

STANDARDS ODBORNÉ ZPŮSOBILOSTI

pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách (Standardy služeb pro uživatele drog)

I. CÍLE

- (1) Cílem standardů je stanovit ve veřejném zájmu kritéria péče o problémové uživatele drog a drogově závislé, která se stanou závazná pro všechny poskytovatele odborných služeb.
- (2) Standardy jsou základním nástrojem pro zabezpečení kvality a účinnosti poskytované péče, nenahrazují však diagnostické a léčebné standardy a postupy dobré praxe u jednotlivých metod.
- (3) Standardy umožní poskytovatelům trvalé a systematické zaměření na kvalitu vlastní práce, její udržení a rozvoj.
- (4) Standardy jsou v rámci procesu certifikace odborné způsobilosti nástrojem pro odborné posouzení poskytovatele, který se k certifikaci přihlásil. Získání certifikace je známkou kvality pro uživatele péče, veřejnost a správní orgány.
- (5) Standardy poskytují orgánům státní a veřejné správy, veřejným zdravotním pojišťovnám a jiným institucím poskytujícím finanční prostředky nástroj pro dohled na úroveň služeb poskytovaných veřejnosti a kontrolu efektivity vynakládání poskytnutých finančních prostředků.
- (6) Standardy jsou jedním z prostředků k zabezpečení širší dostupnosti komplexní a kontinuální léčebné péče o problémové uživatele drog a osoby závislé na drogách.

II. DEFINICE POJMŮ

- (1) “Standardy” se míní odbornou veřejností akceptovaná úroveň poskytované péče, která umožňuje dosáhnout maximální kvality a efektivity léčby u daného onemocnění.
- (2) “Kvalitou péče” se rozumí takové služby, které jsou efektivní, integrované, slouží jednoznačně definovanému cíli, splňují kritéria standardů a odpovídají potřebám uživatele péče (pacienta/klienta).
- (3) “Závislostí na návykových látkách” se rozumí stav, který splňuje diagnostická kritéria „syndromu závislosti“ dle 10.revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN).
- (4) “Problémovým uživatelem návykových látek” se rozumí: (a) osoba užívající nelegální drogy ze skupiny opiátů/opioidů (heroin, hydrocodon) nebo stimulantů (kokain, pervitin) dlouhodobě a/nebo nitrožilně (definice EMCDDA), (b) osoba užívající jakékoliv návykové látky, která nespĺňuje diagnostická kritéria závislosti na návykových látkách, a u které se zároveň projevují známky manifestních problémů v oblasti fyzické, psychické či sociální (definice „škodlivého užívání“ podle MSK 10).
- (5) Pro uživatele služeb je používáno souborné označení “pacient/klient”, samotného termínu “pacient” je použito pouze v souvislosti s čistě lékařskou úrovní specifické léčebné péče (detoxifikace), termínu “klient” např. u terénních, kontaktních a poradenských programů.
- (6) “Rezidenční péč” se rozumí dlouhodobý léčebně-rehabilitační/resocializační pobyt v terapeutické komunitě. Jde o odborný pojem, který v ČR nemá oporu v zákoně.
- (7) “Strukturované aktivity” představují zejména komunity, skupiny, kluby, nácviky sociálních dovedností, relaxace atd.
- (8) Další pojmy jsou vysvětleny v záhlaví a v textu jednotlivých standardů.

III. EDIČNÍ POZNÁMKY K VÝVOJI STANDARDŮ

- (1) Východiskem těchto standardů jsou "Minimální standardy" dle WHO, vydané MPK v r. 1995, dále Metodické opatření č. 9 MZ ČR (Věstník MZ ČR, částka 7, červen 1998), standardy SCODA z Velké Británie a základní manuál kvality doporučený Evropskou unií.
- (2) Návrh (první verze, červen 1999) byl připomínkován v 1.kole připomínkového řízení. Druhá verze (září 1999) zohlednila připomínky, doplňky a náměty 1. kola připomínkového řízení. Třetí verze (listopad 1999) přinesla návrh hodnotícího schématu a bodového hodnocení. Čtvrtá verze (únor 2000) zapracovala a zohlednila připomínky členů Pracovní skupiny pro substituční léčbu návykových nemocí při MZ. Pátá verze (červen 2001, verze 5a srpen 2001) byla výsledkem úprav vzniklých na základě pilotního ověřování akreditačních standardů. V této etapě (1999-2001, verze 1-5) nesly tyto standardy název Akreditační standardy a počínaje 4.verzí byly prakticky ověřeny při místním šetření celkem v 15 zařízeních.
- (3) 6.verze představovala zásadnější revizi, která vzala v úvahu politiku kvality MZ a MPSV.
 - a) Politika kvality MZ: podle doporučení Centra pro rozvoj kvality MZ) jsou zohledněny na příslušné úrovni požadavky ISQua a ALPHA International Principles for Standards. Dále se upustilo od pojmu „akreditace“ a „akreditační standardy“ s tím, že tento pojem má být vyhrazen pro proces vyššího stupně, zahrnující i hlubší hodnocení organizačního, personálního a finančního managementu, hodnocení účinnosti odborné péče a ekonomickou evaluaci (hodnocení nákladové efektivity). I na úrovni procesu certifikace odborné způsobilosti však byla zachována dosavadní kritéria organizačního, personálního a finančního managementu (standardy A4, A5, A7 a A8), protože jimi hodnocené faktory vytvářejí příznivé okolí pro kvalitu poskytovaných odborných služeb, jejich udržitelnost a životaschopnost.
 - b) Byla zajištěna harmonizace se standardy sociálních služeb, které byly vypracovány na MPSV v období 2000-2001.
- (4) Tato 7. verze (2.revize) přináší další strukturální i obsahové úpravy. Zejména v obecné části (část A) je dodržována shoda se standardy kvality sociálních služeb („registrační standardy“) v publikované verzi z r. 2001.

IV. POZNÁMKY K BODOVACÍMU SCHEMATU

- (1) Bodovací schéma vychází z akreditační bodovací listiny Spojené akreditační komise ČR (pro akreditaci nemocnic).

Bodovací stupnice:

A – Logická: Ano nebo Ne, Ano = 5 bodů, Ne = 1 bod

B – Kvalitativní:

vždy = 5
většinou = 4
občas = 3
málokdy = 2
nikdy = 1

C – Kvantifikační: navrhuje se tam, kde je možné určit (nebo přibližně odhadnout), v kolika případech ze 100 položka platí, ale zejména u komplexních položek, kde vyjadřuje (opět obvykle přibližnou) míru naplnění položky v kvantitě i v kvalitě

91-100% (téměř úplně nebo úplně) = 5

75-90% (ze tří čtvrtin a více) = 4

66-74%(mezi dvěma třetinami a třemi čtvrtinami) = 3

50-65% (mezi polovinou a dvěma třetinami) = 2

Méně než 50% = 1

- (2) Hvězdičkou (*) se označují položky, jejichž naplnění je pro akreditaci zásadní, případně nezbytné.
- (3) **Maximum** u jednotlivých tabulek je dáno maximální dosažitelnou hodnotou bodů ve všech položkách. Pokud pro daný hodnocený program určitá položka objektivně nepřipadá v úvahu, tj. není hodnocena, návrh jí přiřazuje plný počet bodů. Tento vyrovnávací postup byl zvolen s ohledem na jednoduchost a porovnatelnost.
- (4) **Minimum** se navrhuje obvykle jako cca 75% maxima.

V. ZDROJE

POP - písemné organizační podklady (statut, stanovy, směrnice, pokyny, manuály, výroční zpráva, etický kodex atd.)

ODP/K - osobní dokumentace pacienta/klienta (např. chorobopis či osobní spis, zpráva o přijetí a propuštění, vedení léčby atd.)

DP – dokumentace programu (např. záznamy ze skupin, komunit, dokumentace mimořádných událostí atd).

PA - personální agenda, proškolení, plán vzdělávání atd.

RV - rozhovory s vedoucími pracovníky

RZ - rozhovory se zaměstnanci

RP/K- rozhovory s pacienty/klienty

VP - vlastní pozorování

A - OBECNÁ ČÁST

OBSAH

1. Přístupnost odborných služeb
2. Práva pacientů/klientů
3. Příjem a úvodní zhodnocení
4. Spektrum služeb a zásady jejich poskytování
5. Personální práce
6. Odborné vedení a rozvoj pracovníků a týmů
7. Dostupnost, vnější vztahy
8. Organizační aspekty
9. Finance
10. Prostředí a materiálně-technické zázemí
11. Minimální bezpečí
12. Hodnocení kvality a efektivity služeb

Poznámky za každým standardem

Souhrnná tabulka bodového hodnocení

1.	PŘÍSTUPNOST A CÍLE ODBORNÝCH SLUŽEB Zařízení/organizace deklaruje poslání a cíle odborné péče, kterou poskytuje, v souladu s odbornými a humanistickými principy a vymezuje cílovou skupinu. Služby jsou poskytovány v souladu s těmito deklaracemi.	Bodovací stupnice	Zdroje
1.1	Odborné služby jsou veřejně přístupné (Poznámka 1) bez ohledu na pohlaví, věk a rasu pacienta/klienta, jeho politické přesvědčení, náboženství, právní či společenské postavení, psychický či fyzický stav (včetně HIV pozitivitu) a socioekonomické možnosti (např. schopnost službu zaplatit).	A*	POP, RV
1.2	Služby jsou přístupné bez ohledu na typ užívané návykové látky (Poznámka 2), historii užívání a způsob aplikace návykové látky.	B	POP, RV
1.3	Služby jsou přístupné bez zbytečných odkladů (Poznámka 3), které by mohly zhoršit aktuální stav pacienta/klienta.	B	POP, RP/K
1.4.	Poslání a cíle služby jsou definovány v písemné podobě a odpovídají odborným a humanistickým principům.	A*	POP
1.5.	Pro službu je definována cílová skupina.	A*	POP
1.6.	Poskytované služby odpovídají deklarovaným cílům a poslání a jsou poskytovány pacientům/klientům, kteří odpovídají stanovené cílové skupině.	B	POP, RV, ODP/K
	Maximum	30	
	Minimum	25	
	Nezbytné: A*=5	15	

POZNÁMKY

1. *Služby financované z veřejných zdrojů mají splňovat následující požadavky: (a) „rovný přístup“ bez ohledu na potenciálně diskriminující charakteristiky uživatelů – což neznamená, že nebereme v úvahu odborná kritéria a indikace, (b) finanční dostupnost – což nutně neznamená nulovou spoluúcast nebo žádné režijní poplatky, (c) územní dosažitelnost. Akreditace se týká konkrétního poskytovatele, standardy tudíž neřeší územní dosažitelnost (c), která je úkolem veřejné politiky, nikoliv jednotlivé organizace poskytující odborné služby. Pojem „přístupnost“ tedy shrnuje „rovný přístup“ a „finanční dostupnost.“ To se týká i formulace v oddílu 1.3.*
2. *Při zohlednění indikačních kritérií programů.*
3. *U lůžkových zařízení bude porovnávána čekací doba ve vztahu k využití lůžkového fondu, jež by mělo činit minimálně 85%. U ambulantních zařízení se stanovuje na 1 odborného pracovníka minimální počet 6 pacientů/klientů v pravidelném programu s individuálním plánem.*

2.	PRÁVA PACIENTŮ/KLIENTŮ Při poskytování odborné péče jsou respektována práva pacientů/klientů. Poskytovatel zkoumá a definuje specifické situace, při kterých by k porušení práv pacientů/klientů mohlo dojít, a vytváří taková pravidla, která by práva pacientů/klientů zajistila.	<i>Bodovací stupnice</i>	<i>Zdroje</i>
2.1	Zařízení dodržuje příslušný Kodex práv pacientů/klientů a zveřejňuje jej pro pacienty/klienty srozumitelnou formou v případné stylistické úpravě s ohledem na své zaměření (Poznámka 1).	A*	POP, RV, RZ, RP/K, VP
2.2	Jmenovité informace o pacientovi/klientovi a jeho zdravotním stavu jsou důvěrné a nejsou poskytovány bez jeho souhlasu, případně bez jeho vědomí, jestliže je organizace povinna je poskytnout (Poznámka 2).	B	POP, RV, RZ, RP/K
2.3	Je respektováno právo pacienta/klienta seznámit se přiměřeným způsobem s tím, jak je v zařízení vedena, uchovávána a zabezpečena dokumentace obsahující jeho osobní údaje.	B	POP, RV, RZ, RP/K
2.4	Pacient/klient je plně informován o formě, obsahu, délce a pravidlech poskytované odborné péče, včetně jejich očekávaných přínosů a případných rizik, svých povinností a chování, jímž může přispět k dosažení jejich cílů.	B	POP, RV, RZ, RP/K
2.5	Podmínky odborné péče a případná omezení se uplatňují s plným vědomím a informovaným souhlasem pacienta/klienta (Poznámka 3).	B*	RZ, RP/K
2.6	Pacient/klient má právo na kontakt se svoji rodinou, zaměstnavatelem, učitelem, duchovním, příp. dalšími důležitými osobami ze svého okolí, pokud je to v souladu s podmínkami a omezeními odborné péče podle bodu 2.5.	B	RZ, RP/K
2.7	Nejsou kladeny překážky svéprávnému rozhodnutí pacienta/klienta ukončit léčbu či jiný odborný program.	B	RZ, RP/K
2.8	Je definován postup přijímání, vyřizování a dokumentování stížností, případů diskriminace a fyzického, psychického, ekonomického či sexuálního zneužívání pacientů/klientů ze strany personálu.	A*	POP, RZ, RP/K
2.8.1	Pacienti/klienti i personál jsou s postupem seznámeni.	A	RZ, RP/K
2.8.2	Pacienti/klienti mohou bez ohrožení využívat podání stížnosti a žádat informace jejím vyřízení.	A	RP/K
2.8.3	Na základě stížností a rozboru případů diskriminace či zneužívání jsou přijímána opatření, směřující k vyšší odborné i etické úrovni práce personálu.	A	POP, DP, PP, RV

2.9	Dokumentace obsahující osobní údaje pacienta/klienta je zabezpečena proti zneužití. (Poznámka 4).	A	RZ, RP/K, VP
2.10	Pacient/klient je srozumitelně informován o případných zákonných omezeních zde uvedených práv a o důsledcích, které tato omezení mají pro něj a pro zařízení (Poznámka 5).	B*	RZ, RP/K
2.11	Organizace zkoumá a definuje situace, při kterých by v souvislosti s poskytováním odborné péče mohlo dojít k porušení práv pacientů/klientů, a na základě toho vytváří pro poskytování odborné péče taková pravidla, která efektivně brání zneužití moci a postavení organizace i jejích pracovníků ve vztahu k pacientům/klientům.	A*	POP, RV RZ
2.11.1	Organizace zkoumá možnosti střetu pracovních a osobních zájmů svých pracovníků, má definovány situace, kdy by k tomu mohlo dojít, a stanovuje pravidla, která možným střetům zájmů zamezují.	A	POP, RV RZ
2.11.2	Organizace zkoumá, zda poskytováním odborné péče nejsou porušována práva, zejména v následujících oblastech: osobní svoboda, ochrana soukromí, právo na vzdělání a svobodnou volbu povolání, ochrana před nucenými pracemi, zneužití osobních údajů, fyzické a psychické násilí, zneužívání medikace. Organizace má definovány rizikové situace a vytváří mechanismy a pravidla, která tomu v praxi účinně zamezují.	C	POP, RV RZ
2.11.3	Způsob, jakým se organizace vypořádala s požadavky uvedenými v bodech 2.11.1 - 2.11.3, je definován v písemné podobě.	A	POP
2.12	Jednání pracovníků s pacienty/klienty a jejich blízkými (včetně oslovování) respektuje autonomii a důstojnost uživatelů služeb.	B	RP/K
	Maximum	90	
	Minimum	70	
	Nezbytné : A* = 5 , B* = min.4	23	

POZNÁMKY

1. Např. *Kodex práv pacienta: kodex vydaný Centrální etickou komisí MZ v r. 1992 a publikovaný ve zdravotnické literatuře, Kodex práv pacientů/klientů schválený MPK.*
2. *Viz „povinnost mlčenlivosti“ ve standardu A4 „Organizační aspekty“ a poznámka 2 k němu. Týká se pouze osobních údajů u jasně identifikovaného pacienta/klienta, nikoliv například statistických hlášení. -*
3. *Viz § 23 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění.*
4. *Zabezpečením proti zneužití se rozumí i kódování anonymní klientely v kontaktních centrech a terénních programech.*

5. Případná omezení práv pacientů/klientů v oddílu 6.11. se týkají například osob nezletilých, osob v soudní ochranné léčbě nebo v léčbě, kterou soud stanovil jako podmínku ochranného dohledu (tzv. „alternativa trestu“). U nezletilých osob se postupuje přiměřeně podle § 23 zákona č. 20/1966 Sb., a zákona o rodině. Pacienta/klienta je třeba vždy srozumitelně informovat, otevřeně s ním komunikovat o problému, který může vzniknout, a postupovat tak, aby nedošlo k jeho poškození, ohrožení zdraví (a někdy i života) a k oslabení jeho důvěry v odbornou pomoc.

