

Královská akademie všeobecných lékařů
Alcohol Concern
DrugScope
Královská akademie psychiatrů

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

editoři:

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

Červen 2012
číslo publikace: CCQI 127

Obsah

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

Pro nejlepší postupy týkající se "informací, informovaného souhlas a dodržování důvěrnosti" a "práva a zabezpečení bezpečí" relevantních pro mladé lidi, prosím použijte taky normy QNCC.

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

Překlad: Mgr. Silvia Miklíková

Překlad neprošel jazykovou a redakční úpravou a slouží výhradně k pracovním a studijním účelům.

Předmluva

1. Úvod

2. Jak Doporučené postupy vznikly

3. Jak Doporučené postupy číst

4. Klíčové pojmy a používané definice

5. Doporučené postupy

5.1. Identifikace a krátký skríníng, včetně poradenství a krátké intervence pro starší 15 let

5.1.1. KN1¹ Skríníng míry zneužívání návykových látek nebo nástroje pro posuzování míry zneužívání návykových látek – Klinický návod

5.1.2. KN2 Dotazování mladých lidí – Klinický návod

5.2. Komplexní klinické posouzení

5.3. Plán integrované péče

5.4. Integrovaná péče a intervence

5.4.1. KN3 Individuální terapie – shrnutí základních poznatků

5.4.2. KN4 Léčba komorbidity – shrnutí základních poznatků

5.5. Plánované ukončení a předání péče

Přílohy:

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

Příloha 2 – Bibliografie a odkazy

Příloha 3 – Poděkování

Příloha 4 – Zahrnutí klíčových zjištění sepsaných na finálním konzultačním setkání

Příloha 5 – Slovník pojmů

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

Předmluva

S radostí představujeme Doporučené postupy pro práci s mladými lidmi s problémy souvisejícími s užíváním návykových látek.

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

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

Profesorka Sue Bailey
Prezidentka Královské Akademie Psychiatrů

DrugScope vítá zveřejnění Doporučených postupů norem pro práci s mladými lidmi s problémy souvisejícími s užíváním návykových látek.

Jako národní členská organizace pro služby v oblasti užívání návykových látek ze zvláštní důrazem na podporu a zastupování dobrovolnického a komunitního sektoru (VCS), pracujeme s mnoha organizacemi, které podporují mladé lidi s potížemi s návykovými látkami.

Víme, že tyto služby jsou účinné při ochraně často vysoce ohrožených mladých lidí a pomáhají při pozitivních životních změnách, které následně pozitivně ovlivňují jejich rodiny a taky komunity, v kterých žijí. Nedávná studie Frontier Economics zpracovaná pro Ministerstvo školství přinesla závěr, že každá 1 libra investovaná do léčby mladých lidí šetří 5 až 8 liber potřebných v budoucnu.

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

Jsem velmi rád za silný důraz na mezi odborový přístup, který uznává "složitost běžného" a zdůrazňuje význam práce v rámci odborných sil a kultur.

DrugScope jménem svých členů v současnosti upozorňuje na možnosti a rizika, které přinesou v nejbližších letech změny v některých zásadních politikách, a jejich možný dopad na služby a intervence zaměřené na mladé lidi s problémy s návykovými látkami.

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

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

Martin Barnes
výkonný vedoucí DrugScope

1. Úvod

napsal

Dr. Paul McArdle z Královské Akademie Psychiatrů (Royal College of Psychiatrists)
a Dr. Marcus Roberts z DrugScope

Většina mladých lidí neužívá nelegální návykové látky nebo nadměrně nepije alkohol, a mezi těmi, kteří nelegální návykové látky a alkohol užívají, se jen u menší části objeví vážné problémy. Nicméně, užívání návykových látek může být nebezpečné pro vyvíjející se mozek, může komplikovat běžný rozvoj, zhoršit další životní a vývojové problémy, a prohloubit špatné životní šance již tak zranitelné a znevýhodněné skupiny mladých lidí. V Spojeném království, které "se umísťuje na nejvyšších příčkách v tabulkách hodnotících užívání konopí a nárazové pití mladých lidí v Evropě" s "13.000 hospitalizacemi mladých v souvislosti s pitím každý rok" (Home Office, *Drug Strategy*, 2010) je tohle velký problém.

Často bývá vyzdvihován vztah mezi užíváním návykových látek (zejména alkoholu), trestnou činností a anti-sociálním chováním. Nepřímý vliv na násilí, nehodovost chování a sebevražednost zodpovídá za značné škody a úmrtí v jinak zdravé skupině populace. Nemalý je rovněž dopad na duševní zdraví, pohodu, sociální fungování a integraci.

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

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

Tyhle Doporučené postupy se zabývají právě těmito otázkami.

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

Roční školský průzkum

Informační centrum NHS provádí roční přehled (ve Velké Británii – pozn. překladatele) sledování kouření, pití a užívání nelegálních drog mezi studenty středních škol ve věku 11 - 15 (www.ic.nhs.uk/hospody/sdd10fullreport).² Průzkum 2010 ukazuje, že 18 % žáků někdy drogy užívá, 12 % v užilo drogu posledním roce a 7 % v posledním měsíci; odpovídající podíly za rok 2001 byly 29 %, 20 % a 12 %. Nejvíce užívanou nelegální drogou bylo konopí - 8,3% za poslední rok (pokles z 13,4% v roce 2001). Užití těkavých látek je druhou nejčastější drogou na úrovni 3,8%. Došlo k poklesu podílu žáků, kteří říkají, že je "v pořádku" pro někoho v jejich věku pít alkohol jednou týdně, z 46 % v roce 2003 na 32 % v roce 2010, a podíl těch, kteří si mysleli, že je "v pořádku" opít se, klesl v tomto období z 20 % na 11 %. Nicméně téměř polovina (45 %) dotázaných někdy alkohol pila a 13 % pila alkohol v minulém týdnu. Procenta se zvyšují s věkem, z 10 % v 11 letech na 77 % v 15 letech. Užití v posledním týdnu kleslo z vrcholu 26 % v roce 2001 na 18 % v roce 2009 a 2010. Průměrné množství alkoholu spotřebovaného žáky, kteří pili v posledním týdnu bylo 12,9 jednotek, tyto údaje jsou ale zkresleny počtem těžších konzumentů.

British Crime Survey – Průzkum kriminality v Británii

British Crime Survey (BCS) je každoroční sebe-hodnotící studie, která poskytuje snad nejlepší vhled do trendů a vzorců užívání drog v Británii mezi náctiletými (od 16 roku věku). Zpráva BCS 2010 - 11 udává, že jeden z pěti 16 až 24 letých užil nelegální drogu v posledním roce. Zdaleka nejčastěji užívanou nelegální drogou v této věkové skupině bylo konopí (17,1 %), následuje (práškový) kokain (4,4 %) a extáze (3,8 %). Užívání opiátů bylo menší než 1 % ve věkové skupině 16 až 24 letých, s užitím heroinu - 0,1 % (co je stále asi 5 400 mladých lidí), a užívání cracku - 0,3 %. Nicméně, i když užívání drog celkově může mít klesající tendenci, 16 - 19 letí uvádějí nejvyšší užití "nějaké nelegální drogy" ze všech věkových skupin v 2010-2011, s užitím drogy v posledním roce - 23 %, ve srovnání s 18,4 % mezi 20-24 letými.

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

² Aktuální hodnoty zde popisovaných ukazatelů za Českou republiku viz www.drogy-info.cz a data publikovaná Národním monitorovacím střediskem pro drogy a drogové závislosti při Úřadu vlády ČR.

Léčba mladých lidí v odborných adiktologických službách

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

Povaha problémů

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

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

Jaké zásahy - pro koho

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

Co funguje a co je v nabídce

Dokument NTA "Zkoumání důkazů" (2009) zdůrazňuje, že je důležité zajistit, aby služby a intervence byly navrženy tak, aby se mladé lidi zapojovali do léčby, a aby

služby reagovaly na jejich potřeby a tím je v léčbě udržely. Například "poskytovatelé léčebných služeb by měl tyto služby učinit zajímavými a reagovat na potřeby mladých lidí; respektem, pravdivostí a citlivým přístupem si získat jejich důvěru", s přihlédnutím ke názorům daného mladého člověka. Podporovat snahy rodičů a pečovatelů podílet se na sestavování léčebných a pečovatelských plánů.

Vyplývá to z části z výsledků studie Cannabis Youth Treatment (CYT) (Léčba závislosti na konopných drogách pro mladé), do dnešního dne největší realizované studie intervencí (Dennis et al, 2004). Všechny intervence hodnoceny v CYT uvádějí zlepšení, i když jen 20 % léčených mladých lidí abstinovalo po 12 měsících. V novější nizozemské studii (Hendriks, van der Schee, a Blanken, 2011) zacílené na populaci mladých lidí s problémovým užíváním nelegálních drog, přibližně o 50% vykazovalo reakci na dané intervence (definované 30 % nižší spotřebou než na začátku léčby).

Nicméně, dodatečná analýza ukázala, že dvě CYT intervence rodinné péče - multidimenzionální rodinná terapie (MDFT) a Přístup posílení komunity dospívajících (PPKD, The adolescent community reinforcement approach (ACRA)), vedly k dalšímu zlepšení navazujících intervencí

(www.chestnut.org/li/downloads/Dennis_et_al_CYT_MF_appendix.pdf).

Navíc, v porovnání s intervencemi bez komponenty práce s rodinou, obě studie prokázaly, (oba MDFT) že jsou účinnější u těžších případů (Henderson, Dakof, Greenbaum, a Liddle, 2010; Hendriks, van der Schee, a Blanken, 2011) pravděpodobně proto, že bylo dosaženo podstatně vyššího zapojení do léčby (Hendriks, van der Schee, a Blanken, 2011). Obě tyto studie porovnávaly účinnost MDFT vůči kognitivně behaviorální terapii. Po porovnání dvou různých typů rodinné terapie (Slesnick & Prestopnick, 2009), nebyly shledány žádné významné rozdíly a v CYT nebyly zjištěny žádné rozdíly mezi ACRA a MDFT. S opatrností můžeme říci, že žádný konkrétní typ rodinné práce nedemonstruje jasnou převahu, ale rodinná práce jako taká, zvyšuje hodnotu poskytovaných intervencí. To bohužel není ve Spojeném království v současné době v oblasti léčby návykových látek běžná praxe (Národní agentura léčby zneužívání návykových látek, 2010). Ve svém doplňkovém analýze CYT, Dennis et al (2004), také popsali "účinek obecné síly"; bez ohledu na typ léčby, intenzita léčby je spojena s lepším výsledkem.

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

S vědomím omezeného výchozího vzorku adolescentních respondentů, Wintres a Kaminer (2011) navrhují pohlížet na léčbu, "jako na proces, který vyžaduje ... řízení a monitorování ... flexibilitu a přizpůsobování potřebám pacienta..." (Kaminer, 2011).

Závislost z perspektivy chronického onemocnění pak vyžaduje implikovat pečovatelské plány, týmovou práci, využití celé řady možných intervencí založených na důkazech (kvůli možným komorbiditám, depresi, PTSP a tak dále), včetně včasné diagnostiky, záchytu a léčbě relapsu nebo exacerbace (Wagner, 2000, Allotey, 2011, Eaton, 2011). To ale předpokládá identifikaci možné komorbidity.

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

Mladiství a mladí dospělí

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

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

Kontext zákonů a opatření - mění se prostředí

Služby a intervence pro mladé lidi s problémovým užíváním nelegálních drog a alkoholu jsou zakládány, rozvíjeny a jsou pro cílovou skupinu dosažitelné. To jsou významné změny. Konkrétní dopad budou mít reformy v zákoně o zdravotní a sociální péči (2012) a Bílé kniha: "Zdravý život, zdraví lidí" (Department of Health, 2010), stejně jako i další významné politické změny, včetně zavedení zvoleného policejního koordinátora a Iniciativy pro problémové rodiny.

Od dubna 2013 byla NTA (Národní Agentura pro zacházení s návykovými látkami) zrušena a její funkce se staly součástí nových veřejno-zdravotních služeb. Ty mají v portfoliu celou řadu oblastí a zodpovědností, včetně problémů s obezitou, veřejné péče o duševní zdraví, služeb v oblasti sexuálního zdraví, podpory bezpečnosti komunit a místních iniciativ pro řešení sociálního vyloučení. Tím se potenciálně vytvářejí možnosti pro plánování a provoz služeb zaměřených na mladé lidi propojené, tak, aby účinně řešili vzájemně související problémy. Ředitelé Veřejného zdraví zaměstnaní místními úřady převezmou hlavní odpovědnost za zřizování a provoz služeb zaměřených na nelegální drogy a alkohol. Budou jednat v úzké spolupráci s řediteli Služeb pro děti (Child's Services, součást sociálního systému Spojeného Království) a dalšími zúčastněnými stranami na místní úrovni. Rada pro

zdraví a dobré životní podmínky (Health and Wellbeing Boards) bude zřízena v každém vyšším územním celku s odpovědností za vedení společné strategické analýzy potřeb (Joint Strategic Needs Assessment, JSNA) a vytvoření společné Strategie zdraví a dobrých životních podmínek (Health and Wellbeing Strategy, HWS). Zákonnými členy téhle Rady budou místní volení zastupitelé, ředitelé pro Veřejné zdraví (Directors of Public Health), zástupci Skupin pro klinický provoz (Clinical Commissioning Groups), ředitelé Služeb pro dospělé (Adult Services, součást sociálního systému Spojeného Království), ředitelé Služeb pro děti (Child's Services, součást sociálního systému Spojeného Království) a zástupci HealthWatch, stejně jako zástupci NHS (Národní zdravotní systém, National Health Service). V úvahách jsou také další členové například z řad trestní justice nebo zástupci dobrovolnického, mimovládního sektoru.

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

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

Dopady pro praxi

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

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

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

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

2. Jak Doporučené postupy vznikly

Centrum pro zlepšení kvality (The Centre for Quality Improvement CCQI) na Královské Akademii Psychiatrů (Royal College of Psychiatrists) pracuje se zástupci Služeb zaměřených na duševní zdraví dětí a dospívajících (Child and adolescent mental health service CAMHS) a mladými lidmi na vývoji standardů, doporučených postupů a jejich zavádění do praxe.

Vzhledem k naší práci v této oblasti, nás požádalo Ministerstvo zdravotnictví, aby jsme vypracovali normy, jež budou podporovat skríníng, klinické zhodnocení a léčbu mladých lidí s problémy souvisejícími s užíváním návykových látek a reagovat na jejich komplexní potřeby.

Naším cílem bylo vyvinout praktické normy, které by v případě implementace mohly vést k vysoce kvalitnímu skríníngu, klinickému zhodnocení a léčbě mladých lidí. Naším záměrem bylo vytvoření norem, jež by mohly být využívány zaměstnanci nebo profesionály v službách ve všech oblastech zapojených do péče o mládež s problémy s užíváním návykových látek.

Toto první vydání Doporučených postupů a kritérií bylo vyvinuto na základě přehledu existující dostupné literatury a předem rozvrhnutého procesu konzultací.

Krok 1

Přehled literatury (review)

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

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

their parents/carers want from services (e.g. Alcohol Concern, 2010; DrugScope, 2010; Addaction and Turning Point, 2005).

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

Krok 2

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

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

Krok 3

Poradní skupina Projektu

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

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

Krok 4

Přesah do Standardů CAMHS pro mladé lidi

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

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

Hlavní témata, která mladí lidé chtěli zdůraznit:

- aby byl daný klient průběžně informován o každém kroku – aby byla zaručena jasnost a srozumitelnost o cíli každého kontaktu, o tom, co se bude dít dál (o postupech, hodnocení, léčbě), a jaký může mít navrhovaný postup efekt;
- aby bylo zajištěno, že žádné rozhodnutí nebude o něm nebo jeho/její péči/léčbě prováděno, aniž by bylo zabezpečeno jeho/její plné zapojení - pomohlo by třeba, zeptal se, co chce a co cítí;
- poskytnout klientovi jasné informace o možnostech nabízené péče, poskytnout kopii plánu léčby, a aby bylo zabezpečeno, že pracovníci budou dohodnutý plán péče dodržovat;
- zajistit, že práva klienta budou dodržena, že klient dá informovaný souhlas k jednání, a že důvěrnost o klientově léčbě bude zachována;
- zabezpečit kontinuitu léčby, tím, že nebude vyžadován kontakt s řadou různých odborníků, ale bude jasně stanoveno kdo s klientem jedná;
- s odkazem na předešlý bod, klient nemusí znovu vyprávět svůj příběh, nebo ho opakovat několika různým odborníkům;
- klientovi je zaručena možnosti vstupu a opakovaného vstupu do léčby/péče, když ji potřebuje.

