

Několik výhrad ke koncepci adiktologických služeb



NEPUSTIL, P., LARISCH, J., ČERNÝ, J.

Platforma pro komplexní přístup k užívání drog a závislostem, Brno

Citace: Nepustil, P., Larisch, J., Černý, J. (2014). Několik výhrad ke koncepci adiktologických služeb. *Adiktologie*, 14(3), 329–331.

Dovolujeme si zde nabídnout soubor šesti zásadních výhrad ke Koncepci sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice (Miovský, 2013; dále jen Koncepce). Naší primární pohnutkou pro jejich formulaci bylo rozčarování z navrhovaného směru vývoje služeb pro osoby užívající drogy a závislé. Všichni vycházíme z dlouholeté praxe v pomáhajících profesích i z vlastní výzkumné činnosti a pracujeme s lidmi, o kterých se v Koncepci píše jako o klientech či pacientech a pro které má navrhovaný systém služeb přinést zlepšení kvality péče. Jsme zároveň v úzkém kontaktu s pracovníky center pro lidi užívající drogy a závislé jak v ČR, tak i v zahraničí. Na základě nesouladu mezi tím, co z této vlastní zkušenosti vnímáme jako potřebné, a tím, co je jako potřebné navrhováno v Koncepci, vznikl následující text.

Zveme vás k zamyšlení nad následujícími řádky, stejně jako nad vašimi vlastními zkušenostmi či nad obecnými principy práce v pomáhajících profesích v kontextu navrhované Koncepce. Tedy k zamyšlení, jaké dopady by realizace této Koncepce měla na efektivitu služeb a na jejich klienty.

Výhrada č. 1: Koncepce jde cestou centralizace, homogenity a výlučnosti, v rozporu se zahraničními

trendy, které směřují spíše ke komplexnosti, diverzitě a decentralizaci.

Koncepce má ambici vytvořit síť adiktologických služeb zastřešující zdravotní i sociální služby. Předkládá však jednotící rámec s pomocí ryze zdravotních termínů, jako např. adiktologické poruchy, ambulance, stacionář, apod., podobně „adiktologa“ představuje jako zdravotnickou profesi. Pro definici a vymezení závislosti vychází výhradně z textů Světové zdravotnické organizace. Kolektiv autorů Koncepce je tvořen převážně lékaři.

Oblast, kterou chce Koncepce postihnout, je však tak široká a komplexní, že jí není možné zahrnout pouze do zdravotnictví. Velmi podstatná část služeb, které jsou v koncepci popisovány jako adiktologické, vyžadují jiné přístupy. Sociální práce, pedagogika, psychoterapie a další jsou svébytné obory s vlastními paradigmaty a postupy, které jsou odlišné od těch, které používá zdravotnictví. Nelze je vměstnat do jednoho koncepčního rámce, jak se o to snaží daný dokument.

Je to navíc také v rozporu s trendem, který můžeme pozorovat v některých jiných zemích. Například v Nizozemí se odehrává postup opačný. Po negativních zkušenostech

Došlo do redakce: 8 / LEDEN / 2014

Přijato k tisku: 19 / ZÁŘÍ / 2014

Korespondenční adresa: Pavel Nepustil / nepustil@narativ.cz / Horácké náměstí 3, 621 00 Brno

s tím, že o zdravotně-sociálních službách rozhodovaly zdravotní pojišťovny, přechází tato kompetence na obce (Maarse, 2006). Hlavní myšlenkou je, že sama komunita nejlépe vyhodnotí, jaké jsou zapotřebí rozvíjet služby v daném místě. Staví také na maximálním využití neformálních zdrojů a na práci v terénu. Tyto oblasti jsou v Koncepci zmíněny jen velice okrajově.

Výhrada č. 2: Koncepce zcela opomíjí oblast komunitní péče a sociální integrace, popřípadě ji zahrnuje pod léčbu, tím však snižuje význam sociálního kontextu závislosti v rozporu s proklamovaným biopsychosociálním přístupem.

