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

Výsledek – 13 Vsouhrn

Souhrnná závěrečná zpráva projektu

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

ČESKÝ ADIKTOLOGICKÝ INSTITUT

1. Úvod

Cílem projektu, který probíhal v období 1. 1. 2022 – 31. 12. 2024, bylo vytvoření interdisciplinárně založených doporučených klinických postupů v oboru adiktologie. Takové postupy před zpracováním projektu nebyly dostupné, avšak v minulosti proběhlo několik projektů, které dílčím způsobem cílily na zpracování klinicky zaměřených postupů. Výstupy těchto projektů byly reflektovány, avšak samotné zpracované postupy vycházejí ze současné poznatkové a vědecké báze na principu evidence-based praxe.

Součástí projektu byla také diskuse, propagace a informování odborné veřejnosti a dosažení shody s klíčovými odbornými společnostmi v oboru adiktologie včetně možnosti poskytnout připomínky k navrhovanému materiálu.

2. Popis projektu/záměr

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. Představují tak základní podporu pro nastavení metod konkrétních intervencí a jejich doporučenou aplikaci. Jsou nástrojem pro implementaci vědeckých 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. Klinické doporučené postupy společně se Standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb a Koncepcí rozvoje adiktologických služeb tvoří provázaný a související celek se sdílenými zásadami a východisky.

Doporučené klinické 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.

3. Informace o týmu

Tým projektu 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),

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

Aplikační příručku vytvořil Petr Hrouzek ve spolupráci s Elizabeth Novákovou

Kontrolu třídění zdrojů dle síly důkazu provedla Gabriela Rolová.

4. Průběh projektu a ohledem na stanovené výsledky

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.

5. Metodologie – výsledek 1 a 2

Pro získání přehledu o rozsahu a současném stavu poznání v oblasti doporučených postupů na mezinárodní i národní úrovni byla provedena scopingová rešerše. K identifikaci zdrojů byly využity odborné vědecké databáze a internetové vyhledávání. K vyhledávání byla použita klíčová slova "clinical guidelines", „guidelines“, „addiction guidelines“, „addiction standards“, „doporučené postupy adiktologie“, „doporučené postupy závislost“ a jejich kombinace.

V této počáteční fázi jsme také studovali materiály popisující tvorbu klinických doporučených postupů (ÚZIS, 2018). Na základě získaných znalostí jsme se rozhodli pro prvotní třídění dle toho, nakolik je identifikovaný dokument v souladu s Metodikou tvorby Klinických doporučených postupů (ÚZIS, 2018).

Výsledky byly tříděny do tabulky dle toho, zda se jednalo o doporučené postupy, návod pro tvorbu DP, standardy, klinická vodítka, výzkum, guides, guidance či zásady dobré praxe. Dále byly identifikované zdroje seřazeny podle oblasti (země), roku vydání a zaměření (typ návykové látky, typ intervencí).

Z původního širokého souboru zdrojů byly vyřazeny ty, které byly publikovány před rokem 2010 kvůli nedostatečně aktuálním datům. Vyřazeny byly dokumenty, které byly koncipovány spíše jako aspirační standardy a doporučení. Rozlišování mezi aspiračními standardy a doporučenými postupy vycházelo z výkladu těchto pojmů v manuálu *Implementing quality standards for drug services and systems* (EUDA, 2021).

Soubor zdrojů byl doplněn o nalezené tuzemské postupy související s adiktologickou problematikou bez ohledu na datum publikace a soulad s požadavky na DP. To umožnilo zmapovat dosavadní vývoj, zvážit přenositelnost informací, aktualitu, strukturu a další proměnné, aby bylo možné zahájit odbornou diskusi nad potenciálem posuzovaných zahraničních postupů pro adopci či adaptaci, a definování dalších oblastí pro zdroje vhodné při tvorbě postupů *de novo* včetně parametrů pro systematické vyhledávání a hodnocení vědeckých důkazů.

Pro hodnocení identifikovaných zdrojů byl využit standardní, do českého jazyka přeložený, nástroj AGREE II (Líčeník, Kurfürst, a Ivanová 2013). Jedná s o nástroj, který má 23 položek, které jsou uspořádány do 6 domén: rámec a účel, zapojení zainteresovaných osob, přísnost tvorby, srozumitelnost, použitelnost a redakční nezávislost. Jedná se o nástroj generický, který lze využít pro různé části kontinua zdravotní péče, včetně podpory zdraví, screeningu, diagnostiky, léčbu i

intervence. Tento nástroj byl využit nejen pro svou užitečnost pro řešení zadaného úkolu v rámci projektu, ale rovněž vzhledem k tomu, že je aktuálně využíván v rámci projektu Agentury pro zdravotnický výzkum CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0008221 – Doporučené klinické postupy, jehož cílem je návrh standardizovaného systému/závazné metodiky tvorby a aktualizace návrhů DP v České republice za účelem zvýšení dostupnosti, kvality a efektivity zdravotních služeb.

