

Evaluace přípravy a procesu pilotního projektu ambulance dětské a dorostové adiktologie

Planning and Process Evaluation of an Outpatient Addiction Treatment Clinic for Children and Adolescents as a Pilot Project



MIOVSKÝ, M., POPOV, P.

Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze

Citace: Miovský, M., Popov, P. (2016). Evaluace přípravy a procesu pilotního projektu ambulance dětské a dorostové adiktologie [Planning and Process Evaluation of an Outpatient Addiction Treatment Clinic for Children and Adolescents as a Pilot Project]. *Adiktologie*, 16(4), 292–318.

VÝCHODISKA: Vývoj prací na Konceptu specializované sítě služeb v oboru adiktologie a provedené analýzy potřeb postupně vedly k záměru vytvořit model a provést pilotní ověření konceptu ambulance dětské a dorostové adiktologie jako specifického typu víceprahového zdravotnického zařízení nabízejícího kompletní spektrum ambulantních služeb a intervencí. **CÍL:** Cílem studie bylo (a) ověřit v praktickém provozu návrh modelu ambulance pro děti a dorost a kvalitativně posoudit klinické aspekty a spektrum poskytované péče, (b) nároky na personální a věcné vybavení takového zdravotnického provozu a (c) vyhodnotit jeho ekonomickou udržitelnost a kompatibilitu s jinými službami včetně sítě zdravotních služeb mimo obor adiktologie. **METODY:** Byla provedena evaluace procesu za využití metodiky WHO vycházející ze záznamů a dokumentace ambulance a zdravotnické dokumentace včetně vnitřního hodnocení a záznamů z průběhu pilotního ověřování provozu na Klinice adiktologie 1. LF UK a VFN v období od 1. září 2014 do 31. června 2015 (10 měsíců).

BACKGROUND: The development of a comprehensive system of a specialised network of addiction treatment services and the relevant needs analysis gave rise to the idea of creating a model of an outpatient addiction treatment clinic for children and adolescents. Subsequently, a need arose to pilot test this concept as a specific type of multithreshold healthcare facility providing the full range of outpatient services and interventions. **AIMS:** The study aimed at: (a) testing the viability of the prospective outpatient clinic for children and adolescents during day-to-day operation; (b) conducting a qualitative assessment of the clinical aspects and the range of services provided; (c) assessing the demand for the human and physical resources needed to operate such a healthcare facility, and (d) evaluating its economic sustainability and compatibility with other services, including the network of health services outside the field of addictology. **METHODS:** A process evaluation was carried out using the WHO guidelines. The records and files of the outpatient clinic and medical records were examined. The

Došlo do redakce: 20 / ŘÍJEN / 2016

Přijato k tisku: 22 / LISTOPAD / 2016

Grantová podpora: Vznik článku byl podpořen v rámci naplňování bilaterální smlouvy o spolupráci uzavřené mezi Ministerstvem zdravotnictví ČR a Regionálním úřadem Světové zdravotnické organizace (WHO) pro Evropu na období 2016–2017 a programu PRVOUK-P03/LF1/9. Pilotní projekt s testováním modelu byl podpořen VZP v letech 2014–2015 (VFN) a projektem Magistrátu hlavního města Prahy.

Korespondenční adresa: Prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D. / mmiovsky@adiktologie.cz / Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Apolinářská 4, 128 00 Praha 2

VÝSLEDKY: Modifikovaný model péče se ukázal být jako použitelný a nosný pro tento segment ambulantní adiktologické péče a ukázal možnosti spojené s jeho praktickou aplikací, včetně nosného prvku v podobě řízení péče prostřednictvím případového řízení (case managementu). Byla identifikována problematická místa spojená se zajištěním takto náročné zdravotní péče spojené s nutností intenzivní týmové spolupráce a vnější komunikace nejen s rodinou, ale také širším institucionální světem (OSPOD, škola, jiná zdravotnická zařízení atd.). Odbornost adiktologa prokázala jak své klinické možnosti a přednosti, tak také citlivá místa spojená s osobní zralostí a připraveností pro práci v náročném zdravotnickém provozu v kontextu velké fakultní nemocnice. Počáteční nezvládnutí ekonomické stránky provozu postupně přineslo zásadní zjištění potřebná pro provoz těchto zařízení ať již v rovině smluvní politiky se zdravotními pojišťovnami, nebo nutnosti spojit provoz ambulance pro děti s provozem pro dospělé, a dosáhnout tak kýženého efektu z hlediska účtování péče za všechny pacienty (rodiče, příp. jiné dospělé blízké osoby) účastníci se terapie. **ZÁVĚR:** Ověřovaná alternativa zdravotnického provozu reprezentuje do budoucna nejen velice zajímavé ekonomické řešení z pohledu dostupnosti kvalitní specializované péče pro tyto pacienty, ale také velmi slibný a perspektivní směr pro klinickoadiktologický výzkum. Má současně také logický průmět do výuky a klinické přípravy zdravotníků i nezdravotnického personálu. Reprezentuje tak zajímavé řešení spojené s dalším vývojem celého systému adiktologické péče a jejího pevnějšího ukotvení do širšího systému zdravotní péče v ČR.

KLÍČOVÁ SLOVA: AMBULANCE – ADIKTOLOGIE – DĚTI A DOROST – EVALUACE – PILOTNÍ PROJEKT – MODEL

*results of the internal evaluation and reports from the pilot testing of its operation at the Department of Addictology of the First Faculty of Medicine of Charles University and the General University Hospital conducted from 1 September 2014 to 31 June 2015 (10 months) were also included in the investigation. **RESULTS:** It was shown that a modified treatment model seems to be feasible and useful for this segment of outpatient addictological care. Some salient features of its practical application, such as case management as an efficient method for the coordination of care, were demonstrated. Challenges associated with the provision of such complex health care were also identified. These include the need for intensive teamwork and external communication with the family and the wider institutional setting (such as child protection authorities, schools, and other healthcare facilities). The profession of an addictologist was found to possess significant clinical potential and strengths, although certain pitfalls were also identified in this respect, the latter being associated with a lack of personal maturity and preparedness to cope with the demanding operation of a healthcare facility within a large university hospital. Lessons learnt from the initial struggle with the economic management of the clinic helped in identifying major areas for improvement in the operation of such facilities. Such funding-related issues included contracting policies in relation to health insurers and the need to merge the operation of the outpatient clinic for children with that for adults in order to achieve the desired effect in terms of making it possible to claim reimbursement for care provided to all the patients (parents or other adults close to the clients) participating in therapy. **CONCLUSIONS:** The alternative offered by the healthcare facility under study was shown to represent an appealing economic solution in terms of the better availability of high-quality specialised care for these patients and a promising and viable approach to clinical addictology-specific research. Logically, it also projects into the education and clinical training of both health and non-health professionals. Finally, it may also be seen as an important step which may play a significant role in the further development of the system of addiction treatment services and their solid grounding within the broader system of healthcare in the Czech Republic.*

KEY WORDS: OUTPATIENT CLINIC – ADDICTOLOGY – CHILDREN AND ADOLESCENTS – EVALUATION – PILOT PROJECT – MODEL

● 1 ÚVOD: KONTEXT VZNIKU PROJEKTOVÉHO ZÁMĚRU

Myšlenka vzniku ambulance dětské a dorostové adiktologie (dále též ADDA) zrála několik let a celkovému kontextu se podrobněji věnujeme jinde (Miovský, 2016a). Současně bylo od začátku zřejmé, že toto téma je spojeno s množstvím citlivých otázek našeho oboru, které nelze zjednodušit pouze na pochybnosti o tom, zda existuje tolik dětí a dospívajících se skutečně seriózními adiktologickými problémy, nebo na otázku, jaký typ péče takové děti potřebují. Pro evaluaci programu ADDA vzniklého na Klinice adiktologie 1. LF UK a VFN však byl určující také třetí rozměr. Tím bylo ověření profese **adiktologa**, zdravotnického zařízení **adiktologické ambulance** (ve smyslu zákona o zdravotních službách) a možností využití nově prosazených výkonů v sazebníku (Seznam zdravotních výkonů, 2014). Jinými slovy, do jaké míry se v praxi celý koncept osvědčí a jaká bude reálná zkušenost s takovýmto provozem v reálných podmínkách velké fakultní nemocnice (Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, dále též VFN), smluvních vztahů se zdravotními pojišťovnami a vůbec systému zdravotnictví v České republice. Jde o průlomový moment. Provoz ADDA tak byl v podstatě prvním reálným ověřením celého konceptu péče vázané na novou zdravotnickou profesi adiktolog. De facto je vyústěním celého procesu diskuse a tvorby nejen vzdělávacího programu adiktologa na univerzitní půdě (Miovský et al., 2016a) a jeho ukotvením v širším kontextu vzdělávání v adiktologii v České republice (Miovský, Kalina & Libra, 2014), ale je především také skutečným ukotvením do systému interdisciplinárně koncipované sítě péče o adiktologické klienty/pacienty (Miovský et al., 2014a) a **posílením vazby této sítě na zdravotní služby a systém úhrad z veřejného zdravotního pojištění**. Šlo o první adiktologickou ambulanci, která získala smlouvu pro pilotní projekt s největší zdravotní pojišťovnou v ČR, Všeobecnou zdravotní pojišťovnou (dále též VZP), a která tak standardním způsobem začala účtovat výkony adiktologa obsažené v sazebníku. Je proto logické, že pilotní projekt byl spojen s velkými obavami i očekáváními, která nutně znamenala jak proces samotné přípravy, tak také realizace.

Ambulance dětské a dorostové adiktologie nevznikla na Klinice adiktologie zcela náhodně a definitivnímu rozhodnutí o realizaci projektu předcházelo několik roků příprav a paralelní realizace analýzy potřeb (viz dále) spolu s interní diskusí jak na půdě kliniky, tak na akcích věnovaných tomuto tématu (podrobněji Miovský, 2016a). V letech 2012 a 2013 pak byla provedena klíčová studie (Miovský et al., 2013, 2014b) pod názvem „**Analýza potřeb dětí a mladistvých z hlediska užívání návykových látek a souvisejícího rizikového chování v kontextu institucionální sítě služeb na území hl. města Prahy a Středočeského kraje**“. Ta navazovala na studii provedenou v roce 2010. Studie mapující potřeby vznikla na základě

● 1 INTRODUCTION: PROJECT BACKGROUND

The idea of an outpatient addiction treatment clinic for children and adolescents (hereinafter also referred to as “the ADDA”) matured over several years. The general context of the project is described in greater detail elsewhere (Miovský, 2016a). It was obvious from the beginning that this topic is associated with a number of sensitive issues specific to our field, including misgivings about there really being enough children and adolescents with serious addictological problems or questions about the type of care suitable for this age group. There was, however, a third dimension to justify the evaluation of the ADDA programme established at the Department of Addictology.¹ This involved the testing of the profession of an **addictologist**, of an **outpatient addiction treatment clinic** as a health-care facility (in terms of the Health Services Act), and of the possibility of making use of the new interventions included in the schedule of tariffs (Seznam zdravotních výkonů, 2014). In other words, the point was to ascertain the extent to which the entire concept would prove viable in practice and what the real-life experience of such a facility within the everyday operation of a large university hospital (General University Hospital in Prague, “VFN”) would be like. A further intention was to see how it would work within contractual relationships with health insurers and the Czech healthcare system in general. It is a breakthrough moment. In fact, the pilot operation of the ADDA was the first actual instance of the testing of the concept of care which relies on the new health profession of an addictologist. Indeed, it marks the completion of the process involving discussions and the development of a higher education curriculum for an academic programme in addictology (Miovský et al., 2016a) and its formal incorporation within the wider context of addictological education in the Czech Republic (Miovský, Kalina, & Libra, 2014). Last but not least, it represents a solid element within the system of an interdisciplinary network of care for addictological clients/patients (Miovský et al., 2014a) and the **reinforcement of the links between this network and health services and the system of reimbursements covered by public health insurance**. The ADDA was the first outpatient addiction treatment clinic to secure a contract with the largest health insurer in the Czech Republic, the General Health Insurance Company (“VZP”), for its pilot project, which enabled it to follow the standard procedures for charging for an addictologist’s procedures and interventions according to the rates specified in the official schedule. Logically, therefore, the pilot project was associ-

1/ The full title of the institution is the Department of Addictology, First Faculty of Medicine, Charles University and General University Hospital in Prague.

opakovaně artikulované poptávky ze strany různých institucí a úřadů po lépe zmapovaných potřebách zdravotní péče o děti do 15 let a mladistvé ve věku 15–18 let na území hlavního města Prahy a spádově území Středočeského kraje. Studie byla provedena prostřednictvím vícevrstevného mapování institucí a osob majících vztah k hlavnímu tématu, tj. adiktologické péči o děti a dorost. Mapování bylo provedeno v sítích dětských a dorostových praktických lékařů, zařízeních ústavní výchovy a péče, kurátorů a sociálních pracovníků a dalších zařízeních pro děti a dorost. Větší sítě (např. dětské a dorostové lékaři) byly osloveny prostřednictvím náhodně vybraných zástupců. Menší sítě s přímým vztahem k cílové skupině (např. zařízení ústavní péče) byly osloveny celé (tj. 100 % základního souboru). Výsledky šetření ukázaly, že v zařízeních, která reagovala, se jen v roce 2012 objevilo 2 583 adiktologických případů klientů/pacientů. **Celkový počet případů tak z hlediska kapacity a počtu všech v úvahu připadajících zařízení (100 % souboru) je v rozmezí 4–5 tisíc ročně.** V provedeném šetření se oslovení respondenti do jednoho shodovali v tom, že pro ně není dostupná specializovaná ambulantní zdravotní adiktologická péče a že by ji, pokud by byla zajištěna, rádi v těchto případech využívali. **Nejdůležitějším zjištěním bylo potvrzení vysoké potřeby zabezpečit specializovanou adiktologickou ambulantní a intenzivní ambulantní péči pro děti a dorost.** Návrh vycházel z adaptace dnešního konceptu adiktologické ambulance s posílenou lékařskou částí a navazujícími stacionárními programy (denní a odpolední stacionář). Toto řešení nabízí ekonomicky šetrnou adaptaci programu kombinujícího původní provoz s novými požadavky a prvky modifikovaného pojetí moderní adiktologické ambulance a umožňuje zahájení diskuse o budoucí možné podobě tzv. krajských specializovaných center dětské a dorostové adiktologické ambulantní péče v ČR. Realizace projektového záměru (2014–2015) nabídla ekonomicky únosné a koncepční (bez nutnosti stavebních či jiných rozsáhlých investic a pořízení nákladného vybavení) dlouhodobé řešení situace v péči o děti a dorost. Samotná pojišťovna (VZP) tímto krokem mohla přispět k tomu, aby byl testován smysluplný koncept klinického provozu, mohly být položeny kvalitní základy tohoto typu zdravotní péče v adiktologii a minimalizovalo se riziko ztrát způsobených investicemi do neodůvodněných a nekoncepčních záměrů.

Klíčovými partnery celého pilotního projektu byly od počátku instituce stojící jednak za samotnou studii mapování potřeb, ale následně samozřejmě také za navazující diskusí jak s výsledky naložit a jak pojmout samotný pilotní projekt. Poděkování tedy patří jak Magistrátu hlavního města Prahy, tak Ministerstvu zdravotnictví ČR a Všeobecné zdravotní pojišťovně. Pilotní projekt byl realizován jako standardní evaluace přípravy a procesu za využití metodiky WHO (2000a-e) a podrobněji ji věnujeme pozornost v dalším

ated with both great concerns and expectations, which inevitably affected its planning and implementation.

