

Outpatient Addiction Treatment Clinic for Children and Adolescents: Programme and Activity Structure Model



MIOVSKÝ, M., ŠTASTNÁ, L., POPOV, P.

Department of Addictology, First Faculty of Medicine, Charles University and General University Hospital in Prague, Czech Republic

Citation: Miovský, M., Štastná, L., Popov, P. (2016). Model struktury programu a činnosti ambulance dětské a dorostové adiktologie. *Adiktologie*, 16(4), 330–341.

SUMMARY: *In view of the development of the epidemiological situation in substance use among children and adolescents and the results of needs assessment studies, the management of the Department of Addictology, First Faculty of Medicine, Charles University, and General University Hospital in Prague, resolved to propose a design of an outpatient addiction treatment clinic for children and adolescents. A draft model of the care to be provided by this healthcare facility was also developed for this purpose. The plan was subsequently endorsed by the management of the General University Hospital and also received support from the General Health Insurance Company and the Prague City Hall. These circumstances made it possible to test the outpatient facility on the basis of a pilot project run from 1 September 2014 to 31 June 2015. The evaluation of this trial stage included the revision of the provisional model and structure of the facility described in this paper. It involves an outpatient programme featuring two core segments: (1) intake assessment/diagnosis, screening, and motivational work followed by (2) the treatment and rehabilitation services provided by the outpatient clinic. The partial components of the programme represent the wide-ranging scope of outpatient interventions. The facility builds on a long tradition of the development of health services which dates back to 1957, when Jan Mečř founded the first specialised centre of this kind in our country. It was shown that the modified treatment model seems to be feasible and useful for this domain 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.*

KEY WORDS: OUTPATIENT CLINIC – ADDICTOLOGY – CHILDREN AND ADOLESCENTS – SERVICE POLICY – STRUCTURE – MODEL

Submitted: 15 / OCTOBER / 2016

Accepted: 25 / NOVEMBER / 2016

Grant support: This paper was made possible by institutional support received as part of the PRVOUK-P03/LF1/9 programme, support from the General Health Insurance Company for the pilot project conducted in 2014–2015 (General University Hospital), and support from a project of the Prague City Hall.

Address for correspondence: Prof. Michal Miovský, PhD. / mmiovsky@adiktologie.cz / Department of Addictology, First Faculty of Medicine, Charles University, and General University Hospital in Prague, Apolinářská 4, 128 00 Prague 2, Czech Republic

Model struktury programu a činnosti ambulance dětské a dorostové adiktologie



MIOVSKÝ, M., ŠTASTNÁ, L., POPOV, P.

Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze

Citace: Miovský, M., Štastná, L., Popov, P. (2016). Model struktury programu a činnosti ambulance dětské a dorostové adiktologie. *Adiktologie*, 16(4), 330–341.

SOUHRN: V návaznosti na vývoj epidemiologické situace v oblasti užívání návykových látek u dětí a mládeže a provedených analýz potřeb byl vedením Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze formulován záměr vytvořit koncept ambulance dětské a dorostové adiktologie. Za tímto účelem vznikl také pracovní návrh modelu péče v tomto zdravotnickém provozu. Záměr byl následně schválen vedením VFN a získal podporu ze strany VZP a Magistrátu hl. města Prahy. Díky tomu byl v období od 1. 9. 2014 do 31. 6. 2015 spuštěn pilotní projekt ověřování ambulatního provozu. Součástí vyhodnocení této pilotní fáze byla také revize navrženého modelu a struktury provozu, který v textu představujeme. Jedná se o ambulantní program postavený na dvou pilířích: (1) vstupní diagnostika/diagnostický filtr/motivační práce a následně (2) léčebná a rehabilitační péče poskytovaná ambulancí. Dílčí komponenty programu reprezentují komplexní šíři ambulantních intervencí. Provoz navazuje na dlouhou tradici vývoje zdravotních služeb od roku 1957, kdy Jan Mečíř založil první specializované zařízení tohoto druhu u nás. Modifikovaný model péče se ukázal být použitelný a nosný pro segment ambulantní adiktologické péče a ukázal možnosti spojené s jeho praktickou aplikací, včetně nosného prvku v podobě řízení péče prostřednictvím případového řízení (case managementu).

KLÍČOVÁ SLOVA: AMBULACE – ADIKTOLOGIE – DĚTI A DOROST – KONCEPCE PÉČE – STRUKTURA – MODEL

Došlo do redakce: 15 / ŘÍJEN / 2016

Přijato k tisku: 25 / LISTOPAD / 2016

Grantová podpora: Článek byl vytvořen v rámci institucionální podpory v programu PRVOUK-P03/LF1/9, podpory pilotního projektu VZP v letech 2014–2015 (VFN) a podpory projektu Magistrátu hlavního města Prahy.

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

● 1 DĚTI A MLADISTVÍ V ADIKTOLOGICKÉM KONTEXTU

Rychle se měnící porevoluční situace vedla opakovaně k reflexím situace a kontextu života dětí a dospívajících v naší zemi. Zajímavá je např. systematická reflexe tématu kvality života dětí a dospívajících dávající tématu širší rámec (Mareš et al., 2006, 2007). Je zřejmé, že samotné dětství a dospívání, respektive přechod do dospělosti, reprezentují z hlediska užívání návykových látek rizikové období, tedy že v zásadě již jen samotná příslušnost do této věkové skupiny je spojena s vyšším rizikem kontaktu s návykovými látkami. Vytvořili jsme a zavedli v posledních dekádách velmi sofistikované monitorovací systémy sledující výskyt a rozsah užívání v této populaci. Klíčovými se staly dlouhodobé studie ESPAD (the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) a HBSC (the Health Behavior in School-aged Children). Národní monitorovací středisko pro drogy a drogovou závislost (dále též NMS) každý rok zveřejňuje výroční zprávy¹, kde tato oblast tvoří samostatnou kapitolu. Postupný rozvoj a budování preventivních programů a intervencí v České republice (Miovský, 2015; Miovský & Gabrhelík, 2015) pak následně vedl k facilitaci diskuse o průniku mezi programy všeobecné prevence, prevence selektivní (rizikové skupiny) a prevence indikované (rizikovní jednotlivci). Právě téma rizikových skupin a rizikových jednotlivců je zásadní i z hlediska tématu případné dostupnosti léčebných intervenčních programů v případě, že je to třeba, tedy v případě, kdy situace již není řešitelná na úrovni preventivních intervencí a preventivních pracovníků. Mimochodem, ačkoli existují pracoviště a týmy se systematickým zájmem o rizikové skupiny mládeže v populaci (viz např. Truhlářová, Smutek et al., 2006), přesto např. výzkumný a klinický zájem o jednu z nejrizikovějších skupin, tedy dětí v ústavní výchově a péči a náhradní péči, je stále nedostatečný. Přitom jde o nesmírně tematicky bohatou oblast jak teoreticky, tak intervenčně (např. Pacnerová & Kupcová et al., 2012; Cameron & Maginn, 2009). Obor adiktologie zde má jednu z doposud stále velmi málo propracovaných oblastí, jak pokud jde o samotné intervence, tj. dílčí metody a postupy (reagující adekvátně na kompletní spektrum potřeb cílové skupiny), tak pokud jde o realizovaný klinický výzkum. Dětská a dorostová péče není pouze o preventivních, poradenských, sociálních či psychoterapeutických intervencích. Chybí, resp. v reálné praxi jsou málo zastoupené klinicko-psychologické a medicínské aspekty a – i přes dlouhou tradici klinických programů v této oblasti – musíme konstatovat, že specializovaná (především ambulantní) péče pro tuto cílovou skupinu není v naší zemi ve většině míst dostupná. To má své očekávatelné konsekvence jak pro výzkum, tak v praxi, mj. např. v téměř naprostém

nedostatku zájmu pediatriů, pedopsychiatriů a gynekologů o tuto oblast adiktologie.