V souladu s doporučením (Líčeník, Kurfürst, a Ivanová 2013) uživatelé měli nejprve přečíst doporučený postup. V rámci našeho hodnocení bylo čtení založené jak na četbě elektronické verze dokumentů, tak i vytištěných dokumentech. Zcela v souladu s doporučením autorů české verze bylo pro hodnocení využito 4 hodnotitelů, což vedlo ke zvýšení spolehlivosti hodnocení. Každá z položek AGREE II byla hodnocena na sedmistupňové škále (1 – silně nesouhlasím až 7 – silně souhlasím) s tím, že se hodnotící drželi doporučených doplňujících kritérií při posuzování každé z 23 položek tak, jak to doporučuje manuál pro vyhodnocení. Všichni hodnotitelé měli dostatečně dlouhou praxi v oblasti adiktologie, jejího výzkumu i praxe.

Výsledky kategorizace dle hodnocení AGREE II byly zpracovány do přehledové tabulky obsahující kromě identifikace postupů počet procent bodů, které získaly jednotlivé domény na základě hodnocení 4 posuzovatelů, výsledek celkového hodnocení (dle celkové úrovně postupu), informaci o tom, zda by hodnotitelé doporučili daný postup k použití v praxi a zda na tomto hodnocení byla shoda mezi hodnotiteli (pokud se alespoň tři hodnotitelé shodli na hodnocení – ano; ano, s úpravami; ne, tak byla přiřazena shoda, v ostatních případech byla přiřazena neshoda).

V dalším kroku byly identifikované zdroje kategorizovány podle ICD-10, ze které byly vybrány diagnózy související se závislostním chováním, a podle okruhů doporučených klinických postupů dle zadávací dokumentace. Všechny tyto dokumenty obsahují identifikaci doporučeného postupu a název doporučeného postupu, podle kterého je možné sledovat jednotlivé postupy napříč těmito dokumenty. Hodnotitelé sledovali, zda se doporučený postup věnuje dané tématice, ať už oblasti podle dokumentace nebo diagnózy podle ICD-10. Shoda mezi hodnotiteli byla dosažena, pokud se 3 nebo 4 hodnotitelé shodli na hodnocení.

Po konzultacích s experty byly do důkazní základny doplněno 10 doporučených zdrojů, které jsou shrnuty v přehledové tabulce. Tyto doplněné zdroje již nebyly kategorizovány ani jedním z výše uvedených postupů.

5.1. Metodologie – identifikovaná rizika

V této fázi byla identifikována některá rizika, zejména v oblasti nevyváženosti síly důkazů. Většina identifikovaných doporučených postupů a standardů se zaměřovala na léčebné adiktologické postupy ve zdravotnické oblasti služeb a většina postupů byla zaměřená na látkové

závislosti (zejm. alkohol, opioidy, nikotin). Nejkvalitnější důkazní báze byla dostupná pro oblast farmakoterapie, zejména v souvislosti s odvykáním kouření. Tato zjištění nebyla zcela v souladu s cílem projektu postihnout celé zdravotně-sociální pomezí v praxi adiktologických služeb v ČR. Množství vědeckých důkazů pro jednotlivé oblasti DP dle zadání projektu bylo nevyvážené. Zejména bylo možné nevyváženost pozorovat například u oblasti psychoterapie a psychosociální péče, kde v přímém kontextu klinických doporučených postupů v adiktologii v identifikovaných zdrojích v zásadě chyběly zdroje, nebo byly zastoupeny selektivně (např. zaměření pouze na kognitivně-behaviorální terapii).

Dalším rizikem byla možná duplicita a narušení integrity. Převážná většina identifikovaných klinických postupů byla tvořena dle zaměření na návykovou látku (opioidy, alkohol, tabák, léčiva). Okruhy navrhované v zadávací dokumentaci projektu však obsahovaly kombinaci struktury zaměřené na kombinaci procesního pojetí a zaměření na metodu nebo cílovou skupinu. Z toho důvodu bylo nemožné přímo adaptovat či adoptovat již vzniklé zahraniční postupy, protože neodpovídaly projektovému zadání.

