

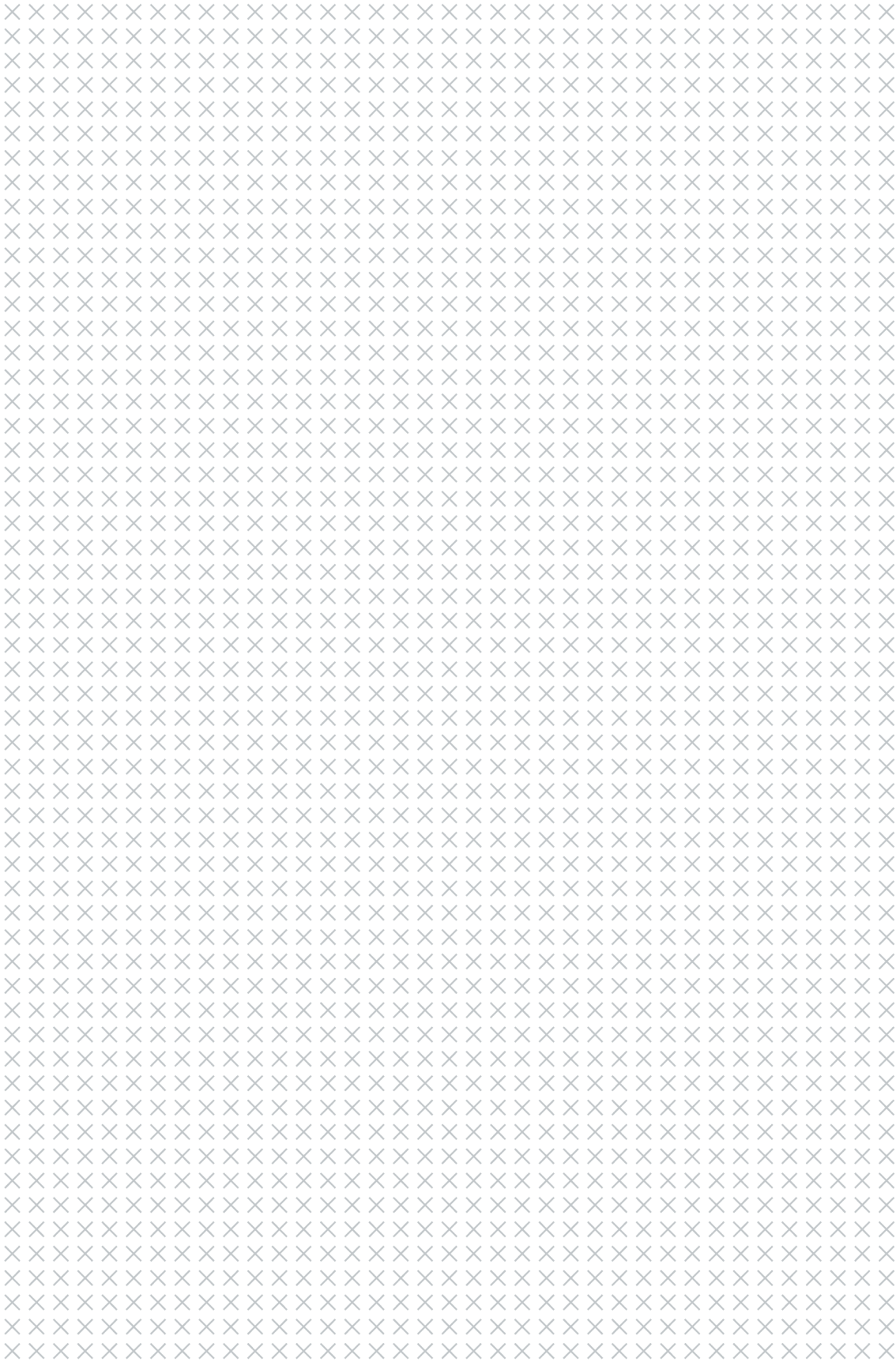


Sekretariát Rady vlády
pro koordinaci politiky
v oblasti závislostí

KOORDINACE

Koncepce adiktologických služeb pro děti a dorost

Sekce dětské a dorostové adiktologie (DaDA)
Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP





Sekretariát Rady vlády
pro koordinaci politiky
v oblasti závislostí

Koncepce adiktologických služeb pro děti a dorost

**Autor: Sekce dětské a dorostové adiktologie (DaDA) Společnosti
pro návykové nemoci ČLS JEP**

Koncepce adiktologických služeb pro děti a dorost, pracovní verze 1.4 (10. listopadu 2023)

© Úřad vlády České republiky, 2024

Sekretariát Rady vlády pro koordinaci politiky v oblasti závislostí

nábřeží Edvarda Beneše 4, 118 01 Praha 1

tel.: +420 224 002 111

<https://vlada.gov.cz>, <https://www.drogy-info.cz>

Autoři/ Sekce dětské a dorostové adiktologie (DaDA) Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP (SNN ČLS JEP) ve spolupráci s Českou asociací adiktologů (ČAA), Asociací poskytovatelů adiktologických služeb (APAS), Asociací poskytovatelů sociálních služeb (APSS), AT sekcí Psychiatrické společnosti ČLS JEP a Odbornou společností pro prevenci rizikového chování (OSPRCH)
Odpovědný redaktor: Zuzana Tion Leštinová
Sazba/ Michal Korecký, TAG

Koncepce adiktologických služeb pro děti a dorost, pracovní verze 1.4 (10. listopadu 2023), byla projednána Radou vlády pro koordinaci politiky v oblasti závislostí a schválena usnesením č. 05/0224 ze dne 29. února 2024.

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

Pro bibliografické citace/

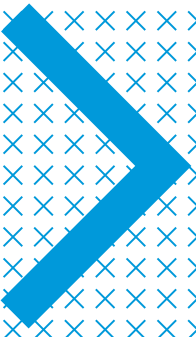
Sekce dětské a dorostové adiktologie (DaDA) Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP (SNN ČLS JEP). 2024. Koncepce adiktologických služeb pro děti a dorost, pracovní verze 1.4 (10. listopadu 2023). Praha: Úřad vlády České republiky. 1. vydání.

ISBN 978-80-7440-338-5 (online; pdf)

ISBN 978-80-7440-339-2 (brožovaná)

Obsah

Úvod	5
Kapitola 1	
Epidemiologická charakteristika cílové populace	9
Kapitola 2	
Základní koncepční východiska dokumentu	13
2.1 Koncepční východiska pohledu na adiktologické služby	14
2.2 Základní teze rozvoje adiktologických služeb	15
2.3 Hierarchie a diferenciacie adiktologických služeb	16
2.4 Stav sítě adiktologických služeb	17
2.5 Principy tvorby a podpory sítě adiktologických služeb	19
2.6 Zajištění kvality adiktologických služeb	20
Kapitola 3	
Koncepce adiktologických služeb pro děti a dorost	25
3.1 Adiktologické preventivní služby	27
3.2 Adiktologické nízkoprahové služby	30
3.3 Adiktologické ambulantní služby	32
3.4 Adiktologické služby krátkodobé stabilizace	34
3.5 Adiktologické rezidenční služby	35
3.6 Adiktologické služby následné péče	37
Kapitola 4	
Návrh dostupnosti služeb DaDA	41
Závěr	47
Přílohy	49
Zkratky	49
Seznam obrázků a tabulek	50
Zdroje	51



Úvod

Jednou z hlavních priorit **Sekce dětské a dorostové adiktologie** (Sekce DaDA) přirozeně bylo vytvořit prvotní pracovní představu o službách reprezentujících tento segment vymezený věkovým kritériem primární cílové skupiny, tedy dětí a mladistvých do 18, resp. 19 let. Je samozřejmé, že celý proces tvorby takové představy je v naprostém začátku a vyžaduje trpělivost a odstup pro jakoukoli diskusi.



Samotná Sekce DaDA vznikla teprve v roce 2016 a stala se společnou sekcí všech odborných společností působících na poli závislostí. Adiktologie je v tomto smyslu chápána (dále pro celý text) nikoli ve svém užším pojetí, jako zdravotnický nelékařský obor a profese, ale důsledně ve svém širším pojetí, jako označení pro celý obor látkových a nelátkových závislostí v celé své šíři od prevence přes léčbu a rehabilitaci po oblasti minimalizace rizik a škod, včetně oblastí pracujících s konceptem přirozené údravy a svépomocných systémů. Opakovaně je zdůrazněno, že dětská a dorostová adiktologie znamená důslednou aplikaci mezioborového modelu a integrativního rámce oboru (Miovský, 2016). Dětská a dorostová adiktologie je léčba odpovídající potřebám a charakteru cílové skupiny, tedy dítěte, jeho případných sourozenců, rodičů a širšího sociálního rámce, ve kterém se pohybují. Není dětské a dorostové adiktologie bez skutečně reálného zastoupení odborností, které jsou pro takovou péči relevantní, a bez nástrojů, terapeutických strategií a intervencí, které jsou ověřené, fungují a prokazatelně přinášejí výsledky.