Tradice adiktologických programů určených pro děti a dospívající má na našem území poměrně dlouhou historii. Pravděpodobně nejstarším specializovaným ambulantním provozem je specializovaná protialkoholní poradna pro mladistvé, která vznikla v Praze v roce 1957 (Mečíř, 1989) a byla umístěna v tzv. Jungmannově domě na adrese Apolinářská 4a (viz také Miovský, Popov 2016). Ambulance byla založena a dlouhé roky vedena nestorem dětské a dorostové psychiatrie a adiktologie, Janem Mečířem. Tehdejší systematická reflexe témat spojených s užíváním návykových látek u dětí a dospívajících vedla nejen k relativně brzkému rozpoznání nutnosti věnovat se více intenzivně tématům dětské alkoholové závislosti (viz např. Mečíř, 1965), ale také k postupnému rozpoznání vážnosti epidemiologické situace také u nealkoholových závislostí dospívajících (např. Vojtík, 1972). To pak následně vedlo v Apolináři nejprve (v roce 1967) k založení Střediska pro děti a mládež (SDM) ohroženou závislostí na alkoholu a posléze (v roce 1971) ke vzniku Střediska drogových závislostí (SDZ; se sídlem v prostorách dnešního Centra substituční léčby Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN). Obě střediska vznikla z iniciativy Jaroslava Skály a jak SDM, tak i SDZ měly od samého začátku mezi svými pacienty též mladistvé a nabízely programy určené této věkové části spektra pacientů (Skála et al., 1987; Rubeš et al., 1973). Po jejich vzoru následně vznikla podobná zařízení v Brně, Opavě, Liberci a Teplicích (Mečíř, 1989. p. 140). České ani slovenské odborné písemnictví doposud nemá zpracovaný systematický přehled týkající se vývoje domácí scény okolo vzniku, formování a rozvoje dětské a dorostové adiktologie a téma je bezpochyby výzvou pro zpracování v budoucnu. V následujících dekádách a následně v porevolučním období se pak kromě dalších mnoha příspěvků zejména v medicínském prostředí z pera předních dětských psychiatrů (Ivana Drtílková, Pavla Hellerová, Ivo Paclt, Petra Uhlíková a mnoho dalších) objevují také popularizační a osvětové publikace určené pro rodiče (např. Hajný, 2001 nebo Hajný, Klouček & Stuchlík, 1998). Současně začaly přibývat akce cílené nejen na prevenci, ale právě na přesahy do léčby a rehabilitace (viz např. bulletin Mládež, společnost a stát 9/94 nebo Břichcín et al., 1997; Preslová, Hanková et al., 2010 atd.).

● 2 MODERNÍ DĚTSKÁ A DOROSTOVÁ PÉČE V ADIKTOLOGII

Věkové kritérium, tj. diferenciací služeb a programů adiktologických služeb, nebylo prozatím v České republice tématem, které by výrazněji zasáhlo do vývoje jejich standardů kvality. Poslední verze standardů (Libra et al., 2012) je zpracována pouze z perspektivy dospělé péče, tedy nepracuje v zásadě s jinou cílovou skupinou v dílčích typech služeb,

1/ Podrobněji viz www.drogy-info.cz.

než jsou dospělí pacienti 15–65 let. Nepromítla se do procesu jejich vzniku ani postupně se otevírající diskuse o budoucnosti péče o gerontologické pacienty, ale o pacienty dětské. Paralelně a konzistentně s tím pak vznikal dokument vytvářející první národní koncepci sítě služeb v oboru adiktologie (Miovský et al., 2014b), která je designována jen pro dospělou populaci 15–65 let a která prozatím s oběma zmíněnými věkovými segmenty péče také nepracuje. Obdobná je situace v oblasti doporučených postupů. Obor adiktologie samostatné doporučené postupy nemá zpracované a schválené na úrovni svých odborných společností² v současnosti ani pro dospělé pacienty a oborově nejbližšími doporučenými postupy jsou tak logicky doporučené postupy v oboru psychiatrie (Raboch et al., 2010). Ty však z adiktologického hlediska zpracovávají opět pouze dospělý segment pacientů (str. 53–110) a z hlediska dětské psychiatrie neobsahují téměř nic specifického směrem k adiktologickým dětským, resp. gerontologickým pacientům. To samozřejmě není nic překvapivého z hlediska vývoje péče, neboť doposud neexistuje prakticky žádný specializovaný komplexní adiktologický program v ČR určený a designovaný na míru potřebám gerontoadiktologických pacientů. Z hlediska dětské adiktologické péče je situace trochu složitější. Doposud jediný specifický reprezentant detoxifikačního lůžkového programu je současně též reprezentant lůžkové zdravotní péče o tuto skupinu pacientů. Program je lokalizován v Nemocnici Pod Petřínem (Koranda, 2016). Nicméně v minulosti (viz dále) se objevovaly a objevují další velice zajímavé programy, zřetelně penetrující hranice zdravotnictví a mající ambici na vytvoření dostatečně robustní podoby odpovídající velmi širokým a náročným potřebám této klientely, tj. jak z pohledu rodičů (především matek), tak z pohledu dětí, včetně dětí ve velmi nízkém věku (např. Sedláčková et al., 2016). Zajímavým počinem byl program organizace White Light (z. ú.) nabízející péči pro mladistvé od 15 let v kontextu programu terapeutické komunity. Bezpochyby dalším, nesmírně inspirativním programem byla a je práce kolektivu okolo dr. Preslové (Preslová et al., 2011) nejen v rámci ambulantních programů SANANIM (z. ú.). Celý projekt v této organizaci současně také zasahoval program v rámci terapeutické komunity, který je modifikovaný pro matky s dětmi (TK Karlov). Podobně se je pak možné setkat s obrovským množstvím variant různých poradenských a terapeutických programů více či méně specifických směrem k adiktologii. Co nebylo či není umístitelné v kontextu zdravotnického provozu, to vzniká jako kombinace programů s různým ukotvením a provozovatelem. Takto např. došlo k přirozenému vzniku společenství programů na půdě Kliniky adiktologie v podobě úzké vazby a spolupráce mezi Animou (z. ú.) a Střediskem pro terapii a rodinou psychoterapii Kliniky

adiktologie 1. LF UK a VFN. Tím byla mj. zachována kontinuita programu Střediska pro děti a mládež od roku 1967 (viz výše). Unikátním a zajímavým projektem bylo krizové centrum MOST v Praze. Celá tato oblast si do budoucna zaslouží systematické zmapování a analýzu obsahu a struktury programů, včetně věcného a personálního vybavení. Současně poměr zdravotních komponent, sociálních a výchovných komponent, stejně tak jako skladba personálu a zastoupení dílčích odborností, to vše jsou témata, vyžadující hlubší reflexi překračující možnosti článku a aktuálně dostupná podrobnější data o těchto službách a programech.

