



Sekretariát Rady vlády
pro koordinaci
protidrogové politiky

KOORDINACE

Koncepce rozvoje adiktologických služeb



Sekretariát Rady vlády
pro koordinaci
protidrogové politiky

Koncepce

rozvoje adiktologických služeb

SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY
SPOLEČNOST PRO NÁVYKOVÉ NEMOCI ČLS JEP

ve spolupráci s

ČESKOU ASOCIACÍ ADIKTOLOGŮ

ASOCIACÍ NESTÁTNÍCH ORGANIZACÍ POSKYTUJÍCÍCH ADIKTOLOGICKÉ
A SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO OSOBY OHROŽENÉ ZÁVISLOSTNÍM CHOVÁNÍM

ASOCIACÍ POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

ODBORNOU SPOLEČNOSTÍ PRO PREVENCI RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ

Koncepce rozvoje adiktologických služeb

© Úřad vlády České republiky, 2021

Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky
nábřeží E. Beneše 4, 118 01 Praha 1

tel.: +420 224 002 111

zavislosti.vlada.cz

Autoři/ Jiří Dvořáček, Renáta Habiňáková, Kryštof Hanzlík, Daniela Havlíčková, Lucia Kiššová,
Gaziza Lutseva, Michal Miovský, Viktor Mravčík, Petr Pleva, Martina Richterová Těminová,
Zuzana Šimrádová

Editoři/ Lucie Kiššová, Jiří Dvořáček, Viktor Mravčík

Odpovědný redaktor/ Lucie Grolmusová

Jazyková korektura/ Alena Palčová

Sazba/ Michal Korecký, TAG

Koncepce rozvoje adiktologických služeb byla projednána a schválena Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky dne 23. června 2021 usnesením č. 03/0621.

Pro bibliografické citace/

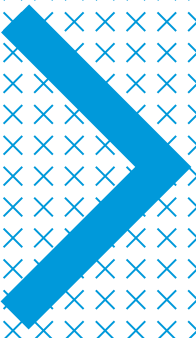
Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a Společnost pro návykové nemoci
ČLS JEP. 2021. Koncepce rozvoje adiktologických služeb. Praha: Úřad vlády České republiky.

ISBN 978-80-7440-271-5 (online; pdf)

ISBN 978-80-7440-282-1 (brožovaná)

Obsah

Úvod	5
Kapitola 1	
Obor adiktologie	9
Kapitola 2	
Rozsah problému závislostního chování v ČR	11
Kapitola 3	
Popis současného stavu adiktologických služeb	17
3.1 Systémový rámec poskytování adiktologických služeb	17
3.2 Stav sítě adiktologických služeb	20
3.3 Silné stránky oboru adiktologie	25
3.4 Slabé stránky oboru adiktologie	27
Kapitola 4	
Popis současného stavu adiktologických služeb	31
4.1 Východiska oboru adiktologie	31
4.2 Východiska adiktologických služeb	31
4.3 Základní teze rozvoje adiktologických služeb	32
4.4 Vymezení a typologie adiktologických služeb	33
4.5 Hierarchie a diferenciacie adiktologických služeb	41
4.6 Kvalita adiktologických služeb	42
4.7 Principy tvorby a rozvoje sítě adiktologických služeb a její podpory	43
Zkratky	47
Bibliografie	49



Úvod

Adiktologické služby jsou mezioborové a multidisciplinární specializované služby určené pro osoby se závislostním chováním nebo osoby ohrožené závislostním chováním a jejich blízké. Jejich poskytování se nachází na pomezí různých resortních systémů (zejména sociálního, zdravotního a školského) a adiktologické služby mají v současnosti statut sociálních, zdravotních nebo školských služeb a působí v nich pracovníci řady zdravotnických profesí, sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách, psychologové, pedagogové, speciální pedagogové atd. Poskytování adiktologických služeb je tak upraveno různými resortními předpisy.

Tato Koncepce rozvoje adiktologických služeb („Koncepce“) definuje východiska, ze kterých adiktologické služby v ČR vycházejí, principy, na kterých jsou postaveny, a dále stanovuje a popisuje typologii adiktologických služeb a kritéria jejich poskytování. V neposlední řadě tento dokument určuje základní principy tvorby sítě adiktologických služeb a také systému jejího financování. Staví přitom na mnohaleté historii služeb pro závislé a uživatele návykových látek v ČR.

Koncepce vychází z předpokladu, že i když se adiktologické služby nacházejí na pomezí různých resortních rámců, jde o svébytný specifický sektor služeb pro specifickou cílovou skupinu osob uplatňující specifické metody a postupy. Reflektuje přitom jiné probíhající procesy, které ovlivňují podobu a dostupnost adiktologických služeb (jako jsou např. reforma péče o duševní zdraví, strategie sociálního začleňování a další procesy ovlivňující poskytování sociálních služeb o osoby závislé a závislostí ohrožené apod.).

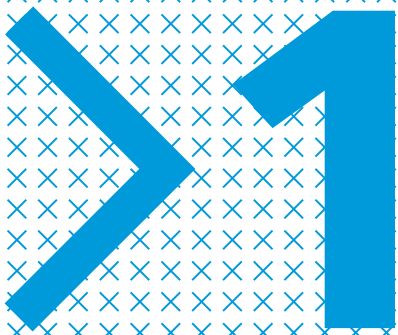
Očekávaným dopadem Koncepce je kultivace sítě adiktologických služeb v resortních systémech a procesech na různých úrovních, na základě kterých adiktologické služby existují a fungují a které také podmiňují podobu sítě adiktologických služeb. Koncepce zohledňuje současné potřeby a vývojové trendy v oboru a zaměřuje se jak na optimální využití potenciálu již existujících služeb, tak i na další rozvoj sítě.

Koncepce rozvoje adiktologických služeb je dokument, který konsenzuálně napříč oborem:

- × popisuje obor adiktologie a rozsah problému závislostního chování;
- × vymezuje cílovou skupinu adiktologických služeb;
- × popisuje současný stav sítě adiktologických služeb a kontext, ve kterém jsou poskytovány;
- × definuje adiktologické služby a jejich typy;
- × určuje principy a charakteristiky definovaných služeb a jejich typů;
- × stanovuje principy tvorby a definice sítě adiktologických služeb;
- × popisuje principy systému financování této sítě;
- × vytváří podklad pro další vyjádření finančních nároků na zajištění sítě adiktologických služeb.

Koncepce rozvoje adiktologických služeb byla schválena příslušnými orgány všech hlavních odborných a profesních sdružení v oboru adiktologie v ČR – Společnosti pro

návykové nemoci ČLS JEP, České asociace adiktologů, Asociace nestátních organizací poskytujících adiktologické a sociální služby pro osoby ohrožené závislostním chováním, Asociace poskytovatelů sociálních služeb a Odbornou společností pro prevenci rizikového chování.



Kapitola 1

Obor adiktologie

Adiktologie je samostatný transdisciplinární obor, který se zabývá závislostním chováním. Adiktologie spojuje zdravotní, psychologické, sociální, pedagogické a právně-kriminologické perspektivy do transdisciplinárního rámce.

Adiktologické služby zahrnují prevenci závislostního chování, jejich včasnou identifikaci a intervenci, poradenství, léčbu, snižování rizik spojených se závislostním chováním, sociální začleňování osob těmito poruchami postiženými a práci s jejich blízkými. Při poskytování adiktologických služeb 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.

Adiktologie v České republice vychází z mnohaleté tradice sahající do oblasti svépomocných aktivit z počátku druhé poloviny 19. století a tradice vzniku prvních specializovaných léčebných programů na počátku 20. let minulého století. Dnešní adiktologie čerpá z národního i mezinárodního výzkumu a praxe. Zásadně ji v moderní historii v ČR ovlivnila nastoupená vlna pragmatické protidrogové politiky formované v průběhu 90. let po politické změně v roce 1989. V tomto období se vytvořila, poté, co se poprvé objevila otevřená drogová scéna v ČR, na základě mezinárodních evidence based poznatků síť potřebných preventivních a léčebných programů a harm reduction programů zaměřených na snižování škod. Tento přístup napomohl mj. ke zvládnutí epidemií viru HIV a VHC mezi nitrožilními uživateli drog v ČR, přičemž míra infekce dosahovala jedné z nejnižších hodnot v Evropě. Rychlý rozvoj substituční léčby od roku 2000 měl mj. za důsledek významné snížení počtu úmrtí souvisejících s užíváním drog na začátku tisíciletí. Celý proces vyústil do vzniku systému specializovaných zdravotních a sociálních služeb pro uživatele návykových látek, nového systému adiktologické prevence v kontextu prevence rizikového chování a v neposlední řadě ke vzniku originálního vzdělávacího systému v oboru.

Koncept závislostního chování je zaměřen na užívání látek, definovaného prostřednictvím diagnostických kategorií a kritérií Mezinárodní klasifikace poruch a onemocnění (MKN-10), avšak rozšiřuje pole zkoumání na širší oblasti lidského chování doprovázeného ztrátou kontroly a kompulzivními projevy a majícího v širším pojetí oboru vliv na formující se diagnostickou skupinu tzv. nelátkových nebo také procesuálních závislostí, jako je např. patologické hráčství, nadměrné hraní počítačových her nebo využívání internetu, které u jednotlivců nebo (části) společnosti způsobují zdravotní a sociální škody nebo mají potenciál takové škody působit.

➤ 2

Kapitola 2

Rozsah problému závislostního chování v ČR

Užívání návykových látek a závislostní chování je komplexní a mnohovrstevný jev s celou řadou vzájemně se ovlivňujících potenciálních rizik pro jedince i pro společnost. Jde zejména o jeho negativní sociální, zdravotní, trestněprávní, bezpečnostní a ekonomické dopady, které nepříznivě ovlivňují zdravý vývoj jednotlivců i společnosti ve všech uvedených aspektech.

Celkové veřejnozdravotní dopady

Návykové látky jsou významným zdravotním rizikovým faktorem – jsou globálně zodpovědné za 10–15 % všech ztracených let života v důsledku nemocnosti a úmrtnosti. Na úmrtnosti se podílí přibližně pětinou, nejvíce kouření tabáku (cca 13 % celkové úmrtnosti), pak užívání alkoholu (5 %) a nelegálních drog (pod 1 %).

Kouření tabáku v ČR je zodpovědné za cca 18 tis. úmrtí ročně (přibližně pětina celkové úmrtnosti), především na nemoci kardiovaskulární, dýchací soustavy a zhoubné novotvary. Na zhoubný novotvar plic a chronickou obstrukční plicní nemoc (CHOPN), na jejichž vzniku má kouření rozhodující vliv, zemře v ČR ročně cca 5 tis., resp. 3 tis. osob. U rakoviny plic u žen a u CHOPN je patrný rostoucí trend.

Pití alkoholu je v ČR zodpovědné za přibližně 6 tis. úmrtí ročně (6 % celkové úmrtnosti). Největší podíl celkového počtu alkoholových úmrtí se vyskytuje ve starších věkových skupinách, ale nejvyšší relativní zátěž alkoholem je u mladších osob kolem 40 let, kde způsobuje až čtvrtinu úmrtí. Z nemocí, které jsou vyvolány výhradně užíváním alkoholu, jsou nejvýznamnější onemocnění jater a intoxikace vyvolané alkoholem (ročně 1,5 tis., resp. 0,5 tis. úmrtí).

Užívání nelegálních drog je zodpovědné za méně než 500 úmrtí ročně (pod 1 % celkové úmrtnosti). Na předávkování nelegálními drogami zemře ročně cca 50 osob, pod vlivem nelegálních drog z jiných příčin cca 150 osob. Na zdravotních dopadech způsobených nelegálními drogami se kromě předávkování podílí zejména sebevraždy, nehody a infekční onemocnění.

Kouření tabáku a užívání alternativních způsobů užívání nikotinu

Data za r. 2019 ukazují,¹ že v ČR bylo celkem 24,9 % současných kuřáků (tj. osob, které kouřily v posledních 30 dnech) ve věku 15 a více let, v tom 18,1 % kouřilo denně (21,1 % mužů a 15,2 % žen). Trendy v posledních 7 letech naznačují mírný pokles výskytu současného i denního kuřáctví v dospělé populaci. K největšímu poklesu došlo v letech 2012–2015, od r. 2015 zůstává situace přibližně na stejné úrovni.