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

Krok 5

Konzultace se zúčastněnými stranami

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

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

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

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

3. Jak číst tyto Doporučené postupy

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

Tyto Doporučené postupy jsou rozděleny do následujících sekcí:

1. Identifikace a krátké klinické zhodnocení (včetně stručného poradenství a intervence pro starší 15 let)
2. Komplexní klinické zhodnocení
3. Plán integrované péče
4. Integrovaná péče a intervence
5. Plánované ukončení a předání péče

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

Hodnocení Doporučených postupů pro poradenství

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

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

Název sekce	3.0	Plán integrované péče
Norma: Popisuje rámcový cíl nebo význam dané skupiny kritérií	3.2	Plány péče o mladé lidi jsou pravidelně aktualizovány a sdíleny s příslušnými stranami (QNCC 2.6.2)
Kritérium: konkrétnější vysvětlení, jaké kroky musí následovat. Vezměte prosím na vědomí, že zaměstnanci, profesionálové nebo služby, které budou normu naplňovat musí splňovat většinu daných kritérií.	3.2.1	2 Plány péče jsou vyhodnocovány v pravidelných intervalech a zahrnují jednání s daným mladým člověkem o tom, zda léčba pomáhá (QNCC 2.6.2)
Sloupec ukazuje odstupňování každého standardu a kritéria:	3.2.2	2 V závislosti na závažnosti, posouzení rizik ve vztahu k užívání návykových látek a doprovodných problémů jsou tyto vyhodnocovány v pravidelných intervalech (např. 3-6 měsíců)

1 Nejdůležitější: Jedná se o minimální standardy kvality a kritéria, která jsou pro léčbu rozhodující. Nesplnění těchto norem a kritérií by vedlo k závažnému ohrožení bezpečnosti pacientů, práv nebo důstojnosti a / nebo by byl porušen zákon.

2 Požadované: Jedná se o standardy a kritéria, která se očekávají od profesionálů a / nebo týmů poskytující dobré služby. Mladí lidé, rodiče a pečovatelé by měli tento standard péče očekávat.

3 Žádoucí: Kritéria, která naznačují nadstandardní, dobrou praxi a péči. Nemusí spadat do přímé zodpovědnosti zaměstnanců, odborníků nebo služeb.

Vezměte prosím na vědomí,

♦ pod některými kritérii naleznete odkazy:

"Pokyny" – obsahují další pokyny pro správnou praxi a

"Ref" - se vztahuje ke zdroji, kterým byla kritéria inspirována či úzce souvisí s kritériem.

♦ standardy a kritéria v tomto dokumentu mají za cíl představit a popsat osvědčené postupy a praxi a nejsou nadřazeny individuální odpovědnosti zaměstnance nebo odborníka, zvolit nejvhodnější postup pro jednotlivé případy.

Tyto Doporučené postupy může používat široká škála komunitních pracovníků, včetně všeobecných lékařů, adiktologů, stejně jako multidisciplinární týmy. Zaměstnanci mohou pracovat na klinické bázi nebo prostřednictvím škol, praktický lékaři, adiktologové prostřednictvím léčebných služeb, nebo jiných komunitních center či organizací neziskového sektoru, nebo přímo v domácnosti daného mladého člověka.

Služby se liší v závislosti od situace mladého člověka s nimiž pracují a od úrovně intervence a podpory, kterou nabízejí a poskytují, včetně služeb pro mladé lidi s souběžnými chronickými nebo dlouhodobými problémy (například poruchy učení a/ nebo poruchy autistického spektra). I když jsou tyto normy navrženy tak, aby byly co nejotevřenější, může se stát, že některé normy nejsou použitelné pro některé zaměstnance, odborníky nebo služby. Vzhledem k rozmanitosti služeb, není možné předložit vyčerpávající seznam možných výjimek. Máte-li jakékoli dotazy týkající se norem, obraťte se na projektový tým přes Anne O'Herlihy na aoherlihy@cru.rcpsych.ac.uk

Možnosti implementace

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

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

4. Klíčové pojmy a používané definice

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

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

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

Mladí lidé, mladí klienti: Tento termín označuje všechny věkové skupiny až do 18 (19)³ roku věku.

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

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

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

Odborné služby jsou definovány takto (univerzální a cílené):

Univerzální služby a programy:

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

³ V ČR je ve zdravotním systému určující hranice z hlediska zdravotní pojišťovny 19 let, do které lze akceptovat pacienta v dětském provozu.

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

Cílené služby a programy:

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

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

Specializované služby a programy:

Mladí lidé identifikováni jako ti, kteří pravděpodobně mají složité, někdy komplexní a trvalé potíže, mají také k dispozici komplexní posouzení a na důkazech založené intervence odborníků způsobilých provádět nabízená klinická hodnocení a zajistit nezbytné intervence. Ti koordinují pomoc zdravotní, vzdělávacího systému, sociální péče a z oblasti trestné činnosti mládeže a služeb zaměřených práci s dětmi a mladými lidmi s nejvyšším stupněm potřebné pomoci (www.Dh.gov.uk/en/Healthcare/Mentalhealth/CAMHS/index.htm).

V této souvislosti je pravděpodobné, že se profesionální personál soustředí na adiktologické oddělení pro mladistvé pro, nebo na oddělení péče o duševní zdraví dětí a dospívajících (CAMHS) s adiktologickou specializací. Ty mohou mít celou řadu uspořádání, ale v zásadě spojují zaměstnance z CAMHS, zaměstnance adiktologických služeb pro dospělé, zaměstnance zákonem zřízených sociálních služeb, praktické lékaře s odbornými znalostmi z oblasti adiktologie a pracovníky neziskového sektoru.

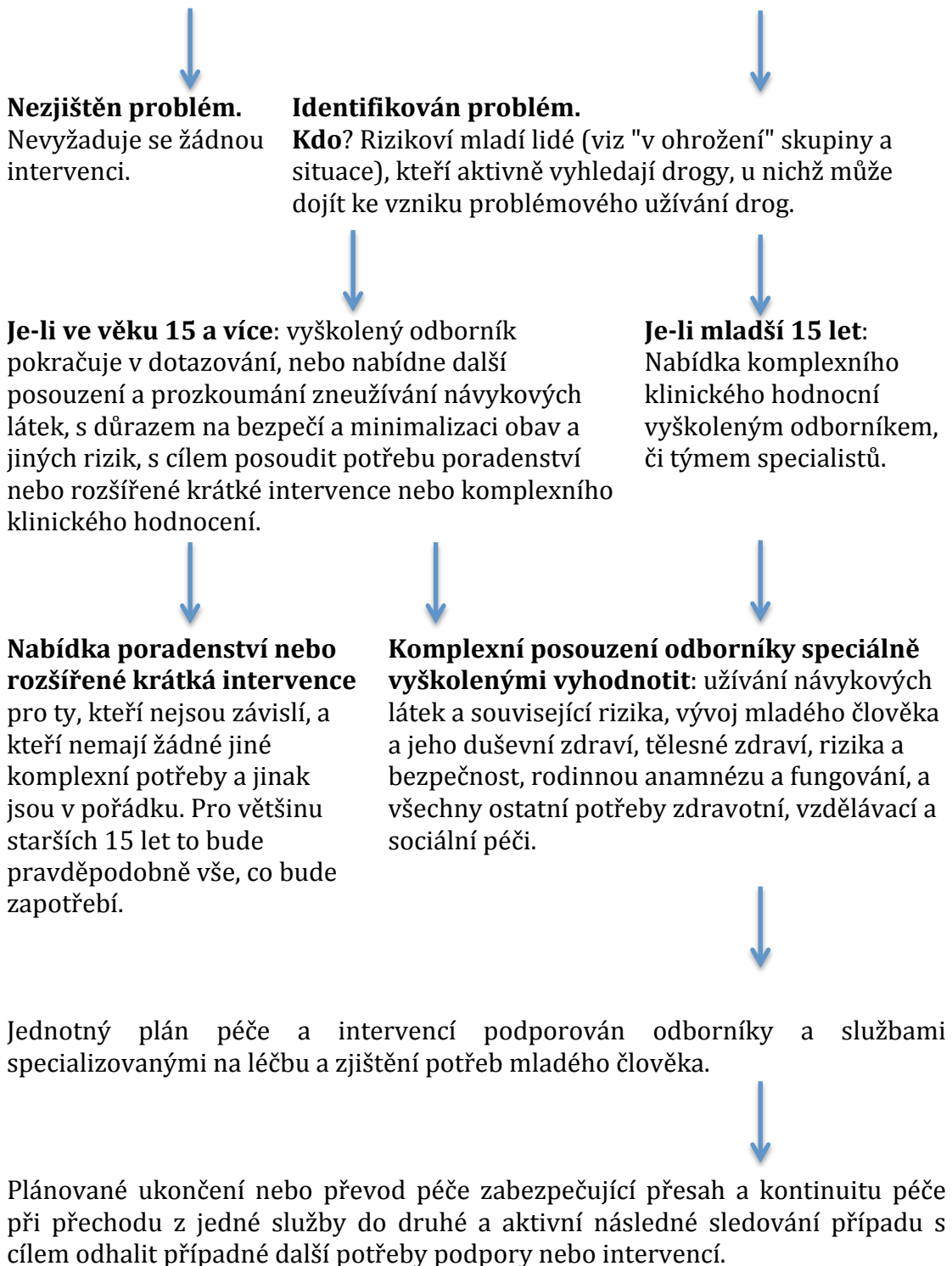
Panuje všeobecná shoda a oficiální podpora úzké spolupráce a systémového rámce práce těchto pracovišť jako podpora kvality poskytované péče a léčby řady problémů, souvisejících s nelegálními drogami (Mirza et al, 2007). Prostřednictvím koordinátora specializovaného na léčbu a služby pro mladé lidi s problémy spojenými s užíváním návykových látek, je cílem poskytnout řadu odborných intervencí od krátkého motivačního pohovoru až po komplexní multioborové služby.

Všimněte si, že NTA definuje odborné služby v oblasti léčby užití drog jako „plánovanou péči lékařskou, psychologickou nebo specializovanou intervencí harm reduction, jejíž cílem je zmírnit současné škody způsobené užíváním návykových látek mladým člověkem "(NTA, 2008, strana 45).

Úplný glosář lze nalézt v příloze č. 5.

Obrázek 1 – Trendy péče pro mladé lidi

Identifikace všemi zaměstnanci pracujícími s mladými lidmi v univerzálních, cílených a specializovaných službách (viz definice).



Skupiny „v ohrožení“

- skupiny pod dohledem,
- skupiny vyloučených ze školy, nebo s pravidelnou neomluvenou docházkou,

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

Situace „v ohrožení“

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

5. Doporučené postupy

5.1. Identifikace a krátký skríníng, včetně poradenství a krátké intervence pro starší 15 let

5.1.1. KN1⁴ Skríníng míry užívání návykových látek nebo nástroje pro klinické posouzení

5.1.2. KN2 Dotazování mladých lidí – Klinický návod

5.2. Komplexní skríníng

5.3. Plán integrované péče

5.4. Integrovaná péče a intervence

5.4.1. KN3 Individuální terapie – shrnutí základních poznatků

5.4.2. KN4 Léčba komorbidity – shrnutí základních poznatků

5.5. Plánované ukončení a předání péče

⁴ KN – Klinický návod - překlad CG – Clinical Guidance

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

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

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

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

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

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

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

1.1		Mladí lidé, kteří by mohli být v ohrožení jsou identifikováni a je proveden základní orientační pohovor nebo posouzení míry užívání návykových látek a jiných rizik s tím spojených
1.1.1	2	Pracovníci dětských služeb (včetně adiktologických služeb pro mladé lidi) pracují s poskytovateli služeb na:
1.1.1a	2	<ul style="list-style-type: none">• vypracování písemné strategie k identifikaci ohrožených mladých lidí s problémy s užíváním návykových látek a dalšími souvisejícími problémy (např. ochrany bezpečí, školní absence nebo problémy se vzdáváním, problémy s duševním zdravím) prostřednictvím komplexního systému,
1.1.1b	2	<ul style="list-style-type: none">• zajištění přístupu k univerzálním a cíleným službám a zdrojům, které umožní poskytnout ucelený systém posouzení, s přístupem k podpoře specializovaných služeb,

		Pokyny: Viz Alcohol Concern (2010) pro příklady.
1.1.1c	2	<ul style="list-style-type: none"> • systém posouzení je integrovanou součástí vzdělávání Místní komise pro ochranu dětí (Local Safeguarding Children Board (LSCB), čím je zabezpečena široká škála odborníků schopných rozpoznat problémy s užíváním a rizika s tím spojená,
1.1.2	2	Místní úřady a poskytovatelé služeb zajistí, aby zaměstnanci používali dohodnuté krátké a ověřené dotazníky k identifikaci mladých lidí v ohrožení (jako je CRAFFT doporučený NICE, 2010, viz nástroje uvedené v KN 1).
1.1.3	2	<p>Používaný dotazník a doplňující otázky umožní pracovníkům získat informace:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zda mladý člověk nelegální drogy užívá, • jaké drogy a jakým způsobem užívá (v jakém kontextu), • frekvenci užívání (vč. prvního a posledního užití), • možných jiných rizicích nebo obavách (např. týkající se ochrany duševního zdraví, užívání v rámci rodiny, sexuální zranitelnost), • názory mladého klienta na užívání drog a dopad na jeho život (problémy doma, ve škole, se vztahy), • o ochotě k dalšímu klinickému hodnocení nebo pomoci.
1.1.4	2	Pracovníci univerzálních a cílených služeb pro mladé lidi získají vzdělání a podporu od pracovníků specializovaných služeb s cílem pojmenovat:
1.1.4a	2	<ul style="list-style-type: none"> • indikátory užívání drog (skupiny a situace „v ohrožení“) <p>Pokyny: na odkaz: Obr 1, viz tabulka 1 (Mirza a Mirza, 2008), v příloze 1,</p>
1.1.4b	2	<ul style="list-style-type: none"> • přistupovat k rozhovoru s citlivostí stejně jako u 1.2.1c bez hodnocení a předsudků (souvisí s QNCC 1.3.1c),
1.1.4c	2	<ul style="list-style-type: none"> • jak přesně a platně použít dohodnutý krátký dotazník,
1.1.4d	2	<ul style="list-style-type: none"> • jak reagovat na identifikované potřeby pomocí definovaných způsobů péče.
1.1.5	2	Pracovníci mají přístup k návodům / postupům / informacím s kontaktními údaji na odborníky a specialisty kvůli poradenství nebo zabezpečení následného posouzení.
Pro klinické pokyny o vedení rozhovorů s mladými lidmi viz: KN 2		

1.2		Odborně vyškolený personál vyhodnotí potřeby a zváží další kroky vhodné pro mladého klienta ve věku 15+, kteří je považován za ohroženého
1.2.1	2	Pracovníci vedou rozhovor s ohroženým mladým klientem a s podporou specializovaných služeb se zaměří na:
1.2.1a	1	<ul style="list-style-type: none"> • porozumění a pojmenování rizik a prahů rizika, které indikují nezbytnost následných opatření,
1.2.1b	2	<ul style="list-style-type: none"> • možnost přístupu k poradenství a podpoře k specializovaným službám,
1.2.1c	1	<ul style="list-style-type: none"> • citlivé posuzování s přihlédnutím k věku mladistvého, s ohledem na emocionální zralost, úroveň porozumění, kulturní rozdíly a víru

		<p>Pokyny: viz KN 2 pro klinické pokyny pro vedení rozhovorů s mladými lidmi. Způsob jakým "odborníci vedou rozhovor s mladým klientem při procesu identifikace problému / scríningu má potenciál pomoci mladému člověku uvažovat o jeho užívání drog a o souvisejících problémech a ovlivnit vstup k další pomoci a podrobnější vyhodnocení jeho situace". Ref: Jsi Welcome (2011, 5.1 a 5.2)</p>
1.2.1d	2	<ul style="list-style-type: none"> • podpořit mladého klienta, aby do procesu léčby zapojil své rodiče anebo opatrovatele (pokud je to možné) anebo jiné dospělé,
1.2.1e	2	<ul style="list-style-type: none"> • poskytnout informace o tom jak mladý klient a jeho rodiče nebo opatrovníci mohou získat pomoc nebo radu bez ohledu na to jestli o ni požádali,
1.2.1f	1	<ul style="list-style-type: none"> • poznat a dodržovat národní směrnice a předpisy pro získání informovaného souhlasu mladého klienta Pokyny: Viz NHMDU (2009); DH pokyny (www.dh.gov.uk/consent); Kodex zákona o duševním zdraví (kapitola 36).
1.2.1g	1	<ul style="list-style-type: none"> • poznat a dodržovat národní směrnice a předpisy o respektování soukromí mladého klienta, jeho právo a také limity dodržování mlčenlivosti Pokyny: Viz NTA (2003); „Rádo se stalo“ kritéria kvality (2011 3,1-3,4); viz normy QNCC "informace, informovaný souhlas a dodržování důvěrnosti" a "práva a ochranné opatření".
1.2.2	2	<p>Používané dotazníky se dále odkazují na otázky týkající se užívání návykových látek použity v "Společný hodnotící rámec -CAF", nebo jiné postupy posuzování používaných místními službami a/nebo agenturami "Program přístupu k péči-CPA". Pokyny: NTA (2011b) - léčebný plán závislostí: část 2 Lokální CAF procesy jsou doporučeny, aby byla zabezpečena identifikace intervencí potřebných při užívání návykových látek a odkazoval se na ně dle potřeby (viz také NTA, 2007)</p>
1.2.3	2	<p>Před administrací posuzovacího rozhovoru, jsou mladý klient a jeho rodič nebo opatrovník (je-li to vhodné) informováni o účelu otázek, a tom, jaké následné intervence budou k dispozici, pokud by byl problém identifikován.</p>

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

1.4	Služby, které identifikují rizika a nabízejí rychlé klinické posouzení situace sbírají a monitorují své aktivity a reagují na potřeby mladých klientů	
1.4.1	2	Služby sbírají a monitorují: <ul style="list-style-type: none"> • důsledné dodržování dohodnutých rizikových prahů pokud je zvažována další akce.

