

B. SPECIÁLNÍ ČÁST

OBSAH

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

Poznámky za každým standardem

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

	1.4.8	Medikace se řídí platnými předpisy a správnou léčebnou praxí.	A*	ODP/K, RZ
1.5		Zařazení pacienta: pacient je zařazen do jedné z následujících forem péče: záchytná lůžka pro vystřízlivění, medikovaná detoxifikace, nemedikovaná detoxifikace.		
4.	1.5.1	4. Záchytná lůžka mohou být použita pro počáteční fázi detoxifikace, v rámci které probíhá:	4.	4. POP, ODP/K, RZ, VP
		a) neustálá observace zdravotní sestrou	4. A	4.
		b) kontrola stavu pacienta (po 8 hodinách) s cílem stanovit optimální léčebné prostředky	B	
		c) seznámení pacienta s detoxifikačním programem	B	RP/K
	1.5.2	Medikovaná detoxifikace:		4. POP, ODP/K, RZ, VP
		a) Farmakoterapeutický plán stanoví kvalifikovaný lékař při příjmu s ohledem na závažnost a akutnost stavu pacienta	C	
		b) Denní program je podrobně rozpracován a účastní se jej každý pacient podle svých možností a stavu	C	DP
		c) Strukturované aktivity jsou zahrnuty do denního programu s cílem ovlivnit postoje pacienta ke změně životního stylu a zvýšit (získat) jeho motivaci k dalšímu léčení, obsahují edukační terapii, motivační trénink, případně další indikované formy intervence	C	DP
		d) Zdravotnický personál – kvalifikovaný lékař a kvalifikovaná sestra jsou k dispozici 24 hodin denně	A*	
		e) Nezdravotnický personál – zabezpečuje edukační terapii, motivační trénink a další strukturované aktivity pod vedením kvalifikovaného pracovníka.	C	DP
		f) Strava a diety se řídí platnými předpisy.	C	
	1.5.3	Nemedikovaná detoxifikace:		4. POP, ODP/K, RZ, VP
		a) Denní program je podrobně rozpracován a účastní se jej každý pacient podle svých možností a stavu	C	DP

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

POZNÁMKY

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

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

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

		b) Postup v případě, že se pracovník při práci v terénu setká s násilím – způsob evidence, hlášení	A	
		c) Postupy při práci na potenciálně nebezpečných místech a v neznámém prostředí	A	
		d) Postup v případě kontaktu s distributory drog	A	
		e) Postup při kontaktu s policií	A	
		f) Užívání alkoholu a jiných drog v průběhu terénní práce	A	
		g) Vedení dokumentace o jednotlivých kontaktech a případech	A	
		h) Míru blízkosti a mezní hranice kontaktu s klienty (např. zákaz sexuálních styků, poskytování finančních prostředků klientům apod.).	A	
	2.6.2	4. Pravidla pro dobrovolné a externí spolupracovníky přiměřeně definují pro ně potřebné postupy.	4. A	4.
2.7		Pracovník je vybaven identifikačním průkazem, který je evidován na příslušném oddělení policie.	A	RZ, VP
2.8		Práci na potenciálně nebezpečných místech a v neznámém prostředí vykonávají vždy dva pracovníci, nikdy tato práce není vykonávána jedním pracovníkem.	A	POP, DP, RZ
2.9		Každý pracovník je očkovan nebo závazně poučen o nutnosti očkování proti hepatitidě A,B a projde školením, jak zacházet s potenciálně infekčním materiálem (použití jehly a stříkačky) s maximálním ohledem na ochranu vlastního zdraví a podle předpisů o nakládání s nebezpečným odpadem. Totéž se týká dobrovolných a externích spolupracovníků.	4. A	4. PA, RZ
2.10		Hodnocení efektivity: v pravidelných intervalech, minimálně 1x ročně (Poznámka 5).	C	POP, DP
		4. Maximum	4. 140	4.
		4. Minimum	4. 100	4.
		4. Nezbytné (*) : A*=5	4. 10	4.

POZNÁMKY

1. Doporučuje se, aby vedoucí programu měl vyšší odborné, bakalářské nebo úplné VŠ vzdělání humanitního či společenského směru.
2. Podle části A (Obecná část), oddíl 7.2, má mít organizace jasně definovaná pravidla pro zaměstnávání pracovníků s předchozími nebo současnými problémy s drogami a alkoholem. Pro zaměstnávání osob, které dříve byly závislé na drogách včetně alkoholu se doporučuje: (a) věk minimálně 21 let, (b) dokončená léčba, (c) abstinence minimálně 2 roky po ukončení léčby, (d) jiné zaměstnání či úspěšná pracovní zkušenost během dvouletého období abstinence, (e) nepřijímat do zaměstnání v zařízení, kde se

pracovník předtím léčil, (f) jasně definované postavení v týmu a vůči klientům, (g) zahájení SŠ studia do 1 roku po nástupu do pracovního poměru, pokud pracovník nemá ukončené SŠ vzdělání.

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

3. KONTAKTNÍ A PORADENSKÉ SLUŽBY			
Kontaktní služby, poradenství a motivační trénink, programy „harm reduction“, diferenciálně diagnostický filtr a zprostředkování léčby v nízkoprahových kontaktních centrech, poradenských a preventivních centrech			
		Bodovací stupnice	Zdroje
3.1	Program se provádí jako součást komplexního systému péče v působnosti jedné organizace, případně funguje samostatně s funkční provázaností na další odborná zařízení a organizace. Není nutný statut zdravotnického zařízení.	C	POP, RV
3.2	Personální zabezpečení		
3.2.1	Řízení: program je řízen kvalifikovaným odborným pracovníkem/manažerem s odpovídajícím, minimálně středoškolským vzděláním a s (alespoň jednoletou) praxí v oblasti sekundární a terciární prevence drogových závislostí a s ukončeným psychoterapeutickým výcvikem. (Poznámka 1).	A*	PA
3.2.2	Terapeutický tým: multidisciplinární s ohledem na bio-psycho-sociální model závislosti a poskytované služby (Poznámka 2).	C	PA

	3.2.3	Zabezpečení provozu: v závislosti na charakteru programu, s pevným provozním režimem.	C	POP
3.3		Cílová populace: osoby experimentující s návykovými látkami, problémoví uživatelé návykových látek, závislí na návykových látkách při prvním kontaktu s odbornou institucí, závislí na návykových látkách, kteří nejsou motivováni k abstinenci, popř. neakceptují jinou účinnější formu léčebné péče, rodinní příslušníci, partneři a jiné důležité osoby. Jsou možné anonymní i neanonymní kontakty.	C	POP, ODP/K, RZ, VP
3.4		Zhodnocení stavu klienta		
	3.4.1	Anamnestické údaje: v případě nízkoprahové kontaktní práce jsou získávány průběžně v závislosti na individuálních podmínkách klienta, v případě strukturovaného poradenství jsou odebírány kvalifikovaným pracovníkem při úvodním kontaktu s pacientem/klientem a průběžně doplňovány dle potřeb poradenského procesu.	B	ODP/K, RZ
	3.4.2	Somatické a psychiatrické vyšetření: zajištěno v indikovaných případech ve zdravotnickém zařízení s cílem stanovit závažnost somatických a psychiatrických komplikací pro posouzení vhodnosti a indikace specifického způsobu léčby nebo jiné odborné péče, může obsahovat:		ODP/K, RV
		a) Komplexní somatické vyšetření	A	
		b) Vyšetření moče na přítomnost metabolitů návykových látek	A	
		c) Základní laboratorní vyšetření	A	
		d) Vyšetření na pohlavně přenosná onemocnění	A	
		e) V případě potřeby vyšetření na graviditu, a jiná vyšetření.	A	
	3.4.3	Zhodnocení stavu klienta: je provedeno a zapsáno při nejbližší možné příležitosti s cílem komplexně posoudit jeho stav a vhodnost určité formy léčby či jiného programu odborné péče.	B	ODP/K
3.5		Nízkoprahové služby: jsou přístupné všem přicházejícím klientům včetně anonymních, zahrnují kontaktní práci, základní poradenství, výměnu injekčního náčiní, základní zdravotní péči, zajištění testování na HIV a hepatitidy, neodkladnou péči a doplňkové služby.	A*	POP, RV, RZ, RP/K, VP

3.5.1	Kontaktní práce: služby prvního kontaktu pro uživatele drog, jejich rodiče, partnery a jiné iniciátory kontaktu s cílem vytvoření důvěry mezi klientem a odbornou institucí, motivace ke změně rizikového chování a přijetí plánu odborné péče, minimalizace zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním návykových látek.	A	
3.5.2	Základní poradenství: týká se zdravotního stavu klienta, zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním drog a minimalizace těchto rizik, možností léčby, rehabilitace a sociální reintegrace, informací o léčebných a jiných odborných zařízeních, získávání motivace a doporučování do příslušných zařízení.	A	
3.5.3	Základní zdravotní ošetření: prováděno kvalifikovaným zdravotnickým pracovníkem nebo zajištěno ve zdravotnickém zařízení.	B	
3.5.4	Výměna sterilního injekčního náčiní, distribuce desinfekčních a dalších pomocných prostředků, zdravotnického materiálu, kondomů atd. (Poznámka 3)	A	
3.5.5	Testování na HIV a hepatitidy: zajištěno včetně poradenství před a po testování.	B	
3.5.6	Neodkladná péče: je písemně definován postup v případě akutních stavů a komplikací včetně zajištění příslušné zdravotní péče. Všichni zaměstnanci jsou školeni v technikách kardiopulmonální resuscitace a poskytování první pomoci.	A*	
3.5.7	Doplňkové služby: hygienický, potravinový, vitaminový servis.	B	
3.6	Strukturovaná odborná péče		POP, ODP/K, DP
3.6.1	Individuální plán: je zpracován a zapsán do dokumentace s ohledem na individuální podmínky, závažnost onemocnění, přítomnost komplikujících faktorů v oblasti somatické i psychosociální. Individuální plán je pravidelně revidován v závislosti na frekvenci kontaktu s klientem. Obecným cílem plánu v dlouhodobém horizontu je vytvoření náhledu a podpora motivace ke změně životního stylu, k léčbě či jiné odborné pomoci.	B	