1 Zdroje dat: Mravčík a kol. (2020a), Mravčík a kol. (2020b), Csémy a kol. (2020)

E-cigarety užívalo denně nebo příležitostně v r. 2019 celkem 4,9 % dotázaných (6,2 % mužů a 3,6 % žen). Ve srovnání s r. 2018 došlo k mírnému nárůstu (ze 4,6 %). Roste podíl osob, které přecházejí z klasických cigaret pouze na užívání elektronických, naopak klesá podíl těch, které užívají oba typy výrobků současně. Celkem 3,2 % dotázaných (3,3 % mužů a 3,1 % žen) v současnosti užívá zahříváný tabák, 2,2 % denně. Ukazuje se, že lidé jsou mylně a nedostatečně informováni o rizicích e-cigaret.

Užívání alkoholu

Alkohol pilo v r. 2019 denně nebo téměř denně celkem 8,5 % populace (12,7 % mužů a 4,6 % žen). Časté pití nadměrných dávek alkoholu (definované jako příjem 60 a více g alkoholu při jedné příležitosti s frekvencí alespoň jednou týdně nebo častěji) uvedlo 15,9 % dotázaných. V posledních letech prevalence denní konzumace alkoholu i častého pití nadměrných dávek alkoholu roste, a to jak u mužů, tak u žen.

Do kategorie rizikové konzumace alkoholu spadá 6,9–8,7 % populace, dalších 6,0–9,3 % spadá do kategorie škodlivé konzumace alkoholu (tj. v součtu 14,0–18,1 % osob spadá do kategorie rizika). Extrapolací na dospělou populaci ČR dosahují odhady rizikové a škodlivé konzumace alkoholu téměř 1,5 mil. osob, z nichž 800 tis. vykazuje znaky škodlivého užívání alkoholu.

Užívání nelegálních drog a psychoaktivních léků

Studie realizované v r. 2019 potvrzují, že nejčastěji užitou nelegální drogou v ČR jsou konopné látky, které někdy v životě vyzkoušelo 26–39 % osob. Zkušenosti s ostatními drogami jsou mnohem méně časté – extázi někdy v životě užilo cca 6 %, halucinogenní houby 4–6 %, ostatní nelegální drogy 2–3 % dospělých osob.

V horizontu posledních 12 měsíců a posledních 30 dnů je výskyt užívání nelegálních drog v obecné populaci velmi nízký s výjimkou konopných látek (9–11 %, resp. 3–4 % dotázaných). Míra užívání nelegálních drog je přibližně 2–3krát vyšší u mladých dospělých ve věku 15–34 let a mezi muži.

Je patrný stabilní odhad prevalence užití konopných látek v obecné populaci ve věku 15–64 let i mezi mladými dospělými ve věku 15–34 let a také relativně stabilní míra užívání ostatních drog mezi mladými dospělými s výjimkou kokainu, kde je znatelný mírný nárůst.

V souvislosti s užíváním konopných látek se v kategorii rizika nachází celkem 4,4 % populace ve věku 15–64 let, z nich 1,8 % (3,3 %, resp. 0,3 %) spadalo do kategorie vysokého rizika (odhad z r. 2016). Při přepočtu na dospělou populaci je možno odhadnout na 125 tis. uživatelů konopí, kteří jsou ve vysokém riziku vzniku problémů spojených s jejich užíváním.

Některé populační skupiny užívají návykové látky ve vyšší míře než obecná populace. Několikanásobně vyšší míru užívání drog vykazují např. tzv. mladí dospělí v prostředí noční zábavy nebo vysokoškolští studenti, vězni nebo obyvatelé sociálně vyloučených lokalit. Rovněž děti a mládež v institucionální výchovné péči jsou ohroženy vyšší mírou užívání návykových látek, nižší mírou životní spokojenosti, horším duševním zdravím včetně zvýšené sebevražednosti.

Z dotazníkových studií mezi dospělou populací z r. 2019 vyplývá, že léky se sedativním a hypnotickým účinkem a/nebo léky s obsahem opioidů užívané proti bolesti získané bez

lékařského předpisu nebo užívané v rozporu s doporučením lékaře nebo lékárníka užilo někdy v životě 18–27 %, v posledních 12 měsících 8,5–12,5 % a v posledních 30 dnech 2,5–3,9 % dospělých osob, což dlouhodobě představuje vyšší prevalenci než u konopí, které je nejrozšířenější nelegální drogou. Na rozdíl od nelegálních drog byla míra prevalence aktuálního užívání léků vyšší ve věkových skupinách nad 45 let a mezi ženami. Počet osob zneužívajících sedativa a hypnotika byl odhadnut na 885 tis. v r. 2016.

Pokud jde o tzv. problémové (dlouhodobé, pravidelné, zejména injekční) užívání nelegálních drog, v r. 2019 dosáhla prevalence problémového užívání opioidů a pervitinu 0,66 % obyvatel ve věku 15–64 let. Bylo odhadnuto celkem 45,1 tis. osob, z toho 34,6 tis. uživatelů pervitinu a 10,5 tis. uživatelů opioidů, v tom 5,7 tis. uživatelů buprenorfinu, 3,2 tis. uživatelů heroínu a 1,5 tis. uživatelů jiných opioidů. Odhadovaný počet lidí užívajících drogy injekčně (LDI) dosáhl 40,8 tis. V r. 2019 se prevalence problémového užívání drog v ČR meziročně mírně zvýšila – nárůst se týká počtu uživatelů pervitinu i uživatelů opioidů. Nejvyšší výskyt problémového užívání drog je dlouhodobě odhadován v Praze a v Ústeckém kraji.

Hazardní hraní

Účast na hazardních hrách v posledních 12 měsících uvádí 40–50 % dospělých, přičemž nejčastěji je uváděna právě účast na loteriích. Míra hazardního hraní v dospělé populaci aktuálně roste, především kvůli nárůstu míry hraní číselných a okamžitých loterií, k nárůstu přispělo pravděpodobně také otevření on-line prostředí od r. 2017. Zejména u on-line hazardního hraní je patrný výrazný aktuální nárůst, a to jak v celé dospělé populaci, tak mezi mladými dospělými (15–34 let).

V riziku rozvoje problémového hráčství v souvislosti s hraním hazardních her se nachází, až 5,7 % dospělé populace, což odpovídá přibližně 500 tis. osob, ve vysokém riziku kolem 1 %, což odpovídá 90–100 tis. osob. Aktuálně se mezi hazardními hráči v léčbě zvyšuje podíl hráčů on-line her.

Užívání návykových látek a hazardní hraní mezi dětmi a mládeží

Aktuálně je pozorován pokles prevalence kouření tabáku, užívání alkoholu i nelegálních drog mezi českými dospívajícími, i když podle studie ESPAD se pokles v období 2015–2019 ve srovnání s obdobím 2011–2015 zpomalil. U ukazatelů rizikové konzumace alkoholu nedošlo žádné zásadní změně, naopak u dívek došlo k nárůstu rizikového pití. Potvrdil se trend vyrovnávání rozdílů zkušeností mezi chlapci a dívkami, který se týká i nelegálních drog (konopí). Pokud jde o typ školy, nejvyšší míru zkušeností vykazali žáci odborných učilišť.

Zkušenost s kouřením cigaret v životě v r. 2019 uvedlo 54,0 % šestnáctiletých. Kouření v posledních 30 dnech uvedlo 23,6 % studentů, častěji šlo o dívky (20,8 % chlapců a 26,5 % dívek). Denně kouřilo 10,3 % studentů. Alespoň jednou zkusilo elektronické cigarety (e-cigarety), bez ohledu na to, zda obsahovaly nikotin nebo ne, celkem 60,4 % studentů, tedy vyšší podíl, než uvedl kouření klasických cigaret v životě. V posledních 30 dnech užilo e-cigarety 19,8 % studentů (22,5 % chlapců a 16,9 % dívek), tedy o něco méně než klasické cigarety (23,6 %). Ukazuje se, že pokles míry prevalence kouření v populaci 16letých je do značné míry spojen s užíváním e-cigaret.

Alkohol někdy v životě pilo 95,1 % 16letých studentů. Vysoká je i prevalence konzumace alkoholu v posledních 30 dnech (62,7 %) včetně časté konzumace (15,0 % 6krát nebo

častěji). Pití nadměrných dávek alkoholu při jedné příležitosti (tj. 5 a více sklenic) v posledních 30 dnech uvedlo 38,5 % studentů (40,8 % chlapců a 36,1 % dívek), 11,7 % (12,9 % chlapců a 10,5 % dívek) konzumovalo nadměrné dávky alkoholu s frekvencí 3krát nebo častěji.

Zkušenost s některou z nelegálních drog uvedlo celkem 29,3 % respondentů (30,1 % chlapců a 28,5 % dívek). Nejčastěji šlo o konopné látky (28,4 %), dále extázi (3,6 %), LSD nebo jiné halucinogeny (3,5 %), halucinogenní houby (2,5 %), pervitin (1,5 %), kokain (1,6 %), heroin nebo jiné opiáty (méně než 1 %). Těkávé látky užilo celkem 4,9 %. Zkušenosti studentů s nelegálními drogami dlouhodobě klesají s výjimkou kokainu, ale nárůst v období 2015–2019 byl zaznamenán také u extáze.

Dlouhodobě dochází mezi dospívajícími k nárůstu průměrného věku při prvním užití návykových látek. Průměrný věk první zkušenosti s kouřením cigaret dosahuje 13 let, k začátku denního kouření dochází průměrně v 14,3 roku. Průměrný věk 1. zkušenosti s vypitím sklenice alkoholu je 14,4 roku. K prvnímu užití konopných látek dochází nejčastěji kolem 14,5 roku.

Výsledky screeningové škály CAST naznačují, že v kategorii rizika v souvislosti s užíváním konopných látek se nacházelo celkem 6,6 % populace 16letých studentů. V tom 4,9 % spadalo do kategorie nízkého rizika a 1,7 % do kategorie vysokého rizika. Podíl studentů v riziku v souvislosti s užíváním konopí byl stejný u obou pohlaví a nejnižší byl na gymnáziích a naopak nejvyšší na odborných učilištích. Při extrapolaci na populaci dospívajících ve věku 15–16 let jde odhadem o 11–14 tis. osob v riziku v souvislosti s užíváním konopí, z nich odhadem 2–4 tis. osob ve vysokém riziku. Při extrapolaci na celou populaci dospívajících ve věku 15–19 let jde odhadem o 27–35 tis. osob, v tom 6–10 tis. ve vysokém riziku v souvislosti s užíváním konopí.

Hraní hazardních her v populaci 16letých zůstává na přibližně stejné úrovni – v r. 2015 uvedlo hraní hazardních her v posledních 12 měsících 9,2 %, v r. 2019 celkem 10,5 % studentů. Oproti předchozím letům se zvýšil podíl těch, kteří hráli s frekvencí jednou měsíčně nebo méně často, naopak klesl podíl těch, kteří uvedli pravidelné hraní hazardních her. Došlo také k poklesu podílu studentů, kteří uvedli hraní 2 a více hodin při jedné příležitosti (tzv. v kuse), a to z 3,6 % v r. 2015 na 3,2 % v r. 2019. Ve srovnání s předchozí vlnou studie z r. 2015 se ukazuje relativně stabilní odhad 16letých v riziku problémového hráčství, a to jak podle odhadu na základě škály Lie/bet (2,7 % v r. 2015 a 2,3 % v r. 2019), tak i na základě škály CSPG (z 6,3 % na 5,4 %), je však třeba upozornit na mírný nárůst u dívek. Výskyt problémového hráčství je nejnižší mezi studenty gymnázií a nejvyšší mezi studenty středních škol bez maturity a odborných učilišť.

