

# Pracovní listy

**Integrace systémů  
léčby užívání látek**



Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky  
1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze



### **3 Integrace systémů léčby užívání látek<sup>1</sup>**

OBSAH KAPITOLY. Tato kapitola se skládá ze dvou částí. První část se zaměřuje na podobnosti a odlišnosti mezi léčebnými postupy a směřování vývoje ke spolupráci a integrovaným modelům. Na základě diskusí mezi odborníky z praxe a vedoucími pracovníky na poli harm reduction a programů orientovaných na abstinenci v průběhu mezinárodního symposia jsou formulovány pobídky a předpoklady pro integraci systémů léčby. Východiskem druhé části jsou tematické diskusní skupiny s odborníky z praxe, vedoucími pracovníky, tvůrci politik a výzkumnými pracovníky v provincii Východní Flandry; tato část popisuje plán kroků pro zavedení integrovaného systému léčby užívání látek.

---

1 Tato kapitola vychází z následujícího zdroje: Broekaert, E. & Vanderplasschen, W. (2003). Toward the integration of treatment systems for substance abusers: Report on the Second International Symposium on Substance Abuse Treatment and Special Target Groups. *Journal of Psychoactive Drugs*, 35(2), 237–245.

### 3.1 Směřování k integraci systémů léčby užívání látek

Obsah kapitoly. Ústřední myšlenky kapitoly jsou výsledkem intenzivních diskusí v průběhu symposia, které bylo uspořádáno po strukturálních změnách v evropské léčbě užívání návykových látek. Terapeutické komunity měly obavy z toho, že jejich přístup bude nahrazen jinými způsoby léčby. Účastníci se zaměřili na otázku, zda nově vznikající paradigma snižování škod lze kombinovat se zásadou úplného vyléčení, a jak její integrace do komplexního systému léčby může být pro terapeutické komunity prospěšná, nebo škodlivá. Článek definuje integrované systémy léčby užívání látek z koncepčního, etymologického, etického a ideologického hlediska. Vedle toho se zaměřuje na staré, avšak přetrvávající rozpory a diskuse mezi zastánci abstinčního přístupu a přístupů založených na udržovací metadonové léčbě a snižování škod. Kapitola rozebírá několik předpokladů integrace systémů léčby a sleduje paralely a rozdíly mezi situací v Americe a v Evropě. Jako alternativa k dnešní propasti mezi konvenčními programy orientovanými na abstinenci a iniciativami snižování škod je předkládán integrovaný a komplexní systém léčebných služeb. Účastníci zastávají názor, že spolupráce mezi těmito zdánlivě neslučitelnými paradigmaty léčby bude záležet na vzájemné úctě, zavedení společného jazyka a důkladné analýze požadavků klientů na léčbu.

#### 3.1.1 Úvod

V některých evropských zemích (např. Německo, Nizozemsko, Norsko) proběhly v nedávné době pokusy reorganizovat oblast péče o duševní zdraví a léčby užívání látek směrem k více integrovaným systémům (de Weert-Van Oene & Schrijvers, 1992; Koller, 1999). Podobný vývoj lze pozorovat v Belgii, kde Národní rada nemocničních zařízení [*Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen* (NRZV)] navrhla zřízení integrovaných systémů pro léčbu zvláštních cílových skupin včetně osob užívajících látky. Doufá, že léčba tak bude lépe vyhovovat mnohočetným a komplexním potřebám klientů a že se zlepší kontinuita péče a koordinace a spolupráce mezi léčebnými službami (Vanderplassen, Mostien, Claeys, Raes & Van Bouchaute, 2001).

Jelikož se o tématu během posledních dvou let v Belgii intenzivně diskutovalo, organizační výbor Mezinárodního symposia o léčbě užívání látek a zvláštních cílových skupinách [*tj. Evropská federace terapeutických komunit* (European Federation of Therapeutic Communities, EFTC) a *oddělení ortopedagogiky z Univerzity v Gentu*] se rozhodly v roce 2000 prozkoumat výše uvedené téma z mezinárodního hlediska během každoročního symposia.

V posledním desetiletí zaznamenala Evropská federace terapeutických komunit ve většině svých členských zemí posun v metodách a perspektivách

léčby: přístup terapeutické komunity byl doplněn, a někdy dokonce nahrazen nízkoprahovými centry substituční léčby metadonem, bezplatnou distribucí heroinu a pružnou spoluprací mezi poskytovateli léčebných intervencí, které se původně zdály neslučitelné (Marset, 1999). V některých evropských zemích, jako je Švýcarsko (Klingemann, 1996), Nizozemsko (Kooyman, 2001), Švédsko (Goransson, 1997) a Spojené království (Tomlinson, 1994), bylo konstatováno významné snížení počtu terapeutických komunit. Jedinou výjimkou z tohoto trendu jsou terapeutické komunity ve věznicích (Turnbull & Webster, 1998). Také výroční zpráva Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost za rok 1999 (EMCDDA, 1999), která referuje o problémech s drogami a jejich léčbě, se o abstinčním přístupu sotva zmiňuje.

EFTC se obávala narušení svého přístupu založeného na hodnotách a abstinenci v důsledku toho, že poklesne uplatnění principu úplného vyléčení a dojde k vytvoření nového paradigmatu snižování škod, v němž je užívání drog považováno za přijatelné (Inciardi, 1999; Rosenbaum, 1996). Zároveň se ukázal rozdíl mezi Spojenými státy – kde má snižování škod i nadále spíše menší vliv a omezuje se především na udržovací metadonovou léčbu – a Evropou a Austrálií (Drucker, 1995; Harm Reduction Coalition, 2001). Evropské terapeutické komunity navíc měly méně výraznou tradici prohibice a – v důsledku vlivu terapie prostředí a psychoanalýzy – nebyly tolik moralizující (Broekaert, van der Straeten, D’Oosterlinck & Kooyman, 1999).

Pracovníci terapeutických komunit také potvrdili význam užší spolupráce a pružnějších systémů péče a snažili se rozšířit metodu terapeutických komunit o zvláštní cílové skupiny, jako jsou vězni, bezdomovci, osoby s duální diagnózou, dospívající atd. (De Leon, 1997a; Martin, 1999; Van der Meer, 1997). Vzhledem ke zvýšenému výskytu užívání látek a vzhledem ke komplexnosti a různorodosti potřeb osob užívajících látku si terapeutické komunity uvědomily, že nelze doufat ve vyřešení všech problémů jedinou léčebnou metodou. Léčba užívání návykových látek by se tudíž neměla omezovat na jedinou léčbu, ale měla by se skládat z různých fází a různorodých forem, přičemž zachování kontinuity péče představuje významnou výzvu (Vanderplasschen, De Bourdeaudhuij & Van Oost, 2002). V neposlední řadě vedla ekonomická realita ke strukturálním změnám a požadavku na větší spolupráci a lepšímu uzpůsobení různých iniciativ (Hagedorn, 1998).

Během druhého mezinárodního symposia o léčbě užívání látek a zvláštních cílových skupinách k „integraci různých modelů léčby“ ve městě De Haan (Belgie) diskutovalo více než 100 účastníků o integraci systémů léčby osob užívajících látku z koncepčního, etymologického, etického a ideologického hlediska. Pokusy překlenout propast mezi různými způsoby léčby odhalily zásadní rozdíly. Hlavní řečníci a ostatní účastníci diskutovali o tom, zda vznikající paradigma snižování škod může být spojeno s principem úplného vyléčení a jak by neoliberalní přístup k řízení péči mohl prospět, nebo naopak uškodit terapeutickým komunitám (Broekaert, Vanderplasschen & Bradt, 2000). Ve Spojených státech

je debata o integraci harm reduction do tradičních služeb pro osoby užívající látky vnímána jako velká výzva (Gleghorn, Rosenbaum & Garcia, 2001; Marlatt, Blume & Parks, 2001). Jako způsob jak překlenout dnešní propast mezi konvenčními iniciativami zaměřenými na abstinenci a iniciativami zaměřenými na snižování škod se navrhuje komplexní systém léčebných služeb.

Koncepce integrovaných systémů léčby byla zavedena v některých evropských zemích a jeví se jako uspokojivý způsob léčby mnohočetných a chronických problémů s užíváním látek a zároveň jako účinný způsob jak sjednotit mnohdy rozdrobené služby, které jsou pro tuto cílovou skupinu k dispozici. Z tohoto důvodu by závěry symposia mohly být zajímavé i pro ty, již se potýkají s obdobnou integrací různých modelů léčby. Účastníci se zaměřili především na myšlenky, zkušenosti a obavy vyjádřené vedením a personálem terapeutických komunit. Zohledněna jsou však i vyjádření jiných abstinenčních programů a iniciativ harm reduction, stejně jako zpeřtná vazba od vědeckých pracovníků a tvůrců politik.