Pojmy jako komunitní péče a sociální integrace nejsou v koncepci vůbec zmíněny, a to i přes proklamovaný biopsychosociální přístup. Jejich náznaky lze zaznamenat pod položkami jako následná péče, snižování rizik, sociální práce, ale ty jsou vždy zahrnuty v rámci systému léčby a není jim věnována samostatná pozornost.

Zpráva EMCDDA přitom vyzývá jednotlivé evropské země, aby rozvíjely intervence v oblasti sociální integrace jako samostatnou složku péče o uživatele drog (Sumnall a Brotherhood, 2013). Zmiňuje tři zásadní oblasti sociální integrace (bydlení, zaměstnání, vzdělávání), přičemž podpora uživatelů drog v těchto oblastech by neměla být podmíněna jejich abstinencí. Jinými slovy, systém komunitní péče a sociální integrace by se měl rozvíjet nezávisle na systému léčby.

Výhrada č. 3: Není jasné, proč by měla profese adiktologa v transformovaných službách plnit klíčovou roli a jak bude zajišťovat proklamovanou multidisciplinaritu a biopsychosociální model.

Podle Koncepce se ze stávajícího personálu velké části drogových služeb, a to především ze sociálních pracovníků, psychologů, nebo psychoterapeutů, stává spíše doplňkový personál. Klíčovou úlohu má zaujmout profese „adiktologa“, který má fungovat jako „case manager“.

Ve studijním plánu oboru adiktologie na 3. LF UK přitom naprosto jednoznačně dominují zdravotnické obory, v pozdějších ročnících doplněné psychoterapií. Je zde tedy značné riziko, že takto vzdělaný profesionál bude zdůrazňovat zdravotní aspekty závislosti na úkor sociálních souvislostí.

Prvotní kontakt uživatelů drog s odbornou službou se přitom odehrává nejčastěji na základě sociálních, případně psychologických potřeb (práce, bydlení, rodinné vztahy). Nechceme tím opomíjet zdravotní aspekty drogové problematiky, ale profesní výbava pro roli koordinátora podpory, resp. case managera v těchto službách by měla spočívat ve schopnosti navázat vztah, v orientaci v dávkových systémech, trhu práce, možnostech bydlení v dané lokalitě a schopnostech spolupráce s dalšími odborníky, nejen tedy v erudici ve fyziologii a anatomii člověka a biologických okolnostech závislosti.

Není tedy jasné, proč by měl právě adiktolog plnit klíčovou úlohu ve službách pro uživatele drog a závislé, obzvláště tam, kde existují stabilní multidisciplinární týmy, v praxi složené často ze sociálních pracovníků, příp. psychologů, s kladným hodnocením od klientů.

Výhrada č. 4: Služby jsou nastaveny expertně a jejich popis se podobá praxi v ordinacích lékařů.

Forma poskytování služeb dle Koncepce připomíná expertní model, kdy je situace klienta posuzována adiktologickým pracovníkem, který zároveň nastavuje plán léčby. Participace klienta na tomto plánu není zřejmá, a v rozporu s proklamovaným principem komplexnosti jsou zdůrazňovány zdravotní aspekty závislosti.

Podle Koncepce mají být vhodný typ a forma odborné péče stanoveny na základě diagnózy, typu užívané návykové látky, rozsahu užívání, stupni závislosti, fyzickém a psychickém stavu pacienta/klienta (přitom se bere v úvahu případná somatická či psychiatrická komorbidita). Není jasný způsob, jak budou klienti a jejich blízcí přivzváni k tomuto posuzování a plánování. Adiktologické výkony tak svými univerzálními, standardizovanými a unifikovanými postupy připomínají běžnou prohlídku u obvodního lékaře.