Ekonomické souvislosti

Celospolečenské škody se vyjadřují a vyčíslují jako společenské (ekonomické) náklady. Dostupné odhady společenských nákladů se pohybují ve výši 80–100 mld. Kč ročně v souvislosti s tabákem,² 57 mld. Kč v souvislosti s alkoholem (za r. 2016) (Mlčoch

2 http://zpravny.idnes.cz/cesi-prestavaji-kourit-kvuli-krizi-musi-setrit-i-na-zavislostech-p9r-/domaci.aspx?c=A100214_204732_domaci_abr; http://ceskapozice.lidovky.cz/jak-dopadne-boj-o-cigarety-dym-dnl-/tema.aspx?c=A121229_003800_pozice_89103 [2015-09-06]

a kol., 2019), 7 mld. Kč v souvislosti s nelegálními drogami (za r. 2007) (Zábranský a kol., 2011) a až 16 mld. Kč s problémovým hraním (za r. 2012) (Winkler a kol., 2014). Dosud nepublikovaná analýza společenských nákladů za r. 2017 vyčíslila celkové společenské náklady na závislosti a závislostní chování (tabák alkohol, nelegální drogy, hazardní hraní) na 154 až 159 mld. Kč.³

Odvody spotřebních daní z legálních návykových látek (alkohol a tabák) a odvody daně z hazardního hraní jsou významným příjmem státního, resp. veřejných rozpočtů. V r. 2019 šlo u tabáku o 55,9 mld. Kč, u lihu 8,2 mld. Kč, u piva 4,7 mld. Kč, vína 0,4 mld. Kč a inkaso daně z hazardních her činilo 10,1 mld. Kč.

Na druhou stranu výdaje veřejných rozpočtů na adiktologické služby jsou řádově mnohem nižší. V posledních letech dosahují objemu cca 1 mld. Kč (z toho cca 300 mil. Kč ze zdravotního pojištění), v r. 2019 šlo 81 mil. Kč na primární prevenci, 310 mil. Kč na snižování rizik, cca 500–550 mil. Kč na léčbu (odhad je dán započítáním odhadované částky cca 300 mil. Kč ze zdravotního pojištění), 86 mil. Kč na programy následné péče a 39 mil. Kč na domovy se zvláštním režimem pro osoby závislé nebo závislostí ohrožené. Dalších 87 mil Kč vynaložily kraje na činnost záchytných stanic.

3 Gavurová B, Kulhánek A, Gabrhelík R, Tarhaničová M (2021). Ekonomická kvantifikace společenských nákladů užívání alkoholu, tabáku, nelegálních drog a hazardního hraní v České republice v roce 2017, Výzkumná zpráva. Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze.

➤ 3

Kapitola 3

Popis současného stavu adiktologických služeb

3.1 Systémový rámec poskytování adiktologických služeb

Multidisciplinární a mezioborový charakter adiktologických služeb vychází z různorodých potřeb klientů těchto služeb a postupné reakce služeb na tyto potřeby podpořené výzkumem. Poskytování těchto služeb je upraveno různými resortními zákony a ovlivňováno různým strategickým, koncepčním a systémovým rámcem nastaveným v rámci jednotlivých resortů.

3.1.1 Legislativní rámec adiktologických služeb

Odborné služby poskytované osobám užívajícím návykové látky anebo osobám s problémy spojenými s užíváním návykových látek a/nebo hazardním hraním nebo jejich blízkým, mají 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 mimo jiné upravuje protidrogovou politiku státu, definuje adiktologickou poruchu a odborné služby, které jsou osobám s adiktologickou poruchou nebo jejich blízkým, poskytovány.

Odborné služby pro osoby užívající návykové látky anebo pro osoby s problémy spojenými s užíváním návykových látek a hazardním hraním (v návaznosti na typ registrace dané služby) nebo jejich blízkým jsou pak poskytovány zejména na základě těchto zákonů:

- × zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách;
- × zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách);
- × zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách;
- × zákon č. 555/1992 Sb., o Vězeňské a justiční strážní České republiky.

Školská prevence a výchovně-preventivní služby v adiktologii jsou realizovány na základě zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon).

3.1.2 Zajištění kvality adiktologických služeb

Kvalita služeb je jejich klíčovou charakteristikou. 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 tím,

že v současné době probíhá hodnocení kvality adiktologických služeb v ČR ve třech systémech a často nekoordinovaně. Systémy hodnocení nejsou vzájemně kompatibilní a uznatelné:

- ✗ Sociální služby zřízené podle zákona č. 108/2006 o sociálních službách, jsou povinny splnit odborné a kvalifikační požadavky pro registraci (vstup do sítě) a následně musí splňovat Standardy kvality sociálních služeb, jejichž naplňování se ověřuje v režimu státní kontroly. Standardy kvality sociálních služeb jsou pro adiktologické služby relativně obecné z hlediska odborného zaměření (musí být použitelné pro jakoukoli sociální službu bez ohledu na její charakter, velikost či právní formu), a proto nemají výrazný vliv na specifické adiktologické kvality sociálních služeb.
- ✗ Poskytovatel zdravotních služeb je podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, 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., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče, a to po lůžková zařízení. Externí hodnocení není pro poskytovatele zdravotních služeb povinné, jedná se o dobrovolný proces.
- ✗ Pro adiktologické služby, bez ohledu na typ registrace, byly vypracovány Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby, které byly schváleny v r. 2005 (usnesením vlády č. 300/2005). Tento systém hodnocení kvality, včetně udělování certifikátu kvality zajišťuje sekretariát RVKPP (Odbor protidrogové politiky Úřadu vlády ČR). Standardy odborné způsobilosti mají na rozdíl od výše uvedených nástrojů meziresortní charakter, pokrývají spektrum zdravotních, zdravotně-sociálních a sociálních služeb a reflektují odborná specifika i širší oblasti kvality.

Každý z uvedených systémů 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.

Systém hodnocení kvality zajišťovaný Odborem protidrogové politiky ÚV ČR zohledňuje podstatu a nadresortní zdravotně-sociální charakter adiktologických služeb.

3.1.3 Koordinace v oblasti adiktologie

Potřeba zajištění harmonizace a koordinace meziresortního a multidisciplinárního charakteru adiktologických služeb se odrazila ve vytvoření koordinačních mechanismů na národní i regionální úrovni.

Na národní úrovni vznikla (již od r. 1993) Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (dále RVKPP, původně Meziresortní protidrogová komise), jejíž hlavní náplní je vytváření a implementace národní strategie protidrogové politiky a akčních plánů a koordinace v nich obsažených aktivit na meziresortní a mezioborové úrovni. Aktuálně je v platnosti Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027 (dále jen Národní strategie) a její akční plán pro období 2019–2021.

V oblasti financování protidrogové politiky a adiktologických služeb a v oblasti systémů ověřování kvality těchto služeb je koordinační role RVKPP uplatňována prostřednictvím

sekretariátu RVKPP, jehož roli plní Odbor protidrogové politiky ÚV ČR (sRVKPP)⁴. Součástí Odboru protidrogové politiky Úřadu vlády ČR je také Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (NMS), které je odborným, metodickým a koordinačním pracovištěm pro sběr, analýzu, interpretaci a distribuci dat o závislostech v ČR a zpracovává informační výstupy a publikace o situaci v ČR v oblasti závislosti, zejména výroční zprávy.

Za účelem zajištění spolupráce jednotlivých úrovní veřejné správy a pro koordinaci protidrogové politiky na regionální úrovni byly zřízeny funkce krajských a místních protidrogových koordinátorů, krajských/místních protidrogových komisí či pracovních skupin. Existují rozdíly mezi kraji ve způsobu organizace politiky v oblasti závislosti (včetně např. výše úvazku a zařazení krajských koordinátorů ve struktuře krajského úřadu). V návaznosti na národní strategii protidrogové politiky a její akční plány, krajští koordinátoři zpracovávají strategické dokumenty protidrogové politiky kraje, případně jsou zpracovávány místní protidrogové strategie (obce).

3.1.4 Financování adiktologických služeb

Adiktologické služby jsou financovány z různých zdrojů (programů, rozpočtů, privátních či vlastních zdrojů) a úrovní, za různých podmínek (priority, podporované činnosti, harmonogramy dotačních řízení, nasmlouvaná zdravotní péče) atd.

Na financování adiktologických služeb se na úrovni ústředních orgánů státní správy podílelo do roku 2019 několik resortů (ministerstvo zdravotnictví, ministerstvo spravedlnosti, ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy a ministerstvo práce a sociálních věcí, Úřad vlády ČR). Od r. 2020 došlo k centralizaci finančních prostředků na dotační řízení na protidrogovou politiku z resortu MZ, MSp a MŠMT na Úřad vlády ČR.

Hlavními zdroji financování adiktologických služeb jsou od r. 2020 tedy:

- × systém veřejného zdravotního pojištění úhradami zdravotních služeb;
- × systém financování sociálních služeb prostřednictvím dotací v režimu vyrovnávací platby;
- × dotační titul Úřadu vlády, který má nadresortní charakter a v jehož rámci jsou financovány různé typy služeb – zdravotní, sociální i ostatní typy služeb;
- × dotační a grantové tituly krajů a obcí, které mají značnou variabilitu ve využívaných nástrojích a zaměření.

Mezi další doplňkové zdroje financování služeb patří:

- × fondy EU, zejména Evropský sociální fond (včetně financování vybraných služeb v rámci reformy duševního zdraví);
- × fond EHP a Norska (tzv. norské fondy);
- × dary a nadační příspěvky;
- × platby klientů.

V posledních letech dochází k nárůstu výdajů napříč všemi typy služeb, tj. výdajů na prevenci, harm reduction, léčbu, následnou péči. Při hodnocení výdajů na zajištění

4 <http://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/protidrogova-politika-72746/>

adiktologických služeb je nutné brát v úvahu rozšíření spektra služeb o další cílové skupiny klientů (např. hazardní hráči).

Informace o výdajích ze zdravotního pojištění na léčbu poruch spojených s užíváním návykových látek ze systému veřejného zdravotního pojištění nejsou za r. 2018 a 2019 dostupné. V r. 2017 činily odhadem 1 798 mil. Kč, z toho na léčbu poruch způsobených alkoholem bylo vydáno 1 195 mil. Kč a na léčbu poruch způsobených ostatními drogami 603 mil. Kč. Adiktologické (AT) služby z celkových výdajů čerpaly 275 mil. Kč (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2019).

Tabulka 3-1: Srovnání výdajů z veřejných rozpočtů podle kategorií služeb v I. 2016–2019, v tis. Kč

Kategorie služby	2016		2017		2018		2019	
	Částka	Podíl (%)	Částka	Podíl (%)	Částka	Podíl (%)	Částka	Podíl (%)
Prevence	57 116	3,7	64 167	3,7	77 121	3,6	80 951	
Harm reduction	237 690	15,5	247 031	14,1	310 074	14,7	309 639	
Léčba	137 212	8,9	162 274	9,2	223 801	10,6	238 648	
Záchytné stanice	67 065	4,4	74 271	4,2	77 266	3,7	86 691	
Následná péče	51 335	3,3	63 414	3,6	74 260	3,5	85 646	
Domovy se zvláštním režimem	55 764	3,6	48 576	2,8	65 694	3,1	39 081	
Koordinace, výzkum, hodnocení	18 688	1,2	24 236	1,4	25 037	1,2	25 918	
Prosazování práva	903 490	58,8	1 044 356	59,5	1 218 943	57,7	1 166 792	
Ostatní, nezařazeno	7 876	0,5	27 297	1,6	41 500	2,0	38 247	
Celkem	1 536 236	100,0	1 755 622	100,0	2 113 697	100,0	2 071 612	

Pozn.: *Kraje Olomoucký a Moravskoslezský neposkytly údaje o výdajích z rozpočtu samospráv v r. 2019. Za tyto kraje jsou zahrnuty údaje za r. 2018.

3.2 Stav sítě adiktologických služeb

Aktuálně je v ČR odhadováno téměř 300 adiktologických služeb, které mají svůj rámec v oblasti sociálních a zdravotních služeb, ale také ve školství. Podle zpráv o realizaci protidrogové politiky v krajích v r. 2019 bylo v ČR celkem 278 (275 v r. 2018) specializovaných adiktologických služeb (bez započítání preventivních a terénních programů).

