DEFINOVÁNÍ POTŘEBNOSTI A DOSTUPNOSTI

ADIKTOLOGICKÝCH SLUŽEB NADREGIONÁLNÍHO A CELOSTÁTNÍHO CHARAKTERU V ČR

Úřad vlády České republiky

Zpracovatel:
ACoRD, z.s.
IČO: 08582408

Zpracováno v rámci dotace U-50-25.

Obsah

1 Úvod & metodika ... 5

1.1 Zadání ... 6

1.2 Metodika zpracování ... 7

1.2.1 Použité metody ... 7

2 Analytická část ... 11

2.1 Definování nadregionálních adiktologických služeb ... 12

2.1.1 Síť adiktologických služeb ... 13

2.1.2 Přístup k definování nadregionálních služeb v systému řízení a financování sociálních služeb 14

2.1.3 Analýza územní povahy služeb ... 15

2.1.4 Použitý přístup - definice ... 26

2.2 Vyhodnocení sčítání adiktologických služeb 2023 ... 27

2.2.1 Certifikáty a smlouvy ... 27

2.2.1 Práce s dětskou klientelou ... 28

2.2.1 Působnost poskytovatelů ... 30

2.2.2 Pobytové služby – kapacita ... 32

2.2.3 Financování služeb ... 34

2.2.4 Personální a technické zázemí ... 40

2.3 Ověření využití Metodiky analýzy potřeb ... 47

2.4 Vyhodnocení řízených rozhovorů ... 51

2.4.1 Certifikace ... 51

2.4.2 Personální kapacity ... 52

2.4.3 Financování ... 53

2.4.4 Potřebnost ... 53

2.4.5 Dostupnost ... 56

2.4.6 Nabídka adiktologických služeb a mezioborová spolupráce ... 57

2.4.7 Specifické otázky pro konkrétní adiktologické služby ... 58

2.4.8 Specifické otázky pro krajské koordinátory ... 63

2.4.9 Otevřená otázka (náměty / další doporučení) ... 63

2.5 Závěry ... 65

3 Použité zdroje a přílohy ... 74

3.1 Použité zdroje ... 75

3.2 Přílohy ... 76

SEZNAM TABULEK, GRAFŮ A OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Certifikát Rady Vlády (v %) 27

Obrázek 2 Smlouva se zdravotní pojišťovnou na poskytování výkonů zdravotních služeb v oboru návykových nemocí nebo v oboru adiktologie (v %) 28

Obrázek 3 Práce s osobami mladšími 18 let (v %) 29

Obrázek 4 Působnost poskytovatelů – dle krajů 30

Obrázek 5 Sídla poskytovatelů – podle krajů 31

Obrázek 5 Počet lůžek speciálně vyčleněných pro léčbu pacientů/klientů s různými typy závislostí... 32

Obrázek 6 Dotace/finanční příspěvky na činnost služby (v %) – dle jednotlivých služeb 36

Obrázek 7 Finanční prostředky – platby od klientů 37

Obrázek 9 Průměrné náklady služby na klienta v r. 2022 40

Obrázek 8 Celková výše úvazků pracovníků v přímé péči na 1 000 klientů v roce 2022 41

Obrázek 9 Celková výše úvazků ostatních pracovníků (nepracující s klienty/pacienty) na 1 000 klientů v r. 2022 43

Obrázek 10 Procento klientů/pacientů jednotky spadající do vybraných kategorií (v %) - medián 43

Obrázek 11 Nabídka speciální služby či intervence určené výhradně pro děti a mladistvé do 18 let se závislostním problémem/ohrožení závislostmi 44

Obrázek 12 Právní forma provozovatele 45

Tabulka 1 Vybrané datové zdroje 7

Tabulka 2 Přehled uskutečněných individuálních rozhovorů 9

Tabulka 3 Přehled uskutečněných konzultací 10

Tabulka 4 Celková výše úvazků pracovníků v přímé péči na 1 000 klientů v roce 2022 42

SEZNAM ZKRATEK

APSS ČR	Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky
AT	adiktologický
CS	cílová skupina
DR	desk research
ESF	Evropský sociální fond
ERDF	Evropský fond pro regionální rozvoj
HR	harm reduction (= služby minimalizace rizik)
IDI	individuální rozhovory
iPREV	Interaktivní platforma podpory duševního zdraví a prevence rizikového chování
IZS	integrovaný záchranný systém
KRAS	Koncepce rozvoje adiktologických služeb 2021
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR
MZ	Ministerstvo zdravotnictví ČR
NNO	nestátní nezisková organizace
NRLUD	Národní registr léčby uživatelů drog
NSRSS	Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016–2025
PČR	Policie České republiky
RVKPZ	Rada vlády pro koordinaci politiky v oblasti závislostí
TK	terapeutická komunita
VTOS	výkon trestu odnětí svobody

1 ÚVOD & METODIKA

1.1 ZADÁNÍ

Kontext

České republice je aktuálně téměř 300 adiktologických služeb v oblasti sociální, zdravotní a/nebo školství. Tento systém služeb s různou mírou a intenzitou pokrývá celé spektrum problémů spojených s užíváním návykových látek a s dalším závislostním chováním.

Z hlediska koncepční a strategické přípravy pro inovaci nastavení a další rozvoj adiktologických služeb došlo v roce 2021 ke schválení Koncepce rozvoje adiktologických služeb. Ten definuje novou typologii služeb a stanoví základní parametry sítě adiktologických služeb. Současně nastiňuje potřebnou dostupnost jednotlivých typů služeb, která musí být definována na základě samostatné analýzy potřebnosti. Došlo také ke zpracování Metodiky pro stanovení potřebnosti adiktologických služeb regionálního charakteru, která byla nejprve pilotně ověřována a nyní je již implementována v několika krajích. Zbývá však definovat potřebnost a dostupnost adiktologických služeb nadregionálního a celostátního charakteru. Z tohoto důvodu Úřad vlády ČR, jako sekretariát Rady vlády pro koordinaci politiky v oblasti závislostí, inicioval realizaci projektu "Definování potřebnosti a dostupnosti adiktologických služeb nadregionálního a celostátního charakteru v ČR”.

Tento projekt byl realizován v období od 1.3.2025 do 30.11.2025.

Cíl a předmět projektu

Cílem projektu je vyhodnotit potřebnost adiktologických služeb nadregionálního a celostátního charakteru v České republice.

Předmětem projektu je zpracování studie Definování potřebnosti a dostupnosti adiktologických služeb nadregionálního a celostátního charakteru v ČR.

1.2 METODIKA ZPRACOVÁNÍ

1.2.1 Použité metody

V rámci projektu realizace prací byly použity tyto metody:

- **Desk Research (DR)** – v rámci této metody byly zkoumány veškeré dostupné pro zadaný výzkumný cíl relevantní datové zdroje, které se váží k problematice definování potřebnosti a dostupnosti adiktologických služeb nadregionálního a celostátního charakteru v ČR;
- **Individuální rozhovory (IDI)** – individuální rozhovory proběhly se zástupci Úřadu Vlády ČR, poskytovatelů adiktologických služeb a krajských úřadů;
- **Konzultace se zástupci sekretariátu Rady vlády pro koordinaci politiky v oblasti závislostí a se zástupci střešních organizací adiktologických služeb** – tyto konzultace sloužily k odborné diskusi a připomínkování průběžných výstupů, včetně použitých postupů a metod práce.

1.2.1.1 Desk research

Metoda desk research neboli „výzkum od stolu“, spočívá ve sběru a analýze sekundárních dat. Desk research zahrnuje vyhledání, sběr, rešerši, analýzu a vyhodnocení již existujících dostupných informací a relevantních dokumentů. Cílem analýzy dokumentace bylo nastudování a zhodnocení dostupných dokumentů a informací, které umožní řádně nastavit další pokračování prací, stanovení hypotéz či prvních závěrů.

Pro desk research bylo využito následujících zdrojů a dokumentů:

Tabulka 1 Vybrané datové zdroje

Použité zdroje	Dostupnost
Miovský, M. (2013): Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice. Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze, Univerzita Karlova v Praze, 80 s.	https://www.adiktologie.cz/file/375/koncepce-siti-blok-online.pdf
Metodiky analýzy potřeb k praktické realizaci Návrhu nástroje zajištění dostupnosti adiktologických služeb	
Národní ústav pro vzdělávání (2025): Primární prevence.	https://archiv-nuv.npi.cz/t/pprch.html
Drogy-info.cz	

Zdroj: vlastní

1.2.1.2 Individuální rozhovory

Vybraná metoda individuálních polostrukturovaných rozhovorů je kvalitativní výzkumná metoda, která se zaměřuje na získání hlubších a detailních informací o tématu potřebnosti a dostupnosti adiktologických služeb nadregionálního a celostátního charakteru prostřednictvím přímé komunikace s respondenty (klíčovými aktéry v oblasti nastavování strategií protidrogové politiky a poskytovatelů adiktologických služeb). Tato metoda byla zpracovatelem vyhodnocena jako vhodná pro zkoumání subjektivních názorů, zkušeností a postojů účastníků výzkumu, což je klíčové pro získání komplexního pohledu na potřeby a dostupnost adiktologických služeb nadregionálního a celostátního charakteru v České republice.

Charakteristika použité metody

Polostrukturovaný rozhovor je kombinací strukturovaných a nestrukturovaných rozhovorů, přičemž respondentovi jsou položeny předem připravené otázky, ale zároveň je ponechána určitá flexibilita v odpovědích, včetně možnosti tazatele reagovat na průběh rozhovorů a získané informace. Tato metoda umožňuje hlubší pochopení osobních názorů a zkušeností respondenta a zároveň poskytuje rámec pro systematické shromažďování dat.

Výzkumné otázky

Design výzkumného šetření je uveden v příloze č. 1.

Výběr a oslovení respondentů

Respondenti jsou vybráni na základě relevantních kritérií, která zohledňují jejich odborné znalosti a zkušenosti v oblasti adiktologie, jejich přímou zkušenost s poskytováním adiktologických služeb a zároveň zkušenosti v oblasti definování cílů a strategií v oblasti protidrogové politiky. Jako respondenti byli vybráni zejména pracovníci adiktologických služeb.

Analýza dat

Po dokončení rozhovorů byly získané odpovědi analyzovány kvalitativní metodou. Analýza spočívala v tematickém kódování a identifikaci klíčových vzorců a témat, která byla následně využita k formulování doporučení pro zlepšení dostupnosti adiktologických služeb. Tato data budou použita k definování potřebnosti a dostupnosti služeb na nadregionální a celostátní úrovni.

Etické zásady

Veškeré rozhovory byly prováděny s plným respektem k etickým zásadám, které zahrnují informovaný souhlas účastníků, anonymitu a ochranu osobních údajů. Respondenti byli informováni o právu na soukromí a možnosti kdykoli ukončit rozhovor bez udání důvodu.

Rozhovory byly realizovány se zástupci následujících institucí:

Tabulka 2 Přehled uskutečněných individuálních rozhovorů

Oslovená organizace	Oslovená organizace
Asociace poskytovatelů adiktologických služeb, sekce primární prevence	Dětská psychiatrická nemocnice Louny
Adiktio	Psychiatrická léčebna Červený Dvůr
Advaita, z. ú.	Psychiatrická nemocnice Brno
Centrum adiktologické prevence, o.p.s.	Psychiatrická nemocnice Bohnice
Diecézní charita Brno	Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod
DRUG-OUT Klub, z.s.	Psychiatrická nemocnice Kosmonosy
Kolpingovo dílo České republiky z.s.	Psychiatrická nemocnice Marianny Oranžské
Krajská adiktologická ambulance pro děti a dorost s.r.o	Psychiatrická klinika Fakulty zdravotnických studií UJEP v Ústí nad Labem a Krajské zdravotní, a.s.
Laxus, z.ú.	Protidrogový koordinátor Hl. m. Prahy
Magdaléna, o.p.s.	Krajský protidrogový koordinátor Středočeského kraje
PREVENT 99 z.ú.	Krajský protidrogový koordinátor Jihočeského kraje
Progressive, o.p.s.	Krajský protidrogový koordinátor Plzeňského kraje
Renarkon, o.p.s.	Krajský protidrogový koordinátor Karlovarského kraje
RIAPS Trutnov	Krajský protidrogový koordinátor Ústeckého kraje
SANANIM z.ú.	Krajský protidrogový koordinátor Libereckého kraje
Semiramis, z.ú.	Krajský protidrogový koordinátor Královéhradeckého kraje
Společnost Podané ruce o.p.s.	Krajský protidrogový koordinátor Pardubického kraje
WHITE LIGHT I, z.ú.	Krajský protidrogový koordinátor kraje Vysočina
Zařízení sociální intervence Kladno	Krajský protidrogový koordinátor Jihomoravského kraje
	Krajský protidrogový koordinátor Moravskoslezského kraje

Zdroj: vlastní

1.2.1.3 Konzultace

V průběhu realizace prací probíhaly konzultace se zástupci sekretariátu Rady vlády pro koordinaci politiky v oblasti závislostí a se zástupci střešních organizací adiktologických služeb. Součástí bylo i písemné připomínkování průběžných výstupů oslovenými odborníky.

Tabulka 3 Přehled uskutečněných konzultací

Formát konzultace	Datum uskutečnění
Online konzultace se zástupci sekretariátu Rady vlády pro koordinace politiky v oblasti závislostí	21.2.2025
Online konzultace se zástupci sekretariátu Rady vlády pro koordinaci politiky v oblasti závislostí a se zástupci střešních organizací adiktologických služeb	12.5.2025
Workshop „Definování potřebnosti a dostupnosti adiktologických služeb nadregionálního a celostátního charakteru v ČR“ v rámci AT konference 2025	10.6.2025
Online konzultace se zástupci sekretariátu Rady vlády pro koordinaci politiky v oblasti závislostí a se zástupci střešních organizací adiktologických služeb	8.12.2025

Zdroj: vlastní

2 ANALYTICKÁ ČÁST

2.1 DEFINOVÁNÍ NADREGIONÁLNÍCH ADIKTOLOGICKÝCH SLUŽEB

Nadregionální adiktologické služby definujeme na základě geografické distribuce služeb, skladby klientů, institucionálního zastřešení služeb a potřeby intervence ze strany státu. Přitom definujeme síť trvalých nadregionálních služeb a rozvojovou síť služeb, kde je pro jejich rozvinutí na regionální úrovni potřebná intervence státu. Na základě těchto aspektů i ověření v rámci řízených rozhovorů bylo shledáno, že charakter trvalé nadregionální služby mají: terénní práce na tanečních akcích (s nadregionální klientelou), služby poskytované v online formě (s nadregionální klientelou), adiktologické služby poskytované ve věznicích, detoxikační jednotky, psychiatrická lůžková péče, terapeutické komunity a následná péče – pobytová forma.

Do rozvojové sítě služeb aktuálně zařazujeme: služby indikované prevence, služby krizové stabilizace, adiktologické ambulance pro děti a dorost, adiktologické služby pro seniory, substituční léčbu a denní stacionáře.

Řada výše uvedených (rozvojových) služeb by měla být podle Koncepce rozvoje adiktologických služeb 2021 poskytována na regionální úrovni, čemuž neodpovídá stávající stav dostupnosti služeb. V jejich případě bude v následujícím kroku definována síť rozvojových služeb, která bude dočasně mezistupněm mezi sítí regionálních služeb a sítí nadregionálních a celostátních služeb. Dále byla identifikována vhodnost intervence ze strany státu v rámci informační podpory preventivních služeb, internetové formy služeb minimalizace rizik a internetového poradenství a léčby.

2.1.1 Síť adiktologických služeb

V této podkapitole jsou představeny adiktologické služby dle klasifikace Koncepce rozvoje adiktologických služeb 2021 (dále KRAS 2021).

Adiktologické služby se dělí podle příslušnosti k resortu (a tím i způsobu úhrad péče) na:

- Služby zdravotnických zařízení a nelékařských adiktologických ambulancí (hrazené především ze systému veřejného zdravotního pojištění)
- Služby poskytovatelů sociálních služeb (poskytované především NNO a financované zejména z dotací)
- Zároveň má ovšem část služeb financování kombinované, složené jak z dotací, tak ze zdravotního pojištění.

Níže je uvedeno členění adiktologických služeb na základní typy dle KRAS (2021) a specifikováno jejich zaměření.

Preventivní služby

cíl: zabránit/oddálit zkušenosti s návykovou látkou / zabránit vzniku závislostního chování
služby: prevence rizikového chování, zejména pak školská prevence

Služby minimalizace rizik

- **cíl**: navázání časného kontaktu, snižování zdravotních, sociálních a ekonomických rizik a dopadů závislostního chování, ochrana veřejného zdraví, motivace uživatelů drog ke změně
- **služby**: kontaktní centra, terénní programy (včetně terénní práce na tanečních akcích)

Služby krátkodobé stabilizace

- **cíl**: krátkodobá stabilizace somatického a psychického stavu klienta, stabilizace po relapsu, minimalizace symptomů odvykacího syndromu
- **služby**: detoxikační jednotky, krizová stabilizace

Služby ambulantní léčby a poradenství

cíl: zlepšení zdravotního stavu, sociální situace, změna životního stylu klienta
služby: psychiatrické, adiktologické (zdravotní) ambulance, nezdravotnické ambulance, multidisciplinární ambulantní programy

Rezidenční léčba

cíl: úzdrava a celková stabilizace klienta (sociální, rodinná, vztahová, pracovní aj.)
služby: psychiatrické nemocnice / léčebny, terapeutické komunity

Služby následné péče

- **cíl**: udržení abstinence po léčbě, udržení změn v životním stylu, sociální rehabilitace a integrace
- **služby**: ambulantní, pobytové (podporované ubytování), chráněné zaměstnání

2.1.2 Přístup k definování nadregionálních služeb v systému řízení a financování sociálních služeb

Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016–2025 (NSRSS), uvádí ve Specifickém cíli H.2: „Vymezit a nadále podporovat síť nadregionálních sociálních služeb“, že je třeba „definovat pojem „síť nadregionálních sociálních služeb“ (viz Opatření H.2.1) a také „vypracovat postup pro řízení a podporu sítě nadregionálních sociálních služeb (viz Opatření H.2.2). Další Opatření tohoto dokumentu (B.2.3) stanovuje úkol „nastavit systém finanční podpory pro „síť nadregionálních služeb“.

Je tedy zřejmé, že na koncepční a strategické úrovni je podporována myšlenka, že k některým službám je vhodné přistupovat z národní úrovně (ve smyslu jejich financování, ale i definování jejich sítě).

Zároveň Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) v rámci dotačního titulu Program podpory B definuje, že tyto sociální služby, které mají „nadregionální či celostátní charakter“, a pro tyto služby je určena speciální státní finanční podpora[1]. V současné době jde o jediný dohledatelný konkrétní výčet těchto služeb:

- Telefonická krizová pomoc s celostátní působností
- Pobytové služby poskytované s ohledem na situaci osob – ohrožení násilným chováním jiné osoby/osob (domácí, genderově podmíněné, předsudečné násilí, utajený pobyt)
- Služby pro osoby v zařízeních bez vazby na kraj
  - služby s místem poskytování v zařízeních, do kterých jsou osoby umisťovány na základě rozhodnutí soudu (věznice, detenční zařízení, výchovné zařízení apod.)
  - terapeutické komunity, následná péče -pobytová forma, příp. u následné péče, kdy je součástí poskytované služby pobytová i ambulantní forma (tj. v rámci 1 identifikátoru), lze podpořit i ambulantní formu služby)
- Sociální služby pro cizince, kterými se rozumí fyzické osoby, které nejsou občany ČR včetně občanů EU dle zákona č. 326/1999 Sb.
- Pobytové služby pro duchovní, válečné veterány, přeživší holocaustu.

Při **Asociaci poskytovatelů sociálních služeb České republiky** (APSS ČR) funguje i odborná iniciativa, Sekce nadregionálních poskytovatelů sociálních služeb, která sdružuje poskytovatele působící „napříč kraji“ nebo celostátně. Cílem je zajistit zastoupení těchto poskytovatelů, stabilní financování a participaci v tvorbě sociální politiky[2].

[1] https://www.mpsv.cz/vyhlaseni-dotacniho-rizeni-v-oblasti-poskytovani-socialnich-sluzeb-s-nadregionalni-ci-celostatni-pusobnosti
[2] https://www.apsscr.cz/blog/sekce-nadregionalnich-sluzeb-apss-cr

2.1.3 Analýza územní povahy služeb

V této podkapitole jsou analyzovány jednotlivé typy adiktologických služeb z hlediska jejich geografické distribuce, institucionálního zastřešení a případné potřeby intervence ze strany státu. Přitom jsou využívána zejména data o počtu služeb z KRAS 2021 a portálu Drogy-info[3]. Tyto zdroje ovšem v některých případech již neposkytují přesné údaje o četnosti a rozmístění služeb. Údaje tak byly aktualizovány / ověřeny ve spolupráci s Úřadem Vlády ČR.

Přitom není rozlišováno mezi kategoriemi služeb nadregionálního a celostátního charakteru. **Účelem tohoto díla je analyzovat stav služeb, které jsou buď organizovány a financovány na celostátní úrovni, nebo kde jejich organizace a financování na krajské a místní úrovni z nějakého důvodu nepostačuje**, a tudíž je u nich z pohledu zpracovatele vhodná intervence ze strany státu (aktuálně reprezentovaného Odborem protidrogové politiky Úřadu vlády ČR).

SLUŽBY NADREGIONÁLNÍHO A CELOSTÁTNÍHO CHARAKTERU

- Za služby nadregionálního a celostátního charakteru jsou v první řadě považovány služby, které svým charakterem nevyvolávají potřebu organizace na regionální úrovni.
- Jedná se zejména o služby, které nemusejí být poskytovány v přirozeném prostředí klientů – např. pobytové služby a služby poskytované distanční, především pak online formou.
- U těchto služeb je předpoklad, že budou dlouhodobě organizovány a financovány na celostátní úrovni.

ROZVOJOVÉ SLUŽBY

- Skupina služeb, které sice z hlediska svého charakteru mají spadat do sítě regionálních služeb, ale vzhledem k jejich nedostatečné nabídce, nebo dalším nedostatkům a limitům je vhodné, aby za jejich rozvoj intervenoval stát.
- Tyto služby jsou navrhovány k zařazení do sítě rozvojových služeb, které bude stát dočasně podporovat (alespoň do doby, než budou dostatečně rozvinuty na regionální úrovni a budou zařazeny do krajských sítí služeb).

SLUŽBY MÍSTNÍHO A REGIONÁLNÍHO CHARAKTERU

- Za služby místního a regionálního charakteru tak jsou pro účely tohoto díla považovány služby, které jsou organizovány a financovány na úrovni místních, nebo krajských samospráv a jsou dostupné napříč kraji ČR.

[3] https://www.drogy-info.cz/

Preventivní služby

ADIKTOLOGICKÉ PREVENTIVNÍ SLUŽBY

- **V r. 2019 bylo celkem 80 certifikovaných služeb poskytujících prevenci v adiktologii, z nich bylo 52 z oblasti všeobecné, 20 selektivní a 8 indikované prevence**[4] (KRAS 2021).[5]
- Dle KRAS 2021 (s. 35), by *Specializované programy primární prevence (preventivní centra) nabízející selektivní a indikovanou prevenci by měly být dostupné na úrovni každého okresu, resp. pražského správního obvodu. Kapacita všeobecné prevence na úrovni každého okresu by měla být schopna pokrýt poptávku základních a středních škol po všeobecné prevenci.*
- Poradny drogové prevence a bezdrogové zóny jsou dostupné ve všech věznicích (KRAS 2021).

Nadregionální/celostátní působnost zhodnocení:

- Z hlediska počtu certifikovaných služeb lze vyvodit, že na nadregionální úrovni mohou být poskytovány adiktologické preventivní služby v oblasti selektivní a indikované prevence. Z hlediska plánované dostupnosti se ovšem spíše nabízí organizace těchto služeb na krajské úrovni. Na mikroregionální až krajské úrovni ovšem nejsou aktuálně dostupné zejména služby indikované prevence. Někteří poskytovatelé poskytují, či mohou poskytovat službu na nadregionální úrovni.
- Podle KRAS 2021 (s. 21) certifikované programy indikované prevence zcela chybí v krajích Středočeském, Karlovarském, Královéhradeckém kraji a Kraji Vysočina.
- Většinu poskytovatelů preventivních služeb tvoří NNO. Zároveň jsou služby poskytovány i pedagogicko-psychologickými poradnami a středisky výchovné péče, ale chybí informační zdroje k rozsahu poskytování těchto služeb. I když někteří poskytovatelé mohou poskytovat služby na území několika krajů, není zde z institucionálního hlediska zjevné napojení na stát. Vzhledem k územnímu zacílení specifikovanému v KRAS 2021 na poskytování služeb primární prevence na úrovni okresů by byla vhodná jejich organizace na krajské úrovni.
- V oblasti programů primární prevence však může být účelná intervence ze strany státu, zejména v zastřešení a poskytování celoplošné preventivní informační kampaně. Mohla by tak existovat organizace zřizovaná státem, která by se zaměřovala na tvorbu a realizaci informační kampaně a informačních materiálů v oblasti primární prevence[6]. Kampaň by mohla zahrnovat webové stránky, kampaň na sociálních sítích, spolupráci s influencery, tvorbu informačních materiálů, tvorbu audiovizuálních materiálů apod. Materiály tvořené touto organizací by mohli využívat ostatní poskytovatelé primární prevence.

Adiktologické preventivní služby mají (v osobní formě) regionální charakter. Služby indikované prevence jsou ovšem poskytovány v omezené míře a v řadě regionů zcela chybí. Z dlouhodobého hlediska by ovšem mělo být docíleno jejich poskytování na úrovni každého okresu. Celostátní

---

[4] Preventivní služby jsou zaměřeny zejména na školní mládež. Služby všeobecné (primární) prevence jsou zaměřené na běžnou populaci dětí a mládeže. Služby selektivní (primární prevence) jsou zaměřené na rizikové skupiny dětí. Služby indikované (primární) prevence jsou zaměřeny na jedince či skupiny vystavené působení intenzivních rizikových faktorů, či u kterých se již projevuje rizikové chování. Viz Národní ústav pro vzdělávání (2025).

[5] Aktuální stav preventivních služeb není zpracovateli zřejmý. Ze seznamu udělených certifikátů (leden 2025) nelze vyčíst. Zpracovatel by buď musel realizovat šetření a zjišťovat rozsah poskytovaných služeb u všech aktuálně certifikovaných poskytovatelů, nebo získat databázi poskytovatelů služeb s podrobnějšími informacemi (pokud je k dispozici).

[6] Tvorbou preventivních materiálů tematicky spadajících do oboru adiktologie takto zabývá Hygienická služba ČR. Informační podporu pro primární prevenci poskytuje také Klinika adiktologie Všeobecné fakultní nemocnice v Praze prostřednictvím portálu iPREV (Interaktivní platforma podpory duševního zdraví a prevence rizikového chování).

charakter by ovšem měla mít informační podpora preventivních služeb, kde by bylo vhodné, aby stát zajišťoval informační a komunikační zastřešení (zejména) pro služby primární prevence.

