# Charakteristika a popis služby / Část B2

# 1. INFORMACE O ZAŘÍZENÍ REALIZUJÍCÍ SLUŽBU/PROJEKT

* 1. Adresa zařízení

**Název organizace**

**Název zařízení**

(které službu/projekt realizuje)

**Adresa zařízení**

(adresy detašovaných pracovišť uvádějte v bodě 4. této části)

**Kraj realizace služby** (Hlavní město Praha, Jihočeský kraj, Jihomoravský kraj, Karlovarský kraj, Kraj Vysočina, Královéhradecký kraj, Liberecký kraj, Moravskoslezský kraj, Olomoucký kraj, Pardubický kraj, Plzeňský kraj, Středočeský kraj, Ústecký kraj, Zlínský kraj, Celá ČR)

* 1. Identifikace služby/projektu

**Kód služby/projektu** (neměňte kód, který Vám byl přidělen ÚV ČR)

**Název služby/projektu** (neměňte název, pokud dojde ke změně, informaci zašlete emailem na ÚV ČR)

* 1. Identifikace služby/projektu

**Typ služby**

Typy služeb podle Standardů odborné způsobilosti adiktologických služeb (nová typologie)). Vyplňujte pečlivě, tato část slouží k celkovému popisu sítě služeb v ČR.

 P - Adiktologické preventivní služby

 HR - Adiktologické služby minimalizace rizik

AL - Adiktologické služby ambulantní léčby a poradenství

* Služba ambulantní léčby poskytuje substituční léčbu: ANO NE

(týká se pouze služeb substituční léčby)

* Služba ambulantní léčby poskytuje dlouhodobý strukturovaný ambulantní (stacionární) program (týká se pouze služeb ambulantní stacionární péče) ANO NE

KS - Adiktologické služby krátkodobé stabilizace

 RL - Adiktologické služby rezidenční léčby

 NP - Adiktologické služby následné péče

POR - Specializované služby poradenství pro osoby se závislostním chováním a/nebo osoby ohrožené závislostním chováním a jejich blízké

 IVH - Projekty zaměřené na poskytování informací, výzkum, hodnocení a další projekty, které nelze zařadit do výše uvedených kategorií

**Služba realizována od**

**Typ registrace sociální služby**

není registrovaná

**Typ registrace zdravotní služby**

není registrovaná

**Forma poskytování služby**

Nevyplňujte všechny možné formy poskytování vaší služby, ale převažující formu (nejvíce charakteristickou pro danou službu). Je možné zaškrtnout více možností, typicky např. služba následné péče (ambulantní i pobytová forma), sloučené programy kontaktního centra a terénních programů (terénní i ambulantní forma).

Tato část slouží pro základní rozlišení služeb, která slouží i pro jiné účely než dotační řízení. Výběr z možností nesouvisí s prioritizací služby v rámci dotačního řízení.

\* ICT = poskytování služeb výhradně prostřednictvím informačních a komunikačních technologii

terénní (např. terénní programy)

ambulantní (např. kontaktní centra, ambulantní následná péče, ambulantní léčba)

pobytová (např. terapeutické komunity, následná péče s chráněným bydlením)

ICT \* (např. specializované služby, které probíhají výlučně v prostředí informačních a komunikačních technologií)

**Upřesnění/komentář k formě poskytování služby**

Popište další formy poskytování služby, v případě, že s klienty pracujete i jiným způsobem, než je uvedeno výše (tj. jiná než převažující forma poskytování služby).

* 1. Vedoucí služby

**Jméno, příjmení, titul**

**Funkce**

**Telefon**

**E-mail**

# 2. CÍLOVÁ SKUPINA

**Převažující cílová skupina služby**

Uvádějte pouze převažující cílovou skupinu, tj. neuvádějte všechny cílové skupiny, kterým můžete poskytovat službu, ale pouze cílovou skupinu, se kterou převážně pracujete.

V případě, že máte např. dvě převažující cílové skupiny, uveďte obě. Pokud klienty vaší služby tvoří různé skupiny klientů, které jsou rovnoměrně zastoupeny (typicky např. služba ambulantní léčby), můžete uvést možnost „bez převažující cílové skupiny“.

Cílová skupina „jiné bez závislostního problému“ je typická pro adiktologické preventivní služby a programy zaměřené na osoby blízké.

Tato část slouží pro orientaci v síti služeb a převážně pro jiné účely než dotační řízení. Výběr z možností nesouvisí s prioritizací služby v rámci dotačního řízení.

**Upřesnění/komentář k cílové skupině**

Prostor pro bližší vysvětlení a uvedení dalších cílových skupin. V případě, že pracujete i s dalšími skupinami klientů, než je uvedeno výše, popište tyto cílové skupiny.

**Poskytujete v rámci služby specializovaný program pro některou z těchto cílových skupin?**

Tato část slouží pro rychlou orientaci v síti služeb a převážně pro jiné účely než dotační řízení. Výběr z možností nesouvisí s prioritizací služby v rámci dotačního řízení.

Termín SPECIALIZOVANÝ PROGRAM označuje činnosti, které jsou odděleny personálně, časově, místně a/nebo metodami pro práci s touto cílovou skupinou. Pokud je celá služba specializovaná na specifickou cílovou skupinu, je považována za specializovaný program. **Většina adiktologických služeb v ČR nemá specializovaný program.**

služba nemá specializovaný program

děti a mladistvé do 18 let se závislostním problémem (např. ambulance pro děti a mladistvé)

matky s dětmi/těhotné ženy (např. rezidenční služby, služby následné péče pro matky s dětmi)

stárnoucí uživatelé drog

patologické hráče (např. ambulance pro hráče hazardních her)

etnické menšiny

klienti s duálními diagnózami (např. služby vzniklé v rámci reformy duševního zdraví)

osoby ve vazbě / výkonu trestu odnětí svobody /po výkonu trestu odnětí svobody (např. služby ve vězení a následná po-výstupní péče)

jiné (upřesněte v komentáři)

**Upřesnění/komentář ke specializovaným programům**

Pokud služba nemá specializovaný program, ale na práci s některou z výše uvedených cílových skupin se více zaměřuje, prosím uveďte bližší informace.

