

Adiktologie v preventivní a léčebné praxi

Nº 4

PŮVODNÍ PRÁCE

**Veřejně dostupné zdroje
dat a prevalence užívání
návykových látek u rodiček,
dětí a mladistvých a možnosti
využití těchto dat pro
prevalenční odhady pacientů
a klientů**

Rolová, G., Miovský, M., Barták, M.

PŘEHLEDOVÝ ČLÁNEK

**Práce v adiktologické ambulanci
pro děti a dorost**

**Sedláčková, S., Hamplová, L., Veselý, Z., Dobrinič, K.,
Mládková, P.**



INDEXOVÁNO V

Bibliographia Medica
Čechoslovaca

ISSN 2570-8120

MKČR E 23254

www.aplp.cz

Vydává SCAN, z. s.

Toto číslo časopisu bylo finančně podpořeno projektem Nadace Sirius „Zajištění udržitelnosti a rozvoje specializované adiktologické péče pro děti a dorost v České republice“, který realizuje Všeobecná fakultní nemocnice v Praze (VFN) v letech 2018–2019.



Adiktologie v preventivní a léčebné praxi

VYDÁVÁ

SCAN, z. s.

VE SPOLUPRÁCI S

Klinikou adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy
a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

Českou asociací adiktologů, z. s.

POD ZÁŠTITOU

1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy
Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti
Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP
České neuropsychofarmakologické společnosti
Katedry psychologie FF UP v Olomouci
Psychologického ústavu AV ČR

S LASKAVOU FINANČNÍ PODPOROU

Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy
Magistrátu hlavního města Prahy
Ministerstva zdravotnictví

PROJEKT JE REALIZOVÁN ZA FINANČNÍ PODPORY

Úřadu vlády České republiky a Rady vlády pro koordinaci
protidrogové politiky.

KORESPONDENČNÍ ADRESA

Časopis *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi*, Klinika
adiktologie, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova a Všeobecná
fakultní nemocnice v Praze, Apolinářská 4, 128 00 Praha 2

E-MAIL & WEB

journal@aplp.cz, www.aplp.cz

CITACE

Adiktol. prevent. léčeb. praxi,
1(3), 215–273.
Appendix 1, 1–3.
Appendix 2, 1–85.

INDEXOVÁNO V

Bibliographia Medica
Čechoslovaca

ISSN 2570-8120

MKČR E 23254

REDAKČNÍ RADA / EDITORIAL BOARD

VEDOUCÍ REDAKTOR / EDITOR-IN-CHIEF

doc. Mgr. Roman Gabrhelík, Ph.D.

Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta,
Univerzita Karlova a Všeobecná fakultní
nemocnice v Praze

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

ZÁSTUPCE VEDOUCÍHO REDAKTORA / DEPUTY EDITOR-IN-CHIEF

PhDr. Miroslav Barták, Ph.D.

Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta,
Univerzita Karlova a Všeobecná fakultní
nemocnice v Praze

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

REDAKTOR / EDITOR

PhDr. Michaela Malinová

Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta,
Univerzita Karlova a Všeobecná fakultní
nemocnice v Praze

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

VÝKONNÁ REDAKČNÍ RADA / EXECUTIVE EDITORIAL BOARD

Prevence / Prevention

prof. PhDr. Olga Orosová, CSc.

Léčba / Treatment

MUDr. Jakub Minařík
MUDr. Miroslav Grohol
MUDr. Miroslava Mašlánirová

Harm reduction

Mgr. Barbara Janíková
Bc. Artem Vartanyan

Ekonomika / Economics

doc. Ing. Beáta Gavurová, Ph.D., MBA

Sociální vědy / Social science

doc. PhDr. Peter Brnula, Ph.D.
doc. PhDr. Ladislav Vaska, Ph.D.
PhDr. Martin Smutek, Ph.D.

Psychologie / Psychology

Mgr. Miroslav Charvát, Ph.D.
Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.

Právo / Law

Mgr. Hana Fidesová, Ph.D.
JUDr. Michaela Štefunková, Ph.D.

Biostatistika / Biostatistics

Mgr. Jaroslav Vacek

Historie / History

Mgr. Jaroslav Šejvl

REDAKČNÍ KRUH / ASSOCIATED EDITORS

PhDr. Ladislav Csémy

Doc. MUDr. et PhDr. Kamil Kalina,
CSc., MSc.

prof. PhDr. Michal Mioviský, Ph.D.

Doc. MUDr. Viktor Mravčík, Ph.D.

MUDr. Ľubomír Okruhlica, CSc.

MUDr. Petr Popov, MHA

PhDr. Josef Radimecký, Ph.D., MSc.

Mgr. Vladimír Sklenář

PharmDr. Magdaléna Šustková-Fišerová,
Ph.D.

Mgr. Jarmila Vedralová

MUDr. Tomáš Zábranský, Ph.D.

CÍLE A ZAMĚŘENÍ / AIM & SCOPE

Časopis *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi* vznikl jako reakce na poptávku různých profesních skupin v adiktologii a v příbuzných oborech směřující k intenzivnějšímu a hlubšímu dialogu a propojení soudobého vědeckého poznání a jejich každodenní praxe. Jeho cílem je zprostředkovávat čtenářům nové informace a inspirativní myšlenky, na důkazech založené postupy, a přispívat k jejich uplatnění v praktické práci s různými populacemi a k jejich kritické reflexi respektující každodenní preventivní a klinickou praxi.

Časopis se zaměřuje na podporu oboustranné komunikace. Zpřístupňuje aktuální výsledky vědeckého poznání těm, kteří se věnují klientům a pacientům v praxi. Současně nabízí prostor pro sdílení praktických poznatků a propojení praxe s výzkumem v oboru adiktologie.

Časopis publikuje recenzovaná původní sdělení, krátká sdělení, přehledové referáty, kazuistické studie, doporučené postupy, studentské práce, zprávy o projektech, komentované překlady, rozhovory, knižní recenze, zprávy z oboru, diskuse a dopisy čtenářů. Přijímá příspěvky věnované tématu legálních a nelegálních psychoaktivních látek, nelátkových závislostí a další komorbidní zátěže z pohledu prevence, léčby, veřejných politik, ekonomického a sociálního kontextu.

Časopis se hlásí k zásadám redakční práce Mezinárodní společnosti editorů adiktologických časopisů – International Society of Addiction Journal Editors (ISAJE), včetně dodržování etických norem a doporučení vyplývajících z Farmingtonské úmluvy (<http://www.isaje.net/farmington-consensus.html>).

Addictology in Prevention and Treatment Practice was established in response to the growing demand on the part of various groups of addiction professionals and practitioners from other related fields who were calling for a more intensive and in-depth dialogue and ways to facilitate closer links between the latest scientific knowledge and their day-to-day practice. By providing its readers with the most recent findings, inspiring ideas, and evidence-based approaches, the journal seeks to contribute to applying such information to work with different populations and reflecting on it critically in the light of everyday prevention and clinical practice.

The journal aims at promoting two-way communication. It is intended to make the latest evidence available to practitioners in the field, as well as offering space for sharing practical knowledge and connecting addiction-specific practice with relevant research.

The journal publishes peer-reviewed original research – including short reports – reviews, case studies, guidelines, student papers, project reports, commented translations, interviews, book reviews, news from the field, opinions, and letters. Submissions are expected to address legal and illegal psychoactive substances, non-substance addictions, and other comorbidities in terms of prevention, treatment, public policies, and the economic and social context.

The journal espouses the editorial principles adopted by the International Society of Addiction Journal Editors (ISAJE), including the ethical standards and recommendations set out in the Farmington Consensus (<http://www.isaje.net/farmington-consensus.html>).

TIRÁŽ / IMPRINT

© SCAN, z.s., 2018

Adiktologie v preventivní a léčebné praxi

Vydává | SCAN, z.s., Třebotov, Pod Nemocnicí 220, 252 26,
www.scan-zs.cz, datová schránka: tyggys

Vedoucí redaktor | doc. Mgr. Roman Gabrhelík, Ph.D.

Zástupce vedoucího redaktora | PhDr. Miroslav Barták, Ph.D.

Redaktor | PhDr. Michaela Malinová

Jazyková redakce | PhDr. Vojtěch Hanus

Anglická redakce | Mgr. Jiří Bareš a Simon Gill, MA

Adresa redakce | Klinika adiktologie,
1. LF UK, Apolinářská 4, 128 00 Praha 2, tel. 224 968 271

Design & Layout | Missing Element & Vladimír Vašek,
www.missing-element.com

Produkce | NLN, s. r. o., Náprstkova 10, Praha 1

Rukopisy zasílejte výhradně na elektronickou adresu redakce journal@aplz.cz.

Distribuce, informace a objednávky předplatného na adrese vydavatele,

e-mail scan@scan-zs.cz, www.aplp.cz.

Inzerce na adrese redakce, e-mail scan@scan-zs.cz.

Vychází čtyřikrát ročně.

Cena časopisu | 103 Kč

Cena vč. poštovného | 135 Kč

ISSN 2570-8120

MKČR E 23254

Toto číslo vyšlo v prosinci 2018.

Otištěné příspěvky nejsou honorovány, autor obdrží bezplatný výtisk.

Za obsah a jazykovou úpravu inzerátů odpovídá inzerent. Kopírování a rozmnožování za účelem dalšího rozšiřování není možné bez předchozího písemného souhlasu vydavatele.

Příští číslo vyjde 30. 3. 2019.

Redakční uzávěrka zpráv a oznámení je 15. 3. 2019.

Redakce si vyhrazuje právo zaslané zprávy krátit a redakčně upravovat.

Nepodepsané příspěvky pocházejí z redakce.



fb.me/avplp



<https://twitter.com/avplp>

LÉČBA CHRONICKÉ HEPATITIDY C

MAVIRET
glekaprevir/pibrentasvir

KOMBINACE 2 DAA* V 8TÝDENNÍM PANGENOTYPOVÉM REŽIMU¹

**= 8 TÝDENNÍ
LÉČBA**

DOSUD NELÉČENÍ PACIENTI BEZ
CIRHÓZY, PACIENTI S INFEKČÍ GT1-6^{††}

98%²
ITT[‡]
VYLÉČENÝCH PACIENTŮ** (SVR12)

Napříč GT 1–6 (n = 943/965)²

*DAA = přímo působící antivirotika.

**Vyléčení = setrvalá virologická odpověď (SVR12) definovaná jako HCV RNA nižší než LLOQ za 12 týdnů po ukončení léčby a byla primárním účinnostním cílovým ukazatelem ve všech studiích.

[†]8týdenní léčba je také doporučena u pacientů bez cirhózy dříve léčených pomocí pegIFN + RBV s nebo bez SOF nebo SOF + RBV s HCV infekcí genotypu 1, 2, 4, 5 a 6.

[‡]ITT = do analýzy jsou zahrnuti všichni pacienti, kteří byli zařazeni do studie.

Zkrácená informace o přípravku: Maviret 100 mg/40 mg potahované tablety

Složení: Jedna potahovaná tableta obsahuje glekaprevirum 100 mg a pibrentasvirum 40 mg. **Indikace:** Léčba chronické virové hepatitidy C u dospělých. **Dávkování a doba léčby:** Doporučená perorální dávka přípravku Maviret je 300 mg/120 mg (tři tablety 100 mg/40 mg) jednou denně s jídlem. Doporučená doba trvání léčby viz SPC. **Zvláštní populace:** U pacientů s poruchou funkce ledvin a lehkou poruchou funkce jater není třeba dávku upravovat; u pacientů se středně těžkou poruchou funkce jater se Maviret nedoporučuje, těžká porucha funkce jater – viz kontraindikace. U pacientů po transplantaci jater nebo ledvin s cirhózou nebo bez ní je doporučena doba léčby 12 týdnů. Další informace týkající se dávkování viz SPC. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. Pacienti s těžkou poruchou funkce jater (Child-Pugh C). Současné použití s léčivými přípravky obsahujícími atazanavir, atorvastatinem, simvastatinem, dabigatran-etexilátem, přípravky obsahujícími ethinylestradiol, silnými induktory P-gp a CYP3A (např. rifampicinem, karbamazepinem, třezalkou tečkovanou (Hypericum perforatum), fenobarbitalem, fenytoinem a primidonem). **Těhotenství a kojení:** Údaje o podávání glekapreviru nebo pibrentasviru těhotným ženám jsou omezené nebo nejsou k dispozici. Přípravek Maviret není z preventivních důvodů během těhotenství doporučován. **Zvláštní upozornění:** Reakce viru hepatitidy typu B: Pacienti s koinfekcí HBV/HCV jsou vystaveni riziku reakce HBV, a proto mají být monitorováni a má jim být poskytnuta péče podle aktuálních standardních léčebných postupů. Screening HBV má být u každého pacienta proveden ještě před zahájením léčby. Porucha funkce jater: Maviret se nedoporučuje u pacientů se středně těžkou poruchou funkce jater (Child-Pugh B) a je kontraindikován u pacientů s těžkou poruchou funkce jater (Child-Pugh C). Pacienti, u kterých selhal předchozí režim zahrnující inhibitor NS5A a/nebo inhibitor NS3/4A: Přípravek Maviret není doporučen pro opakovanou léčbu pacientů s předchozí expozicí NS3/4A a/nebo NS5A. Laktosa: Přípravek Maviret obsahuje laktosu. Pacienti se vzácnými dědičnými problémy s intolerancí galaktosy, vrozeným deficitem laktázy nebo malabsorpcí glukosy a galaktosy nemají tento přípravek užívat. **Interakce:** Glekaprevir a pibrentasvir jsou inhibitory P-glykoproteinu (P-gp), proteinu rezistence karcinomu prsu (BCRP) a polypeptidu transportujícího organické anionty (OATP) 1B1/3. Současné podávání přípravku Maviret s léčivými přípravky, které jsou substráty P-gp, BCRP nebo OATP1B1/3 může zvýšit jejich plazmatickou koncentraci a může vyžadovat úpravu jejich dávky. Současné podávání přípravku Maviret s léčivými přípravky, které jsou středně silnými induktory P-gp/CYP3A (např. okarbazepinem, eslikarbazepinem, lumakafem, krizotinib), může snížit plazmatické koncentrace glekapreviru a pibrentasviru a není tedy doporučeno. Současné podávání přípravku Maviret s léčivými přípravky, které inhibují OATP1B1/3 (např. elvitegravir, cyklosporin, darunavir, lopinavir), zvyšují systémové koncentrace glekapreviru. Pacienti léčení antagonisty vitamínu K: Během léčby přípravkem Maviret se může změnit funkce jater, je doporučeno pečlivé monitorování hodnot INR. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté: bolest hlavy a únava. Časté: průjem, nauzea, astenie. Zvýšení celkového bilirubinu nejméně na 2násobek horní hranice normálních hodnot (ULN) bylo pozorováno u 1,3 % pacientů v souvislosti s inhibicí transportéru bilirubinu prostředkem glekaprevirem a jeho metabolismem. **Uchovávání:** Žádné zvláštní podmínky uchovávání. **Balení:** PVC/PE/PCTFE blistr s Al fólií, balení obsahuje 84 (4x21) tablet. **Držitel rozhodnutí o registraci:** AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG, Ludwigshafen, Německo. **Registrační číslo:** EU/1/17/1213/001. **Poslední revize textu:** 06/2018. Přípravek je vázán na lékařský předpis a je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

▼ Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky.

Seznamte se, prosím, s úplnou informací o přípravku dříve, než jej předepíšete. * Všimněte si, prosím, změn v informacích o léčivém přípravku.

Reference: 1. SPC Maviret. 2. Puoti M. et al: High SVR12 with 8-week and 12-week glekaprevir/pibrentasvir therapy: An integrated analysis of HCV genotype 1-6 patients without cirrhosis. J Hepatol. 2018 Aug;69(2):293-300.

abbvie

AbbVie s.r.o., Metronom Business Center, Bucharova 2817/13, 158 00 Praha 5 – Nové Butovice, tel.: 233 098 111, fax: 233 098 100, www.abbvie.cz

CZ-MAVI-180016

Obsah / Contents

EDITORIAL

Dětská a dorostová adiktologie vytvořila samostatnou sekci při SNN ČLS JEP a sdílí ji s dalšími společnostmi

221

MIOVSKÝ, M.

PŮVODNÍ PRÁCE / ORIGINAL ARTICLE

Veřejně dostupné zdroje dat a prevalence užívání návykových látek u rodiček, dětí a mladistvých a možnosti využití těchto dat pro prevenční odhady pacientů a klientů

224

Publicly available data sources and prevalence of substance use in pregnant women, children and adolescents and the use of these data for patients' and clients' prevalence estimates

ROLOVÁ, G., MIOVSKÝ, M., BARTÁK, M.

PŘEHLEDOVÉ ČLÁNKY / REVIEW ARTICLES

Práce v adiktologické ambulanci pro děti a dorost

236

Outpatient Addiction Treatment Clinic for Children and Adolescents: Intervention Possibilities

SEDLÁČKOVÁ, S., HAMPLOVÁ, L., VESELÝ, Z., DOBRINIČ, K., MLÁDKOVÁ, P.

Školská zařízení a adiktologická problematika

246

School Facilities and Addiction-Related Issues

TOMAN, J.

PŘÍPADOVÁ STUDIE

Přístup založený na důkazech ve školní prevenci znamená každodenní boj: případová studie zkušeností v České republice s národními standarty kvality a národním certifikačním systémem

254

An evidence-based approach in school prevention means an everyday fight: a case study of the Czech Republic's experience with national quality standards and a national certification system

MIOVSKÝ, M.

ZPRÁVY Z OBORU

K novému vizuálu kampaně Centra veřejného zdraví se zaměřením na alkohol 1. LF UK a VFN v Praze pro cílovou skupinu dospívajících

260

BARTÁK, M.

PEDIATRICKÉ SLUŽBY

Adiktologická ambulance pro děti a dorost ADA+ Kladno

262

Štáfková, M.

Ambulance dětské a dorostové adiktologie Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze

264

Kunc, S., Franzová, M., Šťastná, L.

SANANIM – Adiktologická ambulance pro mladistvé

265

Petrošová, B., Rataj, M.

Ambulance pro gambling SANANIM, z.ú.

266

Ambrož, M.

Program pro rodiče-uživatelé drog a jejich děti (SANANIM)

268

Preslová, I.

Prev-Centrum, z.ú., Nízkoprahové služby

270

Franková, A., Roubalová, A.

Terapeutická komunita Karlov, Sananim, z.ú.

272

Jandáč, T.

PŘÍLOHY: DOPORUČENÉ POSTUPY

APPENDIX 1

Doporučené postupy pro identifikaci a management užívání návykových látek a poruch spojených s užíváním návykových látek v těhotenství

1–3

APPENDIX 2

Doporučené postupy pro práci s mladými lidmi s problémy souvisejícími s užíváním návykových látek

1–85

Dětská a dorostová adiktologie vytvořila samostatnou sekci při SNN ČLS JEP a sdílí ji s dalšími společnostmi

Vážení kolegové, čtenáři, přátelé,

od momentu, kdy jsme společně s Petrem Popovem v časopise *Adiktologie* publikovali editorial pod názvem *Dětská a dorostová adiktologie na prahu emancipace* (Miovský, Popov, 2016), uplynulo dost vody a některá z témat se usadila, vyjasnila a dostala jasnější obsah. Je dnes pravděpodobně mnohem více početný okruh kolegů, kteří toto téma začali vnímat a pro které je lépe uchopitelné. Postesk nad tím, že některé vznikající provozy nemají plnou obsazenost, je v tomto kontextu především o dvou základních problémech. Tím prvním je zřejmě neochota si přiznat, že za touto netrpělivostí stojí především obava o rozpočet „na dospělácké služby“. To je ale obava zcela oprávněná a má být předmětem otevřené diskuse a nikoli pasivně agresivního skrývání se „za pochybnosti o smyslu a oprávněnosti“ dětských provozů. Nedostatek peněz je všudypřítomný a je společným závažným problémem. Vznik a rozvoj dětské adiktologie by neměl ohrožovat služby pro dospělé a neměl by vést ještě do větší krize, než v jaké jako obor jsme. Pojďme to tedy transparentně pojmenovat a řešit. Je to systémový a závažný problém a prioritou celého oboru v segmentu ambulantní péče musí být revitalizace a stabilizace služeb pro dospělé. To je jasné a musí to být jasné opakovaně. Neznamená to ale nesmyslně mlčet a bát se udělat jakýkoli krok do neznáma a čekat „na lepší časy“ – nikdy nepřijdou a naše povinnost je rozvíjet obor a artikulovat problémy, které vidíme a pro které máme oporu ve vědě a klinické praxi.

Druhým základním problémem, který není dostatečně pojmenován a doutná a souvisí s předchozím tématem, je fakt, že za nedostatkem klientů a pacientů některých provozů stojí prostě nepochopení nebo neochota věnovat se hlavním cílovým skupinám dětských provozů. Každý by měl samozřejmě rád ony motivované klienty pro tu „pěknou a vrcholovou“ psychoterapii. Jenže takových klientů je málo a mnozí z nich za exkluzivní služby rádi zaplatí i jinde. Ale dětská a dorostová adiktologie je dominantně o opačném konci, stojí na nemotivovaných a problematických rodičích, pokud vůbec rodiče jsou, protože to je především o dětech z ústavní výchovy a péče. Například dětské domovy jsou plné dětí, které potřebují alespoň základní adiktologickou péči – a tato péče pro ně v potřebné podobě dnes dostupná není – včetně toho, aby je v případě potřeby viděl dětský psychiatr. O diagnostických ústavech nemluvě. Vedle toho asi nebudou jásat mnohé těhotné ženy mající adiktologický problém, že s ním jsou konfrontovány a jim je nabídnuta pomoc. O náctiletých klientech probační a mediační služby asi není třeba hovo-

řit, stejně jako klientech OSPOD v konfliktu se zákonem. Ilegální migranti a u nás žijící menšiny, resp. jejich děti, asi též není třeba představovat. Drtivá většina této klientely není nikým chtěná a rozhodně není lehká na práci. Dobrovolnost, zájem a motivace jsou asi logicky v jejich případě velmi choulostivá témata. Jeden z klíčových článků tohoto čísla, zabývající se mj. výpočtem prevalence potenciálních dětských pacientů a klientů pro dětské provozy (Rolová et al., 2018), nenechává na pochybách, o jakých číslech se bavíme. Navazuje úzce na provedené analýzy publikované již dříve (např. Miovský et al., 2014). Není důstojné nechat padnout diskusi o tak závažných věcech na úroveň otázek, kolik vznikajících nových typů služeb mělo za posledních téměř 30 let od Sametové revoluce v roce 1989 podobnou evidenci a řádně provedené analýzy potřeb. Kolik let mnoha novým službám trvalo, než našly svůj profil a klientelu, a kolik z nich mělo problém s nedostatkem klientů a jak dlouho. Přitom není pochyb o jejich užitečnosti a naléhavosti z hlediska jejich existence. Je to nejen nedůstojné, je to i neúčta k obrovskému nasazení a těžké práci kolegů, kteří v dětské péči již mnohé dokázali a udělali a nejsou v situaci „hledání profilu a klientely“. Pojďme tedy tyto problémy dospěle pojmenovávat a diskutovat a nebojme se nepříjemných otázek s nelehkými odpověďmi. Ten dialog je potřebný.

Právě proto, že dětské služby v adiktologii za sebou mají od roku 1957 dlouhý vývoj a na tomto poli je mnohé odpracováno a hotovo, nabízela se logicky varianta vzniku něčeho lépe organizovaného a pevnějšího. Po delší diskusi se tak zrodil nápad založit Sekci dětské a dorostové adiktologie při SNN ČLS JEP (dále též Sekce DaDA). V dubnu 2018 pak byla tato myšlenka formálně schválena výborem SNN a vznikl kratičký koncepční návrh postupu a priorit pro rok 2018, který výbor schválil a podpořil na své pravidelné schůzi. Formulován byl pracovní návrh pojetí dětské a dorostové péče v adiktologii charakterizované ve schváleném dokumentu: *„Dětská a dorostová adiktologie je vymezena primární cílovou skupinou dětí do 15 let a dospívajících do 18(19) let, včetně těhotných žen, rodinných příslušníků a dalších vztahových osob. Primárním posláním sekce SNN ČLS JEP bude postupná kultivace klinické práce s touto cílovou skupinou, rozšiřování preventivních, diagnostických a léčebných nástrojů a intervencí vztahujících se k ní a jejím specifickým potřebám. Je striktně interdisciplinárně založená a zohledňuje jak celé spektrum relevantních odborností (dětská psychiatrie, dětská klinická psychologie, sociální práce, dětská adiktologie atd.), tak institucí specializujících se na práci s touto adiktologickou klientelou, včetně širší sítě relevantních institucí a partnerů jako např. OSPOD, ústavní výchovy a péče, kojeneckých ústavů atd.“*

Jde samozřejmě pouze o pracovní návrh podléhající další diskusi a vývoji. Jedná se o segment služeb a budoucí část oboru, která není dnes pevně usazena nikde ve světě. Sekce DaDA si definovala na počátku tyto priority:

- Koncepční usazení specializace dětské a dorostové adiktologie v oboru závislosti.
- Vytvoření pracovního návrhu Koncepce páteří sítě služeb v DaDA v ČR, jeho předložení do diskuse a zahá-

jení diskuse o jeho postupné implementaci a podmínkách implementace.

- Diskuse o promítnutí témat dětské péče do vzdělávání všech dotčených odborností.
- Nastartování vědecko-výzkumné činnosti v dětské adiktologii a vytváření podmínek pro její rozvoj.

Autoři publikovaného editorialem z roku 2016 (Miovský, Popov, 2016) zdůraznili, že **mluvíme-li o dětské a dorostové adiktologii, mluvíme skutečně o aplikaci mezioborového modelu, důsledně dodržujícího integrativní rámec a charakter adiktologických služeb.** Ani samotná rodinná a párová terapie, ani individuální psychoterapie, ani sociální práce, ani výchova či veřejnozdravotní intervence, ani farmakoterapie ani další jednotlivé složky a komponenty péče nejsou všeobíhající a samy o sobě dostačující. Jsou jen dílčími částmi mozaiky a každá ze základních odborností a jí doporučených intervencí má své místo a toto místo je nezastupitelné a není nadřazené jiným. Jasně jsme formulovali požadavek a de facto imperativ pro další rozvoj celého segmentu služeb, tedy že **o kvalitním a efektivním programu dětské a dorostové adiktologie lze hovořit tehdy, když léčba odpovídá potřebám a charakteru cílové skupiny, tedy dítěte, jeho případných sourozenců, rodičů, případně jiných blízkých osob a širšího sociálního rámce, ve kterém se pohybují.** Velmi ilustrativně to mohou dokládat některé publikované kazuistiky (např. Chládková, Miovský, 2016) a další dokumenty. Není dětské a dorostové adiktologie bez skutečně reálného zastoupení odborností, které jsou pro takovou péči relevantní a bez nástrojů, terapeutických strategií a intervencí, které jsou ověřené, fungující a prokazatelně přinášejí výsledky. Mezitím byl k dispozici český překlad doporučených postupů z Velké Británie (Gilvarry et al., 2016), určených pro práci s mladými lidmi a ten byl rychle rozebrán. I proto jej přetiskujeme v tomto čísle APLP, aby postupy byly dostupné pro další diskusi a práci. To je relevantní také pro blížící se zásadní moment ve vývoji našeho oboru. V roce 2019 totiž náš obor obdrží přímou finanční podporu TAČR (Technologická agentura ČR) pro zpracování vlastních, mezioborově založených klinických doporučených postupů. Základní podmínkou zadání pak je samostatné zpracování právě také doporučených postupů pro děti a dorost. Britské doporučené postupy a další dostupné postupy publikované ve světě se tak stávají důležitou součástí vstupující do naší práce a otevírají diskusi o tom, co a jak z nich lze promítnout do našich vlastních postupů.

Historickým milníkem se v letošním roce stalo první ustanovující setkání zájemců o vznik Sekce DaDA usku- tečněné ve čtvrtek 15. listopadu 2018 v aule Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze. Velmi rychle došlo mezi přítomnými ke shodě na všech programových bodech a prioritách a zápis z celého setkání je k dispozici na stránkách SNN (www.snncls.cz). Na ustavující schůzi sekce byl potvrzen záměr sdílet tuto sekci mezi SNN ČLS JEP a Českou asociací adiktologů (ČAA) a navrženo bylo také projednat sdílení této sekce s Asociací nestátních organizací (A.N.O.). Všechny tři výbory byly obeslány a informovány. Současně kolegové navrhli také další klíčová

partnerství a sdílení informací. Atmosféra byla velmi přátelská a pracovní, a tak se dokonce podařilo ihned na místě diskutovat, navrhnout a zvolit vedení nově vzniklé Sekce. Ze šesti zájemců byla sestavena a schválena kandidátka a schválena byla také procedura hlasování. Předsedkyní Sekce DaDA byla 20 hlasy zvolena Michaela Štáfková z Dětské ambulance v Kladně a dalšími dvěma členy vedení byli zvoleni, shodně oba 16 hlasy, Libor Chvíla z Dětské ambulance v Ostravě a Blanka Petrošová z Dětské ambulance Sananim. Zbývající tři kandidáti budou tvořit užší jádro vedení Sekce a spolupracovat se zvoleným výborem a pomáhat s aktivitami. Rovnou se vedla širší diskuse k plánovaným výstupům Sekce směrem dovnitř i ven adiktologické obce a prioritními aktivitami a komunikací byla, kromě využití samotného APLP, navržena také Purkyňka jednou ročně (žádost a návrh podány na výbor SNN). Členové Sekce projeví dále zájem o pravidelný blok a prostor (symposium) na AT konferenci a zájem o pravidelnou účast na akcích směrem k Psychiatrické společnosti ČLS JEP. Nově zvolené vedení si odneslo předané dokumenty a podklady. Současně bylo vysloveno poděkování za podporu v rozjezdu činnosti Sekce přítomné zástupkyni Nadace Sirius paní Kamile Badové. Sekce tak na svoje prvními krůčky získala důležitou podporu a kromě spolupráce s Nadací Sirius se chystá oslovit také další partnery, včetně např. Odborné společnosti pro prevenci rizikového chování (OSPRCH). Rád bych nově vznikajícímu seskupení popřál vše dobré do startu a neutuchající energii tolik potřebnou pro jejich klienty a pacienty. Přeji, aby jak samotná Sekce, tak hlavně vznikající a rozvíjející se služby měly podporu a zájem a aby jim zbývající část oboru byla ochotna naslouchat, vyjádřit zájem a vést s nimi dialog.

V Praze 1. prosince 2018

Prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D.

přednosta Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze
a vědecký sekretář Společnosti pro návykové nemoci
ČLS JEP pověřený koordinací vzniku Sekce dětské
a dorostové adiktologie

LITERATURA / REFERENCES

- Rolová, G., Miovský, M., Barták, M. (2018). Veřejně dostupné zdroje dat a prevalence užívání návykových látek u rodičů, dětí a mladistvých a možnosti využití těchto dat pro prevalenční odhady pacientů a klientů. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 1(4), 224–235.
- 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.
- Chládková, N., Miovský, M. (2016). Adolescentní pacientka užívající návykové látky komorbidní s mentální bulimií: klinická kazuistická studie. *Adiktologie*, 1(4), 360–367.
- Miovský, M., Čablová, L., Štátná, L., Školníková, M., Miklíková, S. (2014). 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*, 1(1), 10–21.
- Miovský, M., Popov, P. (2016). Dětská a dorostová adiktologie na prahu emancipace? *Adiktologie*, 1(4), 272–279.

JASNÁ CESTA ZE ZÁVISLOSTI!



SUBOXONE 2 mg/0,5 mg, 8 mg/2 mg a 16mg/4 mg sublingvální tablety, buprenorfinum/naloxonium **Složení:** Suboxone 2 mg/0,5 mg: buprenorfinum 2 mg (jako buprenorfini hydrochloridum) a naloxonium 0,5 mg (jako naloxoni hydrochloridum dihydricum). Suboxone 8 mg/2mg: buprenorfinum 8 mg (jako buprenorfini hydrochloridum) a naloxonium 2 mg (jako naloxoni hydrochloridum dihydricum). Suboxone 16 mg/4mg: buprenorfinum 16 mg (jako buprenorfini hydrochloridum) a naloxonium 4 mg (jako naloxoni hydrochloridum dihydricum). **Pomocné látky:** monohydrát laktózy, mannitol, kukuřičný škrob, povidon K30, kyselina citronová, dihydrát citronanu sodného, magnesium-stearát, draselná sůl acesulfamu, přírodní citronové a limetové aroma **Indikace:** Substituční léčba závislosti na opioidech v rámci lékařské, sociální a psychologické péče. Účelem složky naloxon je zabránit nesprávnému intravenóznímu použití. Léčba je určena pro užítí u dospělých a dospívajících nad 15 let, kteří souhlasili s léčbou závislosti. **Dávkování:** Léčba musí být prováděna pod dohledem lékaře, který má zkušenosti v léčbě závislosti na opioidech/návyku na opioidy. Podrobnější informace jsou uvedeny v Souhrnu údajů o přípravku. Doporučená zahajovací dávka je jedna až dvě tablety přípravku Suboxone 2 mg/0,5 mg. Další dávka jedna až dvě tablety přípravku Suboxone 2 mg/0,5 mg může být podána první den v závislosti na individuálních požadavcích pacienta. Dávka se titruje v krocích po 2-8 mg buprenorfinu podle opakovaného hodnocení klinického a psychologického stavu pacienta a neměla by překročit maximální jednotlivou denní dávku 24 mg. Po dosažení uspokojivé stabilizace může být frekvence podávání snížena na dvojnásobnou individuálně titrovanou denní dávku podávanou obden. Po dosažení uspokojivé stabilizace, a pokud pacient souhlasí, může být dávka postupně redukována na nižší udržovací dávku; v některých příznivých případech může být léčba přerušena. **Kontraindikace:** Hypersensitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku tohoto přípravku, závažná respirační insuficience, závažná jaterní insuficience, akutní alkoholismus nebo delirium tremens, současné podávání antagonistů opioidů (naltrexon, nalmefen) pro léčbu závislosti na alkoholu nebo opioidech. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Buprenorfin může být nesprávně použit, zneužit podobným způsobem jako opioidy, legálně nebo nelegálně. Rizika nesprávného použití a zneužití zahrnují předávkování, rozšíření virových nebo lokalizovaných a systémových infekcí přenesených krevní cestou, ůtlum dýchání a poškození jater. Pro minimalizaci rizika mají lékaři přijmout příslušná opatření při předepisování a výdeji buprenorfinu. Kombinace buprenorfinu a naloxonu v přípravku Suboxone je určena pro zabránění nesprávnému použití a zneužití buprenorfinu. Podrobnější informace jsou uvedeny v platném znění SPC bod 4.4. **Hepatitida a poruchy jaterních funkcí:** hlášeny případy akutního poškození jater u osob závislých na opioidech v klinických studiích a v postmarketingových hlášeních o nežádoucích účincích (abnormality od přechodných symptomatických elevací jaterních transamináz až k případům hlášení selhání jater, nekrózy jater, hepatorenálního syndromu, hepatální encefalopatie a úmrtí). V případě podezření na případ jaterního poškození se vyžadují další biologická a etiologická vyhodnocení. Podle výsledků může být přípravek opatrně vysazen tak, aby se předešlo abstinenčním příznakům a opětovné drogové závislosti. Pokud se v léčbě pokračuje, pečlivě sledovat jaterní funkce. **Porucha funkce jater:** hodnocena v postmarketingové studii. Buprenorfin a naloxon rozsáhle metabolizovány, zjištěny vyšší plazmatické hladiny buprenorfinu a naloxonu u pacientů se středně těžkou a těžkou poruchou funkce jater po podání jedné dávky. Musí být sledovány známky a příznaky vyvolané vysazením opioidů, toxicitou nebo předávkováním způsobeným zvýšenými hladinami naloxonu a/nebo buprenorfinu. Užívat přípravek s opatrností u pacientů se středně těžkou poruchou funkce jater (viz body 4.3 a 5.2 platné verze SPC). Užívání buprenorfinu/naloxonu je kontraindikováno u pacientů s těžkou jaterní nedostatečností. **Porucha funkce ledvin:** renální eliminace může být prodloužena (30 % podané dávky se vylučuje ledvinami). U pacientů s poruchou funkce ledvin dochází ke kumulaci metabolitů buprenorfinu. U pacientů s těžkou poruchou funkce ledvin se doporučuje opatrnost při dávkování (viz body 4.2 a 5.2 platné verze SPC). **Použití u dospívajících (ve věku 15 až < 18 let):** Pečlivě hlídat pacienty v této věkové skupině vzhledem k nedostatku údajů u dospívajících. **Inhibitory CYP 3A:** Léky, které inhibují enzym CYP3A4, mohou vést ke zvýšení koncentrací buprenorfinu. U pacientů, kteří jsou již léčeni inhibitory CYP3A4, má být dávka kombinace buprenorfin/naloxon pečlivě titrována, snížená dávka může být dostačující (viz bod 4.5 platné verze SPC). Suboxone obsahuje laktózu, a to na základě zkušeností s morfinem (viz bod 4.3 platného znění SPC). **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** Neužívat společně s alkoholickými nápoji nebo léky obsahujícími alkohol (alkohol zvyšuje sedativní účinek buprenorfinu - viz bod 4.7 platného znění SPC). Suboxone má být užíván s opatrností, je-li podáván společně s: benzodiazepiny, s dalšími léky s tlumícími účinky na CNS, ostatními opioidními deriváty, některými antidepresivy, sedativními antagonisty H1-receptorů, barbituráty, anxiolyty (jiné než benzodiazepiny), neuroleptiky atd. Snížená pozornost může zvýšit riziko při řízení motorových vozidel a obsluze strojů. Dále inhibitory CYP3A4 a induktory CYP3A4. Současné podávání během léčby buprenorfinem/naloxonem je kontraindikováno (potenciálně nebezpečná interakce, která může urychlit náhlý nástup zvýšených účinků opioidů, a to na základě zkušeností s morfinem (viz bod 4.5 platného znění SPC). **Těhotenství a kojení:** Nejsou k dispozici žádné odpovídající údaje o použití u těhotných žen. Není známo, zda naloxon přechází do mateřského mléka. Buprenorfin a jeho metabolity jsou vylučovány do mateřského mléka u člověka. Kojení má být v průběhu léčby přerušeno. **Nežádoucí účinky:** Mezi nejčastější patřily zácpa a účinky související s abstinenčními příznaky (např. nespavost, bolest hlavy, nauzea, nadměrné, pocení). Některá hlášení záchvatů, zvracení, průjmu a zvýšených jaterních testů byla považována za závažná. **Uchovávání:** Tento léčivý přípravek nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchovávání. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Indivior UK Limited, 103-105 Bath Road, Slough, Berkshire, SL1 3UH, Velká Británie **Registrační číslo:** EU/1/06/359/001-004 **Datum revize textu:** založeno na schválené revizi z listopadu 2015. **Hlášení podezření na nežádoucí účinky** Hlášení podezření na nežádoucí účinky pro registraci léčivého přípravku je důležité. Umožňuje to pokračovat ve sledování poměru přínosu a rizik léčivého přípravku. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili podezření na nežádoucí účinky prostřednictvím Státní ústav pro kontrolu léčiv Šrobárova 48, 100 41 Praha 10, webové stránky: www.sukl.cz/nahlasit-nezadouci-ucinek **Výdej léčivého přípravku vázán na lékařský předpis. Před použitím si, prosím, přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Podrobné o informace o tomto přípravku jsou uveřejněny na webových stránkách Evropské lékové agentury <http://www.ema.europa.eu/>. Přípravek 8 mg/2 mg hrazen ze zdravotního pojištění.**

Publicly available data sources and prevalence of substance use in pregnant women, children and adolescents and the use of these data for patients' and clients' prevalence estimates

Rolová, G., Miovský, M., Barták, M.

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

Citation | Rolová, G., Miovský, M., Barták, M. (2018). Veřejně dostupné zdroje dat a prevalence užívání návykových látek u rodiček, dětí a mladistvých a možnosti využití těchto dat pro prevalenceční odhady pacientů a klientů. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 1(4), 224–235.

Background | The identification of the data and data sources regarding the substance use among children, youth, and pregnant women is one of the starting points of the creation of an addiction treatment services network for this population. The gradually forming network of specialized addiction treatment services for children and youth necessarily brings the need to refine the estimates of potential clients and patients of these facilities in practice. **Methods** | This overview article is based on the identification of publicly available data sources regarding the substance use among children, youth and pregnant women, including the so-called gray zone, and their descriptive analysis with an emphasis on number of individual substance users and gambling and gaming players. **Findings and conclusions** | In the population of children and youth there are up to

44,600 strong tobacco smokers, 114,400 people who drink alcohol excessively and 63,500 young people who use cannabis repeatedly. About 2,750 people currently use methamphetamine and 2,100 young people use heroin and other opiates. Up to 5,070 adolescents used cocaine and about 3,460 people injected drugs during their lifetime. The extent of substance use in children and youth and the availability of outpatient addiction treatment services do not correspond. The authors of the article tried to predict the actual prevalence of potential clients and patients forming the network of specialized outpatient services but at the same time they also tried to outline the direction of future refinement of these estimates and possibilities of working with public data in this field.

Keywords | Substance use – Children – Adolescents – Pregnant women – Czech Republic

Submitted | 5 November 2018

Accepted | 23 November 2018

Grant support | Progres Q06, Project to support the development of child addictology care by the Sirius Foundation (VFN).

Correspondence address | Gabriela Rolová, Department of Addictology, First Faculty of Medicine, Charles University and General University Hospital in Prague, Apolinářská 4, 128 00 Prague 2, Czech Republic

Veřejně dostupné zdroje dat a prevalence užívání návykových látek u rodiček, dětí a mladistvých a možnosti využití těchto dat pro prevalenční odhady pacientů a klientů

Rolová, G., Miovský, M., Barták, M.

Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

Citace | Rolová, G., Miovský, M., Barták, M. (2018). Veřejně dostupné zdroje dat a prevalence užívání návykových látek u rodiček, dětí a mladistvých a možnosti využití těchto dat pro prevalenční odhady pacientů a klientů. *Adiktol. prevent. léčeb. praxí*, 1(4), 224–235.

Východiska | Identifikace dat a datových zdrojů ohledně užívání návykových látek u dětí, mládeže a těhotných žen je jedním z výchozích bodů vytváření sítě adiktologických služeb pro tuto populaci. Postupně se tvořící síť specializovaných adiktologických zařízení pro děti a dorost s sebou nutně přináší potřebu zpřesnit odhady počtu potenciálních klientů a pacientů těchto provozů v praxi. **Metody** | Přehledový článek je založen na identifikaci veřejně dostupných datových zdrojů ohledně užívání návykových látek u dětí, mládeže a těhotných žen, včetně tzv. šedé zóny, a jejich deskriptivní analýze s důrazem na prezentaci počtu uživatelů jednotlivých návykových látek a hráčů gamblingu a gamingu. **Zjištění a závěry** | V populaci dětí a mládeže je až 44 600 silných kuřáků tabáku, 114 400 osob, které nadměrně pijí alkohol, a 63 500 mladých lidí, kteří opakovaně užívají konopné

látky. Pervitin aktuálně užívá okolo 2 750 mladých lidí a heroin a jiné opiáty 2 100 osob. Kokain užilo někdy v životě až 5 070 adolescentů a okolo 3 460 osob si někdy aplikovalo drogy injekčně. Rozsah užívání návykových látek u dětí a mládeže a dostupnost služeb spolu nekorespondují. Autoři článku se pokusili jednak o reálný prevalenční odhad potenciálních klientů a pacientů tvořící se sítě specializovaných ambulancí, ale současně se také pokusili nastínit ve velmi jednoduché formě směr budoucího zpřesňování těchto odhadů a možností práce s veřejnými daty v této oblasti oboru.

Klíčová slova | Návykové látky – Užívání – Děti – Mladiství – Těhotné – Česká republika

Došlo do redakce | 5. listopadu 2018

Přijato k tisku | 23. listopadu 2018

Grantová podpora | Progres No. Q06/LF1 a projekt podpory rozvoje dětské adiktologické péče Nadace Sirius (VFN).

Korespondenční adresa | Mgr. Gabriela Rolová, Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta UK a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Apolinářská 4, 128 00 Praha 2

gabriela.rolova@lf1.cuni.cz

1 VÝCHODISKA

Souhrnným cílem předložené práce je nabídnout přehled datových zdrojů a epidemiologických údajů o užívání návykových látek u dětí a mládeže do věku 19 let a u těhotných v ČR za posledních maximálně deset let s tím, že prezentace nejnovějších údajů má vždy přednost. Účelem není prosté kopírování závěrů ani kritická reflexe závěrů již zveřejněných prací, ale představení a diskuse dostupných informačních zdrojů a informací, které se nabízejí pro realizaci prevence a léčby závislostí a také pro hodnocení aktuální sítě služeb z hlediska jejich kapacity a místní a typové dostupnosti. Výše uvedený souhrnný cíl je pro účely této práce rozdělen na několik dílčích cílů. Prvním dílčím cílem této studie je představení veřejně běžně dostupných datových zdrojů poskytujících údaje ohledně užívání návykových látek u dětí a mládeže ve věku 0–19 let a těhotných žen. Dalším dílčím cílem je stručné shrnutí konkrétních údajů o aktuální prevalenci užívání návykových látek u těchto populačních skupin. Posledním dílčím cílem je prezentace prevalenčních odhadů škodlivého užívání návykových látek u dětí a dospívajících, kteří by v budoucnu mohli vyžadovat intervenci ze strany zařízení specializujících se na léčbu problémového užívání a závislosti na návykových látkách.

Práce tak volně navazuje a rozšiřuje analýzu potřeb adiktologických služeb realizovanou v Praze a Středočeském kraji (Miovský a kol., 2014), zpracovanou na základě zadání Magistrátu hl. města Prahy. Ta přinesla první odhady počtu potenciálních klientů a pacientů pro tehdy zvažovanou pilotní ambulanci pro děti a dorost. Již tehdejší studie uzavírá, že množství informací v otevřených zdrojích není v potřebné míře průběžně aktualizováno, a to někdy ani tam, kde za obsah nese zodpovědnost jasně daná instituce či úřad. Nejdůležitějším zjištěním uvedené analýzy (Miovský a kol., 2014) je potvrzení vysoké potřeby zabezpečit specializovanou adiktologickou ambulantní a intenzivní ambulantní péči pro děti a dorost. V rámci zprávy a navazujícího projektu byl navržený směr řešení (Miovský a kol., 2016), a to adaptací konceptu adiktologické ambulance s posílenou lékařskou péčí a navazujícími stacionárními programy (denní a odpolední stacionář). Jako výhodné se ukázalo navázání na původní tradici provozu dětské a dorostové krajské ambulance (jejíž činnost byla původně zahájena v roce 1957) u Apolináře (dnešní Klinika adiktologie) (Miovský & Popov, 2016) a otestování nově navrženého modelu v aktuálních podmínkách (jako navazující evaluační studie). Toto řešení nabízí podle autorů studie (Miovský a kol., 2016) 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 (viz Miovský a kol. 2014, str. 5–6).

Předkládaná aktuální přehledová studie by měla představovat, respektive představuje standardní součást analýz potřeb při budování infrastruktury služeb pro

určitou specifickou skupinu klientů a pacientů, v tomto případě cílovou skupinu ambulantních služeb dětské a dorostové adiktologie.

Problematika analýzy služeb je standardně řešena také v rámci mezinárodního prostředí. Světová zdravotnická organizace (2006) uvádí potřebu hodnocení i konkrétní požadavky na sledovaná data. Odvolává se na potřebu analýzy v oblastech:

- mapování systému (struktura a kvalita systému),
- hodnocení potřebnosti adiktologických služeb, analýzu mezery mezi aktuálně dostupnými službami na jedné straně a potřebnými službami na straně druhé,
- systémové monitorování (spotřeba služeb, jejich návaznost, náklady),
- srovnávací výzkum (k zodpovězení politických otázek na národní úrovni).

Za významné datové zdroje jsou považovány především:

- populační indikátory (například dostupnost návykových látek a rozsah behaviorálních závislostí, data o škodlivých účincích látek a/nebo určitých druzích posuzovaného chování (behaviorální závislosti),
- indikátory vztažené ke službám, jejich místní a typové dostupnosti, charakteristikám cílových skupin, ale také výsledkům péče

Tento rámec je pak na úrovni jednotlivých států, včetně České republiky, dále rozpracováván a uzpůsobován místním podmínkám a možnostem.

2 METODY

Přehledový článek je zaměřen na identifikaci veřejně dostupných datových zdrojů poskytujících údaje ohledně aktuálního užívání návykových látek v populaci dětí a mládeže 0–19 let a těhotných žen. Veřejně dostupné zdroje byly identifikovány na základě on-line rešerše pomocí internetového vyhledávače www.google.com. Jako klíčová slova byla použita slovní spojení vztahující se k prevalenci užívání návykových látek ve sledovaných populacích. V úvahu byly vzaty zdroje, které poskytují nejnovější údaje ohledně prevalence užívání návykových látek u dětí, mládeže a těhotných žen, které byly publikovány před maximálně 10 lety (rok 2009). Soustředili jsme se na národní a krajské výzkumné studie, průzkumy a závěrečné práce studentů. Při identifikaci datových zdrojů jsme se zaměřili na zdroje, které poskytují informace ohledně prevalence užívání návykových látek za posledních 30 dní, neboť je to vhodným ukazatelem aktuální situace ohledně užívání návykových látek. Kromě návykových látek jsme sledovali i prevalenci gambingu a gamingu.

U populace dětí a mládeže 0–19 let jsme se soustředili především na školní populaci, ale také na specifické populace dětí a mládeže, jako jsou děti romské etnicity, děti navštěvující nízkoprahová zařízení pro děti a mládež

a děti umístěné ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy. Kromě prevalence užívání návykových látek u těhotných žen jsme zjišťovali i prevalenci fetálního alkoholového syndromu (FAS) v České republice.

Odhady počtu uživatelů legálních a nelegálních návykových látek byly provedeny na základě extrapolace dat ze školní studie ESPAD 2015. Údaje o prevalenci užívání návykových látek byly extrapolovány na celkový počet osob v populaci 14–19letých k 1. 1. 2017 dle Českého statistického úřadu (ČSÚ, 2018). Získaná data byla zaokrouhlena na celé stovky v případě užívání legálních drog a konopí a na celé desítky v případě užívání nelegálních drog. U kokainu a injekčního užívání byla za kraje sledována pouze celoživotní prevalence, extrapolované údaje se tedy vztahují pouze k celoživotnímu užívání zmíněných návykových látek.

3 DATOVÉ ZDROJE

3.1 Užívání návykových látek ve školní populaci

Mezinárodní a národní úroveň

Užívání alkoholu, tabáku a dalších návykových látek u dětí a mládeže sledují především dvě celonárodní studie – Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) a The Health Behavior in School-aged Children (HBSC). Jedná se o mezinárodní výzkumné studie zaměřené na školní populaci. Na prevalenci užívání tabákových výrobků mezi školní populací se speciálně zaměřuje mezinárodní studie Global Youth Tobacco Survey (GYTS).

ESPAD. Celoevropská studie ESPAD je zaměřená na hodnocení situace a jejího vývoje v oblasti užívání legálních i nelegálních návykových látek v populaci 16letých studentů. Studie je realizována každé 4 roky od roku 1995. V roce 2015 byla realizována šestá vlna sběru dat, které se zúčastnilo celkem 35 zemí. Národním koordinátorem projektu je v České republice Národní ústav duševního zdraví (NÚDZ) ve spolupráci s Národním monitorovacím střediskem pro drogy a závislosti (NMS). V České republice bylo v roce 2015 zapojeno do studie celkem 6 707 studentů z 208 škol a 309 tříd. Cílovou skupinu představovali studenti narození v roce 1999, tj. studenti 9. tříd ZŠ a 1. ročníků SŠ (Chomynová, Csémy & Mravčík, 2016). Studie se zaměřuje na zkušenosti s kouřením cigaret, užíváním alkoholu a dalších nelegálních látek (extáze, amfetaminů, metamfetaminů, kokainu, cracku, halucinogenů, heroinu, GHB, těkavých látek) a zneužívání léků bez lékařského předpisu (trankvilizérů, sedativ, anabolických steroidů, léků proti bolesti). Nově také sleduje užívání nových psychoaktivních látek a prevalenci hraní hazardních her (gambling) a hraní počítačových her a her na internetu (gaming). Studie dále zjišťuje vnímání dostupnosti návykových látek a věk prvního užití. Součástí je také sledování trendů v oblasti užívání návykových látek (ESPAD Group, 2016). Za Českou republiku poskytuje NMS na základě údajů ze studie ESPAD také analýzu regionů.

Na základě překvapivých výsledků studie ESPAD 2015 ohledně užívání návykových látek v České republice provedlo NMS v roce 2016 validizační studii podle stejné metodiky ESPAD. Validizační studie se zúčastnilo 115 škol a zahrnovala 5 364 studentů (Chomynová, Csémy & Mravčík, 2016).

Hlavní výsledky mezinárodní studie jsou shrnuté v publikaci ESPAD Report 2015 (ESPAD Group, 2016). Dílčí výsledky za Českou republiku jsou uvedené především v publikaci Zaostrěno, Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) 2015 (Chomynová, Csémy & Mravčík, 2016). Poslední dostupná data ohledně užívání návykových látek v krajích ČR jsou uvedeny ve Výzkumné zprávě Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD), Výsledky průzkumu v České republice v roce 2011 (Chomynová, Csémy, Grolmusová & Sadílek, 2014).

HBSC. Mezinárodní průřezová studie HBSC se zaměřuje na zdraví a životní styl žáků základních škol ve věku 11, 13 a 15 let. Je koordinovaná Světovou zdravotnickou organizací (WHO) a uskutečňuje se v pravidelných čtyřletých intervalech od roku 1994. Poslední sběr dat probíhal ve školním roce 2013/2014 a do studie bylo zapojeno celkem 219 460 školáků ze 44 států Evropy a Severní Ameriky. Národním koordinátorem studie v České republice je Institut aktivního životního stylu Fakulty tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci. Za Českou republiku se zúčastnilo studie 14 136 žáků z 243 základních škol a víceletých gymnázií. Z hlediska užívání návykových látek sleduje studie zkušenosti s užíváním tabáku, alkoholu a konopí. Kromě návykových látek se dotazník zaměřuje na zdraví, stravovací zvyklosti, sexuální chování, násilné chování, pohybovou aktivitu a volný čas, vrstevníky, rodinu a školu a školní prostředí.

Výsledky mezinárodní studie jsou uvedené v publikaci Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being, Health behaviour in school-aged study: International report from the 2013/2014 survey (Inchley et al., 2016). Výsledky za Českou republiku a další země Visegrádské čtyřky a Ukrajinu jsou publikované v Mezinárodní zprávě o zdraví a životním stylu dětí a školáků (Gecková et al., 2016).

GYTS. Studie Global Youth Tobacco Survey (GYTS) monitoruje užívání tabákových výrobků a znalosti a postoje ohledně tabáku ve školní populaci ve věku 13–15 let. Studie je součástí Globálního systému sledování tabáku (GTSS). Koordinátorem studie je WHO ve spolupráci s Centrem pro kontrolu a prevenci nemocí (CDC). Realizátorem studie v České republice je Státní zdravotní ústav (SZÚ) za koordinace Ministerstva zdravotnictví. Poslední sběr dat se uskutečnil v roce 2016 a zapojilo se do něj celkem 3926 žáků 7. a 9. tříd ZŠ a víceletých gymnázií. Studie poskytuje data ohledně prevalence kouření cigaret a užívání dalších tabákových výrobků, informuje o pěti determinantách užívání tabáku, tj. dostupnost a cena, expozice pasivnímu kouření, zanechání kouření, vliv médií, reklamy a školních osnov.

Výsledky studie z roku 2016 lze najít v publikaci Czech Republic 2016 Country Report, Global Youth Tobacco Survey (GYTS) (Sovinová & Kostecká, 2016).

Krajská úroveň

Analýzu užívání návykových látek ve školní populaci v krajích ČR zpracovává pravidelně NMS na základě dat získaných ze studie ESPAD. Pro dosažení reprezentativnosti souboru pro regionální analýzu se vzorek studentů navyšuje. V roce 2011 byl celkový počet dotázaných na krajské úrovni 5 074 studentů (rok narození 1995) (Chomynová, Csémy, Grolmusová & Sadílek, 2014).

Společnost A Kluby ČR pravidelně realizuje průzkum Mládež a drogy v Jihomoravském kraji. Při posledním sběru dat v roce 2014 bylo osloveno celkem 3 223 studentů ve věku 11–19 let ze 33 základních a středních škol v kraji (A Kluby ČR, o.p.s., 2014).

Přehled ohledně užívání návykových látek v jednotlivých základních a středních školách České republiky poskytuje často také bakalářské a diplomové práce studentů pregraduálních oborů.

Shrnutí hlavních výsledků celonárodních školních studií i menších průzkumů ohledně užívání návykových látek a gamblingu a gamingu poskytuje každoročně Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice a Výroční zpráva o hazardním hraní v České republice, které zpracovává NMS.

3.2 Užívání návykových látek ve specifických skupinách populace dětí a mládeže

Užívání drog u dětí romské etnicity

V roce 2010 byla pro Agenturu pro sociální začleňování v romských lokalitách zpracována „Metodika výzkumu užívání návykových látek mezi mládeží v sociálně vyloučených lokalitách“ zaměřená na romské lokality v Brně. Součástí Metodiky bylo dotazníkové šetření mezi žáky 6.–9. tříd základních škol, do kterého bylo zapojeno 117 žáků ve věku 12–17 let (80 % žáků romské etnicity) (SocioFactor, s.r.o., 2010).

Užívání drog u dětí navštěvujících nízkoprahová zařízení pro děti a mládež

V roce 2014 byl realizován celonárodní průzkum zaměřený na životní spokojenost, sebehodnocení a výskyt rizikového chování u klientů nízkoprahových zařízení pro děti a mládež. Studii koordinovala Katedra psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci ve spolupráci se sdružením Neposeda. Celkem se průzkumu zúčastnilo 499 klientů nízkoprahových zařízení a ve věku 11–19 let a 450 žáků základních a středních škol ve věku 11–17 let. Zkušenosti s návykovými látkami byly testovány pomocí nástroje VRCHA (Výskyt rizikového

chování u adolescentů). Průzkum se zaměřuje na užívání alkoholu, tabáku a marihuany (Zemanová & Dolejš, 2015).

Užívání drog u dětí ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy

Prevalenci užívání návykových látek a hazardního hraní u dětí v diagnostických ústavech v České republice zpracovala v roce 2016 v rámci bakalářské práce Kovaříková (2016). Šetření probíhalo v libereckém a plzeňském dětském diagnostickém ústavu a v pražském a ostravském diagnostickém ústavu pro mládež. Cílovou skupinou byly děti a mládež ve věku 11–18 let a celkem se do výzkumu zapojilo 72 respondentů. Kromě zjištění prevalence užívání návykových látek autorka dále porovnávala výsledky s daty získanými během studie ESPAD (Kovaříková, 2016). Šimková (2013) zpracovala v rámci bakalářské práce průzkum zkušeností dětí z dětských domovů s legálními i nelegálními návykovými látkami. Studie probíhala v 5 dětských domovech ve Středočeském kraji a zúčastnilo se jí 48 dětí ve věku 11–16 let.

3.3 Užívání návykových látek u těhotných žen a žen po porodu

Užívání návykových látek včetně alkoholu a tabáku v těhotenství sleduje Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS ČR). Poslední dostupné údaje jsou z roku 2015. Výsledky jsou shrnuty v publikaci Rodička a novorozenec 2014–2015 (ÚZIS ČR, 2017c).

Bakalářská práce Olgy Jakubíkové (2017) se zaměřovala na užívání alkoholu a tabáku v těhotenství. Cílem její práce bylo zjistit kromě prevalence užívání alkoholu a tabáku i informovanost a povědomí těhotných žen o užívání návykových látek v těhotenství a zjistit jejich zdravotní gramotnost. Dotazníkové šetření se zúčastnilo celkem 120 těhotných žen navštěvujících fyziologickou prenatalní poradnu ve Fakultní nemocnici v Motole.

Výskyt fetálního alkoholového syndromu (FAS) sleduje v České republice ÚZIS. V publikaci Vrozené vady u narozených v roce 2013–2014 je diagnóza FAS Q86.0 – Alkoholový syndrom plodu (dysmorfie) vedena pod diagnózou Q86 – vrozené malformační syndromy způsobené známými zevními příčinami, nezařazené jinde. Poslední dostupná data za kraje jsou z roku 2014 (ÚZIS ČR, 2017a).