Poradenství a krátké intervence pro starších 15-ti let

cílová skupina: Mladí lidé ve věku 15+:

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

Je jim nabídnuta komplexnější krátká intervence zaměřená na rizikové nebo škodlivé užívání alkoholu nebo drog (NICE alkohol, 2011). Kromě toho, jsou k dispozici všichni pracovníci a odborníci, kteří jsou vyškoleni, aby reagovali na potřeby mladého klienta.

Autoři NICE Alkohol (2010), doporučení 6 – doporučují být opatrní při sdělování rad nebo administraci krátkých intervencí s mladšími dětmi. Neexistují žádné důkazy pro použití rozšířených krátkých intervencí děti mladší 15 let. (Viz také Alcohol Concern, 2010: stránky 13-16; Kaminer et al, 2008).

Komplexní posouzení (viz bod 2), by mělo být nabídnuto:

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

1.5	Mladým lidem starším 15 let, kteří nejsou závislí, ale jsou považováni za rizikové z hlediska užívání drog, jsou nabídnuty jejich věku přizpůsobené rady a/nebo rozšířené krátké intervence s cílem zamezit dalšímu užívání	
1.5.1	2	Mladým klientům jsou nabídnuty rady nebo rozšířené krátké intervence administrované pracovníky se speciálním vzděláním k používání nehodnotících a reflektujících intervencí vhodných pro danou věkovou skupinu s cílem prohloubit motivaci ke změně chování. Ref: NICE, užívání drog: psychosociální intervence, (2008, strana 12).
důležité		Pracovníkům, kteří jsou s klienti v kontaktu a administrují intervence je pravidelně nabízeno vzdělávání:
1.5.2	2	<ul style="list-style-type: none"> • techniky motivačních rozhovorů v klinickém prostředí s cílem zaangažovat mladého klienta jeho rodiče nebo opatrovníky

		(pokud je to možné) prostřednictvím administrace krátké intervence (viz McCambridge et al, 2008)
1.5.3	2	<ul style="list-style-type: none"> • věku přiměřené poradenství a svépomocné vedení <p>Pokyny: "Přesné komponenty úspěšné krátké intervence s mladými lidmi nejsou známe, ale některé zjištění ukazují, že již rozhovor o historii užívání daného mladého klienta a krátká diskuse může být užitečná a otevřít se lékařům, kteří mohou zasáhnout" (McArdle et al, 2011). viz také Walton et al (2010) a Alcohol Concern (2010).</p>

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

Alkohol

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

Nelegální drogy a alkohol

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

CRAFT

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

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

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

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

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

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

- Dotazník SQIFA administrován YOTs (www.yjb.gov.uk/engb/professionals/Health/MentalHealth/) je krátký dotazník zaměřen na zhodnocení duševního zdraví adolescentů (Mental Health Screening Questionnaire Interview for Adolescents), který obsahuje taky otázky týkající se užívání návykových látek. Můžou ho administrovat všichni pracovníci YOT a pokud je riziko užívání vyhodnocené jako pozitivní, podrobnější skriningový rozhovor může být proveden zdravotnickým personálem YOT.
- Testovací nástroj MASQ - Maudsley Adolescent Substance Misuse Tool má ověřenou obsahovou validitu, ale jeho reliabilita a konstrukční validita se v současné době testují a jeho platnost se ověřuje vůči CRAFFT (osobní komunikace s dr. KAH Mirza a Dr. Paul McArdle v roce 2012). Jedná se o sebehodnotící stupnici, jejíž vyplnění trvá pět minut a obsahuje 5 otázek o nelegálních drogách a alkohole a 3 o kouření tabáku. Posuzuje rovněž, zda mladý člověk vyhledal pomoc, nebo ne.

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

5.1.2. KN2 Dotazování mladých lidí – Klinický návod

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

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

Začněte s neobtěžujícími, vztah budujícími otázkami, jako například:

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

Používáním věku přiměřeného jazyka⁵ zaměřeného na mladé adolescenty pokračujte v získávání dalších podrobností o:

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

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

Přejděte k otevřeným otázkám ohledně užívání návykových látek:

- Pijete alkohol? Co rádi pijete – k odlehčení – „jak to chutná?“
- Pijete sám/a nebo s přáteli; jak dlouho se s nimi znáte, jsou k Vám laskaví nebo sprostí?
- Kolik, jaké množství alkoholu vypijete? Pokud je odpověď obecná jako "pár plechovek", je někdy užitečné dát dotazovanému nápořku např. "Dvacet plechovek?" Mírně pobaven tímhle výrokem, může být dotazovaný schopen sdělit

⁵ Je žádoucí se s mladým klientem dohonout na formě oslovení (tykáni vs. vykání) a dohodnutou formu respektovat a následovat počas celého kontaktu s ním/ní.

realistický odhad. Podobný styl dotazování lze použít k odhadu užívání konopí "dvacet dýmek/jointů denně", ale odpověď by mohla být "deset"

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

5.2. Komplexní klinické posouzení

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

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

Aby byla zabezpečena komplexnost klinického posouzení je potřebné, aby jej prováděl tým odborníků (např. odborníků specialistů – adiktologů, sociálních pracovníků, pracovníků CAMHS⁶ s spoluprací ostatními agenturami) nebo vedoucí odborný konzultant (např. místní dozorcující pediatr se zapojením příslušného praktického lékaře majícího klienta v péči a rodičů nebo pečovatелů), s pravomocí posoudit širší vývojové a duševní potřeby mladého člověka a připravit komplexní plán péče a intervencí.

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

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

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

⁶ CAMHS – Child and Adolescent Mental Health Services, překlad Služba na ochranu psychického zdraví dětí a mládeže

2.1.2	2	<p>Služby a profesionálové nabízející komplexní klinické posouzení jsou připraveni respektovat místní zvyklosti a kritéria (včetně pokynů pro sebehodnocení) a tyto vhodně komunikují pracovníkům dalších relevantních služeb, které přijdou do kontaktu s daným mladým klientem.</p> <p>Například (prosím uvědomte si, že toto není úplný a vyčerpávající seznam): poskytovatelé primární péče, pracovníci represivních složek a justičního systému se zaměřením na mládež – včetně pracovníku dohlížejších na průběh uložených alternativních trestů (probační úředníci) a průběh návratu s ochranného bydlení, pracovníci záchranného systému, pediatři, CAMHS, pracovníci klinik sexuálního a reprodukčního zdraví, pracovníci ve školství, pracovníci integrovaného a cíleného systému podpory pro děti a mladé, policisti, sociální pracovníci, dobrovolníci z neziskového sektoru (např. pracovníci organizací poskytujících poradenství mladým lidem).</p>
2.1.3	2	<p>Pracovníkům, kteří identifikují riziko/problém je zabezpečen přístup k normám, pokynům, referenčním kritériím kdy je nutnost provést komplexní klinické posouzení a taky ke kontaktům na odborníky. Pokyny: služby mají připraven diagram, který obsahuje kontakty na koho se obrátit v souladu s identifikovanými rizikovými faktory.</p>
důležité		Profesionálové nabízející komplexní klinické posouzení:
2.1.4	2	<ul style="list-style-type: none"> pracují s místně domluvenými protokoly pro zajištění asesmentu a pokud je to potřebné osloví a zapojí další disciplíny nezbytné pro posouzení všech prezentujících se potřeb. <p>Pokyny: DrugScope (2010) uvádí příklad účinné integrace když se pracovník CAMHS přistoupil k spolupráci se službou o užívání návykových látek a pracovníky represivních složek a justičního systému, s mladými lidmi s pozitivní zkušenosti s péčí. V některých oblastech pomáhá týdenní společné MDT fórum, které lépe zajistí přiměřenou a komplexní odpověď na předložené doporučení.</p>
2.1.5	2	<ul style="list-style-type: none"> sdílí a dodržuje místně domluvený seznam výrazů a definicí popisujících užívání návykových látek, zdravotní potřeby, potřeby vážící se k vzdělávání a sociální starostlivosti, psychické zdravý a poruchy učení.
2.1.6	2	<ul style="list-style-type: none"> jsou k dispozici ke konzultacím pro pracovníky služeb, kde bylo riziko /problém poprvé identifikován a kteří zabezpečili následnou intervenci.
2.1.7	2	<p>Pracovníci služby, která zabezpečuje komplexní klinické posouzení zjistí, zda a kde existují problémy s dosahem a začleněním určité specifické skupiny mladých lidí. Implementuje a monitoruje strategie, které problém řeší. (QNCC 1.3.4)</p> <p>Pokyny: V závislosti na lokalitě je možné zahrnout strategie pro řešení potřeb afro-americké nebo jiné etnické minority, přistěhovalců, mladých skórujících v spektru autistických poruch, s problémy s učením a/nebo s četnými psychickými problémy, záškoláky, mladými lidmi začleněnými do procesu získávání azylu, cizinci a/nebo mladým bez bezpečného bydlení.</p> <p>Ref: CQC 16A a „Rádo se stalo“ (2011, 1.7 a 1.8).</p>

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

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

		posouzení, včetně vysvětlení povahy problému, navrhované intervence a další kroky. Pokyny: Slovní zpětná vazba je předána v rámci sezení a v písemné podobě (pokud je to relevantní) do 48 hodin po administraci klinického posouzení.
2.4		Komplexní klinické posouzení je efektivně koordinováno, s ohledem na zabezpečení kontinuity péče a existujících vztahů/vazeb s jinými odborníky
2.4.1		"Kontinuita a důslednost péče, vybudování důvěry, empatický přístup a spolehlivý vztah s kompetentním a zorientovaným... odborníkem je klíčové pro nabízení účinné, přiměřené léčebné péče. Relevantní informace by měly být sdíleny mezi profesionály a mezi ... [službami] v rámci možných hranic s cílem podpořit kvalitu péče "(NICE, 2012, Patient experience, 1.4).
		V souladu s národními a místními nařízeními a normami týkajícími se dodržování důvěrnosti, odborný pracovník nabízející komplexní klinické posouzení stanoví, zda mladý klient: Pokyny: Proces provádění klinického posouzení by měl být koordinováno napříč službami a zařízeními (pokud je to nezbytné), aby se, pokud je to možné, předešlo opakování. Ref: CQC 4L 6B
2.4.1a	2	<ul style="list-style-type: none"> je podporován jinou službou zabezpečující péči (např. YJS⁷, sociální péče, služby působící v oblasti léčby závislostí)
2.4.1b	2	<ul style="list-style-type: none"> podstoupil i další klinická posouzení jako jsou CAF, ASSET, CPA, nebo další
2.4.1.c	2	<ul style="list-style-type: none"> byl určen koordinátor péče mladého klienta v rámci CAF nebo vedoucího odborníka v rámci CPA
2.4.1d	2	<ul style="list-style-type: none"> je připraven a otevřen spolupráci s klíčovými pracovníky a službami
2.4.2	2	Podle potřeby a se souhlasem mladého klienta mají relevantní zařízení přístup a možnost sdílet informace shromážděné během předchozích klinických posouzení s cílem zamezit nežádoucímu opakování a podpořit kontinuitu péče. CQC 4L; Children's NSF (std 3), 2004; DH, No Health without Mental Health - 'only ask once' principle (2011d, page 32); DH CPA (2008, page 30).
2.4.3	2	Mladý klient má možnost nahlásit, zda plány o provedení klinického posouzení byly v spolupráci a se zapojením již spolupracujících odborníků.
2.4.4	2	Je-li nutné získávání doplňujících informací a/nebo spolupráce s dalšími odborníky, vedoucí pracovník dohlédne, aby byl vyžádán informovaný souhlas od mladého klienta, jeho rodičů nebo opatrovníků (pokud je to vhodné). Pokyny: Převzato z QNCC 2.2.3 a 4.2.1 pozři CQC 1A 6G a Kodex zákona o duševním zdraví část 36, 27-36, 34; NMH DU Legal Guide,

⁷ YJS – Youth Justice System, překlad represivních složky a justiční systém změřený na děti a mladistvých

	strany 19-23.
--	---------------

2.5	Odborníci mají potřebné pravomoci a zdroje, aby mohli provádět komplexní klinické posouzení a zabezpečit péči a vypracovat léčebný plán (QNCC 2,3)	
2.5.1	2	Mladý klient se zúčastní kompletního klinického posouzení pod dohledem vedoucího odborníka, který dohlédne, aby byli brány v úvahu všechny potřeby dotazovaného (přesah do 3.2.1).
2.5.2	2	<p>Mladý klient a pokud je to možné i jeho rodič nebo opatrovník jsou posuzováni pracovníky s potřebnými kompetencemi a vyškolenými k navazování vzájemného důvěrného vztahu a schopného se zabývat (přesah 4.2.3):</p> <ul style="list-style-type: none"> • mladým klientem (např. zapojením motivačních technik do rozhovoru) • rodiči nebo opatrovníky, partnery a širší rodinou s cílem podpořit léčbu a zotavení mladého klienta (např. proces založený na zapojení rodiny) • dalšími profesionály a odborníky s cílem postihnout všechny části prezentovaného problému <p>Pokyny: Zaměstnanci by měli pracovat s rámcem a modelem explicitně vytvořeným pro tyto interakce; ty by měli být ideálně vytvořeny na základě poznatých důkazů (např. motivační rozhovory, vnímavému dotazování, nebo praxe založené na mentalizaci). Autoři však připouští, že potřebné důkazy pro administraci jednotlivých přístupů v této věkové skupině jsou slabé.</p> <p>Ref: NTA (2007); Bukstein et al (1997, str 152S); Mirza a Mirza (2008, str 359); Winter a Kaminer (2011); Spirito et al (2009); Hogue et al (2009).</p>