2.1.3.1 Služby minimalizace rizik

KONTAKTNÍ CENTRA	• Nízkoprahová kontaktní a poradenská centra, jejichž cílovou skupinou jsou především (injekční) uživatelé nelegálních drog, poskytují především služby snižování rizik (KRAS 2021) • **55 služeb** dle KRAS 2021. • „Kontaktní centra pro cílovou skupinu uživatelů alkoholu a nelegálních drog by měla být dostupná na úrovni každého okresu, resp. pražského správního obvodu“ (KRAS 2021, s. 36).
TERÉNNÍ PROGRAMY	• Nízkoprahové terénní programy, jejichž cílovou skupinou jsou především (injekční) uživatelé nelegálních drog, poskytují především služby snižování rizik (KRAS 2021) • **52 služeb** dle KRAS 2021 • „Terénní programy pro uživatele nelegálních drog (injekční uživatele) by měly být v každé obci velikosti/typu okresního města, resp. pražského správního obvodu, a v případě potřeby ve městech od 10 tis. obyvatel“ (KRAS 2021, s. 36).
TERÉNNÍ PRÁCE NA TANEČNÍCH AKCÍCH	• **3 poskytovatelé** dle Drogy-info.cz (2025) • Preventivní a intervenční činnost • Poskytovatelé poskytují služby zejména v Praze a Středočeském kraji a v Brně, případně nárazově na akcích jinde v ČR (dle krajských výročních zpráv jsou poskytovány i na území dalších krajů)

Služby minimalizace rizik mohou být poskytovány také telefonickou a internetovou formou.

Nadregionální/celostátní působnost zhodnocení:

- Z hlediska počtu služeb i rozmístění jejich poskytovatelů v ČR lze v zásadě konstatovat, že Kontaktní centra a terénní programy jsou poskytovány na regionální úrovni. Tomu odpovídá i plán KRAS 2021, že oba typy služeb mají být k dispozici v každém okresu (v případě terénních programů i každém městě nad 10 tis. obyv.). Terénní práce na tanečních akcích však má nízké množství poskytovatelů a otázkou je její dostupnost napříč ČR.
- Také z institucionálního hlediska lze konstatovat, že kontaktní centra a terénní programy nemají celostátní charakter, protože jsou zpravidla poskytovány NNO, z nichž mnohé mají regionální působnost. I terénní práci na tanečních akcích poskytují NNO.
- Z hlediska potřeby intervence ze strany státu je otázkou, zdali by nebyla vhodná organizace / podpora terénní práce na tanečních akcích ze strany státu. Tuto službu sice mohou případně poskytovat i regionální poskytovatelé preventivních služeb a terénních programů, nicméně i vzhledem k jejich omezeným kapacitám7 může být účelné její zastřešení státem a případné propojení s celostátní preventivní kampaní. Totéž platí u poskytování služby minimalizace rizik internetovou formou, kde může být oslovování a počáteční orientace klientů prováděno v návaznosti na případnou celostátní informační / komunikační kampaň.

Kontaktní centra i terénní programy mají charakter regionálních služeb. Celostátní charakter ovšem mohou mít terénní práce na tanečních akcích většího rozsahu a/nebo s návštěvníky z různých regionů. Ty vyžadují pokrytí dodatečnými kapacitami nad rámec regionálních terénních služeb a nabízí se zde vhodnost intervence ze strany státu, který může tyto služby zastřešovat a využívat i pro celostátní preventivní kampaň. Vhodná intervence ze strany státu by byla také u internetové

[7] Regionální poskytovatelé terénních služeb zpravidla nemají kapacity na poskytování služby na velkých tanečních akcích. Na nich bývají také návštěvnici z celé ČR i zahraničí. Z kapacitního i klientského hlediska by tak bylo vhodné považovat terénní práce na velkých tanečních akcích / akcích nadregionálního významu za celostátní službu.

formy minimalizace rizik, kde by mohla být případná celostátní preventivní kampaň propojena s oslovováním a počáteční orientací klientů, kteří by následně byli přesměrováni na poskytovatele služeb v kontaktních centrech a poskytovatele terénních programů.

2.1.3.2 Služby krátkodobé stabilizace

DETOXIKAČNÍ JEDNOTKY	• Iniciální léčba (před případným nástupem na dlouhodobou léčbu) • **24 služeb, zejména v nemocnicích a psychiatrických nemocnicích**. Některá zařízení poskytují služby jen pro určité klienty (muži, ženy, děti); celkem 22 zařízení. (Drogy-info.cz 2025). Dle stejného zdroje detoxikační jednotky zcela chybí v Karlovarském a Pardubickém kraji. • Dle KRAS 2021 14 detoxifikačních jednotek (celkem 38 zdravotnických zařízení poskytuje detoxifikaci) • Detoxifikaci prováděly v r. 2019 celkem 2 věznice (Brno a Praha-Pankrác, viz KRAS 2021). • Lůžková detoxifikace s dostatečnou kapacitou by měla být dostupná na úrovni kraje v počtu 1–4 zařízení na území kraje, orientačně 1 zařízení s kapacitou 5–10 lůžek na 300 000 obyvatel (KRAS 2021, s. 38).
KRIZOVÁ STABILIZACE	• Krátkodobá lůžková péče sociálního charakteru pro klienty, kteří se ocitli v ohrožení v důsledku náročné životní situace, s délkou trvání v řádu jednoho až několika dnů (KRAS 2021). • V KRAS 2021, ani u jiných zdrojů nebyly získány souhrnné informace o počtu a lokalizaci zařízení krizové stabilizace. **Dle informací Úřadu Vlády ČR v současné době adiktologické programy krizové intervence v ČR nejsou poskytovány.** • Lůžka krizové stabilizace by měla být dostupná na úrovni každého okresu, resp. pražského správního obvodu (KRAS 2021, s. 39).
ZÁCHYTNÉ STANICE	• Protialkoholní záchytné stanice jsou dle informací z internetu k dispozici v každém kraji ČR. Obvykle je k dispozici jedna záchytka na kraj, jejímž zřizovatelem je krajská samospráva (resp. Hl. m. Praha). Záchytné stanice bývají zpravidla provozovány v rámci krajských nemocnic nebo krajské zdravotnické záchranné služby. Mají tak regionální charakter. • Otázkou je, zdali by neměla být k dispozici hustší síť záchytných stanic, pro omezení jízd zdravotnické záchranné služby, nebo policie do vzdálených zařízení a pro omezení zatížení nemocničního personálu osobami, které by v případě lepší dopravní dostupnosti byly umístěny do záchytné stanice. Vzhledem k existujícímu systému ovšem nedává smysl, aby provoz záchytek zaštítil stát.

Nadregionální/celostátní působnost zhodnocení:

- Z územního hlediska mají nadregionální až celostátní charakter detoxikační jednotky, které nejsou k dispozici ve všech krajích a některé z nich jsou specializovány na užší spektrum pacientů (např. na děti a mládež).
- Většina detoxikačních jednotek je provozována nemocnicemi a léčebnami zřizovanými státem (psychiatrické nemocnice a léčebny, fakultní nemocnice). Část je ovšem provozována krajskými nemocnicemi či soukromými subjekty (např. detoxikační jednotka společnosti PATEB s. r. o. v Jemnici). Z institucionálního hlediska tedy detoxikační jednotky částečně spadají do kategorie celostátní působnosti.
- Ke službě krizová stabilizace nebyly dohledány informace o poskytovatelích, protože v ČR tyto služby aktuálně nejsou poskytovány. Vzhledem k cíli dostupnosti na úrovni okresu dle KRAS 2021

by bylo možné tuto službu klasifikovat jako službu regionálního charakteru, vzhledem k její nedostupnosti ji však lze spíše považovat za službu nadregionálního charakteru.

Navzdory cíli KRAS 2021, aby v každém kraji ČR byla 1-4 zařízení poskytující lůžkovou detoxikaci lze vzhledem ke stávajícímu pokrytí území ČR, příjmu pacientů z různých krajů na jednotlivých jednotkách, i vzhledem k tomu, že většinu zařízení zřizuje stát, považovat detoxikační jednotky za služby nadregionálního až celostátního charakteru.

2.1.3.3 Služby ambulantní léčby a poradenství

PSYCHIATRICKÉ / ADIKTOLOGICKÉ AMBULANCE

Níže počty ambulancí dle KRAS 2021:

- **Ambulancí registrovaných jako lékařské AT ambulance** (obor návykové nemoci) je v ČR **cca 60**, z toho přes 20 v Praze, z nich necelých 30 je v systému veřejného zdravotního pojištění.
- V r. 2019 byla poskytována ambulantní léčba ve 43 centrech pro závislé na tabáku (především v rámci lůžkových zařízení oboru pneumologie nebo vnitřního lékařství).
- Adiktologické zdravotnické ambulance: celkem registrováno 58 poskytovatelů, z nich přes 20 v Praze, v systému veřejného zdravotního pojištění je cca 30 ambulancí.
- Ambulantní programy sociálních služeb: celkem odhadem 15 programů.
- Dětské a dorostové adiktologické ambulance, které mají status sociálních a/nebo zdravotních služeb: celkem 9 programů.
    - Kladno, Litoměřice, Praha 7x[8]
- Adiktologické ambulance pro odsouzené a vězněné osoby jsou realizovány v cca 10 věznicích (KRAS 2021). To dle informací od zadavatele pravděpodobně zahrnuje věznice, kde je zřízeno tabulkové místo adiktologa (v kompetenci Vězeňské služby ČR). Dále jsou ovšem ve věznicích poskytovány programy neziskových organizací, jejichž pracovníci dochází do věznic na základě dohody s vedením věznice. Dále je NNO poskytována následná po-výstupní péče. Intenzivní spolupráci s NNO, tj. 10 a více návštěv za rok, vykázalo dle informací od zadavatele celkem 32 věznic.
- Ambulantní adiktologická léčba by měla být dostupná na úrovni každého okresu, resp. pražského správního obvodu (KRAS 2021, s. 37). Specializované programy dětské a dorostové adiktologie, gerontoadiktologie, programy pro hazardní hráče, programy pro adiktologické pacienty s duální diagnózou by měly být dostupné na úrovni kraje. (KRAS 2021, s. 37).

Nadregionální/celostátní působnost zhodnocení:

- Z hlediska četnosti certifikovaných služeb lze vyvodit, že uvedené ambulance jsou službou regionálního charakteru. Nicméně je třeba vzít v potaz jejich geografickou distribuci.
- Klíčovým parametrem je ovšem charakter služby z hlediska naplňování potřeb klientů. Ambulantní služby musí být dobře dostupné pro klienty, kteří mají mnohdy omezenou mobilitu[9], a potřebují do těchto služeb pravidelně dojíždět. Proto by měly být poskytovány na co nejnižší územní úrovni.
- Geografická distribuce služeb
    - Řada krajů je bez poskytovatele.
    - V případě dětské a dorostové adiktologické ambulance je patrná jasná nadregionální působnost vzhledem k tomu, že 7 z 9 těchto ambulancí je v Praze.
- Institucionální zastřešení:

[8] Dle aktuálních informací je služba poskytována ve více lokalitách, mj. v Ústí nad Labem a Ostravě.

[9] Nebo limitované časové možnosti např. z důvodu práce či péče o děti.

- Adiktologické služby poskytované ve věznicích jsou poskytované na půdě věznic, tedy zařízení zřizovaných organizační složkou státu. Proto by dávalo logiku vnímat tyto služby jako služby celostátního charakteru a organizovat je na celostátní úrovni.

DENNÍ STACIONÁŘE

- Denní stacionáře – psychiatrické, psychoterapeutické, adiktologické apod. – dle Drogy-info.cz je jich v ČR **pouze 8.** Nachází se pouze v Praze (5), Brně (2) a Plzni (1).
- Zaměření: psychoterapii pacientů z diagnostického okruhu afektivních a neurotických poruch doléčení, upevnění remise a resocializaci pacientů s psychotickým onemocněním
  - Některé DS nepřijímají pacienty s těžkou poruchou osobnosti, závislostí na návykových látkách a závažnou kognitivní poruchou, dále s aktivní závislostí nebo škodlivým užíváním návykových látek a závislostí na hracích automatech
  - Některé DS nabízí podporu i lidem, kteří řeší nelátkové závislosti (hazard, sázení, online nakupování, pornografie)
  - Některé DS přijímají jen lidi žijícím na území obce působnosti (např. v MČ P6)
- Podle KRAS 2021 pouze 1 stacionář umístěný v Praze vykázal vyšší počet pacientů s problémy s návykovými látkami a je možno jej považovat za specializovaný adiktologický program.

Nadregionální/celostátní působnost zhodnocení:

- Denní stacionáře jsou vzhledem k potřebě denní dojížďky klientů službou regionálního charakteru. Služba ovšem není v ČR až na několik lokalit dostupná, a proto je vhodné službu zařadit do sítě rozvojových služeb. To potvrzují následující faktory.
- Geografická distribuce služeb
  - Denní stacionáře nejsou ve většině krajů, jsou pouze v Hl. m. Praze, Jihomoravském a Plzeňském kraji.
  - Některá zařízení přijímají pacienty z pouze ze své obce působnosti.
  - Některá zařízení přijímají pouze úžeji vymezené spektrum AT pacientů (např. lidi s nelátkovými závislostmi), některá zařízení nepřijímají pacienty se závislostí na návykových látkách atd., což zpravidla obnáší nadregionální spádové území, ze kterého jsou přijímáni pacienti.
- Institucionální zastřešení:
  - Některé stacionáře jsou zřizovány pod Psychiatrickými klinikami fakultních nemocnic, část pod NNO, sociálními službami atd.

SUBSTITUČNÍ LÉČBA	• **17 poskytovatelů + 6 substituční léčba – metadon** (Drogy-info.cz 2025).
	  ○ Větší množství v Brně (kromě metadonu) a Praze, řada krajů bez poskytovatele…
	  ○ metadon: Hradec Králové, Mělník, 6x Praha
	• v r. 2019 nahlásilo do NRLUD pacienty v substituční léčbě celkem 61 zdravotnických zařízení (KRAS 2021).
	• Mezi poskytovateli jsou i státní psychiatrické či fakultní nemocnice. Nabízí se zde institucionální zastřešení státem.
	• Substituční léčbu poskytovalo v r. 2019 celkem 5 věznic (KRAS 2021).
	• Ambulantní program nabízející substituční léčbu opioidními agonisty by měl být dostupný na úrovni každého okresu, resp. pražského správního obvodu (KRAS 2021).

Nadregionální/celostátní působnost zhodnocení:

- Podobně jako u dalších ambulantních služeb, i u substituční léčby platí potřeba co nejlepší dostupnosti na regionální úrovni. Z hlediska charakteru služby se tedy jedná o regionální službu.
- Z hlediska počtu certifikovaných služeb a jejich geografické distribuce lze vyvodit, že substituční léčba je v řadě regionů nedostupná či dostupná jen omezeně.
- Geografická distribuce služeb
  - Síť ambulantních léčebných zařízení vč. programů substituční léčby je nedostatečná.
  - Řada krajů je bez poskytovatele.
  - Substituční léčba metadonem je pouze v některých krajích (např. v Hl. m. Praze, Královehradeckém, Středočeském, Ústeckém a Jihočeském kraji)
  - Substituční léčba je zastoupena ve větším množství v Brně a Praze, řada krajů je bez poskytovatele.
- Vzhledem k výše uvedené omezené dostupnosti je vhodné zařadit substituční léčbu do sítě rozvojových služeb.

Služby ambulantní léčby a poradenství probíhají i terénní formou – zajištění motivace klienta, krizová intervence, nebo ambulantní detoxikace. Mohou být poskytovány také telefonickou nebo internetovou formou

Specializované programy dětské a dorostové adiktologie, gerontoadiktologie, programy pro hazardní hráče, programy pro adiktologické pacienty s duální diagnózou by měly být dostupné na úrovni kraje (KRAS 2021, s. 37).

Orientační kapacita: 0,5 lékařské ambulance na 100 000 obyvatel, 1 adiktologická ambulance na 100 000 obyvatel, 1 adiktologická ambulance s rozšířenou péčí na 500 000 obyvatel, 1 adiktologický mobilní tým na 500 000 obyvatel, 1 ambulance dětské a dorostové adiktologie na 500 000 obyvatel, 1 stacionární program s kapacitou 5–10 míst na 500 000 obyvatel (KRAS 2021, s. 37)

INTERNETOVÉ PORADENSTVÍ	• **Cca 23 poskytovatelů** (Drogy-info.cz 2025); různé zaměření jednotlivých poskytovatelů (dle druhů závislostí) • Mezi poskytovateli převažují poskytovatelé se spíše regionální působností, kteří službu nabízejí jako alternativu k poradenství v osobní formě, nebo se službou snaží podchytit další klientelu. Někteří poskytovatelé mají ovšem celostátní působnost.

Nadregionální/celostátní působnost zhodnocení:

- Geografickou distribuci služeb nemá smysl posuzovat vzhledem k formě poskytování služby.
- Z hlediska intervence státu se v oblasti internetového poradenství nabízí zastřešující role státu jednak v dohledu na kvalitu poradenství, jednak prostřednictvím vhodné ústřední role internetového / online média zajišťovaného státem, které by mělo provazbu na internetové poradenství. V případě realizace státní informační kampaně v preventivní oblasti se nabízí, aby vytvořené webové stránky měly provazbu i na internetové poradenství, tedy odkazovaly klienty na ověřené (certifikované) poskytovatele internetového poradenství.

Charakter rozvojové služby mají vzhledem k omezené dostupností a významné centralizaci v Praze adiktologické ambulance pro děti a dorost. Dále vzhledem ke geografické dostupnosti i denní stacionáře pro adiktologické klienty.

Také adiktologické služby poskytované ve věznicích lze považovat za celostátní vzhledem k tomu, že jejich klienti bývají mnohdy obyvateli širšího území, než regionu, kde sídlí příslušná věznice. Dalším důvodem je institucionální rovina, protože se jedná o služby poskytované na půdě organizací zřizovaných státem. To platí jak pro služby poskytované přímo Vězeňskou službou ČR, tak pro služby poskytované ve věznicích NNO.

Z hlediska geografické distribuce služeb a (ne)pokrytí území krajů lze za rozvojovou službu označit také substituční léčbu. U ní by dle zjištění z komunikace se zadavatelem dávalo smysl uvažovat o institucionálním zastřešení státem.

Z hlediska intervenční role státu se nabízí intervence v oblasti internetového poradenství, kde by v případě realizace preventivní kampaně zaštítěné státem mohla být zajištěna provazba na internetové poradenství.

2.1.3.4 Rezidenční léčba

Síť adiktologických služeb rezidenční léčby má charakter celostátní sítě služeb. Zařízení poskytující rezidenční léčbu by mělo být typicky dostupné na úrovni každého kraje (rezidenční zdravotnické programy v počtu 1–3 na kraj, programy typu terapeutických komunit v počtu 1–2 na kraj). Na úrovni kraje by měly být dostupné rezidenční adiktologické služby také pro děti a mládež a pro stárnoucí/starší klienty s adiktologickou (reziduální) poruchou (KRAS 2021, s. 40).

PSYCHIATRICKÁ LŮŽKOVÁ PÉČE

- Psychiatrické léčebny a psychiatrické nemocnice a etablovaná oddělení pro léčbu závislostí v rámci nemocničních komplexů
- **Celkem 17 oddělení nebo zařízení**, u kterých podíl adiktologických pacientů dosahuje 50 % a více (Miovský 2013)
- Dle Mapy pomoci Drogy-info.cz (2025) je v ČR celkem 23 psychiatrických nemocnic, léčeben, klinik a nemocničních oddělení, které poskytují péči adiktologickým pacientům
  - Žádné ze zmapovaných zařízení není umístěno v Karlovarském nebo Zlínském kraji.
- Nadregionální a celostátní působnost mají mj. dětské psychiatrické léčebny (dle Miovského 2013 jsou v ČR celkem 3)
- Dle KRAS 2021 v r. 2019 celkem 22 psychiatrických nemocnic (z toho 3 pro děti) a 33 psychiatrických oddělení. Zařízení registrovaných jako zařízení oboru AT (návykové nemoci) je v ČR celkem 17.

Nadregionální/celostátní působnost zhodnocení:

- Lůžkovou péči poskytovanou psychiatrickými nemocnicemi a léčebnami je možné považovat za nadregionální, resp. celostátní službu. To potvrzují následující faktory.
- Geografická distribuce služeb
  - Psychiatrické nemocnice a léčebny zcela chybí v některých krajích (např. Karlovarském, Libereckém, Pardubickém)
  - Některá zařízení přijímají pacienty z celé ČR.
  - Některá zařízení přijímají pouze úžeji vymezené spektrum AT pacientů (např. jen muže, nebo ženy, nebo dětské pacienty), což zpravidla obnáší nadregionální spádové území, ze kterého jsou přijímáni pacienti.
- Institucionální zastřešení:
  - Psychiatrické nemocnice a léčebny jsou zpravidla zřizovány Ministerstvem zdravotnictví. Z institucionálního hlediska se tedy jedná o zařízení celostátního charakteru.

TERAPEUTICKÉ KOMUNITY

- Dle Mapy pomoci Drogy-info.cz[10] je v ČR celkem **25 terapeutických komunit**. Některé jsou ovšem omezené jen pro muže, či ženy (bývají to někdy stejní poskytovatelé zřizující 2 komunity).
- Dle KRAS 2021 celkem **19 terapeutických komunit**, z nich cca 15 je registrováno jako sociální služba.

Nadregionální/celostátní působnost zhodnocení:

- Terapeutické komunity je možné považovat za nadregionální, resp. celostátní službu. To potvrzují následující faktory.
- Geografická distribuce služeb
  - Terapeutické komunity nejsou ve všech krajích – v některých zcela chybí (např. Karlovarském, Zlínském, Pardubickém). (Drogy-info.cz)
  - Některá zařízení přijímají pacienty z celé ČR.
  - Některá zařízení přijímají pouze úžeji vymezené spektrum AT pacientů (např. jen muže, nebo ženy, mladistvé a mladé dospělé, matky s dětmi), což zpravidla obnáší nadregionální spádové území, ze kterého jsou přijímáni pacienti.
- Institucionální zastřešení:
  - Terapeutické komunity mají různé zřizovatele (mohou být příspěvkovými organizacemi krajů, nebo NNO). Z institucionálního hlediska se tedy nejedná o zařízení provázané se státem.

Dle KRAS 2021 (s. 40) by mělo být *„zařízení poskytující rezidenční léčbu typicky dostupné na úrovni každého kraje (rezidenční zdravotnické programy v počtu 1–3 na kraj, programy typu terapeutických komunit v počtu 1–2 na kraj)*“.

V 6 specializovaných zařízeních resortu školství pro pobyt dětí ohrožených drogovou závislostí absolvovalo v r. 2019 pobyt 148 dětí (KRAS 2021).

Léčbu závislostí ve vězení bylo možné absolvovat ve 14 věznicích, z toho 3 věznice realizovaly v r. 2019 soudem nařízené ochranné léčení (od r. 2021 se počet věznic realizujících ochranné léčení zvýšil na 4).

Služby rezidenční léčby, a to jak psychiatrickou lůžkovou péči, tak terapeutické komunity lze z hlediska geografické dostupnosti i pohybu klientů považovat za služby nadregionálního až celostátního (v případě zaměření na úžeji vymezené skupiny klientů – např. děti) charakteru.

Z institucionálního hlediska je možné považovat za službu celostátního charakteru psychiatrickou lůžkovou péči, protože je zpravidla poskytovaná v zařízeních zřizovaných státem. Totéž lze konstatovat o léčbě závislostí ve vězení.

[10] https://www.drogy-info.cz/mapa-pomoci/

2.1.3.5 Služby následné péče

PROGRAMY NÁSLEDNÉ PÉČE S PODPOROVANÝM UBYTOVÁNÍM

- V r. 2019 bylo dle KRAS 2021 poskytováno celkem **39 programů následné** péče – z toho celkem 24 programů následná péče - pobytová forma.
- Kromě programů následné péče s podporovaným ubytováním existují ambulantní programy následné péče. Ty jsou ovšem regionálního charakteru.
- Intervence mohou být poskytovány také telefonickou a internetovou formou.
- Program následné péče (doléčovací program) je určen pro osoby s anamnézou závislosti na návykových látkách (legálních i nelegálních) nebo problematikou patologického hráčství s doporučenou minimální dobou abstinence 3 měsíce.
  - Některá zařízení jsou úžeji vymezená, např. přijímají jen osoby nad 18 let / s diagnózou závislosti na nealkoholových návykových látkách.
- Většina programů je službou sociální, jen několik má statut zdravotní služby.
- Adiktologická následná péče s dostatečnou kapacitou chráněného bydlení (podporovaného ubytování) by měla být dostupná na úrovni každého okresu, resp. pražského správního obvodu.“ KRAS (2021, S. 41)

Nadregionální/celostátní působnost zhodnocení:

- Programy následné péče s podporovaným ubytováním je možné spíše považovat za nadregionální, resp. celostátní službu.
- Geografická distribuce služeb
  - Služby s podporovaným ubytováním jsou jen v části krajů.
  - Některá zařízení přijímají pouze úžeji vymezené spektrum adiktologických klientů.
  - Mnoho klientů služby pochází z jiných krajů, než kde je jim služba poskytnuta.

Z hlediska stávající geografické dostupnosti AT služeb následné péče lze považovat za nadregionální až celostátní programy následné péče s podporovaným ubytováním, protože jimi prochází klienti z různých krajů a území ČR jimi není dostatečně pokryto.

2.1.4 Použitý přístup - definice

Dle geografické distribuce služeb

Předpoklad, že pokud nejsou službami / zařízeními pokryty všechny kraje, jedná se o rozvojové služby. Pokud pochází klienti služeb z území několika krajů, nebo celé ČR, jedná se o nadregionální, nebo celostátní služby.

Obecně při počtu poskytovatelů dané služby v ČR do cca 25 poskytovatelů dochází k tomu, že v některých krajích nesídlí žádní poskytovatelé, resp. žádná zařízení. Přitom řada služeb, pro které platí toto zjištění je v Koncepci rozvoje adiktologických služeb 2021 definována jako regionální. Vzhledem k jejich nedostatečné dostupnosti na úrovni regionů tak tyto služby jsou definovány jako rozvojové, pro jejichž patřičné rozšíření na regionální úrovni je potřeba intervence ze strany státu. Tyto služby jsou vyznačeny kurzívou.

Druhy služeb identifikované jako nadregionální / celostátní a rozvojové z geografického hlediska:

- *služby indikované prevence*
- terénní práce na tanečních akcích
- detoxikační jednotky
- *programy krizové stabilizace*
- *adiktologické ambulance pro děti a dorost*
- *adiktologické služby pro seniory*
- *substituční léčba*
- psychiatrická lůžková péče
- terapeutické komunity
- programy následné péče s podporovaným ubytováním

Dle potřeby intervence ze strany státu.

Pro potřeby této analýzy jsou do souboru dále posuzovaných služeb nadregionálního a celostátního charakteru zařazovány i služby, u nichž zpracovatel identifikoval vhodnost intervence ze strany státu, např. u internetového poradenství může být otázkou kvalita služby.

Mohlo by být vhodné centrálně kontrolovat kvalitu / specifikovat standardy / poskytovat granty (omezenému počtu poskytovatelů). Z pohledu zpracovatele by neměl být zájem na příliš velkém množství poskytovatelů online služeb, aby nebyla nabídka pro klienty moc nepřehledná a aby nebyly velké rozdíly v kvalitě služeb. Také u preventivních služeb by mohla být žádoucí celostátní koordinace, např. v rámci realizace kampaní a podpory služeb zacílených na užší cílové skupiny (např. selektivní a indikovaná prevence, terénní práce na tanečních akcích).

Druhy služeb identifikované jako nadregionální / celostátní z hlediska potřeby intervence:

- terénní práce na tanečních akcích
- internetové poradenství
- služby online terapie
- internetová forma služeb minimalizace rizik

Dle institucionálního zastřešení.

Např. adiktologické služby poskytované ve věznicích jsou poskytované na půdě věznic, tedy **zařízení zřizovaných organizační složkou státu**. I proto dává větší smysl organizovat tyto služby na celostátní úrovni, než na regionální úrovni. Totéž může platit u služeb poskytovaných v nemocnicích zřizovaných Ministerstvem zdravotnictví.