Pokud služba má specializovaný program, uveďte bližší informace, zejména o tom, zda je celá služba specializovaný program (např. ambulance pro děti a mladistvé), nebo jde pouze o část služby (např. v rámci standardní služby se jeden pracovník věnuje specifické cílové skupině, několik lůžek v rámci služby vyčleněno pro specifickou cílovou skupinu).

# 3. PROGRAM PRIMÁRNÍ PREVENCE

Adiktologická preventivní služba (prevence)

**Typ a témata poskytovaných programů primární prevence**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Všeobecnáprevence | Selektivníprevence | Indikovanáprevence |
| prevence v adiktologii – prevence kouření     |  |  |  |
| prevence v adiktologii – prevence užívání alkoholu |  |  |  |
| prevence v adiktologii – prevence patologického hráčství |  |  |  |
| prevence v adiktologii – prevence užívání nelegálních drog |  |  |  |
| záškoláctví     |  |  |  |
| šikana a extrémní projevy agrese, kyberšikana     |  |  |  |
| rizikové sporty     |  |  |  |
| rizikové chování v dopravě     |  |  |  |
| rizikové chování v dopravě     |  |  |  |
| rasismus a xenofobie |  |  |  |
| negativní působení sekt |  |  |  |
| sexuální rizikové chování |  |  |  |
| spektrum poruch příjmu potravy |  |  |  |
| okruh poruch a problémů spojených se syndromem CAN |  |  |  |
| základní vzorce bezpečného chování napříč typy rizikového chování |  |  |  |
| právní vědomí napříč typy rizikového chování     |  |  |  |
| prekriminální a kriminální chování napříč typy rizikového chování |  |  |  |

**Upřesnění/komentář k programu primární prevence**

4. ZÁZEMÍ A MÍSTA REALIZACE SLUŽBY

**Stručný popis provozního zázemí služby**

Popište stručně prostorové řešení služby, uveďte, zda jsou např. vyhrazeny prostory pro práci s klienty, pro výměnu injekčního materiálu a základní vybavení služby.

**Adresy detašovaných pracovišť (jsou-li)**

**Místa realizace služby**

Relevantní pro adiktologické služby minimalizace rizik poskytované terénní formou (kam služba zajíždí), adiktologické služby ambulantní léčby a poradenství se specifickým programem pro osoby ve vazbě / výkonu trestu odnětí svobody /po výkonu trestu odnětí svobody (ve kterých věznicích působí), adiktologické preventivní služby (kde realizují programy).

# 5. PROVOZNÍ DOBA REALIZACE SLUŽBY

(nerelevantní pro adiktologické preventivní služby)

Uveďte, které dny a ve kterých hodinách je služba poskytovaná klientům. Pokud je služba poskytována současně na několika místech – např. adiktologické služby minimalizace rizik poskytované terénní formou (terénní programy) – využijte možnosti nakopírovat tabulku pro každé místo poskytování zvlášť. Informace slouží k přehledu o službách.

**Pobytová forma služby**

Jde o pobytovou formu poskytování služby. Služba je poskytována nepřetržitě.

**Kapacita programu (počet lůžek)**

**Ambulantní, terénní, ICT forma služby**

Služba

**Název služby**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Den** | **Provozní doba** | **Poznámka** |
| **Pondělí** |  |  |
| **Úterý** |  |  |
| **Středa** |  |  |
| **Čtvrtek** |  |  |
| **Pátek** |  |  |
| **Sobota** |  |  |
| **Neděle** |  |  |

**Upřesnění / pozn.**

6. POPIS SLUŽBY/PROJEKTU

**Základní popis služby/projektu**

Stručně charakterizujte službu/projekt.

**Testování na infekční onemocnění (např. HIV, VHC, VHB, syfilis)**

Uveďte, zda služba poskytuje testování na infekční onemocnění (např. HIV, VHC, VHB, syfilis, tuberkulóza). Pokud ano, stručně uveďte, jakým způsobem je testování poskytováno, a na jaká onemocnění je testování zajištěno. Rovněž uveďte, zda poskytujete diagnostiku a návaznou léčbu a komplexní péči.

|  |
| --- |
|  |

**Specifika, popište čím je služba/projekt specifický**

V případě, že jste certifikovanou službou, nepopisujte činnosti, které jsou součástí daného typu služby např. dle Seznamu a definic výkonů adiktologických služeb, nebo dle Standardů odborné způsobilosti adiktologických služeb – zaměřte se hlavně na specifika služby. Prosím neuvádějte a nepopisujte základní intervence typické pro Váš typ služby (např. popis procesu distribuce zdravotnického materiálu).

**Odborné zajištění služby**

Stručná informace o odborném zajištění služby a supervize. Zejména u nových služeb v dotačním řízení ÚV ČR uveďte stručný popis odborného zajištění služby, tj. odbornou praxi jednotlivých členů týmu.

# 7. ZMĚNY OPROTI PŘEDCHOZÍMU ROKU

# 7. ZMĚNY OPROTI PŘEDCHOZÍMU ROKU

**Odůvodnění (vysvětlení) změn služby**

Uveďte konkrétní uskutečněné změny oproti stavu a informacím uvedeným v Části „Charakteristika a popis služby“ (dříve Část „Žádost o dotaci / B2“) v předchozím roce.