V posledních desetiletích se přitom jak v sociální péči (Braye, 2000), tak ve zdravotnictví (Smith et al., 2013) celosvětově stále více prosazují participační a ne-hierarchické přístupy, které usilují o co největší zapojení klienta do rozhodování o tom, jak má jeho podpora vypadat. Není to jen etická otázka, ale i otázka efektivity. Čím větší je autorství klienta na daném programu, tím větší má šanci na úspěch. Koncepce však tento přístup nijak nenaznačuje, spíše naopak vytváří dojem, že je to adiktolog, kdo určuje, co klient potřebuje.

Výhrada č. 5: Koncepce není založena na potřebách cílové skupiny služeb.

V Koncepci se hovoří o její přijatelnosti pro pracovníky, pojišťovny, státní správu či samosprávu apod., o potřebách regionů, ale nikoliv o přijatelnosti pro samotné uživatele drog a závislé. V kontrastu se základním požadavkem organizací lidí užívajících drogy, kterým je: „nic o nás bez nás“ (Jurgens, 2008), to vypadá, že Koncepce nebyla diskutována s lidmi užívajícími drogy a závislými.

Pomáhající profese se zaměřují na konkrétní potřeby konkrétních lidí a jejich naplňování. K tomu tyto služby vznikly, to je jejich smyslem, dává jim to legitimitu a určuje jejich efektivitu. Koncepce se jim však nevěnuje a lidé, kterých se má týkat především, jsou v ní zcela opomenuti. Na mnoha místech je sice zmíněna důležitost přizpůsobení služeb potřebám klientů, ale není jasné, jak toho má být dosaženo a jaká je vazba mezi jednotlivými opatřeními a konkrétními potřebami klientů.

V Koncepci je například uvedeno, že je nezbytná úzká vazba a kombinace různých přístupů (oborů), udržení kom-

plexnosti služeb, jejich nedělitelnost a zároveň flexibilita v poskytování služeb s ohledem na aktuální potřeby klientů s různými typy problémů. Zároveň však navrhuje opak, když služby redukuje na zdravotnické, nastavuje jejich jasný profesní rámec a standardizuje výkony. Ty jsou popsány velmi staticky, jednostranným pohledem autorů a postihují jen určitou výše možnost práce s klienty a především možných potřeb klientů.

Výhrada č. 6: Koncepce přináší riziko, že klienti přijdou o anonymitu a služby o nízkoprahovost.

Koncepce počítá s povinnou indikací lékaře – psychiatra – u všech výkonů hrazených z veřejného zdravotního pojištění. Sdílení problémů spojených se závislostí přitom vyžaduje velkou dávku důvěry mezi pracovníkem a klientem. Přitom řada stávajících klientů nízkoprahových center je na základě špatných zkušeností velmi nedůvěřivá vůči lékařům.

Nízkoprahový přístup rozvíjený v kontaktních centrech a terénních programech umožňuje klientům získávat důvěru postupně, v neformálním kontaktu si nejprve „otukat“ pracovníky a překonat tak obavy z instituce. Nehodnotíci a partnerský přístup, který je kontaktním a terénním pracovníkům vlastní, a který považujeme v této práci za nenahraditelný, ostře kontrastuje s mnohdy diagnostickým a expertním přístupem lékařů.

Máme obavy, že ztráta anonymity spojená s hrazením nízkoprahových výkonů ze zdravotního pojištění může narušit vybudovaný vztah s těmi klienty, pro které byl kontakt s nízkoprahovými službami jediným spojením s většinou společnosti.

Závěr

Rádi bychom tímto textem vyjádřili své výhrady ke Koncepci a otevřeli diskusi alespoň o některých jejích bodech. Roz-

hodně se nebráníme transformaci služeb pro uživatele drog a závislé, avšak směr rozvoje služeb představený v Koncepci nevnímáme jako ten nejpotřebnější z hlediska potřeb cílové skupiny. Jakkoliv oceňujeme snahu o zjednodušení přidělování financí drogovým službám a zajištění jejich ekonomické stability, obáváme se, že Koncepce předkládá značně redukcující pohled, který může fungování služeb spíše ohrozit.

