

B. SPECIÁLNÍ ČÁST

OBSAH

- 1. Detoxifikace**
- 2. Terénní programy**
- 3. Kontaktní a poradenské služby**
- 4. Ambulantní léčba**
- 5. Stacionární programy**
- 6. Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba**
- 7. Rezidenční péče v terapeutických komunitách**
- 8. Ambulantní doléčovací programy**
- 9. Substituční léčba**

Poznámky za každým standardem

1. DETOXIFIKACE				
Léčení odvykacího syndromu, abstinenčních příznaků spojených s přerušením užívání návykové látky (v případech, kdy nejsou ohroženy vitální funkce organismu)				
		<i>Bodovací stupnice</i>	<i>Zdroje</i>	
1.1	Program se provádí v rámci odborného oddělení nemocnice, psychiatrické kliniky nebo psychiatrické léčebny, jako součást komplexního systému péče v působnosti jedné organizace, případně funguje jako samostatné zdravotnické zařízení funkčně provázané s jinými zdravotnickými zařízeními a nezdravotnickými organizacemi.		A	POP, RV
1.2	Personální zabezpečení			
	1.2.1	Řízení: program je řízen vedoucím lékařem s příslušnou kvalifikací (atestace v oboru AT nebo atestace 2.stupně v psychiatrii).	A*	PA
	1.2.2	Zaměstnanci: lékaři, střední zdravotní personál, sociální pracovníci, terapeuti (Poznámka 1).	C	PA
1.3	Cílová populace: osoby pod vlivem návykových látek, motivovaní k detoxifikaci, osoby s různě vyjádřenými odvykacími příznaky.		A	POP, ODP/K, RZ, VP
1.4	Zabezpečení zdravotní péče			
	1.4.1	Předlékařské zhodnocení stavu pacienta provádí kvalifikovaná sestra okamžitě při přijetí pacienta (Poznámka 2).	B	ODP/K RZ
	1.4.2	Vyšetření lékařem je provedeno co nejdříve v závislosti na somatickém a psychickém stavu pacienta, minimálně v den přijetí.	B	ODP/K, RZ
	1.4.3	Anamnestické údaje jsou získány do 24 hodin po přijetí pacienta kvalifikovanou sestrou, případně lékařem nebo jím ověřeny.	B	ODP/K RZ
	1.4.4	Laboratorní vyšetření a vyšetření moči na přítomnost metabolitů návykových látek je indikováno lékařem při příjmu pacienta.	B	ODP/K, RZ
	1.4.5	V indikovaných případech se provádí vyšetření žen na graviditu.	A	ODP/K, RZ
	1.4.6	Neodkladná péče: je písemně definován postup v případě akutních komplikací včetně zajištění konsiliární služby. Všichni zaměstnanci jsou školeni v technikách kardiopulmonální resuscitace a poskytování první pomoci.	A*	POP, PA
	1.4.7	Péče sestry je definována podrobným protokolem, obsahujícím způsob a frekvenci observace pacienta.	A	ODP/K RZ
	1.4.8	Medikace se řídí platnými předpisy a	A*	ODP/K, RZ

		správnou léčebnou praxí.		
1.5	Zařazení pacienta: pacient je zařazen do jedné z následujících forem péče: :záchytná lůžka pro vystřízlivění, medikovaná detoxifikace, nemedikovaná detoxifikace.			
	1.5.1	Záchytná lůžka mohou být použita pro počáteční fázi detoxifikace, v rámci které probíhá:		POP, ODP/K, RZ, VP
		a) neustálá observace zdravotní sestrou	A	
		b) kontrola stavu pacienta (po 8 hodinách) s cílem stanovit optimální léčebné prostředky	B	
		c) seznámení pacienta s detoxifikačním programem	B	RP/K
	1.5.2	Medikovaná detoxifikace:		POP, ODP/K, RZ, VP
		a) Farmakoterapeutický plán stanoví kvalifikovaný lékař při příjmu s ohledem na závažnost a akutnost stavu pacienta	C	
		b) Denní program je podrobně rozpracován a účastní se jej každý pacient podle svých možností a stavu	C	DP
		c) Strukturované aktivity jsou zahrnuty do denního programu s cílem ovlivnit postoje pacienta ke změně životního stylu a zvýšit (získat) jeho motivaci k dalšímu léčení, obsahují edukační terapii, motivační trénink, případně další indikované formy intervence	C	DP
		d) Zdravotnický personál – kvalifikovaný lékař a kvalifikovaná sestra jsou k dispozici 24 hodin denně	A*	
		e) Nezdravotnický personál – zabezpečuje edukační terapii, motivační trénink a další strukturované aktivity pod vedením kvalifikovaného pracovníka.	C	DP
		f) Strava a diety se řídí platnými předpisy.	C	
	1.5.3	Nemedikovaná detoxifikace:		POP, ODP/K, RZ, VP
		a) Denní program je podrobně rozpracován a účastní se jej každý pacient podle svých možností a stavu	C	DP
		b) Strukturované aktivity jsou zahrnuty do denního programu s cílem ovlivnit postoje pacienta ke změně životního stylu a zvýšit (získat) jeho motivaci k dalšímu léčení, obsahují edukační terapii, motivační trénink, případně další	C	DP

		indikované formy intervence		
		c) Zdravotnický personál – kvalifikovaný lékař a sestra jsou dosažitelní v případě komplikací	A*	
		d) Nezdravotnický personál – zabezpečuje edukační terapii, motivační trénink a další strukturované aktivity pod vedením kvalifikovaného pracovníka	C	DP
		e) Strava a diety se řídí platnými předpisy	C	
1.6	Vedení dokumentace: průběžný stav pacienta, léčebný postup a uskutečněná opatření se podrobně zaznamenávají ve zdravotnické dokumentaci.		C*	ODP/K
1.7	Propuštění, předávání a doporučování: při ukončení detoxifikačního programu je cílem zabezpečit kontinuitu péče. Pacient je převeden na oddělení, případně doporučen do zařízení, které poskytne potřebnou další péči.		C	ODP/K, RZ
1.8	Hodnocení efektivity: v pravidelných intervalech, minimálně 1x ročně (Poznámka 3).		C	PP, RV
	Maximum		145	
	Minimum		110	
	Nezbytné (*) : A*=5, B*,C* = min. 4		29	
	V oddílu 1.5. se hodnotí pouze typ služby, který je skutečně poskytován, za neposkytovaný se započítává plný počet bodů			

POZNÁMKY

1. *Terapeut: pro účely těchto akreditačních standardů se „terapeutem“ rozumí kvalifikovaný střední zdravotnický nebo nezdravotnický pracovník provádějící pod odborným vedením psychosociální programy. O zařazení do funkce „terapeut“ rozhoduje vedoucí/manažer programu. Pojem „psychoterapeut“ by měl být vyhrazen těm, kteří mají funkční specializaci v systematické psychoterapii.*
2. *Pacient vs. klient: v textu je používáno označení „pacient/klient“, samotného termínu „pacient“ je použito pouze v souvislosti s čistě lékařskou úrovní specifické léčebné péče (detoxifikace), termínu „klient“ např. u výměnných programů.*
3. *Pro hodnocení efektivity je relevantní: (a) využití lůžkové kapacity, (b) procento pacientů, kteří program dokončili, (c) procento pacientů, kteří pokračují v další léčbě, (d) četnost komplikací. Nezbytný je průběžný rozbor účinných faktorů a komplikací programu a případová práce na poradách a při supervizi.*

2. TERÉNNÍ PROGRAMY			
Služby prvního kontaktu v terénu včetně komplexního programu „harm reduction“ s cílem ovlivnit motivaci pacienta/klienta ke změně životního stylu, rizikového chování a k vyhledání příslušných odborných zařízení			
		Bodovací stupnice	Zdroje
2.1	Program se provádí jako součást komplexního systému péče v působnosti jedné organizace, jako součást činnosti nízkoprahového kontaktního centra, případně funguje samostatně s funkční provázaností na další odborná zařízení a organizace. Není nutný statut zdravotnického zařízení.	A	POP, RV
2.2	Personální zabezpečení		
	2.2.1 Řízení: program je řízen kvalifikovaným odborným pracovníkem/manažerem, se zkušenostmi v oblasti primární, sekundární a terciární prevence drogových závislostí (Poznámka 1).	C	PA
	2.2.2 Terénní pracovníci: odborní pracovníci, bývalí uživatelé drog, dobrovolní a externí pracovníci, motivovaní vlastním přesvědčením a posláním terénní práce, mající schopnost přirozené a autentické komunikace s uživateli drog na otevřené drogové scéně, s vhodnou osobnostní strukturou, otevřeností a komunikačními dovednostmi.	C	PA, RZ, VP
	2.2.3 Odborní terénní pracovníci: věk minimálně 21 let, SŠ vzdělání a zkušenosti v oblasti zdravotnické, sociální, speciálně pedagogické apod.	C	PA, RZ
	2.2.4 Terénní pracovníci – ex-useři: věk minimálně 21 let, další kritéria podle pravidel organizace pro zaměstnávání bývalých uživatelů (Poznámka 2).	C	POP, PA, RZ
	2.2.5 Dobrovolní a externí terénní pracovníci: nejsou v zaměstnaneckém poměru k organizaci, spolupráce s nimi se řídí vnitřními pravidly organizace (Poznámka 3).	A	POP, PA, RZ
2.3	Cílová populace: program je zaměřen na uživatele drog, kteří nejsou v kontaktu se zdravotními a sociálními zařízeními, na uživatele drog s rizikem získání infekce HIV a hepatitid, na nezletilé a mladistvé uživatele drog, prostituující uživatele drog, bezdomovce, etnické menšiny a další populaci se zvýšeným rizikem.	C	POP, ODP/K, RV, RZ, VP
2.4	Formy terénní práce (minimálně jedna z uvedených)	A*	POP, DP, RV, RZ, VP
	2.4.1 Práce na otevřené drogové scéně – např.		

		na ulici, v klubech, restauračních zařízeních, diskotékách a jiných veřejných akcích.		
	2.4.2	Práce na uzavřené drogové scéně – v drogových bytech a na uzavřených akcích.		
	2.4.3	Detašovaná terénní práce – práce v jiných organizacích (např. ve věznicích, azylových domech atd.).		
2.5	Obsah terénní práce (všechny činnosti)			POP, DP, RV, RZ, VP
	2.5.1	Poskytování aktuálních informací o dostupných poradenských, léčebných a jiných odborných programech, o výměnných programech sterilního injekčního náčiní, programech HIV testování, očkování proti hepatitidě, programech právní a sociální asistence.	C	
	2.5.2	Doporučování do příslušných zdravotnických a sociálních zařízení, nízkoprahových kontaktních center nebo k jiným poskytovatelům odborných služeb.	C	
	2.5.3	Poskytování informací o rizicích spojených s užíváním drog, distribuce metodických materiálů (např. průvodce bezpečným sexem, méně rizikovým užíváním drog atd.).	C	
	2.5.4	Výměna sterilního injekčního náčiní, distribuce desinfekčních a dalších pomocných prostředků, zdravotnického materiálu, kondomů atd. (Poznámka 4)	C	
	2.5.5	Asistence při řešení sociálních a zdravotních problémů doprovázená motivačním tréninkem s cílem změnit rizikové chování klienta a motivovat jej k léčbě.	C	
	2.5.6	Vytváření důvěry klientů v možnosti odborné pomoci, vytváření vztahů a vazeb s okolními zařízeními s cílem napomáhat resocializaci uživatelů drog.	C	RP/K
	2.5.7	Poskytování krizové a situační intervence.	C	
2.6	Pravidla terénní práce jsou vypracována v písemné podobě pro zaměstnance i pro dobrovolné a externí spolupracovníky.		A*	POP, DP
	2.6.1	Pravidla pro zaměstnance jsou závazná pro každého zaměstnance i stážistu. Definují:		
		a) Postupy aplikace praktických dovedností, týkající se bezpečnějšího užívání, snižování rizik a bezpečného sexu	A	
		b) Postup v případě, že se pracovník při práci v terénu setká s násilím – způsob evidence, hlášení	A	
		c) Postupy při práci na potenciálně	A	

		nebezpečných místech a v neznámém prostředí		
		d) Postup v případě kontaktu s distributory drog	A	
		e) Postup při kontaktu s policií	A	
		f) Užívání alkoholu a jiných drog v průběhu terénní práce	A	
		g) Vedení dokumentace o jednotlivých kontaktech a případech	A	
		h) Míru blízkosti a mezní hranice kontaktu s klienty (např. zákaz sexuálních styků, poskytování finančních prostředků klientům apod.).	A	
	2.6.2	Pravidla pro dobrovolné a externí spolupracovníky přiměřeně definují pro ně potřebné postupy.	A	
2.7	Pracovník je vybaven identifikačním průkazem, který je evidován na příslušném oddělení policie.		A	RZ, VP
2.8	Práci na potenciálně nebezpečných místech a v neznámém prostředí vykonávají vždy dva pracovníci, nikdy tato práce není vykonávána jedním pracovníkem.		A	POP, DP, RZ
2.9	Každý pracovník je očkovan nebo závazně poučen o nutnosti očkování proti hepatitidě A,B a projde školením, jak zacházet s potenciálně infekčním materiálem (použití jehly a stříkačky) s maximálním ohledem na ochranu vlastního zdraví a podle předpisů o nakládání s nebezpečným odpadem. Totéž se týká dobrovolných a externích spolupracovníků.		A	PA, RZ
2.10	Hodnocení efektivity: v pravidelných intervalech, minimálně 1x ročně (Poznámka 5).		C	POP, DP
	Maximum		140	
	Minimum		100	
	Nezbytné (*) : $A^*=5$		10	