3.6.2	Strukturované aktivity: program nabízí určitý rozsah a frekvenci terapeutických úkonů skupinových či individuálních, které jsou součástí individuálního plánu, případně nabízí doplňkové aktivity (např. rehabilitace a rekondice, ženské programy, poradenství pro rodiče atd.).	C	
3.6.3	Monitorování procesu: v případě strukturovaného programu má každý klient určeného kvalifikovaného pracovníka (terapeuta), odpovědného za vedení případu.	A	
3.6.4	Skupinová práce s klienty a práce s rodinnými příslušníky: používají se především v krátkodobém časovém úseku pro podporu obecných cílů a pro řešení aktuálních problémů (Poznámka 4)..	B	
3.6.5	Farmakoterapie: jen ve zdravotnických zařízeních, slouží k ovlivnění základního onemocnění, léčbě psychických a somatických komplikací, komorbidity a ke zvládnutí syndromu z vysazení drogy. Provádí výhradně lékař podle příslušných předpisů a zásad správné léčebné praxe.	A	
3.6.6	Sociální práce: provádí se s cílem stabilizovat sociální podmínky klienta pro jeho další léčení či následnou abstinenci (např. v oblasti bydlení, studia, zaměstnání).	A	
3.6.7	Prevence relapsu: je vždy součástí plánu strukturované odborné péče.	B	
3.7	Skupiny pro rodinné příslušníky a partnery klientů: provádějí (event. zajišťují) se s cílem poskytnout orientaci v problému závislosti, emoční a sociální podporu, mobilizovat zralé chování a zachovat základní fungování rodiny (Poznámka 5) .	B	POP, DP
3.8	Vedení dokumentace: formou individuálních spisů, evidujících podrobně poradenský či léčebný proces. Dokumentace je důvěrná a zabezpečená proti zneužití. U anonymních klientů nebo na přání je dokumentace vedena pod dohodnutým kódovým označením.	A	ODP/K
3.9	Minimální péče je zajištěna i v případech disciplinárního přerušení kontaktu, např. výměnný program, informace atd. Klient, který přerušil kontakt z vlastního rozhodnutí, musí mít možnost jej znovu navázat.	C	ODP/K, RV, RZ, RP/K

3.10	Každý pracovník je očkován nebo závazně poučen o potřebě očkování proti hepatitidě A,B a projde školením, jak zacházet s potenciálně infekčním materiálem (použité jehly a stříkačky) s maximálním ohledem na ochranu vlastního zdraví a podle předpisů o nakládání s nebezpečným odpadem. Totéž se týká dobrovolných a externích spolupracovníků.	A	PA, RZ
3.11	Pravidelně je vyhodnocována efektivita odborného programu, minimálně 1x ročně (Poznámka 6).	C	POP, DP
	4. Maximum	4. 160	4.
	4. Minimum	4. 120	4.
	4. Nezbytné (*) : A*=5	4. 15	4.

POZNÁMKY

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

4. AMBULANTNÍ LÉČBA

Ambulantní léčebná a preventivní péče v AT ordinacích a jiných zdravotnických zařízeních

		Bodovací stupnice	Zdroje
4.1	Program je součástí komplexního systému péče v působnosti jedné organizace, případně funguje jako samostatné zdravotnické zařízení s funkční provázaností na další odborná zařízení a organizace. Statut zdravotnického zařízení je nezbytný.	A	POP, RV
4.2	Personální zabezpečení		
4.2.1	Řízení: program je veden kvalifikovaným lékařem s atestací nejméně 1.stupně (vhodná je i nástavbová atestace v oboru AT) nebo klinickým psychologem, s praxí v oblasti primární, sekundární a terciární prevence drogových závislostí, zejména v diagnostice a léčbě návykových nemocí a jejich komplikací, se základními znalostmi rehabilitace a resocializace.	A*	PA
4.2.2	Terapeutický tým: multidisciplinární s ohledem na bio- psycho-sociální model závislosti a poskytované služby (Poznámka 1).	C	PA
4.2.3	Zabezpečení provozu: v závislosti na charakteru programu a normách ambulantní zdravotní péče, s pevným provozním režimem.	C	POP, VP
4.3	Cílová populace: osoby experimentující s návykovými látkami, problémoví uživatelé návykových látek, závislí motivovaní i nemotivovaní k abstinenci, abstinující absolventi ambulantního či ústavního léčení, rodinní příslušníci a partneři. není nutné doporučení z jiné instituce.	C	POP, ODP/K, RZ, VP
4.4	Zhodnocení stavu klienta		
4.4.1	Anamnestické údaje: jsou odebírány kvalifikovaným pracovníkem při prvním kontaktu s pacientem a průběžně doplňovány dle potřeb léčebného procesu.	B	ODP/K, RZ
4.4.2	Lékařské vyšetření: psychiatrické vyšetření a orientační somatické vyšetření se provádí u každého pacienta. Jde-li o zdravotnické zařízení vedené klinickým psychologem, musí být lékařské vyšetření dostupné.	B	ODP/K
4.4.3	Další vyšetření je zajištěno v indikovaných případech s cílem stanovit závažnost somatických a psychiatrických komplikací pro posouzení vhodnosti a indikace specifického způsobu léčby nebo jiné odborné péče a musí obsahovat:	C*	ODP/K, RV
	a) Konsiliární vyšetření jiného specialisty (internisty, neurologa, hepatologa apod.)		
	b) Toxikologické vyšetření moče nebo krve		
	c) Laboratorní a přístrojová vyšetření		

		d) Vyšetření na HIV, spektrum infekčních hepatitid a pohlavně přenosná onemocnění		
		e) V případě potřeby vyšetření na graviditu, a jiná vyšetření.		
	4.4.4	Komplexní zhodnocení stavu klienta: je provedeno při nejbližší možné příležitosti s cílem posoudit jeho stav a vhodnost určité formy léčby či jiného programu odborné péče.	B	ODP/K
4.5	První kontakty, poradenství, základní zdravotní péče			
	4.5.1	Kontaktní práce: první kontakty jsou zaměřeny na vytvoření důvěry mezi pacientem a ordinací, motivaci ke změně rizikového chování a přijetí léčebného plánu.	B	POP, ODP/K, RV, RZ, RP/K, DP
	4.5.2	Základní poradenství: je nedílnou součástí ambulantní léčebně preventivní péče. Týká se zdravotního stavu pacienta, zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním drog a minimalizace těchto rizik, možností léčby, rehabilitace a sociální reintegrace, informací o léčebných a jiných odborných zařízeních, získávání motivace a doporučování do příslušných zařízení, poradenství před a po testování na HIV a hepatitidy.	B	POP, ODP/K, RV, RZ, RP/K, DP
	4.5.3	Základní zdravotní péče: prováděná lékařem nebo kvalifikovanou zdravotní sestrou u běžných somatických komplikací.	B	POP, ODP/K, RV, RZ, DP
	4.5.4	Neodkladná péče: je písemně definován postup v případě akutních stavů a komplikací včetně zajištění další odborné zdravotní péče. Všichni zaměstnanci jsou školeni v technikách kardiopulmonální resuscitace a poskytování první pomoci v urgentních případech.	A*	POP, PA, RZ
4.6	Léčebná péče			
	4.6.1	Individuální léčebný plán: je zpracován s ohledem na stanovenou diagnózu, individuální podmínky, závažnost onemocnění, přítomnost komplikujících faktorů v oblasti somatické i psychosociální. Individuální léčebný plán je pravidelně revidován v závislosti na průběhu a frekvenci kontaktu s klientem.	B*	ODP/K, RV, RZ
	4.6.2	Strukturované aktivity: jsou součástí léčebného plánu, zahrnují zejména skupinovou a individuální psychoterapii, sociální práci a sociální rehabilitaci.	B	POP, DP

4.6.3	Monitorování léčebného procesu: každý pacient má určeného lékaře, dle možnosti též klinického psychologa, odpovědného za vedení případu.	A	POP, ODP/K
4.6.4	Skupinová a individuální psychoterapie a rodinná terapie: vedená kvalifikovaným psychoterapeutem, probíhá především v krátkodobém a střednědobém časovém horizontu. Cíle a metody jsou voleny s ohledem na potřeby pacienta a plánovanou dobu psychoterapie (Poznámka 2).	A	POP, RV, DP
4.6.5	Farmakoterapie: slouží k ovlivnění základního onemocnění, léčbě psychických a somatických komplikací, komorbidit a ke zvládnutí syndromu z vysazení návykové látky. Provádí výhradně lékař podle příslušných předpisů a zásad správné léčebné praxe.	A	ODP/K RV,RZ
4.6.6	Sociální práce: cílem je sociální reintegrace pacienta (např. v oblasti rodinných vztahů, bydlení, studia, zaměstnání), k dílčím cílům patří stabilizace sociálních podmínek pacienta pro jeho léčení a následnou abstinenci.	B	ODP/K RV,RZ, RP/K
4.6.7	Prevence relapsu: je vždy součástí léčebného plánu.	A	ODP/K RV,RZ, RP/K
4.7	Skupiny pro rodinné příslušníky a partnery pacientů: provádějí se nebo jsou zajišťovány s cílem poskytnout orientaci v problému závislosti, emoční a sociální podporu, mobilizovat zralé chování a zachovat základní fungování rodiny (Poznámka 3).	C	DP
4.8	Doléčování je prováděno s cílem zajistit stabilitu stavu pacienta/klienta v běžných životních podmínkách po proběhlé léčbě.	A	POP, ODP/K, RP/K
4.9	Vedení dokumentace: základním dokumentem je chorobopis pacienta s údaji podléhajícími lékařskému tajemství. Eviduje podrobně léčebný proces. Jsou vedeny záznamy o strukturovaných aktivitách (zápisy ze skupin atd.). Veškerá dokumentace s osobními údaji je důvěrná a zabezpečená proti zneužití.	A*	ODP/K, VP
4.10	Ukončení a přerušení léčby: je předem plánováno s cílem zabezpečit kontinuitu péče (doporučení do ústavního léčení nebo do jiného odborného zařízení), zajistit doléčování a možnost návratu v případě potřeby. I v případě přerušení léčby z vlastního rozhodnutí musí pacient vědět, že má možnost se kdykoliv vrátit.	B	ODP/K, RP/K
4.12	Pravidelně je vyhodnocována efektivita odborného programu, minimálně 1x ročně (Poznámka 4).	C	POP, DP