Identifikovaným rizikem byla také vnější duplicita. Značná část identifikovaných zahraničních zdrojů měla podobu aspiračních standardů, které stanovovaly minimální nebo naopak ideální podobu intervence, programu či služby a mnohdy věnovaly pozornost nárokům na celkové parametry služeb a organizací, což v praxi odpovídalo spíše stávajícímu pojetí Standardů odborné způsobilosti adiktologických služeb v ČR než klinickým doporučeným postupům. Hrozilo tedy riziko, že adaptace a adopce zahraničních postupů by přinesla duplicitu požadavků na adiktologické služby v oblastech, které jsou již popsány ve standardech. Toto riziko bylo vypořádáno v rámci odborné diskuze, během níž bylo rozhodnuto o tom, že jednotlivé oborové dokumenty se budou doplňovat a odkazovat na sebe, nikoliv duplikovat požadavky na praxi.

Oblasti z projektového zadání, které byly v identifikovaných zdrojích zastoupeny v malé míře či vůbec, byly podrobeny dalším rešerším ve souvisejících aplikovaných a zdrojových vědách (například psychoterapie, psychosociální intervence, adiktologie pro starší dospělé, harm reduction a risk reduction). K vyhledávání důkazů byly použity odborné vědecké databáze a internetové vyhledávání. Tyto postupy byly tvořeny *de novo*. Při tvorbě doporučení byly upřednostňovány existující vědecké důkazy nejvyšší dostupné kvality. Na konci každého doporučeného postupu jsou vědecké důkazy tříděny do kategorie dle jejich důkazní síly (Klugar, 2015).

Pro jednotlivé postupy byla ve spolupráci s experty diskutovaná struktura. Bylo rozhodnuto, že každý z postupů bude obsahovat charakteristiku metody, indikaci a kontraindikaci (cílovou skupinu/klinickou situaci), teoretická východiska, zásady (nezbytné součásti), popis doporučené praxe, očekávaný výsledek (přínos pro klienta), doplňující komentář, vysvětlivky, důkazy účinnosti a zdroje. Ve spolupráci s experty byl stanoven obsah jednotlivých kapitol projektového zadání a byly definovány oblasti, které mají být v postupech zastoupeny.

Doporučené postupy jsou ve výsledku koncipovány jako soubor adaptovaných částí identifikovaných mezinárodních doporučených postupů a guidelines 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 výzkumně dosaženo. Doporučené postupy proto vyžadují pravidelnou revizi a aktualizaci, aby adekvátně reagovaly na vývoj vědeckých poznatků a integrovaly je.

6. Metodologie – výsledek 3-11

S ohledem na záměr vybudovat doporučené postupy pro služby poskytované dle Standardů odborné způsobilosti adiktologických služeb (Standardy), jejichž nositelem je rovněž konečný uživatel výsledku projektu, bylo nutné v souladu s identifikovanými zdroji aktualizovat rovněž východiska využívaná v Koncepci rozvoje adiktologických služeb.

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 léčebného kontinua, 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 BSPP teoreticky zakotvit.

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

6.1. Metodologie - Adaptační potenciál ASAM

ASAM vychází při stanovování diagnostických dimenzí pro párování s typem péče v léčebném kontinuu 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).

V souladu s touto definicí je pro přiřazení odpovídajícího typu péče 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 hendikepů, 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 Dimenze 1 umožňuje posoudit akutnost stavů souvisejících se závislostním chováním, reakce na akutnost je přednostní. Diagnostická kritéria 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 spojitostí s problematikou závislostí v českém kontextu značně negativně zatíženo. Při důsledném významovém pojetí by bylo možné pojem z angličtiny rovněž 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.

6.2. Metodologie – 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 mýtů 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, získanou v důsledku zapojení se do tohoto chování, které má značný potenciál k nechtěnému poškození"

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[1] v systému motivace, které způsobují opakování odměňujícího chování zprostředkovávajícího 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 se předpokládá, že rozvoj závislosti zahrnuje působení sil prostředí na přirozeně nestabilní motivační systém. V tomto systému síly, které vytvářejí nerovnováhu, nebo absence či postupně snižovaná citlivost na síly, které by rovnováhu obnovily.*"

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 do popředí staví 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 rozvinutou poruchu způsobenou užíváním návykových látek a bude nutné nejprve dosáhnout abstinence, aby byla léčba příčin

[1] West (R.West, J.Brown, Theory of Addicion, 2013) pro tento fenomén používá 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.

individuálních specifik možná. Variabilita možností je přitom značná a lze ji posuzovat výhradně z individuální perspektivy.