3.	PŘÍJEM A ÚVODNÍ ZHODNOCENÍ PACIENTA/KLIENTA; INDIVIDUÁLNÍ PLÁN A DOHODA O POSKYTOVÁNÍ ODBORNÉ PÉČE Organizace má stanoven postup, způsob a kritéria pro přijímací proceduru. Při přijímací proceduře poskytovatel seznamuje zájemce o službu s kritérii pro přijetí, podmínkami a způsoby poskytování služby, zjišťuje jeho potřeby a provádí komplexní zhodnocení stavu pacienta/klienta, které vyústí ve stanovení individuálního plánu odborné péče a uzavření dohody o jejím poskytování.	Bodovací stupnice	Zdroje
3.1	Odborná zařízení mají standardní formu a proceduru příjmu a úvodního zhodnocení (vyšetření) pacienta/klienta.	A*	POP, ODP/K, RZ
3.1.1	Poskytovatel má definována pravidla pro informování zájemce o využití odborné péče (případně jeho právního zástupce nebo člověka, kterého si zájemce zvolí) o podmínkách, cílech a způsobech jejího poskytování a o cílové skupině.	C	POP
3.1.2	Informace o odborné péči jsou zájemci poskytovány srozumitelně s ohledem k jeho situaci a možnostem a v takovém rozsahu, aby zájemce poznal, zda daný typ a forma péče splňuje jeho požadavky, a mohl se informovaně rozhodnout, zda ji využije či nikoli.	B	RP/K
3.1.3	Organizace zjišťuje potřeby a zájmy zájemce o odbornou péči s aktivní účastí uživatele, aby mohla posoudit, zda nabízená péče může tyto potřeby uspokojit.	B	RP/K
3.2.	Zájemce o odbornou péči je přijímán podle definovaných kritérií a pravidel pro přijímací proceduru.	A	ODP/K, RZ, RP/K
3.3	Každý pacient/klient je na počátku využívání odborné péče individuálně zhodnocen (vyšetřen). Zhodnocení (vyšetření) zahrnuje anamnézu i současný stav (Poznámka 1).	A*	ODP/K, RZ
3.4	Příjem a úvodní zhodnocení (vyšetření) pacienta/klienta směřuje ke stanovení optimální intervence a koordinovaného plánu odborné péče.	B	ODP/K, RZ

3.5	Úvodní zhodnocení (vyšetření) stavu pacienta/klienta slouží ke stanovení případných psychologických, psychiatrických a somatických komplikací, které mohou ovlivnit průběh léčení či jiné odborné péče.	B	ODP/K, RZ
3.6	Součástí úvodního zhodnocení (vyšetření) je zhodnocení psychosociálního fungování pacienta/klienta (včetně rodinného zázemí, pracovní anamnézy, právního postavení atd.).	B	ODP/K, RZ
3.7	Laboratorní vyšetření jsou k dispozici pro stanovení správné diagnózy (somatické, popř. psychiatrické), nebo pro případné stanovení typu užívané drogy a vhodnosti určité formy odborné péče.	C	ODP/K, RV
3.8	O úvodním vyšetření a zhodnocení stavu pacienta/klienta je vedena adekvátní forma dokumentace.	A*	ODP/K
3.9	Na závěr úvodního zhodnocení stavu pacienta/klienta je stanoven individuální plán odborné péče.	B*	ODP/K
	3.9.1 Individuální plán odborné péče reflektuje potřeby a cíle, kterých chce pacient/klient prostřednictvím odborné péče dosáhnout. Poskytovatel podporuje pacienta/klienta, aby své potřeby a cíle vyjádřil a uplatnil.	C	ODP/K
	3.9.2 Svým rozsahem, obsahem i formou individuální plán odpovídá charakteru odborné péče. Součástí plánu jsou cíle, jichž má být dosaženo, prostředky, odpovědnost konkrétních osob při naplňování plánu a termíny hodnocení a revize plánu.	C	ODP/K
	3.9.3 Pacient/klient může stanovit, kteří další lidé z okruhu jeho blízkých osob se budou procesu individuálního plánování účastnit.	B	ODP/K
3.10	S ohledem na charakter služby uzavírá poskytovatel s pacientem/klientem (nebo se zákonným zástupcem) srozumitelnou písemnou nebo ústní dohodu (kontrakt) o poskytování odborné péče, která stanoví všechny důležité aspekty jejího poskytování/využívání včetně podmínek pro ukončení (Poznámka 2).	A*	POP, ODP/K
	3.9.1 Poskytovatel usiluje, aby pacient/klient porozuměl obsahu a účelu dohody, a to i tehdy, je-li zastupován zákonným zástupcem.	B	RP/K
	3.9.2 Dohoda obsahuje podle charakteru odborné péče zkušební dobu, v jejímž rámci mají obě strany možnost odstoupit.	A	POP, ODP/K

	3.9.3	Dohoda jednoznačně vymezuje cíl, obsah, rozsah a podmínky poskytování odborné péče, postupy při nedodržování dohodnutých podmínek, způsob a podmínky pro ukončení a způsob, jakým lze dohodu měnit.	C	POP, ODP/K
	3.9.4	Dohoda umožňuje uživateli i poskytovateli ukončit využívání služby.	A	POP, ODP/K
3.10		V případě, že dané zařízení nemůže zabezpečit potřebné služby, je pacient/klient doporučen do jiného zařízení.	C*	ODP/K, RV, RZ
		Maximum	100	
		Minimum	80	
		Nezbytné: A*=5, B*,C* = min. 4	28	

POZNÁMKA

1. V nízkoprahových programech u anonymní klientely jde o minimální zhodnocení (tzv. income).
2. Ústní dohoda (kontrakt) je obvyklá u anonymní klientely v nízkoprahových programech a v ambulantních službách (systematické-strukturované poradenství, ambulantní léčba), kde by však zásady dohody (kontraktu) měly být písemně zaznamenány v osobní dokumentaci pacienta/klienta.

4.	SPEKTRUM SLUŽEB A ZÁSADY JEJICH POSKYTOVÁNÍ	Bodovací stupnice	Zdroje
	Pacient/klient má zajištěný přístup ke spektru odborné péče. Zvolený program odpovídá potřebám pacienta/klienta a podporuje ho v dosažení optimálního tělesného, duševního a sociálního zdraví a kvality života.		
4.1	Každý pacient/klient má zajištěný přístup k následujícímu spektru odborné péče:	C	POP, ODP/K, RV
	a) Informace a zdravotní výchova		
	b) Poradenství		
	c) Detoxifikace (ústavní či ambulantní)		
	d) Ambulantní léčba včetně ambulantní skupinové terapie		
	e) Intenzivní ambulantní léčba (např. léčba v denním stacionáři)		
	f) Ústavní krátkodobá a střednědobá léčba		
	g) Rezidenční péče v terapeutické komunitě		
	h) Udržovací substituční léčba		
	i) Výměnný program sterilních jehel a stříkaček		
	j) Ambulantní následná péče a resocializace		

4.2	Vhodný typ a forma odborné péče (dále „program“) se stanoví na základě diagnózy, typu užívané návykové látky, rozsahu užívání, stupni závislosti, fyzickém a psychickém stavu pacienta/klienta (přitom se bere v úvahu případná somatická či psychiatrická komorbidita).	B*	ODP/K, RZ
4.3	Zvolený program je komplexní se zaměřením na bio-psycho-sociální podstatu problému.	A	ODP/K, RZ
4.4	Zvolený program odpovídá potřebám pacienta/klienta a podporuje ho v dosažení optimálního tělesného, duševního a sociálního zdraví a kvality života (Poznámka 1).	A	ODP/K, RP/K
4.5	Zvolený program se formuluje, provádí, pravidelně hodnotí a v případě potřeby modifikuje se zapojením pacienta/klienta a jeho informovaným souhlasem. (Poznámka 2).	A	ODP/K, RZ, RP/K
4.6	Dostupné a v úvahu přicházející možnosti odborné péče jsou probrány s pacientem/klientem.	B	ODP/K, RZ RP/K
4.7	Pacientům/klientům s psychologickými a psychiatrickými komplikacemi se poskytuje nebo zajišťuje specifická odborná péče.	B	ODP/K, RZ
4.8	Pacienti/klienti jsou podporováni v péči o své zdraví a je jim dle potřeby poskytován základní zdravotnický servis a zajištěna přiměřená zdravotní péče.	B	ODP/K, RP/K
4.9	Specifická odborná péče je zajištěna pro pacienty/klienty s případnými somatickými problémy (např. HIV, hepatitis A,B,C, atd.).	B	RZ
4.10	Informace a zdravotní výchova směřující k minimalizaci rizik z užívání drog se poskytují vždy, bez ohledu na to, zda-li se jedná o program s cílem abstinence či nikoliv.	A	RZ
4.11	O průběhu programu vede zařízení podrobnou dokumentaci. (Poznámka 3)	A*	ODP/K
4.12	Podávané či předepisované léky musí být řádně uvedeny v dokumentaci pacienta/klienta. Farmakoterapie musí odpovídat specifickým potřebám pacienta/klienta, typu užívané návykové látky, uznané praxi, aktuálním vědeckým poznatkům a příslušným metodickým opatřením MZ.	B*	ODP/K, RZ
4.13	Zařízení zajišťuje kontinuitu odborné péče. Při ukončení daného programu je vypracován plán navazující nebo následné péče a resocializace (včetně zapojení rodiny, tam kde je to možné). To platí i tehdy, je-li program ukončen z důvodů porušení pravidel. Při výstupu z programu (s výjimkou doléčovacího, není-li předáván jinam) je pacient/klient vybaven předběžnou propouštěcí (závěrečnou) zprávou. Úplná zpráva je zaslána do 7 dnů zařízení, které přebírá pacienta/klienta do péče (Poznámka 4).	B*	ODP/K, RZ

4.14	Zařízení vytváří podmínky pro zapojení členů rodiny nebo jiných důležitých osob blízkých pacientovi/klientovi dle individuálních podmínek a potřeb.	B	RV, RZ, RP/K
4.15	Zařízení vytváří podmínky pro činnost svépomocných aktivit dle podmínek a potřeb cílové skupiny.	B	RV, RZ, RP/K
4.16	Pro zabezpečení komplexní a kontinuální péče zařízení aktivně vytváří a udržuje vztahy s dalšími poskytovateli služeb.	C	RV, RZ
4.17	Zařízení aktivně podporuje pacienta/klienta při využívání služeb běžných systémů a neformálních přirozených zdrojů podle jeho potřeb. Pomáhá pacientovi/klientovi kontaktovat a využívat tyto služby a zdroje podle jeho potřeb a přání (Poznámka 5).	B	RV, RZ, RP/K
4.18	Zařízení realizuje opatření ke zvýšení dostupnosti péče (šíření informací o zařízení, monitorování využívané kapacity a čekací doby, poskytování informací pacientům/klientům a jejich rodinám o dalších možnostech odborné péče atd.).	C	POP
	Maximum	90	
	Minimum	70	
	Nezbytné : A* = 5, B* = min. 4	17	
	U položek zcela nerelevantních pro hodnocený program (např. 4.10 u terénních programů) se započítává 5 bodů		

POZNÁMKY

1. *Provádí se tzv. matching – párování potřeb pacienta/klienta a vhodných odborných intervencí.*
2. *V tomto bodě je míněno hodnocení průběhu a dílčích výsledků odborné péče o konkrétního pacienta/klienta. Jak často má hodnocení probíhat, závisí na typu, délce a obsahu zvoleného programu. Požadavky jsou obsaženy ve standardech speciální části.*
3. *Vedení dokumentace se řídí platnými předpisy a standardními pravidly vedení dokumentace ve zdravotnických zařízeních (Věstník MZ č. 7, červen 1998).. Veškeré osobní údaje jsou důvěrné. Nezdravotnická zařízení musí mít pro vedení osobní dokumentace souhlas klienta. Metodiku evidence anonymních klientů doporučuje Centrální pracoviště drogové epidemiologie MZ.*
4. *Zajištění kontinuity péče pochopitelně není možné bez motivace pacienta/klienta. V případě, že jakoukoliv další péči odmítá, musí být aspoň informován o její potřebě a možnostech.*
5. *Jde např. o služby, které jsou využívány širší veřejností, nikoliv pouze danou cílovou skupinou, např. služby sociální, poradenské právní, služby zaměstnanosti apod., a neformální zdroje podpory v rodině a ve společnosti.*

5.	PERSONÁLNÍ PRÁCE Organizace stanovuje a v praxi uplatňuje způsob výběru pracovníků. Pracovníci jsou přijímáni v souladu s příslušnými platnými právními normami a také v souladu s potřebami uživatelů služeb a s ohledem na zajištění provozu služby.	Bodovací stupnice	Zdroje
5.1	Organizace má vypracovaný systém, který zajišťuje, že způsob výběru, přijímání a zaškolování pracovníků odpovídá platným právním normám ¹ a stanoveným interním pravidlům	C*	PA
5.2	Organizace má definována pravidla, kterými se řídí personál tam, kde jsou platné právní úpravy příliš obecné.	A*	PA
5.3	Je definována struktura a řízení organizace, ze které jsou patrné kompetence na jednotlivých pozicích.	A*	POP
5.4	Organizace má stanovenou strukturu a počet pracovních míst, pracovní profily, kvalifikační požadavky a předpoklady osobní a morální. Struktura i počet personálu zohledňuje potřeby a aktuální počet uživatelů služeb a jejich potřeby i provoz organizace. Složení a doplňování pracovního týmu odpovídá těmto potřebám.	C	POP, PA
5.5	Každý zaměstnanec má smlouvu a platový výměr podle platných právních předpisů (Poznámka 1). Je poučen o bezpečnosti práce a má jasně stanovenou pracovní náplň.	A*	PA
5.6	Organizace má jasně definovaná pravidla pro nábor, výběr a odměňování zaměstnanců a pro zaměstnávání pracovníků s předchozími nebo současnými problémy s drogami a alkoholem. Totéž se týká externistů a dobrovolných pracovníků (Poznámka 2).	A	POP, PA
5.7	Existují a fungují pravidla pro pracovníky, se kterými není poskytovatel v pracovním právním vztahu - např. forma uzavírání dohod o vykonávání práce a zajištění odpovídajících pracovních podmínek (pojištění, zodpovědnost atd.) pro dobrovolníky atd.	A	POP, PA
5.8	Jsou definována a uplatňována pravidla pro stážisty a pracovníky, kteří v zařízení vykonávají odbornou praxi.	A	POP, PP
5.9	Je zajištěna prevence pracovních rizik.	A*	POP, RZ, VP
5.10	Je zajištěna znalost a dodržování obecně platných právních norem a vnitřních předpisů.	A	POP, RV, RZ
5.11	Je zajištěna znalost a dodržování etického kodexu (Poznámka 3).	A*	POP, RZ

5.12	V personální agendě se dokumentují případy porušení práv pacienta/klienta zaměstnancem a přijatá opatření.	A	POP, PA, RZ
5.13	Specializovaná péče (lékařská, psychologická, psychoterapeutická, sociální, výchovná apod.) je vždy prováděna personálem s příslušnou kvalifikací a osvědčením.	A*	ODP/K, PA, RZ
5.14	Organizace má písemně zpracovaný postup při přijímání a zácviku nového zaměstnance včetně zajištění jeho vzdělávání v rozsahu potřebném pro kvalifikovaný pracovní výkon. Zvláštní pozornost je při zaškolování věnována principům, které organizace uplatňuje v oblasti ochrany práv pacientů/klientů, eliminace negativních dopadů poskytovaných služeb na jejich život a také způsobům naplňování specifických potřeb jednotlivých pacientů/klientů, se kterými má pracovník pracovat.	A	POP, RZ
	Maximum	70	
	Minimum	55	
	Nezbytné : A* = 5, C* = min. 4	29	

POZNÁMKY

1. Zejména Zákon č. 65/1965 Sb. - zákoník práce
2. Pro zaměstnávání osob, které dříve byly závislé na drogách včetně alkoholu se doporučuje: (a) věk minimálně 21 let, (b) dokončená léčba, (c) abstinence minimálně 2 roky po ukončení léčby, (d) jiné zaměstnání či úspěšná pracovní zkušenost během dvouletého období abstinence, (e) nepřijímat do zaměstnání v zařízení, kde se pracovník předtím léčil, (f) jasně definované postavení v týmu a vůči klientům, (g) zahájení SŠ studia do 1 roku po nástupu do pracovního poměru, pokud pracovník nemá ukončené SŠ vzdělání. Viz též speciální část – standard B2.
3. Etický kodex (terapeutických komunit, odborných společností, stavovských organizací). Pro pracovníky určitých profesí (lékaři, psychologové, psychoterapeuti, sociální pracovníci) jsou směrodatné etické kodexy jejich profesních organizací a odborných sdružení.