4. Maximum	4. 125	4.
4. Minimum	4. 90	4.
4. Nezbytné (*) : A*=5, B*, C* = min. 3	4. 21	4.

POZNÁMKY

1. V daném případě jde především o lékaře, klinické psychology, zdravotní sestry a sociální, případně rehabilitační pracovníky.
2. V daném programu se předpokládá především psychoterapeutický proces v řádu týdnů, případně měsíců, dlouhodobý horizont však nelze vyloučit.
3. „Rodičovská skupina“ má v zásadě podpůrný a edukační charakter, nepředpokládá se, že bude řešit individuální psychologické a psychopatologické problémy
4. Pro kvantitativní hodnocení efektivity je relevantní: (a) počet a struktura výkonů a pacientů, (b) četnost mimořádných událostí a režimových komplikací, (c) podíl pacientů zapojených do skupinových a rodinných terapií, (d) návštěvnost skupinových forem práce, (e) četnost časných vypadnutí z léčebného plánu a ze strukturovaných aktivit, (f) četnost úspěšně dokončených léčebných plánů, (g) počet realizovaných doporučení do dalších zařízení, (h) katamnestické sledování pacientů (1,2,3 roky). Nezbytný je průběžný rozbor účinných faktorů a komplikací programu a případová práce na poradách a při supervizi.

5. STACIONÁRNÍ PROGRAMY			
Intenzivní ambulantní péče: strukturované programy denních, popř. nočních či odpoledních stacionářů v délce 3-4 měsíce			
		Bodovací stupnice	Zdroje
5.1	4. Program je součástí komplexního systému péče v působnosti jedné organizace, případně funguje při ambulantním nebo lůžkovém zdravotnickém či jiném odborném zařízení nebo zcela samostatně s funkční provázaností na další odborná zařízení a organizace. Statut zdravotnického zařízení je žádoucí.	4. A	4. POP, RV
4. 5 2	4. Personální zabezpečení	4.	4.
	5.2.1 Řízení: program je řízen kvalifikovaným odborným pracovníkem/manažerem, s praxí v oblasti skupinové psychoterapie, léčení závislostí, rodinné terapie, kognitivně behaviorálních přístupů apod. V případě, že se jedná o zdravotnické zařízení, řídí se jejich vedení platnými právními předpisy (Poznámka 1)..	A*	PA

	5.2.2	Terapeutický tým: multidisciplinární vzhledem k povaze problému, výběr pracovníků se řídí kritérii:	C	PA
		a) Vzdělání (lékařské, psychologické, psychoterapeutické, speciálně pedagogické, v oblasti sociální práce, popř. jiné)		
		b) Specializované výcviky (skupinová psychoterapie, individuální psychoterapie psychodynamických, interaktivních a kognitivně behaviorálních směrů, rodinná terapie)		
		c) Praktické zkušenosti a dovednosti		
		d) Osobnostní vlohy		
	5.2.3	Zabezpečení provozu: odpovídá specifickým potřebám programu.	C	POP, VP
	4. 5. 2. 4	Kapacita pacientů/klientů na jednoho kvalifikovaného pracovníka: skupina v počtu 6-12.	A	DP, RV, RZ
5.3	4.	Cílová populace: osoby závislé na návykových látkách v mírně pokročilém až středním stupni závislosti, s náhledem a silnou motivací k léčbě, se somatickými a psychickými komplikacemi, které nevyžadují lůžkovou péči, sociálně stabilizovaní (např. spolupracující rodina, stálé bydliště). Doporučení z jiných zařízení je vhodné, ale není nezbytné (Poznámka 2)	4. C	4. POP, ODP/K, RZ, VP
4. 5. 4	4.	Zhodnocení stavu pacienta/klienta	4.	4.
	5.4.1	Anamnestické údaje: odebírány kvalifikovaným pracovníkem před přijetím pacienta/klienta do programu, v případě potřeby konzultovány s lékařem. Anamnéza se průběžně doplňuje (Poznámka 3).	A*	ODP/K, RZ
	5.4.2	4. Lékařské vyšetření: ve zdravotnických zařízeních se psychiatrické vyšetření a orientační somatické vyšetření provádí u každého pacienta/klienta, v jiných odborných zařízeních se provádí nebo zajišťuje v indikovaných případech. Vyšetření se provádí před přijetím pacienta/klienta do programu s cílem stanovit závažnost psychických a somatických komplikací a vhodnost indikace pro stacionární formu léčby, jeho obsahem pak může být:	A* 4.	4. ODP/K, RV
		a) Vyšetření praktickým lékařem		
		b) Toxikologické vyšetření moče		
		c) Základní laboratorní vyšetření	4.	4.

		d) Vyšetření HIV a hepatitidy (nezbytně), dále vyšetření pohlavně přenosných onemocnění		
		e) V případě potřeby vyšetření na graviditu a další odborné výkony		
	5.4.3	Komplexní zhodnocení stavu pacienta/klienta: je provedeno před přijetím pacienta/klienta do programu.	A*	ODP/K, RV
4.	5	Neodkladná péče: je zajištěna s příslušným zdravotnickým zařízením. Je písemně vypracován postup pro urgentní stavy, každý zaměstnanec je proškolen v oblasti kardiopulmonální resuscitace a poskytování první pomoci.	A*	POP, PA, RZ
5.6		Odborná léčebná péče (Poznámka 4).		
	5.6.1	4. Individuální léčebný plán: zpracován do 5 dnů po přijetí pacienta/klienta s ohledem na individuální podmínky, závažnost onemocnění, přítomnost komplikujících faktorů v oblasti somatické i psychosociální. Léčebný plán je pravidelně revidován (běžně 1x týdně).	4. B* 4.	ODP/K, RV
4.	5.6.2	4. Strukturované aktivity: každý pacient/klient se účastní programu v minimálním rozsahu 15 hodin strukturovaných aktivit týdně (rozdělených alespoň do 5 dnů v týdnu) , v odpoledních stacionářích v minimálním rozsahu 9 hodin (rozdělených alespoň do 3 dnů v týdnu).	4. A* 4.	4. POP, DP, RP/K
	5.6.3	Monitorování léčebného procesu: každý pacient/klient má určeného pracovníka – terapeuta (“garant”, “klíčový pracovník”), odpovědného za vedení případu, který sleduje stav pacienta/klienta a plnění léčebného plánu (Poznámka 5).	B*	ODP/K, RV, RZ, RP/K
4.	4. 5. 6. 4	4. Základní pravidla léčby: jsou písemně zpracována formou srozumitelnou a přístupnou pacientům/klientům. Definují klíčové principy, při jejichž porušení dochází zpravidla k přerušení léčby, a stanoví postup při porušení dalších pravidel.	C	DP, RP/K, VP
4.	4. 5. 6. 5	Denní režim: je písemně zpracován formou přístupnou pacientům/klientům. Zahrnuje rozvrh strukturovaných aktivit, je součástí každého individuálního léčebného plánu.	A	DP, RP/K, VP
4.	4. 5. 6. 6	Využívají se prvky terapeutické komunity.	A	POP, DP, RV

4.	5.6.7	Skupinová terapie: základní terapeutický prostředek, postupy a cíle jsou adekvátní délce programu a potřebám pacienta/klienta (Poznámka 6).	C	POP, DP, RV
	5.6.8	Rodinná (případně partnerská) terapie: prováděna v každém případě, kdy je to možné s ohledem na individuální podmínky pacienta/klienta.	B	POP, DP, RV
	5.6.9	Sociální práce: prováděna s cílem maximálně stabilizovat sociální podmínky pacienta/klienta pro jeho následnou abstinenci (např. v oblasti rodinných vztahů, bydlení, studia, zaměstnání).	B	POP, DP, RV, RZ, RP/K
	5.6.10	Pravidelná a náhodná toxikologická vyšetření: jsou neoddělitelnou součástí stacionárního programu.	A	ODP/K, DP, RV, RP/K
	5.6.11	Farmakoterapie (jen ve zdravotnických zařízeních): slouží k řešení psychických a somatických komplikací a komorbidit. Provádí výhradně lékař podle příslušných předpisů a zásad správné léčebné praxe.	A	ODP/K, RV, RZ
	5.6.12	Princip prevence relapsu: je neoddělitelnou součástí strukturovaných aktivit.	C	POP, DP, RV, RZ, RP/K
	5.6.13	Rehabilitace: slouží ke stabilizaci a zlepšení psychických, somatických a sociálních kapacit pacienta. Využívané prostředky: pracovní terapie, sport, volnočasové aktivity, zátěžové programy.	C	POP, DP, RV, RZ, RP/K
	5.6.14	Služba krizové intervence: v provozu 24 hodin denně pro řešení krizových situací.	B	POP, DP, RV, RZ, RP/K
5.7	Doplňkové programy: např. péče o děti pacientů/klientů, informace, poradenství a edukace.		B	
5.8	Zařízení provádí nebo zajišťuje skupiny pro rodinné příslušníky a partnery pacientů: provádějí se s cílem poskytnout orientaci v problému závislosti, emoční a sociální podporu, mobilizovat zralé chování a zachovat základní fungování rodiny (Poznámka 7).		B	DP
5.9	Zařízení zajišťuje stravu v případě, je-li program delší než 5 hodin bez přerušení. Pro tuto oblast má vypracován vnitřní předpis.		A	POP, RV
5.10	Vedení dokumentace: individuální dokumentace (chorobopis) pacienta/klienta eviduje podrobně léčebný proces. Vedle toho je podrobně zaznamenáván průběh společných strukturovaných aktivit (zápisy z komunit, skupin atd.). Veškerá dokumentace s osobními údaji je důvěrná a zabezpečená proti zneužití.		C*	ODP/K, DP, RV, RZ, VP

