

STANDARDS ODBORNÉ ZPŮSOBILOSTI

pro zařízení a programy poskytující odborné služby

problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách

(Standardy služeb pro uživatele drog)

I. CÍLE

- (1)** Cílem standardů je stanovit ve veřejném zájmu kritéria péče o problémové uživatele drog a drogově závislé, která se stanou závazná pro všechny poskytovatele odborných služeb.
- (2)** Standardy jsou základním nástrojem pro zabezpečení kvality a účinnosti poskytované péče, nenahrazují však diagnostické a léčebné standardy a postupy dobré praxe u jednotlivých metod.
- (3)** Standardy umožní poskytovatelům trvalé a systematické zaměření na kvalitu vlastní práce, její udržení a rozvoj.
- (4)** Standardy jsou v rámci procesu certifikace odborné způsobilosti nástrojem pro odborné posouzení poskytovatele, který se k certifikaci přihlásil. Získání certifikace je známkou kvality pro uživatele péče, veřejnost a správní orgány.
- (5)** Standardy poskytují orgánům státní a veřejné správy, veřejným zdravotním pojišťovnám a jiným institucím poskytujícím finanční prostředky nástroj pro dohled na úroveň služeb poskytovaných veřejnosti a kontrolu efektivity vynakládání poskytnutých finančních prostředků.
- (6)** Standardy jsou jedním z prostředků k zabezpečení širší dostupnosti komplexní a kontinuální léčebné péče o problémové uživatele drog a osoby závislé na drogách.

II. DEFINICE POJMŮ

- (1)** “Standardy” se míní odbornou veřejností akceptovaná úroveň poskytované péče, která umožňuje dosáhnoutí maximální kvality a efektivity léčby u daného onemocnění.
- (2)** “Kvalitou péče” se rozumí takové služby, které jsou efektivní, integrované, slouží jednoznačně definovanému cíli, splňují kritéria standardů a odpovídají potřebám uživatele péče (pacienta/klienta).
- (3)** “Závislostí na návykových látkách” se rozumí stav, který splňuje diagnostická kritéria „syndromu závislosti“ dle 10.revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN).
- (4)** “Problémovým uživatelem návykových látek” se rozumí: (a) osoba užívající nelegální drogy ze skupiny opiátů/opioidů (heroin, hydrocodon) nebo stimulantů (kokain, pervitin) dlouhodobě a/nebo nitrožilně (definice EMCDDA), (b) osoba užívající jakékoliv návykové látky, která nesplňuje diagnostická kritéria závislosti na návykových látkách, a u které se zároveň projevují známky manifestních problémů v oblasti fyzické, psychické či sociální (definice „škodlivého užívání“ podle MSK 10).
- (5)** Pro uživatele služeb je používáno souborné označení “pacient/klient”, samotného termínu “pacient” je použito pouze v souvislosti s čistě lékařskou úrovní specifické léčebné péče (detoxifikace), termínu “klient” např. u terénních, kontaktních a poradenských programů.
- (6)** “Rezidenční péči” se rozumí dlouhodobý léčebně-rehabilitační/resocializační pobyt v terapeutické komunitě. Jde o odborný pojem, který v ČR nemá oporu v zákoně.
- (7)** “Strukturované aktivity” představují zejména komunity, skupiny, kluby, nácviky sociálních dovedností, relaxace atd.

- (8) Další pojmy jsou vysvětleny v záhlaví a v textu jednotlivých standardů.

III. EDIČNÍ POZNÁMKY K VÝVOJI STANDARDŮ

- (1) Výchoziskem těchto standardů jsou "Minimální standardy" dle WHO, vydané MPK v r. 1995, dále Metodické opatření č. 9 MZ ČR (Věstník MZ ČR, částka 7, červen 1998), standardy SCODA z Velké Británie a základní manuál kvality doporučený Evropskou unií.
- (2) Návrh (první verze, červen 1999) byl připomínkován v 1.kole připomínkového řízení. Druhá verze (září 1999) zohlednila připomínky, doplňky a náměty 1. kola připomínkového řízení. Třetí verze (listopad 1999) přinesla návrh hodnotícího schématu a bodového hodnocení. Čtvrtá verze (únor 2000) zapracovala a zohlednila připomínky členů Pracovní skupiny pro substituční léčbu návykových nemocí při MZ. Pátá verze (červen 2001, verze 5a srpen 2001) byla výsledkem úprav vzniklých na základě pilotního ověřování akreditačních standardů. V této etapě (1999-2001, verze 1-5) nesly tyto standardy název Akreditační standardy a počínaje 4.verzí byly prakticky ověřeny při místním šetření celkem v 15 zařízeních.
- (3) 6.verze představovala zásadnější revizi, která vzala v úvahu politiku kvality MZ a MPSV.
- a) Politika kvality MZ: podle doporučení Centra pro rozvoj kvality MZ) jsou zohledněny na příslušné úrovni požadavky ISQua a ALPHA International Principles for Standards. Dále se upustilo od pojmu „akreditace“ a „akreditační standardy“ s tím, že tento pojem má být vyhrazen pro proces vyššího stupně, zahrnující i hlubší hodnocení organizačního, personálního a finančního managementu, hodnocení účinnosti odborné péče a ekonomickou evaluaci (hodnocení nákladové efektivity). I na úrovni procesu certifikace odborné způsobilosti však byla zachována dosavadní kritéria organizačního, personálního a finančního managementu (standardy A4, A5, A7 a A8), protože jimi hodnocené faktory vytvářejí příznivé okolí pro kvalitu poskytovaných odborných služeb, jejich udržitelnost a životaschopnost.
- b) Byla zajištěna harmonizace se standardy sociálních služeb, které byly vypracovány na MPSV v období 2000-2001.
- (4) Tato 7. verze (2.revize) přináší další strukturální i obsahové úpravy. Zejména v obecné části (část A) je dodržována shoda se standardy kvality sociálních služeb („registrační standardy“) v publikované verzi z r. 2001.

IV. POZNÁMKY K BODOVACÍMU SCHEMATU

- (1) Bodovací schéma vychází z akreditační bodovací listiny Spojené akreditační komise ČR (pro akreditaci nemocnic).

Bodovací stupnice:

A – Logická: Ano nebo Ne, Ano = 5 bodů, Ne = 1 bod

B – Kvalitativní:

vždy = 5
většinou = 4
občas = 3
málokdy = 2
nikdy = 1

C – Kvantifikační: navrhuje se tam, kde je možné určit (nebo přibližně odhadnout), v kolika případech ze 100 položka platí, ale zejména u komplexních položek, kde vyjadřuje (opět obvykle přibližnou) míru naplnění položky v kvantitě i v kvalitě

91-100% (téměř úplně nebo úplně) = 5

75-90% (ze tří čtvrtin a více) = 4

66-74% (mezi dvěma třetinami a třemi čtvrtinami) = 3

50-65% (mezi polovinou a dvěma třetinami) = 2

Méně než 50% = 1

- (2) Hvězdičkou (*) se označují položky, jejichž naplnění je pro akreditaci zásadní, případně nezbytné.
- (3) **Maximum** u jednotlivých tabulek je dáno maximální dosažitelnou hodnotou bodů ve všech položkách. Pokud pro daný hodnocený program určitá položka objektivně nepřipadá v úvahu, tj. není hodnocena, návrh jí přiřazuje plný počet bodů. Tento vyrovnávací postup byl zvolen s ohledem na jednoduchost a porovnatelnost.
- (4) **Minimum** se navrhuje obvykle jako cca 75% maxima.

V. ZDROJE

POP - písemné organizační podklady (statut, stanovy, směrnice, pokyny, manuály, výroční zpráva, etický kodex atd.)

ODP/K - osobní dokumentace pacienta/klienta (např. chorobopis či osobní spis, zpráva o přijetí a propuštění, vedení léčby atd.)

DP – dokumentace programu (např. záznamy ze skupin, komunit, dokumentace mimořádných událostí atd.).

PA - personální agenda, proškolení, plán vzdělávání atd.