Adaptační potenciál těchto teoretických východisek spočívá především v obecných doporučeních pro léčebné intervence, které do popředí staví potřebu vysoké míry individualizace. Tím reprezentují relativně pevný teoretický rámec pro terapeutické kontinuum 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 ní nebude ovlivnění individuálních specifik sytému motivace možné.

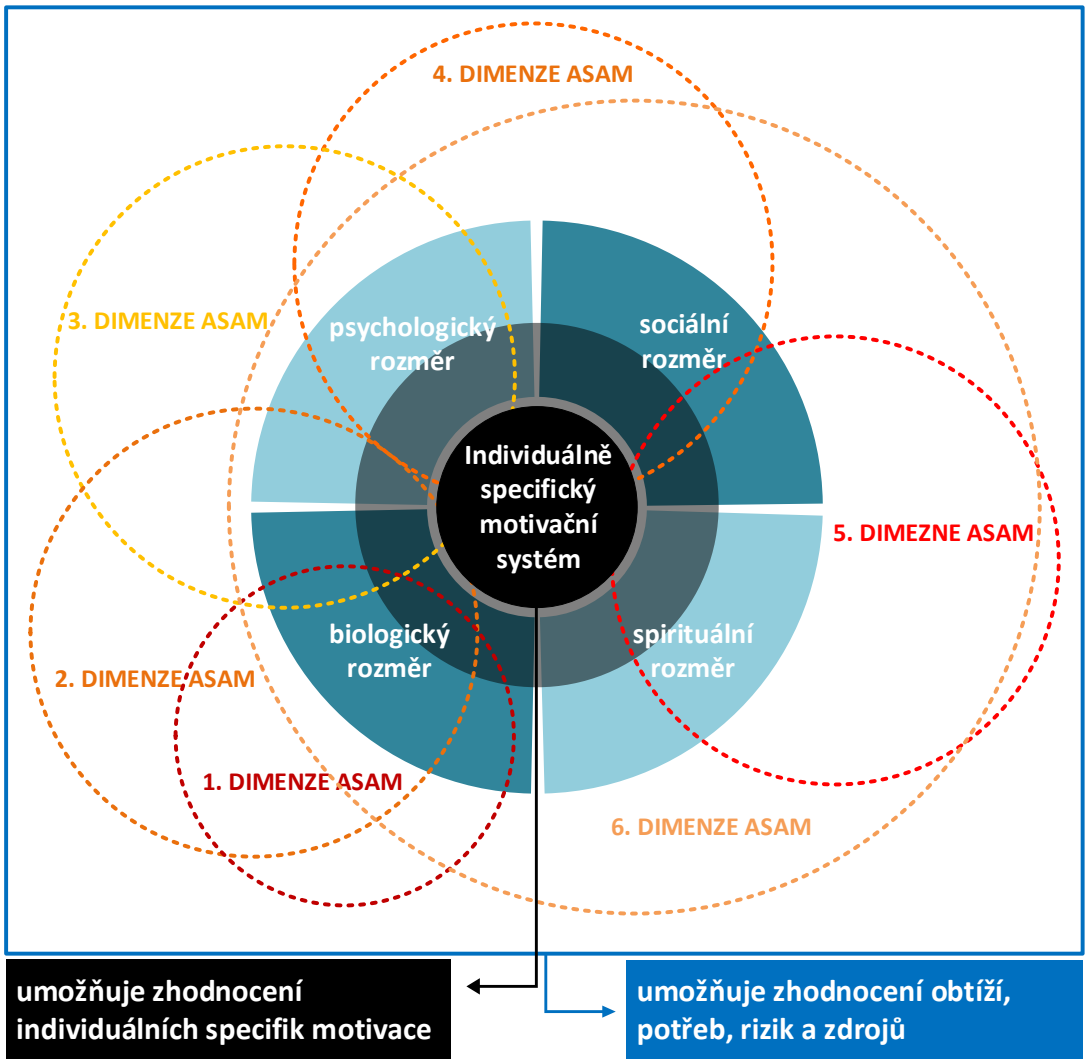
Autoři předkládají následující hlavní zásady léčby (West a Brown, 2013, s.247-249): (a) změna rovnováhy motivačních sil oslabením těch, které jsou příliš silné, posílením těch, které jsou slabé, a přidáním nových sil; (b) použití tohoto postupu na celý motivační systém, nikoliv pouze na některé jeho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

- ***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.
- ***Prozkoumejte celou škálu individuálních specifik v motivačním systému***: identifikujte individuální specifika v motivačním systému, které jsou příčinou problému, včetně nefunkčních přesvědčení, pocitů, impulzů, prožitku identity, sklonu k sebekontrole a návyků.
- ***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 psychologické 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.
- ***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.