### 3.1.2 Definice

„Integrovaný systém léčby“ je relativně nový pojem, o kterém bylo dosud publikováno jen málo. Proto je výraz definován z etymologického, koncepčního, etického a ideologického hlediska. Kombinace těchto tří slov stojí za zvláštní zmínku, protože většina článků odkazuje na „integrovanou léčbu“, nebo „integrované systémy“ nebo „integrovaný přístup“. Někdy bývá slovo „integrovaný“ nahrazeno slovem „integrativní“.

#### □ Etymologická definice

Výraz „integrace“ je odvozen od latinských slov *integer* neboli „úplný, celistvý“ a *integrare* čili „obnovit, zcelit“. Vyjadřuje novou jednotu a lze jej chápat ve smyslu „alternativně postupovat společně tam, kde chceme dosáhnout jednoty“ (Rucker, 1986, p. 218). Anglické „treatment“ neboli „léčba“ (z latinského *tractare*: „projednávat“ nebo „zabývat se něčím“) se vztahuje k obsahu, zatímco „systém“ (odvozeno z řeckého *systema* neboli „logický řád“) se vztahuje k organizačním stránkám integrace. Integrovaná léčba se tím liší od přístupu založeného na multimodalitě (*multum* znamená latinsky „mnoho“) nebo smíšené modalitě („mixed-modality approach“) (*mixtus* v latině znamená „smíšený“ a *modus* je latinský výraz pro „prostředek“ anebo „způsob“). Výraz „multimodalita“ zdůrazňuje mnohost přístupu, nikoli úsilí o jednotu a koordinaci v rámci této mnohosti. Zvláštní význam „integrovaných systémů léčby“ a „multimodálního přístupu“ je však v každodenní realitě zřídka zdůrazňován.

#### □ Koncepční definice

Většina článků [*uvedených v indexu citací společenských věd* (Social Sciences Citation Index) Ústavu vědeckých informací], které obsahují slova „integrované

systémy léčby“ [*integrated treatment (systems)*] a „užívání návykových látek“ (substance abuse), se vztahuje k integraci péče o duševní zdraví a programů léčby užívání látek u pacientů s duální diagnózou (komorbidita užívání návykových látek a těžké duševní onemocnění). Koncepční definice „integrované léčby“ se používá jen zřídka a význam lze většinou odvodit z kontextu (srov. Bachmann, Moggi, Hirsbrunner, Donati & Brodbeck, 1997; De Leon, 1996; Drake, Mercer-McFadden, Mueser, McHugo & Bond, 1998; Drake, Yovetich, Bebout, Harris & McHugo, 1997; Fiorentino & Hillhouse 2000; Grella, 1996; Hellerstein, Rosenthal & Miner, 2001; Sciacca & Thompson, 1996; Weisner, Mertens, Parthasarathy, Moore & Lu, 2001).

Sciacca et al. zkoumali „integrovanou léčbu (napříč) systémy pro duální diagnózu: duševní choroba, závislost na drogách a alkoholismus“ [*Integrated Treatment (Across) Systems for dual diagnosis: Mental Illness, Drug Addiction, and Alcoholism (MIDAA)*], jelikož programy léčby duševního zdraví a programy léčby užívání návykových látek byly tradičně určeny k řešení jednotlivých poruch (Sciacca & Thompson, 1996). Vzhledem k protichůdné a neslučitelné filozofii i léčebným metodám v rámci různých systémů usiluje IT(A)S o poskytování komplexních služeb v rámci každého programu jednotlivých systémů péče. Programy jsou nákladově efektivní, využívají stávajících zařízení, školí své pracovníky v otázkách neslučitelných léčebných intervencí, vyplňují mezery mezi službami a rozšiřují zdroje pro předávání případů. Potřeby klientů jsou naplňovány v každé fázi jejich procesu zotavení. Během svého trvání se program zaměřuje na komplexní hodnocení, motivaci, stabilizaci, vzdělávání, resocializaci a prevenci relapsu. Příznaky dvou nebo více onemocnění jsou akceptovány bez námitek (Sciacca, 1991; Sciacca & Thompson, 1996).

De Leon et al. uvádějí integrovaný systémový přístup a definují ho jako „vzájemně provázané klinické intervence a sociální služby, které jsou vedeny společnou sociálně-psychologickou vizí jedince a vizí vyléčení“ (De Leon, 1997a, p. 268). Společná vize předpokládá sledování ústavně léčených osob během procesu léčení, posuzování jejich potřeb a poskytování co nejúčinnějšího způsobu léčby. Takovýto integrovaný systémový přístup, v němž je za zásadní považována koncepce léčby a uzdravení, byl uplatněn v modifikované terapeutické komunitě u pachatelů trestné činnosti, osob užívajících látky, jež trpí duševní chorobou, a duševně nemocných bezdomovců užívajících látky, kteří byli k léčbě doporučení z bytovacích zařízení. Předepisování metadonu či jiné intervence harm reduction mohou přispět k částečnému nebo úplnému dosažení tohoto cíle. Hlavní je tedy zaměření nikoli na společnost, program, prostředí nebo léčebnou modalitu, ale na vývoj jednotlivce. Během sympozia v De Haan byla k popisu integrovaných systémů léčby používána následující definice (Broekaert, Vanderplasschen & Bradt, 2000, p. 3): „Integrované systémy léčby představují v celosvětovém kontextu prozíravý postup a jsou založeny na potřebách klientů na straně jedné a na koordinaci politiky, spolupráce služeb a dostupnosti široké škály léčebných modalit na straně druhé“.

### ❑ Etická definice

Z etického hlediska jsou integrované systémy léčby ovlivněny otázkou týkající se cílů léčby a povahy zotavení: měl by být pacient od užívání návykových látek odrazován, nebo by mu mělo být tolerováno? Spor se odráží ve spektru strategií zotavení, které sahají od úplné abstinence až ke kontrolovanému podávání heroinu. Některé ze strategií se zaměřují na osobní rozvoj [např. *bezdrogové terapeutické komunity* (Kooyman, 1993)], jiné na psychiatrickou léčbu (např. psychiatrické léčebny) a ještě další na substituční léčbu metadonem, LAAM nebo buprenorfinem (Newman, 1990). Iniciativy ke snižování škod podporují mimo jiné výměnu jehel, zdraví, informovanost, prevenci infekčních chorob, místnosti pro bezpečnou aplikaci a kontrolované studie podávání heroinu (Drucker, 1995). Nedávno se objevil nový trend, v němž ochrana společnosti a zájem o jednotlivce už nejsou považovány za vzájemně neslučitelné (Fridell, 1999). A v neposlední řadě debata zahrnuje také otázku, zda je eužívání návykových látek třeba dekriminalizovat, zbavit trestnosti, nebo dokonce legalizovat (Inciardi, 1999).

### ❑ Ideologická definice

Současný neoliberální ideologický pohled vnímá integrované systémy léčby jako součást nové řízené péče. Základním kamenem přístupu je spokojenost jednotlivce, soukromí, produktivita, účinnost, efektivnost a kvalita péče (Fridell, 1999). Kvalita musí být dána explicitně a musí být převedena do konkrétních norem a standardů, které jsou měřitelné na úrovni produktu, struktury a procesu (Brook, McGlynn & Shekelle, 2000). Naplňování norem je třeba ověřovat pravidelnými zkouškami a kontrolami (VOCA, 1998).

Vzhledem k zavedení ekonomického myšlení do všech sociálních oblastí se vyhodnocování léčby užívání návykových látek stalo důležitým tématem výzkumu a jedním z jeho hlavních cílů bylo zlepšení kvality péče (Vanderplassen et al., 2002). Za zásadní charakteristiky kvalitní péče jsou považovány koordinace, plynulost, účinnost a efektivita (de Weert-van Oene & Schrijvers, 1992). Účinností se rozumí poměr dosažených úspěchů ke stanoveným cílům, zatímco efektivita je poměr mezi dosaženými efekty a vynaloženými zdroji. Koordinace se týká funkční spolupráce mezi různými službami a kontinuita se týká délky léčby a individuální povahy přístupu.

