Tento projekt je financován se státní podporou Technologické agentury ČR v rámci programu BETA2
www.tacr.cz
Výzkum užitečný pro společnost

Úřad vlády České republiky

Doporučené klinické postupy v adiktologii
Úvod

Konečný uživatel výsledků:

Úřad vlády ČR
nábřeží Edvarda Beneše 4,
118 01 Praha 1

Název projektu: Doporučené klinické postupy v adiktologii
Číslo projektu: TITSUVCR936
Řešitel projektu: Český adiktologický institut
Doba řešení: 1. 1. 2022 – 31. 12. 2024
Důvěrnost a dostupnost: veřejně přístupný, URL původu: https://kdp-adiktologie.cz

Tento projekt je financován se státní podporou Technologické agentury ČR v rámci programu BETA2
www.tacr.cz
Výzkum užitečný pro společnost

Úřad vlády České republiky

Informace o autorském týmu:

ČESKÝ ADIKTOLOGICKÝ INSTITUT

Tým projektu Doporučené klinické postupy v adiktologii (DP) byl sestaven s ohledem na multidisciplinaritu projektového záměru. Odborníci byli rozděleni do tří skupin: rešeršisté, metodologové, metodici, experti a respondenti, přičemž někteří členové týmu zastupovali více rolí.

Tým projektu dle rolí (vždy v abecedním pořadí):

Vedoucí projektového týmu:
PhDr. Petr Hrouzek, Ph.D.

Hlavní metodolog projektu:
Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc., EMPH, KCLJ (po celou dobu projektu)

Metodologové projektu:
Mgr. Renáta Habiňáková – od 1.7.2023 (metodická část tvorba DP)
Mgr. Lenka Šťastná, PhD. – od 1.7.2023 (metodická část projektu tvorba DP)
MUDr. Jakub Minařík – do 30.6.2023 (rešeršní část tvorby DP)
MUDr. Petr Popov MHA – do 30.6.2023 (rešeršní část tvorby DP)

Hlavní metodik projektu:
Mgr.et Mgr. Elizabeth Nováková

Metodici projektu:
Mgr. Renáta Habiňáková
Mgr. Tomáš Jandáč, PhD.
Mgr. Jan Kozák

Rešeršní tým projektu:
PhDr. Miroslav Barták, PhD
Mgr. Jan Kozák
Mgr.et Mgr. Elizabeth Nováková
Mgr. Benjamin Petruželka, PhD.

Respondenti projektu:
Mgr. Nikola Gažová
Mgr. Luděk Kalousek
Mgr. Gabriela Rolová, PhD.
David Valouch

Expertní panel projektu:
MUDr. David Adameček
MUDr. Pavel Bém (do 31.12.2022)
Bc. Tomáš Brejcha
MUDr. Jiří Dolák
MUDr. Jiří Dvořáček
Ing. Mgr. Aleš Herzog
PhDr. et Mgr. Dagmar Krutilová
PhDr. Jiří Libra (do 31.12.2022)
MUDr. Jakub Minařík (od 1.1.2024)
Mgr.PharmDr. Zbyněk Oktábec, Ph.D.
MUDr. Olga Pecinovská
MUDr. Petr Popov MHA (od. 1.1.2024)
PaedDr. Martina Richterová – Těmínová
Mgr. et Mgr. Nora Staňková, Ph.D.
Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D. (do 31.12.2023)

Celkovou editorskou činnost celého souboru DP jeho úvodní a závěrečnou vnitřní revizi provedl vedoucí týmu Petr Hrouzek.

Rešerše v úvodní fázi projektu zpracovali Elizabeth Nováková, Miroslav Barták, Jan Kozák a Benjamin Petruželka.

Autory návrhových znění jednotlivých DP, zapracování připomínek a finálního znění jsou (řazeno dle struktury DP).

Úvod do DP a procesní schémata: Petr Hrouzek, Elizabeth Nováková

DP pro diagnostiku: Lenka Šťastná ve spolupráci s Petrem Hrouzkem.
DP pro metody harm reduction a risk reduction: Elizabeth Nováková a Renáta Habiňáková. Metody pro harm reduction v prostředí zábavy zpracovala Nikola Gažová.
DP pro psychoterapii: Elizabeth Nováková ve spolupráci s Kamilem Kalinou a Petrem Hrouzkem.
DP pro psychosociální metody: Renáta Habiňáková ve spolupráci s Petrem Hrouzkem.

DP pro farmakoterapii: Jiří Dvořáček ve spolupráci se Zbyňkem Oktábcem a Jakubem Minaříkem, Zuzana Postránecká (Psychedeliky asistovaná terapie), Tomáš Páleníček (Psychedeliky asistovaná terapie), Viktor Mravčík (Psychedeliky asistovaná terapie).
DP pro následné intervence a rehabilitaci: Jan Kozák (prevence relapsu), Luděk Kalousek, Jan Kozák (Rehabilitace v oblasti práce a vzdělávání), David Valouch, Jan Kozák (Rehabilitace v oblasti bydlení) ve spolupráci Petrem Hrouzkem.
DP pro děti a dospívající vytvořil: Tomáš Jandáč ve spolupráci s Petrem Hrouzkem.
DP pro starší dospělé: Renáta Habiňáková a Elizabeth Nováková.
DP pro těhotné ženy: Elizabeth Nováková a Renáta Habiňáková.
DP pro osoby omezené na svobodě: Elizabeth Nováková a Renáta Habiňáková.
DP pro osoby s duálními poruchami: Jan Kozák.
DP pro včasnou diagnostiku v souvisejících oborech: Lenka Šťastná.
DP pro zapojování lidí se zkušeností do systému péče: Unie lidí se zkušeností se závislostí, Jan Šulc (editor), Zuzana Nott (editorka),

Aplikační příručku vytvořil Petr Hrouzek ve spolupráci s Elizabeth Novákovou

Souhrnnou výzkumnou zprávu projektu vytvořili Elizabeth Nováková, Petr Hrouzek, Renáta Habiňáková a Lenka Šťastná.

Kontrolu třídění zdrojů dle síly důkazu provedla Gabriela Rolová.

Další informace o projektu:

Zpracování finální sady Doporučených postupů předcházela řada kroků. V souladu s projektovým zadáním, které jako první výsledek stanovilo přehled existujících zahraničních doporučených postupů v adiktologii, byla v počáteční fázi zpracovaná rešerše existujících mezinárodních i tuzemských doporučených postupů, které byly následně hodnoceny pomocí nástroje AGREE II a kategorizovány dle ICD-10 opět v souladu s projektovým zadáním (V1), které jako druhý požadovaný výsledek stanovilo přehled účinností dílčích intervencí v oblasti adiktologie (V2).
Tento soubor zdrojů byl doplněn o materiály doporučené experty. Výsledek této fáze byl představen během kontrolního dne, kde byly také diskutovány rizika a limity a došlo ke konsensu dalšího směřování práce. V následujícím období byla navržena struktura doporučeného postupu a obsah jednotlivých oblastí projektového zadání (podkapitoly).

Navrhovaná struktura postupu a obsah jednotlivých oblastí projektového zadání byly diskutovány během kontrolních dnů se zástupci konečného uživatele a experty konečného uživatele a průběžně s panelem expertů projektu. Pro vytvoření samotných postupů v souladu s projektovým zadáním (V3-V11) byla využita baterie zdrojů identifikovaných v první fázi projektu v kombinaci s dalšími zdroji. Všechny návrhové verze byly diskutovány v rámci týmu, který se pravidelně setkával během porad, s expertním panelem projektu a během kontrolních dnů se zástupci TAČR a Úřadu vlády pro koordinaci politiky v oblasti závislostí. Návrhové verze byly rovněž zaslány k připomínkovacímu řízení klíčovým organizacím v oboru.

V závěrečné fázi projektu bylo v souladu s projektovým zadáním vytvořeno modelové využití definovaných doporučených klinických postupů v adiktologii (V12) v podobě Aplikační příručky k Doporučeným klinickým postupům v adiktologii a tato souhrnná závěrečná zpráva.

Program veřejných zakázek v aplikovaném výzkumu a inovacích pro potřeby státní správy BETA2 byl schválen usnesením vlády České republiky č. 278 ze dne 30. 3. 2016 a je zaměřen na podporu aplikovaného výzkumu a inovací pro potřeby orgánů státní správy. Poskytovatelem finančních prostředků je Technologická agentura ČR.

Doporučené klinické postupy v adiktologii - Úvod

PREAMBULE

Doporučené klinické postupy v adiktologii definují metody, intervence a postupy práce s cílovými skupinami v adiktologických službách realizovaných dle platných Standardů odborné způsobilosti adiktologických služeb (Úřad vlády ČR, 2021a). Představují tak základní podporu pro nastavení metod konkrétních intervencí a jejich doporučenou aplikaci. Jsou nástrojem pro implementaci výzkumných poznatků do praxe, slouží jako podpora při rozhodování o intervencích a plánování péče. V neposlední řadě také představují na aktuálních vědeckých poznatcích založený informační a vzdělávací materiál s vazbou na ostatní oborové strategické dokumenty. Doporučené klinické postupy tak představují další nástroj pro rozvoj a udržování kvality odborných adiktologických služeb.