V průzkumu Sčítání adiktologických služeb 2017 bylo identifikováno celkem 275 adiktologických služeb.

Stávající systém služeb pro osoby se závislostním chováním a souvisejícími poruchami a pro osoby blízké pokrývá v různé míře a intenzitě celé spektrum problémů spojených s užíváním návykových látek a s dalším závislostním chováním a z hlediska historického vývoje jej lze rozdělit do tří sítí:

- × Síť zdravotnických zařízení oboru psychiatrie, resp. se specializací v oboru návykových nemocí (tzv. AT podle historického označení alkohol a toxikomanie), která poskytují ambulantní a rezidenční zdravotní služby uživatelům alkoholu, v menší míře uživatelům

nealkoholových drog a patologickým hráčům. Tato síť vznikala od 50. let minulého století na bázi protialkoholních poraden a oddělení pro léčbu závislosti (ve VFN „u Apolináře“ a v psychiatrických nemocnicích). V posledních letech vedle lékařských AT ambulancí vznikají nelékařské adiktologické ambulance vázané na odbornost adiktologa. Tato síť je hrazena především ze systému veřejného zdravotního pojištění, některá specializovaná centra (AT ambulance, adiktologické ambulance, programy opiátové substituční léčby) také z dotací.

- ✕ Síť preventivních programů, nízkoprahových programů, programů ambulantní léčby a poradenství, terapeutických komunit, které mají převážně registraci sociální služby (některé jsou i zdravotní službou) a jsou většinou provozovány NNO, cílí zejména na uživatele nelegálních drog, v menší, i když vzrůstající míře na uživatele alkoholu a patologické hráče a osoby blízké, přičemž není výjimkou, že jedna organizace provozuje více zařízení poskytujících adiktologické služby různých typů. Tato síť je hrazena především z dotací státu, krajů a obcí.
- ✕ Síť center pro léčbu závislosti na tabáku, která vznikla převážně na lůžkových odděleních nemocnic, především na pneumologických odděleních. Odborným garantem této sítě je Společnost pro léčbu závislosti na tabáku. Tato síť center léčby závislosti na tabáku nemá identitu adiktologických služeb, neboť je provozována zejména v rámci oddělení interní medicíny nebo pneumologie; služby odvykání kouření nabízí i některé lékárny. Tato síť je hrazena především ze systému veřejného zdravotního pojištění.

První dvě jmenované sítě se ve vzrůstající míře prolínají a do značné míry vytváří společnou síť a jádro adiktologických služeb v ČR. Stále více v nich dochází rovněž k prolínání systémů financování jak z dotací z veřejných rozpočtů (státního, krajských, obecních), tak ze systému veřejného zdravotního pojištění.

K červenci 2020 mělo platnou certifikaci odborné způsobilosti RVKPP (tj. programy mimo primární prevenci) celkem 206 služeb (204 k srpnu 2019). Aktuálně je v platnosti 10 speciálních standardů pro 10 typů služeb. V prosinci 2019 bylo Národním ústavem pro vzdělávání evidováno celkem 62 organizací s 94 certifikovanými programy primární prevence (k lednu 2018 to bylo 57 organizací a 89 programů). Certifikované programy indikované prevence zcela chybí v krajích Středočeském, Karlovarském, Královéhradeckém kraji a Vysočina.

Níže jsou uvedeny informace o počtu specializovaných adiktologických služeb různých typů v ČR.

Primární prevence:

- ✕ V r. 2019 bylo celkem 80 certifikovaných služeb poskytujících prevenci v adiktologii, z nich bylo 52 z oblasti všeobecné, 20 selektivní a 8 indikované prevence.

Nízkoprahové služby:

- ✕ V r. 2019 celkem 107 (z toho 55 kontaktních center a 52 terénních programů)
- ✕ V kontaktu s nimi bylo 39,7 tis. uživatelů nelegálních drog (především užívajících pervitin a opioidy). Nízkoprahové služby pracovaly v r. 2019 také s 3 135 uživateli alkoholu a s 52 patologickými hráči.

Ambulantní léčba:

- ✗ Ambulancí registrovaných jako lékařské AT ambulance (obor návykové nemoci) je v ČR cca 60, z toho přes 20 v Praze, z nich necelých 30 je v systému veřejného zdravotního pojištění. V kontaktu s nimi bylo v r. 2019 přes 12 tis. pacientů.
- ✗ Adiktologické zdravotnické ambulance: celkem registrováno 58 poskytovatelů, z nich přes 20 v Praze, v systému veřejného zdravotního pojištění je cca 30 ambulancí. V péči mají nelékařské adiktologické ambulance odhadem 5 tis. klientů.
- ✗ Ambulantní programy sociálních služeb: celkem odhadem 15 programů, v péči cca 3 tis. klientů.
- ✗ Služby následné péče, které mají statut sociálních služeb: celkem 39 programů (z nich 24 s chráněným bydlením), v péči cca 2 tis. klientů ročně.
- ✗ Dětské a dorostové adiktologické ambulance, které mají status sociálních a/nebo zdravotních služeb: celkem 9 programů, v péči cca 1,5 tis. klientů.
- ✗ Substituční léčba: v r. 2019 nahlásilo do NRLUD pacienty v substituční léčbě celkem 61 zdravotnických zařízení a bylo evidováno celkem 2 347 léčených osob. Významný počet pacientů v opiatové substituční léčbě není do tohoto registru hlášen odhadem 1 500–3 000 (výzkum mezi lékaři a klienty adiktologických služeb).

Rezidenční léčba:

- ✗ Detoxifikační jednotky: 14 detoxifikačních jednotek (celkem 38 zdravotnických zařízení poskytují detoxifikaci). V r. 2019 hospitalizováno 11,5 tis. osob, nejčastěji v souvislosti s alkoholem (57,2 %).
- ✗ Psychiatrická lůžková péče: celkem v r. 2019 22 psychiatrických nemocnic a 33 psychiatrických oddělení. Zařízení registrovaných jako zařízení oboru AT (návykové nemoci) je v ČR celkem 17. V r. 2019 evidováno 15 890 tis. hospitalizací pro poruchy způsobené užíváním návykových látek, z toho 61,0 % kvůli alkoholu a 39,0 % kvůli nealkoholovým drogám, z nichž nejčastější příčinou bylo polyvalentní užívání a užívání stimulantů (pervitinu).
- ✗ Terapeutické komunity: celkem 19 terapeutických komunit, z nich cca 15 je registrováno jako sociální služba. V r. 2019 se v terapeutických komunitách léčilo cca 670 klientů se závislostmi.
- ✗ V 6 specializovaných zařízeních resortu školství pro pobyt dětí ohrožených drogovou závislostí absolvovalo v r. 2019 pobyt 148 dětí.

Adiktologické služby ve věznicích:

- ✗ Poradny drogové prevence a bezdrogové zóny jsou dostupné ve všech věznicích, jejich služby využilo v r. 2019 celkem 11 027, resp. 4 278 osob.
- ✗ Detoxifikaci prováděly v r. 2019 celkem 2 věznice (Brno a Praha-Pankrác).
- ✗ Léčbu závislostí ve vězení bylo možné absolvovat ve 14 věznicích, z toho 3 věznice realizovaly v r. 2019 soudem nařízené ochranné léčení (od r. 2021 se počet věznic realizujících ochranné léčení zvýšil na 4). V oddělech pro dobrovolnou léčbu bylo v r. 2019 léčeno 618 osob, v oddělech specializovaných pro výkon soudně nařízeného ochranného léčení bylo léčeno 171 osob.
- ✗ Adiktologické ambulance pro odsouzené a vězněné osoby jsou realizovány v cca 10 věznicích.

- × Substituční léčbu poskytovalo v r. 2019 celkem 5 věznic, léčeno bylo 86 osob.
- × Intenzivní spolupráci s NNO, tj. 10 a více návštěv za rok, vykázalo celkem 33 věznic (31 v r. 2018). V kontaktu s některou z NNO bylo celkem 9954 osob ve výkonu vazby či trestu odnětí svobody (9726 v r. 2018).

V posledních letech roste nabídka léčebných a poradenských intervencí poskytovaných prostřednictvím internetu a s využitím nových technologií, přibývá webových a mobilních aplikací pro uživatele tabáku, alkoholu, nelegálních drog, hazardní hráče a jejich blízké.

Speciální formou léčby je ochranná léčba, která je trestní sankcí, kterou lze uložit samostatně nebo spolu s trestem a může mít charakter alternativy k přísnějšímu trestu. V r. 2019 bylo ochranné léčení v oblasti adiktologie uloženo 298 osobám, z toho 124 závislým na nealkoholových drogách a 174 na alkoholu, což je výrazný meziroční pokles (370 v r. 2018). Analýzy zaměřené na OL ukazují na značnou nejednotnost a různorodost v provádění OL v jednotlivých zařízeních.

Počet a případně kapacitu adiktologických ambulantních a rezidenčních služeb v ČR přehledně uvádějí tabulky 3-2 a 3-3.

Tabulka 3-2: Síť ambulantních adiktologických služeb v r. 2019

Typ služby		Počet služeb	Charakteristika
Nízkoprahová kontaktní centra		55	nízkoprahová kontaktní a poradenská centra, jejichž cílovou skupinou jsou především (injekční) uživatelé nelegálních drog, poskytují především služby snižování rizik
Nízkoprahové terénní služby		52	terénní programy, jejichž cílovou skupinou jsou především (injekční) uživatelé nelegálních drog, poskytují především služby snižování rizik
Ambulantní léčba	ambulantní zdravotnická zařízení oboru psychiatrie ^(a)	61	ambulance oboru návykových nemocí, jejíž cílovou skupinou jsou především uživatelé alkoholu a nelegálních drog
	adiktologické (zdravotnické) ambulance ^(b)	24	ambulantní zdravotnické služby nelékařského zdravotního oboru adiktologie
	ambulantní (nezdravotnické) programy ^(c)	15	sociální služby poskytující ambulantní adiktologické služby
	ambulantní programy specializované na děti a mládež ^(b)	9	ambulantní adiktologické služby různého typu, jejichž cílovou skupinou jsou děti a mládež
Substituční léčba	poskytovatelé substituční léčby v NRLUD	61	substituční léčba formou ambulantní zdravotní služby různých odborností, jejichž
	roční výkaz psychiatrů	47	cílovou skupinou jsou uživatelé opioidů
Poradensví a léčba ve věznicích	poradny drogové prevence	35	ambulantní adiktologické léčba a poradensví ve vězení, především pro uživatele nelegálních drog
	substituční léčba	5	
	dobrovolná léčba	11	
	ochranná léčba ^(d)	3	
	bezdrogové zóny ^(e)	35	
	programy NNO ^(f)	35 (33)	
Denní stacionář ^(h)		1	stacionární programy (denní centra) adiktologické programy, jejichž cílem
Služby následné péče		⁽ⁱ⁾ 39 (24)	je podpora a resocializace klientů po absolvování léčby
Centra pro závislé na tabáku		43	ambulantní léčba závislosti na tabáku realizovaná především v rámci lůžkových zařízení oboru pneumologie nebo vnitřního lékařství

Pozn.: ^(a) Počet psychiatrických ambulancí vedených ÚZIS jako specializované, tzv. AT ambulance; ^(b) údaj k srpnu 2018 – bližší viz VZ 2017; ^(c) programy podpořené v rámci dotačního řízení RVKPP v r. 2019 (z ambulantních programů ty, které nemají statut zdravotnického zařízení); ^(d) 4 oddělení ve 3 věznicích; ^(e) z toho ve 3 s terapeutickým režimem; ^(f) počet věznic, v nichž probíhá spolupráce s NNO (počet věznic s intenzivní spoluprací s NNO, tj. s 10 a více návštěvami za rok); ^(g) v r. 2018 vykazalo ÚZIS ČR péči o uživatele drog 1 krizové centrum v Praze. ^(h) Podle ÚZIS ČR pečovalo o uživatele návykových látek 6 psychoterapeutických stacionářů s celkovou kapacitou 145 míst. Dva stacionáře se nacházely v Praze a Moravskoslezském kraji, po jednom bylo v Jihomoravském a Olomouckém kraji. Většina stacionářů pečovala pouze o jednotkové počty klientů, pouze 1 stacionář v Praze vykazal vyšší počet pacientů s problémy s návykovými látkami a je možno jej považovat za specializovaný adiktologický program; ⁽ⁱ⁾ počet programů následné péče v Registru poskytovatelů sociálních služeb MPSV, jejichž cílovou skupinou tvořily osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách (z toho počet programů s chráněným bydlením); (j) odhad na základě extrapolace dat z 19 programů dotovaných RVKPP v r. 2018.

