvíjející segment služeb v adiktologii, že není možné se zahájením diskuse otálet.

3.1. Adiktologické preventivní služby

a) Základní charakteristiky a hlavní cíle služeb

- Adiktologická prevence je jakýkoli typ výchovné, zdravotní, sociální či jiné intervence, která směřuje k předcházení vzniku závislostního chování, a v případě výskytu jeho raných stádií k včasné diagnostice a zamezení jeho další progresi, či přechodu do závažnějších forem.
- Cílem prevence je zabránit zkušenosti s návykovou látkou/chováním, nástupu závislostního chování a/nebo oddálit je do vyššího věku, motivace k upuštění od takového chování, kontrola a ochrana před rizikovými faktory osobnostními, sociálními, rodinnými a životního stylu.
- Typicky je adiktologická prevence poskytována jako součást širšího konceptu prevence rizikového chování.

b) Forma poskytování služeb

- Nejčastěji je realizována specializovanými programy primární prevence (preventivními centry) ve spolupráci s ostatními složkami systému, typicky se školskými zařízeními.
- Mohou být poskytovány také prostřednictvím internetu a nových technologií (e-health, m-health).

c) Cílové skupiny

- Cílovou skupinou jsou uživatelé v riziku vzniku a rozvoje závislostního typu chování a závislosti (všeobecná prevence), osoby závislosti ohrožené (selektivní prevence), osoby ve vysokém riziku užívání nebo závislosti, osoby, které vykazují rizikové chování, ale nesplňují kritéria závislosti, či osoby v raných stádiích závislostního chování a fází rozvoje závislosti (indikovaná prevence), osoby různých věkových kategorií, a instituce/osoby, které o výše uváděné osoby pečují/zodpovídají (např. zákonní zástupci a školy).
- Indikovaná prevence je úzce propojená s adiktologickými ambulantními službami. Její podstatnou částí je práce s rizikovými jedinci, kteří byli referováni jinými nesespecializovanými službami a systémy v rámci včasné diagnostiky a intervence.

d) Typické intervence

Typickými intervencemi jsou např. trénink seberegulačních dovedností, edukace, předávání informací, poradenství, nácvik sociálních dovedností a rolí, nácvik odmítání drogy, prvky zážitkové pedagogiky a další typy preventivních strategií a intervencí.

e) Existující příklady dobré praxe a existující modely péče

Adiktologické preventivní služby reprezentují institucionálně pravděpodobně nejméně usazený segment služeb. Současně jde o tematicky a činnostně nesmírně bohatou oblast, kde není snadné služby typizovat. Pro popis dobré praxe jsme proto vytvořili celkem 4 základní podkategorie, reprezentující nejčastěji se vyskytující institucionalizované modely služeb, včetně vyřešení tématu depistáže, která je de facto nezařaditelná a nevytváří samostatný provoz, ačkoli jde o jednu z klíčových činností a oblastí celého segmentu.

- **Adiktologická depistáž (časná diagnostika a intervence atd.):** reprezentuje zásadní pilíř Adiktologických preventivních služeb, který je však spíše specifickým typem činnosti, nežli samostatnou službou a je nesmyslné, aby byl institucionalizován do podoby služby. Její význam je

však natolik zásadní, že je nutné ji věnovat zvláštní pozornost. Jedná se o činnost, která reprezentuje vstup do adiktologických specializovaných služeb a která musí být systematicky rozvíjena a mít svůj koncepční rámec a priority. Klíčové je zde pokrytí hlavních potenciálních vstupů do adiktologických služeb, které pro DaDA reprezentují především obecně (a) jakákoli zařízení ústavní výchovy a péče, (b) praktičtí lékaři pro děti a dorost, (c) dětské sestry, (d) gynekologové, (e) gynekologické sestry, a (f) sociální pracovníci nízkoprahových zařízení pro děti a mládež. Dvěma příklady dobré praxe zde jsou existující metodiky časné diagnostiky a intervence a na ně navazující, postupně ověřované a zaváděné vzdělávací programy. Jedná se o nástroje CRAFT (Kabíček et al., 2019) a nástroj časnou diagnostiku a intervenci těhotných uživatel návykových látek (Mioviský, 2020).

- **Školské poradenské pracoviště (ŠPP)** reprezentuje institucionalizovaný typ služby zabezpečované přímo na půdě školy a zabezpečované kvalifikovaným personálem vhodným pro realizaci všech typů preventivních opatření a intervencí, včetně indikované prevence. Doposud neproběhla hlubší reflexe vztahu a možné profilaci těchto pracovišť směrem k adiktologii, ačkoli se jedná o ekonomicky velmi výhodné a současně systémové řešení pro budoucí ukotvení adiktologických preventivních služeb směrem ke školám (viz např. Zapletalová, 2015).
- **Specializovaná preventivní centra (NNO, poradny, SVP)** reprezentují dlouho diskutovaný model adiktologických preventivních služeb (viz např. Pilař, 2015. Str. 108-113). Jedná se pravděpodobně o nejvíce perspektivní model adiktologických služeb v tomto celém segmentu a současně o model, která má dnes ověření jak na straně NNO (např. pracoviště provozovaná Sdružením podané ruce z.s. a dalšími NNO), tak na straně státních poskytovatelů v oblasti Pedagogických poraden (např. specializované pracoviště při PPP Brno a další) a SVP s ambulancí. Zásadní výzvou tohoto segmentu však je provozní a personální standard a certifikace a celková integrace do rámce specializovaných adiktologických služeb.
- **Ústavní školská zařízení residenčního typu (SVP, diagnostický ústav)** reprezentují poslední možný model této typové služby. Díky extrémním nárokům jejich cílové skupiny by v zásadě v praxi nemělo být možné, aby kterákoli z těchto zařízení nenabízelo propracovaný a systematický model preventivní práce na úrovni selektivní a indikované prevence. Ovšem i zde je velikou výzvou tohoto segmentu však je provozní a personální standard a certifikace a celková integrace do rámce specializovaných adiktologických služeb.

f) Doporučená dostupnost

V naznačených intencích rozpracovaných v předchozí části ukávek příkladů dobré praxe má smysl definovat doporučenou dostupnost adiktologických preventivních služeb pro všechny 4 zmíněné modely, ačkoli je nutné reflektovat zmíněná omezení a úkoly stojícím před dalším procesem institucionalizace tohoto segmentu adiktologických služeb a na něj úzce navazujících institucí.