Druhy služeb identifikované jako nadregionální / celostátní z institucionálního hlediska:

- detoxikační jednotky
- adiktologické služby poskytované ve věznicích
- psychiatrická lůžková péče

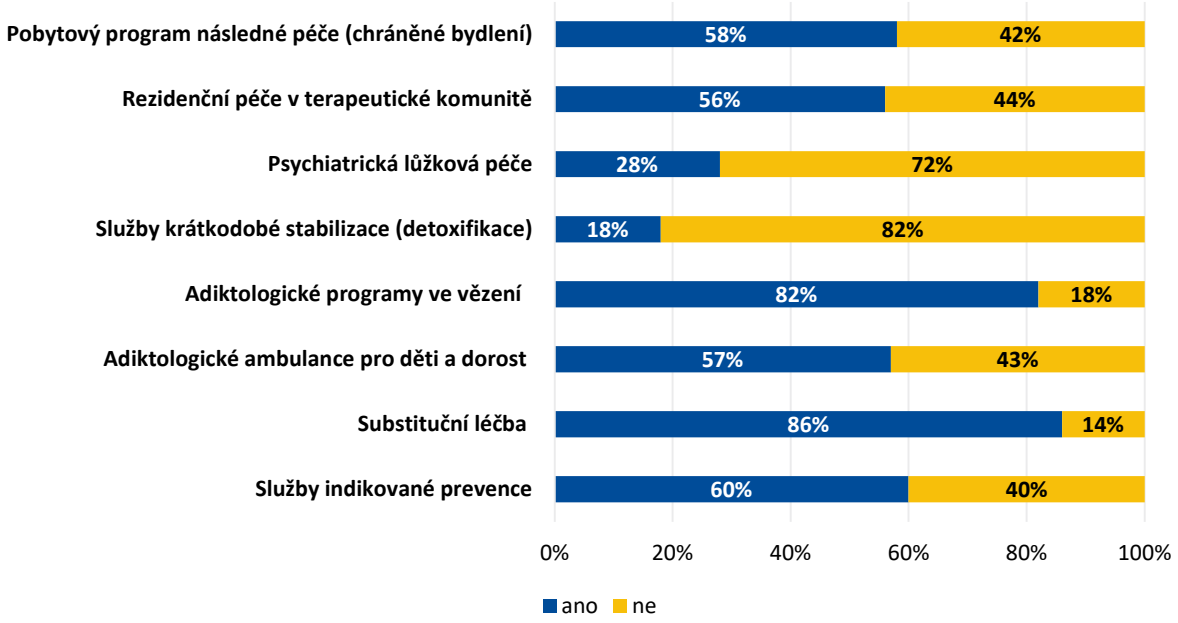
2.2 VYHODNOCENÍ SČÍTÁNÍ ADIKTOLOGICKÝCH SLUŽEB 2023

V následujících podkapitolách jsou vyhodnoceny výsledky Sčítání adiktologických služeb realizovaného v roce 2023, a to včlenění za jednotlivé zjišťované okruhy s porovnáním jednotlivých služeb. Celkem dotazník zodpověděl následující počet poskytovatelů (N) – dle jednotlivých služeb:

- Adikt. preventivní služby na úrovni indikované prevence – N= 15
- Adikt služby ambulantní léčby a poradenství - program substituční léčby – N= 21
- Adikt služby ambulantní léčby a poradenství - ambulance pro děti a dorost – N= 35
- Adikt služby ambulantní léčby a poradenství - adiktologické programy ve vězení – N= 11
- Adikt služby krátkodobé stabilizace (detoxifikace) – N= 17
- Adikt služby rezidenční léčby - rezidenční péče v terapeutické komunitě – N= 18
- Adikt služby následné péče – pobytový program následné péče (chráněné bydlení) – N= 26

2.2.1 Certifikáty a smlouvy

Obrázek 1 Certifikát Rady Vlády (v %)



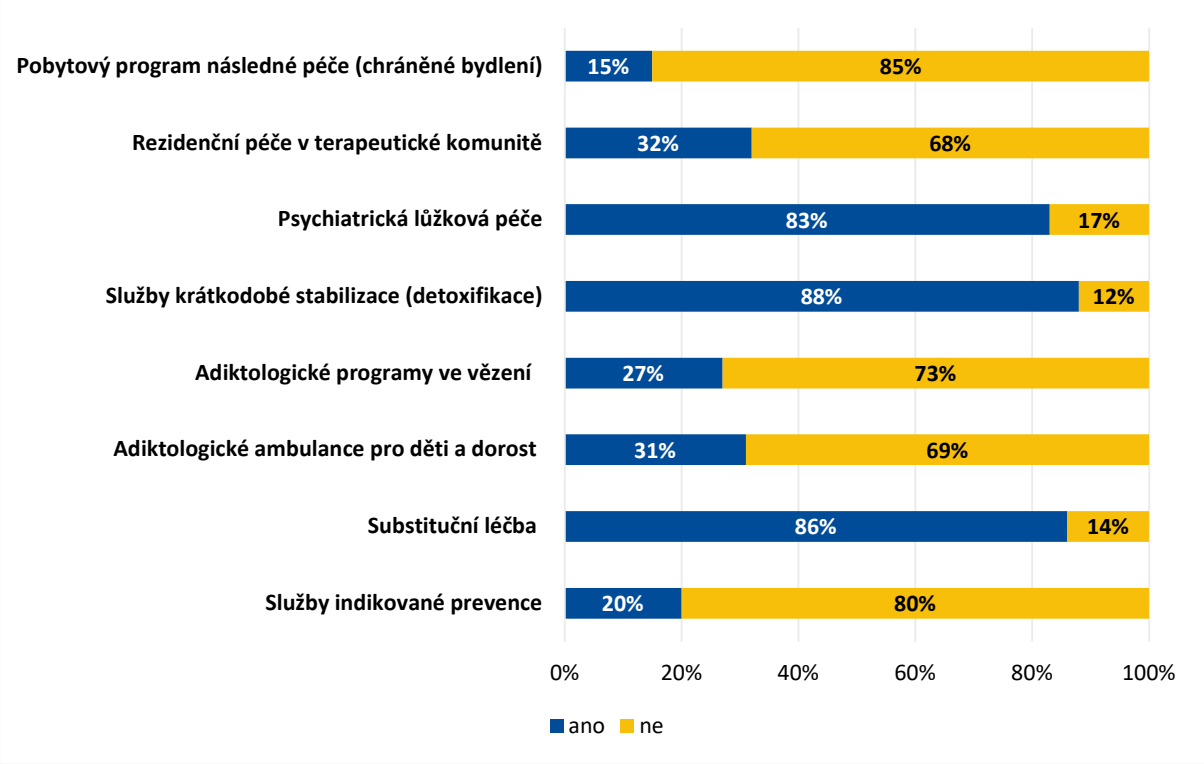
Znění otázky: Má vaše jednotka certifikát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (dnes Rady vlády pro koordinaci politiky v oblasti závislostí) nebo Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR?

U všech hodnocených druhů služeb s výjimkou detoxikace a psychiatrické lůžkové péče měla většina poskytovatelů certifikát Rady Vlády nebo MŠMT[11]. U poskytovatelů substituční léčby a adiktologických programů ve vězení mělo certifikát dokonce více než 80 % poskytovatelů. U jednotek detoxikace a psychiatrické lůžkové péče může být příčinou nízkého podílu certifikovaných jednotek skutečnost, že se jedná o zpravidla státní zdravotnická zařízení financovaná zejména z veřejného zdravotního pojištění a nemají tudíž takovou motivaci k certifikaci jako ostatní poskytovatelé.

[11] Proces certifikací programů primární prevence byl MŠMT ukončen v roce 2019, a nový způsob hodnocení jejich kvality dosud spuštěn není.

Tato otázka poukazuje na to, které typy služeb jsou hrazeny zejména z veřejného zdravotního pojištění. Jedná se o služby psychiatrická lůžková péče, detoxikace a substituční léčba, které jsou zpravidla poskytovány ve zdravotnických zařízeních a jsou považovány za součást zdravotní péče. Naopak drtivá většina poskytovatelů ostatních služeb smlouvu se zdravotní pojišťovnou nemá.

Obrázek 2 Smlouva se zdravotní pojišťovnou na poskytování výkonů zdravotních služeb v oboru návykových nemocí nebo v oboru adiktologie (v %)



Znění otázky: Máte na poskytování výkonů zdravotních služeb v oboru návykových nemocí nebo v oboru adiktologie (tj. na specializovanou péči o závislé) smlouvu s některou ze zdravotních pojišťoven?

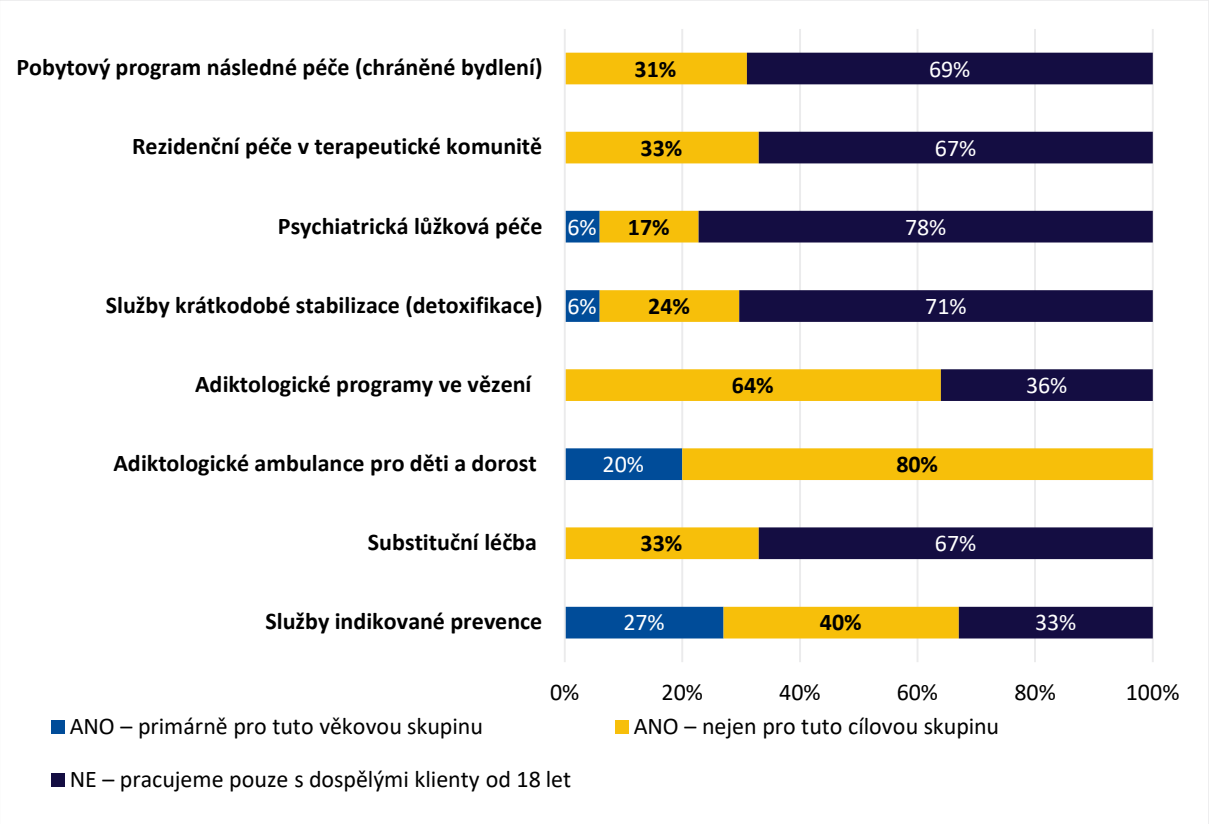
2.2.1 Práce s dětskou klientelou

Značná většina poskytovatelů služeb uvedla, že pracují pouze s dospělými klienty. Přibližně třetina poskytovatelů pracuje nejen s CS osob mladších 18 let.

Poskytovatelé, kteří jsou zaměřeni primárně na osoby mladší 18 let, jsou k dispozici v rámci psychiatrické lůžkové péče, detoxikace (v obou případech po jednom zařízení - Dětské a dorostové detoxifikační centrum VFN v Praze v případě detoxikace a Dětská psychiatrická nemocnice Louny v případě psychiatrické lůžkové péče), adiktologických ambulancí i služeb indikované prevence. U všech druhů služeb přitom působí poskytovatelé, kteří udávají, že poskytují adiktologické služby jak CS osob do 18 let, tak ostatním. Kromě kategorie adiktologických ambulancí pro děti a dorost je nejvyšší podíl jednotek deklarujících poskytování služeb pro osoby do 18 let u služeb indikované prevence. U těch je také nejvyšší podíl poskytovatelů, kteří poskytují služby primárně této CS. Jedná se o celkem 4 poskytovatele, kteří jsou zpravidla zaměřeni na primární prevenci (a služby indikované prevence tak poskytují stejné CS).

Jen třetina poskytovatelů zde udává, že služby CS do 18 let neposkytují. Překvapivý je vysoký podíl poskytovatelů adiktologických služeb ve vězení, kteří deklarují poskytování služeb CS osob do 18 let. Otázkou je, zdali přitom nevykazovali tuto skutečnost i za služby poskytované mimo věznice. U všech ostatních druhů služeb uvádí poskytování služeb pro CS osob do 18 let méně než jedna třetina poskytovatelů.

Obrázek 3 Práce s osobami mladšími 18 let (v %)



Znění otázky: Je vaše jednotka určena pro osoby mladší 18 let?

2.2.1 Působnost poskytovatelů

Většina poskytovatelů uvedla celorepublikovou působnost. V otázce mohli poskytovatelé vybrat více odpovědí.

Poskytovatelé přitom mnohdy uváděli působnost z pohledu území, ze kterého přijímají klienty. Poskytnuté odpovědi tedy nevyjadřují územní dostupnost služeb z pohledu klienta. Zatímco u dlouhodobé rezidenční léčby není pro klienta klíčové, jak daleko od domova je poskytována, u služeb ambulantní léčby a poradenství může být větší vzdálenost poskytovatele pro klienta citelný problém. U služeb terénního charakteru pak může větší vzdálenost od klientů naopak působit problém poskytovateli v podobě zvýšených nákladů a časové náročnosti při dojížďce za klienty. Proto byl ještě vyhotoven přehled sídla jednotek zapojených do šetření podle krajů.

Obrázek 4 Působnost poskytovatelů – dle krajů

	Služby indikované prevence	Substituční léčba	Ambulance pro děti a dorost	Adiktologické programy ve vězení	Detoxifikace	Psychiatrická lůžková péče	Terapeutické komunity	Pobytový program následné péče
Hl. m. Praha	1	9	10	0	3	2	0	0
Středočeský	0	4	8	1	2	1	0	1
Jihočeský	0	1	2	1	0	0	0	0
Plzeňský	2	1	2	1	1	2	0	2
Karlovarský	1	0	0	3	1	1	0	0
Ústecký	1	3	2	3	1	1	0	0
Liberecký	1	0	2	1	2	2	0	0
Královéhradecký	0	2	1	0	1	0	0	0
Pardubický	0	0	3	0	0	0	0	0
Vysočina	0	0	5	0	1	0	0	0
Jihomoravský	3	3	4	0	0	0	0	0
Olomoucký	2	1	0	1	1	0	0	1
Zlínský	2	1	1	0	1	0	0	1
Moravskoslezský	0	1	5	2	2	1	0	0
Celorepublikově	2	1	3	3	10	13	18	21

Znění otázky: Ve kterých krajích Vaše jednotka působí? V případě rezidenčních služeb uveďte, z jakých krajů přijímáte klienty/pacienty? Možno zvolit více odpovědí.

Dle sčítání má rezidenční léčba a následná péče s chráněným ubytováním celostátní působnost. To ve velké míře platí i o detoxikačních jednotkách, jejichž velká část už ovšem specifikovala i konkrétní kraje působnosti. Přitom jednotky terapeutických komunit uváděly pouze celostátní působnost. Ostatní služby mají naopak spíše regionální působnost, byť i mezi nimi někteří poskytovatelé uvedli, že mají celostátní působnost.

Pokud některé jednotky uvedly působnost na území více krajů, zpravidla to bylo za Hl. m. Prahu a Středočeský kraj. V ojedinělých případech pak za některé další sousedící kraje (např. na severní a východní Moravě), nebo pro širší území u významných spádových poskytovatelů (např. téměř celé Čechy u pražských nemocnic).

Zatímco všechny jednotky terapeutických komunit deklarovaly, že přijímají pacienty z celé ČR, neplatí tento postup pro zdaleka všechny psychiatrické nemocnice a léčebny a jejich lůžkovou péči. Např. Dětská psychiatrická nemocnice Louny, která je jediná svého druhu v ČR (z hlediska zaměření pouze na osoby do 18 let), deklarovala, že přijímá pacienty pouze z krajů severně a západně od Hl. m. Prahy (včetně). Také několik dalších nemocnic či nemocničních středisek deklarovalo, že psychiatrickou lůžkovou péči poskytují pouze pacientům ze „svého“ kraje. Totéž platí pro některé poskytovatele následné péče s chráněným ubytováním.

Obrázek 5 Sídla poskytovatelů – podle krajů

	Služby indikované prevence	Substituční léčba	Ambulance pro děti a dorost	Adiktologické programy ve vězení	Detoxifikace	Psychiatrická lůžková péče	Terapeutické komunity	Pobytový program následné péče
Hl. m. Praha	2	9	9	1	6	3	1	3
Středočeský	0	0	4	1	1	3	2	2
Jihočeský	0	1	1	1	1	1	2	2
Plzeňský	2	1	1	1	1	1	1	2
Karlovarský	1	0	0	0	0	0	0	0
Ústecký	1	3	1	3	1	2	2	3
Liberecký	1	0	1	0	1	1	1	1
Královéhradecký	0	2	0	0	0	1	0	0
Pardubický	0	0	3	0	0	0	0	0
Vysočina	0	0	5	0	1	2	1	2
Jihomoravský	3	3	4	1	0	0	3	4
Olomoucký	2	1	0	1	2	1	3	2
Zlínský	2	1	1	0	1	1	0	2
Moravskoslezský	1	0	5	2	2	2	2	3

Znění otázky: Kontaktní údaje vaší jednotky / Kraj.

V tabulce výše jsou uvedeny počty jednotek adiktologických služeb, které byly zapojeny do šetření dle krajů uvedených u jejich kontaktních adres. Tento přehled nemusí zcela odpovídat skutečnému aktuálnímu rozmístění jednotek adiktologických služeb, ale poskytuje rámcový přehled o jejich rozmístění v krajích ČR.

Podle kontaktních údajů jednotek poskytovatelů adiktologických služeb, za které byly vyplněny odpovědi v rámci sčítání lze konstatovat, že nejvyšší pokrytí řešenými typy služeb má Hl. m. Praha. Poměrně vysoké pokrytí má také Ústecký kraj, kde jsou spolu s Plzeňským krajem zastoupeny provozovny všech sledovaných služeb. U všech ostatních krajů nebyly dle sčítání některé ze sledovaných služeb zaznamenány.

Překvapující je absence detoxikačních jednotek a psychiatrické lůžkové péče v lidnatém Jihomoravském kraji a absence substituční léčby v obdobně lidnatém Moravskoslezském kraji.

Naopak nejnižší stupeň pokrytí adiktologickými službami byl zaznamenán v Karlovarském kraji, kde byla v rámci sčítání uvedena jediná jednotka služeb indikativní prevence a jinak zde nebyly sečteny žádné další sledované služby. Obdobně nízké je pokrytí kraje Pardubického a Královéhradeckého. Naopak Liberecký kraj, který je méně lidnatý než Pardubický a Královéhradecký má dle sčítání k dispozici provozovny všech sledovaných služeb kromě substituční léčby a adiktologických programů ve vězení. Z toho lze vyvodit, že dostupnost služeb může být odvislá mj. od podpory služeb na regionální či místní úrovni[12]. Některé kraje (či města) mohou svou podporou dosáhnout nadprůměrné vybavenosti, zatímco jiné problematiku spíše ignorují.

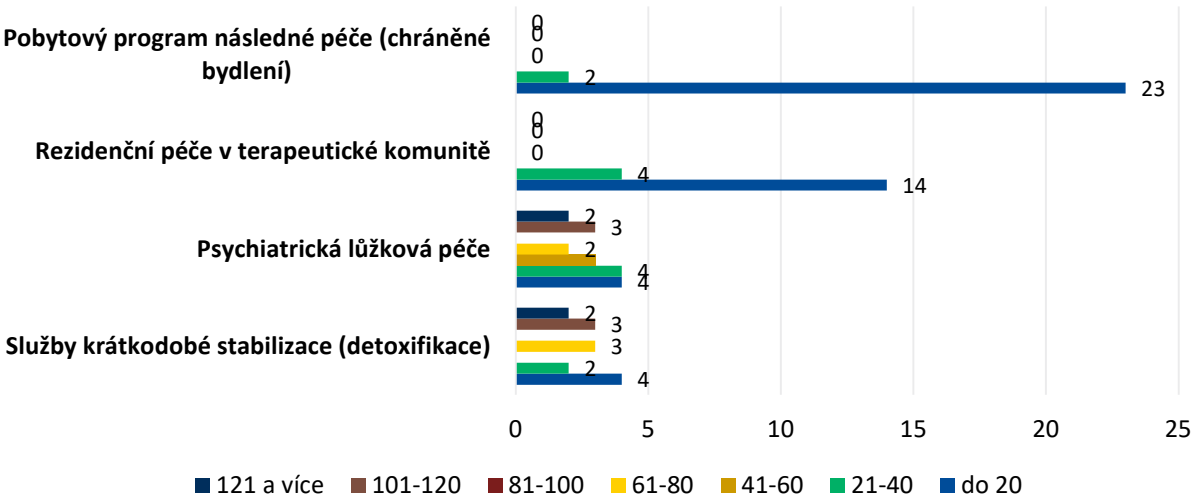
Na územní distribuci sledovaných služeb má ovšem vliv i existence historické sítě psychiatrických nemocnic a léčeben, které kromě psychiatrické lůžkové péče poskytují mnohdy také detoxikaci a v menší míře pak i další služby (terapeutické komunity, následná péče v pobytové formě apod.).

2.2.2 Pobytové služby – kapacita

U pobytových služeb bylo zjišťováno, kolik lůžek bylo v roce 2022 speciálně vyčleněno pro léčbu pacientů/klientů s různými typy závislostí. Tento údaj část poskytovatelů pobytových služeb nevyplnila a současně hodnoty těch, kteří jej uvedli mají velký rozptyl, bylo přistoupeno ke kategorizaci podle počtu lůžek za jednotlivé typy služeb.

U všech druhů pobytových služeb jsou nejvíce rozšířené jednotky, které mají do 20 lůžek. To platí i pro psychiatrickou lůžkovou péči, kde jsou jednotky s menšími kapacitami součástí zařízení s více jednotkami, které jsou specializované (např. jedna na muže a druhá na ženy). Tato velikostní kategorie přitom dominuje u pobytových programů následné péče i u terapeutických komunit (kde menší kapacity jednotek vycházejí z jejich komunitního charakteru). Služby detoxikace a psychiatrické lůžkové péče mají přitom jednotky reprezentující všechny velikostní kategorie, což je dáno tím, že obě služby jsou z velké části poskytovány stejnými zařízeními, která v šetření vykazovala celkové kapacity (nikoliv v dělení na obě služby). Naopak služby terapeutické komunity a služby následné péče s podporovaným ubytováním zahrnují jen jednotky s nižší lůžkovou kapacitu, protože tyto služby jsou komunitního typu.

Obrázek 6 Počet lůžek speciálně vyčleněných pro léčbu pacientů/klientů s různými typy závislostí



Znění otázky: U pobytové léčby uveďte, kolik lůžek bylo v roce 2022 speciálně vyčleněno pro léčbu pacientů/klientů s různými typy závislostí (pokud se v průběhu roku počet měnil, uveďte počet ke konci r. 2022).

[12] Poskytovatelé hodnocených služeb z Libereckého kraje (kromě zdravotnických zařízení) také uvedli, že získali podporu jak od krajské samosprávy, tak od místních samospráv.

Čekací doba od kontaktu k nástupu do služby[13] byla vyhodnocena u následujících typů služeb:

- Služby ambulantní léčby a poradenství poskytované osobám do 18 let;
- Služby krátkodobé stabilizace (detoxikace);
- Substituční léčba;
- Služby následné péče - pobytová forma.

Jedná se o ty z okruhu služeb zahrnutých ve vyhodnoceném sčítání, kde identifikujeme potenciální problém v jejich časové dostupnosti.

U adiktologických služeb ambulantní léčby a poradenství poskytovaných CS osob do 18 let je průměrná čekací doba zařízení, která čekací dobu specifikovala 38 dní. Přitom je zde rozptyl od 14 do 100 dní. Drtivá většina zařízení ovšem uvedla čekací dobu do cca 40 dní.

U služeb detoxikace je průměrná čekací doba 29 dní. Je zde přitom velký rozptyl mezi poskytovateli. Zatímco provozovatelé jedné z detoxikačních jednotek PN Bohnice a Psychiatrická nemocnice Marianny Oranžské v Bílé Vodě vykázali čekací dobu klientů detoxikační jednotky do jednoho týdne, Psychiatrická léčebna Červený Dvůr vykazuje čekací dobu až 120 dní. Pokud tento vysoký údaj odpovídá skutečnosti, znamená to praktickou nefunkčnost služby, protože tu je potřeba klientům poskytnout co nejdříve, aby mohlo dojít k včasné stabilizaci jejich zdravotního stavu.

V případě programů substituční léčby byla vykázaná průměrná čekací doba zařízení, která ji uvedla 66 dní. Tento údaj je ovšem zkreslený čekací dobou uvedenou Všeobecnou fakultní nemocnicí v Praze 2, která uvedla čekací dobu 365 dní. Všechna ostatní zařízení uvedla čekací dobu do 30 dní. Nejkratší uvedená čekací doba přitom byla 7 dní.

Průměrná čekací doba klientů následné péče s podporovaným ubytováním byla dle sčítání cca 62 dní. Zde nebyl v průměrné době mezi různými zařízeními tak vysoký rozptyl, jako u jiných služeb. Jen jeden poskytovatel uvedl, že čekací doba je 0 dní, protože je služba určena klientům, kteří ukončili předchozí adiktologický program. Nejdelší čekací doba byla u Doléčovací jednotky Advaita, kde respondent uvedl 110 dní. U většiny ostatních poskytovatelů byla uvedena čekací doba od 30 do 90 dnů.

[13] Znění otázky: Jaká je průměrná doba od kontaktu k nástupu do služby poskytované jednotkou (jak dlouho klient čeká)?

2.2.3 Financování služeb

Finanční příspěvky z nadnárodních zdrojů získalo v r. 2022 jen minimum jednotek u všech druhů služeb.

- Výjimku představují adiktologické programy ve vězení, kde tuto podporu získalo 46 % jednotek poskytujících adiktologické programy ve vězení. V tomto případě se jednalo zejména o podporu z Norských fondů (pouze v 1 případě z Fondů EU), u ostatních druhů služeb zejména o podporu z Evropského sociálního fondu. Nadnárodní zdroje je tak možné vnímat jako doplňkový zdroj financování služeb u některých typů služeb v závislosti na tom, zdali nějaký nadnárodní fond zaměří podporu na určitý druh adiktologických služeb.

Finanční příspěvky od orgánů státní správy přijala většina jednotek u většiny druhů služeb.

- Výjimku tvořila pouze psychiatrická lůžková péče a detoxikace, což jsou služby poskytované zejména zdravotnickými zařízeními a hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Některé jednotky detoxikace i psychiatrické lůžkové péče získaly podporu Ministerstva zdravotnictví, či Úřadu vlády.
- Naopak u adiktologických programů ve vězení byly z národních zdrojů podpořeny všechny jednotky (Úřadem vlády, cca polovina pak i MPSV, ostatními resorty pak jen minimum). Velmi vysoký podíl jednotek podpořených z národních zdrojů byl také u služeb indikované prevence (Úřad Vlády ČR, MPSV, méně pak MZ a MŠMT), adiktologických ambulancí pro děti a dorost (dtto.) a následné péče v pobytové formě (Úřad Vlády a ve velké míře MPSV).
- Vysoký podíl jednotek podpořených z národních zdrojů byl také u substituční léčby (Úřad vlády, v menší míře pak MPSV a minimálně ostatní resorty) a terapeutických komunit (Úřad Vlády a ve velké míře MPSV). U následné péče s pobytovou formou a terapeutických komunit se projevuje, že jsou tyto služby považovány za sociální služby, a proto je u nich vysoký podíl jednotek podporovaných MPSV.