RV - rozhovory s vedoucími pracovníky

RZ - rozhovory se zaměstnanci

RP/K- rozhovory s pacienty/klienty

VP - vlastní pozorování

A - OBECNÁ ČÁST

OBSAH

1. Přístupnost odborných služeb
2. Práva pacientů/klientů
3. Příjem a úvodní zhodnocení
4. Spektrum služeb a zásady jejich poskytování
5. Personální práce
6. Odborné vedení a rozvoj pracovníků a týmů
7. Dostupnost, vnější vztahy
8. Organizační aspekty
9. Finance
10. Prostředí a materiálně-technické zázemí
11. Minimální bezpečí
12. Hodnocení kvality a efektivity služeb

Poznámky za každým standardem

Souhrnná tabulka bodového hodnocení

ČÁST I - ZÁKLADNÍ POJMY A PRINCIPY

1. Certifikace odborné způsobilosti služby je posouzení a formální uznání, že služba odpovídá stanoveným kritériím kvality a komplexnosti. Jde tedy o proces posouzení služby podle kritérií stanovených schválenými standardy¹ a udělení či neudělení certifikátu o jejich naplnění.

„Služby“ zde znamenají komplex zdravotních, zdravotně sociálních, sociálních, a/nebo edukativních intervencí pro cílovou skupinu uživatelů omamných a psychotropních látek (včetně blízkých osob, např. dětí, rodičů, partnerů atd.).

2. CERTIFIKÁT ODBORNÉ ZPŮSOBILOSTI LZE UDĚLIT SAMOSTATNÉ SLUŽBĚ NEBO KOMPLEXU SLUŽEB, O JEJÍŽ CERTIFIKACI ORGANIZACE POSKYTUJÍCÍ DANOU SLUŽBU/-Y POŽÁDÁ. POKUD ORGANIZACE POSKYTUJE VÍCE DRUHŮ SLUŽEB A ŽÁDÁ O CERTIFIKACI POUZE JEDNÉ Z NICH, JE NUTNÉ, ABY DANÁ SLUŽBA BYLA OD OSTATNÍCH JASNĚ A ZŘETELNĚ ODDĚLENA ORGANIZAČNĚ, PROVOZNĚ A FINANČNĚ (TJ. ABY BYLA SAMOSTATNĚ HODNOTITELNÁ).

3. ZÁKLADNÍ CÍLE CERTIFIKACÍ:

- (1) HOSPODÁRNÉ FINANCOVÁNÍ SLUŽEB Z VEŘEJNÝCH PROSTŘEDKŮ,
- (2), ZAJIŠTĚNÍ A ZVYŠOVÁNÍ KVALITY SLUŽEB,
- (3) ZEFEKTIVNĚNÍ SÍTĚ SLUŽEB PRO UŽIVATELE,
- (4) ZAČLENĚNÍ SLUŽEB PRO UŽIVATELE OMAMNÝCH A PSYCHOTROPNÍCH LÁTEK DO SYSTÉMU EXISTUJÍCÍCH ZDRAVOTNÍCH A SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.

4. ZÁKLADNÍ PRINCIPY:

- (1) DOBROVOLNOST (CERTIFIKACE NENÍ POVINNÁ, ORGANIZACE O NÍ SAMA ŽÁDÁ A PODÍLÍ SE NA HRAZENÍ S NÍ SOUVISEJÍCÍCH NÁKLADŮ V POMĚRU STANOVENÉM RVKPP),
- (2) TRANSPARENTNOST CERTIFIKAČNÍHO PROCESU,

¹ Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách (Standardy služeb pro uživatele drog)

(3) NEZÁVISLÉ ŠETŘENÍ,

(4) POUŽÍVÁNÍ ODBORNĚ DEFINOVANÝCH, OBECNĚ AKCEPTOVANÝCH KRITÉRIÍ (STANDARDŮ) PRO HODNOCENÍ, SCHVÁLENÝCH RVKPP.

5. VÝZNAM A DOPADY

(1) CERTIFIKACE BUDE JEDNOU Z PODMÍNEK PRO POSKYTNUTÍ FINANČNÍCH PROSTŘEDKŮ ZE STÁTNÍHO ROZPOČTU (DOTACE), AVŠAK NEZAKLÁDÁ NÁROK NA JEJICH PŘIDĚLENÍ. SEKRETARIÁT RVKPP DOPORUČÍ STATUTÁRNÍM ZÁSTUPCŮM KRAJSKÝCH A MÍSTNÍCH SAMOSPRÁV, ABY ROVNĚŽ ZOHLEDNILI VÝSLEDKY CERTIFIKACE PŘI POSKYTOVÁNÍ FINANČNÍCH PROSTŘEDKŮ SLUŽBÁM Z JEJICH ROZPOČTŮ.

(2). CERTIFIKACE MŮŽE BÝT JEDNÍM Z POŽADAVKŮ PRO UDĚLENÍ REGISTRACE NUTNÉ K PROVOZOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ NEBO ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.

(3) CERTIFIKACE ROVNĚŽ MŮŽE BÝT PODMÍNKOU K UZAVŘENÍ SMLOUVY ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ S VEŘEJNOU ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNOU O HRAZENÍ NÁKLADŮ ZA POSKYTNUTOU ZDRAVOTNÍ PÉČI

(4) **CERTIFIKÁT ODBORNÉ ZPŮSOBILOSTI UDĚLUJE** NEBO ODEBÍRÁ RADA VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY (DÁLE JEN RVKPP) NA ZÁKLADĚ NÁVRHU VÝBORU PRO UDĚLOVÁNÍ CERTIFIKACÍ.

1.	PŘÍSTUPNOST A CÍLE ODBORNÝCH SLUŽEB Zařízení/organizace deklaruje poslání a cíle odborné péče, kterou poskytuje, v souladu s odbornými a humanistickými principy a vymezuje cílovou skupinu. Služby jsou poskytovány v souladu s těmito deklaracemi.	Bodovací stupnice	Zdroje
1.1	Odborné služby jsou veřejně přístupné (Poznámka 1) bez ohledu na pohlaví, věk a rasu pacienta/klienta, jeho politické přesvědčení, náboženství, právní či společenské postavení, psychický či fyzický stav (včetně HIV positivity) a socioekonomické možnosti (např. schopnost službu zaplatit).	A*	POP, RV
1.2	Služby jsou přístupné bez ohledu na typ užívané návykové látky (Poznámka 2), historii užívání a způsob aplikace návykové látky.	B	POP, RV
1.3	Služby jsou přístupné bez zbytečných odkladů (Poznámka 3), které by mohly zhoršit aktuální stav pacienta/klienta.	B	POP, RP/K
1.4.	Poslání a cíle služby jsou definovány v písemné podobě a odpovídají odborným a humanistickým principům.	A*	POP
1.5.	Pro službu je definována cílová skupina.	A*	POP
1.6.	Poskytované služby odpovídají deklarovaným cílům a poslání a jsou poskytovány pacientům/klientům, kteří odpovídají stanovené cílové skupině.	B	POP, RV, ODP/K
	Maximum	30	
	Minimum	25	
	Nezbytné: A*=5	15	

POZNÁMKY

- Služby financované z veřejných zdrojů mají splňovat následující požadavky: (a) „rovný přístup“ bez ohledu na potenciálně diskriminující charakteristiky uživatelů – což neznamená, že nebereme v úvahu odborná kritéria a indikace, (b) finanční dostupnost – což nutně neznamená nulovou spoluúčast nebo žádné režijní poplatky, (c) územní dosažitelnost. Akreditace se týká konkrétního poskytovatele, standardy tudíž neřeší územní dosažitelnost (c), která je úkolem veřejné politiky, nikoliv jednotlivé organizace poskytující odborné služby. Pojem „**přístupnost**“ tedy shrnuje „rovný přístup“ a „finanční dostupnost.“ To se týká i formulace v oddílu 1.3.
- Při zohlednění indikačních kritérií programů.
- U lůžkových zařízení bude porovnávána čekací doba ve vztahu k využití lůžkového fondu, jež by mělo činit minimálně 85%. U ambulantních zařízení se stanovuje na 1 odborného pracovníka minimální počet 6 pacientů/klientů v pravidelném programu s individuálním plánem.