Tabulka č.1: Návrh dostupnosti adiktologických preventivních služeb ve 4 základních modelech

Model adiktologické preventivní služby	Doporučená dostupnost na úrovni kraje	Doporučená dostupnost na národní úrovni
Adiktologická depistáž ¹¹ (časná diagnostika a intervence atd.)	Dostupné na úrovni ambulancí lékařů pro děti a dorost, gynekologických ambulancí, specializovaných sociálních a školských služeb.	N.A.
Školské poradenské pracoviště (ŠPP)	Dostupné na úrovni škol zřizovaných krajem a obcemi.	N.A.
Specializovaná preventivní centra (NNO, poradny, SVP)	Min. 1 metodické pracoviště na úrovni kraje. Doporučená existence pracoviště na úrovni bývalých okresů.	14 metodických pracovišť
Ústavní školská zařízení residenčního typu (SVP, diagnostický ústav)	Existující síť pracovišť: https://dbuv.msmt.cz/	Existující síť pracovišť: https://dbuv.msmt.cz/

a) Doporučení pro další rozvoj

Doporučujeme pod vedením sRVKPP a OSPRCH iniciovat vznik odborného panelu ve spolupráci s odbornými společnostmi a zástupci dotčených resortů (MŠMT a MPSV) jeho cílem a účelem by byl ucelený návrh způsobu institucionalizace celého tohoto segmentu adiktologických služeb. Jde tedy o dosažení konsensu v parametrech těchto provozů a způsobu jejich ukotvení směrem do systému specializovaných adiktologických služeb, včetně systému kontroly kvality, certifikace atd. Jedná se o složitý úkol, neboť adiktologická problematika činí u těchto institucí pouze jednu část tematického zaměření a gesce, přesto se jedná o vysoce specializovanou část mající precendntí teoretický i praktický rámec daný současnou podobou certifikačního procesu preventivních programů a nejde tedy v pravém smyslu slova o vytváření rámce nového. Důraz je přitom nutné klást na specifické aspekty ukotvení všech tří modelů (depistáže nemá smysl kotvit na úrovni institucionálního modelu – viz poznámka č. 11 na straně 20). Zásadní je vyřešení provozního a personálního standardu a certifikace a celková integrace do rámce specializovaných adiktologických služeb pro všechny tři uvedené modely (tab. č.1).

¹¹ Adiktologická depistáž nereprezentuje samostatný institucionální model poskytované dané služby, ale pouze specializovanou činnost. Je však zásadní definovat vizi její dostupnosti z důvodu jejího mimořádného významu a specifčnosti ve vztahu ke zbývajícím celému systému specializovaných adiktologických služeb. Nepředpokládá se tedy ani certifikace této činnosti a vytvoření resp. plnění standardů odborné způsobilosti RVKPP. Definování dostupnosti této činnosti a jejího koncepčního ukotvení je však důležité pro její zajištění a rozvoj a komunikaci s dotčenými institucemi, včetně zdravotních pojišťoven a MZ.

3.2. Adiktologické nízkoprahové služby

a) Základní charakteristiky a hlavní cíle služeb

- Klíčovým principem je snižování škod souvisejících s užíváním návykových látek nebo závislostním chováním u aktivních uživatelů.
- Hlavními cíli jsou navázání kontaktu s klientem, minimalizace zdravotních, sociálních a ekonomických rizik a dopadů závislostního chování a tím současně ochrana veřejného zdraví, motivace klientů ke změně životního stylu a ke kontaktu s dalšími adiktologickými službami a monitoring uživatelské scény za účelem vytváření účinných strategií pomoci dané cílové skupině.
- Specifikem těchto programů je aktivní oslovování a vyhledávání osob ve zvýšeném riziku rozvoje závislostního chování.

b) Forma poskytování služeb

- Jsou typicky poskytovány v podobě nízkoprahových služeb, v nízkoprahovém zařízení (kontaktní centrum, nízkoprahový klub atd.), nebo přímo v přirozeném prostředí klienta, např. na drogové scéně nebo v hernách (terénní program).
- Poradenství může být poskytováno také telefonickou a internetovou formou.
- Nízkoprahový přístup, v rámci kterého je služba časově i místně dostupná, je flexibilní podle potřeb cílové skupiny a klienti ji mohou využívat anonymně (tj. v případě volby klienta musí být poskytovatelem zajištěno anonymní poskytování služeb a tato volba musí být respektována).

c) Cílové skupiny

- Cílovou skupinou nízkoprahových služeb jsou aktivní uživatelé návykových látek, příp. aktivní problémoví hráči hazardních her s různou motivací ke změně, v různém stadiu užívání a fázi rozvoje závislosti. Podle cyklického modelu stádií změny se klienti nízkoprahových služeb nachází typicky ve fázi prekontemplace či kontemplace.
- Cílovou skupinou služeb pro děti a dorost je v této oblasti kromě samotného dítěte rovněž rodiče, partneři a další blízké osoby klienta.
- Typickou cílovou skupinou dětských služeb tohoto typu jsou tzv. útěkáři z ústavních zařízení, děti ve vyloučených lokalitách či squatech, děti na ulici nebo v lokalitách/místech s nižší sociální kontrolou a vyššími bezpečnostními riziky atd.

d) Typické intervence

- Typickými intervencemi jsou např. kontaktní práce, distribuce zdravotnického materiálu pro bezpečnější aplikaci drog, jako např. výměna injekčních stříkaček, testování na infekční onemocnění, edukace a předávání informací, poradenství, motivační trénink, sociální práce, case management a pobídková terapie, práce v komunitě, odkazování do sítě služeb, základní zdravotní ošetření, nutriční poradenství a podpora atd.

e) Existující příklady dobré praxe a existující modely péče

Nejedná se o zcela typický segment pro adiktologické služby a s ohledem na dosavadní přístup (resp. nezájem MPSV) je zřejmé, že bude nutné vést další jednání (viz bod G). Nicméně existující služby a zkušenosti ukazují nejen potřebnost a první příklady dobré praxe, ale také specifika této služby, poskytované lidem pod zákonnou věkovou hranicí 18 let. To činí nízkoprahové služby pro děti a dorost vysoce specifické a odlišující od těchto služeb pro dospělé. Nicméně vysoká rizika spojená např. právě u útěkářů z ústavních zařízení ukazují obrovskou zranitelnost této cílové skupiny jak z pohledu návykových látek, tak sexuálně rizikového chování a dalších oblastí. Snadno se stávají obětmi organizovaných skupin v sexuálních službách a mohou být snadno omezeni na svých základních právech právě díky statutu dítěte, které svévolně opustilo ústavní zařízení (případně také útky od rodin atd.). Mezi prvními službami tohoto typu byl terénní program a následný nízkoprahový klub Vrakbar v Jihlavě nebo dnes velmi úspěšný vzorový program na Praze 6 zajištěný Prevcentrem Praha z.ú. (Franová, Roubalová, 2018).