Tématu dětské a dorostové adiktologie se opakovaně věnovala různá odborná fóra, speciální čísla odborných časopisů a proběhla řada tematických konferencí (např. Čihař, 2009, Preslová, 2010). Sekce DaDA jako jeden ze svých prvních úkolů vytvořila jednak přehlednou mapu¹ dnes existujících a dostupných služeb, jednak začala rozvíjet standardní činnost v dalších oblastech (např. odborná setkání zástupců služeb, pravidelné výstupy na purkyňkách a AT konferencích). Disponuje dnes mj. např. adaptací doporučených postupů² pro práci s adolescenty a dalšími dokumenty a postupně tak etabluje celý segment směrem k širší odborné veřejnosti jak v samotném oboru, tak mimo něj. Důležitým momentem celého procesu vzniku tohoto dokumentu se stalo schválení *Koncepce rozvoje adiktologických služeb* (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP, 2021), která byla nakonec zvolena jako jeho zásadní integrační prvek – tj. po diskusi a dohodě s vedením

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

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

RVKPV a projektu RAS³ bylo rozhodnuto, že **celý navrhovaný dokument *Koncepce adiktologických služeb pro děti a dorost* bude strukturován a pojímán v duchu citované koncepce RVKPV** a důsledně se bude snažit dodržet navržený terminologický rámec i logiku členění adiktologických služeb. Tato dohoda se promítá téměř do všech stránek tohoto dokumentu od převzetí klíčových definicí a kategorií přes použití totožných principů a východisek po využití základní logiky členění služeb a aplikaci certifikačních standardů odborné způsobilosti (Libra, 2012). Ačkoli jsou dílčí části v tomto dokumentu většinou označeny, nepoužíváme u nich vždy standardní citaci a otevřeně se při jeho tvorbě hlásíme k tomuto kroku, při kterém byl původní text z dílny RVKPV přímo inkorporován do tohoto dokumentu a tvoří s ním celek. Snažíme se tím vyhnout tomu, aby docházelo k posunům v interpretacích dílčích definicí a klíčových pojmů, a snaže za každou cenu o originalitu. Záměrem autorů *Koncepce rozvoje adiktologických služeb* (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP, 2021) bylo vytvořit živý dokument sloužící právě těmto účelům a bylo žádoucí a funkční, aby vznik specifické koncepce pro děti a dorost zcela důsledně stavěl na vytvořených a zpracovaných konceptech a nevytvářel uměle další a další koncepty a definice.

Adiktologické služby definujeme jako mezioborově a multidisciplinárně koncipované a provozované specializované služby určené osobám s poruchami spojenými s užíváním návykových látek (pro které se vžil progresivní anglický termín substance use disorders, SUD) a osobám s poruchami ze spektra nelátkových závislostních poruch, osobám ohroženým těmito poruchami a komplikacemi, jejich rodinám a blízkým osobám.

Adiktologické služby pro děti a dorost jsou v tomto kontextu definovány jako služby primárně určené pro klienty a pacienty ve věkové skupině do 18, resp. 19 let a těhotným uživatelkám, samozřejmě jejich rodinám a blízkým osobám. Cílem této koncepce je jasně definovat segment dětské a dorostové péče v oboru adiktologie prizmatem služeb určených a poskytovaných této cílové skupině, přispět k vývoji a usazování terminologie a konceptů spojených s těmito službami a pokusit se navrhnout praktické řešení pro implementaci navržené a schválené nové typologie služeb právě do oblasti dětské a dorostové péče. Součástí návrhu je také prvotní formulace představy o rozvoji sítě těchto zařízení s implikacemi pro financování a rozvoj politiky kvality.

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

Druhým úskalím vypracovaného návrhu *Koncepce adiktologických služeb pro děti a dorost* je jeho závislost na dalších klíčových dokumentech oboru adiktologie.

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

V podstatě jde o **tři zásadní nástroje tvorby sítě služeb: (a) výše citovaná koncepční východiska RVKPZ pro tvorbu sítě služeb** (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP, 2021), **(b) finální verze certifikačních standardů odborné způsobilosti** (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2021) a **(c) samotné doporučené postupy**, které však v současnosti v potřebné podobě pro adiktologii v ČR neexistují a jsou připravovány pod vedením SNN ČLS JEP a RVKPZ za finanční podpory TAČR. Avšak jsou to právě doporučené postupy, které v této kolekci hlavních nástrojů reprezentují zřejmě nejcitlivější téma. **Doporučené postupy** jsou pomyslným milníkem ve vývoji každého klinického oboru. Jsou jakýmsi vyvrcholením snahy klinických pracovníků postihnout předmět svého zájmu tím, že kromě jeho definice, popisu rozsahu a výskytu a podoby problému již jasně říkají, co činit. **Jsou procedurálním popisem modelového postupu. Kodifikují tzv. dobrou praxi a pomáhají vytyčit mantinely mezi tím, co má být za určitých okolností a situace provedeno** a co naopak nikoli. Vzniká tím tedy také prostor pro definici toho, kdy postup nebyl zvolen správně a kdy vzniká riziko chybných rozhodnutí. Adiktologie v České republice prozatím jako obor nevydala své vlastní doporučené postupy ani pro práci s dospělou populací (viz také Miovský, 2014) a **jde de facto o poslední typ klíčového dokumentu oboru, který v adiktologii v moderní historii samostatně doposud nevznikl**. Prozatím tedy existuje pouze oborově nejbližší varianta řešení, reprezentovaná doporučenými postupy pro práci s dospělou populací v oboru psychiatrie. Poslední verze, tedy třetí revize těchto doporučených postupů (Raboch et al., 2010) ve vztahu k adiktologii, řeší pouze dospělé pacienty (s. 53–110). Nezasahuje tedy dětskou a dorostovou adiktologii (podrobněji viz Miovský, 2016). To není nijak výjimečná situace a s ohledem na vývoj témat a samotného oboru adiktologie je takový obrázek samozřejmě očekávatelný. Psychiatrie nemá jako obor důvod suplovat vývoj specifických adiktologických témat a těžko bude za adiktologii řešit její vnitřní rozpolcenost a nejasnost v tématech obou konců věkové škály pacientů. Sama má své vlastní problémy s řešením dětské a dorostové psychiatrie. Doporučené postupy vyžadují vyšší úroveň organizace oboru a vyžadují zásadní konsenzus v záměru zpracovat a vytvořit tak závaznou normu klinické praxi. A to současně v situaci, kdy probíhá stále ještě příliš ostrá diskuse o charakteru poskytovaných služeb. Je proto možné, že doporučené postupy adiktologické péče budou dokumentem, který bude pro svůj vznik vyžadovat ještě delší čas, přestože je proces zahájen.

V tuzemském prostředí jsme zvolili pro práci na *Koncepci adiktologických služeb pro děti a dorost* podněty a inspiraci z českého překladu doporučených postupů z Velké Británie (Gilvarry et al., 2016), určených pro práci s mladými lidmi. To je důležitý moment, přestože má tento dokument mnohá omezení. Zdůrazněme, že jde o překlad, nikoli plnou adaptaci spojenou se zásadní revizí. Současně jsme se rozhodli jej doplnit o doporučený postup pro práci s těhotnými uživatelkami návykových látek (WHO, 2014). Adaptace tohoto dokumentu pro české prostředí probíhá v roce 2020 a dokument tak bude souběžně k dispozici s připomínkovým kolem této koncepce. Snahou je předložit dokument, který je schopen zahájit interní diskusi a připomínky orgánů všech klíčových odborných a profesních sdružení a registrovaných zástupců zaměstnavatelů v oblasti adiktologie v ČR, tj. především Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP, České asociace adiktologů, Asociace poskytovatelů adiktologických služeb, Asociace poskytovatelů sociálních služeb, AT sekce psychiatrické společnosti a Odborné společnosti pro prevenci rizikového chování (OSPRCH).



Kapitola 1

Epidemiologická charakteristika cílové populace

V této kapitole shrnujeme situaci v oblasti tabákových a nikotinových výrobků, alkoholu, problematického užívání psychoaktivních léků, nelegálních drog, hazardního hraní a digitálních závislostí v ČR primární cílové skupiny adiktologických služeb pro děti a dorost, tedy dětí a mladistvých do 18, resp. 19 let.



Podíl kuřáků mezi dětmi a dospívajícími dlouhodobě klesá již od r. 2011. Podle *Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách* (ESPAD) z r. 2019 měla zkušenost s kouřením klasických cigaret v životě více než polovina šestnáctiletých studentů, v posledních 30 dnech kouřilo 24 % a denně 10 % dospívajících (Chomynová et al. 2020). Podle aktuálních dat z každoročně realizované studie mezi pražskými školáky ve věku 15–19 let kouřila v posledním roce méně než čtvrtina dospívajících (24 %), v tom denně necelých 5 % (Petrenko a Líbal, 2023). Dlouhodobě klesající trendy potvrzuje studie HBSC z r. 2022, realizovaná mezi 11-, 13- a 15letými žáky základních škol. Zkušenost s kouřením má 31 % 15letých, přičemž méně než 1 % kouří denně (Baďura, 2023). Klesající míru užívání klasických tabákových výrobků vyrovnává rostoucí popularita alternativních tabákových a nikotinových výrobků, zejména užívání e-cigaret. Zatímco míra kouření klasických cigaret je mezi 16letými v ČR srovnatelná s evropským průměrem, zkušenosti mládeže s e-cigaretami v ČR jsou nad evropským průměrem.

V období mezi l. 2011 a 2019 došlo k významnému poklesu míry zkušeností dětí a dospívajících s pitím alkoholu a současně také k poklesu výskytu problémových forem konzumace alkoholu. Od r. 2019 je míra konzumace alkoholu mezi dospívajícími relativně stabilní. Podle dat studie ESPAD 2019 pilo alkohol v posledních 30 dnech 63 % šestnáctiletých, přičemž časté pití nadměrných dávek alkoholu při jedné příležitosti (tj. 5 a více sklenic nejméně jednou týdně nebo častěji) uvádělo 12 % (Chomynová et al. 2020). Studie mezi pražskými školáky z r. 2022 uvádí 6 % dospívajících, kteří pravidelně konzumují nadměrné dávky alkoholu (4 % žáků ZŠ a 12 % studentů SŠ), a shodně 6 % těch, kteří uvádějí opakovanou opilost v posledních 30 dnech (Petrenko a Líbal, 2023). Klesající trendy dlouhodobě potvrzuje studie HBSC – podle posledních dat z r. 2022 konzumovalo alkohol v posledních 30 dnech 48 % 15letých, zkušenost s opakovanou opilostí v životě mělo 23 % (Baďura, 2023). Ve srovnání s evropskými zeměmi zůstává konzumace alkoholu mezi českou mládeží na poměrně vysoké úrovni.