Z grantů MPSV, které byly přerozdělovány krajskými samosprávami, byly nejvíce podporovány adiktologické programy ve vězení a adiktologické ambulance přijímající děti a dorost.

- V obou případech byla podpořena drtivá většina jednotek.
- U ostatních druhů služeb se jednalo o mírnou menšinu jednotek (substituční léčba, terapeutické komunity, služby indikované prevence, pobytové programy následné péče), až ojedinělou podporu (detoxikace, psychiatrická lůžková péče).

U podpory ze strany krajských samospráv z jejich vlastních zdrojů bylo ve všech případech podporováno stejné, či vyšší množství jednotek než v případě zdrojů MPSV přerozdělovaných krajskými samosprávami.

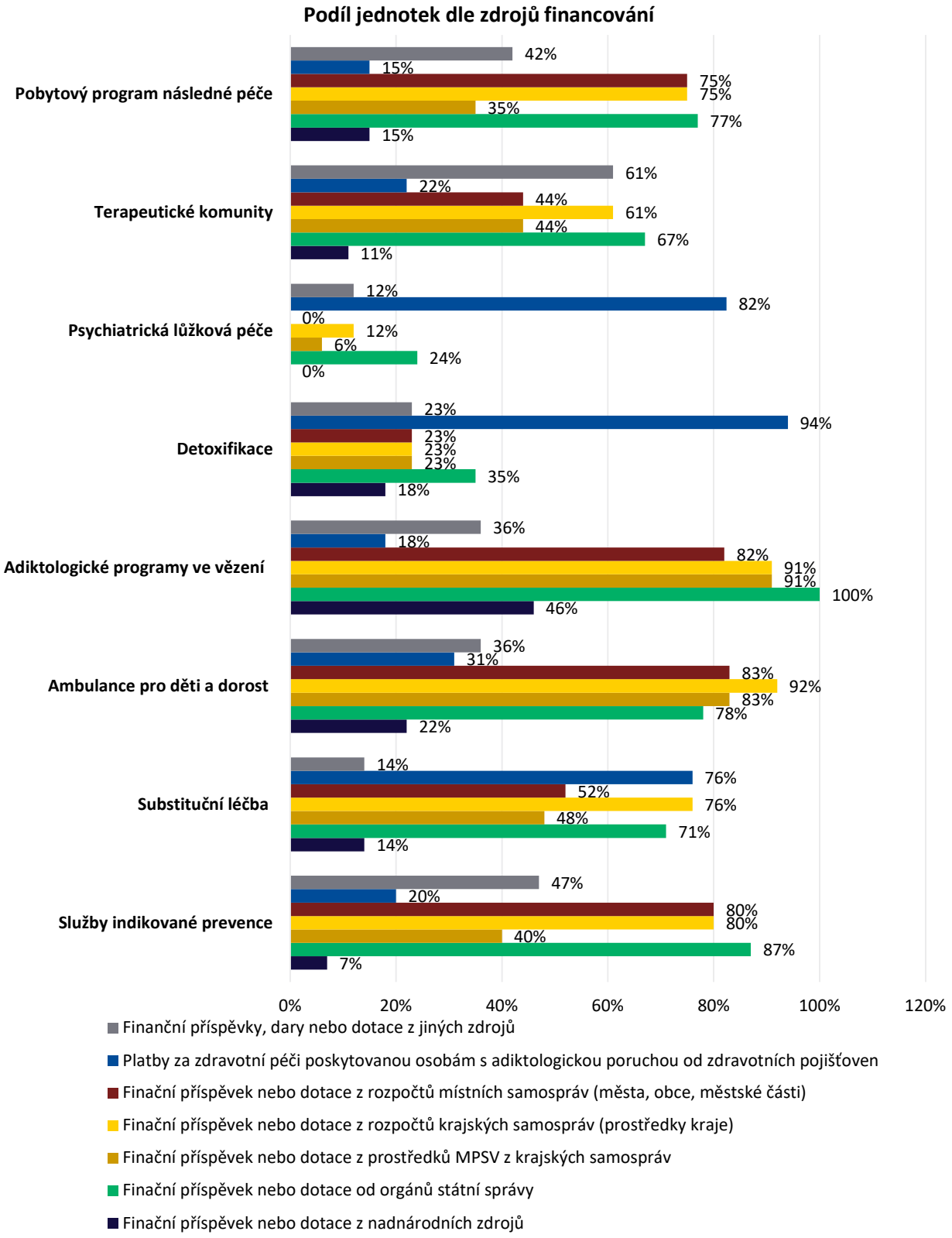
- Také v tomto případě byly nejvíce podporovány adiktologické programy ve vězení a adiktologické ambulance přijímající děti a dorost.
- Velmi vysoký podíl podporovaných jednotek byl ovšem i u služeb indikované prevence, substituční léčby a pobytových programů následné péče.
- Pouze u detoxikace a psychiatrické lůžkové péče byla podporována jen malá část jednotek, což odráží zejména jejich financování z veřejného zdravotního pojištění.

Důležitým zdrojem spolufinancování adiktologických služeb jsou také příspěvky od místních samospráv. Ty čerpalo o něco méně jednotek adiktologických služeb než v případě příspěvků od krajských samospráv.

- Nejvyšší podíl podpořených jednotek byl u ambulancí pro děti a dorost, adiktologických programů ve vězení a služeb indikované prevence. Tři čtvrtiny jednotek byly z těchto zdrojů podpořeny u pobytových programů následné péče, mírná menšina pak v případě terapeutických komunit.

- Na chvostu byly opět detoxikační jednotky a psychiatrická lůžková péče, v jejímž případě nebyla podpořena ani jedna jednotka. Ty totiž byly financovány zejména prostřednictvím plateb za zdravotní péči poskytovanou osobám s adiktologickou poruchou od zdravotních pojišťoven (94 % jednotek detoxikace a 88 % jednotek psychiatrické lůžkové péče). Ze zdravotního pojištění dále byla hrazena péče poskytovaná cca 76 % jednotek, které vykázaly, že poskytují substituční léčbu. U ostatních adiktologických služeb byly platby od zdravotních pojišťoven spíše okrajovým zdrojem financování s 15–31 % podpořených jednotek.

Obrázek 7 Dotace/finanční příspěvky na činnost služby (v %) – dle jednotlivých služeb



Znění otázky: Získala jednotka v r. 2022 na podporu své činnosti finanční příspěvky nebo dotace z nadnárodních zdrojů (např. evropských fondů, Norských fondů) / od orgánů státní / z prostředků MPSV z krajských samospráv / z rozpočtů krajských samospráv (prostředky kraje) / z rozpočtů místních samospráv (města, obce, městské části) / platby za zdravotní péči poskytovanou osobám s adiktologickou poruchou od zdravotních pojišťoven / z jiných zdrojů?

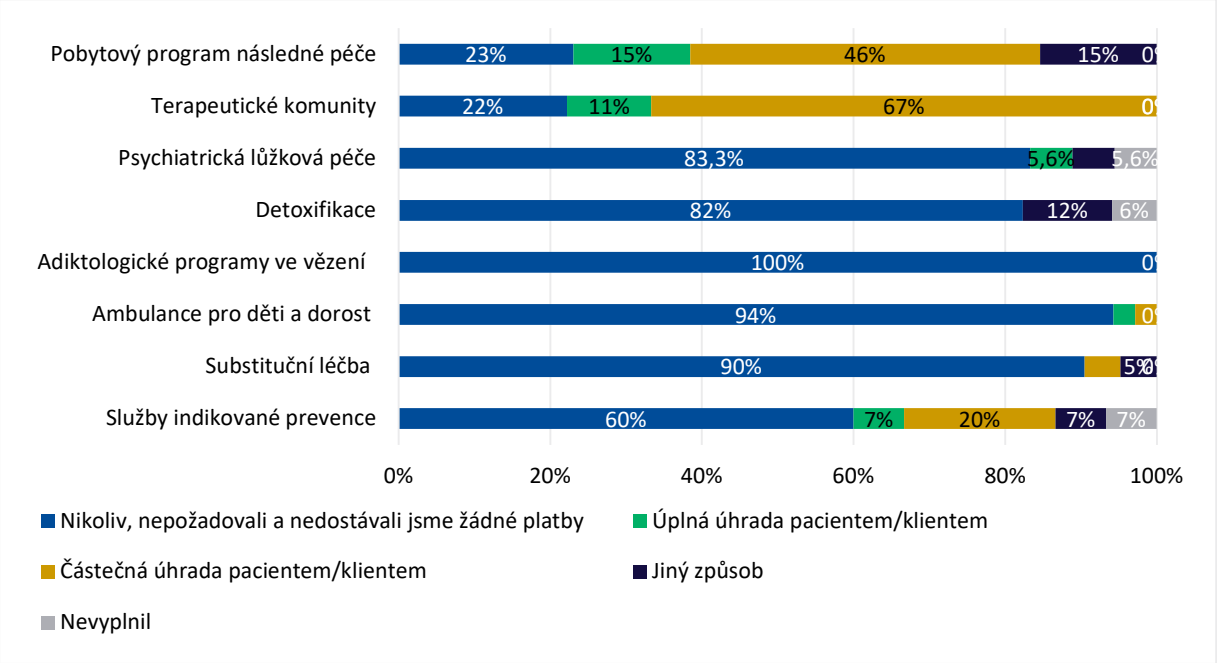
Podpora z jiných zdrojů byla významnější u terapeutických komunit (61 % podpořených jednotek), služeb indikované prevence (47 %) a pobytových programů následné péče (42 %).

- Více než třetina jednotek byla z těchto zdrojů podpořena také u ambulantních služeb pro děti a dorost a adiktologických programů ve vězení. V tomto případě se jedná o podporu ze soukromých zdrojů (sponzoři), dobročinných sbírek apod. Tyto zdroje jsou významnější zejména u služeb, které mají charakter sociální služby. Naopak u substituční léčby byl počet podpořených jednotek nejnižší, což může být způsobeno předsudky potenciálních donátorů vůči léčebným postupům nahrazování nebezpečných drog substitučními drogami.

Spolufinancování ze strany klientů je nejvíce rozšířené u terapeutických komunit, kde 11 % jednotek uvedlo, že klienti hradí péči v plném rozsahu a 67 % jednotek, že klienti platí částečnou úhradu.

- Vysoký podíl jednotek vykazujících úplnou, či částečnou úhradu pacientem byl také u pobytových programů následné péče. Relativně vyšší podíl jednotek vykazujících úplnou, či částečnou úhradu pacientem byl u služeb indikované prevence14. U všech ostatních typů služeb je podíl jednotek, které po klientech požadovaly platby za péči, minimální.
- Poskytovatelé naopak vůbec nepožadovali úhrady v případě adiktologických služeb ve věznicích, což může souviset s obecně nižší solventností vězňů, i s úsilím o co největší zásah péče u této cílové skupiny.

Obrázek *8 Finanční prostředky – platby od klientů*



Znění otázky: Získala jednotka v r. 2022 za poskytnuté služby finanční prostředky formou plateb od klientů?

[14] Zde měli respondenti zjevně na mysli platby od objednatele služby, kterým je např. škola.

V zásadě lze z hlediska financovány vyvodit následující závěry:

- Ve skladbě zdrojů financování se citelně odlišují služby s charakterem zdravotní péče od služeb s charakterem sociální služby. V prvním případě (psychiatrická lůžkové péče, detoxikace, substituční léčba) mají velký význam ve financování platby od zdravotních pojišťoven. U psychiatrické lůžkové péče a detoxikace je tímto způsobem hrazena péče u drtivé většiny jednotek, zatímco z ostatních zdrojů je péče spolufinancována jen u malé části jednotek.
- Charakter zdravotní péče má také substituční léčba, kde více než ¾ jednotek čerpá na péči úhrady od zdravotních pojišťoven. Na financování substituční léčby se už ale více podílejí ostatní zdroje financování – zejména pak z úrovně státu, krajských a místních samospráv.
- Nejpestřejší skladbu financování vykázaly adiktologické programy ve vězeních a adiktologické ambulantní služby pro děti a dorost. Drtivá většina jednotek u obou druhů služeb byla podporována ze státní úrovně, z grantů MPSV přerozdělovaných prostřednictvím krajských samospráv, z prostředků krajských samospráv i z prostředků místních samospráv. Téměř polovina jednotek poskytujících adiktologické služby ve věznicích byla podpořena i z nadnárodních zdrojů (Norských fondů).
- Podobnou skladu financování vykázaly i služby indikované prevence jen s tím rozdílem, že z grantů MPSV přerozdělovaných prostřednictvím krajských samospráv byla spolufinancována menšina jednotek.
- Částečně odlišnou skladbu financování vykázaly jednotky terapeutických komunit a následné péče s podporovaným ubytováním. U terapeutických komunit byla většina jednotek kromě podpory ze strany státu a krajských samospráv (podpořeny cca 2/3 jednotek) podporována také z jiných (soukromých zdrojů) a zároveň se na hrazení nákladů také v největší míře ze všech sledovaných služeb podíleli klienti. U následné péče v pobytové formě byla ze strany státu, krajských a místních samospráv podporována větší část jednotek, a i zde bylo více jednotek než u jiných typů služeb podporováno ze soukromých zdrojů, či spolufinancováno z úhrad od klientů (ale výrazně menší podíl jednotek, než u terapeutických komunit).

Na základě údajů ze šetření[15] ovšem není možné vyhodnotit podíl jednotlivých zdrojů na příjmech jednotlivých poskytovatelů a není tedy možné rozhodnout, jaké zdroje jsou pro financování těchto služeb stěžejní. Údaje v této otázce jsou zkresleny tím, že ve vykázaných nákladech jsou zahrnovány i jiné služby (např. adiktologické ambulantní služby dohromady se substituční léčbou, nebo detoxikace dohromady s rezidenční léčbou a službami následné péče). Dále je problémem, že náklady na r. 2022 vykázala jen menšina jednotek. Proto jsou níže reprezentovány údaje pouze za ty jednotky, které náklady i počet klientů za r. 2022 uvedly. Pro porovnatelnost jsou náklady přepočítávány na počet klientů. V případech, kdy došlo ke zjevnému zkreslení nákladů údaji některé z jednotek (např. z důvodu vysokého počtu klientů jiné, než hodnocené služby) byly tyto jednotky z hodnoceného vzorku odečteny.

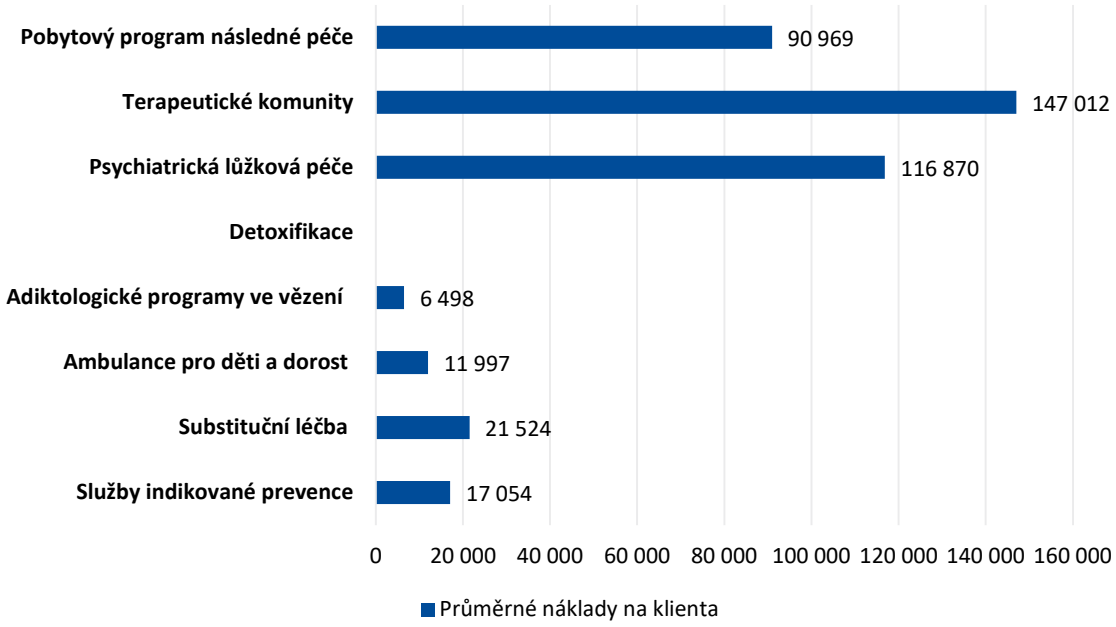
- **Z 15 jednotek, které vykázaly indikovanou prevenci**, uvedlo celkové náklady na činnost jednotky v r. 2022 6 jednotek. Celkové náklady těchto jednotek činily 17,5 mil. Kč. Při počtu klientů 11 974 připadaly na jednoho klienta náklady 1 457 Kč. Lze ovšem předpokládat, že v tomto počtu klientů nejsou pouze klienti indikované prevence, ale zároveň i všeobecnou či selektivní prevenci. Z tohoto počtu totiž 11 301 klientů vykázalo Centrum prevence v Brně provozované společností Podané ruce o. p. s. Pokud nebudeme počítat tuto jednotku, činily celkové náklady ostatních jednotek za rok 2022 11 477 tis. Kč a při počtu 673 klientů činily náklady na jednoho klienta 17 054 Kč. Průměrné náklady na jednotku pak činily cca 2,3 mil. Kč.
- **Z 21 jednotek, které vykázaly substituční léčbu**, uvedly náklady na rok 2022 pouze 4 jednotky. Celkové náklady těchto jednotek činily cca 21,5 mil. Kč. Tyto jednotky vykázaly 998 klientů. Náklady na jednoho klienta činily 21,5 tis. Kč. Vzhledem k tomu, že většina těchto jednotek

[15] Znění otázky: Jaké byly celkové náklady na činnost jednotky v r. 2022?

zároveň poskytovala ambulantní služby, lze předpokládat, že náklady i počty klientů zahrnují i klienty ambulantních služeb, kteří nevyužívali substituční léčbu.

- **Z 35 jednotek vykazujících poskytování adiktologických ambulantních služeb osobám do 18 let** vykázalo náklady jednotky na r. 2022 15 jednotek. Celkové náklady těchto jednotek činily 45,2 mil. Kč. Obvyklé náklady na jednotku (medián) činily cca 2 mil. Kč. Při počtu klientů 3 770 činily náklady na klienta cca 12 tis. Kč. V těchto nákladech jsou ovšem z velké části i jiní klienti, než osoby do 18 let, z části i jiné poskytované služby a lze předpokládat, že klienti navštěvovali ambulance opakovaně.
- **Z 11 jednotek poskytujících adiktologické služby ve vězení** vykázalo náklady 8 jednotek. Celkové náklady za rok 2022 činily 17 570 tis. Kč. Při počtu 2 704 klientů vycházely náklady na jednoho klienta 6 500 Kč. Průměrné náklady na jednotku činily cca 2,2 mil. Kč. V nákladech mohou být zahrnuty i úkony poskytované klientům mimo věznice (v rámci poskytovaných ambulantních služeb).
- **Ze 17 jednotek detoxikace** uvedly náklady pouze 4 jednotky, z nichž minimálně 3 uváděly náklady i pro ostatní služby (zejména rezidenční léčbu). Náklady jednotek na detoxikaci tedy nelze vyhodnotit.
- **Z 18 jednotek psychiatrické lůžkové péče** uvedly relevantní údaj celkových nákladů na činnost jednotky v r. 2022 pouze 4 jednotky. Jejich celkové náklady činily 233 mil. Kč. Tyto jednotky vykázaly celkem 1 997 pacientů. Náklady na jednoho pacienta tak činily 116 870 Kč. Nejvyšší náklady, přes 107 mil. Kč vykázala Psychiatrická léčebna Červený Dvůr, kde uvedli 1008 pacientů. Vzhledem k tomu, že Psychiatrická léčebna Červený Dvůr uváděla tyto údaje souhrnně pro různé druhy služeb, neodpovídá tento údaj pouze psychiatrické lůžkové péči, ale i dalším poskytovaným službám (následná péče s podporovaným ubytováním, detoxikace apod.). Také u ostatních jednotek jsou v nákladech zahrnuty i ostatní služby (zejména detoxikace) a proto je nutné celkové náklady považovat za souhrn celkem i za jiné druhy adiktologických služeb.
- **Z 18 jednotek terapeutických komunit** uvedlo celkové náklady na činnost jednotky v r. 2022 celkem 13 jednotek. Celkové náklady těchto jednotek činily 130,7 mil. Kč. Při 889 klientech těchto jednotek činily náklady na jednoho klienta 147 012 Kč. Průměrné náklady na jednotku činily cca 10 mil. Kč. Průměrný počet klientů na rok činil bezmála 70, v tom ovšem mohli být i klienti jiných služeb (a osoby blízké).
- **Z 26 jednotek následné péče s podporovaným ubytováním** uvedlo celkové náklady za r. 2022 celkem 16 jednotek. Pro nezkreslení údajů budeme počítat jen 15 jednotek, bez Psychiatrické léčebny Červený Dvůr. 15 zbylých jednotek mělo celkové náklady 66,5 mil. Kč. Při 731 klientech těchto služeb činily průměrné náklady na klienta cca 91 tis. Kč. Průměrné náklady na jednotku činily cca 4,433 mil. Kč.
- **Průměrné náklady na klienta jsou nejvyšší u služeb v pobytové formě.** Nejvyšší náklady na klienta jsou u terapeutických komunit, kde je také nejdelší pobyt klientů. Následuje psychiatrická lůžková péče a programy následné péče s pobytovou formou. U těchto služeb jsou náklady řádově vyšší než u ostatních služeb.
- **U ostatních hodnocených služeb jsou nejvyšší náklady na klienta u substituční léčby, což nejspíše souvisí s náklady na substituční drogy.** Vyšší náklady byly zaznamenány také u indikované prevence, kde službu nejspíše prodražuje její terénní charakter (vícenáklady při vyjížďce za klienty). Naopak ambulantní služby, které neobnášejí substituční léčbu, jsou relativně méně nákladné. Nejméně nákladné v přepočtu na klienta jsou adiktologické služby poskytované ve vězeních.

Obrázek 9 Průměrné náklady služby na klienta v r. 2022



Zdroj dat: Sčítání adiktologických služeb 2022, vlastní výpočet

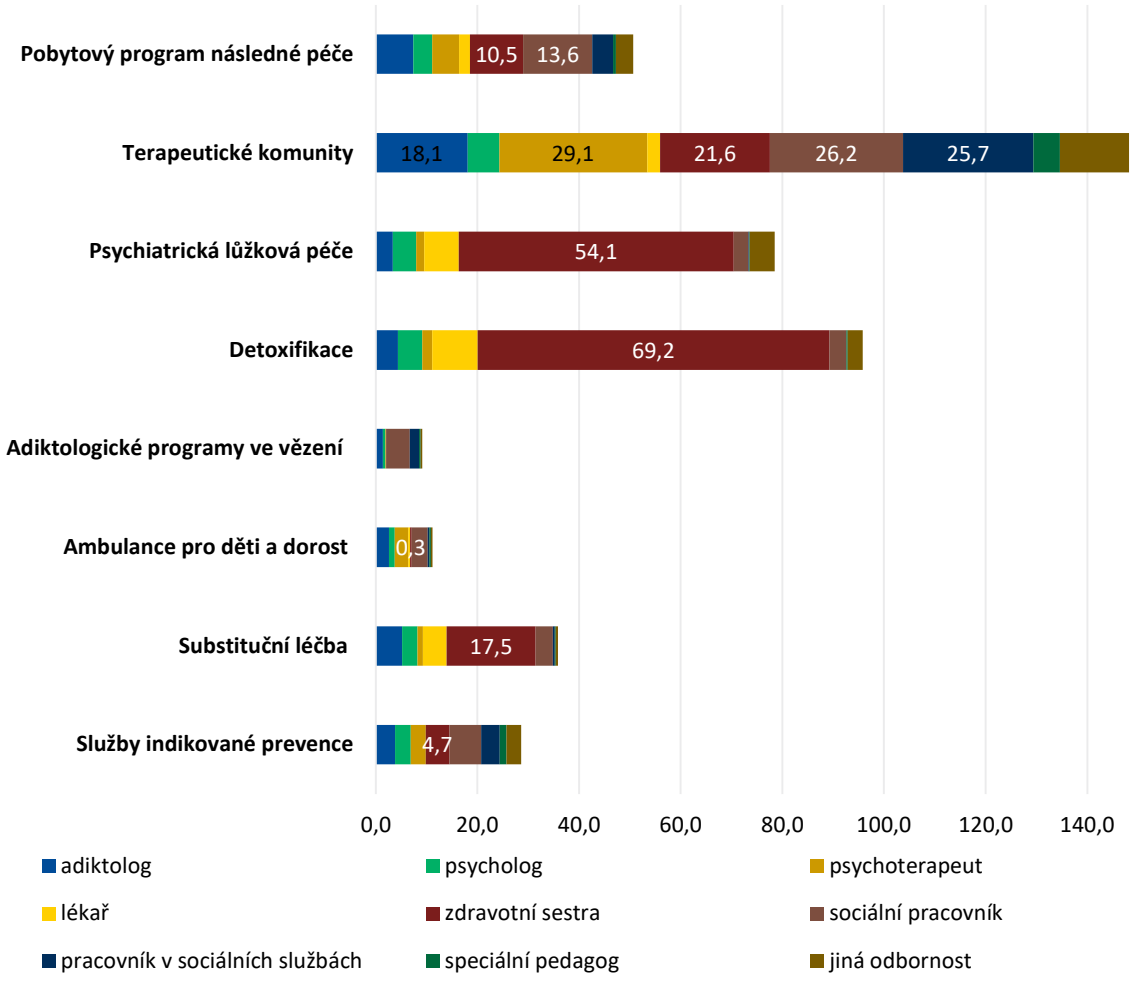
2.2.4 Personální a technické zázemí

Níže uvedené obrázky ukazují přepočet celkového počtu úvazků u jednotlivých profesí, na počet klientů. Počty osob jsou vzhledem ke zpravidla zkráceným úvazkům nevypovídající o kapacitách služby. Např. je vykázáno 9 adiktologů, kteří ale mají jen 4,7 úvazku (možná také někteří pracují pro více poskytovatelů).

Dle přepočtů ze sčítání adiktologických služeb jsou na kapacity pracovníků v přímé péči nejnáročnější terapeutické komunity. Na 1 000 klientů tam připadá bezmála 150 úvazků pracovníků v přímé péči, zejména pak psychoterapeutů, sociálních pracovníků, pracovníků v sociálních službách, zdravotních sester a adiktologů (všechny profese v rozmezí 18–29 úvazků na 1 000 klientů). **Další personálně nejnáročnější službou je detoxikace**, s cca 96 úvazky pracovníků v přímé péči na 1 000 klientů. Zde ovšem dominuje profese zdravotních sester, na které připadá přes 69 úvazků. Následuje psychiatrická lůžková péče s cca 79 úvazky pracovníků v přímé péči na 1 000 pacientů. Při porovnání se skladbou personálu terapeutických komunit je zjevná pestřejší a vyrovnanější skladba personálu terapeutických komunit, kde jsou rovnoměrněji zastoupeny profese pracovníků v přímé péči, zatímco u psychiatrické lůžkové péče dominuje profese zdravotních sester, které obstarávají většinu péče o pacienty. **Personálně náročnější adiktologické služby s pobytovou formou „uzavírá“ následná péče s pobytovým programem**, u které připadá na 1 000 klientů přes 50 úvazků pracovníků v přímé péči. Zde je oproti péči ve zdravotnických zařízeních důležitější profese sociálního pracovníka a adiktologa, na které připadají dvě pětiny kapacit pracovníků v přímé péči.