4 PREVALENCE UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK U DĚTÍ 0–19 LET A U TĚHOTNÝCH ŽEN

4.1 Užívání návykových látek ve školní populaci

Tabák. Dle studie ESPAD 2015 si za posledních 30 dní zapálilo cigaretu celkem 30 % studentů. Denní kouření bylo zjištěno celkem u 16 % studentů a silné kouření (11 a více cigaret denně) u 4 % studentů (Chomynová, Csémy & Mrav-

čík, 2016; ESPAD Group, 2016). Ve validizační studii ESPAD 2016 potvrdilo užívání cigaret za posledních 30 dní 27 % studentů, 12,9 % studentů kouří denně a 4,1 % jsou silnými kuřáky (Chomynová, Csémy & Mravčík, 2016).

Dle výsledků HBSC studie se denní kouření týká celkem 2 % třináctiletých studentů a 9 % patnáctiletých studentů. Alespoň jednou týdně si zapálí cigaretu 1 % jedenáctiletých dívek a 2 % chlapců, 4 % třináctiletých dívek a chlapců a 16 % patnáctiletých dívek a 11 % chlapců (Gecková et al., 2016; Inchley et al., 2016).

Dle výsledků studie GYTS za posledních 30 dní užilo tabákové výrobky 19,2 % studentů, 15,2 % studentů kouřilo cigarety, 9,1 % studentů kouřilo jiné tabákové výrobky a 4,7 % studentů užilo bezdýmny tabák. Celkem 5,8 % studentů kouřilo za posledních 30 dní 20 a více dní. Více než polovina studentů (57,1 %) vykazovala známky závislosti na tabáku (Sovinová & Kostecká, 2016).

Alkohol. Dle ESPAD 2015 pilo za posledních 30 dní alkohol 68 % studentů a 15 % studentů bylo intoxikováno alkoholem. Pít 5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti přiznalo celkem 42 % dotázaných, přičemž 12 % uvedlo pití nadměrných dávek třikrát a častěji ve sledovaném měsíci (Chomynová, Csémy & Mravčík, 2016; ESPAD Group, 2016). Dle validizační studie ESPAD 2016 pilo 5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti za posledních 30 dní 40 % studentů a 12 % tak učinilo 3krát a častěji za poslední měsíc (Chomynová, Csémy & Mravčík, 2016).

Dle studie HBSC pijí alkohol nejméně jednou týdně 4 % jedenáctiletých dívek a 5 % chlapců, 5 % třináctiletých dívek a 9 % chlapců a 14 % patnáctiletých dívek a 20 % chlapců (Gecková et al., 2016; Inchley et al., 2016).

Konopné látky. Dle ESPAD 2015 užilo za posledních 30 dní konopné látky 13 % studentů (Chomynová, Csémy & Mravčík, 2016; ESPAD Group, 2016). Validizační studie ESPAD 2016 identifikovala 10,2 % studentů, kteří uvedli užití konopí v posledních 30 dnech (Chomynová, Csémy & Mravčík, 2016).

Z HBSC studie vyplývá, že konopí užilo za posledních 30 dní 7 % patnáctiletých dívek a 8 % chlapců (Gecková et al., 2016; Inchley et al., 2016).

Další návykové látky. Dle ESPAD 2015 užilo za posledních 30 dní nějakou návykovou látku 13,4 % studentů. Jinou než konopnou látku užilo za posledních 30 dní 1,8 % studentů. Extázi za posledních 30 dní užilo 0,6 % studentů, pervitin a amfetaminy 0,4 % studentů, kokain 0,3 % studentů, LSD 0,8 % studentů, halucinogenní houby 0,4 % studentů, anabolické steroidy 0,8 % studentů a těkavé látky 1 % studentů. Celoživotní prevalence užívání tranquilizérů a sedativ je u studentů 16 %. Nové psychoaktivní látky užilo za posledních 12 měsíců 4 % studentů (Chomynová, Csémy & Mravčík, 2016; ESPAD Group, 2016). Ve validizační studii ESPAD 2016 se objevily podobné výsledky, extázi za posledních 30 dní vyzkoušelo

0,8 % studentů, pervitin a amfetaminy 0,4 % studentů, kokain 0,3 % studentů, heroin a jiné opiáty 0,2 % studentů, LSD 0,7 % studentů, halucinogenní houby 0,4 % studentů, anabolické steroidy 0,6 % studentů a těkavé látky 1,8 % studentů (Chomynová, Csémy & Mravčík, 2016).

Gambling a gaming. Dle ESPAD 2015 strávili studenti ze sledovaných sedmi dní na internetu průměrně 6,2 dne. Na sociálních sítích trávilo za posledních 7 dní 4 a více dní 83 % školáků, 42 % se pravidelně věnovalo vyhledávání informací a surfování na internetu a 28 % se pravidelně zabývalo stahováním hudby, filmů apod. Celkem 26 % studentů strávilo za posledních 7 dní 4 a více dní na internetu hraním on-line her, 3 % studentů strávili stejný čas on-line hraním o peníze a 11 % se pravidelně věnovalo on-line nakupování nebo prodávání věcí. Hazardnímu hraní se za posledních 12 měsíců věnovalo 9 % studentů, z nichž 5 % uvedlo, že hraním o peníze se zabývají minimálně dvakrát za měsíc nebo častěji (Chomynová, Csémy & Mravčík, 2016; ESPAD Group, 2016). Dle validizační studie ESPAD 2016 se hraní hazardních her za posledních 12 měsíců věnovalo 11 % studentů, přičemž 2,4 % uvedlo hraní o peníze dvakrát týdně nebo častěji. Na základě výsledků screeningové škály Lie/bet bylo identifikováno celkem 8 % studentů (3,9 % z těch, kteří uvedli hraní hazardních her v posledních 12 měsících), kteří byli v riziku vzniku problémového hráčství. Pomocí druhého použitého dotazníku zaměřeného na výskyt problémového hráčství (Consumption Screen for Problem Gambling) bylo identifikováno 7,1 % studentů (11,4 % chlapců, 1,8 % dívek), kteří se nacházeli v kategorii rizika v souvislosti s hraním hazardních her, z nichž 4,1 % respondentů se nacházelo v kategorii vysokého rizika (Chomynová, Csémy & Mravčík, 2016).

Užívání návykových látek na krajské úrovni

Prevalence užívání návykových látek u dětí 0–19 let v jednotlivých krajích ČR je uvedena v *Tabulce 1* a *Tabulce 2*.

4.2 Užívání návykových látek ve specifických skupinách populace dětí a mládeže

Užívání drog u dětí romské etnicity

Dle dotazníkového šetření realizovaného v rámci „Metodiky výzkumu užívání návykových látek mezi mládeží v sociálně vyloučených lokalitách“ užilo za posledních 30 dní tabákové výrobky celkem 40,6 % žáků, z nichž 25,4 % kouří denně a z toho 17 % kouří denně 6 a více cigaret. Alkohol za posledních 30 dní pilo 52,1 % žáků, z toho 21,3 % 5krát a vícekrát za poslední měsíc. Konopné látky za posledních 30 dní užilo celkem 18,8 % žáků. Zkušenost s inhalováním toluenu, ředidla nebo lepidla má za posledních 30 dní 1,7 % žáku. Heroin, pervitin nebo extázi užilo vícekrát za život 1,8 % žáků (SocioFactor, s.r.o., 2010).

Kraj	Tabák	Alkohol 6krát a vícekrát	Konopí	Extáze	Pervitin a amfetaminy	Heroin a jiné opiáty
Hl. m. Praha	43,5	31,0	20,1	0,2	0,4	1,0
Středočeský	41,6	32,4	13,4	0,2	0,0	0,0
Jihočeský	47,8	34,1	13,2	0,3	0,6	0,6
Plzeňský	37,6	31,0	15,3	0,3	0,7	0,0
Karlovarský	53,1	23,0	18,7	0,4	0,0	0,0
Ústecký	43,0	24,2	15,1	0,8	1,1	0,0
Liberecký	45,0	24,6	18,8	0,3	0,6	0,6
Královéhradecký	38,2	23,0	14,0	0,0	1,1	0,4
Pardubický	37,7	25,4	10,0	0,0	0,0	0,0
Vysočina	42,5	33,8	13,0	0,6	1,8	0,6
Jihomoravský	44,8	24,1	14,6	0,8	0,0	0,3
Olomoucký	43,9	24,2	17,3	0,3	0,0	0,3
Zlínský	43,4	25,5	13,1	0,0	1,2	0,6
Moravskoslezský	37,8	18,5	13,5	0,7	0,5	0,7

Tabulka 1 | Prevalence užívání alkoholu, tabáku a dalších návykových látek za posledních 30 dní (%)

Zdroj: (Chomynová, Csémy, Grolmusová & Sadílek, 2014)

Kraj	LSD	Halucinogenní houby	Kokain	Anabolické steroidy
Hl. m. Praha	7,9	6,5	2,2	0,4
Středočeský	4,0	4,7	0,0	0,9
Jihočeský	5,0	10,0	1,6	1,2
Plzeňský	4,3	6,3	1,0	0,0
Karlovarský	5,1	7,1	1,2	0,8
Ústecký	4,3	5,1	1,1	0,5
Liberecký	5,3	7,9	0,6	0,3
Královéhradecký	3,2	6,0	1,1	0,4
Pardubický	2,4	4,8	0,0	0,3
Vysočina	5,1	9,3	1,5	0,9
Jihomoravský	3,3	5,2	0,8	0,8
Olomoucký	5,8	7,0	0,6	0,9
Zlínský	6,1	6,9	0,6	0,3
Moravskoslezský	4,8	8,2	1,0	0,7

Tabulka 2 | Celoživotní prevalence užívání nelegálních návykových látek (%)

Zdroj: (Chomynová, Csémy, Grolmusová & Sadílek, 2014)

Užívání drog u dětí navštěvujících nízkoprahová zařízení pro děti a mládež

Dle autorů studie „Životní spokojenost, sebehodnocení a výskyt rizikového chování u klientů nízkoprahových zařízení pro děti a mládež aneb jak se liší od normálních adolescentů?“ pilo za posledních 30 dní alkohol 44,6 % dotázaných ve věku 11–15 let a 72,66 % ve věku 16–19 let. Opilost spojenou s problémy s chůzí, mluvením, zvracením, amnézií za posledních 30 dní uvedlo 16,18 % 11–15letých a 29,50 % 16–19 letých. Cigarety za posledních 30 dní kouřilo 47,48 % 11–15letých a 74,10 % 16–19letých. Více než 5 cigaret denně kouřilo 37,77 %

11–15letých a 59,71 % 16–19letých. Dle výsledků studie převyšují klienti NZDM ve věku 11–15 let školní populaci dětí ve všech sledovaných hodnotách. Obdobně jsou na tom klienti NZDM ve věku 16–19 let, kteří kromě položky pití alkoholického nápoje za posledních 30 dní také převyšují běžnou dospívající populaci (Zemanová & Dolejš, 2015). “

Užívání drog u dětí ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy

Z práce Kovaříkové (2016), která se zabývala užíváním návykových látek u dětí v diagnostických ústavech, vy-

plývá, že za posledních 30 dní si zapálilo cigaretu celkem 90,3 % dotázaných. Denní kouření se za posledních 30 dní týkalo 70,9 % dotázaných a 30,6 % uvedlo, že vykouřili více než 10 cigaret denně. Alkohol za posledních 30 dní konzumovalo celkem 67,1 % dotázaných, z toho 4,5 % 10krát a vícekrát za poslední měsíc. Konzumaci pěti a více sklenic alkoholických nápojů při jedné příležitosti alespoň jedenkrát za poslední měsíc přiznalo 55,9 % dětí, z toho celkem 4,5 % dotázaných uvedlo, že se tak stalo nejméně 10krát za sledovaný měsíc. Užití konopných látek za posledních 30 dní bylo zjištěno u 53,5 % dotázaných, z nichž 10,5 % udalo užití nejméně 11krát. Pervitin užilo za posledních 30 dní 5,6 %, extázi 2,8 % a kokain 2,8 % dotázaných. S opiáty má zkušenost 18,8 % dotázaných, z nichž všichni jsou z jednoho sledovaného zařízení. Sedativa a léky na uklidnění užilo za posledních 30 dní 1,4 % dotázaných. S halucinogenními houbami mělo za posledních 30 dní zkušenost 12,5 % dotázaných, s LSD 9,7 % a s jinými přírodními halucinogeny 1,4 % dětí. S těkavými látkami má za posledních 30 dní zkušenost 4,2 % dotázaných. Nové psychoaktivní látky užilo za posledních 30 dnů 2,8 % dotázaných a anabolické steroidy 1,4 % dotázaných. Hazardní hry hrálo za posledních 30 dní 9,7 % dotázaných, kurzové sázky se týkaly 5,6 % dotázaných a hazardní hraní na internetu 6,9 % dotázaných (Kovářiková, 2016). Šimková (2014) se zabývala zkušenostmi s užíváním návykových látek u dětí a mladistvých umístěných v dětských domovech. Z výsledků vyplývá se za posledních 30 dní má zkušenost s alkoholem celkem 26,1 % dotázaných, s tabákovými výrobky 50 % dětí a s konopnými látkami 0,48 % dotázaných.

4.3 Prevalence užívání návykových látek u těhotných žen

V roce 2015 bylo v České republice podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS ČR) evidováno celkem 7480 žen, které v průběhu těhotenství kouřily, 23 žen uvedlo užívání alkoholu a 98 užívání drog. Kombinace kouření a pití alkoholu byla zjištěna u 27 žen, 238 žen uvedlo kombinaci kouření a užívání drog, 1 žena uvedla kombinaci alkohol a drogy a 16 žen uvedlo kombinaci kouření, alkohol a drogy (ÚZIS ČR, 2017c).

Jakubíková (2017) se zabývala užíváním alkoholu a tabákových výrobků u těhotných žen. Celkem 13 % žen uvedlo, že během těhotenství kouřilo, z nichž 20 % kouřilo 5–10 cigaret denně. Alkohol během těhotenství konzumovalo 70 % žen, z nichž 5 % odpovědělo, že pily alkohol 1–2krát týdně. Zkušenost s jinými návykovými látkami mělo v těhotenství 23 % žen. Z nich 71 % uvedlo užití konopných látek, 18 % užití pervitinu a 11 % žen užilo halucinogenní houby, LSD nebo extázi.

Dle statistik ÚZIS se v České republice v roce 2014 vyskytly celkem 3 případy živě narozených s diagnózou Q86 – vrozené malformační syndromy způsobené známými zevními příčinami, nezařazené jinde, pod kterou spadá diagnóza Q86.0 – Alkoholový syndrom plodu (dy-

smorfni). Dle kraje bydliště dítěte se po jednom případě objevila tato diagnóza v Libereckém kraji, na Vysočině a v Moravskoslezském kraji. Incidence této diagnózy je 0,27/10 000 živě narozených (ÚZIS ČR, 2017a).

5 ODHADY POČTU UŽIVATELŮ JEDNOTLIVÝCH NÁVYKOVÝCH LÁTEK VZHLEDEM K POČTU AMBULANTNĚ LÉČENÝCH

Odhady počtu současných uživatelů alkoholu, tabáku a dalších návykových látek jsou uvedené v *Tabulce 3* a *Tabulce 4*. Z údajů vyplývá, že v České republice je v populaci 14–19letých až 44 600 silných kuřáků tabáku (11 a více cigaret denně) a 114 400 osob, které nadměrně pijí alkohol (5 a více sklenic 3krát a vícekrát za posledních 30 dní). Co se týče nelegálních drog, opakovaně užívá konopí (6krát a vícekrát v posledních 12 měsících) 63 500 mladých lidí, pervitin užívá 2 750 osob a heroin a jiné opiáty 2 100 osob. U kokainu a injekčního užívání byla za kraje sledována pouze celoživotní prevalence. Ze získaných údajů vyplývá, že užívání kokainu se týkalo celkem 5 070 osob a injekční užívání 3 460 mladých lidí.

V roce 2016 bylo v České republice v ambulantních psychiatrických zařízeních evidováno celkem 1407 dětí a dospívajících užívajících psychoaktivní látky. Z toho 92 dětí ve věku 0–14 let a 1315 dospívajících ve věku 15–19 let. Z věkové skupiny 0–14 let bylo v ambulantním psychiatrickém zařízení nejvíce dětí evidováno pro užívání alkoholu (36), kanabinoidů (20) a opiátů (13). Ve věkové skupině 15–19 let nejvíce dospívajících navštěvovalo psychiatrické ambulantní zařízení pro užívání konopí (401), stimulancií (363) a alkoholu (212) (ÚZIS ČR, 2017b).

6 DISKUZE A SHRNTÍ

Cílem tohoto přehledového článku bylo představit přehled běžně dostupných veřejných zdrojů poskytujících data ohledně užívání návykových látek u dětí a dospívajících a těhotných žen a kalkulace prevalenčních odhadů současných mladých uživatelů návykových látek. Přehled vznikl na podkladě analýzy užívání návykových látek u dětí a mladistvých pro potřeby plánování sítě ambulantní péče pro tuto specifickou věkovou cílovou skupinu a pro rozvíjející se diskusi o její budoucí podobě a profilaci (Miovský & Popov, 2016).

Poměrně přehledná je situace ohledně užívání návykových látek ve školní populaci. Česká republika je dlouhodobě zapojená do mezinárodních studií ESPAD, HBSC a GYTS, které přinášejí cenná data o zkušenostech žáků a studentů s návykovými látkami. Výhodou zmíněných studií je mezinárodní srovnání zejména s evropskými zeměmi. Detailní přehled ohledně užívání širokého spektra návykových látek pak poskytuje především studie ESPAD. Kromě užívání návykových látek se zaměřuje i na nelátko-

	Silní kuřáci tabáku (11 a více cigaret denně za posledních 30 dní)	Nadměrné pití (5 a více sklenic alkoholu 3x a vícekrát za posled- ních 30 dní)	Opakované užití konopných látek (6x a vícekrát v posledních 12 měsících)
Hl. m. Praha	5 600	13 600	7 700
Středočeský	5 000	16 200	6 900
Jihočeský	3 600	10 100	4 000
Plzeňský	1 600	5 500	3 100
Karlovarský	1 700	3 600	4 900
Ústecký	5 200	9 200	5 200
Liberecký	2 000	4 400	2 900
Královéhradecký	1 600	4 200	2 700
Pardubický	2 100	5 700	1 900
Vysočina	1 700	7 000	3 200
Jihomoravský	4 300	10 600	7 200
Olomoucký	3 100	7 300	4 900
Zlínský	2 700	7 100	3 100
Moravskoslezský	4 400	9 900	5 800
Celkem ČR	44 600	114 400	63 500

Tabulka 3 | Extrapolované odhady uživatelů tabáku, alkoholu a konopí v populaci 14–19 let

	Metamfetamin (za pos- ledních 30 dní)	Kokain (celoživotní prevalence)	Heroin a jiné opiáty (za posledních 30 dní)	Injekční užívání (ce- loživotní prevalence)
Hl. m. Praha	220	1 190	540	220
Středočeský	0	0	0	640
Jihočeský	210	550	210	410
Plzeňský	200	290	0	0
Karlovarský	0	190	0	130
Ústecký	510	510	0	230
Liberecký	150	150	150	70
Královéhradecký	260	260	100	100
Pardubický	0	0	0	80
Vysočina	500	410	170	250
Jihomoravský	0	480	180	480
Olomoucký	0	200	100	300
Zlínský	370	190	190	90
Moravskoslezský	330	650	460	460
Celkem ČR	2 750	5 070	2 100	3 460

Tabulka 4 | Extrapolované odhady uživatelů nelegálních drog v populaci 14–19 let

vé závislosti – hraní hazardních her a hraní her. Vysokou přesnost výsledků dokazuje i v roce 2016 realizovaná validizační studie ESPAD, která přinesla obdobné výsledky. Studie ESPAD také jako jediná poskytuje analýzu užívání návykových látek v krajích ČR, kterou zpracovává NMS.

Ze shrnutí prevalence užívání návykových látek ve sledovaných populacích dle uvedených zdrojů vyplývá, že především užívání tabáku, alkoholu a konopných látek je mezi českou mládeží stále problematické. V celoživot-

ním užívání těchto tří látek je Česká republika na prvním místě ze všech sledovaných zemí ESPAD. Této skutečnosti nahrává i vysoká subjektivně vnímaná dostupnost návykových látek ze strany dětí a mládeže (Mravčík, 2017). Vysoko nad průměrem je také celoživotní prevalence užívání trankvilizérů a sedativ, kde se Česká republika řadí s 16 % na druhé místo hned po sousedním Polsku (17 %). Co se týče užívání tabákových výrobků a alkoholu za posledních 30 dní, mají čeští studenti oproti studentům z jiných zemí stále nadprůměrné zkušenosti (ESPAD Group, 2016).

Výhodou studie HBSC je širší věková kategorie zkoumané populace. Na rozdíl od studie ESPAD, která se zaměřuje na 16leté studenty, poskytuje HBSC studie údaje ohledně užívání návykových látek u žáků ve věku 11, 13 a 15 let. Spíše než na užívání návykových látek se ale soustředí celkově na zdraví a životní styl žáků. Ze zkoumaných návykových látek se zaměřuje pouze na alkohol, tabák a konopné látky. Podrobný přehled ohledně prevalence užívání tabákových výrobků ve školní populaci přináší studie GYTS, která rovněž umožňuje mezinárodní srovnání a zaměřuje se na žáky ve věku 13–15 let.

Co se týče zdrojů dat ohledně užívání návykových látek ve specifických skupinách populace, zde je situace o něco méně přehledná. Dle našich znalostí neexistuje žádná systematická studie na národní úrovni mapující užívání návykových látek u dětí a mládeže se sklony k rizikovému chování. Během vyhledávání datových zdrojů jsme identifikovali celkem tři studie, které se zaměřují na užívání návykových látek u dětí, které mohou být více ohroženy rizikovým chováním. Jedná se o studie zaměřené na děti romského původu, děti navštěvující nízkoprahová zařízení pro děti a mládež a děti umístěné ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy. Poměrně významným zdrojem dat, zvláště pro poslední zmíněnou populaci, jsou závěrečné kvalifikační práce studentů různých oborů, kteří se touto problematikou zabývají. Nevýhodou těchto bakalářských a diplomových prací je ale často malý výzkumný soubor a nepravděpodobnostní metody výběru, které zamezují zobecnitelnosti závěrů. Nedostatek kvalitních studií, které by se touto problematikou zabývaly, může být způsoben jednak tím, že v případě dětí romské etnicity se jedná o poměrně těžko dosažitelnou populaci, a jednak neochotou vedoucích pracovníků diagnostických ústavů a dětských domovů o analýzu jejich zařízení. Systematické zmapování užívání návykových látek v těchto specifických populacích by napomohlo k objasnění situace a aplikaci preventivních opatření a dalších intervencí. Zejména v případě dětí umístěných ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy tušíme, že situace ohledně užívání návykových látek může být daleko závažnější než v běžné populaci stejně starých dětí.

Při porovnání výsledků školní populace zkoumané v rámci ESPAD 2015 s romskými dětmi mají děti romské etnicity větší zkušenosti s užíváním tabáku za posledních 30 dní a s denním kouřením. Užívání alkoholu bylo naopak za posledních 30 dní častější u školní populace. Častější zkušenosti s konopnými látkami měly romské děti. Zkušenosti s užíváním těkavých látek byly u obou populací srovnatelné. Při tomto srovnání je však důležité mít na paměti, že srovnávaná studie se metodicky liší od studie ESPAD 2015. U dětí navštěvujících nízkoprahová zařízení pro děti a mládež provedli srovnání se školní populací sami autoři. Zjistili, že kromě konzumace alkoholu za posledních 30 dní ve věkové skupině 16–19 let překračovaly děti z nízkoprahových zařízení běžnou populaci ve všech sledovaných hodnotách (Zemanová & Dolejš, 2015). Rovněž Kovaříková (2016), která se zabý-

vala užíváním návykových látek u dětí z diagnostických ústavů, provedla srovnání se školní populací ESPAD 2011. V rámci její studie se potvrdila hypotéza, že děti umístěné do diagnostických ústavů užívají návykové látky častěji než obecná populace.

Ohledně užívání návykových látek u těhotných žen je situace ještě nepřehlednější než v předchozích případech. Autorům se nepodařilo najít žádný relevantní zdroj informací, který by se touto problematikou zabýval. Data, která zveřejňuje ÚZIS, se nejeví jako správná, což je pravděpodobně zapříčiněno nedostatečným sledováním užívání návykových látek v této populaci a neochotou rodiček užívání drog přiznat. Dílčím zdrojem informací jsou u této populace opět studentské závěrečné kvalifikační práce. Z práce autorky Jakubíkové (2017) vyplývá, že kouření cigaret i konzumace alkoholu jsou mezi ženami rozšířené, i když v případě alkoholu se jednalo často spíše o takzvané příležitostné pití méně než jednou týdně. Téměř čtvrtina žen také přiznala konzumaci nelegálních návykových látek, z nichž nejčastější byla konzumace konopných látek.

V rámci užívání návykových látek v těhotenství jsme sledovali i výskyt fetálního alkoholového syndromu. Poslední statistické údaje jsou z roku 2014 a poskytuje je ÚZIS. Data jsou sice průběžně sbírána, ale v potřebném rozsahu a časovém rámci nejsou rutinně publikována.

Vzhledem k prvotnímu účelu článku jsme se zaměřili i na prevalenční odhady dětí užívajících návykové látky. Pro tyto účely jsme se zaměřili na indikátory, ze kterých vyplývá potřeba intervence se strany dětských adiktologických ambulancí. V případě užívání kokainu a injekčního užívání byly k dispozici za kraje pouze údaje na úrovni celoživotního užívání, které nám nedávají žádnou informaci o aktuálních uživatelích těchto návykových látek. Srovnání počtu dětí a mladistvých, kteří byli léčeni pro užívání návykových látek v roce 2016 v ambulantních psychiatrických ambulancích, a odhadovaných problematických uživatelů návykových látek na základě ESPAD 2015 ukazuje na naprosto nedostatečnou kapacitu těchto zařízení. Děti, které by už nyní potřebovaly intervenci ohledně užívání návykových látek, je mnohonásobně více, než kolik jich bylo léčených v roce 2016.

Pokud srovnáme zjištění Miovského a kol. (2014) se závěry provedené analýzy, můžeme konstatovat, že vysoká potřeba zabezpečit specializovanou adiktologickou ambulantní a intenzivní ambulantní péči pro děti a dorost stále trvá a tuto existující potřebu nelze uspokojit pouze v rámci současného systému služeb, které kapacitně nemohou existující potřebu saturovat (viz též Miovský & Popov, 2016). Lze se domnívat, že tento stav může vést k určitému zúženému pohledu různých aktérů, a to vzhledem k chybějícímu nadhledu posuzování místní situace.

V rámci připravovaného posledního čísla časopisu *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi*, které bude kompletně věnováno dětské péči (APLP 04/2018 v přípravě) jsou

představovány různé služby pro cílovou skupinu matek a dětí/mladých lidí ve věku do 19 let. Budou zde diskutovány aktuální vývojové trendy, včetně přístupu ke kontinuální práci na úrovni rodička–novorozenec, zdůrazňování sociálního kontextu problémů a v neposlední řadě důraz na preventivní aktivity a ambulantní péči, respektive nastavení jejího vhodného rozhraní k péči lůžkové. To víceméně též postupně ukazují některé klinické práce (např. Chládková & Miovský, 2016) a je patrné, že náročnost a specifika této klientely budou stále více vyžadovat týmovou práci a schopnost integrovat různé, konkrétním pacientům na míru upravené terapeutické postupy aplikující interdisciplinární perspektivu a case management. Také zde se ukazuje potřeba jednotného přístupu k datovým zdrojům, které umožňují efektivní řízení služeb.

Na závěr diskuze je třeba uvést, že cílem práce nebyla systematická rešerše všech běžně dostupných veřejných zdrojů dat, ale spíše přehled snadno dohledatelných aktuálních zdrojů. Práce tudíž nemusí být zcela vyčerpávající.

7 ZÁVĚR

Přehledový článek nabízí přehled veřejně dostupných zdrojů dat poskytujících informace o užívání návykových látek u dětí, mladistvých a těhotných žen, výčet aktuálních zkušeností sledovaných populací s návykovými látkami a prevalenční odhady problematického užívání návykových látek mezi dětmi a dospívajícími.

Z mezinárodního srovnání vyplývá zejména potřeba akutního řešení situace ohledně užívání alkoholu, tabáku a konopí u mladistvých. Výsledky také poukazují na potřebu primární prevence, a to především větší dostupnost selektivní a indikované prevence. Zvláštní pozornost ohledně užívání návykových látek by nadále měla být věnována dětem romské etnicity a dětem umístěným do zařízení pro výkon ústavní výchovy. Data ohledně užívání návykových látek v těchto specifických populacích jsou zatím roztříštěná a chybí relevantní reprezentativní studie. To samé platí v případě údajů o užívání návykových látek u těhotných žen.

Prevalenční odhady problematických uživatelů návykových látek nejsou příznivé a indikují větší potřebu a dostupnost specializované ambulantní adiktologické péče pro děti a dospívající.

Role autorů | Gabriela Rolová zpracovala rešerši datových zdrojů a připravila první verzi rukopisu. Michal Miovský vedl projekt, jehož součástí bylo provedení také této studie, inicioval vznik článku a podílel se na přípravě rukopisu. Miroslav Barták se podílel na rešerši datových zdrojů a navrhl strukturu první verze rukopisu. Všichni autoři se podíleli na vytvoření finální verze textu.

Konflikt zájmů | Autoři nedeklarují žádný střet zájmů.

LITERATURA / REFERENCES

- A Kluby ČR o.p.s. (2014). *Statistika Mládež a drogy JMK 2014*. Retrieved from: https://akluby.cz/wp-content/uploads/2018/04/DrogyAMladez-Vyzkum_2014-JMK.pdf
- Chomynová, P., Csémy, L., Grolmusová, L., & Sadílek, P. (2014). *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD)*. Výsledky průzkumu v České republice v roce 2011. Praha: Úřad vlády ČR.
- Chomynová, P., Csémy, L., & Mravčík, V. (2016). *Zaostřeno*. Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) 2015. Praha: Úřad vlády ČR
- Český statistický úřad [ČSÚ]. (2018). *Věkové složení obyvatelstva – 2017*. Retrieved 10. 7. 2018 from <https://www.czso.cz/csu/czso/vekove-slozeni-obyvatelstva-2017>
- ESPAD Group. (2016). *ESPAD report 2015: Results from the European school survey project on alcohol and other drugs*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Gecková, A. M., Dankulincová, Z., Sigmundová, D., & Kalman, M. (2016). *Mezinárodní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků na základě výzkumu studie Health Behaviour in School-Aged Children realizované v roce 2014. Česká republika, Slovenská republika, Maďarsko, Ukrajina a Polsko*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Chládková, N. & Mioviský, M. (2016). Adolescentní pacientka užívající návykové látky komorbidní s mentální bulimií: klinická kazuistická studie. *Adiktologie*, 16(4), 360-367.
- Inchley, J., Currie, D., Young, T., Samdal, O., Torsheim T., Augustson, L. ... & Barnekow, V. (2016). *Health policy for children and adolescents, no. 7. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2013/2014 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
- Jakubíková, O. (2017). *Návykové látky v těhotenství (alkohol, tabák)* (Diplomová práce). Praha, Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN. Vedoucí závěrečné práce Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.
- Kovaříková, V. (2016). *Užívání návykových látek a hazardní hraní u dětí v diagnostických ústavech v České republice* (Bakalářská práce). Praha, Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN. Vedoucí závěrečné práce Mgr. Barbora Drbohlavová.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Tion Leštinová, Z., Rous, Z., ... & Vopravil, J. (2017). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mioviský, M. & Popov, P. (2016). Evaluace přípravy a procesu pilotního projektu ambulance dětské a dorostové adiktologie. *Adiktologie*, 16(4), 292–318.
- Mioviský, M., Šťastná, L. & Popov, P. (2016). Model struktury programu a činnosti ambulance dětské a dorostové adiktologie. *Adiktologie*, 16(4), 330–341.
- Mioviský, M. & Popov, P. (2016). Dětská a dorostová adiktologie na prahu emancipace? *Adiktologie*, 16(4), 272–279.
- Mioviský, M., Šťastná, L., Školníková, M., Čablová, L. & Miklíková, S. (2014). *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*. Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze: Praha.
- SocioFactor, s.r.o. (2010). *Metodika výzkumu užívání návykových látek mezi mládeží v sociálně vyloučených lokalitách – pilotní šetření*. Retrieved from: www.socialni-zaclenovani.cz/.../ostatni/metodika...navykovych...mezi.../download
- Sovinová, H., & Kostecká, L. (2016). *Czech Republic 2016 Country Report Global Youth Tobacco Survey (GYTS)*. Retrieved from: http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/zavislosti/koureni/Country_Report_2016_GYTS.1.2018.pdf
- Šimková, T. (2013). *Analýza rizikových faktorů užívání návykových látek u dětí z dětských domovů ve Středočeském kraji měřených pomocí dotazníku SURPS* (Bakalářská práce). Praha, Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN. Vedoucí závěrečné práce Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [ÚZIS ČR]. (2017a). *Vrozené vady u narozených v roce 2013–2014*. Praha: ÚZIS.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [ÚZIS ČR]. (2017b). *Zdravotnická ročenka České republiky 2016*. Praha: ÚZIS.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [ÚZIS ČR]. (2017c). *Rodička a novorozenec 2014–2015*. Praha: ÚZIS.
- WHO (2006). *Technical Consultation on the Assessment of Prevention and Treatment Systems for Substance Use Disorders: Report*. Geneva: WHO.
- Zemanová, V. & Dolejš, M. (2015). *Životní spokojenost, sebehodnocení a výskyt rizikového chování u klientů nízkoprahových zařízení pro děti a mládež aneb jak se liší od „normálních“ adolescentů?* In: Eva Maierová a kol. (Ed.), PhD existence 2015. Česko-slovenská psychologická konference (nejen) pro doktorandy a o doktorandech (pp. 280–297). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Outpatient Addiction Treatment Clinic for Children and Adolescents: Intervention Possibilities

Sedláčková, S.^{1,2}, Hamplová, L.³, Veselý, Z.⁴, Dobrinič, K.⁵, Mládková, P.²

1 | University of Defence, Faculty of Military Health Sciences, Hradec Králové, Czech Republic

2 | Outpatient Addiction Treatment Clinic for Children and Adolescents, Family Centre for Psychosocial Services and Clinical Addictology, Prague, Czech Republic

3 | Medical College, Prague, Czech Republic

4 | DROP IN Substitution Programme Centre, Prague, Czech Republic

5 | Central Bohemia Regional Pedagogical and Psychological Counselling Centre, Hořovice, Czech Republic

Citation | Sedláčková, S., Hamplová, L., Veselý, Z., Dobrinič, K., Mládková, K. (2018). Práce v adiktologické ambulanci pro děti a dospělé. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 1(4), 236–245.

Summary | The article addresses the mode of operation of the Outpatient Addiction Treatment Clinic for Children and Adolescents, which will become a part of the Family Centre for Psychosocial Services and Clinical Addictology starting from 1 January 2019. This facility will pursue preventive and social medicine, with addictology playing an important role. It discusses the screening examinations of children who were exposed to drugs during pregnancy and underlines the importance of early intervention. The need for addictologists to work with other professions is pointed out, given the key relevance of this developmental period in terms of both child psychology and addictology. In addition to addictologists, child psychologists and psychiatrists and social workers

should be involved in the screening procedures. With schoolchildren, a distinction should be drawn between an examination conducted by school psychologists and clinical ones. The emerging possibilities of addictologists' liaison with other experts in individual work with children in the outpatient facility are outlined. The importance of cooperation with paediatricians and other specialists and practitioners providing services for children and adolescents is noted. It is essential to point out the possible risks which can result in a child becoming disadvantaged and inclined towards risky behaviour. The clinic also deals with developmental disorders. The findings summarise frontline work which was not primarily intended for research purposes.

Keywords | Outpatient addiction treatment clinic for children and adolescents – Anamnesis – Centre for the family – drugs – screening

Submitted | 30 August 2018

Accepted | 29 October 2018

Grant support | The article was made possible thanks to the GCDPC Grant No. A-64-16, institutional support programme Progres No. Q06/LF1, and Project No. LO1611 with financial support from the Ministry of Education, Youth, and Sports under the NPU I programme.

Correspondence address | Simona Sedláčková MSc., Outpatient Addiction Treatment Clinic for Children and Adolescents, Family Centre for Psychosocial Services and Clinical Addictology, Gallašova 10, 163 00 Prague 6, Czech Republic

sedlackova.adiktologie@seznam.cz

Práce v adiktologické ambulanci pro děti a dorost

Sedláčková, S.^{1,2}, Hamplová, L.³, Veselý, Z.⁴, Dobrinič, K.⁵, Mládková, P.²

1 | Univerzita obrany, Fakulta veřejného zdravotnictví, Hradec Králové

2 | Adiktologická ambulance pro děti a dorost, Centrum pro rodinu PSS a klinické adiktologie, z. ú.

3 | Vysoká škola zdravotnická, Praha

4 | Centrum substitučních programů Drop In, o. p. s.

5 | Pedagogicko-psychologická poradna Středočeského kraje

Citace | Sedláčková, S., Hamplová, L., Veselý, Z., Dobrinič, K., Mládková, K. (2018). Práce v adiktologické ambulanci pro děti a dorost. *Adiktol. prevent. léčeb. praxí*, 1(4), 236–245.

Souhrn | Článek pojednává o způsobu práce v adiktologické ambulanci pro děti a dorost Centra pro rodinu adiktologické ambulance pro děti a dorost, která volně přechází od 1. 1. 2019 pod Centrum pro rodinu PSS a klinické adiktologie, z. ú. Toto zařízení půjde cestou preventivní a sociální medicíny, kde má adiktologie svůj nezastupitelný význam. Zaměřuje se na screeningová šetření u dětí, které byly v těhotenství ovlivněny návykovou látkou, a upozorňuje na význam včasné zahájené intervence. Zdůrazňuje nutnost spolupráce adiktologa s dalšími obory, jelikož v případě dětské psychologie i adiktologie se jedná o důležité vývojové období. Dále se zaměřuje na nezbytnost komplexních screeningových šetření u všech dětí, které by mohly být potenciálně ohroženy závislostním

nebo rizikovým chováním. U screeningových šetření považujeme za nezbytné jak vyšetření adiktologem, tak dalšími odborníky, jako je dětský psycholog a psychiatr, sociální pracovníce. Dále je nutné u školních dětí oddělit vyšetření školním psychologem a dětským klinickým psychologem. Současně je zde vytvořen prostor pro prohloubení spolupráce adiktologa s odborníkem v případě individualizace práce s dětmi v adiktologické ambulanci. Za důležité považujeme též spolupráci s pediatrií a dalšími specialisty a odborníky z oblasti péče o děti a dorost. Důležité je odhalení možných rizik, která mohou vést dítě ke znevýhodnění a následně i k rizikovému chování. Ambulance je zaměřena i na vývojové poruchy u dětí.

Klíčová slova | Adiktologická ambulance pro děti a dorost – Anamnéza – Centrum pro rodinu – Drop In – Návykové látky – Screening

Došlo do redakce | 30. srpna 2018

Přijato k tisku | 29. října 2018

Grantová podpora | Tento článek byl podpořen projektem RVKPP č. A-64-16, institucionálním programem podpory Progres č. Q06/LF1 a projektem číslo LO1611 za finanční podpory MŠMT v rámci programu NPU I.

Korespondenční adresa | Mgr. Simona Sedláčková MSc., MHA, Adiktologická ambulance pro děti a dorost, Centrum pro rodinu PSS a klinické adiktologie, z.ú., Gallašova 10, Praha 6, 163 00

sedlackova.adiktologie@seznam.cz

1 ÚVOD

Adiktologická péče o děti a dorost je v souvislosti s utvářející se sítí odborných pracovišť aktuálním tématem propojujícím celou řadu oborů i odborníků pracujících s uvedenou cílovou skupinou. Vzhledem ke specifitě práce s populací dětí a dospívajících se níže pokoušíme představit principy adiktologické péče vycházející z praxe konkrétního zařízení s cílem přiblížit tyto postupy nejen odborné obci.

Systém práce na pracovišti adiktologické ambulance Centra pro rodinu, Drop In, o.p.s., byl zahájen na základě předchozího projektu Slunečnicová zahrada – Centrum pro rodinu, Drop In, o.p.s., díky realizaci grantu EU.

Realizace projektu byla zahájena v roce 2010, kdy došlo k počátečnímu navázání kontaktu s klientkami – těhotnými ženami uživatelkami a matkami uživatelkami a pokračovala po celou dobu jejich léčby v našem zařízení až po diagnostické, speciálně pedagogické zhodnocení vývoje jejich dětí, navržení individuálního plánu práce s každým dítětem a jeho realizaci. V příspěvku vycházejícím z naší praxe uvádíme konkrétní, praxí ověřené metody využívané v práci s rodiči a s dětmi z této cílové skupiny.

Ambulance je zaměřena i na vývojové poruchy u dětí. Jedná se o přehled komplexní přímé práce, která nebyla ještě primárně zaměřena na výzkum. Činnost tohoto programu byla zahájena 1. 1. 2017, plynule navazovala na úspěšně běžící dlouhodobý projekt, který byl v letech 2010–2015 realizován za finanční podpory ESF a který pokračuje nadále jako longitudinální činnost odborného pracoviště. Výzkumná část a poznatky z tohoto projektu byly již publikovány v časopisu Adiktologie (2016).

Počet vyšetření dětí za období 2015–2017 dosáhl 174 vyšetřených jedinců. Informace o programu adiktologické ambulance pro děti a dorost byly získány z pracoviště Střediska prevence a léčby drogových závislostí Drop In, o.p.s., Centra pro rodinu a Adiktologické ambulance.

V kapitolách níže jsou popsány principy práce s uvedenou cílovou skupinou, včetně členění na jednotlivé kategorie, ke kterým jsou dále přiřazeny jednotlivé postupy a doporučení.

2 ZÁKLADNÍ ROZDĚLENÍ CÍLOVÉ SKUPINY

Vzhledem k tomu, že děti a dospívající přicházející do kontaktu s pracovištěm tvoří poměrně různorodou skupinu, je třeba hned v úvodu spolupráce s klienty vydefinovat konkrétní typ péče, které ambulance může nabídnout. Pro přehlednost je v rámci zařízení cílová skupina rozčleněna na jednotlivé níže uvedené podkategorie, na základě kterých jsou nabízeny další služby centra. Jedná se o kategorii dětí s anamnézou užívání návykových látek jejich matkami v těhotenství bez vývojových

poruch (I. kategorie), děti s anamnézou užívání návykových látek jejich matkami v těhotenství s vývojovými poruchami (II. kategorie) a dále děti intaktních matek z hlediska užívání návykových látek v těhotenství (jedná se o matky, kde nebylo UNL v těhotenství prokázáno), avšak u těchto dětí byla následně diagnostikována vývojová porucha včetně ADHD, nepozornosti, impulzivity (III. kategorie).

V rámci tohoto členění jsou tedy determinujícími faktory užívání návykových látek v průběhu těhotenství a přítomnost vývojových poruch, což následně koresponduje s typem nabízené péče jak pro děti, tak jejich rodiče.

Z hlediska nabízených intervencí bylo dále nutné rozdělit cílovou skupinu dětí dle věkových kategorií na mladší školní věk, starší školní věk a dorost.

Dětští klienti, kteří mají v anamnéze užívání návykových látek matkami v těhotenství, jsou zařazeni do screeninového šetření a na základě analýzy potřeb je vytvořen individuální plán práce s dítětem. V rámci uvedeného plánu dochází k posilování oblastí, kde byl zaznamenán deficit. V případě absence deficitu (I. kategorie klientů) jsou děti zařazeny pouze do programu Slunečnicová zahrada, kde je sledován jejich další vývoj dle potřeb dítěte, nejdéle však 18 měsíců. Dítě je monitorováno každé tři měsíce dle předem vytvořených škál, které jsou skórovány na stupnici 1–10. V případě, že dítě vykazuje ve všech sledovaných oblastech vývojovou normu, tedy spadá do škály 8–10, je zařazeno pouze do dispenzáře na dobu pěti let. V případě, že rodiče souhlasí, mohou ambulanci s dítětem navštívit vždy 1× ročně za účelem průběžného sledování a vyhodnocení, spolupráce je tedy čistě na jejich vůli. V případech, kdy je nutné pracovat i nadále s rodiči, tak není dítě docházením do ambulance nijak stigmatizováno.

V rámci celkového zhodnocení je důraz kladen také na sledování zdravotního stavu se zaměřením na identifikaci alergií, astmatu, infekčních onemocnění včetně virových hepatitid apod. U dětí, kde je zaznamenán vývojový deficit (II. kategorie klientů) a současně vykazujících skóre na škále 1–3, je provedena diagnostika multidisciplinárním týmem odborníků a dětem je navržen individuální plán péče včetně případné medikace dětským psychiatrem. U této kategorie klientů je zpravidla žádoucí spolupráce s pediatrem, neurologem, dětským psychiatrem ev. dalšími odborníky.

Třetí kategorií jsou nejčastěji adolescenti, kteří jsou již sami přímo ohroženi látkovou i nelátkovou závislostí a je u nich nutné provést nejen komplexní diagnostiku, ale i vyhodnocení možností, jak nastavit léčbu nebo sekundární prevenci. V těchto případech obvykle po odebrání základní anamnézy dochází k mapování rizikových oblastí, které naznačují potřebu zaměření další péče, včetně spolupráce např. se školskými zařízeními, pedagogicko-psychologickými poradnami, orgány sociálně-právní ochrany dětí apod.

3 METODY PRÁCE S CÍLOVOU POPULACÍ

Pod pojmem „metody“ jsou v tomto případě rozuměny metody práce s cílovou skupinou, nejedná se o klasické metody výzkumného charakteru, neboť realizátoři uvedené postupy publikují s cílem možnosti použití uvedeného vypracovaného materiálu k tvorbě manuálu. Jednotlivé metody práce se liší podle potřeb klientů programu vyplývajících z analýzy zdravotnické dokumentace, výsledků screeningu, z individuálních a léčebných plánů.

Základním principem je komplexnost poskytované péče vycházející z bio-psycho-socio-spirituálního modelu, který je v rámci oboru adiktologie uznávaným paradigmatem (Kalina, 2015). Smyslem práce s nejmladší cílovou skupinou je včasná intervence a prevence, čímž v této souvislosti není myšlena specifická primární prevence. Vzhledem k tomu, že se jedná o cílovou skupinu dětí mnohdy i mladších 3 let, nelze v tomto kontextu užívat označení jako selektivní a indikovaná prevence, ale jedná se spíše o komplexní prevenci a často i terapeutickou intervenci v rámci vývojových poruch.

Možnosti, jak pracovat s cílovými skupinami, jsou pestré. Vzhledem k tomu, že vyzrálost nervové soustavy je úzce spjata s motorickou činností, je již v období šest týdnů po narození nejen možné, ale i nezbytné dítě vyšetřit rehabilitačním specialistou. Za tímto účelem Centrum pro rodinu úspěšně spolupracuje např. s Klinikou Monáda, s.r.o., jejíž tým vyučuje na 2. LF UK fyzioterapii a tělesnou výchovu a podílí se na výzkumné činnosti Neuropsychiatrické společnosti. Tým tohoto zařízení disponuje rehabilitačním specialistou, který ve spolupráci s lékařem provádí screeningové vyšetření dle Vlacha et al. (1972) a dle individuálních potřeb dítěte navrhuje konkrétní rehabilitační plán.

Rané zhodnocení a případné odhalení vývojových poruch u dětí, včetně poruch chování, respektive i opožděného psychomotorického vývoje, umožňuje včasné zahájení aplikace nápravných metod, ke kterým patří i fyzioterapeutické přístupy. S ohledem na výstupy realizované studie *Výskyt ADHD u osob závislých na ilegálních návykových látkách léčených v terapeutických komunitách v České republice* (Rubášová, Kalina, Miovský, Čablová a Šťastná, 2015), která prokázala vysokou prevalenci ADHD mezi uživateli návykových látek a současně tak i poukázala na vliv neuropsychické poruchy na pozdější vulnerabilitu jedince, je v tomto kontextu možné o výše popisovaných nápravných metodách uvažovat také jako o prevenci užívání návykových látek u dětí.

Z analýzy dokumentace našich dospělých uživatelů návykových látek, ale i klientů s problematikou nelátkových závislostí z období let 2004–2017 vyplývá následující skutečnost: Populaci, která se později uchýlila k rizikovému chování, nejsou pouze osoby ze sociálně znevýhodněného prostředí nebo z rodin vyznačujících se hyperprotektivním přístupem k výchově, ale i osoby

s vývojovými poruchami či dysfunkcemi, které během školní docházky často vedou ke školní neúspěšnosti. Patří sem ale i osoby se zdravotním znevýhodněním. V rámci komplexní terapeutické péče byly využity následující metody: studium zdravotnické dokumentace, anamnestické rozhovory s rodiči a dětmi, nástroje určené k psychologickým a adiktologickým vyšetřením.

Postupy, kterými se pracuje v adiktologické ambulanci pro děti a dorost, tedy spočívají v analýze zdravotnické, sociální a případně i školní dokumentace, dále jsou realizovány rozhovory s rodiči a dětmi a je provedeno vyhodnocení dětí prostřednictvím adekvátních škál a testů.

Nejčastěji jsou využívány testy školní zralosti dítěte, Wechslerova škála inteligence WISC III (Krejčířová, Bosche & Dan, 2002), orientační vývojová škála dle Hoškové (Hošková in Sedláčková et al., 2013), diagnostická vyšetření dětí, hodnocení attachmentových vazeb aj. Po celkovém zhodnocení stavu jsou dle indikace aplikovány nápravné metody v oblasti senzorické integrace a terapeutické přístupy speciální pedagogiky (jemná, hrubá motorika, edukace, posilování dovedností v oblasti sebeobsluhy, analýzy a syntézy myšlení, poznávání a učení). U dětí s rysy dyspraxie jsou aplikovány pohybová cvičení a nápravy. U mladších dětí lze uplatnit přístupy KBT terapie spíše formou poznávání a učení, u starších dětí je možné zařadit psychoterapeutické intervence, nejčastěji ve skupině, ale vhodná je i herní terapie.

S rodiči se obvykle pracuje individuálně nebo v rámci společné terapie a videotréninků.

4 PŘIJÍMÁNÍ KLIENTELY A POČÁTEČNÍ SCREENING DĚTÍ

Přijímání dětí probíhá bez předchozího doporučení, cílovou skupinou jsou děti klientek a klientů adiktologického Centra pro rodinu nebo jiných odborných pracovišť, dále jsou přijímáni klienti na vlastní žádost, případně na žádost rodičů či sociálních pracovníků.

Možnost nástupu do programu mají i děti s problémovým chováním, s ADHD, poruchami učení, nebo již konkrétním závislostním chováním. Rodiče absolvují vstupní pohovor se sociální pracovnící a následně s adiktologem a s dalšími odbornými pracovníky, speciálním pedagogem, psychologem, lékařem. Nezbytné je klást důraz na osobnost a multidisciplinaritu přijímajícího pracovníka, který je schopen predikovat vhodnost a načasování jednotlivých vyšetření, což je žádoucí zejména z důvodu stanovení vhodného individuálního plánu práce.

Jedná se, zejména o podporu dítěte, které nikdy samo bezdůvodně „nezlobí“ nebo nevykazuje rizikové chování. Často se ovšem takové dítě stává terčem, že ono je příčinou všeho zlého. Taková situace je však pro dítě dlouhodobě neúnosná.

Nezanedbatelným faktem je nutnost zjištění, zda dítě není v náhradní rodinné péči nebo adopci, případně neprošlo náhradní rodinnou péčí nebo adopcí v minulosti.

Odborný pracovník využívá své empatie a naslouchá, rodičům nevytýká jejich předchozí ani současný životní styl nebo neefektivní výchovné metody, nýbrž je povzbuzuje a dává jim najevo, že v rámci spolupráce mohou dosáhnout pozitivního ovlivnění vývoje svého dítěte.

V prvotní fázi je vhodné klást důraz na podporu dítěte, které samo bezdůvodně „nezlobí“ nebo nevykazuje rizikové chování, ovšem může u něho dojít k postupné negativní sebeidentifikaci, což současně může být pro daného jedince dlouhodobě neúnosné.

Při této práci je ve výhodě pracoviště, jehož pracovníci již mají předchozí zkušenosti s dospělými rodiči, například v rámci jejich předchozí terapie a léčby. Další výhodou je i dostupnost komplexní zdravotnické dokumentace rodičů, která umožňuje objektivnější posouzení všech získaných informací.

4.1 Vstupní screening

Při vstupu dítěte do ambulance je důležité stanovit odborného garanta (adiktologa), který klade důraz na provázanost a multidisciplinaritu případu a který také vede celou kazuistiku dítěte a jeho rodiny. Adiktolog se dobře uplatňuje v pozici casemanagera, je nutné, aby jeho rozhled byl širší, než je jen čistě adiktologická znalost problému, ale aby uměl posoudit situaci komplexně a uplatnit tak další postupy jak v oblasti zdravotní, sociální i psychologické a terapeutické. Garant má zároveň za úkol prostudování veškeré dokumentace dítěte včetně všech dostupných informací a doplňujících údajů od rodičů. Ambulance pracuje s dětmi od tří let, ale je v kontaktu s dětmi již po narození, pokud se jedná o děti, jejichž matky v těhotenství užívaly návykové látky, léky nebo alkohol. Z tohoto důvodu je nutné se vývojem těchto dětí zabývat skutečně komplexněji.

V první řadě je nutné důsledně pracovat s matkou, informovat se o průběhu těhotenství, porodu, zdravotním stavu matky, ale vhodné je také vyžádat si od ní zprávu z porodnice, pokud matka souhlasí. Musí být kladen důraz na etiku a vhodný přístup k matce, která je zpravidla klientkou ambulantního programu pro matky. Zjistit závažná onemocnění v rodině, a to somatického i psychického charakteru, suicidia a psychiatrické léčby. V případě, že se jedná o novorozence matky, která užívala návykové látky v těhotenství, měl by již být vyšetřen neurologem a následně od šesti týdnů je možné odeslat ho na vhodné vyšetření na rehabilitační kliniku. U osobní anamnézy staršího dítěte zjišťujeme jeho zdravotní stav, prodělané nemoci. Vývojová úroveň dítěte je vyhodnocována po stránce psychologické, speciálně pedagogické, neurofyzilogické, zdravotní a sociální, významná je anamnéza užívání návykových látek v rodině, vývojové poruchy v rodině, kombinovaná

postižení, psychiatrické poruchy, ADHD, PAS, aj. Součástí screeningu u dětí matek uživatelky je i neurologické vyšetření a posouzení motorického vývoje dítěte.

U dětí od šesti týdnů doporučujeme neurologické vyšetření opakovat a zejména u nedonošených dětí, pracovník ambulance s medicínským vzděláním může provést Vyšetření podle Vlacha, které se provádí do 3 let dítěte. V tomto věku se dá včas intervenovat v oblasti psychomotorického vývoje, který má výrazný vliv na pozdější vývoj dítěte i jeho školní úspěšnost a s tím související oblibu v kolektivu a zdravé sebevědomí. Ambulance spolupracuje také s dětskými psychiatry. U dětí od 4 let lze provádět vyhodnocení inhibice primárních reflexů, které se vyskytují po narození a jejichž vývoj probíhá asi do 3,5 let. Do doby, než dítě dosáhne věku nástupu školní docházky, by tyto reflexy měly být fyziologicky nahrazeny posturálními reflexy (Blythe, 2009, p. 26).

U školních dětí disponuje tým ještě poradenskou psychologickou, která posuzuje školní zralost, případně doporučí odeslat dítě včas do pedagogicko-psychologické poradny. Tato situace se vztahuje i na děti, které spadají do kategorie mladšího školního věku, a to z důvodu, aby dítě dostalo včas asistenta v základní škole. Jako pomocného orientačního evaluačního nástroje je využíváno i škálové hodnocení. Nástroje byly vytvořeny realizačním týmem projektu, který hodnotil vývoj dětí dle orientačních vývojových škál a anamnestických listů dle Hoškové, které byly pro tento účel vytvořeny autorkou a členkou týmu Mgr. Hoškovou-Dobriníč a které vycházely z modelů ověřených autorů (Strassmeier, 2011; Langmeier, Krejčířová, 2006; Allen, Marotz, 2008).

Děti, u kterých jsou požadované úkoly splněny pouze od 0 do 29 %, se odesílají do specializovaného zdravotnického nebo odborného zařízení nebo speciálního pedagogického centra. Děti, které plní požadované úkoly mezi 30–79 %, (střed), jsou hlavními klienty programu Slunečnicová zahrada, který využívá zejména speciálně pedagogických metod směřujících ke zlepšení funkce oslabené oblasti. Děti, které dosahují výsledky hodnocení nad 80 %, jsou zařazeny do kategorie, kde jsou odchylky od škál minimální, není tedy potřeba intervenovat v rámci uvedeného programu. Děti jsou tedy pouze dispenzarizovány.

U dětí, kde je diagnostikována vývojová porucha dětským psychiatrem, je nutné nastavit plán terapie tak, aby ve spolupráci s dětským psychiatrem a dětským psychologem vedl ke snížení projevů symptomů dané poruchy. Zde je nutné pracovat s rodinou dítěte, kdy se nejčastěji pracuje se s testem rodinného zázemí. Je nutné monitorovat, jak fungují v rodině pravidla, identifikovat, zda se neděje v rodině něco závažného.

Následně je v rámci týmu vytvořen individuální plán, který je revidován.

U dospívajících je adiktologem obvykle předkládán screeningový dotazník SURPS - Substance Use Risk Profile Scale

le (Dolejš, Mioviský a Řehan, 2012) sloužící jako škála osobnostních rysů představujících riziko z hlediska užívání návykových látek. Dále se na vstupním screeningu podílí sociální pracovník, který se zaměřuje na sociální anamnézu dítěte, rodinného prostředí a sociální zázemí rodiny.

U dětí se v rámci vyšetření zaměřujeme komplexně na celou škálu medikace, zejména psychofarmaka, antikonvulziva, antialergika, neboť právě tyto léky mohou snižovat pozornost dítěte natolik, že zásadně zkreslí výsledky prováděných testů. Vyšetření provádí adiktolog dle příručky *Příklady z naší praxe – Práce s dětmi a žáky ze znevýhodněného prostředí Slunečnicová zahrada. Praha: Drop In o.p.s., (Sedláčková, S., Hošková, K., Bulvová, H. a kol. (2013), aby mohl zajistit další potřebná specializovaná vyšetření. Následně po vstupním screeningu je navržen individuální plán práce s dítětem a jeho rodiči či zákonnými zástupci.*

4.2 Adiktologické, speciálně pedagogické, psychologické a psychiatrické vyšetření

Psycholog pedagogicko-psychologické poradny se zaměřuje na školní zralost dítěte, na prevenci rizikového chování, ale nemůže často zohlednit zdravotní stav dítěte a propojit dítě s vhodnými medicínskými přístupy, jelikož jeho cílem je navržení správného vzdělávacího programu, nikoliv léčba. Často se stává, že rodiče předávají informaci o dítěti např. o enuréze školnímu psychologovi, ale klinický psycholog nebo zdravotnické pracoviště se již o tomto fenoménu nedozví. Je tedy důležité rozlišit školního, nebo poradenského psychologa s příslušností k pedagogicko-psychologické poradně a dětského klinického psychologa nebo psychologa ve zdravotnictví. Centrum pro rodinu, v rámci adiktologické ambulance, doporučuje spolupráci s dětským klinickým psychologem.

V případech, kdy dítě vykazuje deficit, je navržen systém posilování senzorycké integrace a rozvíjení dané oblasti dle „*Pracovních listů*“ (Keblová et al., 2013). Hodnocení je zaměřeno na oblasti sebeobsluhy, myšlení, analytické schopnosti, sociální zralost a zdravotní stav včetně neurofyzilogického vývoje.

Po zhodnocení speciálním pedagogem může být dítě i již v předškolním věku vyšetřeno psychologem, a to zejména v případech, kdy je nesoustředěné, zamlklé, hyperaktivní, a také v případech, kdy je nám známo, že v rodině dítěte dochází, nebo docházelo k násilí.

Zhodnocení dětským psychologem je důležité i v případech, kdy dítě bylo odebráno matce a je v náhradní rodinné péči, v případech, kdy dochází ke znovuoobnovení kontaktu s matkou, nebo když se dítě vrací z náhradní rodinné péče zpět do původní rodiny. Na doporučení dětského psychologa i garanta může být dítěti zprostředkováno i psychiatrické vyšetření, a to v případech, kdy nadměrně pláče, sebepoškozuje se apod. Navíc u suspektních poruch autistického spektra i u ADHD diagnostikuje vývojovou poruchu vždy dětský psychiatr.

U dětí, kde je diagnostikována vývojová porucha dětským psychiatrem, je nutné nastavit plán terapie tak, aby ve spolupráci s dětským psychiatrem a dětským psychologem vedl ke snížení projevů symptomů dané poruchy.

4.3 Sociální šetření

Probíhá na základě dotazníků a doplňujících informací získaných od rodičů nebo zákonných zástupců, kteří o dítě pečují, zajišťuje ho zpravidla sociální pracovník programu nebo adiktolog.