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2020k), Společnost pro léčbu závislosti na

tabáku (2019), Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2020c), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2020g)

Tabulka 3-3: Síť adiktologických lůžkových léčebných zařízení v r. 2019

Typ služby		Počet služeb	Adiktologická kapacita (lůžka)	Charakteristika
Detoxifikace	lůžková zdravotnická zařízení	14 (38*)	234	zdravotnická služba, jejímž účelem je minimalizovat odvykací příznaky na začátku léčby
	věznice	2	n. a.	
Psychiatrická lůžková péče	psychiatrické nemocnice (léčebny) pro dospělé	19	cca 1 000	abstinenčně orientovaná zdravotnická léčba závislosti v lůžkových zařízeních oboru psychiatrie, využívající farmakologické i psychotherapeutické přístupy, určená pro všechny závislostní poruchy
	psychiatrické nemocnice (léčebny) pro děti	3	n. a.	
	psychiatrická oddělení nemocnic	32	cca 100	
	ostatní zařízení s psychiatrickým oddělením	1	n. a.	
Terapeutické komunity		19	**323	rezidenční služba na principu terapeutické komunity, jejíž cílovou skupinou jsou především uživatelé nelegálních drog
Zařízení speciálního školství		6	86	specializovaná oddělení pro děti ohrožené drogovou závislostí v pobytových školských zařízeních
Chráněné bydlení v programech následné péče***		22	224	ubytování pro klienty programu následné péče, jejichž cílovou skupinou jsou především uživatelé nelegálních drog

Pozn.: * včetně zařízení s nevyčleněnými lůžky, ** odhadem 323, protože 11 programů podporovaných v dotačním řízení RVKPP v r. 2019 má kapacitu 183 míst, *** počet programů podle Registru poskytovatelů sociálních služeb MPSV, počet klientů byl získán extrapolací údajů od projektů podpořených v rámci dotačního řízení RVKPP v r. 2019

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2020k), Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2020c), MŠMT (2020), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2020g)

3.3 Silné stránky oboru adiktologie

Obor adiktologie se za svoji několikaletou historii vyprofiloval na středně velký obor s řadou inovativních prvků a silných vlastností, na kterých může stavět svůj další rozvoj. Mezi jeho silné stránky patří:

× Multidisciplinární charakter

Myšlenka deinstitucionalizace a komunitní péče je samozřejmá. Síť služeb je tvořena institucemi zdravotnickými, sociálními i charitativními, státními i nestátními, lůžkovými, ambulantními i intermediárními. Služby jsou poskytovány širokým spektrem odborníků (lékaři, psychologové, adiktologové, sociální pracovníci, terapeuti a další).

× Stanovena metodika prevence

Česká republika jako první v Evropě připravila a navrhla komplexní homogenní rámec poskytování primární prevence a dokázala v něm v koncepční rovině řešit nejen problém nedělitelnosti preventivních programů v rámci širšího konceptu prevence rizikového chování, ale také zvládnout problém interdisciplinární povahy prevence a faktu, že se na ní podílejí různí poskytovatelé a profesionálové s nejrůznějším původním vzděláním.

× Adiktologické služby jsou dobře vybudované s různou nabídkou služeb

Systém adiktologických služeb v České republice se v posledních 20 letech rozvinul do podoby, která zaručuje jejich relevantní dobrou dostupnost. V oboru adiktologie jsou alternativy k ústavní léčbě, které se navzájem respektují. Dobré pokrytí území ČR lze konstatovat zejména u nízkoprahových služeb. Vytvořená síť poskytovatelů adiktologických služeb navíc nabízí širokou paletu různých typů služeb odrážejících jednotlivé fáze závislostního chování.

× Nabídka varianty intenzivní individuální léčby

Principy komplexního přístupu ke klientovi a diferenciaci se podařilo rozhodujícím způsobem implementovat.

× Adiktologické služby zohledňují individualitu uživatele

Služby zohledňují osobnost uživatele, jeho možnosti změny, schopnost racionálně kooperovat na změně, motivaci ke změně, zdravotní a sociální důsledky závislosti, potřeby samotného uživatele. Toto je jedním z hlavních důvodů, proč je žádoucí poskytovat služby v širokém spektru zařízení, a to s ohledem na jejich odpovídající kvalitu a potřeby klientů.

× Systém evaluace

V praxi má zaběhnuté nástroje na hodnocení kvality poskytovaných služeb (certifikační standardy), má také k dispozici systém supervizí a vzdělávání supervizorů. Existuje poměrně dostatek údajů o službách, u kterých je možné posuzovat a porovnávat jejich kvalitu, výkonnost a náklady.

× Monitorovací nástroje

V oboru Adiktologie probíhá systematický monitoring a výzkum závislostí, cílových skupin adiktologických služeb, jstupnosti a poskytování adiktologických služeb.

× Odbornosti působící v adiktologii a obor adiktologie má systém vzdělávání

Ve zdravotnických oborech se jedná o odbornost psychiatra, klinického psychologa, všeobecné sestry a adiktologa (nelékařská zdravotnická profese, jejíž bakalářský studijní program byl založen v r. 2005 na 1. LF UK s respektem ke specifickým požadavkům mezioborového přístupu a kombinování různých perspektiv v rámci zařízení poskytujících adiktologické služby v plném rozsahu). Nelékařský studijní obor má rovněž magisterský stupeň a doktorský program na 1. LF UK. Rovněž byla schválena specializace klinický adiktolog. V oblasti sociálních služeb se jedná o studium v oboru sociální práce a příbuzných oborech, v oblasti školství o pedagogické a andragogické obory.

× Lůžková kapacita je dostatečná

Síť lůžkových zařízení je vybavena dostatečně kapacitně, kdy problém lůžek je primárně jiný než v kapacitě. Jako nadměrná se jeví kapacita nespécializovaných psychiatrických lůžek tj. lůžek bez specifického adiktologického programu. Specializovaná lůžková zdravotnická péče postupně vstřebala prvky terapeutické komunity jako

léčebné metody, personál se vesměs vzdělává v psychoterapii. Původní konfrontační a paternalistický model léčby je postupně opouštěn, respektive kultivován (od morálního modelu se více přistupuje ke klinickému modelu práce s motivací, posouzením poruchy i cílů léčby v kontextu vývoje osobnosti), pacient/klient je v léčebném procesu stále více partnerem.

× **Obor adiktologie má funkční koordinační nástroje**

Koordinační nástroje, které propojují jednotlivé odbornosti, segmenty protidrogové politiky a úrovně (mezinárodní, národní, regionální) jsou zavedené již od r. 1993. Na národní úrovni existuje Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP), jejíž členy jsou zástupci příslušných ministerstev a institucí, včetně zástupců odborných a profesních společností a pacientské organizace.

V pracovních a poradních orgánech RVKPP působí zástupci různých institucí a odborníků reprezentující mezioborovost problematiky.

Na regionální úrovni byla vytvořena síť krajských a místních protidrogových koordinátorů a pracovních skupin.

Pravidelně se vytváří a vyhodnocuje strategie protidrogové politiky a akční plány jak na národní tak i na krajské či místní úrovni.

3.4 Slabé stránky oboru adiktologie

Systém adiktologických služeb se potýká i s řadou slabých stránek, které jsou pro obor výzvou k jejich odstranění a dalšímu rozvoji. Mezi slabá místa systému adiktologických služeb patří:

× **Nekoordinovaný průchod pacienta systémem léčby**

Vstup a průchod pacienta/klienta systémem služeb je mnohdy nekoordinovaný, mnoho pacientů/klientů vstupuje do služeb bez přesné indikace, často chybí případové vedení klienta/pacienta. Zásadní problém bývá s dostupností návazných a následných zdravotních neadiktologických služeb somatické péče. Dostupnost navazujících služeb sociálního začleňování, např. sociálního bydlení, je omezená.

× **Zúžené spektrum cílových skupin vybraných adiktologických služeb**

Dlouhodobě se služby zaměřovaly většinou jen na práci s uživateli nelegálních drog a neposkytovaly služby jiné specifické klientele (uživatelům alkoholu, patologickým hráčům). To se však v posledních letech pomalu mění a služby se postupně otevírají dalším cílovým skupinám.

× **Nedostatek neabstinenčně orientovaných programů**

V některých typech adiktologických služeb stále dominují abstinčně orientované programy, nabídka intervencí zaměřených na kontrolované užívání návykových látek je nedostatečná.

× **Nedostatečná nabídka vrstevnické podpory a svépomocných programů**

Využívání vrstevnické (peer) podpory a svépomocných skupin a programů je jedním z východisek v oblasti adiktologie, nicméně v praxi je využití peer podpory nerovnoměrně a nedostatečně využíváno, mj. kvůli nedostatečnému legislativnímu rámci pro působení peer pracovníků ve službách.

× **Nerovnoměrná regionální dostupnost služeb**

Je jiná dostupnost adiktologických služeb ve větších městech a jiná v periferii republiky (= široké příhraničí, hranice krajů, periferie vytvářené lokálními komplikacemi

v dopravní dostupnosti atd.). Také je rozdíl v dostupnosti adiktologických služeb pro různou klientelu. Některé regiony jsou zcela bez některých typů služeb.

× **Nerovnoměrný rozvoj služeb v rámci jednotlivých systémů a nedostatečné síťování**

Dochází k němu v rámci zmíněných různých systémů, ve kterých adiktologické služby existují, často dochází k jejich neprovázanosti v rámci regionu, nedostatku spolupráce mezi nimi (síťování). Vzhledem k charakteru služeb často pracují s rozdílnými metodikami a/nebo metodami práce.

× **Nedostatečná kapacita a dostupnost některých typů služeb**

- Dlouhodobě nedostatečná síť ambulantních léčebných zařízení, včetně programů substituční léčby.
- Nedostatečná kapacita detoxifikačních jednotek a detoxifikačních lůžek.
- Je nedostatečné propojení adiktologických služeb ve věznicích s adiktologickými službami v civilních zařízeních (v komunitě), zejména zajištění post-penitenciárních adiktologických služeb.
- Přetrvává nedostatečná kapacita a standardizace ochranné adiktologické léčby, pokud jde o její indikaci, průběh i ukončování.
- Výrazně chybí zařízení, která se věnují dětem a dospívajícím, a to včetně rezidenčních služeb.
- Chybí housing first, denní stacionáře, podpora bydlení a zaměstnávání apod.
- Je nedostatek zařízení, která pracují s osobami se závislostním chováním postproduktivního věku a je kapacitní nedostatek služeb pro rodiče mající děti s adiktologickou zátěží.

× **Nedostatek některých profesionálů v adiktologických službách**

Nedostatek zejména psychiatrů s orientací na adiktologii, dětských psychiatrů, klinických psychologů.

× **Nedostatky v systému srovnávání výkonnosti a nákladové efektivity služeb**

Nejsou jasně definovány službami realizované výkony tak, aby srovnání jejich výkonnosti a nákladové efektivity bylo objektivní.

× **Systémová neukotvenost primární prevence v adiktologii**

Přetrvává koncepční neukotvenost a nesystémovost prevence rizikového chování, jehož součástí je také adiktologická prevence (zjednodušeně lze říct, že prevenci může v ČR realizovat kdokoli). Systém ověřování kvality v prevenci je nestabilní. Část poskytovatelů programů prevence rizikového chování, kteří realizují rovněž prevenci v oboru adiktologie, se systému hodnocení kvality vyhýbá, financování z veřejných rozpočtů není vázáno na systém ověřování kvality. Přetrvávajícím problémem je nízká kvalita a efektivita realizovaných programů v praxi.