The establishment of an outpatient addiction treatment clinic for children and adolescents at the Department of Addictology was not mere coincidence. The final decision about the implementation of this project was preceded by several years of preparation and parallel needs analysis (see further below), as well as by internal discussions both within the department and at events dedicated to this topic (for details see Miovský, 2016a). Following up on a study carried in 2010, a crucial study, **“Needs analysis of children and adolescents in terms of substance use and related risk behaviour in the context of the institutional network of services in Prague and the Central Bohemia region”** (Miovský et al., 2013, 2014b), was conducted in 2012 and 2013. The needs assessment study was inspired by a repeatedly articulated demand on the part of various institutions and agencies for a good survey of the healthcare needs of children below 15 and adolescents aged 15–18 in the city of Prague and the catchment area of the Central Bohemia region. The study was conducted using a multi-level survey among institutions and individuals concerned with the core topic, i.e. the addictological care of children and adolescents. The survey was undertaken among the networks of general practitioners for children and adolescents, institutional education and care facilities, social workers, and other professionals working with children and adolescents. Larger networks (such as those comprising physicians for children and adolescents) were covered using randomly selected representatives, while smaller networks with a direct relationship with the target group (such as institutional care facilities) were addressed as a whole (i.e. 100% of the study population). The survey showed that in 2012 only the responding facilities registered 2,583 addictological clients/patients. **Given the capacity and the number of all the facilities under consideration (100% of the sample), the total number of cases can be estimated at 4–5 thousand per year.** There was a general agreement among the respondents in the survey that they do not have access to specialised addiction-specific outpatient healthcare and that they would be happy to use it if it was provided. **The crucial finding was the confirmation of the pressing need for specialised outpatient addictological care and intensive outpatient care for children and adolescents.** The original proposal was based on the adaptation of today’s concept of an outpatient addictological clinic with the enhancement of the medical segment and follow-up day care programmes (all-day or afternoon care centres). This solution offers an economical adaptation of the programme, which combines the original operational setup with new demands and elements of a modified notion of a modern outpatient addiction treatment clinic. It can also facilitate discussion about pros-

textu. Pro tento účel byl vytvořen pracovní dokument s návrhem modelu provozu, který byl v průběhu projektu ověřován a testován, a součástí výsledků je pak jeho úprava (Miovský, Šťastná & Popov, 2016b).

Klíčovým dokumentem z hlediska koncipování celého programu ADDA byly Doporučené postupy (Gilvarry et al., 2016) publikované ve Velké Británii v originále v roce 2012 a které v českém překladu vycházejí v letošním roce (2016) díky projektu WHO. Podrobněji tomuto dokumentu věnujeme pozornost v kontextu testování a úpravy modelu práce ADDA (Miovský, Šťastná & Popov, 2016b). Doporučujeme však podrobné seznámení se především s tabulkou 1 v příloze Doporučených postupů, která je klíčová pro pochopení způsobu uvažování o terapeutickém kontinuu a v jeho kontextu pak o funkci a nastavení programu ADDA. To je samozřejmě důležité i pro pochopení a interpretaci výsledků evaluace procesu a dále prezentovaných výstupů pilotního projektu. Jedním z důvodů složitosti návrhu provozu a léčebného programu pro adolescenty je vysoký výskyt komorbidit. Bohužel studií věnujících se tomuto tématu je zatím stále málo (Thurstone, 2010). Nicméně za přesvědčivé lze považovat výsledky některých studií (např. Pinto et al., 2011), že klíčové je vůbec získání mladých lidí pro léčbu a jejich udržení v programu. Současně, že vyšší míra individualizace léčby je velmi důležitým nástrojem spojeným s úspěšně se prosazující metodou case-managementu (Dieterich, 2010). To odpovídá opakovaně zdůrazněné nutnosti velké flexibility a reflektování a respektování potřeb této specifické věkové skupiny pacientů spolu s nutností pečlivého sestavování individuálních terapeutických plánů, týmové práce a kombinace různých typů intervencí (Wintres & Kaminer, 2011). Specifika práce s adolescentními uživateli jsou stále zřetelněji reflektována také uvnitř dětské psychiatrie (např. Mirza & Mirza, 2008) a není bez zajímavosti ani důraz kladený na nutnost respektování věkových specifik a zásadní potřebnost komunitních programů dosažitelných a akceptovatelných pro tuto cílovou skupinu (NICE, 2007), které by měly tvořit přirozenou součást systému služeb. Současně byla této cílové skupině v adiktologii již před vznikem Doporučených postupů (Gilvarry et al., 2016) systémove věnována velká pozornost na úrovni zpracování dostupných poznatků o efektivních nástrojích, metodách a postupech (NHS 2009a, 2007b), včetně specifik klinického hodnocení (NHS, 2007a) a farmakoterapeutické léčby (NHS, 2009b).

Pro další posun tématu dětské a dorostové péče se pro další období jeví být zásadní dva kroky, neboť ani pracovní skupina vytvářející koncepci sítě služeb v oboru adiktologie (Miovský et al., 2014b) prozatím nepočítala s návrhem segmentu dětské a dorostové péče v oboru adiktologie. Celý záměr je tak sice v této koncepci zmíněn, nikoli však jednoznačně strukturován a popsán. Je současně zřejmé ze statistik detoxifikace, že např. současný lůžkový provoz

pective “specialised regional centres for the outpatient addictological care of children and adolescents” in the Czech Republic. The realisation of the idea of the project (2014–2015) offered an economical (with no need for construction or other major investment or costly acquisitions), structural, and long-term solution to the care provided to children and adolescents. This step even provided the opportunity for a health insurer (VZP) to contribute to the testing of a meaningful concept of a clinical facility and the laying of solid foundations for this type of addictology-specific healthcare, while minimising the risk of loss incurred as a result of investment in unreasonable and non-systematic projects.

The pilot project under consideration would hardly have been possible without the involvement of its key partners. From the very beginning, these included institutions responsible for the implementation of the needs assessment study, as well as those engaged in the subsequent discussion about the use of its results and the design of the pilot project that followed. Many thanks thus go to the Prague City Hall, the Ministry of Health of the Czech Republic, and the General Health Insurance Company. The pilot project was implemented as a standard planning and process evaluation study using the relevant WHO guidelines (2000a–e). It is covered in greater detail further in the text. For this purpose, a working document was developed to draft an operational model which was verified and tested during the project. The results of this process were then used to modify it (Miovský, Šťastná, & Popov, 2016b).

The key document for the development of the ADDA programme was the Practice Standards (Gilvarry et al., 2016) published in the United Kingdom in 2012. Thanks to the WHO project, a Czech translation of the Standards will be published this year (2016). This document is given more thorough coverage in relation to the testing and modification of the ADDA operational model (Miovský, Šťastná, & Popov, 2016b). At this point we would like to point out at least Table 1 in the Appendix to the Czech version of the Practice Standards, which is essential for the understanding of the therapeutic continuum and the functioning and configuration of the ADDA programme within its context. Naturally, this is also important for the understanding and interpretation of the results of the process evaluation and the outcomes of the pilot project presented further below. The design of the operation of a facility and treatment programme for adolescents must address a range of complex issues, one of them being a high rate of comorbidities. Unfortunately, only few studies have dealt with this topic (Thurstone, 2010). However, there are some convincing findings available. Pinto et al. (2011), for example, suggest that it is necessary to have young people enter treatment and retain them there in the first place. Dieterich (2010) found that a higher level of individualisation of treatment can be a very important tool in combination with case man-

v Praze (Koranda, 2016) víceméně vykrývá základní potřebu, pokud jde o detoxifikaci. Neexistuje ale jednoznačné a jediné řešení ambulantní péče v adiktologii pro děti a dorost. Jedná se o téma s úzkým průmětem také do dalších resortů než jen pouze do resortu Ministerstva zdravotnictví (dále též MZ). Klíčovými účastníky takovéto diskuse by tedy měli být také zástupci resortu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (dále též MŠMT; zde zejména pak oblast ústavní péče a výchovy a oblast prevence a sociální inkluze) a resortu Ministerstva práce a sociálních věcí (dále též MPSV), případně zástupci resortů majících vztah k aktuální otázce nárůstu kriminálních aktivit, tj. Ministerstvo vnitra a Ministerstvo spravedlnosti, eventuálně by do diskuse na této úrovni měly být zapojeny instituce, jako je Probáční a mediační služba (PMS), eventuálně pro řešení otázek spojených s legální a ilegální migrací také zástupce sítě Správy uprchlických zařízení (SUZ), kde se objevují uživatelé návykových látek a kde jsou dopady na jejich děti tématem, které by mělo být otevřeno a diskutováno v rámci širšího záběru celé diskuse o dětské a dorostové péči.

agement, a method that has been shown to produce positive treatment outcomes. This corresponds to the conclusions which repeatedly emphasise that it is necessary to use great flexibility and reflect and respect the needs of patients in this specific age group. Special attention must also be dedicated to the drawing-up of individual therapeutic plans, teamwork, and combinations of various types of interventions (Wintres & Kaminer, 2011). The specific nature of work with adolescent users appears to be increasingly reflected in child psychiatry, too (e.g. Mirza & Mirza, 2008). Other studies conclude that age-specific needs should be taken into account and community programmes that are accessible and acceptable for this target group should be established (NICE, 2007) and exist as an integral part of the system of services. Before the development of the Practice Standards (Gilvarry et al., 2016), this target group was systematically addressed in reports reviewing the evidence about effective tools, methods, and procedures (NHS 2009a, 2007b), including specific features of clinical assessment (NHS, 2007a) and pharmacological treatment (NHS, 2009b).

The key steps for the further development of the idea of addictological care for children and adolescents should be identified. It should be noted that even the working group responsible for the design of a system of addiction treatment services (Miovský et al., 2014b) did not take the segment of specialised addictological services for children and adolescents into consideration. While the idea is mentioned in the relevant policy document, no specific structure or description is provided in this respect. The detoxification statistics indicate that the current inpatient facility in Prague (Koranda, 2016) more or less covers the basic needs pertaining to this type of intervention. Nevertheless, a dedicated specific outpatient addiction treatment service for children and adolescents is lacking. In addition to the Ministry of Health, this issue also concerns other government portfolios. The key stakeholders to be involved in relevant discussions should include representatives of the Ministry of Education, Youth, and Sports ("the Ministry of Education"), particularly those responsible for the area of institutional care and education, prevention, and social inclusion, and the Ministry of Labour and Social Affairs, and, as applicable, the representatives of the departments concerned with the topical issue of the increased level of criminal activities, i.e. the Ministry of the Interior and the Ministry of Justice. Alternatively, institutions such as the Probation and Mediation Service should be invited to participate in the debate at this level. In order to address issues connected with both legal and illegal migration, the representatives of the Administration of Refugee Facilities should become involved. There are substance users among their clients too, and the effects of this on their children should be dealt with within the wider range of the debate about specialised child and adolescent care.

● 2 CÍLE A METODIKA PROJEKTU

Tým si v pilotním projektu prostřednictvím evaluace přípravy a procesu kladl následující cíle:

a/ Ověřit pracovní návrh modelu léčby (viz Miovský, Šťastná & Popov, 2016b) a provozu komplexního specializovaného adiktologického ambulantního provozu pro děti a dorost prostřednictvím pilotního provozu spuštěného v reálných podmínkách velké fakultní nemocnice (oddělení ADDA bylo součástí Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze) a kvalitativně vyhodnotit možnosti reálného využití Doporučených postupů (Gilvarry et al., 2016) pro takovýto zdravotnický provoz.

b/ Ověřit personální, provozní a ekonomické nastavení ambulance dětské a dorostové adiktologie v podmínkách velkého zdravotnického zařízení a navrhnout případné úpravy a doporučení pro takový provoz.

c/ Ověřit v praxi možnosti využití nové zdravotnické odbornosti adiktologa a jeho pozice v týmu, reálné zapojení do klinického provozu a ekonomické možnosti spojené s provozem takto specifického zdravotnického zařízení.

Pro pilotní projekt byla využita do českého jazyka přeložená metodika (WHO, 2000a, 2000b, 2000c) Světové zdravotnické organizace doporučující/vytvářející standard pro provádění evaluací adiktologických služeb z hlediska přípravy (WHO, 2000c, 2000d) a procesu (WHO, 2000e). Samozřejmě jsme v tomto případě byli inspirováni různými předchozími zkušenostmi a možnostmi, jaké zde jsou v tuzemských podmínkách dostupné (viz např. Miovský & Miovská, 2004 atd.) v rámci různých projektů využívajících evaluační techniky a postupy. Data byla zpracovávána převážně kvalitativními metodami rámovanými postupy kvalitativní evaluace (Miovský, 2006). Základními zdroji pro kvalitativní analýzu byla dokumentace ambulance, zápisy z porad a pracovních setkání týmu a supervize. Dále pak zdravotnická dokumentace a evidence zdravotních výkonů, vnitřní hodnocení VFN atd. Byla provedena kvalitativní obsahová analýza těchto dokumentů a jednoduché hodnocení statistik z provedených záznamů a dokumentace. **Pilotní projekt trval od 1. září 2014 (zahájení provozu po 2 měsících příprav) do 30. června 2015, tj. 10 měsíců** a následující vyhodnocení a popis zkušeností s provozem čerpá ze zkušeností a záznamů provedených v tomto období.

● 2 PROJECT OBJECTIVES AND METHODOLOGY

For the pilot project involving planning and process evaluation, the team set the following objectives:

a/ to test the preliminary design of the treatment model (see Miovský, Šťastná, & Popov, 2016b) and the operation of a comprehensive specialised outpatient addiction treatment facility for children and adolescents using a pilot operation launched under real-life conditions in a large university hospital (with the ADDA unit being a part of the Department of Addictology) and assess in qualitative terms whether the Practice Standards (Gilvarry et al., 2016) can be applied to the practical operation of such a healthcare facility;

b/ to test the staffing, operational, and economic setup of the outpatient addiction treatment clinic for children and adolescents in the setting of a large-scale healthcare institution and propose modifications and recommendations, if needed, for such a facility;

c/ to test in practice the potential of the new health profession of an addictologist and their position in the team, their actual engagement with clinical operation, and the economic possibilities associated with the operation of such a specific healthcare facility.

A Czech translation of the World Health Organisation guidelines (WHO, 2000a, 2000b, 2000c) for the evaluation of addiction treatment services, particularly the sections on planning and implementation (WHO, 2000c, 2000d) and process (WHO, 2000e), was used for the pilot project. Naturally, we also drew inspiration from earlier experience and resources (see, for example, Miovský & Miovská, 2004) available on the basis of various local projects using evaluation techniques and procedures. Data was processed using mainly qualitative methods set within the framework of qualitative evaluation procedures (Miovský, 2006). The basic sources for qualitative analysis included the records kept by the clinic, minutes of meetings and working team sessions, and supervision reports. Medical records, inventories of health procedures and interventions, and the hospital's internal evaluation reports were also used for this purpose. These documents were subjected to qualitative content analysis and the statistics obtained from the records and documentation were reviewed. **The pilot project ran from 1 September 2014 (commencement of operation following two months of preparation) to 30 June 2015, i.e. 10 months.** The following evaluation and account of the experience with this operation is based on the observations and records made during this period.