Sociální anamnéza dítěte se zaměřuje na zmapování následujících oblastí, a to zejména jak funguje dítě v rodině, v kolektivu, cílí na jeho rodinné zázemí, domácí podmínky, sociální dovednosti rodičů, sociální zázemí, ekonomické podmínky, hygienické návyky, sebeobsluhu apod.

Šetřením v sociální oblasti je zajištěn přehled o spolupráci s rodiči, postojích rodičů k dodržování denního režimu, důslednosti, uspokojení bazálních potřeb dítěte a jejich působení na rozvoj osobnosti dítěte. Garant dítěte zařazuje děti do programu dle možností:

- **Individuální práce s rodičem.** Jedná se o ty situace, kdy vnímáme, že výchovné praktiky rodiče jsou neefektivní, neproduktivní nebo kontraproduktivní. Může se jednat jak o edukaci a KBT, tak o poradenství nebo formu skupinové terapie či jiná případná doporučení.
- **Práce s rodičem a s dítětem.** Ta je doporučena zejména u předškolních dětí, kdy rodiče sice zajišťují bazální potřeby dítěte, ale nijak se nepodílí na jeho vývoji, nevytváří, nebo vytváří málo podnětné prostředí. Rodič se učí hrát si s dítětem, je kladen důraz na situace, kdy se na sebe mohou dítě a rodič pozitivně naladit.

Tato metoda se týká také situace, kdy jsou děti předávány zpět z náhradní rodinné péče biologickým rodičům, nebo i po delší odluce, kdy si na sebe obě strany musí zvyknout. Společná práce může sloužit i náhradním rodičům pro vzájemné napojení. V této situaci je vhodné pracovat na upevnění attachmentových vazeb.

5 INDIVIDUÁLNÍ PRÁCE S DÍTĚTEM NEBO PRÁCE SE SKUPINOU DĚTÍ

5.1 Rozdělení dle věku dítěte

Pro skupinové aktivity a pozitivní rozvoj byly děti děleny do následujících skupin:

Novorozenci – Jedná se o skupinu dětí výhradně matek s předchozí anamnézou užívání NL v těhotenství, případně psychofarmak. S uvedenou cílovou skupinou je nutné provést včasný screening podle Vlacha (viz výše). V naší ambulanci se obvykle ocitají děti v šestém týdnu po narození, péče o novorozence patří do kompetence neonato-

logů a později neurologů a fyzioterapeutů. V adiktologické ambulanci může dojít ke zprostředkování odborných kontaktů. V budoucnu plánujeme vyšetření neurologem nebo odborným lékařem přímo na našem pracovišti, a to z prostého důvodu, aby byla zjištěna indikace. V případě, že matka dítěte nespolupracuje a dítě je indikováno k terapii, vnímáme to jako zcela zásadní problém.

I spolupracující rodiče či pečující osoby je nutné průběžně kontrolovat, aby nedocházelo k zanedbání péče o dítě v tomto směru.

Věk 3–4 roky – V této věkové kategorii ještě není jasně stanovena diagnóza ADHD, PAS, ani dalších vývojových poruch. V tomto věku je nutné pravidelně sledovat vývoj dítěte a včas se zaměřit na tzv. opožděný vývoj. Situaci nelze bagatelizovat. Může jít o situaci, kdy dítě vývojově má své rezervy a s naší pomocí, nebo i bez ní deficit dožene. Z tohoto důvodu je nutné provádět pečlivý screening a problematikou se dále zabývat.

Dítě je třeba přiměřenými metodami posouvat a provádět pravidelné kontrolní škálové hodnocení každé 3 měsíce a v případě potřeby je nutné včas děti odeslat k externím odborníkům. Nezbytné je sledovat a také pracovat s prostředím dítěte, a pokud je to možné i s oběma rodiči. V této věkové kategorii je již možné se věnovat i dětem s intaktní anamnézou matky. Děti, které vycházejí v průměrném hodnocení screeningu jako 80–100% odpovídající vývojové fázi, mohou docházet pouze na krátkodobá setkání a v dispenzární péči zůstávají pouze děti s anamnézou UNL matkami v těhotenství.

Věk 5–6 let – V této věkové kategorii je cílová skupina vyhodnocována v rámci výše uvedeného screeningového šetření, ale spadá sem i vyšetření školní zralosti. Je navržen plán péče a vypracován je i návrh, jak docílit i školní úspěšnosti. Pracuje se s rodinou, ale je nutné věnovat pozornost i trávení volného času a počínající problematice nelátkových závislostí, jako jsou tablety, PC hry a telefony. Děti a rodiče jsou motivováni k efektivnímu trávení volného času a je nutné vyhodnotit, jak dítě funguje ve vrstevnické skupině. Ve všech případech je kladen důraz i na attachmentové vazby. Sledována je adiktologická problematika u rodičů nebo nevhodné vedení. Jedná se například o časté pouštění pohádek na tabletu a PC, když rodiče chtějí mít pro sebe čas, tento jev se vyskytuje již v mladším období, a to i u relativně zcela intaktní populace rodičů.

Mladší školní věk – Zde je již dítě zařazeno do primárního vzdělávacího programu, je tedy důležité respektovat školský zákon, kdy má hlavní slovo pedagogicko-psychologická poradna, která může v doporučení ŠPZ pro vzdělávání žáka se speciálními vzdělávacími potřebami doporučit vytvoření individuálního vzdělávacího plánu. Adiktologická ambulance by neměla rozhodně suplovat poradenský systém. Následně poradna sama navrhne náplň reedukace a další metody, které děti čerpají v rámci školy. Adiktologická ambulance má zde své místo a úlo-

hu v případě současných problémů rodiče, který sám patří do cílové skupiny adiktologické péče.

V souvislosti s léčebnými a terapeutickými metodami sledujeme, jak je rodič motivován k péči o dítě a k podpoře svého dítěte v rámci získávání školních kompetencí.

V případě školních nezdarů dítěte, poruch chování a dalších zjištěných faktorů je možné ve spolupráci s poradnou a školou vyhodnotit i stav dítěte dětským klinickým psychologem, pomoci rodičům zprostředkovat kontakty nebo indikovat dítě k vyšetření u dětského psychiatra a úlohou adiktologa je spíše uvedené činnosti koordinovat a kontrolovat.

Nezastupitelnou úlohou adiktologa je koordinovat již uvedený multidisciplinární přístup, který má v současné době obor adiktologie podrobně vypracovaný. V tomto kontextu je vhodné zmínit přístup case managementu, kdy terapeuti jezdí i do přirozeného prostředí klientů domů v případech, kdy jsou děti často nemocné a intervence by se tak nikam dále neposouvala. V našem případě se tak děje zejména v případech časté nemocnosti školou povinných dětí, kdy žák skutečně vykazuje konkrétní somatické či psychosomatické obtíže.

Ve spolupráci s rodiči je možné pomoci žáka umístit do ozdravovny, dále je možné ve spolupráci s odborníky pátrat po psychosomatické příčině. V takovýchto situacích je vhodná intenzivní práce s celou rodinou, dále i s dalším odborným zařízením, kterým bývá zpravidla pracoviště dětského klinického psychologa, pokud jím adiktologická ambulance přímo nedisponuje.

U dětí mladšího školního věku se současně aplikuje screening neuromotorické vývojové terapie a následné cvičení, kterým se Centrum pro rodinu zabývá. V ČR jsou tyto programy realizovány jako INPP Školní intervenční program, nebo jsou praktikovány např. v Red Tulip paní Marjou Volemanovou, která je jednou z průkopnic této terapie (Volemanová, 2013).

Starší školní věk – Jedná se o kategorii žáků, kteří jsou již seznámeni s problematikou látkových i nelátkových závislostí a procházejí preventivním programem školy v rámci školní docházky. Je tedy vhodné v případě, že nás rodina osloví, spojit se se školou, případně s realizátorem preventivních programů na škole, nebo se školním metodikem prevence. V této věkové kategorii se setkáváme s poruchami příjmu potravy, sebepoškozováním, kyberšikanou, aj. U mentální anorexie se skutečně jedná o velmi závažné a křehké téma a vzhledem ke specifice problému se domníváme, že by se do něj adiktolog bez psychoterapeutického výcviku a bez spolupráce s psychiatrem, odborníkem na poruchy příjmu potravy a psychologem se specializací na PPP neměl pouštět.

Zde ovšem v současném systému vnímáme problém, kdy děti s diagnózou poruch příjmu potravy nejsou prioritně přijímány na interní, nebo metabolické jednotky,

jak bychom se mohli domnívat. Doporučujeme rodiče na odborná pracoviště, nejčastěji FN Motol, Thomayerovu nemocnici či Nemocnici Bulovka. Naše pracoviště má vytipovanou síť odborníků, avšak nemocnice mají psychiatrická lůžka plná několik měsíců dopředu. Při velmi nízké váze adolescentky je určitě důležité rodičům doporučit bezodkladně kontaktovat interní Dětskou kliniku Praha 2, Ke Karlovu 3, kde následně po infuzní terapii je dítě přeloženo na psychiatrické lůžkové oddělení.

Adiktologická ambulance může také provádět depistáž dalších rizik, je nutné si všimnout situací, kdy klientka trvá pouze na určitém druhu stravy a velmi extrémně trvá na veganství nebo vegetariánství. Někdy jsou v tomto extrémním výběru jídel děti podporovány již od svých rodičů, u kterých nemoc může skrytě probíhat dlouhodobě. Zde spolupracujeme s Klinikou adiktologie, ambulancí pro děti a dorost a jejich terapeutickým týmem.

Zásadní cílovou skupinou naší ambulance jsou však také již dorůstající děti našich klientek, které byly matkám odebrány před delším časovým úsekem (14 let i více) a svěřeny do náhradní rodinné péče obvykle k biologickým babičkám. Tato cílová skupina dětí a zejména pak dívek ke svým matkám inklinuje, pravidelně se s nimi vidá při pravidelných návštěvách, ovšem z hlediska rodičovské autority jsou tyto matky uvedenou cílovou skupinou vnímány spíše jako starší sestry, či objekty sourozenecké rivality. U těchto dětí tedy figurují dvě matky, jedna biologická a jedna babička a v drtivé většině případů se i tyto babičky samy matkami nazývaly. Tento jev zcela výrazně zasahuje do dětské duše, jeho priorit a identifikace se světem. Popsaná situace pak bez dalšího terapeutického zásahu může svou měrou přispívat k progresi potíží s identifikací vlastního já a negativního sebepojetí.

V tomto věkovém období již lze pracovat s dětskou terapeutickou skupinou, ale je nutné jí zaměřit na pozitivní zážitkové aktivity, přijetí v terapeutickém kontextu a prožitá traumata a zážitky probírat pouze individuální formou. Nedomníváme se, že by zpracovávání témat spojených s užíváním návykových látek (např. zvládání cravingu apod.) bylo efektivní probírat v rámci této vrsťevnické skupiny, jelikož v tomto věku děti mezi sebou mnohdy rivalizují a skupinové aktivity v tomto kontextu mohou zafungovat jako spouštěcí mechanismus.

Dorost, adolescence – Věková hranice pro tuto cílovou skupinu by měla být 18 let, ovšem je možné v některých případech pracovat i se staršími klienty. U klientů se nejlépe osvědčuje rodinná terapie, individuální terapie, skupinová terapie, ale také např. pobyt v terapeutické komunitě Karlov, dále Centrum následné péče Drop In a Klinika adiktologie. Důležité je v rámci terapie rodiče upozorňovat na dlouhodobý proces související s vývojovou etapou dospívajícího, který může být způsoben nedostatečným respektováním vývoje dospívajícího.

V neposlední řadě se setkáváme i s klienty s vývojovou poruchou ADHD, impulzivitou, nepozorností, apod. Mezi

naše klienty patří i osoby, které pod vlivem návykové látky opakovaně řídí motorová vozidla, a to i bez ŘP, páchají trestnou činností (zejména krádeže), propadají gamblingu.

S těmito klienty se pracuje v rámci adiktologické ambulance již jako s dospělými klienty, je jim poskytována individuální a skupinová terapie a poradenství po předchozím vstupním a kontrolním zhodnocení dle Standardů pro poskytovatele služeb UNL.

Práce s rodiči – Je nezastupitelnou částí práce v adiktologické ambulanci, jedná se o zcela zásadní článek při výchově dětí. S Centrem pro rodinu spolupracují již rodiče, kteří sami byli klienty centra, zejména matky, bývalé uživatelky, které již abstínují. V případě, že neabstínují, jsou zařazovány do samostatného programu. Abstínující rodiče jsou podporováni ve vytvoření reflexe svých výchovných postupů. Dále přichází rodiče dospívajících a starších dětí, kteří nebyli v předchozím kontaktu s ambulancí. S příchodími je možné zvolit dvě varianty péče. V případě, že přivádí adolescenta nebo starší dítě, je možné zahájit rodinnou terapii, následně však v případě indikované terapie individuální by neměli jednotliví členové rodiny docházet ke stejným terapeutům, jelikož dochází ke zkrslení rodinných systémů.

V opačném případě, když nás navštíví rodič sám a posléze přichází s dítětem, může být poskytnuto rodinné poradenství, ale nedoporučuje se provádět rodinnou terapii v této posloupnosti, jelikož je zde ve výhodě ten, co nás dříve kontaktoval. U problematiky starších dětí a rodičů se aplikují metody rodinné terapie, individuální terapie a poradenství dle individuálních plánů.

6 ZÁVĚR

V současné době je při práci s klienty věnována zvýšená pozornost rodinnému zázemí a rodinné terapii se věnuje celá řada zařízení, včetně práce s dospívajícími klienty. Centrum pro rodinu přichází do kontaktu velmi často s malými dětmi a též s dětmi mladšího školního věku.

Je pravdou, že v době inkluzivního vzdělávání probíhá perfektní odborná diagnostika, ale nejsou dostatečně aplikovány metody při řešení problémů a odchylek ve vývoji, např. specifických poruch školních dovedností, ADHD, PAS apod. U dětí a žáků se specifickými poruchami školních dovedností jsou jejich deficity sice již školou akceptovány, probíhá edukace a spolupráce s asistenty pedagogů, je však důležité aplikovat další moderní metody řešení této problematiky, například psychomotorická cvičení.

Neurovývojová terapie není samospásná bez odborného komplexního multidisciplinárního přístupu, jakým je již zavedený systém adiktologických služeb, rodinného a individuálního poradenství i terapie, ambulantní a ústavní léčby, case managementu aj., ovšem tyto terapeutické způsoby práce s cílovou populací dětí je vhodné zahrnout

do celkového systému péče. Ve výše uvedených výzkumech (Rubášová et al., 2015) byla prokázána zvýšená prevalence ADHD u uživatelů návykových látek a vliv neuropsychických poruch na zvýšenou vulnerabilitu z hlediska pozdějšího užívání návykových látek v dospělosti. Rodiče dětí mají své omezené možnosti a vychází ze situace, které sami rozumí. Porozumět jedinci s ADHD nebo nedostatečně inhibovanými primárními reflexy je velmi těžké, jedná se skutečně o stav, který je klienty popisován jako podobný stavu syndromu z odnětí, strachu, úzkosti, špatné koordinaci, dezorientaci apod. Dospělí uživatelé se často domnívají, že se jedná o stav, který mají po odeznívání účinků drog, objevuje se i po užití THC a halucinogenů u neurotických klientů (lékaři tento stav diagnostikují jako stav neurovegetativní lability). Málokterý rodič a dospělý, který tento stav nezažil, je schopen pochopit, jak se takové dítě cítí. Zde je možná kořen neefektivních rodičovských přístupů, se kterými samozřejmě pracujeme, nicméně rodič v této fázi již obvykle nemá možnost svépomocí tyto stavy ovlivnit. V terapii se dá pracovat se strachem, s ohrožením, s asertivitou, ale jak již bylo výše uvedeno, v zahraničí, zejména ve Velké Británii i na Slovensku a Maďarsku, aplikují psychologové a dětské terapeuti metody senzorycké integrace, INPP (neurovývojová cvičení). Česká republika stále neumožnila legislativně zakotvit u náplně práce psychologa práci s tělem, částečně je zakotvena u speciálních pedagogů. Řada postupů je realizována v praxích fyzioterapeutů a neurologů.

V současné době jsou čekací termíny na vyšetření neurologem několik měsíců a neurovývojovou terapii, která je velmi drahá, provádí pouze úzká část fyzioterapeutů v privátní praxi. Běžné dítě, natož dítě ze znevýhodněného prostředí, nemá obvykle možnost tuto terapii vůbec čerpat. Nejčastěji se jedná o děti dyspraktické, úzkostné a méně sebevědomé. Tato skutečnost vede často k vyčlenění dítěte z kolektivu a později může vést k rizikovému chování ve snaze získat si oblibu vrstevníků. Řešením však není zařazení dyspraktického dítěte do sportovního oddílu, kde bude opět neúspěšné, neboť opakovanou stimulací přetrvávajících primárních reflexů dochází totiž k jejich posilování, nikoliv k jejich inhibici. Možností řešení je systematická práce, která kromě rodinné terapie a práce s rodiči zahrnuje i posilování v oblasti psychomotorické nezralosti dítěte, kde jsou jednotlivé pohybové na sebe navazující stereotypy sestaveny tak, aby vedly k efektivním výsledkům.

V České republice je navíc situace komplikována skutečností, že odborníci, kteří ovládají metody neuromotorických cvičení, jsou z řad fyzioterapeutů a ergoterapeutů. Úhrada uvedené terapie je prováděna buď ze všeobecného zdravotního pojištění na doporučení lékařů, nebo si ji rodiče musí hradit. Uvedené terapeutické postupy nejsou zatím příliš rozšířeny v působnosti pedagogicko-psychologických poraden, mezi psychology a speciálními pedagogy, pracovníky preventivní medicíny ani adiktology. Doporučení z praxe se přiklání ke skutečnosti, aby vyšetření u dětí bylo realizováno již v předškolním věku a došlo k multioborovému propojení, včetně aplikace te-

rapeutických metod, jako je neurovývojová terapie. Smyslem práce je snaha propojit diagnostiku s terapií nejen rodinnou a individuální, ale také s herní terapií a zakotvit senzoryckou integraci a neuropsychoterapii do spektra odbornosti psychologů a adiktologů. To s sebou nese fakt, že pro práci s dětskou cílovou skupinou je nutné rozšiřovat další vzdělání, legislativu a terapeutické výcviky na uvedené téma, včetně čerpání zkušeností ze zahraničí.

V adiktologické ambulanci pro děti a dorost a v programu Slunečnicová zahrada je tým připraven uvedenými metodami pracovat a intenzivně spolupracovat s dalšími odborníky.

Závěrem lze říci, že v rámci podpory a ochrany veřejného zdraví, preventivního lékařství a adiktologie je nutné zohledňovat řadu faktorů, které ovlivňují vývoj dětské populace tak, aby preventivní působení mělo v důsledku celkově pozitivní vliv na veřejné zdraví populace.

V oboru adiktologie se do roku 2017 s výjimkou Kliniky adiktologie cílové skupině věnovaly pouze programy primární prevence a pedagogicko-psychologické poradny. Před rokem 1989 to byla vždy zdravotnická zařízení, zejména pediatrii, pedagogové, dětské psychologové a psychiatři, včetně dalších odborností a o kazuistikách dětí spolu komunikovali. Již prof. Matějček sledoval, jak na dítě působí rodinné prostředí a prostředí ústavní, a byl to právě on, který se zasloužil o významné téma zdravého vývoje dítěte, kam nepochybně patří prevence adiktologických poruch. V oboru adiktologie se multidisciplinární odborná veřejnost shoduje s tím, že adiktologický problém je až sekundární důsledek problému primárního.

Doporučení – V oboru dětské adiktologie doporučujeme rozšířit vzdělání adiktologů, již není možné vycházet pouze ze základní akademické průpravy, práce s dětskou populací vyžaduje nejen znalosti ze speciální pedagogiky a vývojové psychologie, ale i znalosti komplexní neuropsychoterapie. Do doporučení patří neustálé propojování adiktologie s komplexními přístupy v medicíně. Ze zkušeností ze zahraničí (např. Blythe, 2009) je patrné, že terapeutické intervence zaměřené na práci s tělem mají příznivý vliv na optimální vývoj dětí i dospívajících, proto doporučujeme zařadit tyto metody do adiktologické péče o dětskou populaci. Jak uvádí Hampl (2003), každá léčebně-preventivní péče by měla zahrnovat prvky bio-psycho-sociální (Hampl in Kalina, 2003, p. 174.), proto je vhodné i k uvedené cílové skupině přistupovat v souladu s celostním modelem lidské osobnosti.

Role autorů | Mgr. Simona Sedláčková, MSc., MHA, vychází z přímé práce realizátora adiktologické ambulance pro děti a dorost a projektu Slunečnicová zahrada. Prováděla analýzu dat a zajišťuje komplexně a odborně program adiktologické ambulance pro děti a dorost. Doc. MUDr. Lidmila Hamplová, Ph.D., provedla rešerši k zvolenému tématu a podílela se na vyhodnocení dat. MUDr. Zdeněk Veselý se zabývá dědičnými faktory, které ovlivňují užívání návykových látek v dospělosti. Mgr. Kateřina Dobri-

nič se věnovala překladu do anglického jazyka, dále její specializací je pedagogicko-psychologické poradenství a je externí členkou týmu a autorkou škál dle Hoškové. Bc. Petra Mládková navrhla design a metodiku projektu, odbornou a věcnou realizaci celého projektu.

Všichni autoři souhlasí s konečnou podobou textu.

Konflikt zájmů | Bez konfliktu zájmů

LITERATURA / REFERENCES

- Adameček, D., Libra, J., & Šedivá, D. (2015). *D. Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby (Standardy služeb pro uživatele drog, závislé a patologické hráče)*. Praha: Vláda ČR
- Binder, T., Vavřínková, B. (2006). *Návykové látky v těhotenství*. Praha: Triton.
- Blythe Goddard, S., Beuret, L., Blythe, P. (2009). *Attention, balance, and coordination: the A.B.C. of learning success*. Wiley: Malden, Mass.
- Čermáková, M., Papežová, H., Uhlíková, P. (2015). *Poruchy pozornosti a hyperaktivita (ADHD/ADD). Příručka pro dospělé*. PRVOUK P26/LF1/4 a P03/LF1/9, [on line] cit. 29.07.2018. Dostupné z <www.nepozorni.cz>
- Dolejš M., Mioviský, M., & Řehan, V. (2012). *Testová příručka ke škále osobnostních rysů představujících riziko z hlediska užívání návykových látek (SURPS-SUBSTANCE USE RISK PROFILE SCALE)*. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga.
- Drobná, H., Velemínský, M. (2000). *Problematika drogových závislostí matiek a novorodencov*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity.
- Dunovský, J., Dytrych, Z., Matějček, M. et al. (1995). *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada Publishing.
- Hampl, K. (2003). Lékařská ambulantní péče o závislé. In: Kalina, K. (Eds.). *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Hjerkin B. et al. (2010). Neuropsychological screening of children of substance-abusing women attending a Special Child Welfare Clinic in Norway, *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 5(17).
- Hulínský, P., Hamplová, L., Němcová, J. (2014). Prevence šíření HIV/AIDS ve vybraných komunitách. *Zdravotnictvo a sociální práce*, Supplementum 9, 56–59.
- Hulínský, P., Hamplová, L. (2013). Řešení problematiky HIV/AIDS v České republice. *Zdravotnictvo a sociální práce*, 8(3), 8–17.
- Chang G, Wilkins-Haug L, Berman S, Goetz MA. (1999). Brief intervention for alcohol use in pregnancy: a randomized trial. *Addiction*, 94, 1499–1508.
- Kalina, K. a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup I. a II.* Praha: Rada Evropy/Úřad vlády ČR.
- Kalina, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Kastnerová, M., Sedláčková, S., Žižková, B. (2006). *Systém péče o těhotné uživatelky drog, drogově závislé matky a jejich děti*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity.
- Kessler, R. C. et al. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*, 163(4), 716–723.
- Krejčířová, D., Boschek, P., & Dan, J. (2002). WISC–III. *Wechslerova inteligenční škála pro děti*. Wechsler, D., česká verze. Praha: Testcentrum.
- Libra, J., Mioviský, M., Mravčík, V. (2012). *Koncepce sítě zdravotních služeb oboru adiktologie*. Praha: Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP.
- Mioviský, M. (ed.) a kol. (2010). *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Praha: Togga.
- Mioviský, M. (2003). Problémy mezioborového přístupu k léčbě závislostí. In: Kalina, K. a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup I. a II.* Praha: Úřad vlády ČR.
- Rubášová, E., Kalina, K., Mioviský, M., Čablová, L., & Šťastná, L. (2015). Výskyt ADHD u osob závislých na ilegálních návykových látkách léčených v terapeutických komunitách v České republice - pilotní studie. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 111(5), 228–235. Retrieved from <http://www.cspsychiatri.cz/archiv.php>
- Preslová, I. (2008). Možnosti a meze při práci s těhotnými uživatelkami drog. In: M. Velemínský, M., B. Žižková, *Péče o těhotné ženy, užívající psychotropní látky v těhotenství*. Praha: Triton.
- Rozsypal, H., Rozsypalová, B. (2006). Význam vyhledávacích sérologických vyšetření v graviditě. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 15(3), 436–445.
- Sedláčková, K., Žižková, B. (2007). Dopad užívání psychoaktivních látek v těhotenství. *Sestra*, 7–8, p. 35–36.
- Sedláčková, S., Žižková, B. (2007). 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.
- Sedláčková, S. (2009). *Prevence specifických vývojových poruch u dětí, jejichž matky užívaly v těhotenství návykové látky, Slunečnicová zahrada*. Praha: Sananim, o.p.s.
- Sedláčková, S., Hošková, K., Bulvová, H. a kol. (2013). *Příklady z naší praxe – Práce s dětmi a žáky ze znevýhodněného prostředí Slunečnicová zahrada*. Praha: Drop In, o.p.s.
- Sedláčková, S., Keblová, A., Hošková, K. a kol. (2013). *Metodika pro rodiče – Obáváte se problémů s chováním a učením vašeho dítěte?* Praha: Drop In, o.p.s.
- Sedláčková, S., Hamplová, L., Dobrinič, K. (2016). Metodika péče o matky užívající návykové látky a jejich děti v projektu Slunečnicová zahrada. *Adiktologie*, 16(4), 352–359.
- Trávníčková, I. (2001). *Specifické aspekty zneužívání drog u žen*. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci.
- Vavrinčíková, L., Mioviský, M., Libra, J. (2013). *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice*. Praha: Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP.
- Volemanová, M. (2013). *Přetrvávající primární reflexy: opomíjený faktor problémů učením a chováním: jak je rozpoznat a kdy se obrátit na odborníka*. Praha: Red tulip.
- Wilke J. D., Kamata, A., Cash, S. J. (2005). Modeling treatment motivation in substance-abusing women with children. *Child Abuse and Neglect*, 29(11), 1313–1323.

School Facilities and Addiction-Related Issues

Toman, J.

Youth Detention and Educational Care Centre, Prague, Czech Republic

Citation | Toman, J. (2018). Školská zařízení a adiktologická problematika. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 1(4), 246–253.

Summary | School facilities established under Act No. 109/2002 have dealt with addiction issues in the long term. Particular challenges arise from compulsory placements where little account is taken of the child's motivation or the resources of the institution. With motivated addiction clients, school facilities use

services provided by health programmes or non-governmental organisations. Some facilities have established their own addictological programmes, such as *Cesta Řevnice*. The pressing nature of addiction-specific issues requires prompt structural responses undertaken as part of the prevention system.

Keywords | Residential setting belongs to Ministry of Education – Foster care – Risky behavior – Addictological comorbidity – Comprehensive conception – Interdepartmental strategy

Submitted | 26 September 2018

Accepted | 23 November 2018

Correspondence address | PaedDr. Jan Toman, Youth Detention and Educational Care Centre, Na Dlouhé mezi 19, 147 00 Prague 4, Czech Republic

toman.jan@dum-praha.cz

Školská zařízení a adiktologická problematika

Toman, J.

Diagnostický ústav a Středisko výchovné péče, Praha 4-Hodkovičky

Citace | Toman, J. (2018). Školská zařízení a adiktologická problematika. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 1(4), 246–253.

Souhrn | Školská zařízení zřizovaná podle zákona 109/2002 Sb. řeší problematiku adiktologického typu velmi dlouho zejména jako problém obligatorně umístěného dítěte bez ohledu na motivaci či úroveň kompetencí pracoviště. U motivovaných adiktologických klientů využívají školská zařízení

služeb programů ve zdravotnictví či u neziskových organizací. Některá zařízení zřídila vlastní adiktologické programy. Příkladem je program Cesta Řevnice. Nárůst této problematiky vyžaduje urychlené koncepční řešení v systému prevence.

Klíčová slova | Školská zařízení – Obligatorní (institucionální) náhradní péče – Rizikové chování – Adiktologická komorbidita u dětí a mládeže – Stávající programy zaměřené na adiktologickou problematiku ve školských zařízeních – Ucelená koncepce prevence ve školství – Meziresortní strategie

Došlo do redakce | 26. září 2018

Přijato k tisku | 23. listopadu 2018

Korespondenční adresa | PaedDr. Jan Toman, Diagnostický ústav a Středisko výchovné péče,
Na Dlouhé mezi 19, 147 00 Praha 4

toman.jan@dum-praha.cz

1 ÚVOD: PROMĚNA SPOLEČENSKÉHO KONTEXTU A VNÍMÁNÍ ÚSTAVNÍ VÝCHOVY A PÉČE

Je obtížné strukturovaně charakterizovat současný stav adiktologicky orientovaných programů ve školských zařízeních bez krátké rekapitulace vývoje a jeho fází v různých obdobích vývoje problému, jeho teoretického poznání, společenského nahlížení a reálných možností pro praktické postupy k pomoci, k uzdravě. Školská zařízení od devadesátých let pracují s klientelou dětí a dospívajících, která, ač jako skupina z demografického pohledu marginální, je svým způsobem reprezentativní jako nositel rizik u dětí a mládeže, která odpovídají vždy aktuální situaci ve společnosti. Právě zde jsou zachyceny signály napovídající o blízkém vývoji některých problematických jevů či patologií.

Tato samotná skutečnost vedla jednotlivá zařízení s odpovědným vedením k hledání reálné a účinné metodiky k práci s jednotlivými riziky, mezi která patří také, při vysoké komorbiditě, problematika psychotropních látek a závislostního chování.

V začátcích snahy o systémový přístup lze připomenout využívání prvků zahraničních zkušeností, zejména z USA a Polska, a samozřejmě renomovaných systémů a přístupů té doby reprezentovaných jmény Nešpor, Heller, Prešl, Douda.... Současně ale byly také využívány – a dosud efektivně využívány jsou, specializované terapeutické programy neziskových organizací v čele se Sananimem, který dlouhá léta suploval úkoly státu.

V průběhu posledních dvaceti let ale došlo k prudkému vývoji v této oblasti. Změnily se empirické souvislosti, vnímání problematiky většinovou společností, některé z psychotropních látek prošly v nebývale krátkém čase standardním vývojem od prohibice přes aboliční přístup až k reglementaci, tedy legalizaci na úrovni zákonné normy. Především ale byl díky několika protagonistům (prof. Miovský, doc. Kalina a další) konstituován vědní obor adiktologie, zahájeno řádné vysokoškolské studium zaměřené na tuto disciplínu. Otevřel se tak pro školská zařízení prostor ke standardizaci přístupu k problematice ve školské praxi, vznikl příslib možnosti zapojit do týmů ve školských zařízeních specializované odborníky. Vývoj problematiky od let devadesátých do jisté míry korespondoval s vývojem ve společnosti. Současně však byl ve školských zařízeních provázen potížemi organizačními, tradičním hodnocením či bodovacím systémem v práci s klienty (srovnej Kalina 2013, p. 318), různými dogmaty či profesními stereotypy.

Diagnostický ústav v té době realizoval každoročně několik projektů zaměřených na hledání nových metodických přístupů, které by odpovídaly potřebám klientely a jisté anticipaci také ve vývoji problematiky adiktologické. Nakolik se zdá rekapitulace společenských změn pro dané téma z různých důvodů redundantní, specifickým

problémem je, že úkol pro školská zařízení není o jednoznačné, vyhraněné zakázce, např. adiktologického typu, ale dítě je často do zařízení obligatorně svěřeno k plnému přímému zaopatření, k všestranné péči s cílem optimálního rozvoje, vzdělání, a zařízení se tak dostává do jisté míry do role rodiče, který musí vyhodnotit všechny okolnosti a s plnou odpovědností naplánovat s dítětem dlouhodobou perspektivu. V této souvislosti bylo jen na úrovni například právě adiktologické nezbytné reflektovat vývoj:

- V politice – od ignorace (vyjádřené neochotou nejen problém řešit, ale vůbec jej připustit jako významný) k toleranci (což reprezentuje překonání stádia bulvarizace, politického zneužívání problematiky, strašení a zběsilé medializace až k politicky přijatelnému postoji „realistické tolerance“).
- V zahájení řešení problému u klientely – od experimentu k užívání. To přirozeně přinesl prostup problematiky společností. Většinu kontaktů s drogou u mladistvých v letech devadesátých bylo možno charakterizovat jako experiment. V současné době je experiment v daném věkovém období považován za reálnou součást zkušenosti mládeže většinové společnosti, snad i obecně iniciačního charakteru referenčních skupin. Klient, který dnes přichází s problémem (rozuměj také rodiče, škola, kurátor, tedy častí iniciátoři intervence), by experiment jako problém ještě rozhodně nevnímal.
- Ve vnímání „drogy“ u dospívajících v kontextu společnosti – od dobrodružného objevování k uživatelským zkušenostem. Většina současné dospívající klientely užívá konkrétní drogu pro její konkrétní vlastnosti. Netápe, poučí se „vzděláváním“ ve společnosti. Má tak blízko k sebemedikaci. Stav, který považuje za zdůvodněný, etický a často nenahraditelný.
- Od zoufalého, náhodně zvoleného útěku od reality, případně od revolty, k tolerovanému životnímu stylu. Značná část většinové společnosti zabudovala do životního stylu drogu v podobě širokospektrých (nenarkotických) analgetik a jiných preparátů. Ty se staly facilitačním faktorem náročné každodenní reality. Je tak THC akceptovatelnou variantou?

Vývoj rovněž po mnoha generacích masivně prolomil hegemonii „tolerovaných“ či „legálních“ drog, zejména alkoholu a tabáku.

Při všech těchto změnách, široce mezioborových, jejichž výčet pro svoji rozsáhlost nelze dohlédnout, je zřejmé, že hledání „standardizovaného“ přístupu ve školských zařízeních nebylo v té době dost reálné. Realita v zařízeních tak odpovídala a dodnes často odpovídá míře osobních investic jednotlivců v jednotlivých zařízeních do dané problematiky.

V posledním desetiletí se ve většině zařízení, která jsou ochotna problematice věnovat, ustálil pod heslem „ZMĚNA“, cesta ke změně, nabídka změny, apod. Šlo o první koncepty založené na nějakém vědeckém základu, vyu-

žívající zkušenosti z terapeutických skupin a komunit. Základem ale byl a dosud ve většině těchto programů je **motivovaný klient**.

Zde je ale nezbytné připomenout, že původní „skálovský“ princip uplatňovaný u dospělých alkoholiků, „až na dno“ jako základ motivace ke změně, nelze u dětí a dospívajících akceptovat. Nejen s ohledem na skutečnost, že škody způsobené intoxikací v době propadání se „na dno“ jsou v období rozvoje a zrání organismu a osobnosti nedozírné.

2 DIAGNOSTICKÝ ÚSTAV A SVP, PRAHA 4

Diagnostický ústav je školské zařízení zřizované ministerstvem školství podle zákona 109/2002 Sb. Z pohledu spádovosti je odpovědné za síť zařízení obligatorní péče pro dívky ve věku 15–18 let. Před přijetím nového občanského zákoníku přijímalo ročně cca 300 klientek do základního diagnosticko-terapeutického programu, v současné době, kdy se proces zpomalil, je to asi třetina klientů v základním diagnosticko-terapeutickém pobytu ročně. Rozhodná většina klientek po absolvování základního programu přechází do ambulantní formy spolupráce (zpět do rodiny, se kterou se pracuje), případně do specializovaného programu.

U klientů, u nichž je primární problém významným způsobem komplikován užíváním psychotropních látek, nebo dokonce je užívání v samotném základu etiologie či zakázky, je hledána perspektivní strukturalizovaná cesta k pomoci či nabídce pomoci. Co však se stalo základním úkolem, při vědomí, že nikdy nezvládneme všechno, je **motivace** klientky ke změně.

Metody, které jsou v tomto smyslu využívány, stojí na skutečnosti některých věkových, genderových a jiných specifík a opírají se o několik klasických teoretických modelů. Z pohledu sociální psychologie a psychopatologie jsou to koncepte morálního zrání se všemi souvislostmi v tradičním pojetí Piageta a jeho koncepci vztahu k pravidlům, Kohlberga, Mertona či koncepcí Selmana, postavené na nahlížení morálního zrání přes schopnost vnímat, přijímat a respektovat sociální role, či Bar-Tala s koncepcí „Helping behavior“ (Atkinson, 2003).

Z pohledu sociálního učení pak jsou východiskem zejména známé studie Bandury (1977), ale také teorie sociálního učení zprostředkované Helusem (1973). Ve vztahovém prostředí individuální a skupinové práce jsou pak využívány vedle základních principů KBT také persuaze v práci s postoji, práce s „poslušností“, vyhověním v dynamice rolí, práce s konformitou. Některé z programů stojí na individualizované péči, jiné se opírají o skupinovou dynamiku.

Programy s vyšším podílem některého z přístupů se snažíme organizačně oddělit, což naráží na řadu obtíží formálních, finančních a personálních. Přesto byl v posled-

ních letech jednoznačně oddělován například rezidenční program Cesta Řevnice, zaměřený na klienty ohrožené závislostí, který byl koncipován jako uzavřený intenzivní program pro uzavřenou skupinu, postavený na principech KBT a zážitkové terapii – pedagogice Miladou Votavovou a Ivanem Platzem. Jednoznačně jsou odděleny programy nezletilých matek s dětmi, dlouhodobých pobytů (k dokončení školního roku apod.) stabilizovaných klientek, u kterých je zdrojem ohrožení vlastní rodina, o oddělení programu usilujeme v poslední době u „neproblematických uživatelek“, tedy klientek, které zvládají dobře obecné požadavky, ale při vyšší toleranci programu k minimalizovanému, kontrolovanému užívání.

V základním diagnosticko-terapeutickém programu diagnostického ústavu je primárním cílem motivovat ke změně. Program má poměrně vysokou dynamiku a vedle motivace klienta by měl ukázat na vhodnou cestu (metodu, program), která bude s ohledem na stávající stav optimální k dosažení cíle. Tento rezidenční program musí vycházet z poznatků diagnostické kognitivní analýzy při zvládání abstinence, změny způsobu života, změny v oblasti vrstevnických vztahů, přijetí nových autorit, pravidel. Současně míří podpora a tlak na obnovení přiměřených vztahů s rodinou, což u mnohých znamená otevírání základního konfliktu a zdroje bolesti.

3 PROBLEMATIKA DUÁLNÍCH DIAGNÓZ A TREND PSYCHIATRIZACE DĚTÍ

Velmi aktuálním problémem ve školských zařízeních je nebývalá psychiatrizace klientely. Teprve analýza jevu by ukázala, zda jde o důsledek problematické strategie ministerstva sociálních věcí, resp. pracovníků OSPOD, kteří pod tlakem zřizovatele řeší problémy klientů ve svém obvodu cestou zdravotnickou, kde nemusí navrhnout obligatorní péči a nemusí tak nic zdlouhavě zdůvodňovat, či zda jde o důsledek tlaku reformy na psychiatrická lůžka nemocnic a ty prostě jen vyhánějí dětské zlobivé pacienty ze svých lůžek do školských zařízení. Adiktologická problematika (experiment) je často mostem ne příliš vítaným a šťastným. Důsledkem je významné zvýšení medikovanosti a promořenosti klientely zkušenostmi z různých typů pobytových programů a diagnostickými a terapeutickými nástroji.

3.1 Prevalence u klientely základního diagnosticko-terapeutického programu

Zvláštním a ilustrujícím ukazatelem pro zatížení adiktologickou problematikou u klientely přijaté do základního diagnosticko-terapeutického programu může být ukázka výsledků vyhodnocení dat (viz *tabulka 1*) sebraných s odstupem více než pěti let. Výraznější změnu dynamiky lze sledovat zejména u THC. Jde ale spíše o ilustraci, trend by bylo nezbytné statisticky vyhodnotit na hladině významnosti. Co však je zřejmé, je celkové zatížení respondentů. (*Tabulka 1.*)

PREVALENCE		IX. 2017 – IX. 2018 n = 64	%	IX. 2011 – IX. 2012 n = 176	%
CIGARETY	Ne	5	7,81	-	
	Do 5/den	13	20,31	24	13,64
	5–10/den	17	26,56	55	31,25
	10–20/den	25	39,06	36	20,45
	2 a více/den	4	6,25	14	7,95
ALKOHOL	Ne	31	48,44	-	
	Příležitostně	29	45,31	70	39,77
	Často	4	6,25	26	14,77
THC	Ne	18	28,13	-	
	Experiment	14	21,88	60	34,09
	Uživatel	32	50	35	19,88
PERVITIN	Ne	29	45,31	-	
	Experiment snif.	23	35,94	32	18,18
	Intraven./pravidelně	12	18,75	14	7,95
MDA – MDMA		12	18,75		
KOKAIN		4	6,25		
HEROIN		4	6,25		

Tabulka 1 | Celkové zatížení respondentů

Zatížení aktuálně zneužívanou látkou vychází z údajů udaných klientkami při vstupním rozhovoru základního diagnosticko terapeutického programu a korekce údajů na základě vstupní diagnostické zprávy.

3.2 Specializované adiktologicky orientované programy ve školských zařízeních

Zejména obligatorní umístění přináší s sebou nezbytnost disponovat nejrůznějšími nástroji pro nejrůznější problematiku, se kterou klientela přichází. Přestože prvotní zakázka vyznívá zpravidla behavioralisticky, je etiologie individuálních problémů skutečně rozmanitá. Od týrání, zneužívání, nezpracovaných traumat, organického zatížení až po poruchy ve výchově. Adiktologickou problematiku v anamnézách lze pak vnímat jako komorbidní problém. Přes různou etiologii i různou hloubku závislosti je ve školském zařízení nezbytné vytvořit prostor pro přežití, dokonce bezpečný prostor pro vztah. Vznikaly tak postupně nástroje k minimalizaci důsledků odvykacích příznaků, podpůrné systémy a mechanismy od optimálního komfortu k zajištění základních a pozitivních potřeb přes prvky nutriční terapie až po strukturovanou restrikcí, například u protikuřáckého programu. Jako jednoznačně oddělený program pro klienty, u kterých byl adiktologický problém vyhodnocen jako primární, je program Cesta Řevnice, pro který však musí být klientka v průběhu základního diagnosticko-terapeutického programu motivována.

4 SPECIALIZOVANÝ PROGRAM CESTA ŘEVNICE (CHRDLOVÁ, 2018)

4.1 Cílová skupina programu

Program je určen mladistvým, kteří užívají návykové látky a v této souvislosti se vyznačují rizikovým chováním, které se může projevovat na široké škále od disociálního chování (např. lživost, vzdorovitost) přes asociální (např. úteky, záškoláctví) a někdy až k antisociálnímu/delikventnímu chování, které bývá přímo navázáno na životní styl uživatele návykových látek (např. krádeže, naplnění paragrafů 283–287 TZ...). Tito mladiství mívají potíže s respektováním autorit a bývají narušeny jejich vztahy. Mívají nízkou motivaci ke vzdělání, nechtějí či neumí se zapojit do běžných volnočasových aktivit, nerespektují roli rodiče, mívají problémy s přijetím běžných společenských norem a chybí jim schopnost řešit konflikty/problémy konstruktivním způsobem. Často jde o dospívající ze znevýhodněného prostředí. Program Cesty je specializovaným programem v rámci DÚ a SVP Praha 4-Hodkovičky.

4.2 Požadavky ke vstupu do programu

Zájemce musí splňovat základní požadavky ke vstupu do programu. Program je nastavený pro dívky věku 15–18 let, které dokončily základní školní docházku, aktuálně řeší problematiku naší cílové skupiny a mají

z výše jmenovaných důvodů nastavené předběžné opatření minimálně na dobu pobytu na oddělení. Důležitá je i podpora a součinnost rodičů v rámci pobytu.

4.3 Cíle programu

Cílem programu je posílení psychosociálních dovedností a kompetencí (resilience) dospívajících tak, aby mohli zdravě fungovat ve společnosti s minimalizací rizikového chování a sociálního selhání a tím i vyloučení. Ve vztahu k sobě posilovat silné stránky a dovednosti, otevírat nové možnosti při řešení a zvládání konfliktů, učit se rozpoznat rizika a předcházet jim. Poskytujeme a snažíme se zprostředkovat zážitek podpory, přijetí, důvěry a bezpečí. Také ukazujeme nové možnosti v trávení volného času a pomáháme hledat vhodné povolání. Podporujeme vzájemnou zdravou komunikaci v rodině, snažíme se posilovat rodičovské kompetence a snižovat rizika konfliktů mezi rodičem a dospívajícím. V případě potřeby motivujeme k následné terapeutické péči i mimo naše zařízení.

Cíle programu z hlediska konceptu resilience

S pozitivním vývojem mládeže je spojena koncepce tzv. „five Cs“, tedy směřování ke kompetenci (competence), důvěře (confidence), vztahům (connections), charakteru (character) a péči/soucití (caring/compassion) (viz Eccles, Gootman, 2002). V průběhu pobytu vedeme klienty k osvojování nových sociálních a behaviorálních kompetencí a posilujeme ty osvojené (např. kontakt s institucemi, finanční plánování, domácí práce apod.). Již samotné absolvování celého programu je spojeno s pocitem úspěchu, zážitku jedince, že něco úspěšně dokončil, dokázal překonat sebe a náročné situace, které se vyskytly. Tento konečný fakt a s ním spousta dílčích zážitků budují zdravou sebedůvěru klientů a tím ruku v ruce i důvěru okolí – rodičů, institucí. S klienty, kteří absolvují pobyt až do konce, se nám v naprosté většině daří navázat kvalitní lidský až terapeutický vztah, což považujeme za vůbec nejnosnější těžiště našeho programu. Zážitek pozitivního lidského vztahu přenesený na celou instituci dává naději do budoucna pro utváření dalších vztahů, spolupráci s institucemi, a tedy i přijetí místa ve společnosti. Tuto cennou devizu můžeme nabízet jedině díky dostatečnému personálnímu obsazení, které mj. poskytuje klientům pestrou škálu osobností a tedy modelů, ke kterým se mohou vztahovat, a rozšiřuje tak i jejich sociální kompetence. Kvalitativní podmínkou pro utváření pozitivních vztahů s klienty je rámec, či snad dokonce paradigma naší práce, kdy se v přístupu ke klientovi primárně nezaměřujeme na trestání nežádoucích projevů chování, na což je minimálně z poslední doby užívání návykových látek zvyklý (trest však může být v jiném kontextu přínosný a potřebný), nýbrž se upřímně zajímáme o jeho prožívání, situaci, snažíme se pochopit motivy chování jeho samotného i jeho okolí a společně toto reflektujeme. Aby klienti získali víru, že mohou změnit sebe, svoji životní situaci, potřebují tuto víru cítit i z někoho, komu důvěřují. Je to zážitek, který bývalí klienti hodnotí velmi přínosně i od-

stupem měsíců, či let. Pro vytvoření důvěrných vztahů – ať již mezi personálem a klienty, či mezi klienty samotnými – je potřeba dostatek kvalitně stráveného času a také jistá struktura a pocit bezpečí, které poskytuje komfort uzavřené skupiny.

Život v drogové subkultuře nutí jedince, aby se podvolil jejím normám, které jsou často v příkrém rozporu s morálkou většinové společnosti. Na cestě z drogového podruží je nezbytné nejen přerušit návyk užívání určité látky, ale také antisociálního chování. Zážitek příjemného bytí ve slušné společnosti, která netoleruje chování, které by tuto společnost ohrožovalo, může vést ke změně struktury charakteru klientů (změna chování nemusí být pouze účelová, ale může nově být i zvnitřnělá) a zcela jistě vede k posílení morálních hodnot již zvnitřnělých, bytí po dobu užívání návykových látek narušených. Program vychází či využívá prvky některých modelů péče a podpory.

Altruismus je jedním ze základních terapeutických faktorů skupinové terapie (Yalom, 2007). Fyzická blízkost na uzavřeném oddělení spojená s psychickou a emocionální blízkostí ve sdílení nabízí k péči nepřeborné možnosti a je námi aktivně podporována. Jiný program podpory/posilování resilience ve vývoji mládeže popisuje L. Winfieldová (1994). Rozpracovává čtyři protektivní procesy:

1. Zmírnění negativních dopadů. To v našich podmínkách probíhá zejména tím, že chráníme klienty před riziky okolního prostředí, především drogového světa. Tento proces bývá před nástupem započat již pobytem na detoxifikačním oddělení (DaDDC Pod Petřínem) a především na ostatních odděleních DÚ a SVP, Na Dlouhé mezi, Praha 4-Hodkovičky.
2. Zmírnění negativní řetězové reakce.
3. Vybudování a pomoc při udržení sebevědomí a sebeuplatnění jedince
4. Otevření prostoru pro nové příležitosti

4.4 Kapacita programu

Program disponuje 12 lůžky v rámci základního pobytu.

4.5 Forma programu

Program Cesty je rezidenční, adiktologicky zaměřený program, který vychází z minimálních standardů specializované péče o mladistvé uživatele. Jedná se o krátkodobou až střednědobou bytovou péči v trvání 5–14 týdnů. Pobyt je plánován na osm a půl týdne (zpravidla 59 dní). Program probíhá v bezpečném, uzavřeném prostředí, s předvídatelnou strukturou, které umožňuje klientům lépe odolat rizikovým vnějším vlivům a pomáhá jim s trénováním nových strategií. Samotný pobyt musí být naplněný činností, kterou lze za nastavenou časovou dotaci zvládnout a také uzavřít a vyhodnotit. Program je pestrý a rozmanitý a dá se v něm specifikovat několik nosných témat.

Psychologické mapování a rodinné poradenství

Individuální přístup ke každému klientovi díky zmapování jeho osobnosti a anamnézy. To umožňuje každému postavit jeho „individuální program na míru“. Zahrnuje to představy klientů o sobě, své budoucnosti a také o postojích k drogám, o tom, co jim přináší a berou a jak s nimi zacházet. V rámci rodinného poradenství se zaměřujeme na optimalizování vztahů v rodině, zlepšení komunikace, identifikaci a posílení funkčních mechanismů v rodinném systému.

Terapeutická výchova v rámci skupinové i individuální práce s klienty

Je umožněna díky tomu, že v průběhu pobytu pracujeme na zpravidla připravených tématech v bezpečí uzavřené skupiny. Témata se týkají především vztahu k sobě, k rodičům, k rizikovým situacím, pomáhají lépe pochopit své strategie zvládání zátěže a změnit své osobní scénáře. V individuální práci s klientem pak hlavně rozvíjíme nastavený individuální cíl pobytu.

Profesní poradenství

Podporujeme klienty v aktivnějším a odpovědnějším přístupu ke vzdělání a budoucímu povolání. Pomáháme s vhodným výběrem školy a podporujeme návrat školních návyků (pravidelné vstávání, čas věnovaný přípravě na povolání, individuální plánování studia).

Tvořivostní a volnočasové aktivity

Výtvarné techniky, jako je koláž, kresba, malba, práce s fotografií, keramika ale i práce s jinými materiály (látka, příze, přírodniny) vždy na nějaké zadané téma, rozvíjejí dovednost, představitivost a vhodně také vyplňují volný čas. Podporujeme i hru na hudební nástroje, tanec a další aktivity zaměřené na tvořivost a kreativitu, které mohou klienty inspirovat ve využití po návratu do domácího prostředí. Také zprostředkováváme kontakt s přírodou a její léčivou silou ať už pasivní přítomností, či aktivní kultivací životního prostředí.

Zážitková pedagogika

Připravená témata učí klienty překonávat svůj strach a nepohodlí a zvládat přiměřeně fyzickou zátěž. Také ukazuje na možnosti trávení a využití volného času vhodnějším způsobem. V rámci těchto programů využíváme možnost práce s koňmi, klienti se naučí základům jízdy, ale také se naučí komunikovat s velkými zvířaty, která mohou u někoho budit respekt i strach. Naučí se tak porozumět svým emocím a zvládat je. Součástí pobytu jsou i výjezdy do terénu a také vyzkoušení si některých sportovních aktivit, které mohou podpořit rozvoj zdravého životního stylu (jízda na kole, turistika, fit tělocvičné programy atd.).

Pracovní činnosti a režimová terapie

Pravidelné a cílevědomé činnosti, které podporují u klientů návrat ke školním i pracovním návykům a zlepšují tak jejich připravenost pro návrat do běžného života. Během programu s klienty pravidelně vaříme, pracujeme na zahradě, udržujeme jak vnitřek objektu, tak i jeho

okolí v čistotě. Každá činnost má svoje důležité místo v chodu oddělení.

Výchova k rodičovství a zdravému životnímu stylu

Formou informací i aktivního zapojení vedeme klienty k tomu, aby se více zajímali o své tělo a zdraví, o to, jak se stravují, vyhýbali se rizikovému prostředí a také více plánovali v oblasti vztahů a sexualit.

Finanční gramotnost

V průběhu programu si každý klient vede finanční deník, ve kterém vidí, jak nakládá se svými penězi. Za co utrácí a kolik může ušetřit. Dále formou rozpočtu připravujeme s klienty jídelníček a také jim přibližujeme reálné finanční potřeby v případě samostatného bydlení.

Práce s relapsem

Mapování rizik a společná reflexe (v rámci možnosti i aktivní snižování – práce s rizikovým prostředím, jako jsou sociální sítě, rizikové skupiny). Spoluvytváříme plán činností na běžný den. Informujeme o formách a možnostech ambulantního doléčovacího programu. Společně s klientem a rodinou vyhledáváme vhodné formy doléčovacího a podpůrného programu, ať v rámci kmenového zařízení (DÚ a SVP Praha 4-Hodkovičky), či ambulantní práce v oddělení Cesta, nebo ambulantní zařízení v místě bydliště.

Spolupráce s kurátory

Důležitou součástí programu je i setkávání klientů a kurátorů a společné doporučení další následné péče o klienta a jeho rodinu.

4.6 Struktura pobytu

Program je nastavený na osm a půl týdne s nástupem nejpozději v prvních třech týdnech běhu skupiny. Pokud je kapacita programu naplněna dříve, program se pro další zájemce uzavírá do následujícího běhu. V případě nenaplnění kapacity nebude možné po této době již přijmout dalšího klienta a také bude čekat až na další běh, a to z důvodu zajištění podpůrného a bezpečného prostředí pro stávající klienty. Po úvodních třech týdnech již pracujeme pouze s uzavřenou skupinou, což nám umožňuje jasně nastavit strukturu jednotlivých činností. V rámci programu je pro každého klienta zpracován individuální plán péče, podle kterého je práce s klientem směřována. Po ukončení programu může klient přejít do ambulantní péče v rámci zařízení.

Vedoucí programu: MUDr. Michaela Chrdlová

Kontakt: www.cestarevnice.cz

5 NEZBYTNOST STRATEGIE PREVENCE

Zkušenosti z víceleté snahy o řešení problematiky ve prospěch a v zájmu dítěte ukazují, že přichází kritický stav a je nezbytné urychleně formulovat strategii prevence, která napříč resorty spojí síly k propojení a spolupráci programů u dětí a mládeže. Je zřejmé, že každá změna je ekonomicky náročná, zejména zpočátku. Zde se však ukazuje, že mnoho programů je funkčních. Řadu z nich historicky využíváme u neziskových organizací, zejména SANANIM je svými programy nezastupitelný, bez funkčních programů ve zdravotnictví, zejména detoxifikačního oddělení při nemocnici sv. Karla Boromejského či psychiatrických oddělení a nemocnic, by se chod školských zařízení zřejmě zastavil. Přesto není možné nevidět, že chybí koordinace na rovině společné doktríny, strategie, která musí být formulována jako komplexní preventivní systém s počátkem u primární prevence ve školství.

Deklarace zájmů | Bez střetu zájmů.

LITERATURA / REFERENCES

- Atkinson, R. L. (ed.) (2003). *Psychologie*. Praha: Portál.
- Dolejš, M. (2010). *Efektivní včasná diagnostika rizikového chování u adolescentů*. Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci. (on-line: http://psych.upol.cz/wp-content/uploads/2013/12/Dolejs_Martin_-_Efektivni_vcasna_diagnostika.pdf)
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall
- Bandura, A., Walters, R. H. (1963). *Social learning and personality development*. New York, Holt, Rinehart & Winston.
- Chrdlová, M. (2018). *Informace o programu Cesta Řevnice*. Interní dokument DÚ a SVP Praha.
- Eccles, J., Gootman, J. A. (eds.) (2002). *Community programme to promote youth development*. Washington, DC, National Academy Press. (on-line: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED465844.pdf>).
- Helus, Z. (1973). *Psychologické problémy socializace osobnosti*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada, a.s.
- Winfield, L. F. (1994). *Developing resilience in urban Youth*. Urban Education Monograph Series. Naperville, NCREL's Urban Education Program (on-line: <http://ecap-webserver.crc.uiuc.edu/eecearchive/books/resguide/winfield.pdf>).
- Yalom, I. D. (2007). *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Praha: Portál.

An evidence-based approach in school prevention means an everyday fight: a case study of the Czech Republic's experience with national quality standards and a national certification system

Miovský, M.

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

*The article was originally published in *Addiciones*. Reprinted in Czech with permission of the author and publisher.*

Citation | Miovský, M. (2013). An evidence-based approach in school prevention means an everyday fight: a case study of the Czech Republic's experience with national quality standards and a national certification system. *Addiciones* 25(3), 254–259.

Abstract | The Czech Republic has reached the end of a 15-year-long period of the development of a nationwide preventive system in schools. Reflection on this development can offer an interesting case study that demonstrates the general difficulties involved in creating a national prevention policy and implementing the principles of an evidence-based approach. Through its historical context the up-to-date outputs of the latest projects are presented as “key documents” (quality standards, textbook, explanatory dictionary, examples of good practice etc.)

and a national system of assessment of quality called a certification procedure, which has a practical impact on the grant system of the Ministry of Education of the Czech Republic. This context is also used to show how certain European networks (EUSPR, IREFREA, etc.) can be very helpful in generalizing this idea across Europe. All the examples of activities on the national or international level seem to be promising and supportive of the increasingly noticeable trend of using research evidence in real practice and making the whole field more attractive for students and young researchers.

Keywords | School prevention – Preventive interventions – Quality – Evidence based – Preventive policy

Submitted | 20 October 2018

Accepted | 23 November 2018

Grant support | Institutional support PRVOUK-P03/LF1/9.

Correspondence address | Prof. Michal Miovský, Ph.D., Department of Addictology, First Faculty of Medicine, Charles University and General University Hospital in Prague, Apolinářská 4, 128 00 Prague 2, Czech Republic

michal.miovsky@lf1.cuni.cz

Přístup založený na důkazech ve školní prevenci znamená každodenní boj: případová studie zkušeností v České republice s národními standarty kvality a národním certifikačním systémem

Miovský, M.

Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice, Praha

Text původně vyšel v časopisu Addiciones, přetiskujeme jej v českém překladu s laskavým svolením autora a vydavatele.

Citace | Miovský, M. (2013). An evidence-based approach in school prevention means an everyday fight: a case study of the Czech Republic's experience with national quality standards and a national certification system. *Addiciones* 25(3), 203–207. Český překlad: Miovský, M. (2018). Přístup založený na důkazech ve školní prevenci znamená každodenní boj: případová studie zkušeností v České republice s národními standarty kvality a národním certifikačním systémem. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 1(4), 254–259.

Souhrn | Česká republika došla ke konci 15letého období vývoje národního preventivního systému ve školách. Rozvaha nad tímto vývojem může nabídnout zajímavou případovou studii, která ukazuje obecné obtíže, které jsou zahrnuté ve vytváření národní preventivní politiky a implementování principů přístupu založeného na důkazech. Prezентují se výsledky posledních projektů, jako jsou klíčové dokumenty (standarty kvality, učebnice, výkladový slovník, příklady dobré praxe a další) a národní systém hodnocení kvality, který se nazývá certifikační proces, který má praktické dopady

na grantový systém Ministerstva školství v České republice. Tento kontext je využit k poukázání toho, jak některé evropské platformy (EUSPR, IREFREA a další) mohou být velmi užitečné v zobecnění této myšlenky v Evropě. Příklady těchto aktivit na národní i mezinárodní úrovni se zdají být slibné a podporují čím dál tím více viditelný trend používání přístupu založeného na důkazech v praxi, čímž se celý obor stává atraktivnějším pro studenty a mladé vědecké pracovníky.