6.	ODBORNÉ VEDENÍ A ROZVOJ PRACOVNÍKŮ A TÝMŮ Poskytovatel zajišťuje pracovníkům a týmům podmínky pro výkon kvalitní práce, definuje a zpřístupňuje pravidla pro jejich práci. Disponuje mechanismy zajišťující profesní rozvoj pracovních týmů a jednotlivých pracovníků, jejich schopností potřebných pro dosažení cílů a poslání organizace a propojení cílů pracovníků s cíli a úkoly organizace. Zajišťuje, že jsou respektovány pracovní postupy a pracovníci jsou zapojeni do zlepšování kvality poskytovaných služeb.	Bodovací stupnice	Zdroje
----	---	--------------------------	---------------

6.1	Zaměstnanci a týmy na všech úrovních jsou odborně vedeni. Totéž se týká dobrovolných pracovníků, stážistů apod.	A*	POP, RZ
6.2	Multidisciplinární týmy jsou sestaveny a vedeny s ohledem na kompetentní poskytování dané služby, je jasně definováno jejich fungování, odpovědnost jednotlivých členů a mechanismy komunikace.	B	POP, PA
6.3	Organizace má zavedený a respektovaný postup pro pravidelné hodnocení pracovníků a týmů, jež zahrnuje stanovení, vývoj a naplňování osobních a týmových cílů, úkolů a potřeby další odborné kvalifikace.	B	POP, PA, RZ
6.4	Pracovníci a týmy mají možnost zapojit se do rozvoje a zkvalitňování poskytovaných sociálních služeb	B	POP, PA, RZ
6.5	Existuje systém obousměrné komunikace vedení s pracovníky a týmy, se kterým jsou pracovníci a týmy spokojeni.	B	POP, PA, RZ
6.6	Organizace má vypracovaný a uplatňovaný systém oceňování pracovníků a to nejenom finanční odměnou, ale i jinými faktory (možnost zvyšování kvalifikace atd.)	B	POP, PA, RZ
6.7	Zaměstnanci mají rovný přístup k dalšímu vzdělávání (Poznámka 1).	A	POP, PA, RZ
6.8	Zaměstnanci se povinně vzdělávají v oblastech nezbytných pro efektivní pracovní výkon a správnou odbornou praxi. Přitom se respektují resortní a profesní předpisy a doporučení pro další vzdělávání odborných pracovníků (Poznámka 2).	A*	POP, PA, RZ
6.9	Je stanoven a dodržován program dalšího vzdělávání jednotlivých pracovníků a každý pracovník je s ním seznámen. Další vzdělávání pracovníků se odvíjí zejména od identifikovaných potřeb pacientů/klientů a trendů v oblasti služeb pro příslušnou cílovou skupinu.	B	POP, PA, RZ
6.10	Pravidelné vzdělávání zaměstnanců se realizuje na podkladě analýzy jejich znalostí, dovedností a schopností, podle individuálních vzdělávacích plánů a vzdělávacího programu organizace. Totéž se týká dobrovolných pracovníků.	B	PA, RZ
6.11	Zaměstnanci jsou podporováni v dalších vzdělávacích aktivitách v rámci bio-psycho-sociálního modelu návykových poruch a odborných přístupů k nim.	B	POP, PA, RZ
6.12	Zaměstnanec má příležitost pravidelně projednávat svoji odbornou kariéru, včetně dalšího vzdělávání, se svým zaměstnavatelem, resp. odborným vedoucím/ managerem.	B	RV, RZ

6.13	Zaměstnanci jsou na pracovišti pravidelně supervidováni odborným vedoucím, případně pověřeným pracovníkem s potřebnou kvalifikací, s cílem zabezpečit kvalitu poskytovaných služeb. Totéž se týká dobrovolných pracovníků.	B*	RV, RZ
6.14	Zaměstnanci mají rovný přístup k vnější supervizi. Vnější supervize se realizuje na základě smlouvy se supervizorem, kterým je kvalifikovaný a uznávaný odborník, pracující mimo organizaci.	A*	PA, RV, RZ
6.15	Vnější supervize si klade za cíl dosažení správné odborné praxe odpovídající standardům a je zaměřena na tyto oblasti: (a) vědomosti, metody intervence, praktické dovednosti, (b) postoje zaměstnance a pochopení jeho profesionální role, (c) fungování týmu.	C	PA, RV, RZ
	Maximum	75	
	Minimum	55	
	Nezbytné : A* = 5	15	

POZNÁMKY

1. Zde, stejně jako v případě vnější supervize (oddíl 6.13) znamená „rovný přístup“ rovnost příležitostí pro všechny pracovníky, bez diskriminace nebo naopak zvýhodňování některých kategorií či profesí.
2. Např. předpisy lékařské komory nebo předpisy MZ pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků a předpisy MPSV pro další vzdělávání pracovníků v sociálních službách.

7.	DOSTUPNOST, VNĚJŠÍ VZTAHY Poskytované služby jsou dostupné v místě a čase. Mají jasně definované místo v systému služeb. Poskytovatel informuje srozumitelně a přiměřenou formou o sobě a své činnosti zejména potenciální klientelu, odbornou i laickou veřejnost a veřejnou správu.	<i>Bodovací stupnice</i>	<i>Zdroje</i>
7.1	Určené místo a denní doba, během níž je služba poskytována, odpovídají cílům a charakteru služby a potřebám cílové skupiny.	C*	
7.2	Poskytovaná služba je na uváděné adrese přiměřeně dostupná místně (v závislosti na charakteru služby např. veřejnou dopravou, pěšky) pro klientelu ze spádové oblasti.	C	
7.3	Zařízení je dostupné časově a dodržuje stanovenou a uváděnou provozní dobu pro uživatele.	C	
7.4	Poskytované služby mají jasně definovaný cíl, poslání a úlohu v komplexním systému péče na místní, regionální, případně nadregionální úrovni.	C	POP, RV
7.5	Zařízení dbá o součinnost v systému služeb a vnější koordinaci, spolupracuje s veřejnou správou a místním společenstvím.	B	POP, RV
7.6	Poskytovatel má zpracovaný soubor srozumitelných informací o své službě, který je dostupný veřejnosti a to v přiměřené formě (písemná podoba, audio nebo video záznam, webové stránky atd.).	A*	
7.7	Veřejně přístupný soubor informací obsahuje minimálně následující informace: právní forma, IČO, statutární zástupce a zodpovědný pracovník, adresa sídla poskytovatele a místo poskytování služby, poslání, cíle služby a způsoby jejich dosahování včetně deklarovaných postojů k ochraně práv uživatelů, cílová skupina, kritéria poskytování služby a kapacita zařízení, cena služby pro uživatele.	C	
7.8	Poskytovatel vydává a zveřejňuje výroční zprávu o své činnosti (Poznámka 1).	A	
7.9	Zveřejňované informace odpovídají skutečnosti a jsou aktualizovány.	A*	
7.10	Organizace má vypracovanou a uplatňovanou informační strategii, jejímž prostřednictvím je schopna oslovit stanovené skupiny lidí.	C	
	Maximum	50	
	Minimum	40	
	Nezbytné : A* = 5 , C* = min.4	14	

POZNÁMKY

1. V souladu se zavedenou a obecně přijímanou praxí pokládáme výroční zprávy za neodmyslitelnou součást seriózního přístupu organizace a za důkaz její veřejné odpovědnosti v případě, kdy se jedná o služby pro veřejnost na základě veřejných finančních prostředků. Výroční zpráva by měla být zveřejněna do 30.6. následujícího roku. Viz též standard A9 – Finance a poznámka č. 4 k němu.

8.	ORGANIZAČNÍ ASPEKTY Zařízení je kvalifikovaně řízeno a disponuje příslušnými mechanismy, nástroji a vnitřními předpisy potřebnými pro kvalitní a efektivní provoz a rozvoj.	Bodovací stupnice	Zdroje
8.1	Zařízení je řízeno odborníkem/manažerem s potřebnou kvalifikací, který nese odpovědnost za kvalitu a efektivitu poskytovaných služeb.	A*	POP, PA
8.2	Pro zabezpečení pružného rozvoje poskytovaných služeb má zařízení vytvořené příslušné vnitřní mechanismy a nástroje (např. provozní porady, porady a konzultace o pacientech/klientech, plány rozvoje a systematického zvyšování kvality a efektivity péče, plány vzdělávání apod.)	C	POP, RV
8.3	Zařízení má jasně definovaná vnitřní pravidla poskytování odborných služeb včetně kritérií pro ukončení programu, pokud pacient/klient závažným způsobem tato pravidla poruší. Je povinno s těmito pravidly pacienty/klienty srozumitelně seznámit.	A*	POP, RV, RP/K
8.4	Zařízení má vypracovanou koncepci, organizační a provozní řád a manuály (písemně definované postupy) pro hlavní odborné činnosti (Poznámka 2).-	C	POP
8.5	Zařízení má jednoznačně písemně definované postupy v následujících oblastech:	A*	POP, RV, RZ, PA
	a) Monitorování HIV a hepatitid	A	
	b) Supervize	A	
	c) Mlčenlivost (Poznámka 3)	A	
	d) Vyloučení alkoholu a drog z pracoviště	A	
	e) Výběr a odměňování pracovníků	A	
	f) Výcvik a další vzdělávání pracovníků	A	
	g) Přístup k dokumentaci	A	
	h) Práce dobrovolníků (včetně stážistů) a civilní služby	A	
	i) Práce s médii	A	
	j) Etický kodex (Poznámka 4)	A	
	k) Právní odpovědnost	A	
	l) Spolupráce s policií	A	
	m) Spolupráce se sociálními kurátory, probačními úředníky atd.	A	
	n) Řešení stížností a disciplinární opatření	A	
	o) "Minimální bezpečí" pacientů/klientů a personálu, management rizikových situací (Poznámka 5)	A	

		p) Doporučování a předávání pacientů/klientů do jiných zařízení	A	
		q) Sledování spokojenosti pacientů/klientů a jejich zapojení do dalšího rozvoje služeb	A	
		r) Průběžné monitorování činnosti, supervize, fungování odborných garantů (Poznámka 6).	A	
		s) Úklid, dezinfekce a prevence infekčních onemocnění podle požadavků hygienické služby (Poznámka 7).	A	
8.6	Je-li prováděna práce v terénu nebo mimo vlastní pracoviště, jsou jasně definovaná pravidla v následujících oblastech:		A*	POP, RV, RZ, PA
		a) Práce na potenciálně nebezpečných místech	A	
		b) Práce o samotě	A	
		c) Práce v neznámém prostředí	A	
		d) Práce v klubech, restauračních zařízeních, na otevřené drogové scéně	A	
		e) Práce v bytech a uzavřených komunitách	A	
		f) Návštěvy v soukromí, v rodině, v nemocnici, ve vězení apod. (Poznámka 9).	A	
		g) Mechanismus doporučení do léčebných zařízení, způsob vedení dokumentace	A	
		h) Identifikace pracovníka	A	
8.7	Zařízení má stanoveno, jaké údaje potřebuje pro bezpečné a kvalitní poskytování odborné péče. Vedená dokumentace je ve stanoveném rozsahu a je přehledná. Jsou vytvořeny podmínky, které umožňují dodržovat platné právní normy a interní předpisy týkající se shromažďování a ochrany osobních údajů.		C*	
	8.7.1	Jsou stanovena pravidla pro shromažďování a zabezpečení osobních údajů (jaká, za jakým účelem, v jakém rozsahu, kdo má k údajům přístup atd.) Shromažďované údaje odpovídají poskytované odborné péči.	C	
	8.7.2	Je definován postup pro sběr, hodnocení a předávání statistických údajů (Poznámka 8).	C	
	Maximum		180	
	Minimum		150	
	Nezbytné : A*= 5, C*=4 (24 bodů), minimálně 65 bodů souhrnně v 8.5., u pracoviště s terénními službami minimálně 30 bodů souhrnně v 8.6		119	
	U pracoviště bez terénních služeb se v položce 8.6 hodnotí pouze body f-h), pokud činnost v bodu f) existuje, jinak se za každý nehodnocený bod připočítává 5 bodů			

POZNÁMKY

1. V nestátních organizacích se pro soubor těchto dokumentů používá název „operační manuál“.
2. Mlčenlivost u zdravotnických pracovníků a ve zdravotnických zařízeních vyplývá z příslušných ustanovení zákona č. 20/1966 Sb., o zdraví lidu, v platném znění (§ 55). Pro nezdravotnické pracovníky a nezdravotnická zařízení ji lze odvodit ze zákona č. 256/1992 Sb., o ochraně osobních údajů v informačních systémech. Doporučuje se režim tohoto zákona respektovat a povinnost mlčenlivosti ještě zvláště zakotvit v pracovní smlouvě.
3. Etický kodex může zařízení vypracovat na základě obecných etických kodexů terapeutických komunit, odborných společností, stavovských organizací apod.
4. Zdravotnická zařízení vyplňují statistická hlášení pro ÚZIS. Další úkoly vyplývají z požadavků Centrálního pracoviště drogové epidemiologie MZ ČR a Národního monitorovacího centra pro drogy a drogové závislosti. - Smyslem standardů je nejen registrovat plnění těchto úkolů ve veřejném zájmu, ale podnítit pracoviště k vlastním rozborům uvedených a případně dalších statistických údajů v rámci hodnocení vlastní práce. Některé důležité ukazatele jsou uváděny v poznámkách k „hodnocení efektivity“ za každým standardem ve speciální části B.
5. Požadavky „minimálního bezpečí“ zahrnují (kromě nezbytných požadavků provozní bezpečnosti a požární ochrany) zejména definovaný postup při náhlých zdravotních příhodách, výskytu infekčních chorob, sebevražedných tendencích či pokusech, intoxikaci návykovou látkou, vnesení návykové látky do zařízení, násilí vůči osobám a majetku, krádežích apod. Viz též standard č.
6. Fungování odborných garantů: odborná garance patří ke standardním požadavkům při předkládání projektů ve stávajícím dotačním systému. Má pomáhat při zajištění odborné úrovně pracoviště zejména tam, kde zatím chybí dostatečné zkušenosti nebo kvalifikace. Odborným garantem může být buď kvalifikovaný pracovník téže organizace, ale z jiného pracoviště, nebo uznávaný vnější odborník. Garantem může pochopitelně být, a stále častěji bývá, i vedoucí organizace nebo daného pracoviště, je-li dostatečnou odbornou autoritou. Řešení je vnitřní záležitostí organizace. Odborný garant se zaměřuje především na dosažení a udržení standardů péče a správné léčebné praxe, metodické aspekty a organizační aspekty (např. struktura a funkce zařízení, základní strategie, organizační záměry atd.). Jeho funkce by neměla být pouze formální. Nevylučuje se, je-li externí odborník zároveň garantem a vnějším supervizorem. – V budoucnosti se předpokládá místo garanta fungování odborných zástupců pro ty oblasti činnosti, kde není pracovník s požadovanou kvalifikací (např. zdravotní péče, sociální práce, psychoterapie).
7. Požadavky hygienické sužby na úklid, dezinfekci a prevenci infekčních onemocnění musí být zakotveny v provozním řádu.
8. Oddíl 4.10 se týká převážně terénních programů. Písm. f),g),h) jsou však směrodatná i pro jiná zařízení, která mají návštěvní službu v náplni své činnosti.

9.	FINANCE Organizace má představu o zdrojích na pokrytí předpokládaných výdajů na zajištění poskytovaných služeb a je schopna to prokazatelně doložit. Vedení organizace vytváří podmínky pro to, aby hospodaření odpovídalo platným normám.	Bodovací stupnice	Zdroje
----	--	-------------------	--------

9.1	Hospodaření s finančními prostředky se řídí obecně závaznými předpisy včetně vedení jasného a průhledného účetnictví (Poznámka 1). Organizace má zavedený systém, který umožňuje naplňování obecně závazných předpisů i interních směrnic.	A*	POP, RV
9.2	Je stanoven rozpočet programu/zařízení na příslušný kalendářní rok a odpovědnost za jeho kontrolu.	A*	POP, RV
9.3	Rozpočet obsahuje zejména plánované výdaje a příjmy, je definován v závazných položkách a odpovídá obsahu a rozsahu poskytovaných služeb (Poznámka 2).	B	POP, RV
9.4	V rozpočtu je vyčleněna položka na řízení a administrativní zajištění činnosti organizace.	A	POP
9.5	V rozpočtu je vyčleněna položka na další vzdělávání pracovníků a na vnější supervizi (Poznámka 3).	A	POP, RV
9.6	O hospodaření a výsledcích poskytovaných služeb je zpracována výroční nebo závěrečná zpráva. (Poznámka 4).	A	POP
9.7	Organizace stanoví a dodržuje pravidla pro přijímání darů.	A	POP
9.8	Organizace stanoví a dodržuje pravidla pro zacházení s depozity a vede v tom směru příslušnou dokumentaci.	A	POP, RP/K
	Maximum	40	
	Minimum	30	
	Nezbytné : A* = 5	10	

POZNÁMKY

1. Zákon č. 563/1991 Sb., o účetnictví, a opatření MF ČR uveřejňovaná ve sbírce zákonů.
2. Certifikace není totožná s finanční kontrolou a nemůže ji suplovat. Místní auditorské týmy nebudou mít oprávnění vstupovat do účetnictví. Tento a další body se posuzují podle předložených dokumentů, k nimž patří:
 - a) pracovní nebo obdobná smlouva nebo smlouva o dílo s účetním,
 - b) časově poslední daňové přiznání a potvrzení finančního řadu, že nemá vůči organizaci finanční pohledávky,
 - c) zpráva kontrolního orgánu nebo účetní audit,
 - d) výroční zpráva nebo závěrečná zpráva
 - e) rozpočet projektu v žádosti o dotaci.
3. Případné obtíže státních organizací s doslovným naplněním této položky nemohou být důvodem k tomu, aby další vzdělávání pracovníků nebylo (i finančně) podporováno a aby vnější supervize neexistovala.
4. Výroční (závěrečná) zpráva z hlediska hospodaření obsahuje minimálně: roční účetní uzávěrku a zhodnocení základních údajů v ní obsažených, výrok auditora k roční uzávěrce, pokud byla auditorem ověřována, přehled o peněžních příjmech a výdajích, přehled rozsahu příjmů (výnosů), členění podle zdrojů, úplný objem výdajů (nákladů), členění na poskytování služeb a na vlastní činnost (správu organizace), stav a pohyb majetku a závazků organizace.