● 3 ADIKTOLOGICKÁ AMBULANCE V KONTEXTU VFN A ŠIRŠÍ SÍŤ SLUŽEB

ADDA se stala pátou samostatnou specializovanou ambulancí Kliniky adiktologie (KAD) a doplnila tak existující tři lůžkové provozy KAD (detoxifikační, mužské a ženské oddělení) a čtyři stávající ambulantní provozy (Centrum substituční léčby, ALKO ambulanci, TOXI ambulanci a Středisko pro psychoterapii a rodinnou terapii). Ambulance získala díky podpoře vedení VFN samostatné prostory (mimo budovu KAD v Apolinářské ulici) v ulici Na Bojišti 1 v sousedství Kliniky pracovního lékařství 1. LF UK a VFN. Zde měla ADDA k dispozici celkem čtyři pracovny a další základní prostorové zázemí, včetně odběrové místnosti a místnosti pro zdravotní sestru.

Důležitým výchozím zjištěním analýzy potřeb (Miovský et al., 2014b) byl postoj pracovníků existujících služeb ve spádové oblasti Praha a Středočeský kraj. Ti ve studii deklarovali možnost vzniku podobné ambulance jako adekvátní a vítaný způsob doplnění současné sítě služeb a pro některé z nich (např. detoxifikační oddělení) dokonce taková služba představovala plně kompatibilní a žádanou variantu návazné péče. Zástupci oslovených klíčových provozů se jednoduše shodli na přínosu, jaký by případné otevření specializovaného provozu mělo pro jejich vlastní zařízení, resp. jejich pacienty, kterým podobnou péči zajistit dnes v rámci svých provozů nemohou. **Navržená varianta de facto obnovuje tradici a hlásí se k odkazu specializovaného provozu** (ještě v rámci Psychiatrické kliniky před vznikem samostatné KAD) **pro děti a dorost založeného v roce 1957 profesorem Mečířem** (viz Miovský, Šťastná & Popov, 2016b). Bylo tak snahou vedení KAD navázat na jeho tradici jako fungujícího a úspěšného ambulantního provozu na úrovni krajského specializovaného pracoviště.

V rámci samotného pracoviště, které projekt realizovalo (KAD), došlo k provázání testovaného provozu především s již existujícím Střediskem pro psychoterapii a rodinnou terapii a vytvořením dobře provázaného robustního klinického zázemí. Z hlediska návazností na další kliniky a provozy uvnitř VFN se jedná především o: (1) Psychiatrickou kliniku 1. LF UK a VFN v Praze (ambulace dětské psychiatrie a dětský a dorostový stacionář), (2) Klinikou dětského a dorostového lékařství 1. LF UK a VFN v Praze, (3) Gynekologicko-porodnickou kliniku 1. LF UK a VFN v Praze. Zde má ambulance zázemí jak z hlediska případných konziliárních vyšetření, tak z hlediska řešení závažných zdravotních komplikací přesahujících možnosti adiktologické léčby. V rámci širší sítě služeb v Praze a Středočeském kraji se pak z hlediska návazností jedná především o: (1) Dětské a dorostové detoxifikační centrum v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze, (2) Oddělení dětské psychiatrie FN Motol, (3) Pediatrickou kliniku 1. LF a Thomayerovy nemocnice, (4) síť zařízení ústavní péče pro děti a dorost a OSPOD.

● 3 ADDICTION TREATMENT OUTPATIENT CLINIC IN THE CONTEXT OF THE GENERAL UNIVERSITY HOSPITAL AND A BROADER NETWORK OF SERVICES

The ADDA became the fifth autonomous specialised outpatient unit at the Department of Addictology (“the KAD”), adding to its four existing outpatient facilities (the substitution treatment centre, the ALKO clinic, the TOXI clinic, and the centre for psychotherapy and family therapy) and three inpatient ones (the detoxification unit and the men’s and women’s wards). Thanks to the support from the management of the General University Hospital the new clinic acquired its own premises (away from the KAD building in Apolinářská Street) in Na Bojišti Street, next to the Department of Occupational Medicine, First Faculty of Medicine, Charles University, and the General University Hospital. There the ADDA was provided with four offices and other facilities, including a sampling room and a room for a nurse.

Important baseline information generated by the needs analysis (Miovský et al., 2014b) concerned the attitudes of the staff of the existing services in the catchment areas of Prague and the Central Bohemia region. They reported to the study that they found the prospect of such a clinic an appropriate and welcome way of complementing the current network of services. Some of them (e.g. the staff of detoxification units) even considered such a service a fully compatible and desired variant of follow-up care. The respondents from among the key facilities explicitly endorsed the benefits which any such specialised unit would imply for their operation, or their patients, for that matter, who cannot receive services of this type from them under the existing conditions. **In fact, the proposed variant revives the tradition and legacy of a specialised facility for children and adolescents established in 1957 by Professor Mečíř** (as part of the then “Psychiatric Clinic”, before the establishment of the Department of Addictology as an independent centre) (see Miovský, Šťastná, & Popov, 2016b). It was therefore the intention of the KAD management to build upon this tradition of an efficient and successful outpatient unit at the level of a regional specialised facility.

The project was implemented by the Department of Addictology. There the operating unit under testing could be interlinked with the existing centre for psychotherapy and family therapy to create a robust networked clinical setting. Other departments and units of the General University Hospital/First Faculty of Medicine with relevance to the pilot project include: (1) the Department of Psychiatry (outpatient child psychiatric clinic and day care centre for children and adolescents); (2) the Department of Paediatrics and Adolescent Medicine, and (3) the Department of Gynaecology and Obstetrics. They can provide the prospective outpatient clinic with support in the form of consultations and dealing with major health complications exceed-

Od začátku existence ambulance bylo zásadním tématem její zasiťování se zdravotními, školskými a sociálními službami/zařízeními v Praze a Středočeském kraji. Bez úzké vazby s nimi je činnost ADDA prakticky nemyslitelná, ať již z důvodu prvního kontaktu (praktičtí lékaři pro děti a dorost, personál dětských domovů nebo diagnostických ústavů atd.), nebo pro součinnost v rámci diagnostiky a léčby (detox, OSPOD atd.). Proto byla tématu věnována velká pozornost a informace o ADDA byly sestavovány a šířeny dle připravovaného plánu v součinnosti se zástupci jednotlivých institucí. Kromě internetových stránek Kliniky adiktologie (www.adiktologie.cz)¹ a VFN (www.vfn.cz) je informace o službě dostupná ve všech informačních systémech hl. města Prahy v rámci drogové politiky, dále pak přímo prostřednictvím institucionálních sítí, na které jsou zaměřeny informační kampaně při spouštění projektu a materiály určené jejich klientům (letáky, vizitky atd.) s adresou:

**Ambulance dětské a dorostové adiktologie
Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze
Apolinářská 4, 128 00 Praha 2
Tel.: 224 968 253
E-mail: addambulance@vfn.cz**

Díky grantové podpoře byly vyrobeny vizitky a letáky, které byly distribuovány napříč zdravotními, školskými a sociálními službami v Praze. ADDA byla prezentována a představena na všech významných větších akcích pro poskytovatele a zástupce služeb (např. Pražské protidrogové fórum, Adiktologická konference Středočeského kraje atd.). Současně byly prezentovány první kazuistické studie pacientů ambulance a zkušenosti s provozem. Tým ADDA realizoval samostatné sympozium věnované dětské adiktologické péči na Neuropsychofarmakologické konferenci v Jeseníku (leden 2016), prezentoval kazuistiky na konferenci Kvalitativní přístup ve vědách o člověku (únor 2016) atd.

1/ Podrobněji viz: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/629/4965/Ambulance-detske-a-dorostove-adiktologie>

ing the resources provided by addictological treatment. Other related institutions within the broader network of services available in Prague and the Central Bohemia region include (1) the Child and Adolescent Detoxification Centre at the Sisters of Mercy of St. Borromeo Hospital in Prague; (2) the Department of Paediatric Psychiatry of the Motol University Hospital, (3) the Department of Paediatrics of the First Faculty of Medicine and the Thomayer Hospital, and (4) the network of institutional care facilities for children and adolescents and the child protection authorities.

From the beginning it was recognised that it is essential to network the outpatient clinic with health, educational, and social services/facilities in Prague and the Central Bohemia region. The operation of the ADDA would hardly be possible without close links with these agencies, as they are the sources of referral (general practitioners for children and adolescents, the staff of children's homes and other youth institutions) and assistance with diagnosis and treatment (detox, child protection authorities, etc.). This issue therefore received much attention. A specific plan was made to prepare and disseminate information about the ADDA in collaboration with representatives of the relevant institutions. In addition to the websites of the Department of Addictology (www.adiktologie.cz)² and the General University Hospital (www.vfn.cz), information about the service is also available through all the drug policy-specific information systems of the City of Prague and through institutional networks which are the targets of information campaigns when such projects are being launched and where materials (brochures, contact details, etc.) intended for their clients are also posted:

**Child and Adolescent Addiction Treatment
Outpatient Clinic
Department of Addictology, First Faculty of
Medicine, Charles University and General
University Hospital in Prague
Apolinářská 4, Praha 2, 128 00
Tel.: 224 968 253
e-mail: addambulance@vfn.cz**

The grant support made it possible to manufacture business cards and posters which were distributed among health, educational, and social services in Prague. The ADDA was presented and introduced at all major events for service providers and representatives (e.g. the Prague Drug Forum, the addictological conference of the Central Bohemia region, etc). The first case studies of the patients of the

1/ For details see: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/629/4965/Ambulance-detske-a-dorostove-adiktologie>

● 4 HLAVNÍ VÝSLEDKY KVALITATIVNÍ EVALUACE

Přehled výsledků kvalitativního hodnocení sleduje základní linii strukturovanou třemi hlavními cíli studie (viz paragraf 2) a je v první části (paragraf 4 / 1 až paragraf 4 / 3) zaměřen na celkové nastavení zdravotnického provozu. Ve druhé části (paragraf 4 / 4) se více zaměřujeme na provozně-technické a ekonomické aspekty.

● 4 / 1 Nastavení cílové skupiny ambulance dětské a dorostové adiktologie

Zásadním tématem projektu bylo specifické stanovení cílových skupin ADDA. Služby a možnosti ADDA jsou velmi úzce ovlivněny personálním zázemím a vybaveností ambulance (paragraf 4 / 2). Pilotní provoz Adiktologické ambulance pro děti a dorost byl určen dětským pacientům ve věku do 15 let, dále pak mladistvým pacientům do 18 let a jejich blízkým. Dominantní indikací pro tento typ specializované péče by měly být problémy s návykovými látkami (F10–F19; MKN-10), případně problémy v oblasti tzv. nelátkových (behaviorálních, procesuálních) závislostí (gambling, nezvládání informačních technologií atd.). Cílová skupina tak byla definována v zásadě v souladu s nastavením doporučených postupů pro práci s touto cílovou skupinou (Gilvarry et al., 2016), jak bylo zmíněno v úvodní části textu. Pro základní provoz a realizaci pilotní studie se tato volba ukázala jako správná a jde samozřejmě o primární cílovou skupinu, pro kterou bylo současně adekvátní personální obsazení ambulance. Pro další vývoj ambulance je však zásadní rozšíření cílových skupin o nejmladší děti a péči o těhotné uživatelky. Toto rozšíření však vyžaduje zásadní proměnu též ve spektru nabízených intervencí (paragraf 4 / 3 tohoto textu) a doplnění týmu také o pediatra a znovuobsazení místa zdravotní sestry (podrobněji v následujícím paragrafu 4 / 2). Pilotní provoz tak omezil svoji činnost a nabízené služby pouze pro tyto klíčové cílové skupiny, prozatím nezasahující věkově pod 12 let (nejmladší pacienti ambulance měli 12 let):

- Děti pravidelně užívající návykové látky v min. úrovni škodlivého užívání (F10–F18), ev. kombinované užívání více látek (F19).
- Děti s diagnostikovatelnými/diagnostikovanými důsledky užívání návykových látek (kromě škodlivého užívání), tj. závislost, odvykací stav atd.
- Děti s nezvládnutými problémy s hraním a tzv. nelátkovými závislostmi.

V další fázi rozvoje ambulance a po doplnění personálního obsazení pracoviště a schopnosti zajistit též další klíčové služby by měla být ambulance schopna pokrýt také tyto cílové skupiny a rozšířit současně záběr své spolupráce s klíčovými specializovanými pracovišti, zejména pak v oborech gynekologie a porodnictví (kde již dnes zahájila ambu-

clinic and experience with its operation were also presented. As part of a neuropsychological conference held in Jeseník (January 2016) the ADDA team hosted an independent symposium dedicated to paediatric addictological care and presented case studies at the conference on qualitative approaches to human sciences (February 2016).

● 4 MAIN RESULTS OF QUALITATIVE EVALUATION

An overview of the results of the qualitative evaluation follows a line structured along the three main objectives of the study (see Section 2). Its first part (Section 4 / 1 to Section 4 / 3) focuses on the overall design of the healthcare facility. The second part (Section 4 / 4) addresses operational, technical, and economic aspects.

● 4 / 1 Definition of the target group for the outpatient addiction treatment clinic for children and adolescents

The key point of the project was to specify the target groups for the ADDA. To a great extent, the services and potential of the ADDA depend on its human and physical resources (see Section 4 / 2). The pilot operation of the outpatient addiction treatment clinic for children and adolescents was designed for paediatric patients under 15, adolescents under 18, and their relatives and others close to them. A predominant indication for this type of specialised care should be substance use-related problems (F10-F19; ICD-10), as well as problems associated with “non-substance” (behavioural, process) addictions (such as gambling-related disorders and the uncontrolled use of information technologies). As previously mentioned, the target group was thus generally defined in accordance with the recommended procedures set out for work with this population (Gilvarry et al., 2016). This choice proved appropriate in terms of basic operation and the implementation of the pilot study. It naturally concerns the primary target group, which also appeared compatible with the current staffing of the clinic. However, the further development of the facility should by all means involve the extension of the target groups to include very young children and pregnant substance users. Such a broader scope requires a significant change in the range of interventions provided (see Section 4 / 3 below) and engaging a paediatrician and a nurse (for details see Section 4 / 2 below). In view of these considerations, at this point, the pilot operation of the facility chose to limit its activities and services to the following key age groups, comprising children of the age of 12 or older (the youngest patients of the clinic were 12):

- children who use addictive substances regularly on a level corresponding at least to the harmful use category (F10–F18) or who engage in polydrug use (F19)

lance první pilotní screeningový program pro těhotné kuřačky ve spolupráci s Gynekologicko-porodnickou klinikou 1. LF UK a VFN):

- Těhotné uživatelky návykových látek.
- Děti v rámci rané postnatální AD péče o děti uživatelů (screening, podpůrná práce s rodiči a podchycení rodiny).
- Postnatální specifická péče u dětí uživatelů s diagnostikovaným postižením (fetální alkoholový syndrom, kognitivní deficit, sensation seeking, poruchy vztahové vazby atd.).
- Děti s těžkými psychiatrickými komorbiditami (poruchy autistického spektra, poruchy příjmu potravy atd.), případně somatickými komorbiditami (hepatitidy atd.).

Je samozřejmé, že ve všech případech je zásadní rodinný a širší sociální systém, do kterého dítě patří. Tedy naprosto samozřejmostí je zařazení příslušníků rodiny mezi cílovou skupinu ambulance, a to jak z hlediska práce s celou rodinnou, tak také z hlediska zajištění např. selektivní a indikované prevence pro sourozence (riziková skupina) nebo podpůrné terapie pro rodiče, ev. zajištění párové terapie pro rodiče nebo zajištění individuální práce s některým z rodičů.