2.	PRÁVA PACIENTŮ/KLIENTŮ Při poskytování odborné péče jsou respektována práva pacientů/klientů. Poskytovatel zkoumá a definuje specifické situace, při kterých by k porušení práv pacientů/klientů mohlo dojít, a vytváří taková pravidla, která by práva pacientů/klientů zajistila.	Bodovací stupnice	Zdroje
2.1	Zařízení dodržuje příslušný Kodex práv pacientů/klientů a zveřejňuje jej pro pacienty/klienty srozumitelnou formou v případné stylistické úpravě s ohledem na své zaměření (Poznámka 1).	A*	POP, RV, RZ, RP/K, VP
2.2	Jmenovité informace o pacientovi/klientovi a jeho zdravotním stavu jsou důvěrné a nejsou poskytovány bez jeho souhlasu, případně bez jeho vědomí, jestliže je organizace povinna je poskytnout (Poznámka 2).	B	POP, RV, RZ, RP/K
2.3	Je respektováno právo pacienta/klienta seznámit se přiměřeným způsobem s tím, jak je v zařízení vedena, uchovávána a zabezpečena dokumentace obsahující jeho osobní údaje.	B	POP, RV, RZ, RP/K
2.4	Pacient/klient je plně informován o formě, obsahu, délce a pravidlech poskytované odborné péče, včetně jejích očekávaných přínosů a případných rizik, svých povinností a chování, jímž může přispět k dosažení jejích cílů.	B	POP, RV, RZ, RP/K
2.5	Podmínky odborné péče a případná omezení se uplatňují s plným vědomím a informovaným souhlasem pacienta/klienta (Poznámka 3).	B*	RZ, RP/K
2.6	Pacient/klient má právo na kontakt se svoji rodinou, zaměstnavatelem, učitelem, duchovním, příp. dalšími důležitými osobami ze svého okolí, pokud je to v souladu s podmínkami a omezeními odborné péče podle bodu 2.5.	B	RZ, RP/K
2.7	Nejsou kladeny překážky svéprávnému rozhodnutí pacienta/klienta ukončit léčbu či jiný odborný program.	B	RZ, RP/K
2.8	Je definován postup přijímání, vyřizování a dokumentování stížností, případů diskriminace a fyzického, psychického, ekonomického či sexuálního zneužívání pacientů/klientů ze strany personálu.	A*	POP, RZ, RP/K
	2.8.1 Pacienti/klienti i personál jsou s postupem seznámeni.	A	RZ, RP/K
	2.8.2 Pacienti/klienti mohou bez ohrožení využívat podání stížnosti a žádat informace jejím vyřízení.	A	RP/K
	2.8.3 Na základě stížností a rozboru případů diskriminace či zneužívání jsou přijímána opatření, směřující k vyšší odborné i etické úrovni práce personálu.	A	POP, DP, PP, RV

2.9	Dokumentace obsahující osobní údaje pacienta/klienta je zabezpečena proti zneužití. (Poznámka 4).	A	RZ, RP/K, VP
2.10	Pacient/klient je srozumitelně informován o případných zákonných omezeních zde uvedených práv a o důsledcích, které tato omezení mají pro něj a pro zařízení (Poznámka 5).	B*	RZ, RP/K
2.11	Organizace zkoumá a definuje situace, při kterých by v souvislosti s poskytováním odborné péče mohlo dojít k porušení práv pacientů/klientů, a na základě toho vytváří pro poskytování odborné péče taková pravidla, která efektivně brání zneužití moci a postavení organizace i jejích pracovníků ve vztahu k pacientům/klientům.	A*	POP, RV RZ
	2.11.1 Organizace zkoumá možnosti střetu pracovních a osobních zájmů svých pracovníků, má definovány situace, kdy by k tomu mohlo dojít, a stanovuje pravidla, která možným střetům zájmů zamezují.	A	POP, RV RZ
	2.11.2 Organizace zkoumá, zda poskytováním odborné péče nejsou porušována práva, zejména v následujících oblastech: osobní svoboda, ochrana soukromí, právo na vzdělání a svobodnou volbu povolání, ochrana před nucenými pracemi, zneužití osobních údajů, fyzické a psychické násilí, zneužívání medikace. Organizace má definovány rizikové situace a vytváří mechanismy a pravidla, která tomu v praxi účinně zamezují.	C	POP, RV RZ
	2.11.3 Způsob, jakým se organizace vypořádala s požadavky uvedenými v bodech 2.11.1 - 2.11.3, je definován v písemné podobě.	A	POP
2.12	Jednání pracovníků s pacienty/klienty a jejich blízkými (včetně oslovování) respektuje autonomii a důstojnost uživatelů služeb.	B	RP/K
	Maximum	90	
	Minimum	70	
	Nezbytné : A* = 5 , B* = min.4	23	

POZNÁMKY

1. Např. Kodex práv pacienta: kodex vydaný Centrální etickou komisí MZ v r. 1992 a publikovaný ve zdravotnické literatuře, Kodex práv pacientů/klientů schválený MPK.
2. Viz „povinnost mlčenlivosti“ ve standardu A4 „Organizační aspekty“ a poznámka 2 k němu. Týká se pouze osobních údajů u jasně identifikovaného pacienta/klienta, nikoliv například statistických hlášení.
3. Viz § 23 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění.
4. Zabezpečením proti zneužití se rozumí i kódování anonymní klientely v kontaktních centrech a terénních programech.

5. Případná omezení práv pacientů/klientů v oddílu 6.11. se týkají například osob nezletilých, osob v soudní ochranné léčbě nebo v léčbě, kterou soud stanovil jako podmínku ochranného dohledu (tzv. „alternativa trestu“). U nezletilých osob se postupuje přiměřeně podle § 23 zákona č. 20/1966 Sb., a zákona o rodině. Pacienta/klienta je třeba vždy srozumitelně informovat, otevřeně s ním komunikovat o problému, který může vzniknout, a postupovat tak, aby nedošlo k jeho poškození, ohrožení zdraví (a někdy i života) a k oslabení jeho důvěry v odbornou pomoc.

3.	PŘÍJEM A ÚVODNÍ ZHODNOCENÍ PACIENTA/KLIENTA; INDIVIDUÁLNÍ PLÁN A DOHODA O POSKYTOVÁNÍ ODBORNÉ PÉČE Organizace má stanoven postup, způsob a kritéria pro přijímací proceduru. Při přijímací proceduře poskytovatel seznamuje zájemce o službu s kritérii pro přijetí, podmínkami a způsoby poskytování služby, zjišťuje jeho potřeby a provádí komplexní zhodnocení stavu pacienta/klienta, které vyústí ve stanovení individuálního plánu odborné péče a uzavření dohody o jejím poskytování.		Bodovací stupnice	Zdroje
3.1	Odborná zařízení mají standardní formu a proceduru příjmu a úvodního zhodnocení (vyšetření) pacienta/klienta.		A*	POP, ODP/K, RZ
	3.1.1	Poskytovatel má definována pravidla pro informování zájemce o využití odborné péče (případně jeho právního zástupce nebo člověka, kterého si zájemce zvolí) o podmínkách, cílech a způsobech jejího poskytování a o cílové skupině.	C	POP
	3.1.2	Informace o odborné péči jsou zájemci poskytovány srozumitelně s ohledem k jeho situaci a možnostem a v takovém rozsahu, aby zájemce poznal, zda daný typ a forma péče splňuje jeho požadavky, a mohl se informovaně rozhodnout, zda ji využije či nikoli.	B	RP/K
	3.1.3	Organizace zjišťuje potřeby a zájmy zájemce o odbornou péči s aktivní účastí uživatele, aby mohla posoudit, zda nabízená péče může tyto potřeby uspokojit.	B	RP/K
3.2.	Zájemce o odbornou péči je přijímán podle definovaných kritérií a pravidel pro přijímací proceduru.		A	ODP/K, RZ, RP/K
3.3	Každý pacient/klient je na počátku využívání odborné péče individuálně zhodnocen (vyšetřen). Zhodnocení (vyšetření) zahrnuje anamnézu i současný stav (Poznámka 1).		A*	ODP/K, RZ
3.4	Příjem a úvodní zhodnocení (vyšetření) pacienta/klienta směřuje ke stanovení optimální intervence a koordinovaného plánu odborné péče.		B	ODP/K, RZ
3.5	Úvodní zhodnocení (vyšetření) stavu			ODP/K, RZ