Doporučené klinické postupy v adiktologii (dále Doporučené postupy) společně se Standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb (dále Standardy) a Koncepcí rozvoje adiktologických služeb (dále Koncepce) tvoří provázaný a související celek se sdílenými zásadami a východisky.

Východiska

Adiktologie je samostatný transdisciplinární obor, který se zabývá závislostním chováním. Adiktologie spojuje zdravotní, psychologické, sociální, pedagogické a právně-kriminologické perspektivy do transdisciplinárního rámce. Adiktologické služby zahrnují prevenci závislostního chování, včasnou identifikaci, léčbu, snižování škod spojených se závislostním chováním (harm reduction), sociální začleňování a práci s blízkými[1] (Úřad vlády ČR, 2021b).

Při poskytování adiktologických služeb jsou na základě bio-psycho-socio-spirituálního modelu využívány specifické léčebné, edukativní, preventivní postupy a postupy sociální práce, jejichž efektivita je dostatečně podložená výzkumem a praxí.

Koncept závislosti a závislostního chování je zaměřen na užívání látek definované prostřednictvím diagnostických kategorií a kritérií Mezinárodní klasifikace poruch a onemocnění, avšak rozšiřuje pole výzkumu na širší oblasti lidského chování doprovázeného ztrátou kontroly a kompulzivními projevy.

[1] Doporučené klinické postupy v adiktologii nezahrnují oblast primární prevence pro ostatní zde uvedené oblasti (včasnou identifikaci, léčbu, snižování škod spojených se závislostním chováním, sociální začleňování a práci s blízkými) je v textu využíván pojem zastřešující pojem „péče“, nebo jeho kontextuální obdoby „adiktologická péče“ a „plán péče“

Do širšího pojetí konceptu spadá formující se diagnostická skupina tzv. nelátkových nebo také procesuálních či behaviorálních závislostí a závislostního chování, jako je například patologické hráčství, nadměrné hraní počítačových her nebo nadměrné množství času stráveného s obrazovkou, které u jednotlivců nebo (části) společnosti způsobují zdravotní a sociální škody nebo mají potenciál takové škody působit.

Adiktologie jako samostatný interdisciplinární obor vychází z následujících zásad a tezí:

- Adiktologie je důsledně založena na mezioborovém a mezisektorovém přístupu. Klade důraz na rovnost a spolupráci odborností (psychiatrie, psychologie, sociální práce, adiktologie, ošetřovatelství, pedagogika aj.).
- Adiktologie vychází z bio-psycho-socio-spirituálního modelu (BPSS) závislostního chování a závislosti.
- Adiktologie bere v potaz veřejnozdravotní hlediska při snižování dopadů fenoménu závislosti a závislostního chování (princip a přístup *public health*).
- Komplexní spektrum a síť vzájemně spolupracujících služeb, která reflektuje všechny tyto složky modelu BPSS, je schopna efektivně pomáhat různým cílovým skupinám.
- Adiktologie respektuje samoúzdravné mechanismy v procesu zotavování *(recovery)* a léčby osob se závislostním chováním a podporuje zapojení vrstevnické *(peer)* podpory a svépomocných programů.
- Obor adiktologie je reprezentován zastřešující odbornou Společností pro návykové nemoci České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (SNN ČLS JEP) a profesními asociacemi Česká asociace adiktologů (ČAA), Asociace poskytovatelů adiktologických služeb (APAS) a Asociací poskytovatelů sociálních služeb České republiky (APSS ČR). Také jejich prostřednictvím usiluje o zajištění optimálních podmínek pro fungování služeb.

Adiktologické služby jsou mezioborové a multidisciplinární specializované služby určené pro osoby se závislostním chováním nebo osoby ohrožené závislostním chováním a jejich blízké. Jejich poskytování se nachází na pomezí různých resortních systémů (zejména sociálního, zdravotního a školského) a poskytování adiktologických služeb je tak upraveno různými resortními předpisy.

Doporučené postupy jsou navrženy tak, aby umožňovaly realizaci typických intervencí jednotlivých typů adiktologických služeb v souladu s jejich východisky:

- Adiktologické služby jsou zaměřeny na pomoc klientovi k dosažení pozitivní změny v různých aspektech jeho života (životní styl, zdravotní stav, sociální oblast aj.), s cílem zapojit maximální počet klientů do běžného života.
- Adiktologické služby jsou založeny na partnerském přístupu ke klientovi, který vyjadřuje respekt vůči klientovi a jeho životním hodnotám – klient je v procesu úzdravy a změny hlavním hybatelem a rovnocenným partnerem.

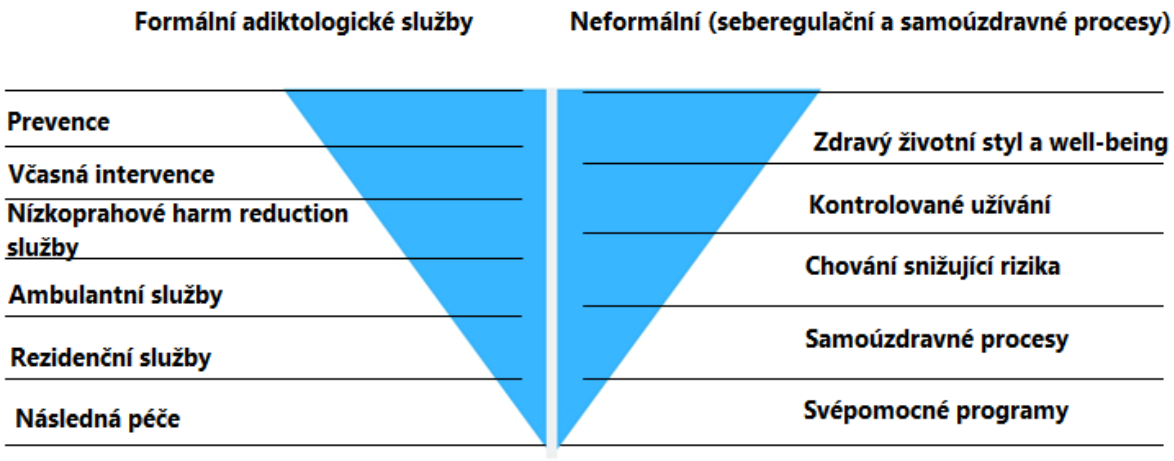
- Adiktologické služby respektují různé fáze vzniku a rozvoje závislosti v rámci cyklu změny, nastavení a provoz sítě služeb tyto fáze respektují.
- Adiktologické služby preferují poskytování služeb v přirozeném prostředí klienta a v ambulantním sektoru tak, aby klient nebyl vytržen z běžných životních a sociálních rolí
- Adiktologické služby jsou založeny na spolupráci a propojenosti za účelem co nejjednoduššího a co nejefektivnějšího průchodu klienta službami s cílem dosažení změny a zapojení do běžného fungování, včetně propojení se souvisejícími zdravotními a sociálními službami a službami v oblasti zotavení.
- Adiktologické služby kladou důraz na sociální rehabilitaci a podporují reintegraci klienta. Nabízí pomoc s hledáním bydlení, zaměstnání a řešení finanční situace klienta.
- Adiktologické služby jsou flexibilní, jsou schopny rychle reagovat na změny v cílových skupinách a na potřeby cílových skupin a společnosti při respektování variability a lokálních potřeb.
- Adiktologické služby jsou zajišťovány osobami s odpovídající kvalifikací a praxí odpovídající požadavkům na odbornou péči. Pracovníci aplikují ověřené, bezpečné a efektivní intervence. Kontakt se službou nevylučuje zapojení klientů do svépomocných a vrstevnických (peer) aktivit.
- Adiktologické služby dbají na kvalitu a efektivitu, jsou poskytovány v souladu se Standardy, pravidelně provádějí evaluaci, hodnotí svou výkonnost a efektivitu.
- Adiktologické služby pracují také s rodinou, blízkými osobami i širším sociálním okolím klienta, s jeho informovaným/vědomým souhlasem.
- Adiktologické služby rozvíjejí komunitní principy práce, včetně podpory participace klientů a dobrovolníků, např. z řad vrstevníků apod.
- Adiktologické služby jsou poskytovány také osobám ve výkonu trestu odnětí svobody a po výstupu z vězení.

V systému adiktologických služeb se odráží hierarchie v zaměření a rozsahu cílové skupiny od prevence na jedné straně, která by měla zasahovat co nejširší skupinu obyvatel, po rezidenční služby a služby doléčování, které jsou zaměřeny na poměrně úzkou skupinu problémových uživatelů návykových látek, osob s rozvinutou závislostní poruchou nebo osob v rekonvalescenci po léčbě.

Vedle formálních adiktologických služeb a programů existují neformální procesy (viz schéma 1) s využitím vnitřních zdrojů a zdrojů v blízkém okolí a v rodině, v komunitě a celé společnosti, které předcházejí vzniku problémů nebo pomáhají jeho řešení v různých fázích jeho rozvoje. Je rovněž zřejmé, že v poradenském a terapeutickém procesu a v procesu úzdravy spolupůsobí formální a neformální procesy paralelně a že systém adiktologických služeb by měl tyto neformální procesy podporovat a využívat. Mezi neformálními procesy patří přední místo svépomocným programům a skupinám, které jsou velmi úspěšné v dosahování pozitivních změn (Úřad vlády ČR, 2021b).