## 3.1.3 Zásadní omezení

Integraci různých paradigmat léčby brání věcné diskuse mezi zastánci programů orientovaných na abstinenci, substituční léčby a přístupů harm reduction. Přestože zmenšování rozdílů mezi těmito rozdílnými přístupy je pomalý proces a diskuse nadále pokračuje, každodenní praxe ukazuje, že mnoho osob užívajících látky využívá více služeb souběžně nebo během krátké doby (Friedman,



D'Aunno, Jin & Alexander, 2000; Vanderplasschen, Lievens & Broekaert, 2001). Výhody i nevýhody jednotlivých přístupů jsou objasněny v tomto oddílu.

#### □ **Abstinční léčba**

Diskuse sahá do konce 60. let 20. století, kdy se terapeutické komunity vymezily jako místa bezdrogového životního stylu a úplného vyléčení z drogové závislosti (Bassin, 1977; Bratter & Forrest, 1985; Broekaert, Vanderplasschen, Temmerman, Ottenberg & Kaplan, 2000; Broekaert & van der Straeten, 1997; Glaser, 1977; Mowrer, 1976; O'Brien, 1993; Yablonsky, 1965). Ostře kritizovaly Doleův a Nyswanderův přístup „no-exit“ k závislosti na heroinu. Acampora a Stern (1994, p. 8) se ironicky vyjadřovali k tomu, jak „lžička léku denně do sklenice pomerančové šťávy mění bývalé narkomany ve slušné občany dbalé zákona“. Bratter (1978) tvrdil, že víra jedince v uzdravení funguje jako vnitřní motivace: odstranit ji a nahradit požadavky společnosti by znamenalo odsoudit osoby užívající látku k relapsu. Lennard, Epstein a Rosenthal (1972) vnímali metadon jako běžnou pouliční drogu a považovali metadonovou léčbu za iluzi: metadon byl často užíván v kombinaci s jinými látkami, vedl k těžkým abstinčním příznakům a odsuzoval uživatele k celoživotní „pouliční psychiatrii“.

Současně byla zpochybňována platnost terapeutických komunit. Francouzští sociální pracovníci otevřeně kritizovali autoritářský charakter amerických hierarchických bezdrogových terapeutických komunit (Ottenberg, 1984). Synanon, kolébka bezdrogových terapeutických komunit, se postupně stal kultem (Deitch & Zweben 1979; Mitchell, Mitchell & Ofshe, 1980).

#### □ **Metadonová substituce**

Na druhé straně však chválili zastánci metadonové substituce Doleův a Nyswanderův přístup, který „nebrání fungování drogově závislých osob a stojí pouhých deset centů na den“ (Smith & Luce, 1969, p. 337). Podporovali „britský systém“ pro „legalizaci omamných látek, která znamená, že osoby závislé na drogách nemusejí krást, aby si opatřily drogu“ (Smith & Luce, 1969, p. 336).

V sedmdesátých letech dosáhly americké terapeutické komunity vrcholu svého rozvoje a rozšířily se do Evropy a na další kontinenty (Broekaert & Slater, 2001). Od začátku osmdesátých let se postupně začala ujímat udržovací léčba metadonem kvůli prevalenci HIV a AIDS mezi uživateli drog (Drucker, 1995; Uchtenhagen, 1997). V následujících letech se metadon osvědčil jako vynikající nástroj pro boj s enormním nárůstem užívání návykových látek. Léčba osob užívajících látku se začala více soustřeďovat na klienta, a pokud byla poskytována dostatečná psychologická a sociální podpora, byl úbytek klientů v metadonových programech nižší než v programech abstinčních (De Leon, 1997b). Navíc vedly metadonové programy ke snížení (injekčního) užívání heroinu (Hartel et al., 1995), kriminálního chování a počtu zadržení (Ezard et al., 1999) a k vyšší zaměstnanosti (Newman, 1985).

## □ Harm reduction

Metadonová udržovací léčba se stala ústřední intervencí přístupu snižování škod, který má za cíl snížit negativní důsledky užívání drog a zahrnuje celou škálu strategií, jež sahají od bezpečnějšího užívání přes řízené užívání až po úplnou abstinenci (Harm Reduction Coalition, 2001). Toto paradigma snižování škod se už nadále nesoustřeďuje výhradně na vyléčení jako konečný cíl, ale za vůdčí princip považuje respekt k autonomii klienta (Denning, 2001). Prosazování trestního práva a medicínská léčba slouží k optimalizaci kvality života uživatelů drog, a to s drogami i bez drog.

Tato ideologie byla v příkrém rozporu s paradigmatem abstinenční léčby, které bylo považováno za puristické, založené na víře v dogmaticky stanovené hodnoty a postrádající podloženost výzkumem (Griffin, 2001). Harm reduction je pragmatickou alternativou k prohibici (Marlatt et al., 2001) a zahrnuje široké spektrum intervencí, mezi něž patří:

- Nitrožilní aplikace morfinu, metadonu a heroínu ve Švýcarsku osobám závislým na opiátech s vážnými zdravotními a sociálními problémy a pacientům, jejichž léčba opakovaně selhala (Küng, 1997; Uchtenhagen, 1997).
- Lékařská preskripce injekčně aplikovatelných drog, mimo jiné ve Velké Británii (Stimson & Oppenheimer, 1982), Nizozemsku (Derks, 1990) a Austrálii (Bammer & Gerrard, 1992).
- Programy distribuce jehel a injekčních stříkaček, mimo jiné ve Spojených státech (Des Jarlais et al., 1994), ve Švýcarsku (Office of Chief Medical Officer, 1994) a Nizozemsku (Hartgers, Buning, van Santen, Verster & Coutinho, 1998).
- Podpora liberálních zákonů, které akceptují volnou dostupnost určitých látek, např. konopí v Nizozemsku (Korf, 1990), nebo dekriminizaci všech nelegálních látek v Portugalsku a neproblémové užívání konopí (např. v Belgii) (EMCDDA, 2001).
- Zakládání organizací uživatelů drog (Balian & White, 1998).

## □ Řízená péče

Co se týká organizace služeb v oblasti užívání návykových látek, jsou zásadními otázkami využití služeb, integrace služeb a postavení nové řízené péče. Jak ve Spojených státech amerických, tak v Evropě podporují vlády nové formy nákladově efektivní spolupráce.

Tento trend demonstrují ve Spojených státech například „Integrovaná léčba a smíšené financování léčby souběžných duševních poruch a závislosti“ [*Integrated treatment and blended funding for co-occurring mental and addictive disorders*, (NAMI, 2001)] a „Arizonský konsenzuální panel pro integrovanou léčbu“ [*Ari-*

*zona integrated treatment consensus panel* (Arizona Department of Health Services, 2001)]. Pro umožnění přístupu, koordinace a kontinuity léčby byly vytvořeny centralizované postupy příjmu (Rohrer et al., 1996). Case management byl zaveden u několika cílových skupin, které se setkávají s podobnými potížemi v přístupu k léčbě nebo které mají kontakty s řadou služeb vzhledem ke svým chronickým a mnohočetným problémům (SAMHSA, 1998). Vyhledávání vhodné léčby pro klienty má stále větší význam jak ve Spojených státech (Hser, 1995), tak v Evropě (Kersten, Schippers, Broekman, van Rijswijk & J. Oosten, 1995) v důsledku diferenciací léčby užívání návykových látek, rostoucí složitosti drogové problematiky a různé míry úspěšnosti dosahované různými způsoby léčby.

V Evropě byly sítě integrovaných služeb pro osoby užívající látky vytvořeny v Nizozemsku (van de Weert-Oene & Schrijvers, 1992) a v Německu (Däumling, 2000; Koller, 1999). Case management bývá často uplatňován v oblasti péče o duševní zdraví, ale teprve nedávno byl zaveden v léčbě užívání návykových látek s cílem podpořit, mimo jiné, uživatele drog s mnohočetnými a komplexními problémy (Vanderplasschen & Broekaert, 2000; EMCDDA, 2001).

Nové formy spolupráce a řízené péče vznikly ve Spojených státech amerických na počátku sedmdesátých let, kdy americký „zákon o organizaci pro zachování zdraví“ („American Health Maintenance Organization“ act) umožnil veřejnému sektoru získávat prostředky z veřejných fondů. O deset let později byla tato praxe přerušena a do neziskového sektoru proniklo hledisko ziskovosti. Zvýšený důraz na ziskovost vedl k rozvoji a uplatňování přísnějších procedur kontroly nákladů.