Klíčová slova | Školní prevence – Preventivní intervence – Kvalita – Přístup založený na důkazech – Preventivní politika

Došlo do redakce | 20. října 2018

Přijato k tisku | 23. listopadu 2018

Grantová podpora | Tato práce obdržela grantovou podporu od institucionálního programu č.PRVOUK-P03/LF1/9.

Korespondenční adresa | Prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D., Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta UK a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Apolinářská 4, 128 00 Praha 2

michal.miovsky@lf1.cuni.cz

V prosinci 2012 jsem se svými kolegy konečně došel k závěru poměrně důležitého období ve změnách ve školní prevenci v České republice. Bylo to pro mě osobně citlivé téma a donutilo mě to přemýšlet nad tím, co se stalo během posledních 15 let v naší zemi, a to nejen z lokální perspektivy. Jsem si jistý, že tato reflexe má mnoho důsledků pro mezinárodní kontext a může být zajímavým příkladem a možná něčím jako cvičením v drogové politice, ale zejména ve školní prevenci. Bylo to 15 let domněnek a přání a řady chyb a lehce naivních očekávání. Na druhou stranu, bylo to období tvrdé práce a testování našeho vzdělávacího systému a našich vlastních dovedností jakožto výzkumníků a kliniků.

V druhé polovině devadesátých let jsme začali diskuzi o systému školní prevence a byli jsme v kontaktu s institucemi a mezinárodními organizacemi. Hlavní problém spočíval v integritě našeho národního konceptu prevence a iracionálních očekávání, že vládní orgány mají potenciál vytvářet koncept a implementovat základní principy přístupu založeného na důkazech. Naše první chyba a naše pravá startovní čára byl Phare Twinning Project v roce 2000, který jsme dělali společně s Rakouskem v letech 1999–2001. Obvykle nevěřím tomu, že je možné dosáhnout významného zlepšení jedním projektem. Dokonce jsme nedosáhli žádného důležitého zlepšení, ale použili jsme ho k tomu, abychom mohli určit, kde jsme měli obtíže a jaké jsou slabé stránky našeho systému; a co je tedy nutné změnit. V neposlední řadě vznikl vedlejší produkt toho projektu: vytváření reálných kapacit. Když jsme dali naše výsledky vládě skrze Ministerstvo školství, byl jsem velmi skeptický. Nemohl jsem uvěřit tomu, že by bylo možné vytvořit a vyvinout všechny věci, které jsme měli na vrcholu seznamu našich priorit. A několik prvních let po projektu opravdu odpovídalo tomuto scénáři. Byl zde nulový zájem od rozhodovacích orgánů a nulová podpora pro plánování aktivit. Situace byla v kontrastu s našimi zjištěními: množství terminologie, žádné standardy kvality nebo kontrolní systém, zneužívání grantového systému a nerovnováha v přístupu ke grantům pro neziskové organizace, špatný systém monitorování prevence, špatná národní strategie, nedostatek příkladů dobré praxe a další... Normální situace. Ale během tohoto období něco uzrálo. Do dnešního dne nevím, co přesně to bylo nebo je. Někteří moji kolegové z neziskových organizací si zvládli udržet svou motivaci a během let 2003 a 2004 vytvořili druhou verzi standardů kvality pro látkovou prevenci ve školách. Po několika měsících jsme získali schválení od Ministerstva školství a v roce 2005 se tyto standardy publikovaly oficiálně i pro školy. Skupina vytvářejících členů byla velmi nadšená a během následujících let jsme vytvořili systém pro kontrolu kvality pro poskytovatele a propojili jsme standardy kvality s grantovým systémem Ministerstva školství. V praxi to znamená, že bez certifikátu kvality není možné od ministerstva žádat o peníze na školní prevenci. Nezáleží na tom, že příspěvky ministerstva tvoří méně než 20 % národního rozpočtu pro školní prevenci, a nezáleží na tom, že tento krok měl výraznější dopad na neziskové organizace než na státní instituce.

Povedlo se ho zaběhnout a my byli opět nadšení, ačkoli také vytvořil problémy, konfliktů a spoustu nerovností. Ale vytvářel také tlak na systém. A byl to pravděpodobně důležitý důvod, proč jsme se rozhodli pro nejvíce ambiciózní projekt v naší historii.

NÁRODNÍ STANDARDY KVALITY A SYSTÉM CERTIFIKACE KVALITY

Již od začátku (2005) jsme čelili mnoha útokům na tento kontrolní systém kvality, s masivní kritikou, samozřejmě ne od běžných poskytovatelů a leaderů na odborném poli, ale od různých lobby (prevence s vládní podporou je někdy, ve specifických případech, relativně dobrým businesssem, samozřejmě) a poskytovatelů, kteří byli v šedé zóně. To znamená poskytovatelů, jako je například golfový klub, fotbalový klub, scientologie a další... Někdy byl nutný dostatečně trpělivý přístup v práci s politiky, někdy to bylo spíše o spolupráci s médií a poskytování informací a zveřejňování výzkumných dat. Byli jsme víceméně úspěšní a od roku 2006 obsahoval systém nejen obecné standardy kvality (MŠMT, 2005, 2008), ale také sofistikovaný certifikační systém (Martanová, 2006). Vytvořili jsme systém pro hodnocení odborných kompetencí poskytovatelů školních preventivních programů, který se zaměřoval na formální uznání souladu mezi programem a kritérii kvality a srozumitelnosti, které byly určeny. Tento proces hodnocení má přesné normy a definice a bodovací systém s pravidly pro hodnotitele (Pavlas-Martanová, 2012a, 2012b). Standardy v jejich finální podobě (Pavlas-Martanová et al., 2012) definují základní termíny, cílové skupiny preventivního programu a principy efektivity. V první verzi standardů z roku 2005 (MŠMT, 2005) jsme zdůraznili potřebu pro bližší kontakt s realitou programů, zúžili standardy a vymazali duplikace, zpřehlednili jsme vysvětlení a evaluaci a adresovali jsme nové situace a změněnou legislativu. V poslední revizi z roku 2012 (Pavlas-Martanová et al., 2012) jsme se přesunuli na více univerzální aplikaci standardů na všechny typy rizikového chování.

Jádrem konfliktu nebyla samotná existence nebo obsah národních standardů kvality. Jádrem byl vztah s financováním a podporou od Ministerstva školství. Bez certifikátu kvality nebylo možné se o peníze z tohoto hlavního zdroje přihlásit. Tento systém má mnoho nevýhod a slabin. Na druhou stranu je to symbol. Od roku 2005 máme explicitní definici toho, co je kvalita a co hodnotíme, a od roku 2006 máme i definici toho, jak to hodnotíme. Od této doby zde byla období s tímto unikátním systémem a období, kdy byl tento systém přerušovaný různými politickými rozhodnutími. Mimochodem, nyní stále procházíme obdobím toho přerušování jako výsledek činnosti bývalého ministra školství. Nicméně došlo k významným změnám. Ředitelé škol jsou čím dál lépe orientovaní. Naši preventisté mají základní materiály a používají je – systém žije nezávisle, a to je jednoznačně důležitým zjištěním.

KLÍČOVÉ DOKUMENTY VYTVÁŘEJÍ CELÝ SYSTÉM

Mnohokrát jsem se pokusil vyřešit základy otázky toho, jak vést preventivní systém na národní úrovni více profesionálně a jak ho propojit s principy založenými na důkazech, nejen v propagačních aktivitách a prázdných slibech, ale v realitě, a pravděpodobně se mi v minulosti nedařilo najít správné řešení. Naše zkušenost byla ve finále prostá. Chyběl nám základní set dokumentů, kterým říkáme klíčové dokumenty. Definujeme tyto dokumenty s vědeckou integritou jako základní terminologický, teoretický, praktický a technický rámec pro školní prevenci. Národní vize potřebuje mít jednotný rámec s jasnou terminologií a definicemi. Tudiž, v roce 2009 jsme se přihlásili a získali EU projekt, který financoval vytvoření národního systému pro prevenci, od edukačních standardů až k příkladům dobré praxe.¹

Začali jsme se dvěma základními publikacemi: základní teoretická učebnice a český výkladový slovník terminologie (viz Gabrhelík & Miovský, 2012). Shrnuli jsme základní vědomosti z oblasti preventivní vědy v obou těchto monografiích, včetně vytvoření výkladového slovníku s 28 termíny. V druhém kole bylo důležité definovat základní vědomosti, schopnosti a kompetence preventivních odborníků. Jinak řečeno, snažili jsme se definovat základní požadavky na pracovníky v prevenci v naší zemi a pro tento účel jsme použili systém/koncept EU pro získané dovednosti, což je praktické a dává nám dostatek prostoru pro kreativitu. Náš model je postaven na tomto jednoduchém principu (Charvát, Jurystová & Miovský, 2012) a dává nám příležitost diskutovat základní kompetence pro pracovníky v prevenci bez ohledu na jejich původní vzdělání (pedagogika, psychologie, veřejné zdravotnictví, mentální zdraví a další...). Set dokumentů zabývající se standardy kvality a procesem certifikace byl již zmíněn výše. Poslední skupina dokumentů se zabývá praktickými aspekty každodenní preventivní práce. Vytvořili jsme obecnou strukturu preventivních aktivit pro základní školy v České republice. Nazýváme to Minimální preventivní program nebo obecný rámec pro preventivní aktivity v kontextu základních škol (Miovský, Skacelova, Cablova, Vesela, & Zapletalova, 2012). Poslední, ale ne nejmeně důležitý, dokument má velmi zajímavou roli – příklady dobré praxe (Siruckova, Skacelova & Miovský, 2012). Bylo velmi důležité mít dostatek reálných a praktických příkladů a dostatek důkazů a odborných preventivních aktivit v naší republice (viz Nevoralová, Pavlovská & Stastná, 2012). Byl to také důležitý symbol. Nebyl by problém přeložit mnoho zajímavých příkladů a preventivních nástrojů a preventivních metod z mezinárodních časopisů nebo od prestižních vydavatelů. Ale tohle má jinou hodnotu a jiný praktický dopad na naše přemýšlení a reflexi toho, co jsme doposud dokázali.

Rozhodnutí sesbírat praktické příklady přímo z oboru bylo založeno na jednoduchém očekávání – má to větší motivační potenciál a dopad na odborníky v oboru kvůli symbolickému původu.

Nebylo jednoduché všechny tyto dokumenty během tří let vytvořit v týmu více než 70 lidí (částečné úvazky), ale byla to přímá cesta a stále probíhající a opravdu obtížná implementace těchto dokumentů je dostatečným důkazem, že to stálo za to. Investování 15 let práce dnes dává smysl.

CESTA NENÍ VŽDY JASNÁ A MNOHO ZEMÍ MÁ MNOHO ZKUŠENOSTÍ, ALE NEJDŮLEŽITĚJŠÍ JSOU PRAVIDLA A PRINCIPY

Důvodem, proč jsem se krátce vrátil ke svému příběhu s Českem, byla má návštěva na posledních dvou každoročních konferencích EUSPR (Evropská společnost pro výzkum v prevenci)². Druhá mezinárodní konference EUSPR „Synergie prevence a podpory zdraví: individuální, komunitní a environmentální přístupy“ se konala v Lisabonu v prosinci 2011 a třetí mezinárodní konference EUSPR „Společné protektivní a rizikové faktory a prevence mnohonásobného rizikového chování“ v Krakově v prosinci 2012. Obě konference byly velmi zajímavé z perspektivy jejich otevřenosti – otevřenosti v diskuzi a komentářích a ve vysoké kvalitě kritiky. Byl to čerstvý vítr do naší společné diskuze a výzkumu v prevenci a byla to skvělá příležitost otestovat naši společnost. Samozřejmě bez aktivit, které všemu předcházely, jako například IREFREA (založena v roce 1988, viz www.irefrea.org), je těžké si tak rychlý vývoj a skvělý feedback představit. Něco se od té doby změnilo, jak v naší širší profesní společnosti, tak v našem institucionálním kontextu. Více bych mohl mluvit o politicky zaměřených rozhodnutích, a to dokonce i nyní (mimo jiné v některých finančních programech), nynější posun je pozitivních signálem. Mohli bychom použít parafrázi instrukcí z londýnského metra pro nynější situaci v preventivním výzkumu: „Pozor na prázdný prostor (mind the gap) mezi vědou a děláním rozhodnutí“. Věřím, že všichni vědí o těchto problémech v národním kontextu a že nejsou žádnou výjimkou na mezinárodní úrovni. Pamatuji si meeting s Pompidou group v Praze v dubnu 2010, kde někteří delegáti prezentovali některé kampaně z některých zemí jako „velmi efektivní“ (a ano, samozřejmě s obrovskými rozpočty). Poté, co jsme se ptali po důkazech a výsledcích evaluací těchto programů, jsme dostali odpověď „Je to dobré, skvělá kvalita, a efektivní, protože oni si myslí a věří...“ Je dobře, že máme odborný orgán a platformu pro otevřenou diskuzi, kde je prostor a podpůrná atmosféra pro růst a kultivaci našeho pohledu na věc a našich názorů a argumentů, kde můžeme sdílet důkazy a získat kritikou zpětnou vazbu a hodnocení. Je to skvělá příležitost

1 | Pro více informací nahlédněte do speciálního vydání našeho časopisu Adiktologie (plný text je ve v PDF dostupný i v angličtině) na našich stránkách: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/598/4024/Adiktologie-2012-3>.

2 | Více informací na <http://www.euspr.org>.

pro studenty a mladé vědce a zvyšuje šance vytvořit další komunikační platformy a pracovní skupiny s větší šancí a větším potenciálem pro vytváření mezinárodních skupin a týmů mezi orgány na mezinárodní úrovni pro nový výzkum a vývoj projektů. Spolupráce mezi orgány, jako je EUSPR nebo IREFREA a institucemi na národní úrovni, jako jsou univerzity, neziskové organizace a další, je zásadní. Přináší to nové výzvy pro různé evropské univerzity a pro naše studenty magisterských a PhD. oborů. Vidím v procesu paralely s ISAJE (International Association of Addiction Journal Editors), kde jsme před dvěma lety začali diskuzi o intenzivní spolupráci s odbornými mezinárodními orgány a evropskými univerzitami. Tento rok zkoušíme první produkt – letní školu³ pro magisterské a PhD. studenty, která je bude vzdělávat v publikačních dovednostech. Tyto aktivity dělají náš obor více atraktivní pro více studentů a mladých vědců a mohou zlepšit situaci v preventivním výzkumu i praxi.

Myslím, že všechny tyto příklady jsou dobrým důkazem zlepšení aktuální situace nejen ve školní prevenci, ale v prevenci obecně. EDDRA systém⁴ byl vytvořen a vyvinut EMCDDA a je k dispozici několik let. Je to náš společný katalog příkladů dobré praxe, které můžeme sdílet a ze kterých se můžeme inspirovat. Je dobré vědět, že naše problémy jsou podobné, všichni se musíme vypořádávat s těžkými situacemi v našich zemích a měli bychom si uchovat naši víru proti populistickým hlasům, které jsou často docela hlasité. Všechny příklady, které jsem použil z České republiky, byly výsledkem série frustrujících situací a těžké práce. Zjistili jsme, že naše vnitřní odborná diskuze je jenom jednou částí problémů. Další části jsou média, politici, učitelé, rodiče a širší veřejnost... Tolik cílových skupin pro vyjednávání a diskuzi pro tak malou skupinu odborníků! Jak je zmíněno výše, inspirace a sdílení našich zkušeností je pro mě osobně jedním z největších obohacení. Na národní úrovni je spousta užitečných a kreativních příkladů jako například platforma vytvořená ve Španělsku v rámci iniciativy vedoucí národní odborné asociace, která se jmenuje *Socidrogaal-cogol*⁵. Je důležité vyzvednout, jak je pro nás důležité vědět o národních evropských projektech, jelikož nám to může pomoci vytvořit naše vlastní strategie. Například, před několika lety (a to historie našeho českého odborného časopisu *Adiktologie* není dlouhá) jsme byli konfrontováni s podivnou situací v naší redakční radě. Obdrželi jsme dva přehledové články o prevenci v noční zábavě a intervencích v klubech a open air festivalech a harm reduction programech. Oba tyto články měly velmi pozitivní výsledky a dvojí peer hodnocení a hodnotitelé vy-

zdvihovali nejen jejich kvalitu, ale také fakt, že by to bylo poprvé, co bychom měli článek o takové citlivé a důležité oblasti užívání drog a odborné pomoci a práci v našem časopisu. V této situaci jeden z mých velmi zkušených a vlivných kolegů vyjádřil svůj názor, že tento typ není vhodný k publikaci, a byl zásadně proti. Publikovali jsme oba články – a samozřejmě jsme přijali všechny následky. Toto bylo možné, protože ostatní evropské skupiny se tomuto tématu věnovaly již roky (Calafat, 2010; Calafat, Duch, Juan & Leckenby, 2012). Vybral jsem si tento příklad, abych mohl ilustrovat, jak je důležité mít možnost srovnávání a inspirace, a také jak je důležité mít odvahu udělat některá rozhodnutí, věnovat se důležitým věcem a následovat přístup, který je založen na důkazech, ne na politických strategiích, ale na každodenní práci v našich službách, časopisech a výzkumu. Chci poděkovat kolegům z časopisu *Adicciones* za možnost vyjádřit svůj názor a doufám, že spolupráce mezi našimi časopisy na platformě, jako je ISAJE, nebo mezi našimi týmy a institucemi na platformě jako EUSPR nebo vyměňování zkušeností v systému jako EDDRA je budoucnost. Možná je trochu optimistická, ale přináší nám naději v boji proti stereotypům, magickému myšlení nebo simplicistickým populistickým rozhodnutím a názorům.

3| Pro více informací viz ISAJE Newsletter z prosince 2012, strana 27. Dostupný na <http://www.parint.org/isajewebsite/ISAJENewsletterDecember2012.pdf>.

4| Exchange on Drug Demand Reduction Action (EDDRA): Více informací na: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52006EN.html?by=262&value=825>.

5| Pro více informací navštivte stránky www.prevencionbasadaenlaevidencia.net. Tato národní platforma provádí průběžné mapování situace ohledně prevence ve Španělsku, shromažďuje hlavní jedince v prevenci, vytváří katalog hlavních preventivních programů poté, co byly evaluovány na základě standardů kvality, vytváří databázi relevantních dokumentů pro odborníky v prevenci.

LITERATURA / REFERENCES

Calafat, A. (2010). *Life style and drugs*. Strasbourg: Council of Europe.

Calafat, A., Duch, M., Juan, M., & Leckenby, N. (2012). Health and Safety European Standards for nightlife venues. *Adicciones*, 24, 355–364.

Gabrhelik, R., & Miovisky, M. (2012). Basic texts for the further development of prevention created as part of the VYNSPI Project: Textbook, Dictionary, and Examples of Good Practice [Základní texty pro další rozvoj prevence vzniklé v projektu VYNSPI: učebnice, slovník, příklady dobré praxe]. *Adiktologie*, 12, 232–243.

Charvat, M., Jurystova, L., & Miovisky, M. (2012). Four-level model of qualifications for the practitioners of the primary prevention of risk behaviour in the school system [Čtyřúrovňový model kvalifikačních stupňů pro pracovníky v primární prevenci rizikového chování ve školství]. *Adiktologie*, 12, 190–211.

Martanova, V. (2006). Certification of the Programmes of the Primary Prevention of Substance Use. [Certifikace programu primární prevence užívání návykových látek]. *Adiktologie*, 6, 514–519.

Miovisky, M., Skacelova, L., Cablova, L., Vesela, M., & Zapletalova, J. (2012). School-based prevention of risk behaviour: proposed structure, scope, and content of the Basic Preventive Programme [Navrh struktury, rozsahu a obsahu Minimálního preventivního programu prevence rizikového chování pro základní školy]. *Adiktologie*, 12, 212–231.

MSMT (2005, 2008). Standards of Professional Qualifications of the Providers of Programmes of Primary Prevention of Substance Use. [Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programu primární prevence užívání návykových látek]. Praha: MŠMT.

Nevoralova, M., Pavlovská, A., & Stastná, L. (2012). Evaluation of the school-based primary prevention of risk behaviour in the Czech Republic [Evaluace aktivit školní primární prevence rizikového chování v České republice]. *Adiktologie*, 12, 244–255.

Pavlas Martanová, V. (2012a). Development of the Standards and the certification process in primary prevention – an evaluation study [Vyvoj Standardu a procesu certifikace v primární prevenci – evaluační studie]. *Adiktologie*, 12, 174–188.

Pavlas Martanova, V. (2012b). Certification Rules and On-Site Inspection Guidelines for the Process of Certification According to the Professional Competency Standards of the Providers of Programmes of the Primary Prevention of Risk Behaviour. [Certifikační řád a metodika místního setření pro proces certifikace dle Standardu odborné způsobilosti poskytovatelů programu školské primární prevence rizikového chování]. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga.

Pavlas Martanova, V., Behounková, L., Exnerová, M., Charvat, M., Jurystova, L., Kaufová, T., ... Stastná, L. (2012b). Standards of Professional Competency of the Providers of Programmes of the Primary Prevention of Risk Behaviour. [Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programu školské primární prevence rizikového chování]. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga.

Sirucková, M., Miovisky, M., Skacelova, L. (2012). School-based Prevention of Risk Behaviour: examples of good practice. [Příklady dobré praxe programu školské prevence rizikového chování]. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga.

Mioviský, M. (2013). An evidence-based approach in school prevention means an everyday fight: a case study of the Czech Republic's experience with national quality standards and a national certification system. *Adicciones* 25(3), 203–207.

K novému vizuálu kampaně Centra veřejného zdraví se zaměřením na alkohol 1. LF UK a VFN v Praze pro cílovou skupinu dospívajících

PhDr. Miroslav Barták, Ph.D.

Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze, Centrum veřejného zdraví se zaměřením na alkohol

e-mail: miroslav.bartak@lf1.cuni.cz

V letošním roce došlo ke zpracování a prozatím dílčí implementaci grafického vizuálu se zaměřením na cílovou skupinu mladých a dospívajících.

Zaměření a vyznění tohoto plakátu může být chápáno jako provokativní, popřípadě jako možná až příliš silné či dokonce pohoršující. Zpracování právě tohoto vizuálu má však své opodstatnění. Téma rizikového sexuálního chování je relevantní pro mladé lidi, se kterými se ve své praxi často setkáváte. Z domácích i zahraničních zkušeností vyplývá, že právě alkohol má negativní vliv na výskyt rizikového sexuálního chování.

Mladí lidé slyší různá varování a moralizování ze všech stran – od příbuzných, ve škole, z rozmanitých kampaní. Díky tomu jsou proti této tonalitě podle mnoha zkušeností už poněkud odolní a považují ji za „malování čerta na zeď“. Kampaně zaměřené na mladé lidi se často snaží šokovat, ale jsou si podobné jako vejce vejci. Abychom se vymanili z komunikačního průměru a upoutali pozornost, sdělení jsme zabalili do překvapivého kontextu. Pro tento vizuál jsme si zvolili prostředí filmových hororů, téma oblíbené a blízké mladým lidem. Filmoví zabijáci jsou odjakživa ztělesněním odvrácené stránky lidské sexuality. Násilí ve filmech jako Psycho, Halloween nebo Texaský masakr je vždy silně sexualizované. Mnoho mladých lidí tyto filmy sleduje.

Záměrem vizuálu není zastrašovat, ale upoutat pozornost cílové skupiny. Proto jsme se vydali až na samou hranu (pro někoho vkusu, pro jiného možná profesionální komunikace veřejnozdravotních témat). Vizuál říká jasné sdělení – vybíráme-li si pod vlivem alkoholu sexuálního partnera, nemusí to dopadnout dobře. Bez ohledu na to, zda se jedná o pohlavně přenosnou nemoc, neplánované těhotenství, znásilnění, jde zkrátka o nebezpečí, jehož je motorová pila (a ostatní atributy hororových výrazových prostředků) metaforou. Zvolené ob-



jekty navíc slouží jako silný vizuální magnet – vaši mladí lidé pravděpodobně budou vždy raději věnovat pozornost vizuálu, kde vidí nečekané a atraktivní, než dalšímu, byť dobře míněnému, předání informací. V prvotní rovině nechceme hned předat sdělení na první dobrou. Důležitým momentem je po zachycení pozornosti sdělovat témata cílové skupině věcně a pravdivě. Záměrem je

publikum dovést k zamyšlení o vizuálu, čímž i zvyšujeme jeho zapamatovatelnost.

Umístění tohoto vizuálu plánujeme jak v tištěné reklamě, tak i na internetu a sociálních sítích, které mladí lidé ve věku 15–18 let hojně využívají. Například na Facebooku je to profil @alkoholpodkontrolou.cz nebo na Instagramu alkohol_pod_kontrolou. K dispozici jsou také průběžně aktualizované webové stránky www.alkoholpodkontrolou.cz

Alkohol, jeho užívání a následky, ať již dlouhodobé nebo krátkodobé, jsou u skupiny mladých lidí velmi dobře popsány a hojně diskutovány. Víme, že téma negativních účinků užívání alkoholu u mladých lidí je vám dobře známo a velmi si v této souvislosti vážíme vašeho přínosu pro zdraví a kvalitu života mladých lidí. V případě vašeho zájmu nás, prosím, neváhejte kdykoliv kontaktovat. Oceníme všechny vaše náměty a připomínky na toto téma, které můžete směřovat na adresu miroslav.bartak@lf1.cuni.cz

Článek vznikl v rámci realizace projektu „Rozvoj aktivit Centra veřejného zdraví se zaměřením na alkohol Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze a SZÚ“. Rozhodnutí č. OZS/45/4141/2018 o poskytnutí účelového neinvestičního příspěvku ze státního rozpočtu České republiky na rok 2018 přímo řízeným organizacím MZ ČR.

PEDIATRICKÉ SLUŽBY

ADIKTOLOGICKÁ AMBULANCE PRO DĚTI A DOROST ADA+ Kladno

Mgr. Michaela Štáfková

Adiktologická ambulance pro děti a dorost ADA+ Kladno vznikla v září roku 2016 jako druhá adiktologická ambulance tohoto typu v ČR. Tato ambulance je specializovaným pracovištěm pro adiktologickou práci s klienty ve věku 12–19 let. Ambulance se primárně soustřeďuje na práci s celým rodinným systémem, služby jsou určeny dětem a mladistvým, kteří se potýkají se závislostním chováním, a jejich rodičům. Postupy práce představují individuální a skupinovou terapii, psychiatrickou, psychologickou a adiktologickou diagnostiku, socioterapii a rozvojové aktivity a jsou zprostředkovávány multidisciplinárním týmem ambulance. Součástí práce je úzká spolupráce s dalšími institucemi, jako jsou školy, orgán sociálně právní ochrany dětí, výchovné ústavy a další. Klienty zařízení jsou především uživatelé návykových látek, hlavně marihuany a stimulantů a také hráči počítačových her a nadměrní uživatelé mobilních telefonů. Terapeutický tým tvoří psychiatr, adiktolog, psychologové, sociální pracovníci a terapeuti.

Do adiktologické ambulance pro děti a dorost ADA+ dochází osoby mladší 18 let v doprovodu zákonného zástupce. Spolupráci nejčastěji iniciuje některá ze zmíněných institucí, případně samotní rodiče, kteří si službu vyhledají prostřednictvím internetu. Často přichází na doporučení pedagogů, pediatrů nebo známých. Většinou se jedná o matky, které bývají úzkostné a hyperprotektivní. Převážné množství klientů, kteří do adiktologické ambulance přijdou, pochází z rozvedených rodin s tím, že v péči je mají právě jejich matky. Otcové jsou často nepřítomni, ve velké míře fyzicky, ale také emočně a finančně. Na přijímací sezení někdy přichází celý rodinný systém, ve kterém jsou fungující oba rodiče. Přesto tito rodiče často nežijí ve společné domácnosti, ale dokáží se spolu domluvit a na léčebném procesu se tak podílejí oba dva. Malé procento docházejících klientů představují prarodiče, nejčastěji babičky s vnoučaty, u kterých pozorují problém v užívání návykových látek. Toto přijímací sezení je ve velké míře informativního charakteru a během něj je rodinnému systému představena služba a povinnosti, které s docházením do ambulance souvisí. Poté, co rodiče projeví zájem o docházení, snažíme se přistoupit k formulování zakázky. Zakázka rodičů je ve velké míře naprosto odlišná od zakázky adolescentních klientů. Ti jsou často v odporu a změnu v oblasti užívání návykových látek nebo závislostního chování nevyhledávají. V případě, že by adolescentní klient chtěl vyhledat pomoc z vlastního rozhodnutí a bez pomoci rodičů, je to možné pro osoby starší 15 let. Za poslední rok jsme se

v ambulanci setkali pouze s jedním takovým případem. Klienti, kteří do ADY+ docházejí, se nejčastěji potýkají s nadměrným užíváním návykových látek. Největší množství klientů užívá marihuanu. Konopné látky jsou dlouhodobě nejčastěji užívanou nelegální návykovou látkou v ČR (Mravčík et al., 2016). Dále je to alkohol, pervitin a experimentují i s užíváním jiných návykových látek, jako jsou další stimulanty a halucinogeny. Adolescentní klienti užívající návykové látky jsou nejčastěji ve věku 15–17 let. Od roku 2017 se v ambulanci specializujeme také na práci s mladistvými, kteří tráví velké množství času na počítačích, telefonech a sociálních sítích s věkovým průměrem 12–14 let. (Tabulka 1.)

	ADA+		2017
	Ada+ děti	Ada+ rodiče	CELKEM
počet registrovaných	104	174	278
počet skupin za rok	96	23	119
počet individuálů	2201	2013	4214
rodinná, párová terapie	274		274
komunitní setkání	5		5
počet klientů na skupinách za rok	576	161	737
jednorázové kontakty	21	11	32
počet akcí (výlety, aktivity, pobytové terapie)	10	4	14

Tabulka 1 | Ada+ Zařízení sociální intervence Kladno

Po příjmovém pohovoru pak následuje individuální terapeutická spolupráce s dětským klientem, které se v ambulanci věnujeme převážně. Individuální terapii s rodiči nebo jinými zákonnými zástupci, kteří dětského klienta do ambulance doprovází, zprostředkovává někdo další z terapeutického týmu. V pravidelných intervalech, nejčastěji každých 5–8 setkání, pak realizujeme rodinná setkání, případně rodinnou terapii. Tato setkání jsou prostředkem ke spolupráci v komunikaci s celým rodinným systémem, k vyjádření případných potřeb a nastavení pravidel. Kapacita pro práci s klienty v individuální terapii je asi 20–25 klientů, přičemž asi 60 % klientů je žen a 40 % mužů. Terapeutická spolupráce s klienty by měla být ideálně dlouhodobá, minimálně po dobu jednoho roku. Ukončuje se nejčastěji z důvodu samovolného vypadnutí ze služby, nedodržení pravidel spolupráce, případně na vlastní přání adolescentního klienta, se kterým rodiče často souhlasí, a to přes doporučení terapeutů ve spolupráci pokračovat a přes to, že zakázka nebyla naplněna a klienti ještě stále návykové látky užívají.

Rigway et al. (2014) ve své publikaci Cesty k zotavení zdůrazňují jedenáct kroků léčby z pohledu recovery. Od přípravy na cesty přes zamyšlení se nad svými posto-

ji, vzkríšení naděje, pěstování odvahy, vnitřní řeči, píší autoři dále o motivaci klientů a dalším procesu změny směrem k zotavení. Klient by měl v procesu změny nalézt vlastní zodpovědnost, zdroje, vizi a ideály. Cílem této terapeutické práce je empowerment klienta, zatímco jej terapeut motivuje, pomáhá zlepšit komunikaci a budování sebedůvěry.

Významnou dovedností terapeutického týmu ambulance je orientace v matchingu – párování potřeb a intervencí v praxi. Do ambulance často přicházejí klienti, jejichž primárním problémem není užívání návykových látek nebo jiné závislostní chování. Tuto službu často vyhledávají i rodiče klientů, u kterých se vyskytují výchovné problémy aj. Během přijímacího pohovoru je tedy důležité zakázku rodinného systému správně vyhodnotit a případně klienty odkázat do jiné služby. V souvislosti s matchingem je pochopitelné, že služba musí reagovat na individuální potřeby klientů a je potřeba vyhodnotit, jak by měla spolupráce s klienty vypadat. Do ambulance přicházejí různé rodinné systémy a plošný přístup není možné zavést.

Kaminer (2011) definuje adiktologickou péči adolescentních klientů jako proces, do kterého je potřeba přispívat svým vedením, monitorováním a který vyžaduje individuální přístup založený na přizpůsobení jednotlivým potřebám klienta.

Zároveň se každý klient do terapeutického procesu zapojuje jinak, někteří klienti jsou otevření a o terapii projevují zájem – dokonce projevují zájem o terapeutickou skupinu. Jiní mladiství jsou naopak v silném odporu a je pro ně náročné docházet do individuální terapie a skupině se vyhýbají. Pracovníci terapeutického týmu se musí orientovat v nabízených službách jiných organizací, v případě, že dítě přichází s jiným primárním problémem, nebo pokud je nutné poskytnout komplexní péči spojenou s hospitalizací, výchovnou péčí, právními otázkami apod. V rámci terapeutického procesu se velmi často potýkáme s doprovodnými problémy typu – sebepoškozování, poruchy příjmu potravy, výchovné problémy, krádeže, útoky z domova, absence ve škole, nadměrné sledování pornografie a podobně.

V rámci ambulance jsme otevřeli terapeutickou skupinu pro všechny klienty, bez ohledu na návykový problém, věk nebo další kritéria. V průběhu jsme však zjistili, že klientela se významně liší v závislosti na užívané návykové látce nebo závislostním chování. Postupně jsme tedy otevřeli samostatnou skupinu pro klienty užívající návykové látky a druhou skupinu pro klienty, kteří přicházejí se závislostí na počítači a jiných technologiích nebo na vztazích. Tento další významný aspekt je reakce služby na individuální potřeby klientů. Významnou část klientů tvoří mladiství ve fázi doléčování po absolvování střednědobé ústavní léčby v psychiatrické nemocnici, kteří nyní abstinují, ale přesto je pro ně docházení do ambulance důležitou součástí léčebného procesu.

Témata, která klienti do této skupiny přinášejí, se soustředí především na užívání návykových látek, vztahy s rodiči, partnery a kamarády, efektivní trávení volného času a asertivní dovednosti. Další skupinu tvoří děti ve věku 9 až 12 let, které jsou ohrožené nelátkovou závislostí. Děti jsou spolupracující, jsou ochotné ke změnám např. v používání sociálních sítích, jsou velmi komunikativní a otevřené. Zajímají je otázky rodinných vztahů, politického dění ve světě, environmentální výchova, podoba lásky atd.

Aktivita klientů se také odvíjí od fáze, ve které se tito klienti nacházejí. Při vstupu do skupiny jsou klienti často pasivní a více poslouchají, po několika málo sezeních se však většinou rychle zapojí do skupinové aktivity. Později pak přinášejí témata a skupinu žádají o zpětné vazby. Poté, co již klienti ze skupiny načerpají to, co je potřeba, tak začnou být aktivnější v předávání zpětných vazeb a v kladení otázek ostatním klientům.

Do skupiny určené pro starší klienty potýkající se s nelátkovými závislostmi a jinými souvisejícími potížemi, přinášejí klienti často velmi hluboká témata, která souvisí s jejich intrapersonálními prožitky, suicidálními myšlenkami nebo sebevražednými pokusy v minulosti. Klienti přinášejí také vztahová témata, především vztahy s partnery nebo s rodiči. V současné době se služba zaměřuje na skupinovou práci s těmito klienty, jejichž míra motivace ke změně je podstatně vyšší než u skupiny klientů užívající návykové látky.

Terapeutická práce vychází z konceptu recovery, neboli uzdravení a potenciálu pro uzdravení. Závislostní chování je u dětí a adolescentů většinou důsledkem jiných závažných situací, jako je rozpad rodiny, výchovné problémy, záškoláctví, špatné školní výsledky, duševní potíže, sebepoškozování a potíže s nedostatečným bydlením. Tyto faktory jsou tedy spíše důsledkem těchto nepříznivých potíží než jejich příčinou (Gilvarry et al., 2012). Recovery přístup zdůrazňuje podporu pozitivních faktorů, které podporují klientovu spolupráci a mají vliv na jeho udržitelnost v terapii. Dětská a dorostová adiktologie je přístupem v léčbě závislostí, ve kterém se vyskytuje nízká motivace klientů k abstinenci. Terapeutická práce se tak často soustředí na jiná témata, než je trvalá a důsledná abstinence. Adaptace klientů na léčebný program probíhá skrze identifikaci potřeb klientů a v jejich podpoře a rozvoji. Cílem je zprostředkovat léčebný přístup tak, aby byli adolescentní klienti schopni z něj profitovat a úspěšně jej absolvovat.

LITERATURA

Gilvarry, E., McArdle, P., O'Herlihy, A., Mirza K., Bevington, D., Malcom, N. (2012). *Doporučené postupy pro práci s mladými lidmi s problémy související s užíváním návykových látek*. Královská akademie všeobecných lékařů, Alcohol Concern, DrugScope, Královská akademie psychiatrů.

Kaminer, Y. (2002). Adolescent substance abuse treatment: Evidence-based practice in outpatient services. *Current Psychiatry Reports*, 13(5), 416–421

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Tion Leštinová, Z., Rous, Z., Kiššová, L., Kozák, J., Nechanská, B., Vlach, T., Černíková, T., Fidesová, H., Jurystová, L., Vopravil, J. (2016). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Ridgway, P. et al. (2014). *Cesty k zotavení*. University of Kansas School of Social Welfare

Kontakt

Ada+ Zařízení sociální intervence Kladno

ada@zsi-kladno.cz, tel: 722 070 220

Příspěvková organizace Zařízení sociální intervence Kladno je zřízena Středočeským krajem za účelem poskytování sociálních služeb (zejména služeb sociální prevence a odborného sociálního poradenství). Veškeré služby jsou financovány dotací a příspěvkem Středočeského kraje.

AMBULANCE DĚTSKÉ A DOROSTOVÉ ADIKTOLOGIE KLINIKY ADIKTOLOGIE 1.LF UK A VFN V PRAZE

Mgr. Stanislav Kunc,
Mgr. Martina Franzová,
Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.

Ambulance dětské a dorostové adiktologie (ADDA) je denní ambulantní služba, která poskytuje dětem a dospívajícím komplexní léčebnou a preventivní péči zahrnující zdravotní, psychologickou a sociální složku podle bio-psycho-sociálního modelu závislosti.

Spektrum aktivit a intervencí

a) **Základní informační a edukační úroveň:** konzultační a poradenský servis, screening, podporu depistážní práce a preventivní péče, propagace služby, edukace, krátká intervence. Nabízíme zorientování v problematice, kontakty na síť pomoci, rychlou intervenci.

b) **Komplexní diagnostika:** ambulance nabízí komplexní diagnostické zhodnocení (psychiatrická, klinicko-psychologická a adiktologická diagnostika) s ohledem na principy case managementu. Smyslem diagnostiky je navrhnout pacientům odpovídající péči, tj. zhodnotit vývoj a stav a závažnost obtíží, zjistit potřebnost jakékoli doplňkové péče řešící případné somatické či psychiatrické komorbidity a navrhnout individuální terapeutický plán odpovídající potřebám pacienta.

c) **Pravidelná individuální terapie a case management** vycházející zejména z principů a metod psychodynamické psychoterapie a integrativních psychoterapeutických směrů. Součástí péče mohou být doplňkové aktivity rozvíjející sociální dovednosti a kompetence či další metody práce (arteterapie, sandplay atd.). Součástí péče je řešení

rodinných, sociálních problémů, případně pedagogických a výchovných problémů, a to jak v rámci individuální terapie, tak prostřednictvím spolupráce s blízkými osobami a navazujícími institucemi a službami (OSPOD, škola atd.).

d) **Zapojení rodičů a blízkých osob:** rodičům nezletilých a dalším blízkým osobám v indikovaných případech nabízíme možnost individuálního rodinného poradenství, účasti na skupině pro blízké osoby závislých či zprostředkování rodinné terapie.

e) **Psychiatrická péče:** součástí spolupráce je pravidelná spolupráce s lékařem – psychiatrem, který je k dispozici zejména pro řešení psychiatrických komorbidit (např. deprese, úzkosti, ADHD) a pro farmakoterapii. Minimální spolupráce s psychiatrem probíhá na úrovni kontrolního vyšetření 1× za 3 měsíce.

f) **Skupinová psychoterapie:** otevřené a polootevřené skupiny pro pacienty se zaměřením na různé typy problémů a se specifickými potřebami. Skupiny běží jednou týdně 1,5 hod., avšak pouze v případě dostatečného naplnění účastníky.

g) **Prevence relapsu:** self-management, techniky a strategie zaměřené na podporu nerizikového zvládání krizí a udržování změny návyků, zvyšování sebeuvědomění.

Základní rámec průběhu péče ADDA

a) **Diagnostická fáze – vstupní diagnostika, krátká intervence a motivační práce** (zpravidla první 2 měsíce): komplexní posouzení každého pacienta z hlediska jeho obtíží, zdrojů, možností a potřeb (vstupní adiktologické a psychiatrické vyšetření, v indikovaných případech i komplexní psychologická diagnostika). Pacient vstupuje do služby na prvním vyšetření vždy s rodičem či jinou blízkou osobou, společně je proveden úvodní rozhovor a informování o podmínkách spolupráce, všichni přítomní se podílí na zmapování rodinného a sociálního kontextu závislosti a kontraktování cílů spolupráce. V další fázi se setkává pacient již individuálně se svým garantem – terapeutem. V průběhu dalších dvou měsíců se věnují navazování bezpečného terapeutického vztahu a procesu terapie, prohlubování diagnostických poznatků, motivační práci a formulování možností dalšího léčebného postupu. Zhruba po 10 setkáních je diagnostická fáze ukončena druhým setkáním s rodiči, kde informujeme o výsledcích a plánujeme další postup péče. Část pacientů indikovaných pro jiný typ péče je referována do příslušných zařízení zdravotnických, školských, sociálních služeb, s částí je spolupráce úspěšně ukončena touto krátkou intervencí a konečně další část je navržena pro pokračování v dlouhodobější péči.

b) **Terapeutická fáze:** s pacienty indikovanými k další péči v ADDA a jejich blízkými je sjednána dohoda na individuálním terapeutickém plánu, podmínkách a cílech spolupráce. Délka spolupráce není obecně stanovena, neboť vychází z potřeb pacienta a z dohody.

c) Ukončování – na základě úspěšného zvládnutí obtíží, potřeby intenzivnější péče např. v pobytovém zařízení, na základě dohody s pacientem a blízkými osobami, na základě porušení podmínek poskytování služby.

Východiska a principy poskytování služby

Při poskytování služeb vycházíme z bio-psycho-sociálního modelu závislosti a poznatku, že závislostní obtíže dospívajících se vždy odehrávají v silném kontextu vývojovém, rodinném a sociálním. Nabízíme dlouhodobou kontinuální terapeutickou péči zaměřenou na řešení obtíží se závislostí, snižování rizik a podpory udržení abstinence a změny. Pro využívání služby není podmínkou abstinence. Přijímáme také nezletilé do soudně nařízené ochranné ambulantní léčby.

Personální zajištění služby

Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D. – vedoucí služby, psycholog, adiktolog

MUDr. Pavla Hellerová – lékař psychiatr

Mgr. Stanislav Kunc – terapeut

Mgr. Martina Franzová – terapeut, psycholog

Komu je služba určena

Ambulance dětské a dorostové adiktologie je určena dětským pacientům ve věku do 15 let a mladistvým pacientům do 18 let a jejich blízkým. Dominantním problémem indikujícím tento typ specializované péče jsou problémy s návykovými látkami (F.10–F.19) a problémy v oblasti nelátkových závislostí (gambling, nezvládání informačních technologií atd.). Zejména jde o děti a mladistvé jakožto osoby experimentující s návykovými látkami, problémové uživatele návykových látek, osoby závislé či po absolvování léčby, patologické hráče a osoby s problematikou nelátkových závislostí. Sekundárně jsou cílovou skupinou i rodinní příslušníci a další blízké osoby pacientů. Díky integraci ADDA v Adiktologické ambulanci mohou pokračovat v kontinuální péči i pacienti, kteří dovrší 18 let. Adiktologická ambulance pokrývá zejména území hl. m. Prahy a Středočeského kraje. Provozní doba Adiktologické ambulance je od pondělí do pátku od 9:00 do 17:00.

Kontakt

Ambulance dětské a dorostové adiktologie, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze, Apolinářská 4, Praha 2, 128 00. Kontaktní telefonní číslo: 224 968 253 (zanechte vzkaz na záznamníku), e-mailová adresa: addambulance@vfn.cz

SANANIM – ADIKTOLOGICKÁ AMBULANCE PRO MLADISTVÉ

Mgr. Blanka Petrošová, RNDr. Martin Rataj

Adiktologická ambulance SANANIM pro mladistvé a dospělé (dále AA) je sociální a zdravotnické zařízení s certifikátem odborné způsobilosti pro poskytování služeb ambulantní léčby vydaného RVKPP.

Smyslem našeho zařízení je nabízet a poskytovat léčebné ambulantní služby v intenzitě a kvalitě, která vede ke stabilizaci klientů ohrožených závislostí a k trvalé změně jejich životního stylu s ohledem na zvýšení kvality života. Na rizikové chování nahlížíme jako na symptom a vývojový problém. Během léčby se spolu s klientem snažíme odhalit příčiny rizikového chování, najít zdroje využitelné k jeho změně, ke zdravějšímu naplňování potřeb a spokojenějšímu životu. Tým AA tvoří adiktologové, psychologové, psychiatři a sociální pracovníci, všichni s absolvovaným psychoterapeutickým výcvikem.

AA realizuje dva programy: strukturovanou ambulantní léčbu závislostí a case management. Obě služby jak pro dospělé, tak od října 2017 i pro mladistvé klienty.

Ambulantní léčba

Strukturovaná ambulantní léčba závislostí pro mladistvé byla koncipována na formátu léčby pro dospělé, kterou v AA provozujeme a modifikujeme od r. 2015. Je určena pro ohrožené závislosti na alkoholu, nelegálních návykových látkách nebo nelátkovou závislostí, ve věku od 15 do 18 let, kteří jsou otevření změně životního stylu a jsou nastaveni spolupráci s odbornou službou.

Ambulantní léčba pro mladistvé trvá zpravidla 9–12 měsíců. Dělíme ji na dvě fáze: motivačně indikační a léčebnou. Ve srovnání s léčbou dospělých bývá motivačně indikační fáze delší, někdy trvá půlku celé léčby. Kromě pravidelných individuálních terapeutických sezení jednou týdně, v případě potřeby i intenzivněji, je od září 2018 součástí léčby i účast na terapeutické skupině ve stejné frekvenci.

Specifikem léčby pro mladistvé je potřeba intenzivní spolupráce s rodinou, případně se zástupci výchovných institucí (dále blízcí), kde jsou naši klienti v péči. Právě oni jsou často iniciátorem nástupu mladistvého do léčby. Mladiství obvykle nevnímají rizikové chování jako problematické a většinou neopládají vysokou motivací jakkoli ho regulovat. Motivačním faktorem ke vstupu do léčby tak bývají spíše problémy s okolím, které jejich chování neschvaluje, a tento faktor je možné využít. Od začátku léčby proto vyvíjíme tlak na zapojení blízkých do léčby. Jejich spolupráce je důležitá nejen jako motivační prvek pro setrvání mladistvého v léčbě, ale také z hlediska ovlivnění výchovných intervencí v prostředí, kde klient žije.

Na prvním sezení, kam přichází klient v doprovodu rodičů nebo zástupců výchovné instituce, dojednáme formu zapojení dalších vhodných osob do léčby a zároveň formu předávání informací mezi jednotlivými účastníky léčebného programu tak, aby zůstalo zachováno bezpečné a důvěrné prostředí pro našeho klienta i další zúčastněné. Osvědčuje se nám v rámci individuálního kontaktu přizvat pravidelně (v intervalu čtyř až šesti sezení) klientovy blízké a společně zhodnotit vývoj léčby, dojednávat změny potřebné pro spokojenější soužití, případně vytipovat oblasti, na kterých je třeba pracovat. Společných sezení se účastní kromě garanta/terapeuta také další přizvaný pracovník Adiktologické ambulance, případně terapeut z Poradny pro rodiče SANANIM (dále PPR), která je prostorově propojena s naším zařízením a se kterou úzce spolupracujeme. Když nestačí tento formát setkávání, doporučujeme klienta a jeho blízké do PPR, kde pak rodinná terapie probíhá samostatně, s jinými terapeuty, zároveň s léčbou v naší ambulanci.

Plánujeme rozšíření léčby pro mladistvé o fázi doléčování, dostupnou i mladistvým, kteří přicházejí z pobytové léčby, nyní se snažíme zajistit na to prostředky.

Momentálně je čekací doba pro zařazení do programu ambulantní léčby dva týdny až měsíc.

Case management

Mladistvým se souběhem sociálních a zdravotních potíží, kteří neprofitují z běžného systému služeb, nabízíme program case managementu.

Jedná se nejčastěji o osoby s psychiatrickou komorbiditou, raným začátkem nebo vyšším výskytem rizikového chování, s nedostatečným rodinným zázemím, pácháním trestné činnosti v anamnéze nebo jen se sníženou schopností spolupráce s odbornými institucemi. Potřebují vyšší míru podpory pracovníka a ten přebírá větší část odpovědnosti za naplňování léčebného kontraktu než ve strukturované ambulantní léčbě. Také odpovídá za trvání spolupráce a udržení intenzity vztahu, a pokud klient z kontaktu vypadává, aktivně ho vyhledává (SANANIM, 2016).

Podmínkou úspěšné spolupráce je dobře vytvořený vzájemný a intenzivní vztah, který je neformálnější, než na jaký jsou klienti v léčebných institucích zvyklí. Menší formálnost vztahu usnadňuje klientovi získat důvěru, zvyšuje míru spolupráce a v ideálním případě vede k dobré zkušenosti s pomáhající institucí a sítí služeb vůbec. Na rozdíl od psychoterapie není spolupráce v takové míře zaměřena na introspekci a analýzu vztahu, jejím smyslem je pomáhat klientovi zejména při praktických činnostech a vyjednávání zdrojů podpory ve vnějším světě (SANANIM, 2016).

Program case managementu ani délka jednotlivých setkání nejsou časově omezeny, řídí se potřebami klienta

a kontraktem s pracovníkem. Doporučuje se intenzivní spolupráce, různé zdroje hovoří o minimální frekvenci šesti kontaktů do měsíce a vyšší časové dotaci na setkání (např. Libra, 2015). Spolupráce se odehrává častěji „na území“ klienta, účastníme se reálných situací, v prostředí, kde klient žije. Podporujeme ho v nich a koordinujeme potřebnou péči tak, aby klient mohl předcházet rizikovému chování a motivovali jsme ho ke zvyšování kvality života. Case manager se postupně stává pro klienta vazbovou (attachmentovou) osobou. Což umožňuje i v rámci řešení praktických záležitostí umožnit prohlubování klientovy schopnosti introspekce, rozpoznání a porozumění vlastních emocí a účelné zacházení s nimi, ozkoušení si konfrontací a testování hranic při jednání s lidmi i institucemi.

Momentálně je čekací doba na zařazení do programu case managementu pro mladistvé 4–6 týdnů.

Vedoucí služby:

Bc. Tomáš Vejrych

Kontakt:

Mgr. Blanka Petrošová, AA SANANIM, Praha 2, Žitná 51, tel. 724 521 913, 702 033 005, www.sananim.cz

Zdroje

SANANIM. (2016). *Operační manuál Adiktologické ambulance SANANIM*. Praha.

Libra, J. (2015). Case management – prostor pro sjednocení zdravotní a sociální péče. In: K. Kalina (Ed.), *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

AMBULANCE PRO GAMBLING SANANIM, Z. Ú.

Bc. Marcel Ambrož

„Ve hře, co hrajeme, nemůžeme vyhrát. Některé prohry jsou lepší než jiné, toť vše.“ – George Orwell

SANANIM, z. ú., se koncem roku 2015 rozhodl akcentovat společenskou potřebu při řešení problematiky hazardu a rozšířil své odborné služby o program Ambulance pro gambling (dále též GA), která vznikla 1. 1. 2016 jako nedílná součást sítě základních programů organizace.

GA je specializované zařízení poskytující **komplexní ambulantní služby osobám ohroženým hazardním hrami nebo sázením a jejich blízkým**. Ambulance vznikla za finanční podpory Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP) s cílem zavedení a poskytování odborných služeb v oblasti patologického hráčství.

Hlavním posláním GA je poskytování dlouhodobě udržitelných profesionálních a odborných služeb pro hazardní

hráče a jejich blízké. Služba reflektuje potřeby klientů, odborné veřejnosti a společnosti se zaměřením na území hl. města Prahy.

Klíčovým cílem je poskytovat klientům komplexní léčebné ambulantní služby v potřebné intenzitě a kvalitě vedoucí k trvalé změně životního stylu. Usilujeme prostřednictvím krátkodobého, střednědobého nebo dlouhodobého léčebně podpůrného programu pro hráče o minimalizaci negativních dopadů rizikového chování na život klientů-hráčů, jejich rodiny a ostatní blízké osoby s cílem zvýšit kvalitu jejich života, provést je náročným životním obdobím a pomoci jim redukovat problémy spojené s hazardním hraním.

GA nabízí své služby **osobám ohroženým rizikovým hraním a sázením nebo osobám s již rozvinutým problémem patologického hráčství**, které jsou alespoň v minimálním rozsahu otevření změně v jejich dosavadním životě a spolupráci. Doporučenou součástí při řešení problematiky hazardního hraní a sázení jsou **osoby blízké** (partneři/partnerky, rodiče apod.), kteří jsou jakýmkoliv způsobem problémem zasaženi. Dále je ambulance určena i pro abstinující (v současnosti nehrající/nesázející) osoby, kterým formou podporujících aktivit pomáháme v udržení dosažených změn životního stylu.

Dolní věková hranice našich klientů je 15 let, horní hranice není určena. U mladistvých klientů je uzavírán kontrakt jak s klientem, tak i rodičem (zákonným zástupcem).

Projekt GA je v hl. m. Praze ojedinělou službou, která reaguje zejména na neexistenci jakýchkoli specifických služeb pro tuto specifickou cílovou skupinu. Naši klienti tak u nás nalézají bezpečné prostředí bez potřeby konfrontace s uživateli návykových látek, což je oproti jiným poskytovatelům sociálních služeb výjimečné.

Tým GA je multidisciplinární a tvoří jej terapeuti, právnická, sociální pracovníci, zkušený tým profesionálů s průměrem praxe 17 let. Provozní doba je v běžné pracovní dny od 9,00 do 17,00. Vzhledem k tomu, že většina našich klientů je pracovně činná a dochází 1–2× týdně, často poskytujeme poradenství i v jiných, obvykle podvečerních hodinách. Skupinové aktivity jsou poskytovány výhradně v podvečerních hodinách.

GA – specializované zařízení pro hazardní hráče a jejich blízké

Proč specializace? Jiná cílová skupina (oproti např. uživatelům drog), cílená orientace na „čisté hráče/sázkaře“ a jejich rodiny, jiné potřeby/řešení, hazardní hráči nejsou subkultura, specifická komunita, neexistence „hazardní scény“, dlouhodobé dopady na širší rodinu (dluhy, vztahy) – nutnost řešit jako celek.

Typický klient/hazardní hráč v GA je muž, zhruba 36 let, se středoškolským vzděláním, kvalifikovaný, pracu-

jící, s manželkou/partnerkou. Obvykle vede tzv. „double life“, kdy roky žije „spořádaný“ život – rodina, děti...+ tajný život hráče. Do ambulance přichází v době, kdy se tento systém hroutí, poněkud v důsledku nezvládnutí splacení finančních závazků (dluhů) u nebankovních poskytovatelů půjček. „Double life“ může trvat u některých hráčů i 10 let.

Klienti gambleři a sázkaři

Celkem 95 % klientů GA jsou muži. Zhruba polovina přichází s klasickým gamblingem (výherní automaty, ruleta), druhá polovina jsou „čistí sázkaři“, bez zkušenosti s klasickým hazardním hraním. Žen registrujeme minimum, v případě vyhledání naší služby se jedná obvykle o klasický hazard (majorita výherní automaty), ve spojení s alkoholem, tyto klientky používají gambling často jako nástroj automedikace, hraní jim přináší klid, útěchu, únik z reality a psychických problémů.

Další charakteristiky cílové skupiny

Častou motivací pro kontaktování GA je značné zadlužení těchto osob a tlak blízkých. Průměrný dluh klienta GA je 1 000 000,- Kč, nejvyšší zhruba 20 milionů. V období zhroucení „double life“ systému se tak blízcí obvykle dozvídají pravdu, která v podobě zadlužení ohrožuje celý rodinný systém na řadu let. Registrujeme tedy tlak blízkých (partnerek) na hráče k nástupu do léčby. Evidujeme četné párové a rodinné sezení – přenesení zátěže na blízké, jejich pocit podvodu, nevěry, nedůvěry, apod.

Další typickou charakteristikou pro cílovou skupinu je např.: zacyklenost v magičnu, iracionalitě – „*dnes je ten den, kdy to porazím*“, *vsadím si, abych mohl zaplatit dluhy*“, u sázkařů se jedná v majoritě o online sázení a především live sázky – mnohokrát i v průběhu jednoho sportovního zápasu – „opakovaný orgiastický stav“ (dle klientů) – rizika velkých proher, virtuální peníze.

Peníze – nemají hodnotu, jsou pouze často virtuální prostředek k potřebné emoci/zbohatnutí. Za 1 noc výhra 250 000/nebo prohra není nic neobvyklého.

Profil klientů – individualisté, výkonová orientace, fabulující, umělci s penězi, přetvářka jako norma, strach z odhalení/čekání na odhalení, neschopnost hovořit o svých pocitech, stud, vztah jako motivace ke změně (obavy ze ztráty partnerky), nenaplněná očekávání/touhy...

Policista, voják, sportovec, makléř, řidič, kuchař, houslista, obchodník, majitel firmy, zaměstnanec, zaměstnanec nadnárodní společnosti, státní zaměstnanec, IT, inženýr, stavař.

Poskytované služby

- Ambulantní léčba a následná péče
- Individuální poradenství, koučink a terapie
- Dluhové a všeobecné právní poradenství
- Sociální poradenství
- Podpůrná skupina pro krátkodobě abstinující hráče
- Následná skupina pro dlouhodobě abstinující hráče
- Edukace ve finanční gramotnosti, finanční management
- Krizová intervence
- Poradenské a terapeutické služby rodičům a ostatním blízkým osobám

Strukturovaný ambulantní program

Základem celého léčebného procesu je strukturovaný ambulantní program, který je možno realizovat v rámci základního programu, individuálního programu a/nebo následné péče. **Standardní program ambulantní léčby trvá přibližně 6 měsíců.**

– Individuální, skupinové poradenství

Východiskem kognitivně behaviorální přístupy, částečně dynamicky zaměřené přístupy, motivační rozhovory a systemický přístup zaměřený na řešení.

– Řešení dluhů, právní poradenství

Pro klienty GA

– Finanční poradenství

Analýza finančních postojů, finanční rozvaha

– Rodinné, párové poradenství

Jedno až tři setkání, pravidla, vztahy, socioekonomické dopady na širší rodinu

– **Domácí cvičení** – klient participuje na své úzdravě formou zadaných tematických úkolů (časová osa, motivace, cíl, denní činnosti, impulsy, uvědomění apod.)

– **Specifické kontrakty** – kontrolované hraní, pouze individuální konzultace

Dluhové a právní poradenství v GA

Bezplatné právní poradenství v GA je poskytováno právnickou s praxí na exekutorském úřadu. Zhruba 95 procent klientů, kteří se ambulantně léčí v zařízení GA, má dluhy, jejichž vznik je spojen s gamblerským. Poskytována je pomoc a poradenství při jednáních s věřiteli ohledně různých novacích závazků, poradenství a vyhotovování podání v rámci exekučního práva a samozřejmě také mnoho klientů je v takové situaci, že již nedokáží své závazky zvládnout běžným způsobem, a tak je na místě podání insolvenčního návrhu, jehož zpracování klientům nabízíme.

Resumé

Ambulance je od počátku svého založení velmi vyhledávanou službou a záhy získala dobré renomé, což se nám vrací z ohlasu klientů, kteří náš program absolvovali a mnohdy nás doporučují dál. Zakládáme si na své komplexnosti, klientovi nabízíme širokou škálu služeb a tím jsme schopni nejen zaujmout, ale především pomoci.

Většina našich klientů se velmi rychle stabilizuje, zachráněná narušená vztahy, zastaví kolotoč dluhů, přehodnotí svůj žebříček hodnot a vstoupí do nové etapy zdravějšího a úspěšnějšího životního stylu.