	pacienta/klienta slouží ke stanovení případných psychologických, psychiatrických a somatických komplikací, které mohou ovlivnit průběh léčení či jiné odborné péče.	B	
3.6	Součástí úvodního zhodnocení (vyšetření) je zhodnocení psychosociálního fungování pacienta/klienta (včetně rodinného zázemí, pracovní anamnézy, právního postavení atd.).	B	ODP/K, RZ
3.7	Laboratorní vyšetření jsou k dispozici pro stanovení správné diagnózy (somatické, popř. psychiatrické), nebo pro případné stanovení typu užívané drogy a vhodnosti určité formy odborné péče.	C	ODP/K, RV
3.8	O úvodním vyšetření a zhodnocení stavu pacienta/klienta je vedena adekvátní forma dokumentace.	A*	ODP/K
3.9	Na závěr úvodního zhodnocení stavu pacienta/klienta je stanoven individuální plán odborné péče.	B*	ODP/K
	3.9.1 Individuální plán odborné péče reflektuje potřeby a cíle, kterých chce pacient/klient prostřednictvím odborné péče dosáhnout. Poskytovatel podporuje pacienta/klienta, aby své potřeby a cíle vyjádřil a uplatnil.	C	ODP/K
	3.9.2 Svým rozsahem, obsahem i formou individuální plán odpovídá charakteru odborné péče. Součástí plánu jsou cíle, jichž má být dosaženo, prostředky, odpovědnost konkrétních osob při naplňování plánu a termíny hodnocení a revize plánu.	C	ODP/K
	3.9.3 Pacient/klient může stanovit, kteří další lidé z okruhu jeho blízkých osob se budou procesu individuálního plánování účastnit.	B	ODP/K
3.10	S ohledem na charakter služby uzavírá poskytovatel s pacientem/klientem (nebo se zákonným zástupcem) srozumitelnou písemnou nebo ústní dohodu (kontrakt) o poskytování odborné péče, která stanoví všechny důležité aspekty jejího poskytování/využívání včetně podmínek pro ukončení (Poznámka 2).	A*	POP, ODP/K
	3.9.1 Poskytovatel usiluje, aby pacient/klient porozuměl obsahu a účelu dohody, a to i tehdy, je-li zastupován zákonným zástupcem.	B	RP/K
	3.9.2 Dohoda obsahuje podle charakteru odborné péče zkušební dobu, v jejímž rámci mají obě strany možnost odstoupit.	A	POP, ODP/K
	3.9.3 Dohoda jednoznačně vymezuje cíl, obsah, rozsah a podmínky poskytování odborné péče, postupy při nedodržování dohodnutých podmínek, způsob a	C	POP, ODP/K

		podmínky pro ukončení a způsob, jakým lze dohodu měnit.		
	3.9.4	Dohoda umožňuje uživateli i poskytovateli ukončit využívání služby.	A	POP, ODP/K
3.10		V případě, že dané zařízení nemůže zabezpečit potřebné služby, je pacient/klient doporučen do jiného zařízení.	C*	ODP/K, RV, RZ
		Maximum	100	
		Minimum	80	
		Nezbytné: A*=5, B*,C* = min. 4	28	

POZNÁMKA

1. V nízkoprahových programech u anonymní klientely jde o minimální zhodnocení (tzv. income).
2. Ústní dohoda (kontrakt) je obvyklá u anonymní klientely v nízkoprahových programech a v ambulantních službách (systematické-strukturované poradenství, ambulantní léčba), kde by však zásady dohody (kontraktu) měly být písemně zaznamenány v osobní dokumentaci pacienta/klienta.

4.	SPEKTRUM SLUŽEB A ZÁSADY JEJICH POSKYTOVÁNÍ Pacient/klient má zajištěný přístup ke spektru odborné péče. Zvolený program odpovídá potřebám pacienta/klienta a podporuje ho v dosažení optimálního tělesného, duševního a sociálního zdraví a kvality života.	Bodovací stupnice	Zdroje
4.1	Každý pacient/klient má zajištěný přístup k následujícímu spektru odborné péče:	C	POP, ODP/K, RV
	a) Informace a zdravotní výchova		
	b) Poradenství		
	c) Detoxifikace (ústavní či ambulantní)		
	d) Ambulantní léčba včetně ambulantní skupinové terapie		
	e) Intenzivní ambulantní léčba (např. léčba v denním stacionáři)		
	f) Ústavní krátkodobá a střednědobá léčba		
	g) Rezidenční péče v terapeutické komunitě		
	h) Udržovací substituční léčba		
	i) Výměnný program sterilních jehel a stříkaček		
	j) Ambulantní následná péče a resocializace		
4.2	Vhodný typ a forma odborné péče (dále „program“) se stanoví na základě diagnózy, typu užívané návykové látky, rozsahu užívání, stupni závislosti, fyzickém a psychickém stavu pacienta/klienta	B*	ODP/K, RZ

	(přitom se bere v úvahu případná somatická či psychiatrická komorbidita).		
4.3	Zvolený program je komplexní se zaměřením na bio-psycho-sociální podstatu problému.	A	ODP/K, RZ
4.4	Zvolený program odpovídá potřebám pacienta/klienta a podporuje ho v dosažení optimálního tělesného, duševního a sociálního zdraví a kvality života (Poznámka 1).	A	ODP/K, RP/K
4.5	Zvolený program se formuluje, provádí, pravidelně hodnotí a v případě potřeby modifikuje se zapojením pacienta/klienta a jeho informovaným souhlasem. (Poznámka 2).	A	ODP/K, RZ, RP/K
4.6	Dostupné a v úvahu přicházející možnosti odborné péče jsou probrány s pacientem/klientem.	B	ODP/K, RZ RP/K
4.7	Pacientům/klientům s psychologickými a psychiatrickými komplikacemi se poskytuje nebo zajišťuje specifická odborná péče.	B	ODP/K, RZ
4.8	Pacienti/klienti jsou podporováni v péči o své zdraví a je jim dle potřeby poskytován základní zdravotnický servis a zajištěna přiměřená zdravotní péče.	B	ODP/K, RP/K
4.9	Specifická odborná péče je zajištěna pro pacienty/klienty s případnými somatickými problémy (např. HIV, hepatitis A,B,C, atd.).	B	RZ
4.10	Informace a zdravotní výchova směřující k minimalizaci rizik z užívání drog se poskytují vždy, bez ohledu na to, zda-li se jedná o program s cílem abstinence či nikoliv.	A	RZ
4.11	O průběhu programu vede zařízení podrobnou dokumentaci. (Poznámka 3)	A*	ODP/K
4.12	Podávané či předepisované léky musí být řádně uvedeny v dokumentaci pacienta/klienta. Farmakoterapie musí odpovídat specifickým potřebám pacienta/klienta, typu užívané návykové látky, uznané praxi, aktuálním vědeckým poznatkům a příslušným metodickým opatřením MZ.	B*	ODP/K, RZ
4.13	Zařízení zajišťuje kontinuitu odborné péče. Při ukončení daného programu je vypracován plán navazující nebo následné péče a resocializace (včetně zapojení rodiny, tam kde je to možné). To platí i tehdy, je-li program ukončen z důvodů porušení pravidel. Při výstupu z programu (s výjimkou doléčovacího, není-li předáván jinam) je pacient/klient vybaven předběžnou propouštěcí (závěrečnou) zprávou. Úplná zpráva je zaslána do 7 dnů zařízení, které přebírá pacienta/klienta do péče (Poznámka 4).	B*	ODP/K, RZ
4.14	Zařízení vytváří podmínky pro zapojení členů rodiny nebo jiných důležitých osob blízkých pacientovi/klientovi dle individuálních podmínek a	B	RV, RZ, RP/K

	potřeb.		
4.15	Zařízení vytváří podmínky pro činnost svépomocných aktivit dle podmínek a potřeb cílové skupiny.	B	RV, RZ, RP/K
4.16	Pro zabezpečení komplexní a kontinuální péče zařízení aktivně vytváří a udržuje vztahy s dalšími poskytovateli služeb.	C	RV, RZ
4.17	Zařízení aktivně podporuje pacienta/klienta při využívání služeb běžných systémů a neformálních přirozených zdrojů podle jeho potřeb. Pomáhá pacientovi/klientovi kontaktovat a využívat tyto služby a zdroje podle jeho potřeb a přání (Poznámka 5).	B	RV, RZ, RP/K
4.18	Zařízení realizuje opatření ke zvýšení dostupnosti péče (šíření informací o zařízení, monitorování využívané kapacity a čekací doby, poskytování informací pacientům/klientům a jejich rodinám o dalších možnostech odborné péče atd.).	C	POP
	Maximum	90	
	Minimum	70	
	Nezbytné : A* = 5, B* = min. 4	17	
	U položek zcela nerelevantních pro hodnocení program (např. 4.10 u terénních programů) se započítává 5 bodů		