2.6	Klinická posouzení jsou komplexní a odpovídají na potřeby mladého klienta	
2.6.1	2	Se souhlasem mladého klienta jsou do procesu realizace klinického posouzení zapojeni i další odborníci, kteří s ním již byli v kontaktu. Pokyny: Například, lékaři, zaměstnanci školy, sociální pracovníci, pracovníci represivních složek a justičního systému se zaměřením na mládež, nebo jiných zainteresovaných pracovišť.
2.6.2	2	Pracovníci aktivně podporují zapojení rodičů a opatrovníků do procesu realizace asesmentu, a dohlédnou, že jejich názory a pohled jsou zapsány do karty klienta. (souvisí s 3.1.7) Ref: NTA (2007 a 2009).
2.6.3	1	Mladý klient je v kontaktu s odborníky s příslušnými kompetencemi, kvalifikací a zručnostmi žádoucími k práci na komplexním klinickém

		posouzení. Pokyny: Přístup si vyžaduje empatický, flexibilní a nehodnotící reakce. V počáteční fázi se zaměřením na volnočasové aktivity mladého klienta, na jeho zájmy a krátkodobé a dlouhodobé cíle. Až poté může postoupit k přezkoumání situace kolem užívání návykových látek, povahy a šíře problému a dopadu na jejich život, fungování a dosahování cílů (Mirza a Mirza, 2008, str 359, Winnter a Kaminer, 2011).
důležité		Součástí komplexního klinického posouzení mladého klienta je: Ref: NTA (2007 a 2009); Bukstein et al(1997).
2.6.4a	1	<ul style="list-style-type: none"> • <i>užívání návykových látek a s tím související rizika</i>, včetně časové linie, s použitím věkově citlivých validních a reliabilních vyhodnocovacích stupnic nebo strukturovaných rozhovorů Ref: Perepletchikova et al (2008); NTA (2009, strana 26).
2.6.4b	1	<ul style="list-style-type: none"> • <i>informace o možných vývojových a vzdělávacích a psychických problémech</i> – premorbidních a/nebo komorbidních psychických a behaviorálních poruchách Ref: NTA (2009, strana 26).
2.6.4c	1	<ul style="list-style-type: none"> • <i>informace o fyzickém stavu/zdraví</i> s ohledem na přímý (např. abscesy, hepatitidy, bronchitida) a nepřímý dopad na zdraví (např. sexuální).
2.6.4d	1	<ul style="list-style-type: none"> • <i>obavy a bezpečnostní rizika</i> – vedle současných a minulých rizik spojených s výše zmíněnými oblastmi, je nutné se zaměřit také na posouzení rizik doma, v místní komunitě, na přítomnost rodiče nebo opatrovníka zneužívajícího návykové látky, na ochranu bezpečí dětí a mladistvých, na rizika, které třeba řešit neodkladně a v souladu s místními nařízeními a postupy.
2.6.4e	2	<ul style="list-style-type: none"> • identifikace (nebo pomoc při identifikaci a podpora) aspirací a cílů mladých klientů a jejich rodičů či pečovateli Pokyny: DH CPA (2008, strana 18)
2.6.4f	2	<ul style="list-style-type: none"> • <i>rodinná anamnéza a informace o každodenním fungování</i> s ohledem na vztahy mladého klienta, je žádoucí podchytit současnou situaci a taky minulost.
2.6.4g	1	<ul style="list-style-type: none"> • <i>faktory, které přispívají k vyšší zranitelnosti</i>, včetně situace mladého klienta doma, ve škole, obecně sociální fungování, páchaní trestné činnosti
2.6.4h	1	<ul style="list-style-type: none"> • <i>faktory, které přispívají k resilienci (odolnosti)</i>, včetně výše uvedených oblastí (2.6.4) a identifikace faktorů, které podporují resilienci (odolnost) vůči užívání návykových látek Ref (2.64.g a h): NTA (2007, 2009, strana 27); ACMD (2006); DH CPA (2008, strana 18); Dětské NSF (2004, strana 40).
2.6.5		Pokud je to možné odborníci, kteří disponují potřebnými kompetencemi vedou taky pohovor s rodiči nebo opatrovníky a hodnotí:
2.6.5a	2	<ul style="list-style-type: none"> • minulé a současné fungování rodiny, přítomné stresory a možné podpůrné chování vůči užívání návykových látek, historii užívání návykových látek a ostatní duševní poruchy. Pokyny: například posuzovatel vezme v úvahu potřeby a dopady užívání návykových látek a souvisejících problémů na rodiče a

		sourozence a naopak.
2.6.5b	2	<ul style="list-style-type: none"> komunitní zdroje a rizika <p>Pokyny: Pokud jsou zjištěna specifická rizika v komunitě, posuzovatel by měl dodržovat jasné protokoly (v rámci dohodnutých podmínek zachování důvěrnosti a s ohledem na limity), určené týmům jak kontaktovat příslušné orgány (pravděpodobně policii nebo sociální služby). Například, pokud existuje důkaz, že místní dealer se začal zaměřovat na nezletilé osoby, nebo v případě, že je jasně patrná přítomnost členů skupin, které sexuálně vykořisťují dospělé a se zaměřují také na nabízení drog a alkoholu nezletilým.</p>
2.6.5c	2	<ul style="list-style-type: none"> posoudit schopnost a ochotu rodičů a opatrovníků podporovat léčbu a uzdravení jejich dítěte a dodržovat a zachovávat žádoucí intervence.

5.3. Plán integrované péče

"Plán péče by se měl postihnout celé spektrum potřeb mladého klienta, s přihlédnutím k jeho zdraví, osobní, sociální, ekonomické, vzdělávací potřeby, duševní zdraví, etnické a kulturní zázemí a okolnosti".

[www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Longtermconditions/DH_093359]. Měl by to být stručný a srozumitelný popis nesnází mladého člověka a návrhy řešení.

Je nezbytné, aby byla pozornost věnována mladému klientovi a jeho rodině, kultuře, víře ve všech aspektech a plán jak bude navrhovaná péče realizována.

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

3.1	Plán péče by měl být komplexní a efektivně koordinován, aby mohl reagovat na potřeby mladého klienta (QNCC 2.6.1)	
3.1.1	1	Pro mladého klienta je vypracovaný plán péče a intervencí (QNCC 2.6.1). Pokyny: Pro příklady plánů péče „nakloněných mladým klientům“ v různých fázích terapie- viz plány péče CASUS http://ambit-casus.tiddlyspace.com
3.1.2	2	Pod dohledem vedoucího odborníka, který má odpovídající dovednosti k zajištění potřeb zjištěných v klinických zhodnoceních dohlédne, aby tyto byly řešeny prostřednictvím integrativního přístupu (v souvislosti s 2.4.1). Ref: Munro Report (2011).
důležité		Plán péče:
3.1.3	2	<ul style="list-style-type: none"> je vypracovaný ve spolupráci s mladým klientem a zahrnuje informace o tom, jak by chtěl, aby byly jeho rodiče, pečovatele nebo jiní členové rodiny zapojení do rozhodování o jejich péči Ref: NICE (Péče o pacienta, 1.3.10)Ref: „Rádo se stalo“ (2011, 1.2).
3.1.4		<ul style="list-style-type: none"> obsahuje informace o cílech a žádoucích výsledcích mladého klienta
3.1.5	2	<ul style="list-style-type: none"> postihuje celý čas léčby včetně následní péče nebo plánů o přemístění péče, v úzké spolupráci s rodinou, školou a dalšími nezbytnými zařízeními
3.1.6	2	<ul style="list-style-type: none"> je sepsán v souladu s principy nastíněnými v NTA (2008b) „Provoz služeb a zacházení s mladými lidmi užívajícími návykové látky“ Ref: NTA (2011, strana 7)
3.1.7	2	<ul style="list-style-type: none"> podporuje účast rodičů nebo opatrovníků na realizaci a posuzování léčby (souvisí s 2.5.2) Ref: NTA (2008a)

3.1.8		<ul style="list-style-type: none"> nastíní plány domluvené s dalšími zařízeními a servisními službami s cílem zabezpečit vzdělávání, zaměstnání, ubytování, pomoc s finančními závazky a sociální služby pro mladého klienta Ref: DrugScope (2010); NICE Pokyny relevantní pro práci s mladými lidmi.
3.1.9	2	<ul style="list-style-type: none"> podchytit všechny oblasti vyjmenované v bodech 2.6.4 a 2.6.5 a pracovat s možnou kapacitou a ochotou dalších zařízení při přesazování a podpoře plánovaných intervencí Pokyny: Například, odborníci budou nuceni navázat kontakt se školou, dobrovolnickými organizacemi, sociální službou, aby je připravily na nezbytnost podpory plánovaných intervencí.
3.1.10	2	Karta mladého klienta obsahuje správu o zástupcích vybraných profesích a zařízení, kteří spolu vypracovali akční plán podpory potřeb mladého klienta.
3.1.11	2	Mladý klient je v kontaktu s přiděleným odborníkem, kterého zodpovědností je zabezpečit koordinaci péče napříč službami a zařízeními (pokud je to potřebné). Mladý klient a ostatní zainteresovaní jeho zodpovědnosti znají a jsou s nimi srozuměni.

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

5.4. Integrovaná péče a intervence

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

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

Poznámka: KBT je doporučeno částečně proto, že se jedná o nejvíc hodnocenou formu terapie.⁸ Další modely mohou být stejně účinné. Nejdůležitější je, že uznanou formu strukturované terapie nabízí kompetentní osoba.

Meta-analýza naznačuje, že jsou důležité dobré interpersonální dovednosti měřené vřelostí, empatií a upřímností a zajištění přijatelně zdůvodněných zamýšlených intervencí (viz Karver et al, 2006). Také připravenost zapojit se do terénní práce, jako je návštěva u mladého klienta v místě bydliště, spíše než se spoléhat výhradně na návštěvy na klinice, a nabídnout připomínky domluveného času následujícího setkání s velkou mírou pravděpodobnosti podpoří zapojení mladého klienta.

Mladý klient by měl zažít bezproblémovou péči. Pokud je to možné, měl by mít pravidelný kontakt se stejným pracovníkem / terapeutem, který je (s podporou ostatních, a jak je požadováno), odpovědný za nadvázání a udržení důvěrného vztahu s mladým klientem; tohle je považováno za základ pečujícího, léčivého vztahu. www.nice.org.uk/guidance/qualitystandards/service-user-experience-in-adult-mental-health/ContinuityOfCare.jsp

Viz: pro následní pokyny a shrnutí individuální terapie založené na důkazech a léčbě komorbidit viz KN3 a 4.

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

⁸ Ve smyslu dostupnějších výzkumných dat a frekvence a rozsah prováděných studií (pozn. překladatele).

4.2	Kompetentní a kvalifikovaný odborníci nabízejí a zabezpečují široké spektrum psychosociálních intervencí	
4.2.1	2	Mladím klientům s nízkou komorbiditou nebo dobrým sociálním zázemím a podporou je nabídnuta individuální kognitivně – behaviorální nebo ekvivalentně účinná terapie, nebo kvalifikované poradenství (NICE Alkohol, 2010, 2011).
4.2.2	2	Pro ty s významnými komorbiditami nebo slabým sociálním zázemím a podporou je připraven multikomponentní program (např. multidimenzionální rodinná terapie, krátká strategická rodinná terapie, funkční rodinná terapie nebo multi - systemická terapie (NICE Alkohol, 2011).
4.2.3	2	K zapojení mladého klienta, jeho rodičů nebo opatrovníků a širší rodiny do probíhající péče a plánu intervencí jsou použity motivační a klinické techniky (v návaznosti na 2.5.2). Ref: Viz O'Leary-Tevyaw a Monti (2004) a Tait a Hulse (2003), pro review o užívání v dospívání.
4.2.4	2	Techniky rodinné terapie jsou použity na zapojení rodiny a k facilitaci pozitivní změny v širším spektru oblastí života mladého klienta. Pokyny: Existují důkazy, které podporují použití celé řady intervencí rodinné terapie, které se zaměřují na zapojení mladého člověka a jeho rodiny, jejich interakce a oblasti mimo rodinného fungování (Hogue et al, 2009). Ref: Hendriks (2011); Hogue et al (2009); Henderson et al (2009); Austin et al (2005).
4.2.5	2	Pro mladé klienty přibližující se horní věkové hranici stanovené pro poskytování služeb mladistvým jsou spolu se zástupci zařízení a služeb pro léčbu závislostí dospělých vypracovány plány péče s přesahem minimálně 6 měsíců. Ref: CQC 4. 4L; CQC 12.1B.
4.2.6	3	Pokud je to vhodné, mladému klientovi je nabídnuta možnost peer – podpory a účasti na skupinových terapiích: <ul style="list-style-type: none"> • KBT skupiny viz Kaminer, 2002; 2008; Dennis a kol, 2004). Manuály: KBT-7 (Webb et al, 2002); MET / CBT-5 (sampl a Kadden, 2001). ; Také Dishion et al (1999) ", <i>Kdy intervence ubližují: peer skupiny a problémové chování</i>" • psycho - edukativní intervence • Minnesotský program 12-ti kroků: program anonymní alkoholici (AA) nebo anonymní narkomani (AN) může být zvažován pro mladé klienty 16 +. Třeba mít ale na mysli, že důkazy o těchto programech jsou k dispozici pouze pro dospělé populaci a jejich účinek pro mladistvé není popsán (Kelly et al, 2000). U starších dospívajících a mladých dospělých (18+) je třeba věnovat pozornost vhodnosti přítomnosti ostatních členů skupiny, a to u každou mladého klienta zvlášť.
viz KN3 pro přehled individuálních terapií založených na důkazech		

4.3	Dle potřeby jsou do léčba zařazeny farmakologické intervence. Ty jsou nabízeny zkušeným a kvalifikovaným odborníkem (vhodné pro menší část mladé klientely)	
<p>Pokyny</p> <p>Zapojení farmakologické léčby může pomoci snížit sebepoškozující chování nebo sebevražedné tendence a při léčbě komorbidních onemocnění jako např. ADHD, zlepšit přizpůsobení ve škole. V kontextu substituční terapie pro těch pár mladých klientů, u kterých se rozvinula závislost, je cílem úplná abstinence. To vyžaduje strukturovanou léčbu (Drug Strategy, 2010). Měla by to být:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pouze jedna složkou léčebného plánu • z integrativního pohledu šitá na míru potřebám dítěte nebo mladého člověka • poskytnuta jako součást a spolu s psychosociálními a psychologickými intervencemi • v kontextu jasného rámce klinických nařízení <p>Pro další návod k farmakologickým přístupům léčby užívání návykových látek: viz všechny NICE klinické návody a návody pro veřejné zdraví, návody pro léčbu užívání alkoholu a drog (2007-2011), včetně posouzení užití metadonu / buprenorfinu a naltrexonu pro léčbu problémů souvisejích s užíváním opiátů; Pokyny DH pro klinickou léčbu důsledků užívání drog.</p>		
4.3.1	1	Pokud je při léčbě použita medikace, jsou následovány pokyny pro předpis a pokyny o doporučených postupech (např. NICE pokyny pro více než 16-tileté) (v návaznosti na QNCC 3.1.4).
4.3.2	1	Mladý klient spolu s rodiči nebo opatrovníky obdrží jasnou informaci, která jim umožní správné užívání medikace a pracovníci se ujistí, že této informaci porozuměli. Ref: NICE (2012, Zkušenost pacienta 1.5.17)
4.3.3	1	Kompetentní a kvalifikovaný odborník pravidelně monitoruje průběh medikace. (navazuje na 3.1.4).
4.3.4	3	Pokud je to možné (a umožní to závažnost symptomů, domácí uspořádání, zkušenosti pracovníků a zdroje) mladému klientovi je nabídnuta ambulantní forma a/nebo doma probíhající detoxifikace, stabilizace a léčba jako alternativa k ústavní léčbě.
Alkohol (dovolujeme si upozornit, že jenom málo mladých klientů si vybuduje závislost na alkoholu)		
4.3.5	2	Mladým klientům s abstinenčními příznaky na alkoholu jsou jako léčba nabídnuty benzodiazepiny. Pokyny: NICE Alkohol (2010) navrhuje přístup spouštěčů příznaků před detoxikací v nemocničním prostředí. Doporučují vstup s plným komplexním posouzením všech oblastí u všech mladších 16ti let a pečlivém zvážení přijetí u 16 až 18ti letými závislými.
4.3.6	2	Pro mladé lidi se střední a závažnou závislostí na alkoholu zváží odborník nasazení naltrexonu a/nebo acamprostu. Poznámka: V této věkové skupině je to velice vzácné a určené převážně pro mladší 16ti let.