Jen v roce 2017 jsme pracovali s 251 klienty v programu GA. Z toho bylo 38 rodinných příslušníků (absolvovali převážně 1–3 společná sezení), dále jsme byli v kontaktu se 182 klienty v anonymním režimu - osoby povětšinou v jednorázovém kontaktu, mnohdy jako doprovod klienta, případně s žádostí o setrvání v anonymitě. V letošním roce evidujeme další nárůst klientů a jejich blízkých, za rok **2018 odhadujeme zhruba 350 klientů v programu GA.**

Zařízení je držitelem Certifikátu odborné způsobilosti pro ambulantní léčbu při RVKPP a je registrovanou sociální službou dle zákona 108/2006 Sb.

Kontakt:

Ambulance pro gambling, SANANIM, z. ú.
Žitná 51, Praha 1
www.sananim.cz, gambling@sananim.cz
tel: 774 701 070

Vedoucí zařízení: Bc. Marcel Ambrož

PROGRAM PRO RODIČE–UŽIVATELE DROG A JEJICH DĚTI

PhDr. Ilona Preslová

Služby pro rodiče – uživatele návykových látek a jejich děti

Vedle služeb pro mladistvé uživatele návykových látek probíhá v SANANIM od 90. let 20. století péče, pomoc a podpora klientům s primární diagnózou závislosti na návykových látkách, kteří jsou zároveň rodiči nezletilých dětí. Tato práce probíhá **průřezově** v řadě jednotlivých zařízení a programů naší organizace. Jedná se o práci jednak s těhotnými ženami a matkami, případně otci, ale také s jejich malými dětmi.

Program pro rodiče-uživatele drog a jejich děti

Popis služby a její komponenty

1. Nízkoprahové služby:

Kontaktní centrum a Terénní programy – zde probíhá první záchyt a kontakt těhotných klientek, navázání důvěry, podpora, edukace, doprovázení v průběhu gravidity, navázání na zdravotní a sociální služby, zprostředkování další léčby či jiné potřebné služby aj.

2. Léčebné a následné služby

a) Ambulantní léčba a poradenství – Denní stacionář, Adiktologická poradna, Poradna pro rodiče, Specializované ambulantní služby CADAS, Centrum komplexní péče o dítě a rodinu (opakující se projekt)

b) Pobytové léčby – Terapeutická komunita Karlov a Doléčovací centrum s chráněným bydlením pro matky s dětmi

Práce s klientem velmi často začíná v nízkoprahových službách, kde v **terénních programech** nebo **kontaktním centru** dochází k prvnímu oslovení a navázání kontaktu, poté k zmapování a zhodnocení situace a zprostředkování další adekvátní péče. Právě u klientů rodičů a jejich dětí je obrovskou výhodou možnost pružné spolupráce mezi jednotlivými službami v rámci SANANIM, a tím adekvátní a rychlé pomoci klientovi i dítěti. V případě nutnosti léčby nabízíme jednak ambulantní léčbu nebo léčbu v intenzivním stacionárním programu v **Denním stacionáři**, a to v délce čtyř měsíců s možností pobytu matky s dítětem v Dětském centru v Praze, nebo léčbu v **Terapeutické komunitě Karlov** (společná léčba matek, případně otců s dětmi) s následným doléčováním v **Doléčovacím centru** a případným **chráněným bydlením** a chráněným pracovním zařazením v sociální firmě **Café Therapy** nebo v chráněné keramické dílně. Tyto služby umožňují matce absolvovat léčbu bez přerušování mateřské vazby a péče o její dítě. I když léčbu dokončí, mohou kdykoliv v budoucnosti využít nabídky současného projektu **Centra komplexní péče o dítě a rodinu**, kde mohou v bezpečném a podpůrném prostředí řešit své otázky a pochybnosti ohledně zvládnutí péče o dítě, rodičovské role a kompetence. Tento projekt se ukazuje jako velmi potřebný a vyhledávaný, protože řada klientů stále není plně adaptována ve svém prostředí a obtížně vyhledávají běžně nabízené služby, ať už z nedostupnosti či po negativních zkušenostech s nepřijetím či stigmatizací.

Východiska a principy poskytování služby:

Základním principem služeb pro tuto cílovou skupinu je přesvědčení, že i uživatelé drog mohou být kvalitními rodiči, pokud vyřeší otázku užívání a zároveň dostanou potřebnou pomoc a podporu v přijetí a zvládnutí své rodičovské role.

Nejčastější okolnosti zahájení služby:

1. Gravidní klientka kontaktního centra/terénního programu

Při určité důvěře, kterou již docházení do nízkoprahových služeb předpokládá, lze usilovat o usnadnění základní prenatální péče, o vyhledání a doprovod do zdravotnických služeb, edukaci ohledně rizik užívání, řešení sociální situace a poskytnutí základní podpory, kterou klientka v těhotenství a následně po porodu potřebuje.

2. Navázání kontaktu na doporučení ze strany orgánů sociálně právní ochrany dítěte

Klientka nás kontaktuje na základě doporučení orgánu sociálněprávní ochrany dítěte, případně zdravotnického personálu či rodiny, a to nejčastěji po zjištění pozitivních testů na návykové látky u novorozence po porodu nebo po intervenci v rodině v případě ohrožení či selhání péče o dítě.

3. Vlastní aktivita klientů

Klienti se na nás obrazejí sami na základě vlastního rozhodnutí s potřebou získat informace o rizicích užívání, podporu při řešení složitých životních situací v souvislosti s užíváním a těhotenstvím nebo péčí o dítě. Kontakt mají již z předchozí spolupráce nebo od jiných klientů, v poslední době také stále více užívají možnosti anonymní poradny.

Personální zajištění služby

Multidisciplinární tým odpovídá typu služby, obvykle bývají určeni pracovníci, kteří se na práci s rodiči a dětmi specializují.

Cílová skupina služby

- a) těhotné uživatelky návykových látek
- b) uživatelé nealkoholových drog (případně s kombinací) = rodiče nezletilých dětí mající v péči jedno nebo více dětí
- c) klienti, jimž bylo dítě na základě předběžného opatření či soudního rozhodnutí odebráno z péče
- d) nezletilé děti klientů (v doprovodu s rodiči)

Založení služby

Od poloviny 90. let, kdy jsme systematicky začali pracovat s touto cílovou skupinou, jsme vycházeli nejdříve ze zkušeností s dětmi z rodin alkoholiků a souvisejících studií, které byly v naší zemi provedeny. Nutno říci, že očekávání, že děti rodičů užívajících nealkoholové drogy budou prokazovat mnohem horší projevy, jsme byli nuceni poměrně brzy přehodnotit.

Zásadním přelomem bylo otevření **Terapeutické komunity Karlov** pro společnou léčbu matky s dítětem (**provoz zahájen v r. 1998**) a rozšíření nabízených léčebných možností o ambulantní a stacionární programy pro matky s dětmi (**Denní stacionář založen v r. 1996**). Zajímavým momentem v souvislosti s pomocí a léčbou matek, která byla vedle Terapeutické komunity Karlov původně soustředěna v Denním stacionáři v Praze, byl fakt, že zde souběžně s nárůstem matek došlo k navýšení počtu bezdětných uživatelů, které byly do tohoto zařízení přivedeny právě klientkami s dětmi. Dlouhodobě, oproti jiným adiktologickým zařízením v ČR, vykazovala statistika Denního stacionáře poměr mužů a žen výrazně ve prospěch žen, což by potvrzovalo smysluplnost bezpečných programů pro uživatelské návykových látek.

Jedním ze zásadních momentů stabilizace služeb byla oblast spolupráce státních a nestátních organizací, případně zdravotnických a sociálních služeb, kdy právě práce s klientelou rodičů uživatelů a s jejich dětmi tyto, dříve často velmi oddělené světy, spojila. Nutnost spolupráce přinesla mimo jiné také nutnost lepší informovanosti a znalosti o spolupracujících organizacích.

Dalším významným prvkem bylo předávání našich znalostí z práce s klienty užívajícími návykové látky právě pracovníkům orgánů sociálněprávní ochrany dětí formou systematického vzdělávání, ale i jednorázových konzultací a setkání.

V posledních několika letech reagujeme na řadu změn v rámci sociálněprávní legislativy, které se týkají našich klientů a jejich dětí, jako např. pěstounská péče na přechodnou dobu, kde se ukazuje, že vysoké procento dětí umístovaných do této péče je právě od rodičů-uživatelů. Tento fakt znovu otevírá nutnost multioborové spolupráce.

Kontakt

PhDr. Ilona Preslová
odborný garant programů SANANIM, z.ú.
www.sananim.cz, www.mamaadroggy.cz
e-mail.: preslova@sananim.cz, tel. 702 036 237

PREV-CENTRUM, Z. Ú., NÍZKOPRAHOVÉ SLUŽBY

Bc. Anna Franková,
Mgr. Alexandra Roubalová

Prev-Centrum, z.ú. je zapsaný ústav zabývající se již 20 let prevencí, terapií a psychosociální pomocí pro děti, mládež a rodiny ohrožené závislostmi a dalšími formami rizikového chování.

Posláním Prev-Centrum, z. ú., Nízkoprahové služby, je doprovázet děti a mládež v období dospívání, poskytovat jim informace, nabízet jim odbornou podporu a pomoc

v nepříznivých životních situacích. Usilujeme o pozitivní změnu v životním stylu ohrožených dětí a mládeže a vytváření podmínek pro jejich začlenění do společnosti

V rámci širšího spektra služeb tímto pediatrickým programem realizujeme:

- adiktologickou ambulanci pro děti a dospívající,
- nízkoprahový klub pro děti a mládež,
- sociálně terapeutické skupinové aktivity,
- volnočasové aktivity/zátěžové programy pro děti a mládež (výjezdy, příměstský tábor atp.).

V rámci adiktologické ambulance pro děti a dospívající poskytujeme ambulantní léčbu a následnou péči pro děti, dospívající a jejich blízké. Služby jsou určeny dětem a dospívajícím ve věku od 10 do 20 let, kteří jsou ohroženi látkovou a/nebo nelátkovou závislostí. Současně poskytujeme poradenství pro rodiče a blízké našich klientů.

Mezi stanovené cíle Adiktologické ambulance pro děti a dospívající patří:

- zmapování rizikových situací a oblastí života, nalezení adaptivních způsobů jejich řešení,
- motivace klienta ke zdravějšímu životnímu stylu a směrem k abstinenci od návykových látek/závislostiho chování,
- stabilizace a zlepšení psychického stavu a sociální situace dítěte,
- abstinence či minimálně omezení rozsahu užívání návykových látek, event. minimalizace návykového chování – změna životního stylu klienta.

Primární cílová skupina:

- děti a dospívající, jejichž motivace ke spolupráci v rámci řešení experimentů s návykovými látkami či problémy s nezvládnutím moderních technologií je vratká, založená na vnějším tlaku okolí, či kteří nejsou ke spolupráci motivováni,
- děti a dospívající, kteří mimo užívání návykových látek mají i specifické výchovné a vzdělávací potřeby, poruchy učení a chování,
- děti a dospívající, kteří nejsou schopni plnit své povinnosti ve škole (záškoláctví, problémy se školním prospěchem, předčasné ukončení studia, vyloučení ze školy),
- děti a dospívající, kteří se dostávají do konfliktu se společensky uznávanými normami i se zákonnými normami nejen z důvodu experimentování či užívání návykových látek (výchovné problémy, vandalismus, drobná trestná činnost, distribuce THC),
- děti a dospívající se závislostní problematikou, kteří jsou v péči kurátorů trestné činnosti dětí a mládeže,
- děti a dospívající experimentující s užíváním návykových látek či nezvládající moderní technologie, kteří zažívají obtížné životní události (rozpad rodiny, rozvod, nefunkční rodina, problémy ve škole se spolužáky nebo s učiteli, šikana),

- děti a dospívající, kteří jsou na základě nepříznivé situace v péči veřejných institucí (sociální odbory, pedagogicko-psychologické poradny, Probační a mediační služba ČR, výchovní poradci ZŠ a SŠ),
- děti a dospívající experimentující s užíváním návykových látek či nezvládající moderní technologie na základě doporučení OSPOD (dysfunkční rodinné prostředí, neúplné rodiny, pěstounská péče).

Sekundární cílová skupina:

- Kromě dětí a dospívajících spadají do cílové skupiny programu i jejich rodiče, zákonní zástupci a osoby blízké. S ohledem na věk primární cílové skupiny je úzká spolupráce s rodinou a spolupracujícími subjekty při řešení situace velmi žádoucí.

Poskytované služby:

a) Ambulantní a následná péče pro děti a dospívající

Ambulantní péče je zaměřena v první fázi na práci s motivací a odporem klienta, který problémy bagatelizuje či popírá. Práce se orientuje též na edukaci a předání relevantních informací o rizicích, účincích a důsledcích užívání návykových látek. Pozornost je v průběhu ambulantní péče věnována i vztahům klienta k jeho sociálnímu okolí na ose rodina, přátelé, škola. Význam v práci s dětmi a mladistvými uživateli návykových látek a nelátkovými závislostmi spočívá i v case managementu, tj. v koordinaci péče v rámci spolupracujících subjektů, kterých může být celá řada – rodiče, škola, OSPOD, pedagogickopsychologická poradna, lékař, psychiatr atp.

Následná péče se orientuje na udržení dosažených změn, popřípadě abstinence, na podporu a pomoci úspěšně zvládat běžné situace v životě, mapovat rizikové situace a vztahy, které by mohly vést u klienta k relapsu či dalšímu užití návykové látky a pomoci mu vyplnit volný čas.

b) Poradenství pro rodiče, zákonné zástupce a osoby blízké

Služby poskytované rodičům, zákonným zástupcům, pěstounům, příbuzným a jiným blízkým osobám. Poradenství může mít formu edukace rodičů ohledně závislostního chování, návykových látek a rizicích s užíváním návykových látek spojených. Velký důraz je kladen na motivaci rodinných příslušníků ke spolupráci, která je nezbytnou složkou procesu u této cílové skupiny.

c) Skupinová práce

Skupina rozšiřuje možnosti péče o ohrožené děti a mladistvé. Zvolené metody práce eliminují rozvoj rizikového chování u ohrožených dětí a mládeže, a předchází tak či brání recidivě jejich trestního jednání, páchaní přestup-

ků vůči zákonu a závažnějším prohřeškům vůči společenským normám.

d) Další poskytované (doplňkové) služby

Jedná se o služby, které doplňují spektrum poskytovaných služeb adiktologické ambulance. Patří sem zejména služby poskytované na půdě NZDM, tzn. sociálně-pedagogická práce se skupinou, vzdělávací činnosti, vedení ke zdravému životnímu stylu a k aktivnímu trávení volného času. Tyto činnosti a aktivity reagují na související problémy spojené s věkem cílové skupiny a jejími potřebami.

Personální zajištění služby:

Službu zajišťuje multidisciplinární tým pracovníků ve složení adiktolog, psycholog, speciální pedagog a sociální pracovník v celkové výši 3,2 úvazku. Tým pracuje pod pravidelnou externí supervizí.

Založení služby:

Provoz Adiktologické ambulance pro děti a dospívající byl spuštěn 1. 1. 2017 v pilotním provozu. V září 2017 proběhlo místní šetření certifikační komise s výsledkem udělení certifikátu RV KPP na 4 roky.

Kontakt:

Prev-Centrum, z. ú., Nízkoprahové služby

Meziškolská 1120/2, 169 00 Praha 6
tel.: 242 498 334, 775 161 159
e-mail: vedouci.nzdm@prevcentrum.cz
www.prevcentrum.cz

Vedoucí programu: Bc. Zuzana Kapusňáková

Provozní doba služby

Den	Čas
Pondělí	9:00 – 18:00
Úterý	9:00 – 18:00
Středa	9:00 – 18:00
Čtvrtek	9:00 – 17:00
Pátek	9:00 – 16:00

TERAPEUTICKÁ KOMUNITA KARLOV, SANANIM, Z. Ú.

Mgr. Tomáš Jandáč

Terapeutická komunita Karlov poskytuje rezidenční léčbu klientům dvou základních specifických skupin trpících poruchami způsobenými škodlivým užíváním návykových látek či závislostí na nich. První skupinou jsou mladiství a mladí dospělí ve věku od 16 do 25 let a druhou skupinou jsou matky s dětmi – v této skupině je rozhodujícím kritériem zejména věk dítěte, kdy TK poskytuje péči matkám s předškolními dětmi a těhotným ženám. Obě cílové skupiny sdílejí většinu skupinového programu a rozvrh se liší jen v dílčích detailech. Pro potřeby tohoto textu se zaměříme zejména na skupinu mladistvých a mladých dospělých. V TK Karlov je kladen důraz na vyváženost odborného terapeutického programu a trénink odpovědnosti, který se zobrazuje v širokém spektru činností. Klienti přebírají starost za chod velkého hospodářství a areál budov. Pro představu podoby Karlova – jedná se o bývalý knížecí statek na vzdáleném okraji malé vesnice u Čimelic v jižních Čechách. Klienti se v sezóně starají o několik prasat, hejno krůt, slepic, hus a kachen. Díky sociálnímu podnikání se zde nachází kozi farma čítající přibližně 50 hlav. V areálu se nachází ovocné stromy, bylinková zahrada a záhony s různými druhy zeleniny. Psychoterapie se odehrává zejména ve skupinovém prostoru, každý klient má svého garanta, ke kterému dochází na individuální terapii, poradenství a plánování. Farmakoterapie a péče psychiatra je zajištěna velmi zkušeným lékařem. Základní lékařská péče je zajištěna v nedalekých Čimelicích a je stvrzena letitou spoluprací. Dobré vztahy udržujeme i s různými odděleními písecké nemocnice. Časté onemocnění virovou hepatitidu řešíme nejčastěji spoluprací se zařízením Remedis, které ctí přístup treatment as prevention. Socioterapie se odehrává nejen formou oblíbených zátěžových akcí, kdy komunita vyjíždí na akce typu sjíždění řeky, pobyt na horách, putování na kolech nebo jen na krátké víkendové slézání skal. Socioterapie se odehrává také v každodenních rituálech společného jídla nebo společného programu v komunitě. Díky evropskému projektu se v TK uskutečňuje velmi kvalitní sociální práce s klienty, kdy máme pro tuto oblast vyčleněn jeden celý úvazek. Velký důraz je kladen na spolupráci s rodinou. Vzhledem k věku cílové skupiny považujeme za nezbytné spolupracovat s rodinou tak, aby osobní růst klienta koreloval s růstem a vývojem rodinných vztahů. Zároveň je nutné připravit prostředí pro zdravou separaci klienta. Každou první sobotu se konají rodičovská setkání, během kterých se na dvou skupinových sezeních formou poradenství setkávají členové terapeutického týmu s nejbližšími rodinnými příslušníky.

Východiska

Cílem programu je integrace, životní spokojenost a plnohodnotné zapojení klienta do běžného života, kdy prostředkem dosažení tohoto cíle je abstinence. Pracujeme

na zvýšení odpovědnosti klientů za jejich vlastní jednání a na zvýšení odolnosti proti selhání. Klienti mohou v komunitě získat základní sociální dovednosti, komunikační dovednosti, osvojit si pracovní a hygienické návyky, mohou usilovat o zlepšení svého zdravotního stavu, zvýšení fyzické a psychické kondice. Snažíme se stabilizovat sociální situaci klienta. To vše se děje skrze přijetí a poznání sebe sama, skrze získání náhledu na své dosavadní chování. Klienti poznávají své možnosti a limity.

U mladistvých specificky pracujeme na konstruktivním zvládnutí období dospívání, spoluvytváříme hodnotový systém a rozvíjíme základní životní postoje. Připravujeme mladé klienty na zdravé partnerství. Věnujeme se stabilizaci vztahů v rodině a porozumění mechanismům fungování rodiny. Motivujeme k dalšímu vzdělávání a získání kvalifikace, klienty připravujeme na profesní a pracovní život. Na druhou stranu jsme si vědomi toho, že součástí života je také zábava a trávení volného času. Vnímáme, že poskytujeme službu klientům s velmi komplikovanou osobní historií, proto respektujeme, že někteří klienti přicházejí bez vyřízených osobních dokladů nebo finančních prostředků. Celý pobyt na Karlově je možný financovat ze základních sociálních dávek klientů.

Principy

Základ péče v terapeutické komunitě vychází z principu respektu ke klientovi, z respektu k jeho vývojovému stádiu a vývojovým úkolům. Komunita staví na důvěře ve společenství a ve skupinové procesy. Za nezbytnou složku dobré léčby považujeme navázání dobrého terapeutického vztahu mezi klientem, garantem a terapeutickým týmem. Důležité je i navázání vztahu se skupinou klientů. Hloubka všech těchto vztahů vytváří potenciál dobře pracovat s přenosovými a protipřenosovými fenomény.

Personální zajištění

O zajištění služby se stará multidisciplinární tým, který je složen z adiktologů, psychologů, pedagogů volného času, speciálních pedagogů, sociálních pracovníků a pracovních terapeutů. Psychiatrickou ambulanci zajišťuje na částečný úvazek odborný lékař. Práci s dětmi zajišťují dvě vychovatelky. Psychoterapeutický background je také rozličný, část týmu vychází z psychodynamicky orientovaných výcviků, někteří z gestalt teorie, zastoupena je také arte terapie a v neposlední řadě výcvik rodinné terapie a psychosomatické medicíny.

Cílová skupina

Léčba je určena mladistvým a mladým dospělým ve věku od 16 do 25 let, kteří problémově užívají nebo vykazují známky závislosti na návykových látkách, dále přijímáme klienty žijící velmi rizikovým způsobem života, jehož součástí je užívání návykových látek. O léčbu se mohou

ucházet klienti se soudně uloženým podmíněným, alternativním trestem nebo se soudně nařízenou léčbou. Přijímáme také klienty z ústavů výchovné péče. Nástup do léčby v TK je dobrovolný a pro motivované jedince, plánovaná standardní délka léčby je v rozmezí od 2 do 8 měsíců. U klientů nemůže být přítomno psychotické onemocnění v akutním stádiu. U mladistvých klientů je nutný písemný souhlas zákonných zástupců. Pobytu předchází detoxifikace ve specializovaném zdravotnickém zařízení.

Historie zařízení

Komunita byla založena v zimních měsících roku 1998 pro cílovou skupinu mladistvých klientů, pro které v té době žádná specifická služba neexistovala. Komunitní principy byly do komunity přeneseny prostřednictvím mladých klientů z TK Němčice, kteří do TK Karlov přešli na počátku roku 1999. V roce 2001 byl oficiálně zahájen program pro matky s dětmi, první klientky byly přijaté již předchozí rok. Od roku 2015 se v komunitě rozvíjí sociální podnikání.

Vedoucí služby:

Mgr. Karel Chodil

Kontakt

Mgr. Tomáš Jandáč
zástupce vedoucího TK Karlov
Karlov 3
Smetanova Lhota, pošta Čimelice 398 04
GSM: 605 915 990
www.sananim.cz
jandac@sananim.cz

Doporučené postupy pro identifikaci a management užívání návykových látek a poruch spojených s užíváním návykových látek v těhotenství

World Health Organization

Souhrn | Používání alkoholu, nelegálních drog a dalších psychoaktivních látek během těhotenství může vést k mnohým zdravotním a sociálním problémům jak pro matku, tak pro dítě. Užívání alkoholu během těhotenství může způsobit fetální alkoholový syndrom a další hrozbou je například samovolný potrat, porod mrtvého dítěte, nízká porodní váha, předčasný porod a vrozené vady. Závislost na alkoholu a dalších drogách může závažně ovlivnit schopnost jedince vykonávat roli rodiče, partnera či manžela, může podněcovat či spouštět

genderové či domácí násilí, čímž značně ovlivňuje fyzický, mentální a emoční vývoj dětí.

Těhotenství může být pro ženy, jejich partnery a další členy domácnosti, příležitostí ke změně jejich užívání alkoholu a dalších látek. Zdravotníci pečující o ženy s poruchami z užívání návykových látek během těhotenství musí porozumět komplexnosti jejich sociálních, mentálních a fyzických problémů, aby mohli poskytnout dostatečnou péči a podporu během těhotenství a v poporodním období.

PROČ BYLY TYTO POKYNY VYTVOŘENY

Tyto pokyny byly vyvinuty, aby umožnily profesionálům pomoci ženám, které jsou těhotné, nebo nedávno porodily dítě, a užívají alkohol nebo drogy nebo mají poruchy z užívání návykových látek, dosáhnout zdraví pro sebe, jejich plod či dítě. Byly vytvořeny v reakci na žádosti organizací, institucí a jednotlivců o postupy k identifikaci a práci s užíváním alkoholu, dalších látek a poruch z užívání návykových látek u těhotných žen. Jsou vyvinuty v souladu s WHO doporučeními pro prevenci a zvládání užívání tabáku a pasivního kouření v těhotenství. Momentálně nejsou k dispozici žádné globální směrnice, které by využívaly doporučení na základě důkazů k identifikování a práci s užíváním látek a poruch z užívání návykových látek v těhotenství. Ačkoliv několik vysoko příjmových zemí má k dispozici vlastní pokyny k řešení těchto problémů, země se středními a nízkými příjmy tuto možnost postrádají.

KDO BY MĚL TYTO POKYNY VYUŽÍVAT

Tyto pokyny byly primárně napsány pro zdravotníky, kteří pracují s ženami od začátku těhotenství až po porod, během postnatálního období a s jejich kojenci.

CÍLE A ROZSAH POKYNŮ

Tyto pokyny mají za cíl poskytnout technické rady založené na důkazech pro zdravotníky v identifikování a zvládání užívání látek a poruch způsobených z užívání návykových látek u těhotných žen, což by umožnilo praktikům ve zdravotnictví použít vědecké principy přístupu veřejného zdravotnictví v jejich vlastních zemích. Stejně důležitým cílem je umožnit těhotným ženám dělat zdravá rozhodnutí ohledně užívání alkoholu a dalších látek v kontextu těhotenství a kojení.

Po obsáhlém posouzení potřeb této populace a výzev, kterým čelí poskytovatelé zdravotní péče pracující s těhotnými ženami s poruchami z užívání návykových látek, bylo rozhodnuto, že by se pokyny měly věnovat šesti oblastem:

1. screeningová vyšetření a krátká intervence
2. psychosociální intervence
3. detoxikace
4. zvládání závislosti
5. výživa kojení
6. zvládání odvykacího stavu kojení

JAK BYLY TYTO POKYNY VYVINUTY

Vývoj těchto pokynů začal v polovině roku 2012 jako společné úsilí WHO oddělení *Mental health and Substance Abuse* a *Tobacco Free Initiative*, které vedlo k vytvoření návrhu pokynů a online setkání *Guideline Development Group* (GDG) a následné schválení návrhu pokynů od WHO *Guide-*

line Review Committee. GDG se scházelo skrze telefonické konference, online setkání a také dvě osobní setkání. Na prvním setkání, které se odehrávalo ve Washingtonu DC, USA (29. ledna až 1. února 2013), kde se probíraly důkazy různých vzorců užívání alkoholu a drog během těhotenství, včetně stanovení rozsahu a původu důkazů. Na druhém a posledním setkání, které se konalo v centrále WHO v Ženevě (11 až 13. září 2013) se důkazy prezentovaly za pomoci profilů a GRADE tabulek (viz přílohy) a byla zformulována finální doporučení. GDG evaluovalo všechny důkazy a společně s dalšími informacemi o škodlivosti, výhodách, hodnotách, preferencích, užitych zdrojích a proveditelnosti nastavili váhu těchto doporučení (viz tabulky a seznamy důkazů v přílohách):

Váha doporučení se určila jako:

„důrazné“: což znamená, že GDG si je jistá, že kvalita důkazů ohledně dopadů, společně s *jistotou* o hodnotách, preferencích, výhodách a proveditelnosti, vytváří doporučení, které by se mělo předat ve většině případech a okolnostech:

nebo

„podmínečné“: což znamená, že zde byla menší míra jistoty ohledně kvality důkazů a hodnot, preferencí, výhod a proveditelnosti tohoto doporučení. Tudíž budou existovat situace a okolnosti, kdy by se toto doporučení nemělo uplatnit.

DOPORUČENÍ

Hlavní principy

GDG poznamenala, že některé principy se dají uplatnit na všechna níže uvedená doporučení. Tyto principy by měly být jistým vodítkem v procesu plánování, implementování a vyhodnocování nejvíce vhodných a relevantních doporučení vzhledem k národnímu kontextu a dostupných zdrojům.

1. Upřednostňování prevence. Prevence, snížení a ukončení užívání alkoholu a drog během těhotenství a v období po porodu jsou zásadní kompetenty v optimalizování zdraví a spojenosti žen i jejich dětí.

2. Zajištění dostupnosti prevence a léčby. Všechny těhotné ženy a jejich rodiny ovlivněné poruchami z užívání návykových látek by měly mít přístup k dostupným preventivním a léčebným programům a intervencím s důrazem na důvěrnost, v souladu s místními zákony a mezinárodními lidskými právy; ženy by neměly být vyloučeny z možnosti využívat zdravotní péče kvůli jejich užívání návykových látek.

3. Respekt samostatnosti pacienta. Samostatnost těhotných a kojících žen by měla být vždy respektována a ženy s poruchami z užívání návykových látek by měly

být informovány o rizicích a výhodách pro ně, pro jejich plod a děti a o možnostech léčby, když dělají rozhodnutí ohledně jejich zdravotní péče.

4. Poskytnutí komplexní péče. Péče pro těhotné a kojící ženy s poruchou způsobenou užíváním návykových látek by měla mít úroveň, která je odpovídající komplexitě a mnohostranné povaze poruch z užívání návykových látek.

5. Ochrana před diskriminací a stigmatizací. Prevence a léčebné intervence by měly být poskytnuty těhotným a kojícím ženám takovým způsobem, aby zabránily stigmatizaci, diskriminaci a marginalizaci a podporovaly ideu rodinu, komunitu a sociální podpory, stejně jako sociální inkluzi díky vytváření silných vazeb s dostupnou péčí o dítě, prací, vzděláním, bydlením a dalšími relevantními službami.

ÚVOD

Užívání alkoholu, nelegální drog a dalších psychoaktivních látek během těhotenství je běžné a může vést k mnohým zdravotním a sociálním problémům jak pro matku, tak pro dítě.

Užívání alkoholu během těhotenství může způsobit fetální alkoholový syndrom a další hrozbou je například samovolný potrat, porod mrtvého dítěte, nízká porodní váha, předčasný porod a vrozené vady. Závislost na alkoholu a dalších drogách může závažně ovlivnit schopnost jedince vykonávat roli rodiče, partnera či manžela, může podněcovat či spouštět genderové či domácí násilí, čímž značně ovlivňuje fyzický, mentální a emoční vývoj dětí. Injekční užívání drog je také spojené s vyšším rizikem přenosu HIV a žloutenek z těhotných žen na jejich děti.

Užívání alkoholu a dalších látek těhotnými ženami a dalšími lidmi, kteří s nimi žijí není pouze škodlivé pro zdraví matky a dítěte – což jsou témata UN Millennium Development Goals 2, 4, 5 a 6 – ale může i podmiňovat možné sociální a zdravotní posuny dosažené zeměmi s nízkými a středními příjmy.

Těhotenství může být pro ženy, jejich partnery a další členy domácnosti, příležitostí ke změně jejich užívání alkoholu a dalších látek. Zdravotníci pečující o ženy s poruchami z užívání návykových látek během těhotenství musí porozumět komplexnosti jejich sociálních, mentálních a fyzických problémů, aby mohli poskytnout dostatečnou péči a podporu během těhotenství a v poporodním období.

PROČ BYLY TYTO POKYNY VYVINUTY

Tyto pokyny byly vyvinuty, aby umožnily profesionálům pomoci ženám, které jsou těhotné, nebo nedávno porodily dítě, a užívají alkohol nebo drogy nebo mají poruchy z užívání návykových látek, dosáhnout zdraví. Momentálně nejsou k dispozici žádné globální směrnice, které by využívaly doporučení na základě důkazů k identifikování a práci s užíváním látek a poruch z užívání návykových látek v těhotenství. Ačkoliv několik vysokopříjmových zemí má k dispozici vlastní pokyny k řešení těchto problémů, země se středními a nízkými příjmy tuto možnost postrádají.

Projekt byl zahájen jako odpověď na žádosti organizací, institucí a jednotlivců o postupy k identifikaci a práci s užíváním alkoholu, dalších látek a poruch z užívání návykových látek u těhotných žen. Jsou vyvinuty v souladu s WHO doporučeními pro prevenci a zvládání užívání tabáku a pasivního kouření v těhotenství.

Tyto pokyny jsou také odpovědí na *World Health Assembly Resolution 63.13* (popisující a schvalující *Global Strategy To Reduce the Harmful Use of Alcohol*) a na *Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation Towards an Integrated and Balanced Strategy to Counter the World Drug Problem* (odsouhlaseno na 52. setkání *Commission of Narcotics Drugs*, CND).

Vývoj těchto pokynů je součástí aktivit, které provádí WHO oddělení Duševního zdraví a užívání návykových látek, MSD (*Department of Mental Health and Substance Abuse*). Mezi tyto aktivity patří vývoj a šíření ASSIST nástrojů pro screeningová vyšetření užívání návykových látek ve zdravotnickém prostředí; ASSIST manuál krátké intervence: balíček intervencí pro zvládání prioritního duševního zdraví a poruch chování od WHO mhGAP; WHO směrnice pro psychosociálně doplněnou farmakologickou léčbou závislosti na opiátech; diskuzní článek od UNODC/WHO o principech léčby závislosti na drogách a program od UNODC/WHO o léčbě a péči u drogové závislosti.

Text byl přeložen ze str. X-XI a str. 1 publikace:

Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy

ISBN 978-9-24-154873-1

© World Health Organization 2014

Královská akademie všeobecných lékařů
Alcohol Concern
DrugScope
Královská akademie psychiatrů

DOPORUČENÉ POSTUPY PRO PRÁCI S MLADÝMI LIDMI S PROBLÉMY SOUVISEJÍCÍMI S UŽÍVÁNÍM NÁVYKOVÝCH LÁTEK

Editoři:

Profesor Eilish Gilvarry,
Dr. Paul McArdle,
Anne O'Herlihy,
Dr. KAH Mirza,
Dr. Dickon Bevington,
Dr. Norman Malcolm

Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze

Praha, 2016

Dotisk: Praha, 2017

Původní publikace v českém překladu je již rozebrána.
Formou tohoto dotisku dáváme text k dispozici dalším
zájemcům.



evropský
sociální
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



OP Vzdělávání
pro konkurenceschopnost

INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Český překlad a vydání *Doporučených postupů* bylo finančně podpořeno 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 dále programem institucionálního rozvoje a podpory psychologických věd na Karlově Univerzitě PRVOUK č. P03/LF1/9.

Partnery českého vydání *Doporučených postupů* jsou odborné společnosti Česká asociace adiktologů (ČAA) a Společnost pro návykové nemoci České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (SNN ČLS JEP), které mj. zajistily recenzní řízení a materiál doporučily pro pilotní ověření v podmínkách České republiky.

Publikace je určena pro studijní účely a ověřování v praxi spojené s postupnou adaptací, doplněním a přípravou budoucích tuzemských doporučených postupů pro práci s dětmi a mladistvými v oboru adiktologie. Vydáno ve spolupráci se Sdružením SCAN, z.ú. a časopisem Adiktologie.

Překlad:	Mgr. Silvia Miklíková
Odborná redakce a úprava:	prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D.
Recenzenti:	prim. MUDr. Petr Popov, MHA (SNN ČLS JEP) Mgr. Ondřej Sklenář (ČAA)

Tyto doporučené postupy navazují na CAMHS komunitní síť pro kvalitu při (QNCC) viz www.rcpsych.ac.uk/quality/quality,accreditationaudit/communitycamhs.aspx.

Pro nejlepší postup týkající se „informací, informovaného souhlasu a dodržování důvěrnosti“ a „práva a zajištění bezpečí“ relevantních pro mladé lidi, prosím, použijte tyto normy QNCC. Královská akademie psychiatrů je charita registrovaná v Anglii, Walesu (228636) a Skotsku (SC038369). www.rcpsych.ac.uk

Červen 2012. Číslo původní publikace: CCQI 127

Tyto normy platí pro většinu mladých lidí vstupujících do podpůrných služeb a péče nejen z CAMHS.

Vydala Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze
ve spolupráci s Nakladatelstvím Albert v Boskovicích
a Sdružením SCAN, z.ú. a časopisem Adiktologie
Praha, 2016
ISBN
www.adiktologie.cz

Neprodejné.

© 2012 Královská akademie všeobecných lékařů, UK (originál dokumentu)
© 2016 Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN. Silvia Miklíková (český překlad)
© 2016 Michal Miovský (úvodní slovo k českému vydání)

Obsah

Úvodní slovo k českému vydání *Doporučených postupů*

Předmluva

1. Úvod
2. Jak *Doporučené postupy* vznikly
3. Jak *Doporučené postupy* číst
4. Klíčové pojmy a používané definice
5. Doporučené postupy
 - 5.1. Identifikace a krátký skríníng včetně poradenství a krátké intervence pro osoby starší 15 let
 - 5.1.1. KN1¹ Skríníng míry zneužívání návykových látek nebo nástroje pro posuzování míry zneužívání návykových látek: Klinický návod
 - 5.1.2. KN2 Dotazování mladých lidí: Klinický návod
 - 5.2. Komplexní klinické hodnocení
 - 5.3. Plán integrované péče
 - 5.4. Integrovaná péče a intervence
 - 5.4.1. KN3 Individuální terapie: shrnutí základních poznatků
 - 5.4.2. KN4 Léčba komorbidity: shrnutí základních poznatků
 - 5.5. Plánované ukončení a předání do další péče

Přílohy:

Příloha 1 – Definovat, co je problémové užívání návykových látek je velmi důležité

Příloha 2 – Bibiliografie a odkazy

Příloha 3 – Poděkování

Příloha 4 – Shrnutí klíčových zjištění sepsaných na finálním konzultačním setkání

Příloha 5 – Slovník pojmů

1 KN – Klinický návod/postup – překlad CG – Clinical Guidance

Úvodní slovo k českému vydání Doporučených postupů

Vážení kolegové, čtenáři,

máme za sebou v České republice další zajímavý posun v diskusi o budoucnosti dětské a dorostové adiktologie. Ačkoli stále zůstává mnoho kroků a úkolů pro hlubší reflexi a vyjasnění, začíná být zřejmé, že to základní dostává přece jen svůj odpovídající obsah. Tedy že pokud mluvíme o dětské a dorostové adiktologii, mluvíme skutečně o aplikaci mezioborového modelu důsledně dodržujícího integrativní rámec. Ani rodinná a párová terapie, ani individuální psychoterapie, ani sociální práce, ani farmakoterapie ani další jednotlivé složky a komponenty péče nejsou všeobjímající, všespasitelné. Jsou dílky v mozaice. Jsou částmi nějakého celku. Pokud se nemáme zpronevěřit mezioborovému modelu, pak bychom neměli tvrdit, že kterýkoli z těchto dílků je celek nebo že je ostatním dílkům nadřazen. Pokud budeme poctiví a důslední (a budeme také důsledně sledovat praxi postavenou na vědeckých důkazech a klinické evidenci), pak prostě musíme s naprostou pokorou říci, že každý z těchto dílků je důležitý. Každý z nich má své místo a je nezastupitelný a není nadřazen jiným. Když vypadne, nebude celek tím, čím byl před tím. Léčba nebude komplexní, nebude schopna reagovat na všechny důležité aspekty a potřeby pacienta a tedy zákonitě bude méně účinná, úspěšná i bezpečná. Dětská a dorostová adiktologie je tehdy, když léčba odpovídá potřebám a charakteru cílové skupiny, tedy dítěte, jeho případných sourozenců, rodičů a širšího sociálního rámce, ve kterém se pohybují. Není dětské a dorostové adiktologie bez skutečně reálného zastoupení odborností, které jsou pro takovou péči relevantní a bez nástrojů, terapeutických strategií a intervencí, které jsou ověřené že fungují a přinášejí své výsledky.

Doporučené postupy jsou pomyslným milníkem. Jsou jakýmsi vyvrcholením snahy kliniků postihnout problém tím, že kromě jeho definice, popisu rozsahu a výskytu a podoby, již jasně říkají, co činit. Jsou procedurálním popisem modelového postupu a pravidel. Kodifikují tzv. dobrou praxi a pomáhají vytyčit mantinely mezi tím, co má být za určitých okolností a situace provedeno a co naopak nikoli. Vzniká tím tedy také prostor pro definici toho, kdy postup není zvolen správně a kdy vzniká riziko chybných rozhodnutí se všemi důsledky. Jde o navýsost citlivé téma v každém oboru. Adiktologie v České republice prozatím jako obor nevydala své vlastní doporučené postupy (viz také Miovský, 2014a) a jedná se de facto o poslední typ klíčového oborového dokumentu, který v adiktologii v moderní historii samostatně doposud bohužel nevznikl. Prozatím tedy existuje pouze oborově nejbližší varianta řešení, reprezentovaná doporučenými postupy v oboru psychiatrie. Poslední verze, tedy třetí revize těchto doporučených postupů (Raboch et al., 2010) ve vztahu k adiktologii, řeší pouze dospělé pacienty (str. 53–110). Nezasahuje tedy ani dětskou a dorostovou adiktologii, ani gerontoadiktologii. To není nijak výjimečná situace a s ohledem na vývoj témat a samotného oboru adiktologie je takový obrázek samozřejmě očekávatelný. Psychiatrie současně nemá jako obor důvod suplovat vývoj specifických adiktologických témat a těžko bude za adiktologii řešit její vnitřní rozpolcenost a nejasnost v tématech obou konců věkové škály pacientů. Sama má své vlastní problémy s řešením dětské a dorostové psychiatrie a gerontopsychiatrie. Prozatím tak vlastně zůstává otevřeným tématem, do jaké míry proces postupné vnitřní integrace oboru adiktologie vyústí do podoby plně emancipovaného přístupu vyjádřeného nejen identifikací služeb (poskytovatelů péče), jako se tomu stalo v roce 2014 v podobě schválení (oběma příslušnými odbornými adiktologickými společnostmi) a vydání první porevoluční koncepce sítě adiktologických služeb (Miovský et al., 2014). Doporučené postupy představují již přece jen vyšší úroveň organizace oboru a vyžadují zásadní konsenzus

v záměru zpracovat a vytvořit tak závaznou normu klinické praxe. To vše v situaci, kdy probíhá stále ještě příliš ostrá diskuse o charakteru poskytovaných služeb. Je proto možné, že Doporučené postupy adiktologické péče budou dokumentem, který bude pro svůj vznik vyžadovat ještě delší čas a trpělivost.

Pokud jsme výše zmínili publikovanou koncepci specializovaných adiktologických služeb, pak to byl právě proces vzniku tohoto dokumentu, který zásadním způsobem facilitoval diskusi o dětské a dorostové adiktologii. Ten byl součástí přípravy a realizace ESF projektu NETAD (Networking in Addictology) č. CZ.1.07/2.4.00/17.0111 v rámci programu OP VK. Podrobněji se celému rámci věnujeme v editorialech časopisu Adiktologie (číslo 4/2016), kde je též vysvětlen širší kontext vývoje tohoto tématu (Miovský, 2016), jemuž je věnováno ve čtvrtém čísle více prostoru a kde je mj. popsán vznik a podoba pilotního modelu ambulance dětské a dorostové adiktologie (Miovský & Popov, 2016) a představeny první výsledky hodnocení přípravy a realizace prvního roku provozu této nové ambulance (Miovský et al., 2016). Je zřejmé a logické, že dětská a dorostová péče v oboru adiktologie má jak ambulantní, tak lůžkovou část (minimálně stabilizační lůžka, detox a ústavní léčbu). Je však ale také zřejmé, že budoucnost bude patřit rozvoji zejména ambulantnímu segmentu, který bude tvořit dominantní a páteřní část tohoto typu péče.

Přeložené doporučené postupy, které držíte v rukou, mají mnohá omezení. Zdůrazněme, že se jedná o překlad, nikoli plnou adaptaci spojenou se zásadní revizí a doplněním. Jedná se o dokument vzniklý ve zcela jiné kultuře poskytování a financování zdravotní a sociální péče a kultuře velmi odlišného pohledu na adiktologii a adiktologické pacienty. Nejde přitom zdaleka pouze o realie a použitá statistická data, která jsme s ohledem na konzistenci a autenticitu dokumentu neupravovali (a pouze text doplňovali o odkazy a vysvětlivky). Jde především a právě také o kulturu a rámec poskytování péče a toho, co si můžeme v daném systému dovolit. Mnohé z pasáží a požadavků tak nutně vyznívají v tuzemském kontextu téměř jako nikdy nesplnitelný science fiction příběh. Považujeme však tuto konfrontaci za užitečnou a dobrou. Střet s realitou poskytování služeb v rámci tuzemského zdravotnictví a sociálních služeb je podrobně popsán na výsledcích pilotního projektu (Miovský & Popov, 2016). To cenné na tom je, že nyní víme, kde jsou největší problémy a výzvy a kde nutně bude tento typ služby narážet bez ohledu na to, zda je provozován neziskovou organizací nebo velkou fakultní nemocnicí. Doporučené postupy z Velké Británie stály na začátku návrhu celého modelu ambulance (Miovský et al., 2016) a byly s ním po celou dobu pilotního projektu konfrontovány. Domníváme se, že jejich ověřování a možnost inspirování se jejich duchem a dílčími částmi může být pro českou adiktologii velkým přínosem, přestože podmínky pro práci našich britských kolegů zůstanou na dlouho zcela nedosažitelnou metou. Zásadním úskalím, resp. omezením Doporučených postupů je také limitovaný rozsah a charakter řešerše a obecně malá dostupnost (téměř neexistence) výsledků testování podobných programů, přístupů a dílčích postupů a metod. Dětská péče je prostě v adiktologii obecně na začátku kdekoliv a reprezentuje skutečně velmi nové a prozatím dosti nezralé téma. Nejde však jen o samotnou řešerši a prozatím nutně povrchnější způsob zpracování a opatrnější formulace dílčích doporučení a postupů. Jde také např. o limit daný naší obecně malou oborovou zkušeností s prenatální péčí o těhotné uživatelky návykových látek. Screening, charakter i rozsah péče, způsob spolupráce s gynekology a internisty. To vše je do budoucna spojeno s množstvím otazníků a logicky se přenáší i do další oblasti, kterou je jak samotný průběh porodu u uživatelek (a rizika s tím spojená a specifika v rámci přípravy a průběhu porodu), tak samozřejmě raná postnatální péče. Jak např. fetální alkoholový syndrom (FAS), tak množství dalších komplikací (včetně odvykacích stavů, problémů s anestezií atd.), to vše bude nutné řešit, diskutovat a hledat vhodné a optimální modely sdílené péče s dotčenými obory a hledání vhodného nastavení směrem k pacientkám a jejich dětem a zbývajícím členům rodiny. Doporučené postupy také neřeší rané dětství, tedy práci s předškoláky a mladšími školními dětmi v tomto kontextu. Zde má adiktologie před sebou těžký úkol a toto vše jsou jen některé decentní ukázky, kde budeme muset hledat motivované pediatriy a dětské psychiatry, kteří se nebudou bát vstupovat do našeho oboru a služeb

a bude je naše skupina pacientů zajímat. Jde bezpochyby také o zásadní výzvu pro celý systém, která bude mít své velice zajímavé konsekvence pro výuku a teorii. Mnoho zkušeností zatím není a ani nebylo publikováno a současně jej jasné, že s ohledem na rostoucí počet těchto pacientů se bude tlak zvyšovat. Propojení mezi vědou a klinickou praxí tak zde dostává další důležitý rozměr. Doufejme, že publikování překlada doporučených postupů pozitivně přispěje do naší tuzemské debaty a snad někdy v budoucnu povede též k tomu, že budeme něčím skromným schopni přispět my, do debaty mezinárodní. Minimálně by však mohl tento dokument pomoci facilitovat diskusi a dokončení tvorby vlastních doporučených postupů v oboru adiktologie a formulaci specifických tuzemských doporučených postupů přímo pro práci s dětmi a dospívajícími.

V Praze 22. srpna 2016

prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D.
přednosta Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN
a vědecký sekretář SNN ČLS JEP

Literatura:

Miovský, M. (2014). Přehled koncepčních dokumentů oboru adiktologie. Praha: KAD 1. LF UK a VFN. Účelová publikace v rámci projektu NETAD.

Miovský, M. (2016). Dětská a dorostová adiktologie na prahu emancipace? Editoriál časopisu Adiktologie 16(4), v tisku.

Miovský, M. et al. (2014). Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice. Praha: KAD 1. LF UK a VFN. Verze 4.7. schválená výbory ČAA a SNN ČLS JEP. Dostupné na www.adiktologie.cz v rubrice Obor adiktologie.

Miovský, M. & Popov, P. (2016). Evaluace přípravy a procesu pilotního projektu ambulance dětské a dorostové adiktologie. Adiktologie 16(4), v tisku.

Miovský, M., Šťastná, L. & Popov, P. (2016). Model struktury programu a činnosti ambulance dětské a dorostové adiktologie. Adiktologie 16(4), v tisku.

Raboch, J., Andrs, M., Hellerová, P., Uhlíková, P. (Eds.) (2010). Psychiatrie: Doporučené postupy psychiatrické péče III. Praha: Psychiatrická společnost. Str. 53–110.

Předmluva

S radostí představujeme Doporučené postupy pro práci s mladými lidmi, kteří mají problémy související s užíváním návykových látek. Doporučené postupy byly psány jako podpora práce velké skupiny praktiků, pracovníků, odborníků a zástupců služeb pracujících s těmito mladými lidmi. Normy přinášejí širokou paletu nástrojů a pokynů sepsaných na základě dostupných důkazů. Zdůrazňují potřebu citlivého, nesoudícího a spolupracujícího přístupu, potřebu včasné identifikaci rizik, posouzení všech potřeb a nabídku pomoci a podpory. Důraz je také kladen na význam rozvoje vztahů založených na důvěře, zapojení rodiny nebo pečovatелů, na spolupráci s praktickými lékaři, kteří již jsou s mladým člověkem v kontaktu.

Tyto Doporučené postupy byly vyvinuty po řadě konzultací se zúčastněnými stranami ze zdravotnictví, školství, sociálního a neziskového sektoru. Tito byli také informováni o našich konzultacích s mladými poradci pro Standardy CAMHS (Služeb zaměřených na duševní zdraví dětí a dospívajících) vyvinutých v Centru pro zlepšení kvality (The Centre for Quality Improvement, CCQI) na Královské Akademii Psychiatrů (Royal College of Psychiatrists). Chtěli bychom poděkovat všem, kteří přispěli k přípravě tohoto dokumentu. Doufáme, že odpovědí budou změny v přístupech a péči, která je mladým lidem nabízena, a její zlepšení jako důsledek předložených jasných pokynů a dohodnutých osvědčených postupů.

Profesorka Sue Bailey

Prezidentka Královské Akademie Psychiatrů (Royal College of Psychiatrists, UK)

DrugScope vítá zveřejnění Doporučených postupů a norem pro práci s mladými lidmi s problémy souvisejícími s užíváním návykových látek. Jako národní členská organizace pro služby v oblasti užívání návykových látek se zvláštním důrazem na podporu a zastupování dobrovolnického a komunitního sektoru (VCS) pracujeme s mnoha organizacemi, které podporují mladé lidi s potížemi s návykovými látkami. Víme, že tyto služby jsou účinné při ochraně často vysoce ohrožených mladých lidí a pomáhají při pozitivních životních změnách, které následně pozitivně ovlivňují jejich rodiny a také komunity, v kterých žijí. Nedávná studie Frontier Economics zpracovaná pro Ministerstvo školství přinesla závěr, že každá 1 libra investovaná do léčby mladých lidí šetří 5 až 8 liber potřebných v budoucnu.

Máme-li stavět na základech budovaných v posledních letech, pak je důležité, aby naše praxe vycházela a opírala se o data, znalosti a zkušenosti lidí, kteří pracují v první linii a o hlasy samotných mladých uživatelů služeb (případně jejich rodin a pečovatелů). Tyto standardy praxe mají rozhodující roli při podpoře přístupů založených na důkazech v této náročné, ale také potřebné a hodnotné oblasti zdraví a sociální sféry.

Jsem velmi rád za silný důraz na mezioborový přístup, který uznává „složitost běžného“ a zdůrazňuje význam práce v rámci odborných sil a kultur. DrugScope jménem svých členů v současnosti upozorňuje na možnosti a rizika, které přinesou v nejbližších letech změny v některých zásadních politikách, a jejich možný dopad na služby a intervence zaměřené na mladé lidi s problémy s návykovými látkami.

Odpovědnost za uvádění služeb do provozu bude přenášena na místní orgány v době úsporných opatření, kdy jsou místní rozpočty pod značným tlakem. Členové DrugScope již upozornili na škrty v rozpočtech v oblasti služeb pro mladé lidi, v některých lokalitách až o 50%. Současně změny v přenosu odpovědnosti za služby veřejného zdraví otevírá možnosti připojení ostatních témat zahrnující mladé lidi, jako například sexuální zdraví, podpora bezpečnosti místních komunit a řešení sociálního vyloučení.

Bez ohledu na výsledek těchto změn je třeba říci, že nebylo nikdy v minulosti tak důležité zajistit, aby veřejné peníze investované do služeb zaměřených na mladé lidi byly dobře využity. Jsme schopni prokázat, že přinášejí výsledky očekávané místními koordinátory, komunitami a volenými politiky. Tyto Doporučené postupy mají zásadní úlohu při podpoře rozvoje postupů, intervencí a služeb, které jsou efektivní a účinné. Doufám, že se stanou klíčovým referenčním zdrojem pro každého, kdo pracuje s mladými lidmi s problémy s užíváním návykových látek, a budou použity k informovanému rozvoji zaměstnanců, strategickému plánování a rozvoj léčby a péče.

Martin Barnes
výkonný ředitel DrugScope

1. Úvod

Dr. Paul McArdle

Královské Akademie Psychiatrů (Royal College of Psychiatrists)

Dr. Marcus Roberts

DrugScope

Většina mladých lidí neužívá nelegální návykové látky nebo nepije nadměrně alkohol, a mezi těmi, kteří nelegální návykové látky a alkohol užívají, se jen u menší části objeví vážné problémy a komplikace. Užívání návykových látek nicméně může být nebezpečné pro vyvíjející se mozek, může komplikovat běžný rozvoj, zhoršit další životní a vývojové problémy a prohloubit špatné životní šance u již tak zranitelné a znevýhodněné skupiny mladých lidí. To je velkým problémem právě ve Spojeném království, které „se umísťuje na nejvyšších příčkách v tabulkách hodnotících užívání konopí a nárazové pití mladých lidí v Evropě“ s „13.000 hospitalizacemi mladých v souvislosti s pitím každý rok“ (Home Office, Drug Strategy, 2010). Často bývá vyzdvihován vztah mezi užíváním návykových látek (zejména alkoholu), trestnou činností a antisociálním chováním. Nepřímý vliv na násilí, nehodovost chování a sebevražednost zodpovídá za značné škody a úmrtí v jinak zdravé skupině populace. Nemalý je rovněž dopad na duševní zdraví, pohodu, sociální fungování a integraci.

Ve snaze pochopit a porozumět potřebám těchto mladých lidí protidrogová strategie (2010) zdůrazňuje, že „...(..)..řada slabých míst musí být řešena prostřednictvím společné práce místních zdravotnických zařízení, sociální péče, službami pro rodiny, dostupností bydlení, systémem služeb spravedlnosti pro mladistvé, vzděláváním a dostupností zaměstnanosti, včetně opatření souvisejících s přestupem do služeb pro dospělé“ (Home Office, Protidrogové Strategie, 2010).

Ve zprávě o britských zdravotních službách pro děti Kennedy (2010) podporuje perspektivu „systému jako celku“. Uvádí, že „pro poskytování vysoce kvalitních služeb pro děti a mládež se vyžaduje od NHS (National Health Service), aby spolupracovali s dalšími orgány veřejné správy...“ Kennedy (2010) upřednostňuje „osobní přístup odrážející potřeby jednotlivců ve zdravotnické a jiné péči, podporuje pečovatele, společenská opatření a partnerství na místní úrovni“. Je zřejmé, že to vše vyžaduje správně formulované a shodné povědomí o potřebách každého mladého člověka (Mirza & Mirza, 2008), stejně jako řádně koordinované a trvale udržitelné změny. Tyto Doporučené postupy se zabývají právě těmito otázkami.

1.1 Užívání nelegálních návykových látek a alkoholu mezi mladými lidmi: typy a trendy

Roční školský průzkum

Informační centrum NHS provádí roční přehled (ve Velké Británii – pozn. překladatele) sledování kouření, pití alkoholu a užívání nelegálních drog mezi studenty středních škol ve věku 11–15 let (www.ic.nhs.uk/hospody/sdd10fullreport).² Prů-

² Aktuální hodnoty zde popisovaných ukazatelů za Českou republiku viz www.drogy-info.cz a data publikovaná Národním monitorovacím střediskem pro drogy a drogové závislosti při Úřadu vlády ČR a právě NMS poskytuje/zajišťuje obdobný servis na národní úrovni v ČR.

zkum z roku 2010 ukazuje, že 18 % žáků užívá drogy někdy, 12 % užilo drogu v posledním roce a 7 % v posledním měsíci; odpovídající podíly za rok 2001 byly 29 %, 20 % a 12 %. Nejvíce užívanou nelegální drogou bylo konopí – 8,3 % za poslední rok (pokles z 13,4 % v roce 2001). Těžké látky jsou druhou nejčastěji užívanou drogou na úrovni 3,8 %. Došlo k poklesu podílu žáků, kteří říkají, že je „v pořádku“ pro někoho v jejich věku pít alkohol jednou týdně ze 46 % v roce 2003 na 32 % v roce 2010, a podíl těch, kteří si mysleli, že je „v pořádku“ opít se, klesl v tomto období z 20 % na 11 %. Nicméně téměř polovina (45 %) dotázaných pila alkohol někdy a 13 % pila alkohol v posledním týdnu. Procenta se zvyšují s věkem – z 10 % v 11 letech na 77 % v 15 letech. Užití v posledním týdnu kleslo z vrcholu 26 % v roce 2001 na 18 % v roce 2009 a 2010. Průměrné množství alkoholu spotřebovaného žáky, kteří pili v posledním týdnu, bylo 12,9 jednotek. Tyto údaje jsou však zkresleny počtem těžších konzumentů.

British Crime Survey – Průzkum kriminality v Británii

British Crime Survey (BCS) je každoroční sebehodnotící studie, která poskytuje snad nejlepší vhled do trendů a vzorců užívání drog v Británii mezi náctiletými (od 16. roku věku). Zpráva BCS 2010–11 udává, že jeden z pěti 16 až 24letých užil nelegální drogu v posledním roce. Zdaleka nejčastěji užívanou nelegální drogou v této věkové skupině bylo konopí (17,1 %), následuje (práškový) kokain (4,4 %) a extáze (3,8 %). Užívání opiátů bylo méně než 1 % ve věkové skupině 16 až 24 let, s užitím heroinu – 0,1 % (stále asi 5 400 mladých lidí), a užívání cracku – 0,3 %. I když užívání drog celkově může mít klesající tendenci, nejčastěji 16–19letí uvádějí ížití „nějaké nelegální drogy“ ze všech věkových skupin v roce 2010–2011, s užitím drogy v posledním roce – 23 % ve srovnání s 18,4 % mezi 2–4letými.

Mezi dva další problémy patří přitažlivost „polymorfního užívání drog“ (‘poly-drug use’) (EMCDDA, 2009) a dostupnost tzv. nových syntetických drog (včetně tzv. „legálního opojení“ (Legal high)), o kterých máme jen omezené znalosti a výzkumné poznatky, a to především kvůli rychle se přizpůsobujícímu a rozvíjejícímu trhu s těmito drogami. Například, ‘the National Treatment Agency’s ‘Substance Misuse among Young People: 2010–11’ hlásí mezi lety 2009–2010 a 2010–2011 (256–639) prudký nárůst počtu mladých lidí s indikací pro specializovanou léčbu pro užívání amfetaminu, to ale může vyplývat z faktu, že zpráva nyní zahrnuje do této kategorie také mefedron. V předchozích průzkumech BCS byl mefedron zařazen mezi nové psychoaktivní látky (NPS), proto není nutně zahrnut ve výzkumných otázkách a je poměrně málo známo o jeho škodlivosti.

Léčba mladých lidí v odborných adiktologických službách

Počet lidí mladších 18 let v kontaktu se specializovanými adiktologickými službami v letech 2010–2011 (ve Velké Británii – pozn. předkladatele) byl 21.955, tedy stoupal z počtu 17 001 v letech 2005–2006 na 23 905 v letech 2007–2008 a 24 053 v 2008–2009 a nyní počet osob klesá. Tato čísla neobsahují počty mladých uživatelů drog, kteří jsou v kontaktu s dalšími specializovanými službami, jako jsou Služby zaměřené na duševní zdraví dětí a dospívajících (CAMHS), o kterých nejsou dostupná data. Není jasné, co je příčinou trendů pro vstup do léčby. Mohou být ovlivněny dostupností a činností základních servisních služeb.