POZNÁMKY

1. Provádí se tzv. *matching* – párování potřeb pacienta/klienta a vhodných odborných intervencí.
2. V tomto bodě je míněno hodnocení průběhu a dílčích výsledků odborné péče o konkrétního pacienta/klienta. Jak často má hodnocení probíhat, závisí na typu, délce a obsahu zvoleného programu. Požadavky jsou obsaženy ve standardech speciální části.
3. Vedení dokumentace se řídí platnými předpisy a standardními pravidly vedení dokumentace ve zdravotnických zařízeních (Věstník MZ č. 7, červen 1998).. Veškeré osobní údaje jsou důvěrné. Nezdravotnická zařízení musí mít pro vedení osobní dokumentace souhlas klienta. Metodiku evidence anonymních klientů doporučuje Centrální pracoviště drogové epidemiologie MZ.
4. Zajištění kontinuity péče pochopitelně není možné bez motivace pacienta/klienta. V případě, že jakoukoliv další péči odmítá, musí být aspoň informován o její potřebě a možnostech.
5. Jde např. o služby, které jsou využívány širší veřejností, nikoliv pouze danou cílovou skupinou, např. služby sociální, poradenské právní, služby zaměstnanosti apod., a neformální zdroje podpory v rodině a ve společnosti.

5.	PERSONÁLNÍ PRÁCE Organizace stanovuje a v praxi uplatňuje způsob výběru pracovníků. Pracovníci jsou přijímáni v souladu s příslušnými platnými právními normami a také v souladu s potřebami	Bodovací stupnice	Zdroje
----	--	--------------------------	---------------

	uživatelů služeb a s ohledem na zajištění provozu služby.		
5.1	Organizace má vypracovaný systém, který zajišťuje, že způsob výběru, přijímání a zaškolování pracovníků odpovídá platným právním normám ² a stanoveným interním pravidlům	C*	PA
5.2	Organizace má definována pravidla, kterými se řídí personál tam, kde jsou platné právní úpravy příliš obecné.	A*	PA
5.3	Je definována struktura a řízení organizace, ze které jsou patrné kompetence na jednotlivých pozicích.	A*	POP
5.4	Organizace má stanovenou strukturu a počet pracovních míst, pracovní profily, kvalifikační požadavky a předpoklady osobní a morální. Struktura i počet personálu zohledňuje potřeby a aktuální počet uživatelů služeb a jejich potřeby i provoz organizace. Složení a doplňování pracovního týmu odpovídá těmto potřebám.	C	POP, PA
5.5	Každý zaměstnanec má smlouvu a platový výměr podle platných právních předpisů (Poznámka 1). Je poučen o bezpečnosti práce a má jasně stanovenou pracovní náplň.	A*	PA
5.6	Organizace má jasně definovaná pravidla pro nábor, výběr a odměňování zaměstnanců a pro zaměstnávání pracovníků s předchozími nebo současnými problémy s drogami a alkoholem. Totéž se týká externistů a dobrovolných pracovníků (Poznámka 2).	A	POP, PA
5.7	Existují a fungují pravidla pro pracovníky, se kterými není poskytovatel v pracovně právním vztahu - např. forma uzavírání dohod o vykonávání práce a zajištění odpovídajících pracovních podmínek (pojištění, zodpovědnost atd.) pro dobrovolníky atd.	A	POP, PA
5.8	Jsou definována a uplatňována pravidla pro stážisty a pracovníky, kteří v zařízení vykonávají odbornou praxi.	A	POP, PP
5.9	Je zajištěna prevence pracovních rizik.	A*	POP, RZ, VP
5.10	Je zajištěna znalost a dodržování obecně platných právních norem a vnitřních předpisů.	A	POP, RV, RZ
5.11	Je zajištěna znalost a dodržování etického kodexu (Poznámka 3).	A*	POP, RZ
5.12	V personální agendě se dokumentují případy porušení práv pacienta/klienta zaměstnancem a přijatá opatření.	A	POP, PA, RZ
5.13	Specializovaná péče (lékařská, psychologická,		ODP/K, PA,

	psychoterapeutická, sociální, výchovná apod.) je vždy prováděna personálem s příslušnou kvalifikací a osvědčením.	A*	RZ
5.14	Organizace má písemně zpracovaný postup při přijímání a zácviku nového zaměstnance včetně zajištění jeho vzdělávání v rozsahu potřebném pro kvalifikovaný pracovní výkon. Zvláštní pozornost je při zaškolování věnována principům, které organizace uplatňuje v oblasti ochrany práv pacientů/klientů, eliminace negativních dopadů poskytovaných služeb na jejich život a také způsobům naplňování specifických potřeb jednotlivých pacientů/klientů, se kterými má pracovník pracovat.	A	POP, RZ
	Maximum	70	
	Minimum	55	
	Nezbytné : A* = 5, C* = min. 4	29	

POZNÁMKY

1. Zejména Zákon č. 65/1965 Sb. - zákoník práce
2. Pro zaměstnávání osob, které dříve byly závislé na drogách včetně alkoholu se doporučuje: (a) věk minimálně 21 let, (b) dokončená léčba, (c) abstinence minimálně 2 roky po ukončení léčby, (d) jiné zaměstnání či úspěšná pracovní zkušenost během dvouletého období abstinence, (e) nepřijímat do zaměstnání v zařízení, kde se pracovník předtím léčil, (f) jasně definované postavení v týmu a vůči klientům, (g) zahájení SŠ studia do 1 roku po nástupu do pracovního poměru, pokud pracovník nemá ukončené SŠ vzdělání. Viz též speciální část – standard B2.
3. Etický kodex (terapeutických komunit, odborných společností, stavovských organizací). Pro pracovníky určitých profesí (lékaři, psychologové, psychoterapeuti, sociální pracovníci) jsou směrodatné etické kodexy jejich profesních organizací a odborných sdružení.