Myslíme si, že nízkoprahové a terénní služby je zapotřebí rozvíjet, rozšiřovat a usnadňovat, spíše než jim klást do cesty překážky např. v podobě ztráty anonymity. Také se domníváme, že není zapotřebí vytvářet nové služby a výkony (resp. nově pojmenované služby a výkony). V každé lokalitě existuje značný potenciál podpory a péče jak v sociální, tak ve zdravotní oblasti. Co si myslíme, že chybí, jsou způsoby efektivní koordinace této podpory a péče pro jednotlivce v obtížných situacích. Tato koordinační a „síťovací“ role však náleží, podle našeho názoru, spíše sociálním pracovníkům, jejichž úkolem má být mimo jiné „zapojování lidí a struktur do překonávání životních překážek“ (IASSW, 2014), spíše než úzce specializovaným zdravotnickým profesionálům.

Tento náš postoj je podpořen řadou prací respektovaných autorů (např. Duff, 2007; Kelly a White, 2011; Klingemann et al., 2001; Reinerman, 2005; Weinberg, 2005; White a Evans, 2014) i mezinárodních organizací (např. Correlation Network, European Society for Social Drug Research, International Network of People Who Use Drugs, Taos Institute), neprosazujeme jím však zde zájmy jakékoliv organizace či instituce. Budeme rádi, pokud tímto textem přispějeme k diskusi a dialogu o vývoji služeb pro uživatele drog a závislé v České republice.

LITERATURA

- Braye, S. (2000). Participation and involvement in social care: an overview. In H. Kemshall & R. Littlechild (Eds). *User Involvement and Participation in Social Care*, s. 9–28. London: Jessica Kingsley.
- Duff, C. (2007). Towards a theory of drug use contexts: Space, embodiment and practice. *Addiction Research and Theory*, 15(5), 503–519.
- IASSW. (2014). Global definition of the social work profession. Staženo z: <http://www.iassw-aiets.org/global-standards-for-social-work-education-and-training>.
- Kelly, J. & White, W. (Eds., 2011). *Addiction recovery management: Theory, research and practice*. New York: Springer Science.
- Jürgens, R. (2008). “Nothing about us without us” – Greater, meaningful involvement of people who use illegal drugs: A public health, ethical, and human rights imperative. International edition. Toronto: Canadian HIV/AIDS Legal Network, International HIV/AIDS Alliance, Open Society Institute.
- Klingemann, H., Sobell, L., Barker, J., Blomqvist, J., Cloud, W., Ellinstad, T., ... Tucker, J. (2001) *Promoting Self-Change from Problem Substance Use: Practical Implications for Policy, Prevention and Treatment*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Maarse, H. (2006). *Law on Social Support*. Maastricht: University of Maastricht, Department of Health Organization, Policy and Economics (BEOZ). Staženo z: http://www.hpm.org/en/Surveys/BEOZ_Maastricht_-_Netherlands/08/Law_on_Social_Support.html
- Miovský, M. (Ed.). 2013. *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice*. Praha: Univerzita Karlova.
- Reinerman, C. (2005). Addiction as accomplishment: The discursive construction of disease. *Addiction Research and Theory*, 13(4), 307–320.
- Smith, C. W., Graedon, T., Graedon, J., Greene, A., Grohol, J., Sands, D. (2013). A Model for the Future of Health Care. *Journal of Participatory Medicine*, č. 5, 16.5.2013. Staženo z: <http://www.jopm.org/opinion/commentary/2013/05/16/a-model-for-the-future-of-health-care/>
- Sumnall, H., Brotherhood, A. (2013). *Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment*. Lisbon: EMCDDA. Staženo z: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/social-reintegration>
- Weinberg, D. (2005). *Of Others Inside: Insanity, Addiction, and Belonging in America*. Philadelphia, PA: Temple University Press
- White, W. L., Evans, A. C. (2014). The Recovery Agenda: The Shared Role of Peers and Professionals. *Public Health Reviews*, 35 (2), s. 1–15.