f) Doporučená dostupnost

Nižší míra koncepční usazenosti a vývoje tohoto segmentu dětských služeb neumožňuje v současné době pevně stanovit nejnižší možnou úroveň pro doporučené zajištění této služby. Zkušenosti z různých regionů ukazují smysluplnost úvahy o zřezování podobných programů min. na úrovni sídel se 100 tisíci obyvateli a více (viz tabulka 2) a tedy koncepce v tomto směru doporučuje začít diskusi na této úrovni velikosti sídel.

Tabulka č.2: Návrh dostupnosti adiktologických nízkoprahových služeb/programů pro děti a dorost

Model adiktologických nízkoprahových služeb	Doporučená dostupnost na úrovni kraje	Doporučená dostupnost na národní úrovni
Adiktologická nízkoprahový specializovaný program	Dostupné na úrovni obcí nad 100 tisíc obyvatel.	N.A.

g) Doporučení pro další rozvoj

Doporučujeme pro diskusi o celém segmentu těchto služeb pro děti a dorost otevřít otázkou přesnějšího vydefinování parametrů odlišujících tyto služby od služeb pro dospělé klienty/pacienty a to včetně právního rámce. Současně doporučujeme ujasnění institucionálního ukotvení těchto specifických služeb v rámci standardů a rámce MPSV a MŠMT. Je zřetelné, že klíčovou iniciativu by zde měla vyvinout RVKPP spolu se zástupci neziskového sektoru, kde bude v budoucnu pravděpodobná dominance poskytovatelů těchto služeb, podobně jako je tomu v tomto stejném segmentu služeb pro dospělé. Současně doporučujeme provedení detailní analýzy potřeb a zhodnocení existujících příkladů dobré praxe z hlediska požadavku na zpřesnění doporučené dostupnosti těchto služeb a současně také přenosu know-how, resp. replikovatelnosti úspěšných modelů do dalších regionů ČR a zajištění jejich finanční udržitelnosti.

3.3. Adiktologické ambulantní služby

a) Základní charakteristiky a hlavní cíle služeb

Adiktologické ambulantní služby jsou zaměřeny na zlepšení somatického a psychického stavu, sociální situace a změnu životního stylu klienta. Adiktologická ambulantní léčba může být soudně nařízena.

b) Forma poskytování služeb

- Typicky jsou poskytovány v ambulantních programech a centrech, v intenzivní formě ve stacionárních programech.
- Mají i svoji terénní formu, kde v rámci asistence, doprovázení, návštěvní služby je zajišťována motivace klienta, práce na vztahu s klientem, krizová intervence nebo ambulantní detoxifikace.
- Mohou být poskytovány také telefonickou nebo internetovou formou.

c) Cílové skupiny

- Klienti mohou být v různých fázích závislostního chování. U klientů se předpokládá motivace ke změně chování, dostatečně stabilní zázemí umožňující tento typ péče, tj. životní (sociální) situace umožňující, aby byl klient schopen pravidelně docházet do služby a dodržovat léčebný režim za podpory klíčového pracovníka.
- Somatický ani psychický zdravotní stav klientů a závažnost poruchy spojené s užíváním návykových látek a hazardním hraním nevyžadují hospitalizaci, nebo hospitalizace není z nějakého důvodu možná.
- Cílovou skupinou jsou rovněž rodiče, partneři a další blízké osoby klienta.

d) Typické intervence

- Typickými intervencemi jsou např. zhodnocení stavu (vstupní zhodnocení stavu a potřeb), poradenství, nácvikové programy, farmakoterapie včetně substituční léčby, psychoterapeutické intervence individuální a/nebo skupinové, strukturovaný program, sociální práce, case management, mediace, prevence relapsu, koordinace péče atd.
- Stacionární programy nabízejí intenzivnější, strukturovanější, denní program, určený motivovaným a stabilizovaným klientům.

e) Existující příklady dobré praxe a existující modely péče

Ve zjednodušené podobě lze ambulantní adiktologickou dětskou a dorostovou péči z institucionálního hlediska rozdělit do dvou základních kategorií reprezentovaných dvěma základními modely (doporučená dostupnost viz tabulka č. 3). (a) První model tvoří mezioborově koncipované (obvykle) nově vznikající komplexní ambulance, které více či méně využívají ověřeného a evaluovaného modelu dětské ambulance pilotně testované ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze na Klinice adiktologie (Miovský, Popov, 2016; Miovský, Popov, Štastná, 2016). Tento model je současně akceptovatelným modelem pro položení základů minimální sítě zdravotnických ambulancí pro děti a dorost, včetně splnění

všech podmínek Reformy psychiatrie v kategorii dětské a dorostové péče v tzv. multidisciplinárních týmech (viz dále bod G). (b) Druhou skupinu služeb tvoří široká škála různých typů ambulantních adiktologických služeb pro děti a dorost, kde nepřevládá prozatím žádný dominující model péče a kde jsou dílčí intervence zabezpečeny různě zastoupenými odbornostmi dle místní dostupnosti a povahy provozu, tj. od převažujícího poradenského charakteru, až po individuální ambulance dětských psychiatrů, klinických psychologů a adiktologů.

f) Doporučená dostupnost

Doporučená dostupnost je definována pro obě skupiny ambulantních služeb v tomto segmentu v duchu naznačeného dělení popsaného v předchozím bodě E a vycházející z dosavadních zkušeností z terénu a představy současných diskutovaných záměrů na úrovni MZ a RVKPP, případně Reformy psychiatrie.