O několik let později došlo v Evropě k podobnému vývoji, který urychlilo usilování Evropské unie o nabytí ekonomické síly. Zásady, z nichž se tato tendence odvíjí, jsou obdobné ve Spojených státech i v Evropě a patří k nim snaha uspokojit potřeby klientů v každé fázi léčby, omezit negativní zdravotní, sociální a hospodářské důsledky užívání návykových látek, integrovat tradiční a netradiční přístupy do škály intervencí, poskytovat komplexní služby a intervence, vytvářet strategie prevence, poskytovat léčbu včetně primární zdravotní péče, uznávat silné a slabé stránky jednotlivých programů atd. (Gleghorn et al., 2001).

Řízená péče a všechny její důsledky vzbudily kritiku. Zimmerman (1999, p. 289) uvádí: „Rostoucí vliv ekonomického myšlení vyvolává zvýšené popírání potřeb chudých, seniorů, menšin, mladých lidí a zdravotně postižených“. Gould, Levine a McLellan (2000, p. 75) vyjádřili politování nad tím, že „organizace řízené péče přijaly postoj, že jsou oprávněny poskytovat pouze ty služby, které jsou z lékařského hlediska nezbytné“. To vede tyto autory k závěru, že organizace řízené péče (managed care organisations, MCO) přispívají k vyloučení sociální odpovědnosti. Zarkin a Dunlap (1999, p. 33–34) popisují dopady řízené péče na metadonovou léčbu a docházejí k tomuto závěru: „[poskytovatelé] programů léčby, které jsme navštívili, se domnívali, že systém řízení péče Medicaid může omezit přístup k metadonové léčbě a může mít ne-

gativní vliv na programy udržovací léčby i na kvalitu poskytované péče“. Dále se uvádí: „[Poskytovatelé] léčebných programů se obávají, že jejich pacienti budou nuceni projít nejprve sítí MCO, aby vůbec získali přístup k léčbě, ale pracovníci příjmu v MCO postrádají vhodnou odbornou přípravu k identifikaci pacienta užívajícího návykové látky a k jeho odeslání ke vhodné léčbě.“

### 3.1.4 Předpoklady pro integraci systémů léčby

Symposium o integraci různých modelů léčby je třeba zasadit do tohoto kontextu protichůdných paradigmat a posunů příslušných politik. Na základě spolupráce několika přednášejících a následné diskuse byly formulovány různé předpoklady pro integraci systémů léčby (Broekaert, Vanderplasschen & Bradt, 2000).

Za prvé bylo stanoveno, že volba léčby by měla být zbavena morálního nátlaku. Kromě toho by měl systém poskytovat stejnou podporu medicínskému modelu, terapeutické komunitě a přístupu založenému na žebříčku hodnot. Vzájemný respekt mezi všemi partnery je nezbytný a cíle jednotlivých modalit by měly být dány explicitně. Při zavádění integrovaného systému léčby je třeba zohlednit historické a ideologické rozdíly, ale je důležité, aby celá síť přijala společný a komplexní přístup k užívání drog a jeho léčbě. Je důležité chránit jedinečnost každého přístupu při integraci různých přístupů do komplexního systému.

Komplexní systém léčby by měl zahrnovat různá prostředí a různé modalita a měl by se vyznačovat multidisciplinárním přístupem a kontinuitou péče (Graham, Timney, Bois & Wedgerfield, 1995). Své místo v rámci systému má vyhledávání klientů, prevence, včasné intervence, zapojení rodiny, svépomoc a prevence relapsu. Podle daného jedince a situace může být léčba orientována na péči nebo na vyléčení. Základními prvky procesu léčby jsou posouzení, plánování, monitorování a hodnocení. Zvláštní pozornost je třeba věnovat specifickým cílovým skupinám (např. uživatelů drog s dětmi, přistěhovalcům), protože se mnohdy obrátí na různé služby a propadnou trhlinami v systému zdravotní péče a sociálního zabezpečení.

Řešení mnohočetných a komplexních problémů osob užívajících drogy a zajištění kvality péče (tj. koordinace, kontinuity, účinnosti a efektivnosti) jsou výzvou k větší integraci a individualizaci léčby. Byl zmíněn význam networkingu i vedení případů a vytvoření systému centralizovaného příjmu (Vanderplasschen, Mostien et al., 2001). Nezbytná je spolupráce mezi různými službami a koordinace péče (Ottenberg, 2000). Pro realizaci integrovaného systému léčby je zásadně nezbytný jeden společný jazyk použitelný pro všechna prostředí a léčebné modalita. Pojmy jako „lék“, „péče“, „sít“, „metoda“ a „následná péče“ by měly být vesměs popsány s použitím jednotné terminologie. O volbě pojmů by se mělo rozhodnout ve skupinové diskusi a měly by být vyslechnuty všechny zainteresované strany včetně lékařů, vychovatelů, vedoucích pracovníků, vědců, politiků a financujících subjektů.

Do sítě by se měli zapojit všichni partneři podílející se na léčbě užívání drog. Nenahraditelná je komunikace mezi různými službami a koordinace péče. Měla by být standardizována registrace a vedení složek klientů, aby se zlepšila komunikace uvnitř služeb a mezi službami. Postoupení případu by mělo být jasné všem stranám a dostupnost systému by měla být pečlivě sledována. Přestože zavedení integrovaného systému vyžaduje mnoho ujednání a dohod, nemělo by to být na úkor jeho pružnosti. Účast klienta je důležitou součástí vytváření a monitorování integrovaného systému léčby.

Důkladná kvalitativní a kvantitativní analýza požadavků léčby klientů je nezbytnou součástí poskytování co nejlepší možné péče a vytváření alternativ k současným léčebným službám (Vanderplasschen, Mostien et al., 2001). Léčba by měla být založena na požadavcích klienta. Léčba přizpůsobená nejčastěji se vyskytujícím problémům by měla být k dispozici na místní či oblastní úrovni, zatímco další specializované služby by byly k dispozici pouze na národní nebo regionální úrovni. Regionální inventura všech současných léčebných zařízení a postupů je prvním krokem v procesu reorganizace a integrace léčebných služeb. Další zvažování na základě registrace žádostí o léčbu a inventarizace stávajících služeb by mohlo vést k odstranění nadbytečných metod a postupů a zavedení jiných, které dosud neexistují.

Na organizační úrovni musí národní, regionální a místní financující subjekty vzít v úvahu mnoho faktorů. Žádosti klientů o léčbu je nutné zohlednit stejně jako filozofii a cíle jednotlivých služeb. Přechod na integrovaný systém léčby bude zpočátku znamenat velkou práci navíc, a proto by měly úřady poskytovat finanční podporu s cílem motivovat zaměstnance. Je třeba pečlivě sledovat vývoj měřitelných srovnání, ale studie využití a porovnání přínosů a nákladů nesmí usilovat pouze o snižování nákladů nebo vytvoření konkurence mezi službami. V neposlední řadě by spolupráce mezi službami měla být zakotvena ve formální dohodě, kterou podepíší všechny zúčastněné strany a ve které budou jasně uvedeny jednotlivé úkoly (Vanderplasschen, Mostien et al., 2001).

Existuje mnoho teorií a doporučení ohledně integrace systémů léčby, ale také mnoho otazníků (Ottenberg, 2000): Jaký význam má v integrovaném systému „uzdravení“? Jaké jsou výhody přístupu přírodního léčitelství (např. akupunktury) a jak je začleněn do integrovaného systému léčby? Ne všechno je měřitelné (např. „humanistická kvalifikace“). Je tento názor v systému zohledněn, a pokud ano, jak se odráží ve filozofii řízené péče?

### 3.1.5 Podobnost mezi situacemi v Americe a v Evropě

Předpoklady formulované evropskými pracovníky terapeutických komunit a dalších služeb v oblasti léčby užívání návykových látek reflektují tytéž myšlenky, jaké zaznívaly na konferencích „k překlenutí propasti“ v San Francisku

od amerických kolegů na poli tradičních služeb léčby užívání návykových látek a služeb harm reduction (Gleghorn et al., 2001). Zatímco zásady pro integraci harm reduction do tradiční léčby užívání návykových látek odkazují na společný přístup sdílený všemi subjekty léčebné sítě, předpoklady uvedené na sympoziu v De Haan se zaměřují na strukturální prvky nezbytné pro zavedení integrovaného systému léčby. A tak, přestože situace v Evropě a v Americe se do určité míry liší, závěry z De Haan doplňují závěry, k nimž dospěla konference „k překlenutí propasti“ v San Francisku. Důvodem je nejen jiný přístup k „integrovaným systémům léčby“, ale také skutečnost, že americké a evropské podmínky vznikly ze dvou různých paradigmat.