10.	PROSTŘEDÍ A MATERIÁLNĚ – TECHNICKÉ ZÁZEMÍ Prostředí a materiálně – technické zázemí odpovídá kapacitě i charakteru poskytované odborné péče a potřebám pacientů/klientů. Organizace současně dbá na to, aby byly plněny všechny platné obecně závazné normy.	Bodovací stupnice	Zdroje
10.1	Organizace má přehled obecně závazných norem, které musí splňovat, a vytváří takové podmínky, aby byly vyjmenované normy plněny.	C	POP, RV
10.2	Tam, kde nestačí platné obecně závazné právní předpisy, má organizace stanovena a uplatňována pravidla zabezpečení a užívání materiálně – technického zázemí v písemné podobě. Organizace současně zajistí, aby s nimi byli patřičným způsobem seznámeni uživatelé, personál, případně veřejnost.	C	POP
10.3	Prostředí a materiálně – technické zázemí pro poskytování služby odpovídá kapacitě a charakteru služby a potřebám pacientů/klientů, jejich rodin či blízkých osob.	C*	VP
10.4	Budovy, respektive prostory, kde je služba poskytována, splňují hygienické požadavky (Poznámka 1), jsou čisté, upravené, bez biologických či chemických zápachů.	C	VP
10.5	Prostředí, ve kterém probíhá odborná péče, je vytvářeno a udržováno s cílem chránit zdraví, bezpečí a spokojenost pacienta/klienta i personálu.	C	VP
10.6	V případě ústavní/rezidenční péče je vytvořeno prostředí zabezpečující pro pacienty/klienty alespoň minimální soukromí.	C	VP
10.7	Odborná zařízení provádějící speciální úkony (např. výměnné programy jehel a stříkaček) mají pro takový účel vytvořeny příslušné podmínky v souladu s hygienickými a dalšími předpisy (Poznámka 2)	B*	VP
10.8	Místnosti, kde se provádí odborná péče, jsou vybaveny podle příslušných předpisů a náležitě udržovány (Poznámka 3)	C*	VP
10.9	Zařízení postupuje citlivě vůči životnímu prostředí.	C	POP, RZ, RP/K, VP
	Maximum	45	
	Minimum	30	
	Nezbytné : B*, C*= min.4	12	

1. Požadavky hygienické služby na úklid, dezinfekci a prevenci infekčních onemocnění musí být zakotveny v provozním řádu. Viz též standard .
2. Zákon č. 125/1997 Sb., o odpadech a vyhláška č. 338/1997 Sb., o podrobnostech nakládání s odpady.

3. Příslušnými předpisy se rozumí vyhlášky MZ č. 207/1992 Sb., o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení.

11.	MINIMÁLNÍ BEZPEČÍ Zařízení má písemně zpracované a uplatňované postupy a kompetence pro zajištění „minimálního bezpečí“ (viz pozn.1), tj. pro řešení havarijních a nouzových situací a mimořádných událostí, se kterými jsou seznámeni pracovníci i pacienti/klienti.	Bodovací stupnice	Zdroje
11.1	Havarijní a nouzové situace a mimořádné události, stejně jako způsoby jejich řešení, jsou jasně definovány.	C	POP, RV
11.2	Pacienti/klienti i pracovníci jsou přiměřeně a srozumitelně seznámeni s postupem při havarijních a nouzových situacích a mimořádných událostech.	C*	RZ, RP/K
11.3	O průběhu a řešení nouzových a havarijních situací a mimořádných událostí je vedena přiměřená dokumentace.	C	POP, RV
Maximum		15	
Minimum		10	
Nezbytné : C*= min. 4		4	

POZNÁMKY

1. Požadavky „minimálního bezpečí“ zahrnují (kromě nezbytných požadavků provozní bezpečnosti a požární ochrany) zejména definovaný postup při náhlých zdravotních příhodách, výskytu infekčních chorob, sebevražedných tendencích či pokusech, intoxikaci návykovou látkou, vnesení návykové látky do zařízení, násilí vůči osobám a majetku, krádežích apod. Viz též standard

12.	HODNOCENÍ KVALITY A EFEKTIVITY SLUŽEB Organizace dbá na to, aby služby, které poskytuje, byly poskytovány efektivně a kvalitně a měly tendenci se dále zkvalitňovat. Do hodnocení kvality a jejího zvyšování zapojuje uživatele služeb i vlastní pracovníky.	Bodovací stupnice	Zdroje
12.1	Zařízení kontroluje a hodnotí, zda naplňování poslání a cílů a způsoby jejich dosahování jsou v souladu s deklaracemi, a z případného nesouladu či rozporu vyvozuje potřebná opatření.	C*	POP, RV
12.2	Zařízení má zavedený systém trvalého sledování, udržování a rozvoje kvality poskytovaných služeb (Continual Quality Management).	C	POP, RV
12.3	Zařízení má pravidla pro zjišťování spokojenosti uživatelů se službami, prostředím, kde jsou poskytovány, atd. a zpětnou vazbu zapracovává do plánů na zlepšení služby.	C	POP, RV
12.4	Souborné hodnocení efektivity se provádí periodicky, minimálně 1x ročně (Poznámka 1).	A	POP
12.5	Do hodnocení kvality a efektivity se zapojují pracovníci na všech úrovních.	B	RZ
12.6	Z hodnocení kvality a efektivity poskytované péče jsou vyvozována příslušná opatření.	C	POP, RV, RZ
	Maximum	30	
	Minimum	20	
	Nezbytné : C*= min. 4	4	

POZNÁMKY

1. *V tomto bodě je míněna sumarizace hodnocení průběhu a dílčích výsledků odborné péče u konkrétních pacientů/klientů. Jak často má toto individuální hodnocení probíhat, závisí na typu, délce a obsahu zvoleného programu. Doporučená kritéria jsou obsažena ve standardech speciální části (část B).*

HODNOTÍCÍ TABULKA

A. obecná část				
	Název	Maximum	Minimum	Nezbytné (*)
1	Přístupnost odborných služeb	30	25	15
2	Práva pacientů/klientů	90	70	23
3	Příjem a úvodní zhodnocení	100	75	28
4	Spektrum služeb a zásady jejich poskytování	90	70	17
5	Personální práce	70	50	29
6	Odborné vedení a rozvoj pracovníků a týmů	75	50	15
7	Dostupnost, vnější vztahy	50	40	14
8	Organizační aspekty	180	150	119
9	Finance	40	30	10
10	Prostředí a materiálně-technické zázemí	45	30	12
11	Minimální bezpečí	15	10	4
12	Hodnocení kvality a efektivity služeb	30	20	4
	CELKEM ČÁST A	815	620	290

B. SPECIÁLNÍ ČÁST

OBSAH

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

Poznámky za každým standardem

1. DETOXIFIKACE

Léčení odvykacího syndromu, abstinenčních příznaků spojených s přerušením užívání návykové látky (v případech, kdy nejsou ohroženy vitální funkce organismu)

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

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

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

POZNÁMKY

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

2. TERÉNNÍ PROGRAMY

Služby prvního kontaktu v terénu včetně komplexního programu „harm reduction“ s cílem ovlivnit motivaci pacienta/klienta ke změně životního stylu, rizikového chování a k vyhledání příslušných odborných zařízení

		<i>Bodovací stupnice</i>	<i>Zdroje</i>
2.1	Program se provádí jako součást komplexního systému péče v působnosti jedné organizace, jako součást činnosti nízkoprahového kontaktního centra, případně funguje samostatně s funkční provázaností na další odborná zařízení a organizace. Není nutný statut zdravotnického zařízení.	A	POP, RV
2.2	Personální zabezpečení		
2.2.1	Řízení: program je řízen kvalifikovaným odborným pracovníkem/manažerem, se zkušenostmi v oblasti primární, sekundární a terciární prevence drogových závislostí (Poznámka 1).	C	PA
2.2.2	Terénní pracovníci: odborní pracovníci, bývalí uživatelé drog, dobrovolníci a externí pracovníci, motivovaní vlastním přesvědčením a posláním terénní práce, mající schopnost přirozené a autentické komunikace s uživateli drog na otevřené drogové scéně, s vhodnou osobnostní strukturou, otevřeností a komunikačními dovednostmi.	C	PA, RZ, VP
2.2.3	Odborní terénní pracovníci: věk minimálně 21 let, SŠ vzdělání a zkušenosti v oblasti zdravotnické, sociální, speciálně pedagogické apod.	C	PA, RZ
2.2.4	Terénní pracovníci – ex-useři: věk minimálně 21 let, další kritéria podle pravidel organizace pro zaměstnávání bývalých uživatelů (Poznámka 2).	C	POP, PA, RZ
2.2.5	Dobrovolníci a externí terénní pracovníci: nejsou v zaměstnaneckém poměru k organizaci, spolupráce s nimi se řídí vnitřními pravidly organizace (Poznámka 3).	A	POP, PA, RZ
2.3	Cílová populace: program je zaměřen na uživatele drog, kteří nejsou v kontaktu se zdravotními a sociálními zařízeními, na uživatele drog s rizikem získání infekce HIV a hepatitid, na nezletilé a mladistvé uživatele drog, prostituující uživatele drog, bezdomovce, etnické menšiny a další populaci se zvýšeným rizikem.	C	POP, ODP/K, RV, RZ, VP
2.4	Formy terénní práce (minimálně jedna z uvedených)	A*	POP, DP, RV, RZ, VP
2.4.1	Práce na otevřené drogové scéně – např. na ulici, v klubech, restauračních zařízeních, diskotékách a jiných veřejných akcích.		

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

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

POZNÁMKY

1. *Doporučuje se, aby vedoucí programu měl vyšší odborné, bakalářské nebo úplné VŠ vzdělání humanitního či společenského směru.*
2. *Podle části A (Obecná část), oddíl 7.2, má mít organizace jasně definovaná pravidla pro zaměstnávání pracovníků s předchozími nebo současnými problémy s drogami a alkoholem. Pro zaměstnávání osob, které dříve byly závislé na drogách včetně alkoholu se doporučuje: (a) věk minimálně 21 let, (b) dokončená léčba, (c) abstinence minimálně 2 roky po ukončení léčby, (d) jiné zaměstnání či úspěšná pracovní zkušenost během dvouletého období abstinence, (e) nepřijímat do zaměstnání v zařízení, kde se pracovník předtím léčil, (f) jasně definované postavení v týmu a vůči klientům, (g) zahájení SŠ studia do 1 roku po nástupu do pracovního poměru, pokud pracovník nemá ukončené SŠ vzdělání.*
3. *Podle části A (Obecná část), oddíl 4.9 h) a 7.2 má mít organizace jasně definovaná pravidla i pro spolupráci s dobrovolníky a externisty. Terénní programy mohou spolupracovat např. i s aktuálními uživateli, kteří mají přístup na uzavřenou drogovou scénu (tzv. indigenní terénní pracovníci). Doporučuje se, aby to byly osoby starší než*

18 let, klíčové ve své referenční skupině, stabilizované. Využívat k této činnosti klienty v ambulantní léčbě nebo klienty udržovacího metadonového programu není vhodné. Indigentním terénním pracovníkům má organizace zajistit přiměřenou metodiku, výcvik a systematické odborné vedení.

- 4. Nezbytně se distribuují alkoholové dezinfekční tampony, sterilní voda do injekcí, kyselina askorbová, aluminiové folie, bavlněné filtry a základní zdravotnický materiál (obinadla, náplasti, heparoid).*
- 5. Pro kvantitativní hodnocení efektivity je relevantní: (a) počet a struktura kontaktů, (b) odezva, (c) návratnost injekčního náčiní, (d) počet realizovaných doporučení do zařízení, např. do nízkoprahových kontaktních center. Nezbytný je průběžný rozbor účinných faktorů a komplikací programu a případová práce na poradách a při supervizi.*

3. Kontaktní a poradenské služby			
Kontaktní služby, poradenství a motivační trénink, programy „harm reduction“, diferenciálně diagnostický filtr a zprostředkování léčby v nízkoprahových kontaktních centrech, poradenských a preventivních centrech			
		Bodovací stupnice	Zdroje
3.1	Program se provádí jako součást komplexního systému péče v působnosti jedné organizace, případně funguje samostatně s funkční provázaností na další odborná zařízení a organizace. Není nutný statut zdravotnického zařízení.	C	POP, RV
3.2	Personální zabezpečení		
3.2.1	Řízení: program je řízen kvalifikovaným odborným pracovníkem/manažerem s odpovídajícím, minimálně středoškolským vzděláním a s (alespoň jednoletou) praxí v oblasti sekundární a terciární prevence drogových závislostí a s ukončeným psychoterapeutickým výcvikem. (Poznámka 1).	A*	PA
3.2.2	Terapeutický tým: multidisciplinární s ohledem na bio- psycho-sociální model závislosti a poskytované služby (Poznámka 2).	C	PA
3.2.3	Zabezpečení provozu: v závislosti na charakteru programu, s pevným provozním režimem.	C	POP
3.3	Cílová populace: osoby experimentující s návykovými látkami, problémoví uživatelé návykových látek, závislí na návykových látkách při prvním kontaktu s odbornou institucí, závislí na návykových látkách, kteří nejsou motivováni k abstinenci, popř. neakceptují jinou účinnější formu léčebné péče, rodinní příslušníci, partneři a jiné důležité osoby. Jsou možné anonymní i neanonymní kontakty.	C	POP, ODP/K, RZ, VP
3.4	Zhodnocení stavu klienta		
3.4.1	Anamnestické údaje: v případě nízkoprahové kontaktní práce jsou získávány průběžně v závislosti na individuálních podmínkách klienta, v případě strukturovaného poradenství jsou odebírány kvalifikovaným pracovníkem při úvodním kontaktu s pacientem/klientem a průběžně doplňovány dle potřeb poradenského procesu.	B	ODP/K, RZ

3.4.2	Somatické a psychiatrické vyšetření: zajištěno v indikovaných případech ve zdravotnickém zařízení s cílem stanovit závažnost somatických a psychiatrických komplikací pro posouzení vhodnosti a indikace specifického způsobu léčby nebo jiné odborné péče, může obsahovat:		ODP/K, RV
	a) Komplexní somatické vyšetření	A	
	b) Vyšetření moče na přítomnost metabolitů návykových látek	A	
	c) Základní laboratorní vyšetření	A	
	d) Vyšetření na pohlavně přenosná onemocnění	A	
	e) V případě potřeby vyšetření na graviditu, a jiná vyšetření.	A	
3.4.3	Zhodnocení stavu klienta: je provedeno a zapsáno při nejbližší možné příležitosti s cílem komplexně posoudit jeho stav a vhodnost určité formy léčby či jiného programu odborné péče.	B	ODP/K
3.5	Nízkoprahové služby: jsou přístupné všem přicházejícím klientům včetně anonymních, zahrnují kontaktní práci, základní poradenství, výměnu injekčního náčiní, základní zdravotní péči, zajištění testování na HIV a hepatitidy, neodkladnou péči a doplňkové služby.	A*	POP, RV, RZ, RP/K, VP
3.5.1	Kontaktní práce: služby prvního kontaktu pro uživatele drog, jejich rodiče, partnery a jiné iniciátory kontaktu s cílem vytvoření důvěry mezi klientem a odbornou institucí, motivace ke změně rizikového chování a přijetí plánu odborné péče, minimalizace zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním návykových látek.	A	
3.5.2	Základní poradenství: týká se zdravotního stavu klienta, zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním drog a minimalizace těchto rizik, možností léčby, rehabilitace a sociální reintegrace, informací o léčebných a jiných odborných zařízeních, získávání motivace a doporučování do příslušných zařízení.	A	
3.5.3	Základní zdravotní ošetření: prováděno kvalifikovaným zdravotnickým pracovníkem nebo zajištěno ve zdravotnickém zařízení.	B	
3.5.4	Výměna sterilního injekčního náčiní, distribuce desinfekčních a dalších pomocných prostředků, zdravotnického materiálu, kondomů atd. (Poznámka 3)	A	
3.5.5	Testování na HIV a hepatitidy: zajištěno včetně poradenství před a po testování.	B	