● 4 / 2 Personální obsazení ambulance

Standardy kvality adiktologické péče (Libra et al., 2012) nezahrnují a prozatím jejich autoři ani neměli ambici řešit dětskou adiktologickou péči. Otázka personálního zabezpečení a pokrytí tak není ošetřena na úrovni doporučeného standardu a zákon o zdravotních službách v tomto případě uplatňuje požadavek stejný jako v případě dospělé klientely. Pro potřeby pilotního projektu jsme proto vycházeli ze zkušeností a paralel jednak s dětskou psychiatrií a jednak ze zkušeností se zajištěním srovnatelných služeb v zahraničí. *Tabulka 1* obsahuje návrh kombinace profesí pro zajištění ambulantního provozu v minimální podobě. Tato testovaná varianta se jeví jako minimální výchozí nastavení a proces ověření základního konceptu ambulantního zdravotnického provozu z hlediska požadavků na úhrady a zajištění komplexní zdravotní péče předpoklad potvrdil. Jedná se o zjednodušenou a omezenou variantu provozu, tj. bez dalších návazností plného provozu (např. ve vztahu k řešení sociálních či výchovných a vzdělávacích aspektů), neboť nyní není možné (ani nutné) pracovat ihned s variantou pro plný provoz (včetně zajištění denního stacionáře, ev. krizového lůžka). Nejdříve bylo nutné ověřit základní moduly programu (též paragraf 4 / 3).

Tabulka 1 obsahuje profese a složení týmu v rámci testovaného provozu s omezením cílové skupiny od věku starších školních dětí (viz předešlý paragraf 4 / 1), tj. v tomto kontextu víceméně od věkové hranice 12 let. Při budoucím rozšíření provozu ADDA směrem k nižším věkovým skupinám je však zcela zásadní rozšíření týmu o pediatra a zdravotní sestru se v takovém případě stává zcela nezastupitel-

- children who are likely to be/have been diagnosed with substance use disorders (in addition to harmful use), such as dependence and withdrawal state
- children with problematic gaming/gambling behaviour and non-substance addictions

Following the next stages of its development, including the recruitment of additional staff members in order to ensure the provision of other key services, the clinic should be able to provide care to other target groups. This should involve enhancing its liaison with relevant specialised centres, such as those providing services in gynaecology and obstetrics (the clinic has already launched its first pilot screening programme for pregnant smokers, which is carried out in partnership with the Department of Gynaecology and Obstetrics of the First Faculty of Medicine of Charles University and the General University Hospital). The prospective target groups include:

- pregnant substance users
- children as part of the early postnatal addictological care of substance users' children (screening, supportive work with the parents, and establishing contact with the family to watch for any potential problems)
- users' children diagnosed with impairments (such as foetal alcohol syndrome, cognitive deficits, sensation seeking, and attachment disorders) as part of specific postnatal care
- children with severe psychiatric comorbidities (including autistic spectrum disorders and eating disorders) and physical comorbidities (such as hepatitis)

Certainly, in all cases the broader family and social systems of the child play a very important role. Therefore, it is vital that family members are also considered a target group for the clinic. This relationship may involve work with the entire family or more specific interventions, such as selective and indicated prevention for siblings (as an at-risk group), supporting therapies for the parents, pair therapy for the parents, and individual counselling with one of the parents.

● 4 / 2 Staffing of the clinic

The quality standards for addiction treatment services (Libra et al., 2012) do not account for paediatric addictological care. Their authors did not have the ambition to address this specific area at this point. The issue of staffing is thus not dealt with by any recommended standard or guideline, and the law on health services lays down the same requirements in this respect as those applicable to adult clients. Under these circumstances, for the purposes of the pilot project we used the previous experience and analogies derived from child psychiatry and the lessons learnt from the provision of similar services abroad. *Table 1* proposes the

Tabulka 1

Přehled profesí a návrh úvazků pro pilotní testování ambulantního provozu

Zdravotnické profese	Možnost případné náhrady/zastupitelnosti
Lékař (dětský psychiatr) s doporučenou nástavbovou atestací v oboru návykových nemocí v minimálním úvazku 0,2 (v případě stacionárního programu min. 0,5)	Bez možnosti náhrady a zastoupení
Adiktolog v minimálním úvazku 0,6 (v případě stacionárního programu min. 1,5)	Bez možnosti náhrady a zastoupení
Klinický psycholog v minimálním úvazku 0,2 (v případě stacionárního programu min. 1,0)	Bez možnosti náhrady/možné zajistit konziliárně, avšak za cenu výrazných provozních komplikací
Zdravotní sestra (v případě stacionárního programu min. 1,0)	Možná pouze omezená náhrada pro nezdravotnické úkony
Nezdravotnické profese	
Pedagog volného času/speciální pedagog v minimálním úvazku 0,2 (v případě stacionárního programu min. 0,5)	Možná částečná náhrada sociálním pracovníkem
Sociální pracovník v minimálním úvazku 0,2 (v případě stacionárního programu min. 0,5)	Možná částečná náhrada speciálním pedagogem

nou profesí bez možnosti jakékoli náhrady. U nezdravotnických profesí panuje naopak poměrně velká variabilita a možnosti i jiných kvalifikací (např. arteterapie atd.). **Pro všechny uvedené profese se však jako zásadní jeví alespoň bazální psychoterapeutická erudice**, která nemusí být u všech členů týmu vyjádřena pouze systematickým dlouhodobým výcvikovým a vzdělávacím programem v diki všech požadavků na specializaci v psychoterapii ve zdravotnictví. Pro mnohé z profesí (sestra, sociální pracovník atd.) je dostatečná i základní psychoterapeutická průprava, sebezkušenost a zvládnutí základních postupů podpůrné psychoterapie. Nárok na porozumění metodám a procesu práce v ADDA, schopnost týmové práce při řízení služby metodou case-managementu, zvládnutí složitých a často velmi frustrujících přenosových situací, práce s hranicemi atd., to vše klade tak vysoké nároky na všechny členy týmu bez ohledu na původní profesi, že min. vstupní základní erudice a zkušenost s psychoterapeutickou prací a procesem se jeví jako opodstatněný a adekvátní požadavek pro zajištění pilotního provozu.

Klíčové z hlediska chodu ambulance je, aby zařízení bylo schopno realizovat skutečně všestrannou nabídku ambulantní a intenzivní ambulantní péče pro děti a dorost a dokázalo reagovat jak na potřebu zajištění různých pro-

combination of professions needed to secure the basic operation of the outpatient clinic. The alternative under testing is believed to represent the basic initial setup, and the testing of the general concept of the outpatient healthcare facility in terms of the requirements for its financial viability and securing comprehensive health care has confirmed this assumption. The pilot project involves a simplified and limited way of operating, without the follow-up interventions associated with full-scale operation, such as those addressing social and educational aspects. Indeed, at this point it is impossible (and unnecessary for that matter) to engage the full-fledged way of operating (including the provision of a day care centre or a crisis bed). It was considered advisable to test the basic modules of the programme first (see also Section 4 / 3.).

Table 1 specifies professions and the composition of the team for the operation under testing, with the target group being limited to older schoolchildren, i.e. aged 12 or above in this context (see Section 4 / 1 above). If the operation of the ADDA is extended so as also to cover the care of younger age

Table 1

Outline of professions and proposed FTEs for the pilot testing of the outpatient facility

Health professions	Possible replacement/substitution options
Physician (child psychiatrist), ideally with a formal specialisation in addictive diseases, with a minimum of 0.2 FTE (0.5 if a day care programme is provided)	No possibility of replacement or substitution
Addictologist with a minimum of 0.6 FTE (1.5 if a day care programme is provided)	No possibility of replacement or substitution
Clinical psychologist with a minimum of 0.2 FTE (1.0 if a day care programme is provided)	No possibility of replacement (alternatively, external consultancy could be arranged, but at the cost of significant operating complications)
Nurse (a minimum of 1.0 FTE if a day care programme is provided)	To a limited degree, replacement is possible for non-healthcare-specific procedures
Non-health professions	
Leisure time education professional/special education professional with a minimum of 0.2 FTE (0.5 if a day care programme is provided)	To a certain degree, replacement with a social worker is possible
Social worker with a minimum of 0.2 FTE (0.5 if a day care programme is provided)	To a certain degree, replacement with a special education professional is possible

gramových doplňujících komponent, tak na speciální sociální potřeby spojené s některými skupinami pacientů a jejich rodin. Pro dofinancování nezdravotnické části (mimo zdravotní pojištění) je zásadní zajištění vícezdrojového financování, zejména prostřednictvím grantů z programů MŠMT, MPSV a MZ (paragraf 4 / 4), neboť část profesí není zahrnuta do možnosti úhrad prostřednictvím zdravotního pojištění a současně příjmy získané touto cestou nejsou schopny finančně pokrýt činnost těchto profesí a jejich zastoupení v týmu. V průběhu testovacího provozu byla vedena jednání s dotčenými resorty z hlediska jejich zapojení do financování celého projektu po ukončení pilotní části zdravotnického provozu a náběhu na plný provoz, včetně části nezdravotnické. Pro praktický provoz je dále bezpodmínečně nutné zajištění supervize týmové práce s doporučenou individuální supervizí a intervizí u mladších členů týmu. Náročnost komunikace a složitost provozu nutně vedou k velkým nárokům a tlaku na personál a vysoká fluktuace pracovníků ambulance v době pilotního projektu nebyla spojena pouze s nejistotou spojenou s pokračováním provozu po ukončení pilotního provozu, ale také nepřiměřenými očekáváními spojenými s možnostmi a charakterem provozu a malou pracovní zkušeností.

groups, however, it will be necessary for the team to include a paediatrician, in which case a nurse becomes an irreplaceable profession with no possibility of an alternative. On the other hand, non-health professions involve a relatively large variability, including the possible engagement of other qualifications (such as art therapy). **However, it appears that all the professions under consideration should possess at least basic psychotherapeutic expertise.** Not all the team members are necessarily expected to complete a systematic long-term training and educational programme in terms of all the requirements for specialisation in healthcare-specific psychotherapy. Even basic psychotherapeutic training, self-experience, and a reasonable command of general supportive psychotherapy procedures will suffice for many professions (such as nurses and social workers). All the team members are expected to understand the methods and process of work at the ADDA, pursue teamwork in applying the case management method, deal with very complex and often very frustrating transference situations, address boundary issues, and face a range of other challenges. All this places extremely high demands on all of them, irrespective of their professional background and qualifications. The requirement for at least basic expertise and experience of psychotherapeutic work therefore appears well-founded and reasonable in relation to the pilot operation.

In terms of its operation, it is essential that the facility can effectively provide a wide range of outpatient and intensive outpatient services for children and adolescents and respond to both the demand for the delivery of various complementary programme components and the special social needs associated with some groups of patients and their families. In order to secure funding for the non-healthcare-specific segment of the facility (not covered by health insurance), multiple-source founding must be secured, especially by means of grants available under programmes managed by the Ministry of Education, the Ministry of Health and Social Affairs, and the Ministry of Health (see Section 4 / 4.). The reason is that the performance of some of the professions does not come under the system of reimbursement from health insurance, and the money received from health insurance for eligible procedures and interventions is not enough to cover their work, despite their well-justified role in the team. During the trial operation negotiations with the relevant ministries were held with a view to their involvement in the funding of the entire project after the pilot phase of the healthcare facility is over and its full-fledged operation, including the non-healthcare-specific component, is launched.

In addition, day-to-day operation will require the supervision of teamwork, with a recommendation of individual supervision and intervention aimed at junior members of the team. The demands of communication and the everyday

● 4 / 3 Rozsah a charakter služeb a provoz ambulance

Specializovaná ambulance dětské a dorostové adiktologie (ADDA) je de facto adaptací konceptu **adiktologické ambulance** tak, jak byla navržena a legislativně ukotvena pro cílovou skupinu dospělých adiktologických pacientů (dle zákona 372/2011 Sb., v aktuálním znění) a v duchu diskuse otevřené článkem Jiřího Libry v časopise *Adiktologie* (Libra, 2003). Diskuse mj. pozitivně ovlivnila vznik uceleného a relativně homogenního pohledu na ambulantní síť adiktologických služeb určených pro dospělé pacienty ve věku 16–65 let vyjádřeného schválenou koncepcí sítě služeb (Miovský et al., 2014b) a aktuální verzí Standardů kvality poskytování odborné adiktologické péče (Libra et al., 2012). Zkušenosti z terénu a čas nyní ukáží, do jaké míry je tento koncept u dospělých pacientů a v podmínkách českého zdravotnictví životaschopný a nosný. Obecně v sobě integruje několik základních rovin a přístupů, reprezentujících všechny základní varianty intervencí napříč spektrem uživatelů (viz dále). Tyto intervence jsou schopny pokrýt jak široké věkové spektrum pacientů, tak také různé skupiny pacientů z hlediska typu zneužívaných látek i výskytu psychiatrických i somatických komorbidit. Není racionálního důvodu, aby tento typ ambulance s níže uvedeným spektrem intervencí nebyl schopen reprezentovat komplexní adiktologickou ambulantní péči jak kuřákům tabáku, tak uživatelům heroínu s nitrožilní aplikací. Stejně tak není důvod, aby adiktologická ambulance tohoto typu neuměla nabídnout dnes dostupné typy substituční léčby stejně jako ambulantní doléčovací programy. Základní model provozu adiktologické ambulance se sestává z dvoufázové struktury (podrobněji viz Miovský, Šťastná & Popov, 2016b). Ta jednoduchým způsobem určuje průchod pacienta službou a dává ambulanci algoritmus umožňující diferencování poskytování péče dle hlavních cílových skupin a jejich řazení do dílčích programových komponent ambulance (podrobněji viz Miovský, Šťastná & Popov, 2016):

a/ **vstupní diagnostika/diagnostický filtr/motivační práce:** zahrnují komplexní posouzení každého pacienta z hlediska jeho stavu, možností a potřeb a provedení všech dílčích úkolů jak z hlediska psychiatrické, klinicko-psychologické, tak adiktologické perspektivy. V případě akceptování pacienta do péče ambulance je proveden podrobný **návrh individuálního léčebného plánu a celá další péče je řízena prostřednictvím case-managementu.** Metoda případového řízení je hlavním nástrojem vedení terapie a jejím prostřednictvím je terapie moderována i hodnocena;

b/ **léčebná a rehabilitační péče poskytovaná ambulancí (viz dále popsáný přehled intervencí a úrovně práce a-g)** reprezentuje všechny základní ambulantní postupy, které může v současných podmínkách adiktologie nabídnout (včetně např. moderních nácvikových a rehabilitačních

operací) a operace této ambulance nevyhnutelně přinesou značnou zátěž a tlak na personál. Byla vysoká míra výměny personálu v klinice během pilotního projektu, nejen kvůli nejistotě ohledně pokračování provozu po ukončení pilotního projektu, ale také kvůli neoprávněným očekáváním ohledně potenciálu a povahy této ambulance a malé pracovní zkušenosti.