Evropa a Spojené státy mají mnoho společných zásad, i když jejich slovní vyjádření se mírně liší. Evropa i Spojené státy se domnívají, že péče by měla být poskytována kulturně kompetentním, nehodnotícím způsobem se zachováním důstojnosti jedince (Gleghorn et al., 2001). Intervence by měly snižovat nepříznivé sociální, fyzické a ekonomické důsledky užívání návykových látek. Měly by být vypracovány nové strategie jak zapojit a motivovat potenciální klienty a omezit v dlouhodobém horizontu důsledky užívání návykových látek. Intervence ke snižování škod by měly být uplatněny v případech lidí, kteří nemohou nebo nechtějí přestat s užíváním drog. Relaps by měl být považován za nedílnou součást procesu uzdravení. Léčba by měla být dostupná všem, včetně pacientů, kteří potřebují léky kvůli tělesným i psychickým problémům. Účinná spolupráce posiluje každý jednotlivý program nebo modalitu (Broekaert, Vanderplasschen & Bradt, 2000).

### 3.1.6 Závěr

Evropští odborníci pracující v terapeutických komunitách a dalších službách v oblasti léčby užívání návykových látek zaznamenali posun v paradigmatech léčby a protidrogové politice. Byl konstatován a akceptován vývoj směrem k integrovaným systémům léčby osob užívajících návykové látky. Kvůli ekonomickému myšlení je v dnešní společnosti tento vývoj nevyhnutelný, stejně tak kvůli měnící se složitosti potřeb léčby uživatelů drog a nedostatečné koordinaci a kontinuitě péče. Navíc je v čím dál větší míře akceptována metadonová substituce a iniciativy snižování škod. Pracovníci evropských terapeutických komunit kladou důraz na individuální rozvoj a považují ho za důležitější, než je újma způsobená společností. Upřednostňují paradigma uzdravení a věří v životnost svého přístupu. Účastníci sympozia dále dospěli k závěru, že prohibice je vnitřně daným aspektem americké morálky a sociálních struktur, což může zkomplikovat sblížení s přístupem harm reduction.

Integrovaný a komplexní systém léčebných modalit a služeb je navrhován jako způsob k překonání dnešní propasti mezi konvenčními programy orientovanými na abstinenci a iniciativami snižování škod. Spolupráce mezi těmito

dvěma zdánlivě neslučitelnými paradigmaty léčby bude do značné míry záviset na vzájemném respektu, zavedení společného jazyka pro popis léčby a vývoji spravedlivého dotačního systému. Integrovaný systém léčby užívání návykových látek by měl být založen na pečlivé analýze léčebných potřeb klientů a měl by zachovat jedinečné kvality jednotlivých přístupů. Efektivní komunikace a spolupráce mezi všemi službami je zásadní a úřady by ji měly podporovat. V určitých otázkách dosud panuje neshoda (např. akceptace užívání drog jako normálního chování; dále otázka, zda závislost je nemoc; význam hodnot) a léčebná síť musí zaujmout společné stanovisko k užívání návykových látek a jeho léčbě, aby bylo možné dosáhnout smíření odlišných filozofických a ideologických názorů.

PODĚKOVÁNÍ. Rádi bychom poděkovali níže uvedeným osobám za jejich příspěvek k přednášce a k diskusi o ústředním tématu během sympozia, jsou to: M. Haack (Maastrichtská univerzita, Nizozemsko), M. Kooyman (Rotterdam, Nizozemsko), J. Maertens (De Sleutel, Belgie), D. Ottenberg (Pensylvánie, Spojené státy americké), A. Slater (Phoenix House Haga – EFTC, Norsko), D. Vandavelde (De Kiem, Belgie) a R. Yates (University of Stirling, Skotsko). Poděkování zaslouží L. Boackert, B. Hofman, D. Reynaert & K. Wuyts (studenti magisterského studia pedagogiky) za revizi a redakci textu.

## Literatura

- Acampora, A. & Stern, C. (1994). The evolution of the therapeutic community. In Therapeutic Communities of America (Ed.), *Treatment paradigms: Past, present and future. Proceedings of the 1992 national planning conference*. Washington, D.C.: Therapeutic Communities of America Publication.
- Arizona Department of Health Services (United States) (n.d.). *Arizona integrated treatment consensus panel. Home Page*. Retrieved November 3, 2001, from <http://www.hs.state.az.us/consensus.htm>.
- Bachmann, K. M., Moggi, F., Hirsbrunner, H. P., Donati, R. & Brodbeck, J. (1997). An integrated treatment program for dually diagnosed patients. *Psychiatric Services*, 48(3), 314–316.
- Balian, R. & White, C. (1998). Defining the drug user [electronic version]. *Harm Reduction Communication*, 7.
- Bammer, G. & Gerrard, G. (Eds.). (1992). *Heroin treatment: New alternatives. Proceedings of a seminar held on 1 November 1991*. Canberra, Australia: The Australian National University, National Centre for Epidemiology and Population Health.
- Bassin, A. (1977). *The miracle of the TC From Birth to post-partum insanity to tull recovery*. Second world conference of therapeutic communities. Montreal, Canada: McGill University.
- Bratter, T. E. (1978). The negative self-fulfilling prophecy of methadone maintenance. *Corrective and Social Psychiatry*, 24(1), 1–5.
- Bratter, T. E. & Forrest, G. (Eds.). (1985). *Alcoholism and substance abuse: Strategies for clinical intervention*. New York: Free Press Macmillan.
- Broekaert, E. & Slater, A. (2001). *The development of the therapeutic community in Western and Southern Europe*. EFTC newsletter, 7 (July 2001), 16–20.
- Broekaert, E., Vandeplasschen, W. & Bradt, H. (Eds.). (2000). *Proceedings of the second international symposium on substance abuse treatment and special target groups. The integration of different treatment models*. Ghent, Belgium: Ghent University, Department of Orthopaedagogics & the European Federation of Therapeutic Communities (EFTC).
- Broekaert, E. & Vanderplasschen, W., Temmerman, I., Ottenberg, D. J. & Kaplan, C. (2000). Retrospective study of similarities and relations between American drug-free and European therapeutic communities for children and adults. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32(4), 407–417.
- Broekaert, E. & van der Straeten, G. (1997). Histoire, philosophie et développement de la communauté thérapeutique en Europe. *Psychotropes: Revue Internationale des Toxicomanies*, 3(1), 7–23.