4. 5 . 1 1	4. Propouštění pacientů/klientů: je předem plánováno s cílem zabezpečit kontinuitu léčebné péče (doléčování, případně ústavní péče), provázeno příslušným doporučením.	4. C	4. ODP/K, RV
5.12	Plán následné péče a resocializace: zpracován při každém propuštění pacienta/klienta, a to i při předčasném ukončení léčby z disciplinárních důvodů, minimálně je pacient/klient srozumitelně informován o potřebě další péče a jsou mu doporučena pracoviště, kde ji může získat. Jsou vypracována pravidla pro opakování léčby.	C	4. POP, ODP/K, RV
4. 5 . 1 3	4. Fungování multidisciplinárního týmu: týmové porady minimálně 1x týdně, týmové konference minimálně 1x za 3 měsíce. Pořizuje se zápis přístupný všem členům týmu.	4. C	4. DP, RZ
5.14	4. Hodnocení efektivity: v pravidelných intervalech, minimálně 1x ročně (Poznámka 8).	4. C	4. POP, DP
	4. Maximum	4. 160	4.
	4. Minimum	4. 120	4.
	4. Nezbytné (*) : A*=5, B*, C* = min. 3	4. 39	4.

POZNÁMKY

1. Vedoucí-nelékař by měl mít VŠ sociálního, psychologického nebo pedagogického směru. Ve zdravotnických zařízeních, je-li vedoucím nelékař, musí mít kvalifikovaný lékař ve funkci odborného zástupce úvazek minimálně 0,3 (viz zákon 160/1992 Sb.).
2. Stacionární program je náročný a má své určité indikace, za kterých může být efektivní.
3. Nedoporučuje se odebírat anamnestické údaje pouze pomocí dotazníku vyplňovaného pacientem/klientem.
4. Případně odborná péče v nezdravotnických zařízeních.
5. Garant (klíčový pracovník) svého klienta sleduje soustavně a dokumentuje důležitá fakta. Každý pacient/klient je pak probírán 1x týdně na týmové poradě.
6. Adekvátním cílem tříměsíčního programu nemůže být například změna osobnosti nebo úplná úprava závažné psychopatologie. Skupinová terapie má být vhodně doplňována jinými strukturovanými aktivitami (kluby, pracovní terapie, kultura, sport atd.).
7. „Rodičovská skupina“ má v zásadě podpurný a edukační charakter, nepředpokládá se, že bude řešit individuální psychologické a psychopatologické problémy
8. Pro kvantitativní hodnocení efektivity je relevantní: (a) počet a struktura výkonů a pacientů/klientů, (b) naplnění kapacity programu, (c) četnost mimořádných událostí a režimových komplikací, (d) návštevnost otevřených skupinových forem práce, jako jsou skupiny pro rodiče a partnery nebo přípravné-motivační skupiny, (e) četnost časných vypadnutí z programu, (f) četnost vypadnutí v první třetině programu, (g) četnost úspěšně dokončených léčebných plánů, (h) katamnestické sledování pacientů se zjišťováním počtu abstijnujících a event. navštěvujících další programy (1,2,3 roky). Nezbytný je průběžný rozbor účinných faktorů a komplikací programu a případová práce na poradách a při supervizi.

6. KRÁTKODOBÁ A STŘEDNĚDOBÁ ÚSTAVNÍ LÉČBA			
Lůžková péče na samostatných odděleních psychiatrických léčeben a klinik, na samostatných specializovaných odděleních všeobecných nemocnic, případně v samostatných zdravotnických zařízeních, v obvyklém rozsahu 5-14 týdnů (Poznámka 1)			
		Bodovací stupnice	Zdroje
6.1	4.	Program je součástí komplexního systému péče v působnosti jedné organizace, případně funguje jako součást lůžkového zdravotnického zařízení nebo zcela samostatně s funkční provázaností na další odborná zařízení a organizace. Statut lůžkového zdravotnického zařízení je nezbytný.	4. A 4. POP, RV
4. 6 . 2	4.	Personální zabezpečení	4.
	6.2.1	Řízení: program je řízen kvalifikovaným vedoucím lékařem s atestací 2.stupně z psychiatrie či s nástavbovou atestací v oboru AT, s praxí v oblasti psychiatrie, psychoterapie, léčení závislostí.	A* PA
	6.2.2	Terapeutický tým: multidisciplinární vzhledem k povaze problému, převažují zdravotničtí pracovníci.	C PA
	6.2.3	Zabezpečení provozu: nepřetržitý nemocniční provoz.	A POP, VP
6.3	4.	Cílová populace: osoby závislé na návykových látkách v pokročilém, středním, ve výjimečných a odůvodněných případech až těžkém stupni závislosti, často s přítomností komplikujících faktorů (psychiatrická, somatická komorbidita). Doporučení z jiných zařízení je žádoucí, ale nikoliv nezbytné.	4. C 4. POP, ODP/K, RZ, VP
4. 6 . 4	4.	Zhodnocení stavu pacienta	4.
	6.4.1	Anamnestické údaje: odebírány lékařem (nebo sestrou a konzultovány s lékařem) při přijetí pacienta. Anamnéza se průběžně doplňuje (Poznámka 2).	B ODP/K, RZ

	6.4.2	4. Lékařské vyšetření: provedeno při přijetí pacienta, obsahuje:	4. C	4. POP, ODP/K, RZ
		a) Komplexní psychiatrické a somatické vyšetření	A	
		b) Toxikologické vyšetření moče, případně krve	A	
		c) Základní laboratorní vyšetření	4. A	4.
		d) Vyšetření na HIV, hepatitidy a pohlavně přenosná onemocnění	A	
		e) V případě potřeby vyšetření na graviditu a další odborné výkony	A	
	6.4.3	4. Další odborná vyšetření a konsilia dalších specialistů jsou bezprostředně dosažitelná a předem zajištěná.	4. B	4.
	6.4.4	Komplexní zhodnocení stavu pacienta/klienta: je provedeno do 48 hodin po přijetí pacienta.	B	
4.	6	Neodkladná péče: je písemně vypracován postup pro urgentní stavy s předem zajištěnou specializovanou zdravotní péčí, každý zaměstnanec je proškolen v oblasti kardiopulmonální resuscitace a poskytování první pomoci.	A*	POP, PA, RZ
6.6		Odborná léčebná péče		
	6.6.1	4. Individuální léčebný plán: zpracován lékařem do 24, nejpozději do 48 hodin po přijetí pacienta s ohledem na individuální podmínky, závažnost onemocnění, přítomnost komplikujících faktorů v oblasti somatické i psychosociální. Zahrnuje i případnou farmakoterapii. Léčebný plán je pravidelně hodnocen a revidován (běžně 1x týdně).	4. B	4. ODP/K, RV, RZ
4.	6.6.2	4. Strukturované aktivity: každý pacient/klient se účastní programu v minimálním rozsahu 20 hodin strukturovaných aktivit týdně, rozdělených alespoň do 5 pracovních dnů.	4. C	4. POP, DP
	6.6.3	Monitorování léčebného procesu: každý pacient/klient má určeného lékaře, psychologa či odborně vzdělaného psychoterapeuta odpovědného za vedení případu, který denně hodnotí stav pacienta/klienta a plnění léčebného plánu. (Poznámka 3).	A	ODP/K, RV, RZ, RP/K

4.	6.6.4	Základní pravidla léčby: jsou zpracována písemně a ve srozumitelné podobě přístupná pacientům. Definují klíčové principy, při jejichž porušení dochází zpravidla k přerušení léčby, a stanoví postup při porušení jiných pravidel.	C	POP, VP, RP/K
4.	6.6.5	Denní léčebný režim je písemně zpracován včetně rozvrhu strukturovaných aktivit, je součástí každého individuálního léčebného plánu.	A	DP, VP, RP/K
4.	6.6.6	Oddělení má charakter terapeutické komunity.	A	VP, DP
4.	6.6.7	Skupinová terapie: základní terapeutický prostředek, postupy a cíle jsou adekvátní délce programu a potřebám pacienta/klienta (Poznámka 4).	C	POP, RV, DP
	6.6.8	Rodinná (případně partnerská) terapie: prováděna v každém případě, kdy je to možné s ohledem na individuální podmínky pacienta/klienta.	B	POP, RV, DP, RP/K
	6.6.9	Sociální práce: prováděna s cílem maximálně stabilizovat sociální podmínky pacienta/klienta pro jeho následnou abstinenci (např. v oblasti rodinných vztahů, bydlení, studia, zaměstnání).	B	POP, RV, DP, RP/K
	4. 6. 6. 6. 10	Pravidelná a náhodná toxikologická vyšetření: jsou součástí programu v závislosti na jeho charakteru.	A	ODP/K, DP, RV, RP/K
	6.6.11	Farmakoterapie: slouží k řešení psychických a somatických komplikací a komorbidit. Provádí výhradně lékař podle příslušných předpisů a zásad správné léčebné praxe.	A	ODP/K, RV, RZ
	6.6.12	Program prevence relapsu: je neoddělitelnou součástí strukturovaných aktivit.	C	POP, RV, DP, RP/K
	6.6.13	Rehabilitace: slouží ke stabilizaci a zlepšení psychických, somatických a sociálních kapacit pacienta. Využívané prostředky: pracovní terapie, sport, zátěžové programy, trénink sociálních dovedností.	C	POP, RV, DP, RP/K
6.7		Doplňkové programy: např. péče o děti pacientů/klientů, informace, poradenství a vzdělávání.	B	POP, RV, DP
6.8		Skupiny pro rodinné příslušníky a partnery pacientů: provádějí se či jsou zajišťovány s cílem poskytnout orientaci v problému závislosti, emoční a sociální podporu, mobilizovat zralé chování a zachovat základní fungování rodiny (Poznámka 5).	B	POP, RV, DP
6.9		Strava a diety – odpovídají nemocničním standardům a hygienickým normám.	A	POP