● 4 / 3 Scope and character of services and operation of the clinic

The specialised outpatient addiction treatment clinic for children and adolescents (ADDA) is in fact an adaptation of the concept of an **outpatient addiction treatment clinic** as it was designed and defined by the law for the target group of adult addiction patients (according to Act 372/2011 Coll., as amended). It also reflects the discussion triggered by an article by Jiří Libra in the *Adiktologie* journal (Libra, 2003). Among other things, this discussion had a positive effect on the development of a comprehensive and relatively homogeneous idea of a network of outpatient addiction treatment services intended for adult patients (aged 16–65) which found a concrete form in the adoption of a policy document formally outlining such a system of services (Miovský et al., 2014b) and an updated version of quality standards for the provision of professional addictological care (Libra et al., 2012). Field experience and time will now show the extent to which this concept is viable and relevant in relation to adult patients and in the setting of the Czech system of healthcare. In general, it integrates several basic levels and approaches, which represent all the principal types of interventions across the spectrum of users (see below). These interventions can cover a wide range of patients' ages, as well as different groups of patients in terms of types of substances of abuse and both psychiatric and physical comorbidities. There is no rationale for the assumption that this type of outpatient facility providing a range of interventions, described below, cannot deliver comprehensive outpatient addictological care to tobacco users, as well as injecting users of heroin. Equally, there is no good reason for an outpatient addiction treatment clinic of this type not being capable of offering the currently available modalities of substitution treatment, as well as outpatient aftercare programmes. The basic operation model of an outpatient addiction treatment clinic features a two-stage structure (for details see Miovský, Šťastná, & Popov, 2016b). In simple terms, it determines the patient's passage through the service, as well as providing the clinic with an algorithm which makes it possible to differentiate the provision of care according to the main target groups and assign them to partial components of the programme of the facility (for details see Miovský, Šťastná, & Popov, 2016):

a/ **intake assessment/diagnosis, screening, and motivational work:** this stage involves the comprehensive as-

tačních softwarových programů pro posilování a trénink kognitivních a exekutivních funkcí). Interdisciplinární tým řeší témata a průběh terapie jako jeden celek a nedochází k tříštění péče, která je tam výrazně individualizovaná.

Klíčovým nástrojem řízení služby je case management, komunikovaný v tuzemské odborné literatuře např. v oblasti nízkoprahových služeb (Libra, 2006) a navazující na již výše zmíněnou diskusi spojenou s koncepcí **víceprahového ambulantního provozu zajišťujícího komplexní ambulantní služby v plném rozsahu spektra intervencí (Libra, 2003), tedy koncept, ke kterému se ideově hlásí právě koncept adiktologické ambulance** později ukotvené do zákona o zdravotních službách a vázané na odbornost adiktologa. Pro model ADDA se staly inspirací různé koncepty case-managementu, tak jak je představil Vanderplaschen (2004), o něco později též v časopisecké zkrácené verzi (2007), ačkoliv s implementací case-managementu do podmínek zdravotnické ambulance byly komplikace různého typu. Náročné se např. ukázalo udržení a důsledné dodržování hranice a role case-managera a psychoterapeuta atd. Tendence překračovat roli case-managera a „sklouzávat“ do role individuálního terapeuta přitom zřetelně nebyla pouze otázkou jinak nastavených osobních ambicí nebo nedůslednosti v dodržování vztahových hranic a role. Zřetelně šlo také o slabé vstupní ukotvení, nácvik a přípravu členů týmu pro roli case-managerů s lepším osvojením si nástrojů, metodického postupu a nutnosti průběžného hodnocení a pravidelné vnitřní kontroly týmem oddělení. Pokusili jsme se o ukotvení prvku případového řízení do činnosti ambulance a snažili se z něj vytvořit klíčový prvek řízení služby. ADDA case-managera označuje pojmem **garant**. Obsahově však šlo o identické pojmy. Zmíněná chybějící hlubší a systematictější příprava personálu ADDA v case-managementu před spuštěním provozu se následně v průběhu pilotního projektu stala zdrojem frustrace a fluktuace pracovníků (viz dále), de facto opakovaně znemožňovala přenastavení chodu a vedla k problematické petrifikaci role garanta s poněkud konfuzním překryvem role case-managera a psychoterapeuta. Pro další vývoj ambulance je tedy velkou výzvou a nutností dosáhnout jasnějšího vymezení obou rolí a především jasné oddělení obou rolí tak, aby to bylo srozumitelné pro pacienty i personál a personál toto rozdělení skutečně přijal za své a respektoval. Zbývající spektrum metod a intervencí logicky pokrývá výše naznačenou širší záběr činnosti ADDA:

a/ **základní informační a edukační úroveň** nabízející konzultační a poradenský servis, screening, podporu depistážní práce a preventivní péče,

b/ **nízkoprahový servis** nabízený a zajišťovaný pro nedostatečně motivované pacienty, kteří z různých důvodů nejsou schopni využít standardní nabídku páteřních progra-

assessment of each patient in terms of their condition, resources, and needs and the performance of all the partial procedures pertaining to the perspectives of psychiatry, clinical psychology, and addictology. In the event that a patient is found eligible for the services of the clinic, a thorough **individual treatment plan is drawn up and all the subsequent care is addressed using the case management approach**. The case management method is the core instrument to guide the therapy and is used to both facilitate and evaluate it;

b/ **the treatment and rehabilitation services provided by the outpatient clinic (see the summary of the a-g interventions and levels of work described below)** represent all the basic outpatient procedures which addictology can offer under the current circumstances (including the latest training and rehabilitation software for enhancing and practising cognitive and executive functioning). The interdisciplinary team addresses the course of the therapy and the issues that arise as a whole. Care is not fragmented and is highly individualised.

The key instrument to coordinate the service is case management. Covered by the Czech literature with respect to areas such as low-threshold services (Libra, 2006), this approach is related to the previously-mentioned discussion about the notion of a **multi-threshold outpatient facility providing comprehensive outpatient services which encompass the full range of interventions (Libra, 2003), i.e. a concept, the philosophy of which is espoused by the project of an outpatient addiction treatment clinic**, incorporated later on into the law on health services and tied to the profession of an addictologist. The ADDA model was inspired by various case management approaches reviewed by Vanderplaschen (2004, 2007). The implementation of case management in the setting of an outpatient healthcare facility involved various challenges, though. For example, it proved difficult to be consistent in maintaining the boundaries of different roles in the process (case manager, psychotherapist, etc.). There was a tendency to go beyond the role of the case manager and “slip” into the role of an individual therapist, which, obviously, was not only due to differently perceived personal ambitions or inconsistency in maintaining relationship boundaries and roles. Apparently, another reason was the poor initial setup of the system and the team members being insufficiently trained and prepared for the role of case managers. It was found that the team of the clinic must possess an understanding of the relevant tools and procedures and the need to perform ongoing evaluation and internal audits. Trying to embed it in the operation of the clinic, we sought to make case management the key element of the way in which the service is run. The ADDA case manager is referred to as the key worker (“garant” in

mů ambulance (anonymní testování a diagnostika, programy minimalizace rizik a škod, krátká intervence atd.),

c/ komplexní diagnostika a case-management: ambulance nabízí komplexní diagnostické zhodnocení (psychiatrická, klinicko-psychologická a adiktologická diagnostika), spolu s case-managementem. Smyslem filtru je zajistit pacientům odpovídající péči, tj. zhodnotit vývoj a stav, závažnost a potřebnost jakékoli doplňkové péče (jiné odbornosti), řešící případné somatické či psychiatrické komorbidity a navržení individuálního terapeutického plánu. V případě akceptace plánu ze strany pacienta a rodiny pak zahájení jeho realizace a poskytování veškeré péče ve vazbě právě na case-management, udržení kontinuity práce s každým pacientem a zabránění fragmentace péče a dílčích komponent programu,

d/ ambulantní adiktologická péče: individuální a skupinová práce zahrnující všechny základní ambulantní intervence s dominancí v psychoterapeutických, farmakoterapeutických a socioterapeutických postupech. Součástí jsou doplňkové aktivity rozvíjející sociální dovednosti a kompetence (návčikovské a rozvojové programy) a kreativitu (arteterapie atd.). Součástí péče je řešení sociálních problémů, případně pedagogických a výchovných problémů, prostřednictvím navazujících programů a služeb. Samozřejmě součástí této klíčové složky je v indikovaných případech možnost paralelní rodinné terapie (Středisko pro psychoterapii a rodinnou terapii Kliniky adiktologie) a podpůrných socioterapeutických a psychoterapeutických aktivit pro další rodinné příslušníky pacienta (Anima – Terapie, z. ú.),

e/ odpolední stacionární program: otevřené a polootevřené skupiny pro pacienty se zaměřením na různé typy problémů a se specifickými potřebami (1krát až 2krát týdně skupinový program),

f/ socioterapie: zahrnuje širokou škálu aktivit doplňujících hlavní terapeutický program (viz bod b) a vytvářející mu potřebný rámec a zázemí. Do této skupiny aktivit patří různé typy zátěžových programů, sportovních a kulturních aktivit atd. Část těchto aktivit má pak přímou návaznost na tréninkové programy (viz bod g) z hlediska návčiku sociálních dovedností atd.

g/ tréninkové a návčikové programy: tvoří velice důležitou součást celého rámce a je do nich soustředěna komponenta spojená se dvěma hlavními směry tvořenými programy posilujícími dovednosti seberegulace (self-management), jako jsou zvládání stresu, emočních výkyvů, agrese atd., a sociální dovednosti, jako jsou komunikace, vyjednávání, návčiky rolí atd.

Velkým tématem v kontextu poskytovaných služeb se stal **denní stacionář**, který byl původně plánovaný jako součást základního spektra služeb. Nicméně pro pilotní fázi projektu, která je současně logicky vůbec prvním obdobím

(Czech). However, both terms are identical in terms of their content. The failure to provide the ADDA staff with thorough and systematic training in case management prior to the commencement of the operation of the facility became a source of frustration for many of them during the implementation of the pilot project. The resulting high staff turnover (see below) made it practically impossible to readjust the operation and led to the key worker being “stuck” in a role characterised by confusing overlaps with the roles of a case manager and psychotherapist. It has become apparent that it is a great challenge and necessity for the further development of the outpatient clinic to have both roles determined in more specific terms. In particular, clear distinctions between both roles should be drawn in order to make them comprehensible for both the patients and the staff, with the latter accepting and embracing it. Logically, the remaining range of methods and interventions pertains to the scope of the activities pursued by the ADDA outlined above. They include:

a/ general information and education services offering counselling and advice, screening, and screening and prevention support;

b/ low-threshold services intended for insufficiently motivated patients who, for various reasons, are not able to make use of the standard offer of the core programmes of the clinic (including anonymous testing and assessment, harm reduction programmes, and brief interventions);

c/ comprehensive assessment/diagnosis and case management: the clinic offers comprehensive assessment/diagnosis (in the areas of psychiatry, clinical psychology, and addictology), including case management. The rationale for this “triage” is to ensure that patients receive appropriate treatment, i.e. to assess the stage of the development of the condition, its severity, and the need for any additional care (referrals to other professional services) to address any physical or psychiatric comorbidities and draw up an individual treatment plan. If accepted by the patient and his or her family, the plan is then implemented, with all the care being provided in accordance with the principles of case management in order to ensure the continuity of work with each patient and to prevent the partial components of the programme from being fragmented and not comprising an integrated unity;

d/ outpatient addictological care: individual and group work encompassing all the basic outpatient interventions, with the predominance of psychotherapeutic, pharmacotherapeutic, and sociotherapeutic procedures. This type of care includes complementary activities aimed at developing social skills and competences (training and development programmes) and creativity (e.g. art therapy). It also concerns social or educational issues addressed by means of follow-up programmes and services to which the patients may be referred. When indicated, parallel family therapy (pro-

fungování ambulance po jejím otevření, bylo dohodou s vedením VFN stanoveno konzervativnější pokrytí úvazky (viz také *tabulka 1*) a složení týmu. Nebylo jasné, zda ambulance bude ihned od začátku mít dostatek pacientů a zájem bude takový, aby vůbec bylo možné stacionář otevřít, a současně je samozřejmě snazší a bezpečnější nejdříve ověřit a stabilizovat model ambulance bez náročného stacionárního programu a ten přidat později, po zavedení ambulance a prokázání její životaschopnosti. Tato strategie se ukázala jako dobré řešení. **Pilotní fáze tedy tuto původně plánovanou komponentu se stacionárními programy neobsahovala, a nebyla tak předmětem testovací fáze činnosti ADDA.** Po celou dobu činnosti ADDA v rámci pilotní fáze měl tým zajištěnu pravidelnou intervizi práce a vnější supervizi odpovídající nastaveným standardům (Libra et. al., 2012).

vided by the Centre for Psychotherapy and Family Therapy of the Department of Addictology) and supporting socio-therapeutic and psychotherapeutic activities for the patient's family members (*Anima – Terapie*) are an integral part of this key component;

e/ **afternoon day care programme:** open and semi-open groups for patients with different types of problems and specific needs (group programmes on a weekly or twice-weekly basis);

f/ **sociotherapy** involves a wide range of activities which complement the main therapeutic programme (see Item b), as well as constituting a supporting framework for it. This group of activities includes various types of training programmes and sports and cultural activities. Some of these activities involve practising social skills, for example, and are thus directly related to training programmes (see Item g);

g/ **training and exercise programmes** constitute a very important segment of the entire framework. They represent the component associated with two major approaches: programmes aimed at enhancing self-management skills, such as dealing with stress, emotional instability, and anger on the one hand, and social skills, such as communication, negotiating, and role playing on the other hand.

Originally planned as a part of the basic range of services, the provision of a **day care centre** became a major topic. Finally, it was agreed with the management of the General University Hospital that during the pilot stage of the project, which effectively coincided with the very first period of the operation of the clinic after it was opened, the workload and composition of the team would be kept on the more conservative side (see also *Table 1*). It was not clear whether the clinic would have enough patients from the very beginning to justify the opening of the day care centre. Indeed, it is also easier and safer to test and stabilise the project of the clinic without the demanding day care programme, which can always be added later after the operation of the clinic has settled and proved viable. This strategy has turned out to be reasonable. **Hence, contrary to the original plan, the day care component was not included in the pilot stage and, accordingly, was not subjected to the testing of the ADDA activities.** Throughout the trial operation of the ADDA the work of its team was under regular intervision and external supervision in accordance with the applicable standards (Libra et al., 2012).

● 4 / 4 Hlavní výsledky hodnocení provozu

Předchozí paragrafy článku (4 / 1 až 4 / 3) obsahují kromě samotného popisu provozu také dílčí výsledky spojené s diskutovanými a popisovanými aspekty navrženého modelu provozu. V této části článku představujeme souhrn výsledků evaluace týkající se provozně technických a ekonomických aspektů (viz paragraf 2, cíl b a c) a rozdělili jsme ji do tří částí: (a) popis statistik pacientů pilotního programu, (b) technické hodnocení programu, (c) hodnocení týmové práce a personální stránky projektu, hodnocení ekonomických a provozních aspektů.

a) Popis statistik pacientů pilotního programu, hodnocení programu

Do diagnostické fáze trvající 2–4 měsíce reálně vstoupí přibližně 90 % pacientů z těch, kteří jakýmkoli způsobem kontaktují ADDA. Část pacientů (10 %) nedorazí na první sezení s terapeutem ani při opakovaně dohodnutých termínech a individuálním jednání a po první telefonické nebo e-mailové komunikaci se zcela odmlčí a nereagují ani na nabídku ani více nekontaktují personál zařízení. Posouzení každého případu je individuální a zahrnuje všechny dostupné nástroje v oborech adiktologie, psychiatrie, klinická psychologie a sociální práce (viz výše paragraf 4 / 3).

Z pacientů vstupujících do diagnostické fáze (100 %), tj. v průběhu pilotního projektu celkem 119 dětí se svými rodinami (*tabulka 2*), jich třetina předčasně vypadne z péče (viz dále), třetina projde úspěšně klinickým hodnocením, ale je referována do jiného adiktologického či psychiatrického zařízení nebo u ní není indikována dlouhodobá adiktolo-

● 4 / 4 Main results of the evaluation of the operation

In addition to the description of the operation of the facility, the previous sections (4 / 1 to 4 / 3) also present partial results concerning the aspects of the proposed model that are being discussed and described. This part of the paper summarises the results of evaluation which pertain to operational, technical, and economic aspects (see Section 2, Items b and c). We have broken it down into three subsections: (a) description of the statistics of patients in the pilot programme, (b) technical evaluation of the programme, and (c) evaluation of the project in terms of teamwork and staffing and evaluation of its economic and operational aspects.

a) Description of the statistics of patients in the pilot programme; evaluation of the programme

The 2–4-month assessment stage is effectively entered by approximately 90% of the patients, irrespective of the way in which they come into contact with the ADDA. Some patients (10%) do not appear for the first session with a therapist, even if the dates are repeatedly rearranged on an individual basis. After they are contacted again by phone or email, they fall silent, neither responding to further offers, nor contacting the staff of the facility any longer. Each case is assessed individually using all the instruments available to the fields of addictology, psychiatry, clinical psychology, and social work (see Section 4 / 3 above).