POZNÁMKY

1. Doporučuje se, aby vedoucí programu měl vyšší odborné, bakalářské nebo úplné VŠ vzdělání humanitního či společenského směru.
2. Podle části A (Obecná část), oddíl 7.2, má mít organizace jasně definovaná pravidla pro zaměstnávání pracovníků s předchozími nebo současnými problémy s drogami a alkoholem. 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.

3. *Podle části A (Obecná část), oddíl 4.9 h) a 7.2 má mít organizace jasně definovaná pravidla i pro spolupráci s dobrovolníky a externisty. Terénní programy mohou spolupracovat např. i s aktuálními uživateli, kteří mají přístup na uzavřenou drogovou scénu (tzv. indigenní terénní pracovníci). Doporučuje se, aby to byly osoby starší než 18 let, klíčové ve své referenční skupině, stabilizované. Využívat k této činnosti klienty v ambulantní léčbě nebo klienty udržovacího metadonového programu není vhodné. Indigenním terénním pracovníkům má organizace zajistit přiměřenou metodiku, výcvik a systematické odborné vedení.*
4. *Nezbytně se distribuují alkoholové dezinfekční tampony, sterilní voda do injekcí, kyselina askorbová, aluminiové folie, bavlněné filtry a základní zdravotnický materiál (obinadla, náplasti, heparoid).*
5. *Pro kvantitativní hodnocení efektivity je relevantní: (a) počet a struktura kontaktů, (b) odezva, (c) návratnost injekčního náčiní, (d) počet realizovaných doporučení do zařízení, např. do nízkoprahových kontaktních center. Nezbytný je průběžný rozbor účinných faktorů a komplikací programu a případová práce na poradách a při supervizi.*

3. KONTAKTNÍ A PORADENSKÉ SLUŽBY			
Kontaktní služby, poradenství a motivační trénink, programy „harm reduction“, diferenciálně diagnostický filtr a zprostředkování léčby v nízkoprahových kontaktních centrech, poradenských a preventivních centrech			
		Bodovací stupnice	Zdroje
3.1	Program se provádí jako součást komplexního systému péče v působnosti jedné organizace, případně funguje samostatně s funkční provázaností na další odborná zařízení a organizace. Není nutný statut zdravotnického zařízení.	C	POP, RV
3.2	Personální zabezpečení		
	3.2.1 Řízení: program je řízen kvalifikovaným odborným pracovníkem/manažerem s odpovídajícím, minimálně středoškolským vzděláním a s (alespoň jednoletou) praxí v oblasti sekundární a terciární prevence drogových závislostí a s ukončeným psychoterapeutickým výcvikem. (Poznámka 1).	A*	PA
	3.2.2 Terapeutický tým: multidisciplinární s ohledem na bio- psycho-sociální model závislosti a poskytované služby (Poznámka 2).	C	PA
	3.2.3 Zabezpečení provozu: v závislosti na charakteru programu, s pevným provozním režimem.	C	POP
3.3	Cílová populace: osoby experimentující s návykovými látkami, problémoví uživatelé návykových látek, závislí na návykových látkách při prvním kontaktu s odbornou institucí, závislí na návykových látkách, kteří nejsou motivováni k abstinenci, popř. neakceptují jinou účinnější formu léčebné péče, rodinní příslušníci, partneři a jiné důležité osoby. Jsou možné anonymní i neanonymní kontakty.	C	POP, ODP/K, RZ,VP
3.4	Zhodnocení stavu klienta		
	3.4.1 Anamnestické údaje: v případě nízkoprahové kontaktní práce jsou získávány průběžně v závislosti na individuálních podmínkách klienta, v případě strukturovaného poradenství jsou odebírány kvalifikovaným pracovníkem při úvodním kontaktu s pacientem/klientem a průběžně doplňovány dle potřeb poradenského procesu.	B	ODP/K, RZ
	3.4.2 Somatické a psychiatrické vyšetření: zajištěno v indikovaných případech ve zdravotnickém zařízení s cílem stanovit závažnost somatických a psychiatrických		ODP/K, RV

		komplikací pro posouzení vhodnosti a indikace specifického způsobu léčby nebo jiné odborné péče, může obsahovat:		
		a) Komplexní somatické vyšetření	A	
		b) Vyšetření moče na přítomnost metabolitů návykových látek	A	
		c) Základní laboratorní vyšetření	A	
		d) Vyšetření na pohlavně přenosná onemocnění	A	
		e) V případě potřeby vyšetření na graviditu, a jiná vyšetření.	A	
	3.4.3	Zhodnocení stavu klienta: je provedeno a zapsáno při nejbližší možné příležitosti s cílem komplexně posoudit jeho stav a vhodnost určité formy léčby či jiného programu odborné péče.	B	ODP/K
3.5		Nízkoprahové služby: jsou přístupné všem přicházejícím klientům včetně anonymních, zahrnují kontaktní práci, základní poradenství, výměnu injekčního náčiní, základní zdravotní péči, zajištění testování na HIV a hepatitidy, neodkladnou péči a doplňkové služby.	A*	POP, RV, RZ, RP/K, VP
	3.5.1	Kontaktní práce: služby prvního kontaktu pro uživatele drog, jejich rodiče, partnery a jiné iniciátory kontaktu s cílem vytvoření důvěry mezi klientem a odbornou institucí, motivace ke změně rizikového chování a přijetí plánu odborné péče, minimalizace zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním návykových látek.	A	
	3.5.2	Základní poradenství: týká se zdravotního stavu klienta, zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním drog a minimalizace těchto rizik, možností léčby, rehabilitace a sociální reintegrace, informací o léčebných a jiných odborných zařízeních, získávání motivace a doporučování do příslušných zařízení.	A	
	3.5.3	Základní zdravotní ošetření: prováděno kvalifikovaným zdravotnickým pracovníkem nebo zajištěno ve zdravotnickém zařízení.	B	
	3.5.4	Výměna sterilního injekčního náčiní, distribuce desinfekčních a dalších pomocných prostředků, zdravotnického materiálu, kondomů atd. (Poznámka 3)	A	
	3.5.5	Testování na HIV a hepatitidy: zajištěno včetně poradenství před a po testování.	B	
	3.5.6	Neodkladná péče: je písemně definován postup v případě akutních stavů a komplikací včetně zajištění příslušné zdravotní péče.	A*	

		Všichni zaměstnanci jsou školeni v technikách kardiopulmonální resuscitace a poskytování první pomoci.		
	3.5.7	Doplňkové služby: hygienický, potravinový, vitaminový servis.	B	
3.6	Strukturovaná odborná péče			POP, ODP/K, DP
	3.6.1	Individuální plán: je zpracován a zapsán do dokumentace s ohledem na individuální podmínky, závažnost onemocnění, přítomnost komplikujících faktorů v oblasti somatické i psychosociální. Individuální plán je pravidelně revidován v závislosti na frekvenci kontaktu s klientem. Obecným cílem plánu v dlouhodobém horizontu je vytvoření náhledu a podpora motivace ke změně životního stylu, k léčbě či jiné odborné pomoci.	B	
	3.6.2	Strukturované aktivity: program nabízí určitý rozsah a frekvenci terapeutických úkonů skupinových či individuálních, které jsou součástí individuálního plánu, případně nabízí doplňkové aktivity (např. rehabilitace a rekondice, ženské programy, poradenství pro rodiče atd.).	C	
	3.6.3	Monitorování procesu: v případě strukturovaného programu má každý klient určeného kvalifikovaného pracovníka (terapeuta), odpovědného za vedení případu.	A	
	3.6.4	Skupinová práce s klienty a práce s rodinnými příslušníky: používají se především v krátkodobém časovém úseku pro podporu obecných cílů a pro řešení aktuálních problémů (Poznámka 4)..	B	
	3.6.5	Farmakoterapie: jen ve zdravotnických zařízeních, slouží k ovlivnění základního onemocnění, léčbě psychických a somatických komplikací, komorbidit a ke zvládnutí syndromu z vysazení drogy. Provádí výhradně lékař podle příslušných předpisů a zásad správné léčebné praxe.	A	
	3.6.6	Sociální práce: provádí se s cílem stabilizovat sociální podmínky klienta pro jeho další léčení či následnou abstinenci (např. v oblasti bydlení, studia, zaměstnání).	A	
	3.6.7	Prevence relapsu: je vždy součástí plánu strukturované odborné péče.	B	

3.7	Skupiny pro rodinné příslušníky a partnery klientů: provádějí (event. zajišťují) se s cílem poskytnout orientaci v problému závislosti, emoční a sociální podporu, mobilizovat zralé chování a zachovat základní fungování rodiny (Poznámka 5).	B	POP, DP
3.8	Vedení dokumentace: formou individuálních spisů, evidujících podrobně poradenský či léčebný proces. Dokumentace je důvěrná a zabezpečená proti zneužití. U anonymních klientů nebo na přání je dokumentace vedena pod dohodnutým kódovým označením.	A	ODP/K
3.9	Minimální péče je zajištěna i v případech disciplinárního přerušení kontaktu, např. výměnný program, informace atd. Klient, který přeruší kontakt z vlastního rozhodnutí, musí mít možnost jej znovu navázat.	C	ODP/K, RV, RZ, RP/K
3.10	Každý pracovník je očkovan nebo závazně poučen o potřebě očkování proti hepatitidě A,B a projde školením, jak zacházet s potenciálně infekčním materiálem (použité jehly a stříkačky) s maximálním ohledem na ochranu vlastního zdraví a podle předpisů o nakládání s nebezpečným odpadem. Totéž se týká dobrovolných a externích spolupracovníků.	A	PA, RZ
3.11	Pravidelně je vyhodnocována efektivita odborného programu, minimálně 1x ročně (Poznámka 6).	C	POP, DP
	Maximum	160	
	Minimum	120	
	Nezbytné (*) : A*=5	15	

POZNÁMKY

1. Doporučuje se, aby vedoucí programu měl vyšší odborné, bakalářské nebo úplné VŠ vzdělání humanitního či společenského směru. Ve zdravotnických zařízeních je směrodatný zákon 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve státních zařízeních zákon č.20/1966 Sb.
2. V případě zdravotnických zařízení s důrazem na zdravotnické pracovníky, v jiných případech s převahou sociálních a poradenských pracovníků
3. Doporučuje se distribuce alkoholových dezinfekčních tamponů, sterilní vody do injekcí, kyseliny askorbové, aluminiové folie, bavlněných filtrů a základního zdravotnického materiálu (obinadla, náplasti, heparoid).
4. V daném programu se předpokládá terapeutický proces v řádu týdnů, posláním programu není proces v řádu měsíců či dokonce let.
5. „Rodičovská skupina“ má v zásadě podpůrný a edukační charakter, nepředpokládá se, že bude řešit individuální psychologické a psychopatologické problémy. Ve specifických podmínkách (malé město) se hodnotí nabídka obdobné služby.
6. Pro kvantitativní hodnocení efektivity je relevantní: (a) počet a struktura kontaktů, (b) využívání jednotlivých služeb, (c) návratnost injekčního náčiní, (d) četnost mimořádných událostí a režimových komplikací, (e) podíl klientů zapojených do poradenského

procesu (např. motivační trénink apod.), (f) počet časných vypadnutí z poradenského procesu, (g) počet klientů, kteří ukončili poradenský proces podle plánu, (h) počet doporučení do dalších zařízení. Nezbytný je průběžný rozbor účinných faktorů a komplikací programu a případová práce na poradách a při supervizi.