- Broekaert, E. & van der Straeten, G., D'Oosterlinck, F. & Kooyman, M. (1999). The therapeutic community for ex-addict: A view from Europe. *Therapeutic Communities: The International Journal for Therapeutic and Supportive Organizations*, 20(4), 255-66.
- Brook, R., McGlynn, E. & Shekelle, P. (2000). Defining and measuring the quality of care: a perspective from U.S.-researchers. *International Journal for Quality in Health Care*, 12(4), 281-295.
- Däumling, M. (2000). Integration of different treatment models in the concept of treatment of drug-addicts of the Deutsche Orden. In E. Broekaert, W. Vanderlasschen, & H. Bradt (Eds.), *Proceedings of the second international symposium on substance abuse treatment and special target groups. The integration of different treatment models* (pp. 67-72). Ghent, Belgium: Ghent University, Department of Orthopedagogics & the European Federation of Therapeutic Communities (EFTC).
- Deitch, D. & Zweben, J. (1979). Synanon: A pioneering response in drug abuse treatment and a signal for caution. In H. Seymour, & L. Bambe (Eds.), *Proceedings of the fourth world conference of therapeutic communities* (pp. 57-70). New York: Daytop Viliage - ICAA.
- De Leon, G. (1996). Integrative recovery: A stage paradigm. *Substance Abuse*, 17 (1), 51-63.
- De Leon, G. (1997a). *Community as a method: Therapeutic communities for special populations and special setting*. Westport, Connecticut: Praeger Publishers.
- De Leon, G. (1997b). Passages: A therapeutic community oriented day treatment model for methadone maintained clients. *Journal of Drug Issues*, 27(2), 341-42.
- Denning, P. (2001). Strategies for implementation of harm reduction in treatment settings. *Journal of Psychoactive Drugs*, 33(1), 23-26.
- Derks, J. (1990). The efficacy of the Amsterdam morphine-dispensing program. In H. A. Ghodse, C. D. Kaplan & R. D. Mann (Eds.), *Drug misuse and Dependence*. Park Ridge, New York: Parthenon.
- Des Jarlais, D. C., Friedman, S. R., Sotheran, J. L., Wenston, J., Marmor, M., Yancovitz, S. R. et al. (1994). Continuity and change within an HIV epidemic. Injecting drug users in New York City, 1984 through 1992. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 271(2), 121-127.
- de Weert-van Oene, G. & Schrijvers, A. (1992). *Van lappendeken naar zorgcircuit: circuitvorming in de Utrechtse verslavingszorg*. Utrecht, the Netherlands: Rijksuniversiteit Utrecht, Vakgroep Algemene gezondheidszorg en epidemiologie.
- Drake, R. E., Mercer-McFadden, C., Mueser, K. T., McHugo, G. J. & Bond, G. R. (1998). Review of integrated mental health and substance abuse. *Schizophrenia Bulletin*, 24(4), 589-608.
- Drake, R. E., Yovetich, N. A., Bebout, R. R., Harris, M. & McHugo, G. J. (1997). Integrated for dually diagnosed homeless adults. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 185(5), 298-305.
- Drucker, E. (1995). Harm reduction: A public health strategy. *Current Issues in Public Health*, 1, 64-70.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (1999). *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union 1999*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2001). *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union 2001*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Ezard, N., Lintzeris, N., Odgers, P., Koutroulis, G., Muhleisen, P., Stowe, A. et al. (1999). *An evaluation of community methadone services in Victoria*, Australia: results of a client survey. *Drug and Alcohol Review*, 18(4), 417–423.
- Fiorentine, R. & Hillhouse, P. (2000). Drug treatment and 12-step program participation. The additive effects of integrated recovery activities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(1), 65–74.
- Fridell, M. (1999). Evaluating residential and institutional treatment. In European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (Ed.), *Evaluating the Treatment of Drug Abuse in European Union (EMCDDA Scientific Monograph Series n° 3)*. Luxembourg: Office for Official publications of the European Communities.
- Friedmann, P., D'Aunno, T., Jin, L. & Alexander, J. (2000). Medical and psychosocial services in drug abuse treatment: Do Stronger linkages promote client utilization? *Health Services Research*, 35(2), 443–465.
- Glase, F. (1977). *The origins of the drug-free therapeutic community: A retrospective history*. Toronto, Canada: Addiction Research Foundation.
- Gleghorn, A., Rosenbaum, M. & Garcia, B. A. (2001). Bridging the gap in San Francisco: the process of integrating harm reduction and traditional substance abuse services. *Journal of Psychoactive Drugs*, 33(1), 1–7.
- Göransson, B. (1997). Treatment and rehabilitation in Sweden. Integration of national policy at community level. In S. Sollbakken (Ed.), *Proceedings from the third European conference on rehabilitation and drug policy*. Oslo, Norway: Norwegian Directory for the Prevention of Alcohol and Drug Problems.
- Gould, F., Levine, M. & McLellan, A. T. (2000). Treating the substance-abusing patient in the public sector: “Medical necessity versus “social necessity and social responsibility in the Philadelphia target cities demonstration project. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(1), 75–77.
- Graham, K., Timney, C., Bois, C. & Wedgerfield, K. (1995). Continuity of care in addictions treatment: the role of advocacy and coordination in case management. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 21(4), 433–451.
- Gtella, C. E. (1996). Background and overview of mental health and substance abuse treatment systems: Meeting the needs of women who are pregnant or parenting. *Journal of Psychoactive Drugs*, 28(4), 319–43.
- Griffin, S. (2001). Do no harm. San Diego: Griffen & Wong Institute. Retrieved November 3, 2001, from <http://www.realsolutions.org/donoharm.htm> .
- Hagedorn, J. (1998). The business of drug dealing in Milwaukee. *Wisconsin Policy Research Institute report*, 11(5), 1–33.
- Harm Reduction Coalition (HRC). (2001). *Principles of harm reduction: The need for harm reduction*. Retrieved November 3, 2001, from <http://www.harmreduction.org/prince.html>.
- Hartel, D. M., Schoenbaum, E. E., Selwyn, P. A., Kline, J., Davenny, K., Klein, R. S. et al. (1995). Heroin use during methadone maintenance: The importance of methadone dose and cocaine use. *American Journal of Public Health*, 85(1), 83–88.

- Harthers, C., Buning, E. C., van Santen, G. W., Verster, A. D. & Coutinho, R. A. (1998). The impact of the needle and syringe exchange programme in Amsterdam on injecting risk behaviour. *AIDS*, 3(9), 571–76.
- Hellerstein, D. J., Rosenthal, R. N. & Miner, C. R. (2001). Integrating services for schizophrenia and substance abuse. *Psychiatric Quarterly*, 72(4), 291–306.
- Hser, Y. (1995). A referral system that matches drug users to treatment programs: existing research and relevant issues. *Journal of Drug Issues*, 25(1), 209–224.
- Inciardi, J. (1999). *The drug legalization debate*. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.
- Kersten, T., Schippers, G., Broekman, T., van Rijswijk, A. & Joosten, A. (1995). *Ontwikkeling en verbetering van indicatiestelling en verwijzing van cliënten met verslavingsproblematiek*. Nijmegen, the Netherlands: Bureau Bêta.
- Klingemann, H. K. H. (1996). Drug treatment in Switzerland: Harm reduction, decentralization and community response. *Addiction*, 91(5), 723–36.
- Koller, E. (1999). The policy-maker's perspective. In European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (Eds.), *Evaluating the Treatment of Drug Abuse in the European Union (EMCDDA Scientific Monograph Series N°3)* (pp. 79–84). Luxembourg: Office for Official publications of the European Communities.
- Kooyman, M. (1993). *The therapeutic community for addicts: Intimacy, parent involvement and treatment success*. Amsterdam, the Netherlands: Swets & Zeitlinger.
- Kooyman, M. (2001). The history of therapeutic communities. A view from Europe. In B. Rawlings & R. Yates (Eds.), *Therapeutic communities for the treatment of drug users*. London, United Kingdom: Jessica Kingsley Publishers.
- Korf, D. (1990). Cannabis retail markets in Amsterdam. *International Journal of Drug Policy*, 2(1), 23–27.
- Küng, M. (1997). Drug prevention in the light of a changing drug policy. In S. Sollbakken (Ed.), *Proceedings from the third European conference on rehabilitation and drug policy*. Oslo, Norway: Norwegian directorate for the prevention of alcohol and drugs problem.
- Lennard, H. I., Epstein, L. J. & Rosenthal, M. S. (1972). The methadone illusion. *Science*, 176(37), 881–84.
- Marlatt, G. A., Blume, A. & Parks, G. (2001). Integrating harm reduction therapy and traditional substance abuse treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 33(1), 13–22.
- Marset, M. (1999). Programmes of controlled prescription of heroin: Drug addict integration into a process of change. In C. Hernandez Gis (Ed.), *Proceedings of the fourth European conference on rehabilitation and drug policy*. Marbella, Spain: Spanish national plan on drugs.
- Martin, P. (1999). Flexibility in treatment provisions. Programs of controlled prescription of heroine: Drug addict integration into a process of change. In C. Hernandez Gil (Ed.), *Proceedings of the fourth European conference on rehabilitation and drug policy*. Marbella, Spain: Spanish national plan on drugs.
- Mitchell, D., Mitchell, C. & Ofshe, R. (1980). *The light on Synanon*. New York: Seaview Books.
- Mowrer, O. H. (1976). *Therapeutic groups and communities in retrospect and prospect. Paper at the First World Conference on Therapeutic Communities*. Katrineholm, Sweden: Vallmotorp Foundation. Unpublished.