Out of the patients entering the assessment/diagnosis stage (100%), a total of 119 children and their families during the pilot project (*Table 2*), one third drop out (see below)

Tabulka 2

Celkový počet pacientů prošlých ambulancí v pilotním provozu

Fáze péče v ADDA	Počet dětí/rodičů	Pacienti VZP	Pacienti mimo VZP	Pacienti celkem
Dg. fáze:	46 dětí (61 rodičů)	18 pacientů	28 pacientů	107 pacientů
Terapeutická fáze:	25 dětí (38 rodičů)	20 pacientů	5 pacientů	63 pacientů
Ukončení:	38 dětí (54 rodičů)	14 pacientů	24 pacientů	92 pacientů
Celkem:	109 dětí (153 rodičů)	52 pacientů	57 pacientů	262 pacientů

Table 2

Total numbers of patients in contact with the outpatient clinic during its trial operation

ADDA stage of care	Number of children/parents	Patients covered by VZP	Patients not covered by VZP	Patients in total
Assessment/diagnosis stage:	46 children (61 parents)	18 patients	28 patients	107 patients
Treatment stage:	25 children (38 parents)	20 patients	5 patients	63 patients
Termination:	38 children (54 parents)	14 patients	24 patients	92 patients
Total:	109 children (153 parents)	52 patients	57 patients	262 patients

gická péče. Tito pacienti buďto nemají dostatečnou motivaci a podmínky pro zahájení dlouhodobé práce, nebo jsou vhodní pro jiný typ péče (pedagogicko-psychologická poradna, diagnostické ústavy, psychiatrická lůžková zařízení, jiná adiktologická zařízení atd.). Do **dlouhodobé péče (terapeutická fáze) se tedy dostane přibližně třetina pacientů** kontaktujících zařízení, tj. ti, kteří úspěšně dokončí diagnostickou fázi a mají dostatečnou motivaci a podmínky pro zahájení dlouhodobé terapeutické práce. **K předčasněmu vypadnutí z péče** dochází přibližně u 1/3 rodin. K přerušení dochází většinou mezi 1.–5. diagnosticko-terapeutickým setkáním.

Dětské pacienty ambulance v pilotní fázi je možné charakterizovat jako pacienty ve věku 12 až 19 let, u kterých ve 20 % je dominantním problémem alkohol, v 55 % nelegální drogy (konopí, pervitin atd.) a ve 25 % pak patologické hráčství nebo problémy s novými technologiemi. Velmi často se objevují závažné formy kombinované závislosti (10 % případů). Po dobu pilotní fáze provozu přetrvával výrazný zájem získat informaci než přijít osobně a bohužel přetrvávající silná obava ze stigmatizace. Rodiče se často obávají důsledků (problémů s úřady a školou atd.).

Statistika pacientů obsažená v *tabulce 2* nereprezentuje plné vytížení ambulance při počtu úvazků a pracovníků pilotní fáze. Ačkoli si je třeba uvědomit, že obsluha každé rodiny reprezentuje velký časový nárok nad rámec samotné poskytnuté zdravotní péče, není celkový počet pacientů ambulance standardně takto nízký. Do celkové výkonnosti se logicky promítá úvodní spuštění a schopnost ambulance oslovit cílovou skupinu přímo, stejně jako být lépe zasíťovaná v systému se standardním referováním pacientů z jiných zařízení. Právě zde se ukázalo, že i **přes proklamované množství pacientů v rámci analýzy potřeb (Miovský et al., 2014b) nebyl do služby referován reálně ani zlomek těchto potenciálních pacientů**. Nejrychleji se spolupráce a pravidelné referování pacientů podařilo s OSPOD. To může mít mnoho různých příčin a bude předmětem dalšího sledování a hodnocení. Reálná kapacita

and one third complete the clinical assessment process, but are referred to another addictological or psychiatric service, or are not indicated for long-term addictology treatment. These patients either do not have enough motivation and resources to begin long-term therapeutic work or are eligible for a different type of care (such as pedagogical and psychological counselling centres, institutions for juvenile delinquents and children with behavioural disorders, inpatient psychiatric facilities, or other addictology treatment services). **The long-term care (treatment stage) is thus entered by approximately one third of the patients** who contact the facility, i.e. those who successfully complete the assessment/diagnosis stage and are motivated and supported enough to engage in therapeutic work on a long-term basis. About one third of the families **drop out of the treatment**. Early termination generally occurs between the first and fifth assessment/treatment appointment.

Child patients of the outpatient clinic in the pilot stage can be characterised as individuals aged 12–19 whose predominant problems are alcohol (20%), illicit drugs (especially cannabis and methamphetamine) (55%), and pathological gambling or problems related to the new technologies (25%). Severe forms of multiple addictions are common (10% of the cases). During the trial operation of the facility a strong tendency to obtain information rather than come in person was observed. Unfortunately, deep concerns about stigmatisation are still common. Parents are often afraid of the consequences (such as problems with the authorities and at school).

The patient statistics provided in *Table 2* do not represent the full capacity of the clinic, given the number of FTEs and staff during the pilot phase. While it should be recognised that the service provided to each family consumes a considerable amount of time in excess of the actual healthcare, the total number of patients of the clinic would not be so low under regular circumstances. Logically, the total capacity reflects the start-up and ability of the clinic to address the target group directly, as well as being well networked within the system, which ensures that patients are routinely referred from other facilities. Significantly, it has been shown that **hardly even a fraction of the number of potential patients identified by the needs assessment study (Miovský et al., 2014b) was in fact referred to the service**.

The referral system and cooperation with the child protection authorities were the quickest to establish. This may be due to a number of reasons, which should be monitored and evaluated further. Given the current staffing structure, the real capacity of the ADDA corresponds to approximately double and triple the values indicated in *Table 2* for the diagnostic and treatment stages, respectively. By no means, however, should dramatically higher numbers be

ADDA za daného personálního nastavení se z hlediska terapeutické práce pohybuje okolo dvojnásobku a z hlediska diagnostické fáze okolo trojnásobku hodnot obsažených v *tabulce 2*. V žádném případě však nelze uvažovat o výrazně vyšších číslech, pokud se nemá tlak na výkonnost projevit v kvalitě péče jak z hlediska její struktury, tak obsahu a intenzity. Průběžným srovnáváním s požadavky Doporučených postupů (Gilvarry et al., 2016) je zřejmé, že **pokud má ambulance plnit svoji roli u takto náročné klientely s velmi vysokou sociální zátěží a výskytem problémů v rodině, není možné na ni uplatňovat kritéria výkonnosti běžné, např. psychiatrické, ambulance**. Terapeutický čas a obslužnost pacienta a nároky spojené s komunikací týmu a vnějšími institucemi zcela vylučují omezení kontaktu na drobné rady spojené s poskytováním farmakoterapie a neřešením výchovně-vzdělávacích, sociálních a právních témat. Pro zdárný a efektivní průběh terapeutického procesu je třeba souběžné pravidelné zajištění schůzek s case-managerem, účastí na dílčích komponentách terapeutického programu (individuálních, skupinových, zátěžové či nácvikové programy atd.), absolvování kontrolních vyšetření, schůzek s rodinou či rodinnou terapií atd. Bez stacionárních programů to reprezentuje více než 2 hodiny přímé práce týdně, na kterou navazují časové požadavky na case-managera spojené s koordinací péče a komunikací se zapojenými členy týmu podílejícími se na terapii dítěte a jeho rodiny. Tento nárok současně není příliš rozdílný jak v diagnostické, tak terapeutické části. Jak bylo zmíněno výše, **model víceprahové ambulance** tak, jak byl navržen v souladu s Doporučenými postupy (Gilvarry et al., 2016) a v duchu vývoje konceptu adiktologické ambulance, **lze považovat z pohledu hodnocení pilotní fáze za nosný a použitelný**. Podrobněji se jeho vývoji a úpravě věnujeme v jiném článku (Miovský, Šťastná & Popov, 2016).

b) Hodnocení týmové práce a personální stránky projektu

ADDA měla po dobu pilotního projektu zastoupeny všechny klíčové odbornosti a postupně se podařilo zajistit jejich řádné smluvní zajištění. Pro řádný chod ambulance je zcela klíčové, aby všechny odbornosti (*tabulka 3*) byly nejen reálně v týmu zastoupeny, ale měly skutečně smluvně ošetřeny všechny zdravotníky výkony sazebníku (pro pilotní projekt byla relevantní verze roku 2014, tj. Seznam zdravotních výkonů, 2014) a jakákoli odchylka od tohoto stavu vážně ohrožuje ekonomickou stránku fungování ambulance (viz dále paragraf 4 / 4c), neboť znamená faktickou nemožnost úhrady poskytnuté zdravotní péče některého ze členů týmu za některou z programových komponent v požadované frekvenci.

Dalším zásadním aspektem pilotního projektu z hlediska fungování týmu byla obrovská nejistota spojená s tím, co nastane po skončení pilotní fáze, tj. zda ambulance v pří-

considered, as this would impose pressure on performance which might affect the quality of the care in terms of its structure, content, and intensity. An ongoing comparison with the requirements of the Practice Standards (Gilvarry et al., 2016) suggests that **if the clinic is to fulfil its role in relation to such complex clients who face major social issues and problems in the family, it cannot be subjected to performance criteria such as those applied to a standard psychiatric outpatient facility**. The time needed to serve the patients and the demands related to the team's communication with external institutions make it completely impossible to reduce contact with patients to advice on the administration of pharmacological therapy and refrain from dealing with educational, social, and legal issues. Any successful and effective course of the therapeutic process requires parallel regular appointments with the case manager, participation in different components of the treatment programme (individual, group, and various training programmes), the completion of follow-up examinations, and appointments with the family or family therapy. Excluding day care programmes, this accounts for more than two hours of frontline work per week, with extra time demanded from the case manager for him or her to coordinate the care and communication with the team members involved in the therapy concerning the child and his or her family. Both the diagnostic and treatment components present the same level of demand in this respect. As noted above, the evaluation of the results of the pilot operation showed that the **model of a multithreshold outpatient clinic** designed in accordance with the Practice Standards (Gilvarry et al., 2016) and in line with the concept of an outpatient addiction treatment clinic **can be considered relevant and viable**. Its development and modifications are thoroughly covered in a separate article (Miovský, Šťastná, & Popov, 2016).

b) Evaluation of the project in terms of teamwork and staffing

The ADDA had engaged all the key specialisations for the period of the pilot project. They were also finally all covered in contractual terms. It is vital for the proper operation of the outpatient facility that in addition to having all these specialisations (*Table 3*) represented in the team, they should have all the indexed procedures and interventions they perform covered by relevant contracts (the 2014 version was relevant for the pilot project, i.e. Index of Health Procedures and Interventions, 2014). Any deviation from such a state poses a serious threat to the economy of the clinic (see Section 4 / 4c below), as it effectively prevents reimbursement for healthcare provided by a team member as part of a specific programme component at a frequency as needed.

Another fundamental aspect of the pilot project in terms of the efficient operation of its team was the great un-

Tabulka 3

Zastoupení odborností a jejich příslušných výkonů sazebníku (podrobněji viz přehled výkonů obsažený v Seznamu zdravotních výkonů, 2014)

Zdravotnické odbornosti	Výkony dané odborností potřebné pro ADDA dle Sazebníku (2014)
Odbornost 306: Dětská psychiatrie	Všechny zdravotní výkony této odbornosti (kapitola 306, str. 160)
Odbornost 919: Adiktologie	Všechny zdravotní výkony 3821–3826 (kapitola 919, str. 585)
Odbornost 901: Klinická psychologie	Všechny zdravotní výkony této odbornosti (kapitola 901, str. 568)
Odbornost 910: Psychoterapie	Všechny zdravotní výkony této odbornosti (kapitola 910, str. 575)

padě nepříznivých výsledků zanikne ev. bude transformována. To se logicky odráželo do chodu zařízení a atmosféry nejistoty po celou dobu pilotní fáze i do supervizí. V kombinaci s nízkým věkovým průměrem terapeutické části týmu (výjimku tvořila pouze sestra ambulance a dětská psychiatrická) se jednalo o značnou zátěž. Tu umocňoval fakt, že více než polovina celého týmu neměla předchozí intenzivní zkušenost s provozem ve velkém zdravotnickém zařízení a velmi obtížně se adaptovala na provozní a administrativní úskalí a pravidla. Významným rizikovým faktorem pilotní fáze se stalo také náhradní (dočasné) řešení vedení ambulance, pro které nebyly vytvořeny potřebné podmínky. Provoz byl v průběhu pilotního projektu přímo odborně veden přednostou kliniky, což vybočovalo z obvyklého nastavení řídicích procesů a křížilo je (např. výskytem nestandardních vazeb a směru nadřízenosti a podřízenosti na úrovni středního managementu kliniky). Současně se celková kapacita a dostupnost vedoucího oddělení v průběhu pilotní části ukázala jednoznačně jako nedostatečná a zásadně limitovala celý proces nastavování služby a proces vnitřní kontroly. Samozřejmě se negativně promítala také do nedostatečného společného komunikačního prostoru s jednotlivými členy týmu, jejich pevnějšího vedení, poskytování průběžných konzultací a intervizní podpory. Ačkoli byl velký prostor věnován pravidelným poradám (1krát týdně) a jejich rozdělení na provozní část (1 hodina) a klinickou část na případovou intervizi (1 hodina), ukázalo se, že potřeba společného času pro setkání týmu je výrazně vyšší a současně že je třeba zavést prvek dílčích setkání pouze některých členů týmu nad danou rodinou či pacientem a harmonizaci postupu a vzájemné informování. Zde se ukázaly velké limity právě v menší zkušenosti a potřebě větší struktury a vnitřní kontroly, mnoho z provozních a komunikačních komplikací mělo společného jmenovatele právě v této oblasti. Výše uvedené faktory se nutně promítaly do všech aspektů provozu po celou dobu pilotní fáze. Ačkoli supervizní podpora výrazně pomáhala některé situace zvládat a ošetřit, nebylo často možné dosáhnout odpovídajícího stavu a řešení

Table 3

Representation of specialisations and their respective procedures and interventions specified in the schedule of tariffs (for details see the inventory of procedures and interventions specified in the Index of Health Procedures and Interventions, 2014)