Nejčastěji užívanou nelegální drogou mezi dětmi a dospívajícími jsou dlouhodobě konopné látky. Podle studie ESPAD 2019 i studie Univerzity Palackého v Olomouci z r. 2021 mělo zkušenost s konopnými látkami 28 % dospívajících, extází 4 %

a halucinogenními houbami 2 % dospívajících (Chomynová et al. 2020, Chomynová et al. 2022). Zkušenosti studentů s nelegálními drogami, včetně konopných látek, dlouhodobě klesají a současně se zvyšuje věk první zkušenosti s nimi. Nejčastěji uváděnou nekonopnou látkou byl v r. 2022 kratom, alespoň jednou v posledních 12 měsících ho užila 4 % dospívajících, v tom opakovaně 1,5 %.

Diskutovanou oblastí u dětí a dospívajících je také zneužívání léků na uklidnění nebo na spaní bez doporučení lékaře, kdy v porovnání s ostatními evropskými zeměmi jsou zkušenosti dospívajících v ČR nadprůměrné, a to zejména pokud jde o užívání léků v kombinaci s alkoholem.

Míra hraní hazardních her mezi dospívajícími je dlouhodobě stabilní, hraní her o peníze v posledních 12 měsících uvádí 9–10 % šestnáctiletých (Chomynová et al. 2020) a 15 % dospívajících v kategorii 15–19 let (Chomynová et al. 2022). Nejčastěji uváděnou hrou jsou loterie, a to jak na internetu, tak v prostředí kamenných provozoven. Ukazuje se, že velký podíl dospívajících nepovažuje hraní karet a kostek o peníze ani účast na loterii za hazardní hru.

Novým fenoménem mezi dětmi a dospívajícími je nadužívání digitálních technologií. Podle studie HBSC 2022 hrálo digitální hry (tj. hry na počítači, tabletu nebo konzoli) každý den 48 % 11–15letých chlapců a 16 % dívek. Do kategorie problémového hraní digitálních her spadalo odhadem 13 % chlapců a 5 % dívek a do kategorie problematického užívání sociálních sítí spadalo 5–7 % chlapců a 7–13 % dívek (Kalman a Baďura, 2023). Ve skupině 16letých spadalo podle studie ESPAD 2019 do kategorie rizika v souvislosti s hraním digitálních her celkem 13 % dospívajících a do kategorie rizika v souvislosti s trávením času na sociálních sítích až 34 % studentů (Chomynová et al. 2020). Přesun aktivit dospívajících do online prostoru a s ním související pokles množství času tráveného s vrstevníky v reálném světě je jedním z uváděných vysvětlení klesající míry užívání některých návykových látek mezi dospívajícími (Chomynová a Kázmér, 2019).

Po extrapolaci výsledků studií na populaci dospívajících ve věku 15–19 let se denní kouření klasických cigaret aktuálně týká přibližně 40 tis. dospívajících a časté pití nadměrných dávek alkoholu přibližně 48 tis. dospívajících. Konopné látky opakovaně užilo více než 50 tis., zkušenost s extází a kratomem má odhadem 21 tis. dospívajících. Do kategorie rizika v souvislosti s hraním digitálních her spadá téměř 70 tis. dospívajících a do kategorie rizika v souvislosti s trávením času na sociálních sítích až 180 tis. dospívajících.

Všechny výzkumy dlouhodobě ukazují, že významným mezníkem z pohledu expozice návykovým látkám, resp. jejich pravidelného a rizikového užívání, je přechod ze základní na střední školu (Chomynová et al. 2023). Dlouhodobé trendy naznačují vyrovnávání rozdílů v míře užívání návykových látek mezi chlapci a dívkami. Rozdíly přetrvávají v případě hraní hazardních a digitálních her, které se týká častěji chlapců, a trávení času na sociálních sítích, kde převažují dívky. Vyšší míra užívání návykových látek je častější mezi mladistvými ze znevýhodněných sociálních skupin, např. klienty nízkoprahových zařízení pro děti a mládež, dětmi v institucionální péči nebo dětmi s romským původem.

Na základě odhadu počtu uživatelů návykových látek u dětí a mládeže a počtu léčených dospívajících v ambulancích adiktologické péče můžeme říci, že dostupnost ambulantní adiktologické péče pro děti a dospívající je zcela nedostatečná vzhledem k potřebám

této populace. Výsledky také poukazují na potřebu primární prevence, a to především větší dostupnost selektivní a indikované prevence.

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

➤ 2

Kapitola 2

Základní koncepční východiska dokumentu⁴

Termínem *adiktologie* v kontextu tohoto dokumentu rozumíme označení samostatného transdisciplinárního oboru, který se zaměřuje na užívání návykových látek,⁵ závislostní chování (patologické hráčství a jiné nelátkové závislosti) a jejich dopady a souvislosti. Adiktologie spojuje biologické, psychologické, sociální a právně-kriminologické perspektivy do transdisciplinárního rámce. Adiktologická péče zahrnuje prevenci závislostního chování a závislostních poruch, jejich včasnou identifikaci a intervenci, poradenství, léčbu, snižování rizik spojených se závislostním chováním, sociální začleňování osob těmito poruchami postižených.



Při poskytování adiktologické péče mají být na základě bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti využívány specifické léčebné, edukativní, preventivní postupy a postupy sociální práce, jejichž efektivita je dostatečně zdokumentována a prokázána. Koncept závislostního chování je zaměřen na oblast užívání látek, definované prostřednictvím diagnostických kategorií a kritérií Mezinárodní klasifikace poruch a onemocnění (MKN-10), avšak rozšiřuje pole zkoumání na širší oblasti lidského chování doprovázeného ztrátou kontroly a kompulzivními projevy a majícího v širším pojetí oboru vliv na formující se diagnostickou skupinu tzv. procesuálních závislostí, jako je např. patologické hráčství, nadměrné hraní počítačových her nebo využívání internetu, které u jednotlivců nebo (části) společnosti způsobují škody.

Multidisciplinární a mezisektorový charakter adiktologických služeb znamená, že jejich poskytování je upraveno různými resortními zákony a ovlivňováno různým strategickým,

4 Druhá kapitola tohoto dokumentu byla vypracována krácením a úpravami, avšak důsledným promítnutím dokumentu (viz úvod této Koncepce) Koncepce rozvoje adiktologických služeb (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP, 2021) vzniklého v rámci projektu „Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb v rámci integrované protidrogové politiky“, registrační číslo CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_030/0003035, prioritní osa OPZ: 2 – Sociální začleňování a boj s chudobou. Snahou autorů bylo dodržet navržený rámec a základní principy a použít je pro tvorbu tohoto dokumentu.

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

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

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

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

Adiktologie je svébytný interdisciplinární obor zaměřující se na prevenci, léčbu a/nebo minimalizaci poruch a nemocí souvisejících s užíváním návykových látek a poruch vznikajících v souvislosti s různými formami závislostního chování. Vychází z následujících zásad a tezí:

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

2.1 Koncepční východiska pohledu na adiktologické služby

Citovaný dokument, z něhož zde úzce vycházíme (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP, 2021), představuje soubor základních premis definujících, resp. charakterizujících adiktologické služby a postulujících tak nejen vlastnosti těchto služeb samotných, ale i celkový kontext

pohledu na ně v rámci oboru adiktologie. V této perspektivě je nutné nahlížet také segment služeb dětské a dorostové adiktologie, při plném respektu ke specifickým jejich cílové skupiny, ačkoli to s sebou přináší množství úskalí (např. právní zodpovědnost a svéprávnost, sociální specifika):

- ✕ Adiktologické služby jsou zaměřeny na pomoc klientovi/pacientovi, jeho rodině (či jiným právním zástupcům) a blízkým osobám, dosažení pozitivní změny v různých aspektech jeho života (životní styl, zdravotní a sociální stav), s cílem zapojit maximální počet klientů do běžného života.
- ✕ Adiktologické služby jsou založeny na partnerském přístupu ke klientovi/pacientovi, jeho rodině (či jiným právním zástupcům) a blízkým osobám – klient je v procesu údravy a změny hlavním hybatelem. Klient, jeho rodina (či jiný právní zástupce) mají možnost volit, jaký typ péče chtějí využívat.
- ✕ Adiktologické služby preferují poskytování služeb v přirozeném prostředí pacienta/klienta.
- ✕ Adiktologické služby respektují různé fáze vzniku a rozvoje závislosti a dalších komplikací souvisejících s užíváním návykové látky v rámci cyklu změny, nastavení a provoz sítě služeb musí tyto fáze vývoje respektovat.
- ✕ Adiktologické služby jsou založeny na spolupráci a propojenosti za účelem co nejjednoduššího a co nejefektivnějšího průchodu klienta službami s cílem dosažení změny a zapojení do normálního fungování, včetně propojení se souvisejícími zdravotními a sociálními službami (případně školskými atd.).
- ✕ Adiktologické služby kladou důraz na sociální rehabilitaci a podporují reintegraci klienta/pacienta, jeho rodiny (či jiných právních zástupců) a blízkých osob, včetně pomoci s hledáním bydlení a zaměstnání.
- ✕ Adiktologické služby jsou flexibilní, jsou schopny rychle reagovat na změny v cílových skupinách péče a na potřeby společnosti při respektování variability lokálních potřeb.
- ✕ Adiktologické služby jsou vždy zajišťovány osobami s kvalifikací a praxí odpovídajícími požadavkům na odbornou adiktologickou péči, používají ověřené, bezpečné a efektivní intervence.
- ✕ Adiktologické služby dbají na svoji kvalitu a efektivitu, jsou poskytovány v souladu se standardy odborné způsobilosti, pravidelně hodnotí svoji výkonnost a účinnost.
- ✕ Adiktologické služby pracují také s rodinou, blízkými osobami i širším sociálním okolím klienta.
- ✕ Adiktologické služby rozvíjejí komunitní principy práce, vítají participaci klientů/pacientů a dobrovolníků, např. z řad vrstevníků.
- ✕ Adiktologické služby jsou poskytovány i osobám ve výkonu trestu odnětí svobody a po výstupu z vězení, v rámci probačního dohledu atd.

2.2 Základní teze rozvoje adiktologických služeb

Důraz adiktologické péče by měl být v komunitě (přirozeném prostředí pacienta) a v ambulantním sektoru. V tomto smyslu je obor adiktologie ve shodě s procesy deinstitucionalizace v psychiatrii či v sociálních službách. Pacientovi by měla být nejprve

nabídnuta taková služba, která odpovídá jeho možnostem a potřebám a která ho současně minimálně vytrhne z fungujících životních rolí a běžných povinností. Pacient/klient je člověk se stejnými/podobnými potřebami jako jiní lidé a se stejnými právy.