- ***Zvláštní pozornost věnujte časovému rozložení léčby**: v* souvislosti s výše uvedeným je třeba časové rozložení farmakologické a psychologické léčby přizpůsobit identifikovaným individuálním specifikům na úrovni etiologie závislostního chování a závislosti.

6.3. Metodologie – 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 závažně 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 rozvinutého syndromu závislosti 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.

kontinuum kvality změny v BPSS	cíle změny
Změna vzorců závislostního chování	Mírnění souvisejících rizik.
	Méně rizikové formy užívání nebo závislostního chování.
Změna ve smyslu zvýšení kontroly	Snížení množství nebo četnosti užívání látek nebo závislostního chování.
	Abstinence od rizikově užívaných návykových látek nebo upuštění od rizikového chování.
Hlubší změna životního stylu	Kontrola nad užíváním látek nebo závislostním chováním.
	Abstinence od návykových látek nebo opuštění závislostního chování.

7. Výsledný soubor Doporučených klinických postupů v adiktologii

Na základě výše popsaných aktualizovaných teoretických východisek, popisované odborné diskuzi a za využití identifikovaných zdrojů, byla stanovena struktura a obsah výsledného souboru Doporučených klinických postupů (DKP). Výsledný soubor DKP je organizován procesně, tedy 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.

Doporučené postupy jsou procesně řazeny tak, aby na základě důkladného posouzení individuálního případu byly aplikovány indikované intervence a jejich účinnost byla pravidelně vyhodnocována. Na základě evaluace je plánován další postup. Současně DKP 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, u kterých se předpokládá, že na DKP navazují, viz celkové procesní schéma.

Výsledný soubor DKP je organizován následovně:

- 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 postupu pro specifické cílové skupiny shodné se 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 charteru zdroje (viz tabulka Úroveň důkazu – Efektivita).
- Pro základní orientaci v procesním řazení souboru Doporučených postupů lze použít procesní diagram CELKOVÉ PROCESNÍ SCHÉMA.

Na základě vývoje vnitřní odborné diskuse a v souladu se zadáním byly vytvořeny DKP pro následující intervence a identifikované cílové skupiny:

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 ÚŽÍVÁNÍ 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 SYMTOMATICKOU 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 SUBSITUČNÍ 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 REHBILITACE 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

7. Odborná diskuse

Odborná diskuse byla nedílnou součástí celého procesu tvorby DP. V souladu se zadáním, které stanovilo, že součástí projektu je také širší diskuse, propagace a informace širší odborné veřejnosti a dosažení shody s klíčovými odbornými společnostmi v oboru adiktologie. Projekt a jeho dílčí části byly prezentovány na několika odborných akcích, například během konference Cena adiktologie v roce 2022, na AT konferenci v roce 2023 a opět v roce 2024, jednání Výboru zástupců rezortů a institucí (VZRI).

Návrhové verze DP byly zaslány k připomínkovacímu řízení klíčovým střešním organizacím a odborným společnostem: Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP, České asociaci adiktologů (ČAA), Asociaci poskytovatelů adiktologických služeb (APAS), Asociaci poskytovatelů sociálních služeb (APSS ČR). Rovněž expertní panel projektu dostal příležitost poskytnout připomínky k návrhovým verzím. Veškeré připomínky byly zapracovány, případně bylo zdůvodněno, z jakého důvodu zapracovány nebyly.

8. Doporučení

Pro budoucí využití Doporučených klinických postupů v adiktologii v praxi je nezbytné udržovat soubor aktuální. Projektový tým na základě zkušenosti práce se zdroji v průběhu projektu navrhuje následující doporučení.

Doporučení pro první vydání

Členění souboru doporučených postupů do BOXU mělo v průběhu práce na tvorbě postupů zásadní význam pro dosažení funkčního procesního schématu. Samotný pojem „BOX“ je však poněkud archaický, když odkazuje spíše k tištěnému provedení. Projektový tým proto navrhuje před prvním vydáním zvážit, zda pojem box nenahradit pojmem „kapitola“, „oddíl“ nebo „svazek“. V souvislosti s tímto krokem je rovněž ke zvážení, zda neupravit číslování těchto částí pouze za využití arabských číslic.