6.10	Vedení dokumentace: individuální dokumentace (chorobopis) pacienta eviduje podrobně léčebný proces. Vedle toho je dokumentován průběh a obsah společných strukturovaných aktivit (zápisy z komunit, skupin atd.). Veškerá dokumentace s osobními údaji je důvěrná a zabezpečená proti zneužití.	C*	ODP/K, DP, RV, VP
4. 6 . 1 1	4. Propouštění pacientů/klientů: je předem plánováno s cílem zabezpečit kontinuitu léčebné péče (ambulantní a stacionární péče, dlouhodobá rezidenční péče, doléčování), provázeno příslušným doporučením.	4. C	4. ODP/K, RV
6.12	Plán následné péče a resocializace: zpracován při každém propuštění pacienta/klienta, a to i při předčasném ukončení léčby z disciplinárních důvodů, minimálně je pacient/klient srozumitelně informován o potřebě další péče a jsou mu doporučena pracoviště, kde ji může získat. Jsou vypracována pravidla pro opakování léčby.	C	4. POP, ODP/K, RV
4. 6 . 1 3	4. Fungování multidisciplinárního týmu: týmové porady minimálně 1x týdně, týmové konference minimálně 1x za půl roku. Zápisy jsou přístupné všem členům týmu.	4. C	4. DP, RZ
6.14	4. Hodnocení efektivity: v pravidelných intervalech, minimálně 1x ročně (Poznámka 7).	4. C	4. POP, DP
	4. Maximum	4. 180	4.
	4. Minimum	4. 140	4.
	4. Nezbytné (*) : A*=5, B*, C* = min. 3	4. 13	4.

POZNÁMKY

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

průběžný rozbor účinných faktorů a komplikací programu a případová práce na poradách a při supervizi.

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

7.3	4.	Cílová populace: osoby závislé na návykových látkách ve středním až těžkém stupni závislosti, často s kriminální anamnézou a těžším psychosociálním, případně i somatickým poškozením. Doporučení z jiných zařízení je vhodné, ale není nezbytné (Poznámka 5).	4. C	4. POP, ODP/K, RZ, VP
4. 7 . 4	4.	Zhodnocení stavu pacienta/klienta	4.	4.
	7.4.1	Anamnestické údaje: odebírány kvalifikovaným pracovníkem při nástupu pacienta/klienta do programu, v případě potřeby konzultovány s lékařem. Anamnéza se průběžně doplňuje (Poznámka 6).	B	ODP/K, RZ
	7.4.2	4. Lékařské vyšetření: provádí se před nástupem pacienta/klienta do programu, nejpozději do 1 týdne po nástupu, s cílem stanovit závažnost psychických a somatických komplikací a vhodnost indikace pro daný typ rezidenčního programu, obsahuje:	4. C=	4. POP, ODP/K, RZ
		a) Psychiatrické a somatické vyšetření	A	
		b) Toxikologické vyšetření moče	A	
		c) Základní laboratorní vyšetření	4. A	4.
		d) Vyšetření HIV, hepatitidy a pohlavně přenosná onemocnění	A	
		e) V případě potřeby vyšetření na graviditu a další odborné výkony	A	
	7.4.3	4. Opakované vyšetření: v případě propuštění a nového přijetí pacienta/klienta do 90 dnů určí rozsah vyšetření lékař, nad 90 dní se celé vyšetření opakuje.	4. B	4.
	7.4.4	Základní vstupní zhodnocení stavu pacienta/klienta: je provedeno nejpozději do 3 dnů po nástupu. Před nástupem je nutné minimálně vyloučit závažnější akutní stav psychický či somatický včetně akutních infekční onemocnění.	B	
7.5		Základní lékařská péče: pokud v zařízení nepracuje denně lékař, je zajištěna smluvně v nejbližším okolí, např. u praktického lékaře.	A	POP
4. 7 . 6		Neodkladná péče: je smluvně zajištěna s příslušným zdravotnickým zařízením. Je písemně vypracován postup pro urgentní stavy, každý zaměstnanec je proškolen v oblasti kardiopulmonální resuscitace a poskytování první pomoci.	A*	POP, PA, RZ
7.7		Odborná péče		

	7.7.1	4. Individuální léčebný plán: zpracován do 14 dnů po přijetí pacienta/klienta s ohledem na individuální podmínky, závažnost onemocnění, přítomnost komplikujících faktorů v oblasti somatické i psychosociální. Léčebný plán je pravidelně revidován (minimálně 2 x měsíčně).	4. B	4. ODP/K, RV, RZ
4.	7.7.2	4. Strukturované aktivity: každý pacient/klient se účastní programu v minimálním rozsahu 20 hodin strukturovaných aktivit (např. skupinová psychoterapie a skupinové poradenství, komunitní setkání) týdně, rozdělených alespoň do 5 pracovních dnů.	4. A*	4. POP, DP
	7.7.3	Monitorování léčebného procesu: každý pacient/klient má určeného pracovníka – terapeuta (“garant”, “klíčový pracovník”), odpovědného za vedení případu, který pravidelně, minimálně 1x týdně hodnotí stav pacienta/klienta a plnění léčebného plánu (Poznámka 7).	A	ODP/K, RV, RZ, RP/K
4.	4. 7. 7. 4	Základní pravidla léčby: jsou písemně zpracována formou srozumitelnou a přístupnou pacientům/klientům. Definují klíčové principy, při jejichž porušení dochází zpravidla k přerušení léčby, a stanoví postup při porušení dalších pravidel.	C	POP, VP, RP/K
4.	4. 7. 7. 5	Denní režim: je konsistentní a stabilní, písemně zpracován formou přístupnou pacientům/klientům. Je součástí každého individuálního plánu. Zahrnuje rozvrh strukturovaných aktivit, k nimž nezbytně patří aktivity terapeutické, výchovné, rehabilitační a pracovní:	C	POP, DP, VP, RP/K
4.	4.	a) Terapeutické aktivity (skupinová, individuální podpůrná, rodinná terapie)	A	
4.	4.	b) Výchova a vzdělávání, posilování a rozvíjení odpovědného chování	A	
4.	4.	c) Pracovní terapie s cílem získat, obnovit a upevnit pracovní návyky a dovednosti	A	
4.	4.	d) Volnočasové, sportovní, zátěžové programy a jiné rehabilitační aktivity:	A	
4.	4. 7. 7. 6	Strukturovaný proces: obsahuje popis terapeutických fází (obvykle 3 fáze) a podmínky přestupu. Je písemně zpracován formou srozumitelnou a přístupnou pacientům/klientům.	C	POP, DP, RP/K
4.	7.7.7	Plně se využívají účinné faktory terapeutické komunity.	C	POP, DP, VP

4.	7.7.8	Skupinová terapie: základní terapeutický prostředek, postupy a cíle jsou adekvátní délce programu a potřebám pacienta/klienta (Poznámka 8).	C	POP, RV, DP
	7.7.9	Práce s členy rodiny a partnerny: prováděna v každém případě, kdy je to možné s ohledem na individuální podmínky pacienta/klienta skupinovou a individuální formou s cílem poskytnout orientaci v problému závislosti a jejího léčení, emoční a sociální podporu, mobilizovat zralé chování a zachovat základní fungování rodiny (Poznámka 9).	B	POP, RV, DP, RP/K
	7.7.10	Sociální práce: prováděna s cílem maximálně stabilizovat sociální podmínky pacienta/klienta pro jeho následnou abstinenci (např. v oblasti rodinných vztahů, bydlení, studia, zaměstnání).	B	POP, RV, ODP/K, RP/K
	7.7.11	Pravidelná a náhodná toxikologická vyšetření: jsou neoddělitelnou součástí programu rezidenční péče.	A	ODP/K, DP, RV, RP/K
	7.7.12	Farmakoterapie: slouží k řešení psychických a somatických komplikací a komorbidit. Provádí výhradně lékař podle příslušných předpisů a zásad správné léčebné praxe.	A	ODP/K, RV, RZ
	7.7.13	4. Program prevence relapsu: je neoddělitelnou součástí strukturovaných aktivit.	C	POP, RV, DP, RP/K
	7.7.14	Rehabilitace: slouží ke stabilizaci, zlepšení a rozvinutí psychických, somatických a sociálních kapacit pacienta. Využívané prostředky: rehabilitační techniky a procedury, různě dlouhé rehabilitační pobyty v přírodě.	C	POP, RV, DP, RP/K
	7.8	Doplňkové programy: např. péče o děti pacientů/klientů, informace, poradenství a vzdělávání.	B	POP, RV, DP
	7.9	Strava – minimálně 3x denně plnohodnotná strava, odpovídající základním hygienickým normám. Stravu nelze vynechat z disciplinárních důvodů.	A	POP, VP, RP/K
	7.10	Vedení dokumentace: individuální dokumentace (chorobopis) pacienta/klienta eviduje podrobně léčebný proces. Vedle toho je podrobně zaznamenáván průběh společných strukturovaných aktivit (zápisy z komunit, skupin atd.). Veškerá dokumentace s osobními údaji je důvěrná a zabezpečená proti zneužití.	C*	ODP/K, DP, RV, VP
4.	7.11	4. Propouštění pacientů/klientů: je předem plánováno s cílem zabezpečit kontinuitu léčebné péče (doléčování), provázeno příslušným doporučením.	4. C	4. ODP/K, RV

7.12	Plán následné péče a resocializace: zpracován při každém propuštění pacienta/klienta, a to i při předčasném ukončení léčby z disciplinárních důvodů, minimálně je pacient/klient srozumitelně informován o potřebě další péče a jsou mu doporučena pracoviště, kde ji může získat. Jsou vypracována pravidla pro opakování léčby.	C	POP, ODP/K, RV
4. 7 1 3	4. Fungování multidisciplinárního týmu: týmové porady minimálně 1x týdně, týmové konference minimálně 1x za 3 měsíce. Zápisy jsou přístupné všem členům týmu.	4. C	4. DP, RZ
7.14	4. Hodnocení efektivity: v pravidelných intervalech, minimálně 1x ročně (Poznámka 10).	4. C	4. POP, DP
	4. Maximum	4. 210	4.
	4. Minimum	4. 160	4.
	4. Nezbytné (*) : A* =5, C* = min. 3	4. 18	4.