4. AMBULANTNÍ LÉČBA

Ambulantní léčebná a preventivní péče v zdravotnických a nezdravotnických zařízeních

		<i>Bodovací stupnice</i>	<i>Zdroje</i>
4.1	Program je součástí komplexního systému péče v působnosti jedné organizace, případně funguje jako samostatné zdravotnické nebo nezdravotnické zařízení s funkční provázaností na další odborná zařízení a organizace.	A	POP, RV
4.14	4.2 Personální zabezpečení	4.3	4.4
	4.2.1 Řízení: program je řízen kvalifikovaným odborným pracovníkem/manažerem, s praxí v léčení a doléčování závislostí, skupinové a rodinné terapii, kognitivně behaviorálních přístupech apod. V případě, že se jedná o zdravotnické zařízení, řídí se jejich vedení platnými právními předpisy (Poznámka 1)..	A*	PA
	4.2.2 Terapeutický tým: multidisciplinární vzhledem k povaze problému, výběr pracovníků se řídí kritérii:	4.5C	4.6PA
	a) Vzdělání (lékařské, psychologické, psychoterapeutické, speciálně pedagogické, v oblasti sociální práce, popř. jiné)		
	b) Specializované výcviky (skupinová psychoterapie, individuální psychoterapie psychodynamických, interaktivních a kognitivně behaviorálních směrů, rodinná terapie)		
	c) Praktické zkušenosti a dovednosti		
	d) Osobnostní vloh		
	4.2.3 Zabezpečení provozu: v závislosti na charakteru programu a normách ambulantní zdravotní péče, s pevným provozním režimem.	C	POP, VP
4.3	Cílová populace: osoby experimentující s návykovými látkami, problémoví uživatelé návykových látek, závislí motivovaní i nemotivovaní k abstinenci, abstinující absolventi ambulantního či ústavního léčení, rodinní příslušníci a partneři. Není nutné doporučení z jiné instituce.	C	POP, ODP/K, RZ VP
4.4	Zhodnocení stavu klienta		
	4.4.1 Anamnestické údaje: jsou odebírány kvalifikovaným pracovníkem při prvním kontaktu s pacientem a průběžně	B	ODP/K, RZ

		doplňovány dle potřeb léčebného procesu.		
	4.4.2	Lékařské vyšetření: psychiatrické vyšetření a orientační somatické vyšetření se provádí u každého pacienta jde-li o zdravotnické zařízení. Jde-li o nezdravotnické zařízení musí být lékařské vyšetření dostupné v indikovaných případech.	B	ODP/K
	4.4.3	Další vyšetření je zajištěno v indikovaných případech s cílem stanovit závažnost somatických a psychiatrických komplikací pro posouzení vhodnosti a indikace specifického způsobu léčby nebo jiné odborné péče a musí obsahovat:	C*	ODP/K, RV
		a) Konsiliární vyšetření jiného specialisty (internisty, neurologa, hepatologa apod.)		
		b) Toxikologické vyšetření moče nebo krve		
		c) Laboratorní a přístrojová vyšetření		
		d) Vyšetření na HIV, spektrum infekčních hepatitid a pohlavně přenosná onemocnění		
		e) V případě potřeby vyšetření na graviditu, a jiná vyšetření.		
	4.4.4	Komplexní zhodnocení stavu klienta: je provedeno při nejbližší možné příležitosti s cílem posoudit jeho stav a vhodnost určité formy léčby či jiného programu odborné péče.	B	ODP/K
4.5	První kontakty, poradenství, základní zdravotní péče			
	4.5.1	Kontaktní práce: první kontakty jsou zaměřeny na vytvoření důvěry mezi pacientem a ordinací, motivaci ke změně rizikového chování a přijetí léčebného plánu.	B	POP, ODP/K, RV, RZ, RP/K, DP
	4.5.2	Základní poradenství: je nedílnou součástí ambulantní léčebně preventivní péče. Týká se zdravotního a psychického stavu pacienta, zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním drog a minimalizace těchto rizik, možností léčby, rehabilitace a sociální reintegrace, informací o léčebných a jiných odborných zařízeních, získávání motivace a doporučování do příslušných zařízení, poradenství před a po testování na HIV a hepatitidy.	B	POP, ODP/K, RV, RZ, RP/K, DP
	4.5.3	Základní zdravotní péče: u zdrav. zařízení je prováděná lékařem nebo kvalifikovanou zdravotní sestrou u běžných somatických komplikací, u nezdravotnických zařízení je zajištěna smluvně.	B	POP, ODP/K, RV, RZ, DP
	4.5.4	Neodkladná péče: je písemně definován postup v případě akutních stavů a komplikací	A*	POP, PA, RZ

		včetně zajištění další odborné zdravotní péče. Všichni zaměstnanci jsou školeni v technikách kardiopulmonální resuscitace a poskytování první pomoci v urgentních případech.		
4.6	Léčebná péče			
	4.6.1	Individuální léčebný plán: je zpracován s ohledem na stanovenou diagnózu, individuální podmínky, závažnost onemocnění, přítomnost komplikujících faktorů v oblasti somatické i psychosociální. Individuální léčebný plán je pravidelně revidován v závislosti na průběhu a frekvenci kontaktu s klientem.	B*	ODP/K, RV, RZ
	4.6.2	4.7 Strukturované aktivity: každý pacient/klient se účastní programu v rozsahu stanoveném individuálním plánem podle závažnosti problému a fáze účasti v programu .	B	POP, DP
	4.6.3	Monitorování léčebného procesu: každý pacient/klient má určeného kvalifikovaného pracovníka – garanta/lékaře, odpovědného za vedení případu, který soustavně hodnotí stav pacienta/klienta a plnění léčebného plánu (Poznámka 2).	A	POP, ODP/K
	4.6.4	Skupinová a individuální psychoterapie a rodinná terapie: vedená kvalifikovaným psychoterapeutem, probíhá především v krátkodobém a střednědobém časovém horizontu. Cíle a metody jsou voleny s ohledem na potřeby pacienta a plánovanou dobu psychoterapie (Poznámka 3).	A	POP, RV, DP
	4.6.5	Farmakoterapie/jen ve zdrav. zařízeních/: slouží k ovlivnění základního onemocnění, léčbě psychických a somatických komplikací, komorbidit a ke zvládnutí syndromu z vysazení návykové látky. Provádí výhradně lékař podle příslušných předpisů a zásad správné léčebné praxe.	A	ODP/K RV,RZ
	4.6.6	Sociální práce: cílem je sociální reintegrace pacienta (např. v oblasti rodinných vztahů, bydlení, studia, zaměstnání), k dílčím cílům patří stabilizace sociálních podmínek pacienta pro jeho léčení a následnou abstinenci.	B	ODP/K RV,RZ, RP/K
	4.6.7	Prevence relapsu: je vždy součástí léčebného plánu.	A	ODP/K RV,RZ, RP/K

4.7	Skupiny pro rodinné příslušníky a partnery pacientů: provádějí se nebo jsou zajišťovány s cílem poskytnout orientaci v problému závislosti, emoční a sociální podporu, mobilizovat zralé chování a zachovat základní fungování rodiny (Poznámka 4).	C	DP
4.8	Doléčování je prováděno s cílem zajistit stabilitu stavu pacienta/klienta v běžných životních podmínkách po proběhlé léčbě.	A	POP, ODP/K, RP/K
4.9	Vedení dokumentace: individuální dokumentace /chorobopis/ pacienta/klienta eviduje podrobně léčebný proces. Jsou vedeny záznamy o strukturovaných aktivitách (zápisy ze skupin atd.). Veškerá dokumentace s osobními údaji je důvěrná a zabezpečená proti zneužití.	A*	ODP/K, VP
4.10	Ukončení a přerušení léčby: je předem plánováno s cílem zabezpečit kontinuitu péče (doporučení do ústavního léčení nebo do jiného odborného zařízení), zajistit doléčování a možnost návratu v případě potřeby. I v případě přerušení léčby z vlastního rozhodnutí musí pacient vědět, že má možnost se kdykoliv vrátit.	B	ODP/K, RP/K
4.12	Pravidelně je vyhodnocována efektivita odborného programu, minimálně 1x ročně (Poznámka 5).	C	POP, DP
	4.8Maximum	4.9125	4.10
	4.11Minimum	4.1290	4.13
	4.14Nezbytné (*) : A*=5, B*, C* = min. 3	4.1521	4.16

POZNÁMKY

1. Vedoucí-nelékař by měl mít VŠ sociálního, psychologického nebo pedagogického směru. Ve zdravotnických zařízeních, je-li vedoucím nelékař, musí mít kvalifikovaný lékař ve funkci odborného zástupce úvazek minimálně 0,3 (viz zákon 160/1992 Sb.).
2. Garant (klíčový pracovník) svého klienta sleduje soustavně, dokumentuje důležitá fakta a konsultuje s vedoucím. Každý pacient/klient má být probírán minimálně 1x za 14 dní na týmové poradě.
3. V daném programu se předpokládá především psychoterapeutický proces v řádu týdnů, případně měsíců, dlouhodobý horizont však nelze vyloučit.
4. „Rodičovská skupina“ má v zásadě podpůrný a edukační charakter, nepředpokládá se, že bude řešit individuální psychologické a psychopatologické problémy
5. Pro kvantitativní hodnocení efektivit je relevantní: (a) počet a struktura výkonů a pacientů, (b) četnost mimořádných událostí a režimových komplikací, (c) podíl pacientů zapojených do skupinových a rodinných terapií, (d) návštěvnost skupinových forem práce, (e) četnost časných vypadnutí z léčebného plánu a ze strukturovaných aktivit, (f) četnost úspěšně dokončených léčebných plánů, (g) počet realizovaných doporučení do dalších zařízení, (h) katamnestické sledování pacientů (1,2,3 roky). Nezbytný je průběžný rozbor účinných faktorů a komplikací programu a případová práce na poradách a při supervizi.