Doporučení pro další výzkum

Doporučené postupy vycházejí ze současně dostupných vědeckých důkazů. Vzhledem k vývoji v oblasti vědy je žádoucí v pravidelných intervalech DKP aktualizovat.

Předkládané DKP neobsahují vyčerpávající seznam populací a skupin se zvláštními potřebami péče. V době vzniku DKP bylo definováno pouze několik specifických skupin, ovšem při aktualizaci je vhodné revidovat okruh postupů pro specifické cílové skupiny a doplnit jej o další skupiny, které byly v procesu tvorby DKP identifikovány, například migranti, etnické a kulturní minority, muži mající sex s muži, osoby s dlouhodobou bolestí, transgender a gender rozmanitá populace, osoby se zdravotním znevýhodněním.

Doporučení pro revizi a aktualizaci

Je žádoucí, aby byly DKP revidovány průběžně a formou průběžné revizní zprávy byly vydávány návrhy na úpravy DKP, vždy když dojde k významným změnám ve výzkumných zjištěních, které praxi adiktologických služeb ovlivňují, a to zejména s ohledem na:

- **Proběhlé změny úrovně důkazů**; vlivem nových výzkumných zjištění mohou stávající metody získávat nebo ztrácet na efektivitě a je nezbytné zpřesňovat doporučení pro jejich využití.
- **Nové důkazy o účinnosti nových a experimentálních metod**; vlivem nových zjištění mohou být do souboru DKP včleněny nové metody.

Celková revize by měla být provedena jednou za pět let, vydáním revidovaného vydání DKP obsahujícím nová a aktualizovaná zjištění anebo informací o skutečnosti, že k významným změnám nedošlo.

Pro první revizi doporučuje projektový tým zvážit minimálně následující kroky:

- **Bio-Psycho-Socio-Spirituální** model nahradit modelem **Bio-Psycho-Socio-Existenciálním;** na základě práce se zdroji má projektový tým za to, že pojem „existenciální“ v sobě spirituální komponentu zahrnuje a více odpovídá šíři této dimenze.
- **Sloučit stávající BOX III a IV pod názvem Psychosociální intervence;** Sloučení doporučených postupů pro psychoterapii a psychosociální intervence do jednoho postupu by více odpovídalo mezinárodní praxi. Oba okruhy metod navíc velmi významnou měrou sdílí důkazy efektivity a teoretická východiska.

9. Zdroje

Zdroje pro metodologická východiska

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

EUDA (EMCDDA) (2021). Implementing quality standards for drug services and systems. A six-step guide to support quality assurance. Dostupné z: https://www.issup.net/knowledge-share/resources/2021-10/implementing-quality-standards-drug-services-and-systems-six-step

Klugar, M. (2015). Systematická review ve zdravotnictví. Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. Dostupné z: https://nikez.mzcr.cz/res/file/dokumenty/Publikace-monografie/Klugar%20M.%20Systematická%20review%20ve%20zdravotnictví.2015.pdf

Líčeník, R., Kurfürst, P., Ivanová, K. AGREE II: Nástroj pro hodnocení doporučených postupů pro výzkum a evaluaci. Univerzita Palackého v Olomouci. 2013.

ÚZIS (2018). Metodika tvorby a zveřejňování návrhů DP a formuláře tvorby klinických doporučených postupů (DP). Dostupné z: https://DP.uzis.cz/res/file/metodika/metodika-tvorby-a-zverejnovani-navrhu-DP-a-formulare-tvorby-klinickych-doporucenych-postupu.pdf

West, R., Brown, J. (2013). Theory of Addiction. John Wiley & Sons, Ltd.

Poznámka: Ostatní zdroje, které byly využívány pro sestavení Doporučených postupů, a další bibliografické zdroje jsou uváděny vždy v příslušných boxech

Přílohy:

Přílohou 1 Souhrnné zprávy je odbornou společností schválený Úvod k uživatelské verzi Doporučených klinických postupů v adiktologii, který se obsahově z významné části se Souhrnnou zprávou překrývá.

Přílohou 2 Souhrnné zprávy je Přehled dotazníků a screeningových nástrojů, který je rovněž přílohou uživatelské verze Doporučených klinických postupů v adiktologii.

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]

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.