POZNÁMKY

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

úspěšně dokončených léčebných plánů, (h) počet a struktura realizovaných doporučení do dalších zařízení, zejména zajištěné doléčování, (i) katamnestické sledování pacientů/klientů (1,2,3 roky). Nezbytný je průběžný rozbor účinných faktorů a komplikací programu a případová práce na poradách a při supervizi.

8. AMBULANTNÍ DOLÉČOVACÍ PROGRAMY			
Část A: Strukturované programy intenzivního ambulantního doléčování, částečně na principu odpoledních stacionářů, v délce minimálně 6 měsíců			
		Bodovací stupnice	Zdroje
8.1	4.	4. A	4. POP, RV
4. 8	4.	4.	4.
2	8.2.1	A*	PA
	8.2.2	4. C	4. PA
	a)		
	b)		
	c)		
	d)		
	8.2.3	C	POP, VP

	4. 8. 2. 4	Kapacita pacientů/klientů v terapeutické skupině na jednoho kvalifikovaného pracovníka, který poskytuje odbornou péči ve strukturovaných programech je max. 12 pacientů/klientů.	A	POP, RV, RZ
8.3	4.	Cílová populace: abstinující osoby s anamnézou závislosti na návykových látkách s doporučenou minimální dobou abstinence 3 měsíce. Preference osob, které absolvovaly detoxifikaci a minimálně krátkodobou léčbu (ambulantní či residenční), s náhledem a motivací k dlouhodobé abstinenci, se zajištěným bydlením. Doporučení z jiných zařízení je vhodné, ale nikoliv nezbytné (Poznámka 2)	4. C 4.	4. POP, ODP/K, RZ, VP
4. 8. 4	4.	Zhodnocení stavu pacienta/klienta	4.	4.
	8.4.1	Anamnestické údaje: odebírány kvalifikovaným pracovníkem před přijetím pacienta/klienta do programu, doplňování údajů poskytnutých zařízením, kde se klient předtím podrobil denní, ústavní nebo residenční péči., v případě potřeby konzultovány s lékařem (Poznámka 3).	B	ODP/K, RZ
	8.4.2	4. Lékařské vyšetření: ve zdravotnických zařízeních se psychiatrické vyšetření a orientační somatické vyšetření provádí u každého pacienta/klienta, v jiných odborných zařízeních se provádí nebo zajišťuje v indikovaných případech, ale zejména tehdy, pokud pacient/klient nebyl předtím v kontaktu se zdravotnickým zařízením. Vyšetřuje či zajišťuje se především:	4. C	4. POP, ODP/K, RZ
		a) vyšetření praktickým lékařem, příp.jiné somatické vyšetření	4.	4.
		b) toxikologické vyšetření moče		
		4. c) základní laboratorní vyšetření	4.	4.
		d) vyšetření na HIV, hepatitidy a pohlavně přenosná onemocnění		
		e) v případě potřeby vyšetření na graviditu a další odborné výkony		
		f) psychologické vyšetření v indikovaných případech	4.	4.
	8.4.3	Komplexní zhodnocení stavu pacienta/klienta: je provedeno před přijetím pacienta/klienta do strukturovaného programu. Jeho součástí je i zhodnocení dokumentace z předchozí odborné péče.	B	

4. 8	5	Neodkladná péče: Je písemně vypracován postup pro urgentní stavy, každý zaměstnanec je proškolen v oblasti kardiopulmonální resuscitace a poskytování první pomoci.	A*	POP, PA, RZ
8.6		Odborná péče		
4. 8.	6. 1	4. Individuální plán odborné péče: zpracován do 21 dnů po přijetí pacienta/klienta s ohledem na individuální podmínky, závažnost předchozího onemocnění, přítomnost komplikujících faktorů v oblasti somatické i psychosociální. Plán je pravidelně hodnocen (běžně 1x za 14 dní).	4. C* 4.	4. ODP/K, RV, RZ, RP/K
4.	8.6.2	4. Strukturované aktivity: každý pacient/klient se účastní programu v rozsahu stanoveném individuálním plánem podle závažnosti problému a fáze účasti v programu (Poznámka 4).	4. C*	4. POP, DP, ODP/K
	8.6.3	Monitorování doléčovacího procesu: každý pacient/klient má určeného kvalifikovaného pracovníka – garanta, odpovědného za vedení případu, který soustavně hodnotí stav pacienta/klienta a plnění léčebného plánu (Poznámka 5).	B	ODP/K, RV, RZ RP/K
4.	4. 8.	4. Základní pravidla doléčování: jsou písemně zpracována formou srozumitelnou a přístupnou pacientům/klientům. Definují klíčové principy, při jejichž porušení dochází zpravidla k přerušení programu, a stanoví postup při porušení dalších pravidel. Pravidla zejména jasně definují postup v případě relapsu a následné kroky, včetně možnosti podrobit se toxikologickému vyšetření moči.	C	POP, VP, RP/K
4.	4. 8.	4. Režim programu: je písemně zpracován formou přístupnou pacientům/klientům. Zahnuje rozvrh strukturovaných aktivit, je součástí každého individuálního léčebného plánu.	A	POP, ODP/K, VP, RP/K
4.	4. 8.	4. Strukturovaný proces: obsahuje popis fází doléčování (obvykle 3 fáze, viz 8.6.2) a podmínky přestupu. Je písemně zpracován formou srozumitelnou a přístupnou pacientům/klientům.	4. C	4. POP, DP, VP, RP/K
4.	8.6.7	Skupinové formy práce:		POP, DP, RV, RP/K
4.		a) Skupinová terapie: základní terapeutický prostředek, postupy a cíle jsou adekvátní délce programu a potřebám pacienta/klienta (Poznámka 6).	C	

4.		b) Otevřené skupiny: podpůrné aktivity, vhodné pro nabídku po skončení základního programu nebo pro příležitostnou účast při dlouhodobém nepravidelném kontaktu	B	
4.		c) Samořídící skupiny nebo skupiny vedené ex-usery: vhodné pro definovaný okruh problémů, pro nabídku po skončení základního programu nebo pro příležitostnou účast při dlouhodobém nepravidelném kontaktu	4. B	POP, DP, RV, RP/K
	8.6.8	Rodinná (případně partnerská) terapie: prováděna v každém případě, kdy je to možné s ohledem na individuální podmínky pacienta/klienta.	B	POP, DP, RV, RP/K
	8.6.9	Sociální práce: neoddělitelná součást doléčovacího programu, prováděna s cílem optimalizovat sociální podmínky pacienta/klienta pro jeho sociální integraci a vytrvání v abstinenci (např. v oblasti rodinných vztahů, bydlení, studia, zaměstnání).	C*	POP, RV, DP, ODP/K, RP/K
	8.6.10	Toxikologická vyšetření: využívají se v indikovaných případech.	A	ODP/K, DP, RV, RP/K
	8.6.11	Farmakoterapie: slouží k řešení psychických a somatických komplikací a komorbidit. Provádí výhradně lékař podle příslušných předpisů a zásad správné léčebné praxe.	A	ODP/K, RV, RZ
	8.6.12	Program prevence relapsu: je neoddělitelnou součástí doléčovacího programu, a jeho strukturovaných aktivit, zahrnuje i kognitivně-behaviorální management relapsu (Poznámka 7).	C*	POP, RV, DP, RP/K
	8.6.13	Rehabilitace: slouží k optimalizaci psychických, somatických a sociálních kapacit pacienta a k osvojení zdravých způsobů trávení volného času. Využívané prostředky: rehabilitační techniky a procedury, sportovní aktivity, různě dlouhé rehabilitační pobyty v přírodě, socioterapeutické kluby.	C	POP, RV, DP, RP/K
	8.6.14	Služba krizové intervence: pro pacienty/klienty programu dle denního provozu zařízení, informace o krizových linkách a centrech pro dobu mimo provoz zařízení.	B	POP, RV, RZ, DP, RP/K
8.7		Doplňkové programy: podle potřeby např. programy pro specifické skupiny klientů (ženy, gayové, minority), informace, poradenství a edukace.	B	POP, DP