5.STACIONÁRNÍ PROGRAMY			
Intenzivní ambulantní péče: strukturované programy denních, popř. nočních či odpoledních stacionářů v délce 3-4 měsíce			
		Bodovací stupnice	Zdroje
5.1	Program je součástí komplexního systému péče v působnosti jedné organizace, případně funguje při ambulantním nebo lůžkovém zdravotnickém či jiném odborném zařízení nebo zcela samostatně s funkční provázaností na další odborná zařízení a organizace. Statut zdravotnického zařízení je žádoucí.		A POP, RV
5.2	Personální zabezpečení		
	5.2.1	Řízení: program je řízen kvalifikovaným odborným pracovníkem/manažerem, s praxí v oblasti skupinové psychoterapie, léčení závislostí, rodinné terapie, kognitivně behaviorálních přístupů apod. V případě, že se jedná o zdravotnické zařízení, řídí se jejich vedení platnými právními předpisy (Poznámka 1)..	A* PA
	5.2.2	Terapeutický tým: multidisciplinární vzhledem k povaze problému, výběr pracovníků se řídí kritérii:	C PA
		a) Vzdělání (lékařské, psychologické, psychoterapeutické, speciálně pedagogické, v oblasti sociální práce, popř. jiné)	
		b) Specializované výcviky (skupinová psychoterapie, individuální psychoterapie psychodynamických, interaktivních a kognitivně behaviorálních směrů, rodinná terapie)	
		c) Praktické zkušenosti a dovednosti	
		d) Osobnostní vloh	
	5.2.3	Zabezpečení provozu: odpovídá specifickým potřebám programu.	C POP, VP
	5.2.4	Kapacita pacientů/klientů na jednoho kvalifikovaného pracovníka: skupina v počtu 6-12.	A DP, RV, RZ
5.3	Cílová populace: osoby závislé na návykových látkách v mírně pokročilém až středním stupni závislosti, s náhledem a silnou motivací k léčbě, se somatickými a psychickými komplikacemi, které nevyžadují lůžkovou péči, sociálně stabilizovaní (např. spolupracující rodina, stálé bydliště). Doporučení z jiných zařízení je vhodné, ale není nezbytné (Poznámka 2)		C POP, ODP/K, RZ, VP

5.4	Zhodnocení stavu pacienta/klienta			
	5.4.1	Anamnestické údaje: odebírány kvalifikovaným pracovníkem před přijetím pacienta/klienta do programu, v případě potřeby konzultovány s lékařem. Anamnéza se průběžně doplňuje (Poznámka 3).	A*	ODP/K, RZ
	5.4.2	Lékařské vyšetření: ve zdravotnických zařízeních se psychiatrické vyšetření a orientační somatické vyšetření provádí u každého pacienta/klienta, v jiných odborných zařízeních se provádí nebo zajišťuje v indikovaných případech. Vyšetření se provádí před přijetím pacienta/klienta do programu s cílem stanovit závažnost psychických a somatických komplikací a vhodnost indikace pro stacionární formu léčby, jeho obsahem pak může být:	A*	ODP/K, RV
		a) Vyšetření praktickým lékařem		
		b) Toxikologické vyšetření moče		
		c) Základní laboratorní vyšetření		
		d) Vyšetření HIV a hepatitidy (nezbytně), dále vyšetření pohlavně přenosných onemocnění		
		e) V případě potřeby vyšetření na graviditu a další odborné výkony		
	5.4.3	Komplexní zhodnocení stavu pacienta/klienta: je provedeno před přijetím pacienta/klienta do programu.	A*	ODP/K, RV
5.5.	Neodkladná péče: je zajištěna s příslušným zdravotnickým zařízením. Je písemně vypracován postup pro urgentní stavy, každý zaměstnanec je proškolen v oblasti kardiopulmonální resuscitace a poskytování první pomoci.		A*	POP, PA, RZ
5.6	Odborná léčebná péče (Poznámka 4).			
	5.6.1	Individuální léčebný plán: zpracován do 5 dnů po přijetí pacienta/klienta s ohledem na individuální podmínky, závažnost onemocnění, přítomnost komplikujících faktorů v oblasti somatické i psychosociální. Léčebný plán je pravidelně revidován (běžně 1x týdně).	B*	ODP/K, RV
	5.6.2	Strukturované aktivity: každý pacient/klient se účastní programu v minimálním rozsahu 15 hodin strukturovaných aktivit týdně (rozdělených alespoň do 5 dnů v týdnu) , v odpoledních stacionářích v minimálním rozsahu 9 hodin (rozdělených alespoň do 3 dnů v týdnu).	A*	POP, DP, RP/K
	5.6.3	Monitorování léčebného procesu: každý pacient/klient má určeného pracovníka –	B*	ODP/K, RV, RZ,

		terapeuta ("garant", "klíčový pracovník"), odpovědného za vedení případu, který sleduje stav pacienta/klienta a plnění léčebného plánu (Poznámka 5).		RP/K
	5.6.4	Základní pravidla léčby: jsou písemně zpracována formou srozumitelnou a přístupnou pacientům/klientům. Definují klíčové principy, při jejichž porušení dochází zpravidla k přerušení léčby, a stanoví postup při porušení dalších pravidel.	C	DP, RP/K, VP
	5.6.5	Denní režim: je písemně zpracován formou přístupnou pacientům/klientům. Zahrnuje rozvrh strukturovaných aktivit, je součástí každého individuálního léčebného plánu.	A	DP, RP/K, VP
	5.6.6	Využívají se prvky terapeutické komunity.	A	POP, DP, RV
	5.6.7	Skupinová terapie: základní terapeutický prostředek, postupy a cíle jsou adekvátní délce programu a potřebám pacienta/klienta (Poznámka 6).	C	POP, DP, RV
	5.6.8	Rodinná (případně partnerská) terapie: prováděna v každém případě, kdy je to možné s ohledem na individuální podmínky pacienta/klienta.	B	POP, DP, RV
	5.6.9	Sociální práce: prováděna s cílem maximálně stabilizovat sociální podmínky pacienta/klienta pro jeho následnou abstinenci (např. v oblasti rodinných vztahů, bydlení, studia, zaměstnání).	B	POP, DP, RV, RZ, RP/K
	5.6.10	Pravidelná a náhodná toxikologická vyšetření: jsou neoddělitelnou součástí stacionárního programu.	A	ODP/K, DP, RV, RP/K
	5.6.11	Farmakoterapie (jen ve zdravotnických zařízeních): slouží k řešení psychických a somatických komplikací a komorbidit. Provádí výhradně lékař podle příslušných předpisů a zásad správné léčebné praxe.	A	ODP/K, RV, RZ
	5.6.12	Princip prevence relapsu: je neoddělitelnou součástí strukturovaných aktivit.	C	POP, DP, RV, RZ, RP/K
	5.6.13	Rehabilitace: slouží ke stabilizaci a zlepšení psychických, somatických a sociálních kapacit pacienta. Využívané prostředky: pracovní terapie, sport, volnočasové aktivity, zátěžové programy.	C	POP, DP, RV, RZ, RP/K
	5.6.14	Služba krizové intervence: v provozu 24 hodin denně pro řešení krizových situací.	B	POP, DP, RV, RZ, RP/K
5.7	Doplňkové programy: např. péče o děti pacientů/klientů, informace, poradenství a edukace.		B	

5.8	Zařízení provádí nebo zajišťuje skupiny pro rodinné příslušníky a partnery pacientů: provádějí se s cílem poskytnout orientaci v problému závislosti, emoční a sociální podporu, mobilizovat zralé chování a zachovat základní fungování rodiny (Poznámka 7).	B	DP
5.9	Zařízení zajišťuje stravu v případě, je-li program delší než 5 hodin bez přerušení. Pro tuto oblast má vypracován vnitřní předpis.	A	POP, RV
5.10	Vedení dokumentace: individuální dokumentace (chorobopis) pacienta/klienta eviduje podrobně léčebný proces. Vedle toho je podrobně zaznamenáván průběh společných strukturovaných aktivit (zápisy z komunit, skupin atd.). Veškerá dokumentace s osobními údaji je důvěrná a zabezpečená proti zneužití.	C*	ODP/K, DP, RV, RZ, VP
5.11	Propouštění pacientů/klientů: je předem plánováno s cílem zabezpečit kontinuitu léčebné péče (doléčování, případně ústavní péče), provázeno příslušným doporučením.	C	ODP/K, RV
5.12	Plán následné péče a resocializace: zpracován při každém propuštění pacienta/klienta, a to i při předčasném ukončení léčby z disciplinárních důvodů, minimálně je pacient/klient srozumitelně informován o potřebě další péče a jsou mu doporučena pracoviště, kde ji může získat. Jsou vypracována pravidla pro opakování léčby.	C	POP, ODP/K, RV
5.13	Fungování multidisciplinárního týmu: týmové porady minimálně 1x týdně, týmové konference minimálně 1x za 3 měsíce. Pořizuje se zápis přístupný všem členům týmu.	C	DP, RZ
5.14	Hodnocení efektivity: v pravidelných intervalech, minimálně 1x ročně (Poznámka 8).	C	POP, DP
	Maximum	160	
	Minimum	120	
	Nezbytné (*) : A*=5, B*, C* = min. 3	39	

POZNÁMKY

1. Vedoucí-nelékař by měl mít VŠ sociálního, psychologického nebo pedagogického směru. Ve zdravotnických zařízeních, je-li vedoucím nelékař, musí mít kvalifikovaný lékař ve funkci odborného zástupce úvazek minimálně 0,3 (viz zákon 160/1992 Sb.).
2. Stacionární program je náročný a má své určité indikace, za kterých může být efektivní.
3. Nedoporučuje se odebírat anamnestické údaje pouze pomocí dotazníku vyplňovaného pacientem/klientem.
4. Případně odborná péče v nezdravotnických zařízeních.
5. Garant (klíčový pracovník) svého klienta sleduje soustavně a dokumentuje důležitá fakta. Každý pacient/klient je pak probírán 1x týdně na týmové poradě.

6. *Adekvátním cílem tříměsíčního programu nemůže být například změna osobnosti nebo úplná úprava závažné psychopatologie. Skupinová terapie má být vhodně doplňována jinými strukturovanými aktivitami (kluby, pracovní terapie, kultura, sport atd.).*
7. *„Rodičovská skupina“ má v zásadě podpůrný a edukační charakter, nepředpokládá se, že bude řešit individuální psychologické a psychopatologické problémy*
8. *Pro kvantitativní hodnocení efektivity je relevantní: (a) počet a struktura výkonů a pacientů/klientů, (b) naplnění kapacity programu, (c) četnost mimořádných událostí a režimových komplikací, (d) návštěvnost otevřených skupinových forem práce, jako jsou skupiny pro rodiče a partnery nebo přípravné-motivační skupiny, (e) četnost časných vypadnutí z programu, (f) četnost vypadnutí v první třetině programu, (g) četnost úspěšně dokončených léčebných plánů, (h) katamnestické sledování pacientů se zjišťováním počtu abstinujících a event. navštěvujících další programy (1,2,3 roky). Nezbytný je průběžný rozbor účinných faktorů a komplikací programu a případová práce na poradách a při supervizi.*

6. KRÁTKODOBÁ A STŘEDNĚDOBÁ ÚSTAVNÍ LÉČBA

Lůžková péče na samostatných odděleních psychiatrických léčeben a klinik, na samostatných specializovaných odděleních všeobecných nemocnic, případně v samostatných zdravotnických zařízeních, v obvyklém rozsahu 5-14 týdnů (Poznámka 1)

		<i>Bodovací stupnice</i>	<i>Zdroje</i>
6.1	Program je součástí komplexního systému péče v působnosti jedné organizace, případně funguje jako součást lůžkového zdravotnického zařízení nebo zcela samostatně s funkční provázaností na další odborná zařízení a organizace. Statut lůžkového zdravotnického zařízení je nezbytný.	A	POP, RV
6.2	Personální zabezpečení		
	6.2.1 Řízení: program je řízen kvalifikovaným vedoucím lékařem s atestací 2.stupně z psychiatrie či s nástavbovou atestací v oboru AT, s praxí v oblasti psychiatrie, psychoterapie, léčení závislostí.	A*	PA
	6.2.2 Terapeutický tým: multidisciplinární vzhledem k povaze problému, převažují zdravotničtí pracovníci.	C	PA
	6.2.3 Zabezpečení provozu: nepřetržitý nemocniční provoz.	A	POP, VP
6.3	Cílová populace: osoby závislé na návykových látkách v pokročilém, středním, ve výjimečných a odůvodněných případech až těžkém stupni závislosti, často s přítomností komplikujících faktorů (psychiatrická, somatická komorbidita). Doporučení z jiných zařízení je žádoucí, ale nikoliv nezbytné.	C	POP, ODP/K, RZ, VP
6.4	Zhodnocení stavu pacienta		
	6.4.1 Anamnestické údaje: odebírány lékařem (nebo sestrou a konzultovány s lékařem) při přijetí pacienta. Anamnéza se průběžně doplňuje (Poznámka 2).	B	ODP/K, RZ
	6.4.2 Lékařské vyšetření: provedeno při přijetí pacienta, obsahuje:	C	POP, ODP/K, RZ
	a) Komplexní psychiatrické a somatické vyšetření	A	
	b) Toxikologické vyšetření moče, případně krve	A	
	c) Základní laboratorní vyšetření	A	
	d) Vyšetření na HIV, hepatitidy a pohlavně přenosná onemocnění	A	
	e) V případě potřeby vyšetření na graviditu a další odborné výkony	A	
	6.4.3 Další odborná vyšetření a konsilia dalších specialistů jsou bezprostředně dosažitelná a předem zajištěná.	B	