	3.5.6	Neodkladná péče: je písemně definován postup v případě akutních stavů a komplikací včetně zajištění příslušné zdravotní péče. Všichni zaměstnanci jsou školeni v technikách kardiopulmonální resuscitace a poskytování první pomoci.	A*	
	3.5.7	Doplňkové služby: hygienický, potravinový, vitaminový servis.	B	
3.6	Strukturovaná odborná péče			POP, ODP/K, DP
	3.6.1	Individuální plán: je zpracován a zapsán do dokumentace s ohledem na individuální podmínky, závažnost onemocnění, přítomnost komplikujících faktorů v oblasti somatické i psychosociální. Individuální plán je pravidelně revidován v závislosti na frekvenci kontaktu s klientem. Obecným cílem plánu v dlouhodobém horizontu je vytvoření náhledu a podpora motivace ke změně životního stylu, k léčbě či jiné odborné pomoci.	B	
	3.6.2	Strukturované aktivity: program nabízí určitý rozsah a frekvenci terapeutických úkonů skupinových či individuálních, které jsou součástí individuálního plánu, případně nabízí doplňkové aktivity (např. rehabilitace a rekondice, ženské programy, poradenství pro rodiče atd.).	C	
	3.6.3	Monitorování procesu: v případě strukturovaného programu má každý klient určeného kvalifikovaného pracovníka (terapeuta), odpovědného za vedení případu.	A	
	3.6.4	Skupinová práce s klienty a práce s rodinnými příslušníky: používají se především v krátkodobém časovém úseku pro podporu obecných cílů a pro řešení aktuálních problémů (Poznámka 4)..	B	
	3.6.5	Farmakoterapie: jen ve zdravotnických zařízeních, slouží k ovlivnění základního onemocnění, léčbě psychických a somatických komplikací, komorbidity a ke zvládnutí syndromu z vysazení drogy. Provádí výhradně lékař podle příslušných předpisů a zásad správné léčebné praxe.	A	
	3.6.6	Sociální práce: provádí se s cílem stabilizovat sociální podmínky klienta pro jeho další léčení či následnou abstinenci (např. v oblasti bydlení, studia, zaměstnání).	A	
	3.6.7	Prevence relapsu: je vždy součástí plánu strukturované odborné péče.	B	

3.7	Skupiny pro rodinné příslušníky a partnery klientů: provádějí (event. zajišťují) se s cílem poskytnout orientaci v problému závislosti, emoční a sociální podporu, mobilizovat zralé chování a zachovat základní fungování rodiny (Poznámka 5).	B	POP, DP
3.8	Vedení dokumentace: formou individuálních spisů, evidujících podrobně poradenský či léčebný proces. Dokumentace je důvěrná a zabezpečená proti zneužití. U anonymních klientů nebo na přání je dokumentace vedena pod dohodnutým kódovým označením.	A	ODP/K
3.9	Minimální péče je zajištěna i v případech disciplinárního přerušení kontaktu, např. výměnný program, informace atd. Klient, který přeruší kontakt z vlastního rozhodnutí, musí mít možnost jej znovu navázat.	C	ODP/K, RV, RZ, RP/K
3.10	Každý pracovník je očkovan nebo závazně poučen o potřebě očkování proti hepatitidě A,B a projde školením, jak zacházet s potenciálně infekčním materiálem (použití jehly a stříkačky) s maximálním ohledem na ochranu vlastního zdraví a podle předpisů o nakládání s nebezpečným odpadem. Totéž se týká dobrovolných a externích spolupracovníků.	A	PA, RZ
3.11	Pravidelně je vyhodnocována efektivita odborného programu, minimálně 1x ročně (Poznámka 6).	C	POP, DP
	Maximum	160	
	Minimum	120	
	Nezbytné (*) : A*=5	15	

POZNÁMKY

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

doporučení do dalších zařízení. Nezbytný je průběžný rozbor účinných faktorů a komplikací programu a případová práce na poradách a při supervizi.

4. AMBULANTNÍ LÉČBA

Ambulantní léčebná a preventivní péče v zdravotnických a nezdravotnických zařízeních

		<i>Bodovací stupnice</i>	<i>Zdroje</i>
4.1	Program je součástí komplexního systému péče v působnosti jedné organizace, případně funguje jako samostatné zdravotnické nebo nezdravotnické zařízení s funkční provázaností na další odborná zařízení a organizace.	A	POP, RV
4.2	Personální zabezpečení		
4.2.1	Řízení: program je řízen kvalifikovaným odborným pracovníkem/manažerem, s praxí v léčení a doléčování závislostí, skupinové a rodinné terapii, kognitivně behaviorálních přístupech apod. V případě, že se jedná o zdravotnické zařízení, řídí se jejich vedení platnými právními předpisy (Poznámka 1)..	A*	PA
4.2.2	Terapeutický tým: multidisciplinární vzhledem k povaze problému, výběr pracovníků se řídí kritérii:	C	PA
	a) Vzdělání (lékařské, psychologické, psychoterapeutické, speciálně pedagogické, v oblasti sociální práce, popř. jiné)		
	b) Specializované výcviky (skupinová psychoterapie, individuální psychoterapie psychodynamických, interaktivních a kognitivně behaviorálních směrů, rodinná terapie)		
	c) Praktické zkušenosti a dovednosti		
	d) Osobnostní vlohy		
4.2.3	Zabezpečení provozu: v závislosti na charakteru programu a normách ambulantní zdravotní péče, s pevným provozním režimem.	C	POP, VP
4.3	Cílová populace: osoby experimentující s návykovými látkami, problémoví uživatelé návykových látek, závislí motivovaní i nemotivovaní k abstinenci, abstinující absolventi ambulantního či ústavního léčení, rodinní příslušníci a partneři. Není nutné doporučení z jiné instituce.	C	POP, ODP/K, RZ, VP
4.4	Zhodnocení stavu klienta		
4.4.1	Anamnestické údaje: jsou odebírány kvalifikovaným pracovníkem při prvním kontaktu s pacientem a průběžně doplňovány dle potřeb léčebného procesu.	B	ODP/K, RZ

4.4.2	Lékařské vyšetření: psychiatrické vyšetření a orientační somatické vyšetření se provádí u každého pacienta jde-li o zdravotnické zařízení. Jde-li o nezdravotnické zařízení musí být lékařské vyšetření dostupné v indikovaných případech.	B	ODP/K
4.4.3	Další vyšetření je zajištěno v indikovaných případech s cílem stanovit závažnost somatických a psychiatrických komplikací pro posouzení vhodnosti a indikace specifického způsobu léčby nebo jiné odborné péče a musí obsahovat:	C*	ODP/K, RV
	a) Konsiliární vyšetření jiného specialisty (internisty, neurologa, hepatologa apod.)		
	b) Toxikologické vyšetření moče nebo krve		
	c) Laboratorní a přístrojová vyšetření		
	d) Vyšetření na HIV, spektrum infekčních hepatitid a pohlavně přenosná onemocnění		
	e) V případě potřeby vyšetření na graviditu, a jiná vyšetření.		
4.4.4	Komplexní zhodnocení stavu klienta: je provedeno při nejbližší možné příležitosti s cílem posoudit jeho stav a vhodnost určité formy léčby či jiného programu odborné péče.	B	ODP/K
4.5	První kontakty, poradenství, základní zdravotní péče		
4.5.1	Kontaktní práce: první kontakty jsou zaměřeny na vytvoření důvěry mezi pacientem a ordinací, motivaci ke změně rizikového chování a přijetí léčebného plánu.	B	POP, ODP/K, RV, RZ, RP/K, DP
4.5.2	Základní poradenství: je nedílnou součástí ambulantní léčebně preventivní péče. Týká se zdravotního a psychického stavu pacienta, zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním drog a minimalizace těchto rizik, možností léčby, rehabilitace a sociální reintegrace, informací o léčebných a jiných odborných zařízeních, získávání motivace a doporučování do příslušných zařízení, poradenství před a po testování na HIV a hepatitidy.	B	POP, ODP/K, RV, RZ, RP/K, DP
4.5.3	Základní zdravotní péče: u zdrav.zařízení je prováděná lékařem nebo kvalifikovanou zdravotní sestrou u běžných somatických komplikací, u nezdravotnických zařízení je zajištěna smluvně.	B	POP, ODP/K, RV, RZ, DP

4.5.4	Neodkladná péče: je písemně definován postup v případě akutních stavů a komplikací včetně zajištění další odborné zdravotní péče. Všichni zaměstnanci jsou školeni v technikách kardiopulmonální resuscitace a poskytování první pomoci v urgentních případech.	A*	POP, PA, RZ
4.6	Léčebná péče		
4.6.1	Individuální léčebný plán: je zpracován s ohledem na stanovenou diagnózu, individuální podmínky, závažnost onemocnění, přítomnost komplikujících faktorů v oblasti somatické i psychosociální. Individuální léčebný plán je pravidelně revidován v závislosti na průběhu a frekvenci kontaktu s klientem.	B*	ODP/K, RV, RZ
4.6.2	Strukturované aktivity: každý pacient/klient se účastní programu v rozsahu stanoveném individuálním plánem podle závažnosti problému a fáze účasti v programu .	B	POP, DP
4.6.3	Monitorování léčebného procesu: každý pacient/klient má určeného kvalifikovaného pracovníka – garanta/lékaře, odpovědného za vedení případu, který soustavně hodnotí stav pacienta/klienta a plnění léčebného plánu (Poznámka 2).	A	POP, ODP/K
4.6.4	Skupinová a individuální psychoterapie a rodinná terapie: vedená kvalifikovaným psychoterapeutem, probíhá především v krátkodobém a střednědobém časovém horizontu. Cíle a metody jsou voleny s ohledem na potřeby pacienta a plánovanou dobu psychoterapie (Poznámka 3).	A	POP, RV, DP
4.6.5	Farmakoterapie/jen ve zdrav. zařízeních/: slouží k ovlivnění základního onemocnění, léčbě psychických a somatických komplikací, komorbidit a ke zvládnutí syndromu z vysazení návykové látky. Provádí výhradně lékař podle příslušných předpisů a zásad správné léčebné praxe.	A	ODP/K RV,RZ
4.6.6	Sociální práce: cílem je sociální reintegrace pacienta (např. v oblasti rodinných vztahů, bydlení, studia, zaměstnání), k dílčím cílům patří stabilizace sociálních podmínek pacienta pro jeho léčení a následnou abstinenci.	B	ODP/K RV,RZ, RP/K
4.6.7	Prevence relapsu: je vždy součástí léčebného plánu.	A	ODP/K RV,RZ, RP/K

4.7	Skupiny pro rodinné příslušníky a partnery pacientů: provádějí se nebo jsou zajišťovány s cílem poskytnout orientaci v problému závislosti, emoční a sociální podporu, mobilizovat zralé chování a zachovat základní fungování rodiny (Poznámka 4).	C	DP
4.8	Doléčování je prováděno s cílem zajistit stabilitu stavu pacienta/klienta v běžných životních podmínkách po proběhlé léčbě.	A	POP, ODP/K, RP/K
4.9	Vedení dokumentace: individuální dokumentace / chorobopis/ pacienta/klienta eviduje podrobně léčebný proces. Jsou vedeny záznamy o strukturovaných aktivitách (zápisy ze skupin atd.). Veškerá dokumentace s osobními údaji je důvěrná a zabezpečená proti zneužití.	A*	ODP/K, VP
4.10	Ukončení a přerušení léčby: je předem plánováno s cílem zabezpečit kontinuitu péče (doporučení do ústavního léčení nebo do jiného odborného zařízení), zajistit doléčování a možnost návratu v případě potřeby. I v případě přerušení léčby z vlastního rozhodnutí musí pacient vědět, že má možnost se kdykoliv vrátit.	B	ODP/K, RP/K
4.12	Pravidelně je vyhodnocována efektivita odborného programu, minimálně 1x ročně (Poznámka 5).	C	POP, DP
	Maximum	125	
	Minimum	90	
	Nezbytné (*) : A*=5, B*, C* = min. 3	21	

POZNÁMKY

1. *Vedoucí-nelékař by měl mít VŠ sociálního, psychologického nebo pedagogického směru. Ve zdravotnických zařízeních, je-li vedoucím nelékař, musí mít kvalifikovaný lékař ve funkci odborného zástupce úvazek minimálně 0,3 (viz zákon 160/1992 Sb.).*
2. *Garant (klíčový pracovník) svého klienta sleduje soustavně, dokumentuje důležitá fakta a konzultuje s vedoucím. Každý pacient/klient má být probírán minimálně 1x za 14 dní na týmové poradě.*
3. *V daném programu se předpokládá především psychoterapeutický proces v řádu týdnů, případně měsíců, dlouhodobý horizont však nelze vyloučit.*
4. *„Rodičovská skupina“ má v zásadě podpůrný a edukační charakter, nepředpokládá se, že bude řešit individuální psychologické a psychopatologické problémy*
5. *Pro kvantitativní hodnocení efektivity je relevantní: (a) počet a struktura výkonů a pacientů, (b) četnost mimořádných událostí a režimových komplikací, (c) podíl pacientů zapojených do skupinových a rodinných terapií, (d) návštěvnost skupinových forem práce, (e) četnost časných vypadnutí z léčebného plánu a ze strukturovaných aktivit, (f) četnost úspěšně dokončených léčebných plánů, (g) počet realizovaných doporučení do dalších zařízení, (h) katamnestické sledování pacientů (1,2,3 roky). Nezbytný je průběžný rozbor účinných faktorů a komplikací programu a případová práce na poradách a při supervizi.*

6. STACIONÁRNÍ PROGRAMY

Intenzivní ambulantní péče: strukturované programy denních, popř. nočních či odpoledních stacionářů v délce 3-4 měsíce

		<i>Bodovací stupnice</i>	<i>Zdroje</i>
5.1	Program je součástí komplexního systému péče v působnosti jedné organizace, případně funguje při ambulantním nebo lůžkovém zdravotnickém či jiném odborném zařízení nebo zcela samostatně s funkční provázaností na další odborná zařízení a organizace. Statut zdravotnického zařízení je žádoucí.	A	POP, RV
5.2	Personální zabezpečení		
5.2.1	Řízení: program je řízen kvalifikovaným odborným pracovníkem/manažerem, s praxí v oblasti skupinové psychoterapie, léčení závislostí, rodinné terapie, kognitivně behaviorálních přístupů apod. V případě, že se jedná o zdravotnické zařízení, řídí se jejich vedení platnými právními předpisy (Poznámka 1)..	A*	PA
5.2.2	Terapeutický tým: multidisciplinární vzhledem k povaze problému, výběr pracovníků se řídí kritérii:	C	PA
	a) Vzdělání (lékařské, psychologické, psychoterapeutické, speciálně pedagogické, v oblasti sociální práce, popř. jiné)		
	b) Specializované výcviky (skupinová psychoterapie, individuální psychoterapie psychodynamických, interaktivních a kognitivně behaviorálních směrů, rodinná terapie)		
	c) Praktické zkušenosti a dovednosti		
	d) Osobnostní vlohy		
5.2.3	Zabezpečení provozu: odpovídá specifickým potřebám programu.	C	POP, VP
5.2.4	Kapacita pacientů/klientů na jednoho kvalifikovaného pracovníka: skupina v počtu 6-12.	A	DP, RV, RZ
5.3	Cílová populace: osoby závislé na návykových látkách v mírně pokročilém až středním stupni závislosti, s náhledem a silnou motivací k léčbě, se somatickými a psychickými komplikacemi, které nevyžadují lůžkovou péči, sociálně stabilizovaní (např. spolupracující rodina, stálé bydliště). Doporučení z jiných zařízení je vhodné, ale není nezbytné (Poznámka 2)	C	POP, ODP/K, RZ, VP
5.4	Zhodnocení stavu pacienta/klienta		

5.4.1	Anamnestické údaje: odebírány kvalifikovaným pracovníkem před přijetím pacienta/klienta do programu, v případě potřeby konzultovány s lékařem. Anamnéza se průběžně doplňuje (Poznámka 3).	A*	ODP/K, RZ
5.4.2	Lékařské vyšetření: ve zdravotnických zařízeních se psychiatrické vyšetření a orientační somatické vyšetření provádí u každého pacienta/klienta, v jiných odborných zařízeních se provádí nebo zajišťuje v indikovaných případech. Vyšetření se provádí před přijetím pacienta/klienta do programu s cílem stanovit závažnost psychických a somatických komplikací a vhodnost indikace pro stacionární formu léčby, jeho obsahem pak může být:	A*	ODP/K, RV
	a) Vyšetření praktickým lékařem		
	b) Toxikologické vyšetření moče		
	c) Základní laboratorní vyšetření		
	d) Vyšetření HIV a hepatitidy (nezbytně), dále vyšetření pohlavně přenosných onemocnění		
	e) V případě potřeby vyšetření na graviditu a další odborné výkony		
5.4.3	Komplexní zhodnocení stavu pacienta/klienta: je provedeno před přijetím pacienta/klienta do programu.	A*	ODP/K, RV
5.5.	Neodkladná péče: je zajištěna s příslušným zdravotnickým zařízením. Je písemně vypracován postup pro urgentní stavy, každý zaměstnanec je proškolen v oblasti kardiopulmonální resuscitace a poskytování první pomoci.	A*	POP, PA, RZ
5.6	Odborná léčebná péče (Poznámka 4).		
5.6.1	Individuální léčebný plán: zpracován do 5 dnů po přijetí pacienta/klienta s ohledem na individuální podmínky, závažnost onemocnění, přítomnost komplikujících faktorů v oblasti somatické i psychosociální. Léčebný plán je pravidelně revidován (běžně 1x týdně).	B*	ODP/K, RV
5.6.2	Strukturované aktivity: každý pacient/klient se účastní programu v minimálním rozsahu 15 hodin strukturovaných aktivit týdně (rozdělených alespoň do 5 dnů v týdnu) , v odpoledních stacionářích v minimálním rozsahu 9 hodin (rozdělených alespoň do 3 dnů v týdnu).	A*	POP, DP, RP/K