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

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

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

2.3 Hierarchie a diferenciacie adiktologických služeb

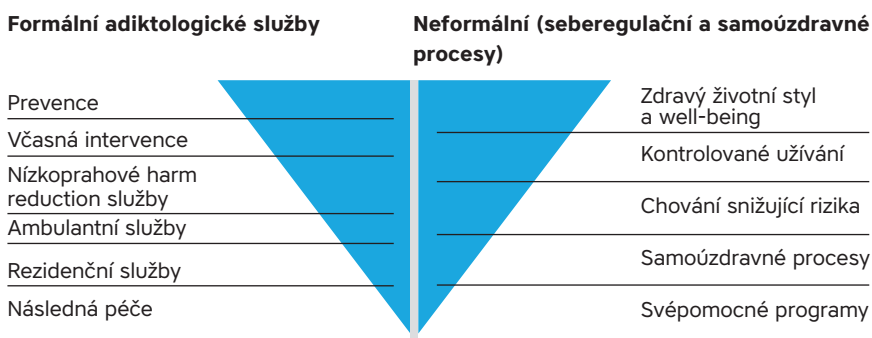
V systému adiktologické péče, resp. poskytovaných službách se odráží hierarchie v zaměření a rozsahu cílové skupiny od prevence na jedné straně, která by měla zasahovat co nejšířší skupinu obyvatel, po rezidenční služby a služby doléčování, které jsou zaměřeny na poměrně úzkou skupinu problémových uživatelů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

Vedle profesionálních a institucionalizovaných adiktologických služeb a programů existují také tradiční přístupy mimoinstitutionální, resp. svépomocné a neformalizované, využívající vnitřních zdrojů a zdrojů v blízkém okolí a v rodině, v komunitě a celé společnosti, které předcházejí vzniku problémů nebo pomáhají jeho řešení v různých fázích jeho rozvoje. Je rovněž zřejmé, že v poradenském a terapeutickém procesu a v procesu údravy spolupůsobí formální a neformální procesy paralelně a že systém adiktologických služeb by měl tyto neformální procesy podporovat a využívat. Mezi takové přístupy patří

přední místo svépomocným programům a skupinám (např. původní KLUS, Pavučina nebo u nás méně tradiční, ale stále populárnější Anonymní alkoholici, Anonymní narkomani), které jsou velmi úspěšné v dosahování pozitivních změn. Současně je potřeba zmínit, že zcela samostatnou kapitolu tvoří patientská sdružení a spolky, reprezentované v ČR toho času min. iniciativou/sdružením RECOVERY.⁶ Ačkoli je z hlediska historie celý tento proud svépomocných aktivit v oblasti závislostí podstatně starší a tradičnější, nebyl v posledních dekadách příliš rozvíjen a byl spíše upozaděn. Nicméně pro další rozvoj oboru je celý tento proud velmi významný a je zcela komplementární s institucionalizovanými profesionálními programy prevence a léčby a minimalizace rizik a škod.

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

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



Zdroj: Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP, 2021

2.4 Stav sítě adiktologických služeb

Multidisciplinární a mezisektorový charakter adiktologie se odráží i v metodách mapování a zjišťování stavu sítě služeb. Na rozdíl např. od sociálních služeb, kde existuje Registr sociálních služeb, jejichž financování veřejná správa zajišťuje, v oboru adiktologie takový registr neexistuje. Stav sítě služeb je monitorován z různých systémů (např. Národní ústav vzdělávání u preventivních programů, registry Ústavu zdravotnických informací a statistiky a smlouvy se zdravotními pojišťovnami u zdravotnických služeb, MPSV u sociálních služeb, dotační řízení RVKPZ, výroční zprávy o realizaci protidrogové politiky v krajích apod.) a různými průzkumy (např. sčítání adiktologických služeb realizované Národním monitorovacím střediskem pro drogy a závislosti).

6 <http://www.pacienti-recovery.cz>

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

V oblasti dětských služeb proběhlo dvoukolové mapování jejich poskytovatelů, a to nejdříve prostřednictvím realizace speciálního čísla časopisu Adiktologie (číslo 4, ročník 16), které vyšlo ve dvou speciálních číslech, a následně byl vytvořen speciální webový portál⁷ s katalogem služeb pro děti a dorost, realizovaným Sekcí dětské a dorostové adiktologie.

NÚV k lednu 2019 evidoval celkem 62 organizací s 94 certifikovanými programy primární prevence. Z nich se 80 zaměřovalo na prevenci v adiktologii, tj. na prevenci užívání návykových látek a závislostního chování, 52 programů bylo v oblasti prevence všeobecné, 20 selektivní a 8 indikované. V květnu 2019 došlo k pozastavení procesu certifikace z důvodu jeho nedostatečného systémového zakotvení a proces nebyl dosud obnoven.

V oblasti indikované prevence působí v ČR celkem 47 pedagogicko-psychologických poraden a 33 středisek výchovné péče.

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

7 <https://dada.snncls.cz/>

2.5 Principy tvorby a podpory sítě adiktologických služeb

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

- ✕ Síť adiktologických služeb na daném území vzniká na základě vyhodnocení potřeb a kapacity služeb různých typů na daném území.
- ✕ Síť tvoří programy a zařízení s různým geografickým pokrytím: lokálním, regionálním i celostátním. Pokrytí je dáno mírou specializace, dostupností služeb a potřebami cílových skupin.
- ✕ Síť zřetelně definuje adiktologické služby zejména prostřednictvím procesu certifikace; do sítě nebude zařazena žádná služba, která nebude mít specifický adiktologický program.
- ✕ Základní (geografickou) úroveň, na které budou jednotlivé sítě adiktologických služeb definovány, je krajská úroveň.
- ✕ U některých specifických typů programů (např. krajská centra, rezidenční kontemplační programy, programy pro specifické cílové skupiny, jako jsou např. děti a dospívající, osoby v institucionální výchově, osoby vracějící se po propuštění z výkonu trestu apod.) může být základní úroveň pro tvorbu sítě celostátní úroveň.
- ✕ Tvorba sítě je proces, který v pravidelných intervalech reviduje potřebnost služeb na území a aktualizuje potřebnou kapacitu služeb.
- ✕ Při tvorbě sítě na daném území spolupracují všechny relevantní instituce.
- ✕ Tvorba sítě adiktologických služeb bude v gesci sekretariátu Rady vlády pro koordinaci politiky v oblasti závislosti (RVKPZ) v úzké spolupráci zejména s odbornými společnostmi v oboru adiktologie.
- ✕ Jednotlivé subjekty poptávající či hradící péči budou při financování služeb ve své gesci respektovat síť adiktologických služeb. Členy sítě budou moci být pouze poskytovatelé služeb, kteří splní minimální požadavky na kvalitu adiktologických služeb a kteří současně budou oprávněni poskytovat služby v jednotlivých resortních systémech.
- ✕ Členství v definované síti adiktologických služeb bude mít za důsledek zvýšení transparentnosti a spoluzodpovědnosti ze strany zadavatelů za udržení a rozvoj definované sítě služeb a jednotlivých poskytovatelů v síti.
- ✕ Pro poskytovatele služeb bude členství v síti znamenat snížení administrativní náročnosti, zvýšení stability a dlouhodobosti kontraktů se zadavateli a plátcí péče

a redukcí vícezdrojového financování jednotlivých programů v síti (tím, jak budou jednotlivé zdroje lépe koordinovány).

- ✗ Splnění požadavků na kvalitu bude ověřeno v rámci systému zajištění certifikace odborné způsobilosti v adiktologii. Proces certifikace se bude týkat všech zařízení a programů v síti adiktologických služeb.
- ✗ Minimální standardy odborné způsobilosti a proces ověření budou respektovány a akceptovány všemi relevantními institucemi podléjícími se na financování adiktologických služeb.
- ✗ Součástí minimálních standardů odborné způsobilosti bude také dodržování doporučených postupů v adiktologii.
- ✗ Koordinátor tvorby sítě a další relevantní instituce podílející se na tvorbě a zajištění sítě adiktologických služeb budou podporovat procesy zvyšování a zajištění kvality služeb a vzdělávání pracovníků pracujících v adiktologických službách.
- ✗ Bude vytvořen metodický nástroj tvorby sítě adiktologických služeb, který bude proces tvorby sítě podrobně definovat.
- ✗ Proces a principy tvorby sítě adiktologických služeb budou zakotveny legislativně a návrhy legislativního rámce adiktologických služeb budou akcentovat zdravotně-sociální charakter adiktologických služeb.

2.6 Zajištění kvality adiktologických služeb

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

- ✗ Sociální služby zřízené podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, jsou povinny splnit odborné a kvalifikační požadavky pro registraci (vstup do sítě) a následně musí splňovat standardy kvality sociálních služeb, jejichž naplňování se ověřuje v režimu státní kontroly. Standardy kvality sociálních služeb jsou pro adiktologické služby relativně obecné z hlediska odborného zaměření (musí být použitelné pro jakoukoli sociální službu bez ohledu na její charakter, velikost či právní formu), a proto nemají výrazný vliv na specifické adiktologické kvality sociálních služeb.
- ✗ Poskytovatel zdravotních služeb je podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, povinen zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí a pro zavedení tohoto systému jsou vypracovány minimální standardy a ukazatele kvality a bezpečí, které jsou uvedeny ve vyhlášce č. 102/2012 Sb. Lze je však uplatnit pouze na lůžková zařízení. Externí hodnocení není pro poskytovatele zdravotních služeb povinné, je to dobrovolný proces.
- ✗ Pro adiktologické služby, bez ohledu na typ registrace, vznikly v r. 2001 první standardy odborné způsobilosti a od r. 2006 je zaveden systém certifikace odborné způsobilosti

adiktologických služeb. Systém certifikací zajišťuje RVKPP. Aktuálně platné standardy schválila RVKPP v listopadu 2021 (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2021). Standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb mají na rozdíl od výše uvedených nástrojů meziresortní charakter, pokrývají spektrum zdravotních, zdravotně-sociálních a sociálních služeb a reflektují odborná specifika i širší oblasti kvality.