Doporučené klinické postupy v adiktologii předkládají doporučení pro formální adiktologické služby a obsahují i doporučení pro zapojování neformálních struktur do systému adiktologické péče.

Schéma 1.[2]



Na adiktologické služby navazují zdravotní a sociální služby, které nejsou specificky určeny pro osoby závislé nebo závislostí ohrožené, ale přispívají k prevenci rizikového chování a ke komplexní péči o klienty. Pro tyto oblasti Doporučené klinické postupy v adiktologii doporučené nestanovují. Existenci doporučených postupů v těchto oblastech předpokládají stejně tak jako koordinaci péče s ohledem na individuální potřeby konkrétního klienta (viz schéma 6. - Celkové procesní schéma).

Doporučené postupy a legislativní rámec

Vzhledem k vývoji legislativních podmínek v ČR Doporučené postupy nestanovují další podmínky pro realizaci intervencí a aplikaci metod. Podmínky výkonu jednotlivých činností, podmínky pro jednotlivé profese, odbornou přípravu a další vzdělávání pracovníků, které jsou pro výkon intervencí a aplikaci metod v danou chvíli platné, jsou ponechány na příslušné legislativě odpovídající typu registrace služby nebo instituce. V souladu s požadavky stanovenými Standardy se předpokládá, že za naplnění legislativních podmínek odpovídá poskytovatel služby.

[2] Pyramida hierarchie formálních adiktologických služeb a neformálních seberegulačních a samoúzdravných procesů viz Koncepce rozvoje adiktologických služeb (Úřad vlády ČR, 2021b).

Obdobně se v souladu se Standardy předpokládá zajištění supervize pracovníků adiktologických služeb a dodržování stanovených etických zásad. V tomto smyslu je aplikace intervencí a metod stanovených Doporučenými postupy vázáno na příslušná doporučení a etické zásady odborných společností, zejména pak Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP a profesních asociací České asociace adiktologů, Asociace poskytovatelů adiktologických služeb a Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR.

Doporučené klinické postupy jsou vytvořeny v souladu s obecnou definicí, která Doporučené postupy pojímá jako nezávazná, vysoce odborná doporučení pro posouzení konkrétních obtíží a stanovení odpovídající odborné péče. Cílem těchto doporučení je podporovat pomáhající profesionály a klienty při volbě péče za individuálně specifických okolností. Doporučené postupy jsou tedy v tomto smyslu doporučené, nikoli závazné.

Při jejich využívání v praxi vždy dříve či později dosáhneme limitů možného. Pokud by tedy byly Doporučené postupy koncipovány tak volně, aby je bylo možno naplnit vždy a za všech okolností, tím že by byly příliš obecné a zjednodušující, přestaly by naplňovat svou základní funkci. Pokud by byly koncipovány jako absolutní, nebude možné zohlednit individuálně specifické okolnosti konkrétního klienta.

Oba tyto extrémy by v krajním případě mohly vést k porušení základního etického principu "primum non nocere".

Doporučené postupy jsou tvořeny jako aspirační, aby pomáhajícím profesionálům přinášely vodítka pro praxi založenou na důkazech. Doporučené postupy tak předjímají žádoucí podobu praxe v blízké budoucnosti, založené na současné úrovni poznání a je nutné je s vývojem poznání aktualizovat.

Doporučené klinické postupy v adiktologii tedy slouží pomáhajícím profesionálům v oboru ke kultivaci praxe adiktologických služeb a v rámci oborové přípravy.

METODOLOGIE

Doporučené postupy v adiktologii vznikaly v rámci aplikovaného výzkumu jako projekt financovaný Technologickou agenturou ČR v letech 2022–2024 s cílem vytvořit interdisciplinárně založené aspirační doporučené postupy vycházející z aktuálního vědeckého poznání. Při vytváření jednotlivých postupů byla kombinovaná vědecká evidence s klinickými zkušenostmi zapojených odborných pracovníků. Tvorbě postupů předcházela rešerše existujících doporučených postupů v ČR a v zahraničí, analýza zdrojů a hodnocení adaptability do tuzemského prostředí. Členové týmu byli zvoleni s ohledem na zachování co nejvyšší možné diverzity klinické praxe a zkušeností z různých typů adiktologických programů a služeb.

Po rozsáhlé rešerši a selekci zdrojů byly zdrojové dokumenty hodnoceny pomocí nástroje AGREE II. Ve 23 položkách uspořádaných do 6 domén (rámec a účel, zapojení zainteresovaných osob, přísnost tvorby, srozumitelnost, použitelnost a redakční nezávislost), byly posouzeny klíčové vlastnosti dokumentů s ohledem na možnost případné adopce (převzetí) či adaptace (převzetí s úpravami) do tuzemského systému.

Analýza odhalila značnou nevyváženost identifikovaných zdrojů. Podstatná část analyzovaných dokumentů měla podobu aspiračních standardů, stanovujících buď minimální nebo naopak ideální podobu intervenčního rámce, programu nebo služby. Takové komplexní pojetí managementu služeb poskytovaných klientům, respektive nároky na organizaci služby, odpovídá stávajícímu pojetí Standardů odborné způsobilosti adiktologických služeb v ČR. Vzhledem ke skutečnosti, že Standardy na úrovni typických intervencí jednotlivých typů služeb existenci doporučených postupů předpokládají, ukázalo se toto převažující obsahové zaměření identifikovaných zdrojových dokumentů jako nedostatečné pro jejich případnou adopci nebo adaptaci jako celku.

Pokud identifikované zdrojové dokumenty obsahovaly doporučený postup ve struktuře popisu intervence nebo aplikace metody, byly velmi úzce zaměřeny. Zpravidla na konkrétní návykovou látku nebo skupinu látek a konkrétní kohortu klientů nebo konkrétní klinickou situaci. Takto koncipované postupy sice často vykazují vysokou úroveň důkazů, neboť zúžený výzkumný soubor, který v jejich základu stojí, umožňuje výzkumný design s vyšší důkazní hodnotou, není však možné jejich platnost automaticky zobecnit bez ztráty důkazní síly. Adopcí či adaptací těchto postupů by byl vzniklý soubor Doporučených postupů nevyvážený, fragmentovaný a neumožňoval by naplnit zadání aplikovaného výzkumu s cílem vytvořit interdisciplinárně založené doporučené postupy pro celé spektrum adiktologických služeb a závislostního chování.

Dalším problémem, který vzešel z analýzy identifikovaných zdrojů, byla nevyváženost vědeckých důkazů pro doporučované metody. Bohatá důkazní báze byla dostupná pro oblast farmakoterapie. Na opačném spektru stály psychosociální intervence a psychoterapie, která byla

často ve zdrojích mezi psychosociální intervence zahrnována. Výzvy spojené s náročností výzkumu v těchto oblastech se staly výzvou také při koncepci těchto postupů, protože výsledky výzkumů nejsou jednoznačné a metody se ve zdrojích odlišovaly. Z tohoto důvodu byly pro ty oblasti metod, které jsou v identifikovaných zdrojích doporučovány, ale vykazovaly nízkou úroveň důkazů, provedeny rešerše a byly zhodnoceny identifikované zdroje v souvisejících zdrojových nebo aplikovaných vědních oborech.

Výsledný soubor Doporučených postupů je organizován tak, aby umožňoval vysoce individualizované plánování a vedení intervenčního rámce pro konkrétního klienta a jeho situaci v jakékoli adiktologické službě bez ohledu na formu závislostního chování nebo míru rozvoje poruch způsobených užíváním návykových látek. Doporučené postupy jsou procesně řazeny tak, aby na základě důkladného individuálního posouzení byly aplikovány indikované intervence a jejich účinnost byla pravidelně vyhodnocována. Na základě evaluace je plánován další postup.

Doporučené postupy tedy představují manuál pro párování na důkazech založených metod s indikovanými potřebami na straně klienta spíše než soubor manualizovaných metod.

Současně Doporučené postupy zohledňují odkazování klientů do jiných typů služeb, pokud je to žádoucí, nebo souběžné poskytování adiktologické a jiné relevantní služby. Doporučené postupy neobsahují popis intervencí a metod souvisejících oborů.

Doporučené postupy jsou ve výsledku koncipovány jako soubor adaptovaných částí identifikovaných mezinárodních doporučených postupů a jsou doplněny o zdroje a důkazy účinnosti relevantních oborů. Představují tak postupy vytvořené *de novo*. Každý doporučený postup obsahuje označené zdroje důkazů účinnosti včetně jejich síly a seznam další citované literatury. Výjimku v tomto ohledu představují Doporučené postupy pro diagnostiku, které jsou založeny pouze na výchozích zdrojích, protože důkazy ve smyslu účinnosti nejsou relevantní.

Úroveň důkazů účinnosti a jejich síly se u jednotlivých postupů liší v souvislosti s tím, jaké úrovně důkazů bylo prozatím výzkumy dosaženo. Doporučené postupy proto vyžadují pravidelnou revizi a aktualizaci, aby adekvátně reagovaly na vývoj vědeckých poznatků a integrovaly je. Je žádoucí, aby byly Doporučené postupy revidovány průběžně a formou průběžné revizní zprávy byly vydávány návrhy na úpravy Doporučených postupů vždy, když dojde k významným změnám ve výzkumných zjištěních, které praxi adiktologických služeb ovlivňují. Celková revize by měla být provedena jednou za pět let a vést k revidovanému vydání Doporučených postupů.