5.6.3	Monitorování léčebného procesu: každý pacient/klient má určeného pracovníka – terapeuta (“garant”, “klíčový pracovník”), odpovědného za vedení případu, který sleduje stav pacienta/klienta a plnění léčebného plánu (Poznámka 5).	B*	ODP/K, RV, RZ, RP/K
5.6.4	Základní pravidla léčby: jsou písemně zpracována formou srozumitelnou a přístupnou pacientům/klientům. Definují klíčové principy, při jejichž porušení dochází zpravidla k přerušení léčby, a stanoví postup při porušení dalších pravidel.	C	DP, RP/K, VP
5.6.5	Denní režim: je písemně zpracován formou přístupnou pacientům/klientům. Zahrnuje rozvrh strukturovaných aktivit, je součástí každého individuálního léčebného plánu.	A	DP, RP/K, VP
5.6.6	Využívají se prvky terapeutické komunity.	A	POP, DP, RV
5.6.7	Skupinová terapie: základní terapeutický prostředek, postupy a cíle jsou adekvátní délce programu a potřebám pacienta/klienta (Poznámka 6).	C	POP, DP, RV
5.6.8	Rodinná (případně partnerská) terapie: prováděna v každém případě, kdy je to možné s ohledem na individuální podmínky pacienta/klienta.	B	POP, DP, RV
5.6.9	Sociální práce: prováděna s cílem maximálně stabilizovat sociální podmínky pacienta/klienta pro jeho následnou abstinenci (např. v oblasti rodinných vztahů, bydlení, studia, zaměstnání).	B	POP, DP, RV, RZ, RP/K
5.6.10	Pravidelná a náhodná toxikologická vyšetření: jsou neoddělitelnou součástí stacionárního programu.	A	ODP/K, DP, RV, RP/K
5.6.11	Farmakoterapie (jen ve zdravotnických zařízeních): slouží k řešení psychických a somatických komplikací a komorbidit. Provádí výhradně lékař podle příslušných předpisů a zásad správné léčebné praxe.	A	ODP/K, RV, RZ
5.6.12	Princip prevence relapsu: je neoddělitelnou součástí strukturovaných aktivit.	C	POP, DP, RV, RZ, RP/K
5.6.13	Rehabilitace: slouží ke stabilizaci a zlepšení psychických, somatických a sociálních kapacit pacienta. Využívané prostředky: pracovní terapie, sport, volnočasové aktivity, zátěžové programy.	C	POP, DP, RV, RZ, RP/K
5.6.14	Služba krizové intervence: v provozu 24 hodin denně pro řešení krizových situací.	B	POP, DP, RV, RZ, RP/K
5.7	Doplňkové programy: např. péče o děti pacientů/klientů, informace, poradenství a edukace.	B	

5.8	Zařízení provádí nebo zajišťuje skupiny pro rodinné příslušníky a partnery pacientů: provádějí se s cílem poskytnout orientaci v problému závislosti, emoční a sociální podporu, mobilizovat zralé chování a zachovat základní fungování rodiny (Poznámka 7).	B	DP
5.9	Zařízení zajišťuje stravu v případě, je-li program delší než 5 hodin bez přerušení. Pro tuto oblast má vypracován vnitřní předpis.	A	POP, RV
5.10	Vedení dokumentace: individuální dokumentace (chorobopis) pacienta/klienta eviduje podrobně léčebný proces. Vedle toho je podrobně zaznamenáván průběh společných strukturovaných aktivit (zápisy z komunit, skupin atd.). Veškerá dokumentace s osobními údaji je důvěrná a zabezpečená proti zneužití.	C*	ODP/K, DP, RV, RZ, VP
5.11	Propouštění pacientů/klientů: je předem plánováno s cílem zabezpečit kontinuitu léčebné péče (doléčování, případně ústavní péče), provázeno příslušným doporučením.	C	ODP/K, RV
5.12	Plán následné péče a resocializace: zpracován při každém propuštění pacienta/klienta, a to i při předčasném ukončení léčby z disciplinárních důvodů, minimálně je pacient/klient srozumitelně informován o potřebě další péče a jsou mu doporučena pracoviště, kde ji může získat. Jsou vypracována pravidla pro opakování léčby.	C	POP, ODP/K, RV
5.13	Fungování multidisciplinárního týmu: týmové porady minimálně 1x týdně, týmové konference minimálně 1x za 3 měsíce. Pořizuje se zápis přístupný všem členům týmu.	C	DP, RZ
5.14	Hodnocení efektivity: v pravidelných intervalech, minimálně 1x ročně (Poznámka 8).	C	POP, DP
	Maximum	160	
	Minimum	120	
	Nezbytné (*) : A*=5, B*, C* = min. 3	39	

POZNÁMKY

1. *Vedoucí-nelékař by měl mít VŠ sociálního, psychologického nebo pedagogického směru. Ve zdravotnických zařízeních, je-li vedoucím nelékař, musí mít kvalifikovaný lékař ve funkci odborného zástupce úvazek minimálně 0,3 (viz zákon 160/1992 Sb.).*
2. *Stacionární program je náročný a má své určité indikace, za kterých může být efektivní.*
3. *Nedoporučuje se odebírat anamnestické údaje pouze pomocí dotazníku vyplňovaného pacientem/klientem.*
4. *Případně odborná péče v nezdravotnických zařízeních.*
5. *Garant (klíčový pracovník) svého klienta sleduje soustavně a dokumentuje důležitá fakta. Každý pacient/klient je pak probírán 1x týdně na týmové poradě.*

6. *Adekvátním cílem tříměsíčního programu nemůže být například změna osobnosti nebo úplná úprava závažné psychopatologie. Skupinová terapie má být vhodně doplňována jinými strukturovanými aktivitami (kluby, pracovní terapie, kultura, sport atd.).*
7. *„Rodičovská skupina“ má v zásadě podpůrný a edukační charakter, nepředpokládá se, že bude řešit individuální psychologické a psychopatologické problémy*
8. *Pro kvantitativní hodnocení efektivity je relevantní: (a) počet a struktura výkonů a pacientů/klientů, (b) naplnění kapacity programu, (c) četnost mimořádných událostí a režimových komplikací, (d) návštěvnost otevřených skupinových forem práce, jako jsou skupiny pro rodiče a partnery nebo přípravné-motivační skupiny, (e) četnost časných vypadnutí z programu, (f) četnost vypadnutí v první třetině programu, (g) četnost úspěšně dokončených léčebných plánů, (h) katamnestické sledování pacientů se zjišťováním počtu abstinujících a event. navštěvujících další programy (1,2,3 roky). Nezbytný je průběžný rozbor účinných faktorů a komplikací programu a případová práce na poradách a při supervizi.*

6. KRÁTKODOBÁ A STŘEDNĚDOBÁ ÚSTAVNÍ LÉČBA

Lůžková péče na samostatných odděleních psychiatrických léčeben a klinik, na samostatných specializovaných odděleních všeobecných nemocnic, případně v samostatných zdravotnických zařízeních, v obvyklém rozsahu 5-14 týdnů (Poznámka 1)

		<i>Bodovací stupnice</i>	<i>Zdroje</i>
6.1	Program je součástí komplexního systému péče v působnosti jedné organizace, případně funguje jako součást lůžkového zdravotnického zařízení nebo zcela samostatně s funkční provázaností na další odborná zařízení a organizace. Statut lůžkového zdravotnického zařízení je nezbytný.	A	POP, RV
6.2	Personální zabezpečení		
6.2.1	Řízení: program je řízen kvalifikovaným vedoucím lékařem s atestací 2.stupně z psychiatrie či s nástavbovou atestací v oboru AT, s praxí v oblasti psychiatrie, psychoterapie, léčení závislostí.	A*	PA
6.2.2	Terapeutický tým: multidisciplinární vzhledem k povaze problému, převažují zdravotničtí pracovníci.	C	PA
6.2.3	Zabezpečení provozu: nepřetržitý nemocniční provoz.	A	POP, VP
6.3	Cílová populace: osoby závislé na návykových látkách v pokročilém, středním, ve výjimečných a odůvodněných případech až těžkém stupni závislosti, často s přítomností komplikujících faktorů (psychiatrická, somatická komorbidita). Doporučení z jiných zařízení je žádoucí, ale nikoliv nezbytné.	C	POP, ODP/K, RZ, VP
6.4	Zhodnocení stavu pacienta		
6.4.1	Anamnestické údaje: odebírány lékařem (nebo sestrou a konzultovány s lékařem) při přijetí pacienta. Anamnéza se průběžně doplňuje (Poznámka 2).	B	ODP/K, RZ
6.4.2	Lékařské vyšetření: provedeno při přijetí pacienta, obsahuje:	C	POP, ODP/K, RZ
	a) Komplexní psychiatrické a somatické vyšetření	A	
	b) Toxikologické vyšetření moče, případně krve	A	
	c) Základní laboratorní vyšetření	A	
	d) Vyšetření na HIV, hepatitidy a pohlavně přenosná onemocnění	A	
	e) V případě potřeby vyšetření na graviditu a další odborné výkony	A	
6.4.3	Další odborná vyšetření a konsilia dalších specialistů jsou bezprostředně dosažitelná a předem zajištěná.	B	

	6.4.4	Komplexní zhodnocení stavu pacienta/klienta: je provedeno do 48 hodin po přijetí pacienta.	B	
6.5		Neodkladná péče: je písemně vypracován postup pro urgentní stavy s předem zajištěnou specializovanou zdravotní péčí, každý zaměstnanec je proškolen v oblasti kardiopulmonální resuscitace a poskytování první pomoci.	A*	POP, PA, RZ
6.6		Odborná léčebná péče		
	6.6.1	Individuální léčebný plán: zpracován lékařem do 24, nejpozději do 48 hodin po přijetí pacienta s ohledem na individuální podmínky, závažnost onemocnění, přítomnost komplikujících faktorů v oblasti somatické i psychosociální. Zahrnuje i případnou farmakoterapii. Léčebný plán je pravidelně hodnocen a revidován (běžně 1x týdně).	B	ODP/K, RV, RZ
	6.6.2	Strukturované aktivity: každý pacient/klient se účastní programu v minimálním rozsahu 20 hodin strukturovaných aktivit týdně, rozdělených alespoň do 5 pracovních dnů.	C	POP, DP
	6.6.3	Monitorování léčebného procesu: každý pacient/klient má určeného lékaře, psychologa či odborně vzdělaného psychoterapeuta odpovědného za vedení případu, který denně hodnotí stav pacienta/klienta a plnění léčebného plánu. (Poznámka 3).	A	ODP/K, RV, RZ, RP/K
	6.6.4	Základní pravidla léčby: jsou zpracována písemně a ve srozumitelné podobě přístupná pacientům. Definují klíčové principy, při jejichž porušení dochází zpravidla k přerušení léčby, a stanoví postup při porušení jiných pravidel.	C	POP, VP, RP/K
	6.6.5	Denní léčebný režim je písemně zpracován včetně rozvrhu strukturovaných aktivit, je součástí každého individuálního léčebného plánu.	A	DP, VP, RP/K
	6.6.6	Oddělení má charakter terapeutické komunity.	A	VP, DP
	6.6.7	Skupinová terapie: základní terapeutický prostředek, postupy a cíle jsou adekvátní délce programu a potřebám pacienta/klienta (Poznámka 4).	C	POP, RV, DP
	6.6.8	Rodinná (případně partnerská) terapie: prováděna v každém případě, kdy je to možné s ohledem na individuální podmínky pacienta/klienta.	B	POP, RV, DP, RP/K

6.6.9	Sociální práce: prováděna s cílem maximálně stabilizovat sociální podmínky pacienta/klienta pro jeho následnou abstinenci (např. v oblasti rodinných vztahů, bydlení, studia, zaměstnání).	B	POP, RV, DP, RP/K
6.6.10	Pravidelná a náhodná toxikologická vyšetření: jsou součástí programu v závislosti na jeho charakteru.	A	ODP/K, DP, RV, RP/K
6.6.11	Farmakoterapie: slouží k řešení psychických a somatických komplikací a komorbidit. Provádí výhradně lékař podle příslušných předpisů a zásad správné léčebné praxe.	A	ODP/K, RV, RZ
6.6.12	Program prevence relapsu: je neoddělitelnou součástí strukturovaných aktivit.	C	POP, RV, DP, RP/K
6.6.13	Rehabilitace: slouží ke stabilizaci a zlepšení psychických, somatických a sociálních kapacit pacienta. Využívané prostředky: pracovní terapie, sport, zátěžové programy, trénink sociálních dovedností.	C	POP, RV, DP, RP/K
6.7	Doplňkové programy: např. péče o děti pacientů/klientů, informace, poradenství a vzdělávání.	B	POP, RV, DP
6.8	Skupiny pro rodinné příslušníky a partnery pacientů: provádějí se či jsou zajišťovány s cílem poskytnout orientaci v problému závislosti, emoční a sociální podporu, mobilizovat zralé chování a zachovat základní fungování rodiny (Poznámka 5).	B	POP, RV, DP
6.9	Strava a diety – odpovídají nemocničním standardům a hygienickým normám.	A	POP
6.10	Vedení dokumentace: individuální dokumentace (chorobopis) pacienta eviduje podrobně léčebný proces. Vedle toho je dokumentován průběh a obsah společných strukturovaných aktivit (zápisy z komunit, skupin atd.). Veškerá dokumentace s osobními údaji je důvěrná a zabezpečená proti zneužití.	C*	ODP/K, DP, RV, VP
6.11	Propouštění pacientů/klientů: je předem plánováno s cílem zabezpečit kontinuitu léčebné péče (ambulantní a stacionární péče, dlouhodobá rezidenční péče, doléčování), provázeno příslušným doporučením.	C	ODP/K, RV
6.12	Plán následné péče a resocializace: zpracován při každém propuštění pacienta/klienta, a to i při předčasném ukončení léčby z disciplinárních důvodů, minimálně je pacient/klient srozumitelně informován o potřebě další péče a jsou mu doporučena pracoviště, kde ji může získat. Jsou vypracována pravidla pro opakování léčby.	C	POP, ODP/K, RV
6.13	Fungování multidisciplinárního týmu: týmové porady minimálně 1x týdně, týmové konference minimálně 1x za půl roku. Zápisy jsou přístupné všem členům týmu.	C	DP, RZ

6.14	Hodnocení efektivity: v pravidelných intervalech, minimálně 1x ročně (Poznámka 7).	C	POP, DP
	Maximum	180	
	Minimum	140	
	Nezbytné (*) : A*=5, B*, C* = min. 3	13	

POZNÁMKY

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

7. REZIDENČNÍ PÉČE V TERAPEUTICKÝCH KOMUNITÁCH

Střednědobá a dlouhodobá lůžková odborná péče v zařízeních typu terapeutických komunit, obvykle v délce 6-18 měsíců (Poznámky 1,2)

		Bodovací stupnice	Zdroje
7. 1	Program je součástí komplexního systému péče v působnosti jedné organizace, případně funguje jako samostatná organizace s funkční provázaností na další odborná zařízení a organizace, jako zařízení sociálních služeb nebo jako samostatné oddělení – pobočka lůžkového zdravotnického zařízení. Kromě posledního případu statut zdravotnického zařízení není obvyklý (Poznámka 3).	A	POP, RV
7. 2	Personální zabezpečení		
7. 2. 1	Řízení: program je řízen kvalifikovaným odborným pracovníkem/manažerem, s praxí v terapeutické komunitě, skupinové psychoterapii, léčení závislostí, rodinné terapii, kognitivně behaviorálních přístupech apod. (Poznámka 4).	A*	PA
7. 2. 2	Terapeutický tým: multidisciplinární vzhledem k povaze problému a specifickým charakteristikám pacientů/klientů, výběr pracovníků se řídí kritérii:	C	PA
	a) Vzdělání (lékařské, psychologické, psychoterapeutické, speciálně pedagogické, v oblasti sociální práce, popř. jiné)		
	b) Specializované výcviky (skupinová a individuální psychoterapie psychodynamických, interaktivních a kognitivně behaviorálních směrů, rodinná terapie, sociální komunikace)		
	c) Praktické zkušenosti a dovednosti		
	d) Osobnostní vlohy		
7.2.3	Zabezpečení provozu: nepřetržitá služba kvalifikovaného pracovníka-terapeuta či zdravotní sestry.	A	POP, VP
7.2.4	Kapacita pacientů/klientů na jednoho kvalifikovaného pracovníka je v rámci odborného programu max. 10 pacientů/klientů.	A	POP, RV, RZ
7.3	Cílová populace: osoby závislé na návykových látkách ve středním až těžkém stupni závislosti, často s kriminální anamnézou a těžším psychosociálním, případně i somatickým poškozením. Doporučení z jiných zařízení je vhodné, ale není nezbytné (Poznámka 5).	C	POP, ODP/K, RZ, VP
7.4	Zhodnocení stavu pacienta/klienta		