V terénu se objevují též první pokusy o specifický adiktologický screening u dosud nenarozených dětí, např. jednoduchý screening zaměřený na těhotné kuřačky tabáku vzniklý ve spolupráci mezi Adiktologickou ambulancí Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN a Gynekologicko-porodnickou klinikou 1. LF UK a VFN. Nicméně zatím nejsou publikálně dostupné výsledky a zkušenosti. To se týká i dalších programů v ČR snažících se o práci s těhotnými uživatelkami či matkami. Na tomto poli se je možné setkat jak již s prvními pokusy celou problematiku teoreticky rámovat a uchopit (viz např. Binder & Vavřínková, 2006), tak rozvíjet systematické sledování a klinickou podporu a pomoc (např. Sedláčková & Žižková, 2007a, 2007b). Samozřejmě existovaly a existují v ČR i další programy zaměřené psychoterapeuticky vč. rodinné terapie. Existuje také široká škála programů poradenských a sociálních a/nebo využívajících též výchovné a vzdělávací prvky a komponenty. Objevují se také první jasně fokusované práce zaměřené na problematiku porodů a novorozenců u drogově závislých matek (Čihař, 2009; Stará et al., 2009). Pozornost je v tomto kontextu věnována především pacientům v substituční terapii (Vavřínková & Binder, 2007). Nicméně **klíčovým tématem tohoto textu je integrovaný, mezioborově koncipovaný zdravotnický provoz se zastoupením všech klíčových relevantních odborností a cíleně designovaný pro adiktologické pacienty**. V tomto kontextu pak zvláštní pozornost věnujeme souvislostem s vývojem nové zdravotnické odbornosti adiktologa (odbornost 919) s jeho profilem kompetencí (viz také Miovský, Kalina & Libra, 2014) a jeho možností provozování specifického typu zdravotnického zařízení **adiktologická ambulance**, případně také **adiktologický stacionář** tak, jak je rozlišuje zákon o zdravotních službách (zákon 372/2011 Sb. v aktuálním znění). Právě tento typ zdravotnického provozu byl použit jako výchozí koncept pro tvorbu modelového komplexního ambulantního provozu pro děti a dorost v oboru adiktologie a prošel jednoletým pilotním testováním (podrobněji viz Miovský & Popov, 2016), na jehož základě vznikl dále prezentovaný model struktury a provozu takového zdravotnického zařízení. Tento model práce s dětmi a dospívajícími v adiktologické ambulanci vznikl postupně a ani jeho pilotní ověření prozatím nepřináší dostatečnou evidenci z hlediska efekti-

2/ Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP (SNN) a Česká asociace adiktologů (ČAA).

vity péče a bude v dalších letech nutně procházet dalšími úpravami a širší diskusí.

Ani v zahraničí není diskuse okolo specifík dětské péče o adiktologické pacienty jednoduchá. Největší pozornost i tam na sebe strhává skupina věkově od 12–19 let a menší děti, raná postnatální péče a péče o těhotné uživatelky zůstává poněkud stranou z hlediska koncepčních návrhů a testování nových modelů péče a tvorby doporučených postupů. Ani zde tuzemské programy a iniciativy nezůstaly zcela stranou. Zmíněn byl např. rozvoj screeningových postupů v péči o těhotné uživatelky (Sedláčková & Žizková, 2007b) nebo přímo práce s dětmi uživatelek návykových látek, kde vznikly již dvě velice zajímavé metodické práce, za kterými stojí zajímavá a dlouhodobá klinická zkušenost v rámci Drop in, o. p. s., (Sedláčková et al., 2016) a SANANIM, z. ú., (Preslová et al., 2011). Ačkoli jsou hlavním fokusem těchto projektů **děti rodičů uživatelů návykových látek**, je samozřejmé, že překryv s cílovou skupinou přímo **děti jako uživatelů** je zde velký a styl práce a další souvislosti jsou si v mnoha ohledech velmi blízké.

Z hlediska vývoje segmentu dětské a dorostové péče v adiktologii se přelomovým momentem jeví být britské vydání specifických Doporučených postupů (Gilvarry et al., 2016) v roce 2012, jehož překlad vychází v ČR v roce 2016. Pro dobré pochopení nejen základního konceptu tohoto dokumentu, ale také dále představeného návrhu modelu péče o děti a dorost je klíčové chápání kontinua z hlediska uživatelského spektra (cílové skupiny) a paralelně s tím pak komplementární pojetí péče (Tabulka 1). Kolektiv autorů Doporučených postupů přitom vyšel ze tří starších publikací. První je přímo z dílny vedoucí autorského kolektivu citovaných Doporučených postupů profesorky Eilish Gilvarryové (2001), jedné z průkopnic specifických intervencí a služeb pro adiktologické adolescentní pacienty. Druhým je

článek z roku 2008 (Mirza & Mirza, 2008) přehledně zpracovávající téma užívání návykových látek adolescenty a posledním pak o tři roky později vydaná kapitola (Mirza & Bukstein, 2011) tvořící již součást rozsáhlého a zásadního klinického manuálu pro práci s adolescenty s adiktologickými problémy (Kaminer & Winters et al., 2011).

Z hlediska správného pochopení principů celé služby je důležité vnímat, že existuje vždy poměrně zásadní překryv a paralela mezi preventivními a léčebnými intervencemi, tedy že rozvoj rizikového chování v určité specifické oblasti (např. zahájení pravidelného kouření tabáku) ještě neznamená totéž pro paralelní užívání alkoholu nacházející se pouze v experimentální fázi (viz *tabulka 1*). Tedy, že zatímco pravidelné kouření již u dítěte vyžaduje použití specifické intervence (např. krátké intervence), experimentování s alkoholem je v dané fázi komplementární spíše s intervencemi selektivní a indikované prevence. **Celý vývoj situace je u dítěte velice dynamický a vyžaduje nejen kombinaci různých preventivních přístupů a intervencí, ale nutně se zde prolíná/doplňuje/překrývá s intervencemi léčebnými, případně intervencemi minimalizujícími rizika a škody (harm reduction a risk reduction strategie)**. Je absolutně zásadní, aby model dokázal pracovat s takto dynamickou povahou problému a sledoval vývoj a potřeby dětského pacienta a nevytvářel dopředu rigidní strukturu.