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

4.4	Psychosociální a farmakologické intervence jsou nabídnuty a provedeny kompetentním a kvalifikovaným odborníkem.	
důležité		Odborníci, který navrhuje a provádějí léčbu a intervence:
4.4.1	1	• jsou kvalifikovaní a disponují požadovanými kompetencemi na provádění daných intervencí
4.4.2	2	• jsou pod stálou supervizí kvalifikovaného a kompetentního vedoucího lékaře
4.4.3	2	Psychosociální intervence jsou nabízeny kompetentními odborníky disponujícími obecními dovednostmi pro práci s mladými lidmi. Pokyny: Pilling et al (2011) konstatuje, že „existují přesvědčivé důkazy o tom, že dostatečná variabilita terapeutových dovedností a intervencí je signifikantním a možná nejdůležitějším faktorem v různosti výsledků psychosociálních intervencí... Velké množství kompetencí... jsou obecné a nenahraditelné stavební kameny jakékoli psychosociální intervence... [tyto jsou] společnými faktory při dosahování pozitivních výsledků... Proto je nezbytné netrvat na technických aspektech /kompetencích dané intervence na úkor obecné dovednosti jakou jsou dobré navazování a budování vztahu s klientem a dobré řízení terapeutického procesu“. Viz také: www.ucl.ac.uk/clinical-psychology/CORE/child-adolescent.php
Viz KN4 pro klinický postup v léčbě komorbidit na konci této části		

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

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

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

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

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

4.9	Výsledky jsou pravidelně hodnoceny validizovanými nástroji (QNCC 3.5)	
DH „Není zdraví bez psychického zdraví“ (2011d, strana 32) „koordinované intervence [by měly být] plánované a zaměřené na cíl domluvený s uživatelem služby, vytvořeným na míru jeho individuálním potřebám, rozhodnutím a preferencím, se zaměřením na zotavení, na budování vlastních podpor a na zlepšení kvality života, včetně zlepšení zaměstnání, bydlení a sociálních vazeb.“		

4.9.1	1	Pracovníci pravidelně monitorují klinické výsledky a hlášení pacienta (PROMs) užitím validizovaných nástrojů, které jsou specifické pro adiktologii, léčbu komorbidit a jiných spolu se vyskytujících problémů. Pokyny: Pro celkové fungování viz nástroje užívané CORC (CAMHS výzkum výsledků Consortium www.corc.uk.net), například HoNOSCA (zahrnuje položku na užívání návykových látek), SDQ a CGAS.
4.9.2	2	Výsledky jsou měřeny minimálně z perspektivy mladého klienta, odborníka, který ho léčil a rodičů nebo opatrovníků (QNCC 3.5.4). Pokyny: DH CPA (2008, strana 20) "dobře zaměřený focus výsledků může pomoci ke zlepšení dopadu služeb na život lidí, kteří je využívají; poskytnout záruky, že léčba a péče, přináší žádoucí výsledky; a zajistit, že výsledky týkající se léčby, péče a podpory jsou sledovány průběžně". Ref: Dětské NSF (standardy 9); Self ass mat 10 (ii).
4.9.3	2	Jsou dostupné zdroje na podporu rutinně prováděných evalvací výsledků (QNCC 3.5.1). Ref: CQC 16A
4.9.4	2	Plánovaná léčba a intervence pro mladé klienty nad 16 let, je monitorována s užitím nástrojů na monitorování výsledků léčby (Treatment Outcomes Profile-TOP) a výsledky jsou nahlášeny do národního monitorovacího systému léčby závislostí (National Drug Treatment Management System (NDTMS)) nebo ekvivalentní NHS databáze. Ref: NTA (2011b, strana 7) -V dubnu 2012 NTA uvedlo, že poskytují poradenství v oblasti Treatment Outcomes Profile-TOP pro mladé lidi do 18 let.
4.9.5	2	Měření dat osobních výsledků je součástí diskuse s mladým klientem a je součástí plánu péče.
4.9.6	2	Informace z měření výsledků jsou: <ul style="list-style-type: none"> sděleny mladému klientovi, jeho rodičům nebo opatrovníkům, pracovníkům zabezpečujícím péči a dohlížejícímu odborníkovi použity k hodnocení a evalvací služeb (QNCC 3.5.5) Ref: Destké NSF (9) 9.20.

4.10	Mladý klient a jeho rodiče nebo opatrovníci jsou podporováni dávat zpětnou vazbu službám. Vyjádření poskytovatelů služeb jsou jim zprostředkovány (QNCC 3.6)	
4.10.1	2	Mladý klient a jeho rodiče nebo opatrovníci jsou aktivně vyzíváni vyjádřit svůj názor na služby a provedené intervence (QNCC 3.6.1). Pokyny: Například, prostřednictvím schránek na návrhy a dotazy, dotazníků při propouštění, dopisů po přepuštění, průzkumů spokojenosti, ohniskových skupin nebo konzultačních skupin mladých lidí. Ref: CQC 1J; Rádo se stalo (2011, 7.1 až 7.3).
4.10.2	2	Mladí klienti jsou aktivně zapojováni do tvorby a rozvoje služeb pro mladé lidi s problémy souvisejícími s užíváním návykových látek a

		<p>jeho důsledků (přebrané z QNCC 3.6.2).</p> <p>Pokyny: To by mělo zahrnovat značnou účast mladých lidí, například v oblasti vzdělávání zaměstnanců, při tvorbě předpisů pro chod služeb a sdílené informací; např. účasti mladých lidí na panelu nebo ekvivalentním setkání.</p> <p>Ref: CQC 1J; Rádo se stalo (2011, 7.1 až 7.3).</p>
4.10.3	2	<p>Zpětná vazba od mladého klienta, jeho rodičů nebo opatrovníků je monitorována a využita k informované evaluaci služeb a k jejich rozvoji (QNCC 3.6.3).</p> <p>Ref: CQC 1J; Rádo se stalo (2011, 7.1 až 7.3).</p>
4.10.4	2	<p>Názor mladého klienta na terapeutický vztah s jejich kontaktním pracovníkem / hlavním odborníkem je vyžadován během celého procesu (např. ve frekvenci ze střetnutí na střetnutí) s cílem monitorovat jejich zapojení a zkušenosti s léčbou a péčí (QNCC 3.6.4).</p> <p>Pokyny: ChASE je v poslední době schváleným a rozšířeným nástrojem s využitím pro děti a mladistvé ve věku 8-18, kteří jsou v kontaktu s CAMHS⁹. Cílem je posoudit kvalitu služeb, zkušeností a kvalitu terapeutických vztahů; viz (Den et al, 2011).</p>
4.10.5	2	<p>Mladý klient a jeho rodiče nebo opatrovníci jsou informováni o tom jako podat stížnost a dostanou pomoc pokud chtějí tuto možnost využít.</p> <p>Ref: NICE (2012, Zkušenosti pacienta, 1.3.13).</p>

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

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

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

Terapeutické přístupy mohou obsahovat:

- **Kognitivně – behaviorální terapii (KBT)** je zvažována při mladých klientech s problémy se užíváním návykových látek a komorbidní depresí nebo úzkostí (NICE, 2007, 1.4.6.1 a 2, strana 14). Různé kombinace motivaci zvyšujících prvků KBT byly použity ke kontrole podmínek dražších a komplexnějších souborů léčeb. V některých případech byl tento postup formálně převeden do manuálu a publikován. Ve všeobecnosti, kombinace motivační a kognitivně behaviorální práce byla hodnocena jako účinná, zejména pokud byly součástí evaluace i ekonomické faktory.
- **Dialekticky – behaviorální terapie (DBT):** randomizovaná zkušební data derivována ze studií s dospělou populací, které část tvoří mladí dospělí. Herved et al (2008) demonstrují, že přístup vykazuje lepší výsledky v efektu léčby užívání návykových látek vůči vysoce kvalitním porovnáním. Autoři to připisují „... sebe-monitorování, behaviorálním analýzám a strategiím zaměřeným na řešení problému...“ (Herved et al, 2008).

Programy managementu nepředvídatelných událostí (Contingency management programmes - CMP) jsou zvažovány pokud nabídka podnětů pomůže podpořit zapojení do léčby, změnu v chování, dodržování léčby (viz Nice, 2008, str. 12 a 13 krátké pokyny o výsledcích, viz Bevington, D. kapitola, "co funguje pro koho", která má být zveřejněna v roce 2012).

- **MST-CM je model CMP pro multi-systemickou terapii (MST).** Tato intenzivní, v domácím prostředí ukotvená intervence pracuje podle široce ekosystemického a behaviorálního rámce. Měla by mít silnou supervizní strukturu a nízký počet případů pro daného pracovníka s cílem podpořit dodržování monitorování setrvání klienta v léčbě. To je prokázáno převážně u klientů s nařízenou léčbou a mimo kontext Velké Británie ([převážně USA] kde je na systém služeb bohatší prostředí než uspořádání, ve kterém byla doposud ověřována). Proto může být obtížně transformována do běžných služeb pracujících s velkým počtem doporučených klientů. Tento typ terapie taky vylučuje mladé lidi bez rodinného zázemí, a tedy vylučuje některé velmi rizikové skupiny mladých lidí (mladé lidi fungující bez domova, nebo v přechodném ubytování, a pod.).

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

5.4.2. KN4 Léčba komorbidity – shrnutí poznatků založených na důkazech

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

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

Odborníci by měli extrapolovat léčbu z poznatků o péči pro mládež a dospělé založených na důkazech (NTA, 2008b), ze sdílených klinických zkušeností a znalostí dostupných z místních zdrojů. Intervence by měly být zaměřeny na vývojové potřeby mladého klienta (jako např. bezpečí, péče, ubytování, vzdělání a odborná příprava), a taky reagovat na specifické postupy nutné pro léčbu psychických potíží (např. deprese) a také užívání návykových látek.

I když se léčebné postupy založené na důkazech rozcházejí v důležitých aspektech, sdílejí současně důležité charakteristiky účinnosti. Ty mohou zahrnovat:

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

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

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

- Mladí klienti užívající návykové látky jsou ve zvýšeném riziku zneužití předepsaných léků. Může se to týkat zejména krátkodobě působícího metylfenidátu a pravděpodobně pokud nejsou zabezpečeny konstruktivní

prosociální aktivity (jako jsou alternativy k užívání návykových látek).

- Je vhodnější volit přípravky s prodlouženou dobou působení, které je obtížnější zneužívat a ve skutečnosti mají slabší odměňovací účinky.
- Další agenti jako atomoxetinu a bupropion jsou také považovány méně náchylné k zneužití (Mirza a Bukstein, 2011).
- V USA je k dispozici nový prekurzor Lisdexamfetamin a očekává se, že bude schválen pro použití ve Velké Británii v roce 2013. První výsledky z USA ukazují, že výše uvedené léčivo, je velmi obtížně zneužitelné běžnými způsoby aplikace (šňupáním nebo injekční aplikací).
- Použijte léky jako součást celkového plánu, který zahrnuje, například edukaci nebo odbornou přípravu a zlepšení rodinných vztahů.
- Spolehlivá osoba (např. rodinný příslušník nebo personál ubytovacího zařízení) by se měla mít odpovědnost za dohled nad bezpečným užíváním a režimem medikace, zabezpečený revizemi k objasnění nesrovnalostí.

Léčba jiných psychiatrických komorbidit.

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

5.5. Plánované ukončení a předání péče

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

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

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

5.2	Léčebné zařízení zajistí dohodu o následné péči pro mladého klienta s cílem zabezpečit kontinuitu po propuštění z léčby (QNCC 6.2)	
5.2.1	2	Pokud se mladý klient připravuje ukončit léčbu, je využit plán péče (QNCC 6.2.1). Pokyny: Viz "Přístup soustředění program péče" poskytne návod o tom, kdy použít CPA; DH (2011, strana 32), "koordinace péče a podpory - pomocí nástrojů, jako například Přístup plánované péče".
5.2.2	2	Pokud mladý klient opouští léčbu, do tohoto procesu se zapojí klíčový / kontaktní pracovník. Pokyny: Proces zahrnuje koordinátora péče pro služby související s procesem "Tým kolem dítěte" (odbor školství, 2009).
5.2.3	2	Když je přestup z péče naplánován, úkoly relevantních služeb zapojených do následné péče jsou předem ujasněny, domluveny a

		zdokumentovány (QNCC 6.2.3). Ref: CQC 6C
5.2.4	2	Pro mladé lidi v programu „Looked after“ ¹⁰ jsou opatření pro jejich pokračující péči plánována ve spolupráci s příslušnými odbornými sociálními službami (QNCC 6.2.4).
5.2.5	2	Po ukončení péče je souhrnný dokument popisující doporučení pro další péči poslán obecnému lékaři a jiným relevantním zapojeným zařízením (QNCC 6.2.5).
5.2.6	2	Při odchodu z péče, jsou uzavřeny dohody s ostatními zařízeními pro mladé lidi, aby znovu byl umožněn návrat do péče v případě potřeby, aniž by byla nutná první část vyšetření a prvního klinického zhodnocení (QNCC 6.2.6). Pokyny: Mohou existovat výjimky, kdy mladí lidé vyžadují obecné posouzení a kde to může být vhodné sledovat tak počáteční proces.
5.2.7	3	Zaměstnanci a služby mají k dispozici zdroje, aby mohli zůstat v kontaktu s mladým klientem, který péči opustil a mohli by se objevit další potřeby podpory nebo zásahu. Ref: Allotey (2011).

Přestup do ústavní péče		
5.3	Mladý klient, který přestupuje do ústavní péče, je odeslán na oddělení odpovídající na jeho individuální potřeby s možností efektivní pokračující péče (QNCC 6.3).	
5.3.1	2	Mladému klientovi je nabídnut přestup na bezpečné a věkovou přiměřené oddělení, které odpovídá na jejich vývojové potřeby, pracuje s jejich volbami a preferencemi (QNCC 6.3.1). Ref: NSF pro děti (2004, pokyny 9, strana 5)
5.3.2	2	Mladému klientovi je nabídnut přestup na otevřené oddělení (pokud je to možné), aby byl umožněn a/nebo zachován kontakt s rodinou a domácím prostředím (QNCC 6.3.2). Pokyny: "Jsou zaznamenány lepší výsledky pokud dochází k menšímu narušení schopnosti udržet širší rodinné vztahy a pokud jsou podpůrné služby schopné tohle zajistit průběžným způsobem" (Children Act 1989, revidované předpisy a plánování péče o děti v programu „Looked after“). Ref: NSF pro děti (2004, pokyny 9, strana 19).
5.3.3	1	Pro zaměstnance jsou k dispozici jasná pravidla jak postupovat pokud je nutná lůžková ústavní péče, ale ta není z kapacitních důvodů, okamžitě možná (QNCC 6.1.4). Pokyny: Místní orgány v partnerství s adiktologickými službami pro mladé lidi musí věnovat náležitou pozornost těmto vysoce intenzivním případům s nízkou poptávkou předtím, než je umístění

¹⁰ "Looked after children" definice: Děti v péči nebo v programu "looked after", jsou děti, které jsou v kompetenci a zodpovědnosti místní samosprávy. Takle situace může nastat dobrovolně, kdy rodiče schledají starost o dítě jako příliš obtížnou, nebo po zásahu služeb sociální péče pro děti, protože dítě je v přímém ohrožení nebo nebezpečí větší újmy (www.nspcc.org.uk/preventing-abuse/child-protection.../children-in-care/).

		nutné. Právě v těchto případech mohou integrované služby pomoci při poskytování soustředěné péče, reagovat na potřeby těchto mladých lidí v složitých situacích souvisejících s problémy se zneužíváním návykových látek. Toho lze nejlépe dosáhnout prostřednictvím komplexních panelů péče relevantních zařízení, které poskytují možnost koordinované reakce a společného plánování jednotlivých případů.
5.3.4	2	Pokud je ústavní péči potřebná zůstává klíčový/kontaktní pracovník v kontaktu se zařízením od přijetí a účastní se zasedání a porad (např. setkání CPA) během hospitalizace (QNCC 6.3.5). Pokyny: "Když se děti a mladí lidé jsou propuštěny ... do své komunity, a když jsou mladí klienti přemístěni z léčby pro děti do léčby pro dospělé, kontinuita jejich péče je zajištěna použitím" koncepce plánované péče". Ref: Dětské NSF (2004, pokyny 9, doporučení 10, strana 5).