7.4.1	Anamnestické údaje: odebírány kvalifikovaným pracovníkem při nástupu pacienta/klienta do programu, v případě potřeby konzultovány s lékařem. Anamnéza se průběžně doplňuje (Poznámka 6).	B	ODP/K, RZ
7.4.2	Lékařské vyšetření: provádí se před nástupem pacienta/klienta do programu, nejpozději do 1 týdne po nástupu, s cílem stanovit závažnost psychických a somatických komplikací a vhodnost indikace pro daný typ rezidenčního programu, obsahuje:	C=	POP, ODP/K, RZ
	a) Psychiatrické a somatické vyšetření	A	
	b) Toxikologické vyšetření moče	A	
	c) Základní laboratorní vyšetření	A	
	d) Vyšetření HIV, hepatitidy a pohlavně přenosná onemocnění	A	
	e) V případě potřeby vyšetření na graviditu a další odborné výkony	A	
7.4.3	Opakované vyšetření: v případě propuštění a nového přijetí pacienta/klienta do 90 dnů určí rozsah vyšetření lékař, nad 90 dní se celé vyšetření opakuje.	B	
7.4.4	Základní vstupní zhodnocení stavu pacienta/klienta: je provedeno nejpozději do 3 dnů po nástupu. Před nástupem je nutné minimálně vyloučit závažnější akutní stav psychický či somatický včetně akutních infekčních onemocnění.	B	
7.5	Základní lékařská péče: pokud v zařízení nepracuje denně lékař, je zajištěna smluvně v nejbližším okolí, např. u praktického lékaře.	A	POP
7.6	Neodkladná péče: je smluvně zajištěna s příslušným zdravotnickým zařízením. Je písemně vypracován postup pro urgentní stavy, každý zaměstnanec je proškolen v oblasti kardiopulmonální resuscitace a poskytování první pomoci.	A*	POP, PA, RZ
7.7	Odborná péče		
7.7.1	Individuální léčebný plán: zpracován do 14 dnů po přijetí pacienta/klienta s ohledem na individuální podmínky, závažnost onemocnění, přítomnost komplikujících faktorů v oblasti somatické i psychosociální. Léčebný plán je pravidelně revidován (minimálně 2 x měsíčně).	B	ODP/K, RV, RZ
7.7.2	Strukturované aktivity: každý pacient/klient se účastní programu v minimálním rozsahu 20 hodin strukturovaných aktivit (např. skupinová psychoterapie a skupinové poradenství, komunitní setkání) týdně, rozdělených alespoň do 5 pracovních dnů.	A*	POP, DP

7.7.3	Monitorování léčebného procesu: každý pacient/klient má určeného pracovníka – terapeuta (“garant”, “klíčový pracovník”), odpovědného za vedení případu, který pravidelně, minimálně 1x týdně hodnotí stav pacienta/klienta a plnění léčebného plánu (Poznámka 7).	A	ODP/K, RV, RZ, RP/K
7.7.4	Základní pravidla léčby: jsou písemně zpracována formou srozumitelnou a přístupnou pacientům/klientům. Definují klíčové principy, při jejichž porušení dochází zpravidla k přerušení léčby, a stanoví postup při porušení dalších pravidel.	C	POP, VP, RP/K
7.7.5	Denní režim: je konsistentní a stabilní, písemně zpracován formou přístupnou pacientům/klientům. Je součástí každého individuálního plánu. Zahrnuje rozvrh strukturovaných aktivit, k nimž nezbytně patří aktivity terapeutické, výchovné, rehabilitační a pracovní:	C	POP, DP, VP, RP/K
	a) Terapeutické aktivity (skupinová, individuální podpůrná, rodinná terapie)	A	
	b) Výchova a vzdělávání, posilování a rozvíjení odpovědného chování	A	
	c) Pracovní terapie s cílem získat, obnovit a upevnit pracovní návyky a dovednosti	A	
	d) Volnočasové, sportovní, zátěžové programy a jiné rehabilitační aktivity:	A	
7.7.6	Strukturovaný proces: obsahuje popis terapeutických fází (obvykle 3 fáze) a podmínky přestupu. Je písemně zpracován formou srozumitelnou a přístupnou pacientům/klientům.	C	POP, DP, RP/K
7.7.7	Plně se využívají účinné faktory terapeutické komunity.	C	POP, DP, VP
7.7.8	Skupinová terapie: základní terapeutický prostředek, postupy a cíle jsou adekvátní délce programu a potřebám pacienta/klienta (Poznámka 8).	C	POP, RV, DP
7.7.9	Práce s členy rodiny a partnery: prováděna v každém případě, kdy je to možné s ohledem na individuální podmínky pacienta/klienta skupinovou a individuální formou s cílem poskytnout orientaci v problému závislosti a jejího léčení, emoční a sociální podporu, mobilizovat zralé chování a zachovat základní fungování rodiny (Poznámka 9).	B	POP, RV, DP, RP/K

7.7.10	Sociální práce: prováděna s cílem maximálně stabilizovat sociální podmínky pacienta/klienta pro jeho následnou abstinenci (např. v oblasti rodinných vztahů, bydlení, studia, zaměstnání).	B	POP, RV, ODP/K, RP/K
7.7.11	Pravidelná a náhodná toxikologická vyšetření: jsou neoddělitelnou součástí programu rezidenční péče.	A	ODP/K, DP, RV, RP/K
7.7.12	Farmakoterapie: slouží k řešení psychických a somatických komplikací a komorbidit. Provádí výhradně lékař podle příslušných předpisů a zásad správné léčebné praxe.	A	ODP/K, RV, RZ
7.7.13	Program prevence relapsu: je neoddělitelnou součástí strukturovaných aktivit.	C	POP, RV, DP, RP/K
7.7.14	Rehabilitace: slouží ke stabilizaci, zlepšení a rozvinutí psychických, somatických a sociálních kapacit pacienta. Využívané prostředky: rehabilitační techniky a procedury, různě dlouhé rehabilitační pobyty v přírodě.	C	POP, RV, DP, RP/K
7.8	Doplňkové programy: např. péče o děti pacientů/klientů, informace, poradenství a vzdělávání.	B	POP, RV, DP
7.9	Strava – minimálně 3x denně plnohodnotná strava, odpovídající základním hygienickým normám. Stravu nelze vynechat z disciplinárních důvodů.	A	POP, VP, RP/K
7.10	Vedení dokumentace: individuální dokumentace (chorobopis) pacienta/klienta eviduje podrobně léčebný proces. Vedle toho je podrobně zaznamenáván průběh společných strukturovaných aktivit (zápisy z komunit, skupin atd.). Veškerá dokumentace s osobními údaji je důvěrná a zabezpečená proti zneužití.	C*	ODP/K, DP, RV, VP
7.11	Propouštění pacientů/klientů: je předem plánováno s cílem zabezpečit kontinuitu léčebné péče (doléčování), provázeno příslušným doporučením.	C	ODP/K, RV
7.12	Plán následné péče a resocializace: zpracován při každém propuštění pacienta/klienta, a to i při předčasném ukončení léčby z disciplinárních důvodů, minimálně je pacient/klient srozumitelně informován o potřebě další péče a jsou mu doporučena pracoviště, kde ji může získat. Jsou vypracována pravidla pro opakování léčby.	C	POP, ODP/K, RV
7.13	Fungování multidisciplinárního týmu: týmové porady minimálně 1x týdně, týmové konference minimálně 1x za 3 měsíce. Zápisy jsou přístupné všem členům týmu.	C	DP, RZ
7.14	Hodnocení efektivity: v pravidelných intervalech, minimálně 1x ročně (Poznámka 10).	C	POP, DP
	Maximum	210	
	Minimum	160	

POZNÁMKY

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

8. AMBULANTNÍ DOLÉČOVACÍ PROGRAMY

Část A: Strukturované programy intenzivního ambulantního doléčování, částečně na principu odpoledních stacionářů, v délce minimálně 6 měsíců

		Bodovací stupnice	Zdroje
8.1	Program je součástí komplexního systému péče v působnosti jedné organizace, případně funguje při ambulantním nebo lůžkovém zdravotnickém či jiném odborném zařízení nebo zcela samostatně s funkční provázaností na další odborná zařízení a organizace. Statut zdravotnického zařízení není nezbytný.	A	POP, RV
8.2	Personální zabezpečení		
8.2.1	Řízení: program je řízen kvalifikovaným odborným pracovníkem/manažerem, s praxí v léčení a doléčování závislostí, skupinové a rodinné terapie, kognitivně behaviorálních přístupech apod. V případě, že se jedná o zdravotnické zařízení, řídí se jejich vedení platnými právními předpisy (Poznámka 1)..	A*	PA
8.2.2	Terapeutický tým: multidisciplinární vzhledem k povaze problému, včetně ex-userů, výběr pracovníků se řídí kritérii:	C	PA
	e) Vzdělání (lékařské, psychologické, psychoterapeutické, speciálně pedagogické, v oblasti sociální práce, popř. jiné)		
	f) Specializované výcviky (skupinová psychoterapie, individuální psychoterapie psychodynamických, interaktivních a kognitivně behaviorálních směrů, rodinná terapie)		
	g) Praktické zkušenosti a dovednosti		
	h) Osobnostní vlohy		
8.2.3	Zabezpečení provozu: těžiště strukturovaných aktivit v odpoledních a večerních hodinách, případně o víkendech, s ohledem na studium či zaměstnání klientů.	C	POP, VP
8.2.4	Kapacita pacientů/klientů v terapeutické skupině na jednoho kvalifikovaného pracovníka, který poskytuje odbornou péči ve strukturovaných programech je max. 12 pacientů/klientů.	A	POP, RV, RZ
8.3	Cílová populace: abstinující osoby s anamnézou závislosti na návykových látkách s doporučenou minimální dobou abstinence 3 měsíce. Preference osob, které absolvovaly detoxifikaci a minimálně krátkodobou léčbu (ambulantní či residenční), s náhledem a motivací k dlouhodobé abstinenci, se zajištěným bydlením. Doporučení z jiných zařízení je vhodné, ale nikoliv nezbytné (Poznámka 2)	C	POP, ODP/K, RZ, VP

8.4	Zhodnocení stavu pacienta/klienta			
	8.4.1	Anamnestické údaje: odebírány kvalifikovaným pracovníkem před přijetím pacienta/klienta do programu, doplňování údajů poskytnutých zařízením, kde se klient předtím podrobil denní, ústavní nebo rezidenční péči., v případě potřeby konzultovány s lékařem (Poznámka 3).	B	ODP/K, RZ
	8.4.2	Lékařské vyšetření: ve zdravotnických zařízeních se psychiatrické vyšetření a orientační somatické vyšetření provádí u každého pacienta/klienta, v jiných odborných zařízeních se provádí nebo zajišťuje v indikovaných případech, ale zejména tehdy, pokud pacient/klient nebyl předtím v kontaktu se zdravotnickým zařízením. Vyšetřuje či zajišťuje se především:	C	POP, ODP/K, RZ
		a) vyšetření praktickým lékařem, příp.jiné somatické vyšetření		
		b) toxikologické vyšetření moče		
		c) základní laboratorní vyšetření		
		d) vyšetření na HIV, hepatitidy a pohlavně přenosná onemocnění		
		e) v případě potřeby vyšetření na graviditu a další odborné výkony		
		f) psychologické vyšetření v indikovaných případech		
	8.4.3	Komplexní zhodnocení stavu pacienta/klienta: je provedeno před přijetím pacienta/klienta do strukturovaného programu. Jeho součástí je i zhodnocení dokumentace z předchozí odborné péče.	B	
8.5	Neodkladná péče: Je písemně vypracován postup pro urgentní stavy, každý zaměstnanec je proškolen v oblasti kardiopulmonální resuscitace a poskytování první pomoci.		A*	POP, PA, RZ
8.6	Odborná péče			
	8.6.1	Individuální plán odborné péče: zpracován do 21 dnů po přijetí pacienta/klienta s ohledem na individuální podmínky, závažnost předchozího onemocnění, přítomnost komplikujících faktorů v oblasti somatické i psychosociální. Plán je pravidelně hodnocen (běžně 1x za 14 dní).	C*	ODP/K, RV, RZ, RP/K
	8.6.2	Strukturované aktivity: každý pacient/klient se účastní programu v rozsahu stanoveném individuálním plánem podle závažnosti problému a fáze účasti v programu (Poznámka 4).	C*	POP, DP, ODP/K

8.6.3	Monitorování doléčovacího procesu: každý pacient/klient má určeného kvalifikovaného pracovníka – garanta, odpovědného za vedení případu, který soustavně hodnotí stav pacienta/klienta a plnění léčebného plánu (Poznámka 5).	B	ODP/K, RV, RZ RP/K
8.6.4	Základní pravidla doléčování: jsou písemně zpracována formou srozumitelnou a přístupnou pacientům/klientům. Definují klíčové principy, při jejichž porušení dochází zpravidla k přerušení programu, a stanoví postup při porušení dalších pravidel. Pravidla zejména jasně definují postup v případě relapsu a následné kroky, včetně možnosti podrobit se toxikologickému vyšetření moči.	C	POP, VP, RP/K
8.6.5	Režim programu: je písemně zpracován formou přístupnou pacientům/klientům. Zahrnuje rozvrh strukturovaných aktivit, je součástí každého individuálního léčebného plánu.	A	POP, ODP/K, VP, RP/K
8.6.6	Strukturovaný proces: obsahuje popis fází doléčování (obvykle 3 fáze, viz 8.6.2) a podmínky přestupu. Je písemně zpracován formou srozumitelnou a přístupnou pacientům/klientům.	C	POP, DP, VP, RP/K
8.6.7	Skupinové formy práce:		POP, DP, RV, RP/K
	a) Skupinová terapie: základní terapeutický prostředek, postupy a cíle jsou adekvátní délce programu a potřebám pacienta/klienta (Poznámka 6).	C	
	b) Otevřené skupiny: podpůrné aktivity, vhodné pro nabídku po skončení základního programu nebo pro příležitostnou účast při dlouhodobém nepravidelném kontaktu	B	
	c) Samořídící skupiny nebo skupiny vedené ex-usery: vhodné pro definovaný okruh problémů, pro nabídku po skončení základního programu nebo pro příležitostnou účast při dlouhodobém nepravidelném kontaktu	B	POP, DP, RV, RP/K
8.6.8	Rodinná (případně partnerská) terapie: prováděna v každém případě, kdy je to možné s ohledem na individuální podmínky pacienta/klienta.	B	POP, DP, RV, RP/K

8.6.9	Sociální práce: neoddělitelná součást doléčovacího programu, prováděna s cílem optimalizovat sociální podmínky pacienta/klienta pro jeho sociální integraci a vytrvání v abstinenci (např. v oblasti rodinných vztahů, bydlení, studia, zaměstnání).	C*	POP, RV, DP, ODP/K, RP/K
8.6.10	Toxikologická vyšetření: využívají se v indikovaných případech.	A	ODP/K, DP, RV, RP/K
8.6.11	Farmakoterapie: slouží k řešení psychických a somatických komplikací a komorbidit. Provádí výhradně lékař podle příslušných předpisů a zásad správné léčebné praxe.	A	ODP/K, RV, RZ
8.6.12	Program prevence relapsu: je neoddělitelnou součástí doléčovacího programu, a jeho strukturovaných aktivit, zahrnuje i kognitivně-behaviorální management relapsu (Poznámka 7).	C*	POP, RV, DP, RP/K
8.6.13	Rehabilitace: slouží k optimalizaci psychických, somatických a sociálních kapacit pacienta a k osvojení zdravých způsobů trávení volného času. Využívané prostředky: rehabilitační techniky a procedury, sportovní aktivity, různě dlouhé rehabilitační pobyty v přírodě, socioterapeutické kluby.	C	POP, RV, DP, RP/K
8.6.14	Služba krizové intervence: pro pacienty/klienty programu dle denního provozu zařízení, informace o krizových linkách a centrech pro dobu mimo provoz zařízení.	B	POP, RV, RZ, DP, RP/K
8.7	Doplňkové programy: podle potřeby např. programy pro specifické skupiny klientů (ženy, gayové, minority), informace, poradenství a edukace.	B	POP, DP
8.8	Skupiny pro rodinné příslušníky a partnery pacientů: zařízení je provádí nebo zajišťuje dle individuálních podmínek a potřeb především s cílem poskytnout orientaci a získat podporu v problémech doléčování, abstinence, relapsů a sociální integrace (Poznámka 8).	B	POP, DP
8.9	Vedení dokumentace: individuální dokumentace (chorobopis) pacienta/klienta eviduje podrobně doléčování. Vedle toho je podrobně zaznamenáván průběh společných strukturovaných aktivit (zápisy ze skupin atd.). Veškerá dokumentace s osobními údaji je důvěrná a zabezpečená proti zneužití.	C*	ODP/K, DP, RV, VP
8.10	Propouštění pacientů/klientů: je předem plánováno s cílem zabezpečit možnost dalších kontaktů pro podporu a pomoc v případě potřeby či krize, nebo jinou odbornou péči včetně příslušného doporučení.	C	ODP/K, RV