Health specialisations	Procedures and interventions pertaining to the specialisation needed for the ADDA according to the Schedule of Tariffs (2014)
Specialisation 306: child psychiatry	All the health procedures and interventions pertaining to this specialisation (Chapter 306, p. 160)
Specialisation 919: addictology	All the health procedures and interventions 38021-3826 (Chapter 919, p. 585)
Specialisation 901: clinical psychology	All the health procedures and interventions pertaining to this specialisation (Chapter 901, p. 568)
Specialisation 910: psychotherapy	All the health procedures and interventions pertaining to this specialisation (Chapter 910, p. 575)

certainty about what would happen after the trial phase was over, i.e. whether the clinic would be dissolved or transformed in the event of unfavourable results. This atmosphere of uncertainty naturally affected the operation of the facility, including the supervision process, throughout the trial stage. Given the low average age of the therapeutic section of the team, this was a major drawback. In addition, more than half of the entire team had no previous intensive experience of practising within a large healthcare institution and found it very difficult to adapt to its operational and administrative rules and deal with the pitfalls these might entail. Another major risk factor of the pilot stage turned out to be the idea of provisional (temporary) management of the clinic, which could not be executed effectively under the given conditions. During its trial operation, the facility was directly managed in professional terms by the head of the Department of Addictology, which was something that diverged from the usual design of management processes and made them collide (by, for example, giving rise to non-standard ties and relationships of superiority and inferiority at the level of the middle management of the department). Moreover, during the pilot stage the capacity and availability of the head of the unit proved completely insufficient and presented a major limitation on the processes of setting up the service and its internal control procedures. Inevitably, this had a negative influence on his communication with the individual members of the team, consistent leadership, and provision of ongoing consultations and supportive intervention. Although considerable emphasis was placed on regular (weekly) meetings and their division into an operating (one hour) and a clinical section and case intervention (one hour), it turned out that the

a rozpory v nastavení a očekávání podstatné části týmu se dramaticky rozcházel s možnostmi provozu a samotné existence uvnitř systému velké fakultní nemocnice. Samozřejmě včetně rozdílného finančního ohodnocení a také rozporů spojených s pravomocemi a kompetencemi nelékařského zdravotnického personálu a jeho celkové pozice v systému (což je aktuálně dobře viditelné na současném procesu naprostého nepochopení a de facto nesmyslného zásahu do vývoje vzdělávání zdravotních sester v ČR). Tyto rozpory eskalovaly v průběhu pilotní fáze do **extrémně vysoké fluktuaace pracovníků na pozici adiktologa**. Právě tento aspekt opakovaně ohrozil chod celé ambulance patrně nejvíce. Vazba na nutnost plného (maximálního) vzdělání adiktologa (tj. specializovaná způsobilost S4) zásadně redukovala možnosti výběru a dosažitelnosti rozumného počtu kandidátů s odpovídajícím vzděláním. To se pak logicky projevilo potížemi vůbec danou pozici obsadit a pracovníka na ní stabilizovat a zapracovat. Kromě samotného limitu v počtu osob se specializovanou způsobilostí se však také ukázalo být zásadní věkové kritérium a klinická a provozní nezkušenost. Je logické, že nová odbornost, nemající dlouhou historii vývoje a usazení v systému zdravotní péče a nedisponující zkušenými letitými praktiky, bude nutně při usazování do systému narážet na množství limitů a bariér a vlastní omezené schopnosti na tyto limity dostatečně kreativně, asertivně a přitom s velkou dávkou trpělivosti reagovat. Nízká frustrační tolerance, nezkušenost, vysoká očekávání spolu s nižší stresovou odolností pak způsobovaly po celou dobu pilotní fáze velké napětí v týmu eskalující do zmíněných opakovaných výměn zejména na pozici adiktologa. Tato zkušenost jednoznačně podporuje myšlenku **lepšího zajištění zázemí a přípravy pro jakékoli další spouštění podobných provozů a zejména pak věnování zvláštní pozornosti výběru pracovníků na pozici adiktologa s upřednostněním jedinců vybavených nejen odborně, ale také osobnostně** pro takto náročnou pozici u profese bez prozatím jasně nastavených a zachozených pravidel v systému zdravotnictví.

c) Hodnocení ekonomických a provozních aspektů

Pilotní projekt ADDA byl provozně finančně zajištěn prostřednictvím smlouvy s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou (VZP) proplácející pojištění VZP prostřednictvím zdravotních výkonů (viz také *tabulka 3*). Dále pak KAD pro potřeby rozběhu ADDA obdržela grant pro věcné vybavení ambulance a její propagaci, získaný prostřednictvím Magistrátu hlavního města Prahy. Po skončení pilotního projektu se podařilo zajistit pravidelnou podporu ambulance nejen ze zdroje hl. města Prahy, ale také z grantu Ministerstva zdravotnictví z programu Protidrogové politiky resortu. Nicméně po dobu trvání pilotního projektu měla ambulance provozně k dispozici pouze příjmy z veřejného zdravotního pojištění, byla podpořena v této fázi ze strany VFN

team needed to spend much more time together at these meetings, including the introduction of an element of only some members of the team meeting up to discuss a specific family or patient, harmonise the course of treatment, and exchange information. The lack of experience and the insufficient structure and internal control were the major limitations in this respect. They seemed to be the common denominator of many of the operational and communication shortcomings. The above factors were inevitably reflected in all the aspects of the operation throughout the trial stage. While the supervisory support was of great help in dealing with some of the situations, it was often impossible to come to the desired solution. The mindset and expectations of a major part of the team were often in dramatic contradiction of the resources of the facility and the reality of its existence within the system of a large university hospital. These controversies included differences in financial remuneration and disagreements associated with the powers and competences of non-medical health professionals and their position in the system in general (which is currently well reflected in the total misunderstanding of the development of the system of education of nurses in the Czech Republic and the effectively senseless intervention in its process). During the pilot stage, the escalation of these contradictions was marked by an **extremely high rate of turnover of staff members in the position of an addictologist**.

It was this aspect that posed the greatest threat to the operation of the clinic on repeated occasions. The requirement for the full (maximum level) training of an addictologist (i.e. specialist qualification S4) dramatically reduced the choice and achievability of a reasonable number of candidates with appropriate education. This logically led to difficulties in finding somebody for this position and having them settled and adjusted to their working tasks. In addition to the limit represented by the number of individuals with the relevant specialist qualification, the requirements concerning age and clinical and work experience proved to be a crucial issue. Understandably, a new specialisation with a short history of development and a solid position within the system of healthcare which cannot rely on a body of practitioners with long-term work experience will inevitably face a number of limits and barriers in finding a firm footing within the system, including their own limited ability to be creative, assertive, and patient enough to respond to these challenges. Low levels of frustration tolerance, inexperience, and high expectations in combination with a lower level of resistance to stress resulted in great tension among the team throughout the pilot stage, which proceeded to escalate into frequent changes in working positions, especially those of an addictologist. This experience evidently leads to the conclusion that **before any such facility is opened, its operation must be well prepared and pro-**

a nedisponovala dalšími grantovými prostředky, které by pomohly řešit nezdravotnickou část a pojištění mimo VZP. Po dobu trvání pilotního projektu nebyla smluvně zajištěna účast jiné zdravotní pojišťovny. To zásadně limitovalo ekonomickou situaci a ukázalo se, že **pro zdárný chod ambulance je zcela zásadní zasloužení provozu se všemi velkými zdravotními pojišťovnami**. Bez toho je provoz ADDA prakticky nemožný a praxe ukázala, že většina pacientů ADDA byli pojištěnci jiných zdravotních pojišťoven než VZP – jen po dobu trvání pilotního projektu ze 109 dětských pacientů bylo pouze 52 pojištěnců VZP (viz *tabulka 2*). U rodičů je situace lepší, ale nikoli o mnoho a výpadek z příjmů v případě neuzavřených smluv je naprosto zásadní vzhledem k sociální situaci většiny rodin a nemožnosti řešit úhradu péče např. jako samoplátci.

Zásadním ekonomickým limitem průběhu pilotního projektu však nebyla pouze neexistence smluv se zbývajících klíčovými zdravotními pojišťovnami a malý počet pojištěnců VZP. Ukázalo se, že ADDA nemůže ekonomicky ani klinicky být vystavěna pouze na dětských pacientech. Zásadním problémem je to, že drtivá většina rodin přicházela v situaci, kdy péči vyžadoval také některý z dospělých, tedy rodičů. Kromě problému zajištění rodinné terapie (v indikovaných případech odesílání do Střediska psychoterapie a rodinné terapie KAD) jde i o podpůrnou práci s rodinou. To pak současně ještě výrazněji gradovalo v oblasti zajištění chodu a podmínek terapie a nutnosti opakovaného kontraktování a nastavování podmínek a pravidel. Jedná se o systémový problém, který je řešitelný z jedné části možností vykazovat práci přes adiktologický výkon práce s rodinou, ale neřeší se tím ekonomicky celý problém. Podstatná část rodičů vyžadovala další péči, kterou nebylo možné v rámci ambulance účtovat a standardně zajišťovat, a celý model tím dostal novou podobu právě v této komponentě. Z hlediska statistiky pacientů šlo o celkem 153 osob (viz *tabulka 2*), které prakticky nebylo možné nastaveným způsobem řádně účtovat a hradit z prostředků zdravotních pojišťoven. Na jednoho dětského pacienta tak připadá téměř 1,5 dospělého pacienta, a ačkoli dospělí pacienti (rodiče a blízcí) nevyžadovali tak intenzivní práci, je nutné toto téma systémově řešit. Po jednoduchých výpočtech daných počtem sezení a výkonů **odhadujeme, že péče o dospělé příslušníky rodin představuje a bude představovat v chodu ADDA 35–45 % celkového objemu poskytované péče**, což je výrazně více, než byl původní předpoklad. Velkým limitem je přitom fakt, že část poskytnuté péče nespadá pod možnost účtovat v rámci zdravotního pojištění a nejedná se o zdravotní výkony. **Odhadujeme, že přes 30 % péče o dospělé pacienty není zdravotní péčí, ale sociální podporou a prací**, a nelze ji tak logicky účtovat do úhrad ze zdravotního pojištění. Do celkového ekonomického a provozního obrazu je třeba započítat též fakt, že nejen kvůli malé motivaci, problémovému zázemí a ekonomické situaci,

vided with sufficient support. In particular, special attention should be focused on the recruitment of staff to work as addictologists, with preference being given to individuals who possess both the necessary professional and personality qualities to assume such a demanding position, which, moreover, cannot yet rely on clear and well-established rules in the system of healthcare.

c) Evaluation of economic and operational aspects

In financial terms, the operation of the ADDA pilot project was secured by means of a contract with the General Health Insurance Company (VZP), which reimburses the healthcare-related costs incurred by its clients on the basis of health procedures and interventions (see also *Table 3*). In addition, the Department of Addictology received a grant from the Prague City Hall for the launch of the ADDA, specifically to procure physical equipment for the clinic and promote its services. After the pilot project was completed, the department managed to secure regular support for the clinic from the resources available to the Prague City Hall and from a grant of the Ministry of Health pertaining to the drug policy programme of the ministry. During the trial phase, nevertheless, the operation of the clinic was covered by income from the public health insurance scheme and the support from the general University Hospital only. It was not provided with any other grant resources that could help in funding the non-healthcare-specific segment and those patients covered by health insurers other than VZP. No other health insurer was contracted to participate during the pilot project. This had serious economic implications for the facility. It became obvious that the **successful operation of the clinic requires it to enter into contracts with all the major health insurance companies**. The absence of such arrangements makes the operation of the ADDA virtually impossible, as the practice showed that the majority of the patients of the ADDA were clients of health insurers other than VZP: during the trial phase only 52 out of 109 child patients had been insured by VZP (see *Table 2*) While the situation is slightly better in the case of parents, any loss of income because of the absence of contractual relationships is particularly hard felt, given the social circumstances of the majority of the families, which make it impossible for them to cover the cost of care as self-payers, for example.

However, the absence of contracts with other major health insurers and the small number of clients of the VZP were not the critical economic limitations of the operation of the pilot project. It was shown that the ADDA cannot rely only on paediatric patients, either economically or clinically. The crucial problem was that the vast majority of the families were referred to the facility at a point where some of the adults, i.e. parents, were also in need of care. In addition to providing family therapy (on the basis of referral to the Centre for Psychotherapy and Family Therapy of the Department of Addictology), this also involves supportive work with the fam-

ale také např. kvůli duálním diagnózám (jako je syndrom ADHD atd.) **trpí provoz opakovanými a v celkovém součtu vysokými počty objednaných návštěv**, kdy pacient nedorazí nebo dorazí jindy, v jiném čase a nelze se mu věnovat mimo objednaný termín vzhledem k aktuálně probíhající práci s jinými pacienty. Postupně se zlepšující ekonomická situace ADDA ukázala, že velká část problémů je řešitelná pečlivým vykazováním a návazností výkonů v poskytované péči (lepší koordinace a plánování) a především nejhodnějším řešením, ke kterému Klinika adiktologie přistoupila po pilotním projektu, tedy **spojením dospělých a dětské ambulance adiktologie dohromady do jednoho provozu**. Řeší se tím většina problémů popsaných výše a tato cesta vyžaduje pouze nasmlouvat plnou škálu výkonů také pro dospělé, což je ale redukováno v zásadě pouze na doplnění odbornosti 305 Psychiatrie, neboť ostatní 3 odbornosti (viz *tabulka 3*) nemají věkově omezené výkony, a tedy není třeba úprav ve smlouvách. To je klíčové zjištění jak ekonomické, tak klinické, neboť je zřejmé, že tým musí být složen tak, aby dokázal zajistit jak část dětskou a dorostovou, tak část dospělou.

Pokud jde o vnější komunikaci, podařilo se během velmi krátké doby vytvořit velmi dobré propojení a spolupráci. Zcela vzorně se tento krok zdařil s OSPOD, ale postupně se kultivuje propojení a komunikace také s jinými zdravotnickými provozy (Dětský detox atd.) a také se školskými zařízeními (diagnostické ústavy atd.). Potvrdilo se, že ADDA je plně kompatibilní nejen v rámci vnitřního systému Kliniky adiktologie a VFN, ale že velmi dobře zapadá do spektra služeb v Praze a okolí, a naplnil se předpoklad, že takto designovaná služba skutečně reaguje na reálnou poptávku, vyplňuje prázdné místo v oblasti zdravotní péče o tuto věkovou skupinu a dobře navazuje na poradenské a nízkoprahové provozy.

ily. These considerations had a significant bearing on the overall operation and the adjustment of the therapeutic framework, including the periodical reviews of contracts and adjustment of conditions and rules. While the work with the family can be accounted for as an addictological intervention, such an approach does not provide a systemic solution to the economic issue. A significant proportion of the parents required follow-up care, which could not be charged as eligible claims of the clinic and provided on a standard basis. This changed the perspective of the entire model with regard to this component. In statistical terms, this concerned a total of 153 patients (see *Table 2*) who could not be effectively charged for using the standard system of coverage provided by health insurers. There are thus almost 1.5 adult patients to one child patient, and although the adult patients (parents and other relatives) required work of less intensity, a systemic approach must be adopted to address this issue. Using simple calculations based on the numbers of sessions and interventions, **we estimate that care for the adult family members accounts and will continue to account for about 35–45% of the overall volume of the services provided by the ADDA**. Such a percentage far exceeds the original assumptions. Importantly, a major limiting factor in this respect is that some of the care provided cannot be invoiced under the health insurance scheme and does not involve healthcare-specific procedures and interventions. **Our estimates suggest that over 30% of the services provided to adult patients come under the categories of social support and social work rather than healthcare**. By definition, therefore, they cannot be included in reimbursements provided from health insurance. The general economic and operational perspective of the facility should also take account of the **issue of the high number of appointments, often repeatedly rearranged**, where patients fail to show up or come at a different time and cannot be served outside the hours reserved for their appointment, as the staff are busy working with other patients. This is due to patients' low motivation and their poor social and economic circumstances, as well as dual diagnoses (such as the ADHD syndrome). The continuous improvement in the economic situation of the ADDA showed that many of the problems can be tackled by careful reporting and better sequencing of the interventions comprising the care (better coordination and planning). However, the best solution in this respect was to **merge the outpatient addiction treatment clinics for adults and children into a single facility**, a step taken by the Department of Addictology following the pilot project. While addressing the majority of the problems described above, all this approach requires is to provide for the full scale of procedures and interventions applicable to adults in the relevant contracts. This practically involves adding only specialisation 305, Psychiatry, as the remaining three specialisations (see *Table 3*) are not associated with any age-limited procedures and interventions and thus require no