- ✕ Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy v roce 2005 uvedlo do života první standardy kvality preventivních programů a intervencí, následované vývojem samostatného systému certifikací (Pavlas Martanová, 2012a, 2012b) a svébytného originálního výkonového systému hodnocení SEPA⁸ (Systém evidence preventivních aktivit).

Každý systém disponuje vlastními standardy jako nástroji pro měření a hodnocení kvality, proces hodnocení kvality má podobný průběh a stejný cíl – udržování a zvyšování kvality služeb prostřednictvím naplňování hodnotících standardů. **Služby zařazené do sítě splňují odpovídající požadavky na kvalitu. To bude ověřováno certifikačním systémem.** Bude kladen důraz na podporu pravidelného a systematického procesu hodnocení kvality, který je základním prostředkem zvyšování kvality a zvýšení účinnosti poskytovaných služeb. Průběžné hodnocení poskytované služby zajišťuje její kontinuální a smysluplný rozvoj. Bez ohledu na použitý nástroj je cílem rozvoje kvality služby:

- ✕ trvalé zvyšování kvality poskytovaných služeb,
- ✕ splnění požadavků uživatelů služeb, společnosti a dalších zainteresovaných stran,
- ✕ naplnění potřeb klientů a pracovníků,
- ✕ naplnění poslání služby, jejích cílů a zásad,
- ✕ efektivní fungování služby.

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

- ✕ služby se řídí platnými právními normami,
- ✕ služba zajišťuje bezpečí, dbá na práva klientů i pracovníků,
- ✕ dobrá praxe podložená výzkumem (evidence-based přístup),
- ✕ poskytované služby by měly probíhat v souladu s doporučenými postupy příslušných odborných společností,
- ✕ péče má odpovídat standardní kvalitě a odborné způsobilosti (definované ve Standardech odborné způsobilosti adiktologických služeb),
- ✕ procedury odpovídají nastaveným organizačním parametrům,
- ✕ péče je koordinovaná a systematická,
- ✕ služba systematicky a kontinuálně provádí sebehodnocení.

8 <https://www.preventivni-aktivity.cz>

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

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

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

- ✗ vytvořit komplexní systémové prostředí dalšího vzdělávání pro výše uvedené pracovníky v adiktologických službách a veřejné správě, včetně vzdělávání v oblasti prevence rizikového chování ze strany poskytovatelů vzdělávání,
- ✗ zkvalitňovat a obsahově a metodicky aktualizovat obsah dalšího odborného vzdělávání v souladu s novými metodami a novými poznatky v adiktologii jak v ČR, tak v zahraničí,
- ✗ podporovat zajišťování informační a poradenské podpory pro vzdělávání,
- ✗ vytvořit propojený celek vzdělávání pro jednotlivé cílové skupiny pracovníků v adiktologických službách s aktivní účastí poskytovatelů vzdělávání podpořit a zvyšovat kvalitu lektorů, zajistit metodickou podporu vzdělavatelů v oblasti tvorby vzdělávacích programů,
- ✗ podporovat přípravu akreditovaných vzdělávacích programů pro pracovníky pracující v adiktologických službách,
- ✗ podporovat aktualizaci a inovaci současných vzdělávacích programů,
- ✗ podporovat vytváření aktuálních metodických materiálů pro další vzdělávání pracovníků v adiktologických službách a dalších zainteresovaných profesí z oblasti státní správy a samosprávy ze strany poskytovatelů vzdělávání,

- ✗ podporovat vytvoření e-learningu jako teoretickou oporu pro vzdělávání a základní orientaci v oboru adiktologie a adiktologických službách,
- ✗ podporovat využívání moderních metod vzdělávání včetně využití nových technologií a aplikací pro vzdělávání,
- ✗ zajistit informační a poradenskou podporu všech zainteresovaných pracovníků v oblasti přípravy a tvorby systémových opatření na různých úrovních (např. v oblasti tvorby sítí, financování),
- ✗ provádět monitoring dalšího i odborného vzdělávání (podpory celoživotního učení) a podpořit sledování potřeb trhu práce v adiktologických službách s nabídkou dalšího vzdělávání.

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

➤ 3

Kapitola 3

Koncepce adiktologických služeb pro děti a dorost

Adiktologickou službou je zdravotní, sociální, školská či jiná služba poskytovaná s cílem zlepšení zdravotního nebo sociálního stavu klienta, jejíž hlavní cílovou skupinou jsou osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách nebo s nelátkovou závislostí, tj. služba specializovaná na prevenci, poradenství, léčbu a následnou péči. Klíčovou charakteristikou je mezioborový (zdravotně-sociální, případně zdravotně-sociálně-výchovně-pedagogický) charakter poskytovaných služeb a přístupů ke klientovi a jeho potřebám.



V následující části dokumentu bude rozlišováno **6 základních typů adiktologických služeb**, které koncepčně odpovídají různým fázím rozvoje závislosti:⁹

- × preventivní služby,
- × nízkoprahové služby,
- × ambulantní služby,
- × služby krátkodobé stabilizace,
- × rezidenční služby,
- × služby následné péče.

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

Pro potřeby tohoto koncepčního dokumentu zaměřeného na dětskou a dorostovou péči v oboru adiktologie jsme logicky převzali nejnovější členění typů adiktologických služeb představené v *Koncepci rozvoje adiktologických služeb* (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP, 2021) a přizpůsobili mu pohled na tento vznikající segment služeb. Avšak pro potřeby interní

9 Model pěti stadií, kterými jednotlivec prochází při zahájení a udržování změny, popsali v 80. letech Prochaska a DiClemente (1983).

odborné diskuse a s anticipací budoucího rozvoje celého segmentu dětské a dorostové péče jsme provedli komentáře a zpřesnění do popisu a třídění navrženého citovaným dokumentem. V některých typových službách jde o poměrně výraznější odklon, resp. modifikaci služby původně určené výhradně dospělým pacientům. Současně s tím jsme pro potřeby konce provedli celkem tři zásadní doplnění a umožnili tak přímo diskusi k nim:

- × Doplnili jsme ke každé typové službě příklad nebo příklady dobré praxe ve smyslu zpřesnění modelu, který je v dané oblasti aplikován, existuje v nějakém konkrétním zařízení (tedy je reálně některým poskytovatelem péče zajištěn) a který může sloužit jako ukázka klinické zkušenosti s daným modelem. Současně jsme se snažili o dostupnost informace o tomto modelu, tedy nejlépe z publikovaného (tudíž veřejně dostupného) zdroje.
- × Provedli jsme zpřesnění, jestliže v dané typové službě existují určité modifikace, které vytvářejí např. určitý replikovaný nebo replikovatelný model (tj. existuje více provozů, které používají něčím podobný model péče) a u kterých v terénu nacházíme pro danou typovou službu více modelů. Jde např. o oblast ambulancí, kde je více rozšířených modelů, případně o rezidenční léčbu.
- × Zformulovali jsme pracovní představu dostupnosti daného typu služby na krajské úrovni, tj. do diskuse dokumentu přímo předkládáme navržené minimální hodnoty vycházející z dostupných epidemiologických údajů (podrobný přehled o aktuální situaci v oblasti závislosti mezi dětmi a dospívajícími přináší samostatně vydaná příloha této koncepce)¹⁰ a tím je tedy zabezpečeno a umožněno, aby diskuse byla věcná a mohla probíhat.

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

10 Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2024. Aktuální přehled situace v oblasti závislosti mezi dětmi a dospívajícími v České republice 2023. Praha: Úřad vlády České republiky. Dostupné www.drogy-info.cz.

3.1 Adiktologické preventivní služby

3.1.1 Základní charakteristiky a hlavní cíle služeb

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

3.1.2 Forma poskytování služeb

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

3.1.3 Cílové skupiny

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

3.1.4 Typické intervence

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

3.1.5 Existující příklady dobré praxe a modely péče

Adiktologické preventivní služby reprezentují institucionálně pravděpodobně nejméně usazený segment služeb. Současně jde o tematicky a činnostně nesmírně bohatou oblast, kde není snadné služby typizovat. Pro popis dobré praxe jsme proto vytvořili celkem 4 základní podkategorie, reprezentující nejčastěji se vyskytující institucionalizo-

vané modely služeb, včetně vyřešení tématu depistáže, která je de facto nezařaditelná a nevytváří samostatný provoz, ačkoli jde o jednu z klíčových činností a oblastí celého segmentu.