1.2 Povaha problémů

Zpráva NTA „Zneužívání návykových látek mezi mladými lidmi 2010–11“ uvádí, že „alkohol a konopí zůstávají zdaleka nejvíce zneužívanými látkami..(..)“ ve specializovaných adiktologických službách pro mladé lidi, což představuje 90 % léčené populace ve srovnání s 4 % léčených především pro drogy kategorie A (dle kategorizace drog ve Velké Británii se jedná převážně o opiáty, pozn. překladatele). Definice pojmu „problémové užívání drog či alkoholu“ pro mladé lidi se od definice pro dospělé liší. Částečně proto, že jsou mladší – to, co by se mohlo zdát, jako „normální“ adolescentní experimentování mezi 17letými, může být důvodem pro intervence ve skupině 12letých. Klíčovým se jeví fakt, že užívání nelegálních drog a alkoholu mezi mladými lidmi je často problematické, protože má vztah k jiným oblastem a problémům v životě mladého člověka. NTA <zneužívání návykových látek mezi mladými lidmi, 2010–11, „vysvětluje, že zneužívání drog a nadměrné pití alkoholu mezi teenagery „je obvykle spíše důsledkem než příčinou jejich náchylnosti k zneužívání“, a váže se k jiným problémům v jejich životě, jako jsou „rozpad rodiny, nedostatečné bydlení, problematické chování, záškoláctví, antisociální chování, dosažené špatné/minimální vzdělání a duševní problémy včetně sebepoškození“.

Data o duševním zdraví získaná ve velké léčebné studii v USA uvádějí, že 60 % participantů bylo v minulosti zneužito, 41 % trpí ADHD, 20 % mělo deprese, a 14 % trpělo posttraumatickou stresovou poruchou (Dennis et al., 2004). Zejména ve skupině nejmladších tento souběžný výskyt onemocnění nebo komorbidita přispívá (nebo rovnou vede) k relapsu (Liddle et al., 2004). Tedy psychosociální škody připisované užívání nelegálních drog mezi mladými lidmi odráží vliv komorbidit; užívání nelegálních drog je často „vodítkem“ upozorňujícím na skryté příznaky a okolnosti (MacLeod, 2004).

Jaké zásahy – pro koho

Vzhledem k různorodosti užívání nelegálních drog a alkoholu u mladých lidí, není snadné rozhodnout, co je problémové užívání. Ne všichni mladí lidé, kteří experimentují s návykovými látkami, je začnou užívat pravidelně. Je samozřejmé, že všichni mladí lidé by měli dostat potřebné informace absolvováním všeobecných preventivních programů (protidrogová výchova atd.). Je však obtížné určit, na koho zacílit specializované, více komplexní, multidisciplinární intervence. Děti nejsou malí dospělí a dospělé definice užívání návykových látek nedostatečně zachycují aspekty vzniku a rozvoje zneužívání návykových látek u mladých lidí (pro detailní popis viz tabulka č. 1 v příloze č. 1).

Co funguje a co je v nabídce

Dokument NTA „Zkoumání důkazů“ (2009) zdůrazňuje, že je důležité zajistit, aby služby a intervence byly navrženy tak, aby se mladí lidé zapojovali do léčby a služby reagovaly na jejich potřeby a tím je v léčbě udržely. Například „poskytovatel léčebných služeb by měl tyto služby učinit zajímavými a reagovat na potřeby mladých lidí; respektem, pravdivostí a citlivým přístupem si získat jejich důvěru“, s přihlédnutím k názorům daného mladého člověka, podporovat snahy rodičů a pečovatелů podílet se na sestavování léčebných a pečovatelských plánů.

Vyplývá to zčásti také z výsledků studie Cannabis Youth Treatment (CYT) (Léčba závislosti na konopných drogách pro mladé), do dnešního dne největší realizované studii intervencí (Dennis et al., 2004). Všechny intervence hodnoceny v CYT uvádějí zlepšení, i když jen 20 % léčených mladých lidí abstinovalo po 12 měsících. V novější nizozemské studii (Hendriks, van der Schee, a Blanken, 2011) zacílené na populaci mladých lidí s problémovým užíváním nelegálních drog přibližně 50 % vykazovalo reakci na dané intervence (definované o 30 % nižší spotřebou, než na začátku léčby). Nicméně dodatečná analýza ukázala, že dvě CYT intervence rodinné péče – Multi-dimenzionální rodinná terapie (MDFT) a Přístup posílení komunity dospívajících (PPKD, The adolescent community reinforcement approach (ACRA)), vedly k dalšímu zlepšení (www.chestnut.org/li/downloads/Dennis_et_al_CYT_MF_appendix.pdf). Navíc v porovnání s intervencemi bez komponenty práce s rodinou, obě studie prokázaly, (oba MDFT) že jsou účinnější u závažnějších případů (Henderson, Dakof, Greenbaum & Liddle, 2010; Hendriks, van der Schee & Blanken, 2011) pravděpodobně z toho důvodu, že bylo dosaženo podstatně vyššího zapojení do léčby (Hendriks, van der Schee & Blanken, 2011). Obě tyto studie porovnávaly účinnost MDFT vůči kognitivně behaviorální terapii. Po porovnání dvou různých typů rodinné terapie (Slesnick & Prestopnick, 2009) nebyly shledány žádné významné rozdíly a v CYT nebyly zjištěny žádné rozdíly mezi ACRA a MDFT. S opatrností můžeme říci, že žádný konkrétní typ rodinné práce nedemonstruje jasnou převahu, ale rodinná práce jako taková zvyšuje hodnotu poskytovaných intervencí. To bohužel není ve Spojeném království v současné době v oblasti léčby návykových látek běžná praxe (Národní agentura léčby zneužívání návykových látek, 2010). Ve své doplňkové analýze CYT, Dennis et al. (2004) také popsali „účinek obecné síly“; bez ohledu na typ léčby, intenzita léčby je spojena s lepším výsledkem.

Studii hodnotících složitější intervence zaměřené na komorbiditu u dospívajících uživatelů je málo (Thurstone, 2010). Nicméně studie dospívajících uživatelů trpících depresí ukazují, že užívání nelegálních drog se snížilo pouze u těch, jejichž deprese byla úspěšně léčená kombinovanou léčbou antidepresiv a psychoterapií (Riggs, 2007). Dále studie léčby dospělých s látkovou závislostí ukázaly, že setrvání v léčbě (Pinto et al., 2011) a doplnění dalších intervencí po relapsu (Scott & Dennis, 2009) přináší lepší výsledky. Následná klinická studie provedena na velkém vzorku účastníků, z nichž většina začala svou drogovou kariéru v pozdní pubertě (Scott, 2011), ukázala, že prevence úmrtí vyžaduje „*odpovídající počáteční léčbu, průběžné sledování (...) a lepší vazbu k podpůrným službám, peer-skupinám a podpůrným programům zaměřeným na udržení abstinence...*“. Toto zjištění podporuje systematické review intenzivního case managementu u dospělé populace duševně nemocných (Dieterich, 2010).

S vědomím omezeného výchozího vzorku adolescentních respondentů, Wintres & Kaminer (2011) navrhují pohlížet na léčbu „*jako na proces, který vyžaduje (...) řízení a monitorování (...) flexibility a přizpůsobování potřebám pacienta (...)*“. Závislost z perspektivy chronického onemocnění pak vyžaduje implikovat pečovatelské plány, týmovou práci, využití celé řady možných intervencí založených na důkazech (kvůli možným komorbiditám, depresi, PTSP atd.), včetně včasné diagnostiky, záchytu a léčby relapsu nebo recidivy (Wagner, 2000; Allotey, 2011; Eaton, 2011). To ale předpokládá identifikaci možné komorbidity.

Co na škále důkazů výrazně chybí, jsou data o možném silném vlivu škol, vysokých škol, vzdělávacích zařízení, ubytoven, soudního systému a některých ze široké nabídky podpůrných aktivit v rámci neziskového sektoru. Je jasné, že výchozí vzorky adolescentních respondentů poskytují pouze vodítko a neúplný obraz. Zkušenosti však dokazují, že pokud všechny složky systému spolupracují a jsou v harmonii, je možné dosáhnout velké změny v životě a životním stylu léčeného adolescenta.

Mladiství a mladí dospělí

Léčebné služby zaměřené na mladé lidi jsou určeny pro lidi mladší 18 let a obecně pojem „mladiství“ odpovídá této věkové skupině (stejně tak příslušné právní předpisy a pokyny). To vyvolává otázky kolem péče a léčby mladých lidí vstupujících do dospělosti, a to zejména i potřeby těch v pozdním mladistvém věku a na začátku 20. roku, protože jsou často blíže k mladistvým, než k dospělým s problémy s alkoholem nebo nelegálními drogami a mohou dosáhnout na rozšířenější služby zaměřené na mladší věkovou kategorii.

Odbor sociální exkluze ve zprávě: „*Transmise: mladí dospělí s komplexními potřebami*“ (2005) zaměřené na 16 až 25leté s komplexními potřebami“ dospěl k závěru, že přechod z dětství do dospělosti se pro mladé lidi stává stále obtížnějším, ale zákonné opatření a politiky obecně nedokážou držet krok s těmito změnami. Věkový profil, na němž jsou mnohé z nich založeny, je často komplikovaný, nekonzistentní a pracující v rozporu se zásadou informací vycházejících z potřeb.

Kontext zákonů a opatření – měnící se prostředí

Služby a intervence pro mladé lidi problémově užívajícími nelegální drogy a alkohol jsou zakládány, rozvíjeny a jsou pro cílovou skupinu dosažitelné. To jsou významné změny. Konkrétní dopad budou mít reformy zákona o zdravotní a sociální péči (2012) a Bílé knihy: „*Zdravý život, zdraví lidí*“ (Department of Health, 2010), stejně jako i další významné politické změny, včetně zavedení zvoleného policejního koordinátora a Iniciativy pro problémové rodiny.

Od dubna 2013 byla NTA (Národní Agentura pro zacházení s návykovými látkami) zrušena a její funkce se staly součástí nových veřejnozdravotních služeb. Ty mají v portfoliu celou řadu oblastí a zodpovědností, včetně problémů s obezitou, veřejné péče o duševní zdraví, služeb v oblasti sexuálního zdraví, podpory bezpečnosti komunit a místních iniciativ pro řešení sociálního vyloučení. Tím se potenciálně vytvářejí možnosti pro plánování a provoz služeb zaměřených na mladé lidi propojené tak, aby účinně řešily vzájemně související problémy. Ředitelé agentur Veřejného zdraví zaměstnaní místními úřady převzou hlavní odpovědnost za zřizování a provoz služeb zaměřených na nelegální drogy a alkohol. Budou jednat v úzké spolupráci s řediteli Služeb pro děti (Child's Services, součást sociálního systému Spojeného Království) a dalšími zúčastněnými stranami na místní úrovni. Rada pro zdraví a dobré životní podmínky (Health and Wellbeing Boards) bude zřízena v každém vyšším územním celku s odpovědností za vedení společné strategické analýzy potřeb (Joint Strategic Needs Assessment, JSNA) a vytvoření společné Strategie zdraví a dobrých životních podmínek (Health and Wellbeing Strategy, HWS). Zákonnými členy této Rady budou místní volení zastupitelé, ředitelé pro Veřejné zdraví (Directors of Public Health), zástupci Skupin pro klinický provoz (Clinical Commi-

ssioning Groups), ředitelé Služeb pro dospělé (Adult Services, součást sociálního systému Spojeného Království), ředitelé Služeb pro děti (Child's Services, součást sociálního systému Spojeného Království) a zástupci HealthWatch, stejně jako zástupci NHS (Národní zdravotní systém, National Health Service). V úvahách jsou také další členové například z řad trestní justice nebo zástupci dobrovolnického mimovládního sektoru.

Služby pro děti (Child's Services, jsou součástí sociálního systému Spojeného Království) hrají v popsaném procesu klíčovou roli. V Protidrogové strategii (2010) se uvádí, že koordinátoři Veřejného zdraví a koordinátoři služeb pro děti „budou mít pravomoc prosazovat integrovaný a koordinovaný přístup, který zaručí nejlepší využití zdrojů při řešení a vypořádání se s problémem zneužívání drog a alkoholu“. Součástí je i možnost flexibilního seskupování a dorovnávání rozpočtů prostřednictvím Grantů veřejného zdraví a Grantů časných intervencí. Další nedávné iniciativy podporují místní zástupce ve sdružování rozpočtů na rozvoj integrovaných služeb, včetně tvorby programů pro problémové rodiny.

Je příliš brzy na předpovídání dopadů těchto zákonných změn v oblasti intervencí a služeb pro mladé lidi užívající nelegální drogy a alkohol. Je však zřejmé, že v následujících letech nastanou významné změny ve způsobu, jakým budou služby plánovány a uvedeny do provozu a to v době, kdy nastávají výrazné tlaky na škrty v rozpočtech. Důraz na dodržení územních celků může také vést k podstatně větším rozdílům v prioritách a opatřeních pro mladé lidi v různých lokalitách.

Dopady pro praxi

S důrazem na aktuálnost zákonných dokumentů a výzkumů a po rozsáhlých konzultacích, předkládaný dokument navrhuje styl intervencí, který podporuje investice do psychosociálního vývoje a zdraví mladých lidí s cílem zabezpečit co nejlepší šance na normální život prostřednictvím:

- maximální možné účasti mladého člověka a jeho rodiny, v případě potřeby i využití terénních programů,
- kvalifikované první analýzy jejich obtíží a potřeb, včetně možných duševních poruch a vývojových problémů, jakými jsou poruchy učení a obtížné životní okolnosti,
- zapojení místních systémů tak, aby spolupracovaly,
- dobře koordinovaných intervencí, které mobilizují dostupné zdroje podle potřeby včetně ochrany, vzdělávání, školení, duševního zdraví a ubytování,
- aktivní následná péče na zajištění další možné podpory a intervencí,
- určení priorit a poskytování vzdělávání a podpory zaměstnancům.

Než budete dále číst předkládané Doporučené postupy, přečtěte si prosím dodatek č. 1, který:

- definuje problémové užívání návykových látek,
- představuje pragmatickou tabulku fází užívání návykových látek a navrhovaných intervencí (viz tabulka č. 1),
- představuje kazuistiky k ilustraci každé etapy uvedené v tabulce č. 1.

2. Jak Doporučené postupy vznikly

Centrum pro zlepšení kvality (The Centre for Quality Improvement, dále také CCQI) na Královské Akademii Psychiatrů (Royal College of Psychiatrists) pracuje se zástupci Služeb zaměřených na duševní zdraví dětí a dospívajících (Child and adolescent mental health service CAMHS) a mladými lidmi na vývoji standardů, doporučených postupů a jejich zavádění do praxe. Vzhledem k naší práci v této oblasti, nás požádalo Ministerstvo zdravotnictví, abychom vypracovali normy, jež budou podporovat skrining, klinické zhodnocení a léčbu mladých lidí s problémy souvisejícími s užíváním návykových látek a reagovat na jejich komplexní potřeby.

Naším cílem bylo vyvinout praktické normy, které by v případě implementace mohly vést k vysoce kvalitnímu skriningu, klinickému zhodnocení a léčbě mladých lidí. Dále bylo našim záměrem vytvoření norem, jenž by mohly být využívány zaměstnanci nebo profesionály v službách ve všech oblastech zapojených do péče³ o mládež s problémy s užíváním návykových látek. Toto první vydání Doporučených postupů a kritérií bylo vytvořeno na základě přehledu existující dostupné literatury a předem rozvrhnutého procesu konzultací.

Krok 1

Přehled literatury (review)

Začali jsme přehledem klíčových dokumentů, které by mohly obsahovat informace o kritériích dobré praxe. Ty zahrnovaly:

1. Pokyny Národního Institutu Klinické Excelence (NKIE) relevantní pro mladé lidi mladší 18let (např. Zneužívání drog, 2007 a 2008; Alkohol, 2010 a 2011; sebepoškozování, 2004), a systematické přehledy;
Guidance from the National Institute of Clinical Excellence (NICE) relevant for young people aged 18 years or under (e.g. Drug Misuse, 2007 and 2008; Alcohol, 2010 and 2011; Self-harm, 2004), and systematic reviews;
1. Normy a oficiální závazky (např. Strategie pro oblast Drog, 2010; publikace NTA, Národní Agentury pro zacházení s návykovými látkami (pozn. překladatele); Kennedyho Zpráva, 2010; Národní rámcový program pro služby pro děti, dospívající a těhotné [Dětské NSF, 2004];
Policy and statutory obligations (e.g. Drug Strategy, 2010; National Treatment Agency (NTA) publications; Kennedy Report, 2010; National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services [Children's NSF], 2004);
3. Přehledy a zprávy průzkumů současných postupu vyhodnocených vůči Pokynům NICE, nebo identifikační znaky osvědčených postupů a služby požadované mladými lidmi a jejich rodiči/pečovateli (např. Znepokojení alkoholem, 2010; DrugScope, 2010; Závislost a zlomový bod, 2005).

³ Pozn. red.: V podmínkách České republiky tedy jak zdravotních, tak sociálních a školských služeb, které jsou vůči této skupině relevantní a doporučujeme konfrontovat s Konceptí sítě adiktologických služeb v ČR citovanou v editoriale této publikace a dostupnou na www.adiktologie.cz v sekci Obor adiktologie/služby.

Reviews and survey reports of current practices evaluated against NICE guidance, or identifying features of best practice, and what young people and their parents/carers want from services (e.g. Alcohol Concern, 2010; DrugScope, 2010; Addaction and Turning Point, 2005).

Úplný seznam recenzovaných dokumentů je uveden v seznamu literatury v Příloze č. 2.

Krok 2

Podpora a rady akademické obce – Společnost pro zneužívání návykových látek dětmi a dospívajícími při Královské Akademii Psychiatrů (CHASM) (Child and Adolescent Substance Misuse, Group at the Royal College of Psychiatrists)

Společnost CHASM konzultovala v průběhu celého procesu tvorby těchto Doporučených postupů. Členové Společnosti tvořili část projektového týmu a poradní skupiny, pomáhali s revizí vědeckých podkladků a vývojem klinických standardů a pokynů prezentovaných v tomto prvním vydání.

Krok 3

Poradní skupina Projektu

Poradní skupina vznikla v lednu 2011 se záměrem informovat o vývoji Doporučených postupů a souvisejících kritériích. Skupinu tvořilo 20 profesionálů reprezentujících celou řadu zainteresovaných skupin, jmenovitě: Národní Agenturu pro zacházení s návykovými látkami (NTA); Znepokojení alkoholem (Alcohol Concern); DrugScope; Zlomový bod (Turning Point); Addiction – DAT manažer (Addiction – DAT service manager); Koordinátor služeb zaměřených na práci v oblasti zneužívání návykových látek mladými lidmi (Commissioner of young people's substance misuse services); Pediatr z Královské Akademie pro Dětské lékařství a zdraví dětí (Paediatrician from the Royal College of Paediatrics and Child Health); Ministerstvo zdravotnictví (Department of Health); Ministerstvo školství (Department of Education); Rada pro spravedlnost pro mladé (Youth Justice Board); psychiatři pracující ve Službách zaměřených na mentální zdraví dětí a dospívajících (Child and adolescent mental health service CAMHS, CAMHS psychiatrists); psychologové a adiktologické sestry (psychologists and nurses from substance misuse services). V příloze č. 3 je k nahlédnutí kompletní seznam členů a poděkování. Bohužel se nám nepodařilo posílit tuto skupinu o zástupce mladých lidí a jejich pečovatele.

Skupina se sešla podruhé v dubnu 2011, aby přezkoumala výsledky z prvního konzultačního workshopu (viz níže) a dohodla pozměňovací návrhy k návrhu souboru norem před další konzultací.

Krok 4

Přesah do Standardů CAMHS pro mladé lidi

Naše počáteční práce při přehledu literatury a příslušných dokumentů, stejně jako diskuse o klíčových oblastech, které mají být zahrnuty do Doporučených postupů, ukázala, že existuje možný přesah do oblastí, na něž se zaměřují normy CAMHS vypracované (Služeb zaměřených na duševní zdraví dětí a dospívajících) v Centru pro zlepšení kvality (The Centre for Quality Improvement CCQI)) (viz kvalitní lůžková síť CAMHS [QNIC] a komunitní síť pro kvalitu CAMHS [QNCC]). Jedná se o oblasti, které jsou relevantní pro všechny mladé lidi, rodiče a/nebo pečovatele a služby, s kterými přicházejí do styku bez ohledu na jejich specifické problémy (např. normy týkajících se sdílení osobních informací, informovaného souhlasu a zachování důvěrnosti, plném informování a zapojování do všech rozhodování o péči atd.). Pokud k přesahu došlo, odkazujeme v textu na příslušné nebo adaptované části norem CAMHS, nebo normy CAMHS upravujeme pro účely předkládaných Doporučených postupů. V případě potřeby jsou normy CAMHS integrovány do Doporučených postupů s příloženými klinickými návody k identifikaci, vyhodnocení a naplánování péče a léčby pro mladé lidi užívající návykové látky a jejich komplexní potřeby.

Stojí za zmínku, že normy CAMHS prošly rozsáhlými konzultacemi se zúčastněnými stranami a mladými poradci, a to zejména nejnovější vydání publikované v roce 2011 (Královská Akademie Psychiatrů (CHASM), 2011a a 2011b). Naše konzultační semináře s mladými lidmi pomohly identifikovat oblasti, které si vyžádaly úpravu přesahů Doporučených postupů a pomohly přeformulovat některá kritéria, aby lépe vyhovovala potřebám mladých lidí. Hlavní témata, která mladí lidé chtěli zdůraznit:

- aby byl daný klient průběžně informován o každém kroku – zaručení jasnosti a srozumitelnosti cíle každého kontaktu, o tom, co se bude dít dál (o postupech, hodnocení, léčbě), a jaký může mít navrhovaný postup efekt;
- aby bylo zajištěno, že žádné rozhodnutí nebude o něm nebo jeho/její péči/léčbě prováděno, aniž by bylo zabezpečeno jeho/její plné zapojení – pomohlo by například zeptat se co chce a co cítí;
- poskytnout klientovi jasné informace o možnostech nabízené péče, poskytnout kopii plánu léčby, zabezpečení dodržení dohodnutého plánu péče pracovníky;
- zajistit, aby práva klienta byla dodržena, předání informovaného souhlasu k jednání klientovi a zachování důvěrnosti o klientově léčbě;
- zabezpečit kontinuitu léčby tím, že nebude vyžadován kontakt s řadou různých odborníků, ale bude jasné stanoveno, kdo s klientem jedná;
- s odkazem na předešlý bod, klient nemusí znovu vyprávět svůj příběh nebo ho opakovat několika různým odborníkům;
- klientovi je zaručena možnost vstupu a opakovaného vstupu do léčby/péče, když ji potřebuje.

Tyto podněty byly zvažovány v průběhu tvorby Doporučených postupů pro mladé lidi užívající návykové látky.

Krok 5

Konzultace se zúčastněnými stranami

Uspořádali jsme dva workshopy k vývoji Doporučených postupů s cílem přezkoumat předložené návrhy a zpracovat reakce získané na konzultacích, aby bylo možné dosáhnout konsensu pro kvalitu Doporučených postupů a kritérií pro první vydání.

Workshop 1 (duben 2011): Workshop byl inzerován prostřednictvím e-mailu členem diskusních skupin a sítí zřízených pro CAMHS (FOCUS a QNCC) na CCQI a profesních sítí poradních členů skupiny a jejich organizací. Celkem 50 odborníků projevilo zájem zúčastnit se a 36 z nich bylo vybráno s cílem zajistit zastoupení napříč skupinami: mladí lidé; rodiče a/nebo opatrovníci; zaměstnanci statutárních a dobrovolnických organizací zabezpečujících služby pro mladé lidi užívající návykové látky; pracovníci místních poboček CAMHS; koordinátoři; legislativci a tvůrci strategií (viz úplný seznam v příloze č. 3).

Doporučené postupy byly po konzultaci s poradní skupinou „Groupin Duben 2011“ a akademickou skupinou CHASM přizpůsobeny. Klíčové body, které vyvstaly, souvisely převážně s definicemi a používáním vhodného jazyka, který by pomohl postihnout širokou škálu služeb, zaměstnanců a profesionálů a pomohl relevantně informovat mladé lidi, rodiče nebo osoby o ně pečující o tom, co mohou očekávat.

Workshop 2 (říjen 2011): novelizované Doporučené postupy byly přezkoumány podruhé delegáty přítomnými na „*Mistrovském setkání o zneužívání návykových látek adolescence II: Komplexní problém a inovativní řešení*“ (‘Master Class in Adolescent Substance Misuse II: Complex problems and innovative solutions’) dne 11. října 2011. Delegáti zastupovali široké spektrum relevantních stran (politici, vědci, koordinátoři pro zneužívání návykových látek, manažeři léčebných služeb a jejich zaměstnanci, CAMHS psychiatři a další odborníci) a byli vyzváni, aby Doporučené postupy přezkoumali a vedli strukturovanou diskuzi. V příloze č. 4 jsou shrnuty body, které vznesli o tom, jak by bylo možné Doporučené postupy zlepšit a lépe využít jejich potenciál.

3. Jak číst tyto Doporučené postupy

Doporučené postupy byly tvořeny pro mladé lidi s problémy souvisejícími s užíváním návykových látek a zohledňujícími jejich komplexní potřeby. Dále pak pro jejich rodiče a/nebo pečovatele a široké spektrum pracovníků, odborníků a servisních služeb, jejichž úkolem je na tyto potřeby reagovat. Doporučené postupy jsou rozděleny do následujících sekcí:

- a) Identifikace a krátké klinické zhodnocení (včetně stručného poradenství a intervence pro osoby starší 15 let)
- b) Komplexní klinické zhodnocení
- c) Plán integrované péče
- d) Integrovaná péče a intervence
- e) Plánované ukončení a předání péče

Pro další pokyny jednak k informacím, informovanému souhlasu a dodržení důvěrnosti, a jednak k ochraně práv, specificky práv mladých lidí naleznete v Standardech CAMHS (viz <http://rcpsych.ac.uk//qualityandaccreditation/childandadolescent.aspx>)

Hodnocení Doporučených postupů pro poradenství

Největší dilema při vývoji jakéhokoli souboru norem je míra očekávání, kterou ukládají na odbornou praxi a na kvalitu poskytované péče. I když Doporučené postupy, které jsme sepsali, představují minimální požadavky na léčbu, většina nároků je kladena na přístup a minimální standardy péče a osvědčené postupy, které mladí lidé a pečovatelé mohou od pracovníků, odborníků nebo servisních služeb očekávat.

Součástí Doporučených postupů jsou také kritéria dobré praxe, která mohou být mimo kontrolu pracovních týmu, profesionálů či servisních služeb. I když v současných podmínkách omezených zdrojů můžou být kritéria „dobré praxe“ obtížně dosažitelná, je důležité, aby byla popsána. Tím způsobem se mohou stát prostředkem pro změnu v budoucnu. Z důvodu relevance kritérií, která podporují Doporučené postupy, je indikováno použití systému hodnocení CCQI, který slouží také pro hodnocení dalších CCQI norem určených pro práci s dětmi a dospívajícími v oblasti péče o duševní zdraví. K hodnocení Doporučených postupů byl získán konsensus členů projektového týmu a skupiny CHASM. Následují vysvětlení systému hodnocení, definice různých pojmů používaných v tomto dokumentu, které se k Postupům vztahují.

Název sekce	3.0	Plán integrované péče	
Norma: Popisuje rámcový cíl nebo význam dané skupiny kritérií	3.2	Plány péče o mladé lidi jsou pravidelně aktualizovány a sdíleny s příslušnými stranami (QNCC 2.6.2)	
Kritérium: Konkrétnější vysvětlení, jaké kroky musí následovat. Vezměte prosím na vědomí, že zaměstnanci, profesionálové nebo služby, které budou normu naplňovat, musí splňovat většinu daných kritérií.	3.2.1	2	Plány péče jsou vyhodnocovány v pravidelných intervalech a zahrnují jednání s daným mladým člověkem o tom, zda léčba pomáhá (QNCC 2.6.2)
Sloupec ukazuje odstupňování každého standardu a kritéria:	3.2.2	2	V závislosti na závažnosti, posouzení rizik ve vztahu k užívání návykových látek a doprovodných problémů jsou tyto vyhodnocovány v pravidelných intervalech (např. 3–6 měsíců)
1 Nejdůležitější: Jedná se o minimální standardy kvality a kritéria, která jsou pro léčbu rozhodující. Nesplnění těchto norem a kritérií by vedlo k závažnému ohrožení bezpečnosti pacientů, práv nebo důstojnosti a/nebo by byl porušen zákon. 2 Požadované: Jedná se o standardy a kritéria, která se očekávají od profesionálů a/nebo týmů poskytující dobré služby. Mladí lidé, rodiče a pečovatelé by měli tento standard péče očekávat. 3 Žádoucí: Kritéria, která naznačují nadstandardní, dobrou praxi a péči. Nemusí spadat do přímé zodpovědnosti zaměstnanců, odborníků nebo služeb. Vezměte prosím na vědomí: • pod některými kritérii naleznete odkazy: „Pokyny“ – obsahují další pokyny pro správnou praxi a „Ref“ – se vztahuje ke zdroji, kterým byla kritéria inspirována či úzce souvisí s kritériem. • standardy a kritéria v tomto dokumentu mají za cíl představit a popsat osvědčené postupy a praxi a nejsou nadřazeny individuální odpovědnosti zaměstnance nebo odborníka zvolit nejvhodnější postup pro jednotlivé případy.			

Tyto Doporučené postupy může používat široká škála komunitních pracovníků, včetně všeobecných lékařů, adiktologů, stejně jako multidisciplinární týmy. Zaměstnanci mohou pracovat na klinické bázi nebo prostřednictvím škol, praktický lékaři a adiktologové prostřednictvím léčebných služeb nebo jiných komunitních center či organizací neziskového sektoru nebo přímo v domácnosti daného mladého člověka. Služby se liší v závislosti od situace mladého člověka, s nímž pracují a od úrovně intervence a podpory, kterou nabízejí a poskytují, včetně služeb pro mladé lidi se souběžnými chronickými nebo dlouhodobými problémy (například poruchy učení a/nebo poruchy autistického spektra). I když jsou tyto normy navrženy tak, aby byly co nejotevřenější, může se stát, že některé normy nejsou použitelné pro některé zaměstnance, odborníky nebo služby. Vzhledem k rozmanitosti služeb, není

3. Jak číst tyto Doporučené postupy

možné předložit vyčerpávající seznam možných výjimek. Máte-li jakékoli dotazy týkající se norem, obraťte se na projektový tým přes Anne O'Herlihy na aoherlihy@cru.rcpsych.ac.uk.

Možnosti implementace dokumentu

CAMHS: Jako součást CCQI, tyto standardy dobré praxe budou začleněny do zlepšování kvality a akreditačních programů QNCC, a budou nabízeny jako součást procesu hodnocení QNCC (viz [www.rcpsych.ac.uk/quality/qualityandaccreditation/childandadolescent / communitycamhsqncc /. ourstandards.aspx](http://www.rcpsych.ac.uk/quality/qualityandaccreditation/childandadolescent/communitycamhsqncc/.ourstandards.aspx)).

Další služby: I když v současné době neexistuje zavedený prováděcí program pro ostatní služby, které identifikují, hodnotí a nabízí péči a služby pro tyto mladé lidi, pokud by byl vyjádřen dostatečný zájem, rádi bychom prozkoumali možnosti implementace do těchto služeb. Pokud pracujete v jedné z těchto služeb, a chtěli byste diskutovat o tom, jak byste mohli použít tyto standardy ve své službě, obraťte se na QNCC tým na 020 977 6681 nebo Peter Thompson pthompson@cru.rcpsych.ac.uk

4. Klíčové pojmy a používané definice

Zaměstnanci/pracovníci: pojem „zaměstnanec“ a „pracovník“ se používá v celém textu a odkazuje na všechny praktiky, pracovníky a odborníky, kteří pracují s mladými lidmi, a jsou v postavení, aby identifikovali rizika a přístup nebo nabídku pomoci, podpory a léčbu problémů spojených se zneužíváním návykových látek. Některé z norem užívají pojmy „odborník“ a „vedoucí odborník“, které jsou definovány jako:

Odborníci: V tomto kontextu mají formální kvalifikaci na postgraduální a/nebo doktorské úrovni, která zahrnuje osobní kontakt s klientem pod supervizí při klinickém řešení případů – například klinický psycholog, sestra, praktický lékař pro děti a dorost apod., pracovní terapeut, psychoterapeut, rodinný terapeut a další.

Vedoucí odborníci (např. lékař (nejčastěji psychiatr nebo přímo pedopsychiatr), psycholog) jsou ti, kteří mají klinickou odpovědnost za kontakt s klientem v klinické praxi, supervizní odpovědnost za praktické lékaře a juniorské pozice pod jejich klinickým dohledem. Očekává se, že tyto osoby mají dostatečný výcvik a praxi ve svém oboru a jsou zodpovědní za kvalitu klinické práce a osobní rozvoj zaměstnanců, dodržují a respektují klíčové části systémů, jakými jsou vzdělávání a sociální péče.

Mladí lidé, mladí klienti: Tento termín označuje všechny věkové skupiny až do 18. (19.)⁴ roku věku.

Popsaný rozdíl mezi nabídkou pro mladé lidi ve věku nad 15 let a pro ty do 15 let: je založen na pokynech NICE pro prevenci a skríníng alkoholu (viz webové stránky) a ve shodě mezi lékaři a odborníky, kteří se podíleli na sepsání těchto norem.

Další komplexní potřeby: V celém dokumentu odkazujeme na mladé lidi s problémy souvisejícími s užíváním návykových látek a jinými komplexními potřebami. Tento termín se používá pro reprezentaci celé komplexnosti problémů, které se vztahují ke zdravotnictví, školství a sociální péči (například ochrana rizika před užíváním návykových látek, oblast duševního zdraví, zdravotní stav, obtíže ve vzdělávání nebo absence ve škole nebo na vzdělávacích programech, rodinné potíže, a dalších).

Rodič a/nebo opatrovník se používá k identifikaci těch, kteří mají rodičovskou odpovědnost, ale nemusí to být jen biologický rodič.

Odborné služby jsou definovány takto (univerzální a cílené):

Univerzální služby a programy:

Jsou k dispozici pro všechny děti a mladé lidi, kteří „nepožádali o pomoc a nikdo z populace dětí a mladých lidí není vyloučen z dané intervencí“ (Offord, 1994). Mladí lidé v dané geografické oblasti mají přístup k pomoci prostřednictvím kontaktu s pracovníky v univerzálních službách (např. pracovníci škol a učitelé, pracovníci mládežnických center, personál sociální péče, praktický lékař, pracovníci záchranné služby, pediatři, policie). V tomto kontextu tyto služby mohou zahrnovat všeobecné preventivní progra-

⁴ Pozn. red.: V ČR je ve zdravotním systému určující hranice z hlediska zdravotní pojišťovny 19 let, do které lze akceptovat pacienta v dětském provozu (viz např. popis výsledků pilotního provozu ambulance dětské a dorostové adiktologie zmíněných a citovaných v úvodu k českému vydání tohoto dokumentu).

my a vzdělávací programy o drogách (formální a neformální) nebo školní programy (nebo mládeže/skautské skupiny), PHSE (osobní, zdravotní, sociální a vzdělávací programy), základní informace o drogách a jejich vazbu na vhodné služby.

Cílené služby a programy:

Jsou určeny pro mladé lidi, kteří nutně nehledají pomoc, ale jsou identifikováni jako „riziková, na základě jejich osobních vlastností nebo na základě skupiny, ke které patří“ (Offord, 1994). Cílené časné intervence jsou nabízeny pracovníky nespecializovaných služeb, jako jsou poradenské služby pro mladé lidi, služby pracující se „zlepšením přístupu k psychoterapii pro mladé lidi“ (Improving Access to Psychological Therapies for young people (IAPT)), týmy pro kriminalitu mladistvých, cílené podpůrné programy pro mládež (například pro ty, kteří nejsou v systému vzdělávání, zaměstnání či školení, nebo služby pro mladistvé těhotné). Mohou zahrnovat:

- drop-in (nedomluvené, jednorázové) setkání s mladými lidmi v nízkoprahových zařízeních/centrech či institucích ústavní péče (dětské domovy atd.);
- skupinová setkání nebo psychologické vzdělávání skupin žáků, kteří byli školou identifikováni jako ohrožení nebo zranitelní, například když si mladí lidé ve škole vytvořili (uzavřenou, místní) skupinu užívající návykové látky;
- skupinové výchovné setkání o drogách v rámci služeb zaměřených na kriminalitu mládeže (různé typy programů prevence kriminality);
- drop-in (nedomluvené, jednorázové) setkání ve výše uvedených prostředích;
- krátké intervence (např. klinické zhodnocení, zpětná vazba, plánování a informování zdravotnickým personálem na odděleních pohotovosti pro mladé lidi, kteří byli přivezeni s problémy s nelegálními drogami nebo alkoholem). Takové intervence mohou probíhat pod supervizí specialisty – např. adiktologa.⁵

Specializované služby a programy:

Mladí lidé identifikováni jako ti, kteří pravděpodobně mají složité, někdy komplexní a trvalé potíže, mají také k dispozici komplexní posouzení a na důkazech založené intervence odborníků způsobilých provádět nabízená klinická hodnocení a zajistit nezbytné intervence. Ti koordinují pomoc zdravotní, vzdělávacího systému, sociální péče a z oblasti trestné činnosti mládeže a služeb zaměřených na práci s dětmi a mladými lidmi s nejvyšším stupněm potřebné pomoci (www.Dh.gov.uk/en/Healthcare/Mentalhealth/CAMHS/index.htm). V této souvislosti je pravděpodobné, že se profesionální personál soustředí na adiktologické oddělení pro mladistvé nebo na oddělení péče o duševní zdraví dětí a dospívajících (CAMHS) s adiktologickou specializací. Ty mohou mít celou řadu uspořádání, ale v zásadě spojují zaměstnance z CAMHS, zaměstnance adiktologických služeb pro dospělé, zaměstnance zákonem zřízených sociálních služeb, praktické lékaře s odbornými znalostmi z oblasti adiktologie a pracovníky neziskového sektoru.

⁵ Anglicky mluvící země používají pojem „addiction professional“ v poměrně extenzivním významu, který odpovídá českému pojmu adiktolog v jeho širším výkladu, tedy nikoli pouze adiktolog jako absolvent zdravotnického oboru adiktologie, ale adiktolog, jako jakýkoli profesionál/specialista pracující se závislými a mající různé původní kvalifikační vzdělání (psychiatr, psycholog, sociální pracovník, sestra atd.) a je současně specializován právě na závislosti (pozn. překladatele).

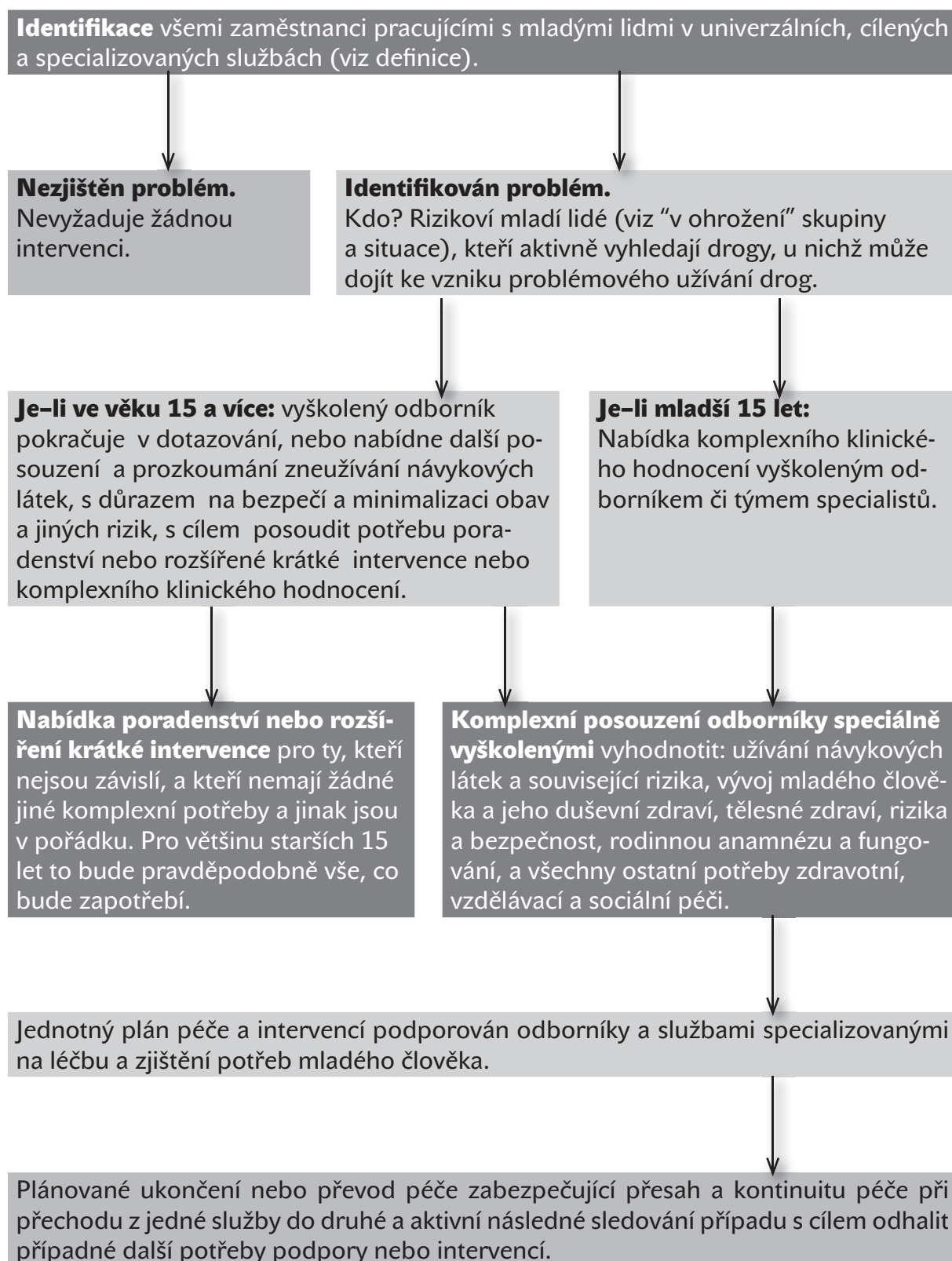
4. Klíčové pojmy a používané definice

Panuje všeobecná shoda a oficiální podpora úzké spolupráce a systémového rámce práce těchto pracovišť jako podpora kvality poskytované péče a léčby řady problémů, souvisejících s nelegálními drogami (Mirza et al, 2007). Prostřednictvím koordinátora specializovaného na léčbu a služby pro mladé lidi s problémy spojenými s užíváním návykových látek, je cílem poskytnout řadu odborných intervencí od krátkého motivačního pohovoru až po komplexní multioborové služby. Všimněte si, že NTA definuje odborné služby⁶ v oblasti léčby užití drog jako „*plánovanou péči lékařskou, psychologickou nebo specializovanou intervencí harm reduction, jejímž cílem je zmírnit současné škody způsobené užíváním návykových látek mladým člověkem*“ (NTA, 2008. Str. 45).

Úplný glosář lze nalézt v příloze č. 5 tohoto dokumentu.

⁶ Pozn. red.: doporučujeme porovnat s tuzemským dokumentem týkajícím se nastavení a definici odborných služeb: Miovský, M. et al. (2014). Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice. Praha: KAD 1. LF UK a VFN. Verze 4.7. schválená výbory ČAA a SNN ČLS JEP. Dostupné na www.adiktologie.cz v rubrice Obor adiktologie.

Obrázek č. 1: Trendy péče pro mladé lidi



Skupiny „v ohrožení“

- skupiny pod dohledem,
- skupiny vyloučených ze školy nebo s pravidelnou neomluvenou docházkou,
- skupiny mladých v konfliktu se zákonem,
- skupiny pod dohledem odborů péče o děti v ohrožení,
- skupiny se specifickými poruchami učení a/nebo vývojovými poruchami (např. ADHD) nebo s jakýmkoli jinými duševními poruchami,
- skupiny mladých z rodin s anamnézou užívání nelegálních drog a alkoholu

Situace „v ohrožení“

- je bez domova (včetně např. dětí z ústavních zařízení na útěku),
- podílí se na antisociálním chování nebo páchá trestnou činnost,
- měl/a nehodu nebo má opakovaně menší zranění,
- je pod vlivem návykových látek ve škole nebo v jiném prostředí,
- když jejich chování vyvolává obavy z ohrožení,
- když je zaznamenáno, že pravidelně dochází na venerologické oddělení nebo opakovaně užívá nouzové antikoncepce.

5. Doporučené postupy

5.1. Identifikace a krátké klinické zhodnocení, včetně poradenství a krátké intervence pro starší 15 let

Cílová skupina: Všichni pracovníci v kontaktu s mladými lidmi do 18. (19.) roku věku (v univerzálních, cílených a specializovaných službách) v celém zdravotnickém systému, systému sociální péče, ve školství, právním systému pro děti a mladistvé a dobrovolnickém a komunitním sektoru (NICE alkohol, 2010; Alcohol Concern, 2010).

Tato část se zaměřuje na podporu identifikace mladých lidí, kteří nehledají léčbu, ale mohou být ohroženi problémy spojenými s užíváním návykových látek (Zdroj: NICE PH alkoholu, 2010. Str. 8). Pracovníci nebo odborníci pracující s dětmi a mladými lidmi by měli být schopni:

- identifikovat ty, kteří jsou v ohrožení,
- vědět, kdy je zapotřebí podrobnější klinické zhodnocení,
- být schopen provést klinické zhodnocení,
- rychle oslovit vhodného odborníka (a správně/vhodně klienta k němu referovat), aby byly zabezpečeny další kroky.

Pro všechny mladé lidi do 18. roku věku: Identifikace by měla zahrnovat pouze krátký rozhovor o užívání návykových látek (např. co užil/a, jak často a v jakém kontextu – viz NICE užívání nelegálních drog: psychosociální intervence, 2008).

Pro mladé lidi do 15. roku věku: Pokud budou zjištěny jakékoliv obavy (pozitivní výsledky testu), mladému klientovi je nabídnuto komplexní zhodnocení potřeb zdravotních, vzdělávací a sociální péče (včetně zhodnocení míry užívání návykových látek, psychických problémů, fyzického zdraví, rodinnou situaci a jiné související okolnosti).

Pro všechny mladé lidi od 15. roku věku a starší: Pokud jsou zjištěny problémy s užíváním drog, je situace mladého posouzena podrobnějšími otázkami (krátké klinické hodnocení), a v případě potřeby jsou k dispozici rady a / nebo rozšířená krátká intervence. Pokud je výsledek skríníngu o poruchách způsobených užíváním drog pozitivní a vyplývající potřebuje komplexní péči, je nabídnuto a administrováno následné komplexní klinické posouzení stavu klienta.

1.1		Mladí lidé, kteří by mohli být v ohrožení, jsou identifikováni a je proveden základní orientační pohovor nebo posouzení míry užívání návykových látek a jiných rizik s tím spojených
1.1.1	2	Pracovníci dětských služeb (včetně adiktologických služeb pro mladé lidi) pracují s poskytovateli služeb na:
1.1.1a	2	vypracování písemné strategie k identifikaci ohrožených mladých lidí s problémy s užíváním návykových látek a dalšími souvisejícími problémy (např. ochrany bezpečí, školní absence nebo problémy se vzděláváním, problémy s duševním zdravím) prostřednictvím komplexního systému,
1.1.1b	2	zajištění přístupu k univerzálním a cíleným službám a zdrojům, které umožní poskytnout ucelený systém posouzení, s přístupem k podpoře specializovaných služeb, Pokyny: Viz Alcohol Concern (2010) pro příklady.
1.1.1c	2	systém posouzení je integrovanou součástí vzdělávání Místní komise pro ochranu dětí (Local Safeguarding Children Board (LSCB), čím je zabezpečena široká škála odborníků schopných rozpoznat problémy s užíváním a rizika s tím spojená.
1.1.2	2	Místní úřady a poskytovatelé služeb zajistí, aby zaměstnanci používali dohodnuté krátké a ověřené dotazníky k identifikaci mladých lidí v ohrožení (jako je CRAFFT doporučený NICE, 2010, viz nástroje uvedené v KN 1).
1.1.3	2	Používaný dotazník a doplňující otázky umožní pracovníkům získat informace: - zda mladý člověk nelegální drogy užívá, - jaké drogy a jakým způsobem užívá (v jakém kontextu), - jaká je frekvence užívání (vč. prvního a posledního užití), - o možných jiných rizicích nebo obavách (např. týkající se ochrany duševního zdraví, užívání v rámci rodiny, sexuální zranitelnost), - o názorech mladého klienta na užívání drog a dopad na jeho život (problémy doma, ve škole, se vztahy), - o ochotě k dalšímu klinickému hodnocení nebo pomoci.
1.1.4	2	Pracovníci univerzálních a cílených služeb pro mladé lidi získají vzdělání a podporu od pracovníků specializovaných služeb s cílem pojmenovat:
1.1.4a	2	indikátory užívání drog (skupiny a situace „v ohrožení“) Pokyny: na odkaz: Obr. č. 1, viz tabulka č. 1 (Mirza & Mirza, 2008), v příloze č. 1,
1.1.4b	2	přístupovat k rozhovoru s citlivostí stejně jako u 1.2.1c bez hodnocení a předsudků (souvisí s QNCC 1.3.1c),
1.1.4c	2	jak přesně a platně použít dohodnutý krátký dotazník,
1.1.4d	2	jak reagovat na identifikované potřeby pomocí definovaných způsobů péče.
1.1.5	2	Pracovníci mají přístup k návodům/postupům/informacím s kontaktními údaji na odborníky a specialisty kvůli poradenství nebo zabezpečení následného posouzení.
Pro klinické pokyny o vedení rozhovorů s mladými lidmi viz: KN 2		

5. Doporučené postupy

1.2	Odborně vyškolený personál vyhodnotí potřeby a zváží další kroky vhodné pro mladého klienta ve věku 15+, který je považován za ohroženého	
1.2.1	2	Pracovníci vedou rozhovor s ohroženým mladým klientem a s podporou specializovaných služeb se zaměří na:
1.2.1a	1	• porozumění a pojmenování rizik a prahů rizika, které indikují nezbytnost následných opatření,
1.2.1b	2	• možnost přístupu k poradenství a podpoře k specializovaným službám,
1.2.1c	1	• citlivé posuzování s přihlédnutím k věku mladistvého, s ohledem na emocionální zralost, úroveň porozumění, kulturní rozdíly a víru Pokyny: viz KN 2 pro klinické pokyny pro vedení rozhovorů s mladými lidmi. Způsob jakým "odborníci vedou rozhovor s mladým klientem při procesu identifikace problému/scríningu má potenciál pomoci mladému člověku uvažovat o jeho užívání drog a o souvisejících problémech a ovlivnit vstup k další pomoci a podrobnější vyhodnocení jeho situace". Ref: Jsi Welcome (2011, 5.1 a 5.2)
1.2.1d	2	• podpořit mladého klienta, aby do procesu léčby zapojil své rodiče anebo opatrovatele (pokud je to možné) anebo jiné dospělé,
1.2.1e	2	• poskytnout informace o tom jak mladý klient a jeho rodiče nebo opatrovníci mohou získat pomoc nebo radu bez ohledu na to, jestli o ni požádali,
1.2.1f	1	• poznat a dodržovat národní směrnice a předpisy pro získání informovaného souhlasu mladého klienta Pokyny: Viz NHMDU (2009); DH pokyny (www.dh.gov.uk/consent); Kodex zákona o duševním zdraví (kapitola 36).
1.2.1g	1	• poznat a dodržovat národní směrnice a předpisy o respektování soukromí mladého klienta, jeho právo a také limity dodržování mlčenlivosti Pokyny: Viz NTA (2003); „Rádo se stalo“ kritéria kvality (2011 3,1–3,4); viz normy QNCC "informace, informovaný souhlas a dodržování důvěrnosti" a "práva a ochranné opatření".
1.2.2	2	Používané dotazníky se dále odkazují na otázky týkající se užívání návykových látek použity v „Společný hodnotící rámec –CAF“ nebo jiné postupy posuzování používaných místními službami a/nebo agenturami „Program přístupu k péči–CPA“. Pokyny: NTA (2011b) – léčebný plán závislostí: část 2 Lokální CAF procesy jsou doporučeny, aby byla zabezpečena identifikace intervencí potřebných při užívání návykových látek a odkazoval se na ně dle potřeby (viz také NTA, 2007)
1.2.3	2	Před administrací posuzovacího rozhovoru, jsou mladý klient a jeho rodič nebo opatrovník (je-li to vhodné) informováni o účelu otázek a o tom, jaké následné intervence budou k dispozici, pokud by byl problém identifikován.

1.3	Otázky kladené k identifikaci a/nebo rychlému posouzení rizik, které jsou vhodné k dosažení vytýčeného cíle, vhodné s ohledem na situaci, a přijatelné pro mladé lidi, jejich rodiče nebo pečovatele a také pracovníky	
1.3.1	2	Kladené otázky jsou pro mladé klienty, jejich rodiče a/nebo opatrovníky akceptovatelné a srozumitelné
1.3.2	2	Pracovníci referují, zda je proces identifikování problému a následného dotazování dostatečně rychlý a praktický s ohledem na dané pracoviště nebo situaci

1.4	Služby, které identifikují rizika a nabízejí rychlé klinické posouzení situace, sbírají a monitorují své aktivity a reagují na potřeby mladých klientů	
1.4.1	2	Služby sbírají a monitorují: • důsledné dodržování dohodnutých rizikových prahů pokud je zvažována další akce.

Poradenství a krátké intervence pro osoby starších 15 let

Cílová skupina: Mladí lidé ve věku 15+:

- kteří byly testem vyhodnoceny jako uživatelé návykových látek, ale jsou bez psychické poruchy nebo
- u kterých existují obavy z užívání nelegálních drog, ale kteří nejsou závislí, nebo
- ti, kteří jsou bez komplexních a kombinovaných problémů (jako jsou např. problémy ve škole, větší problémy doma nebo ve vztazích, všeobecně dobrá úroveň fungování ve většině oblastí života).

Je jim nabídnuta komplexnější krátká intervence zaměřená na rizikové nebo škodlivé užívání alkoholu nebo drog (NICE alkohol, 2011). Kromě toho jsou k dispozici všichni pracovníci a odborníci, kteří jsou vyškoleni, aby reagovali na potřeby mladého klienta. Autoři NICE Alkohol (2010), doporučení 6 – doporučují být opatrní při sdělování rad nebo administraci krátkých intervencí s mladšími dětmi. Neexistují žádné důkazy pro použití rozšířených krátkých intervencí u dětí mladších 15 let. (Viz také Alcohol Concern, 2010. Str. 13–16; Kaminer et al., 2008). Komplexní posouzení (viz bod 2), by mělo být nabídnuto:

- mladším 15 let, kteří byli testem vyhodnoceni jako uživatelé návykových látek,
- starší 15 let, kteří byli testem vyhodnoceni jako uživatelé návykových látek,
- těm, kteří mají komplexní a kombinované problémy.

5. Doporučené postupy

1.5		Mladým lidem starším 15 let, kteří nejsou závislí, ale jsou považováni za rizikové z hlediska užívání nelegálních drog, jsou nabídnuty jejich věku přizpůsobené rady a/nebo rozšířené krátké intervence s cílem zabránit dalšímu užívání
1.5.1	2	Mladým klientům jsou nabídnuty rady nebo rozšířené krátké intervence administrované pracovníky se speciálním vzděláním k používání nehodnotících a reflektujících intervencí vhodných pro danou věkovou skupinu s cílem prohloubit motivaci ke změně chování. Ref: NICE, užívání drog: psychosociální intervence, (2008. Str. 12).
důležité		Pracovníkům, kteří jsou s klienty v kontaktu a administrují intervence, je pravidelně nabízeno vzdělávání:
1.5.2	2	• techniky motivačních rozhovorů v klinickém prostředí s cílem zaangażovat mladého klienta jeho rodiče nebo opatrovníky (pokud je to možné) prostřednictvím administrace krátké intervence (viz McCambridge et al., 2008).
1.5.3	2	• věku přiměřené poradenství a svépomocné vedení Pokyny: "Přesné komponenty úspěšné krátké intervence s mladými lidmi nejsou známy, ale některé zjištění ukazují, že již rozhovor o historii užívání daného mladého klienta a krátká diskuse může být užitečná a otevřít se lékařům, kteří mohou zasáhnout" (McArdle et al., 2011), viz také Walton et al. (2010) a Alcohol Concern (2010).

5.1.1. KN1 Skrining⁷ míry užívání návykových látek nebo nástroje pro posouzení

Alkohol

- Test: AUDIT-C-Alcohol Use Disorders Identification Test – Knight et al. (2003) se používá u 14 až 18letých, ale ne v podmínkách primární péče; doporučeno NICE pro 16 a 17 let (NICE alkohol, 2010. Str. 16) www.cqaimh.org/pdf/tool_auditc.pdf
- Dotazník: SASQ-Single Alcohol Screening Questionnaire – viz www.swpho.nhs.uk/resource/view.aspx?RID=46136

Nelegální drogy a alkohol

- Dotazník CRAFFT (Knight et al., 1999) posuzuje užívání alkoholu a nelegálních drog, a je vývojově vhodný pro dospívající; jeho platnost a spolehlivost byla prokázána viz strana 68 Knight et al (2003). Použití CRAFFT doporučuje NICE (2010). CRAFFT je zkratka z prvních písmen klíčových slov v šesti scríningových otázkách. Otázky by měly být položeny přesně tak, jak jsou formulovány – viz www.ceasar-boston.org/CRAFFT/index.php

CRAFFT

C Už jste někdy jel v autě (**CAR**) řízeném někým (včetně sebe), kdo byl „high“ – pod vlivem alkoholu nebo drog?

R Užili jste nebo užíváte drogy nebo alkohol k **RELAXACI** nebo pro zlepšení pocitu, nebo abyste zapadl?

A Užíváte někdy drogy nebo alkohol o samotě, když jste sám (**ALONE**)?

F Stalo se Vám někdy, že jste pod vlivem nelegálních drog nebo alkoholu na něco zapomněl (**FORGET**)?

F Už Vám někdy někdo z vašich přátel (**FRIENDS**) nebo z Vaší rodiny řekl, že byste měl omezit pití nebo užívání nelegálních drog.

T Už jste se dostali do potíží (**TROUBLE**), když jste byl pod vlivem alkoholu nebo nelegální drogy?

- Dotazník SQIFA administrován YOTs (www.yjb.gov.uk/engb/professionals/Health/MentalHealth/) je krátký dotazník zaměřen na zhodnocení duševního zdraví adolescentů (Mental Health Screening Questionnaire Interview for Adolescents), který obsahuje taky otázky týkající se užívání návykových látek. Můžou ho administrovat všichni pracovníci YOT a pokud je riziko užívání vyhodnocené jako pozitivní, podrobnější skríningový rozhovor může být proveden zdravotnickým personálem YOT.
- Testovací nástroj MASQ – Maudsley Adolescent Substance Misuse Tool má ověřenou obsahovou validitu, ale jeho reliabilita a konstrukční validita se v současné době testuje a jeho platnost se ověřuje vůči CRAFFT (osobní komunikace s dr. KAH Mirza a Dr. Paul McArdle v roce 2012). Jedná se o sebehodnotící stupnici, jejíž vyplnění trvá pět minut a obsahuje 5 otázek o nelegálních drogách a alkoholu

⁷ Pozn. red.: Některé z uvedených nástrojů jsou adaptovány a publikovány v českém jazyce. Doporučujeme použít přehled a doplňující informace obsažené na www.adiktologie.cz v sekci Evaluační centrum, kde je tématu věnována systematická pozornost.

5. Doporučené postupy

a 3 otázky o kouření tabáku. Posuzuje rovněž, zda mladý člověk vyhledal pomoc, nebo ne.

Všechny nástroje používané k doplnění dalších informací získaných v prvotním rozhovoru by měly mít prokázanou validitu a reliabilitu. V opačném případě může být vysoké riziko výskytu početných falešně pozitivních nebo falešně negativních výsledků vyhodnocení a mohlo by dojít k chybné identifikaci a/nebo označení klienta. Pro přehled hodnotících nástrojů viz Perepletchikova et al. (2008).

5.1.2. KN2 Dotazování mladých lidí – Klinický návod

NICE (2010) zdůrazňují, že „každý profesionál s odpovědností za zabezpečení ochrany dětí a mladých lidí a ten, kdo pravidelně přichází do styku s touto věkovou skupinou“, by měl být schopen provést tento druh intervence – viz NICE Pokyny pro 10–15leté. Ve všech rozhovorech s mladými lidmi je nutné vždy zvážit kulturní rozdíly, vyznání a také vliv jejich rodin. Pokyny Dr. Paul McArdle.