	Závěrečné zhodnocení je zpracováno při každém propuštění, a to i při předčasném ukončení programu z disciplinárních důvodů nebo z důvodů návratu k drogové kariéře, minimálně je pacient/klient srozumitelně informován o potřebě další péče a jsou mu doporučena pracoviště, kde ji může získat	C	POP, ODP/K, RV
8.11	Fungování multidisciplinárního týmu: týmové porady minimálně 1x týdně, týmové konference minimálně 1x za 3 měsíce. Zápisy jsou přístupné všem členům týmu.	C	DP, RZ
8.12	Hodnocení efektivity: v pravidelných intervalech, minimálně 1x ročně (Poznámka 11).	C	POP, DP
	Celkem A – maximum	165	
	Celkem A – minimum	125	
	Nezbytné (*) : A*=5, C* = min. 3	25	
	Část B: Chráněné bydlení (Poznámka 9): Součástí doléčovacího programu může být chráněné bydlení. Chráněné bydlení je prostředek sociální stabilizace klienta formou přechodně poskytovaného ubytování.		
8.13	8.13.1 Podmínky ubytování jsou obsahem zvláštní písemné smlouvy mezi klientem a zařízením.	A*	DP
	8.13.2 Doba ubytování: ubytování je poskytováno na omezenou dobu, nutnou k sociální stabilizaci klienta (zaměstnání a nalezení samostatného bydlení). Doba je stanovena předem (při vstupu klienta do programu), je prodlužována jen ve výjimečných případech. Je jasně uvedena v písemné smlouvě.	A	DP
	8.13.3 Ve všech podobách chráněného bydlení je dostatečně zajištěno soukromí klientů.	B	VP
	8.13.4 Pokoje chráněného bydlení jsou vybaveny základním nábytkem a kuchyňským zařízením, je možnost využívat lednici a pračku.	C	VP
	8.13.5 Bydlícím klientům jsou byty dostupné 24 hodin denně.	A	DP, VP
	8.13.6 Klient se finančně podílí na nákladech ubytování částkou stanovenou ve smlouvě.	A	DP
	8.13.7 Pravidla chráněného bydlení jsou písemně zpracována ve Statutu chráněného bydlení, který je nedílnou součástí písemné smlouvy.	A*	DP
	8.13.8 Podmínkou poskytnutí ubytování je účast klienta v doléčovacím programu podle individuálního terapeutického plánu.	A	DP
	8.13.9 Pro zabezpečení provozu chráněného bydlení je vyčleněn pracovník multidisciplinárního týmu. Personál poskytuje servis v rozsahu, který je v jednotlivých programech jasně definován a o kterém jsou klienti podrobně informováni.	C	POP, PA

		Maximum	45	
		Minimum	35	
		Nezbytné (*) : A*=5	10	
		Část C:Chráněné pracovní programy (Poznámka 10). Součástí doléčovacího programu mohou být chráněné pracovní programy. Chráněné pracovní programy slouží k zvýšení pracovních dovedností až do úrovně rekvalifikace, zpevnění pracovních návyků a získání práce u externího zaměstnavatele		
8.14	8.14.1	Délka poskytování chráněných pracovních programů: na omezenou, nezbytně nutnou dobu.	B	POP, DP
	8.14.2	Podmínky chráněných pracovních programů jsou obsahem zvláštní písemné smlouvy mezi klientem a zařízením. Klient pracuje s řádně uzavřenou pracovní smlouvou neodporující zákoníku práce.	A*	DP
	8.14.3	Délka poskytování chráněných pracovních programů je prodlužována v indikovaných případech dle klientovy situace. Doba je jasně uvedena v pracovní smlouvě.	A	DP
	8.14.4	Pravidla chráněných pracovních programů jsou písemně zpracována ve Statutu chráněného pracovního programu, který je nedílnou součástí písemné pracovní smlouvy	A*	DP
	8.14.5	Podmínkou poskytnutí chráněných pracovních programů je účast klienta na terapeutickém programu podle terapeutického plánu.	A	DP
	8.14.6	Pro zabezpečení provozu chráněných pracovních programů je vyčleněn pracovník multidisciplinárního týmu. Personál poskytuje servis v rozsahu, který je v jednotlivých programech jasně definován a o kterém jsou klienti podrobně informováni.	C	POP, PA
		Maximum	30	
		Minimum	25	
		Nezbytné (*) : A*=5	10	

POZNÁMKY

1. *Vedoucí-nelékař by měl mít VŠ sociálního, psychologického nebo pedagogického směru. Ve zdravotnických zařízeních, je-li vedoucím nelékař, musí mít kvalifikovaný lékař ve funkci odborného zástupce úvazek minimálně 0,3 (viz zákon 160/1992 Sb.).*
2. *Doléčování by se nemělo uzavírat abstinujícím klientům, kteří neprodělali léčbu či jiný intenzivní odborný program vedoucí k abstinenci. Uvedené tři měsíce abstinence však představují minimum a je třeba vzít v úvahu ještě další faktory.*
3. *Nedoporučuje se odebírat anamnestické údaje pouze pomocí dotazníku vyplňovaného pacientem/klientem.*
4. *Doporučuje se, aby základní program doléčování zahrnoval:*

- a) *První 2-3 měsíce: minimální rozsah 10 hodin strukturovaných aktivit týdně (rozdělených alespoň do 3 pracovních dnů) + individuální kontakty*
- b) *Další 3 měsíce: minimální rozsah 6 hodin strukturovaných aktivit týdně (alespoň 2 dny v týdnu) + individuální kontakty*
- c) *Dále účast dle potřeby (například 1x týdně otevřená skupina a/nebo individuální kontakty)*

Po skončení základního programu: nabídka dalších strukturovaných i méně strukturovaných aktivit

- 5. *Garant (klíčový pracovník) svého klienta sleduje soustavně, dokumentuje důležitá fakta a konzultuje s vedoucím. Každý pacient/klient má být probírán minimálně 1x za 14 dní na týmové poradě.*
- 6. *Doporučuje se obecně formulovat cíle ve smyslu orientace na realitu a podpory ve zvládnání problémů. Skupinová terapie během doléčování by se již měla méně obracet do minulosti a více pomáhat odpoutat se od terapeutického prostředí a jeho stylu.*
- 7. *Doporučuje se pohlížet na přiznaný a zpracovaný relaps jako na účinný faktor doléčování.*
- 8. *Doporučuje se, aby rodiče klientů doléčovacího programu navštěvovali vlastní RS, protože potřeby a problémy tohoto období jsou jiné než před léčbou nebo během ní.*
- 9. *Samostatné chráněné bydlení není předmětem těchto akreditačních standardů. Příslušný doléčovací program může splňovat akreditační standard i tehdy, pokud chráněné bydlení neposkytuje. Oddíl 8.9. je v souladu se standardy sociální intervence, které vydává MPSV.*
- 10. *Samostatné chráněné pracovní programy nejsou předmětem těchto akreditačních standardů. Příslušný doléčovací program může splňovat akreditační standard i tehdy, pokud chráněné pracovní programy neposkytuje. Oddíl 8.10. je v souladu se standardy sociální intervence, které vydává MPSV.*
- 11. *Pro kvantitativní hodnocení efektivity je relevantní: (a) počet a struktura výkonů a pacientů/klientů, (b) naplnění kapacity programu, (c) četnost mimořádných událostí a režimových komplikací, včetně relapsů (d) návštěvnost skupinových forem práce a jiných významných součástí programu včetně skupin pro rodiče a partnery (e) četnost časných vypadnutí z programu, (f) četnost vypadnutí v první třetině programu, (g) četnost úspěšně dokončených doléčovacích programů, (h) katamnestické sledování pacientů/klientů (1,2,3 roky). Nezbytný je průběžný rozbor účinných faktorů a komplikací programu a případová práce na poradách a při supervizi.*

9. PROGRAMY SUBSTITUČNÍ LÉČBY

Ambulantní udržovací léčba substituční látkou s psychosociální komponentou, plánovaná na období delší než 12 měsíců

		Bodovací stupnice	Zdroje
9.1	Program je součástí komplexního systému péče v působnosti jedné organizace, případně funguje při ambulantním nebo lůžkovém zdravotnickém či jiném odborném zařízení nebo zcela samostatně s funkční provázaností na další odborná zařízení a organizace. Statut zdravotnického zařízení je nezbytný.	A	POP, RV
9.2	Personální zabezpečení		
9.2.1	Řízení: program je řízen kvalifikovaným vedoucím lékařem, s nástavbovou atestací v oboru AT nebo s atestací nejméně 1.stupně z psychiatrie, s praxí v oblasti léčby závislostí.	A*	PA
9.2.2	Terapeutický tým: multidisciplinární vzhledem k povaze problému, převažují zdravotničtí pracovníci.	C	PA
9.2.3	Zabezpečení provozu: denně v pracovní dny, časový rozvrh bere ohled na možnost účasti pacientů, kteří studují nebo jsou zaměstnaní, výdej metadonu je zajištěný i o víkendech.	A	POP, VP, RP/K
9.2.4	Zvláštní bezpečnostní požadavky: substituční látka je zabezpečena proti zneužití a zacházení s ní odpovídá zvláštním předpisům (Poznámka 1).	A*	VP
9.3	Cílová populace: osoby závislé na opiátech, obvykle s dlouhodobou těžkou závislostí, nemotivovaní a neindikovaní pro léčbu orientovanou k abstinenci, zejména riziková i.v. uživatelé a ti, u nichž léčba orientovaná k abstinenci opakovaně selhala, často s přítomností komplikujících faktorů (psychiatrická a somatická komorbidita, kriminální anamnéza). Doporučení z jiných zařízení je žádoucí, ale nikoliv nezbytné.	C	POP, ODP/K, RZ, VP
9.4	Zhodnocení stavu pacienta		
9.4.1	Anamnestické údaje: odebírány lékařem (nebo sestrou a konzultovány s lékařem) při přijetí pacienta. Anamnéza se průběžně doplňuje (Poznámka 2).	B	ODP/K, RZ
9.4.2	Lékařské vyšetření: provedeno před nástupem pacienta do programu, obsahuje:	C	POP, ODP/K, RZ
	a) Komplexní psychiatrické a somatické vyšetření	A*	
	b) Toxikologické vyšetření moče, případně krve	A	
	c) Základní laboratorní vyšetření	A*	

		d) Vyšetření na HIV, hepatitidy a pohlavně přenosná onemocnění	A	
		e) V případě potřeby vyšetření na graviditu a další odborné výkony	A	
	9.4.3	Další odborná vyšetření a konsilia dalších specialistů jsou dosažitelná. =	A*	
	9.4.4	Komplexní zhodnocení stavu pacienta: je provedeno před zařazením pacienta do programu.	B	
9.5		Neodkladná péče: je písemně vypracován postup pro urgentní stavy s předem zajištěnou specializovanou zdravotní péčí, každý zaměstnanec je proškolen v oblasti kardiopulmonální resuscitace a poskytování první pomoci.	A*	POP, PA, RZ
9.6		Odborná léčebná péče		
	9.6.1	Individuální léčebný plán: zpracován lékařem před zařazením pacienta do programu, s ohledem na individuální podmínky, závažnost onemocnění, přítomnost komplikujících faktorů v oblasti somatické i psychosociální. Zahrnuje farmakologické i nefarmakologické (psychosociální) složky. Léčebný plán je hodnocen podle individuálních potřeb klienta a revidován minimálně 1 x za 3 měsíce.	C	ODP/K, RV, RZ
	9.6.2	Podávání, případně předepisování substituční látky: řídí se doporučenými dávkovacími schématy, dávky určuje a upravuje kvalifikovaný ošetřující lékař.	A*	ODP/K, DP
	9.6.3	Nefarmakologické (psychosociální) složky: strukturované aktivity poradenské, psychoterapeutické a rehabilitační/resocializační. Blíže viz oddíl 9.7. Mohou být zajištěny dohodou s jiným pracovištěm či organizací.	B*	POP, RV, DP
	9.6.4	Monitorování léčebného procesu: každý pacient má určeného lékaře, odpovědného za vedení případu, který hodnotí stav pacienta a plnění léčebného plánu (Poznámka 3).	B	ODP/K, RV, RZ, RP/K
	9.6.5	Základní pravidla léčby: jsou zpracována písemně a ve srozumitelné podobě přístupná pacientům. Definují klíčové principy, při jejichž porušení dochází zpravidla k přerušení léčby, a stanoví postup při porušení jiných pravidel. .	C	POP, VP, RP/K
	9.6.6	Denní/týdenní léčebný režim je písemně zpracován včetně rozvrhu strukturovaných aktivit, je součástí každého individuálního léčebného plánu.	B	DP, VP, RP/K

9.6.7	Pravidelná a náhodná toxikologická vyšetření: jsou nezbytnou součástí programu.	A	ODP/K, DP, RV, RP/K
9.6.8	Přídavná farmakoterapie: podávání jiných léčiv slouží k řešení psychických a somatických komplikací a komorbidit. Provádí výhradně lékař podle příslušných předpisů a zásad správné léčebné praxe.	A	ODP/K, RV
9.7	Nefarmakologické (psychosociální) složky, strukturované aktivity: jsou součástí programu podle zhodnocení potřeb a stavu pacienta.	C	DP, ODP/K, RV, RP/K
9.7.1	Ambulantní skupinová a individuální terapie a strukturované poradenství: základní terapeutický prostředek psychosociální složky programu, postupy a cíle jsou adekvátní charakteru a délce programu a potřebám pacienta (Poznámka 4).	C	DP, ODP/K, RV, RP/K
9.7.2	Stacionární programy: intenzivní strukturované programy denní nebo odpolední, s využitím prvků terapeutické komunity. Řídí se přiměřeně standardem č. 5.	C	DP, ODP/K, RV, RP/K
9.7.3	Rodinná (případně partnerská) terapie: prováděna v každém případě, kdy je to možné s ohledem na individuální podmínky pacienta/klienta.	B	DP, ODP/K, RV, RP/K
9.7.4	Sociální práce: prováděna s cílem maximálně stabilizovat sociální podmínky pacienta pro jeho udržení v programu a zlepšit jeho předpoklady k sociální integraci (např. v oblasti rodinných vztahů, bydlení, studia, zaměstnání).	A*	DP, ODP/K, RV, RZ, RP/K
9.7.5	Prevence relapsu je neoddělitelnou součástí strukturovaných aktivit.	A*	DP, ODP/K, RV, RP/K
9.7.6	Rehabilitace je poskytována Komplexním programem substituční léčby nebo je zajišťována Základním substitučním programem (Poznámka 5).	C	POP, DP, ODP/K, RV, RP/K
9.7.7	Chráněné byty pro indikované případy jsou poskytovány v rámci Komplexního programu substituční léčby nebo jsou v rámci Základního programu (Poznámka 5) zajišťovány. Řídí se přiměřeně oddílem 8.13.	A	POP, DP, ODP/K, RV, RP/K
9.7.8	Chráněná pracovní místa mohou být pro indikované případy součástí Komplexního nebo Základního programu substituční léčby (obdobně jako u 9.7.7), tedy buď poskytovány nebo zajišťovány. Řídí se přiměřeně oddílem 8.14.	A	POP, DP, ODP/K, RV, RP/K

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

POZNÁMKY

1. Viz zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách, a prováděcí předpisy (vyhláška č. 304/1998 Sb.), s potvrzením kontrolního orgánu o jejich naplnění.

2. *Nedoporučuje se odebírat anamnestické údaje pouze pomocí dotazníku vyplňovaného pacientem. Používá se jednotný formulář vyplývající ze standardů substituční léčby (viz Metodický pokyn MZ ČR, č.4 z r.2001.*
3. *Doporučuje se, aby pacient měl svého garanta v psychosociální složce programu, klíčovým pracovníkem je však ošetřující lékař. Každý pacient má být probírán minimálně 1x měsíčně na týmové poradě.*
4. *Vzhledem k různorodosti klientů substitučních programů budou i cíle různě formulovány. Doporučuje se minimálně volit zaměření ve smyslu orientace na realitu, podpory ve zvládnání problémů a prevence relapsu k ilegálním drogám. Na přiznaný a zpracovaný relaps by se mělo pohlížet jako na účinný faktor terapie.*
5. *Viz Metodický pokyn MZ ČR, č.IV/2001.*
6. *Pro hodnocení efektivity jsou relevantní tato kritéria: dlouhodobé plnění podmínek programu, procento dočasně a trvale vyřazených, změna zdravotního stavu, změna psychosociálního stavu (a-sociální stabilizace, b-odstup od kriminální kariéry, c-udržení zaměstnání, d-účast na doplňkových programech), evidence mimořádných událostí a režimových komplikací.*

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