- ✗ Adiktologická depistáž (časná diagnostika, intervence atd.): reprezentuje zásadní pilíř adiktologických preventivních služeb, je však spíše specifickým typem činnosti než samostatnou službou a je nesmyslné, aby byl institucionalizován do podoby služby. Její význam je však natolik zásadní, že je nutné jí věnovat zvláštní pozornost. Tato činnost reprezentuje vstup do adiktologických specializovaných služeb a musí být systematicky rozvíjena a mít svůj koncepční rámec a priority. Klíčové je zde pokrytí hlavních potenciálních vstupů do adiktologických služeb, které pro DaDA reprezentují především obecně (a) jakákoli zařízení ústavní výchovy a péče, (b) praktičtí lékaři pro děti a dorost, (c) dětské sestry, (d) gynekologové, (e) gynekologické sestry a (f) sociální pracovníci nízkoprahových zařízení pro děti a mládež. Dvěma příklady dobré praxe zde jsou existující metodiky časné diagnostiky a intervence a na ně navazující, postupně ověřované a zaváděné vzdělávací programy. Jde o nástroje CRAFT (Kabíček et al., 2019) a nástroj časné diagnostiky a intervence těhotných uživatelé návykových látek (Miovský, 2020).
- ✗ Školské poradenské pracoviště (ŠPP) reprezentuje institucionalizovaný typ služby zabezpečované přímo na půdě školy a zabezpečované kvalifikovaným personálem vhodným pro realizaci všech typů preventivních opatření a intervencí, včetně indikované prevence. Doposud neproběhla hlubší reflexe vztahu a možné profilace těchto pracovišť směrem k adiktologii, ačkoli jde o ekonomicky velmi výhodné a současně systémové řešení pro budoucí ukotvení adiktologických preventivních služeb směrem ke školám (viz např. Zapletalová, 2015).
- ✗ Specializovaná preventivní centra (NNO, poradny, SVP) reprezentují dlouho diskutovaný model adiktologických preventivních služeb (viz např. Pilař, 2015, s. 108–113). Je to pravděpodobně nejperspektivnější model adiktologických služeb v tomto celém segmentu a současně model, který má dnes ověření jak na straně NNO (např. pracoviště provozovaná Sdružením podané ruce, z. s., a dalšími NNO), tak na straně státních poskytovatelů v oblasti pedagogicko-psychologických poraden (např. specializované pracoviště při PPP Brno a další) a SVP s ambulancí. Zásadní výzvou tohoto segmentu však je provozní a personální standard a certifikace a celková integrace do rámce specializovaných adiktologických služeb.
- ✗ Ústavní školská zařízení rezidenčního typu (SVP, diagnostický ústav) reprezentují poslední možný model této typové služby. Díky extrémním nárokům jejich cílové skupiny by v zásadě v praxi nemělo být možné, aby kterékoli z těchto zařízení nenabízelo propracovaný a systematický model preventivní práce na úrovni selektivní a indikované prevence. Avšak i zde je velkou výzvou tohoto segmentu provozní a personální standard a certifikace a celková integrace do rámce specializovaných adiktologických služeb.

3.1.6 Doporučená dostupnost

V naznačených intencích rozpracovaných v předchozí části ukázek příkladů dobré praxe má smysl definovat doporučenou dostupnost adiktologických preventivních služeb pro všechny 4 zmíněné modely, ačkoli je nutné reflektovat zmíněná omezení a úkoly

stojící před dalším procesem institucionalizace tohoto segmentu adiktologických služeb a na něj úzce navazujících institucí.

3.1.7 Doporučení pro další rozvoj

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

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

Model adiktologické preventivní služby	Doporučená dostupnost na úrovni kraje	Doporučená dostupnost na národní úrovni
adiktologická depistáž ¹¹ (časná diagnostika a intervence atd.)	na úrovni ambulancí lékařů pro děti a dorost, gynekologických ambulancí, specializovaných sociálních a školských služeb	n. a.
školské poradenské pracoviště (ŠPP)	na úrovni škol zřizovaných krajem a obcemi	n. a.
specializovaná preventivní centra (NNO, poradny, SVP)	min. 1 metodické pracoviště na úrovni kraje; doporučená existence pracoviště na úrovni bývalých okresů	14 metodických pracovišť
ústavní školská zařízení rezidenčního typu (SVP, diagnostický ústav)	existující síť pracovišť: https://dbuv.msmat.cz/	existující síť pracovišť: https://dbuv.msmat.cz/

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

3.2 Adiktologické nízkoprahové služby

3.2.1 Základní charakteristiky a hlavní cíle služeb

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

3.2.2 Forma poskytování služeb

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

3.2.3 Cílové skupiny

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

3.2.4 Typické intervence

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

3.2.5 Existující příklady dobré praxe a modely péče

Nejde o zcela typický segment pro adiktologické služby a s ohledem na dosavadní přístup (resp. nezáměr MPSV) je zřejmé, že bude nutné vést další jednání – blíže viz podkapitola 3.2.7 Doporučení pro další rozvoj. Existující služby a zkušenosti však ukazují nejen potřebnost a první příklady dobré praxe, ale i specifika této služby, poskytované lidem pod zákonnou věkovou hranicí 18 let. To činí nízkoprahové služby pro děti a dorost vysoce specifické a odlišující od těchto služeb pro dospělé. Nicméně vysoká rizika např. právě u útěkářů z ústavních zařízení ukazují obrovskou zranitelnost této cílové skupiny jak z pohledu užívání návykových látek, tak rizikového sexuálního chování a dalších oblastí. Snadno se stávají obětmi organizovaných skupin v sexuálních službách a mohou být snadno omezeni na svých základních právech právě kvůli statusu dítěte, které svévolně opustilo ústavní zařízení (případně také útěky od rodin atd.). Mezi prvními službami tohoto typu byl terénní program a následný nízkoprahový klub Vrakbar v Jihlavě nebo dnes velmi úspěšný vzorový program na Praze 6 zajištěný Prev-centrem Praha, z. ú. (Franková, Roubalová, 2018).

3.2.6 Doporučená dostupnost

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

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

Model adiktologické nízkoprahové služby	Doporučená dostupnost na úrovni kraje	Doporučená dostupnost na národní úrovni
adiktologický nízkoprahový specializovaný program	na úrovni obcí nad 100 tisíc obyvatel	n. a.

3.2.7 Doporučení pro další rozvoj

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

3.3 Adiktologické ambulantní služby

3.3.1 Základní charakteristiky a hlavní cíle služeb

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

3.3.2 Forma poskytování služeb

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

3.3.3 Cílové skupiny

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

3.3.4 Typické intervence

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

3.3.5 Existující příklady dobré praxe a modely péče

Ve zjednodušené podobě lze ambulantní adiktologickou dětskou a dorostovou péči z institucionálního hlediska rozdělit do dvou základních kategorií reprezentovaných dvěma základními modely (doporučenou dostupnost ukazuje tabulka 3):

- × První model tvoří mezioborově koncipované (obvykle) nově vznikající komplexní ambulance, které více či méně využívají ověřeného a evaluovaného modelu dětské ambulance pilotně testované ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze na Klinice adiktologie (Miovský, Popov, 2016; Miovský, Popov, Štastná, 2016). Tento model je současně akceptovatelným modelem pro položení základů minimální sítě zdravotnic-

kých ambulancí pro děti a dorost, včetně splnění všech podmínek reformy psychiatrie v kategorii dětské a dorostové péče v tzv. multidisciplinárních týmech – blíže viz podkapitola 3.3.7 Doporučení pro další rozvoj.

- × Druhou skupinu služeb tvoří široká škála různých typů ambulantních adiktologických služeb pro děti a dorost, kde nepřevládá prozatím žádný dominující model péče a kde jsou dílčí intervence zabezpečeny různě zastoupenými odbornostmi podle místní dostupnosti a povahy provozu, tj. od převažujícího poradenského charakteru po individuální ambulance dětských psychiatrů, klinických psychologů a adiktologů.

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

Model adiktologické ambulantní služby	Doporučená dostupnost na úrovni kraje	Doporučená dostupnost na národní úrovni
komplexní ambulantní krajská ambulance (multidisciplinární model)	1–4 provozy na úrovni kraje podle jeho velikosti a spádovosti	20–24 (páteřní národní síť komplexních ambulancí pro děti a dorost)
ambulantní provoz pro děti a dorost	na úrovni obcí nad 50 tisíc obyvatel	n. a.

3.3.6 Doporučená dostupnost

Doporučená dostupnost je definována pro obě skupiny ambulantních služeb v tomto segmentu v duchu naznačeného dělení popsaného v podkapitole 3.3.5 Existující příklady dobré praxe a modely péče. Vychází z dosavadních zkušeností z terénu a představy současných diskutovaných záměrů na úrovni MZ a RVKPZ, případně reformy psychiatrie.

3.3.7 Doporučení pro další rozvoj

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

3.4 Adiktologické služby krátkodobé stabilizace

3.4.1 Základní charakteristiky a hlavní cíle služeb

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

3.4.2 Forma poskytování služeb

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

3.4.3 Cílové skupiny

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

3.4.4 Typické intervence

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

3.4.5 Existující příklady dobré praxe a modely péče

V tomto segmentu služeb je v současnosti jediným příkladem dobré praxe existující zařízení Dětského a dorostového detoxu Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze.

Současně není dostupná informace, že by druhá varianta (stabilizační lůžko) specializované, resp. přizpůsobené adiktologické klientele bylo provozováno některým z existujících poskytovatelů péče.

3.4.6 Doporučená dostupnost

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

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

Model adiktologické služby pro krátkodobou stabilizaci	Doporučená dostupnost na úrovni kraje	Doporučená dostupnost na národní úrovni
dětský detox	n. a.	1–3 (Praha, Brno, Ostrava)
stabilizační lůžko	n. a.	n. a.

3.4.7 Doporučení pro další rozvoj

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

3.5 Adiktologické rezidenční služby

3.5.1 Základní charakteristiky a hlavní cíle služeb

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

3.5.2 Forma poskytování služeb

Rezidenční léčba je poskytována ve specializovaných pobytových zařízeních se strukturovaným programem se zaměřením na abstinenci a na sociální rehabilitaci klientů.

V zásadě se rozlišují 2 typy rezidenčních programů: stabilizační s kratší dobou trvání a programy zaměřené na vnitřní změnu (kontemplativní programy) typicky s delší dobou trvání. Jsou poskytovány ve zdravotnických nebo školských zařízeních (psychiatrické nemocnice, psychiatrická lůžková oddělení nemocnic akutní péče, diagnostické ústavy) či v kontextu sociálních služeb (terapeutické komunity).

3.5.3 Cílové skupiny

✕ Typickou cílovou skupinou jsou osoby ve středním až těžkém stupni závislosti / závislostního chování, s těžším psychosociálním, somatickým a/nebo psychickým poškozením, často s kriminální anamnézou. Podle cyklického modelu stadií změny se klienti typicky nacházejí ve fázi rozhodnutí, akce a udržení.

✕ Cílovou skupinou jsou rovněž rodiče, partneři a další blízké osoby klienta.

3.5.4 Typické intervence

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

3.5.5 Existující příklady dobré praxe a modely péče

Celý tento segment adiktologických služeb je z hlediska péče o děti a dorost nutné diskutovat a stanovit pro něj podmínky, za kterých je možné tento typ léčby realizovat.