6.	ODBORNÉ VEDENÍ A ROZVOJ PRACOVNÍKŮ A TÝMŮ Poskytovatel zajišťuje pracovníkům a týmům podmínky pro výkon kvalitní práce, definuje a zpřístupňuje pravidla pro jejich práci. Disponuje mechanismy zajišťující profesní rozvoj pracovních týmů a jednotlivých pracovníků, jejich schopností potřebných pro dosažení cílů a poslání organizace a propojení cílů pracovníků s cíli a úkoly organizace. Zajišťuje, že jsou respektovány pracovní postupy a pracovníci jsou zapojeni do zlepšování kvality poskytovaných služeb.	Bodovací stupnice	Zdroje
6.1	Zaměstnanci a týmy na všech úrovních jsou odborně vedeni. Totéž se týká dobrovolných pracovníků, stážistů apod.	A*	POP, RZ
6.2	Multidisciplinární týmy jsou sestaveny a vedeny s ohledem na kompetentní poskytování dané	B	POP, PA

	služby, je jasně definováno jejich fungování, odpovědnost jednotlivých členů a mechanismy komunikace.		
6.3	Organizace má zavedený a respektovaný postup pro pravidelné hodnocení pracovníků a týmů, jež zahrnuje stanovení, vývoj a naplňování osobních a týmových cílů, úkolů a potřeby další odborné kvalifikace.	B	POP, PA, RZ
6.4	Pracovníci a týmy mají možnost zapojit se do rozvoje a zkvalitňování poskytovaných sociálních služeb	B	POP, PA, RZ
6.5	Existuje systém obousměrné komunikace vedení s pracovníky a týmy, se kterým jsou pracovníci a týmy spokojeni.	B	POP, PA, RZ
6.6	Organizace má vypracovaný a uplatňovaný systém oceňování pracovníků a to nejenom finanční odměnou, ale i jinými faktory (možnost zvyšování kvalifikace atd.)	B	POP, PA, RZ
6.7	Zaměstnanci mají rovný přístup k dalšímu vzdělávání (Poznámka 1).	A	POP, PA, RZ
6.8	Zaměstnanci se povinně vzdělávají v oblastech nezbytných pro efektivní pracovní výkon a správnou odbornou praxi. Přitom se respektují resortní a profesní předpisy a doporučení pro další vzdělávání odborných pracovníků (Poznámka 2).	A*	POP, PA, RZ
6.9	Je stanoven a dodržován program dalšího vzdělávání jednotlivých pracovníků a každý pracovník je s ním seznámen. Další vzdělávání pracovníků se odvíjí zejména od identifikovaných potřeb pacientů/klientů a trendů v oblasti služeb pro příslušnou cílovou skupinu.	B	POP, PA, RZ
6.10	Pravidelné vzdělávání zaměstnanců se realizuje na podkladě analýzy jejich znalostí, dovedností a schopností, podle individuálních vzdělávacích plánů a vzdělávacího programu organizace. Totéž se týká dobrovolných pracovníků.	B	PA, RZ
6.11	Zaměstnanci jsou podporováni v dalších vzdělávacích aktivitách v rámci bio-psycho-sociálního modelu návykových poruch a odborných přístupů k nim.	B	POP, PA, RZ
6.12	Zaměstnanec má příležitost pravidelně projednávat svoji odbornou kariéru, včetně dalšího vzdělávání, se svým zaměstnavatelem, resp. odborným vedoucím/ managerem.	B	RV, RZ
6.13	Zaměstnanci jsou na pracovišti pravidelně supervidováni odborným vedoucím, případně pověřeným pracovníkem s potřebnou kvalifikací, s cílem zabezpečit kvalitu poskytovaných služeb. Totéž se týká dobrovolných pracovníků.	B*	RV, RZ
6.14	Zaměstnanci mají rovný přístup k vnější supervizi.		PA, RV, RZ

	Vnější supervize se realizuje na základě smlouvy se supervizorem, kterým je kvalifikovaný a uznávaný odborník, pracující mimo organizaci.	A*	
6.15	Vnější supervize si klade za cíl dosažení správné odborné praxe odpovídající standardům a je zaměřena na tyto oblasti: (a) vědomosti, metody intervence, praktické dovednosti, (b) postoje zaměstnance a pochopení jeho profesionální role, (c) fungování týmu.	C	PA, RV, RZ
	Maximum	75	
	Minimum	55	
	Nezbytné : A* = 5	15	

POZNÁMKY

1. Zde, stejně jako v případě vnější supervize (oddíl 6.13) znamená „rovný přístup“ rovnost příležitostí pro všechny pracovníky, bez diskriminace nebo naopak zvýhodňování některých kategorií či profesí.
2. Např. předpisy lékařské komory nebo předpisy MZ pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků a předpisy MPSV pro další vzdělávání pracovníků v sociálních službách.

7.	DOSTUPNOST, VNĚJŠÍ VZTAHY Poskytované služby jsou dostupné v místě a čase. Mají jasně definované místo v systému služeb. Poskytovatel informuje srozumitelně a přiměřenou formou o sobě a své činnosti zejména potenciální klientelu, odbornou i laickou veřejnost a veřejnou správu.	Bodovací stupnice	Zdroje
7.1	Určené místo a denní doba, během níž je služba poskytována, odpovídají cílům a charakteru služby a potřebám cílové skupiny.	C*	
7.2	Poskytovaná služba je na uváděné adrese přiměřeně dostupná místně (v závislosti na charakteru služby např. veřejnou dopravou, pěšky) pro klientelu ze spádové oblasti.	C	
7.3	Zařízení je dostupné časově a dodržuje stanovenou a uváděnou provozní dobu pro uživatele.	C	
7.4	Poskytované služby mají jasně definovaný cíl, poslání a úlohu v komplexním systému péče na místní, regionální, případně nadregionální úrovni.	C	POP, RV
7.5	Zařízení dbá o součinnost v systému služeb a vnější koordinaci, spolupracuje s veřejnou správou a místním společenstvím.	B	POP, RV
7.6	Poskytovatel má zpracovaný soubor srozumitelných informací o své službě, který je dostupný veřejnosti a to v přiměřené formě (písemná podoba, audio nebo video záznam, webové stránky atd.).	A*	
7.7	Veřejně přístupný soubor informací obsahuje minimálně následující informace: právní forma, IČO, statutární zástupce a zodpovědný pracovník, adresa sídla poskytovatele a místo poskytování služby, poslání, cíle služby a způsoby jejich dosahování včetně deklarovaných postojů k ochraně práv uživatelů, cílová skupina, kritéria poskytování služby a kapacita zařízení, cena služby pro uživatele.	C	
7.8	Poskytovatel vydává a zveřejňuje výroční zprávu o své činnosti (Poznámka 1).	A	
7.9	Zveřejňované informace odpovídají skutečnosti a jsou aktualizovány.	A*	
7.10	Organizace má vypracovanou a uplatňovanou informační strategii, jejímž prostřednictvím je schopna oslovit stanovené skupiny lidí.	C	
	Maximum	50	
	Minimum	40	
	Nezbytné : A* = 5 , C* = min.4	14	

POZNÁMKY

1. V souladu se zavedenou a obecně přijímanou praxí pokládáme výroční zprávy za neodmyslitelnou součást seriózního přístupu organizace a za důkaz její veřejné odpovědnosti v případě, kdy se jedná o služby pro veřejnost na základě veřejných finančních prostředků. Výroční zpráva by měla být zveřejněna do 30.6. následujícího roku. Viz též standard A9 – Finance a poznámka č. 4 k němu.

8.	ORGANIZAČNÍ ASPEKTY Zařízení je kvalifikovaně řízeno a disponuje příslušnými mechanismy, nástroji a vnitřními předpisy potřebnými pro kvalitní a efektivní provoz a rozvoj.	Bodovací stupnice	Zdroje
8.1	Zařízení je řízeno odborníkem/manažerem s potřebnou kvalifikací, který nese odpovědnost za kvalitu a efektivitu poskytovaných služeb.	A*	POP, PA
8.2	Pro zabezpečení pružného rozvoje poskytovaných služeb má zařízení vytvořené příslušné vnitřní mechanismy a nástroje (např. provozní porady, porady a konsultace o pacientech/klientech, plány rozvoje a systematického zvyšování kvality a efektivity péče, plány vzdělávání apod.)	C	POP, RV
8.3	Zařízení má jasně definovaná vnitřní pravidla poskytování odborných služeb včetně kritérií pro ukončení programu, pokud pacient/klient závažným způsobem tato pravidla poruší. Je povinno s těmito pravidly pacienty/klienty srozumitelně seznámit.	A*	POP, RV, RP/K
8.4	Zařízení má vypracovanou koncepci, organizační a provozní řád a manuály (písemně definované postupy) pro hlavní odborné činnosti (Poznámka 2).	C	POP
8.5	Zařízení má jednoznačně písemně definované postupy v následujících oblastech:	A*	POP, RV, RZ, PA
	a) Monitorování HIV a hepatitid	A	
	b) Supervize	A	
	c) Mlčenlivost (Poznámka 3)	A	
	d) Vyloučení alkoholu a drog z pracoviště	A	
	e) Výběr a odměňování pracovníků	A	
	f) Výcvik a další vzdělávání pracovníků	A	
	g) Přístup k dokumentaci	A	
	h) Práce dobrovolníků (včetně stážistů) a civilní služby	A	
	i) Práce s médii	A	
	j) Etický kodex (Poznámka 4)	A	
	k) Právní odpovědnost	A	
	l) Spolupráce s policií	A	
	m) Spolupráce se sociálními kurátory,	A	