METODOLOGIE – AKTUALIZACE VÝCHODISEK

Standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb používají pro definování cílů služeb a jejich intervenčního rámce klíčová východiska, která jsou zásadní i pro funkční rámec Doporučených postupů. Základní východisko představuje bio-psycho-socio-spirituální model závislostního chování a závislosti (BPSS). Přestože BPSS model představuje poměrně stabilní a srozumitelné celostní pojetí problematiky, bylo potřebné pro Doporučené postupy některé souvislosti více propracovat a aktualizovat zejména s ohledem na definici kontinua péče, respektive kontinua změny a související motivace ke změně.

Celostní pojetí BPSS jako modelu relativně dobře obstojí jak z pohledu etiologie závislostního chování a závislosti, tak při celostním pohledu na projevy a dopady tohoto chování a konečně i v rámci diagnostiky a plánování péče. Současně je však na místě konstatovat, že se jedná především o klíčový metodický koncept, díky kterému mohou být adiktologické služby pozorné k lidem, se kterými pracují v jejich komplexnosti a vyhýbat se tak nežádoucímu redukcionismu. Současně bez pevnější vnitřní struktury může šíře modelu způsobovat v praxi nežádoucí zobecnění vedoucí k unifikaci, a tedy paradoxně nežádoucí redukci. Pro formulaci Doporučených postupů bylo potřebné východiska integrovaná do BPSS teoreticky zakotvit.

Nejkomplexnější pojetí závislostního chování a navazujících doporučení k intervencím představuje poslední čtvrtá edice Diagnostických dimenzí American Society of Addiction Medicine (ASAM, 2024[3]) využívaných pro párování s typem péče a výsledky zakotvení integrované teorie PRIME (West a Brown, 2013).

Adaptační potenciál ASAM

ASAM vychází při stanovování diagnostických dimenzí pro párování s typem intervence v kontinuu péče z definice z roku 2019:
„Závislost je léčitelné chronické onemocnění zahrnující složité interakce mezi mozkovými obvody, genetickými příčinami, prostředím a životními zkušenostmi jednotlivce. Lidé trpící závislostí užívají látky nebo uplatňují závislostní chování, které se stává nutkavým a často pokračuje i přes škodlivé následky. Prevence a přístupy k léčbě závislosti jsou obecně stejně úspěšné jako v případě jiných chronických onemocnění.“ (ASAM, 2024)[4].

[3] www.asam.org/asam-criteria/asam-criteria-4th-edition, [03/06/2024]
[4] www.asam.org/quality-care/definition-of-addiction, [03/06/2024]

V souladu s touto definicí je pro přiřazení odpovídajícího typu intervence ASAM navrhováno posoudit celkový stav klienta v následujících dimenzích:

1. **Potenciál pro akutní intoxikaci nebo abstinenční příznaky; zahrnuje kritéria ve smyslu** intoxikace a souvisejících rizik, abstinenčního syndromu a souvisejících rizik, potřeby adiktologické farmakoterapie.
2. **Biomedicinské stavy;** zahrnuje kritéria ve smyslu celkového fyzického zdraví, těhotenství, poruch spánku.
3. **Psychiatrické a kognitivní stavy;** zahrnuje kritéria ve smyslu aktuálních psychiatrických obtíží, chronických onemocnění a zdravotních znevýhodnění, celkového stavu kognitivních funkcí, přítomné traumatizace a souvisejících potřeb, psychiatrické a kognitivní anamnézy.
4. **Rizika spojená s užíváním návykových látek;** zahrnuje kritéria ve smyslu pravděpodobnosti rizikového užívání návykových látek, pravděpodobnosti rizikového chování souvisejícího se závislostí.
5. **Potenciál pro zotavení v kontextu životních podmínek;** zahrnuje kritéria ve smyslu schopnosti fungovat v aktuálním prostředí, bezpečnosti v aktuálním prostředí, dostupné podpory v aktuálním prostředí, kulturního a společenského vnímání užívání návykových látek.
6. **Rozhodování zaměřené na klienta;** zahrnuje kritéria ve smyslu vlastních preferencí klienta, překážky v péči, potřeby podpory a motivace.

Připravenost ke změně je posuzována u každé dimenze odděleně tak, aby bylo možné dobře párovat výsledky s typem péče a vhodnými intervencemi.
Základním doporučením pro efektivní průběh péče je cyklické vyhodnocování její účinnosti a případná úprava postupu.

Adaptační potenciál tohoto konceptu je značný. Posouzení v rámci dimenze 1 umožňuje posoudit akutnost stavů souvisejících se závislostním chováním a reagovat na ně přednostně. Diagnostická kritéria v dimenzích 2–6 se obsahově významně překrývají s BPSS modelem.

Problematickým bodem zůstává pouze vyznění výchozí definice s těžištěm v čistě medicínském smyslu, které však lze částečně připsat problematice překladu a skutečnosti, že ASAM je medicínskou společností a národní kontexty se značně liší. Současně je vyznění pojmu “chronický” ve spojitosti s problematikou závislostí v českém kontextu často negativně zatíženo zejména s ohledem na vyznění ve smyslu „neměnný“ či „neléčitelný“. Při důsledném významovém pojetí je praktičtější pojem *chronic* z angličtiny přeložit jako „dlouhodobý“, nebo „s tendencí se opakovat či vracet“. Tyto významové překlady by pro národní kontext byly vhodnější, pokud by měla být definice používána v kontextu adiktologické péče v ČR.

Adaptační potenciál PRIME

Pojetí závislosti jako sociálního konstruktu (West a Brown, 2013) je pro koncepci Doporučených postupů na úrovni metod a intervencí v praxi adiktologických služeb spíše matoucí, i když jeho význam je značný pro podporu politik a na filozofické úrovni i z hlediska snižování stereotypů a stigmatizace na celospolečenské úrovni. Pro sledování teoretického zakotvení a adaptačního potenciálu má význam druhá část autory formulované definice:

„Podle navržené teorie (PRIME) lze na závislost užitečně nahlížet jako na chronický stav zahrnující opakovanou silnou motivaci k zapojení se do odměňujícího chování, postrádajícího jakýkoli smysl z hlediska přežití, získanou na základě praktikování tohoto chování s výrazným potenciálem pro nezamýšlenou újmu."

Klíčová definice integrované teorie PRIME založená na analýze v praxi i teorii používaných modelů závislosti staví do popředí potřebu důsledné analýzy motivace (motivačního systému). Respektive individuálních specifik[5] v systému motivace, které způsobují opakování odměňujícího chování aktivujícího systém odměny *(reward system)* v mozku. Autoři vznik těchto individuálních specifik spojují s faktory, které se plně překrývají s obsahem BPSS modelu (West a Brown, 2013 s. 240-242) v tom smyslu, *„že projevy závislosti se u jednotlivých osob a závislostního chování značně liší. Komplexní emoční, motivační a kognitivní prožitky, které ji provázejí, vyžadují, abychom postulovali celou řadu cest k závislosti a celou řadu individuálních specifik v motivačním systému, který je jejím základem. Jako jednotící princip lze předpokládat, že rozvoj závislosti zahrnuje působení sil prostředí, na již přirozeně (vrozeně) nestabilní motivační systém jednotlivce. Tímto součinem dále vznikají v nestabilním motivačním systému síly, které vytvářejí nerovnováhu, dále prohlubovanou nebo postupně se snižující se citlivostí na síly, které by rovnováhu obnovily, nebo jejich úplnou absencí."* Autoři dále dovozují, že intervence budou vzhledem k výše popisovaným skutečnostem jen natolik účinné, nakolik dokážou pomoci vystavět konkurenční systém popisovanému individuálně specificky fungujícímu systému motivace.

Integrovaná teorie PRIME staví do popředí důkazní bázi pro důsledné posouzení individuálních specifik v motivaci s cílem definovat, zda závislostní chování v konkrétním případě nabývá spíše podoby symptomu a bude tedy účinnější se přímo zabývat intervencemi směřovanými k příčinám těchto individuálních specifik, nebo se jedná o plně rozvinuté poruchy způsobené užíváním návykových látek a bude nutné nejprve dosáhnout abstinence, aby byla léčba příčin individuálních specifik možná. Variabilita možností je přitom značná a lze ji posuzovat výhradně z individuální perspektivy.

[5] West a Brown (2013) pro tento fenomén používají pojem „abnormalities". Za účelem snížení stigmatizačního potenciálu, který v sobě nese přímý ekvivalent abnormality, nebo synonymní český překlad odlišnost, je však pro účely Doporučených postupů používán termín individuální specifika nebo individuálně specifický.

Adaptační potenciál těchto teoretických východisek spočívá především v obecných doporučeních pro intervence, které do popředí staví potřebu vysoké míry individualizace. Tím reprezentují relativně pevný teoretický rámec pro kontinuum péče založené na vysoce individualizované variabilitě požadované změny. Je tedy možné s výsledky posouzení párovat účinné intervence na celé škále od intervencí zaměřených na změnu vzorců závislostního chování, přes získávání kontroly, až po celkovou změnu životního stylu zahrnující abstinenci a zotavení. Stejně tak ale umožňují v průběhu péče identifikovat, kdy je užitečný asertivní přístup a intervence zaměřené na podporu dosažení abstinence, protože bez nich nebude ovlivnění individuálních specifik sytému motivace možné.