Tabulka č.3: Návrh dostupnosti adiktologických ambulantních služeb/programů pro děti a dorost

Model adiktologických ambulantních služeb	Doporučená dostupnost na úrovni kraje	Doporučená dostupnost na národní úrovni
Komplexní ambulantní krajská ambulance (multidisciplinární model)	1-4 provozy na úrovni kraje dle jeho velikosti a spádovosti	20-24 (páteřní národní síť komplexních ambulancí pro děti a dorost)
Ambulantní provoz pro děti a dorost	Dostupné na úrovni obcí nad 50 tisíc obyvatel.	N.A.

g) Doporučení pro další rozvoj

Pro další vývoj je pro obě skupiny provozů zásadní zpřesnění pohledu na dostupnost. V prvním případě, u komplexních krajských dětských ambulancí je zásadní ujasnění, zda tato skupina zařízení půjde podobnou cestou, jakou šel návrh Krajských adiktologických zdravotnických ambulancí pro dospělé (Miovský, Popov, 2019), který byl prosazen také jako součást Reformy psychiatrie. Toto řešení má velikou naději na úspěch z hlediska podpory zdravotních pojišťoven a MZ a dává šanci na vznik stabilní sítě zdravotnických orientovaných služeb. Vedle je to ale důležité, aby existovala širší škála jiných ambulancí používajících jiné modely. Pro ni se jeví být zásadním tématem standard kvality, tj. schopnost těchto služeb naplnit certifikační standardy RVKPP a být skutečně specializovaným adiktologickým provozem odpovídajícím potřebám a specifikům adiktologické klientely.

3.4. Adiktologické služby krátkodobé stabilizace

a) Základní charakteristiky a hlavní cíle služeb

- Typicky jsou tyto programy zaměřené na stabilizaci klienta v počáteční fázi abstinence a minimalizaci symptomů odvykacího syndromu a rizika poškození.
- Programy mohou být zaměřeny na krátkodobou stabilizaci somatického a psychického stavu klienta ve fázi aktivního užívání návykových látek či po epizodě akutní intoxikace.
- Cílem dále může být i stabilizace po relapsu u abstinujících klientů po léčbě nebo stabilizace klientů, kteří nemohou nebo nechtějí dlouhodobě abstinovat, ale potřebují snížit užívanou látku, užívání na krátký časový úsek vynechat nebo vysadit jednu z užívaných látek.
- Služby krátkodobé stabilizace plní typické funkce:
 - Lůžková detoxifikace a psychosociální stabilizace – krátkodobá lůžková péče s délkou trvání zpravidla do 4 týdnů. Jejím hlavním cílem je předcházení a tlumení abstinenčního syndromu. Služba je typicky poskytována při přechodu z fáze aktivního užívání do abstinenčně orientované léčby. Jsou poskytovány především farmako- a psychotherapeutické intervence, režimová opatření a relaxace. Je poskytována klientům střízlivým i ve stavu akutní intoxikace.
 - Krizová stabilizace – krátkodobá lůžková péče sociálního nebo zdravotnického charakteru pro klienty, kteří se ocitli v ohrožení v důsledku náročné životní situace, s délkou trvání v řádu jednoho až několika dnů, typicky do 7 dnů, dle individuálních potřeb klienta a s ohledem na užívanou návykovou látku. Je poskytována klientům střízlivým i ve stavu intoxikace.

b) Forma poskytování služeb

Služby jsou poskytovány v rezidenčním režimu. Mají charakter detoxifikačních jednotek nebo vyčleněných lůžek, případně krizových či stabilizačních lůžek.

c) Cílové skupiny

Mezi cílové skupiny patří aktivní uživatelé návykových látek, uživatelé přecházející z fáze aktivního užívání do abstinenčně orientované léčby, aktivní uživatelé, kteří se ocitli v ohrožení v důsledku náročné životní situace nebo epizody extenzivního užívání návykové látky.

d) Typické intervence

Typickými intervencemi jsou např. farmakoterapie, edukační program či motivační trénink, podpůrná psychoterapie, skupinová a individuální terapie, poradenství, provedení diagnostiky a stanovení individuálního léčebného plánu, case management, příprava a referování pacienta/klienta do navazujících typů programů.

e) Existující příklady dobré praxe a existující modely péče

V tomto segmentu služeb je v současnosti prakticky jediným příkladem dobré praxe existující Detox v nemocnici pod Petřínem (Nemocnice milosrdných sester sv. Karla Boromějského). Současně není dostupná informace, že by druhá varianta (stabilizační lůžko) specializované resp. přizpůsobené adiktologické klientele bylo provozováno některým z existujících poskytovatelů péče.

f) Doporučená dostupnost

Tento segment péče je z hlediska dostupnosti obtížné definovat. Z hlediska detoxifikace je ze současné zkušenosti s provozem v Praze zřejmé, že jeho ekonomická udržitelnost a vysoká míra specializace nebudou pravděpodobně umožňovat provoz více než dvou, maximálně tří zařízení v celé ČR a že současně nic z dostupných zdrojů nenavádí pro větší potřebnost této vysoce specializované péče (viz tabulka č. 4). Pro stabilizační krizové lůžko je pak v současné situaci nemožné vyhodnotit potřebnou dostupnost a je předmětem další diskuse, do jaké míry je takováto služba pro děti a dorost potřebná a jak by taková služba měla být přesně designována.

Tabulka č.4: Návrh dostupnosti adiktologických služeb pro děti a dorost pro krátkodobou stabilizaci

Model adiktologické služby pro krátkodobou stabilizaci	Doporučená dostupnost na úrovni kraje	Doporučená dostupnost na národní úrovni
Dětský detox	N.A.	1-3 (Praha, Brno, Ostrava)
Stabilizační lůžko	N.A.	N.A.

g) Doporučení pro další rozvoj

Velkým úkolem současné situace je dokončení odborné diskuse o designování provozu detoxifikace pro děti a dorost, neboť jediný funkční model provozovaný v Praze se neukazuje být dobře designován z hlediska ekonomické udržitelnosti i z hlediska potřeb cílové skupiny a je zřejmé, že bude muset projít dalším vývojem a úpravami a zřejmě nebude možné provozovat samotný detox bez navazující střednědobé léčebné komponenty umožňující pobyt až 30 dnů. Je tak vysoce pravděpodobné, že dojde o úpravě celého tohoto modelu léčby a že tím může být řešena také otázka stabilizačního lůžka a zda obě tyto varianty nebude možné propojit do jednoho modelu léčby odpovídajícího tomuto segmentu adiktologické péče.