Postupná tvorba specifických komplexních manuálů pro práci s adolescentními pacienty v oboru adiktologie (viz např. citovaný klinický manuál Kaminer & Winters et al., 2011) postupně formuje také představu o možné podobě specifických adiktologických služeb určených pro tuto klientelu. Již dříve byly zpracovány rozsáhlé práce sumarizující v odborné literatuře dostupné poznatky o efektivních strategiích, nástrojích a metodách (např. NHS 2009a,

Tabulka 1 / Table 1

Fáze užívání návykových látek u adolescentů a k nim komplementární možné preventivní a terapeutické intervence (plná verze viz Gilvarry et al., 2016. Příloha č. 1) *Stages of substance use in adolescents and possible relevant preventive and treatment interventions (for the full version see Gilvarry et al., 2016. Appendix 1)*

Fáze	Navrhované intervence
Experimentální fáze	Všeobecná prevence (formální i neformální edukace v oblasti nelegálních drog a alkoholu)
Sociální fáze	Všeobecná prevence (formální i neformální edukace v oblasti nelegálních drog a alkoholu)
Raná riziková fáze	Cílená intervence / léčba poskytovaná odborníky bez příslušné specializace (např. praktičtí lékaři, školní zdravotníci, poradny pro mládež, zdravotníci působící v oblasti péče o duševní zdraví dětí a mládeže, dětské lékaři, apod.)
Pozdní riziková fáze (užívání návykových látek nemá dominantní efekt na duševní stav)	Léčba poskytovaná specializovanými službami (viz níže) – řeší se problémy v oblasti duševního zdraví i možný vývoj užívání návykových látek k dalším závažnějším fázím
Fáze škodlivého užívání nebo abúzu návykové látky (odpovídající klasifikaci MKN-10 nebo DSM-5)	Léčba poskytovaná specializovanými službami (např. specializované adiktologické služby pro mládež a specializovaní adiktologičtí pracovníci působící v oblasti péče o duševní zdraví dětí a mládeže)
Fáze závislosti (odpovídající klasifikaci MKN-10 nebo DSM-5) – do této fáze se dostává jen nepatrná menšina mladých lidí	Léčba poskytovaná specializovanými službami, včetně detoxifikace a v indikovaných případech rezidenční léčba a rehabilitace

2007b), včetně dokumentů zabývajících se specifiky klinických hodnocení (NHS, 2007a) a samozřejmě také farmakoterapie této skupiny pacientů (NHS, 2009b). Je zřejmé, že úzká vazba mezi specifickými službami určenými primárně uživatelům návykových látek a stavěnými striktně na mezioborové bázi (tedy těmi, kterým postupně v České republice začínáme říkat specializované adiktologické služby) a dětskou psychiatrií, je zásadním tématem (viz např. Mirza & Mirza, 2008) nejen v kontextu samotné zdravotní péče, ale samozřejmě v kontextu zajištění medicínské péče uvnitř mezioborově koncipované služby a interdisciplinárně složeného týmu (viz také Kaminer & Winters et al., 2011). To vše při maximálním důrazu na respekt ke specifickým spojeným s věkem, sociální rolí, vývojovými aspekty, potřebnostmi komunitních programů dosažitelných a akceptovatelných pro tuto cílovou skupinu (NICE, 2007) atd. V tomto smyslu je povzbuzující skutečností, že velká část autorů vnímá velmi pragmaticky, že jedním ze závažných problémů zdravotních služeb a obecně jakýchkoli služeb určených uživatelům návykových látek, je stále přetrvávající vysoká míra stigmatizace a předsudků. Zásadní výzvou pak je to, do jaké míry jsme schopni skutečně cílovou skupinu oslovit a v programu je udržet (např. Pinto et al., 2011) a do jaké míry dnes využíváme skutečně efektivní nástroje jak účinně snížit procento předčasného vypadnutí ze služby (drop-outu) jako je např. metoda case-managementu (Dieterich, 2010), kterou se budeme dále také více zabývat.

● 3 VZNIK SPECIFICKÉHO MODELU PÉČE A JEHO PILOTNÍ OVĚŘENÍ

Vzniku konceptu **ambulance dětské a dorostové adiktologie** na Klinice adiktologie 1. LF UK a VFN jsme se podrobněji věnovali v článku shrnujícím výsledky evaluační pilotní studie (Miovský & Popov, 2016). Šlo o vyústění několikaletého procesu příprav a realizace analýzy potřeb, jak je podrobněji popsáno v editorialech tohoto čísla (Miovský & Popov, 2016b). Výsledky poslední realizované analýzy potřeb (Miovský et al., 2013, 2014b) 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. **Nejdůležitějším zjištěním bylo potvrzení vysoké potřebnosti zabezpečit specializovanou adiktologickou ambulanci a intenzivní ambulanci péči pro děti a dorost.** Tím vzniklo také zadání, jak by takový provoz vůbec měl vypadat a jaký model by zde měl být vyzkoušen. Zvolili jsme adaptaci konceptu adiktologické ambulance s posílenou lékařskou částí a navazujícími stacionárními programy (dení 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 (Miovský & Popov, 2016). Realizace projektového záměru (2014–2015) nabídla ekonomicky únosné a koncepční dlouhodobé řešení situace v péči o děti a dorost a samotná pojišťovna 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 tak riziko ztrát způsobených investicemi do neodůvodněných a nekoncepčních záměrů. Důležitým aspektem vzniku tohoto modelu je ale právě vazba na nový typ zdravotnického zařízení ve smyslu zákona o zdravotních službách, tedy vzniku modelu dětské ambulance prostřednictvím reálného ověření profese **adiktologa**, zdravotnického zařízení **adiktologická ambulance** a možností využití nově prosazených výkonů v sazebníku (Seznam zdravotních výkonů, 2014). Zkušební provoz ADDA tak byl v podstatě prvním reálným ověřením celého konceptu péče vázané na novou zdravotnickou profesi adiktolog a také pokusem o možné budoucí ukotvení takového provozu 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 (Miovský & Popov, 2016).