8.8	Skupiny pro rodinné příslušníky a partnery pacientů: zařízení je provádí nebo zajišťuje dle individuálních podmínek a potřeb především s cílem poskytnout orientaci a získat podporu v problémech doléčování, abstinence, relapsů a sociální integrace (Poznámka 8).	B	POP, DP
8.9	4. Vedení dokumentace: individuální dokumentace (chorobopis) pacienta/klienta eviduje podrobně doléčování. Vedle toho je podrobně zaznamenáván průběh společných strukturovaných aktivit (zápisy ze skupin atd.). Veškerá dokumentace s osobními údaji je důvěrná a zabezpečená proti zneužití.	4. C* 4.	4. ODP/K, DP, RV, VP
8.10	4. Propouštění pacientů/klientů: je předem plánováno s cílem zabezpečit možnost dalších kontaktů pro podporu a pomoc v případě potřeby či krize, nebo jinou odbornou péči včetně příslušného doporučení.	4. C	4. ODP/K, RV
	4. Závěrečné zhodnocení je zpracováno při každém propuštění, a to i při předčasném ukončení programu z disciplinárních důvodů nebo z důvodů návratu k drogové kariéře, minimálně je pacient/klient srozumitelně informován o potřebě další péče a jsou mu doporučena pracoviště, kde ji může získat	4. C	4. POP, ODP/K, RV
8.11	4. Fungování multidisciplinárního týmu: týmové porady minimálně 1x týdně, týmové konference minimálně 1x za 3 měsíce. Zápisy jsou přístupné všem členům týmu.	4. C	4. DP, RZ
8.12	4. Hodnocení efektivity: v pravidelných intervalech, minimálně 1x ročně (Poznámka 11).	4. C	4. POP, DP
	4. Celkem A – maximum	4. 165	4.
	4. Celkem A – minimum	4. 125	4.
	4. Nezbytné (*) : A*=5, C* = min. 3	4. 25	4.
	Část B:Chráněné bydlení (Poznámka 9): Součástí doléčovacího programu může být chráněné bydlení. Chráněné bydlení je prostředek sociální stabilizace klienta formou přechodně poskytovaného ubytování.		
8.13	8.13.1 4. Podmínky ubytování jsou obsahem zvláštní písemné smlouvy mezi klientem a zařízením.	4. A*	4. DP
	8.13.2 4. Doba ubytování: ubytování je poskytováno na omezenou dobu, nutnou k sociální stabilizaci klienta (zaměstnání a nalezení samostatného bydlení). Doba je stanovena předem (při vstupu klienta do programu), je prodlužována jen ve výjimečných případech. Je jasně uvedena v písemné smlouvě.	4. A 4.	4. DP

	8.13.3	4. Ve všech podobách chráněného bydlení je dostatečně zajištěno soukromí klientů.	4. B	4. VP
	8.13.4	4. Pokoje chráněného bydlení jsou vybaveny základním nábytkem a kuchyňským zařízením, je možnost využívat lednici a pračku.	4. C	4. VP
	8.13.5	4. Bydlícím klientům jsou byty dostupné 24 hodin denně.	4. A	4. DP, VP
	8.13.6	4. Klient se finančně podílí na nákladech ubytování částkou stanovenou ve smlouvě.	A	DP
	8.13.7	Pravidla chráněného bydlení jsou písemně zpracována ve Statutu chráněného bydlení, který je nedílnou součástí písemné smlouvy.	A*	DP
	8.13.8	4. Podmínkou poskytnutí ubytování je účast klienta v doléčovacím programu podle individuálního terapeutického plánu.	4. A	4. DP
	8.13.9	4. Pro zabezpečení provozu chráněného bydlení je vyčleněn pracovník multidisciplinárního týmu. Personál poskytuje servis v rozsahu, který je v jednotlivých programech jasně definován a o kterém jsou klienti podrobně informováni.	4. C	4. POP, PA
		4. Maximum	4. 45	4.
		4. Minimum	4. 35	4.
		4. Nezbytné (*) : A*=5	4. 10	4.
		4. Část C:Chráněné pracovní programy (Poznámka 10). Součástí doléčovacího programu mohou být chráněné pracovní programy. Chráněné pracovní programy slouží k zvýšení pracovních dovedností až do úrovně rekvalifikace, zpevnění pracovních návyků a získání práce u externího zaměstnavatele	4.	4.
8.14	8.14.1	Délka poskytování chráněných pracovních programů: na omezenou, nezbytně nutnou dobu.	4. B	4. POP, DP
	8.14.2	4. Podmínky chráněných pracovních programů jsou obsahem zvláštní písemné smlouvy mezi klientem a zařízením. Klient pracuje s řádně uzavřenou pracovní smlouvou neodporující zákoníku práce.	4. A*	4. DP
	8.14.3	4. Délka poskytování chráněných pracovních programů je prodlužována v indikovaných případech dle klientovy situace. Doba je jasně uvedena v pracovní smlouvě.	4. A	4. DP

8.14.4	4. Pravidla chráněných pracovních programů jsou písemně zpracována ve Statutu chráněného pracovního programu, který je nedílnou součástí písemné pracovní smlouvy	4. A*	4. DP
8.14.5	4. Podmínkou poskytnutí chráněných pracovních programů je účast klienta na terapeutickém programu podle terapeutického plánu.	4. A	4. DP
8.14.6	4. Pro zabezpečení provozu chráněných pracovních programů je vyčleněn pracovník multidisciplinárního týmu. Personál poskytuje servis v rozsahu, který je v jednotlivých programech jasně definován a o kterém jsou klienti podrobně informováni.	C	POP, PA
	4. Maximum	30	
	4. Minimum	25	
	4. Nezbytné (*) : A*=5	4. 10	4.

POZNÁMKY

1. *Vedoucí-nelékař by měl mít VŠ sociálního, psychologického nebo pedagogického směru. Ve zdravotnických zařízeních, je-li vedoucím nelékař, musí mít kvalifikovaný lékař ve funkci odborného zástupce úvazek minimálně 0,3 (viz zákon 160/1992 Sb.).*
2. *Doléčování by se nemělo uzavírat abstinujícím klientům, kteří neprodělali léčbu či jiný intenzivní odborný program vedoucí k abstinenci. Uvedené tři měsíce abstinence však představují minimum a je třeba vzít v úvahu ještě další faktory.*
3. *Nedoporučuje se odebírat anamnestické údaje pouze pomocí dotazníku vyplňovaného pacientem/klientem.*
4. *Doporučuje se, aby základní program doléčování zahrnoval:*
 - a) *První 2-3 měsíce: minimální rozsah 10 hodin strukturovaných aktivit týdně (rozdělených alespoň do 3 pracovních dnů) + individuální kontakty*
 - b) *Další 3 měsíce: minimální rozsah 6 hodin strukturovaných aktivit týdně (alespoň 2 dny v týdnu) + individuální kontakty*
 - c) *Dále účast dle potřeby (například 1x týdně otevřená skupina a/nebo individuální kontakty)*
 4. *Po skončení základního programu: nabídka dalších strukturovaných i méně strukturovaných aktivit*
5. *Garant (klíčový pracovník) svého klienta sleduje soustavně, dokumentuje důležitá fakta a konzultuje s vedoucím. Každý pacient/klient má být probírán minimálně 1x za 14 dní na týmové poradě.*
6. *Doporučuje se obecně formulovat cíle ve smyslu orientace na realitu a podpory ve zvládání problémů. Skupinová terapie během doléčování by se již měla méně obracet do minulosti a více pomáhat odpoutat se od terapeutického prostředí a jeho stylu.*
7. *Doporučuje se pohlížet na přiznaný a zpracovaný relaps jako na účinný faktor doléčování.*
8. *Doporučuje se, aby rodiče klientů doléčovacího programu navštěvovali vlastní RS, protože potřeby a problémy tohoto období jsou jiné než před léčbou nebo během ní.*

9. Samostatné chráněné bydlení není předmětem těchto akreditačních standardů. Příslušný doléčovací program může splňovat akreditační standard i tehdy, pokud chráněné bydlení neposkytuje. Oddíl 8.9. je v souladu se standardy sociální intervence, které vydává MPSV.
10. Samostatné chráněné pracovní programy nejsou předmětem těchto akreditačních standardů. Příslušný doléčovací program může splňovat akreditační standard i tehdy, pokud chráněné pracovní programy neposkytuje. Oddíl 8.10. je v souladu se standardy sociální intervence, které vydává MPSV.
11. Pro kvantitativní hodnocení efektivity je relevantní: (a) počet a struktura výkonů a pacientů/klientů, (b) naplnění kapacity programu, (c) četnost mimořádných událostí a režimových komplikací, včetně relapsů (d) návštěvnost skupinových forem práce a jiných významných součástí programu včetně skupin pro rodiče a partnery (e) četnost časných vypadnutí z programu, (f) četnost vypadnutí v první třetině programu, (g) četnost úspěšně dokončených doléčovacích programů, (h) katamnestické sledování pacientů/klientů (1,2,3 roky). Nezbytný je průběžný rozbor účinných faktorů a komplikací programu a případová práce na poradách a při supervizi.

9. PROGRAMY SUBSTITUČNÍ LÉČBY			
Ambulantní udržovací léčba substituční látkou s psychosociální komponentou, plánovaná na období delší než 12 měsíců			
		Bodovací stupnice	Zdroje
9.1	4. Program je součástí komplexního systému péče v působnosti jedné organizace, případně funguje při ambulantním nebo lůžkovém zdravotnickém či jiném odborném zařízení nebo zcela samostatně s funkční provázaností na další odborná zařízení a organizace. Statut zdravotnického zařízení je nezbytný.	4. A	4. POP, RV
4. 9 : 2	4. Personální zabezpečení	4.	4.
	9.2.1 Řízení: program je řízen kvalifikovaným vedoucím lékařem, s nástavbovou atestací v oboru AT nebo s atestací nejméně 1.stupně z psychiatrie, s praxí v oblasti léčby závislostí.	A*	PA