3.5. Adiktologické rezidenční služby

a) Základní charakteristiky a hlavní cíle služeb

- Cílem léčby je celková stabilizace (sociální, rodinná, vztahová, pracovní aj.) a úzdava klienta, která zahrnuje rozvoj osobní identity a celkové změny životního stylu, jehož součástí je obvykle stabilizace sekundárních problémů spojených se závislostí a závislostním typem chování, abstinence od návykových látek, schopnost seberegulace ve vztahu k užívání technologií, případně schopnost abstinence od sázení a hraní či nadměrného trávení času ve virtuálním prostoru atd.
- Délka léčby se převážně pohybuje od 1 do 12 měsíců (krátkodobá/střednědobá/dlouhodobá).
- Typicky klienti do těchto služeb vstupují dobrovolně, obvykle po absolvované krátkodobé stabilizaci, léčba může být také soudně nařízena.

b) Forma poskytování služeb

Rezidenční léčba je poskytována ve specializovaných pobytových zařízeních se strukturovaným programem se zaměřením na abstinenci a na sociální rehabilitaci klientů. V zásadě se rozlišují 2 typy rezidenčních programů: stabilizační s kratší dobou trvání a programy zaměřené na vnitřní změnu (kontemplativní programy) typicky s delší dobou trvání. Jsou poskytovány ve zdravotnických nebo školských zařízeních (psychiatrické nemocnice, psychiatrická lůžková oddělení nemocnic akutní péče, diagnostické ústavy) či v kontextu sociálních služeb (terapeutické komunity).

c) Cílové skupiny

- Typickou cílovou skupinou jsou osoby ve středním až těžkém stupni závislosti/závislostního chování, s těžším psychosociálním, somatickým a/nebo psychickým poškozením, často s kriminální anamnézou. Dle cyklického modelu stádií změny se klienti typicky nachází ve fázi rozhodnutí, akce a udržení.
- Cílovou skupinou jsou rovněž rodiče, partneři a další blízké osoby klienta.

d) Typické intervence

Typickými intervencemi jsou např. terapeutická komunita, socio- a psychoterapeutické intervence především skupinové, ale také individuální, rodinné, pracovní, farmakoterapie, volnočasové aktivity a sociální práce. Významnou metodou uplatňovanou v rezidenčních zařízeních je léčebný režim. Součástí některých léčebných programů může být také detoxifikace.

e) Existující příklady dobré praxe a existující modely péče

Celý tento segment adiktologických služeb je z hlediska péče o děti a dorost nutné diskutovat a stanovit pro něj podmínky, za kterých je možné tento typ léčby realizovat. Na jedné straně je bez diskuse úspěšná dosavadní praxe akceptovat starší adolescenty (ve věku 17-18 let) v indikovaných případech do programů terapeutických komunit (viz. např. úspěšná práce v TK White Light nebo také Jandáč, 2018, 2019). Na stranu druhou však není zřejmé, zda specifické výchovné a vzdělávací potřeby takto mladých klientů mohou být zvládnuty a řešeny v podmínkách běžné TK pro dospělé v odpovídajícím rozsahu. K takovému posouzení chybí v tuzemských programech data (viz bod G). Vedle toho se objevují první pilotní programy zajištěné specificky v podmínkách ústavní výchovy a péče a jeví se být odpovídající alternativou schopnou řešit všechny složky léčebného programu (např. Řevnice nebo Krč). Zásadní problém je však u těchto zařízení legislativní a ekonomický. Tato školská zařízení nesmí poskytovat zdravotní péči a tedy u nich pro změny přítomný opačný problém, kdy je skvěle zajištěna část výchovná a vzdělávací, z velké části psychoterapeutická, ale již i s ní je problém s legislativní podporou, která pak zcela chybí pro zdravotní a čistě sociální část (viz bod G).

f) Doporučená dostupnost

S ohledem na současnou praxi, doporučujeme formulaci konzervativního modelu residenční péče v ČR za využití existujících programů a provedení odpovídající evaluace a zhodnocení indikačních kritérií a posouzení naplnění certifikačních standardů kvality a teprve poté uvažovat nad zpřesněním návrhu dostupnosti.

Tabulka č.5: Návrh dostupnosti rezidenčních adiktologických služeb pro děti a dorost

Model adiktologických residenčních léčebných služeb	Doporučená dostupnost na úrovni kraje	Doporučená dostupnost na národní úrovni
Terapeutická komunita (specifický podprogram v existující TK existující společně s programem pro dospělé)	N.A.	3
Specializovaný residenční léčebný program v rámci ústavní výchovy a péče (diagnostický ústav)	N.A.	4

g) Doporučení pro další rozvoj

S ohledem na nízký stupeň rozpracovanosti s dostupných evaluačních studií doporučujeme pro celý tento segment specializovaných adiktologických služeb formulovat strategický postup a ve spolupráci RVKPP a odborných společností provést hlubší reflexi a zhodnocení, jehož výstupem by měly být následující jasné odpovědi:

- Za jakých podmínek je možné akceptovat do standardních programů TK osoby mladší 18 let a co musí být zajištěno pro takovou komponentu programu? Jaké povinné složky musí mít taková komponenta zajištěny (např. ve smyslu vzdělávací a výchovné složky)? Jaká je maximální kapacita této komponenty v poměru k hlavní klientele a jaké podmínky by měl poskytovatel splnit? Jak se to celé pak promítne do certifikačních standardů RVKPP? Výsledkem by měl být popis modelu této péče pro starší adolescenty.

- Jaký model péče je možné realizovat v podmínkách ústavní výchovy a péče? Jaké komponenty by měl mít a co musí splnit jako specializovaná adiktologická služba? Jaké legislativní úpravy je třeba pro provoz těchto zařízení? Jak se liší existující modely a co který z nich nabízí a pro jakou klientelu? Jak zde aplikovat certifikaci služeb RVKPP tj. jaké konsekvence tento proces pro vývoj standardů má a naopak?
- Zcela zásadním požadavkem je pak provedení komplexně pojaté analýzy potřeb tohoto druhu služeb ve vztahu k navrženému minimu (viz tab. č. 5).