Na jedné straně je bez diskuse úspěšná dosavadní praxe, která akceptuje starší adolescenty (ve věku 17–18 let) v indikovaných případech do programů terapeutických komunit (např. úspěšná práce v TK White Light nebo také Jandáč, 2018, 2019).

Na stranu druhou však není zřejmé, zda specifické výchovné a vzdělávací potřeby takto mladých klientů mohou být zvládnuty a řešeny v podmínkách běžné TK pro dospělé v odpovídajícím rozsahu. K takovému posouzení chybí v tuzemských programech data – blíže viz podkapitulu 3.5.7 Doporučení pro další rozvoj. Vedle toho se objevují první pilotní programy zajištěné specificky v podmínkách ústavní výchovy a péče a jeví se být odpovídající alternativou schopnou řešit všechny složky léčebného programu (např. Řevnice nebo Krč). Zásadní problém u těchto zařízení je však legislativní a ekonomický. Tato školská zařízení nesmí poskytovat zdravotní péči, a tedy je u nich přítomen opačný problém, kdy je skvěle zajištěna část výchovná a vzdělávací, z velké části také psychoterapeutická, ale již i s ní je problém s legislativní podporou; ta zcela chybí pro zdravotní a čistě sociální část – blíže viz podkapitulu 3.5.7 Doporučení pro další rozvoj.

3.5.6 Doporučená dostupnost

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

3.5.7 Doporučení pro další rozvoj

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

- × Za jakých podmínek je možné akceptovat do standardních programů TK osoby mladší 18 let a co musí být zajištěno pro takovou komponentu programu? Jaké povinné složky musí mít taková komponenta zajištěny (např. ve smyslu vzdělávací a výchovné složky)? Jaká je maximální kapacita této komponenty v poměru k hlavní klientele a jaké podmínky by měl poskytovatel splnit? Jak se to celé následně promítne do certifikačních standardů RVKPZ? Výsledkem by měl být popis modelu této péče pro starší adolescenty.
- × Jaký model péče je možné realizovat v podmínkách ústavní výchovy a péče? Jaké komponenty by měl mít a co musí splnit jako specializovaná adiktologická služba? Jaké legislativní úpravy jsou potřeba pro provoz těchto zařízení? Jak se liší existující modely a co který z nich nabízí a pro jakou klientelu? Jak zde aplikovat certifikaci služeb RVKPZ, tj. jaké konsekvence tento proces pro vývoj standardů má a naopak?
- × Zcela zásadním požadavkem je provedení komplexně pojaté analýzy potřeb tohoto druhu služeb ve vztahu k navrženému minimu – tabulka 5.

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

Model adiktologické rezidenční léčebné služby	Doporučená dostupnost na úrovni kraje	Doporučená dostupnost na národní úrovni
terapeutická komunita (specifický podprogram v existující TK společně s programem pro dospělé)	n. a.	3
specializovaný rezidenční léčebný program v rámci ústavní výchovy a péče (diagnostický ústav)	n. a.	4

3.6 Adiktologické služby následné péče

3.6.1 Základní charakteristiky a hlavní cíle služeb

- × Doléčování a následná péče se převážně zaměřují na podporu a udržení abstinence po léčbě, udržení změn v chování a životním způsobu klienta získaných v průběhu léčby, na sociální rehabilitaci klienta a jeho integraci do podmínek normálního života.

- × Cílem je udržení dosažených změn včetně udržení abstinence, prevence relapsu, sociální stabilizace klienta v oblasti základních sociálních jistot (např. bydlení, zaměstnání).
- × Existují také modely doléčování a následné péče stavěné s menším důrazem na psychotherapeutické a strukturované terapeutické intervence a podporující model růstu a přirozené úzdavy klienta s maximálním důrazem na podporu jeho sebedopůrných uzdravných mechanismů a vzájemné podpory s jinými klienty, tj. se zvýšeným důrazem na svépomocný přístup.
- × V rámci služeb mohou být poskytována také sociální stabilizační lůžka (v případě relapsu a krize atd.).

3.6.2 Forma poskytování služeb

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

3.6.3 Cílové skupiny

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

3.6.4 Typické intervence

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

3.6.5 Existující příklady dobré praxe a modely péče

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

3.6.6 Doporučená dostupnost

S ohledem na současný stav a návrh dostupnosti rezidenčních programů (tabulka 5) doporučujeme velmi konzervativní model doléčování vycházející ze zkušenosti, že jestliže jsou mladiství akceptováni v běžných program TK a úspěšně těmito programy procházejí, je také možné, aby mohli využívat běžných doléčovacích programů. Logicky se tak nabízí jako minimální model dostupnosti realizovat programovou komponentu

v existujících větších doléčovacích programech dostupných minimálně na krajské úrovni nebo zabezpečovat ambulantní doléčování v existujících ambulancích, jestliže není standardní větší specializovaný doléčovací program dostatečně dostupný (velká vzdálenost atd.) – tabulka 6.

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

Model adiktologického doléčovacího léčebného programu a služby	Doporučená dostupnost na úrovni kraje	Doporučená dostupnost na národní úrovni
specifický podprogram existující při programu doléčování pro dospělé či společně s ním	1	14
doléčování v podmínkách místně dostupné specializované ambulance	2–6	n. a.

3.6.7 Doporučení pro další rozvoj

Z výše zmíněných důvodů (podkapitola 3.6.5 Existující příklady dobré praxe a modely péče) nedostatku dat z proběhlých evaluačních studií doporučujeme provedení evaluace procesu u existujících doléčovacích programů, které akceptují klientelu mladší 18 let, a doporučujeme klinické ověření celého konceptu a jeho nastavení a praxi. Bez těchto údajů není možné validně doporučit jakékoli další koncepční kroky.

> 4

Kapitola 4

Návrh dostupnosti služeb DaDA

Ačkoli je celkový pracovní návrh dostupnosti zatížen množstvím nedostatků zmíněných a diskutovaných v kontextu dílčích typů specializovaných adiktologických služeb (kapitola 3: Koncepce adiktologických služeb pro děti a dorost, s. 25), reprezentuje ucelenou prvotní představu o tvorbě a rozvoji tohoto specifického segmentu. Zatímco u některých typů služeb je možné již dnes návrh formulovat poměrně pregnantně, jiné služby (typicky např. rezidenční léčba a doléčování) budou vyžadovat delší čas na diskusi, pilotování a vyhodnocení dostupných dat a zkušeností existujících provozů.



Souhrn, který ukazuje tabulka 7, skýtá pouze limitovaný a velice zjednodušený obrázek o směru vývoje služeb dětské a dorostové adiktologie. Zřejmě největším limitem diskuse o dostupnosti jednotlivých typů služeb bude samotný fakt, že není dokončen proces modifikace a profílce dětských služeb. Není možné mechanicky překlápet provozu pro dospělé pacienty do podoby dětských služeb a mnohé z provozů jsou velmi specifické. Bez evaluačních studií (u mnoha provozů nikdy neprovedených) není možné některé z aspektů podrobit potřebné reflexi. Současne se v praxi ukazuje, že v dílčích kategoriích služeb existuje dnes obrovská variabilita praktických aplikací různých modelů, a není možné říci, který z modelů je výhodnější, lepší nebo naopak jakýmkoli způsobem rizikový atd. Dobře je to patrné nejen na příkladu preventivních služeb, ale i na příkladu detoxifikace nebo ještě výrazněji u rezidenčních a doléčovacích služeb. Současne je nutné si také uvědomit, že dílčí věkové podskupiny budou uvedené služby diverzifikovat pravděpodobně výrazně více než jiné faktory. Zatímco u starších adolescentů je již dnes patrné, že jejich zařazení do mírně modifikovaných rezidenčních programů pro dospělé nebyla chybná úvaha a že tento směr přináší jedno z možných řešení, u dětí mladších 15 let je zcela jasné, že potřeba zabezpečení výchovných a vzdělávacích potřeb vyžaduje naprosto jiný rámec, než na jaký jsme zvyklí u služeb pro dospělé.

Celkový návrh zachovává ideu koncepčního rámce navrženého sRVKPZ (sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP, 2021), tedy definování dostupnosti na krajské a ve vybraných typech na celostátní úrovni. Je však současne zřejmé, že pro část služeb (např. místní ambulance, preventivní centra) bude muset být dostupnost časem definována na úrovni jednotek, jako byly původní okresy, či podle velikosti sídel a spádovosti. To však dnes z pochopitelných a výše zmíněných důvodů není možné a bylo by to nekorektní. To, co naopak **doporučujeme, je**

rozdělení celé diskuse do dílčích oblastí podle typů služeb a postupné realizování pilotních studií a evaluací vedoucích postupně k doplnění chybějících informací a podkladů potřebných pro další zpřesnění návrhu a provedení odpovídajících analýz, včetně např. udržitelnosti, dopravní dostupnosti, zpřesnění potřebnosti, zohlednění regionálních specifik.

Tabulka 7: Návrh dostupnosti služeb pro děti a dospělé v oboru adiktologie v ČR

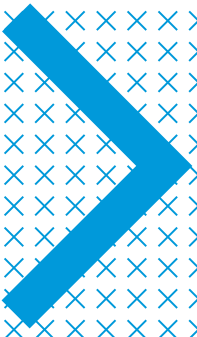
Modely adiktologických služeb	Doporučená dostupnost na úrovni kraje	Doporučená dostupnost na národní úrovni
1. Model adiktologické preventivní služby	adiktologická depistaž ¹² (časná diagnostika a intervence atd.)	n. a.
školské poradenské pracoviště (ŠPP)	na úrovni ambulantí lékařů pro děti a dospělé, gynekologických ambulantí, specializovaných sociálních a školských služeb na úrovni škol zřizovaných krajem a obcemi	n. a.
specializovaná preventivní centra (NNO, poradny, SVP)	min. 1 metodické pracoviště na úrovni kraje; doporučená existence pracoviště na úrovni bývalých okresů	14 metodických pracovišť
ústavní školská zařízení rezidenčního typu (SVP, diagnostický ústav)	existující síť pracovišť: https://dbuv.msmt.cz/	existující síť pracovišť: https://dbuv.msmt.cz/
2. Model adiktologické nízkoprahové služby	adiktologický nízkoprahový specializovaný program	n. a.
3. Model adiktologické ambulanti služby	komplexní krajská ambulance (multidisciplinární model)	20–24 (páteční národní síť komplexních ambulantí pro děti a dospělé)
ambulanti provoz pro děti a dospělé	na úrovni obcí nad 100 tisíc obyvatel	n. a.
4. Model adiktologické služby pro krátkodobou stabilizaci	ambulanti provoz nad 50 tisíc obyvatel	n. a.
dětský detox	n. a.	1–3 (Praha, Brno, Ostrava)
stabilizační lůžko	n. a.	n. a.
5. Model adiktologické rezidenční léčebné služby	terapeutická komunita (specifický podprogram v existující TK společně s programem pro dospělé)	3

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

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

pokračování

Modely adiktologických služeb	Doporučená dostupnost na úrovni kraje	Doporučená dostupnost na národní úrovni
specializovaný rezidenční léčebný program v rámci ústavní výchovy a péče (diagnostický ústav)	n. a.	4
Model adiktologického doléčovacího léčebného programu a služby		
specifický podprogram existující při programu doléčování pro dospělé či společně s ním	1	14
doléčování v podmínkách místně dostupné specializované ambulance	2–6	n. a.