× **Neexistence zastřešujícího legislativního rámce pro sociálně-zdravotní (zdravotně-sociální) služby**

Nevyřešená otázka sociálně zdravotního pomezí služeb a vzrůstající nekompatibilita systémů zdravotního a sociálního má za důsledek potíže při praktické realizaci multidisciplinárního přístupu, který se odráží zejména na administrativní náročnosti zajištění adiktologické služby (různé systémy financování, vícezdrojové financování, způsoby ověřování kvality, vázanost různými legislativními rámci).

× Nedostatečné využívání existujících koordinačních nástrojů v oboru

Jednotlivé resortní rámce podmiňující poskytování adiktologických služeb spolu dostatečně nekorespondují a jsou rezistentní vůči existujícím koordinačním strukturám a mechanismům. Úkoly stanovené ve strategických dokumentech, které by tento nedostatek měly odstranit, často nejsou plněny nebo jsou realizovány formálně.

× Neexistence stabilního systému financování

Sít' adiktologických služeb se dlouhodobě potýká s nestabilním, nepředvídatelným a nedostatečným financováním, a to, zejména u poskytovatelů adiktologických služeb závislých na každoročních dotacích z mnoha především veřejných zdrojů, což zvyšuje administrativní náročnost procesu (žádosti, průběžné a závěrečné zprávy, vyúčtování), současně ohrožuje stabilitu sítě služeb. Přetrvává uzavřenost, resp. nízká flexibilita již stanovených krajských sítí sociálních služeb pro vstup nových služeb a různost podmínek jednotlivých krajů pro vstup služeb do těchto sítí. Nevhodně je také nastavena úhrada výkonů vázaných na profesi adiktologa ze systému veřejného zdravotního pojištění, neboť neumožňuje bez podpory dalších finančních zdrojů služby adiktologa poskytovat v praxi.

× Nerovnováha v odměňování pracovníků v adiktologických službách

Nerovnováha mezi stabilitou a odměňováním personálních nákladů ve službách, jejichž zřizovatelem je stát nebo kraje na jedné straně, a ve službách provozovaných neziskovými organizacemi nebo soukromými subjekty. Rozdíly ve výši mzdového/platového ohodnocení se zvyšují. Rozdíly vznikají také v důsledku neřešení sociálně-zdravotního pomezí.

4

Kapitola 4

Koncepce rozvoje adiktologických služeb

4.1 Východiska oboru adiktologie

Adiktologie je samostatný svébytný interdisciplinární obor zaměřující se na prevenci, léčbu a/nebo minimalizaci možných nepříznivých dopadů a poruch souvisejících s užíváním návykových látek a/nebo 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, pedagogika aj.).
- × Adiktologie vychází z bio-psycho-socio-spirituálního modelu (BPSS) závislostního chování a závislosti.
- × Adiktologie bere v potaz veřejnozdravotní hlediska při snižování dopadů fenoménu závislosti a závislostního chování (princip a přístup public health).
- × Komplexní spektrum a síť vzájemně spolupracujících služeb, která reflektuje všechny tyto složky modelu BPSS, je schopna efektivně pomáhat různým cílovým skupinám.
- × Adiktologie respektuje samoúdržavné mechanismy v procesu zotavování a léčby osob se závislostním chováním a podporuje zapojení vrstevnické podpory a svépomocných programů.
- × Navenek je obor adiktologie reprezentován zastřešující odbornou společností (SNN ČLS JEP) a profesními asociacemi či zastřešujícími organizacemi (ČAA, OSPRCH, APSS, A.N.O.), kdy i jejich prostřednictvím usiluje o zajištění optimálních podmínek pro fungování svých služeb.
- × Součástí oboru jsou kromě adiktologických služeb rovněž výzkumné a vzdělávací aktivity, včetně mezinárodní spolupráce.

4.2 Východiska adiktologických služeb

- × Adiktologické služby jsou zaměřeny na pomoc klientovi, dosažení pozitivní změny v různých aspektech jeho života (životní styl, zdravotní a sociální stav), s cílem zapojit maximální počet klientů do běžného života, a dále na práci s osobami blízkými.
- × Adiktologické služby jsou založeny na partnerském přístupu ke klientovi, který vyjadřuje respekt vůči klientovi a jeho životním hodnotám – klient je v procesu údravy a změny hlavním hybatelem a rovnocenným partnerem adiktologickým službám.
- × Adiktologické služby respektují různé fáze vzniku a rozvoje závislosti v rámci cyklu změny, nastavení a provoz sítě služeb tyto fáze respektuje.
- × Obor adiktologie preferuje poskytování služeb v přirozeném prostředí pacienta/klienta tak, aby pacient/klient nebyl vytržen z běžných životních rolí a odpovědností.

- × Adiktologické služby jsou založeny na spolupráci a propojenosti za účelem co nejjednoduššího a co nejeftivnějšího průchodu klienta službami s cílem dosažení změny a zapojení do normálního fungování, včetně propojení se souvisejícími zdravotními a sociálními službami
- × Adiktologické služby kladou důraz na sociální rehabilitaci a podporují reintegraci klienta, včetně pomoci s hledáním bydlení, zaměstnání a řešení finanční situace pacienta/klienta.
- × Adiktologické služby jsou flexibilní, jsou schopny rychle reagovat na změny v cílových skupinách klientů a na potřeby společnosti při respektování variability lokálních potřeb.
- × Adiktologické služby jsou vždy poskytovány pracovníky s odpovídající kvalifikací a praxí odpovídajícím požadavkům na odborné adiktologické služby a používajícím ověřené, bezpečné a efektivní intervence, což nevylučuje zapojení svépomocných a vrstevnických aktivit.
- × 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, s jeho informovaným/vědomým souhlasem.
- × Adiktologické služby rozvíjejí komunitní principy práce, včetně participace klientů, jejich blízkých a dobrovolníků, např. z řad vrstevníků apod.
- × Adiktologické služby jsou poskytovány i vězněným osobám a osobám po výstupu z vězení.
- × Adiktologické služby usilují o destigmatizaci svých klientů a prosazují respektování jejich základních lidských práv.

4.3 Základní teze rozvoje adiktologických služeb

Rozvoj služeb je integrální, žádoucí a nezbytnou součástí poskytování adiktologických služeb a v koncepci rozvoje adiktologických služeb jsou zásadní především následující teze:

- × Důraz adiktologických služeb je v komunitě (přirozeném prostředí pacienta/klienta). V tomto smyslu je obor adiktologie ve shodě s procesy deinstitucionalizace v psychiatrii či v sociálních službách. Pacientovi/klientovi je nabídnuta taková služba, která jej pokud možno co nejméně vytrhne z fungujících životních rolí a běžných povinností a současně odpovídá jeho možnostem a potřebám.
- × Jsou podporovány intervence a programy využívající princip svépomoci a vrstevnické podpory.
- × Pacient/klient je člověk s obdobnými potřebami jako jiní lidé bez závislostního chování, se stejnými právy a povinnostmi.
- × Adiktologické služby jsou postaveny na plně partnerském přístupu k pacientovi/klientovi – plán služeb i jejich poskytování jsou dohodovány individuálně.
- × Adiktologické služby minimálně odebírají kompetence pacientům/klientům, případná omezení kontaktu s původním prostředím jsou minimalizována na nejnižší možnou míru.

- ✕ Při plánování péče o pacienta/klienta musí být na začátku provedeno co nejpřesnější zhodnocení stavu a diagnostika a následné nastavení vhodných a odpovídajících intervencí, a to musí být pravidelně hodnoceno a upraveno, vždy podle aktuálního stavu pacienta/klienta.
- ✕ Terapeutický plán není omezen jen na dobu poskytování konkrétní služby, ale při jeho návrhu je vždy zvažováno celkové terapeutické kontinuum v kontextu komplexních potřeb podle stavu pacienta/klienta.
- ✕ Adiktologické služby jsou důsledně individualizovány s ohledem na charakteristiku pacienta/klienta, jeho stav a možnosti. To se týká i strukturovaných programů, kdy jsou individualizovány a pravidelně revidovány s ohledem na aktuální stav a možnosti pacientů/klientů za aktivní účasti pacientů/klientů a jejich blízkých. V tomto ohledu je případové vedení klienta základním principem poskytování adiktologických služeb.
- ✕ Adiktologické služby směřují ke komplexnosti svých programů, aby nabídka preventivních, harm reduction i léčebných intervencí více odpovídala komplexnosti závislostního chování.
- ✕ Sít' adiktologických služeb si zachovává pestrost v terapeutických cílech: měly by existovat programy zaměřené na dosažení a udržení abstinence, programy s cílem maximálního možného zotavení a stejně tak i programy minimalizace rizik.
- ✕ Adiktologické služby usilují o svou co největší dostupnost pacientům/klientům a případně usilují o zavedení mobilních a distančních (on-line) služeb.
- ✕ Rezidenční služby jsou diferencovány 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.
- ✕ Adiktologická prevence je součástí kontextu prevence rizikového chování, a to zejména mezi dětmi a dospívajícími. Důraz je kladen na předcházení vzniku závislostního chování, oddálení jeho počátku do vyššího věku a odhalování a řešení časných forem adiktologických poruch a jejich dopadů.
- ✕ Podpora ověřování kvality adiktologických služeb je jedním ze základních prvků při jejich poskytování.
- ✕ Stabilní a adekvátní financování adiktologických služeb je základní podmínkou pro udržitelnost sítě.

4.4 Vymezení a typologie adiktologických služeb

Adiktologickou službou je zdravotní, sociální 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, nebo osoby blízké, tj. služba specializovaná na prevenci, poradenství, léčbu a následnou péči. Klíčovou charakteristikou je mezioborový (zdravotně-sociální, případně zdravotně-sociálně-pedagogický) charakter poskytovaných služeb a přístupů ke klientovi a jeho potřebám.

Je rozlišováno **6 základních typů adiktologických služeb**, které koncepčně odpovídají různým fázím rozvoje závislosti⁵:

- × adiktologické preventivní služby,
- × adiktologické služby minimalizace rizik,
- × adiktologické služby ambulantní léčby a poradenství,
- × adiktologické služby krátkodobé stabilizace,
- × adiktologické služby rezidenční léčby,
- × adiktologické služby následné péče.

V praxi se mohou typy služeb v jednom zařízení kombinovat a mohou nabývat různé formy v závislosti na statutu poskytovatele, zadání zřizovatelů a plátců služeb či potřebách cílových skupin. Je tedy např. možná kombinace nízkoprahové služby se službou krátkodobé stabilizace, kde součástí kontaktního centra může být v budoucnu také provoz s krizovými 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.

4.4.1 Adiktologické preventivní služby

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 ke včasné diagnostice a zamezení jeho další progresi či přechodu do závažnějších forem.
- × Cílem prevence je zabránit zkušenosti s návykovou látkou/chováním, nástupu závislostního chování a/nebo oddálit je do vyššího věku, motivace k upuštění od takového chování, kontrola a ochrana před rizikovými faktory osobnostními, sociálními, rodinnými a životního stylu a odhalování a řešení časných forem adiktologických poruch a jejich dopadů.
- × Typicky je adiktologická prevence poskytována jako součást širšího konceptu prevence rizikového chování.

Forma poskytování služeb

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

Cílové skupiny

- × Cílovou skupinou jsou neuživatelé v riziku vzniku a rozvoje závislostního typu chování a závislosti (všeobecná prevence), osoby závislostí ohrožené (selektivní prevence),

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

osoby ve vysokém riziku užívání nebo závislosti, osoby, které vykazují rizikové chování, ale nesplňují kritéria závislosti, či osoby v raných stádiích závislostního chování a fází rozvoje závislosti (indikovaná prevence), osoby různých věkových kategorií a instituce/osoby, které o výše uváděné osoby pečují/zodpovídají (např. zákonní zástupci a školy), nebo osoby blízké.

- × 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.