3.6. Adiktologické služby následné péče

a) Základní charakteristiky a hlavní cíle služeb

- Doléčování a následná péče se převážně zaměřuje na podporu a udržení abstinence po léčbě, udržení změn v chování a životním způsobu klienta, získaných v průběhu léčby, na sociální rehabilitaci klienta a jeho integraci do podmínek normálního života.
- Cílem je udržení dosažených změn včetně udržení abstinence, prevence relapsu, sociální stabilizace klienta v oblasti základních sociálních jistot (např. bydlení, zaměstnání).
- Existují také modely doléčování a následné péče stavěné s menším důrazem na psychoterapeutické a strukturované terapeutické intervence a podporující model růstu a přirozené uzdravy klienta s maximálním důrazem na podporu jeho sebepodpůrných uzdravných mechanismů a vzájemné podpory s jinými klienty, tj. se zvýšeným důrazem na svépomocný přístup.
- V rámci služeb mohou být poskytována také sociální stabilizační lůžka (v případě relapsu a krize atd.).

b) Forma poskytování služeb

Doléčování je poskytováno ambulantní nebo pobytovou formou, typicky ve specializovaných programech následné péče s chráněným bydlením či bez něj. Intervence mohou být poskytovány také telefonickou a internetovou formou.

c) Cílové skupiny

- Cílovou skupinou jsou osoby, které absolvovaly ambulantní či rezidenční léčbu a aktuálně abstinují, nebo osoby, které aktuálně samostatně abstinují nejméně 3 měsíce a potřebují další podporu. Dle cyklického modelu stádií změny se klienti typicky nachází ve fázi udržení dosažených změn, příp. relapsu.
- Cílovou skupinou jsou rovněž rodiče, partneři a další blízké osoby klienta.

d) Typické intervence

Typickými intervencemi jsou např. skupinová, individuální a rodinná psychoterapie, prevence relapsu, sociální práce, poskytnutí chráněného bydlení, získávání kvalifikace a rekvalifikace, případně tréninkové pracovní programy a podpora získání prvních pracovních zkušeností (mladiství) a volnočasové aktivity.

h) Existující příklady dobré praxe a existující modely péče

V této oblasti jsou z hlediska dětské a dorostové adiktologie obecně nejmenší zkušenosti, neboť doléčování se v případě dětí v ústavní výchově a péči odehrává opět v tomto režimu a nemá charakter specializovaného adiktologického doléčování. Ačkoli jsou tedy mladiství v zásadě akceptovatelní pro běžné doléčovací programy, je také zde otazník nad tím, čím by v budoucnu měly být doléčovací programy pro tuto věkovou skupinu specifické a jaká je jejich reálná potřebnost. Současně chybí evaluační studie popisující současnou praxi a klinické zkušenosti z běžících programů.

i) Doporučená dostupnost

S ohledem na současný stav a návrh dostupnosti residenčních programů (viz tabulka č. 5) doporučujeme velmi konzervativní model doléčování, vycházející ze zkušenosti, že pokud jsou mladiství akceptováni v běžných program TK a úspěšně těmito programy procházejí, je také možné, aby mohli využívat běžných doléčovacích programů. Logicky se tak nabízí jako minimální model dostupnosti realizovat programovou komponentu v existujících větších doléčovacích programech dostupných min. na krajské úrovni nebo zabezpečovat ambulantní doléčování v existujících ambulancích, pokud není standardní větší specializovaný doléčovací program dostatečně dostupný (velká vzdálenost atd.).

Tabulka č.6: Návrh dostupnosti doléčovacích adiktologických služeb pro děti a dorost

Model adiktologických doléčovacích léčebných programů a služeb	Doporučená dostupnost na úrovni kraje	Doporučená dostupnost na národní úrovni
Specifický podprogram v existující při/společně s programem doléčování pro dospělé	1	14
Doléčování v podmínkách místně dostupné specializované ambulance	2-6	N.A.

j) Doporučení pro další rozvoj

Z výše zmíněných důvodů (bod H) nedostatku dat z proběhlých evaluačních studií, doporučujeme provedení evaluace procesu u existujících doléčovacích programů, které akceptují klientelu mladší 18 let a doporučujeme klinické ověření celého konceptu a jeho nastavení a praxi. Bez těchto údajů není možné validně doporučit jakékoli další koncepční kroky.

4. Návrh dostupnosti služeb DaDA

Ačkoli je celkový pracovní návrh dostupnosti zatížen množstvím nedostatků zmíněných a diskutovaných v kontextu dílčích typů specializovaných adiktologických služeb (kapitoly 3.1 – 3.6 tohoto dokumentu), reprezentuje ucelenou prvotní představu o tvorbě a rozvoji tohoto specifického segmentu. Zatímco u některých typů služeb je možné již dnes návrh formulovat poměrně pregnantně, jiné služby (typicky např. rezidenční léčba a doléčování) budou vyžadovat delší čas na diskusi, pilotování a vyhodnocení dostupných dat a zkušeností existujících provozů. Souhrn obsažený v tabulce č. 7 tak skýtá pouze limitovaný a velice zjednodušený obrázek o směru vývoji služeb dětské a dorostové adiktologie. Zřejmě největším limitem diskuse o dostupnosti jednotlivých typů služeb bude samotný fakt, že není dokončen proces modifikace a profilace dětských služeb. Není možné mechanicky překlápat provozy pro dospělé pacienty do podoby dětských služeb a mnohé z provozů jsou velmi specifické. Bez evaluačních studií (mnoha provozů nikdy neprovedených) není možné některé z aspektů podrobit potřebné reflexi. Současně se v praxi ukazuje, že v dílčích kategoriích služeb existuje dnes obrovská variabilita praktických aplikací různých modelů a není možné říci, který z modelů je výhodnější, lepší nebo naopak jakýmkoli způsobem rizikový atd. Dobře je to patrné nejen na příkladu preventivních služeb, ale také na příkladu detoxifikace nebo ještě výrazněji u rezidenčních a doléčovacích služeb. Současně je nutné si také uvědomit, že dílčí věkové podskupiny budou uvedené služby diverzifikovat pravděpodobně výrazně více, nežli jiné faktory. Zatímco u starších adolescentů je již dne patrné, že jejich zařazení do mírně modifikovaných rezidenčních programů pro dospělé nebyla chybná úvaha a že tento směr přináší jedno z možných řešení, naopak u dětí mladších 15 let je zcela jasné, že potřeba zabezpečení výchovných a vzdělávacích potřeb vyžaduje naprosto jiný rámec, než na jaký jsme zvyklí u služeb pro dospělé.