Přestup do specializované adiktologické péče pro dospělé		
5.4	Mladý klient, jeho rodiče nebo opatrovníci jsou zahrnuti do souhlasného ujednání o ukončení péče a jsou informováni o tom jak znovu získat pomoci, pokud ji budou potřebovat (QNCC 6.1).	
5.4.1	2	Jsou dodržována písemná pravidla uvádějící referenční věk klienta pro přechod do služeb pro dospělé (QNCC 6.4.1). Pokyny: Národní Přehled CAMHS doporučuje, aby proces přechodu mezi stupni léčby začínal ve věku 17,5 roku; Není zač (2011, 8.3).
5.4.2	1	Mladí klienti pod věkovou hranicí určující přechod do služeb pro dospělé, nejsou překládáni pokud to nevyžadují zvláštní okolnosti. Pokyny: Může to být vhodné například v případě, kdy klinický důvod převáží vývojové a / nebo jiné potřeby.
5.4.3	2	Uskuteční se společné vyhodnocení potřeb mladého klienta za účasti daného mladého klienta a pracovníků služeb pro dospělé (např. pomocí CPA), aby bylo zajištěno efektivní předání péče (QNCC 6.4.3). Ref: CQC 6M; NSF pro děti (2004, pokyny 9, doporučení 10, strana 5).
5.4.4	2	Mladý klient s komorbidní poruchou autistického spektra je nasměřován do další podporné sítě, pokud nesplňuje kritéria pro léčbu na oddělení pro dospělé (přezváno z QNCC 6.4.4) .
5.4.5	3	Pracovníci služby pro mladé klienty určili zástupce s přímou zodpovědností za přechod mezi stupni léčby. Daný mladý klient a odborníci s ním pracující tak vědí na koho se v případě potřeby obrátit (QNCC 6.4.5).
5.4.6	3	Je počítáno s přechodným obdobím, během kterého se mladý klient setkává společně s odborníky ze služeb pro mladé a pro dospělé klienty (QNCC 6.4.6).
5.4.7	3	Pokud mladý klient dosahuje horní věkovou hranici pro léčbu pro mladistvé a nenastupují přímo do péče pro dospělé klienty, ale odkládají nástup na pozdější termín, pracovníci služeb pro mladistvé zabezpečí kontakt s těmito, pokud je to nutné (QCNN 6.4.7).

5.4.8	2	<p>Mladý klient přestupující do léčby pro dospělé dostane k dispozici informační balíček obsahující mimo jiné:</p> <ul style="list-style-type: none"> • co očekávat po přechodu do nové léčby, • role odborníků v službách pro dospělé klienty (např. psychiatr, profesionálové a specialisti v adiktologických službách, komunitní sestra v psychiatrii), • koho kontaktovat v případě potřeby (QNCC 6.4.8). <p>Ref: Není zač (2011, 8.5).</p>
5.4.9	3	<p>Mladý klient přestupující do péče pro dospělé má na období přechodu mezi péčí přiděleného mentora, který je buď nezávislý advokát nebo pracovník péče pro dospělé. Cílem je podpora přestupu mezi stupni péče (QNCC 6. 4. 9).</p>

Příloha 1

Definovat, co je problémové užívání návykových látek je velmi důležité

Napsal: Dr Kah Mirza

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

Podívejme se tedy na některé důkazy:

Důkazy získané z longitudinálních studií jako např. Studie Christchurch¹¹ ukazují, že pokud mnoho mladých lidí užilo někdy v životě marihuanu (téměř 77%), méně než 7% vykazuje známky intenzivního užívání nebo přímo závislosti (Fergusson et al, 2000 a 2007). Faktory zvyšující riziko iniciace užívání návykových látek se liší od faktorů iniciujících pravidelné užívání nebo závislost. Další otázkou je zda dochází k efektu vstupní brány: například zda užívání jedné látky nevede k rozšířenému a/nebo problematickému užívání dalších návykových látek. Zmíněný výzkum z Nového Zélandu ukazuje, že prakticky všichni lidé (99%) užívající návykové látky, užili jako první marihuanu, ale dvě třetiny uživatelů marihuany neužilo jinou nelegální drogu.

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

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

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

Na základě práce našich kolegů z různých částí světa, jsme se snažili najít pragmatický pohled při definování různých fází vývoje škodlivého užívání návykových látek mladými lidmi. Ve vývojově senzitivním a dimenzionálním

¹¹ <http://www.otago.ac.nz/christchurch/research/healthdevelopment/>

modelu jsme se pokusili klasifikovat fáze užívání návykových látek mladými lidmi – na jednom konci *žádné užívání* přes *experimentální fázi*, *sociální fázi*, *rizikovou* (prodromální) *fázi*, *fázi škodlivého užívání* až po *fázi závislosti* na druhé straně spektra.

Tento model se ukázal být velmi užitečný v klinické praxi a v současnosti je jeho užitečnost testována prostřednictvím výzkumných studií na běžné populaci (viz tabulka 1).

Tab 1 – vložit sem při sazbě

Použitím představeného modelu se ukazují být experimentální a sociální fáze jako fáze normativní, i když s různými vzorci (omamné účinky látek jsou důležité v sociální fázi). Ale víme, že varovnými signály jsou, pokud mladý člověk **aktivně vyhledává drogy**, bez ohledu na to, zda ho při tom doprovázejí kamarádi nebo ne. Tahle *riziková fáze* je poměrně náročná na rozpoznání. Nezbytnými se jeví investovaný čas, úsilí a citlivý přístup. To je způsob jakým můžeme mladému člověku ukázat jaký vliv má užívání návykových látek na jejich život. Poslední dvě fáze (fáze *škodlivého užívání* a fáze *závislosti*) jsou zřejmě snadno stanoveny – jsou doprovázeny pro okolí jasně a zřetelně rozpoznatelnými signály.

Rád bych zdůraznil, že výše zmíněné fáze nejsou nepropustné a mnozí mladí lidé nepřejdou všemi a/nebo přecházejí mezi nimi. Model jednoduše nabízí definice jednotlivých stádií užívání látek v daném čase a nabízí možné intervence.

Implikace pro Doporučené postupy:

Obecná prevence

Můžeme mladým lidem nabídnout, aby se zařadili do modelu užívání návykových látek dle svého chování, na základě popsaných charakteristik - zda drogy aktivně vyhledávají, i když se jejich kamarádům ven zrovna nechce, zda užívají i když jsou sami, zda sami sebe vidí na šikmé ploše, zda mohou sami sebe zastavit a/nebo vyhledat pomoc. Rodiče, učitelé a ostatní pracovníci, kteří do kontaktu s dětmi přicházejí jim mohou pomoci, pokud mají podezření, že jejich užívání není již normativní (mimo experimentální a sociální fázi).

Všichni v rizikové fázi by měly projít klinickým zhodnocením, aby bylo možné jasně pojmenovat vliv užívání návykových látek na jejich životy a rozhodnout, zda je komplexní a odborníkem provedené klinické zhodnocení nezbytné. Musíme zabezpečit, aby osoba provádějící úvodní skrining nebo rychlé klinické zhodnocení, přistupovala k práci tak, aby pomohla mladému člověku zabývat se daným problémem. Je možné, že bude k dispozici pouze jedno setkání a je nutné z něho vytížit maximum. Přístup motivačních rozhovorů¹² může být velice nápomocný.

¹² Autorů Millera a Rolnicka. Metoda dostupná v českém jazyce (pozn. překladatele)

Tabulka 1: Fáze zneužívání látek (alkohol a drogy) a navrhované intervence: Pragmatická klasifikace (Mirza a Mirza 2008, 2011, Gilvarry et al. 2001).

Případové medailonky pro ilustraci jednotlivých fází popsané v tabulce 1

Experimentální fáze

Roy, 14 letý mladý student kouřil ve škole přes obědovou přestávku s přáteli konopí. Cítil se zvláště, chichotal se, byl hovornější, ale byl schopný se vrátit na vyučování kolem 3 odpoledne. Avšak jeden z jeho kamarádů začal po kouření plakat a začal být podezřívavý, obviňoval ostatní, dokonce i cizí lidi, že se snaží ublížit. Jeho přátelé se o něj museli postarat a dávat na něj pozor do pozdního večera, kdy se sám uklidnil. Roy byl s tímto zážitkem velmi znepokojen, a není jsi jistý, zda chce konopí zkusit znovu.

Sociální fáze

Tom, 16 letý mladý student chodí se svými přáteli přes víkend, převážně v pátek večer ven. Vypije 1 až 2 půl litrové plechovky piva, pokud se nejedná o zvláštní příležitost. Dobře se spolu baví a bez toho, že by se dostal do jakýkoliv potíží bývá kolem 23:30 - 24:00 doma. V době zkouškového období se skupina rozhodne na měsíc přestat se zábavou.

Skorá riziková fáze

Mike, 15 letý student chodívá ven s přáteli přes víkendy, hlavně v pátek a v sobotu, ale někdy i v neděli večer. V průměru vypije 4-5 půllitrových 8 % piv při jednom setkání a v posledních několika měsících byl převezen na Pohotovost kvůli intoxikaci. Párkrát kouřil konopí a jednou užil extázi, vždy s přáteli. Nicméně nikdy se nedostali do konfliktu se zákonem a ve škole mají dobré výsledky. Mike nechodí ven ani nepije pokud je sám a není s přáteli. Kvůli své matce, na které mu hodně záleží by chtěl zvolnit, no je pro něj těžké odmítnout své přátele.

Pozdější riziková fáze

Stacy je 16 letá mladá dívka, která momentálně nechodí do školy ani na praxi. Pracovníci CAMHS ji kvůli několika předávkováním, kontaktovali. Na domluvené schůzky nedorazila. Její všeobecný lékař pro děti a dorost jí předepsal antidepresiva, ale sama hodnotí, že nefungují. Pije 2-3 krát týdně buď sama nebo s přáteli. Zvládne vypít asi půl láhve vodky za jedno setkání. Konopí kouří asi dvakrát týdně. Pije převážně když má špatnou náladu a/nebo když se objevují vzpomínky na sexuální zneužívání nevlastním otcem. „Když jsem pod vlivem, můžu zablokovat své myšlenky, nic jiné mi doposud nepomohlo.“

Fáze škodlivého užívání návykových látek

Johnny je 16 letý mladý muž, který byl kvůli agresivnímu chování a kouření konopí ve škole nedávno vyloučen. Konopí kouří poslední rok téměř denně a přátelí se s mladými lidmi, kteří již mají problémy s policií. Pije hodně asi 4-5 půllitry denně, několik sklenic lihovin za sezení 3-4 krát za týden. Když byl pod vlivem alkoholu dostal se do rvačky, byl zadržen za řízení pod vlivem alkoholu a za opilost a výtržnictví. Kradе doma i venku, napětí je patrné ve vztazích s ostatními členy rodiny. Má domluvené prvé setkání s týmem pro Mladistvé s problémy se zákonem.

Fáze závislosti

Paule má 17 let, stará se o dítě a žije v sociálním bydlení. Její matka má za sebou sérii intervencí spojeným se užíváním drog. Otec je ve vězení za zneužívání její starší sestry. Ona sama již užívala několik návykových látek včetně konopí, alkoholu, kokainu, ketaminu a od 12-13 let užívá heroin, denně poslední rok. Nyní pije alkohol a užívá ketamin z času na čas, heroin je její drogou první volby, kterou ale nikdy neužila injekčně. Již několikrát se snažila snížit konzumaci drog, převážně kvůli průvodním abstinčním příznakům. Projevuje známky PTSD (post traumatická stresová porucha) a deprese, několik posledních let se poškozují řezáním. CAMHS se s ní nepodařilo navázat smysluplný kontakt čemu přispívali i časté změny v umístování do péče. Její vztahy jsou povrchné, nedokáže si udržet práci nebo docházet do školy. Cítí se beznadějně.

Příloha 2

Bibliografie a reference

1. Abbott, M., Khan, F. & Gilvarry, E. (2007) Young People, substances and harm. In Gilvarry, E and McArdle, P. eds. *Alcohol, Drugs and Young People: Clinical Approaches*. Chapter 4 pages 51 – 61.
2. ACMD-Advisory Council on the Misuse of Drugs (2010) *Consideration of the cathinones*. Available at [www.namsdl.org/ documents/ACMDCathinonesReport.pdf](http://www.namsdl.org/documents/ACMDCathinonesReport.pdf)
3. Addaction (2009) *Closing the Gaps -a whole family approach to young people and substance misuse*. Available at www.addaction.org.uk
4. Addaction & Turning Point (2005) *Developing the evidence base: young people with substance misuse problems*. Available at www.addaction.org.uk and www.turning-point.co.uk
5. Alcohol Concern (2010) *Right time, right place - Alcohol-harm reduction strategies with children and young people*. Available at www.alcoholconcern.org.uk/Publications
6. Allotey P, Reidpath DD, Yasin S, Chan CK & de-Graft Aikins A. (2011) Rethinking health-care systems: a focus on chronicity. *Lancet* 377 (9764):450-1.
7. Austin, A.M., Macgowan, M.J. & Wagner, E.F. (2005) Effective Family- Based Interventions for Adolescents with Substance Use Problems: A Systematic Review. *Research on Social Work Practice* 15:67.
8. Bateman, A. & Fonagy, P. (2008) 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry* 165:631– 638.
9. Bevington, D (2012) Chapter: Substance Use Disorders in “*What Works for Whom? A critical review of treatments for Children and Adolescents*” 2nd Edition, Fonagy, P., Cottrell, D., Bevington, D., Phillips, J., Glaser, D. Pub Guilford (in press).
10. Bevington D., Fuggle P., Fonagy P. *et al* (2012) Adolescent Mentalization- Based Integrative Therapy (AMBIT): A new integrated approach to working with the most hard to reach adolescents with severe complex mental health needs. *CAMH Journal*, (in press).
11. Boys, A., Farrell, M., Taylor, C. *et al* (2003) Psychiatric morbidity and substance misuse in young people aged 13-15 years: results from the Child and Adolescent Survey of Mental Health. *British Journal of Psychiatry* 182:509-517.
12. Brown, S., McGue, M., Maggs, J. *et al* (2009) Underage Alcohol Use Summary of Developmental Processes and Mechanisms: Ages 16-20. *Alcohol Research and Health* 32 (1):41-52.
13. Bukstein, O.G. & Lutka-Fedor, T. (2007) Principles of assessment for adolescents with substance use disorders. In *Alcohol, Drugs and Young People: Clinical*

- Approaches* (eds E. Gilvarry & P. McArdle). London: Mac Keith Press.
14. Bukstein, O.G. & Winters, K. (2004) Salient variables for treatment research of adolescent alcohol and other substance use disorders. *Addiction*, 99 (Suppl.2), 23–37.
 15. Bukstein *et al* (1997) Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescent with substance use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36:10.
 16. Burns, T., Catty, J., Dash, M. *et al* (2007) Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta- regression. *British Medical Journal* 335:336.
 17. Care Quality Commission (2010) *Guidance about compliance: essential standards of quality and safety*. London: Care Quality Commission.
 18. Community and Local Government (2005) *Transitions: A social exclusion unit interim report on young adults*. Available at www.communities.gov.uk/publications/corporate/transitionssocial
 19. Coulthard, M., Farrell, M., Singleton, N. & Meltzer, H (2002) *Tobacco, Alcohol and Drug Use and Mental Health*. London: The Stationery Office.
 20. Cutler, R. & Fishbain, D. (2005) Are alcoholism treatments effective? The Project Match data. *BMC Public Health* 5: 75 doi:10.1186/1471-2458-5-75.
 21. Dennis, M., Godley, S., Diamond, G.*et al* (2004) The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: main findings from two randomized trials. *Journal of Substance Abuse Treatment* 27:197– 213. See also www.chestnut.org/li/downloads/Dennis_et_al_CYT_MF_appendix.pdf
 22. Department of Children, Schools and Families, Department of Health and NHS National Treatment Agency for Substance Misuse (2009) *Joint Guidance on Development of Local Protocols between Drug and Alcohol Treatment Services and Local Safeguarding and Family Services*
 23. Department of Children, Schools and Families (2010) *ASB Family Intervention Projects: Monitoring and Evaluation*; National Centre for Social Research; Research report DCFS-RR215.
 24. Department of Education (2009) *The Team Around the Child and the lead professional: A guide for managers*. Available at <https://www.education.gov.uk/publications/standard/publicationDetail/ Page1/TW92/0709>
 25. Department of Education (2011) *The Munro Review of Child Protection: Final report. A child-centred system*. Department of Education www.education.gov.uk/munroreview
 26. Department of Health (2008) *Refocusing the Care Programme Approach: Policy and positive practice guidance*. London: Department of Health www.dh.gov.uk
 27. Department of Health (2009) *Supporting people with long term conditions:*

commissioning personalised care planning – a guide for commissioners.
www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Longtermconditions/DH_093359

28. Department of Health (2011a) *The transition to public health England. Action plan for the NTA 2011-12.* Available at www.nta.nhs.uk/uploads/ntaactionplan1112.pdf

29. Department of Health (2011b) *You're Welcome quality criteria for young people friendly health services-2011 edition.* Available at www.dh.gov.uk

30. Department of Health (2011c) *No health without mental health: a cross government mental health outcomes strategy for people of all ages.* London: Department of Health.