Typické intervence

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

Minimální dostupnost

- × Jak je uvedeno dále, síť adiktologických služeb by měla být vytvářena na základě analýzy potřeby a dostupnosti služeb.
- × Specializované programy primární prevence (preventivní centra) nabízející selektivní a indikovanou prevenci by měly být dostupné na úrovni každého okresu, resp. pražského správního obvodu.⁶ Kapacita všeobecné prevence na úrovni každého okresu by měla být schopna pokrýt poptávku základních a středních škol po všeobecné prevenci.⁷

4.4.2 Adiktologické služby minimalizace rizik

Základní charakteristiky a hlavní cíle služeb

- × Klíčovým principem je snižování škod souvisejících s užíváním návykových látek nebo závislostním chováním u aktivních uživatelů či hazardních hráčů (harm reduction).
- × 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.

Forma poskytování služeb

- × Jsou typicky poskytovány v podobě nízkoprahových služeb v nízkoprahovém zařízení (kontaktní centrum) nebo přímo v přirozeném prostředí klienta, např. na drogové scéně nebo v hernách (terénní program).
- × Služby mohou být poskytovány také telefonickou a internetovou formou.

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

7 Indikativní návrh minimální dostupnosti služeb vychází z analýzy současné situace v dostupnosti adiktologických služeb (viz kapitolu Stav sítě adiktologických služeb, str. 9) a z předchozích analýz a doporučení pro dostupnost adiktologických služeb (Staniček, 2005; Libra a Novák, 2006; Radimecký a kol., 2009; Randák a Jeřábek, 2011; Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP, 2013).

- × Nízkoprahový přístup, v rámci kterého je služba časově i místně dostupná, je flexibilní podle potřeb cílové skupiny a klienti ji mohou využívat anonymně (tj. v případě volby klienta musí být poskytovatelem zajištěno anonymní poskytování služeb a tato volba musí být respektována).

Cílové skupiny

- × Cílovou skupinou nízkoprahových služeb jsou aktivní uživatelé návykových látek, případně 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 nachází typicky ve fázi prekontemplace či kontemplace.
- × Cílovou skupinou jsou rovněž rodiče, partneři a další blízké osoby klienta.

Typické intervence

- × Typickými intervencemi jsou např. kontaktní práce, distribuce sterilního injekčního materiálu, testování na infekční onemocnění, poradenství a intervence směrem k bezpečnější aplikaci drog, prevence předávkování, edukace a předávání informací, poradenství, motivační trénink, sociální práce, case management a pobídková terapie, práce v komunitě, podpora bydlení typu housing first, programy kontrolovaného podávání alkoholu, podpora zaměstnání, snižování rizik v prostředí nočního života a zábavy, odkazování do sítě služeb, základní zdravotní ošetření, nutriční poradenství a podpora atd.

Minimální dostupnost

- × Jak je uvedeno dále, síť adiktologických služeb by měla být vytvářena na základě analýzy potřebnosti a dostupnosti služeb.
- × Kontaktní centra pro cílovou skupinu uživatelů alkoholu a nelegálních drog by měla být dostupná na úrovni každého okresu, resp. pražského správního obvodu.⁸ Terénní programy pro uživatele nelegálních drog (injekční uživatele) by měly být v každé obci velikosti/typu okresního města, resp. pražského správního obvodu, a v případě potřeby ve městech od 10 tis. obyvatel.

4.4.3 Adiktologické služby ambulantní léčby a poradenství

Základní charakteristiky a hlavní cíle služeb

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

Forma poskytování služeb

- × Typicky jsou poskytovány v multidisciplinárních ambulantních programech a centrech s prvky case managementu, v intenzivní formě ve stacionárních programech (např. v tzv. adiktologických ambulancích s rozšířenou péčí).

⁸ Celkem 76 okresů v ČR mimo Prahu a 22 pražských správních obvodů (minimální síť služeb kalkuluje s 1 zařízením na 2 pražské správní obvody).

- ✗ 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 (např. ve formě tzv. adiktologických multidisciplinárních týmů).
- ✗ Mohou být poskytovány také telefonickou nebo internetovou formou.

Cílové skupiny

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

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.

Minimální dostupnost

- ✗ Jak je uvedeno dále, síť adiktologických služeb by měla být vytvářena na základě analýzy potřeby a dostupnosti služeb.
- ✗ Ambulantní adiktologická léčba by měla být dostupná na úrovni každého okresu, resp. pražského správního obvodu.⁹ Ambulantní program nabízející substituční léčbu opioidními agonisty by měl být dostupný na úrovni každého okresu, resp. pražského správního obvodu.
- ✗ Specializované programy dětské a dorostové adiktologie, gerontoadiktologie, programy pro hazardní hráče, programy pro adiktologické pacienty s duální diagnózou by měly být dostupné na úrovni kraje (krajská síť adiktologických ambulancí s rozšířenou péčí a adiktologických multidisciplinárních týmů).
- ✗ Stacionární program by měl být dostupný na úrovni kraje.
- ✗ Orientační kapacita: 0,5 lékařské ambulance na 100 000 obyvatel, 1 adiktologická ambulance na 100 000 obyvatel, 1 adiktologická ambulance s rozšířenou péčí na 500 000 obyvatel, 1 adiktologický mobilní tým na 500 000 obyvatel, 1 ambulance dětské a dorostové adiktologie na 500 000 obyvatel, 1 stacionární program s kapacitou 5–10 míst na 500 000 obyvatel.

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

4.4.4 Adiktologické služby krátkodobé stabilizace

Základní charakteristiky a hlavní cíle služeb

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

Forma poskytování služeb

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

Cílové skupiny

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

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.

Minimální dostupnost

- × Jak je uvedeno dále, síť adiktologických služeb by měla být vytvářena na základě analýzy potřebnosti a dostupnosti služeb.
- × Lůžková detoxifikace s dostatečnou kapacitou by měla být dostupná na úrovni kraje v počtu 1–4 zařízení na území kraje, orientačně 1 zařízení s kapacitou 5–10 lůžek na 300 000 obyvatel.

- ✗ Lůžka krizové stabilizace by měla být dostupná na úrovni každého okresu, resp. pražského správního obvodu.¹⁰ Orientační kapacita: 1–2 lůžka na 100 000 obyvatel.

4.4.5 Adiktologické služby rezidenční léčby

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 celkové změny životního stylu, jehož součástí je obvykle stabilizace sekundárních problémů spojených se závislostí a závislostním typem chování, abstinence od návykových látek, schopnost seberegulace ve vztahu k užívání technologií, případně schopnost abstinence od sázení a hraní či nadměrného trávení času ve virtuálním prostoru atd.
- ✗ Délka léčby se převážně pohybuje od 3 do 18 měsíců (krátkodobá/střednědobá/dlouhodobá).
- ✗ Typicky klienti do těchto služeb vstupují dobrovolně, obvykle po absolvované krátkodobé stabilizaci, léčba může být také soudně nařízena.

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 zařízeních (psychiatrické nemocnice, případně psychiatrická lůžkové oddělení se strukturovaným adiktologickým programem) či v kontextu sociálních služeb (terapeutické komunity).

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 nachází ve fázi rozhodnutí, akce a udržení.
- ✗ Cílovou skupinou jsou rovněž rodiče, partneři a další blízké osoby klienta.

Typické intervence

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

Minimální dostupnost

- ✗ Jak je uvedeno dále, síť adiktologických služeb by měla být vytvářena na základě analýzy potřeby a dostupnosti služeb.

¹⁰ Celkem 76 okresů v ČR mimo Prahu a 22 pražských správních obvodů (minimální síť služeb kalkuluje s 1 zařízením na 2 pražské správní obvody).

- × Síť adiktologických služeb rezidenční léčby má charakter celostátní sítě služeb. Zařízení poskytující rezidenční léčbu by mělo být typicky dostupné na úrovni každého kraje (rezidenční zdravotnické programy v počtu 1–3 na kraj, programy typu terapeutických komunit v počtu 1–2 na kraj). Orientační kapacita rezidenčních zdravotnických programů: 10 lůžek na 100 000 obyvatel ve stabilizačních programech plus 5 lůžek na 100 000 obyvatel v kontemplativních programech. Orientační kapacita terapeutických komunit: 3–5 lůžek na 100 000 obyvatel.
- × Na úrovni kraje by měly být dostupné rezidenční adiktologické služby také pro děti a mládež a pro stárnoucí/starší klienty s adiktologickou (reziduální) poruchou.

4.4.6 Adiktologické služby následné péče

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 psychoterapeutické a strukturované terapeutické intervence a podporující model růstu a přirozené uzdravy klienta s maximálním důrazem na podporu jeho sebestoporných 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.).

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.

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 nachází ve fázi udržení dosažených změn, případně relapsu.
- × Cílovou skupinou jsou rovněž rodiče, partneři a další blízké osoby klienta.

Typické intervence

- × Typickými intervencemi jsou např. skupinová, individuální a rodinná psychoterapie, prevence relapsu, sociální práce, poskytnutí chráněného/podporovaného bydlení, chráněného zaměstnávání/rekvalifikace a volnočasové aktivity.

Minimální dostupnost

- × Jak je uvedeno dále, síť adiktologických služeb by měla být vytvářena na základě analýzy potřebnosti a dostupnosti služeb.

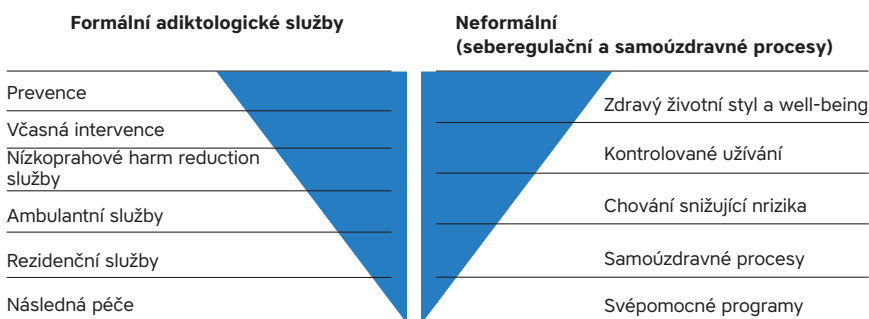
- × Adiktologická následná péče s dostatečnou kapacitou chráněného bydlení by měla být dostupná na úrovni každého okresu, resp. pražského správního obvodu.¹¹ Orientační kapacita: 1–2 programy na okres, 2–4 lůžka chráněného/podporovaného bydlení na 100 000 obyvatel.

4.5 Hierarchie a diferenciacie adiktologických služeb

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

Vedle formálních adiktologických služeb a programů existují neformální procesy s využitím 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 neformálními procesy patří přední místo svépomocným programům a skupinám (např. Anonymní alkoholici, Anonymní narkomani), které jsou velmi úspěšné v dosahování pozitivních změn.

Obrázek 4-1: Pyramida hierarchie formálních adiktologických služeb a neformálních seberegulačních a samouzdravných procesů (zdroj: Jiří Dvořáček, Viktor Mravčík, Lucia Kiššová, Zuzana Šimrádová, schéma pro účely této koncepce, 2019)



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, např.:

- × orientační diagnostika rizikového a škodlivého užívání návykové látky a diagnostika adiktologických poruch a krátké intervence prováděné zdravotnickými pracovníky,

¹¹ Celkem 76 okresů v ČR mimo Prahu a 22 pražských správních obvodů (minimální síť služeb kalkuluje s 1 zařízením na 2 pražské správní obvody).

- × léčba somatické komorbidity (léčba přenosných infekčních onemocnění, jako HIV infekce nebo virové hepatitidy, infekčních komplikací, jako sepse, endokarditidy, stomatologická péče, předporodní a gynekologická péče apod.),
- × psychiatrická léčba duálních diagnóz a další služby v oblasti duševního zdraví,
- × služby sociální rehabilitace zaměřené na ubytování a bydlení,
- × služby sociální rehabilitace zaměřené na zaměstnávání nebo podporu zaměstnávání klientů.