	6.4.4	Komplexní zhodnocení stavu pacienta/klienta: je provedeno do 48 hodin po přijetí pacienta.	B	
6.5		Neodkladná péče: je písemně vypracován postup pro urgentní stavy s předem zajištěnou specializovanou zdravotní péčí, každý zaměstnanec je proškolen v oblasti kardiopulmonální resuscitace a poskytování první pomoci.	A*	POP, PA, RZ
6.6		Odborná léčebná péče		
	6.6.1	Individuální léčebný plán: zpracován lékařem do 24, nejpozději do 48 hodin po přijetí pacienta s ohledem na individuální podmínky, závažnost onemocnění, přítomnost komplikujících faktorů v oblasti somatické i psychosociální. Zahrnuje i případnou farmakoterapii. Léčebný plán je pravidelně hodnocen a revidován (běžně 1x týdně).	B	ODP/K, RV, RZ
	6.6.2	Strukturované aktivity: každý pacient/klient se účastní programu v minimálním rozsahu 20 hodin strukturovaných aktivit týdně, rozdělených alespoň do 5 pracovních dnů.	C	POP, DP
	6.6.3	Monitorování léčebného procesu: každý pacient/klient má určeného lékaře, psychologa či odborně vzdělaného psychoterapeuta odpovědného za vedení případu, který denně hodnotí stav pacienta/klienta a plnění léčebného plánu. (Poznámka 3).	A	ODP/K, RV, RZ, RP/K
	6.6.4	Základní pravidla léčby: jsou zpracována písemně a ve srozumitelné podobě přístupná pacientům. Definují klíčové principy, při jejichž porušení dochází zpravidla k přerušení léčby, a stanoví postup při porušení jiných pravidel.	C	POP, VP, RP/K
	6.6.5	Denní léčebný režim je písemně zpracován včetně rozvrhu strukturovaných aktivit, je součástí každého individuálního léčebného plánu.	A	DP, VP, RP/K
	6.6.6	Oddělení má charakter terapeutické komunity.	A	VP, DP
	6.6.7	Skupinová terapie: základní terapeutický prostředek, postupy a cíle jsou adekvátní délce programu a potřebám pacienta/klienta (Poznámka 4).	C	POP, RV, DP
	6.6.8	Rodinná (případně partnerská) terapie: prováděna v každém případě, kdy je to možné s ohledem na individuální podmínky pacienta/klienta.	B	POP, RV, DP, RP/K
	6.6.9	Sociální práce: prováděna s cílem	B	POP, RV,

		maximálně stabilizovat sociální podmínky pacienta/klienta pro jeho následnou abstinenci (např. v oblasti rodinných vztahů, bydlení, studia, zaměstnání).		DP, RP/K
	6.6.10	Pravidelná a náhodná toxikologická vyšetření: jsou součástí programu v závislosti na jeho charakteru.	A	ODP/K, DP, RV, RP/K
	6.6.11	Farmakoterapie: slouží k řešení psychických a somatických komplikací a komorbidit. Provádí výhradně lékař podle příslušných předpisů a zásad správné léčebné praxe.	A	ODP/K, RV, RZ
	6.6.12	Program prevence relapsu: je neoddělitelnou součástí strukturovaných aktivit.	C	POP, RV, DP, RP/K
	6.6.13	Rehabilitace: slouží ke stabilizaci a zlepšení psychických, somatických a sociálních kapacit pacienta. Využívané prostředky: pracovní terapie, sport, zátěžové programy, trénink sociálních dovedností.	C	POP, RV, DP, RP/K
6.7	Doplňkové programy: např. péče o děti pacientů/klientů, informace, poradenství a vzdělávání.		B	POP, RV, DP
6.8	Skupiny pro rodinné příslušníky a partnery pacientů: provádějí se či jsou zajišťovány s cílem poskytnout orientaci v problému závislosti, emoční a sociální podporu, mobilizovat zralé chování a zachovat základní fungování rodiny (Poznámka 5).		B	POP, RV, DP
6.9	Strava a diety – odpovídají nemocničním standardům a hygienickým normám.		A	POP
6.10	Vedení dokumentace: individuální dokumentace (chorobopis) pacienta eviduje podrobně léčebný proces. Vedle toho je dokumentován průběh a obsah společných strukturovaných aktivit (zápisy z komunit, skupin atd.). Veškerá dokumentace s osobními údaji je důvěrná a zabezpečená proti zneužití.		C*	ODP/K, DP, RV, VP
6.11	Propouštění pacientů/klientů: je předem plánováno s cílem zabezpečit kontinuitu léčebné péče (ambulantní a stacionární péče, dlouhodobá rezidenční péče, doléčování), provázeno příslušným doporučením.		C	ODP/K, RV
6.12	Plán následné péče a resocializace: zpracován při každém propuštění pacienta/klienta, a to i při předčasném ukončení léčby z disciplinárních důvodů, minimálně je pacient/klient srozumitelně informován o potřebě další péče a jsou mu doporučena pracoviště, kde ji může získat. Jsou vypracována pravidla pro opakování léčby.		C	POP, ODP/K, RV
6.13	Fungování multidisciplinárního týmu: týmové porady minimálně 1x týdně, týmové konference minimálně 1x za půl roku. Zápisy jsou přístupné všem členům týmu.		C	DP, RZ

6.14	Hodnocení efektivity: v pravidelných intervalech, minimálně 1x ročně (Poznámka 7).	C	POP, DP
	Maximum	180	
	Minimum	140	
	Nezbytné (*) : A*=5, B*, C* = min. 3	13	

POZNÁMKY

1. Platí i pro nemocniční léčbu v délce nad 14 týdnů.
2. Nedoporučuje se odebírat anamnestické údaje pouze pomocí dotazníku vyplňovaného pacientem/klientem.
3. Lékař svého pacienta sleduje soustavně a dokumentuje důležitá fakta. Každý pacient je pak probírán 1x týdně s vedoucím lékařem a/nebo na týmové poradě.
4. Adekvátním cílem programu nemůže být například změna osobnosti nebo úplná úprava závažné psychopatologie.
5. „Rodičovská skupina“ má v zásadě podpůrný a edukační charakter, nepředpokládá se, že bude řešit individuální psychologické a psychopatologické problémy.
6. U zdravotnických pracovníků je třeba mít na zřeteli předpisy pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků.
7. Pro kvantitativní hodnocení efektivity je relevantní: (a) počet a struktura výkonů a pacientů/klientů, (b) naplnění kapacity programu, (c) četnost mimořádných událostí a režimových komplikací, (d) návštěvnost otevřených skupinových forem práce, jako jsou skupiny pro rodiče a partnery nebo přípravné-motivační skupiny, (e) četnost časných vypadnutí z programu, (f) četnost vypadnutí v první třetině programu, (g) četnost úspěšně dokončených léčebných plánů, (h) počet a struktura realizovaných doporučení do dalších zařízení, (i) katamnestické sledování pacientů (1,2,3 roky). Nezbytný je průběžný rozbor účinných faktorů a komplikací programu a případová práce na poradách a při supervizi.

7. REZIDENČNÍ PÉČE V TERAPEUTICKÝCH KOMUNITÁCH			
Střednědobá a dlouhodobá lůžková odborná péče v zařízeních typu terapeutických komunit, obvykle v délce 6-18 měsíců (Poznámky 1,2)			
		Bodovací stupnice	Zdroje
7.1	Program je součástí komplexního systému péče v působnosti jedné organizace, případně funguje jako samostatná organizace s funkční provázaností na další odborná zařízení a organizace, jako zařízení sociálních služeb nebo jako samostatné oddělení – pobočka lůžkového zdravotnického zařízení. Kromě posledního případu statut zdravotnického zařízení není obvyklý (Poznámka 3).		A POP, RV
7.2	Personální zabezpečení		
	7.2.1	Řízení: program je řízen kvalifikovaným odborným pracovníkem/manažerem, s praxí v terapeutické komunitě, skupinové psychoterapii, léčení závislostí, rodinné terapii, kognitivně behaviorálních přístupech apod. (Poznámka 4).	A* PA
	7.2.2	Terapeutický tým: multidisciplinární vzhledem k povaze problému a specifickým charakteristikám pacientů/klientů, výběr pracovníků se řídí kritérii:	C PA
		a) Vzdělání (lékařské, psychologické, psychoterapeutické, speciálně pedagogické, v oblasti sociální práce, popř. jiné)	
		b) Specializované výcviky (skupinová a individuální psychoterapie psychodynamických, interaktivních a kognitivně behaviorálních směrů, rodinná terapie, sociální komunikace)	
		c) Praktické zkušenosti a dovednosti	
		d) Osobnostní vloh	
	7.2.3	Zabezpečení provozu: nepřetržitá služba kvalifikovaného pracovníka-terapeuta či zdravotní sestry.	A POP, VP
	7.2.4	Kapacita pacientů/klientů na jednoho kvalifikovaného pracovníka je v rámci odborného programu max. 10 pacientů/klientů.	A POP, RV, RZ
7.3	Cílová populace: osoby závislé na návykových látkách ve středním až těžkém stupni závislosti, často s kriminální anamnézou a těžším psychosociálním, případně i somatickým poškozením. Doporučení z jiných zařízení je vhodné, ale není nezbytné (Poznámka 5).		C POP, ODP/K, RZ, VP

7.4	Zhodnocení stavu pacienta/klienta			
	7.4.1	Anamnestické údaje: odebírány kvalifikovaným pracovníkem při nástupu pacienta/klienta do programu, v případě potřeby konzultovány s lékařem. Anamnéza se průběžně doplňuje (Poznámka 6).	B	ODP/K, RZ
	7.4.2	Lékařské vyšetření: provádí se před nástupem pacienta/klienta do programu, nejpozději do 1 týdne po nástupu, s cílem stanovit závažnost psychických a somatických komplikací a vhodnost indikace pro daný typ rezidenčního programu, obsahuje:	C	POP, ODP/K, RZ
		a) Psychiatrické a somatické vyšetření	A	
		b) Toxikologické vyšetření moče	A	
		c) Základní laboratorní vyšetření	A	
		d) Vyšetření HIV, hepatitidy a pohlavně přenosná onemocnění	A	
		e) V případě potřeby vyšetření na graviditu a další odborné výkony	A	
	7.4.3	Opakované vyšetření: v případě propuštění a nového přijetí pacienta/klienta do 90 dnů určí rozsah vyšetření lékař, nad 90 dní se celé vyšetření opakuje.	B	
	7.4.4	Základní vstupní zhodnocení stavu pacienta/klienta: je provedeno nejpozději do 3 dnů po nástupu. Před nástupem je nutné minimálně vyloučit závažnější akutní stav psychický či somatický včetně akutních infekční onemocnění.	B	
7.5	Základní lékařská péče: pokud v zařízení nepracuje denně lékař, je zajištěna smluvně v nejbližším okolí, např. u praktického lékaře.		A	POP
7.6	Neodkladná péče: je smluvně zajištěna s příslušným zdravotnickým zařízením. Je písemně vypracován postup pro urgentní stavy, každý zaměstnanec je proškolen v oblasti kardiopulmonální resuscitace a poskytování první pomoci.		A*	POP, PA, RZ
7.7	Odborná péče			
	7.7.1	Individuální léčebný plán: zpracován do 14 dnů po přijetí pacienta/klienta s ohledem na individuální podmínky, závažnost onemocnění, přítomnost komplikujících faktorů v oblasti somatické i psychosociální. Léčebný plán je pravidelně revidován (minimálně 2 x měsíčně).	B	ODP/K, RV, RZ
	7.7.2	Strukturované aktivity: každý pacient/klient se účastní programu v minimálním rozsahu 20 hodin strukturovaných aktivit (např. skupinová psychoterapie a skupinové	A*	POP, DP