- The Nation's Voice on Mental Illness (NAMI). (2001). *Integrated treatment and blended funding for co-occurring mental and addictive disorders*. Retrieved November 3, 2001, from <http://www.nami.org/update/unitedintegrate.html>.
- Newman, R. G. (1985). Narcotic addiction and methadone treatment in Hong Kong: Lessons for the United States. *Journal of Public Health Policy [Southeast Asian Edition]*, 6(4), 523–38.
- Newman, R. G. (1990). Advocacy for methadone treatment. *Annals of Internal Medicine*, 113(11), 819–20.
- O'Brien, W. B. (1993). *You can't do it alone*. New York: Simon and Schuster.
- Office of the Chief Medical Officer. (1994). *AIDS prevention statistics on needle exchange 1992/1993*. Zurich, Switzerland: Health Department of the City of Zurich.
- Ottenberg, D. J. (1984). Therapeutic community and the danger of the cult phenomena. In L. Bremsberg (Ed.), *Proceedings of the first world conference on therapeutic communities*. Katrineholm, Sweden: Vallmotorp Foundation.
- Ottenberg, D. J. (2000). Conclusions of the plenary meeting and workshops. In E. Broekaert, W. Vanderplasschen & H. Bradt (Eds.), *Proceedings of the second international symposium on substance abuse treatment and special target groups. The integration of different treatment models* (pp. 79–84). Ghent, Belgium: Ghent University, Department of Orthopedagogics & the European Federation of Therapeutic Communities (EFTC).
- Rohrer, J., Vaughan, M., Cadoret, R., Carswell, C., Patterson, A. & Zwick, J. (1996). Effect of centralized intake on outcomes of substance abuse treatment. *Psychiatric Services*, 47(11), 1233–1238.
- Rosenbaum, M. (1996). *Kids, drugs, and drug education: A harm reduction approach*. San Francisco: The national council on crime and delinquency.
- Rucker, R. (1986). *Oneindigheid, filosofie en wetenschap van het oneindige*. Amsterdam, the Netherlands: Contact.
- Sciacca, K. (1991). An integrated treatment approach for severely mentally ill individuals with substance disorders. In K. Minkoff & R. Drake (Eds.), *New directions for mental health services, no. 50. Dual diagnosis of major mental illness and substance disorder* (pp. 69–84). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Sciacca, K. & Thompson, C. M. (1996). Program development and integrated treatment across systems for dual diagnosis: Mental illness, drug addiction and alcoholism (MIDAA). *Journal of Mental Health Administration*, 23(3), 288–297.
- Smith, D. & Luce, J. (1969). *Love needs care: A history of the Haight Ashbury Free Medical Clinic*. Boston, Toronto: Little, Brown and Company.
- Stimson, G. V. & Oppenheimer, E. (1982). *Heroin addiction: Treatment and control in Britain*. London, UK: Tavistock.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (1998). *Comprehensive case management for substance abuse treatment (Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 27)*. Rockville: US Department of Health and Human Services, Center for substance abuse treatment.
- Tomlinson, D. (1984). Presidents message. Newsletter. In P. Zafiris (Ed.), *European Federation of Therapeutic Communities*. Athens, Greece: Ketha.
- Turnbull, P. J. & Webster, R. (1998). Demand reduction activities in the criminal justice system in the European Union. *Drugs: education, prevention and policy*, 5(2), 177–84.

- Uchtenhagen, A. (1997). Maintenance treatment. In S. Sollbakken (Ed.), *Proceedings from the third European conference on rehabilitation and drug policy*. Oslo, Norway: Norwegian directory for the prevention of alcohol and drugs problems.
- Van der Meer, C. (1997). Inpatient treatment and update. In S. Sollbakken (Ed.), *Proceedings from the third European conference on rehabilitation and drug policy*. Oslo, Norway: Norwegian Directorat for the Prevention of Alcohol and Drug Problems.
- Vanderplasschen, W. & Broekaert, E. (2000). Using case management to reduce harm among substance abusers with multiple and complex problems. In International Harm Reduction Association (Ed.), *Program & Abstract book of the 11th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm* (pp. 160–161) Jersey, Channel Islands: International Harm Reduction Association.
- Vanderplasschen, W., De Bourdeaudhuij, I. & Van Oost, P. (2002). Co-ordination and continuity of care in substance abuse treatment: an evaluation study in Belgium. *European Addiction Research*, 8, 10–21
- Vanderplasschen, W., Lievens, K. & Broekaert, E. (2001). “Drug treatment tourism in specialised treatment facilities. In International Council on Alcohol and Addiction (Ed.), *Programme and abstract book of the 44th International ICAA Conference on the prevention and treatment of dependencies “Science meets practice* (p. 133). Heidelberg, Germany: International Council on Alcohol and Addiction.
- Vanderplasschen, W., Mostien, B., Claeys, P., Raes, V. & Van Bouchaute, J. (2001). *Conceptnota organisatiemodel zorgcircuit middelenmisbruik. (Orthopedagogische Reeks 12)*. Ghent, Belgium: Ghent University, Department of Orthopedagogics.
- VOCA Training & Consult (VOCA). (1998). *Totaal Kwaliteitsmanagement: Handleiding voor het systematisch werken aan kwaliteit in gezondheids- en welzijnsvoorzieningen*. Leuven-Apeldoorn: Garant.
- Weisner, C., Mertens, J., Parthasarathy, S., Moore, C. & Lu, Y. (2001). Integrating primary medical care with addiction treatment. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 286(14), 1715–1723.
- Yablonsky, L. (1965). *Synanon: The tunnel back*. Baltimore: Penguin Books.
- Zarkin, G. A. & Dunlap, L. J. (1999). Implications of managed care for methadone treatment. Findings from five case studies in New York State. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 17(1–2), 25–35.
- Zimmerman, D. (1999). Scientism and managed care: The betrayal of group and individual treatment for children. *Therapeutic Communities*, 20(4), 281–300.

### **3.2 Koordinace péče v léčbě užívání látek: postupné vytváření integrovaného systému léčby pro osoby užívající látky<sup>2</sup>**

OBSAH KAPITOLY. Během posledního desetiletí lze v několika zemích sledovat vývoj směrem k větší spolupráci a vytváření sítí a také k více individualizované a kontinuální péči ve zdravotnictví a v sociální oblasti. V Belgii má reorganizace péče o duševní zdraví vytvořit integrované systémy léčby pro několik cílových skupin včetně osob užívajících návykovou látku. Přes různé publikace a politické dokumenty bylo dosud uvedeno pouze málo konkrétních doporučení k vlastní realizaci těchto systémů. Na základě našich zkušeností a postupu při zavádění integrovaného systému pro léčbu osob užívajících návykovou látku v provincii Východní Flandry zdůrazníme v kapitole pět rozhodujících kroků celého procesu. Vytvoření společného jazyka a jednotný přístup k problematice drog jsou považovány za první předpoklad. Za druhé by měl být vypracován teoretický model ohledně toho, jak takový integrovaný systém může být uspořádán a jaké služby by měly být nabízeny. Za třetí by měla být provedena inventarizace léčebných služeb, které nabízejí jednotlivá centra v současné době, po níž by následovala srovnávací analýza chybějících článků a duplicit ve stávajícím systému a konečně vypracování akčního plánu pro zrušení, doplnění nebo úpravy některých služeb. Za čtvrté, teoretické přípravy vytvářejí prostor pro uvedení vypracovaného systému do praxe. Pátý a poslední krok, který by se měl pravidelně opakovat, zahrnuje monitorování, hodnocení a případně metodické vedení implementace. V neposlední řadě je formulováno několik doporučení jak předvídat možné překážky, protože proces implementace by se na několika místech mohl setkat s odporem i praktickými problémy.

---

2 Tato kapitola vychází z následujícího zdroje: Vanderplasschen, W., Lievens, K., Van Bouchaute, J., Mostien, B., Claeys, P. & Broekaert, E. (2004). Zorgcoördinatie in de verslavingszorg: de stapsgewijze uitbouw van een zorgcircuit middelenmisbruik. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 60 (11), 773–787.

### 3.2.1 Úvod

V roce 1997 byla budoucí organizace a struktura péče o duševní zdraví prezentována poprvé v doporučující zprávě stálé pracovní skupiny pro „psychiatrii“ Národní rady pro nemocniční zařízení [*Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen* (NRZV)] (Knapen & Van Holsbeke, 1997; NRZV, 1997). Připravovaná reforma vychází z požadavků léčených klientů a charakteristiky „duševně nemocného“. Ve svém doporučení belgickým tvůrcům politik navrhla NRZV odklon od současného institucionálně koncipovaného uspořádání služeb směrem k regionálním integrovaným systémům léčby pro specifické cílové skupiny. Vedle tradičních cílových skupin (děti a dospívající, dospělí, starší osoby) byla vymezena řada specifických a nových skupin v oblasti péče o duševní zdraví: pacienti ve forenzním šetření, osoby užívající látky a osoby s mentálním postižením (Knapen & Van Holsbeke, 1997). Mezitím byl tento návrh potvrzen v příslušných politických prohlášeních ohledně „péče o duševní zdraví“ (Aelvoet & Vandembroucke, 2001) a „drog“ (Federale Regering, 2001) a v zákoně o nemocnicích ze dne 14. ledna 2002 (Wet, 2002). Navíc byli v prosinci 2002 přiděleni téměř všem regionálním radám v péči o duševní zdraví koordinátoři péče [*overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg*], aby umožnili vytváření regionálních integrovaných systémů léčby pro osoby trpící onemocněními, jež souvisejí s užíváním látek (FOD Volksgezondheid, 2002).