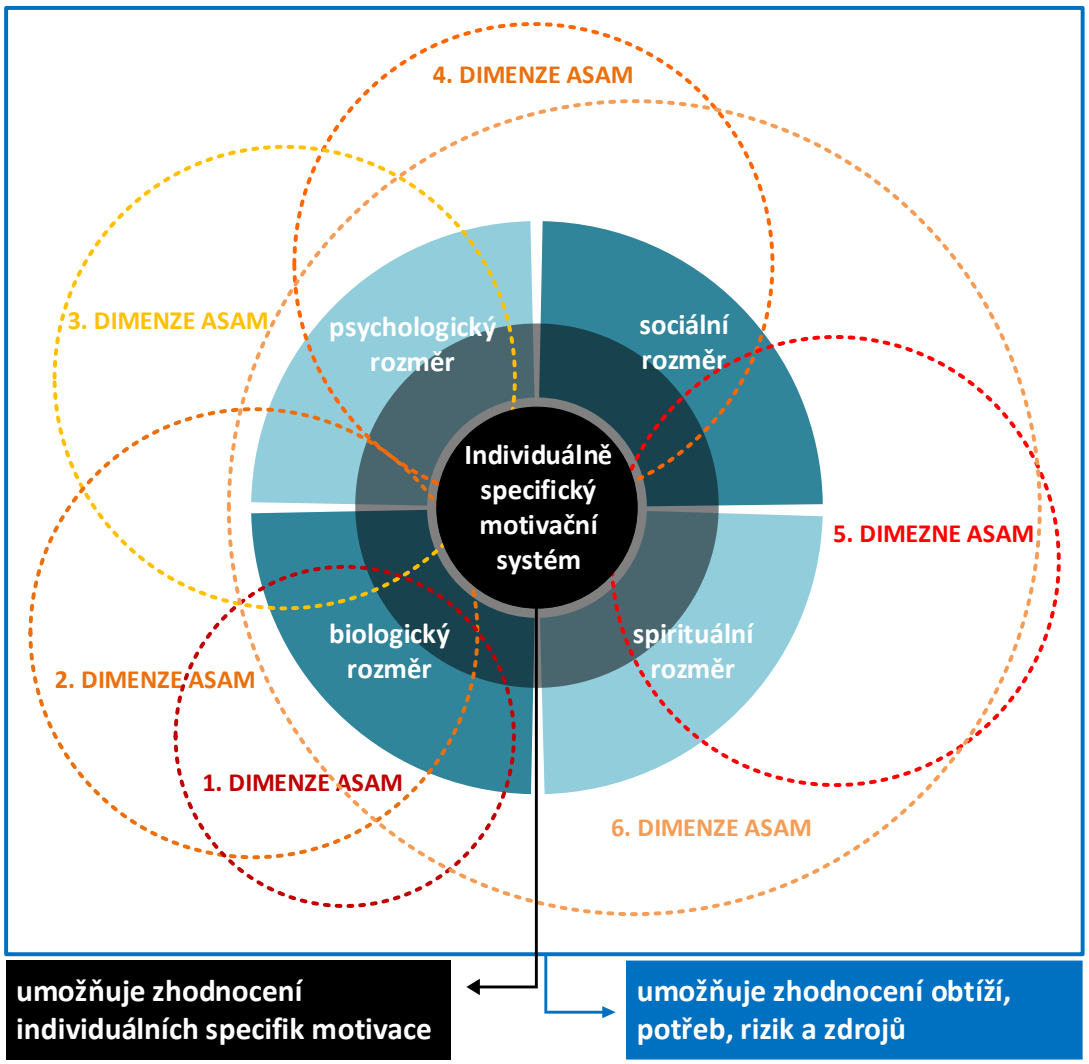
Autoři předkládají následující hlavní zásady léčby (West a Brown, 2013, s.247-249): (a) změna rovnováhy motivačních sil oslabením těch, které jsou příliš silné, posílením těch, které jsou slabé, a přidáním nových sil; (b) použití tohoto postupu na celý motivační systém, nikoliv pouze na některé jeho prvky; a (c) dynamické použití intervenčních prvků s ohledem na aktuální stav systému.

Pokud lze postupovat tak, aby bylo dosaženo trvalého účinku, je to ideální možnost. Velmi často však půjde o to řídit rizika a posilovat kontrolu spíše než dosáhnout "vyléčení". Pro použití těchto zásad v praxi autoři předkládají následující příklady:

1. ***Zhodnoťte chování a jednání v co nejširším rozsahu***: zjistěte rozsah a strukturu návykového chování, včetně rozsahu motivů a vazeb mezi nimi. Například nakolik je vzorec chování spojen s nárazovým nebo pravidelným užíváním, nakolik je spojen s konkrétními situacemi.
2. ***Prozkoumejte celou škálu individuálních specifik v motivačním systému***: identifikujte individuální specifika v motivačním systému, které jsou příčinou problému, včetně nefunkčních přesvědčení, pocitů, impulzů, identity, sklonu k sebekontrole a návyků.
3. ***Určete vyhlídky na změnu příslušných prvků systému***: určete, jaké jsou vyhlídky na změnu u těch prvků motivačního systému, které byly identifikovány jako individuálně specifické, zhodnoťte, jak by tyto změny mohly být provedeny a jak dlouho by to mohlo trvat. Podle toho určete obsah případné psychosociální péče a typ farmakologické léčby, která by mohla být vhodná. V některých případech lze s dostupnými prostředky dosáhnout maximálně stabilizace, zatímco v jiných případech může být reálná vyhlídka na dosažení trvalé změny.
4. ***Uvědomte si, že intervence, které máme k dispozici, mají svá přirozená omezení***: existují vážná omezení na úrovni zdrojů na straně klienta, ve smyslu schopnosti těch, kteří se léčí, se k léčbě zavázat a samozřejmě související etická dilemata. Zároveň se často potýkáme s hluboce zakořeněnými vzorci chování a individuálními specifiky na všech úrovních motivačního systému.
5. ***Zvláštní pozornost věnujte časovému rozložení léčby****: v* souvislosti s výše uvedeným je třeba časové rozložení farmakologické a psychosociální péče přizpůsobit identifikovaným individuálním specifikům na úrovni etiologie závislostního chování a závislosti.

Schéma 2.

Konceptualizace aktualizovaných teoretických východisek



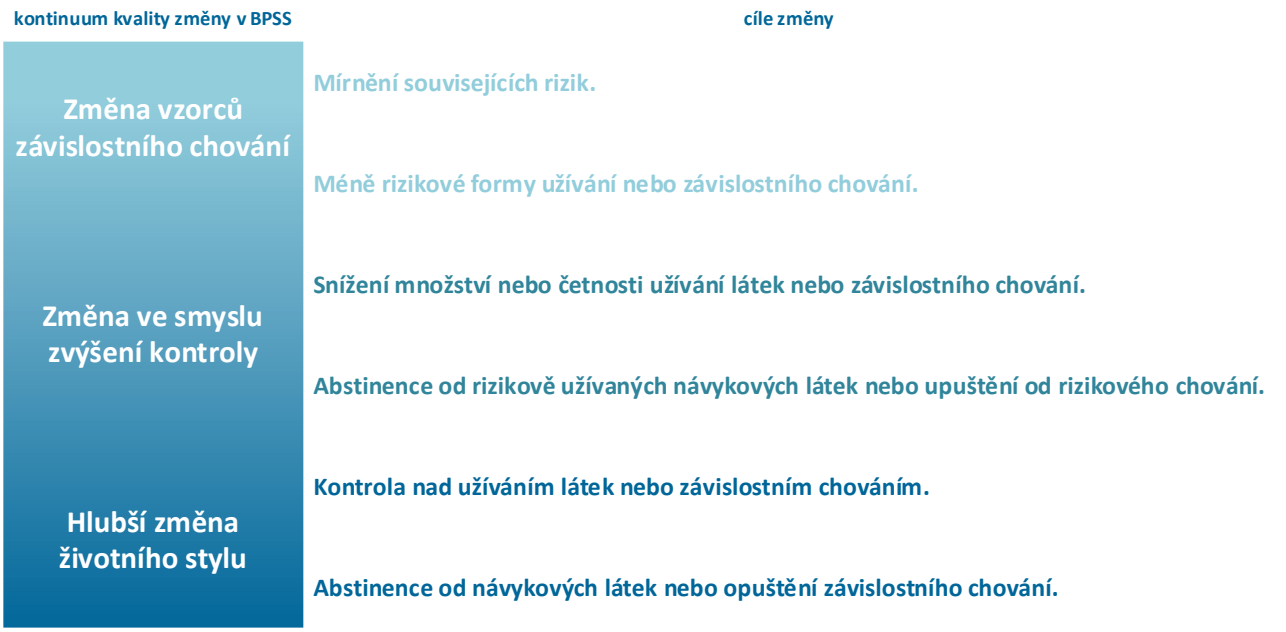
Na tomto teoretickém základě je možné v Doporučených postupech využít BPSS model pro základní nastavení procesního řazení, které umožňuje účinně párovat zjištění vzešlá ze vstupního posouzení s dostupnými intervencemi za dodržení vysoké míry individualizace poskytované péče. Součástí procesního řízení je s ohledem na individuální specifika motivačního systému pravidelná evaluace a revize účinnosti intervencí, neboť mnohá z těchto specifik jsou rozpoznatelná až v průběhu interakce s intervencí.