		poradenství, komunitní setkání) týdně, rozdělených alespoň do 5 pracovních dnů.		
	7.7.3	Monitorování léčebného procesu: každý pacient/klient má určeného pracovníka – terapeuta (“garant”, “klíčový pracovník”), odpovědného za vedení případu, který pravidelně, minimálně 1x týdně hodnotí stav pacienta/klienta a plnění léčebného plánu (Poznámka 7).	A	ODP/K, RV, RZ, RP/K
	7.7.4	Základní pravidla léčby: jsou písemně zpracována formou srozumitelnou a přístupnou pacientům/klientům. Definují klíčové principy, při jejichž porušení dochází zpravidla k přerušení léčby, a stanoví postup při porušení dalších pravidel.	C	POP, VP, RP/K
	7.7.5	Denní režim: je konsistentní a stabilní, písemně zpracován formou přístupnou pacientům/klientům. Je součástí každého individuálního plánu. Zahrnuje rozvrh strukturovaných aktivit, k nimž nezbytně patří aktivity terapeutické, výchovné, rehabilitační a pracovní:	C	POP, DP, VP, RP/K
		a) Terapeutické aktivity (skupinová, individuální podpůrná, rodinná terapie)	A	
		b) Výchova a vzdělávání, posilování a rozvíjení odpovědného chování	A	
		c) Pracovní terapie s cílem získat, obnovit a upevnit pracovní návyky a dovednosti	A	
		d) Volnočasové, sportovní, zátěžové programy a jiné rehabilitační aktivity:	A	
	7.7.6	Strukturovaný proces: obsahuje popis terapeutických fází (obvykle 3 fáze) a podmínky přestupu. Je písemně zpracován formou srozumitelnou a přístupnou pacientům/klientům.	C	POP, DP, RP/K
	7.7.7	Plně se využívají účinné faktory terapeutické komunity.	C	POP, DP, VP
	7.7.8	Skupinová terapie: základní terapeutický prostředek, postupy a cíle jsou adekvátní délce programu a potřebám pacienta/klienta (Poznámka 8).	C	POP, RV, DP
	7.7.9	Práce s členy rodiny a partnery: prováděna v každém případě, kdy je to možné s ohledem na individuální podmínky pacienta/klienta skupinovou a individuální formou s cílem poskytnout orientaci v problému závislosti a jejího léčení, emoční a sociální podporu, mobilizovat zralé chování a zachovat základní fungování rodiny (Poznámka 9).	B	POP, RV, DP, RP/K

	7.7.10	Sociální práce: prováděna s cílem maximálně stabilizovat sociální podmínky pacienta/klienta pro jeho následnou abstinenci (např. v oblasti rodinných vztahů, bydlení, studia, zaměstnání).	B	POP, RV, ODP/K, RP/K
	7.7.11	Pravidelná a náhodná toxikologická vyšetření: jsou neoddělitelnou součástí programu rezidenční péče.	A	ODP/K, DP, RV, RP/K
	7.7.12	Farmakoterapie: slouží k řešení psychických a somatických komplikací a komorbidit. Provádí výhradně lékař podle příslušných předpisů a zásad správné léčebné praxe.	A	ODP/K, RV, RZ
	7.7.13	Program prevence relapsu: je neoddělitelnou součástí strukturovaných aktivit.	C	POP, RV, DP, RP/K
	7.7.14	Rehabilitace: slouží ke stabilizaci, zlepšení a rozvinutí psychických, somatických a sociálních kapacit pacienta. Využívané prostředky: rehabilitační techniky a procedury, různě dlouhé rehabilitační pobyty v přírodě.	C	POP, RV, DP, RP/K
7.8		Doplňkové programy: např. péče o děti pacientů/klientů, informace, poradenství a vzdělávání.	B	POP, RV, DP
7.9		Strava – minimálně 3x denně plnohodnotná strava, odpovídající základním hygienickým normám. Stravu nelze vynechat z disciplinárních důvodů.	A	POP, VP, RP/K
7.10		Vedení dokumentace: individuální dokumentace (chorobopis) pacienta/klienta eviduje podrobně léčebný proces. Vedle toho je podrobně zaznamenáván průběh společných strukturovaných aktivit (zápisy z komunit, skupin atd.). Veškerá dokumentace s osobními údaji je důvěrná a zabezpečená proti zneužití.	C*	ODP/K, DP, RV, VP
7.11		Propouštění pacientů/klientů: je předem plánováno s cílem zabezpečit kontinuitu léčebné péče (doléčování), provázeno příslušným doporučením.	C	ODP/K, RV
7.12		Plán následné péče a resocializace: zpracován při každém propuštění pacienta/klienta, a to i při předčasném ukončení léčby z disciplinárních důvodů, minimálně je pacient/klient srozumitelně informován o potřebě další péče a jsou mu doporučena pracoviště, kde ji může získat. Jsou vypracována pravidla pro opakování léčby.	C	POP, ODP/K, RV
7.13		Fungování multidisciplinárního týmu: týmové porady minimálně 1x týdně, týmové konference minimálně 1x za 3 měsíce. Zápisy jsou přístupné všem členům týmu.	C	DP, RZ
7.14		Hodnocení efektivity: v pravidelných intervalech, minimálně 1x ročně (Poznámka 10).	C	POP, DP
		Maximum	210	

	Minimum	160	
	Nezbytné (*) : A* =5, C* = min. 3	18	

POZNÁMKY

1. *Pro terapeutickou komunitu (TK) je typická vnitřní terapeuticko-sociální organizace s definovanými a plně využívanými účinnými faktory, nikoliv vnější znaky nebo typ klientely.*
2. *Doba pobytu může být i delší než zde uvedených 18 měsíců, ale z odborného hlediska se doporučuje zvažovat účelnost pobytu nad 12 měsíců.*
3. *Doporučuje se, aby i nezdravotnická zařízení zaměstnávala lékaře aspoň na minimální úvazek.*
4. *Vedoucí-nelékař by měl mít VŠ sociálního, psychologického nebo pedagogického směru. Ve zdravotnických zařízeních, je-li vedoucím nelékař, musí mít kvalifikovaný lékař ve funkci odborného zástupce úvazek minimálně 0,3 (viz zákon 160/1992 Sb.).*
5. *Psychologický, zdravotní a sociální stav klientů TK vyžaduje (a v budoucnosti bude ještě více vyžadovat) komplexní odborný přístup, nikoliv pouze laickou podporu a dohled.*
6. *Nedoporučuje se odebírat anamnestické údaje pouze pomocí dotazníku vyplňovaného pacientem/klientem.*
7. *Garant (klíčový pracovník) svého klienta sleduje soustavně, dokumentuje důležitá fakta a konsultuje s vedoucím. Každý pacient/klient má být probírán minimálně 1x za 14 dní na týmové poradě.*
8. *Doporučuje se obecně formulovat cíle ve smyslu podpory růstu a dozrání osobnosti. Skupinová terapie má kromě jiného reagovat na dění a prožívání v TK a umožnit klientovi, aby působení TK zpracoval a využil. Má být rovněž vhodně vyvážena jinými strukturovanými aktivitami (kluby, pracovní terapie, kultura, sport atd.).*
9. *Doporučuje se, aby ty TK, které běžné rodičovské skupiny samy z praktických důvodů neprovádějí (velká vzdálenost, klienti z různých měst), organizovaly zapojení rodičů jinou vhodnou formou a/nebo nabízely rodinným příslušníkům svých klientů podpůrné skupiny v místě bydliště ve spolupráci s jinými organizacemi.*
10. *Pro kvantitativní hodnocení efektivity je relevantní: (a) počet a struktura výkonů a pacientů/klientů, (b) naplnění kapacity programu, (c) četnost mimořádných událostí a režimových komplikací, (d) návštěvnost otevřených skupinových forem práce, jako jsou skupiny pro rodiče a partnery nebo přípravné-motivační skupiny, (e) četnost časných vypadnutí z programu, (f) četnost vypadnutí v první třetině programu, (g) četnost úspěšně dokončených léčebných plánů, (h) počet a struktura realizovaných doporučení do dalších zařízení, zejména zajištěné doléčování, (i) katamnestické sledování pacientů/klientů (1,2,3 roky). Nezbytný je průběžný rozbor účinných faktorů a komplikací programu a případová práce na poradách a při supervizi.*

8. AMBULANTNÍ DOLÉČOVACÍ PROGRAMY			
Část A: Strukturované programy intenzivního ambulantního doléčování, částečně na principu odpoledních stacionářů, v délce minimálně 6 měsíců			
		Bodovací stupnice	Zdroje
8.1	Program je součástí komplexního systému péče v působnosti jedné organizace, případně funguje při ambulantním nebo lůžkovém zdravotnickém či jiném odborném zařízení nebo zcela samostatně s funkční provázaností na další odborná zařízení a organizace. Statut zdravotnického zařízení není nezbytný.		A POP, RV
8.2	Personální zabezpečení		
	8.2.1	Řízení: program je řízen kvalifikovaným odborným pracovníkem/manažerem, s praxí v léčení a doléčování závislostí, skupinové a rodinné terapie, kognitivně behaviorálních přístupech apod. V případě, že se jedná o zdravotnické zařízení, řídí se jejich vedení platnými právními předpisy (Poznámka 1)..	A* PA
	8.2.2	Terapeutický tým: multidisciplinární vzhledem k povaze problému, včetně ex-userů, výběr pracovníků se řídí kritérii:	C PA
		e) Vzdělání (lékařské, psychologické, psychoterapeutické, speciálně pedagogické, v oblasti sociální práce, popř. jiné)	
		f) Specializované výcviky (skupinová psychoterapie, individuální psychoterapie psychodynamických, interaktivních a kognitivně behaviorálních směrů, rodinná terapie)	
		g) Praktické zkušenosti a dovednosti	
		h) Osobnostní vloh	
	8.2.3	Zabezpečení provozu: těžiště strukturovaných aktivit v odpoledních a večerních hodinách, případně o víkendech, s ohledem na studium či zaměstnání klientů.	C POP, VP
	8.2.4	Kapacita pacientů/klientů v terapeutické skupině na jednoho kvalifikovaného pracovníka, který poskytuje odbornou péči ve strukturovaných programech je max. 12 pacientů/klientů.	A POP, RV, RZ

8.3	Cílová populace: abstinující osoby s anamnézou závislosti na návykových látkách s doporučenou minimální dobou abstinence 3 měsíce. Preference osob, které absolvovaly detoxifikaci a minimálně krátkodobou léčbu (ambulantní či residenční), s náhledem a motivací k dlouhodobé abstinenci, se zajištěným bydlením. Doporučení z jiných zařízení je vhodné, ale nikoliv nezbytné (Poznámka 2)		C	POP, ODP/K, RZ, VP
8.4	Zhodnocení stavu pacienta/klienta			
	8.4.1	Anamnestické údaje: odebírány kvalifikovaným pracovníkem před přijetím pacienta/klienta do programu, doplňování údajů poskytnutých zařízením, kde se klient předtím podrobil denní, ústavní nebo rezidenční péči., v případě potřeby konzultovány s lékařem (Poznámka 3).	B	ODP/K, RZ
	8.4.2	Lékařské vyšetření: ve zdravotnických zařízeních se psychiatrické vyšetření a orientační somatické vyšetření provádí u každého pacienta/klienta, v jiných odborných zařízeních se provádí nebo zajišťuje v indikovaných případech, ale zejména tehdy, pokud pacient/klient nebyl předtím v kontaktu se zdravotnickým zařízením. Vyšetřuje či zajišťuje se především:	C	POP, ODP/K, RZ
		a) vyšetření praktickým lékařem, příp.jiné somatické vyšetření		
		b) toxikologické vyšetření moče		
		c) základní laboratorní vyšetření		
		d) vyšetření na HIV, hepatitidy a pohlavně přenosná onemocnění		
		e) v případě potřeby vyšetření na graviditu a další odborné výkony		
		f) psychologické vyšetření v indikovaných případech		
	8.4.3	Komplexní zhodnocení stavu pacienta/klienta: je provedeno před přijetím pacienta/klienta do strukturovaného programu. Jeho součástí je i zhodnocení dokumentace z předchozí odborné péče.	B	
8.5	Neodkladná péče: Je písemně vypracován postup pro urgentní stavy, každý zaměstnanec je proškolen v oblasti kardiopulmonální resuscitace a poskytování první pomoci.		A*	POP, PA, RZ
8.6	Odborná péče			
	8.6.1	Individuální plán odborné péče: zpracován do 21 dnů po přijetí pacienta/klienta s ohledem na individuální podmínky, závažnost předchozího onemocnění, přítomnost komplikujících faktorů v oblasti	C*	ODP/K, RV, RZ, RP/K