		probačními úředníky atd.		
		n) Řešení stížností a disciplinární opatření	A	
		o) "Minimální bezpečí" pacientů/klientů a personálu, management rizikových situací (Poznámka 5)	A	
		p) Doporučování a předávání pacientů/klientů do jiných zařízení	A	
		q) Sledování spokojenosti pacientů/klientů a jejich zapojení do dalšího rozvoje služeb	A	
		r) Průběžné monitorování činnosti, supervize, fungování odborných garantů (Poznámka 6).	A	
		s) Úklid, dezinfekce a prevence infekčních onemocnění podle požadavků hygienické služby (Poznámka 7).	A	
8.6	Je-li prováděna práce v terénu nebo mimo vlastní pracoviště, jsou jasně definovaná pravidla v následujících oblastech:		A*	POP, RV, RZ, PA
		a) Práce na potenciálně nebezpečných místech	A	
		b) Práce o samotě	A	
		c) Práce v neznámém prostředí	A	
		d) Práce v klubech, restauračních zařízeních, na otevřené drogové scéně	A	
		e) Práce v bytech a uzavřených komunitách	A	
		f) Návštěvy v soukromí, v rodině, v nemocnici, ve vězení apod. (Poznámka 9).	A	
		g) Mechanismus doporučování do léčebných zařízení, způsob vedení dokumentace	A	
		h) Identifikace pracovníka	A	
8.7	Zařízení má stanoveno, jaké údaje potřebuje pro bezpečné a kvalitní poskytování odborné péče. Vedená dokumentace je ve stanoveném rozsahu a je přehledná. Jsou vytvořeny podmínky, které umožňují dodržovat platné právní normy a interní předpisy týkající se shromažďování a ochrany osobních údajů.		C*	
	8.7.1	Jsou stanovena pravidla pro shromažďování a zabezpečení osobních údajů (jaká, za jakým účelem, v jakém rozsahu, kdo má k údajům přístup atd.) Shromažďované údaje odpovídají poskytované odborné péči.	C	
	8.7.2	Je definován postup pro sběr, hodnocení a předávání statistických údajů (Poznámka 8).	C	
	Maximum		180	
	Minimum		150	
	Nezbytné : A*= 5, C*=4 (24 bodů), minimálně 65		119	

	bodů souhrnně v 8.5., u pracoviště s terénními službami minimálně 30 bodů souhrnně v 8.6		
	U pracoviště bez terénních služeb se v položce 8.6 hodnotí pouze body f-h), pokud činnost v bodu f) existuje, jinak se za každý nehodnocený bod připočítává 5 bodů		

POZNÁMKY

1. V nestátních organizacích se pro soubor těchto dokumentů používá název „operační manuál“.
2. Mlčenlivost u zdravotnických pracovníků a ve zdravotnických zařízení vyplývá z příslušných ustanovení zákona č. 20/1966 Sb., o zdraví lidu, v platném znění (§ 55). Pro nezdravotnické pracovníky a nezdravotnická zařízení ji lze odvodit ze zákona č. 256/1992 Sb., o ochraně osobních údajů v informačních systémech. Doporučuje se režim tohoto zákona respektovat a povinnost mlčenlivosti ještě zvlášť zakotvit v pracovní smlouvě.
3. Etický kodex může zařízení vypracovat na základě obecných etických kodexů terapeutických komunit, odborných společností, stavovských organizací apod.
4. Zdravotnická zařízení vyplňují statistická hlášení pro ÚZIS. Další úkoly vyplývají z požadavků Centrálního pracoviště drogové epidemiologie MZ ČR a Národního monitorovacího centra pro drogy a drogové závislosti. - Smyslem standardů je nejen registrovat plnění těchto úkolů ve veřejném zájmu, ale podnítit pracoviště k vlastním rozborům uvedených a případně dalších statistických údajů v rámci hodnocení vlastní práce. Některé důležité ukazatele jsou uváděny v poznámkách k „hodnocení efektivity“ za každým standardem ve speciální části B.
5. Požadavky „minimálního bezpečí“ zahrnují (kromě nezbytných požadavků provozní bezpečnosti a požární ochrany) zejména definovaný postup při náhlých zdravotních příhodách, výskytu infekčních chorob, sebevražedných tendencích či pokusech, intoxikaci návykovou látkou, vnesení návykové látky do zařízení, násilí vůči osobám a majetku, krádežích apod. Viz též standard č.
6. Fungování odborných garantů: odborná garance patří ke standardním požadavkům při předkládání projektů ve stávajícím dotačním systému. Má pomáhat při zajištění odborné úrovně pracoviště zejména tam, kde zatím chybí dostatečné zkušenosti nebo kvalifikace. Odborným garantem může být buď kvalifikovaný pracovník téže organizace, ale z jiného pracoviště, nebo uznávaný vnější odborník. Garantem může pochopitelně být, a stále častěji bývá, i vedoucí organizace nebo daného pracoviště, je-li dostatečnou odbornou autoritou. Řešení je vnitřní záležitostí organizace. Odborný garant se zaměřuje především na dosažení a udržení standardů péče a správné léčebné praxe, metodické aspekty a organizační aspekty (např. struktura a funkce zařízení, základní strategie, organizační záměry atd.). Jeho funkce by neměla být pouze formální. Nevylučuje se, je-li externí odborník zároveň garantem a vnějším supervizorem. – V budoucnosti se předpokládá místo garanta fungování odborných zástupců pro ty oblasti činnosti, kde není pracovník s požadovanou kvalifikací (např. zdravotní péče, sociální práce, psychoterapie).
7. Požadavky hygienické sužby na úklid, dezinfekci a prevenci infekčních onemocnění musí být zakotveny v provozním řádu.
8. Oddíl 4.10 se týká převážně terénních programů. Písm. f),g),h) jsou však směrodatná i pro jiná zařízení, která mají návštěvní službu v náplni své činnosti.

9.	FINANCE Organizace má představu o zdrojích na pokrytí předpokládaných výdajů na zajištění poskytovaných služeb a je schopna to prokazatelně doložit. Vedení organizace vytváří podmínky pro to, aby hospodaření odpovídalo platným normám.	Bodovací stupnice	Zdroje
9.1	Hospodaření s finančními prostředky se řídí obecně závaznými předpisy včetně vedení jasného a průhledného účetnictví (Poznámka 1). Organizace má zavedený systém, který umožňuje naplňování obecně závazných předpisů i interních směrnic.	A*	POP, RV
9.2	Je stanoven rozpočet programu/zařízení na příslušný kalendářní rok a odpovědnost za jeho kontrolu.	A*	POP, RV
9.3	Rozpočet obsahuje zejména plánované výdaje a příjmy, je definován v závazných položkách a odpovídá obsahu a rozsahu poskytovaných služeb (Poznámka 2).	B	POP, RV
9.4	V rozpočtu je vyčleněna položka na řízení a administrativní zajištění činnosti organizace.	A	POP
9.5	V rozpočtu je vyčleněna položka na další vzdělávání pracovníků a na vnější supervizi (Poznámka 3).	A	POP, RV
9.6	O hospodaření a výsledcích poskytovaných služeb je zpracována výroční nebo závěrečná zpráva. (Poznámka 4).	A	POP
9.7	Organizace stanoví a dodržuje pravidla pro přijímání darů.	A	POP
9.8	Organizace stanoví a dodržuje pravidla pro zacházení s depozity a vede v tom směru příslušnou dokumentaci.	A	POP, RP/K
	Maximum	40	
	Minimum	30	
	Nezbytné : A* = 5	10	