4.6 Kvalita adiktologických služeb

Služby zařazené do sítě adiktologických služeb musí splňovat odpovídající minimální požadavky na kvalitu. Průběžné hodnocení kvality poskytovaných služeb zajišťuje naplnění cílů a zásad služeb, jejich kontinuální a smysluplný rozvoj a zvyšuje jejich účinnost. Zabezpečuje také participaci a reflexi potřeb klientů, reflexi potřeb pracovníků a naplnění formálních požadavků na fungování služeb.

Síť adiktologických služeb disponuje systémem externího ověření kvality služeb na základě minimálních standardů, resp. Standardů odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby podle usnesením vlády č. 300/2005 (certifikační systém RVKPP). 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 podmínky pro uplatnění požadavků na kvalitu služeb, kterými jsou zejména:

- × Služby se řídí platnými právními normami.
- × Služby zajišťují bezpečí, dbají na práva a povinnosti pacientů/klientů i pracovníků.
- × Služby jsou poskytovány na základě dobré praxe podložené výzkumem (evidence-based přístup).
- × Poskytované služby jsou v souladu s doporučenými postupy příslušných odborných společností a autorit.
- × Služby mají zaveden vnitřní systém sledování a zvyšování kvality a bezpečí.
- × Služby odpovídají nastaveným organizačním parametrům, jsou koordinované a systematické.
- × Služba pravidelně provádí sebehodnocení.

Kvalita, rozvoj a úspěšnost adiktologických služeb úzce souvisí s kvalitou vzdělávání pracovníků, kteří tyto služby poskytují nebo kteří se podílejí na formování podoby těchto služeb. V adiktologických službách jde o úzkou a propojenou spolupráci celé řady zainteresovaných profesí především z oblasti zdravotní, sociální a školské. Minimální, předem definovaná úroveň vzdělání v oboru je nutná pro všechny odborné profese pracující v adiktologických službách, i když nároky kladené na zaměstnance pracující v adiktologických službách a veřejné správě jsou z hlediska kvalifikace různorodé a odpovídají náročnosti jednotlivých typů poskytovaných adiktologických služeb. Další koncepční kroky ve vzdělávání profesionálů v adiktologických službách jsou zejména:

- ✗ vytvořit komplexní systémové prostředí dalšího vzdělávání v adiktologii,
- ✗ zkvalitňovat a obsahově a metodicky aktualizovat obsah dalšího odborného vzdělávání v adiktologii v souladu s novými poznatky,
- ✗ vytvořit propojený celek vzdělávání pro jednotlivé cílové skupiny pracovníků v adiktologických službách a zajistit metodickou podporu vzdělavatelů v oblasti tvorby vzdělávacích programů,
- ✗ podporovat přípravu akreditovaných vzdělávacích programů pro pracovníky pracující v adiktologických službách a podporovat aktualizaci a inovaci současných vzdělávacích programů, včetně vzdělávacích programů realizovaných zahraničními odbornými subjekty,
- ✗ podporovat vytváření aktuálních metodických materiálů pro další vzdělávání pracovníků v adiktologických službách a dalších zainteresovaných profesí,
- ✗ podporovat vytvoření e-learningu jako teoretickou oporu pro vzdělávání a základní orientaci v oboru adiktologie a adiktologických službách,
- ✗ 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.

4.7 Principy tvorby a rozvoje sítě adiktologických služeb a její podpory

Tato podkapitola shrnuje principy, které by měly být dodrženy v dalším rozvoji sítě adiktologických služeb v budoucnu, přičemž rozhodující je spolupráce všech organizací a institucí podílejících se na tvorbě a zajištění sítě adiktologických služeb, včetně odborné veřejnosti a poskytovatelů adiktologických služeb.

- ✗ Sít' služeb na daném území vzniká na základě vyhodnocení celospolečenských potřeb, zejména ochrany veřejného zdraví, sociální soudržnosti a bezpečí, zjištěných potřeb cílových skupin a kapacity služeb různých typů na daném území. Jejím základem je současná sít' adiktologických služeb, která je postupně rozšiřována o nové služby na základě jejich potřeby a stavu veřejných rozpočtů.
- ✗ Zjišťování potřeby služeb spočívá zejména ve zjišťování charakteristik a velikosti cílových skupin z hlediska věku, pohlaví, povahy problému spojeného s užíváním návykových látek či fáze rozvoje závislosti a dalších, např. sociodemografických či epidemiologických charakteristik. Zvláštní důraz je kladen ve zvýšené míře na ohrožené skupiny. Součástí analýzy je popis dostupnosti stávající sítě adiktologických služeb, zejména její kapacity na daném území, a návrh žádoucí dostupnosti na základě vyhodnocené potřeby.
- ✗ Proces analýzy potřeby a dostupnosti sítě adiktologických služeb je podrobně popsán a rozpracován ve veřejně dostupném metodickém nástroji, který je pravidelně revidován.

- × Síť služeb tvoří zařízení a programy s různým geografickým pokrytím: lokálním, regionálním i celostátním. Pokrytí je dáno mírou specializace, dostupností služeb a potřebami cílových skupin.
- × Síť je tvořena adiktologickými službami, tj. službami, které mají adiktologický program a jsou určeny adiktologickým klientům a jejich blízkým.
- × Adiktologické služby, které jsou součástí sítě, naplňují Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby. Naplňování těchto standardů, tedy kvalita a odbornost služeb, je ověřována a garantována prostřednictvím certifikačního systému schváleného usnesením vlády č. 300/2005.
- × Součástí sítě mohou být pouze služby, které jsou oprávněny poskytovat služby v jednotlivých resortních systémech.
- × Síť adiktologických služeb se skládá z krajských sítí, které zahrnují služby místního a regionálního charakteru, a ze sítě adiktologických služeb na celostátní úrovni, která zahrnuje služby nadregionálního a celostátního charakteru.
- × Tvorba sítě je meziresortně a napříč veřejnou správou koordinovaný proces, který v pravidelných intervalech reviduje potřebnost adiktologických služeb v území a aktualizuje potřebnou kapacitu i skladbu služeb.
- × Financování adiktologických služeb respektuje zákonné vymezení rolí a zodpovědností jednotlivých zadavatelů a poskytovatelů finančních prostředků, přičemž participace na financování sítě adiktologických služeb je založena na vzájemné dohodě zadavatelů a poskytovatelů finančních prostředků na zajištění jednotlivých článků sítě adiktologických služeb.
- × Financování sítě adiktologických služeb na úrovni veřejné správy do maximální možné míry vychází ze sjednocených podmínek pro žadatele a příjemce.
- × Instituce podléjící se na tvorbě a zajištění sítě adiktologických služeb podporují procesy zvyšování a zajištění kvality služeb, hodnocení léčebné a ekonomické efektivity služeb a vzdělávání pracovníků adiktologických služeb.
- × Popis procesu tvorby sítě adiktologických služeb je součástí vnitřních předpisů a strategických dokumentů všech úrovní veřejné správy.



Zkratky

NMS	Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti
RVKPP	Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky
sRVKPP	Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky



Bibliografie

- CSÉMY, L., DVOŘÁKOVÁ, Z., FIALOVÁ, A., KODL, M., MALÝ, M. & SKÝVOVÁ, M. 2020. Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2019. Praha: Státní zdravotní ústav.
- GENERÁLNÍ ŘEDITELSTVÍ VĚZEŇSKÉ SLUŽBY ČR. 2020. Vyhodnocení činnosti VS ČR v protidrogové politice za rok 2019. Nepublikováno.
- LIBRA, J. & NOVÁK, P. 2006. Návrh optimalizace sítě služeb zaměřených na snižování rizik – Kontaktní centra a Terénní programy. Pracovní materiál pro sekretariát RVKPP.
- MLČOCH, T., CHADIMOVÁ, K. & DOLEŽAL, T. 2019. Společenské náklady konzumace alkoholu v České republice. Praha: iHETA.
- MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B., ČERNÍKOVÁ, T., ROUS, Z., CIBULKA, J., FIDISOVÁ, H. & VOPRAVIL, J. 2020a. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019. Praha: Úřad vlády České republiky.
- MRAVČÍK, V., ROUS, Z., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K. A., JANÍKOVÁ, B., ČERNÍKOVÁ, T. E. & CIBULKA, J. 2020b. Výroční zpráva o hazardním hraní v České republice v roce 2019. Praha: Úřad vlády České republiky.
- MŠMT. 2020. Údaje o specializovaných odděleních pro děti ohrožené drogovou závislostí v pobytových zařízeních speciálního školství. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI. 2020. Zpracování závěrečných zpráv k dotačnímu řízení RVKPP za rok 2019. Nepublikováno.
- RADIMECKÝ, J. O., NEVŠÍMAL, P., PÁNOVÁ, S., DOLEŽALOVÁ, P. & MIOVSKÝ, M. 2009. Návrh koncepce ambulantní adiktologické péče v České republice. Interní dokument, verze č. 7 ze dne 15. září 2009 pro výbor Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP. Revize Nevšímal, P., Popov, P., Kalina, K.
- RANDÁK, D. & JEŘÁBEK, P. 2011. Návrh koncepce lůžkové adiktologické péče v České republice. Interní dokument verze č. 3 ze dne 27. února 2011 pro výbor Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP.
- SPOLEČNOST PRO LÉČBU ZÁVISLOSTI NA TABÁKU. 2019. Centra pro závislé na tabák [Online]. Společnost pro léčbu závislosti na tabáku. Available: <http://www.slzt.cz/centra-lecby> [Accessed 19 August 2019].
- SPOLEČNOST PRO NÁVYKOVÉ NEMOCI ČLS JEP. 2013. Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice. Verze 4.7 z 5.listopadu 2013. In: VAVRINČÍKOVÁ, L., LIBRA, J., MIOVSKÝ, M., MRAVČÍK, V. & JEP, V. S. P. N. N. Č. (eds.). Praha: Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze, Česká asociace adiktologů.
- STANÍČEK, J. 2005. Podklady k návrhu optimalizace sítě služeb zaměřených na snižování rizik - Kontaktní centra a Terénní programy.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. 2019. Vývoj nákladů zdravotních pojišťoven na léčbu uživatelů alkoholu a nealkoholových drog v letech 2007–2017. Nepublikováno.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. 2020a. Údaje z Národního registru hospitalizovaných. Nepublikováno.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. 2020b. Údaje ze statistického zjišťování MZ – výkony ambulantních zařízení oboru psychiatrie, detoxifikace a záchytných stanic. Nepublikováno.

- WINKLER, P., BEJDOVÁ, M., CSÉMY, L. & WEISSOVÁ, A. 2014. Problémové hráčství: Společenské náklady na hazardní hraní v České republice. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- ZÁBRANSKÝ, T., BĚLÁČKOVÁ, V., ŠTEFUNKOVÁ, M., VOPRAVIL, J. & LANGROVÁ, M. 2011. Společenské náklady užívání alkoholu, tabáku a nelegálních drog v ČR v roce 2007. Praha: Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. LF UK v Praze.

Koncepce rozvoje adiktologických služeb

- > Tato publikace představuje Koncepci rozvoje adiktologických služeb. Koncepce stanovuje rámec a obsah oboru adiktologie a adiktologických služeb. Definuje východiska, ze kterých adiktologické služby v ČR vycházejí, principy, na kterých jsou postaveny, a dále stanovuje a popisuje typologii adiktologických služeb a kritéria jejich poskytování. V neposlední řadě tento dokument určuje základní principy tvorby sítě adiktologických služeb a také systému jejího financování v budoucnu s cílem dalšího rozvoje a zkvalitňování systému adiktologických služeb.
- > Publikaci čtenářům předkládá sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, který je organizační součástí Úřadu vlády České republiky, ve spolupráci se Společností pro návykové nemoci ČLS JEP.
- > Plné znění této publikace, dříve vydané publikace a informace o připravovaných publikacích najdete na internetových stránkách na rvkpp.vlada.cz a drogy-info.cz.
- > Distribuci zajišťuje vydavatel.

Vydal Úřad vlády České republiky
nábřeží Edvarda Beneše 4, 118 01 Praha 1
www.vlada.cz

Neprodejné

ISBN 978-80-7440-271-5



9 788074 402715