		somatické i psychosociální. Plán je pravidelně hodnocen (běžně 1x za 14 dní).		
	8.6.2	Strukturované aktivity: každý pacient/klient se účastní programu v rozsahu stanoveném individuálním plánem podle závažnosti problému a fáze účasti v programu (Poznámka 4).	C*	POP, DP, ODP/K
	8.6.3	Monitorování doléčovacího procesu: každý pacient/klient má určeného kvalifikovaného pracovníka – garanta, odpovědného za vedení případu, který soustavně hodnotí stav pacienta/klienta a plnění léčebného plánu (Poznámka 5).	B	ODP/K, RV, RZ RP/K
	8.6.4	Základní pravidla doléčování: jsou písemně zpracována formou srozumitelnou a přístupnou pacientům/klientům. Definují klíčové principy, při jejichž porušení dochází zpravidla k přerušení programu, a stanoví postup při porušení dalších pravidel. Pravidla zejména jasně definují postup v případě relapsu a následné kroky, včetně možnosti podrobit se toxikologickému vyšetření moči.	C	POP, VP, RP/K
	8.6.5	Režim programu: je písemně zpracován formou přístupnou pacientům/klientům. Zahrnuje rozvrh strukturovaných aktivit, je součástí každého individuálního léčebného plánu.	A	POP, ODP/K, VP, RP/K
	8.6.6	Strukturovaný proces: obsahuje popis fází doléčování (obvykle 3 fáze, viz 8.6.2) a podmínky přestupu. Je písemně zpracován formou srozumitelnou a přístupnou pacientům/klientům.	C	POP, DP, VP, RP/K
	8.6.7	Skupinové formy práce:		POP, DP, RV, RP/K
		a) Skupinová terapie: základní terapeutický prostředek, postupy a cíle jsou adekvátní délce programu a potřebám pacienta/klienta (Poznámka 6).	C	
		b) Otevřené skupiny: podpůrné aktivity, vhodné pro nabídku po skončení základního programu nebo pro příležitostnou účast při dlouhodobém nepravidelném kontaktu	B	
		c) Samořídící skupiny nebo skupiny vedené ex-usery: vhodné pro definovaný okruh problémů, pro nabídku po skončení základního programu nebo pro příležitostnou účast při dlouhodobém nepravidelném kontaktu	B	POP, DP, RV, RP/K
	8.6.8	Rodinná (případně partnerská) terapie:	B	POP, DP,

		prováděna v každém případě, kdy je to možné s ohledem na individuální podmínky pacienta/klienta.		RV, RP/K
	8.6.9	Sociální práce: neoddělitelná součást doléčovacího programu, prováděna s cílem optimalizovat sociální podmínky pacienta/klienta pro jeho sociální integraci a vytrvání v abstinenci (např. v oblasti rodinných vztahů, bydlení, studia, zaměstnání).	C*	POP, RV, DP, ODP/K, RP/K
	8.6.10	Toxikologická vyšetření: využívají se v indikovaných případech.	A	ODP/K, DP, RV, RP/K
	8.6.11	Farmakoterapie: slouží k řešení psychických a somatických komplikací a komorbidit. Provádí výhradně lékař podle příslušných předpisů a zásad správné léčebné praxe.	A	ODP/K, RV, RZ
	8.6.12	Program prevence relapsu: je neoddělitelnou součástí doléčovacího programu, a jeho strukturovaných aktivit, zahrnuje i kognitivně-behaviorální management relapsu (Poznámka 7).	C*	POP, RV, DP, RP/K
	8.6.13	Rehabilitace: slouží k optimalizaci psychických, somatických a sociálních kapacit pacienta a k osvojení zdravých způsobů trávení volného času. Využívané prostředky: rehabilitační techniky a procedury, sportovní aktivity, různě dlouhé rehabilitační pobyty v přírodě, socioterapeutické kluby.	C	POP, RV, DP, RP/K
	8.6.14	Služba krizové intervence: pro pacienty/klienty programu dle denního provozu zařízení, informace o krizových linkách a centrech pro dobu mimo provoz zařízení.	B	POP, RV, RZ, DP, RP/K
8.7	Doplňkové programy: podle potřeby např. programy pro specifické skupiny klientů (ženy, gayové, minority), informace, poradenství a edukace.		B	POP, DP
8.8	Skupiny pro rodinné příslušníky a partnery pacientů: zařízení je provádí nebo zajišťuje dle individuálních podmínek a potřeb především s cílem poskytnout orientaci a získat podporu v problémech doléčování, abstinence, relapsů a sociální integrace (Poznámka 8).		B	POP, DP
8.9	Vedení dokumentace: individuální dokumentace (chorobopis) pacienta/klienta eviduje podrobně doléčování. Vedle toho je podrobně zaznamenáván průběh společných strukturovaných aktivit (zápisy ze skupin atd.). Veškerá dokumentace s osobními údaji je důvěrná a zabezpečená proti zneužití.		C*	ODP/K, DP, RV, VP

8.10	Propouštění pacientů/klientů: je předem plánováno s cílem zabezpečit možnost dalších kontaktů pro podporu a pomoc v případě potřeby či krize, nebo jinou odbornou péči včetně příslušného doporučení.	C	ODP/K, RV
	Závěrečné zhodnocení je zpracováno při každém propuštění, a to i při předčasném ukončení programu z disciplinárních důvodů nebo z důvodů návratu k drogové kariéře, minimálně je pacient/klient srozumitelně informován o potřebě další péče a jsou mu doporučena pracoviště, kde ji může získat	C	POP, ODP/K, RV
8.11	Fungování multidisciplinárního týmu: týmové porady minimálně 1x týdně, týmové konference minimálně 1x za 3 měsíce. Zápisy jsou přístupné všem členům týmu.	C	DP, RZ
8.12	Hodnocení efektivity: v pravidelných intervalech, minimálně 1x ročně (Poznámka 11).	C	POP, DP
	Celkem A – maximum	165	
	Celkem A – minimum	125	
	Nezbytné (*) : A*=5, C* = min. 3	25	
	Část B:Chráněné bydlení (Poznámka 9): Součástí léčebného programu může být chráněné bydlení. Chráněné bydlení je prostředek sociální stabilizace klienta formou přechodně poskytovaného ubytování.		
8.13	8.13.1 Podmínky ubytování jsou obsahem zvláštní písemné smlouvy mezi klientem a zařízením.	A*	DP
	8.13.2 Doba ubytování: ubytování je poskytováno na omezenou dobu, nutnou k sociální stabilizaci klienta (zaměstnání a nalezení samostatného bydlení). Doba je stanovena předem (při vstupu klienta do programu), je prodlužována jen ve výjimečných případech. Je jasně uvedena v písemné smlouvě.	A	DP
	8.13.3 Ve všech podobách chráněného bydlení je dostatečně zajištěno soukromí klientů.	B	VP
	8.13.4 Pokoje chráněného bydlení jsou vybaveny základním nábytkem a kuchyňským zařízením, je možnost využívat lednici a pračku.	C	VP
	8.13.5 Bydlícím klientům jsou byty dostupné 24 hodin denně.	A	DP, VP
	8.13.6 Klient se finančně podílí na nákladech ubytování částkou stanovenou ve smlouvě.	A	DP
	8.13.7 Pravidla chráněného bydlení jsou písemně zpracována ve Statutu chráněného bydlení, který je nedílnou součástí písemné smlouvy.	A*	DP
	8.13.8 Podmínkou poskytnutí ubytování je účast klienta v léčebném programu podle individuálního terapeutického plánu.	A	DP

	8.13.9	Pro zabezpečení provozu chráněného bydlení je vyčleněn pracovník multidisciplinárního týmu. Personál poskytuje servis v rozsahu, který je v jednotlivých programech jasně definován a o kterém jsou klienti podrobně informováni.	C	POP, PA
		Maximum	45	
		Minimum	35	
		Nezbytné (*) : A*=5	10	
	Část C:Chráněné pracovní programy (Poznámka 10). Součástí doléčovacího programu mohou být chráněné pracovní programy. Chráněné pracovní programy slouží k zvýšení pracovních dovedností až do úrovně rekvalifikace, zpevnění pracovních návyků a získání práce u externího zaměstnavatele			
8.14	8.14.1	Délka poskytování chráněných pracovních programů: na omezenou, nezbytně nutnou dobu.	B	POP, DP
	8.14.2	Podmínky chráněných pracovních programů jsou obsahem zvláštní písemné smlouvy mezi klientem a zařízením. Klient pracuje s řádně uzavřenou pracovní smlouvou neodporující zákoníku práce.	A*	DP
	8.14.3	Délka poskytování chráněných pracovních programů je prodlužována v indikovaných případech dle klientovy situace. Doba je jasně uvedena v pracovní smlouvě.	A	DP
	8.14.4	Pravidla chráněných pracovních programů jsou písemně zpracována ve Statutu chráněného pracovního programu, který je nedílnou součástí písemné pracovní smlouvy	A*	DP
	8.14.5	Podmínkou poskytnutí chráněných pracovních programů je účast klienta na terapeutickém programu podle terapeutického plánu.	A	DP
	8.14.6	Pro zabezpečení provozu chráněných pracovních programů je vyčleněn pracovník multidisciplinárního týmu. Personál poskytuje servis v rozsahu, který je v jednotlivých programech jasně definován a o kterém jsou klienti podrobně informováni.	C	POP, PA
		Maximum	30	
		Minimum	25	
		Nezbytné (*) : A*=5	10	

POZNÁMKY

1. Vedoucí-nelékař by měl mít VŠ sociálního, psychologického nebo pedagogického směru. Ve zdravotnických zařízeních, je-li vedoucím nelékař, musí mít kvalifikovaný lékař ve funkci odborného zástupce úvazek minimálně 0,3 (viz zákon 160/1992 Sb.).
2. Doléčování by se nemělo uzavírat abstinujícím klientům, kteří neprodělali léčbu či jiný intenzivní odborný program vedoucí k abstinenci. Uvedené tři měsíce abstinence však představují minimum a je třeba vzít v úvahu ještě další faktory.
3. Nedoporučuje se odebírat anamnestické údaje pouze pomocí dotazníku vyplňovaného pacientem/klientem.
4. Doporučuje se, aby základní program doléčování zahrnoval:
 - a) První 2-3 měsíce: minimální rozsah 10 hodin strukturovaných aktivit týdně (rozdělených alespoň do 3 pracovních dnů) + individuální kontakty
 - b) Další 3 měsíce: minimální rozsah 6 hodin strukturovaných aktivit týdně (alespoň 2 dny v týdnu) + individuální kontakty
 - c) Dále účast dle potřeby (například 1x týdně otevřená skupina a/nebo individuální kontakty)

Po skončení základního programu: nabídka dalších strukturovaných i méně strukturovaných aktivit
5. Garant (klíčový pracovník) svého klienta sleduje soustavně, dokumentuje důležitá fakta a konsultuje s vedoucím. Každý pacient/klient má být probírán minimálně 1x za 14 dní na týmové poradě.
6. Doporučuje se obecně formulovat cíle ve smyslu orientace na realitu a podpory ve zvládání problémů. Skupinová terapie během doléčování by se již měla méně obracet do minulosti a více pomáhat odpoutat se od terapeutického prostředí a jeho stylu.
7. Doporučuje se pohlížet na přiznaný a zpracovaný relaps jako na účinný faktor doléčování.
8. Doporučuje se, aby rodiče klientů doléčovacího programu navštěvovali vlastní RS, protože potřeby a problémy tohoto období jsou jiné než před léčbou nebo během ní.
9. Samostatné chráněné bydlení není předmětem těchto akreditačních standardů. Příslušný doléčovací program může splňovat akreditační standard i tehdy, pokud chráněné bydlení neposkytuje. Oddíl 8.9. je v souladu se standardy sociální intervence, které vydává MPSV.
10. Samostatné chráněné pracovní programy nejsou předmětem těchto akreditačních standardů. Příslušný doléčovací program může splňovat akreditační standard i tehdy, pokud chráněné pracovní programy neposkytuje. Oddíl 8.10. je v souladu se standardy sociální intervence, které vydává MPSV.
11. Pro kvantitativní hodnocení efektivity je relevantní: (a) počet a struktura výkonů a pacientů/klientů, (b) naplnění kapacity programu, (c) četnost mimořádných událostí a režimových komplikací, včetně relapsů (d) návštěvnost skupinových forem práce a jiných významných součástí programu včetně skupin pro rodiče a partnery (e) četnost časných vypadnutí z programu, (f) četnost vypadnutí v první třetině programu, (g) četnost úspěšně dokončených doléčovacích programů, (h) katamnestické sledování pacientů/klientů (1,2,3 roky). Nezbytný je průběžný rozbor účinných faktorů a komplikací programu a případová práce na poradách a při supervizi.