31. Department of Health (2011d) *No health without mental health: delivering better mental health outcomes for people of all ages.* London: Department of Health.

32. Dieterich, M., Irving, C.B., Park, B. & Marshall, M. (2010) Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (10): CD007906.

33. Dishion, T.J., McCord, J. & Poulin, F. (1999) When interventions harm: Peer groups and problem behavior. *American Psychiatric* 54:755–764.

34. DrugScope (2010) *Young people's drug and alcohol treatment at the crossroads. What's it for, where it's at and how to make it better.* Available at www.drugscope.org.uk

35. Eaton, J., McCay, L., Semru, M. & Chatterjee, S. (2011) Scale up of services for mental health in low and middle income countries. *Lancet* 378:1952-61.

36. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction-EMCDDA (2009) *Annual report of the state of the drug problems in Europe in 2009.* Available at www.emcdda.europa.eu/publications/searchresults?action=list&type=PUBLICATIONS&SERIES_PUB=w36

37. Farrell, M (2007) Substance use and psychiatric co-morbidity in children and adolescents. In *Alcohol, Drugs and Young People: Clinical Approaches* (eds E. Gilvarry & P. McArdle). Chap.6 pp 75-81. London: Mac Keith Press.

38. Ford, T., Goodman, R. & Meltzer, H. (2003) The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 42:1203-1211.

39. Gilvarry, E. & McArdle, P. (2007) *Alcohol, Drugs and Young People: Clinical Approaches.* London: Mac Keith Press.

40. Greater London Authority (2010) *Children, Young People and Alcohol Pan-London Guidance* www.ldan.org.uk/documents/FinalPractitionerGuidance.pdf

41. Green, H., McGinnity, A., Meltzer, H., Ford, T. & Goodman, R. (2004) *Mental Health of children and young people in Great Britain, 2004.* National Office of

Statistics. Department of Health and the Scottish Executive.

42. Grella, C., Hser, Y.I., Vandana, J. & Rounds-Bryant, J. (2001) Drug treatment outcomes for adolescents with comorbid mental and substance use disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease* 189:384-392.

43. Gunning, N. & Nicholson, S. (2010) *Drinking alcohol*. In Fuller, E and Sanchez, M (eds) *Smoking, Drinking and Drug Use among Young People in England in 2009*. London, NHS Information Centre for Health and Social Care.

44. Harrington, R., Bailey, S., Chitsabesan, P. *et al* (2005) *Mental Health Needs and Effectiveness of Provision for Young Offenders in Custody and in the Community*. Youth Justice Board for England and Wales. Available at www.youth-justice-board.gov.uk

45. Henderson, C., Dakof G., Greenbaum, P. & Liddle, H. (2010) Effectiveness of multidimensional family therapy with higher severity substance-abusing adolescents: report from two randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 78:885-897.

46. Hendriks, V., van der Schee, E. & Blanken, P. (2011) Treatment of adolescents with a cannabis use disorder: Main findings of a randomized controlled trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavioral therapy in The Netherlands. *Drug and Alcohol Dependence* 119:64-71.

47. Herved, M., Chapman, A., Dexter- Mazza, E. *et al* (2008) Treating co-occurring axis 1 disorders in recurrently suicidal women with borderline personality disorder. A two year randomized trial of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 76:1068–1075.

48. Hogue, A. & Liddle, H. (2009) Family- based treatment for adolescent substance abuse: controlled trials and new horizons in services research. *Journal of Family Therapy* 31(1):126-154.

49. Home Office (2010) *Drug strategy 2010 - Reducing demand, restricting supply, building recovery: supporting people to live a drug free life*. Available at www.homeoffice.gov.uk/drugs/drug-strategy-2010/

50. Home Office (2011) *British Crime Survey Drug Misuse Declared: Findings from the 2010/11 British Crime Survey*. Available at www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs10/hosb1310.pdf

51. Jenkins, R., Meltzer, H., Bebbington, P. *et al* (2009) The British Mental Health Survey: achievements and latest findings. *Social Psychiatry and Epidemiology* 44:899–904.

52. Jernigan, D. (2001) *Global Status Report: Alcohol and Young People*. Geneva, World Health Organisation.

53. Kaminer, Y. (2002) Adolescent substance abuse treatment: Evidence-based practice in outpatient services. *Current Psychiatry Reports* 4(5):397-401.

54. Kaminer, Y., Burlison, J. & Burke, R. (2008) Efficacy of outpatient aftercare for adolescents with alcohol use disorders: a randomized controlled study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 47 (12): 33-42.
55. Kaminer, Y. & Godley, M (2010) From assessment reactivity to aftercare for adolescent substance abuse: are we there yet? *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 19 (3) 577 to 590.
56. Kaminer, Y., Spirito, A. & Lewander, W. (2011) Brief motivational interventions, cognitive behavioural therapy and contingency management for youth substance use disorders. In *Clinical Manual of Adolescent Substance Abuse Treatment* (eds Y. Kaminer & K. Winters). American Psychiatric Publishing Inc. London, England.
57. Karver, M., Handelsman, J., Fields, S. & Bickman, L. (2006) Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: the evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review*; 26:50-65.
58. Kaye, D.L. (2004) Office recognition and management of adolescent substance use. *Current Opinion in Pediatrics*; 16:532-541.
59. Kelly, J.F., Myers, M.G. & Brown, S.A. (2000) A Multivariate Process Model of Adolescent 12-Step Attendance and Substance Use Outcome Following Inpatient Treatment. *Psychology of Addictive Behaviors* Vol. 14, No. 4, 376-389.
60. Kendall, S., Rodger, J. & Palmer, H. (2010) *Redesigning provision for families with multiple problems: early impact and evidence of local approaches*. Research Report DFE-RR046. Department for Education.
61. Kennedy, I. (2010) *Getting it Right for Children and Young People: Overcoming cultural barriers in the NHS in order to meet their needs*. Department of Health- www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_119445
62. Knight, J.R., Shrier, L., Bravender, T., *et al* (1999) A new brief screen for adolescent substance abuse. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 153:591-596.
63. Knight, J.R., Sherritt, L., Shrier, L., *et al* (2002) Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 156:607-614.
64. Knight, J.R., Sherritt, L., Harris, S.K., *et al* (2003) Validity of brief alcohol screening tests among adolescents: a comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE, and CRAFFT. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 27 (1):67-73.
65. Liddle, H.A., Rowe, C.L., Dakof, G.A. *et al* (2004) Early intervention for adolescent substance abuse: pre-treatment to post-treatment outcomes of a randomized clinical trial comparing multidimensional family therapy and peer group treatment. *Journal of Psychoactive Drugs* 36(1):49-63.

66. Linehan, M., Comtois, K., Murray, A. *et al* (2007) Two year randomized controlled trial and follow up of dialectical behaviour therapy vs therapy by experts for suicidal behaviour and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry* 63:757-763.
67. Littell, J.H. (2005) Lessons from a systematic review of effects of multisystemic therapy. *Children and Youth Services Review* 27 (4): 445-463.
68. Macleod, J., Oakes, R., Copello, A. *et al* (2004) Psychological and social sequelae of cannabis and other illicit drug use by young people: a systematic review of longitudinal, general population studies. *Lancet* 363:1579–1588.
69. Mannuzza, S., Klein, R., Bessler, A., Malloy, P. & LaPadula, M. (1998) Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. *American Journal of Psychiatry* 155(4):493-8.
70. McAdam, E. & Mirza K.A.H (2009) Drugs, hopes and dreams: appreciative inquiry with marginalized young people using drugs and alcohol. *Journal of Family therapy* 31: 175–193.
71. McArdle, P. (2008) Use and misuse of drugs and alcohol in adolescence. *British Medical Journal* 337:46-50.
72. McArdle, P (2012). Recent advances in substance abuse by young people. *Advances in Psychiatric Treatment*(in press).
73. McCambridge, J., Slym, R.L. & Strang, J. (2008) Randomised controlled trial of motivational interviewing compared with drug information and advice for early intervention among 16 to 19 years old weekly or more frequently cannabis users. *Addiction* 103: 1809-18.
74. Mirza, KAH. & Bukstein, O. (2011) Attention deficit-disruptive behaviour disorders and substance use disorders in adolescents. In Kaminer Y and WintersK (eds) *Clinical Manual of Adolescent Substance Abuse Treatment*. American Psychiatric Publishing Inc. London, England.
75. Mirza, KAH. & Mirza, S. (2008) Adolescent substance misuse. *Psychiatry* 7: 357-362.
76. Mirza, KAH, Yandoli, D. & McAdam, E (2012) Beyond branded therapies: systemic /family interventions for young people with substance misuse. *Child and Adolescent Mental Health Journal* (in press).
77. National Advisory Council (NAC) (2011)
How many times do we have to tell you? A briefing from the National Advisory Council about what young people think about mental health and mental health services. By Paula Lavis and Dr Lesley Hewson
78. National CAMHS Support Service (NCSS) (2010) Transitions in Mental Health Care. *A guide for health and social care Professionals on the legal framework for the care and treatment of young people with emotional and psychological problems*

during their transition years.

79. NHS Information Centre for Health and Social Care (2011) *Smoking, drinking and drug use among young people in England in 2010* (Ed Fuller, E) Available at www.ic.nhs.uk/pubs/sdd10fullreport

80. NICE Technology Appraisal Guidance TA115 (2007) *Naltrexone for the management of opioid dependence*. Available at <http://publications.nice.org.uk/naltrexone-for-the-management-of-opioid-dependence-ta115>

81. NICE Public Health Guidance 4 (2007) *Community-based interventions to reduce substance misuse among vulnerable and disadvantaged children and young people*. Available at www.nice.org.uk/nicemedia/live/11379/31939/31939.pdf

82. National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH) (2008a) *Drug misuse: psychosocial interventions-National Clinical Practice Guideline Number 51*. British Psychological Society and Royal College of Psychiatrists.

83. NCCMH (2008b) *Drug misuse:opioid detoxification-National Clinical Practice Guideline Number 52*. British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists.

84. NICE Public Health Guidance 24 (2010a) *Alcohol-use disorders: preventing harmful drinking*. Available at <http://guidance.nice.org.uk/PH24/Guidance/pdf/English>

85. National Collaborating Centre for Chronic Conditions (NCC-CC) (2010b) *Alcohol use disorders in adults and young people: clinical management*. Available at www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=byID&o=11828

86. NICE (2011a) *Alcohol-use Disorders: Diagnosis, Assessment and Management of Harmful Drinking and Alcohol Dependence*. NICE clinical guideline 115. Available at www.nice.org.uk/CG115 [NICE guideline].

87. NICE Quality Standards(2011b). *Alcohol Dependence 'Specialist interventions for children and young people'*. Available at www.nice.org.uk/guidance/qualitystandards/alcoholdependence/specialistinterventionschildren.jsp

88. NICE (2011c) Alcohol dependence and harmful alcohol use qualitystandard. Available at <http://pathways.nice.org.uk/pathways/alcohol-use-disorders#content=view-info%3Aquality-standards-alcohol-dependence-and-harmful-alcohol-use-quality-standard> a. Other NICE Alcohol Use 2011 guidance is available at www.nice.org.uk/usingguidance/commissioningguides/alcoholservices/AlcoholServices.jsp; <http://pathways.nice.org.uk/pathways/alcohol-use-disorders#content=view-info%3Aquality-standards-alcohol-dependence-and-harmful-alcohol-use-quality-standard>

89. NICE Clinical Guidance 138 (2012) *Patient experience in adult NHS services: improving the experience of care for people using adult NHS services*. Available at <http://publications.nice.org.uk/patient-experience-in-adult-nhs-services-improving-the-experience-of-care-for-people-using-adult-cg138/guidance>

90. NTA National Treatment Agency for Substance Misuse (2003) *Confidentiality and information sharing*. Available at www.sph.nhs.uk/sph-dtmu/sph-files/confidentiality/NTA-Confidentiality.pdf
91. NHS National Treatment Agency for Substance Misuse (2007a) *Assessing young people for substance misuse*. Available at www.nta.nhs.uk
92. NHS National Treatment Agency for Substance Misuse (2007b) *The Role of CAMHS and addiction psychiatry in adolescent substance misuse services* (Eds Mirza, McArdle, Crome, Gilvarry). Available at www.nta.nhs.uk/uploads/yp_camhs280508.pdf
93. NHS National Treatment Agency for Substance Misuse (2009a) *Exploring the evidence*. Available at www.nta.nhs.uk
94. NHS National Treatment Agency for Substance Misuse (2009b) *Guidance for pharmacological management of substance misuse among young people*. Available at www.nta.nhs.uk
95. NHS National Treatment Agency for Substance Misuse (2008a) *The role of CAMHS and addiction psychiatry in adolescent substance misuse services*. Available at www.nta.nhs.uk/uploads/yp_camhs280508.pdf
96. NHS National Treatment Agency for Substance Misuse (2008b) *Guidance on commissioning young people's specialist substance misuse services*. Available at www.nta.nhs.uk/uploads/commissioning_yp_final2.pdf
97. NHS National Treatment Agency for Substance Misuse (2010) *Commissioning for recovery – Drug treatment, reintegration and recovery in the communities and prisons: a guide for drug partnerships*. Available at www.nta.nhs.uk/uploads/commissioning_for_recovery_january_2010.pdf
98. NHS National Treatment Agency for Substance Misuse (2011a) *Substance misuse among young people for 2010-11*. Available at www.nta.nhs.uk/uploads/yp2011commentaryfinal.pdf
99. NHS National Treatment Agency for Substance Misuse (2011b) *Young people's specialist substance misuse treatment planning (1 year and 3 year plans)-Interim guidance for young people's strategic partnerships 2011/12*. Available at www.nta.nhs.uk/uploads/finalyptreatmentplanningguidance201112.pdf
100. NHMDU (2009) *The legal aspects of the care and treatment of children and young people with mental disorder*. Available at www.nmhdu.org.uk/silo/files/the-legal-aspects-of-the-care-and-treatment-of-children-and-young--people.pdf
101. Nutt, D.J., King, L.A. & Phillips, L.D. (2010) Drug harms in the UK: a multi-criteria decision analysis. *The Lancet* 376 (9752):1558-1568.
102. Office of the Surgeon General (1999) *Mental Health a Report of the General Surgeon*. Available at www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/home.html
103. Offord, D. (1994) *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive*

intervention research. Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press.

104. O’Leary-Tevyaw, T. & Monti, P.M. (2004) Motivational enhancement and other brief interventions for adolescent substance abuse: foundations, applications and evaluations. *Addiction*, 99 (Suppl. 2), 63–75.

105. Passetti, F., Jones, G., Chawla, K., Boland, B. & Drummond, C. (2008) Pilot study of assertive community treatment methods to engage alcohol-dependent individuals. *Alcohol & Alcoholism* 43(4):451-5.

106. Perepletchikova, F., Krystal, J. & Kaufman, J. (2008) Professional Review: Adolescent alcohol use disorders: assessment and treatment issues. *Journal of Child Psychology & Psychiatry* 49 (11):1131-1154.

107. Pilling, S., Yesufu-Udechuku, A., Taylor, C. & Drummond, C. (2011) Guideline Development Group. Diagnosis, assessment, and management of harmful drinking and alcohol dependence: summary of NICE guidance. *British Medical Journal* 342:d700.

108. Pinto R., Campbell A., Hien D., Yu G, & Goroochurn P. (2011) Retention in the National Institute on Drug Abuse Clinical Trials network Women and Trauma study: implications for post trial implementation. *American Journal of Orthopsychiatry* 81:211-207.

109. Richards, A. (2011) *Application of a manualised family therapy approach in adolescent substance misuse*, MSc dissertation, Institute of Psychiatry, King’s College, London.