Celkový návrh zachovává ideu koncepčního rámce navrženého sRVKPP (RVKPP, 2020) definování dostupnosti na krajské a ve vybraných typech pak na celostátní úrovni. Je však současně zřejmé, že pro část služeb (např. místní ambulance, preventivní centra atd.) bude muset být dostupnost časem definována na úrovni jednotek, jako byly původní okresy či velikosti sídel a spádovosti. To však dnes z pochopitelných a výše zmíněných důvodů není možné a bylo by to nekorektní. To, co naopak **doporučujeme je rozdělení celé diskuse do dílčích oblastí dle typů služeb a postupné realizování pilotních studií a evaluací, vedoucích postupně k doplnění chybějící informací a podkladů, potřebných pro další zpřesnění návrhu a provedení odpovídajících analýz např. udržitelnosti, dopravní dostupnosti, zpřesnění potřebnosti, zohlednění regionálních specifik atd.**

Tabulka č.7: Návrh dostupnosti služeb pro děti a dorost v oboru adiktologie v ČR

1.	Model adiktologické preventivní služby	Doporučená dostupnost na úrovni kraje	Doporučená dostupnost na národní úrovni
	Adiktologická depistáž ¹² (časná diagnostika a intervence atd.)	Dostupné na úrovni ambulancí lékařů pro děti a dorost, gynekologických ambulancí, specializovaných sociálních a školských služeb.	N.A.
	Školské poradenské pracoviště (ŠPP)	Dostupné na úrovni škol zřizovaných krajem a obcemi.	N.A.
	Specializovaná preventivní centra (NNO, poradny, SVP)	Min. 1 metodické pracoviště na úrovni kraje. Doporučená existence pracoviště na úrovni bývalých okresů.	14 metodických pracovišť
	Ústavní školská zařízení residenčního typu (SVP, diagnostický ústav)	Existující síť pracovišť: https://dbuv.msmt.cz/	Existující síť pracovišť: https://dbuv.msmt.cz/
2.	Model adiktologických nízkoprahových služeb		
	Adiktologická nízkoprahový specializovaný program	Dostupné na úrovni obcí nad 100 tisíc obyvatel.	N.A.
3.	Model adiktologických ambulantních služeb		
	Komplexní ambulantních krajská ambulance (multidisciplinární model)	1-4 provozy na úrovni kraje dle jeho velikosti a spádovosti	20-24 (páteřní národní síť komplexních ambulancí pro děti a dorost)
	Ambulantní provoz pro děti a dorost	Dostupné na úrovni obcí nad 50 tisíc obyvatel.	N.A.
4.	Model adiktologické služby pro krátkodobou stabilizaci		
	Dětský detox	N.A.	1-3 (Praha, Brno, Ostrava)
	Stabilizační lůžko	N.A.	N.A.
5.	Model adiktologických residenčních léčebných služeb		
	Terapeutická komunita (specifický podprogram v existující TK existující společně s programem pro dospělé)	N.A.	3
	Specializovaný residenční léčebný program v rámci ústavní výchovy a péče (diagnostický ústav)	N.A.	4
6.	Model adiktologických doléčovacích léčebných programů a služeb		
	Specifický podprogram v existující při/společně s programem doléčování pro dospělé	1	14
	Doléčování v podmínkách místně dostupné specializované ambulance	2-6	N.A.

¹² Adiktologická depistáž nereprezentuje samostatný institucionální model poskytované dané služby, ale pouze specializovanou činnost. Je však zásadní definovat vizi její dostupnosti z důvodu jejího mimořádného významu a specifčnosti ve vztahu ke zbývajícím celému systému specializovaných adiktologických služeb. Nepředpokládá se tedy ani certifikace této činnosti a vytvoření, resp. plnění standardů odborné způsobilosti RVKPP. Definování dostupnosti této činnosti a jejího koncepčního ukotvení je však důležité pro její zajištění a rozvoj a komunikaci s dotčenými institucemi, včetně zdravotních pojišťoven a MZ.

5. Závěr

Pro další vývoj segmentu dětské a dorostové adiktologie je zásadní otevřená diskuse napříč odbornými společnostmi tohoto oboru. Již samotný, v úvodu zmíněný fakt, že Sekce dětské a dorostové adiktologie vznikla a existuje jako společná platforma, sdílená všemi klíčovými společnostmi, napomáhá průběžně diskutovat i velmi citlivá témata. Mezi ně bude bezesporu patřit právě tento dokument, a to nikoli pouze z důvodu mnoha nejasností a chybějících hlubších zkušeností s některými specifickými typy provozů. Problémem bude bezpochyby také stále přítomné a choulostivé téma reprezentované závažnými nedostatky ve financování a udržitelnosti adiktologických služeb. Obava mnoha kolegů, že se adiktologické dětské služby mohou stát zdrojem napětí a nerovnováhy ve financování a že jejich rozvoj může způsobit existujícím službám potíže, to je rozhodně tématem, kterému musí být věnována mimořádná pozornost. Jeho neřešení a nedostatečná reflexe by přímo ohrožovaly celý proces vývoje tohoto segmentu a dokola by způsobovaly komunikační i praktické komplikace. Vývoj segmentu dětské adiktologie by měl být moderovaný a bezpečný nejen pro tyto služby samotné, ale také pro celý zbývající obor.

Je velmi pravděpodobné, že nás v oblasti dětské adiktologie čeká v kontextu vývoje, ověřování a usazování dílčích typů služeb, čeká nejedno překvapení. Již jen např. v dokumentu zmíněná nedostatečná reflexe vývoje školských služeb, v jejichž kontextu se nachází historicky spousta velmi originálních provozů s vizionářsky postavenými dílčími provozy, bude nutně způsobovat disproporce a nedostatek evaluačních studií a informací o těchto provozech mohl vícekrát vyvolat neopodstatněný dojem, že se „tam mnoho neodehrálo nebo že to stojí mimo obor adiktologie“ – to je však nepřesný, resp. mylný výklad. Naopak s kolegy v tomto segmentu čeká nás čeká přiblížení a hlavní proud adiktologických služeb bude muset takovouto reflexi zvládnout, podobně, jako je tomu např. u služeb ve věznicích. Sekce DaDA vytváří předpoklad a dává naději, že pro podobné diskuse mezi zástupci různých typů služeb bude existovat bezpečná komunikační platforma a že se celý proces bude dařit kotvit a dávat mu odpovídající odbornou i společenskou úroveň a respekt.