9. PROGRAMY SUBSTITUČNÍ LÉČBY				
Ambulantní udržovací léčba substituční látkou s psychosociální komponentou, plánovaná na období delší než 12 měsíců				
		Bodovací stupnice		Zdroje
9.1	Program je součástí komplexního systému péče v působnosti jedné organizace, případně funguje při ambulantním nebo lůžkovém zdravotnickém či jiném odborném zařízení nebo zcela samostatně s funkční provázaností na další odborná zařízení a organizace. Statut zdravotnického zařízení je nezbytný.		A	POP, RV
9.2	Personální zabezpečení			
	9.2.1	Řízení: program je řízen kvalifikovaným vedoucím lékařem, s nástavbovou atestací v oboru AT nebo s atestací nejméně 1.stupně z psychiatrie, s praxí v oblasti léčby závislostí.	A*	PA
	9.2.2	Terapeutický tým: multidisciplinární vzhledem k povaze problému, převažují zdravotničtí pracovníci.	C	PA
	9.2.3	Zabezpečení provozu: denně v pracovní dny, časový rozvrh bere ohled na možnost účasti pacientů, kteří studují nebo jsou zaměstnaní, výdej metadonu je zajištěn i o víkendech.	A	POP, VP, RP/K
	9.2.4	Zvláštní bezpečnostní požadavky: substituční látka je zabezpečena proti zneužití a zacházení s ní odpovídá zvláštním předpisům (Poznámka 1).	A*	VP
9.3	Cílová populace: osoby závislé na opiátech, obvykle s dlouhodobou těžkou závislostí, nemotivovaní a neindikovaní pro léčbu orientovanou k abstinenci, zejména riziková i.v. uživatelé a ti, u nichž léčba orientovaná k abstinenci opakovaně selhala, často s přítomností komplikujících faktorů (psychiatrická a somatická komorbidita, kriminální anamnéza). Doporučení z jiných zařízení je žádoucí, ale nikoliv nezbytné.		C	POP, ODP/K, RZ, VP
9.4	Zhodnocení stavu pacienta			
	9.4.1	Anamnestické údaje: odebírány lékařem (nebo sestrou a konzultovány s lékařem) při přijetí pacienta. Anamnéza se průběžně doplňuje (Poznámka 2).	B	ODP/K, RZ
	9.4.2	Lékařské vyšetření: provedeno před nástupem pacienta do programu, obsahuje:	C	POP, ODP/K, RZ
		a) Komplexní psychiatrické a somatické vyšetření	A*	
		b) Toxikologické vyšetření moče, případně krve	A	

		c) Základní laboratorní vyšetření	A*	
		d) Vyšetření na HIV, hepatitidy a pohlavně přenosná onemocnění	A	
		e) V případě potřeby vyšetření na graviditu a další odborné výkony	A	
	9.4.3	Další odborná vyšetření a konsilia dalších specialistů jsou dosažitelná.	A*	
	9.4.4	Komplexní zhodnocení stavu pacienta: je provedeno před zařazením pacienta do programu.	B	
9.5	Neodkladná péče: je písemně vypracován postup pro urgentní stavy s předem zajištěnou specializovanou zdravotní péčí, každý zaměstnanec je proškolen v oblasti kardiopulmonální resuscitace a poskytování první pomoci.		A*	POP, PA, RZ
9.6	Odborná léčebná péče			
	9.6.1	Individuální léčebný plán: zpracován lékařem před zařazením pacienta do programu, s ohledem na individuální podmínky, závažnost onemocnění, přítomnost komplikujících faktorů v oblasti somatické i psychosociální. Zahrnuje farmakologické i nefarmakologické (psychosociální) složky. Léčebný plán je hodnocen podle individuálních potřeb klienta a revidován minimálně 1 x za 3 měsíce.	C	ODP/K, RV, RZ
	9.6.2	Podávání, případně předepisování substituční látky: řídí se doporučenými dávkovacími schématy, dávky určuje a upravuje kvalifikovaný ošetřující lékař.	A*	ODP/K, DP
	9.6.3	Nefarmakologické (psychosociální) složky: strukturované aktivity poradenské, psychoterapeutické a rehabilitační/resocializační. Blíže viz oddíl 9.7. Mohou být zajištěny dohodou s jiným pracovištěm či organizací.	B*	POP, RV, DP
	9.6.4	Monitorování léčebného procesu: každý pacient má určeného lékaře, odpovědného za vedení případu, který hodnotí stav pacienta a plnění léčebného plánu (Poznámka 3).	B	ODP/K, RV, RZ, RP/K
	9.6.5	Základní pravidla léčby: jsou zpracována písemně a ve srozumitelné podobě přístupná pacientům. Definují klíčové principy, při jejichž porušení dochází zpravidla k přerušení léčby, a stanoví postup při porušení jiných pravidel. .	C	POP, VP, RP/K
	9.6.6	Denní/týdenní léčebný režim je písemně zpracován včetně rozvrhu strukturovaných aktivit, je součástí každého individuálního	B	DP, VP, RP/K

		léčebného plánu.		
	9.6.7	Pravidelná a náhodná toxikologická vyšetření: jsou nezbytnou součástí programu.	A	ODP/K, DP, RV, RP/K
	9.6.8	Přídavná farmakoterapie: podávání jiných léčiv slouží k řešení psychických a somatických komplikací a komorbidit. Provádí výhradně lékař podle příslušných předpisů a zásad správné léčebné praxe.	A	ODP/K, RV
9.7	Nefarmakologické (psychosociální) složky, strukturované aktivity: jsou součástí programu podle zhodnocení potřeb a stavu pacienta.		C	DP, ODP/K, RV, RP/K
	9.7.1	Ambulantní skupinová a individuální terapie a strukturované poradenství: základní terapeutický prostředek psychosociální složky programu, postupy a cíle jsou adekvátní charakteru a délce programu a potřebám pacienta (Poznámka 4).	C	DP, ODP/K, RV, RP/K
	9.7.2	Stacionární programy: intenzivní strukturované programy denní nebo odpolední, s využitím prvků terapeutické komunity. Řídí se přiměřeně standardem č. 5.	C	DP, ODP/K, RV, RP/K
	9.7.3	Rodinná (případně partnerská) terapie: prováděna v každém případě, kdy je to možné s ohledem na individuální podmínky pacienta/klienta.	B	DP, ODP/K, RV, RP/K
	9.7.4	Sociální práce: prováděna s cílem maximálně stabilizovat sociální podmínky pacienta pro jeho udržení v programu a zlepšit jeho předpoklady k sociální integraci (např. v oblasti rodinných vztahů, bydlení, studia, zaměstnání).	A*	DP, ODP/K, RV, RZ, RP/K
	9.7.5	Prevence relapsu je neoddělitelnou součástí strukturovaných aktivit.	A*	DP, ODP/K, RV, RP/K
	9.7.6	Rehabilitace je poskytována Komplexním programem substituční léčby nebo je zajišťována Základním substitučním programem (Poznámka 5).	C	POP, DP, ODP/K, RV, RP/K
	9.7.7	Chráněné byty pro indikované případy jsou poskytovány v rámci Komplexního programu substituční léčby nebo jsou v rámci Základního programu (Poznámka 5) zajišťovány. Řídí se přiměřeně oddílem 8.13.	A	POP, DP, ODP/K, RV, RP/K
	9.7.8	Chráněná pracovní místa mohou být pro indikované případy součástí Komplexního nebo Základního programu substituční léčby (obdobně jako u 9.7.7), tedy buď poskytovány nebo zajišťovány. Řídí se	A	POP, DP, ODP/K, RV, RP/K

	přiměřeně oddílem 8.14.		
9.8	Jsou zajišťovány doplňkové programy: např. péče o děti pacientů/klientů, informace, poradenství a edukace.	B	POP, RV, DP
9.9	Skupiny pro rodinné příslušníky a partnery pacientů: zařízení je provádí nebo zajišťuje s cílem poskytnout orientaci v problému závislosti a udržovací substituční léčby, poskytovat emoční a sociální podporu, získávat spolupráci pro cíle léčby, podpořit normální fungování rodiny.	B	POP, RV, DP, RP/K
9.10	Vedení dokumentace: individuální dokumentace (chorobopis) pacienta eviduje podrobně léčebný proces včetně psychosociální složky programu. Vedle toho je podrobně zaznamenáván průběh společných strukturovaných aktivit (zápisy ze skupin atd.). Veškerá dokumentace s osobními údaji je důvěrná a zabezpečená proti zneužití.	A*	ODP/K, DP, RV, VP
9.11	Propouštění pacientů: je předem plánováno a připravováno s cílem zabezpečit kontinuitu léčebné péče, buď snižováním dávek substituční látky podle doporučených dávkovacích schémat a převedením do následné péče, nebo převedením do odborné péče orientované k abstinenci, vždy je provázeno příslušným doporučením. Substituční program má vypracován písemný postup převedení pacienta do minimální substituční léčby (zdravotnickým zařízením s jinou specializací, zejména praktickým lékařům a lůžkovým zdravotnickým zařízením) s pravidelným hodnocením pacientova zdravotního stavu primárním substitučním centrem.	C	ODP/K, RV
9.12	Plán další péče a resocializace: zpracován při každém propuštění pacienta/klienta, a to i při předčasném ukončení léčby z disciplinárních důvodů, minimálně je pacient/klient srozumitelně informován o potřebě další péče a jsou mu doporučena pracoviště, kde ji může získat. Jsou vypracována pravidla pro opakování léčby.	C	POP, ODP/K, RV
9.13	Fungování multidisciplinárního týmu: týmové porady minimálně 1x týdně, týmové konference minimálně 1x za 3 měsíce. Zápisy z porad jsou přístupné všem členům týmu.	C	DP, RZ
9.14	Hodnocení efektivity: v pravidelných intervalech, minimálně 1x ročně (Poznámka 6).	C	POP, DP
	Maximum	200	
	Minimum	160	
	Nezbytné (*) : A*=5, C* = min. 3	53	

POZNÁMKY

1. Viz zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách, a prováděcí předpisy (vyhláška č. 304/1998 Sb.), s potvrzením kontrolního orgánu o jejich naplnění.
2. Nedoporučuje se odebírat anamnestické údaje pouze pomocí dotazníku vyplňovaného pacientem. Používá se jednotný formulář vyplývající ze standardů substituční léčby (viz Metodický pokyn MZ ČR, č.4 z r.2001).
3. Doporučuje se, aby pacient měl svého garanta v psychosociální složce programu, klíčovým pracovníkem je však ošetřující lékař. Každý pacient má být probírán minimálně 1x měsíčně na týmové poradě.
4. Vzhledem k různorodosti klientů substitučních programů budou i cíle různě formulovány. Doporučuje se minimálně volit zaměření ve smyslu orientace na realitu, podpory ve zvládání problémů a prevence relapsu k ilegálním drogám. Na přiznaný a zpracovaný relaps by se mělo pohlížet jako na účinný faktor terapie.
5. Viz Metodický pokyn MZ ČR, č.IV/2001.
6. Pro hodnocení efektivity jsou relevantní tato kritéria: dlouhodobé plnění podmínek programu, procento dočasně a trvale vyřazených, změna zdravotního stavu, změna psychosociálního stavu (a-sociální stabilizace, b-odstup od kriminální kariéry, c-udržení zaměstnání, d-účast na doplňkových programech), evidence mimořádných událostí a režimových komplikací.

Obecná poznámka: tento standard byl revidován pouze podle vnějších metodických požadavků, nikoliv podle současného stavu provádění substituční léčby, který se dnes v řadě aspektů odlišuje od původních standardů substituční léčby, vypracovaných pracovní skupinou pro substituci při MZ.