● 5 ZÁVĚR

Provedená pilotní studie na Klinice adiktologie 1. LF UK a VFN ověřila prostřednictvím kvalitativní evaluace procesu koncept ambulance v současných podmínkách plného základního provozu v kontextu velké fakultní nemocnice (VFN) v podobě samostatného oddělení Kliniky pod názvem *Ambulance dětské a dorostové adiktologie*. Toto řešení – jako reakce na výsledek rozsáhlé provedené analýzy potřeb v Praze a ve Středočeském kraji – nabídlo díky existujícím podmínkám na KAD ekonomicky šetrnou adaptaci a ověření programu kombinujícího původní provoz s novými požadavky a prvky modifikovaného pojetí moderní adiktologické ambulance. Umožnilo tak zahájení diskuse o budoucí možné podobě tzv. krajských specializovaných center dětské a dorostové adiktologické ambulanci péče v ČR. Testovací období bylo zahájeno 1. 9. 2014 a trvalo až do 30. 6. 2015 (vyhodnocení výsledků pro tuto zprávu zahrnuje pouze období – k tomuto datu byly zpracovány přehledy a výsledky publikované v tomto článku a navazujícím článku (Miovský, Šťastná & Popov, 2016), kde se věnujeme úpravě celého modelu péče a jeho další budoucnosti právě s ohledem na potenciální rozvoj celého segmentu adiktologické péče a vybudování sítě krajských specializovaných center. Zvažovaná alternativa reprezentuje do budoucna nejen velice zajímavé ekonomické řešení z pohledu dostupnosti kvalitní specializované péče pro dětské adiktologické pacienty, ale také velmi slibný a perspektivní směr pro klinicko-adiktologický výzkum a logicky také průmět do výuky a klinické přípravy zdravotníků i nezdravotnického personálu. Provoz nemá žádné výrazné požadavky reprezentující vysoké investiční náklady do prostorových dispozic ani přístrojů a nástrojů. Současně je personálně a provozně srovnatelný s jinými typy ambulanci adiktologických provozů. Reprezentuje tak také zajímavé téma spojené s dalším vývojem celého systému adiktologické péče a jejího pevnějšího ukotvení do širšího systému zdravotní péče v ČR a poukazuje na slabá místa současného systému, kdy právě zdravotní složka (a nejde zdaleka pouze o zajištění dětské psychiatrické péče) není často u existujících provozů zajištěna a není ve velké většině regionů pro tuto klientelu dostupná. **Je zřejmé, že ani případný další úspěšný vývoj dětských adiktologických center na úrovni krajů nepředstavuje žádnou dramatickou hrozbu nebo nečekaný nárůst nákladů pro zdravotní pojišťovny**, neboť již pilotní projekt jasně potvrzuje, že děti vyžadující takto specializovanou péči není naštěstí ani v hustěji zalidněných oblastech takové množství, které by vyžadovalo a naznačovalo potřebnost hustší sítě, než je právě úroveň krajských měst. Naopak je zřejmé, že pečlivou diagnostikou a systémovým přístupem je možné jasně oddělit děti mající problémy spíše výchovného rázu a problémy v rodině a sociální obtíže, které je možné referovat do příslušných, již dnes existujících služeb a které nejsou indikovány pro takto specializovanou péči.

amendments to the existing contracts. This is the key finding in both economic and clinical terms, as it implies that the team must be composed in such a way as to cover the services intended for children and adolescents and adults at the same time.

As regards external communication, very good links and cooperation were established within a short period of time. Excellent networking has been built with the child protection authorities, but links and communication with other healthcare facilities (e.g. the child detox unit) and educational institutions (such as those for juvenile delinquents and children with behavioural disorders) have been established and maintained. It was demonstrated that the ADDA is fully compatible with the internal systems of the Department of Addictology and the General University Hospital, as well as fitting well with the range of services available in Prague and its surroundings. It confirmed the assumption that this design of a service truly responds to the current demand and fills the gap in healthcare with respect to this age, as well as representing a good follow-up service for counselling and low-threshold centres.

● 5 CONCLUSION

Using a qualitative process evaluation, the pilot study carried out at the Department of Addictology tested the concept of an outpatient addiction treatment clinic for children and adolescents as an independent unit of the department providing the full range of basic services within the operation of a large university hospital (VFN). It responded to the results of an extensive needs assessment study conducted in Prague and the Central Bohemia region. Thanks to the existing conditions at the Department of Addictology, this solution represented the economical adaptation and testing of a programme which combines the standard provision of services with new requirements and elements of a modified approach to a modern outpatient addictological facility. It made it possible to open a discussion about the prospects of “specialised regional centres for outpatient addictological care of children and adolescents” in the Czech Republic. The trial period started on 1 September 2014 and ran until 30 June 2015. The statistics and results published in this and the related article apply to this period only. The other article (Miovský, Šťastná, & Popov, 2016) deals with the modification of the entire model of care and its future with respect to the potential development of this segment of addictological care and the building of a network of specialised regional centres. For the future, such a prospective alternative represents a very promising economic solution in terms of the availability of high-quality specialised paediatric addiction treatment services, as well as opening new horizons for clinical addictology-specific research. Logically, it will also be reflected in the education and clinical training of health professionals and other staff members. The clinic

Zvláštní poděkování pracovníkům ambulance

Autoři studie děkují pracovníkům ambulance, kteří v různých etapách jejího pilotního projektu v jejím provozu pracovali nebo se podíleli na jejím zajištění či jinak pomáhali s přípravami a průběhem projektu: Zdenka Hlavatá, Lenka Šťastná, Lenka Vavrinčiková, Michaela Namyslovová, Martina Školníková, Jana Horáčková, Lenka Richterová, Stanislav Kunc, Pavla Hellerová, Richard Braun.

Zvláštní poděkování partnerům a podporovatelům pilotního projektu

Děkujeme za morální i finanční podporu a umožnění realizace mapování potřeb a pilotního projektu ambulance Magistrátu hlavního města Prahy, Ministerstvu zdravotnictví ČR a Všeobecné zdravotní pojišťovně. Velké poděkování pak patří vedení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, které projekt podpořilo a pomohlo jeho realizaci vytvořením potřebného zázemí a podmínek.

Role autorů: M. Miovský: analýza dokumentů, sběr dat, analýza dat, psaní textu, vedení autorského kolektivu. Petr Popov: analýza dokumentů, analýza kvalitativních dat, psaní textu.

Konflikt zájmů: Bez konfliktu zájmů.

imposes no special demands involving major investments into premises and equipment or instrumentation. In addition, its requirements for operational and human resources make it comparable with other types of outpatient addiction treatment facilities. It should also be considered in the light of the discussion about the future development of the entire system of addictological care and its more solid grounding within the broader system of healthcare in the Czech Republic, as it points out certain weaknesses in the current system. One of them is the health segment (and we are not referring to child psychiatry only) often being lacking in the existing facilities and thus unavailable to children and adolescents in a great majority of regions. **It is apparent that even if addictological centres for children experienced successful development on the regional level in the future, it would pose no major threat or unexpected growth in costs to health insurers.** The pilot programme provided enough evidence that, luckily, even in densely populated areas, there are not so many children in need of such specialised services to suggest that any coverage than that at the level of regional capitals is required. On the contrary, it appears that thorough assessment and a systemic approach can be effective in setting apart children who are not indicated for such specialised care but whose problems are rather associated with behavioural, family, and social issues and can thus be referred to relevant dedicated services.

Acknowledgements

The authors of the study would like to express their special thanks to the staff of the outpatient clinic who worked there at various stages of the pilot testing project or were involved in its operation and helped with the preparation or the implementation of the project. They were Zdenka Hlavatá, Lenka Šťastná, Lenka Vavrinčiková, Michaela Namyslovová, Martina Školníková, Jana Horáčková, Lenka Richterová, Stanislav Kunc, Pavla Hellerová, and Richard Braun.

The authors would also like to thank the Prague City Hall, the Ministry of Health of the Czech Republic, and the Czech General Health Insurance Company (VZP) for their moral and financial support and for making it possible to conduct the needs assessment and pursue the outpatient clinic pilot project. Last but not least, many thanks go to the management of the General University Hospital in Prague for supporting the project and providing the resources and conditions necessary for its implementation.

Role of the authors: M. Miovský: Content analysis of documents, data collection, qualitative analysis, writing. Petr Popov: Content analysis of documents, qualitative analysis, writing.

Declaration of interest: No conflict of interests.

LITERATURA / REFERENCES

- Dieterich, M., Irving, C. B., Park, B. & Marshall, M. (2010). Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (10): CD007906.
- Gilvarry, E. et al. (2016). *Doporučené postupy pro práci s mladými lidmi s problémy souvisejícími s užíváním návykových látek*. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze/Královská akademie všeobecných lékařů, UK.
- Koranda, M. (2016). Dětské a dorostové detoxikační centrum (DaDDC). *Adiktologie*, 16(4), 342–351.
- Libra, J. (2003). „Drogová agentura“ jako možný model specifického lokálního programu. *Adiktologie*, 3(1), 70–79.
- Libra J. et al. (2012). *Inovované Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby (Standardy služeb pro uživatele drog, závislé a patologické hráče)*. Verze 2.4: Po připomínkách resortů MPSV, MZ, září 2012.
- Libra, J. (2006). *Case management v kontextu nízkoprahových služeb pro uživatele drog*. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN, Univerzita Karlova.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, a. s.
- Miovský, M., Popov, P. (2016a). Dětská a dorostová adiktologie na prahu emancipace? [Child and Adolescent Addictology on the Threshold of Emancipation?] Editorial. *Adiktologie*, 16(4), 272–279.
- Miovský, M. & Miovská, L. (2004). Evaluace programů prevence užívání návykových látek v ČR: základní východiska a aplikační možnosti. *Adiktologie*, 4 (3), 288–305.
- Miovský, M., Šťastná, L., Školníková, M., Čablová, L. & Miklíková, S. (2013). *Analýza potřeb dětí a mladistvých z hlediska užívání návykových látek a souvisejícího rizikového chování v kontextu institucionální sítě služeb na území hl. města Prahy a Středočeského kraje – Závěrečná zpráva z výzkumu*. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze.
- Miovský, M. (2014). *Přehled koncepčních dokumentů oboru adiktologie*. Praha: KAD 1. LF UK a VFN. Účelová publikace v rámci projektu NETAD.
- Miovsky, M., Kalina, K. & Libra, J. (2014a). Education in Addictology in the Czech Republic: the scope and role of the proposed system. *Adiktologie* 14(3), 310–328.
- Miovský, M., Čablová, L., Šťastná, L., Školníková, M., Miklíková, S. (2014b). Analýza potřeb dětí a mladistvých z hlediska užívání návykových látek a souvisejícího rizikového chování v kontextu institucionální sítě služeb na území hl. města Prahy a Středočeského kraje. *Adiktologie*, 14(1), 10–21.
- Miovsky, M., Gabrhelík, R., Libra, J., Popov, P., Pavlovská, A., Kalina, K., Miller, P. M. & Grund, J.-P. C. (2016a). The Prague comprehensive model of academic Addictology (Addiction science education). *Adiktologie*, 16(1), 36–49.
- Miovský, M. et al. (2014b). *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice*. Praha: KAD 1. LF UK a VFN. Verze 4.7. schválená výbory ČAA a SNN ČLS JEP. Dostupné na www.adiktologie.cz v rubrice Obor adiktologie.
- Miovský, M., Šťastná, L. & Popov, P. (2016). Model struktury programu a činnosti ambulance dětské a dorostové adiktologie. *Adiktologie*, 16(4), 330–341.
- Mirza, K.A.H. & Mirza, S. (2008). Adolescent substance misuse. *Psychiatry*, 7, 357–362.
- NHS National Treatment Agency for Substance Misuse. (2007a). *Assessing young people for substance misuse*. Available at www.nta.nhs.uk.
- NHS National Treatment Agency for Substance Misuse. (2007b). *The Role of CAMHS and addiction psychiatry in adolescent substance misuse services* (Eds Mirza, McArdle, Crome, Gilvarry). Available at www.nta.nhs.uk/uploads/yp_camhs280508.pdf.
- NHS National Treatment Agency for Substance Misuse. (2009a). *Exploring the evidence*. Available at www.nta.nhs.uk.
- NHS National Treatment Agency for Substance Misuse. (2009b). *Guidance for pharmacological management of substance misuse among young people*. Available at www.nta.nhs.uk.
- NICE Public Health Guidance 4. (2007). *Community-based interventions to reduce substance misuse among vulnerable and disadvantaged children and young people*. Available at www.nice.org.uk/nicemedia/live/11379/31939/31939.pdf.
- Pinto R., Campbell A., Hien D., Yu G. & Gorochurn, P. (2011). Retention in the National Institute on Drug Abuse Clinical Trials network Women and Trauma study: implications for post trial implementation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81, 211–207.
- Raboch, J., Andrs, M., Hellerová, P., Uhlíková, P. (Eds.). (2010). *Psychiatrie: Doporučené postupy psychiatrické péče III*. Praha: Psychiatrická společnost. P. 53–110.
- RVKPP (2011). *Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. (2014). Olomouc: EZ centrum.
- Thurstone, C., Riggs, P. D., Salomonsen- Sautel S. & Mikulich-Gilbertson S. K. (2010). Randomized, controlled trial of atomoxetine for attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescents with substance use disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(6), 573–582.
- Vanderplasschen, W., Rapp, R. C., Wolf, J. R. & Broekaert, E. (2004). The Development and implementation of case management for substance use disorders in North America and Europe. *Psychiatric Services*, 55(8), 913–922.
- Vanderplasschen, W., Wolf, J., Rapp, R. C. & Hesse, M. (2007). Case management pro uživatele drog: Všeleěk nebo naěstroj propojování? *Adiktologie*, 7(4), 427–442.
- Vanderplasschen, W. (2010). *Provádění a hodnocení case managementu pro uživatele látek s komplexními a mnohočetnými problémy*. Praha: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a TOGGA.
- WHO (2000a). *Evaluace léčby poruch způsobených užíváním psychoaktivních látek: rámcový sešit. Překlad metodiky*. Geneve: WHO/UNDCP/EMCDDA.
- WHO (2000b). *Mezinárodně platné pokyny k evaluaci služeb a systémů zaměřených na léčbu poruch způsobených užíváním psychoaktivních látek. Překlad metodiky*. Geneve: WHO/UNDCP/EMCDDA.
- WHO (2000c). *Evaluace léčby poruch způsobených užíváním psychoaktivních látek: plánování evaluací. Překlad metodiky*. Geneve: WHO/UNDCP/EMCDDA.
- WHO (2000d). *Evaluace léčby poruch způsobených užíváním psychoaktivních látek: provádění evaluací. Překlad metodiky*. Geneve: WHO/UNDCP/EMCDDA.
- WHO (2000e). *Evaluace léčby poruch způsobených užíváním psychoaktivních látek: evaluace procesu. Překlad metodiky*. Geneve: WHO/UNDCP/EMCDDA.
- Winters, K. & Kaminer, Y. (2011). Adolescent behavioral change. In: Kaminer Y. & Winters K. (2011) *Clinical Manual of Adolescent Substance Abuse Treatment*. London: American Psychiatric Publishing.