Zkratky

AD	Adiktologie, adiktologický, adiktologická
A.N.O.	Asociace nestátních organizací
AT sekce	Sekce Psychoatrické společnosti pro alkohol a jiné toxikománie
ČAA	Česká asociace adiktologů
DaDA	Dětská a dorostová adiktologie
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
NMS	Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti
NNO	Nestátní neziskové organizace
OSPROCH	Odborná společnost pro prevenci rizikového chování
RVKPP	Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky
SEPA	System evidence preventivních aktivit
SNN ČLS JEP	Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP
SVP	Středisko výchovné péče
ŠPP	Školní poradenské pracoviště
sRVKPP	Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky
ESF	Evropský sociální fond

Seznam obrázků, tabulek a grafů:

Obrázek č.1: Pyramida hierarchie formálních adiktologických služeb a neformálních seberegulačních a samouzdravných procesů

Tabulka č.1: Návrh dostupnosti adiktologických preventivních služeb ve 4 základních modelech

Tabulka č.2: Návrh dostupnosti adiktologických nízkoprahových služeb/programů pro děti a dorost

Tabulka č.3: Návrh dostupnosti adiktologických ambulantních služeb/programů pro děti a dorost

Tabulka č.4: Návrh dostupnosti adiktologických služeb pro děti a dorost pro krátkodobou stabilizaci

Tabulka č.6: Návrh dostupnosti doléčovacích adiktologických služeb pro děti a dorost

Tabulka č.5: Návrh dostupnosti rezidenčních adiktologických služeb pro děti a dorost

Tabulka č.7: Návrh dostupnosti služeb pro děti a dorost v oboru adiktologie v ČR

Použitá literatura

- Čihař, M. (2009). Novorozeneček drogově závislé matky. In: Preslová, I. & Maxová, V. (Eds.). *Ženy a drogy: sborník odborné konference*. Praha: SANANIM. Str. 51–54.
- Gilvarry, E. et al. (2016). Doporučené postupy pro práci s mladými lidmi s problémy souvisejícími s užíváním návykových látek. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze/Královská akademie všeobecných lékařů, UK.
- Franková, A., Roubalová, A. (2018). Prev-centrum z.ú. – nízkoprahové služby. *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi* 1(4), 270-271.
- Kabíček, P., Vacek, J., Csémy, L.(2019). Skřínink a krátká intervence v oblasti návykových látek v praxi praktického lékaře pro děti a dorost. *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi* 2(2), 94-97.
- Kalina, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing a.s.
- Libra J. et al. (2012). Inovované Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby (Standardy služeb pro živatele drog, závislé a patologické hráče). Verze 2.4: Po připomínkách resortů MPSV, MZ, září 2012. ¹¹_{SEP}
- Jandáč, T. (2018). Terapeutická komunita Karlov. *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi* 1(4), 272-273.
- Jandáč, T. (2019). Mladistvá klienta v terapeutické komunitě. *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi* 2(2), 112-117.
- Mioviský, M. et al. (2014b). Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice. Praha: KAD 1. LF UK a VFN. Verze 4.7. schválená výbory ČAA a SNN ČLS JEP. Dostupné na www.adiktologie.cz v rubrice Obor adiktologie.
- Mioviský, M. (2016). Dětská a dorostová adiktologie na prahu emancipace. *Adiktologie* 16(4), 272-279.
- Mioviský, M. (2020). Nový nástroj pro časnou diagnostiku a intervenci adiktologických problémů těhotných uživatelů návykových látek. *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi* V Tisku.
- Mioviský, M. et al. (2014). *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice*. Praha: KAD 1. LF UK a VFN. Verze 4.7. schválená výbory ČAA a SNN ČLS JEP. Dostupné na www.adiktologie.cz v rubrice Obor adiktologie.
- Mioviský, M. & Popov, P. (2016a). Model - Evaluace přípravy a procesu pilotního projektu ambulance dětské a dorostové adiktologie. *Adiktologie* 16(4), 330-341.
- Mioviský, M. & Popov, P. (2016b). Evaluace přípravy a procesu pilotního projektu ambulance dětské a dorostové adiktologie. *Adiktologie* 16(4), 292-318.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Tion Leštinová, Z., Rous, Z., ... & Vopravil, J. (2017a). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016. Praha: Úřad vlády České republiky
- Mravčík, V., Rous, Z., Chomynová, P., Tion Leštinová, Z., Drbohlavová, B., Kozák, J. ... & Kiššová, L. (2017b). Výroční zpráva o hazardním hraní v České republice v roce 2016. Praha: Úřad vlády České republiky
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Tion Leštinová, Z., Rous, Z., Kiššová, L. ... & Vopravil, J. (2016). Výroční zpráva o hazardním hraní v České republice v roce 2015. Praha: Úřad vlády České republiky
- Nechanská, B., Nečas, V., Mravčík, V. (2013). *Zaostřeno na drogy 5. Sčítání adiktologických služeb 2012*. Praha: Úřad vlády ČR
- Pavlas Martanová, V. (2012a). Vývoj Standardů a procesu certifikace v primární prevenci – evaluační studie. *Adiktologie*, 12(3), 174–188.
- Pavlas Martanová, V. (ed.). (2012b). *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.
- Pilař, J., Budínská, M., Holická, N. (2015). Organizační rámec školské prevence v ČR. In.: Mioviský, M. et al. (2015). *Prevence rizikového chování ve školství*. Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN. Togga. Str. 108-113.

- 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.
- Preslová, I., Hanková, O. et al. (2010). *Mladiství a drogy*. Sborník z konference. Praha: o.s. Sananim.
- Radimecký, J., Nevšimal, 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 Nevšimal, 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.
- RVKPP (2020). Koncepce rozvoje adiktologických služeb. Verze dokumentu 1.3. Praha, březen 2020. Výstup projektu „Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb v rámci integrované protidrogové politiky“ registrační číslo CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_030/0003035, prioritní osa OPZ: 2 – Sociální začleňování a boj s chudobou.
- Radimecký, J., Nevšimal, 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 Nevšimal, P., Popov, P., Kalina, K.
- Vanderplasschen, W. (2010). Provádění a hodnocení Case managementu pro uživatele látek s komplexními a mnohočetnými problem. *Praha: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a TOGGA*.
- Vanderplasschen, W., Rapp, R. C., Wolf, J. R. & Broekaert, E. (2004). The Development and Implementation of Case Management for Substance Use Disorders in North America and Europe. *Psychiatric Services*, 55(8), 913-922.
- Vanderplasschen, W., Wolf, J., Rapp, R. C. & Hesse, M. (2007). Case management pro uživatele drog: Všelék nebo nástroj propojování? *Adiktologie*, 7(4), 427-442.
- WHO (2014). Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Geneva, WHO.
- Zapletalová, J. (2015). Školní poradenské pracoviště. In.: Miovský, M. et al. (2015). Prevence rizikového chování ve školství. *Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN. Togga*. Str. 108-113.