Pro fázi získávání dat (mapování institucí a služeb) byly v první části využity prostředky jako internet, facebook, informační databáze a zdroje úřadů městských částí atd. Součástí této fáze bylo provedení review všech dostupných publikovaných prací zabývajících se tématem užívání návykových látek a s tím souvisejících problémů u dětí a dospívajících. Teoretické review dostupných dat a provedených studií tvoří součást závěrečné zprávy (Miovský et al., 2013) a v ucelené zkrácené verzi byly výsledky následně o rok později publikovány časopisecky (Miovský et al., 2014b). Ve druhé části studie bylo využito metody telefonního interview a anketního dotazníku, sestaveného pro účely studie. Poslední část je tvořena institucionální analýzou a jednoduchým koncepčním návrhem řešení dostupnosti specializované adiktologické péče o děti a dorost na území hl. města a spádově pro Středočeský kraj. Snažili jsme se (kromě základního souhrnu výsledků studií ESPAD, HBSC atd.) zaměřit zejména na data týkající se skutečně populace dětí a dospívajících, kde návykové látky reprezentují skutečný zdravotní problém. Jen např. dle statistik ÚZIS prodělalo detoxifikaci od návykových látek v roce 2011 celkem 592 dětí a mladistvých ve věku do 19 let, tj. více než 8 % z celkového počtu detoxifikovaných pacientů, podíl chlapců byl 55 %. Téměř pětina (116 dětí a mladistvých) prodělala detoxifikaci od alkoholu, 42 % (250) od stimulantů, 16 % (96) od kombinace více látek a 14 % (84) od kanabinoidů. Téměř polovina těchto pacientů byla hospitalizována v zařízeních na území hl. m. Prahy, což je dáno existencí jediného detoxifi-

kačního zařízení určeného výhradně dětem a mladistvým, a to Dětského a dorostového detoxifikačního centra v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze (viz též Koranda, 2016). Počet mladistvých ve věku 15–19 let představoval 2,1 % (507 pacientů, 330 mužů a 177 žen) z počtu pacientů nadužívajících alkohol a počty dětí do 15 let se pohybovaly těsně nad 0 % (14 pacientů, 7 chlapců a 7 dívek). Narůstá počet dětí přijatých na oddělení dětské resuscitační a intenzivní péče, v méně závažných stavech na dětská oddělení s diagnózou akutní intoxikace alkoholem. Výjezdy ZZS hl. města překročí u dětí do 15 let ročně hranici 50, u mladistvých 15–18 let pak ročně eviduje přes 200 výjezdů. Kromě samotné ambulantní péče se tak nabízí možnost kombinace s krizovými lůžky v rámci komunitního typu zařízení, tj. v úzké vazbě na specializovaný ambulantní provoz a zajištění odpovídající sociální péče.

Vznik modelu péče v ambulanci dětské a dorostové adiktologie (ADDA) je úzce vázán na pilotní projekt ověření celého provozu (Miovský & Popov, 2016) a výsledný, dále představený koncept je jedním z hlavních výsledků pilotního projektu. Jeho klíčovými partnery jsou 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 tak patří jak Magistrátu hlavního města Prahy, tak Ministerstvu zdravotnictví ČR a Všeobecné zdravotní pojišťovně a vedení VFN. Testovací období bylo zahájeno 1. 9. 2014 a trvalo až do 30. 6. 2015, výsledky evaluační studie (Miovský & Popov, 2016) se dotýkají úpravy právě celého modelu péče a jeho další budoucnosti s ohledem na potenciální rozvoj celého tohoto 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 tyto pacienty, ale také velmi slibný a perspektivní směr pro klinicko-adiktologický výzkum a průmět logicky také do výuky a klinické přípravy zdravotníků i nezdravotnického personálu.

● 4 MODEL AMBULANCE DĚTSKÉ A DOROSTOVÉ ADIKTOLOGIE

Model původně vznikl pro kompletní spektrum pacientů ambulance dětské a dorostové adiktologie (ADDA), ačkoli bylo od začátku zřejmé, že věkové spektrum pacientů bude muset být omezené a že některé cílové skupiny nebude možné zahrnout. Celý model tak v zásadě byl ověřován pouze na cílové skupině nad 12 let.³ Pilotní provoz ambulance byl určen dětským pacientům ve věku do 15 let, dále pak mladistvým pacientům do 18 let a jejich blízkým. Dominantním okruhem poruch indikujících tento typ specializované péče

3/ Provoz dnes reálně nemá spodní věkovou hranici omezenou a nemladšímu dětskému pacientovi bylo 9 let.

by měly být problémy s návykovými látkami (F.10–F.19), případně oblast tzv. nelátkových závislostí (gambling, nezvládání informačních technologií atd.). Cílová skupina však byla definována až pro věkovou skupinu nad 12 let a model úzce vycházel z nastavení doporučených postupů (Gilvarry et al., 2016) přeložených do českého jazyka pro ověřování a adaptaci. Pro další vývoj modelu a provozu ambulance je však zásadní rozšíření cílových skupin o nejmladší děti a péči o těhotné uživatelky (Miovský & Popov, 2016, p. 215). To však vyžaduje zásadní proměnu též ve spektru nabízených intervencí a doplnění týmu také o pediatra a opětovné obsazení místa zdravotní sestry (podrobněji viz paragraf 5 citovaného článku). Pilotní provoz a testování modelu tak byly omezeny na následující skupiny s věkem nad 12 let:

- Děti pravidelně užívající návykové látky v min. úrovni škodlivého užívání návykových látek (F.10–F.18), ev. kombinované užívání více látek (F.19).
- 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.

Prozatím bez integrace do modelu a bez praktického ověření zůstávají cílové skupiny pod tuto věkovou hranici, tedy:

- Těhotné uživatelky návykových látek.
- Děti v rámci rané postnatální AD péče o děti uživatelů (obecně/screening, podpůrná práce s rodiči a podchycení rodiny).
- Postnatální specifická péče o děti uživatelů s diagnostikovaným postižením (FAS, 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.).

Ve všech případech je přitom zásadní práce s rodinným a širším sociálním systémem, do kterého dítě patří. Tedy naprostou samozřejmostí je zařazení příslušníků rodiny mezi cílovou skupinu ambulance, a to jak z hlediska práce s celou rodinou, tak samozřejmě 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. Provoz ADDA v pilotní fázi sestával z 2fázové struktury (*graf 1*). Ta jednoduchým způsobem určuje průchod pacienta službou a dává mu algoritmus umožňující diferencování poskytování péče dle hlavních cílových skupin a jejich řazení do dílčích programů ambulance: **(1) vstupní diagnostika/diagnostický filtr/motivační práce a následně (2) léčebná a rehabilitační péče po-**

skytovaná ambulancí (viz dále popsané intervence a úrovně práce a–g).