Současně je za účelem individualizace poskytované péče nutné zvažovat, jaká změna by byla prospěšná či potřebná, jaká je žádána a konečně jaká je proveditelná. S ohledem na výše formulovaná teoretická východiska je současně nutné počítat s tím, že motivace ke změně nebude konzistentní napříč všemi rozměry BPSS modelu. Subjektivně významně pociťované dopady nemusí

být nutně spojeny s motivací ke změně v téže oblasti, případně se požadovaná změna může týkat jen části celkových obtíží. Stejně tak ale může být požadována celková změna životního stylu a současně být přítomná komplexní motivace k této změně. A konečně může být, v případě rozvinutých poruch způsobených užíváním návykových látek nutná veškerá dostupná podpora k upuštění od závislostního chování, aby bylo možné klíčové změny vůbec zahájit. Obecně platí, že podpora jakékoliv změny je žádoucí, protože v základě umožňuje realizovat intervence založené na principu snižování rizik a interakce klienta s intervencí dále napomáhá lepšímu pochopení individuálních specifik systému motivace, čímž je možné zpřesňovat představu o vhodnosti dalšího postupu.

Za tímto účelem je pro potřeby Doporučených postupů navrženo následující kontinuum změny závislostního chování, které je dále využíváno pro párování intervencí při plánování péče. Schéma 3 představuje kontinuum možné změny od dílčích změn vzorců chování přes rozsáhlejší změny založené na získání či obnovení kontroly až po hlubší změny životního stylu a jejich cíle těchto změn vyjádřené kvalitou změny chování nebo vztahu k závislostnímu chování.

Schéma 3.



OBECNÁ DOPORUČENÍ K PLÁNOVÁNÍ PÉČE

Pro co nejvyšší účinnost intervencí je možné na základě výše aktualizovaných východisek formulovat obecná doporučení:

- **Posuďte charakter závislostního chování v co nejširším rozsahu**; adekvátně typu služby a naléhavosti rizik usilujte o co nejširší vhled do závislostního chování klienta. Zaměřujte se především na vzorce závislostního chování, jejich četnost a pravidelnost. Posuďte, jakou funkci závislostní chování plní v jednotlivých rozměrech BPSS modelu a jaké má v jednotlivých rozměrech dopady.

- **Vyhodnocujte individuální specifika v motivačním systému**; zaměřujte se na motivy spojené se závislostním chováním. Sledujte zejména ty části motivačního systému, v nichž je závislostní chování již samo cílem a zdrojem uspokojení. Identifikujte ty oblasti v BPSE, v nichž závislostní chování slouží k dosahování cílů, zejména těch spojených s uspokojováním základních a vývojových potřeb. Zjišťujte, jak klient reaguje na z vnějšku deklarovanou potřebu změny v případě přítomných negativních dopadů závislostního chování. Zjišťujte, zda jsou přítomny prvky symptomatického závislostního chování, nebo rozvinuté poruchy způsobené užíváním návykových látek. Pracujte s vědomím, že některé prvky motivačního sytému budou patrné až po ustanovení bezpečného pracovního spojenectví a některé až v interakci s intervencí.

- **Při volbě intervencí zohledňujte individuální specifika ve vztahu k požadované změně**; na základě zjištění o vzorcích závislostního chování, jeho dopadech a individuálních specificích v motivačním systému, plánujte společně s klientem péči a její průběh tak, aby umožnovala efektivně snižovat rizika, a dosahovat dalších cílů. Cíle stanovujte společně s klientem tak, aby byly srozumitelné. Věnujte pozornost časovému plánu z hlediska frekvence i délky. Zvažte pořadí a typ intervencí s ohledem na stanovené cíle a se záměrem budovat systém motivace schopný konkurovat individuálním specifikům. Opakované selhávání při pokusech o změnu je z dlouhodobého hlediska kontraproduktivní.

- **Zvažujte vhodnost kolaborativních a asertivních strategií**; zvažujte, zda je prospěšné podporovat klienta v jeho představě a přesvědčení o změně a jejím průběhu, protože jsou pro toto přesvědčení dostupné zdroje a kompetence na jeho straně, nebo by jinak nebylo možné vůbec navázat pracovní spojenectví. Zvažujte, zda je užitečné použít asertivní strategie, protože bez dosažení změny závislostního chování nebo abstinence nebude vůbec možné ovlivňovat motivační systém a cílit na příčiny obtíží.

- **Pravidelně vyhodnocujte a revidujte plán péče**; stanovujte a dodržujte pravidelné intervaly pro evaluaci a revizi účinnosti zvolených intervencí ve vztahu ke stanoveným cílům. Pracujte s vědomím, že některé prvky motivačního sytému a některé vzorce závislostního chování budou patrné až po ustanovení bezpečného pracovního spojenectví a některé až v interakci s intervencí. Je tedy nepravděpodobné, že by plán péče nebylo třeba upravovat.

- **Volte takové strategie a metody, které umožnují vytvářet konkurenční motivační struktury individuálně specifickému systému motivace**; zaměřujte se na posilování silných stránek motivačního systému, které mohou pomoci budovat konkurenční struktury individuálním specifikům motivačního systému:
    - Zvažujte možnost včasných farmakologických intervencí tam, kde je to možné.
    - Zapojujte postupy, které vyvolávají zájem o vlastní fungování motivace a odolnosti vůči frustraci potřeb. V rámci jednotlivých intervencí (zejména pak psychosociálních a psychoterapeutických) dbejte na posilování pracovního spojenectví, empatie a posilujte všímavost[6] klientů. Provádějte intervence tak, aby na straně klienta podněcovaly zájem o vlastní proces, zkoumání a zvědavost, umožňovaly posilovat možnost svébytné volby a kontrolu nad interakčními procesy, posilovaly dobrovolné zapojení a budovaly bezpečnou atmosféru[7].
    - Buďte vnímaví k případné přítomnosti traumatické, posttraumatické nebo vývojově traumatické symptomatiky. Provádějte postupy tak, aby minimalizovaly prvky, které by mohly vyvolávat zahanbení. Podporujte zachování důstojnosti i v konfliktních nebo kritických situacích.

- **Využívejte soubor Doporučených klinických postupů v adiktologii pro posouzení, další diagnostiku, párování výsledků posouzení s intervencemi i vlastní evaluaci a revizi průběhu péče.**

[6] Výzkumy v oblasti psychoterapie dlouhodobě zdůrazňují význam empatie a terapeutického spojenectví s ohledem na účinnost a lepší výsledky léčby. V posledních letech se intervence založené na všímavosti (MBI) ukázaly jako účinné při zvyšování empatie a terapeutického spojenectví a také při zmírňování symptomatologie pacientů. (Garrote-Caparrós, E., Bellosta-Batalla, M., Ausiàs Cebolla, L. Effectiveness of mindfulness-based interventions on psychotherapy processes: A systematic Review, Clinical Psychology & Psychotherapy published by John Wiley & Sons Ltd., 2021). Pojem Všímavost zahrnuje pro potřeby Doporučených postupů jak intervence založené na postupech Mindfulness (MBI), tak všechny postupy, které vedou k posilování vnímání a porozumění vlastním vnitřním dějům a posilování sebereflexe vlastního vztahování se k okolí.

[7] Postupy založené na obohaceném prostředí (enriched environment) zvyšují účinnost intervencí vzhledem k tomu, že mají pozitivní vliv na strukturu a restrukturalizaci neurálních sítí. (Sale, A., Berardi, N., & Maffei, L., Environment and brain plasticity: towards an endogenous pharmacotherapy. Physiological reviews, 94(1), 2014, s.189–234.)

STRUKTURA DOPORUČENÝCH POSTUPŮ

- Základní soubor Doporučených postupů určených pro plánování péče pro dospělé je strukturován do BOXŮ I-VI dle jednotlivých okruhů metod.

- BOX I obsahující postupy pro diagnostiku je řídícím prvkem pro práci se souborem Doporučených postupů.

- Při používání souboru Doporučených postupů je nutné postupovat procesně ve smyslu párování výsledků diagnostiky s intervencemi v jednotlivých BOXECH. Tento postup je shodný pro všechny typy adiktologických služeb.

- Pro párování výsledků diagnostiky s intervencemi je v každém Doporučeném postupu klíčová kapitola 2. Indikace a kontraindikace.

- Vlastní Doporučený postup je obsažen v kapitolách 4. Zásady a 5. Popis doporučené praxe.

- Ostatní kapitoly postupu obsahují teoretická východiska, informace o důkazech účinnosti a zdrojové dokumenty. Tyto kapitoly slouží pro širší kontextuálním práci se souborem Doporučených postupů.

- Doporučené postupy pro specifické cílové skupiny jsou obsaženy v BOXECH VII-XI, přičemž jejich vnitřní struktura odpovídá obsahu BOXŮ I-VI. Tam, kde jsou postupy pro specifické cílové skupiny shodné k postupům v BOXECH I-VI, pouze odkazují na obecné postupy.