110. Riggs, P.D., Mikulich-Gilbertson, S.K., Davies, R.D. *et al* (2007) A Randomized Controlled Trial of Fluoxetine and Cognitive Behavioral Therapy in Adolescents With Major Depression, Behavior Problems, and Substance Use Disorders. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 61(11):1026-1034.

111. Royal College of Psychiatrists (2011a) *Quality Network for Community CAMHS: Service Standards 3rd Edition*. (eds Barrett, R., Butler, C., Collins, E., O’Herlihy, A. & Thompson, P). Royal College of Psychiatrists’ Centre for Quality Improvement.

112. Royal College of Psychiatrists (2011b) *Quality Network for Inpatient CAMHS: Service Standards 6th Edition*. (eds: Solomon, J., Thompson, P. & Collins, E.). Royal College of Psychiatrists’ Centre for Quality Improvement.

113. Sampl, S., & Kadden, R. (2001). *MET and CBT for adolescent cannabis users: 5 sessions, CYT series, volume 1*. (BKD384). Rockville, MD: CSAT, SAMHSA. Available at <http://kap.samhsa.gov/products/manuals/cyt/>

114. Scott C.K. & Dennis M.L. (2009) Results from two randomized clinical trials evaluating the impact of quarterly recovery management checkups with adult chronic substance users. *Addiction* 104 (6): 959- 971.

115. Scott, C.K., Dennis, M.L., Laudet, A., Funk, R.R. & Simeone, R.S. (2011)

Surviving Drug Addiction: The Effect of Treatment and Abstinence on Mortality. *American Journal of Public Health*, Vol. 101, No. 4, pp. 737.

116. Singh, P.S., Paul, M., Ford, T. *et al* (2010) Process, outcome and experience of transition from child to adult mental healthcare: multiperspective study. *British Journal of Psychiatry*, 197, 305-312.

117. Smith D., Hall J., Jang M. & Arndt S. (2009). Therapist Adherence to a Motivational-Interviewing Intervention Improves Treatment Entry for Substance-Misusing Adolescents With Low Problem Perception. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 70:101-105.

118. Spirito, A., Monti, P., Barnett, N. *et al* (2004) A randomized clinical trial of a brief motivational intervention for alcohol-positive adolescents treated in an emergency department. *The Journal of Pediatrics* 145: 396-402.

119. Stein, L.A., Minugh, P.A., Longabaugh, R. *et al* (2009) Readiness to change as a mediator of the effect of a brief motivational intervention on post-treatment alcohol-related consequences of injured emergency department hazardous drinkers. *Psychology of Addictive Behaviors* 23:185-195.

120. Slesnick N., Prestopnick L., Meyers R. & Glassman M. (2006) Treatment outcome for street-living homeless youth. *Addictive Behaviors* 32:1237-1251.

121. Slesnick N., Dashora P., Letcher A., Erdem G. & Serovitch J. (2009) A review of services and interventions for runaway and homeless youth. *Children and Youth Services Review* 31:732-742.

122. Slesnick N and Prestopnik J.L. (2009) Comparison of family therapy outcome with alcohol-abusing, runaway adolescents. *Journal of Marital & Family Therapy* 35 (3): 255-77.

123. Tait, R.J. & Hulse, G.K. (2003) A systematic review of the effectiveness of brief interventions with substance using adolescents by type of drug. *Drug and Alcohol Review*; 22, 337 – 346.

124. Tait, R.J., Hulse, G.K. & Robertson, S.I. (2004) Effectiveness of a brief intervention and continuity of care in enhancing attendance for treatment by adolescent substance users. *Drug and Alcohol Dependence*; 74, 289–296.

125. Thurstone C., Riggs P.D., Salomonsen- Sautel S., Mikulich-Gilbertson S.K.(2010) Randomized, Controlled Trial of Atomoxetine for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adolescents With Substance Use Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(6):573-582.

126. Walton, M.A., Chermack, J.T., Bingham, C.R. Zimmerman, M.A., Blow, F.C. & Cunningham, R.M (2010) Effects of a Brief Intervention for Reducing Violence and Alcohol Misuse Among Adolescents-A Randomized Controlled Trial. *Journal of the Medical Association (JAMA)*, 304 (5):527- 535.

127. Webb, C., Scudder, M., Kaminer, Y., Kadden, R. & Tawfik, Z. (2002) *The MET/*

CBT 5 Supplement: 7 Sessions of Cognitive Behavioral Therapy (CBT 7) for Adolescent Cannabis Users. (DHHS Publication No. (SMA) 02-3659, Cannabis Youth Treatment (CYT) Manual Series, Volume 2). Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Available at: www.chestnut.org/li/cyt/products/CBT7_CYT_v2.pdf

128. Wilens, T., Adamson, J., Monuteaux, M. *et al* (2008) Effect of prior stimulant treatment for attention deficit hyperactivity disorder on subsequent risk for cigarette smoking and alcohol and drug use disorders in adolescents. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 162:916-921.

129. Winters, K. & Kaminer, Y. (2011) Adolescent Behavioral Change. In Kaminer Y. & Winters K. (2011) *Clinical Manual of Adolescent Substance Abuse Treatment*. American Psychiatric Publishing. London.

130. Youth Justice Board (2010) National Standards for Youth Justice Services. <http://www.yjb.gov.uk/publications>

Příloha 3

Poděkování

Tyto Doporučené postupy byly vyvinuty s finanční podporou Ministerstva Zdravotnictví a ve spolupráci s partnery:
Královská akademie praktických lékařů
DrugScope
Znepokojení alkoholem (*Alcohol Concern*¹³)

Projektový tým:

Professor Eilish Gilvarry
Dr Paul McArdle,
John McCracken
Stewart Killala
Dr Paul Lelliott
Anne O'Herlihy

My (členové projektového týmu) jsme vděčný každému, kdo přispěl při jejich tvorbě, speciálně:

Vědecká skupina:

Professor Eilish Gilvarry
Dr Paul McArdle
Dr Dickon Bevington
Dr Kah Mirza
Dr Paul McArdle
Dr Norman Malcolm

Konzultační skupina k Doporučeným postupům:

Taky by jsme rádi poděkovali Kirsty Blenkins (NTA) a Jill Britton (DAT provozní manažerka) za jejich připomínky, presentace a servisní protokoly.

Dále by jsme rádi poděkovali:

Emily Burn - Turning Point
Anna Curran - Alcohol Concern (*Znepokojení alkoholem*)
Sheryl Dago - Addaction-DAT service manager
Howard Jasper - Youth Justice Board (Rada pro spravedlnost pro mladé)
Jennifer Hope - NICE Alcohol Guideline (*NICE Směrnice pro alkohol*)
Kim Williams - lead alcohol nurse-Alder Hey Children's Hospital (*vedoucí sestra pro alkohol – Dětská nemocnice Alder Hey*)
Kirsty Blenkins - NTA
Marcus Roberts - DrugScope
Michael Kelleher - NTA
Norman Malcolm - CAMHS consultant in substance misuse services (*CAMHS konzultant pro adiktologické služby*)
Emma Reynolds – CAMH psychologist in substance misuse service (*CAMHS psychology pro adiktologické služby*)

¹³ <https://www.alcoholconcern.org.uk>

Mary Small – consultant community paediatrician (*konzultantka, komunitní pediatr*)

Workshop 1 – 4. dubna 2012

Delegáti, kteří přispěli k tvorbě těchto Doporučeným postupům a kterým by jsme rádi poděkovali:

- Mladý člověk, zástupce CASUS - představil své názory prostřednictvím záznamu na DVD
- Joyce Akpogheneta – mladá dívka, pracovníčka s mladými v oblasti alkoholu a drog
- Theresa Allen – pracovníčka s mladými – Turning Point (*Zlomový bod*)
- Mark Ashby – člen trustu Addiction, agentura pro podporu a péči v Richmonde
- Natascha Baylor – specializovaná adiktologická sestra
- Dr Dickon Bevington – konzultant, psychiatr pro děti a adolescenty
- Carol-Anne Bidwell – DAAT, provozní zodpovědní pracovník
- Jill Britton – Koordinátorka, adiktoložka pro mladé
- Nina Crofts – manager Compass young people’s drug and alcohol service (*Compass služby pro mladé lidi v oblasti drog a alkoholu*)
- Amanda Davies – koordinátor vzdělávání o drogách, služby pro mladé lidi v oblasti drog a alkoholu
- Louise Gaule – koordinátorka – pracovníčka služeb podpory pro mladé
- Elayne Grace – adiktologická pracovníčka pro mladé (část – sociální služby)
- Vikas Gupta – odborník – člen adiktologického týmu pro mladé klienty
- Vicki Hancock – projektová managerka - CRI-T3 Staffordshire adiktologické služba pro mladé (projekty – přechod k zatčení a rizikové situace)
- Dr Gill Hewlett - TYS for substance misuse (*Cílená Podpora Mládeže v oblasti zneužívání návykových látek*)
- Nicky Hill - vedoucí osobní poradkyně - Cílená Podpora Mládeže, služby pro děti
- John Howard – sestra linky pro mladé “Catch-22” – 24 hodinová služba
- Gillian Le Page – týmová managerka
- Angela Lewis –vedoucí koordinátorka pro oblast zneužívání návykových látek mladými lidmi
- Conny Kerman – systemická rodinná terapie
- Dr Norman Malcolm – konzultant, psychiatr pro děti and mladistvé
- Dr Paul McArdle – konzultant, psychiatr pro děti and mladistvé
- Ann Francis McGrath – podpůrná pracovníčka s mladými lidmi
- Cat Miller - koordinátorka - Cílená Podpora Mládeže
- Ali Mills – servisní manager
- Dr KAH Mirza - konzultant, psychiatr pro děti and mladistvé
- Amanda Moawad – adiktologická specialistka - Lambeth - Rada pro spravedlnost pro mladé
- Christina Pace – “children’s Trust” managerka – dětský koordinační tým
- Clare Price – koordinátor pro mladé – DAAT
- Andrew Stephenson – adiktolog pro mladé – Young Addaction Derby
- Cheery Sullivan – servisní managerka - Hampshire 24/7 (24 hodinová služba)

- Keely Voce – adiktoložka - Leicester city Rada pro spravedlnost pro mladé
- Jennifer Waring – specializovaná zdravotnice/ komunitní psychiatrická sestra
- Rosie Winyard – vedoucí sestra - CAMHS specializované adiktologické služba
- Dennis Yandoli – rodinný psychoterapeut

Příloha 4

Zahrnutí klíčových zjištění sepsaných na finálním konzultačním setkání

Jak Doporučené postupy zlepšit:

- rozšířením Doporučených postupů o Pokyny pro léčbu komorbidit
- vynecháním žargonu, aby byly Doporučené postupy srozumitelné pro všechny
- zaměřením na integrovaný přístup
- výsledky by měly být zaměřeny a souviset se specifickými cíli a snahami jednotlivých intervencí

Jak můžou z Doporučených postupů profitovat mladí lidé jejich rodiny a/nebo opatrovníci?

- dát mladému člověku, jeho rodičům nebo opatrovníkům informace o tom co očekávat
- jasně pojmenovat rozsah možností, které jsou pro mladé lidi k dispozici
- podpořit spolupracující vztah mladých lidí a jejich rodičů nebo opatrovníků – kde je to možné

Jak můžou pomoci informacemi pro praxi?

- podporovat jednotný přístup napříč sektory a zařízeními, jak mladé lidi v ohrožení identifikovat, posuzovat a nabídnout péči a intervence založené na důkazech
- pomoc s cílem zvýšit povědomí o adiktologické léčbě a léčbě komorbidních problémů

Jak můžou pomoci zlepšit servisní služby pro mladé lidi?

- můžou být použity k posouzení místních ustanovení a identifikaci nedostatků
- můžou být užitečným měřítkem pro praxi
- informovat o vzdělávacích potřebách a pomoci podporovat praxi založenou na důkazech

Možné překážky v informování o praxi a dosažení konzistentního přístupu

- existence oddělených rozpočtů
- poskytování odborné přípravy

Příloha 5

Slovník pojmů

ACRA Adolescent community reinforcement approach – *Přístup posílení komunity mladistvých*

ACMD Advisory council on the misuse of drugs – *Poradní rada pro zneužívání návykových látek*

A&E [Accident and emergency departments] – *Pohotovost*

AMBIT Adolescent mentalization-based integrative therapy - *Integrativní terapie založená na mentalizaci dospívajícího*

AUDIT-C Alcohol use disorders identification test – consumption items – *Identifikační test Poruch zneužívání alkoholu – položky spotřeba*

ASSET Adolescent substance use skills education training – *zvyšování znalostí a dovedností mladistvých o užívání návykových látek*

CAF Common assessment framework – an assessment tool for use across all professionals working with children - *Obecný hodnotící rámec - nástroj hodnocení použitelný napříč všemi profesemi pracujícími s dětmi*

CBT Cognitive behavioural therapy – *Kognitivně – behaviorální terapie*

CAMHS Child and adolescent mental health services – *Služby zaměřeny na duševní zdraví dětí a mladistvých*

CPA Care programme approach – systematic assessment of an individual's health and social care needs, care plan, key worker and regular review of progress - *Přístup plánované péče – systematický asesment zdravotních a sociálních potřeb jedince, plán péče, koordinátor, pravidelné vyhodnocování změn*

CYT Cannabis youth treatment study – *Výzkum léčby užívání marihuany u mladých*

CORC CAMHS outcome research consortium – *CAMHS konsorcium výsledků výzkumů*

CGAS Children's global assessment scale – *hodnotící škála Globální hodnocení pro děti*

CPN Community psychiatric nurse – *komunitní psychiatrická sestra*

CRAFFT Is an acronym of the first letters of key words in the six screening questions - *je zkratka prvních písmen klíčových slov šesti screeningových otázek*

CQC Care quality commission – *komise kvality péče*

DAT Drug and alcohol team – *tým zaměřený užívání na drog a alkoholu*

DBT Dialectical behavioural therapy – *Dialektická behaviorální terapie*

DNA Did not attend – when a young person misses a planned appointment – „*Nepřišel*“ - *když mladý klient nepřijde na domluvenou schůzku*

DUST Drug use screening tool – *Nástroj na skríníng užívání drog*

DH Department of Health – *Ministerstvo zdravotnictví*

EBT Evidence based treatment – *léčba založená na důkazech*

GP General Practitioner – *všeobecný lékař*

HoNOSCA Health of the nation outcome scales for children and adolescents – *škála výsledků zdraví dětí a mladistvých na národní úrovni*

IAPT for YP Improving access to psychological therapies for young people – *zlepšování dostupnosti psychoterapie pro mladé*

MASQ Maudsley adolescent substance misuse tool – *Maudsleyho nástroj na měření zneužívání návykových látek adoslescenty*

MDFT Multidimensional family therapy – *Multidimenzionální rodinná terapie*

NDTMS National drug treatment management system – *Národní systém managmentu léčby drog*

NHMDU National mental health development unit – *Odbor rozvoje psychického zdraví na národní úrovni*

NICE National institute of clinical excellence – *Národní institut klinické excelence*

NPS New psycho-active substances – *nové psycho aktivní látky*

NSF National service framework – *národní rámec pro poskytování služeb*

NTA National treatment agency – *národní agentura pro léčbu*

PH Public health – *veřejné zdraví*

PHSE Personal, health, social and education – *Osobní, zdravotní, sociální a vzdělávací*

QNCC Quality network for community CAMHS – *komunitní síť pro kvalitu při CAMHS*

SASQ Single alcohol screening questionnaire – *jednoduchý dotazník skríníngu užívání alkoholu*

SDQ Strengths and difficulties questionnaire – *dotazník silných a slabých stránek*

SQIFA Screening questionnaire interview for adolescents employed by staff working in the youth justice system – *Skríníngový dotazovací rozhovor pro adolescenty*

prováděn pracovníky Rady pro spravedlnost pro mladé

TOP Treatment outcomes profile – *profil výsledků léčby*

YOT Youth offending team - *Rada pro spravedlnost pro mladé*

YJS Youth justice system – *Systém spravedlnosti pro mladé*

Královská akademie psychiatrů
Centrum pro zlepšování kvality

4. patro
Standon House
21 Mansell Street
Londýn E1 8AA

Královská akademie psychiatrů je charita registrovaná v Anglicku a Walesu (228636)
a Skotku (SC038369)

© 2012 Královská akademie psychiatrů

www.rcpsych.ac.uk