Z ostatních sledovaných služeb je relativně náročnější substituční léčba, kde je také poměrně vysoký podíl úvazků zdravotních sester v přepočtu na klienty. V případě služeb indikované prevence je skladba jednotlivých profesí v přímé péči relativně rovnoměrná, přičemž zde nejsou zastoupeni lékaři (stejně jako u adiktologických programů ve vězení). **Nejméně personálně náročné jsou adiktologické služby ambulantní léčby a poradenství pro děti a dorost a adiktologické služby ve věznicích**. Adiktologické služby ambulantní léčby a poradenství pro děti a dorost jsou zajišťovány zejména adiktology, psychoterapeuty a sociálními pracovníky. Adiktologické služby ve věznicích pak z poloviny kapacit sociálními pracovníky.

Obrázek 10 Celková výše úvazků pracovníků v přímé péči na 1 000 klientů v roce 2022



Znění otázky: Uveďte prosím celkovou výši úvazků jednotky v r. 2022 u všech odborností, které ve Vaší jednotce pracují (včetně DPP/DPČ)". Sečtěte všechny úvazky pracovníků, součet tedy může být větší než 1. Jaký byl celkový počet klientů/pacientů jednotky v r. 2022 (včetně osob blízkých)?

Tabulka 4 Celková výše úvazků pracovníků v přímé péči na 1 000 klientů v roce 2022

	adiktolog	psycholog	psychoterapeut	lékař	zdravotní sestra	sociální pracovník	pracovník v sociálních službách	speciální pedagog	jiná odbornost	Celkem
Služby indikované prevence	3,8	3,1	2,9	0,0	4,7	6,3	3,6	1,3	2,9	**28,6**
Substituční léčba	5,2	3,1	1,0	4,7	17,5	3,4	0,4	0,2	0,5	**35,9**
Ambulance pro děti a dorost	2,6	1,1	2,6	0,4	0,3	3,1	0,3	0,3	0,3	**11,1**
Adiktologické programy ve vězení	1,4	0,5	0,1	0,0	0,0	4,7	1,8	0,3	0,3	**9,1**
Detoxifikace	4,3	4,8	1,9	9,0	69,2	3,3	0,0	0,2	3,0	**95,8**
Psychiatrická lůžková péče	3,3	4,6	1,6	6,8	54,1	2,9	0,1	0,2	4,9	**78,5**
Terapeutické komunity	18,1	6,2	29,1	2,5	21,6	26,2	25,7	5,2	13,6	**148,2**
Pobytový program následné péče	7,4	3,7	5,3	2,1	10,5	13,6	4,0	0,6	3,4	**50,6**

Znění otázky: Uveďte prosím celkovou výši úvazků jednotky v r. 2022 u všech odborností, které ve Vaší jednotce pracují (včetně DPP/DPČ)". Sečtěte všechny úvazky pracovníků, součet tedy může být větší než 1. Jaký byl celkový počet klientů/pacientů jednotky v r. 2022 (včetně osob blízkých)?

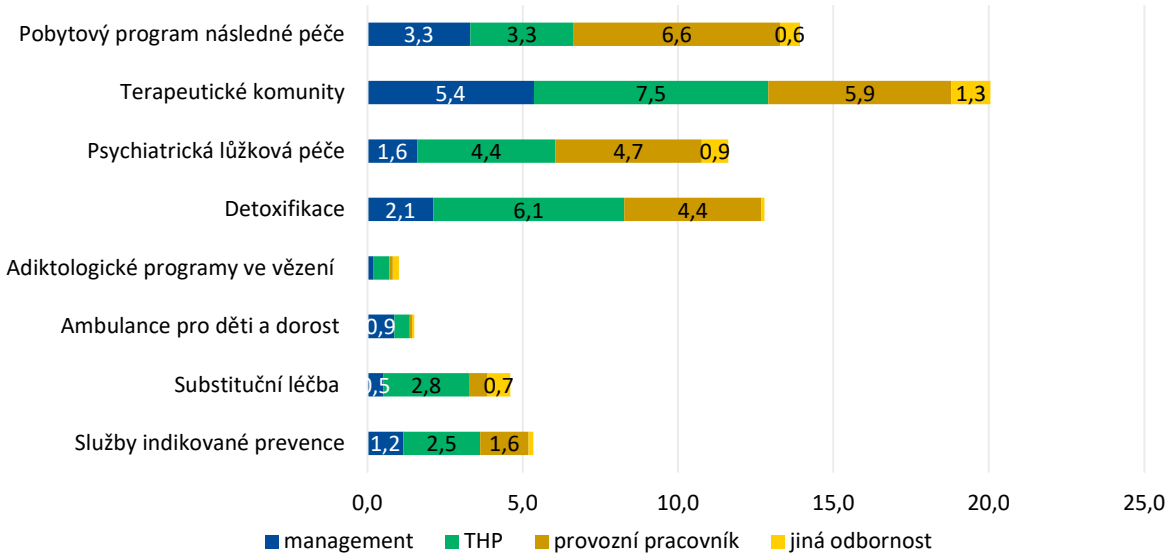
Kromě personálu v přímé péči obnáší jednotlivé služby také administrativní a podpůrný personál, který nepečuje o klienty, ale je nezbytný pro chod služeb. Na 1 úvazek pracovníka ostatního personálu připadalo dle sčítání cca 6,6 úvazku pracovníka v přímé péči.

Nejvyšší personální náročnost v přepočtu na klienty byla opět u terapeutických komunit, následována ovšem pobytovými programy následné péče, detoxikačními jednotkami a psychiatrickou lůžkovou péčí. U pobytových služeb byla vyšší personální náročnost jak u technickohospodářských pracovníků, tak u provozních pracovníků a částečně i managementu. Z pohledu kapacit personálu byla nejvyšší administrativní náročnost zaznamenána u terapeutických komunit. Relativně vyšší personální náročnost u terapeutických komunit v přepočtu na klienty může být způsobena nižšími kapacitami jednotek terapeutických komunit, kde je potřeba zajistit provoz, management a administrativu samostatných jednotek poskytujících péči jen omezenému množství klientů. Oproti terapeutickým komunitám dosahují kapacitnější jednotky psychiatrické lůžkové péče „úspory z rozsahu", protože v jejich případě management a administrativa slouží pro rozsáhlejší jednotky či napříč odděleními pro různé CS. Navíc mají méně práce s administrací financování, protože je služba hrazena ze zdravotního pojištění.

Vzhledem k charakteru služby byla relativně vyšší personální náročnost u ostatních profesí také v případě služeb indikované prevence a substituční léčby. Zanedbatelná byla náročnost na ostatní personál u adiktologických služeb ambulantní léčby a poradenství pro děti a dorost a adiktologických služeb ve věznicích.

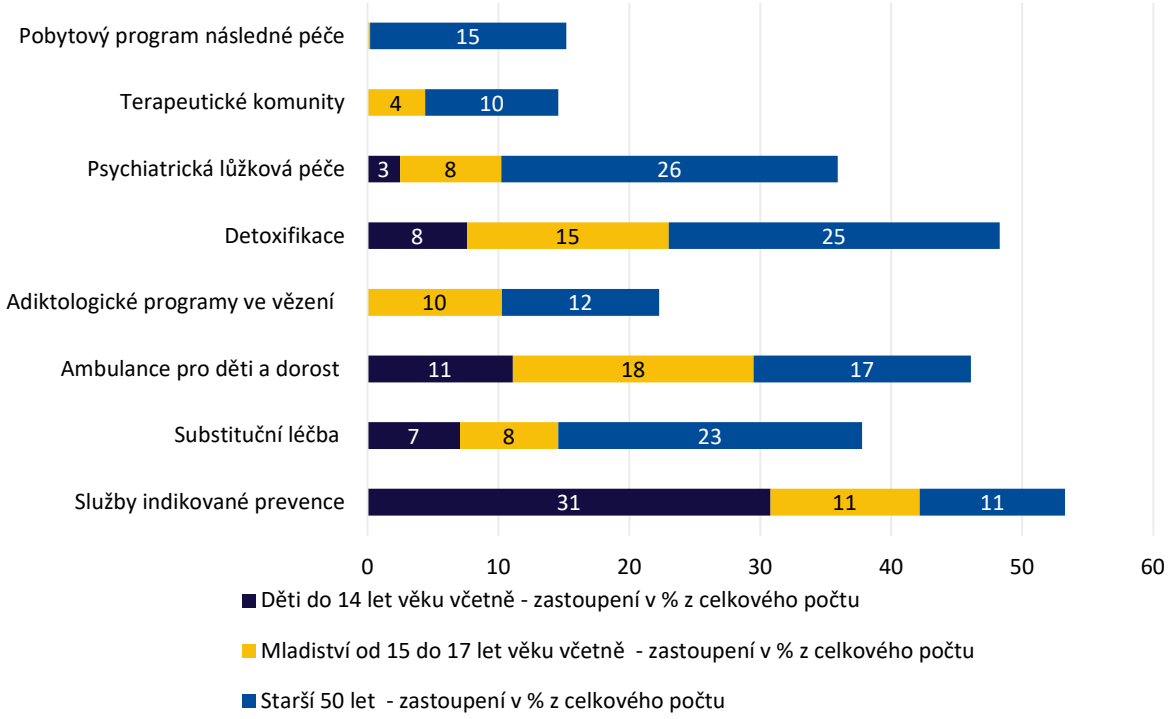
Nejvyšší počty úvazků ostatních pracovníků byl vykázán u provozních pracovníků, kteří tvoří cca 1/3 ostatního personálu (zejména u pobytových zařízení). Z ostatních profesí jsou četnější profese účetních, ředitelů a ekonomů, tedy administrativního personálu.

Obrázek 11 Celková výše úvazků ostatních pracovníků (nepracující s klienty/pacienty) na 1 000 klientů v r. 2022



Znění otázky: Uveďte prosím celkovou výši úvazků jednotky v r. 2022 u všech odborností, které ve Vaší jednotce pracují (včetně DPP/DPČ)". Sečtěte všechny úvazky pracovníků, součet tedy může být větší než 1. Jaký byl celkový počet klientů/pacientů jednotky v r. 2022 (včetně osob blízkých)?

Obrázek 12 Procento klientů/pacientů jednotky spadající do vybraných kategorií (v %) - medián



Znění otázky: Na základě předchozí otázky uveďte, kolik procent z klientů/pacientů vaší jednotky v roce 2022 spadá do následujících kategorií.

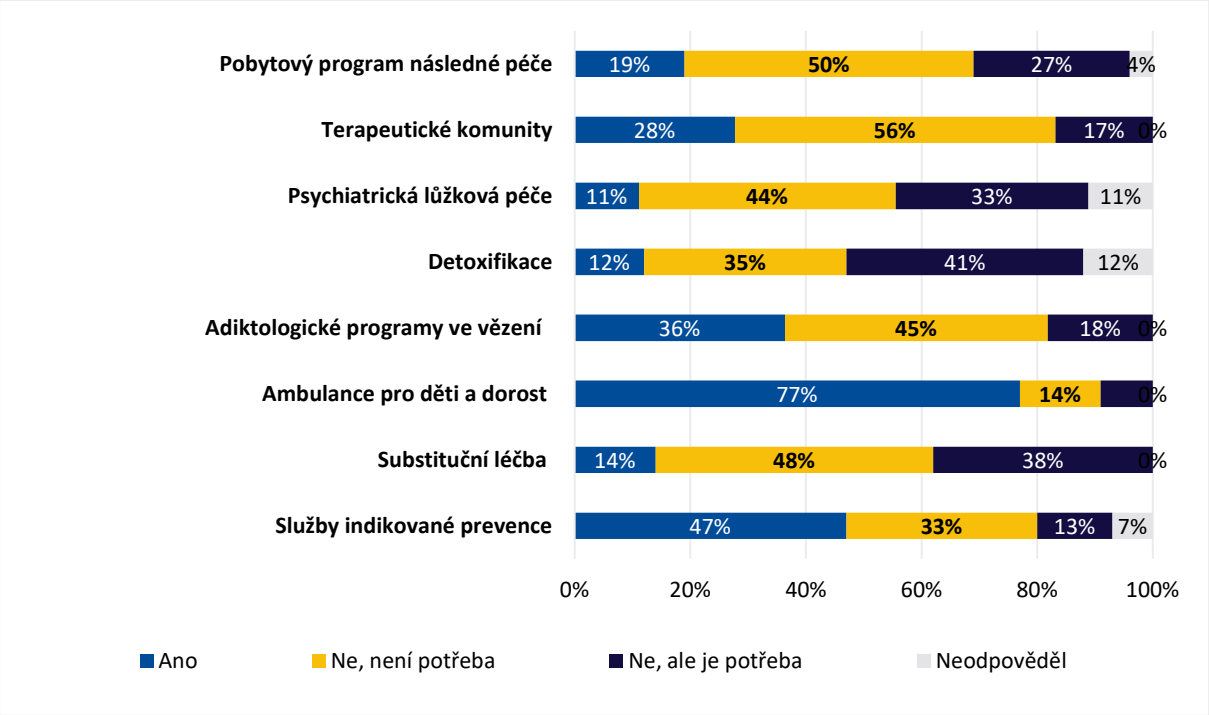
Data k této otázce týkající se dětí a mladistvých do 18 let nejsou úplná, někteří poskytovatelé je navíc vykázali chybně (viz 105% součet klientů z řad mladistvých a osob 50+ u jednoho z poskytovatelů). Bylo tedy přistoupeno k výpočtu průměru odhadovaných procentuálních podílů jednotlivých CS u poskytovatelů, kteří v rámci sčítání vyplnili relevantní údaje.

Nejvyšší podíl sledovaných cílových skupin je u služeb indikované prevence.

- Zde to ovšem může být zkresleno i tím, že mnohé jednotky vykazovaly u této služby údaje za primární prevenci celkem. Možná i proto je zde nejvyšší zastoupení CS dětí do 14 let věku. Relativně vysoké zastoupení CS dětí a mladistvých bylo pochopitelně vykázáno i mezi klienty ambulancí poskytujících služby osobám do 18 let a dále u jednotek detoxikace.
- Nezanedbatelné zastoupení těchto cílových skupin je také u jednotek poskytujících substituční léčbu. U těchto služeb je opět otázkou, zdali údaje za ně nebyly zkresleny započítáním těchto CS i za jiné druhy služeb. U adiktologických programů ve vězeních byla v souladu s charakterem služby vykázána již jen skupina mladistvých ve věku 15-17.

Vysoké zastoupení CS osob 50+ bylo vykázáno u psychiatrické lůžkové péče, detoxikace a substituční léčby. Překvapivě nižší bylo u terapeutických komunit[16], kde je otázkou, zdali není tato služba pro tuto CS méně dostupná, např. z důvodu spoluúčasti klientů na hrazení nákladů péče. Totéž může platit o službách následné péče s pobytovým programem. Tato CS může být přitom více citlivá na finanční spoluúčast na péči z důvodu ztráty blízkých, kteří by této CS na péči přispěli.

Obrázek 13 Nabídka speciální služby či intervence určené výhradně pro děti a mladistvé do 18 let se závislostním problémem/ohrožení závislostmi



Znění otázky: Uveďte, zda nabízíte speciální službu či intervence určené výhradně pro danou skupinu klientů/pacientů – děti a mladiství do 18 let se závislostním problémem/ohrožení závislostmi.

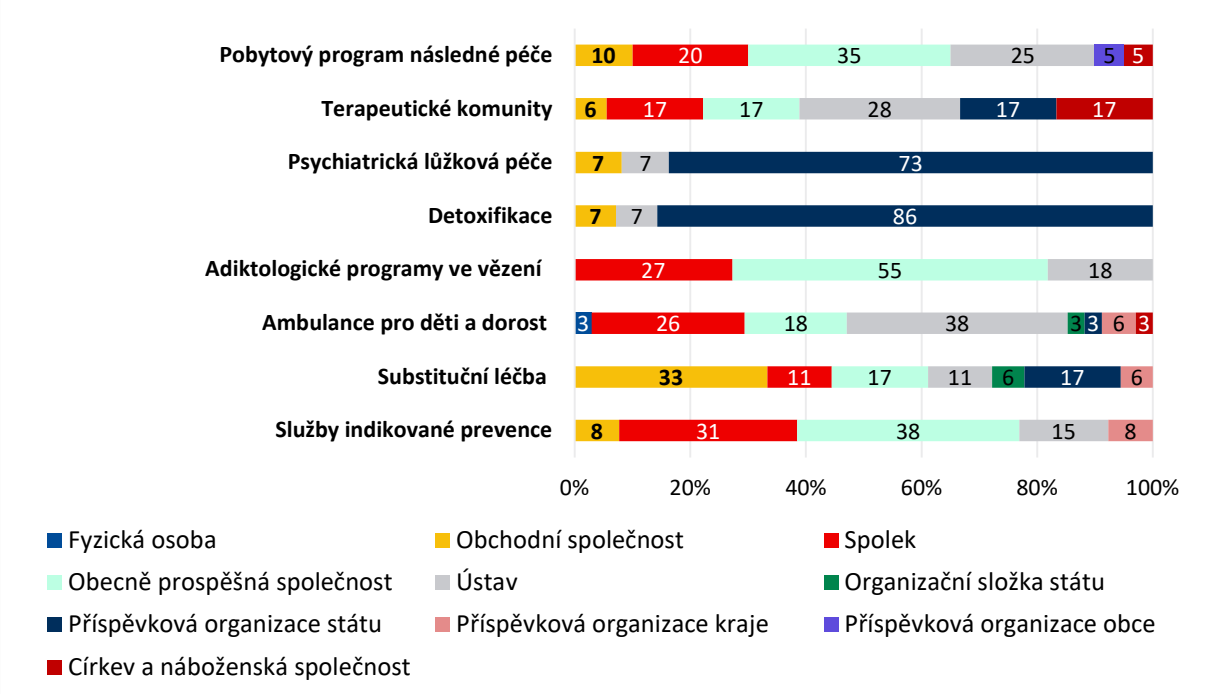
[16] Příčinou může být jednak nižší motivace osob 50+ k abstinenci / podstoupení dlouhé terapie, jednak vyšší nákladnost služby pro klienta, který se do určité míry podílí na jejím financování (což může být pro tuto věkovou skupinu překážkou).

Speciální službu či intervence určené výhradně pro děti a mladistvé do 18 let se závislostním problémem/ohrožení závislostmi nabízí pochopitelně zejména adiktologické služby ambulantní léčby a poradenství, které byly identifikované jako poskytovatelé služeb pro tuto CS.

- Celkem 14 % z jednotek ovšem uvádí, že tyto specializované služby nejsou potřeba[17] (možná z důvodu schopnosti poskytovat službu různým CS najednou[18]).
- Speciální služby / intervence určené výhradně pro tuto CS nabízí také téměř polovina jednotek služeb indikované prevence. Relativně vysoký podíl nabízených specializovaných služby určených pro tuto CS je také u adiktologických programů ve vězení a terapeutických komunit.
- Naopak nejvyšší podíl jednotek, jejichž představitelé v rámci šetření uvedli, že tyto služby neposkytují a nejsou z jejich pohledu potřeba, je taktéž u terapeutických komunit, programů následné péče s pobytovou formou a u substituční léčby.

Jednotky, které neposkytují tyto služby, ale jejich představitelé uvedli, že jsou tyto služby potřeba, mají relativně velký podíl u služeb detoxikace, substituční léčby a psychiatrické lůžkové péče. Z odpovědí tedy vyplývá nejednoznačná percepce potřebnosti těchto služeb. V tomto případě se jeví jako vhodné přihlížet spíše k odpovědím uvádějícím potřebu těchto služeb, protože ty poukazují na nedostatečnou nabídku z pohledu poskytovatelů. Lze tedy konstatovat, že z pohledu poskytovatelů je nedostačující nabídka speciálních služeb či intervencí určených výhradně pro děti a mladistvé do 18 let se závislostním problémem/ohrožení závislostmi u služeb detoxikace, substituční léčby, psychiatrické lůžkové péče a programů následné péče s podporovaným ubytováním.

Obrázek 14 Právní forma provozovatele



[17] Příčinou může být relativně nízká četnost této skupiny v celkovém vzorku adiktologických klientů, nebo částečná schopnost poradit si s ní i v rámci služeb pro dospělou klientelu.

[18] Dále také proto, že část klientů může mít primárně jiný, než adiktologický problém a adiktologické chování je u nich např. způsobem „volání o pomoc“.

Také u právní formy provozovatele je zjevný rozdíl mezi jednotkami zdravotnického charakteru a jednotkami s charakterem sociální služby.

- Zdravotnická zařízení poskytující psychiatrickou lůžkovou péči a detoxikaci jsou dominantně příspěvkovými organizacemi státu. Jen minimum spadá do formy obchodní společnost (z nichž jedna je vlastněná krajskou samosprávou) a ústav.

U ostatních druhů služeb je pestrá skladba poskytovatelů dle právní formy.

- Mezi nejčastější právní formy zde patří obecně prospěšné společnosti (adiktologické programy ve vězení, služby indikované prevence, následná péče s podporovaným ubytováním), spolky (služby indikované prevence, adiktologické programy ve vězení, ambulance a poradenství poskytované osobám do 18 let), ústavy (ambulance a poradenství poskytované osobám do 18 let, terapeutické komunity, následná péče s podporovaným ubytováním) a obchodní společnosti (substituční léčba).
- Obchodní společnosti jsou přitom částečně tvořeny akciovými společnostmi vlastněnými krajskými samosprávami.

Mezi poskytovateli adiktologických služeb, které byly v této analýze definovány jako nadregionální (a které lze vyhodnotit na základě sčítání adiktologických služeb), tak převažuje neziskový sektor, státní sektor a je zde hojně zastoupen i soukromý sektor. Naopak církevní organizace, příspěvkové organizace kraje a příspěvkové organizace obcí působí jen u některých druhů služeb. Církevní organizace poskytují služby terapeutických komunit a v menší míře pak u následné péče s podporovaným ubytováním a ambulancí a poraden poskytujících služby osobám do 18 let. Příspěvkové organizace kraje působí v menší míře ve službách indikované prevence, substituční léčby a ambulancí a poraden poskytujících služby osobám do 18 let. Obchodní společnosti vlastněné krajem působí např. v substituční léčbě, detoxikaci a psychiatrické lůžkové péči. Příspěvková organizace obce byla zaznamenána jediná – a to u následné péče s podporovaným ubytováním.

2.3 OVĚŘENÍ VYUŽITÍ METODIKY ANALÝZY POTŘEB

Zkušenosti realizačního týmu s využíváním jednotlivých metod a nástrojů analýzy potřeb, které vycházejí z „Metodiky analýzy potřeb k praktické realizaci Návrhu nástroje zajištění dostupnosti adiktologických služeb“, poskytují důležitý podklad pro porozumění tomu, jak efektivně lze tyto postupy aplikovat v rámci mapování adiktologických služeb nadregionálního a celostátního charakteru. Tyto zkušenosti odrážejí praktickou proveditelnost metod, jejich přínosy i případné limity při práci s daty a při sběru informací od poskytovatelů, klíčových aktérů či odborné veřejnosti.

Toto zhodnocení může zároveň sloužit jako podpora pro další využití metodiky v budoucnosti, zejména při stanovování a aktualizaci sítě adiktologických služeb nadregionálního a celostátního charakteru. Umožňuje identifikovat postupy, které se v praxi osvědčují, stejně jako nástroje, jejichž využití může znamenat významnou přidanou hodnotu při plánování, rozhodování a strategickém řízení systému adiktologických služeb v České republice.

Modul 0 – Analýza sekundárních dat

- V rámci projektu byla analýza sekundárních dat realizována prostřednictvím metody desk research, která zahrnuje identifikaci, rešerši a analýzu již existujících dokumentů a dostupných informací. Cílem bylo vytvořit solidní faktický rámec pro následnou analytickou práci a pro definování těch typů služeb, jejichž organizace a financování přesahují regionální úroveň, a rovněž definování základních kritérií pro stanovení znaků těchto adiktologických služeb. Analýza pracovala především s dostupnými daty o geografickém rozmístění, kapacitách, institucionálním zajištění a dalších charakteristikách adiktologických služeb. Zdroje dat zahrnovaly mj. Koncepci rozvoje adiktologických služeb 2021 (KRAS 2021), portál Drogy-info, výsledky Sčítání adiktologických služeb 2023, odborné koncepční dokumenty a publikace, a dále také další veřejně dostupné statistické a oborové zdroje. U vybraných dat, která byla v dostupných zdrojích již neaktuální nebo neúplná, proběhlo jejich zpřesnění a ověření ve spolupráci s Úřadem vlády ČR. Využité datové zdroje:
    - **ACoRD CZ, z.s. (2025): Průzkum četnosti osob se specifickými potřebami:** Poskytuje aktuální údaje o počtech osob s různými typy znevýhodnění či specifických potřeb. Využitelný pro odhad velikosti cílových skupin, které mohou být uživateli adiktologických služeb. Částečně byl využit jako zdroj informací o popisu potřeb dílčí části cílové skupiny uživatelů adiktologických služeb.
    - **Drogy-info.cz:** Oficiální portál s rozsáhlým datovým zázemím o drogách, adiktologických službách a souvisejících indikátorech. Obsahuje statistiky, výroční zprávy, mapy služeb, trendové analýzy a legislativní informace. Klíčový zdroj pro popis kontextu, kapacit a rozmístění služeb.
    - **Koncepce rozvoje adiktologických služeb 2021 (KRAS 2021):** Zásadní systémový a strategický dokument schválený Vládou ČR. Stanovuje typologii adiktologických služeb a jejich doporučené rozmístění napříč úrovněmi (regionální, nadregionální, celostátní). V projektu slouží jako hlavní východisko pro definování rolí služeb, jejich kapacit, očekávané dostupnosti a způsobu organizace péče. Použit jako rámec pro zařazení identifikovaných služeb do sítě trvalých a rozvojových nadregionálních služeb. Je klíčový pro pochopení institucionálního a funkčního uspořádání systému adiktologických služeb.
    - **Miovský, M. (2013): Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice:** Základní koncepční dokument pro vymezení funkcí adiktologických služeb a jejich doporučeného uspořádání. Důležitý pro vymezení rolí a parametrů služeb nadregionálního a celostátního charakteru. Umožňuje porovnat aktuální stav se systémovým návrhem.

- **Metodiky analýzy potřeb k praktické realizaci Návrhu nástroje zajištění dostupnosti adiktologických služeb:** Výchozí metodologický rámec pro systematické mapování potřeb v adiktologii. Definuje Moduly 0–3, postup analýzy sekundárních dat, sběru primárních dat a zapojení stakeholderů. V dokumentu uvedené metodické rámce byly využity pro účely stanovení využitých přístupů za účelem zpracování dokumentu a rovněž ověření jejich využitelnosti.
- **Národní ústav pro vzdělávání (2025): Primární prevence:** Informace o systému primární prevence v ČR, včetně metodik, typologie programů a organizace poskytování. Zdrojem pro posouzení role prevence v rámci širší sítě adiktologických služeb. Vhodné pro mapování neklinických a školních intervenčních programů.
- **Sčítání adiktologických služeb – 2023:** Datová sada s klíčovými informacemi o poskytovatelích adiktologických služeb (kapacity, personální zajištění, provozní charakteristiky). Nejdůležitější aktuální zdroj pro analýzu pokrytí, dostupnosti a rozložení služeb. V projektu slouží jako hlavní referenční databáze pro identifikaci nadregionálních a celostátních služeb.
- **Vyhlášené dotačního řízení v oblasti poskytování sociálních služeb s nadregionální nebo celostátní působností (MPSV):** Přináší formální vymezení služeb, které stát považuje za nadregionální či celostátní. Obsahuje kritéria, která umožňují porovnat adiktologické služby se sociálními službami v obdobném režimu financování. Pomáhá vymezit systémové ukotvení této úrovně služeb.