Klinické hodnocení by mělo být prováděno pracovníky kompetentními k vedení rozhovorů s mladými lidmi (např. těmi, kteří jsou školeny pro práci s mladými lidmi, jako jsou pracovníci s mládeží, učitelé, dětské lékaři nebo zdravotní sestry) a s jejími rodiči nebo opatrovníky. Cílem není jen odhalit užívání návykových látek, ale taky generovat údaje o tom, zda je mladý člověk obecně v nouzi a/nebo ohrožení. Pokud je to možné, informace by měly být doplněny také o názory rodičů či pečovatелů. Použití vhodných, validních a spolehlivých dotazníků může dobře doplnit informace získané v hodnocení (viz nástroje uvedené v KN1).

Začněte s neobtěžujícími, vztah budujícími otázkami, jako například:

- Kam chodí do školy, možná jestli je to dobrá nebo špatná škola? (Tento druh otázek dá mladému člověku „povolení“ projevít svůj názor, projevít co si myslí, postihnout jeho/její vlastní schopnosti vyjádření. Nesnaží se hodnotit školu jako takovou).
- Komu fandí nebo jaká hudba se mu líbí? (Tohle nám dává možnost poznat současné trendy mezi mladými lidmi).
- S kým žijí?

Používáním věku přiměřeného jazyka⁸ zaměřeného na mladé adolescenty pokračujte v získávání dalších podrobností o:

- Zda navštěvují školu?
- Zda rád čte? Jestli někdy čte noviny, časopisy a/nebo instrukce k počítačovým hrám, jestli si píše textovky/odkazy a/nebo užívá Facebook nebo Twitter?
- Je jako člověk šťastný nebo nešťastný? Pokud se hodnotí jako nešťastný, přemýšlel někdy o sebepoškozování? Jsou lidé, s kterými bydlí, k němu laskaví? Pokud je přítomná matka, jsou k ní laskaví?

Tento druh otázek nabízí možnost měření kognitivního vývoje a afektivní a interakční kvalitu klíčových vztahů. Aby bylo možno zahrnout mladé lidi se špatnou jazykovou výbavou, otázky jsou formulovány jednoduchým jazykem, který lze přizpůsobovat.

Přejděte k otevřeným otázkám ohledně užívání návykových látek:

- Pijete alkohol? Co rádi pijete – k odlehčení – „jak to chutná“?

⁸ Je žádoucí se s mladým klientem dohodnout na formě oslovení (tykání vs. vykání) a dohodnutou formu respektovat a následovat počas celého kontaktu s ním/ní.

5. Doporučené postupy

- Pijete sám/a nebo s přáteli; jak dlouho se s nimi znáte, jsou k Vám laskaví nebo sprostí?
- Kolik, jaké množství alkoholu vypijete? Pokud je odpověď obecná jako “pár plechovek”, je někdy užitečné dát dotazovanému nápovědu např. „dvacet plechovek“? Mírně pobaven tímhle výrokem, může být dotazovaný schopen sdělit realistický odhad. Podobný styl dotazování lze použít k odhadu užívání konopí „dvacet dýmek/jointů denně“, ale odpověď by mohla být „deset“.

Zařaďte také otázky v čem je mladý klient dobrý, jaké má dovednosti a jaké má plány do budoucna. Prováděný assessment by měl být také zaměřen na popis klientových silných stránek a zdrojů podpory, jeho snů a nadějí do budoucna (viz McAdam & Mirza, 2009). Po celou dobu administrátor rozhovoru pozoruje obecné vystupování a celkovou pohodu daného mladého člověka.

5.2. Komplexní klinické posouzení

Drogová strategie (2010. Str. 12) výslovně stanovuje, že „*služby zaměřené na oblast užívání návykových látek, represivní složky specializované na mládež, zařízení na ochranu duševního zdraví a sociální servis pro ochranu dětí a mládeže musí pracovat společně a koordinovaně a (že odborná podpora zaměřena na užívání nelegálních drog a alkoholu) je zabezpečena*“. Stejně tak DrugScope (2010. Str. 22) s ohledem na zajištění a správné řešení potřeb mladých lidí zdůrazňuje, že je v této oblasti nevyhnutelný interdisciplinární (v případě potřeby) a holistický přístup. Odborné posouzení potřeby léčby problémů spojených s užíváním návykových látek může být součástí celkového klinického posouzení všech potřeb daného mladého klienta (NTA, 2007).

Cílová skupina: Specializované služby nebo odborníci s pravomocí posuzovat a léčit ohrožené mladé lidi.

Aby byla zabezpečena komplexnost klinického posouzení, je potřebné, aby jej prováděl tým odborníků (např. odborníků specialistů – adiktologů, sociálních pracovníků, pracovníků CAMHS⁹ s spoluprací ostatními agenturami) nebo vedoucí odborný konzultant (např. místní dozorující pediatr se zapojením příslušného praktického lékaře majícího klienta v péči a rodičů nebo pečovatелů), s pravomocí posoudit širší vývojové a duševní potřeby mladého člověka a připravit komplexní plán péče a intervencí.

Mladým klientům s četnými a komplexními potřebami (včetně obav o duševní zdraví) s cílem postihnout všechny jejich potřeby (případně i potřeby jejich rodičů nebo opatrovníků) je nevyhnutelné nabídnout komplexní klinické posouzení, které bude realizováno ve spolupráci s odborníkem – adiktologem, týmem CAMHS nebo jinými relevantními subjekty (např. YOT nebo sociální služby). Tato forma by měla zabezpečit komplexní péči a intervenční plán, který řeší nejen problémy se zneužíváním návykových látek, ale má přesah do všech oblastí ovlivňujících schopnost mladého člověka fungovat.

Pokud je to možné, komplexní klinické posouzení by mělo být provedeno ihned, jak se objeví a/nebo jsou identifikovány první problémy mladého člověka.

Vstup		
2.1	Mladý klient (s rodiči nebo opatrovníky) absolvuje odpovídající, koordinované a komplexní klinické posouzení prostřednictvím široké škály univerzálních nebo cílených služeb (souvisí s QNCC 1.1)	
2.1.1	2	Zástupci a provozovatelé specializovaných služeb pro děti a mládež mají vypracovanou dohodu, která zabezpečí, že mladému člověku bude k dispozici komplexní klinické posouzení zaměřené na užívání nelegálních drog a s tím souvisejících problémů. Tento je koordinován s dalšími relevantními odbory a službami.

9 CAMHS – Child and Adolescent Mental Health Services, překlad Služba na ochranu duševního zdraví dětí a mládeže

5. Doporučené postupy

2.1.2	2	Služby a profesionálové nabízející komplexní klinické posouzení, jsou připraveni respektovat místní zvyklosti a kritéria (včetně pokynů pro sebehodnocení) a tyto vhodně komunikují pracovníkům dalších relevantních služeb, které přijdou do kontaktu s daným mladým klientem. Například (prosím uvědomte si, že toto není úplný a vyčerpávající seznam): poskytovatelé primární péče, pracovníci represivních složek a justičního systému se zaměřením na mládež – včetně pracovníků dohlížejších na průběh uložených alternativních trestů (probační úředníci) a průběh návratu s ochranného bydlení, pracovníci záchranného systému, pediatři, CAMHS, pracovníci klinik sexuálního a reprodukčního zdraví, pracovníci ve školství, pracovníci integrovaného a cíleného systému podpory pro děti a mladá, policisti, sociální pracovníci, dobrovolníci z neziskového sektoru (např. pracovníci organizací poskytujících poradenství mladým lidem).
2.1.3	2	Pracovníkům, kteří identifikují riziko/problém je zabezpečen přístup k normám, pokynům, referenčním kritériím kdy je nutnost provést komplexní klinické posouzení a taky ke kontaktům na odborníky. Pokyny: služby mají připraven diagram, který obsahuje kontakty na koho se obrátit v souladu s identifikovanými rizikovými faktory.
důležité		Profesionálové nabízející komplexní klinické posouzení:
2.1.4	2	pracují s místně domluvenými protokoly pro zajištění zhodnocení a pokud je to potřebné, osloví a zapojí další disciplíny nezbytné pro posouzení všech prezentujících se potřeb. Pokyny: DrugScope (2010) uvádí příklad účinné integrace, když pracovník CAMHS přistoupil k spolupráci se službou o užívání návykových látek a pracovníky represivních složek a justičního systému, s mladými lidmi s pozitivní zkušeností s péčí. V některých oblastech pomáhá týdenní společné MDT fórum, které lépe zajistí přiměřenou a komplexní odpověď na předložené doporučení.
2.1.5	2	sdílí a dodržuje místně domluvený seznam výrazů a definicí popisujících užívání návykových látek, zdravotní potřeby, potřeby vážící se k vzdělávání a sociální péči, duševní zdraví a specifické poruchy učení.
2.1.6	2	jsou k dispozici ke konzultacím pro pracovníky služeb, kde bylo riziko/problém poprvé identifikováno, a kteří zabezpečili následnou intervenci.
2.1.7	2	Pracovníci služby, která zabezpečuje komplexní klinické posouzení, zjistí, zda a kde existují problémy s dosahem a začleněním určité specifické skupiny mladých lidí. Implementuje a monitoruje strategie, které problém řeší (QNCC 1.3.4). Pokyny: V závislosti na lokalitě je možné zahrnout strategie pro řešení potřeb afro-americké nebo jiné etnické minority, přistěhovalců, mladých skórujících ve spektru autistických poruch, se specifickými poruchami učení a/nebo s četnými dalšími duševními problémy, záškoláky, mladými lidmi začleněnými do procesu získávání azylu, cizinci a/ nebo mladým bez bezpečného bydlení. Ref: CQC 16A a „Rádo se stalo“ (2011, 1.7 a 1.8).

2.2	Mladý klient (s rodiči nebo opatrovníky, pokud je to vhodné) absolvují časnou diagnostiku a klinické zhodnocení stavu a potřeb a jsou informováni o tom, co očekávat	
2.2.1	2	Mladému člověku v ohrožení je nabídnuto komplexní hodnocení provedené vyškoleným profesionálem co nejdříve od zachycené potřeby/problému. Ref: Addiction (2009); NTA (2011b); DrugScope (2010); Alcohol Concern (2010).
2.2.2	2	Před samotným klinickým posouzením přidělený pracovník informuje mladého klienta (a jeho rodiče/opatrovníky, pokud je to vhodné a/nebo možné), proč je nutné klinické posouzení provést, co je jeho cílem, co to bude obnášet, s kým bude mladý klient v kontaktu a proč. Ref: „Rádo se stalo“ (2011, 1.1).
2.2.3	2	Pracovníci provádějící služby kontaktují mladého klienta, jeho rodiče nebo opatrovníky (pokud je to vhodné) a dohodnou čas a místo schůzek a zprostředkují jim kontakty, které jim budou vyhovovat. Ref: „Rádo se stalo“ (2011, 1.2).
2.2.4	3	Zástupci a provozovatelé služeb mají k dispozici odborníky, kteří nabízejí administraci klinického posouzení po pracovní době, doma u mladého klienta, aby mohly tuto službu využít i ti, kteří chodí do školy a/nebo jsou zaměstnaní a ti, kteří nemohou nebo váhají služby využít.

Komplexní klinické posouzení		
2.3	Mladý klient (s rodiči nebo opatrovníky, pokud je to vhodné) absolvují společné posouzení a jsou informováni o tom, co očekávat. Podílejí se na všech rozhodnutích o plánované léčbě a plánovaných intervencích (QNCC 2.4).	
2.3.1	2	Před zahájením klinického posouzení si přidělený pracovník ověří, zda mladý klient a jeho rodiče nebo opatrovníci (pokud jsou přítomni) vědí, kdo ho/ji bude hodnotit, důvody pro které je posouzení prováděno, co bude proces obnášet a jak mu/jí to může pomoci (přepojené s 2.2.2).
2.3.2	2	Pokud není možné, aby při provádění klinického posouzení byl přítomen rodič nebo opatrovník, je klient dotázán, jestli si přeje přítomnost jiného člena rodiny, přítele nebo advokáta. Ref: NICE (2012, Patient experience, 1.5.16)
2.3.3	2	S ohledem na věk a schopnosti mladého klienta vedoucí posuzovatel zajistí, aby nebyly přehlédnuty názory, přání a pocity daného mladého klienta. Zaručí, že jsou aktivně podporovány a zaznamenány a jako poznámky doplněny do karty klienta. Také zaručí, že žádné rozhodnutí se neprovádí „o něm bez něj“, tedy bez jeho plného zapojení. Ref: DH (2011, „Žádné rozhodnutí o mně beze mě“).
2.3.4	2	Mladému klientovi, jeho rodiči nebo opatrovníkovi, nebo jinému doprovodu, je předložena zpětná vazba a výsledky klinického posouzení, včetně vysvětlení povahy problému, navrhované intervence a další kroky. Pokyny: Slovní zpětná vazba je předána v rámci sezení a v písemné podobě (pokud je to relevantní) do 48 hodin po administraci klinického posouzení.

5. Doporučené postupy

2.4	Komplexní klinické posouzení je efektivně koordinováno s ohledem na zabezpečení kontinuity péče a existujících vztahů/vazeb s jinými odborníky	
2.4.1		<i>„Kontinuita a důslednost péče, vybudování důvěry, empatický přístup a spolehlivý vztah s kompetentním a orientovaným.. (...).. odborníkem je klíčové pro nabízení účinné, přiměřené léčebné péče. Relevantní informace by měly být sdíleny mezi profesionály a mezi.. (...).. [službami] v rámci možných hranic s cílem podpořit kvalitu péče “(NICE, 2012, Patient experience, 1.4).</i> V souladu s národními a místními nařízeními a normami týkajícími se dodržování důvěrnosti odborný pracovník nabízející komplexní klinické posouzení stanoví, zda mladý klient: Pokyny: Proces provádění klinického posouzení by měl být koordinováno napříč službami a zařízeními (pokud je to nezbytné), aby se, pokud je to možné, předešlo opakování. Ref: CQC 4L 6B
2.4.1a	2	• je podporován jinou službou zabezpečující péči (např. YJS¹⁰, sociální péče, služby působící v oblasti léčby závislostí)
2.4.1b	2	• podstoupil i další klinická posouzení jako jsou CAF, ASSET, CPA, nebo další
2.4.1.c	2	• byl určen koordinátor péče mladého klienta v rámci CAF nebo vedoucího odborníka v rámci CPA
2.4.1d	2	• je připraven a otevřen spolupráci s klíčovými pracovníky a službami
2.4.2	2	Podle potřeby a se souhlasem mladého klienta mají relevantní zařízení přístup a možnost sdílet informace shromážděné během předchozích klinických posouzení s cílem zamezit nežádoucímu opakování a podpořit kontinuitu péče. CQC 4L; Children’s NSF (Str. 3), 2004; DH, No Health without Mental Health – ‘only ask once’ principle (2011d. Str. 32); DH CPA (2008. Str. 30).
2.4.3	2	Mladý klient má možnost nahlásit, zda plány o provedení klinického posouzení byly v spolupráci a se zapojením již spolupracujících odborníků.
2.4.4	2	Je-li nutné získávání doplňujících informací a/nebo spolupráce s dalšími odborníky, vedoucí pracovník dohlédne, aby byl vyžádán informovaný souhlas od mladého klienta, jeho rodičů nebo opatrovníků (pokud je to vhodné). Pokyny: Převzato z QNCC 2.2.3 a 4.2.1 pozři CQC 1A 6G a Kodex zákona o duševním zdraví část 34, 36; NMH DU Legal Guide, strany 19–23.

10 YJS – Youth Justice System, překlad represivní složky a justiční systém zaměřený na děti a mládež

2.5	Odborníci mají potřebné pravomoci a zdroje, aby mohli provádět komplexní klinické posouzení a zabezpečit péči a vypracovat léčebný plán (QNCC 2,3)	
2.5.1	2	Mladý klient se zúčastní kompletního klinického posouzení pod dohledem vedoucího odborníka, který dohlédne, aby byli brány v úvahu všechny potřeby dotazovaného (přesah do 3.2.1).
2.5.2	2	Mladý klient, pokud je to možné, i jeho rodič nebo opatrovník jsou posuzováni pracovníky s potřebnými kompetencemi a výškoleními k navazování vzájemného důvěrného vztahu a schopnými se zabývat (přesah 4.2.3): • mladým klientem (např. zapojením motivačních technik do rozhovoru) • rodiči nebo opatrovníky, partnery a širší rodinou s cílem podpořit léčbu a zotavení mladého klienta (např. proces založený na zapojení rodiny) • dalšími profesionály a odborníky s cílem postihnout všechny části prezentovaného problému Pokyny: Zaměstnanci by měli pracovat s rámcem a modelem explicitně vytvořeným pro tyto interakce; ty by měly být ideálně vytvořeny na základě poznání důkazů (např. motivační rozhovory, vnímavému dotazování nebo praxe založené na mentalizaci). Autoři však připouští, že potřebné důkazy pro administraci jednotlivých přístupů v této věkové skupině jsou slabé. Ref: NTA (2007); Bukstein et al. (1997. Str. 152S); Mirza & Mirza (2008. Str. 359); Winter & Kaminer (2011); Spirito et al. (2009); Hogue et al. (2009).

2.6	Klinická posouzení jsou komplexní a odpovídají na potřeby mladého klienta	
2.6.1	2	Se souhlasem mladého klienta jsou do procesu realizace klinického posouzení zapojeni i další odborníci, kteří s ním již byli v kontaktu. Pokyny: Například, lékaři, zaměstnanci školy, sociální pracovníci, pracovníci represivních složek a justičního systému se zaměřením na mládež, nebo jiných zainteresovaných pracovišť.
2.6.2	2	Pracovníci aktivně podporují zapojení rodičů a opatrovníků do procesu realizace posouzení a dohlédnou, že jejich názory a pohled jsou zapsány do karty klienta. (souvisí s 3.1.7) Ref: NTA (2007, 2009).
2.6.3	1	Mladý klient je v kontaktu s odborníky s příslušnými kompetencemi, kvalifikací a zručnostmi žádoucími k práci na komplexním klinickém posouzení. Pokyny: Přístup si vyžaduje empatický, flexibilní a nehodnotící reakce. V počáteční fázi se zaměřením na volnočasové aktivity mladého klienta, na jeho zájmy a krátkodobé a dlouhodobé cíle. Až poté může postoupit k přezkoumání situace kolem užívání návykových látek, povahy a šíře problému a dopadu na jejich život, fungování a dosahování cílů (Mirza & Mirza, 2008. Str 359; Winnter & Kaminer, 2011).

5. Doporučené postupy

důležité		Součástí komplexního klinického posouzení mladého klienta je: Ref: NTA (2007, 2009); Bukstein et al. (1997).
2.6.4a	1	• <i>užívání návykových látek a s tím související rizika</i>, včetně časové linie s použitím věkově citlivých validních a reliabilních vyhodnocovacích stupnic nebo strukturovaných rozhovorů Ref: Perepletchikova et al. (2008); NTA (2009. Str. 26).
2.6.4b	1	• <i>informace o možných vývojových a vzdělávacích a psychických problémech</i> – premorbidních a/nebo komorbidních psychických a behaviorálních poruchách Ref: NTA (2009. Str. 26).
2.6.4c	1	• <i>informace o somatickém stavu/zdraví</i> s ohledem na přímý (např. abscesy, hepatitidy, bronchitida) a nepřímý dopad na zdraví (např. sexuální).
2.6.4d	1	• <i>obavy a bezpečnostní rizika</i> – vedle současných a minulých rizik spojených s výše zmíněnými oblastmi je nutné se zaměřit také na posouzení rizik doma, v místní komunitě, na přítomnost rodiče nebo opatrovníka užívajícího návykové látky, na ochranu bezpečí dětí a mladistvých; na rizika, která je třeba řešit neodkladně a v souladu s místními nařízeními a postupy.
2.6.4e	2	• identifikace (nebo pomoc při identifikaci a podpora) aspirací a cílů mladých klientů a jejich rodičů či pečovatelů Pokyny: DH CPA (2008. Str. 18)
2.6.4f	2	• <i>rodinná anamnéza a informace o každodenním fungování</i> s ohledem na vztahy mladého klienta, je žádoucí podchytit současnou situaci a také minulost.
2.6.4g	1	• <i>faktory, které přispívají k vyšší zranitelnosti</i> včetně situace mladého klienta doma, ve škole, obecně sociální fungování, páčání trestné činnosti
2.6.4h	1	• <i>faktory, které přispívají k resilienci (odolnosti)</i> včetně výše uvedených oblastí (2.6.4) a identifikace faktorů, které podporují resilienci (odolnost) vůči užívání návykových látek Ref (2.6.4.g a h): NTA (2007, 2009. Str. 27); ACMD (2006); DH CPA (2008. Str. 18); Dětské NSF (2004. Str. 40).
2.6.5		Pokud je to možné, odborníci, kteří disponují potřebnými kompetencemi, vedou také pohovor s rodiči nebo opatrovníky a hodnotí:
2.6.5a	2	• minulé a současné fungování rodiny, přítomné stresory a možné podpůrné chování vůči užívání návykových látek, historii užívání návykových látek a ostatní duševní poruchy. Pokyny: například posuzovatel vezme v úvahu potřeby a dopady užívání návykových látek a souvisejících problémů na rodiče a sourozence a naopak.

2.6.5b	2	• komunitní zdroje a rizika Pokyny: Pokud jsou zjištěna specifická rizika v komunitě, posuzovatel by měl dodržovat jasné protokoly (v rámci dohodnutých podmínek zachování důvěrnosti a s ohledem na limity), určené týmům jak kontaktovat příslušné orgány (pravděpodobně policii nebo sociální služby). Například, pokud existuje důkaz, že místní dealer se začal zaměřovat na nezletilé osoby nebo v případě, že je jasné patrná přítomnost členů skupin, které sexuálně vykořisťují dospělé a zaměřují se také na nabízení nelegálních drog a alkoholu nezletilým.
2.6.5c	2	• posoudit schopnost a ochotu rodičů a opatrovníků podporovat léčbu a uzdravení jejich dítěte a dodržovat a zachovávat žádoucí intervence.

5.3. Plán integrované péče

„Plán péče by měl postihnout celé spektrum potřeb mladého klienta s přihlédnutím k jeho somatickému stavu, osobní, sociální a ekonomické situaci, vzdělávacím potřebám, duševnímu zdraví, etnickému a kulturnímu zázemí a dalším okolnostem“. [www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Longtermconditions/DH_093359]. Měl by to být stručný a srozumitelný popis nesnází mladého člověka a návrhy řešení. Je nezbytné, aby byla pozornost věnována mladému klientovi a jeho rodině, kultuře, víře ve všech aspektech a plánům, jak bude navrhovaná péče realizována.

Poznámka: pojem „plán péče“ se vztahuje jak na celkový plán péče, tak na konkrétní lékařské a terapeutické úkony.

3.1	Plán péče by měl být komplexní a efektivně koordinován, aby mohl reagovat na potřeby mladého klienta (QNCC 2.6.1)	
3.1.1	1	Pro mladého klienta je vypracován plán péče a intervencí (QNCC 2.6.1). Pokyny: Pro příklady plánů péče „nakloněných mladým klientům“ v různých fázích terapie, viz plány péče CASUS http://ambit-casus.tiddlyspace.com
3.1.2	2	Pod dohledem vedoucího odborníka, který má odpovídající dovednosti k zajištění potřeb zjištěných v klinických zhodnoceních, dohlédne, aby tyto byly řešeny prostřednictvím integrativního přístupu (v souvislosti s 2.4.1). Ref: Munro Report (2011).
důležité		Plán péče:
3.1.3	2	• je vypracovaný ve spolupráci s mladým klientem a zahrnuje informace o tom, jak by chtěl, aby byly jeho rodiče, pečovatelé nebo jiní členové rodiny zapojeni do rozhodování o jeho péči • Ref: NICE (Péče o pacienta, 1.3.10) Ref: „Rádo se stalo“ (2011, 1.2).
3.1.4		• obsahuje informace o cílech a žádoucích výsledcích mladého klienta
3.1.5	2	• postihuje celý čas léčby včetně následné péče nebo plánů o přemístění péče, v úzké spolupráci s rodinou, školou a dalšími nezbytnými zařízeními
3.1.6	2	• je sepsán v souladu s principy nastíněnými v NTA (2008b) „Provoz služeb a zacházení s mladými lidmi užívajícími návykové látky“ Ref: NTA (2011. Str. 7)
3.1.7	2	• podporuje účast rodičů nebo opatrovníků na realizaci a posuzování léčby (souvisí s 2.5.2) Ref: NTA (2008a)
3.1.8		• nastíní plány domluvené s dalšími zařízeními a servisními službami s cílem zabezpečit vzdělávání, zaměstnání, ubytování, pomoc s finančními závazky a sociální služby pro mladého klienta Ref: DrugScope (2010); NICE „Pokyny relevantní pro práci s mladými lidmi“.

3.1.9	2	podchytit všechny oblasti vyjmenované v bodech 2.6.4 a 2.6.5 a pracovat s možnou kapacitou a ochotou dalších zařízení při přesazování a podpoře plánovaných intervencí Pokyny: Například, odborníci budou nuceni navázat kontakt se školou, dobrovolnickými organizacemi, sociální službou, aby je připravily na nezbytnost podpory plánovaných intervencí.
3.1.10	2	Karta mladého klienta obsahuje správu o zástupcích vybraných profesí a zařízení, kteří spolu vypracovaly akční plán podpory potřeb mladého klienta.
3.1.11	2	Mladý klient je v kontaktu s přiděleným odborníkem, kterého zodpovědností je zabezpečit koordinaci péče napříč službami a zařízeními (pokud je to potřebné). Mladý klient a ostatní zainteresovaní jeho zodpovědnosti znají a jsou s nimi srozuměni.

3.2	Plán péče mladého klienta je pravidelně aktualizován a sdílen s relevantními stranami (QNCC 2.6).	
3.2.1	2	Plán péče je pravidelně vyhodnocován a doplněn o diskuse a přehodnocení mladým klientem, zda je pro něj účinný (QNCC 2.6.2).
3.2.2	2	V závislosti na závažnost, posouzení rizik ve vztahu k užívání návykových látek a s tím souvisejících problémech, je plán vyhodnocován v pravidelných intervalech (např. 3–6 měsíců).
3.2.3	2	Cíle vytýčené mladým klientem, jeho rodiči nebo opatrovníky jsou pravidelně monitorovány (QNCC 3.5.3). Pokyny: DH CPA (2008. Str. 20); CQC 16A.
3.2.4	2	Sepsané úpravy plánu péče jsou dané k dispozici mladému klientovi, jeho rodičům nebo opatrovníkům a ostatním relevantním osobám, jako např. všeobecnému dětskému lékaři nebo jiným zařízením, která se podílejí na jeho implementaci.
3.2.5	2	V případě mladých klientů, kteří se blíží horní věkové hranici služby pro mladistvé, jsou s jejich souhlasem vypracovány plány přestupu péče do zařízení pro dospělé se 6 měsíční dobou přesahu péče. Ref: CQC 4.4L; CQC 12.12B
3.2.6	2	Pokud se stane, že část intervence zachycené v plánu péče není naplněna, do karty mladého klienta je zanesen detailní popis důvodů, proč se tak stalo a toto je dále komunikováno nejen mladému klientovi, ale také jeho rodičům nebo opatrovníkům (QNCC 2.7.3).

5.4. Integrovaná péče a intervence

Doporučený model poskytování služeb – Model Asertivní Terénní Práce s dalšími zařízeními (NTA, 2008a).

„Dětem a mladým lidem vstupujícím do adiktologických služeb je nabídnuta individuální kognitivně-behaviorální terapie (KBT). Pokud mají signifikantní komorbidní potíže nebo limitovanou sociální podporu, je jim nabídnut program multi-komponentní péče, zahrnující rodinnou a/nebo systemickou terapii“ (NICE Standardy kvality. Závislost na alkoholu „Odborné intervence pro děti a mládež“).

Poznámka: KBT je doporučeno částečně proto, že se jedná o nejvíc hodnocenou formu terapie.¹¹ Další modely mohou být stejně účinné. Nejdůležitější je, že uznanou formu strukturované terapie nabízí kompetentní osoba. Meta-analýza naznačuje, že jsou důležité dobré interpersonální dovednosti měřené vřelostí, empatií a upřímností a zajištění přijatelně zdůvodněných zamýšlených intervencí (viz Karver et al., 2006). Také připravenost zapojit se do terénní práce, jako je návštěva u mladého klienta v místě bydliště, spíše než se spoléhat výhradně na návštěvy na klinice, a nabídnout připomínky domluveného času následujícího setkání, s velkou mírou pravděpodobnosti podpoří zapojení mladého klienta.

Mladý klient by měl zažít bezproblémovou péči. Pokud je to možné, měl by mít pravidelný kontakt se stejným pracovníkem/terapeutem, který je (s podporou ostatních, a jak je požadováno) odpovědný za navázání a udržení důvěrného vztahu s mladým klientem; toto je považováno za základ pečujícího, léčivého vztahu. www.nice.org.uk/guidance/qualitystandards/service-user-experience-in-adult-mental-health/ContinuityOfCare.jsp (viz následné pokyny a shrnutí individuální terapie založené na důkazech a léčbě komorbidit viz KN3 a 4).

4.1	Mladému klientovi, a pokud je to vhodné pak i jeho rodičům nebo opatrovníkům, je nabídnut přehled vhodných intervencí založených na důkazech s cílem zlepšit všeobecné fungování a životní možnosti	
4.1.1	2	Pracovníci služeb pro děti a provozovatelé mají explicitní domluvy na zajištění plné nabídky léčby závislostí a komorbidit založených na důkazech, které jsou pro mladého klienta v nouzové situaci k dispozici (dle NICE Návody a nejlépe dostupné důkazy).
4.1.2	2	Dohody by měly zahrnovat spolupráci odborníků s příslušným vzděláním, schopnostmi a zkušenostmi, která zajistí mladým lidem s komorbidním postižením a/nebo dlouhodobým stavem (například specifickými poruchami učení, poruchou autistického spektra, nebo smyslové potíže) vhodné a nezbytné intervence.

11 Ve smyslu dostupnějších výzkumných dat a frekvence a rozsah prováděných studií (pozn. red.).

4.2	Kompetentní a kvalifikovaní odborníci nabízejí a zabezpečují široké spektrum psychosociálních intervencí	
4.2.1	2	Mladým klientům s nízkou mírou komorbidit nebo dobrým sociálním zázemím a podporou je nabídnuta individuální kognitivně-behaviorální nebo ekvivalentně účinná terapie nebo kvalifikované poradenství (NICE Alkohol, 2010, 2011).
4.2.2	2	Pro klienty s výraznými komorbiditami nebo slabým sociálním zázemím a podporou je připraven multikomponentní program (např. multidimenzionální rodinná terapie, krátká strategická rodinná terapie, funkční rodinná terapie nebo multisystemická terapie (NICE Alkohol, 2011).
4.2.3	2	K zapojení mladého klienta, jeho rodičů nebo opatrovníků a širší rodiny do probíhající péče a plánu intervencí jsou použity motivační a klinické techniky (v návaznosti na 2.5.2). Ref: Viz O’Leary-Tevyaw a Monti (2004) a Tait a Hulse (2003), pro review o užívání v dospívání.
4.2.4	2	Techniky rodinné terapie jsou použity pro zapojení rodiny a k facilitaci pozitivní změny v širším spektru oblastí života mladého klienta. Pokyny: Existují důkazy, které podporují použití celé řady intervencí rodinné terapie, které se zaměřují na zapojení mladého člověka a jeho rodiny, jejich interakce a oblasti mimo rodinné fungování (Hogue et al., 2009). Ref: Hendriks (2011); Hogue et al (2009); Henderson et al (2009); Austin et al (2005).
4.2.5	2	Pro mladé klienty přibližující se horní věkové hranici stanovené pro poskytování služeb mladistvým jsou spolu se zástupci zařízení a služeb pro léčbu závislostí dospělých vypracovány plány péče s přesahem minimálně 6 měsíců. Ref: CQC 4. 4L; CQC 12.1B.
4.2.6	3	Pokud je to vhodné, mladému klientovi je nabídnuta možnost peer – podpory a účasti na skupinových terapiích: • KBT skupiny viz Kaminer, 2002; 2008; Dennis et al., 2004). Manuály: KBT-7 (Webb et al., 2002); MET / CBT-5 (sampl a Kadden, 2001); Také Dishion et al (1999), „<i>Kdy intervence ubližují: peer skupiny a problémové chování</i>“ • psycho-edukativní intervence • Minnesotský program 12 kroků: program anonymní alkoholici (AA) nebo anonymní narkomani (AN) může být zvažován pro mladé klienty 16 +. Třeba je mít ale na mysli, že důkazy o těchto programech jsou k dispozici pouze pro dospělou populaci a jejich účinek pro mladistvé není popsán (Kelly et al., 2000). U starších dospívajících a mladých dospělých (18+) je třeba věnovat pozornost vhodnosti přítomnosti ostatních členů skupiny, a to u každého mladého klienta zvlášť.
viz KN3 pro přehled intervencí individuální terapie založených na důkazech		

4.3	Dle potřeby jsou do léčby zařazeny farmakoterapeutické intervence. Ty jsou nabízeny zkušeným a kvalifikovaným odborníkem (vhodné pro menší část mladé klientely)	
	Pokyny Zapojení farmakologické léčby může pomoci snížit sebepoškozující chování nebo sebevražedné tendence a při léčbě komorbidních onemocnění jako např. ADHD, zlepšit přizpůsobení ve škole atd. V kontextu substituční terapie pro těch pár mladých klientů, u kterých se rozvinula závislost, je cílem úplná abstinence. To vyžaduje strukturovanou léčbu (Drug Strategy, 2010). Měla by to být: • pouze jedna složka léčebného plánu, • z integrativního pohledu šitá na míru potřebám dítěte nebo mladého člověka, • poskytnuta jako součást spolu s psychosociálními a psychologickými intervencemi v kontextu jasného rámce klinických nařízení. Pro další návod k farmakologickým přístupům léčby užívání návykových látek: viz všechny NICE klinické návody a návody pro veřejné zdraví, návody pro léčbu užívání alkoholu a drog (2007–2011), včetně posouzení užití metadonu/buprenorfinu a naltrexonu pro léčbu problémů souvisejících s užíváním opiátů; Pokyny DH pro klinickou léčbu důsledků užívání nelegálních drog.	
4.3.1	1	Pokud je při léčbě použita medikace, jsou následovány pokyny pro předpis a pokyny o doporučených postupech (např. NICE pokyny pro více než 16leté) (v návaznosti na QNCC 3.1.4).
4.3.2	1	Mladý klient spolu s rodiči nebo opatrovníky obdrží jasnou informaci, která jim umožní správné užívání medikace a pracovníci se ujistí, že této informaci porozuměli. Ref: NICE (2012, Zkušenost pacienta 1.5.17)
4.3.3	1	Kompetentní a kvalifikovaný odborník pravidelně monitoruje průběh medikace (navazuje na 3.1.4).
4.3.4	3	Pokud je to možné (a umožní to závažnost symptomů, domácí uspořádání, zkušenosti pracovníků a zdroje) mladému klientovi je nabídnuta ambulantní forma a/nebo doma probíhající detoxifikace, stabilizace a léčba jako alternativa k ústavní léčbě.
Alkohol (dovolujeme si upozornit, že jenom málo mladých klientů si vybuduje závislost na alkoholu)		
4.3.5	2	Mladým klientům s abstinenčními příznaky na alkoholu jsou jako léčba nabídnuty benzodiazepiny. Pokyny: NICE Alkohol (2010) navrhuje přístup spouštěčů příznaků před detoxikací v nemocničním prostředí. Doporučují vstup s plným komplexním posouzením všech oblastí u všech mladších 16ti let a pečlivém zvážení přijetí u 16 až 18letými závislými.
4.3.6	2	Pro mladé lidi se střední a závažnou závislostí na alkoholu zváží odborník nasazení naltrexonu a/nebo acamprosatu. Poznámka: V této věkové skupině je to velice vzácné a určené převážně pro mladší 16 let.

Opiáty		
4.3.7	1	Mladým klientům se závislostí na opiátech je k detoxifikaci nabídnuta metadonová nebo buprenorfinová léčba a při dávkování je do úvahy brán jejich věk a hmotnost. Ref: NICE Zneužívání drog (2008).
4.3.8	2	Buprenorfine a metadon jsou použity k dlouhodobé stabilizaci s pravidelnými kontrolami a posouzením. Pokyny: Tyto léky by měly být poskytovány a dákovány (alespoň dokud není klient dobře znám a kontrolován), lékárníky pod domluveným režimem "Příjem pod dohledem", kdy lékárník pacienta sleduje, zda lék řádně užil a užití zaznamenává. ²
4.3.9	2	Mladí klienti v režimu stabilizační péče pro závislé na opiátech obdrží nabídku psychosociálních intervencí jako doplněk léčby a podpory jejich participace a zapojení do abstinence orientované terapie.
4.3.10	2	Pokud zvažujeme nasazení naltrexonu jako preventivní léčbu relapsu při zneužívání opiátů u starších 16 let, je nutné zabezpečit vhodnou supervizi a podporu člena rodiny. Ref: NICE Návod na posouzení technik 115 (2007).
4.3.11	2	Odborníci sledují délku užívání substituce a zapojení mladého člověka v léčbě a dodržování léčebného plánu.
Benzodiazepiny		
4.3.12	2	Pro těch málo mladých klientů se závislosti na benzodiazepinech, odborník zváží nasazení diazepamů jako podporu při detoxifikaci.

4.4	Psychosociální a farmakologické intervence jsou nabídnuty a provedeny kompetentním a kvalifikovaným odborníkem.	
důležité		Odborníci, kteří navrhnou a provádějí léčbu a intervence:
4.4.1	1	• jsou kvalifikovaní a disponují požadovanými kompetencemi na provádění daných intervencí
4.4.2	2	• jsou pod stálou supervizí kvalifikovaného a kompetentního vedoucího lékaře
4.4.3	2	Psychosociální intervence jsou nabízeny kompetentními odborníky disponujícími obecními dovednostmi pro práci s mladými lidmi. Pokyny: Pilling et al. (2011) konstatuje, že „ <i>existují přesvědčivé důkazy o tom, že dostatečná variabilita terapeutických dovedností a intervencí je signifikantním a možná nejdůležitějším faktorem v různosti výsledků psychosociálních intervencí.. (...). Velké množství kompetencí .. jsou obecné a nenahraditelné stavební kameny jakékoli psychosociální intervence ..(..).. [tyto jsou] společnými faktory při dosahování pozitivních výsledků.. (...). Proto je nezbytné netrvat na technických aspektech/kompetencích dané intervence na úkor obecné dovednosti jakou jsou dobré navazování a budování vztahu s klientem a dobré řízení terapeutického procesu</i> “. Viz také: www.ucl.ac.uk/clinical-psychology/CORE/child-adolescent.php

12 Pozn. red.: V podmínkách ČR by mělo být vázáno na specializovaná substituční centra vybavená odpovídajícím personálním zázemím, ačkoli Standardy substituční léčby doposud nedostatečně zohledňovaly nižší věkové skupiny a jedná se o předmět další odborné diskuse v rámci vývoje těchto standardů.

5. Doporučené postupy

Viz KN4 pro klinický postup v léčbě komorbidit na konci této části		
4.5	Mladý klient a jeho rodiče a/nebo opatrovníci (tam kde je to možné) obdrží promptní léčbu a intervence prostřednictvím systému flexibilních schůzek, které reflektují jejich potřeby	
4.5.1	2	Mladý klient obdrží svůj plán péče a intervencí bezprostředně po absolvování klinického zhodnocení. Pokyny: NTA (2011b. Str. 8) Všichni mladí lidé vyhodnoceny jako vyžadující speciální péči, zahájí léčbu do 15 pracovních dnů ode dne oznámení.
4.5.2	1	Mladý klient a jeho rodiče nebo opatrovníci jsou informováni o tom, co dělat, koho kontaktovat kvůli pomoci a podpoře, pokud si to situace vyžaduje, zvláště v naléhavých případech „mimo pracovní dobu“ (navazuje na QNCC 3.2.3). Ref: NICE (2012, Zkušenosti pacienta, 1.4.6).
4.5.3	2	Odborníci jsou podporováni, aby s mladými lidmi, jejich rodiči nebo pečovateli pracovali intenzivně a flexibilně, jak to vyžaduje situace a jejich potřeby a aby byl udržen jejich zájem a setrvání v léčbě. Pokyny: DAT doporučuje pro průměrný kontakt např. 3–5 kontakty týdně (včetně domácí návštěvy, telefonického a textového (mail, sms) kontaktu).
4.5.4	2	Pokračování v léčbě a podpora je nabídnuta klientům s trvalými a komplexními potřebami, po dobu potřebnou k vyřešení problému, spíše než časově omezené intervence.
4.5.5	2	Čas a místo schůzky nebo kontaktu jsou v konzultaci s mladým klientem, jeho rodiči nebo opatrovníky (pokud je to vhodné) domluvené a pravidelně znovu hodnocené.

4.6	S cílem zapojit a udržet v procesu léčebných intervencí mladého klienta, jeho rodiče nebo opatrovníky, si odborníci stanovují priority, jsou flexibilní a asertivní	
4.6.1	2	Mladému klientovi je nabídnuta léčba a intervence doma nebo v jiném neformálním, ale bezpečném prostředí (např. specializovaná adiktologická služba, mládežnické centrum, komunitní centrum, ordinace praktického dětského lékaře, zdravotnické centrum) (v návaznosti na 2.2.3) Pokyny: Viz DrugScope (2010. Str. 26): Při konzultacích s mladými lidmi bylo zjištěno, že mnohé z nich přivedl do adiktologických služeb pozitivní vztah s klíčovým pracovníkem, přístup k počítačům nebo hudebním nástrojům, přístup k peer-aktivitám a podpora a setkání s ostatními v bezpečném a podnětném prostředí.
4.6.2	2	Pracovníci asertivně prosazují zapojení mladých lidí, kteří se nedostaví na domluvenou schůzku a/nebo vypadnou z kontaktu a léčby (např. sms připomínky, následování zmeškaných termínů, návštěvy doma nebo na ubytovně). Pokyny: „... (...) aktivní, asertivní angažovanost, a to zejména s mladými lidmi s vyšším rizikem (např. mladých lidí ohrožených protiprávním chováním)“ (viz DH, 2011. Str. 32).

4.6.3	2	Potom co byly vyčerpány všechny vhodné kroky jak navázat na úspěšnou účast mladého klienta, a pokud narazí na riziko nebo obavy o bezpečnost mladého klienta, který se nezapojuje do klinického zhodnocení nebo intervencí, pracovníci informují zodpovědnou osobu a/nebo příslušné orgány. (QNCC 3.8.6).
4.6.4	2	Léčebné zařízení monitoruje úspěšné a/nebo neúspěšné zapojení do intervenčních programů a vyhodnotí je.

4.7	Odborníci poskytují podporu a vedení mladým klientům a jejich rodičům nebo opatrovníkům s cílem pomoci jim ve vzájemné podpoře	
4.7.1	2	Mladý klient je podporován následovat svoje plány osobního rozvoje a vzdělávání, své aspirace a cíle.
4.7.2	2	Mladý klient je veden ve svépomocných technikách, strategiích zvládnutí a získá podněty, jak snížit užívání návykových látek nebo dosáhnout abstinence a vést zdravý život. Pokyny: To může zahrnovat aspekty sexuálního zdraví, těhotenství, drog, kouření, stravování, atd. Může být nezbytné nasměrování na příslušné služby.
4.7.3	2	Pokud by to prospělo následné péči po léčbě, mladý klient, jeho rodiče nebo opatrovníci jsou zapsáni k místním dobrovolnickým organizacím, peer-skupinám, svépomocným skupinám, včetně kulturně specifických organizací (navazuje na 3.3.4).

4.8	Mladý klient a jeho rodiče nebo opatrovníci získají spolupracující a konzistentní péči (QNCC 3.4)	
4.8.1	2	Mladý klient a jeho rodiče a/nebo opatrovníci mají pravidelné diskuse s klíčovými odborníky o progresu léčby a obdrží (pokud je to relevantní) diagnózu (QNCC 3.4.1).
4.8.2	2	Mladý klient a jeho rodiče a/nebo opatrovníci obdrží informace o intervencích založených na důkazech, o rizicích, benefitech a vedlejších účincích intervencí, o možnostech a o případném nezasahování (QNCC 3.4.2). Pokyny: Například pracovníci poskytnout mladým lidem a jejich rodinám NICE / Ochranné Pokyny o léčbě konkrétních stavů.
4.8.3	2	Mladý klient a jeho rodiče a/nebo opatrovníci jsou v kontaktu se stejným odborníkem pro danou intervenci, pokud nejsou jejich preference jiné nebo pokud si to nevyžaduje klinická praxe (QNCC 3.4.5).

4.9	Výsledky jsou pravidelně hodnoceny validizovanými nástroji (QNCC 3.5)	
	DH „Není zdraví bez duševního zdraví“ (2011d. Str. 32) „koordinované intervence [by měly být] plánované a zaměřené na cíl domluvený s uživatelem služby, vytvořeným na míru jeho individuálním potřebám, rozhodnutím a preferencím, se zaměřením na zotavení, na budování vlastních podpor a na zlepšení kvality života, včetně zlepšení zaměstnání, bydlení a sociálních vazeb“.	
4.9.1	1	Pracovníci pravidelně monitorují klinické výsledky a hlášení pacienta (PROMs) užitím validizovaných nástrojů, které jsou specifické pro adiktologii, léčbu komorbidit a jiných spolu se vyskytujících problémů. Pokyny: Pro celkové fungování viz nástroje užívané CORC (CAMHS výzkum výsledků Consortium www.corc.uk.net), například HoNOSCA (zahrnuje položku na užívání návykových látek), SDQ a CGAS. ¹³
4.9.2	2	Výsledky jsou měřeny minimálně z perspektivy mladého klienta, odborníka, který ho léčil a rodičů nebo opatrovníků (QNCC 3.5.4). Pokyny: DH CPA (2008. Str. 20) „dobře zaměřený focus výsledků může pomoci ke zlepšení dopadu služeb na život lidí, kteří je využívají; poskytnout záruky, že léčba a péče přináší žádoucí výsledky; zajistit, že výsledky týkající se léčby, péče a podpory jsou sledovány průběžně“. Ref: Dětské NSF (standardy 9); Self ass mat 10 (ii).
4.9.3	2	Jsou dostupné zdroje na podporu rutinně prováděných evaluací výsledků (QNCC 3.5.1). Ref: CQC 16A
4.9.4	2	Plánovaná léčba a intervence pro mladé klienty nad 16 let je monitorována s užitím nástrojů na monitorování výsledků léčby (Treatment Outcomes Profile–TOP) a výsledky jsou nahlášený do národního monitorovacího systému léčby závislostí (National Drug Treatment Management System (NDTMS)) nebo ekvivalentní NHS databáze. Ref: NTA (2011b, strana 7) – V dubnu 2012 NTA uvedlo, že poskytují poradenství v oblasti Treatment Outcomes Profile–TOP pro mladé lidi do 18 let.
4.9.5	2	Měření dat osobních výsledků je součástí diskuse s mladým klientem a je součástí plánu péče.
4.9.6	2	Informace z měření výsledků jsou: - sděleny mladému klientovi, jeho rodičům nebo opatrovníkům, pracovníkům zabezpečujícím péči a dohlížejícímu odborníkovi - použity k hodnocení a evaluaci služeb (QNCC 3.5.5) Ref: Destké NSF (9) 9.20.

13 Pozn. red.: V adiktologii v ČR viz např. www.adiktologie.cz v sekci Evaluační centrum.

4.10	Mladý klient a jeho rodiče nebo opatrovníci jsou podporováni dávat zpětnou vazbu službám. Vyjádření poskytovatelů služeb jsou jim zprostředkovány (QNCC 3.6)	
4.10.1	2	Mladý klient a jeho rodiče nebo opatrovníci jsou aktivně vyzýváni vyjádřit svůj názor na služby a provedené intervence (QNCC 3.6.1). Pokyny: Například prostřednictvím schránek na návrhy a dotazy, dotazníků při propouštění, dopisů po přepuštění, průzkumů spokojenosti, ohniskových skupin nebo konzultačních skupin mladých lidí. Ref: CQC 1J; Rádo se stalo (2011, 7.1 až 7.3).
4.10.2	2	Mladí klienti jsou aktivně zapojováni do tvorby a rozvoje služeb pro mladé lidi s problémy souvisejícími s užíváním návykových látek a jeho důsledků (přebrané z QNCC 3.6.2). Pokyny: To by mělo zahrnovat značnou účast mladých lidí, například v oblasti vzdělávání zaměstnanců, při tvorbě předpisů pro chod služeb a sdílené informací; např. účasti mladých lidí na panelu nebo ekvivalentním setkání. Ref: CQC 1J; Rádo se stalo (2011, 7.1 až 7.3).
4.10.3	2	Zpětná vazba od mladého klienta, jeho rodičů nebo opatrovníků je monitorována a využita k informované evaluaci služeb a k jejich rozvoji (QNCC 3.6.3). Ref: CQC 1J; Rádo se stalo (2011, 7.1 až 7.3).
4.10.4	2	Názor mladého klienta na terapeutický vztah s jejich kontaktním pracovníkem hlavním odborníkem je vyžadován během celého procesu (např. ve frekvenci ze střetnutí na střetnutí) s cílem monitorovat jejich zapojení a zkušenosti s léčbou a péčí (QNCC 3.6.4). Pokyny: ChASE je v poslední době schváleným a rozšířeným nástrojem s využitím pro děti a mladistvé ve věku 8–18 let, kteří jsou v kontaktu s CAMHS ¹⁴ . Cílem je posoudit kvalitu služeb, zkušeností a kvalitu terapeutických vztahů; viz (Den et al., 2011).
4.10.5	2	Mladý klient a jeho rodiče nebo opatrovníci jsou informováni o tom jak podat stížnost a dostanou pomoc, pokud chtějí tuto možnost využít. Ref: NICE (2012, Zkušenosti pacienta, 1.3.13).

14 CAMHS – Child and Adolescent Mental Health Services, překlad Služba na ochranu duševního zdraví dětí a mládeže.

5.4.1. KN3 Individuální terapie: shrnutí a přehled na důkazech založených terapií

Jsme si vědomi, že na důkazech založené, integrované a do manuálů přepsané přístupy o individuálních programech tohoto druhu jsou obecně velmi chabé a existující studie byly provedeny v regionech vzdálených od Velké Británie geograficky (i kulturně). Z tohoto důvodu neexistuje v tomto okamžiku žádný komplexní multi-komponentní program, který by byl nadřazen jinému. Nicméně z výzkumů vyplývá, že v klinické rovině je důležité zachovávat v daném programu jeden koherentní přístup sdílený všemi členy týmu. Terapeutické přístupy mohou obsahovat:

- **Kognitivně – behaviorální terapie (KBT)** je zvažována při mladých klientech s problémy s užíváním návykových látek a komorbidní depresí nebo úzkostí (NICE, 2007, 1.4.6.1 a 2, strana 14). Různé kombinace motivací zvyšujících prvků KBT byly použity ke kontrole podmínek dražších a komplexnějších souborů léčeb. V některých případech byl tento postup formálně převeden do manuálu a publikován. Obecně byla kombinace motivační a kognitivně behaviorální práce hodnocena jako účinná, zejména pokud byly součástí evaluace i ekonomické faktory.
- **Dialekticky – behaviorální terapie (DBT):** randomizovaná zkušební data derivována ze studií s dospělou populací, jejíž část tvoří mladí dospělí. HERNED et al. (2008) demonstrují, že přístup vykazuje lepší výsledky v efektu léčby užívání návykových látek vůči vysoce kvalitním porovnáním. Autoři to připisují „... (...) *sebe-monitorování, behaviorálním analýzám a strategiím zaměřeným na řešení problému* (...)..“ (HERNED et al., 2008).
- **Contingency management programy (CMP)** jsou zvažovány, pokud nabídka podnětů pomůže podpořit zapojení do léčby, změnu v chování a dodržování léčby (viz NICE, 2008. Str. 12–13 krátké pokyny o výsledcích, viz BEVINGTON, D. kapitola „co funguje pro koho“, která má být zveřejněna v roce 2012).
- **MST-CM je model CMP pro multi-systemickou terapii (MST).** Tato intenzivní, v domácím prostředí ukotvená intervence pracuje podle široce eko-systemického a behaviorálního rámce. Měla by mít silnou supervizní strukturu a nízký počet případů pro daného pracovníka s cílem podpořit dodržování monitorování setrvaní klienta v léčbě. To je prokázáno převážně u klientů s nařízenou léčbou a mimo kontext Velké Británie ([převážně USA] kde je na systém služeb bohatší prostředí než uspořádání, ve kterém byla doposud ověřována). Proto může být obtížně transformována do běžných služeb pracujících s velkým počtem doporučených klientů. Tento typ terapie taky vylučuje mladé lidi bez rodinného zázemí, a tedy vylučuje některé velmi rizikové skupiny mladých lidí (mladé lidi fungující bez domova nebo v přechodném ubytování apod.).
- **Systemická – rodinně orientovaná intervence:** vyhodnocení časných výsledků malé pilotní studie naznačuje efektivitu u mladých lidí s psychickými problémy, problémy s užíváním návykových látek a komplexními psychosociálními problémy (RICHARDS, 2011). Tento inovativní léčebný model je efektivní v nákladech a důkazy o účinnosti intervence se pořád sbírají (Mirza et al., in press).

- **Multidimensionální rodinná terapie (MDFT)** nebyla formálně testována ve Velké Británii, nicméně disponujeme důkazy z USA a Kanady. Tento terapeutický přístup byl součástí léčebných postupů velké studie „*Léčba mladých s problémem s užíváním marihuany*“. I když vykazoval dobré výsledky, bylo zaznamenáno několik rozdílů v porovnání s levnějšími přístupy krátké motivace a KBT (ale prokázal účinnost u nejvíce zasažené mládeže). Spolu s jinými komplexními modely léčby cíleně pracuje na více funkčních oblastech, je vysoce intenzivní a prováděn jak v domácím prostředí, tak na komunitní bázi.
- **Integrativní terapie založená na mentalizaci dospívajícího – Adolescent mentalization-based integrative therapy (AMBIT).** AMBIT je terapeutický přístup otevřených zdrojů, který nabízí webovou platformu programů obsahujících postupy založené na důkazech, které jsou dostupné pro lokální služby a které si tyto můžou dle potřeb adaptovat a upravit. Nepřináší fixní návod. Důraz je kladen na zapojení klienta, vztahové aspekty práce, využívání vrstevnické supervize a na citlivost k desintegraci v síti různých agentur. Jsou k dispozici data z vyhodnocení časných výsledků, které naznačují efektivitu léčby u mladých lidí s komplexním komorbidním zneužíváním návykových látek, psychickými problémy, rodinnými problémy, problémy se vzděláváním a kriminálními delikty (jde o inovativní léčebný model a důkazy o jeho účinnosti se pořád sbírají; Bateman & Fonagy, 2006; Bevington et al., 2011; Bevington et al., in press) – viz <http://ambit.tiddlyspace.com>).
- **Sociálně-ekologické intervence:** Neoficiální důkazy naznačují, že velká škála systematických a na oceňujícím-dotazování založených přístupů zahrnujících celou komunitu může přinášet dlouho trvající benefity pro mladé lidi, kteří vykazují známky zneužívání návykových látek a komplexní psychosociální problémy, včetně závažné marginalizace (McAdam & Mirza, 2009).

5.4.2. KN4 Léčba komorbidity – shrnutí poznatků založených na důkazech

Mladí lidé užívající návykové látky, hlavně ti, kteří vyhledají pomoc, obvykle zažívají komplexní a často nezvládnutelné komorbidní komplikace, často na pozadí strádání a nepřízně osudu. Tato podskupina klientů si zaslouží integrovaný systém intervencí po co nejdelší dobu a se zapojením léčebných intervencí založených na důkazech. Je třeba také myslet na to, že zásadní intervence jako je podpora ve škole, jsou do značné míry nevyhodnocené (nejsou dostupná data, pozn. překladatele). Intervence musí mít často signifikantní intenzitu a délku, aby mohly potenciálně alterovat vývojovou trajektorii mladého klienta. Léčba by měla zahrnovat elementy asertivní komunitní léčby včetně:

- rychlého přístupu ke službám,
- malého počtu případů na pracovníka,
- přiděleného a zkušeného praktika,
- asertivního zapojení (např. s více pokusy),
- sdíleného přístupu léčby s koordinátory péče, kteří pracují v rámci multidisciplinárního týmu s pravidelnými poradami.

Odborníci by měli extrapolovat léčbu z poznatků o péči pro mládež a dospělé založených na důkazech (NTA, 2008b) ze sdílených klinických zkušeností a znalostí dostupných z místních zdrojů. Intervence by měly být zaměřeny na vývojové potřeby mladého klienta (jako např. bezpečí, péče, ubytování, vzdělání a odborná příprava) a taky reagovat na specifické postupy nutné pro léčbu psychických potíží (např. deprese) a také užívání návykových látek. I když se léčebné postupy založené na důkazech rozcházejí v důležitých aspektech, sdílejí současně důležité charakteristiky účinnosti. Ty mohou zahrnovat:

- sociálně zkušené, charismatičtí terapeuti (Slesnick et al., 2006);
- strategicky směřované, na míru přizpůsobené a účelné terapeutické směřování zvolené na základě přesvědčivých odůvodnění, spíše než nahodilém sledu kroků;
- schopnost pracovat komplexně, mobilizovat další služby, a organizovat trvalé podpory (například prostřednictvím vzdělávání, sociální péče nebo jiné relevantní zdroje) [Winters & Kaminer, 2011; Slesnick et al., 2006, 2009; Burns et al., 2007; Karver et al., 2006].

Neprosazujeme pouze služby založené na důkazech tak, jak byly původně navrženy, ale měly by mít možnost nabídnout intervence operující na podobných principech.

Porucha nedostatku pozornosti a hyperaktivita (ADHD) a užívání návykových látek se běžně vyskytují společně. To představuje výzvu. Dlouhodobé účinky efektivní léčby ADHD a jejich ochranný efekt na pozdější rozvoj užívání návykových látek byly zdokumentovány (Wilens et al., 2008). Existující důkazy indikují, že farmakologická léčba ADHD nezvyšuje riziko vzniku a rozvoje užívání návykových látek u léčených klientů. Pravdou zůstává, že farmakologická léčba by neměla být odložena až do vyřešení problémů s užíváním návykových látek, aby nedošlo ke ztrátě klíčových příležitostí pro intervence.

- Mladí klienti užívající návykové látky jsou ve zvýšeném riziku zneužití předepsaných léků. Může se to týkat zejména krátkodobě působícího metylfenidátu a pravděpodobně pokud nejsou zabezpečeny konstruktivní prosociální aktivity (jako jsou alternativy k užívání návykových látek).
- Je vhodnější volit přípravky s prodlouženou dobou působení, které je obtížnější zneužívat, a ve skutečnosti mají slabší odměňovací účinky.
- Další agens jako atomoxetinu a bupropion jsou také považovány méně náchylné k zneužití (Mirza & Bukstein, 2011).
- V USA je k dispozici nový prekurzor *lisdexamfetamin* a očekává se, že bude schválen pro použití ve Velké Británii v roce 2013. První výsledky z USA ukazují, že výše uvedené léčivo, je velmi obtížně zneužitelné běžnými způsoby aplikace (šňupáním nebo injekční aplikací).
- Použité léky jako součást celkového plánu, který zahrnuje, například edukaci nebo odbornou přípravu a zlepšení rodinných vztahů.
- Spolehlivá osoba (např. rodinný příslušník nebo personál ubytovacího zařízení) by měla mít odpovědnost za dohled nad bezpečným užíváním a režimem medikace, zabezpečený revizemi k objasnění nesrovnalostí.

Léčba jiných psychiatrických komorbidit

Podobné obecné principy platí pro farmakologickou léčbu deprese a psychóz. Léky by měly, pokud je to možné, být využívány účelně a obecně v souvislosti s plánem léčby, která zahrnuje podpůrné terapeutické léčebné postupy, rodinné a jiné vztahy, dohled a revize.

5.5. Plánované ukončení a předání péče

Tato část Doporučených postupů si klade za cíl nabídnout standardy v postupech předávání klientů do následné péče:

- ze služeb po ukončení plánu péče,
- do intenzivní komunitní nebo ústavní péče,
- do služeb pro dospělé s problémy s alkoholem, nelegálními drogami a/nebo psychickými problémy.