Vstupní diagnostika/diagnostický filtr s motivační prací (délka 2–4 měsíce v závislosti na možnostech rodiny z hlediska frekvence návštěv a provedení všech potřebných vyšetření a úkonů) zahrnují komplexní posouzení každého pacienta z hlediska jeho možností a potřeb a provedení všech dílčích úkolů jak z hlediska psychiatrické, klinicko-psychologické, tak adiktologické perspektivy. S pacientem, případně celou rodinou (nebo její částí), je provedeno nejen zhodnocení, ale též motivační práce a návrh dalšího postupu řešení. Část pacientů indikovaných pro jiný typ péče je referována do příslušných zařízení, s částí, která je indikovaná k péči v adiktologické ambulanci, je provedeno kontraktování a učiněna dohoda na individuálním terapeutickém plánu. V případě akceptování pacienta do péče ambulance je proveden podrobný návrh individuálního léčebného plánu a celá další péče je řízena prostřednictvím case managementu (viz dále). Metoda případového řízení je hlavním nástrojem vedení terapie a jejím prostřednictvím je terapie moderována i hodnocena. Samotná léčebná a rehabilitační péče poskytovaná ambulancí (v délce 4–12 měsíců dle potřeby) reprezentuje všechny základní ambulantní výkony, které může v současných podmínkách adiktologie nabídnout (včetně např. moderních nácvikových a rehabilitačních 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:

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 programů 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, 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, farmakoterape-

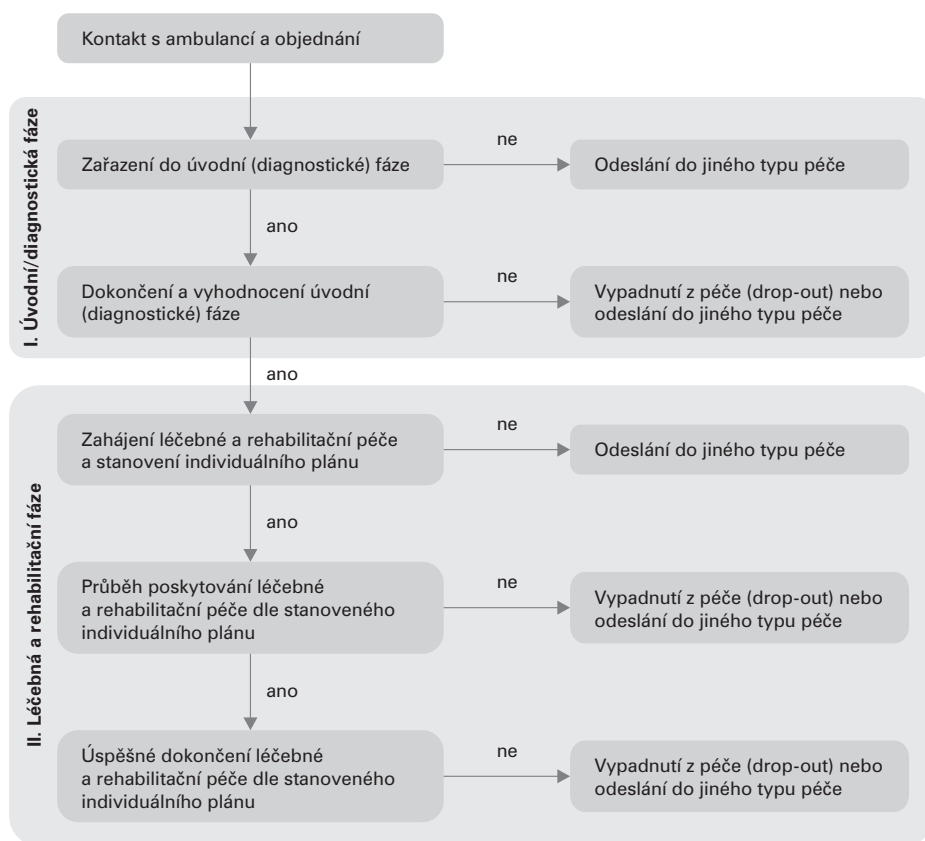
utických a socioterapeutických postupech. Součástí jsou doplňkové aktivity rozvíjející sociální dovednosti a kompetence (nácvikové a rozvojové programy) a kreativitu (arteterapie atd.). Součástí péče je též řešení sociálních problémů, případně pedagogických a výchovných problémů, prostřednictvím navazujících programů a služeb. Samozřejmou součástí této klíčové složky je v indikovaných případech možnost paralelní rodinné terapie a podpůrných socioterapeutických a psychoterapeutických aktivit pro další rodinné příslušníky pacienta,

e/ odpolední stacionární program: otevřené a polootevřené skupiny pro pacienty se zaměřením na různé typy problémů a se specifickými potřebami (1 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 nácviku sociálních dovedností atd.,

g/ tréninkové a nácvikové 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 je zvládání stresu, emočních výkyvů, agrese atd., a sociální dovednosti, jako je komunikace, vyjednávání, nácviky rolí atd.

V *grafu 1* je zachyceno schéma, které se po usazení provozu ukázalo být řešením pro průchod pacientů oběma fázemi programu a které bylo zásadní pro sledování dílčích etap diagnostického procesu a léčby (srovnej s Gilvarry et al., 2016). Ihned po vstupu do péče je v případě akceptování pacienta do péče ambulance proveden 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 (Vanderplaschen, 2010; Vanderplaschen et al., 2004, 2007). Case manager zodpovídá za řízení případu přiděleného pacienta, a to jak po dobu trvání diagnostické fáze, tak po jejím ukončení. Koordinuje diagnostické procedury i terapeutické intervence a nese přímou zodpovědnost jak směrem k týmu ambulance, tak směrem mimo pracoviště. Neosvědčil se přenos zodpovědnosti a tříštění komunikace. Ačkoli se tento přístup a prvek v péči ukázal v průběhu pilotní fáze (Miovský & Popov, 2016) jako obtížně realizovatelný a narážel na mnoho problémů, nejeví se být žádná z alternativ jako lepší řešení. Bude tedy výzvou pro celý tým ADDA s tímto prvkem pracovat, pokusit se jej lépe integrovat do podmínek zdravotnického provozu a lépe nastavit role a kompetence v týmu, aby opětovně nedocházelo k již identifikovaným komplikacím. Samozřejmě

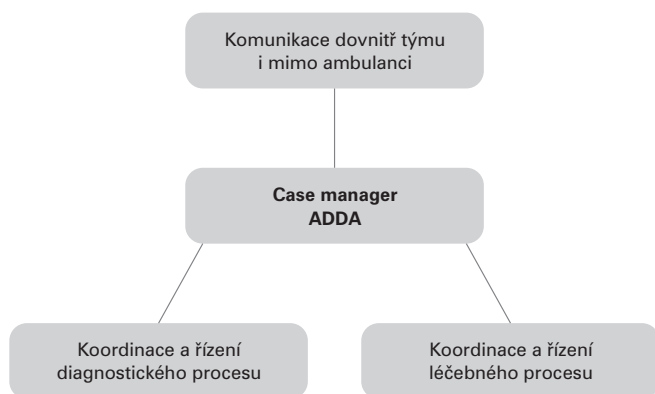


Graf 1 / Graph 1

Schematické znázornění průběhu poskytování péče v ADDA
 Outline of the process of care provided by the ADDA

je nutné na specializované intervence a podporu (např. psychiatrické vyšetření, či kontrolní psychologické vyšetření, sociální práci atd.) využívat příslušné odbornosti, ale klíčová koordinační role, komunikace a rozhodovací procesy musí zůstat na case managerovi. Case manager tak koordinuje, kontroluje a nastavuje především tyto procesy (*graf 2*):

a/ Diagnostické procesy: koordinace, plánování a průběžné vyhodnocení diagnostických procedur za všechny odbornos-



Graf 2 / Graph 2

Schematické znázornění role case managera ADDA
 Outline of the role of an ADDA case manager

ti a sjednocování interpretace výsledků a tvorba konzistentní rozvahy o případu.

b/ Komunikace směrem do týmu ambulance: sledování a vyhodnocení pacienta a požadavky na členy týmu a informace o pacientovi (vč. intervize, supervize).

c/ Komunikace směrem mimo ambulanci (škola, OSPOD, dětský domov atd.), včetně případného objednání diagnostiky či terapeutických procedur mimo ambulanci (toxikologie, detox atd.).

d/ Motivační práce a práce s rodinou pacienta/tky.

e/ Postupná tvorba/příprava budoucího individuálního léčebného plánu na základě postupně získávaných informací, výsledků diagnostiky, vývoje práce s pacientem a rodinou a celkového vzhledu do případu.