Zhodnocení: Analýza sekundárních dat v projektu plnila roli vstupní fáze, jejímž úkolem bylo identifikovat relevantní typy služeb nadregionálního a celostátního charakteru a vymezit jejich základní parametry před zahájením primárního výzkumu. Tento postup odpovídal standardům desk research popsaným v metodice a přispěl k formulaci hypotéz, zaměření následných rozhovorů a definování analytických okruhů projektu.

Modul 1 – Online dotazníková šetření

- V rámci projektu *Definování potřebnosti a dostupnosti adiktologických služeb nadregionálního a celostátního charakteru v ČR* nebyl Modul 1 realizován jako samostatné dotazníkové šetření. Tato metoda nebyla použita především proto, že relevantní dotazníkový sběr dat již proběhl v nedávné minulosti, ve formě Sčítání adiktologických služeb 2023, které poskytlo podrobná kvantitativní data o kapacitách, personálních podmínkách, poskytovaných službách a provozních charakteristikách jednotlivých typů zařízení. Výstupy těchto již existujících šetření byly následně využity a vyhodnoceny v rámci Modulu 0 (analýzy sekundárních dat), a proto nebylo účelné duplicitně realizovat nové dotazníkové sběry dat.

Zhodnocení: Současně je však třeba zdůraznit, že Modul 1 představuje důležitý a doporučovaný nástroj Metodiky analýzy potřeb, zejména pokud je cílem získat aktuální, detailní a systematické informace přímo od poskytovatelů služeb nebo dalších relevantních aktérů. Vzhledem k tomu, že stávající datové podklady mohou být v některých oblastech časově omezené, neúplné nebo nezachycují nové trendy či změny ve službách, je vhodné doporučit, aby bylo dotazníkové šetření využito při dalších fázích či aktualizacích analýzy potřebnosti adiktologických služeb nadregionálního a celostátního charakteru. Provedení nového kvantitativního sběru by umožnilo aktualizovat existující data, získat přesnější obraz o aktuálním stavu adiktologických služeb, identifikovat nové potřeby či bariéry, a posílit tak validitu a aktuálnost výstupů analýzy. Zvláště pokud by došlo k zařazení otázek zaměřených na problematiku nadregionálních a celostátních adiktologických služeb a případné částečné revizi otázek oproti sčítání adiktologických služeb, které proběhlo v roce 2023.

Modul 2 – Fokusní skupiny

- Metodika analýzy potřeb doporučuje v Modulu 2 realizovat fokusní skupiny, které umožňují získat detailní kvalitativní vhled prostřednictvím interakce mezi různými aktéry v systému adiktologických služeb. V rámci tohoto projektu by bylo velmi obtížné klasické fokusní skupiny v plném rozsahu realizovat, a to zejména s ohledem na celostátní zaměření projektu, které zahrnovalo široké spektrum odborníků a poskytovatelů z různých krajů České republiky. Z logistických důvodů a s ohledem na požadavek pokrytí služeb s nadregionální a celostátní působností bylo proto přistoupeno k využití individuálních polostrukturovaných rozhovorů s vybranými poskytovateli těchto typů služeb. Tento přístup umožnil hlubší porozumění jejich specifickému fungování, kapacitám, zátěži, roli v systému a potřebám, a zachoval vysokou míru detailu, která je pro tento typ analýzy nezbytná.

Zhodnocení: Přestože tato metoda nebyla v rámci projektu využita, je třeba upozornit na skutečnost, že současně proběhly konzultace se zástupci střešních organizací adiktologických služeb, jež měly charakter fokusní skupiny a umožnily vzájemnou diskusi a sdílení systémových perspektiv. Tyto konzultace však představují spíše doplňkovou metodu, která je popsána níže. Je vhodné doplnit, že při mapování potřeb nadregionálních a celostátních adiktologických služeb se metoda fokusních skupin ukazuje jako méně vhodná. Pro celostátní pokrytí je logisticky komplikované zajistit účast relevantních poskytovatelů z celé republiky, často s velmi odlišným provozním režimem a omezenými možnostmi účasti na skupinových setkáních. Individuální rozhovory se proto jeví jako efektivnější nástroj, protože umožňují pružně reagovat na časové možnosti poskytovatelů, pokrýt větší geografickou i typologickou šíři služeb a zároveň zachovat hloubku a detail kvalitativních zjištění, které jsou pro tento typ analýzy klíčové.

Modul 3 – Individuální polostrukturované rozhovory

- Modul 3, zaměřený na individuální polostrukturované rozhovory, představoval v rámci projektu *Definování potřebnosti a dostupnosti adiktologických služeb nadregionálního a celostátního charakteru v ČR* klíčovou a metodicky nejzásadnější metodu sběru primárních dat. Rozhovory byly realizovány se dvěma hlavními cílovými skupinami: odborníky a vedoucími pracovníky adiktologických služeb a zástupci krajů, zejména krajskými protidrogovými koordinátory a dalšími pracovníky, kteří disponují systémovým přehledem o regionální infrastruktuře. Tato kombinace poskytla komplexní a víceúrovňový vhled do fungování, potřeb, zátěže i bariér jednotlivých služeb a zároveň do širšího kontextu jejich ukotvení v krajských systémech. Zároveň významným způsobem pomohla v rámci definování potřeb těchto služeb.

Zhodnocení: Realizátoři projektu se záměrně nezaměřili na cílovou skupinu uživatelů adiktologických služeb, protože primární cíl spočíval v mapování funkčních, organizačních a kapacitních parametrů sítě poskytovatelů a v porozumění systémovým potřebám. Tento postup odpovídal zadání projektu i časovým a organizačním možnostem. Zároveň však z konzultací se zástupci střešních organizací vyplynulo, že pro další fázi definování a optimalizace sítě adiktologických služeb nadregionálního a celostátního charakteru je vhodné zapojit také uživatele služeb, jejichž perspektiva může obohatit poznatky o dostupnosti, využitelnosti a kvalitě poskytované péče.

Je nutné zdůraznit, že individuální polostrukturované rozhovory měly zásadní význam pro formulaci klíčových výstupů a závěrů celého projektu. Poskytly jedinečné, detailní a aktuální informace, které nebylo možné získat prostřednictvím dostupných sekundárních dat ani jiných metod. Rozhovory umožnily identifikovat specifické potřeby jednotlivých typů služeb, popsat jejich úlohu v systému, odhalit provozní limity a definovat parametry, které nadregionální a celostátní služby skutečně odlišují od služeb regionálních. Bez těchto kvalitativních dat by nebylo možné vytvořit validní a prakticky využitelný návrh struktury a vymezení nadregionálních a celostátních adiktologických služeb.

Další použité metody

- Kromě metod uvedených v Modulu 0–3 byly v rámci projektu *Definování potřebnosti a dostupnosti adiktologických služeb nadregionálního a celostátního charakteru v ČR* využity také další postupy, které významně přispěly k doplnění a ověření zjištění získaných primárními i sekundárními metodami. Jedním z klíčových nástrojů bylo setkání pracovní skupiny složené ze zástupců střešních organizací adiktologických služeb, které umožnilo společnou diskusi nad podobou sítě služeb nadregionálního a celostátního charakteru, konfrontaci odborných názorů a identifikaci systémových potřeb napříč různými typy služeb. Toto setkání plnilo částečně funkci fokusní skupiny, jelikož umožnilo strukturovanou výměnu zkušeností a úhlů pohledu mezi odborníky zastupujícími celý sektor adiktologických služeb.
- Další důležitou metodou byly konzultace se zástupci sekretariátu Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, které poskytly strategický a systémový rámec pro interpretaci zjištění a umožnily zpřesnit definice jednotlivých typů služeb i kritéria jejich nadregionálního či celostátního charakteru. Tyto konzultace také přispěly k ověření souladu navrhovaného konceptu s aktuálními prioritami a směrováním národní politiky v oblasti adiktologie.
- Součástí metodického přístupu bylo rovněž písemné připomínkování průběžných výstupů projektu odborníky ze střešních organizací adiktologických služeb, které zajistilo průběžnou odbornou kontrolu, verifikaci věcné správnosti a zohlednění praktických zkušeností širokého spektra poskytovatelů. Tento proces umožnil průběžně zpřesňovat interpretace dat, formulovat přesnější závěry a posílit relevanci výstupů pro praxi.

Zhodnocení: Tyto doplňkové metody významně podpořily komplexnost a kvalitu celkové analýzy, umožnily triangulaci dat z různých zdrojů a přispěly k tomu, že návrh sítě adiktologických služeb nadregionálního a celostátního charakteru je podložený nejen empirickými zjištěními, ale také širokou odbornou shodou.

2.4 VYHODNOCENÍ ŘÍZENÝCH ROZHOVORŮ

Zjištění z předchozích částí projektu byla ověřována a doplňována v sérii řízených rozhovorů, které byly realizovány v říjnu a listopadu 2025 se zástupci vybraných organizací (viz kapitola metodika).

Řízené rozhovory trvaly přibližně 30-60 minut a zaměřovaly se mj. na následující aspekty:

- potřebnost adiktologických služeb;
- dostupnost adiktologických služeb;
- financování adiktologických služeb;
- personální kapacity poskytovatelů adiktologických služeb;
- nabídka adiktologických služeb a mezioborová spolupráce;
- specifické otázky pro konkrétní adiktologické služby.

2.4.1 Certifikace

Převážná část respondentů se shoduje na smysluplnosti certifikace podle Standardů RVKPZ. Skeptický postoj se objevuje zejména u přetížených nebo menších služeb, které uvádějí, že nemají kapacity ani personál na plnění administrativních nároků certifikace, i když souhlasí s její filozofií. Respondenti vnímají certifikaci RVKPZ jako vysoce kvalitní a považovali by za vhodné a zcela zásadní, **aby byla akceptována také v oblasti sociálních služeb**. To znamená, aby nedocházelo k paralelnímu procesu certifikace a inspekce ze strany Inspekce sociálních služeb a certifikované subjekty tak nemusely absolvovat další kontroly (například inspekci sociálních služeb). Respondenti zároveň připouštějí, že v takovém případě by bylo možné certifikaci dále zpřísnit, tedy učinit certifikační proces náročnějším, pokud by to vedlo k odstranění potřeby dalších kontrol.

Argumentace pro potřebnost certifikace byla zmiňována následující:

- certifikace zvyšuje profesionalizaci a odbornou úroveň služeb,
- sjednocuje kvalitu poskytované péče a nastavuje jasnou metodiku,
- představuje uznávaný standard kvality vůči donátorům, veřejnosti i partnerům,
- certifikace představuje kontrolně-podpůrný nástroj,
- certifikace je více "propacientská"(tj. řeší péči o pacienta) než ostatní systémy kvality.

Zdravotnická zařízení (poskytující substituční léčbu, detoxifikaci a psychiatrickou lůžkovou péči) uváděla, že **disponují náročnějšími a důkladnějšími systémy kvality vycházejícími z legislativních požadavků**, což pro ně činí splnění certifikace poměrně snadným. Jako příklady byly zmiňovány zejména SAK (Spojená akreditační komise ČR), normy ISO či bezpečnostní a další audity.

Certifikace je „propacientská“. Více řeší péči o pacienta.

Významným zjištěním je, že soukromé subjekty nemají povinnost tyto standardy získávat, což znamená, že zařízení bez certifikace nemusí poskytovat kvalitní péči, například nemusí zaměstnávat kvalifikované pracovníky.

2.4.2 Personální kapacity

Dotazovaní respondenti se shodli, že **nedostatek odborného personálu nastává plošně napříč službami**. Nejčastěji byly uváděny deficity u těchto profesí:

- adiktologové;
- kliničtí psychologové;
- dětští psychiatři;
- psychiatři obecně;
- psychiatrické sestry i obecně zdravotní sestry.

Dále dle názorů některých respondentů **chybí sociální pracovníci a sociální pedagogové**. **Dostupnost adiktologů není podle respondentů hodnocena jednotně.** Někteří poukazují na to, že se situace v posledních letech postupně stabilizuje díky rostoucímu počtu absolventů oboru. Současně však připouštějí, že významná část absolventů do praxe v oboru nenastupuje (z finančních důvodů, kvůli náročnosti profese apod.).

Mezi hlavní důvody nedostatečných personálních kapacity byly respondenty uváděny následující:

- Vysoká fluktuace a zátěž personálu — služby dlouhodobě pracují „na hraně kapacit“, dochází k přetěžování pracovníků, nárůstu administrativy a častému vyhoření pracovníků.
- Neodpovídající platové ohodnocení, které vede k výrazné migraci odborníků do soukromého sektoru.
- Nedostatek mladých absolventů / nízký zájem o nástup do tohoto oboru — nábor je obtížný a nástupní mzdy nejsou dostatečně atraktivní.
- Konkurenční prostředí napříč sektory — nemocnice, sociální služby a neziskové organizace si vzájemně přetahují specialisty, zejména psychiatry a psychology.
- Systém vzdělávání, např. vysoké požadavky na zdravotní sestry.

Problémem jsou platy – sociálním pracovníkům nejsou schopni nabídnout více, než berou prodavačky v Lidlu. Přitom je u nich velká zodpovědnost a je to i psychicky náročná práce.

S výkonem profese souvisí také **výrazná administrativní zátěž**. V adiktologických službách je vnímána jako velmi vysoká a dlouhodobě rostoucí, přičemž v některých případech zabírá až 70 % pracovní doby. **Dochází tak k nerovnováze mezi přímou prací s klienty a administrativou**. Zaměstnanci mají pocit, že tráví více času „papírováním“ než samotnou prací s klienty, což je hodnoceno jako frustrující a demotivující. Nejvyšší administrativní zátěž se projevuje zejména u subjektů s vícezdrojovým financováním (např. financujících svou činnost z grantů či dotací).

2.4.3 Financování

Financování je výrazně vícesložkové, obvykle založené na kombinaci několika zdrojů, přičemž žádný z nich není dominantní. **Výjimku představuji zdravotnická zařízení** zřizovaná Ministerstvem zdravotnictví (zejména detoxikační jednotky, psychiatrická lůžková péče a substituční léčba), u nichž tvoří hlavní zdroj příjmů platby ze zdravotního pojištění. Tato zařízení tedy nejsou vystavena tak vysokému podílu vícezdrojového financování jako sociální a preventivní služby, které jsou ve značné míře závislé na projektovém financování.

Mezi typy služeb tak vznikají výrazné rozdíly: sociální a preventivní služby nejintenzivněji pociťují podfinancování, zatímco služby v rámci zdravotnického sektoru mají stabilnější finanční model.

Nejčastěji byly respondenty uváděny tyto finanční zdroje:

- Ministerstvo zdravotnictví (MZ);
- Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV);
- Krajské dotace / krajské protidrogové programy;
- Obce / města;
- Zdravotní pojišťovny;
- ESF / evropské fondy (především ERDF/ESF prostřednictvím projektů).

Pro většinu služeb je nezbytná kombinace zdravotního a sociálního financování.

Financování je vnímáno jako dlouhodobě nedostatečné a nestabilní. **Krátkodobost finanční podpory je respondenty označována za zásadní problém,** protože způsobuje nejistotu a brání personální i koncepční stabilitě služby. Významnou část rozpočtů tvoří roční dotace, které neposkytují jistotu do budoucna. Navíc administrativní náročnost financování je velmi vysoká – poskytovatelé uvádějí, že velká část kapacit je spotřebována na získávání a vykazování finančních prostředků, což výrazně prodražuje provoz.

Další zjištěné potíže služeb související s financováním:

- Výše finančních prostředků neodpovídá reálným nákladům ani rostoucí poptávce po službách.
- Růst cen energií, nájmů a mezd není financováním pokryt.
- Služby nejsou schopny zvyšovat mzdy, což negativně ovlivňuje personální stabilitu a konkurenceschopnost sektoru.
- Kraje jsou vnímané jako klíčový stabilizační prvek, nicméně i jejich finanční možnosti jsou omezené a závislé na politické vůli.

2.4.4 Potřebnost

Potřeba největší podpory v rámci definovaných nadregionálních a celostátních služeb

Mnozí respondenti zdůrazňují, že nedostatek jediné služby oslabuje funkčnost celé sítě. **Velký důraz je proto kladen na kontinuitu péče**. Pokud se klient nemá po ukončení léčby kam přesunout, protože chybí programy následné péče, výrazně roste riziko relapsu. **Systém může fungovat efektivně pouze tehdy, pokud fungují všechny jeho komponenty**, tj. upřednostnění rozvoje pouze jedné konkrétní služby může oslabit systémový přístup.

Několik respondentů rovněž upozorňuje, že je nezbytné budovat síť nadregionálních služeb plánovitě, nikoli ad hoc.

Za nejpotřebnější pro další rozvoj jsou považovány zejména tyto služby:

- pobytové služby – psychiatrie, detoxikační jednotky, následná péče a terapeutické komunity;
- dětská psychiatrie / adiktologická péče pro děti a mladistvé.

Část respondentů také zdůrazňovala potřebnost podpory služeb primární prevence, tj. terénních služeb. Ty představují prvotní záchyt, a proto by si zasloužily výraznější podporu, aby bylo možné cílovou skupinu včas identifikovat a podchytit. Jeden z respondentů jmenoval i potřebu navýšení u harm reduction.

Jeden z respondentů dále poukazoval na potřebu posílit zdravotnický systém tak, aby byl schopen lépe reagovat i na klienty, kteří neusilují o úplnou abstinenci, ale především o stabilizaci svého stavu. Zároveň by podle něj i dalších respondentů stálo za to systematicky dořešit přechod (tzv. přemostění) mezi zdravotnickým a sociálním systémem, aby byla zajištěna plynulá návaznost péče.

Opakovaně se objevuje také potřeba rozvoje služeb pro specifické cílové skupiny:

- děti a dorost / mladiství;
- senioři – téměř žádná odborná kapacita;
- osoby s duální diagnózou – nedostatek specializovaných programů;
- lidé po léčbě – nedostatečná následná péče vč. možností podporovaného ubytování;
- osoby po výkonu trestu odnětí svobody (VTOS).

Pomoc ze strany státu

Respondenti očekávají od státu zejména politické uznání významu adiktologických služeb, jasné legislativní a koncepční ukotvení, stabilní financování, podporu personálních kapacit a aktivní roli v posilování pozitivního mediálního obrazu služeb i destigmatizace jejich klientů. V textu dále je zmiňovaná podpora ze strany státu rozepsána do několika oblastí.

Politická podpora

Více respondentů uvedlo, že stát by měl **dát adiktologickým službám jasnou politickou váhu** a ukázat, že jde o společensky nezbytnou oblast.

Zmiňované problémy:

- nedostatečná spolupráce mezi ministerstvy (např. Ministerstvo vnitra);
- nedostatečná podpora na místní úrovni.

Legislativní a koncepční oblast

Dle respondentů **by měl stát vymezit kompetence, gesce a odpovědnosti** ve vztahu k dostupnosti adiktologických služeb. Mimo jiné by měl **jednoznačně definovat, jakým způsobem se jaká úroveň veřejné správy má podílet na jejich financování**. Významné je také řešení problematického pomezí adiktologických služeb mezi zdravotním a sociálním systémem včetně financování.

Zmiňované návrhy respondentů:

- Přesnější legislativní ukotvení adiktologických služeb (např. „adiktologický“ zákon);
- Propojení zdravotního a sociálního systému;
- Nasmlouvání dostatku kapacit se zdravotními pojišťovnami;
- Větší využívání výstupů odborných pracovních skupin, národních strategií a akčních plánů tvořených odborníky;
- Podpora vzniku specializovaných a nadregionálních služeb, včetně mapování kapacit, čekacích dob a potřebnosti;
- Flexibilní podpora vzniku nových služeb podle měnících se potřeb uživatelů.

Jeden respondent dále uvedl, že role, kterou stát má dosud (nastavuje parametry kvality, definuje základní principy sítě), je optimální. Další respondent zmínil, že by stát mohl být jedním z hráčů, který bude definovat i kapacity těch služeb. Tento respondent však nesouhlasí s názorem některých kolegů, kteří by byli rádi, kdyby měl stát na starost úplně všechno.

Personální kapacity

Vysoký důraz byl u respondentů kladen na personální otázky. Respondenti opakovaně uvádějí, že není možné služby rozvíjet, ani udržet bez odpovídajícího platového ohodnocení personálu, úprav vzdělávacího systému a morální podpory pracovníků.

Respondenty zmiňovaná opatření:

- Vyšší mzdy odborných profesí v oboru závislostí a stabilní financování pracovních míst;
- Zvýšení atraktivity zaměstnání v adiktologických službách;
- Stabilizace vzdělávacích podmínek, dostupnost potřebných oborů (psychiatrické sestry, adiktologie), rozvoj kombinovaných forem studia.
- Podpora vzdělávání pracovníků jako motivační prvek.

Financování

Stabilní, dlouhodobé a předvídatelné financování je klíčovým očekáváním respondentů. Nejčastěji uváděným požadavkem jsou nikoliv roční dotace, ale víceleté financování, aby služby mohly plánovat personální kapacity, udržitelnost a rozvoj.

Návrhy ze strany respondentů:

- Zajištění udržitelných finančních zdrojů (víceleté financování), unifikace současně roztříštěných dotačních titulů;
- Redukce administrativní zátěže (sjednocení dotačních podmínek a formulářů);
- Více studií finanční efektivity adiktologických služeb jako argumentace vůči obcím;
- Podpora investic (modernizace objektů, mzdové podmínky);
- Posílení financování krajů (zajištění finančních prostředků např. na pedagogicko-psychologické poradny).

Mediální obraz a informovanost

Významným krokem je dle názoru velké části respondentů pozitivní prezentace služeb pro adiktologickou komunitu na veřejnosti. Stát by mohl pomoci s financováním mediálních aktivit, ale i samotnou realizací kampaně atd. Samotné služby nemají prostředky, ani kapacity na komunikaci s veřejností.

Zmiňované problémy:

- Nerovné postavení NNO (např. ve vztahu k psychiatrickým nemocnicím);
- Odpor veřejnosti vůči adiktologickým službám a přesouvání zařízení / služeb na okraj obcí.

...pozitivní prezentace služeb pro adiktologickou komunitu na veřejnosti je zásadní - jsou to služby na chvostu...

...trh je otevřený, přichází nové látky, měla by se tomu věnovat větší pozornost.

Ostatní tematické okruhy podpory

Respondenty byly dále uváděny následující návrhy podpory ze strany státu:

- Rozvoj služeb pro osoby s duální diagnózou vč. pobytových kapacit;
- Provázání věznic s poskytovateli služeb podle regionu klienta (aby klienti po propuštění z výkonu trestu rovnou přecházeli do jejich péče) a doplnění odborného personálu ve věznicích.
- Podpora služeb pro dětskou klientelu (chybějící metodika a dotační titul, nejednotné personální zabezpečení).
- Posílení kapacit pedagogicko-psychologických poraden a spolupráce s NNO.
- Zlepšení dostupnosti substituční léčby a adiktologických ambulancí (pro děti i dospělé).

- Vzdělávání represivních složek (PČR, IZS), včetně rozvoje komunitní práce a spolupráce s poskytovateli HR služeb.
- Podpora online harm reduction a terénní práce (např. na tanečních akcích).
- Zlepšení orientace klientů v systému služeb – např. aktualizovaná a uživatelsky přívětivá Mapa pomoci.

2.4.5 Dostupnost

Aktuální dostupnost definovaných nadregionálních a celostátních služeb

Respondenti se shodují, že dostupnost služeb je v České republice velmi nerovnoměrná. Existují výrazné regionální rozdíly (např. Praha vs. Karlovarský kraj) jak mezi jednotlivými kraji, tak mezi velkými a menšími městy. Služby se koncentrují zejména do velkých měst, mimo terénní programy nemají klienti, zvláště z nízkopříjmových skupin, služby dostupné ve svém běžném prostředí. Nedostupnost navíc prohlubuje skutečnost, že některé kraje mají síť sociálních služeb uzavřenou – nelze navyšovat kapacity ani zařazovat nové služby.

Dostupnost jednotlivých typů služeb se dle názoru respondentů liší. U některých služeb (např. detoxikační jednotky, terapeutické komunity, psychiatrická lůžková péče) může být menší geografická dostupnost do jisté míry žádoucí – klienti často potřebují odejít ze svého prostředí a využít anonymity. Dostupnost však není jen otázkou vzdálenosti, ale také kapacity a čekacích dob. I v místech, kde se služba nachází, může být obtížné se do ní dostat kvůli nedostatku pracovníků a dlouhým čekacím lhůtám.

Zmiňované nedostupné služby:

- detoxikační jednotky;
- substituční léčba (potřeba častého dojíždění, nedostatečné pokrytí okresních měst);
- terapeutické komunity (dlouhé čekací doby, omezená kapacita, geografická vzdálenost);
- psychiatrická lůžková péče (nerovnoměrné pokrytí, nedostatek specializovaných zařízení pro závislosti); obecně chybí psychiatrická lůžková i ambulantní péče;
- ambulantní adiktologická péče pro děti a dorost (neodpovídají potřebám, jsou u nich potřeba speciální kompetence);
- služby indikované i selektivní prevence.

Terénní a nízkoprahové služby jsou vnímány ze strany respondentů jako flexibilnější a lépe dostupné, jejich kapacity však poptávce rovněž nestačí.

Specifické problémy v dostupnosti (dle regionů nebo cílových skupin)

Za nejproblematičtější skupiny z hlediska dostupnosti služeb považují respondenti:

- **senioři** – chybí pobytová zařízení schopná přijímat seniory se závislostí (gerontoadiktologie);
- **děti a mladiství** – chybí detoxikační jednotky, terapeutické komunity i psychiatrická lůžková péče i ambulantní péče;
- **klienti s duální diagnózou** – nedostatek specializovaných programů a kapacit;
- **klienti kombinující bezdomovectví a závislost;**
- **osoby ve výkonu trestu** – dostupnost se liší mezi věznicemi;
- **osoby v akutní krizi –** nedostatek krizových služeb a stabilizačních lůžek.

Dále bylo uváděno, že střední třída by ráda využívala online adiktologické služby, avšak ty nejsou dostupné. Obecně v systému chybí služby následné péče, „mokrá“ centra a existují i mezery v oblasti harm reduction. Napříč výpověďmi se také objevuje, že ČR postrádá funkční systém sociálního bydlení, což snižuje šanci klientů využít navazující podporu, i pokud by pro ně vhodné služby existovaly.

2.4.6 Nabídka adiktologických služeb a mezioborová spolupráce

Potřeba adiktologických služeb pro děti a mládež

Mnoho respondentů uvádí, že chybí **nabídka či kapacity u prakticky všech druhů adiktologických služeb pro děti a mládež**. Mezi nejčastěji zmiňovanými chybějícími službami jsou:

- detoxikační jednotky;
- terapeutické komunity pro děti a mládež;
- ambulantní programy (někteří respondenti poukazují na větší vhodnost ambulantní terapie; než pobytové služby).

Dále jsou často zmiňovány doléčovací programy, v menší míře pak služby indikované prevence a psychiatrická lůžková péče. **Mnoho respondentů poukazuje na nedostatek dětských psychiatrů**. Více respondentů také doporučuje **zajištění adiktologických služeb** (adiktologů, případně dalších potřebných profesí) **v rámci institucí pečujících o děti** (dětské domovy, střediska výchovné péče, diagnostické ústavy).