	9.2.2	Terapeutický tým: multidisciplinární vzhledem k povaze problému, převažují zdravotničtí pracovníci.	C	PA
	9.2.3	Zabezpečení provozu: denně v pracovní dny, časový rozvrh bere ohled na možnost účasti pacientů, kteří studují nebo jsou zaměstnaní, výdej metadonu je zajištěný i o víkendech.	A	POP, VP, RP/K
	9.2.4	Zvláštní bezpečnostní požadavky: substituční látka je zabezpečena proti zneužití a zacházení s ní odpovídá zvláštním předpisům (Poznámka 1).	A*	VP
9.3	4.	Cílová populace: osoby závislé na opiátech, obvykle s dlouhodobou těžkou závislostí, nemotivovaní a neindikovaní pro léčbu orientovanou k abstinenci, zejména riziková i.v. uživatelé a ti, u nichž léčba orientovaná k abstinenci opakovaně selhala, často s přítomností komplikujících faktorů (psychiatrická a somatická komorbidita, kriminální anamnéza). Doporučení z jiných zařízení je žádoucí, ale nikoliv nezbytné.	4. C 4.	4. POP, ODP/K, RZ, VP
4. 9 4	4.	Zhodnocení stavu pacienta	4.	4.
	9.4.1	Anamnestické údaje: odebírány lékařem (nebo sestrou a konzultovány s lékařem) při přijetí pacienta. Anamnéza se průběžně doplňuje (Poznámka 2).	B	ODP/K, RZ
	9.4.2	4. Lékařské vyšetření: provedeno před nástupem pacienta do programu, obsahuje:	4. C	4. POP, ODP/K, RZ
		a) Komplexní psychiatrické a somatické vyšetření	A*	
		b) Toxikologické vyšetření moče, případně krve	A	
		c) Základní laboratorní vyšetření	4. A*	4.
		d) Vyšetření na HIV, hepatitidy a pohlavně přenosná onemocnění	A	
		e) V případě potřeby vyšetření na graviditu a další odborné výkony	A	
	9.4.3	4. Další odborná vyšetření a konsilia dalších specialistů jsou dosažitelná.	4. A*	4.
	9.4.4	Komplexní zhodnocení stavu pacienta: je provedeno před zařazením pacienta do programu.	B	
4. 9 5	9	Neodkladná péče: je písemně vypracován postup pro urgentní stavy s předem zajištěnou specializovanou zdravotní péčí, každý zaměstnanec je proškolen v oblasti kardiopulmonální resuscitace a poskytování první pomoci.	A*	POP, PA, RZ
9.6		Odborná léčebná péče		

	9.6.1	4. Individuální léčebný plán: zpracován lékařem před zařazením pacienta do programu, s ohledem na individuální podmínky, závažnost onemocnění, přítomnost komplikujících faktorů v oblasti somatické i psychosociální. Zahrnuje farmakologické i nefarmakologické (psychosociální) složky. Léčebný plán je hodnocen podle individuálních potřeb klienta a revidován minimálně 1 x za 3 měsíce.	4. C 4.	4. ODP/K , RV, RZ
	9.6.2	4. Podávání, případně předepisování substituční látky: řídí se doporučenými dávkovacími schémata, dávky určuje a upravuje kvalifikovaný ošetřující lékař.	4. A*	4. ODP/K , DP
4.	4. 9. 6. 3	4. Nefarmakologické (psychosociální) složky: strukturované aktivity poradenské, psychoterapeutické a rehabilitační/ resocializační. Blíže viz oddíl 9.7. Mohou být zajištěny dohodou s jiným pracovištěm či organizací.	4. B*	4. POP, RV, DP
	9.6.4	Monitorování léčebného procesu: každý pacient má určeného lékaře, odpovědného za vedení případu, který hodnotí stav pacienta a plnění léčebného plánu (Poznámka 3).	B	ODP/K, RV, RZ, RP/K
4.	9.6.5	Základní pravidla léčby: jsou zpracována písemně a ve srozumitelné podobě přístupná pacientům. Definují klíčové principy, při jejichž porušení dochází zpravidla k přerušení léčby, a stanoví postup při porušení jiných pravidel. .	C	POP, VP, RP/K
4.	9.6.6	Denní/týdenní léčebný režim je písemně zpracován včetně rozvrhu strukturovaných aktivit, je součástí každého individuálního léčebného plánu.	B	DP, VP, RP/K
	9.6.7	Pravidelná a náhodná toxikologická vyšetření: jsou nezbytnou součástí programu.	A	ODP/K, DP, RV, RP/K
	9.6.8	Přídavná farmakoterapie: podávání jiných léčiv slouží k řešení psychických a somatických komplikací a komorbidit. Provádí výhradně lékař podle příslušných předpisů a zásad správné léčebné praxe.	A	ODP/K, RV
9.7	4.	Nefarmakologické (psychosociální) složky, strukturované aktivity: jsou součástí programu podle zhodnocení potřeb a stavu pacienta.	4. C	4. DP, ODP/K , RV, RP/K

4.	9.7.1	Ambulantní skupinová a individuální terapie a strukturované poradenství: základní terapeutický prostředek psychosociální složky programu, postupy a cíle jsou adekvátní charakteru a délce programu a potřebám pacienta (Poznámka 4).	C	4. DP, ODP/K, RV, RP/K
4.	9.7.2	Stacionární programy: intenzivní strukturované programy denní nebo odpolední, s využitím prvků terapeutické komunity. Řídí se přiměřeně standardem č. 5.	C	4. DP, ODP/K, RV, RP/K
	9.7.3	Rodinná (případně partnerská) terapie: prováděna v každém případě, kdy je to možné s ohledem na individuální podmínky pacienta/klienta.	B	4. DP, ODP/K, RV, RP/K
	9.7.4	Sociální práce: prováděna s cílem maximálně stabilizovat sociální podmínky pacienta pro jeho udržení v programu a zlepšit jeho předpoklady k sociální integraci (např. v oblasti rodinných vztahů, bydlení, studia, zaměstnání).	A*	4. DP, ODP/K, RV, RZ, RP/K
	9.7.5	Prevence relapsu je neoddelitelnou součástí strukturovaných aktivit.	A*	4. DP, ODP/K, RV, RP/K
	9.7.6	Rehabilitace je poskytována Komplexním programem substituční léčby nebo je zajišťována Základním substitučním programem (Poznámka 5).	C	4. POP, DP, ODP/K, RV, RP/K
	9.7.7	Chráněné byty pro indikované případy jsou poskytovány v rámci Komplexního programu substituční léčby nebo jsou v rámci Základního programu (Poznámka 5) zajišťovány. Řídí se přiměřeně oddílem 8.13.	A	4. POP, DP, ODP/K, RV, RP/K
	9.7.8	Chráněná pracovní místa mohou být pro indikované případy součástí Komplexního nebo Základního programu substituční léčby (obdobně jako u 9.7.7), tedy buď poskytovány nebo zajišťovány. Řídí se přiměřeně oddílem 8.14.	A	4. POP, DP, ODP/K, RV, RP/K
9.8		Jsou zajišťovány doplňkové programy: např. péče o děti pacientů/klientů, informace, poradenství a edukace.	B	POP, RV, DP
9.9		Skupiny pro rodinné příslušníky a partnery pacientů: zařízení je provádí nebo zajišťuje s cílem poskytnout orientaci v problému závislosti a udržovací substituční léčby, poskytovat emoční a sociální podporu, získávat spolupráci pro cíle léčby, podpořit normální fungování rodiny.	B	POP, RV, DP, RP/K

9.10	Vedení dokumentace: individuální dokumentace (chorobopis) pacienta eviduje podrobně léčebný proces včetně psychosociální složky programu. Vedle toho je podrobně zaznamenáván průběh společných strukturovaných aktivit (zápisy ze skupin atd.). Veškerá dokumentace s osobními údaji je důvěrná a zabezpečená proti zneužití.	4. A* 4.	4. ODP/K , DP, RV, VP
4. 9 . 1 1	4. Propouštění pacientů: je předem plánováno a připravováno s cílem zabezpečit kontinuitu léčebné péče, buď snížením dávek substituční látky podle doporučených dávkovacích schémat a převedením do následné péče, nebo převedením do odborné péče orientované k abstinenci, vždy je provázeno příslušným doporučením. Substituční program má vypracován písemný postup převedení pacienta do minimální substituční léčby (zdravotnickým zařízením s jinou specializací, zejména praktickým lékařům a lůžkovým zdravotnickým zařízením) s pravidelným hodnocením pacientova zdravotního stavu primárním substitučním centrem.	4. C 4.	4. ODP/K , RV
9.12	Plán další péče a resocializace: zpracován při každém propuštění pacienta/klienta, a to i při předčasném ukončení léčby z disciplinárních důvodů, minimálně je pacient/klient srozumitelně informován o potřebě další péče a jsou mu doporučena pracoviště, kde ji může získat. Jsou vypracována pravidla pro opakování léčby.	C	POP, ODP/K , RV
4. 9 . 1 3	4. Fungování multidisciplinárního týmu: týmové porady minimálně 1x týdně, týmové konference minimálně 1x za 3 měsíce. Zápisy z porad jsou přístupné všem členům týmu.	4. C	4. DP, RZ
9.14	4. Hodnocení efektivity: v pravidelných intervalech, minimálně 1x ročně (Poznámka 6).	4. C	4. POP, DP
	4. Maximum	4. 200	4.
	4. Minimum	4. 160	4.
	4. Nezbytné (*) : A*=5, C* = min. 3	4. 53	4.

POZNÁMKY

1. Viz zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách, a prováděcí předpisy (vyhláška č. 304/1998 Sb.), s potvrzením kontrolního orgánu o jejich naplnění.
2. Nedoporučuje se odebírat anamnestické údaje pouze pomocí dotazníku vyplňovaného pacientem. Používá se jednotný formulář vyplývající ze standardů substituční léčby (viz Metodický pokyn MZ ČR, č.4 z r.2001.
3. Doporučuje se, aby pacient měl svého garanta v psychosociální složce programu, klíčovým pracovníkem je však ošetřující lékař. Každý pacient má být probírán minimálně 1x měsíčně na týmové poradě.

4. *Vzhledem k různorodosti klientů substitučních programů budou i cíle různě formulovány. Doporučuje se minimálně volit zaměření ve smyslu orientace na realitu, podpory ve zvládnání problémů a prevence relapsu k ilegálním drogám. Na přiznaný a zpracovaný relaps by se mělo pohlížet jako na účinný faktor terapie.*
5. *Viz Metodický pokyn MZ ČR, č.IV/2001.*
6. *Pro hodnocení efektivity jsou relevantní tato kritéria: dlouhodobé plnění podmínek programu, procento dočasně a trvale vyřazených, změna zdravotního stavu, změna psychosociálního stavu (a-sociální stabilizace, b-odstup od kriminální kariéry, c-udržení zaměstnání, d-účast na doplňkových programech), evidence mimořádných událostí a režimových komplikací.*

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