POZNÁMKY

- Zákon č. 563/1991 Sb., o účetnictví, a opatření MF ČR uveřejňovaná ve sbírce zákonů.*
- Certifikace není totožná s finanční kontrolou a nemůže ji suplovat. Místní auditorské týmy nebudou mít oprávnění vstupovat do účetnictví. Tento a další body se posuzují podle předložených dokumentů, k nimž patří:*
 - pracovní nebo obdobná smlouva nebo smlouva o dílo s účetním,*
 - časově poslední daňové přiznání a potvrzení finančního řádu, že nemá vůči organizaci finanční pohledávky,*
 - zpráva kontrolního orgánu nebo účetní audit,*
 - výroční zpráva nebo závěrečná zpráva*
 - rozpočet projektu v žádosti o dotaci.*

3. Případné obtíže státních organizací s doslovným naplněním této položky nemohou být důvodem k tomu, aby další vzdělávání pracovníků nebylo (i finančně) podporováno a aby vnější supervize neexistovala.
4. Výroční (závěrečná) zpráva z hlediska hospodaření obsahuje minimálně: roční účetní uzávěrku a zhodnocení základních údajů v ní obsažených, výrok auditora k roční uzávěrce, pokud byla auditorem ověřována, přehled o peněžních příjmech a výdajích, přehled rozsahu příjmů (výnosů), členění podle zdrojů, úplný objem výdajů (nákladů), členění na poskytování služeb a na vlastní činnost (správu organizace), stav a pohyb majetku a závazků organizace.

10.	PROSTŘEDÍ A MATERIÁLNĚ – TECHNICKÉ ZÁZEMÍ Prostředí a materiálně – technické zázemí odpovídá kapacitě i charakteru poskytované odborné péče a potřebám pacientů/klientů. Organizace současně dbá na to, aby byly plněny všechny platné obecně závazné normy.	Bodovací stupnice	Zdroje
10.1	Organizace má přehled obecně závazných norem, které musí splňovat, a vytváří takové podmínky, aby byly vyjmenované normy plněny.	C	POP, RV
10.2	Tam, kde nestačí platné obecně závazné právní předpisy, má organizace stanovena a uplatňována pravidla zabezpečení a užívání materiálně – technického zázemí v písemné podobě. Organizace současně zajistí, aby s nimi byli patřičným způsobem seznámeni uživatelé, personál, případně veřejnost.	C	POP
10.3	Prostředí a materiálně – technické zázemí pro poskytování služby odpovídá kapacitě a charakteru služby a potřebám pacientů/klientů, jejich rodin či blízkých osob.	C*	VP
10.4	Budovy, respektive prostory, kde je služba poskytována, splňují hygienické požadavky (Poznámka 1), jsou čisté, upravené, bez biologických či chemických zápachů.	C	VP
10.5	Prostředí, ve kterém probíhá odborná péče, je vytvářeno a udržováno s cílem chránit zdraví, bezpečí a spokojenost pacienta/klienta i personálu.	C	VP
10.6	V případě ústavní/rezidenční péče je vytvořeno prostředí zabezpečující pro pacienty/klienty alespoň minimální soukromí.	C	VP
10.7	Odborná zařízení provádějící speciální úkony (např. výměnné programy jehel a stříkaček) mají pro takový účel vytvořeny příslušné podmínky v souladu s hygienickými a dalšími předpisy (Poznámka 2)	B*	VP
10.8	Místnosti, kde se provádí odborná péče, jsou vybaveny podle příslušných předpisů a náležitě udržovány (Poznámka 3)	C*	VP

10.9	Zařízení postupuje citlivě vůči životnímu prostředí.	C	POP, RZ, RP/K, VP
	Maximum	45	
	Minimum	30	
	Nezbytné : B*, C*= min.4	12	

1. Požadavky hygienické služby na úklid, dezinfekci a prevenci infekčních onemocnění musí být zakotveny v provozním řádu. Viz též standard .
2. Zákon č. 125/1997 Sb., o odpadech a vyhláška č. 338/1997 Sb., o podrobnostech nakládání s odpady.
3. Příslušnými předpisy se rozumí vyhlášky MZ č. 207/1992 Sb., o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení.

11.	MINIMÁLNÍ BEZPEČÍ Zařízení má písemně zpracované a uplatňované postupy a kompetence pro zajištění „minimálního bezpečí“ (viz pozn.1), tj. pro řešení havarijních a nouzových situací a mimořádných událostí, se kterými jsou seznámeni pracovníci i pacienti/klienti.	Bodovací stupnice	Zdroje
11.1	Havarijní a nouzové situace a mimořádné události, stejně jako způsoby jejich řešení, jsou jasně definovány.	C	POP, RV
11.2	Pacienti/klienti i pracovníci jsou přiměřeně a srozumitelně seznámeni s postupem při havarijních a nouzových situacích a mimořádných událostech.	C*	RZ, RP/K
11.3	O průběhu a řešení nouzových a havarijních situací a mimořádných událostí je vedena přiměřená dokumentace.	C	POP, RV
	Maximum	15	
	Minimum	10	
	Nezbytné : C*= min. 4	4	

POZNÁMKY

1. Požadavky „minimálního bezpečí“ zahrnují (kromě nezbytných požadavků provozní bezpečnosti a požární ochrany) zejména definovaný postup při náhlých zdravotních příhodách, výskytu infekčních chorob, sebevražedných tendencích či pokusech, intoxikaci návykovou látkou, vnesení návykové látky do zařízení, násilí vůči osobám a majetku, krádežích apod. Viz též standard

12.	HODNOCENÍ KVALITY A EFEKTIVITY SLUŽEB Organizace dbá na to, aby služby, které poskytuje, byly poskytovány efektivně a kvalitně a měly tendenci se dále zkvalitňovat. Do hodnocení kvality a jejího zvyšování zapojuje uživatele služeb i vlastní pracovníky.	Bodovací stupnice	Zdroje
12.1	Zařízení kontroluje a hodnotí, zda naplňování poslání a cílů a způsoby jejich dosahování jsou v souladu s deklaracemi, a z případného nesouladu či rozporu vyvozuje potřebná opatření.	C*	POP, RV
12.2	Zařízení má zavedený systém trvalého sledování, udržování a rozvoje kvality poskytovaných služeb (Continual Quality Management).	C	POP, RV
12.3	Zařízení má pravidla pro zjišťování spokojenosti uživatelů se službami, prostředím, kde jsou poskytovány, atd. a zpětnou vazbu zapracovává do plánů na zlepšení služby.	C	POP, RV
12.4	Souborné hodnocení efektivity se provádí periodicky, minimálně 1x ročně (Poznámka 1).	A	POP
12.5	Do hodnocení kvality a efektivity se zapojují pracovníci na všech úrovních.	B	RZ
12.6	Z hodnocení kvality a efektivity poskytované péče jsou vyvozována příslušná opatření.	C	POP, RV, RZ
	Maximum	30	
	Minimum	20	
	Nezbytné : C*= min. 4	4	

POZNÁMKY

1. V tomto bodě je míněna sumarizace hodnocení průběhu a dílčích výsledků odborné péče u konkrétních pacientů/klientů. Jak často má toto individuální hodnocení probíhat, závisí na typu, délce a obsahu zvoleného programu. Doporučená kritéria jsou obsažena ve standardech speciální části (část B).

HODNOTÍCÍ TABULKA

A. OBECNÁ ČÁST				
	Název	Maximum	Minimum	Nezbytné (*)
1	Přístupnost odborných služeb	30	25	15
2	Práva pacientů/klientů	90	70	23
3	Příjem a úvodní zhodnocení	100	75	28
4	Spektrum služeb a zásady jejich poskytování	90	70	17
5	Personální práce	70	50	29
6	Odborné vedení a rozvoj pracovníků a týmů	75	50	15
7	Dostupnost, vnější vztahy	50	40	14
8	Organizační aspekty	180	150	119
9	Finance	40	30	10
10	Prostředí a materiálně-technické zázemí	45	30	12
11	Minimální bezpečí	15	10	4
12	Hodnocení kvality a efektivity služeb	30	20	4
	CELKEM ČÁST A	815	620	290