Potřeba specializovaných služeb či intervencí pro seniory

Značná část respondentů nevidí potřebu adiktologických služeb specializovaných vyloženě na seniory s výjimkou pobytových („dožívacích“) služeb, jako jsou domovy se zvláštním režimem s adiktologickou péčí. Velká část respondentů se taktéž shoduje na tom, že by bylo potřeba výrazně rozšířit nabídku adiktologických služeb v pobytových zařízeních pro seniory (domovy pro seniory a zejména domovy se zvláštním režimem), kde by mohli senioři dožívat bez nutnosti abstinence. V těchto zařízeních navrhují respondenti režim pro adiktologické klienty bez vyhlídky na abstinenci založený mj. na kontrolovaném podávání alkoholu. Dále větší množství respondentů upozorňuje na potřebu služeb pro seniory s kombinací adiktologické a závažné zdravotní diagnózy (lůžková péče se zdravotní péči). Menší část respondentů pak navrhuje ještě specializované preventivní programy pro seniory (zejména osvěta ohledně závislosti na lécích), ambulantní služby, sociálně aktivizační služby, služby krizové stabilizace či denní stacionáře a mokrá centra.

Respondenti **poukazují na potřebu specializovaných adiktologických služeb pro seniory zejména s ohledem na specifické potřeby této cílové skupiny vyvolané kombinací adiktologické diagnózy a nepříznivého zdravotního či duševního stavu**. To vyvolává zvýšené nároky, které je schopné řešit jen omezené spektrum zařízení / služeb. Dále poukazují na problém stárnoucí populace uživatelů návykových látek a obecný problém stárnutí populace, jehož důsledkem může být rostoucí četnost této cílové skupiny.

Limitem pro poskytování adiktologických služeb seniorům je přitom u některých respondentů to, že **nejsou zařízení na práci s klienty s omezenou schopností pohybu** (např. mají bariérovou infrastrukturu), nebo **závažným zdravotním stavem** (neposkytují potřebnou zdravotní péči).

Potřeba služby krizové stabilizace

Někteří respondenti by vytvoření sítě služeb krizové stabilizace uvítali. Další respondenti ovšem poukazují, že by taková služba musela mít nejprve oporu v zákoně. Příznivci zřízení sítě upozorňují na to, že síť by umožnila zachycení klientů, kteří by vzhledem ke své situaci možná adiktologické služby ani nevyhledali. Přitom ale upozorňují na potřebu, aby na službu navazovaly další služby (např. detoxikace, pobytová péče apod.), jinak by byla služba krizové stabilizace neúčinná.

Další respondent upozornil na původní ambici (při navržení zavedení této služby v ČR) nahradit alespoň zčásti stávající institut záchytných stanic službou obdobného charakteru, která má ovšem pro klienty větší přínos a z adiktologicko/zdravotního hlediska větší dopad, než jen „zavření klienta do vystřízlivění“.

Potřeba rozvoje denních stacionářů pro adiktologické klienty

Názor respondentů na rozvoj služby denní stacionář pro adiktologické klienty **není zcela jednoznačný**. Někteří respondenti poukazují na to, že existující denní stacionáře fungují dobře, ale zároveň si nejsou jisti, zdali by se při jejich plošném rozvoji pro ně našla dostačující klientela. Další respondenti poukazují na to, že intenzivní ambulantní programy mohou tuto službu suplovat efektivněji. **Služba je vhodná jen pro určité spektrum klientů (s dobrým zázemím) a přitom musí být dobře dopravně dostupná**. Někteří respondenti navrhují rozvoj služby pro cílovou skupinu seniorů, aby jim služba pomohla trávit čas bez alkoholu.

Spolupráce poskytovatelů sociálních služeb s poskytovateli zdravotní péče

Velká část respondentů konstatuje, že spolupráce sociálních služeb s poskytovateli zdravotní péče hodně závisí na konkrétních lidech a jejich kontaktech. Například mnoho poskytovatelů sociálních služeb si postupně vybudovalo síť kontaktů mezi poskytovateli zdravotní péče, se kterými se jsou schopni domluvit. Někteří poskytovatelé sociálních služeb ovšem poukazují na to, že poskytovatelé zdravotní péče se na ně a jejich klienty dívají shůry a mají (především vůči klientům) předsudky. **Velká část respondentů ovšem potvrzuje, že se komunikace a spolupráce postupně zlepšuje** a bariéry se (zejména v osobní rovině) prolamují.

Lokálně může být problémem osobnost konkrétního poskytovatele služby (např. psychiatra), který odmítá léčit adiktologické klienty (zejména klienty kontaktních a nízkoprahových center). Pak poskytovatelé sociální služby hledají poskytovatele zdravotní péče, kteří jsou ochotní klienty přijmout. Respondentem byl popsán i případ, kdy měli *„10 let mizernou spolupráci s krajskou hygienickou stanicí. Jeden důležitý člověk neměl rád feťáky a tím hasla spolupráce“*. Situace se ovšem lepší, což potvrzuje i jeden respondent výrokem, že *„u mladší generace psychiatrů i lékařů se lepší přístup k adiktologickým klientům“*.

U mladší generace psychiatrů i lékařů se lepší přístup k adiktologickým klientům.

V rámci spolupráce mezi velkými zdravotnickými zařízeními a sociálními zařízeními je pozitivem činnost sociálních pracovníků, nebo sociálních sester ve zdravotnických zařízeních, kteří tuto činnost zajišťují. Přitom jsou vyzdvihovány některé psychiatrické nemocnice a léčebny, které více respondentů uvádí jako pozitivní příklad spolupráce (např. PN Kosmonosy, PN Bílá Voda, PL Červený Dvůr).

Neexistuje centrální databáze volných míst v detoxu / terapeutické komunitě.

Mnozí poskytovatelé sociálních služeb si ovšem stěžují, že od poskytovatelů zdravotní péče nemají vždy relevantní informace o svých klientech. Jako specifický problém byl popsán příklad, kdy *„neexistuje centrální databáze volných míst v detoxu / terapeutické komunitě“*. To vede k situaci, kdy služby snažící se umístit klienta do zařízení, zdlouhavě obvolávají poskytovatele.

2.4.7 Specifické otázky pro konkrétní adiktologické služby

Výzvy a omezení v oblasti detoxikace

Poskytovatelé detoxifikace spíše neuvádějí jako výzvu kapacitu, nebo kvalitu služby (jen v některých případech potřebu vybudování / obnovení detoxikačních jednotek v některých regionech). Uvádějí spíše **problémy v umisťování pacientů do pobytové služby** (psychiatrické lůžkové péče, terapeutických komunit) **po absolvování detoxikace z důvodu dlouhých čekacích lhůt** a problémy s umístěním a řešení situace pacientů, kteří ještě nemají důchodový věk, ale už nejsou schopni samostatně fungovat. Dále uvádějí **problémy s nedostatkem personálu** (zejména zdravotních sester, kde je problémem i jejich nízké platové ohodnocení, ale i lékařů), převozem pacientů do pobytových služeb, nebo absencí kvalitního vybavení či potřebných prostor.

V jiných otázkách ovšem uvádějí, že kapacity detoxikačních jednotek jsou nedostatečné, což se projevuje mj. dlouhými čekacími lhůtami, hledáním míst pro pacienty na jiných detoxikačních

jednotkách, nebo tím, že na některých detoxikačních jednotkách léčí pacienty z celé ČR, protože je z kapacitních důvodů není možné umístit do jednotky ve "spádových" zařízeních.

Řešením nedostatečných kapacit přitom nejsou průběžné změny kapacity vzhledem k poptávce. **Lůžkové kapacity detoxikačních jednotek nelze pružně měnit zejména kvůli tomu, že jsou zasmluvněny se zdravotními pojišťovnami**. Ty by musely v první řadě přistoupit na změnu smluvních parametrů, což znemožňuje ad hoc změny kapacit podle potřeby. Zejména je problém kapacity navyšovat, mj. kvůli prostorovým a personálním omezením, ale i kvůli smlouvám s pojišťovnami a tlaku na maximální obložnost. Někteří poskytovatelé ovšem uvádějí, že v případě nedostatku kapacit a kapacit na jiných odděleních je v některých případech **možné umístit pacienty v detoxikaci na jiná oddělení**. Např. na oddělení bez intenzivní péče (v běžných nemocnicích s detoxikační jednotkou, pokud pacient nemá příliš velké abstinenční příznaky), nebo na oddělení psychiatrické lůžkové péče (dlouhodobé), pokud tam jsou volné kapacity.

Problematická časová dostupnost detoxikace se řeší snahou dostat pacienta na jinou detoxikační jednotku. I tak přetrvávají dlouhé čekací doby. Nejčastěji se řeší přesměrováním pacienta na jiné detoxikační jednotky, často mimo kraj. Alternativou může i ambulantní detoxikace (ale u méně závažných závislostních diagnóz).

K umísťování pacientů v rámci detoxikace na jiná oddělení dochází dle respondentů jen výjimečně, a to spíše z důvodu závažného stavu pacienta (umísťování na JIP, nebo ARO), než z kapacitních důvodů.

Situace terénní práce na tanečních akcích

Všichni respondenti potvrzují, že má tato služba velký zásah cílové skupiny a že by bylo vhodné podpořit rozvoj kapacit služby, protože nestíhají pokrýt relevantní akce, resp. **poptávka po službě výrazně převyšuje kapacity poskytovatelů**. Výhodou služby je zmíněný vysoký zásah cílové skupiny, kdy se do kontaktu s poskytovateli adiktologických služeb dostává velké množství osob ohrožených adiktologickou diagnózou. Službu limituje to, že ji ve velké míře poskytují osoby, resp. týmy, které nejsou specializovány na tuto službu, ale které poskytují terénní a kontaktní adiktologické služby / služby harm reduction, a tudíž nemají kapacity na pokrytí akcí v zájmovém území a zejména pak pokrytí větších akcí. Přínosem služby může být také zvýšení bezpečnostních standardů klubů a akcí z hlediska řešení drogových a dalších rizik.

Jako hlavní výzvu v oblasti terénní práce na tanečních akcích označují poskytovatelé kapacitní posílení služby (zejména prostřednictvím posílení stávajících či vytvoření nových týmů) tak, aby mohla poskytovat intervence na větším množství akcí. S tím souvisí i potřeba vyšší finanční podpory služby, a to jak na zajištění personálu, tak materiálu. Další výzvou je **otázka řešení legislativy, resp. přístupu Policie ČR**, aby bylo možné legálně a bez následků testovatsložení nelegálních návykových látek. Výzvou je také řešení přístupu některých pořadatelů a provozovatelů, kteří se brání činnosti služby na svých akcích, protože se obávají negativní pozornosti (ať už připuštění problému na jejich akcí, nebo přítomnosti Policie ČR).

Situace adiktologických služeb ve věznicích

Poskytovatelé adiktologických služeb ve věznicích musí splňovat formální požadavky pro umožnění poskytování jejich služeb ve věznicích. Jedná se např. o požadavek na vzdělání personálu dle Justiční akademie, aby mohl vstupovat do věznic. Dále musí mít příslušný pracovník čistý trestní rejstřík a poskytovatel smlouvu s věznicí. Některé věznice pak požadují certifikaci odborné způsobilosti k poskytování služby. Nebylo ovšem zjištěno, že by věznice požadovaly certifikát Úřadu Vlády ČR.

Jako **hlavní problém adiktologických služeb ve věznicích bývá zmiňována kapacita služeb, která nepostačuje vzhledem k potřebám klientů**. Kapacitu přitom limituje mj:

- vysoká časová náročnost služby (pracovníci musí do věznic dojíždět a pak tam mnohdy dlouho čekat na přivedení klienta vězeňskou službou);

- nedostatek odborného personálu v rámci vězeňské služby (část služeb by mohla být poskytována interně, ale na to chybí odborníci);
- chybějící prostory pro poskytování služby (jsou na to potřeba vhodné separátní místností);
- snížená efektivita poskytování služby ve vězeňském prostředí.

Klienty zpravidla přivádí příslušníci vězeňské služby, což vede k tomu, že poskytovatel musí mnohdy čekat. Stává se také, že není klient na terapii přiveden (dozorci ho místo toho pošlou do zaměstnání), nebo je přiveden pozdě. Limitem poskytování služby je v některých případech přístup vedení věznice, které službu odmítá, nebo přístup dozorců, kteří nejsou motivovaní pro vytváření prostředí k efektivnímu poskytování služby.

Absence interního odborného personálu vede k tomu, že poskytovatelé nemají s kým řešit potřeby / case management konkrétních klientů. **Výzvou je také péče po propuštění z výkonu trestu** - je zapotřebí, aby byl včas navázán kontakt a klient nasměrován do navazujících služeb. To se mnohdy nedaří, mj. i kvůli tomu, že poskytovatelé služby nedostanou včas informaci o propuštění klienta z výkonu trestu. Z kapacitního hlediska je obecnou výzvou zajištění týmů, které by byly schopny pokrýt věznice v jednotlivých regionech (není hospodárné dojíždět na příliš velké vzdálenosti).

Dle respondentů **se spolupráce s Vězeňskou službou odvíjí zejména od přístupu vedení věznice**, a i jejího personálu. Vedení některých věznic odmítá poskytování služby ve svých věznicích (s tím, že u nich adiktologický problém není, což nebývá pravda) a někteří dozorci s poskytovateli nespolupracují efektivně - např. se nesnaží vězně dovést na terapii včas. Kvalita spolupráce tak hodně záleží na komunikaci a vysvětlování přínosů a potřeb služby. Limitem spolupráce je také absence interních adiktologů ve věznicích a obecně odborného personálu. Podle některých respondentů se ovšem spolupráce postupně zlepšuje a Vězeňská služba postupně vychází poskytovatelům adiktologických služeb více vstříc.

Adiktologické služby pro děti a mládež

V oblasti adiktologických služeb pro děti a mládež bývá obecně **zmiňována nedostatečná dostupnost služeb**. **Specifickým problémem jsou služby pro děti z dětských domovů a dalších zařízení**. Potřeby dětí nejsou systematicky podchycené, děti mají mnohdy jiné, než adiktologické problémy (které jsou jen doprovodným efektem). Dalším problémem je dostupnost služeb pro děti ze sociálně vyloučených rodin, které si dojížďku do adiktologických ambulancí nemohou dovolit, a kde mají děti ve svém okolí mnohdy negativní vzory. Problémem je také to, že pracovníci (pedagogičtí, sociální a další) přicházející do styku s dětmi a mnohdy neznají aktuální trendy v oblasti závislosti (mj. aktuálně zneužívané návykové látky). Někdy není optimální spolupráce s OSPOD, kde adiktologickým službám pro děti a mládež a jejich možnostem ne zcela rozumí.

Z pohledu respondentů **chybí v adiktologických službách pro děti a mládež např. psychiatři, pediatři a kliničtí psychologové**. Jeden respondent uvedl, že problémem je, že není určeno, jak má být multidisciplinární tým v rámci adiktologických služeb pro děti a mládež složený.

Poskytovatelé adiktologických služeb pro děti a mládež se v menší míře vyjadřovali také k otázce potřebnosti specializovaných adiktologických služeb a intervencí pro děti a mládež. Podle respondentů **jsou specializované adiktologické služby pro děti a mládež jednoznačně potřeba**, protože se jednak objevují nové návykové látky, které ohrožují tuto CS, jednak jsou děti a mládež relativně tvárné a dají se tak u nich snáze zajistit zdravé návyky a tím částečně předcházet adiktologickým problémům v dospělosti. Zároveň se podle respondenta **v posledních letech zhoršuje duševní stav dětí**.

Jeden respondent navrhoval zahájit odbornou diskusi o tom, do jaké míry má indikovaná prevence styčné body s ambulantními službami pro děti a mládež. Otázkou je, zdali by nebylo efektivní tyto služby více provázat (i z důvodu chybějících specialistů).

Adiktologické služby v online formě

Respondenti **poskytují v online formě služby poradenské / ambulantní / individuální terapie, dále v omezené míře služby harm reduction a následné péče**.

Část ambulantních služeb je zpoplatněna, přičemž jsou tyto služby poskytovány ve velké míře klientům z území, kde jsou ambulantní adiktologické služby nedostupné. **V online formě služby je tak potenciál pro řešení fyzické nedostupnosti služeb v periferních regionech.** Překážkou pro nízkopříjmové klienty však může být zpoplatnění služby. Proto poskytovatel usiluje o získání dotančí podpory, aby mohl nízkopříjmovým klientům poskytovat službu zdarma.

Řada poskytovatelů poskytuje služby v online formě (zejména poradenské) v případech, kdy se klient z nějakého důvodu nemůže dostavit do ambulantní služby. Dále se poskytovatelé snaží službou v online formě oslovit svou cílovou skupinu, kterou po navázání kontaktu a případném překonání bariéry klienta vůči službě nasměrují do ambulantní či jiné fyzické služby.

Online služby harm reduction jsou poskytovány pouze velmi omezeně, přičemž jsou zpravidla navázány na terénní služby. Přitom mají potenciál zvýšení záchytu cílové skupiny, která je v rámci terénní služby (např. terénní práce na tanečních akcích) oslovena, ale nemůže zůstat v osobním styku s poskytovatelem služby (např. protože bydlí jinde).

Online služby jsou poskytovány i v oblasti primární, zejména pak všeobecné prevence. Existují různé webové portály nabízející informační / výukové materiály. Někteří respondenti zmiňovali, že zejména Interaktivní platforma podpory duševního zdraví a prevence rizikového chování (IPREV), provozovaná Klinikou adiktologie VFN v Praze poskytuje kvalitní podklady. Zároveň poukazovali na to, že řadu informačních zdrojů k problematice nikdo nekontroluje a zájemci o službu (např. školy) mnohdy neví, kde nalézt kvalitní podklady. Proto by bylo vhodné zavést certifikaci online informačních zdrojů a adiktologických služeb v online formě, aby mohli uživatelé vědět, která online platforma / služba poskytuje kvalitní informace a služby.

Terapeutické komunity

Délka pobytu v terapeutických komunitách je zpravidla násobně delší než délka jednoho pobytu pacienta v psychiatrické lůžkové péči. U té je vzhledem ke způsobu financování dle některých respondentů tlak zdravotních pojišťoven na omezování délky pobytu. V rámci psychiatrické lůžkové péče trvají pobyty zpravidla kolem 3 měsíců, zatímco v rámci terapeutických komunit i 12 měsíců.

Respondenti byli dále tázáni, zdali je pro jejich klienty větší vzdálenost od místa bydliště spíše problém, nebo výhoda. Respondenti na tuto otázku odpovídali nejednoznačně. Na jednu stranu spíše poukazují na to, že větší vzdálenost místa léčby / terapie od přirozeného prostředí klienta je výhoda, protože ztrácí kontakt s prostředím, ve kterém měl závislostní problém. Na druhou stranu u některých klientů – zejména u těch, kteří mají dobré rodinné zázemí, nebo u dětí je naopak spíše potřeba blízkost bydliště pro zajištění kontaktu s blízkými. Zároveň může být vhodné, aby se někteří klienti v průběhu závěrečné části terapie dokázali stabilizovat ve svém přirozeném prostředí.

Situace, kdy klienti chtějí přestoupit do terapeutické komunity blíže domovu, je spíše výjimečná. Ve výjimečných případech dochází k tomu, že klienti např. chtějí přestoupit v poslední fázi procesu terapie do komunity blíže domovu, aby urovnali vztahy se svými blízkými a mohli se vrátit do svého přirozeného prostředí.

Psychiatrická lůžková péče

Respondenti uvádí, že **psychiatrická lůžková péče obvykle trvá cca 3 měsíce**, v některých případech pak až 6 měsíců (např. když si pacienti prodlužují pobyt, protože po ukončení péče pro ně není k dispozici následná péče s podporovaným ubytováním). Oproti tomu v terapeutických komunitách pobyt většinou trvá kolem 12 měsíců.

Respondenti z řad poskytovatelů psychiatrické lůžkové péče ve větší vzdálenosti pacientů od domova vidí spíše výhodu. Jako problém naopak vnímají pravidelnou dojížďku pacientů domů.

Pacienti si na vzdálenost od domova dle respondentů stěžují spíše výjimečně, a to buď na začátku pobytu (např. když z kapacitních důvodů nastoupili do léčby dále od domova), nebo naopak na konci pobytu, když chtějí navázat intenzivnější styk s blízkými.

2.4.8 Specifické otázky pro krajské koordinátory

Způsob zapojení krajů do definování potřebnosti nadregionálních a celostátních služeb

Více krajských koordinátorů poukazuje na to, že mají přehled o problémech a potřebách adiktologických služeb v kraji a už z tohoto důvodu by měli být zapojeni do definování nadregionálních a celostátních adiktologických služeb. Přitom navrhují zapojení buď formou nějaké pracovní skupiny, nebo formou připomínkování materiálů tvořených v procesu definování těchto služeb.

Dále zaznívá názor, že by měla existovat jednotná evidence-based metodika sledování poptávky a kapacit napříč úrovněmi veřejné správy. A je upozorněno na to, že by se měly odladit definice služeb a pojmů. Dále jeden respondent doporučuje, že by byl vhodný i výhled vývoje poptávky, aby se na to mohly včas zaměřit dotace a kapacity služeb.

Podle jednoho respondenta je rovněž důležité, aby měl stát zpětnou vazbu o tom, jak kraje financují adiktologické služby. Z toho vyplyne např. zjištění, že některé kraje některé služby vůbec nefinancují, zatímco jejich občané využívají služby financované jinými kraji.

Okrajově zazněl i názor, že by v ideálním případě neměly být kraje do definování celostátních služeb zapojeny žádným způsobem, protože by měly být jasně odděleny gesce krajů a státu, což však neplatí.

Otevřená otázka (náměty / další doporučení)

Jeden respondent poukazuje na to, že bez legislativního vyřešení problematiky financování nelze služby striktně oddělit na regionální / celostátní a očekávat, že budou financovány na příslušné úrovni. Spíše je potřeba, aby spolu jednotlivé úrovně komunikovaly a disponibilní prostředky alokovaly na služby, které jsou potřeba. **Bez změny legislativního rámce, která bude důsledně řešit i problematiku financování, nelze očekávat, že definováním regionálních služeb dojde k zajištění jejich financování jen na regionální úrovni.**

Ostatní koordinátoři obecně poukazují na potřebu vyšší finanční podpory adiktologických služeb.

2.4.9 Otevřená otázka (náměty / další doporučení)

- **Specifickým problémem je zajišťování adiktologických služeb pro ukrajinské uprchlíky, kteří mají válečná zranění, traumata, nebo infekční nemoci**. V rámci adiktologických služeb chybí personál, který by se s nimi dorozuměl a limituje je někdy i absence zdravotního pojištění, kvůli kterému nemohou čerpat adiktologické služby financované ze zdravotního pojištění.
- Dalším specifickým problémem je dle více respondentů **velký počet klientů se soudem nařízenou ochrannou léčbou závislostí**. Podle respondenta jsou přitom některé (např. protialkoholní) léčby zbytečné a zatěžují kapacity služby, aniž by měly přínos.
- Problémem jsou dle více respondentů **platové podmínky v adiktologických službách i motivace vykonávat práci adiktologa** (mnoho vystudovaných adiktologů jde dělat jinou práci – mimo svůj obor).
- Dle více respondentů jsou také **zbytečně vysoké nároky na vzdělávání zdravotních sestřiček**. To snižuje jejich dostupnost.
- Jako hrozbu do budoucna vidí někteří respondenti **stárnutí populace klientů i personálu adiktologických služeb**.
- Jeden z respondentů navrhuje **zavedení substituční léčby ve všech nemocnicích**.
- Dále byla zmíněna **potřeba větší podpory vzniku chráněného bydlení a zajištění bydlení pro seniory s demencí a závislostí**.

- Respondenti poukazují na **rostoucí počet klientů s duálními diagnózami**.
- Jeden respondent poukázal na to, že **pobyt klientů v doléčovacím centru s podporovaným ubytováním omezený na 6 měsíců je pro řadu klientů příliš krátký**.
- K nadregionálním službám bylo jedním respondentem zmíněno, že mají zajišťovat nějakou specifičnost / službu pro specifickou skupinu.
- Dále je respondenty **navrhováno víceleté financování**, které by mj. **přispělo ke snížení administrativní zátěže**.
- Jeden z respondentů poukázal na **nešvar adiktologických koncepcí** – kdy hovoří o adiktologickém pacientovi, který je nekomplikovaný / typická klientela. Mnoho lidí z toho systému potom vypadává – např. duální diagnózy, senioři apod.

2.5 ZÁVĚRY

Služby indikované prevence

- **Limitem poskytování služby je na jedné straně potřeba multidisciplinárního týmu**, který se obtížně obsazuje, na druhé straně malá četnost cílové skupiny. Celoplošné terénní poskytování služby je tak prakticky ekonomicky neproveditelné. Např. vyjíždění týmu poskytujícího službu za klienty z krajského města do odlehlé části kraje je ekonomicky velmi nákladné, protože 3-4 členný tým stráví jen na cestě za klienty 10 a více osobohodin.
- **Služba by svým charakterem měla být regionální.** Poskytuje se v terénní formě v místě bydliště / pohybu klientů. Vzhledem k výše uvedeným ekonomickým limitům není ekonomicky schůdné vyjíždět za klienty na příliš velké vzdálenosti, a proto by služba měla být poskytována z regionálních center (krajských měst a případně i spádových center v odlehlejších mikroregionech).
- **Vzhledem k personálním a ekonomickým limitům spíše nelze předpokládat vybudování hustší sítě jednotek poskytujících službu indikované prevence, než by odpovídalo síti krajských měst.** V menších centrech bude limitem zejména absence kvalifikovaných specialistů (např. u pracovníka odpovědného za vedení a kvalitu služby, u kterého jsou vysoké požadavky na praxi a kvalifikaci).

Doporučení:

Podpora rozvoje nabídky služby zejména v gesci příspěvkových organizací (střediska výchovné péče, pedagogicko-psychologické poradny). Doplňkově k tomu podpora nabídky služby ze strany ostatních organizací. Pro územní zacílení podpory navrhujeme nejprve provést mapování dostupnosti služby napříč územím ČR.

Řešení potřeb cílové skupiny prostřednictvím jiných služeb / činnosti jiných organizací, jako jsou nízkoprahová centra a sociálně-pedagogická centra, kde by mohla být doplněna profese adiktologa a poskytována preventivní služba identifikovaným jedincům s adiktologickým problémem. Další možností efektivního řešení dostupnosti služby je její provázání s adiktologickými ambulancemi pro děti a dorost.

Terénní práce na tanečních akcích

- **Terénní práce na tanečních akcích se z hlediska regionality člení na dva typy**:
    - terénní práce na tanečních akcích **v rámci místních zařízení a akcích regionálního charakteru poskytované místními poskytovateli adiktologických služeb** (regionální služba). Tento typ služby mohou poskytovat místní / regionální jednotky poskytující terénní adiktologické služby. Jsou to akce zpravidla menšího rozsahu, kde by měla postačovat kapacita a odbornost místních terénních služeb.
    - terénní práce **na velkých tanečních akcích nadregionálního a celostátního charakteru** (celostátní služba). Jde o velké akce s návštěvníky z celé ČR, případně i zahraničí, které vzhledem k velké četnosti cílové skupiny nejsou kapacitně schopné obsloužit místní jednotky poskytující terénní adiktologické služby. Tyto služby jsou zajišťovány specializovanými jednotkami s nadregionální působností[19]. Poptávka po službě převyšuje kapacitu poskytovatelů, tudíž by bylo vhodné podpořit rozvoj kapacity poskytovatelů služby.

Doporučení: Podpořit posílení a následné udržení kapacity celostátní služby.

[19] Např. službou Hard & Smart Společnosti Podané ruce, projektem PARTYHARMreduction o.p.s. Progressive, nebo Projektem Psycare České psychedelické společnosti.

Adiktologické služby v online formě

- V online prostoru **existuje velké množství webových portálů, informačních zdrojů a zároveň roste i počet aplikací věnujících se adiktologické problematice**. Problémem ovšem může být **nepřehlednost nabídky** pro uživatele i nižší kvalita některých zdrojů informací.