Role byla dominantně svěřena nové profesi – adiktologům, jako koordinačnímu článku pro celý proces diagnostiky a terapie (viz *graf 2*). Právě adiktolog jednak vede terapeutický proces a motivační práci od samého začátku a jednak koordinuje objednávání na specializovaná vyšetření. Komunikuje s vnějšími institucemi (OSPOD, jiná léčebná zařízení, soud atd.) a průběžně vyhodnocuje vývoj případu a situaci. V pravidelných intervalech referuje o případu a plnění plánu diagnostické fáze a zodpovídá za dokončení

diagnostické fáze vůči týmu ambulance. Po vyhodnocení a diskusi v týmu je pak navržen diagnostický plán a navržen rodině, v případě akceptace je pak rodina přijata do dlouhodobé péče. I přesto, že se tento model nedařilo v průběhu pilotní fáze odpovídajícím způsobem stabilizovat a kultivovat (Miovský & Popov, 2016), je žádoucí se o to dále pokoušet a prozatím se ani v konfrontaci s prvními zkušenostmi s tímto typem provozu, ani s Doporučenými postupy nejeví jiná varianta jako lepší.

Pilotní fáze nakonec neobsahovala komponentu denního stacionáře a stacionář tak nebyl předmětem testovací fáze činnosti ADDA (Miovský & Popov, 2016). 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 např. běžné 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. Jak bylo zmíněno v paragrafu 6 článku, 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.

● 5 ZÁVĚR

Otevření diskuse o specializovaných zdravotních službách pro děti a dorost v oboru adiktologie je zásadním milníkem celého tohoto mladého oboru a navazuje na dlouhou tradici zdravotních služeb od roku 1957, kdy MUDr. Jan Mečír založil první specializované zařízení tohoto druhu u nás. Je zřejmé, že vznik dalších podobných zařízení povede k potřebě najít systémové řešení z hlediska jejich začlenění do celkového kontextu sítě adiktologických služeb v ČR (viz Miovský et al., 2014b). Tento proces nebude jednoduchý z hlediska návaznosti na jiné typy zdravotní péče a především pak na nezdravotnické provozy, bez kterých tato péče v budoucnu nemůže být kvalitně zajištěna a s nimiž bude muset vytvářet úzce provázaný systém komplexní péče (především se jedná o systém sociální péče a služeb a síť sociálních kurátorů, systém ústavů výchovné péče atd.). Podobně zásadním tématem pak bude řešení standardů kvality těchto provozů a vyřešení otázky, zda z hlediska současné verze standardů (Libra et al., 2012) je skutečně nutné zpracování samostatného typového standardu, nebo by bylo zcela dostačující doplnění dílčích specifik do existujících typových standardů tak, aby byly zohledněny odlišnosti a nuance provozu ADDA. Tato témata budou bezpochyby nejen námětem pro další jednání a diskusi na půdě SNN ČLS JEP a ČAA, ale také Ministerstva zdravotnictví ČR. Je pak sa-

mozřejmě, že pokud jde o meziresortní rozměr celého provozu, bude nutné k účasti na debatě přizvat též zástupce MŠMT (zde zejména pak oblast ústavní péče a výchovy a oblast prevence a sociální inkluze) a MPSV, případně zástupce resortů majících vztah k aktuální otázce nárůstu kriminálních aktivit, tj. MV, MS a Probační a mediační služba (PMS).

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 Vavrinčíková, Michaela Namyslovová, Martina Školníková, Jana Horáčková, Lenka Richterová, Stanislav Kunc, Pavla Hellerová, Richard Braun.

Zvláštní poděkování partnerům a podporovatelům 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 VFN, které projekt podpořilo a pomohlo jeho realizaci vytvořením potřebného zázemí a podmínek.

Acknowledgements

The authors of the study would like to express their special thanks to the staff members 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 Vavrinčíková, 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 autorů: M. Miovský: analýza dokumentů, sběr dat, analýza dat, psaní textu, vedení autorského kolektivu. L. Šťastná: analýza dokumentů, analýza kvalitativních dat, psaní textu. P. Popov: analýza dokumentů, analýza kvalitativních dat, psaní textu.

Konflikt zájmů: Bez konfliktu zájmů.

The role of the authors: Michal Miovský: analysis of documents, data collection, data analysis, the writing of the manuscript, team leader. Lenka Štátná: analysis of documents, qualitative data analysis, the writing of the manu-

script. Petr Popov: analysis of documents, qualitative data analysis, the writing of the manuscript.

Conflict of interest: There is no conflict of interest involved.