- Každý doporučený postup obsahuje číslovaný seznam zdrojů, ze kterých byla vyvozena síla důkazu o účinnosti metody. Číslo zdroje je přiřazeno v tabulce síly důkazu vždy v příslušném sloupci. Síla důkazu je řazena od nejsilnějšího (I) po nejslabší (V), jednotlivé stupně síly důkazu jsou dále členěny dle charakteru zdroje (viz tabulka Úroveň důkazu – Efektivita).

- Pro základní orientaci v procesním řazení souboru Doporučených postupů lze využít CELKOVÉ PROCESNÍ SCHÉMA (schéma 6) a Uživatelskou příručku.

ÚROVEŇ DŮKAZU – EFEKTIVITA

Jednotlivé zdroje jsou z hlediska síly důkazu na konci jednotlivých oddílů popisujících metody zatříděny dle úrovní ve schématu 4[8], přičemž nižší římská číslice odkazuje k vyšší úrovni důkazu efektivity a písmeno odkazuje ke konkrétnímu typu důkazu.

Schéma 4.

I. Experimentální design	a) Systematické review z randomizovaných kontrolovaných studií (RCT) b) Systematické review z RCT a dalších designů studií c) RCT d) Pseudo RCT
II. Kvazi – experimentální design	a) Systematické review z kvazi-experimentálních studií b) Systematické review z kvazi-experimentálních studií a dalších studií s nižší úrovní designu c) Kvazi-experimentální prospektivní kontrolované studie d) Pre-test / Post-test nebo retrospektivní kontrolované skupiny
III. Observační – analytický design	a) Systematické review porovnatelných kohortových studií b) Systematické review porovnatelných kohortových studií nebo dalších studií s nižší úrovní designu c) Kohortové studie s kontrolní skupinou d) Případové – kontrolované studie e) Observační studie bez kontrolní skupiny
IV. Observační - deskriptivní design	a) Systematické Review z deskriptivních studií b) Průřezové studie c) Série případů d) Případové studie
V. Názory expertů a výzkumy na zvířecích modelech	a) Systematické review z názorů expertů b) Konsenzus expertů c) Názor jednoho experta / výzkum na zvířecích modelech

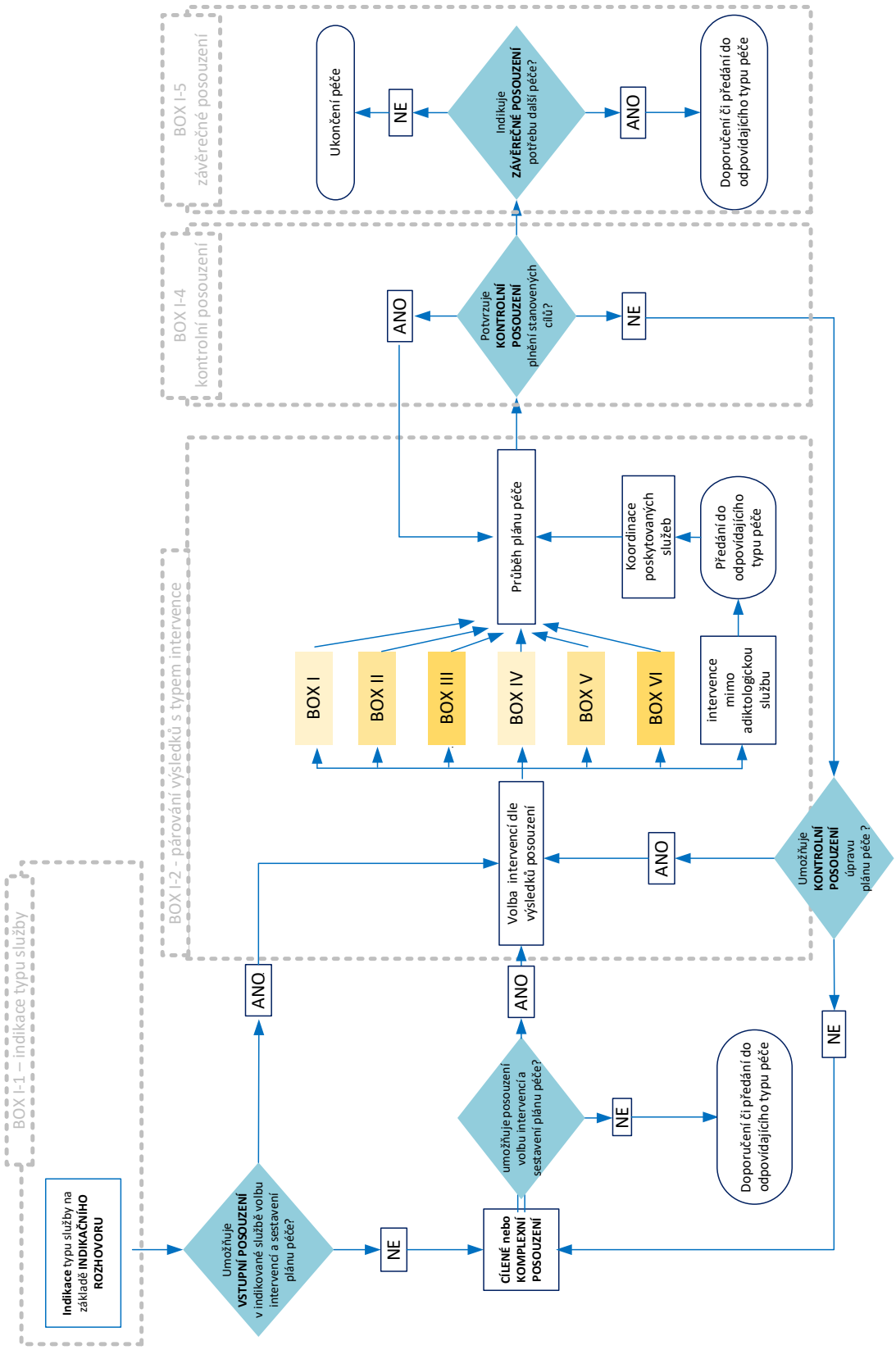
Každý zdroj využitý pro stanovení síly důkazu je v příslušném oddíle uveden v číslovaném seznamu. Jeho pořadové číslo je zatříděno do tabulky (příklad viz schéma 5) do příslušného pole odpovídajícího zatřídění síly důkazu v souladu se schématem 4.

Schéma 5.

I				II				III					IV				V		
a	**b**	**c**	**d**	a	b	c	d	a	b	c	d	**e**	**a**	b	c	**d**	**a**	**b**	c
	8. 9.											7.	3.			6.	1. 2.	4. 5. 10.	

[8] Marečková, Klugarová et al. (2015).

Schéma 6.
CELKOVÉ POROCESNÍ SCHÉMA



POUŽITÁ TERMINOLOGIE

Aby bylo možné dosáhnout využitelnosti Doporučených postupů pro všechny služby bez ohledu na jejich zřízení a přemostit kontextuální nuance spojené s překladem zdrojů vzešlých z rozdílných jazykových kontextů, a tedy národních a státních systémů adiktologických služeb, jsou využity v textu pojmy uvedené níže v přehledové tabulce. Tabulka obsahuje pouze pojmy, které text Doporučených pojmů využívá s vysokou četností. Méně užívané pojmy jsou vysvětleny v příslušné části Doporučených postupů vždy v bodě Doplňující komentář nebo Vysvětlivky vybraných pojmů.

Terminologie použitá v Doporučených klinických postupech v adiktologii

Klient	Fyzická osoba, která je příjemcem adiktologické služby a aktivně se podílí na jejím čerpání, a to zejména ve smyslu identifikace potřeb a obtíží, sestavování a revize plánu péče. Pojem zastřešuje v praxi služeb běžně užívané pojmy pacient, uživatel služby a podobně, ačkoli jejich význam není úplně totožný.
Poskytovatel	Ten, kdo adiktologickou službu provozuje – organizace, instituce.
Služba	Soubor intervencí a postupů péče o osoby užívající návykové látky, osoby se ohrožené závislostním chováním nebo rozvinutými poruchami způsobenými užíváním návykových látek, poskytovaný za účelem zlepšení zdravotního nebo sociálního stavu v rámci organizačně-provozní jednotky poskytovatele adiktologických služeb.
Intervence	Aplikace metod dle popisovaných postupů a doporučení, a to buďto samostatně, nebo v rámci plánu péče.
Plán péče	Soubor intervencí cíleně sestavených dle vstupního nebo komplexního posouzení, který je poskytován klientovi.
Péče	Zastřešuje všechny varianty praxe adiktologických služeb, pro které jsou běžně využívány pojmy léčba, terapie, program a podobně. Současně řeší překlenutí překladu slov „treatment“ a „care“, které jsou ve zdrojích Doporučených postupů rozdílně využívány dle země původu přes shodný obsahový význam.
Léčba	Metody, části metod nebo intervence, které bez ohledu na kontext nebo zřízení poskytovatele služby zůstávají jednoznačně oborově vázány na zdravotnictví.