Doporučení: Podpořit rozvoj jednoho oficiálního veřejného portálu k problematice závislostí, který by sloužil jako rozcestník směřující zájemce na relevantní online adiktologické služby. Zároveň zavést certifikace online služeb / online portálů k adiktologické problematice, která označí pro klienty i další zájemce ty portály a online služby, které budou splňovat dané kvalitativní parametry.

Služby všeobecné prevence v online formě

- **Existují různé internetové portály zaměřené na všeobecnou prevenci.** Chybí ovšem oficiální veřejný internetový portál, který by tuto činnost zaštiťoval. Jeho absenci tak suplují portály různých neziskových informací i veřejných subjektů. Nejblíže této roli má portál Interaktivní platforma podpory duševního zdraví a prevence rizikového chování (iPREV), provozovaný Klinikou adiktologie Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Portál je *„nástrojem podpory preventivních pracovníků určený zejména školám a školským zařízením realizujícím komplexní preventivní programy a také externím poskytovatelům těchto programů“*. Pro základní online informovanost o drogové problematice a všeobecnou online prevenci by mohla být efektivnější existence jednoho oficiálního veřejného portálu s kvalitním a průběžně tvořeným / rozšiřovaným obsahem, na který by se mohly odkazovat ostatní veřejné instituce a případně i neziskové a soukromé subjekty působící v oblasti adiktologických služeb.

Doporučení: Podpořit rozvoj jednoho oficiálního veřejného portálu k problematice všeobecné prevence. Např. dalším rozvojem portálu iPREV. Tento portál by mohl být provázán s rozcestníkem na další adiktologické služby / portály / poskytovatele. Součástí portálu by mohla být i databáze volných míst v nadregionálních pobytových službách, aby poskytovatelé služeb nemuseli při hledání volných míst zdlouhavě obvolávat všechny poskytovatele.

Služby minimalizace rizik v online formě

- **Služby minimalizace rizik v online formě částečně doplňují služby v ambulantní, nebo terénní formě.** Jejich cílem je zejména zvýšit zásah cílové skupiny o osoby, které by službami ve fyzické formě nebyly podchyceny, nebo se kterými by nemohl být udržen navázaný kontakt (např. z důvodu jednorázového kontaktu na akci, který je přerušen z důvodu bydliště uživatele mimo spádové území služby). V ČR ji poskytuje např. o.p.s. Podané ruce jako doplňující program k programu terénní práce na tanečních akcích Hard&Smart. Tento program s názvem Backstage funguje na sociální sítí Facebook a jeho prostřednictvím jsou poskytovány aktuální informace ohledně psychoaktivních látek.
- Na harm reduction v online formě se zaměřuje také o.p.s. Progressive. Cílem služby je *„vyhledávání skryté populace uživatelů návykových látek, minimalizace zdravotních a sociálních rizik u populace uživatelů drog, motivace ke změně rizikového chování a k využívání další odborné pomoci, podpora při kontaktu s dalšími institucemi a osvěta širší veřejnosti o problematice užívání návykových látek.“*[20]
- **Služby minimalizace rizik v online formě jsou zatím poměrně málo rozvinuté**. Poskytovatelé služeb harm reduction přitom dle zjištění z řízených rozhovorů připouštějí, že rozvoj těchto služeb v online

[20] https://progressive-ops.cz/online/

dává smysl, mj. pro umožnění další práce s návštěvníky tanečních akcí, kteří jsou osloveni terénními pracovníky na tanečních akcích, a se kterými by bylo možné dále pracovat v online formě. Dále jsou tyto služby v online formě vhodné k práci s provozovateli tanečních klubů a pořadateli tanečních akcí, a to jak pro zvyšování jejich kompetencí v oblasti harm reduction, tak pro zajištění terénních služeb na jejich akcích. Klíčovou součást služby v online formě mohou tvořit také služby zaměřené na problematiku digitálních závislostí (online hazard, závislost na počítačových hrách apod.).

Doporučení: Služba harm reduction v online formě může mít nadregionální působnost při vyhledávání skryté populace uživatelů návykových látek, práci s provozovateli tanečních klubů a pořadateli tanečních akcí (sdílení informací o harm reduction v terénní formě) i další práci s klienty oslovenými v rámci terénní práce, kteří mají bydliště mimo působiště terénní služby. Proto by bylo vhodné podpořit rozvoj služby finančně, mj. se záměrem vytvoření jednoho portálu k problematice harm reduction, který by zájemce z řad uživatelů návykových látek i pořadatelů akcí nasměroval na konkrétní poskytovatele.

Internetové poradenství

- **Služby mají většinou regionální charakter, protože jsou poskytovány poradnami, které cílí na klienty ze svého spádového regionu**. Výsledkem intervence je v mnoha případech přechod klienta do fyzické formy poradenství. Pokud jsou služby poskytovány klientům z jiného území, je jim zpravidla doporučen tamní poskytovatel adiktologického poradenství. Služby online adiktologického poradenství jsou zároveň vhodnými pro podporu neformálně pečujících osob (rodina, blízcí apod.), pečujících o osoby s adiktologickou diagnózou.
- V segmentu online poradenství ovšem působí i poskytovatelé poskytující službu celostátně. Např. existují zpoplatněné online adiktologické poradenské služby, zaměřené mj. na klienty z mikroregionů, kde je péče nedostupná. Online služba tak může být alternativou vůči nedostupné ambulantní službě.
- **Potenciálním zdrojem pro financování online služeb charakteru zdravotní péče bude financování od zdravotních pojišťoven, až bude v platnosti legislativa o telemedicíně**.

Doporučení: Internetové adiktologické poradenství je adiktologickou službou, která je spíše regionálního charakteru, protože je poskytovaná regionálními poskytovateli adiktologických služeb primárně pro jejich regionální klientelu. Výjimkou mohou být poradenské služby poskytované celostátně, a to i se zaměřením na regiony, kde tato služba není v ambulantní formě dostupná. Stát by tak na jednu stranu mohl internetové adiktologické poradenství podpořit informačně tím, že by vytvořil internetový rozcestník služeb, kde by mohli být klienti nasměrováni na poskytovatele služby ze svého regionu, jednak podporou internetového poradenství poskytovaného v mikroregionech, kde není služba k dispozici v ambulantní formě.

Detoxikační jednotky

- **Služby by měly být dostupné regionálně, ale z vyjádření respondentů jednoznačně vyplývá, že detoxikační jednotky jsou z hlediska potřeby jednou z nejhůře dostupných adiktologických služeb.** V praxi ovšem většinu detoxikačních jednotek provozují psychiatrické nemocnice a léčebny, které pacientům po detoxu rovnou nabízejí psychiatrickou lůžkovou péči. Z tohoto pohledu jsou obě služby intenzivně propojené, přičemž psychiatrická lůžková péče je jednoznačně nadregionální službou.
- I vzhledem k tomu, že většinu detoxikačních jednotek provozují nemocnice a léčebny zřizované státem dává logiku, aby byly **detoxikační jednotky v pobytové formě považovány za nadregionální službu.**

- V rámci řízených rozhovorů byl respondentem doporučen také rozvoj detoxikačních jednotek v ambulantní formě (zaměřených zejména na osoby s méně závažnou adiktologickou diagnózou a kvalitním zázemím). Tato služba by měla být vzhledem k dojíždění klientů regionální službou.

Doporučení: V rámci podpory služby by bylo vhodné podpořit otevření, či rozšíření detoxikačních jednotek v krajích, kde buď vůbec nejsou, nebo poskytují péči jen omezenému spektru klientů (zejména opětovné zprovoznění detoxikační jednotky v Ústeckém kraji, dále vybudování detoxikační jednotky v Pardubickém a Karlovarském kraji). Potřebné by bylo také otevření detoxikační jednotky pro děti a mládež z východní části ČR, která by poskytovala službu lépe dopravně dostupnou pro klienty z Jihomoravského, Olomouckého, Moravskoslezského a Zlínského kraje a z východní části Pardubického kraje a kraje Vysočina.

Programy krizové stabilizace

- **V ČR v současné době neexistuje žádný program krizové stabilizace pro adiktologické klienty**.
- V rámci řízených rozhovorů bylo upozorněno na to, že **překážkou pro rozvoj služby** v podmínkách ČR může být to, že **služba není definována v Zákoně o sociálních službách**. Službu je ovšem případně možné zavést jako psychiatrickou krizovou péči v návaznosti na Zákon o zdravotních službách.

Doporučení: Podpořit pilotní ověření služby v podmínkách ČR. Vhodné by bylo vypsat dotační grant, který by sloužil pro vybudování a pilotní provoz cca 1-2 zařízení krizové stabilizace (ideálně v Praze a Brně, či Ostravě). V případě, že by se tato služba osvědčila, by mohlo dojít k podpoře rozvoje její dostupnosti s cílem zařadit službu do sítě regionálních služeb financovaných na místní a regionální úrovni.

Adiktologické ambulance pro děti a dorost

- **Ze své podstaty jde o regionální službu, která by měla být dostupná pro pohodlnou denní dojížďku**. Problémem je ovšem zásadní nedostatek adiktologických ambulancí specializovaných na tuto CS. Tyto ambulance ve většině krajů ČR chybí. Limitem rozvoje služby jsou jednak specifické požadavky na personál (potřeba zkušenosti s dětmi a mladistvými a odborné zázemí v oblasti rodinné terapie apod.), jednak relativně malá velikost této CS.
- V některých regionech by tudíž bylo obtížné naplnění nové adiktologické ambulance pro děti a dorost, a to jak kompetentním personálem, tak klienty. Poskytování služby komplikuje také skutečnost, že službu musí poskytovat multidisciplinární tým, ale nikde není jasně stanovené jeho složení. Specifickým problémem je chybějící systematická péče o děti z dětských domovů, kde není problematika adiktologie dostatečně podchycena.
- **Bylo by vhodné zajistit výkon primární prevence (ve všech formách) v dětských domovech, dětských diagnostických ústavech a výchovných ústavech** a zajistit kapacity adiktologů, kteří by mohli v těchto zařízeních poskytovat adiktologické služby v terénní formě.

Doporučení: Ačkoli se jedná o regionální službu, bylo by vhodné podpořit rozvoj nových ambulancí, a to prakticky na celém území ČR. Poskytování služby je sice financováno zejména ze zdravotního pojištění (pokud se jedná o službu zdravotní péče), dotačně by však mohlo být podpořeno otevírání nových ordinací. Dále by bylo vhodné systematicky řešit adiktologické služby pro děti v ústavní péči (dětské domovy, dětské diagnostické ústavy, výchovné ústavy) a rozvíjet je také při střediscích výchovné péče. Tato zařízení jsou zpravidla zřizována kraji, tudíž by rolí státu měla být spíše metodická podpora rozvoje adiktologických služeb v těchto zařízeních.

Adiktologické služby pro seniory

- **V rámci poskytovaných adiktologických služeb nebyly identifikovány služby, které by měly být zaměřeny specificky jen na seniory**. Senioři mohou využívat existující adiktologické služby, byť některé služby jsou vhodné jen pro osoby bez omezené schopnosti pohybu, fyzického hendikepu, nebo duální diagnózy (mnozí provozovatelé služeb na klienty s těmito hendikepy a diagnózami nejsou vybaveni). **V ČR ovšem zpravidla chybí pobytové služby, které by seniorům s adiktologickou diagnózou umožňovaly důstojné dožití**. Jedná se např. o domovy se zvláštním režimem nebo domovy pro seniory s adiktologickou službou. Senioři se závislostním problémem už mnohdy nemají předpoklady pro dosažení abstinence, adiktologické služby by jim mohly umožnit kontrolované užívání (zejména alkoholu) pod dohledem odborníků. V domovech se zvláštním režimem a domovech pro seniory ovšem zpravidla chybí odborníci, kteří by mohli zajistit péči o klienty s adiktologickou diagnózou. Bylo by tudíž vhodné zajistit kapacity pro klienty s adiktologickou diagnózou napříč ČR.
- Na potřeby seniorů je nutné dimenzovat i pobytové adiktologické služby. Ty vyžadují zejména kombinaci adiktologických služeb se zdravotní péčí, protože senioři s adiktologickým problémem mají mnohdy i závažný zdravotní stav.
- Dále by bylo vhodné nabídnout CS seniorů služby všeobecné prevence zaměřené mj. na riziko zneužívání léků.
- Na seniory s adiktologickým problémem by mohly být zaměřeny i sociálně-aktivizační služby a denní stacionáře.

Doporučení: Zajištění adiktologických služeb pro seniory v domovech se zvláštním režimem, v domovech pro seniory a ve službách sociální prevence (např. azylové domy, nízkoprahová denní centra, noclehárny) by nemělo spočívat primárně ve vytváření nových kapacit pobytových služeb, ale zejména ve zajištění potřebného personálního zázemí a cílených úprav v rámci již existujících zařízení.

Klíčové je zejména:

- zajištění multidisciplinárních týmů zahrnujících odborníky na adiktologii, psychiatrii, sociální práci
  a zdravotní péči,
- implementace metody case managementu, včetně koordinace mezi zdravotní a sociální sférou,
- úprava podmínek pro přijetí uživatelů v pobytových i ambulantních sociálních službách tak, aby umožňovaly péči o seniory se závislostí a nereprodukovaly bariéru tzv. „vysokého prahu“.

Z hlediska rozsahu by mělo jít o službu regionálního charakteru, odpovídající zřizovatelským kompetencím krajů a obcí, s místním ukotvením v síti sociálních služeb.

Role státu by však měla být posilující – zejména prostřednictvím:

- pilotního finančního programu na rozvoj adiktologických služeb pro seniory,
- metodické podpory, včetně standardů personálního zajištění a péče, case managementu apod.
- podpory mezioborové spolupráce mezi zdravotním a sociálním systémem a mezi zřizovateli.

Substituční léčba

- **Substituční léčba je vzhledem k potřebě pravidelné dojížďky klientů do ambulance službou regionálního charakteru**. Problémem je ovšem nedostatečná dostupnost služby, přičemž služba v některých regionech zcela chybí, na což upozorňují i respondenti řízených rozhovorů.
- **Služba je přitom financována primárně z veřejného zdravotního pojištění**, přičemž je poskytována především certifikovanými zdravotnickými zařízeními. Překážkou pro vyšší dostupnost služby může být jak zdrženlivost zdravotních pojišťoven a podmínky jimi kladené na poskytovatele pro umožnění uzavření smlouvy, tak nedostatek psychiatrů, kteří by mohli službu poskytovat. V některých

případech dochází k zániku poskytování substituční léčby, např. z důvodu rostoucích požadavků zdravotních pojišťoven na kvalifikaci personálu (psychiatrů).

- **Obecně je služba omezeně dostupná kvůli obecnému nedostatku psychiatrů.**

Doporučení: U substituční léčby by tedy bylo vhodné podpořit zlepšování dostupnosti služby prostřednictvím zavádění služby na stávajících pracovištích v regionech, kde je nedostatečná nabídka služby, případně prostřednictvím otevírání nových zařízení poskytujících službu. Přitom by bylo potřeba zejména docílit uzavírání smluv těchto pracovišť / zařízení se zdravotními pojišťovnami. Stát by tedy měl institucionálně řešit problematiku personálního zabezpečení služby i podmínky uzavření smluv se zdravotními pojišťovnami na poskytování substituční léčby a podmínky poskytování léčby jako takové. Např. substituční centrum by mohlo indikovat potřebu substituční léčby u konkrétního klienta a pak ho předat do péče spádovému psychiatrovi, který by substituční léčbu klientovi poskytoval. Stát by mohl dotačně podpořit vytvoření a rozjezd substitučních center v regionech, kde je substituční léčba nedostupná s cílem jejich certifikace a uzavření smlouvy se zdravotními pojišťovnami. Dále by bylo vhodné podpořit rozvoj rýzných druhů substituční léčby, včetně farmakologicky asistované léčby závislosti na metamfetaminu. Jako nejvhodnější zařízení pro rozvoj dostupnosti substituční léčby se jeví vhodně umístěné psychiatrické nemocnice a léčebny (např. Bohnice, Kosmonosy, Havlíčkův Brod, Jihlava, Opava, Kroměříž) a psychiatrické kliniky a oddělení běžných nemocnic.

Adiktologické služby poskytované ve věznicích

- **Služby ve věznicích poskytují jednak regionální NNO, jednak NNO, které působí plošně na území více krajů a ve větším množství věznic**. Přitom se stává, že v jedné věznici poskytuje služby více různých poskytovatelů. Skladba klientů nemusí odpovídat regionální klientele (ve věznicích mohou být umístěny osoby z jiných regionů). Někteří poskytovatelé adiktologických služeb se přitom snaží podchytit klienty před ukončením výkonu trestu, kteří jsou z jejich spádového regionu a s nimiž chtějí navázat spolupráci ještě před jejich návratem do běžného života (s cílem předcházení relapsu). Problémem je také absence odborného personálu ve věznicích, který by mohl řešit potřeby vězňů (nejen adiktologové, ale např. i psychiatři a psychologové).
- **Problémem zajišťování adiktologických služeb ve věznicích externími subjekty je vysoká časová náročnost z důvodu nutnosti vyjíždění do věznic, které jsou mnohdy situované mimo spádová centra**. Adiktologické služby ve věznicích by se tak mohly částečně poskytovat prostřednictvím interních odborných kapacit Vězeňské služby (věznicemi s adiktologickým oddělením, kterých ovšem není dostatek). Dále by pro poskytování adiktologických služeb ve věznicích bylo vhodné budovat regionální týmy, v jejichž dostupnosti by byly věznice v daném regionu (např. na krajské úrovni). Pro externí poskytovatele totiž není ekonomicky proveditelné obsluhování vzdálených věznic na nadregionální bázi (jde v podstatě o terénní službu).

Doporučení: Financování adiktologických služeb ve věznicích by bylo nejvhodnější na celostátní úrovni. Jednak z důvodu poskytování služeb přímo v zařízeních provozovaných příspěvkovou organizací státu, jednak z důvodu nadregionální působnosti věznic (osoby ve výkonu trestu v konkrétní věznici nemusí pocházet jen z daného regionu). Dále také z důvodu potřeby nezávislosti financování na místní a regionální politické konstelaci (adiktologické služby ve věznicích mají z pohledu velké části místní a regionální politické reprezentace velmi nízkou prioritu).

Rozvoj adiktologických služeb ve věznicích by bylo potřeba ze strany státu podpořit i v institucionální oblasti. Bylo by vhodné podpořit rozvoj interních adiktologických kapacit ve věznicích a zlepšit infrastrukturní a institucionální podmínky pro poskytování adiktologických služeb ve věznicích (zajištění vhodných prostor, zefektivnění přivádění a odvádění klientů pracovníky vězeňské služby) a zlepšit informovanost personálu vězeňské služby ohledně přínosů a potřeb adiktologických služeb.

Denní stacionáře

- Jedná se o službu regionálního charakteru, která vzhledem k potřebě denní dojížďky musí být dostupná v regionálních centrech.
- Služba může představovat alternativu vůči pobytovým službám (psychiatrická lůžková péče, terapeutické komunity) u klientů s lehčí adiktologickou diagnózou, nebo lepším (např. rodinným) zázemím a u dětí a mládeže, kteří potřebují zůstat ve styku s rodinou. Služba může být také vhodná pro seniory s adiktologickým problémem, kteří nepotřebují péči v pobytovém zařízení, ale potřebují socializační službu, která omezí progresi jejich adiktologického problému.
- Služba je pro adiktologické klienty v ČR dostupná jen minimálně. Proto by bylo vhodné podporovat její rozvoj.

Doporučení: Navzdory regionálnímu charakteru služby by bylo vhodné celostátně podporovat rozvoj denních stacionářů pro adiktologické klienty. Jednak pro klienty z řad dětí a mládeže (např. v Praze), jednak pro běžnou CS, jednak pro seniory (zejména v největších městech).

Psychiatrická lůžková péče

- **Jedná se o nadregionální službu, která je poskytovaná v psychiatrických nemocnicích a léčebnách. Jen tři ze zařízení jsou ovšem zaměřena primárně na adikologickou klientelu (Červený Dvůr, Nechanice, Bílá Voda).**
- V ČR panují spory o účinnosti psychiatrické lůžkové péče pro část adiktologických klientů, kteří péči absolvují opakovaně bez zjevného pokroku. I kvůli těmto pacientům, jejichž léčba nepřináší očekávané výsledky, může být služba hůře dostupná pro ostatní pacienty. Nicméně pro část adiktologických klientů jde o účinnou péči vzhledem ke kratší léčbě než v rámci terapeutických komunit. Výhodou služby je také větší pružnost příjmu pacientů, kdy v případě uvolnění kapacity se kvůli požadavku na vysokou obložnost zařízení snaží místo co nejdříve obsadit.
- Služba je financována z veřejného zdravotního pojištění, což na jednu stranu stabilizuje poskytovatele, na druhou stranu je to může vystavovat tlaku od zdravotních pojišťoven (např. na délku pobytu pacientů).
- Dalším problémem z hlediska využívání kapacit služby je dlouhé čekání na přijetí pacienta do následné péče s podporovaným ubytováním. Kvůli tomu zůstávají v psychiatrické lůžkové péči někteří pacienti déle, než by museli.

Doporučení: Psychiatrická lůžková péče je díky financování ze zdravotního pojištění relativně stabilizovaná a ve srovnání s ostatními adiktologickými službami i relativně dostupná. Jedná se o nadregionální službu, která by měla být spolufinancována a koordinována státem. Nad rámec příjmů z veřejného zdravotního pojištění je potřeba podporovat rozvoj infrastruktury služby a zkvalitňování služeb pro pacienty, na což stávající příjmy od zdravotních pojišťoven nemusí stačit. Dále by bylo vhodné podporovat rozvoj nabídky adiktologických služeb poskytovaných psychiatrickými nemocnicemi a léčebnami, primárně o zdravotnické služby jako jsou detoxikační jednotky, adiktologické ambulance a substituční centra, a to tam, kde tyto služby nejsou poskytovány a kde by to vzhledem k poloze zařízení v rámci sídelního systému bylo optimální řešení[21]. V souvislosti s transformací psychiatrické péče se nabízí také rozvoj služeb na pomezí zdravotních a sociálních služeb, jako jsou např. denní stacionáře[22].

[21] Z hlediska dostupnosti ambulantních služeb pro příslušný region není optimálním řešením umístění služeb do odlehlých nemocnic a léčeben, jako jsou zařízení v Bílé Vodě, Červeném Dvoře a Nechanicích.
[22] Tyto služby je možné rozvíjet také v rámci budované sítě center pro duševní zdraví.

Terapeutické komunity

- **Jedná se o nadregionální službu**, kde klienti mnohdy vyhledávají komunitu vzdálenou od jejich bydliště z důvodu potřeby přerušení kontaktu s prostředím, ve kterém užívali návykové látky. Výjimkou jsou komunity pro mládež, kde je naopak zapotřebí kontakt s rodinou a dostupnost služby blíže bydlišti.
- Dle zjištění z řízených rozhovorů je v ČR potřeba jen dílčí zvýšení kapacit terapeutických komunit, např. se zaměřením na mládež a rodiče s dětmi.
- Z organizačního hlediska může být problémem, že část služeb terapeutických komunit je zařazena do systému sociálních služeb, a část nikoliv.

Doporučení: Terapeutické komunity jsou nadregionální službou, která by měla být financovaná na úrovni státu. Je potřeba podpořit dílčí doplnění nabídky terapeutických komunit. Např. o jedno zařízení zaměřené na mladistvé pro oblast Čech (ideálně v prostoru severně či severovýchodně od Prahy). Celkem by v ČR bylo vhodné podpořit vybudování 1-2 nových terapeutických komunit. Vzhledem k minimálnímu pokrytí adiktologickými službami a potřebě jejich rozvoje se pro umístění komunit nabízí např. území Karlovarského nebo Pardubického kraje.

Následná péče s podporovaným ubytováním

- **Jedná se o službu, která je z hlediska klientů na pomezí regionální a nadregionální služby.**
- Část klientů využívá službu v regionu svého přirozeného prostředí / předchozího bydliště. Část klientů ale záměrně vyhledává službu v jiném regionu se záměrem vyhnut se svému přirozenému prostředí, kde užívali návykové látky. Řadu klientů tak představují obyvatelé jiných regionů, což může komplikovat politickou podporu pro financování služby na regionální úrovni.
- **Kapacity** podporovaného ubytování přitom zásadně **nedostačují poptávce** a je problémem, že klienti, kteří absolvují psychiatrickou lůžkovou péči, nebo pobyt v terapeutické komunitě, musí dlouho čekat na umístění do služby následné péče - pobytové formy. **Absence kapacit** podporovaného ubytování tak **vede jednak k delším pobytům klientů v rámci pobytových služeb** (kde zabírají kapacitu klientům, kteří potřebují do služby nastoupit), **jednak k vyššímu riziku relapsu**, pokud se klient nedostane do ubytování v režimu následné péče a nepodaří se mu resocializace.

Doporučení: Ke službám následné péče s podporovaným ubytováním přistupovat jako k nadregionální službě. Soustředit se zejména na podporu rozvoje kapacit podporovaného ubytování. Zároveň zajistit financování služeb následné péče s podporovaným ubytováním na celostátní úrovni.

Obecná doporučení

- **Podpořit adiktologické služby celostátní informační kampaní** zaměřenou na předcházení odmítání rozvoje služeb ze strany široké veřejnosti a politiků.
- **Potřeba meziresortní koordinace**. Např. posilování spolupráce sektoru zdravotnictví se sektorem sociálních služeb. Dále koordinace adiktologických služeb s činností Policie ČR, např. aby bylo možné legálně a bez následků testovat složení nelegálních návykových látek.
- **Zajistit víceleté financování služeb**, které jsou závislé na dotační podpoře definování sítě nadregionálních a celostátních služeb. Dále zajistit průběžnou valorizaci dotačních zdrojů tak, aby neklesaly reálné příjmy podpořených poskytovatelů služeb.
- **Vytvoření sítě nadregionálních a celostátních adiktologických služeb** a zajištění synergie se vznikající sítí nadregionálních sociálních služeb.

CELOSTÁTNÍ A NADREGIONÁLNÍ SLUŽBY

- **Terénní práce na tanečních akcích** (s nadregionální klientelou)
- **Adiktologické služby v online formě** (s nadregionální klientelou)
- **Detoxikační jednotky** (v pobytové formě)
- **Adiktologické služby poskytované ve věznicích**
- **Psychiatrická lůžková péče**
- **Terapeutické komunity**
- **Následná péče s podporovaným ubytováním**

ROZVOJOVÉ SLUŽBY

- **Služby indikované prevence**
- **Programy krizové stabilizace**
- **Adiktologické ambulance pro děti a dorost**
- **Adiktologické služby pro seniory (především v pobytových zařízeních)**
- **Denní stacionáře**
- **Substituční léčba**

3 POUŽITÉ ZDROJE A PŘÍLOHY

3.1 POUŽITÉ ZDROJE

ACoRD CZ, z.s. (2025): Průzkum četnosti osob se specifickými potřebami

Drogy-info.cz

Miovský, M. (2013): Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice. Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze, Univerzita Karlova v Praze, 80 s. Dostupné z: https://www.adiktologie.cz/file/375/koncepce-siti-blok-online.pdf

Metodiky analýzy potřeb k praktické realizaci Návrhu nástroje zajištění dostupnosti adiktologických služeb

Národní ústav pro vzdělávání (2025): Primární prevence. Dostupné z: https://archiv-nuv.npi.cz/t/pprch.html

Sčítání adiktologických služeb – 2023.

https://www.mpsv.cz/vyhlaseni-dotacniho-rizeni-v-oblasti-poskytovani-socialnich-sluzeb-s-nadregionalni-ci-celostatni-pusobnosti

https://www.apsscr.cz/blog/sekce-nadregionalnich-sluzeb-apss-cr

3.2 PŘÍLOHY

Příloha 1 Design výzkumného šetření

Design výzkumného šetření