Propuštění po dokončení léčebného plánu		
5.1	Mladý klient a jeho rodiče nebo opatrovníci jsou zahrnuti do souhlasného rozhodování o ukončení péče	
5.1.1	1	Mladému klientovi je nabídnuto setkání o plánovaném propuštění z léčby před odchodem z péče.
5.1.2	1	Mladý klient a jeho rodiče nebo opatrovníci (pokud je to možné) jsou zahrnuti do souhlasného rozhodování o ukončení péče, odchodu ze zařízení. Jejich názory jsou zaznamenány. Ref: CQC 4C 16D; NSF pro děti, str.138.
5.1.3	2	Mladý klient, který se přibližuje k horní věkové hranici dané služby a nepotřebuje doporučení do adiktologické léčby pro dospělé klienty nebo psychiatrickou péči, je informován, jak tyto služby v budoucnu v případě potřeby kontaktovat (QNCC 6.1.3).
5.1.4	2	Pokud mladý klient přestane docházet na žádané schůzky před tím, než je tento postup formálně domluven, má zařízení k dispozici.
5.1.5	2	Mladý klient a jeho rodiče nebo opatrovníci jsou informováni o tom, jak podat stížnost a jak získají pomoc, pokud chtějí tuto možnost využít, jak postupovat při facilitaci jeho návratu do procesu léčby. Pokyny: Například, zodpovědný pracovník kontaktuje mladého klienta nebo jeho rodiče/zákonné zástupce a znovu prodiskutuje důvody odchodu z léčby, přerušení léčby. Tyto informace jsou použity k hodnocení služby a auditu.

5.2	Léčebné zařízení zajistí dohodu o následné péči pro mladého klienta s cílem zabezpečit kontinuitu po propuštění z léčby (QNCC 6.2)	
5.2.1	2	Pokud se mladý klient připravuje ukončit léčbu, je využit plán péče (QNCC 6.2.1). Pokyny: Viz "Přístup soustředění program péče" poskytne návod o tom, kdy použít CPA; DH (2011. Str. 32), "koordinace péče a podpory – pomocí nástrojů, jako například Přístup plánované péče".
5.2.2	2	Pokud mladý klient opouští léčbu, do tohoto procesu se zapojí klíčový/kontaktní pracovník. Pokyny: Proces zahrnuje koordinátora péče pro služby související s procesem "Tým kolem dítěte" (Odbor školství, 2009).

5.2.3	2	Když je přestup z péče naplánován, úkoly relevantních služeb zapojených do následné péče jsou napřed ujasněny, domluveny a zdokumentovány (QNCC 6.2.3). Ref: CQC 6C
5.2.4	2	Pro mladé lidi v programu „Looked after“ ¹⁵ jsou opatření pro jejich pokračující péči plánována ve spolupráci s příslušnými odbory a organizacemi sociálních služeb (QNCC 6.2.4).
5.2.5	2	Po ukončení péče je souhrnný dokument popisující doporučení pro další péči poslán obecnému lékaři a jiným relevantním zapojeným zařízením (QNCC 6.2.5).
5.2.6	2	Při odchodu z péče jsou uzavřeny dohody s ostatními zařízeními pro mladé lidi, aby byl znovu umožněn návrat do péče v případě potřeby, aniž by byla nutná první část vyšetření a prvního klinického zhodnocení (QNCC 6.2.6). Pokyny: Mohou existovat výjimky, kdy mladí lidé vyžadují obecné posouzení a kde může být vhodné sledovat tak počáteční proces.
5.2.7	3	Zaměstnanci a služby mají k dispozici zdroje, aby mohli zůstat v kontaktu s mladým klientem, který péči opustil a mohly by se objevit další potřeby podpory nebo zásahu. Ref: Allotey (2011).

Přestup do ústavní péče		
5.3	Mladý klient, který přestupuje do ústavní péče, je odeslán na oddělení odpovídající jeho individuálním potřebám s možností efektivní pokračující péče (QNCC 6.3).	
5.3.1	2	Mladému klientovi je nabídnut přestup na bezpečné a věkově přiměřené oddělení, které odpovídá jeho vývojovým potřebám, pracuje s jeho volbami a preferencemi (QNCC 6.3.1). Ref: NSF pro děti (2004, pokyny 9, str. 5)
5.3.2	2	Mladému klientovi je nabídnut přestup na otevřené oddělení (pokud je to možné), aby byl umožněn a/nebo zachován kontakt s rodinou a domácím prostředím (QNCC 6.3.2). Pokyny: <i>„Jsou zaznamenány lepší výsledky, pokud dochází k menšímu narušení schopnosti udržet širší rodinné vztahy a pokud jsou podpůrné služby schopné kontakt zajistit průběžným způsobem“</i> (Children Act 1989, revidované předpisy a plánování péče o děti v programu „Looked after“). Ref: NSF pro děti (2004, pokyny 9, strana 19).

¹⁵ Pozn. předkladatele: „Looked after children“ definice: Děti v péči nebo v program „looked after“, jsou děti, které jsou v kompetenci a zodpovědnosti místní samosprávy. Tato situace může nastat dobrovolně, kdy rodiče shledají péči o dítě jako příliš obtížnou, nebo po zásahu služeb sociální péče pro děti, protože dítě je v přímém ohrožení nebo nebezpečí větší újmy (www.nspcc.org.uk/preventing-abuse/child-protection/children-in-care/).

5. Doporučené postupy

5.3.3	1	Pro zaměstnance jsou k dispozici jasná pravidla jak postupovat pokud je nutná lůžková ústavní péče, ale ta není z kapacitních důvodů, okamžitě možná (QNCC 6.1.4). Pokyny: Místní orgány ¹⁶ v partnerství s adiktologickými službami pro mladé lidi musí věnovat náležitou pozornost těmto vysoce intenzivním případům s nízkou poptávkou předtím, než je umístění nutné. Právě v těchto případech mohou integrované služby pomoci při poskytování soustředěné péče, reagovat na potřeby těchto mladých lidí v složitých situacích souvisejících s problémy se zneužíváním návykových látek. Toho lze nejlépe dosáhnout prostřednictvím komplexních panelů péče relevantních zařízení, které poskytují možnost koordinované reakce a společného plánování jednotlivých případů.
5.3.4	2	Pokud je ústavní péče potřebná, zůstává klíčový/kontaktní pracovník v kontaktu se zařízením od přijetí a účastní se zasedání a porad (např. setkání CPA) během hospitalizace (QNCC 6.3.5). Pokyny: <i>"Když jsou děti a mladí lidé propuštěni ..(..)..do své komunity, a když jsou mladí klienti přemístěni z léčby pro děti do léčby pro dospělé, kontinuita jejich péče je zajištěna použitím koncepce plánované péče".</i> Ref: Dětské NSF (2004, pokyny 9, doporučení 10, str. 5).

Přestup do specializované adiktologické péče pro dospělé

5.4	Mladý klient, jeho rodiče nebo opatrovníci jsou zahrnuti do souhlasného ujednání o ukončení péče a jsou informováni o tom jak znovu získat pomoc, pokud ji budou potřebovat (QNCC 6.1).	
5.4.1	2	Jsou dodržována písemná pravidla uvádějící referenční věk klienta pro přechod do služeb pro dospělé (QNCC 6.4.1). Pokyny: Národní Přehled CAMHS doporučuje, aby proces přechodu mezi stupni léčby začínal ve věku 17,5 roku; Není zač (2011, 8.3).
5.4.2	1	Mladí klienti pod věkovou hranicí určující přechod do služeb pro dospělé nejsou překládáni, pokud to nevyžadují zvláštní okolnosti. Pokyny: Může to být vhodné například v případě, kdy klinický důvod převáží vývojové a/nebo jiné potřeby.
5.4.3	2	Uskuteční se společné vyhodnocení potřeb mladého klienta za účasti daného mladého klienta a pracovníků služeb pro dospělé (např. pomocí CPA), aby bylo zajištěno efektivní předání péče (QNCC 6.4.3). Ref: CQC 6M; NSF pro děti (2004, pokyny 9, doporučení 10, str. 5).
5.4.4	2	Mladý klient s komorbidní poruchou autistického spektra je nasměrován do další podpůrné sítě, pokud nesplňuje kritéria pro léčbu na oddělení pro dospělé (přezváno z QNCC 6.4.4) .
5.4.5	3	Pracovníci služby pro mladé klienty určili zástupce s přímou zodpovědností za přechod mezi stupni léčby. Daný mladý klient a odborníci s ním pracující tak vědí, na koho se v případě potřeby obrátit (QNCC 6.4.5).

¹⁶ Pozn. red.: v tuzemských podmínkách proces koordinuje OSPOD.

5.4.6	3	Je počítáno s přechodným obdobím, během kterého se mladý klient setkává společně s odborníky ze služeb pro mladé a pro dospělé klienty (QNCC 6.4.6).
5.4.7	3	Pokud mladí klienti dosahují horní věkové hranice pro léčbu pro mladistvé a nenastupují přímo do péče pro dospělé klienty, ale odkládají nástup na pozdější termín, pracovníci služeb pro mladistvé zabezpečí kontakt s těmito, pokud je to nutné (QCNN 6.4.7).
5.4.8	2	Mladý klient přestupující do léčby pro dospělé dostane k dispozici informační balíček obsahující mimo jiné: • co očekávat po přechodu do nové léčby, • role odborníků v službách pro dospělé klienty (např. psychiatr, profesionálové a specialisti v adiktologických službách, komunitní sestra v psychiatrii), • koho kontaktovat v případě potřeby (QNCC 6.4.8). Ref: Není zač (2011, 8.5).
5.4.9	3	Mladý klient přestupující do péče pro dospělé má na období přechodu mezi péčí přiděleného mentora, který je buď nezávislý advokát, nebo pracovník péče pro dospělé. Cílem je podpora přestupu mezi stupni péče (QNCC 6. 4. 9).

Příloha č. 1

Definovat co je problémové užívání návykových látek je velmi důležité

Dr. Kah Mirza

Většina dětí je ve svém dětství vystavena různým návykovým látkám včetně alkoholu a tabáku, ale jen malá část užívá a pokračuje v užívání drog v adolescenci a v dospělosti. Zvýšené riziko vybudování si problémového zneužívání návykových látek je u těch s rizikovými vývojovými a sociálními faktory. Jak tedy porozumět vysoké frekvenci příležitostného „rekreačního“ nebo „normálního“ užívání nelegálních drog¹⁷ vůči relativně malé frekvenci užívání návykových látek, případně závislosti?

Podívejme se tedy na některé důkazy:

Důkazy získané z longitudinálních studií jako např. Studie Christchurch¹⁸ ukazují, že pokud mnoho mladých lidí užilo někdy v životě marihuanu (téměř 77 %), méně než 7 % vykazuje známky intenzivního užívání nebo přímo závislosti (Fergusson et al., 2000, 2007). Faktory zvyšující riziko iniciace užívání návykových látek se liší od faktorů iniciujících pravidelné užívání nebo závislost. Další otázkou je, zda dochází k tzv. efektu vstupní drogy (gate-way): například zda užívání jedné látky nevede k rozšířenému a/nebo problematickému užívání dalších návykových látek. Zmíněný výzkum z Nového Zélandu ukazuje, že prakticky všichni lidé (99 %) užívající návykové látky, užili jako první marihuanu, ale dvě třetiny uživatelů marihuany neužilo jinou nelegální drogu.¹⁹

Také víme, že závažnost užívání konopí silně predikuje progres v užívání jiných nelegálních drog. Těžcí uživatelé konopí (více než 500 krát za předchozí rok) byli 140 krát (a více) více riziková než ti, kteří neužili konopí vůbec. Může to být následkem několika činitelů, včetně možnosti, že prostřednictvím užívání konopí se dostávají mladí lidé do kontaktu s vrstevníky užívajícími také jiné nelegální drogy, nebo s dílery nelegálních drog. I když byly brány v úvahu tyto osobnostní a zkušenostní rizikové faktory, těžké, pravidelné užívání konopí stále predikuje také užívání jiných nelegálních látek později v životě (Fergusson, 2000).

Existují různé fáze užívání návykových látek u mladých lidí? Vývojový přístup

Použití vývojový přístup k popisu heterogenních vzorců užívání návykových látek mladými lidmi může dávat intuitivně smysl. Ne každé užívání návykových látek v adolescenci je problémové. Je pravděpodobné, že mladý člověk projde různými fázemi, než dojde k rozvoji škodlivého užívání nebo závislosti. Potřebujeme definovat tyto fáze na jeho cestě, definovat způsob jak dát jasnou zprávu rodičům a mladým lidem, kdy v souvislosti s užíváním látek začít být znepokojen (všeobecná prevence), kdo by měl absolvovat klinické zhodnocení s konkrétnějším podchycením škodlivého užívání a dalších souvisejících faktorů a rizik (cílená selektivní nebo indi-

17 Pozn. red.: V českém písemnictví viz např. diskuse ve článku Mioviský, M. & Urbánek, T. (2002). NEAD 2000: Tabák, alkohol a nelegální drogy mezi středoškoláky. Čs. psychologie 46(2), 165–177. Viz také definice užívání EMCDDA a NMS Praha (www.drogy-info.cz).

18 <http://www.otago.ac.nz/christchurch/research/healthdevelopment/>

19 Pozn. red.: V českém písemnictví podrobně viz k tématu Mioviský et al. (Ed.) (2018). Konopí a konopné drogy: adiktologické kompendium. Praha: Grad

kovaná prevence). Na základě zkušeností našich kolegů z různých částí světa jsme se snažili najít pragmatický pohled při definování různých fází vývoje škodlivého užívání návykových látek mladými lidmi. Ve vývojově senzitivním a dimenzionálním modelu jsme se pokusili klasifikovat fáze užívání návykových látek mladými lidmi – na jednom konci žádné užívání přes *experimentální fázi*, *sociální fázi*, *rizikovou* (prodromální) *fázi*, *fázi* škodlivého užívání až po *fázi závislosti* na druhé straně spektra. Tento model se ukázal být velmi užitečný v klinické praxi a v současnosti je jeho užitečnost testována prostřednictvím výzkumných studií na běžné populaci (viz tabulka č. 1).

Použitím představeného modelu se ukazují být experimentální a sociální fáze jako fáze normativní, i když s různými vzorci (omamné účinky látek jsou důležité v sociální fázi). Ale víme, že varovnými signály **aktivní vyhledávání nelegální drogy**, bez ohledu na to, zda ho při tom doprovázejí kamarádi nebo ne. Tato *riziková fáze* je poměrně náročně rozpoznatelná. Nezbytným se jeví investovaný čas, úsilí a citlivý přístup. To je způsob, jakým můžeme mladému člověku ukázat vliv užívání návykových látek na jeho život. Poslední dvě fáze (fáze škodlivého užívání a fáze *závislosti*) jsou zřejmě snadno rozpoznatelné – jsou doprovázeny pro okolí jasně a zřetelně rozpoznatelnými signály. Rád bych zdůraznil, že výše zmíněné fáze nejsou nepropustné a mnozí mladí lidé neprojdou všemi a/nebo přecházejí mezi nimi. Model jednoduše nabízí definice jednotlivých stádií užívání látek v daném čase a nabízí možné intervence.

Implikace pro Doporučené postupy:

Všeobecná prevence²⁰

Můžeme mladým lidem nabídnout, aby se zařadili do modelu užívání návykových látek dle svého chování na základě popsaných charakteristik – zda drogy aktivně vyhledávají, i když se jejich kamarádům ven zrovna nechce; zda užívají, i když jsou sami; zda sami sebe vidí na šikmé ploše; zda mohou sami sebe zastavit a/nebo vyhledat pomoc. Rodiče, učitelé a ostatní pracovníci, kteří do kontaktu s dětmi přicházejí, jim můžou pomoci, pokud mají podezření, že jejich užívání není již normativní (mimo experimentální a sociální fázi).

Všichni v rizikové fázi by měli projít klinickým zhodnocením, aby bylo možné jasně pojmenovat vliv užívání návykových látek na jejich životy a rozhodnout, zda je komplexní a odborníkem provedené klinické zhodnocení nezbytné. Musíme zabezpečit, aby osoba provádějící úvodní skrínig nebo rychlé klinické zhodnocení, přistupovala k práci tak, aby pomohla mladému člověku zabývat se daným problémem. Je možné, že bude k dispozici pouze jedno setkání a je nutné z něho vytížit maximum. Přístup motivačních rozhovorů²¹ může být velice nápomocný.

20 Pozn. red.: V českém písemnictví podrobněji viz Mioviský et al. (Ed.) (2015). Prevence rizikového chování pro děti a mládež. Praha: LFUK/Klinika adiktologie. Dostupné na www.adiktologie.cz.

21 Autorů Miller a Rolnicka. Metoda dostupná také v českém jazyce (pozn. překladatele).

Případové medailonky pro ilustraci jednotlivých fází popsané v tabulce 1

Experimentální fáze

Roy, 14letý mladý student kouřil ve škole přes obědovou přestávku s přáteli konopí. Cítil se zvláště, chichotal se, byl hovornější, ale byl schopný se vrátit na vyučování kolem třetí odpoledne. Avšak jeden z jeho kamarádů začal po kouření plakat a začal být podezřívavý, obviňoval ostatní, dokonce i cizí lidi, že se mu snaží ublížit. Jeho přátelé se o něj museli postarat a dávat na něj pozor do pozdního večera, kdy se sám uklidnil. Roy byl s tímto zážitkem velmi znepokojen, a není si jistý, zda chce konopí zkusit znovu.

Sociální fáze

Tom, 16letý mladý student chodí se svými přáteli přes víkend, převážně v pátek večer, ven. Vypije 1 až 2 půl litrové plechovky piva, pokud se nejedná o zvláštní příležitost. Dobře se spolu baví a bez toho, že by se dostal do jakýchkoliv potíží, bývá kolem 23:3–4:00 doma. V době zkouškového období se skupina rozhodne na měsíc přestat se zábavou.

Brzká riziková fáze

Mike, 15letý student chodí ven s přáteli přes víkendy, hlavně v pátek a v sobotu, ale někdy i v neděli večer. V průměru vypije 4–5 půl litrových 8% piv při jednom setkání a v posledních několika měsících byl převezen na pohotovost kvůli intoxikaci. Párkrát kouřil konopí a jednou užil extázi, vždy s přáteli. Nicméně nikdy se nedostali do konfliktu se zákonem a ve škole mají dobré výsledky. Mike nechodí ven ani nepije, pokud je sám a není s přáteli. Kvůli své matce, na které mu hodně záleží, by chtěl zvolnit, ale je pro něj těžké odmítnout své přátele.

Pozdější riziková fáze

Stacy je 16letá mladá dívka, která momentálně nechodí do školy ani na praxi. Pracovníci CAMHS ji kvůli několika předávkováním kontaktovali. Na domluvené schůzky nedorazila. Její všeobecný lékař pro děti a dorost jí předepsal antidepresiva, ale sama hodnotí, že nefungují. Pije 2–3 krát týdně buď sama, nebo s přáteli. Zvládne vypít asi půl láhve vodky za jedno setkání. Konopí kouří asi dvakrát týdně. Pije převážně, když má špatnou náladu a/nebo když se objevují vzpomínky na sexuální zneužívání nevlastním otcem. „Když jsem pod vlivem, můžu zablokovat své myšlenky, nic jiného mi doposud nepomohlo.“

Fáze škodlivého užívání návykových látek

Johnny je 16letý mladý muž, který byl kvůli agresivnímu chování a kouření konopí ve škole nedávno vyloučen. Konopí kouří poslední rok téměř denně a přáteli se s mladými lidmi, kteří již mají problémy s policií. Pije hodně, asi 4–5 půl litrů piva denně, několik sklenic lihovin za sezení 3–4 krát za týden. Když byl pod vlivem alkoholu, dostal se do rvačky, byl zadržen za řízení pod vlivem alkoholu a za opilost a výtržnictví. Krade doma i venku, napětí je patrné ve vztazích s ostatními členy rodiny. Má domluvené první setkání s týmem pro mladistvé s problémy se zákonem.

Fáze závislosti

Paule má 17 let, stará se o dítě a žije v sociálním bydlení. Její matka má za sebou sérii intervencí spojených s užíváním drog. Otec je ve vězení za zneužívání její starší sestry. Ona sama již užívala několik návykových látek včetně konopí, alkoholu, kokainu, ketaminu a od 12–13 let užívá heroin, denně poslední rok. Nyní pije alkohol a užívá ketamin čas od času, heroin je její drogou první volby, kterou ale nikdy neužívala injekčně. Již několikrát se snažila snížit konzumaci drog, převážně kvůli průvodním abstinenčním příznakům. Projevuje známky PTSD (post traumatická stresová porucha) a deprese, několik posledních let se sebepoškozuje. CAMHS se s ní nepodařilo navázat smysluplný kontakt, čemuž přispívaly i časté změny v umístování do péče. Její vztahy jsou povrchní, nedokáže si udržet práci nebo docházet do školy. Cítí se beznadějně.

Tabulka č. 1: na protější straně

Fáze užívání návykových látek (alkohol a drogy) a navrhované intervence: Pragmatická klasifikace (Mirza & Mirza, 2008; Gilvarry et al., 2001)

Tabulka upravena a otištěna se svolením autorů (Mirza & Mirza, 2008. Elsevier Publishers, London)

Fáze	Motiv	Prostředí (setting)	Frekvence	Emoční dopad	Chování	Dopad na fungování	Navrhované intervence (Gilvarry et al., 2001)
Experimentální fáze	Zvědavost a sklon k riskování	O samotě nebo v rámci skupiny vrstevníků	Zřídka nebo ojediněle	Účinek alkoholu nebo drog je obvykle velmi krátkodobý	Absence chování směřujícího k aktivnímu vyhledávání alkoholu nebo nelegálních drog	Relativně malý, ojediněle může mít nebezpečné následky	Všeobecná prevence (formální i neformální edukace v oblasti nelegálních drog a alkoholu)
Sociální fáze	Sociální akceptace/potřeba „zapadnout“	Obvykle v rámci skupiny vrstevníků	Příležitostně	Uživatel si jasně uvědomuje účinky nelegálních drog na své vědomí	Absence chování směřujícího k aktivnímu vyhledávání alkoholu nebo nelegálních drog	Obvykle bez výraznějších problémů – ale někteří jedinci mohou začít vykazovat rysy rané rizikové fáze	Všeobecná prevence (formální i neformální edukace v oblasti nelegálních drog a alkoholu)
Raná „riziková“ fáze	Sociální akceptace / tlak vrstevníků / pozitivní vnímání zážitků dosahovaných pod vlivem návykových látek, které vycházejí z příjemných prvotních zážitků	Vliv vrstevnické skupiny	Často, ale s různou frekvencí, podle skupiny vrstevníků	Uživatel si jasně uvědomuje účinky nelegálních drog na své vědomí a vyhledává je	Absence chování směřujícího k aktivnímu vyhledávání alkoholu nebo nelegálních drog – ale dochází k rozvoji pravidelného vzorce užívání nelegálních drog/alkoholu	Pojí se s výraznými riziky, problémy týkajícími se akutní intoxikace (např. nehody související s opakovanými epizodami nadměrné konzumace alkoholu při jedné příležitosti)	* 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)	Kompenzování negativních emocí nebo intenzifikace příjemných stavů dalším experimentováním	O samotě nebo v rámci specifické/vybrané skupiny vrstevníků (uživatelé alkoholu nebo nelegálních drog)	Časté/pravidelné užívání	Alkohol nebo nelegální drogy se užívají k navození změny nálady nebo chování	Chování směřující k aktivnímu vyhledávání alkoholu nebo nelegálních drog je klíčovým indikátorem této fáze	Možný negativní dopad na některé oblasti fungování (např. škola nebo rodina)	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-IV)	Užívání alkoholu a nelegálních drog je primárním způsobem trávení volného času, případně také řešení stresu	O samotě nebo v rámci specifické skupiny vrstevníků (uživatelé alkoholu nebo nelegálních drog)	Pravidelné užívání nelehké na negativní dopady	Negativní efekt na emoce uživatele a jeho schopnost fungovat	Chování směřující k aktivnímu vyhledávání alkoholu nebo nelegálních drog navzdory negativním dopadům na mnoho různých oblastí života	Negativní dopad na téměř všechny oblasti života, případně narušení rodinných a dalších sociálních vazeb	* 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-IV) – do této fáze se dostává jen nepatrná menšina mladých lidí	Eliminace příznaků z odnětí (abstinčních příznaků) a bažení („cravingu“)	O samotě nebo s podobně smýšlející skupinou vrstevníků	Kompulzivní, pravidelné, často i každodenní užívání v zájmu zvládnutí příznaků z odnětí	Alkohol nebo nelegální drogy mají velmi významný emoční dopad. Markantní je problém příznaků z odnětí.	Chování směřující k aktivnímu vyhledávání alkoholu nebo nelegálních drog, častá je ztráta kontroly nad užíváním, nadměrný zájem o užívání alkoholu/drog, bažení, vyskytuje se rovněž kriminální chování	Somatické a duševní komplikace, negativní důsledky ve všech oblastech života	* Léčba poskytovaná specializovanými službami, včetně detoxifikace a v indikovaných případech rezidenční léčba a rehabilitace

* V některých případech je rovněž nutná spolupráce i jiných, než adiktologických zařízení a služeb.

Příloha 2

Bibliografie a reference

1. Abbott, M., Khan, F. & Gilvarry, E. (2007). Young People, substances and harm. In Gilvarry, E and McArdle, P. (eds.). *Alcohol, Drugs and Young People: Clinical Approaches*. Chapter 4 pages 51 – 61.
2. ACMD–Advisory Council on the Misuse of Drugs (2010). *Consideration of the cathinones*. Available at www.namsdl.org/documents/ACMDCathinonesReport.pdf
3. Addaction (2009). *Closing the Gaps – a whole family approach to young people and substance misuse*. Available at www.addaction.org.uk
4. Addiction & Turning Point (2005). *Developing the evidence base: young people with substance misuse problems*. Available at www.addaction.org.uk and www.turning-point.co.uk
5. Alcohol Concern (2010). *Right time, right place – Alcohol–harm reduction strategies with children and young people*. Available at www.alcoholconcern.org.uk/Publications
6. Allotey, P., Reidpath, D.D., Yasin, S., Chan, C.K. & de-Graft Aikins, A. (2011). Rethinking health-care systems: a focus on chronicity. *Lancet* 377 (9764):450–1.
7. Austin, A.M., Macgowan, M.J. & Wagner, E.F. (2005). Effective Family– Based Interventions for Adolescents with Substance Use Problems: A Systematic Review. *Research on Social Work Practice* 15:67.
8. Bateman, A. & Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry* 165:631– 638.
9. Bevington, D. (2012). Chapter: Substance Use Disorders in “*What Works for Whom? A critical review of treatments for Children and Adolescents*” 2nd Edition, Fonagy, P., Cottrell, D., Bevington, D., Phillips, J., Glaser, D. Pub Guilford (in press).
10. Bevington, D., Fuggle, P., Fonagy, P. et al (2012). Adolescent Mentalization– Based Integrative Therapy (AMBIT): A new integrated approach to working with the most hard to reach adolescents with severe complex mental health needs. *CAMH Journal*, (in press).
11. Boys, A., Farrell, M., Taylor, C. et al. (2003). Psychiatric morbidity and substance misuse in young people aged 13–15 years: results from the Child and Adolescent Survey of Mental Health. *British Journal of Psychiatry* 182:509–517.
12. Brown, S., McGue, M., Maggs, J. et al. (2009). Underage Alcohol Use Summary of Developmental Processes and Mechanisms: Ages 16–20. *Alcohol Research and Health* 32 (1):41–52.
13. Bukstein, O.G. & Lutka-Fedor, T. (2007). Principles of assessment for adolescents with substance use disorders. In *Alcohol, Drugs and Young People: Clinical Approaches* (eds E. Gilvarry & P. McArdle). London: Mac Keith Press.
14. Bukstein, O.G. & Winters, K. (2004). Salient variables for treatment research of adolescent alcohol and other substance use disorders. *Addiction*, 99 (Suppl.2), 23–37.
15. Bukstein, O.G. et al. (1997). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescent with substance use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36:10.
16. Burns, T., Catty, J., Dash, M. et al. (2007). Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta– regression. *British Medical Journal* 335:336.
17. Care Quality Commission (2010). *Guidance about compliance: essential standards of quality and safety*. London: Care Quality Commission.
18. Community and Local Government (2005). *Transitions: A social exclusion unit interim report on young adults*. Available at www.communities.gov.uk/publications/corporate/transitionssocial
19. Coulthard, M., Farrell, M., Singleton, N. & Meltzer, H (2002). *Tobacco, Alcohol and Drug Use and Mental Health*. London: The Stationery Office.
20. Cutler, R. & Fishbain, D. (2005). Are alcoholism treatments effective? The Project Match data. *BMC Public Health* 5: 75 doi:10.1186/1471-2458-5-75.
21. Dennis, M., Godley, S., Diamond, G. et al. (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: main findings from two randomized trials. *Journal of Substance Abuse Treatment* 27:197– 213. See also www.chestnut.org/li/downloads/Dennis_et_al_CYT_MF_appendix.pdf
22. Department of Children, Schools and Families, Department of Health and NHS National Treatment Agency for Substance Misuse (2009). *Joint Guidance on Development of Local Protocols between Drug and Alcohol Treatment Services and Local Safeguarding and Family Services*.
23. Department of Children, Schools and Families (2010). *ASB Family Intervention Projects: Monitoring and Evaluation*; National Centre for Social Research; Research report DCFS-RR215.
24. Department of Education (2009). *The Team Around the Child and the lead professional: A guide for managers*. Available at <https://www.education.gov.uk/publications/standard/publicationDetail/ Page1/IW92/0709>
25. Department of Education (2011). *The Munro Review of Child Protection: Final report. A child-centred system*. Department of Education www.education.gov.uk/munroreview
26. Department of Health (2008). *Refocusing the Care Programme Approach: Policy and positive practice guidance*. London: Department of Health www.dh.gov.uk

27. Department of Health (2009). *Supporting people with long term conditions: commissioning personalised care planning – a guide for commissioners*. www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Longtermconditions/DH_093359
28. Department of Health (2011a). *The transition to public health England. Action plan for the NTA 2011–12*. Available at www.nta.nhs.uk/uploads/ntaactionplan1112.pdf
29. Department of Health (2011b). *You're Welcome quality criteria for young people friendly health services–2011 edition*. Available at www.dh.gov.uk
30. Department of Health (2011c). *No health without mental health: a cross government mental health outcomes strategy for people of all ages*. London: Department of Health.
31. Department of Health (2011d). *No health without mental health: delivering better mental health outcomes for people of all ages*. London: Department of Health.
32. Dieterich, M., Irving, C.B., Park, B. & Marshall, M. (2010). Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (10): CD007906.
33. Dishion, T.J., McCord, J. & Poulin, F. (1999). When interventions harm: Peer groups and problem behavior. *American Psychiatric* 54:755–764.
34. DrugScope (2010). *Young people's drug and alcohol treatment at the crossroads. What's it for, where it's at and how to make it better*. Available at www.drugscope.org.uk
35. Eaton, J., McCay, L., Semru, M. & Chatterjee, S. (2011). Scale up of services for mental health in low and middle income countries. *Lancet* 378:1952–61.
36. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction–EMCDDA (2009). Annual report of the state of the drug problems in Europe in 2009. Available at www.emcdda.europa.eu/publications/searchresults?action=list&type=PUBLICATIONS&SERIES_PUB=w36
37. Farrell, M. (2007). Substance use and psychiatric co-morbidity in children and adolescents. In *Alcohol, Drugs and Young People: Clinical Approaches* (eds E. Gilvarry & P. McArdle). Chap.6 pp 75–81. London: Mac Keith Press.
38. Ford, T., Goodman, R. & Meltzer, H. (2003). The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 42:1203–1211.
39. Gilvarry, E. & McArdle, P. (2007). *Alcohol, Drugs and Young People: Clinical Approaches*. London: Mac Keith Press.
40. Greater London Authority (2010). *Children, Young People and Alcohol Pan-London Guidance* www.ldan.org.uk/documents/FinalPractitionerGuidance.pdf
41. Green, H., McGinnity, A., Meltzer, H., Ford, T. & Goodman, R. (2004). *Mental Health of children and young people in Great Britain, 2004*. National Office of Statistics. Department of Health and the Scottish Executive.
42. Grella, C., Hser, Y.I., Vandana, J. & Rounds-Bryant, J. (2001). Drug treatment outcomes for adolescents with comorbid mental and substance use disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease* 189:384–392.
43. Gunning, N. & Nicholson, S. (2010). *Drinking alcohol*. In Fuller, E and Sanchez, M (eds) *Smoking, Drinking and Drug Use among Young People in England in 2009*. London, NHS Information Centre for Health and Social Care.
44. Harrington, R., Bailey, S., Chitsabesan, P. *et al* (2005). *Mental Health Needs and Effectiveness of Provision for Young Offenders in Custody and in the Community*. Youth Justice Board for England and Wales. Available at www.youth-justice-board.gov.uk
45. Henderson, C., Dakof, G., Greenbaum, P. & Liddle, H. (2010). Effectiveness of multidimensional family therapy with higher severity substance-abusing adolescents: report from two randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 78:885–897.
46. Hendriks, V., van der Schee, E. & Blanken, P. (2011). Treatment of adolescents with a cannabis use disorder: Main findings of a randomized controlled trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavioral therapy in The Netherlands. *Drug and Alcohol Dependence* 119:64–71.
47. HERNED, M., Chapman, A., Dexter- Mazza, E. *et al*. (2008). Treating co-occurring axis 1 disorders in recurrently suicidal women with borderline personality disorder. A two year randomized trial of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 76:1068–1075.
48. Hogue, A. & Liddle, H. (2009). Family- based treatment for adolescent substance abuse: controlled trials and new horizons in services research. *Journal of Family Therapy* 31(1):126–154.
49. Home Office (2010). *Drug strategy 2010 – Reducing demand, restricting supply, building recovery: supporting people to live a drug free life*. Available at www.homeoffice.gov.uk/drugs/drug-strategy-2010/
50. Home Office (2011). *British Crime Survey Drug Misuse Declared: Findings from the 2010/11 British Crime Survey*. Available at www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs10/hosb1310.pdf
51. Jenkins, R., Meltzer, H., Bebbington, P. *et al*. (2009). The British Mental Health Survey: achievements and latest findings. *Social Psychiatry and Epidemiology* 44:899–904.
52. Jernigan, D. (2001). *Global Status Report: Alcohol and Young People*. Geneva, World Health Organisation.
53. Kaminer, Y. (2002). Adolescent substance abuse treatment: Evidence-based practice in outpatient services. *Current Psychiatry Reports* 4(5):397–401.
54. Kaminer, Y., Burleson, J. & Burke, R. (2008). Efficacy of outpatient aftercare for adolescents with alcohol use disorders: a randomized controlled study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 47 (12): 33–42.
55. Kaminer, Y. & Godley, M (2010). From assessment reactivity to aftercare for adolescent substance abuse: are we there yet? *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 19 (3) 577 to 590.
56. Kaminer, Y., Spirito, A. & Lewander, W. (2011). Brief motivational interventions, cognitive behavioural therapy and contingency management

- for youth substance use disorders. In *Clinical Manual of Adolescent Substance Abuse Treatment* (eds Y. Kaminer & K. Winters). American Psychiatric Publishing Inc. London, England.
57. Karver, M., Handelsman, J., Fields, S. & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: the evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review*; 26:50–65.
58. Kaye, D.L. (2004). Office recognition and management of adolescent substance use. *Current Opinion in Pediatrics*; 16:532–541.
59. Kelly, J.F., Myers, M.G. & Brown, S.A. (2000). A Multivariate Process Model of Adolescent 12-Step Attendance and Substance Use Outcome Following Inpatient Treatment. *Psychology of Addictive Behaviors* Vol. 14, No. 4, 376–389.
60. Kendall, S., Rodger, J. & Palmer, H. (2010). *Redesigning provision for families with multiple problems: early impact and evidence of local approaches*. Research Report DFE-RR046. Department for Education.
61. Kennedy, I. (2010). *Getting it Right for Children and Young People: Overcoming cultural barriers in the NHS in order to meet their needs*. Department of Health– www.dh.gov.uk/en/PublicationsandStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_119445
62. Knight, J.R., Shrier, L., Bravender, T., *et al* (1999). A new brief screen for adolescent substance abuse. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 153:591–596.
63. Knight, J.R., Sherritt, L., Shrier, L. *et al*. (2002). Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 156:607–614.
64. Knight, J.R., Sherritt, L., Harris, S.K. *et al*. (2003). Validity of brief alcohol screening tests among adolescents: a comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE, and CRAFFT. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 27(1): 67–73.
65. Liddle, H.A., Rowe, C.L., Dakof, G.A. *et al*. (2004). Early intervention for adolescent substance abuse: pre-treatment to post-treatment outcomes of a randomized clinical trial comparing multidimensional family therapy and peer group treatment. *Journal of Psychoactive Drugs* 36(1):49–63.
66. Linehan, M., Comtois, K., Murray, A. *et al* (2007). Two year randomized controlled trial and follow up of dialectical behaviour therapy vs therapy by experts for suicidal behaviour and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry* 63:757–763.
67. Littell, J.H. (2005). Lessons from a systematic review of effects of multisystemic therapy. *Children and Youth Services Review* 27 (4): 445–463.
68. Macleod, J., Oakes, R., Copello, A. *et al*. (2004). Psychological and social sequelae of cannabis and other illicit drug use by young people: a systematic review of longitudinal, general population studies. *Lancet* 363:1579–1588.
69. Mannuzza, S., Klein, R., Bessler, A., Malloy, P. & LaPadula, M. (1998). Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. *American Journal of Psychiatry* 155(4):493–8.
70. McAdam, E. & Mirza K.A.H (2009). Drugs, hopes and dreams: appreciative inquiry with marginalized young people using drugs and alcohol. *Journal of Family therapy* 31: 175–193.
71. McArdle, P. (2008). Use and misuse of drugs and alcohol in adolescence. *British Medical Journal* 337:46–50.
72. McArdle, P (2012). Recent advances in substance abuse by young people. *Advances in Psychiatric Treatment* (in press).
73. McCambridge, J., Slym, R.L. & Strang, J. (2008). Randomised controlled trial of motivational interviewing compared with drug information and advice for early intervention among 16 to 19 years old weekly or more frequently cannabis users. *Addiction* 103: 1809–18.
74. Mirza, KAH. & Bukstein, O. (2011). Attention deficit-disruptive behaviour disorders and substance use disorders in adolescents. In Kaminer Y and Winters K (eds) *Clinical Manual of Adolescent Substance Abuse Treatment*. American Psychiatric Publishing Inc. London, England.
75. Mirza, KAH. & Mirza, S. (2008). Adolescent substance misuse. *Psychiatry* 7: 357–362.
76. Mirza, KAH, Yandoli, D. & McAdam, E. (2012). Beyond branded therapies: systemic /family interventions for young people with substance misuse. *Child and Adolescent Mental Health Journal* (in press).
77. National Advisory Council (NAC) (2011). *How many times do we have to tell you? A briefing from the National Advisory Council about what young people think about mental health and mental health services*. By Paula Lavis and Dr Lesley Hewson.
78. National CAMHS Support Service (NCSS) (2010). Transitions in Mental Health Care. *A guide for health and social care Professionals on the legal framework for the care and treatment of young people with emotional and psychological problems during their transition years*.
79. NHS Information Centre for Health and Social Care (2011). *Smoking, drinking and drug use among young people in England in 2010* (Ed Fuller, E) Available at www.ic.nhs.uk/pubs/sdd10fullreport
80. NICE Technology Appraisal Guidance TA115 (2007). *Naltrexone for the management of opioid dependence*. Available at <http://publications.nice.org.uk/naltrexone-for-the-management-of-opioid-dependence-ta115>
81. 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
82. National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH) (2008a). *Drug misuse: psychosocial interventions–National Clinical Practice Guideline Number 51*. British Psychological Society and Royal College of Psychiatrists.
83. NCCMH (2008b). *Drug misuse: opioid detoxification–National Clinical Practice Guideline Number 52*. British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists.

84. NICE Public Health Guidance 24 (2010a). *Alcohol-use disorders: preventing harmful drinking*. Available at <http://guidance.nice.org.uk/PH24/Guidance/pdf/English>
85. National Collaborating Centre for Chronic Conditions (NCC-CC) (2010b) *Alcohol use disorders in adults and young people: clinical management*. Available at www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=byID&o=11828
86. NICE (2011a). *Alcohol-use Disorders: Diagnosis, Assessment and Management of Harmful Drinking and Alcohol Dependence*. NICE clinical guideline 115. Available at www.nice.org.uk/CG115 [NICE guideline].
87. NICE Quality Standards (2011b). *Alcohol Dependence 'Specialist interventions for children and young people'*. Available at www.nice.org.uk/guidance/qualitystandards/alcoholdependence/specialistinterventionschildren.jsp
88. NICE (2011c). Alcohol dependence and harmful alcohol use quality standard. Available at <http://pathways.nice.org.uk/pathways/alcohol-use-disorders#content=view-info%3Aquality-standards-alcohol-dependence-and-harmful-alcohol-use-quality-standard> a. Other NICE Alcohol Use 2011 guidance is available at www.nice.org.uk/usingguidance/commissioningguides/alcoholservices/AlcoholServices.jsp; <http://pathways.nice.org.uk/pathways/alcohol-use-disorders#content=view-info%3Aquality-standards-alcohol-dependence-and-harmful-alcohol-use-quality-standard>
89. NICE Clinical Guidance 138 (2012). *Patient experience in adult NHS services: improving the experience of care for people using adult NHS services*. Available at <http://publications.nice.org.uk/patient-experience-in-adult-nhs-services-improving-the-experience-of-care-for-people-using-adult-cg138/guidance>
90. NTA National Treatment Agency for Substance Misuse (2003). *Confidentiality and information sharing*. Available at www.sph.nhs.uk/sph-dtmu/sph-files/confidentiality/NTA-Confidentiality.pdf
91. NHS National Treatment Agency for Substance Misuse (2007a). *Assessing young people for substance misuse*. Available at www.nta.nhs.uk
92. 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
93. NHS National Treatment Agency for Substance Misuse (2009a). *Exploring the evidence*. Available at www.nta.nhs.uk
94. NHS National Treatment Agency for Substance Misuse (2009b). *Guidance for pharmacological management of substance misuse among young people*. Available at www.nta.nhs.uk
95. NHS National Treatment Agency for Substance Misuse (2008a). *The role of CAMHS and addiction psychiatry in adolescent substance misuse services*. Available at www.nta.nhs.uk/uploads/yp_camhs280508.pdf
96. NHS National Treatment Agency for Substance Misuse (2008b). *Guidance on commissioning young people's specialist substance misuse services*. Available at www.nta.nhs.uk/uploads/commissioning_yp_final2.pdf
97. NHS National Treatment Agency for Substance Misuse (2010). *Commissioning for recovery – Drug treatment, reintegration and recovery in the communities and prisons: a guide for drug partnerships*. Available at www.nta.nhs.uk/uploads/commissioning_for_recovery_january_2010.pdf
98. NHS National Treatment Agency for Substance Misuse (2011a). *Substance misuse among young people for 2010–11*. Available at www.nta.nhs.uk/uploads/yp2011commentaryfinal.pdf
99. NHS National Treatment Agency for Substance Misuse (2011b). *Young people's specialist substance misuse treatment planning (1 year and 3 year plans) – Interim guidance for young people's strategic partnerships 2011/12*. Available at www.nta.nhs.uk/uploads/finalyp_treatment_planning_guidance_201112.pdf
100. NHMDU (2009). *The legal aspects of the care and treatment of children and young people with mental disorder*. Available at www.nmhdu.org.uk/silo/files/the-legal-aspects-of-the-care-and-treatment-of-children-and-young-people.pdf
101. Nutt, D.J., King, L.A. & Phillips, L.D. (2010). Drug harms in the UK: a multi-criteria decision analysis. *The Lancet* 376 (9752):1558–1568.
102. Office of the Surgeon General (1999). *Mental Health a Report of the General Surgeon*. Available at www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/home.html
103. Offord, D. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press.
104. O'Leary-Tevyaw, T. & Monti, P.M. (2004). Motivational enhancement and other brief interventions for adolescent substance abuse: foundations, applications and evaluations. *Addiction*, 99 (Suppl. 2), 63–75.
105. Passetti, F., Jones, G., Chawla, K., Boland, B. & Drummond, C. (2008). Pilot study of assertive community treatment methods to engage alcohol-dependent individuals. *Alcohol & Alcoholism* 43(4):451–5.
106. Perepletchikova, F., Krystal, J. & Kaufman, J. (2008). Professional Review: Adolescent alcohol use disorders: assessment and treatment issues. *Journal of Child Psychology & Psychiatry* 49 (11):1131–1154.
107. Pilling, S., Yesufu-Udechuku, A., Taylor, C. & Drummond, C. (2011). Guideline Development Group. Diagnosis, assessment, and management of harmful drinking and alcohol dependence: summary of NICE guidance. *British Medical Journal* 342:d700.
108. 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.

109. Richards, A. (2011). *Application of a manualised family therapy approach in adolescent substance misuse*, MSc dissertation, Institute of Psychiatry, King's College, London.
110. Riggs, P.D., Mikulich-Gilbertson, S.K., Davies, R.D. *et al.* (2007). A Randomized Controlled Trial of Fluoxetine and Cognitive Behavioral Therapy in Adolescents With Major Depression, Behavior Problems, and Substance Use Disorders. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 61(11):1026–1034.
111. Royal College of Psychiatrists (2011a). *Quality Network for Community CAMHS: Service Standards 3rd Edition*. (eds Barrett, R., Butler, C., Collins, E., O'Herlihy, A. & Thompson, P). Royal College of Psychiatrists' Centre for Quality Improvement.
112. Royal College of Psychiatrists (2011b). *Quality Network for Inpatient CAMHS: Service Standards 6th Edition*. (eds Solomon, J., Thompson, P. & Collins, E.). Royal College of Psychiatrists' Centre for Quality Improvement.
113. Sampl, S. & Kadden, R. (2001). *MET and CBT for adolescent cannabis users: 5 sessions, CYT series, volume 1*. (BKD384). Rockville, MD: CSAT, SAMHSA. Available at <http://kap.samhsa.gov/products/manuals/cyt/>
114. Scott C.K. & Dennis M.L. (2009). Results from two randomized clinical trials evaluating the impact of quarterly recovery management checkups with adult chronic substance users. *Addiction* 104 (6): 959–971.
115. Scott, C.K., Dennis, M.L., Laudet, A., Funk, R.R. & Simeone, R.S. (2011). Surviving Drug Addiction: The Effect of Treatment and Abstinence on Mortality. *American Journal of Public Health*, Vol. 101, No. 4, pp. 737.
116. Singh, P.S., Paul, M., Ford, T. *et al.* (2010). Process, outcome and experience of transition from child to adult mental healthcare: multiperspective study. *British Journal of Psychiatry*, 197, 305–312.
117. Smith D., Hall J., Jang M. & Arndt S. (2009). Therapist Adherence to a Motivational-Interviewing Intervention Improves Treatment Entry for Substance- Misusing Adolescents With Low Problem Perception. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 70:101–105.
118. Spirito, A., Monti, P., Barnett, N. *et al* (2004). A randomized clinical trial of a brief motivational intervention for alcohol-positive adolescents treated in an emergency department. *The Journal of Pediatrics* 145: 396–402.
119. Stein, L.A., Minugh, P.A., Longabaugh, R. *et al* (2009). Readiness to change as a mediator of the effect of a brief motivational intervention on post-treatment alcohol- related consequences of injured emergency department hazardous drinkers. *Psychology of Addictive Behaviors* 23:185–195.
120. Slesnick N., Prestopnick L., Meyers R. & Glassman M. (2006). Treatment outcome for street-living homeless youth. *Addictive Behaviors* 32:1237–1251.
121. Slesnick, N., Dashora, P., Letcher, A., Erdem, G. & Serovitch J. (2009). A review of services and interventions for runaway and homeless youth. *Children and Youth Services Review* 31:732–742.
122. Slesnick, N. & Prestopnik, J.L. (2009). Comparison of family therapy outcome with alcohol-abusing, runaway adolescents. *Journal of Marital & Family Therapy* 35 (3): 255–77.
123. Tait, R.J. & Hulse, G.K. (2003). A systematic review of the effectiveness of brief interventions with substance using adolescents by type of drug. *Drug and Alcohol Review*; 22, 337–346.
124. Tait, R.J., Hulse, G.K. & Robertson, S.I. (2004). Effectiveness of a brief intervention and continuity of care in enhancing attendance for treatment by adolescent substance users. *Drug and Alcohol Dependence*; 74, 289–296.
125. 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.
126. Walton, M.A., Chermack, J.T., Bingham, C.R. Zimmerman, M.A., Blow, F.C. & Cunningham, R.M (2010). Effects of a Brief Intervention for Reducing Violence and Alcohol Misuse Among Adolescents-A Randomized Controlled Trial. *Journal of the Medical Association (JAMA)*, 304 (5):527– 535.
127. Webb, C., Scudder, M., Kaminer, Y., Kadden, R. & Tawfik, Z. (2002). *The MET/CBT 5 Supplement: 7 Sessions of Cognitive Behavioral Therapy (CBT 7) for Adolescent Cannabis Users*. (DHHS Publication No. (SMA) 02-3659, Cannabis Youth Treatment (CYT) Manual Series, Volume 2). Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Available at: www.chestnut.org/li/cyt/products/CBT7_CYT_v2.pdf
128. Wilens, T., Adamson, J., Monuteaux, M. *et al.* (2008). Effect of prior stimulant treatment for attention deficit hyperactivity disorder on subsequent risk for cigarette smoking and alcohol and drug use disorders in adolescents. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 162:916–921.
129. Winters, K. & Kaminer, Y. (2011). Adolescent Behavioral Change. In Kaminer Y. & Winters K. (2011) *Clinical Manual of Adolescent Substance Abuse Treatment*. American Psychiatric Publishing. London.
130. Youth Justice Board (2010). National Standards for Youth Justice Services. <http://www.yjb.gov.uk/publications>

Příloha č. 3

Poděkování

Tyto Doporučené postupy byly vytvořeny s finanční podporou Ministerstva zdravotnictví a ve spolupráci s partnery:

Královská akademie praktických lékařů
(Royal College of Psychiatrists)
DrugScope
Znepokojení alkoholem (*Alcohol Concern*²²)

Projektový tým:

Professor Eilish Gilvarry
Dr. Paul McArdle ,
John McCracken
Stewart Killala
Dr. Paul Lelliott
Anne O'Herlihy

My (členové projektového týmu) jsme vděční každému,
kdo přispěl při jejích tvorbě, speciálně:

Vědecká skupina:

Professor Eilish Gilvarry
Dr. Paul McArdle
Dr. Dickon Bevington
Dr. Kah Mirza
Dr. Paul McArdle
Dr. Norman Malcolm

Konzultační skupina k Doporučeným postupům:

Také bychom rádi poděkovali Kirsty Blenkins (NTA) a Jill Britton (DAT provozní manažerka) za jejich připomínky, prezentace a servisní protokoly.

Dále bychom rádi poděkovali:

Emily Burn - Turning Point
Anna Curran - Alcohol Concern (*Znepokojení alkoholem*)
Sheryl Dago - Addaction-DAT service manager
Howard Jasper - Youth Justice Board (Rada pro spravedlnost pro mladé)
Jennifer Hope - NICE Alcohol Guideline (*NICE Směrnice pro alkohol*)
Kim Williams - lead alcohol nurse-Alder Hey Children's Hospital (*vedoucí sestra pro alkohol - Dětská nemocnice Alder Hey*)
Kirsty Blenkins - NTA

Marcus Roberts - DrugScope

Michael Kelleher - NTA

Norman Malcolm - CAMHS consultant in substance misuse services (*CAMHS konzultant pro adiktologické služby*)

Emma Reynolds - CAMH psychologist in substance misuse service (*CAMHS psychologie pro adiktologické služby*)

Mary Small - consultant community paediatrician (*konzultantka, komunitní pediatr*)

Workshop 1 - 4. dubna 2012

Delegáti, kteří přispěli k tvorbě těchto Doporučených postupů a kterým bychom rádi poděkovali:

- Mladý člověk, zástupce CASUS - představil své názory prostřednictvím záznamu na DVD
- Joyce Akpogheneta - mladá dívka, pracovnice s mladými v oblasti alkoholu a drog
- Theresa Allen - pracovnice s mladými - Turning Point (*Zlomový bod*)
- Mark Ashby - člen trustu Addiction, agentura pro podporu a péči v Richmondě
- Natascha Baylor - specializovaná adiktologická sestra
- Dr. Dickon Bevington - konzultant, psychiatr pro děti a adolescenty
- Carol-Anne Bidwell - DAAT, provozní zodpovědný pracovník
- Jill Britton - Koordinátorka, adiktoložka pro mladé
- Nina Crofts - manager Compass young people's drug and alcohol service (*Compass služby pro mladé lidi v oblasti drog a alkoholu*)
- Amanda Davies - koordinátor vzdělávání o drogách, služby pro mladé lidi v oblasti drog a alkoholu
- Louise Gaule - koordinátorka - pracovnice služeb podpory pro mladé
- Elayne Grace - adiktologická pracovnice pro mladé (část - sociální služby)
- Vikas Gupta - odborník - člen adiktologického týmu pro mladé klienty
- Vicki Hancock - projektová manažerka - CRI-T3 Staffordshire adiktologické služba pro mladé (projekty - přechod k zatčení a rizikové situace)
- Dr. Gill Hewlett - TYS for substance misuse (*Cílená Podpora Mládeže v oblasti zneužívání návykových látek*)

²² <https://www.alcoholconcern.org.uk>

Doporučené postupy pro práci s mladými lidmi s problémy souvisejícími s užíváním návykových látek

- Nicky Hill – vedoucí osobní poradkyně – Cílená Podpora Mládeže, služby pro děti
- John Howard – sestra linky pro mladé “Catch-22” – 24 hodinová služba
- Gillian Le Page – týmová manažerka
- Angela Lewis – vedoucí koordinátorka pro oblast zneužívání návykových látek mladými lidmi
- Conny Kerman – systemická rodinná terapeutka
- Dr. Norman Malcolm – konzultant, psychiatr pro děti a mladistvé
- Dr. Paul McArdle – konzultant, psychiatr pro děti a mladistvé
- Ann Francis McGrath – podpůrná pracovnice s mladými lidmi
- Cat Miller – koordinátorka – Cílená Podpora Mládeže
- Ali Mills – servisní manažer
- Dr. KAH Mirza – konzultant, psychiatr pro děti a mladistvé
- Amanda Moawad – adiktologická specialistka – Lambeth – Rada pro spravedlnost pro mladé
- Christina Pace – “children’s Trust” manažerka – dětský koordinační tým
- Clare Price – koordinátor pro mladé – DAAT
- Andrew Stephenson – adiktolog pro mladé – Young Addaction Derby
- Cheery Sullivan – servisní manažerka – Hampshire 24/7 (24 hodinová služba)
- Keely Voce – adiktoložka – Leicester city Rada pro spravedlnost pro mladé
- Jennifer Waring – specializovaná zdravotnice/ komunitní psychiatrická sestra
- Rosie Winyard – vedoucí sestra – CAMHS specializované adiktologické služby
- Dennis Yandoli – rodinný psychoterapeut

Příloha č. 4

Zahrnutí klíčových zjištění sepsaných na finálním konzultačním setkání

Jak Doporučené postupy zlepšit:

- rozšířením Doporučených postupů o Pokyny pro léčbu komorbidit,
- vynecháním žargonu, aby byly Doporučené postupy srozumitelné pro všechny
- zaměřením na integrovaný přístup,
- výsledky by měly být zaměřeny a souviset se specifickými cíli a snahami jednotlivých intervencí.

Jak můžou z Doporučených postupů profitovat mladí lidé jejich rodiny a/nebo opatrovníci?

- dát mladému člověku, jeho rodičům nebo opatrovníkům informace o tom co očekávat,
- jasně pojmenovat rozsah možností, které jsou pro mladé lidi k dispozici,
- podpořit spolupracující vztah mladých lidí a jejich rodičů nebo opatrovníků – kde je to možné.

Jak můžou pomoci informace pro praxi?

- podporovat jednotný přístup napříč sektory a zařízeními, jak mladé lidi v ohrožení identifikovat, posuzovat a nabídnout péči a intervence založené na důkazech,
- pomoc s cílem zvýšit povědomí o adiktologické léčbě a léčbě komorbidních problémů.

Jak můžou pomoci zlepšit servisní služby pro mladé lidi?

- můžou být použity k posouzení místních ustanovení a identifikaci nedostatků,
- můžou být užitečným měřítkem pro praxi,
- informovat o vzdělávacích potřebách a pomoci podporovat praxi založenou na důkazech.

Možné překážky v informování o praxi a dosažení konzistentního přístupu

- existence oddělených rozpočtů,
- poskytování odborné přípravy.

Příloha č. 5

Slovník pojmů

ACRA Adolescent community reinforcement approach – *Přístup posílení komunity mladistvých*

ACMD Advisory council on the misuse of drugs – *Poradní rada pro zneužívání návykových látek*

A&E [Accident and emergency departments] – *Pohotovost*

AMBIT Adolescent mentalization-based integrative therapy – *Integrativní terapie založená na mentalizaci dospívajícího*

AUDIT-C Alcohol use disorders identification test – consumption items – *Identifikační test Poruch zneužívání alkoholu – položky spotřeba*

ASSET Adolescent substance use skills education training – *zvyšování znalostí a dovedností mladistvých o užívání návykových látek*

CAF Common assessment framework – an assessment tool for use across all professionals working with children – *Obecný hodnoticí rámec – nástroj hodnocení použitelný napříč všemi profesemi pracujícími s dětmi*

CBT Cognitive behavioural therapy – *Kognitivně – behaviorální terapie (KBT)*

CAMHS Child and adolescent mental health services – *Služby zaměřeny na duševní zdraví dětí a mladistvých*

CPA Care programme approach – systematic assessment of an individual's health and social care needs, care plan, key worker and regular review of progress – *Přístup plánované péče – systematický assessment zdravotních a sociálních potřeb jedince, plán péče, koordinátor, pravidelné vyhodnocování změn*

CYT Cannabis youth treatment study – *Výzkum léčby užívání marihuany u mladých*

CORC CAMHS outcome research consortium – *CAMHS konsorcium výsledků výzkumů*

CGAS Children's global assessment scale – *hodnoticí škála Globální hodnocení pro děti*

CPN Community psychiatric nurse – *komunitní psychiatrická sestra*

CRAFFT Is an acronym of the first letters of key words in the six screening questions – *je zkratka prvních písmen klíčových slov šesti screeningových otázek*

CQC Care quality commission – *komise pro kvalitu péče*

DAT Drug and alcohol team – *tým zaměřený na užívání nelegálních drog a alkoholu*

DBT Dialectical behavioural therapy – *Dialektická behaviorální terapie*

DNA Did not attend – when a young person misses a planned appointment – *„Nepřišel“ – když mladý klient nepřijde na domluvenou schůzku*

DUST Drug use screening tool – *Nástroj na skríníng užívání nelegálních drog*

DH Department of Health – *Ministerstvo zdravotnictví*

EBT Evidence based treatment – *léčba založená na důkazech*

GP General Practitioner – *všeobecný lékař*

HoNOSCA Health of the nation outcome scales for children and adolescents – *škála výsledků zdraví dětí a mladistvých na národní úrovni*

IAPT for YP Improving access to psychological therapies for young people – *zlepšování dostupnosti psychoterapie pro mladé*

MASQ Maudsley adolescent substance misuse tool – *Maudsleyho nástroj na měření zneužívání návykových látek adolescenty*

MDFT Multidimensional family therapy – *Multidimenzionální rodinná terapie*

NDTMS National drug treatment management system – *Národní systém managementu léčby drog*

NHMDU National mental health development unit – *Odbor rozvoje psychického zdraví na národní úrovni*

NICE National institute of clinical excellence – *Národní institut klinické excelence*

NPS New psycho-active substances – *nové psychoaktivní látky*

NSF National service framework – *národní rámec pro poskytování služeb*

NTA National treatment agency – *národní agentura pro léčbu*

PH Public health – *veřejné zdraví*

PHSE Personal, health, social and education – *Osobní, zdravotní, sociální a vzdělávací*

QNCC Quality network for community CAMHS – *komunitní síť pro kvalitu při CAMHS*

SASQ Single alcohol screening questionnaire – *jednoduchý dotazník skríníngu užívání alkoholu*

SDQ Strengths and difficulties questionnaire – *dotazník silných a slabých stránek*

SQIFA Screening questionnaire interview for adolescents employed by staff working in the youth justice system – *Skríníngový dotazovací rozhovor pro adolescenty prováděn pracovníky Rady pro spravedlnost pro mladé*

TOP Treatment outcomes profile – *profil výsledků léčby*

YOT Youth offending team – *Rada pro spravedlnost pro mladé*

YJS Youth justice system – *Systém spravedlnosti pro mladé*

Původní vydání:

Královská akademie psychiatrů
Centrum pro zlepšování kvality

Standon House
21 Mansell Street
Londýn E1 8AA

České vydání:

Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN
Apolinářská 4
120 00 Praha 2
www.adiktologie.cz

Neprodejné.

Královská akademie psychiatrů je charita registrovaná v Anglii,
Walesu (228636) a Skotsku (SC038369)

© Originál dokumentu (2012), Královská akademie psychiatrů
(Royal College of Psychiatrists)
www.rcpsych.ac.uk