Terapie	Pojem je v textu užíván výhradně v těch kontextech, kde je dlouhodobě zaveden a odkazuje k metodě či intervenci, např. v kontextu psychoterapie, rodinné terapie a podobně.
Pracovní spojenectví	Kvalita vztahu mezi klientem a pracovníkem služby, která umožnuje bezpečný a účinný průběh intervence, respektive plánu péče. Pojem zastřešuje pojmy terapeutická aliance, terapeutické spojenectví, pracovní spojenectví.
Metoda	Pojem využívaný ve svém základním významu „cesta“ nebo „postup“ v textu užíván zejména ve spojení „okruh metod“ nebo „základní okruh metod“. BOX I obsahuje metody pro diagnostiku. BOXY II-VI obsahují základní okruhy metod.
Intervence	Pojem využívaný pro označení konkrétní a cílené aplikace metody. Jednotlivé BOXY II-VII tedy v jednotlivých kapitolách obsahují cílené aplikace metod daného okruhu – intervence.
Komentář k užívání generického maskulina v textu Doporučených postupů: Přestože text doporučených postupů usiluje o minimalizaci jazykových zvyklostí, které by mohly mít diskriminační a stigmatizační potenciál, nebo konzervovat nežádoucí jazykové stereotypy, nepodařilo se nalézt vhodnou jazykovou variantu k nahrazení generického maskulina v textu. Tam, kde bylo možné využít rodovou specifikaci, rodovou neutralizaci, nebo vespolnou identifikaci, text těchto možností využívá.	

SOUBOR DOPORUČENÝCH POSTUPŮ OBSAH

APLIKAČNÍ PŘÍRUČKA

ÚVOD

BOX I - DIAGNOSTIKA

0 DIAGNOSTIKA
1 INDIKAČNÍ ROZHOVOR
2 VSTUPNÍ POSOUZENÍ
3 KOMPLEXNÍ POSOUZENÍ
4 KONTROLNÍ POSOUZENÍ
5 ZÁVĚREČNÉ POSOUZENÍ
6 CÍLENÉ POSOUZENÍ

BOX II - HARM A RISK REDUCTION

0 HARM A RISK REDUCTION
1 KONTAKTNÍ PRÁCE A DISTRIBUCE HARM REDUCTION MATERIÁLU
1A KONTAKTNÍ PRÁCE
1B KONTAKTNÍ TERÉNNÍ PRÁCE
1C DISTRIBUCE HARM REDUCTION MATERIÁLŮ A INFORMACÍ, EDUKACE
2 PREVENCE ŠÍŘENÍ INFEKČNÍCH ONEMOCNĚNÍ A ZÁKLADNÍ OŠETŘENÍ
3 PREVENCE PŘEDÁVKOVÁNÍ
4 KONTROLOVANÉ UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK A AUTOREGULAČNÍ OPATŘENÍ
4A KONTROLOVANÉ UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU
4B PODPORA AUTOREGULACE ZÁVISLOSTNÍHO CHOVÁNÍ
4C APLIKAČNÍ MÍSTNOSTI
5 ORIENTAČNÍ TESTOVÁNÍ SLOŽENÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK
6 HARM REDUCTION V PROSTŘEDÍ ZÁBAVY

BOX III - PSYCHOTERAPIE

0 PSYCHOTERAPIE
1 INDIVIDUÁLNÍ PSYCHOTERAPIE
2 SKUPINOVÁ PSYCHOTERAPIE
3 PÁROVÁ A RODINNÁ PSYCHOTERAPIE
4 TERAPEUTICKÁ KOMUNITA
5 POBÍDKOVÁ TERAPIE

BOX IV - PSYCHOSOCIÁLNÍ INTERVENCE

0 PSYCHOSOCIÁLNÍ INTERVENCE

1 VČASNÁ A KRÁTKÁ INTERVENCE
2 KRIZOVÁ INTERVENCE
3 INDIVIDUÁLNÍ PORADENSTVÍ
4 MOTIVAČNÍ ROZHOVORY
5 SKUPINOVÉ PORADENSTVÍ / MOTIVAČNÍ SKUPINY
6 PÁROVÉ A RODINNÉ PORADENSTVÍ

BOX V - FARMAKOTERAPIE

0 FARMAKOTERAPIE
1 ZVLÁDÁNÍ AKUTNÍ INTOXIKACE
1A ZVLÁDÁNÍ AKUTNÍ INTOXIKACE OPIOIDY
1B ZVLÁDÁNÍ AKUTNÍ INTOXIKACE ALKOHOLEM
1C ZVLÁDÁNÍ AKUTNÍ INTOXIKACE STIMULANCII
1D ZVLÁDÁNÍ AKUTNÍ INTOXIKACE BENZODIAZEPINY
2 ZVLÁDÁNÍ ODVYKACÍHO STAVU
2A ZVLÁDÁNÍ ODVYKACÍHO STAVU PO ODNĚTÍ OPIOIDŮ PODÁVÁNÍM BUPRENORFINU
2B ZVLÁDÁNÍ ODVYKACÍHO STAVU PO ODNĚTÍ OPIOIDŮ PODÁVÁNÍM METADONU
2C ZVLÁDÁNÍ ODVYKACÍHO STAVU PO ODNĚTÍ OPIOIDŮ SYMPTOMATICKOU MEDIKACÍ
2D ZVLÁDÁNÍ ODVYKACÍHO STAVU PO ODNĚTÍ ALKOHOLU PODÁVÁNÍM BENZODIAZEPINŮ
2E ZVLÁDÁNÍ ODVYKACÍHO STAVU PO ODNĚTÍ ALKOHOLU PODÁVÁNÍM CLOMETHIAZOLU
2F ZVLÁDÁNÍ DERILIA TREMENS
2G ZVLÁDÁNÍ ODVYKACÍHO STAVU PO ODNĚTÍ BEZODIAZEPINŮ
2H ZVLÁDÁNÍ ODVYKACÍHO STAVU PO ODNĚTÍ STIMULANCIÍ A KANABINOIDŮ
3 ANTI-CRAVINGOVÁ TERAPIE A TERAPIE SNIŽUJÍCÍ SUBJEKTIVNÍ POŽITEK Z UŽITÍ NÁVYKOVÉ LÁTKY
3A TLUMENÍ CRAVINGU U ZÁVISLÝCH NA ALKOHOLU
3B PODÁVÁNÍ NALTREXONU U ZÁVISLÝCH NA OPIOIDECH
3C TERAPIE PRO SNIŽOVÁNÍ SPOTŘEBY ALKOHOLU U ZÁVISLÝCH NA ALKOHOLU
4 SENZITIZUJÍCÍ TERAPIE
5 SUBSTITUČNÍ LÉČBA
5A OPIOIDNÍ SUBSTITUČNÍ LÉČBA
5B SUBSTITUČNÍ LÉČBA STIMULANCIÍ
5C NIKOTINOVÁ SUBSTITUCE
6 PSYCHEDELIKY ASISTOVANÁ TERAPIE

BOX VI - INTERVENCE NA PODPORU ZOTAVENÍ

0 INTERVENCE NA PODPORU ZOTAVENÍ
1 PREVENCE RELAPSU
2 SOCIÁLNÍ REHABILITACE V OBLASTI PRÁCE
3 SOCIÁLNÍ REHABILITACE V OBLASTI BYDLENÍ

BOX VII – ADIKTOLOGIE U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH
BOX VIII – ADIKTOLOGIE U STARŠÍCH DOSPĚLÝCH
BOX IX – ADIKTOLOGIE U TĚHOTNÝCH ŽEN
BOX X – ADIKTOLOGIE U OSOB OMEZENÝCH NA SVOBODĚ
BOX XI – ADIKTOLOGIE U OSOB S DUÁLNÍMI PORUCHAMI
BOX XII – VČASNÁ DIAGNOSTIKA V SOUVISEJÍCÍCH OBORECH
BOX XIII – ZAPOJOVÁNÍ LIDÍ S ŽITOU ZKUŠENOSTÍ DO PÉČE

PŘEHLED DOTAZNÍKŮ A SCREENINGOVÝCH NÁSTROJŮ

Zdroje[9]

ASAM (2024). 4th Edition - Digital Version. American Society of Addiction Medicine. Dostupné z: www.asam.org/asam-criteria/asam-criteria-4th-edition [03/06/2024]

Marečková, Klugarová et al. (2015). Zdravotnictví založené na vědeckých důkazech, Univerzita Palackého, ISBN 978-80-244-4781-0

Sale, A., Berardi, N., & Maffei, L., (2014) Environment and brain plasticity: towards an endogenous pharmacotherapy. Physiological reviews, 94(1)

Garrote-Caparrós, E., Bellosta-Batalla, M., Ausiàs Cebolla, L. (2021) Effectiveness of mindfulness-based interventions on psychotherapy processes: A systematic Review, Clinical Psychology & Psychotherapy published by John Wiley & Sons Ltd.

Úřad vlády České republiky (2021a). Standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb, Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, ISBN 978-80-906148-9-5

Úřad vlády České republiky (2021b) Koncepce rozvoje adiktologických služeb, Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, ISBN 978-80-7440-282-1

West, R. (2016). Modely závislosti, Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, ISBN 978-80-7440-157-2

West, R., Brown, J. (2013) Theory of Addiction, John Wiley & Sons, Ltd, ISBN:9780470674215. Online ISBN:9781118484890

[9] Ostatní zdroje, které byly využívány pro sestavení Doporučených postupů, a další bibliografické zdroje jsou uváděny vždy v příslušných boxech.

Tento projekt je financován se státní podporou Technologické agentury ČR v rámci programu BETA2

www.tacr.cz
Výzkum užitečný pro společnost

Úřad vlády České republiky

ČESKÝ ADIKTOLOGICKÝ INSTITUT

[poslední strana]