Závěr

Pro další vývoj segmentu dětské a dorostové adiktologie je zásadní otevřená diskuse napříč odbornými společnostmi tohoto oboru. Již samotný fakt zmíněný v úvodu, že Sekce dětské a dorostové adiktologie vznikla a existuje jako společná platforma sdílená všemi klíčovými společnostmi, napomáhá průběžně diskutovat i velmi citlivá témata.



Mezi ně bude bezesporu patřit právě tento dokument, a to nikoli pouze z důvodu mnoha nejasností a chybějících hlubších zkušeností s některými specifickými typy provozů. Problémem bude bezpochyby také stále přítomné a choulostivé téma reprezentované závažnými nedostatky ve financování a udržitelnosti adiktologických služeb. Obava mnoha kolegů, že se adiktologické dětské služby mohou stát zdrojem napětí a nerovnováhy ve financování a že jejich rozvoj může způsobit existujícím službám potíže, je rozhodně tématem, kterému musí být věnována mimořádná pozornost. Jeho neřešení a nedostatečná reflexe by přímo ohrožovaly celý proces vývoje tohoto segmentu a dokola by způsobovaly komunikační i praktické komplikace. Vývoj segmentu dětské adiktologie by měl být moderovaný a bezpečný nejen pro tyto služby samotné, ale i pro celý zbyvajícím obor.

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



Přílohy

Zkratky

APAS	Asociace poskytovatelů adiktologických služeb
AT sekce	sekce Psychiatrické společnosti pro alkohol a jiné toxikománie
ČAA	Česká asociace adiktologů
DaDA	Dětská a dorostová adiktologie
ESF	Evropský sociální fond
MPSV	ministerstvo práce a sociálních věcí
MŠMT	ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
MZ	ministerstvo zdravotnictví
NMS	Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti
NNO	nestátní neziskové organizace
OSPRCH	Odborná společnost pro prevenci rizikového chování
RVKPZ	Rada vlády pro koordinaci politiky v oblasti závislostí
SEPA	Systém evidence preventivních aktivit
SNN ČLS JEP	Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP
sRVKPZ	sekretariát Rady vlády pro koordinaci politiky v oblasti závislostí
SVP	středisko výchovné péče
ŠPP	Školské poradenské pracoviště
TK	terapeutická komunita

Seznam obrázků a tabulek

obrázek 1: Pyramida hierarchie formálních adiktologických služeb a neformálních seberegulačních a samoúdržavných procesů	17
tabulka 1: Návrh dostupnosti adiktologických preventivních služeb ve 4 základních modelech	29
tabulka 2: Návrh dostupnosti adiktologických nízkoprahových služeb/programů pro děti a dorost	31
tabulka 3: Návrh dostupnosti adiktologických ambulantních služeb/programů pro děti a dorost	33
tabulka 4: Návrh dostupnosti adiktologických služeb pro děti a dorost pro krátkodobou stabilizaci	35
tabulka 5: Návrh dostupnosti rezidenčních adiktologických služeb pro děti a dorost	37
tabulka 6: Návrh dostupnosti doléčovacích adiktologických služeb pro děti a dorost	39
tabulka 7: Návrh dostupnosti služeb pro děti a dorost v oboru adiktologie v ČR	43

Zdroje

- Baďura, P. (2023). Předběžné výsledky studie HBSC 2022 v České republice. Nepublikováno.
- Čihař, M. (2009). Novorozeneček drogově závislé matky. In: Preslová, I. & Maxová, V. (Eds.). *Ženy a drogy: sborník odborné konference*. Praha: SANANIM. Str. 51–54.
- Gilvarry, E. et al. (2016). Doporučené postupy pro práci s mladými lidmi s problémy souvisejícími s užíváním návykových látek. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze / Královská akademie všeobecných lékařů, UK.
- Franková, A., Roubalová, A. (2018). Prev-centrum z.ú. – nízkoprahové služby. *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi* 1(4), 270–271.
- Chomynová, P., Csémy, L. & Mravčík, V. (2020). Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) 2019. *Zaostřeno*, 6, 1–20.
- Chomynová, P., Dvořáková, Z., Banárová, K., Čerešník, M. & Dolejš, M. (2022). Vybrané položky dotazníku ESPAD pro studii Pilíře života. Prosocialnost a seberegulace v kontextu rizikového chování v dospívání. Nepublikováno.
- Chomynová, P., Grohmannová, K., Dvořáková, Z., Orlická, B., Rous, Z. & Černíková, T. (2023). Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2022. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Chomynová, P. & Káždér, L. 2019. Leisure-time Socializing with Peers as a Mediator of Recent Decline in Alcohol Use in Czech Adolescents. *Journal of Substance Use* 24 (6): 630–637.
- Jandáč, T. (2018). Terapeutická komunita Karlov. *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi* 1(4), 272–273.
- Jandáč, T. (2019). Mladistvá klientka v terapeutické komunitě. *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi* 2(2), 112–117.
- Kabíček, P., Vacek, J., Csémy, L. (2019). Skríning a krátká intervence v oblasti návykových látek v praxi praktického lékaře pro děti a dorost. *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi* 2(2), 94–97.
- Kalman, M. & Baďura, P. (2023). Online svět patří (k) mladé generaci! HBSC studie v ČR. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Miovský, M. et al. (2014). Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice. Praha: KAD 1. LF UK a VFN. Verze 4.7. schválená výbory ČAA a SNN ČLS JEP. Dostupné na <https://www.adiktologie.cz/> v rubrice Obor adiktologie.
- Miovský, M. (2016). Dětská a dorostová adiktologie na prahu emancipace. *Adiktologie* 16(4), 272–279.
- Miovský, M. (2020). Nový nástroj pro časnou diagnostiku a intervenci adiktologických problémů těhotných uživatelů návykových látek. *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi*.
- Miovský, M. & Popov, P. (2016a). Model – Evaluace přípravy a procesu pilotního projektu ambulance dětské a dorostové adiktologie. *Adiktologie* 16(4), 330–341.
- Miovský, M. & Popov, P. (2016b). Evaluace přípravy a procesu pilotního projektu ambulance dětské a dorostové adiktologie. *Adiktologie* 16(4), 292–318.
- Pavlas Martanová, V. (2012a). Vývoj Standardů a procesu certifikace v primární prevenci – evaluační studie. *Adiktologie*, 12(3), 174–188.

- Pavlas Martanová, V. (ed.). (2012b). Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování. Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze. Projekt CZ.1.07/1.3.00/08.0205 ESF OP VK.
- Petrenko, R. a Líbal, M. (2023). Výsledky šetření o rizikovém chování žáků 2. stupně ZŠ a SŠ v Praze v r. 2022. Praha: Centrum sociálních služeb Praha.
- Pilař, J., Budínská, M., Holická, N. (2015). Organizační rámec školské prevence v ČR. In.: Miovský, M. et al. (2015). Prevence rizikového chování ve školství. Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN. Togga. Str. 108–113.
- Preslová, I., Hanková, O. et al. (2010). Mladiství a drogy. Sborník z konference. Praha: o. s. Sananim.
- Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (2021). Standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb. Praha: Úřad vlády České republiky. Dostupné na <https://www.drogy-info.cz/publikace/navykove-latky/protidrogova-politika/standardy-odborne-zpusobilosti-adiktologickych-sluzeb/>
- Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP (2021). Koncepce rozvoje adiktologických služeb. Praha: Úřad vlády České republiky. Viz <https://www.drogy-info.cz/publikace/navykove-latky/protidrogova-politika/koncepce-rozvoje-adiktologickych-sluzeb/>
- WHO (2014). Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Geneva, WHO.
- Zapletalová, J. (2015). Školní poradenské pracoviště. In.: Miovský, M. et al. (2015). Prevence rizikového chování ve školství. Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN. Togga. Str. 108–113.

Koncepce adiktologických služeb pro děti a dorost

- > Koncepce adiktologických služeb pro děti a dorost, pracovní verze 1.4, ze dne 10. listopadu 2023, vytváří prvotní pracovní představu o službách reprezentujících tento segment vymezený věkovým kritériem primární cílové skupiny, tedy dětí a mladistvých do 18, resp. 19 let. Důležitým momentem procesu vzniku tohoto dokumentu se stalo schválení Koncepce rozvoje adiktologických služeb (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP, 2021), která byla nakonec zvolena jako jeho zásadní integrační prvek.
- > Publikaci čtenářům předkládá sekretariát Rady vlády pro koordinaci politiky v oblasti závislostí, který je organizační součástí Úřadu vlády České republiky, ve spolupráci se Sekcí dětské a dorostové adiktologie (DaDA) Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP.
- > Distribuci zajišťuje vydavatel.

Vydal Úřad vlády České republiky
Nábřeží Edvarda Beneše 4, 118 01 Praha 1
<https://vlada.gov.cz/>

Neprodejné

ISBN 978-80-7440-338-5



9 788074 403385