LITERATURA / REFERENCES

- Binder, T. & Vavřínková, B. (2006). *Návykové látky v těhotenství*. Praha: Triton.
- Brichtín, M. (1997). *Mládež, drogy, společnost*. Studia paedagogika 21. Praha: PedF UK.
- Cameron, R. J. & Maginn, C. (2009). *Cesta k pozitivním výsledkům u dětí v náhradní péči*. Praha: NUV/UK/Togga.
- Čihař, M. (2009). Novorozenecké drogově závislé matky. In: Preslová, I. & Maxová, V. (Eds.). *Ženy a drogy: sborník odborné konference*. Praha: SANANIM. P. 51–54.
- 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. (2001). *The Substance of Young Needs*. London: Health Advisory Service.
- 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.
- Hajný, M. (2001). *O rodičích, dětech a drogách*. Praha: Grada.
- Hajný, M., Klouček, E. & Stuchlík, R. (1998). *Akta Y*. Praha: MČ Praha 1/Brikcius-Propag.
- Kaminer, Y. & Winters, K. (Eds). *Clinical manual of adolescent substance abuse treatment*. London: American Psychiatric Publishing Inc., England.
- Koranda, M. (2016). Dětské a dorostové detoxikační centrum (DaDDC). *Adiktologie*, 16(4), 342–351.
- Libra J. et al. (2012). *Inovované Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby (Standardy služeb pro živatele drog, závislé a patologické hráče)*. Verze 2.4: Po připomínkách resortů MPSV, MZ, září 2012.
- Mareš et al. (2006). *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. Brno: MSD.
- Mareš et al. (2007). *Kvalita života u dětí a dospívajících II*. Brno: MSD.
- Mečř, J. (1965). *Alkoholismus nezletilých*. Praha: Avicenum.
- Mečř, J. (1989). *Zneužívání alkoholu a nealkoholových drog u mládeže*. Praha: Avicenum.
- Miovský, M. (2014). *Přehled koncepčních dokumentů oboru adiktologie*. Praha: KAD 1. LF UK a VFN. Účelová publikace v rámci projektu NETAD.
- Miovský, M. (2015). The development of the national system of school-based prevention of risk behaviour in the Czech Republic: Reflections on the outcomes of a 15-year process [Vývoj národního systému školské prevence rizikového chování v České republice: reflexe výsledků 15letého procesu tvorby]. *Adiktologie*, 15(1), 62–87.
- Miovský, M., Gabrhelík, R. (2015). Structure of an implementation plan for the national system of school-based prevention of risk behaviour in the Czech Republic for 2015–2025: Harmonisation of the approaches adopted by the Ministries of Health and Education [Struktura návrhu implementačního plánu národního systému školské prevence rizikového chování v České republice pro období 2015–2025: Harmonizace přístupu resortu zdravotnictví a školství]. *Adiktologie*, 15(1), 88–105.
- Miovský, 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. et al. (2014b). *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice*. Praha: KAD 1. LF UK a VFN. Verze 4.7. schválená vý-
- bory ČAA a SNN ČLS JEP. Dostupné na www.adiktologie.cz v rubrice Obor adiktologie.
- Miovský, M., Štátná, 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 v výzkumu*. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze.
- Miovský, M., Čablová, L., Štátná, 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.
- Miovský, M. & Popov, P. (2016a). 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), 292–319.
- Miovský, M. & Popov, P. (2016b). Dětská a dorostová adiktologie na prahu emancipace? [Child and adolescent addictology on the threshold of emancipation?] Editorial. *Adiktologie*, 16(4), 272–279.
- Mirza, K. A. H. & Bukstein, O. (2011). Attention deficit-disruptive behaviour disorders and substance use disorders in adolescents. In: Kaminer, Y. & Winters, K. (Eds). *Clinical manual of adolescent substance abuse treatment*. London: American Psychiatric Publishing Inc., England.
- Mirza, K. A. H. & Mirza, S. (2008). Adolescent substance misuse. *Psychiatrie*, 7, 357–362.
- Mládež, společnost a stát. (1994). *Odborný bulletin k problematice mládeže č. 3/94*. Praha: Institut dětí a mládeže, MŠMT ČR.
- 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.
- Pacnerová, H., Kupcová, A. Z. et al. (2012). *Vybraná témata výchovatelské praxe*. Praha: NUV/UK/Togga.
- Pinto, R., Campbell, A., Hien, D., Yu, G. & Goroochurn, 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.
- Preslová, I. et al. (2011). *Manuál práce s dětmi drogově závislých klientů*. Praha: o. s. Sananim.
- Preslová, I., Hanková, O. et al. (2010). *Mladiství a drogy*. Sborník z konference. Praha: o. s. Sananim.

- Raboch, J., Andrs, M., Hellerová, P., Uhlíková, P. (Eds.). (2010). *Psychiatrie: Doporučené postupy psychiatrické péče III*. Praha: Psychiatrická společnost. P. 53–110.
- Rubeš, J., Urban, E., Jenýšková, D. & Šípová, B. (1973). Program a činnost střediska drogových závislostí v Praze. *Čs. psychiatrie*, 69(5), 322–327.
- Skála, J. et al. (1987). *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum. P. 96.
- Sedláčková, S., Dobrinič, K. & Hamplová, L. (2016). Metodika práce s dětmi matek uživatelů návykových látek. *Adiktologie*, 16(4), 352–359.
- Sedláčková, K. & Žižková, B. (2007a). Dopad užívání psychoaktivních látek v těhotenství. *Sestra*, 7–8, 35–36.
- Sedláčková, S. & Žižková, B. (2007b). Jeden ze systémů péče o těhotné uživatelky drog, drogově závislé ženy a jejich děti v České republice. *Prevence úrazů, otrav a násilí*, 3(1), 45–50.
- Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. (2014). Olomouc: EZ centrum.
- Stará, V., Lesná, P., Fencel, F. & Bláhová, K. (2009). Abstinenční syndrom novorozence a kojence a jeho léčba. *Pediatric pro praxi*, 10(6), 382–384.
- Truhlářová, Z., Smutek, M. et al. (2006). *Riziková mládež v současné společnosti*. Hradec Králové: Gaudeamus.
- 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.
- 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: Všelék nebo nástroj propojování? *Adiktologie*, 7(4), 427–442.
- Vavřínková, B. et Binder, T. (2007). Vliv substituční terapie na porodní hmotnost novorozence, poporodní adaptaci, trofiku a průběh abstinenčního syndromu novorozence. *Česká gynekologie*, 72(4), 247–253.
- Vojtík, V. (1972). K problematice toxikomanie pražské mládeže. *Čs. psychiatrie*, 68(3), 204–213.

ZPRÁVY

KURZ PRO VĚZEŇSKOU SLUŽBU ČR – CELOŽIVOTNÍ VZDĚLÁVÁNÍ V OBORU ADIKTOLOGIE

Klinika adiktologie 1. LF UK připravila speciální vzdělávací seminář pro zdravotní sestry pracující v rámci Vězeňské služby ČR. Jedná se o navazující a rozšiřující kurz v oboru adiktologie, který navazuje na základní všeobecný modul znalostí v oboru adiktologie (*Základní modul specializovaného vzdělávání a tréninkového programu v adiktologii pro zdravotní sestry VS ČR – část A interaktivní, prezenční a část B e-Learning, rok 2014*) a na nadstavbový kurz v krátké intervenci

(*Nadstavbový modul č. 1 – Motivace a motivační práce, rok 2015*). V tomto případě se jedná o modul, který již staví na základních komunikačních dovednostech s adiktologickou klientelou a na dovednosti provést screeningové vyšetření a krátkou intervenci. Kurz krizové intervence cílí na specifika krizových situací a krizí spojených a vyskytujících se u této skupiny pacientů. Dále na specifika, která je třeba při práci zohlednit, např. infekční onemocnění, predikce chování,

vyšší míra rizika komplikací, anebo zastavení plánu práce s pacientem po zvládnutí krizové situace atd. Kurz je uzavřeným tvarem a poskytuje jak teoretickou, tak praktickou komponentu, včetně nácviku. Frekventantky rovněž obdrží nezbytné výukové materiály a podklady.

Kurz je možno realizovat díky laskavé podpoře společnosti MSD – Merck Sharp & Dohme s.r.o., Česká republika.