Konečným cílem zavedení funkčně orientovaného myšlení, jednání a organizace integrovaných systémů léčby je zaručit individuální a kontinuální péči a reagovat na rostoucí rozmanitost žádostí o léčbu pomocí větší spolupráce a vytváření sítí (De Meulemeester, Molenberghs, Nassen & Bellings, 1998; Nassen, 1999; van Achterberg, Stevens, Hekkink, Crebolder & Philipsen, 1995). Přejít od institucionálně koncipované péče k organizaci péče více zaměřené na klienta se neomezuje pouze na oblast léčby užívání návykových látek, ale objevuje se také ve vývoji u jiných populací s duševními poruchami a v dalších sektorech, jako je sociální péče a péče o mládež (Claeys & Lievens, 2003; Vanderplasschen, Mostien, Claeys, Raes & Van Bouchaute, 2001).

Tento vývoj je rovněž v souladu s mezinárodními tendencemi k větší spolupráci a vytváření sítí (Broekaert & Vanderplasschen, 2003). Ve Spojených státech to dokládá systém „řízené péče“. Spolupráce mezi poskytovateli léčby a pojišťovny se zaměřuje především na snižování nákladů v systému zdravotní péče (Galanter, Keller, Dermatis & Egelko, 2000). Byly hlášeny některé negativní důsledky, jako je rostoucí konkurence mezi poskytovateli léčby a útlum přístupnosti a dostupnosti služeb v důsledku omezení nákladné a dlouhodobé léčby a zachování přísných kritérií způsobilosti (Vanderplasschen, Mostien et al., 2001). Další tendence se týká integrace různých léčebných modalit („integrovaná léčba“), a to zejména pro klienty s těžkou du-

ševní nemoci a souběžným užíváním látek (DiNitto, Webb & Rubin, 2002; Minkoff, 2000).

Integrovaná léčba dosáhla pozitivních efektů, co se týče organizace i výsledků léčby (Drake, Mercer-McFadden, Mueser, McHugo & Bond, 1998). Od poloviny 80. let 20. století vznikla v Nizozemsku řada inovativních projektů v oblasti péče o duševní zdraví. Ty byly charakterizovány komunitním přístupem, funkčním uspořádáním péče, administrativní decentralizací a uplatněním ekonomických principů (Wolf, 1995). Integrované systémy léčby, které poskytují komplexní a individuální péči, byly pro různé cílové skupiny zakládány po celé zemi. V Německu byla péče o duševní zdraví reformována na základě žádostí klientů o léčbu (Koller, 1999). Jmenování regionálních koordinátorů léčby užívání návykových látek významně přispělo k programování a vytvoření služeb odpovídajících potřebám klientů (Oliva, Gergen, Schlansted, Schu & Sommer, 2000).

I přes výše uvedený vývoj a publikace nejsou dosud k dispozici jasné a konkrétní pokyny pro vytváření integrovaných systémů léčby. Takové konkrétní informace v mezinárodní literatuře téměř zcela chybějí, nebo jsou do značné míry kontextově závislé. Proto se budeme snažit systematicky popsat kroky, které jsou nutné k vytvoření takového integrovaného systému léčby. Popis je založen na našich zkušenostech a metodách práce v provincii Východní Flandry, kde realizaci integrovaného systému pro léčbu užívání látek připravuje a dohlíží nad ní skupina lékařů, vedoucích pracovníků, tvůrců politik a vědců (Vanderplasschen, Mostien et al., 2001). Ostatní belgické provincie se rovněž potýkají se stejným problémem a domníváme se, že mohou využít našich zkušeností v této věci. Věříme, že podrobný plán, který popisujeme, může být důležitý také pro osoby s dalšími psychickými problémy, neboť navrhovaná úprava a postupné zavádění integrovaného systému léčby budou obdobné i pro jiné cílové skupiny.

### 3.2.2 Rozvoj integrovaných systémů léčby užívání látek

Drogová závislost je charakterizována jako chronické a recidivující onemocnění a je často doprovázena dalšími problémy, jako jsou fyzické a psychické problémy, nezaměstnanost, sociální vyloučení, problémy ve vztazích a finanční problémy (Brindis & Theidon, 1997). V důsledku toho potřebují osoby užívající návykové látky několik služeb, které nabízejí různé (fragmentované) subjekty (srov. tabulku 2.1, p. 44). Patří mezi ně specializovaná léčba užívání návykových látek (např. centra zdravotně-sociální péče, bezdrogové terapeutické komunity), stejně jako nespécializované subjekty, jako jsou praktičtí lékaři, akutní nebo psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic nebo ubytovny pro bezdomovce. Složitost problémů a předčasné ukončení léčby mohou vést k tomu, že osoby užívající látky vyhledají pomoc u několika různých služeb v relativně krátkém časovém období. Ke zvýšení účinnosti léčby užívání návykových látek



bude potřebné zlepšit spolupráci, vytváření sítí, koordinaci a kontinuitu péče (Graham, Timney, Bois & Wedgertield, 1995; SAMHSA, 1998; Vanderplasschen, De Bourdeaudhuij & Van Oost, 2002).

Několik publikací však ukázalo v belgických podmínkách nedostatky v plánování a vymezení služeb, ve spolupráci a ve vytváření odpovídající léčby užívání návykových látek (De Ruyver & Casselman, 2000; Maertens, 1997). Léčebné služby pro drogově závislé jsou spíše slepencem různých prvků než souvislou sítí, s malým důrazem na kontinuitu péče, standardizované postupy centralizovaného příjmu a systémy evidence (Raes, Lenders, & Geirnaert, 1995). Tyto překážky a rostoucí tlak na kvalitu péče vedly pro řešení problémů v nedávné době ke hledání odpovídajících intervencí (např. case management) a strukturálních přístupů (např. integrovaných systémů léčby) (de Weert-van Oene & Schrijvers, 1992; Vanderplasschen et al., 2002). Zatímco case management má poskytovat komplexní, kontinuální a individuální péči na úrovni klienta, integrace různých systémů léčby se zaměřuje na strukturální změny na úrovni organizace. V rámci takového integrovaného systému léčby bude case management rozhodující intervencí pro zajištění koordinace a kontinuity péče (Broekaert & Vanderplasschen, 2003).

### 3.2.3 Podrobný plán vytvoření integrovaného systému léčby

Vytvoření integrovaného systému pro léčbu užívání látek je dlouhodobý proces, který se skládá z několika kroků:

1. vytvoření společného přístupu a jazyka;
2. vypracování teoretického modelu pro organizaci integrovaného systému léčby;
3. zmapování existujících léčebných služeb (včetně mezer a duplicit), po němž následuje akční plán;
4. zavedení a realizace vypracovaného modelu;
5. sledování a hodnocení realizovaného modelu.

V této kapitole jednotlivé kroky nastíníme a rozebereme. V současné době se naše zkušenosti a poznatky týkají především prvních tří kroků procesu. Závěrečné kroky bude teprve třeba provést, ale vytvořili jsme již jasnou vizi a plán, jak je lze realizovat.

#### Krok 1: Vytvoření společného přístupu a jazyka

##### □ Společný přístup

Společný přístup sítě léčebných zařízení ke strukturálnímu a funkčnímu uspořádání je první podmínkou pro vytvoření integrovaného systému léčby.

Tvůrci politik stanovili určité obecné zásady a podmínky: klient nebo klientka a jeho/její sociální síť jako výchozí bod; garantovaná dostupnost, flexibilita a kvalita péče; uplatnění jednoho společného jazyka ve všech institucích; psychiatrická léčebna, centrum péče o duševní zdraví a všeobecná nemocnice jako minimální okruh partnerů v síti (Knapen & Van Holsbeke, 1997; NRZV, 1997). V úzké spolupráci s různými léčebnými zařízeními vypracovala Unie pro problémy s alkoholem a drogami [*Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD)*], což je zastřešující organizace vlámských center léčby a iniciativ prevence týkající se problémů s alkoholem a jinými drogami, zvláštní přístup k rozvoji integrovaných systémů léčby problémových uživatelů drog (VAD, 2001). V dokumentu jsou uvedeny zásady vymezené NRZV i některé další podmínky: kontinuita péče, neustálá výměna informací, přehled stávajících služeb, kvantitativní a kvalitativní analýza léčby, case management, regionální vymezení, formální dohody mezi léčebnými zařízeními, úpravy stávajících (finančních) pravidel a další. V očekávání formální spolupráce mezi zařízeními pro léčbu užívání návykových látek v provincii Východní Flandry vypracovala výše zmíněná pracovní skupina společný přístup (Vanderplasschen, Mostien et al., 2001). Základními prvky společného přístupu k problémům užívání návykových látek jsou: základní právo na léčbu; přístupnost a dostupnost léčebných služeb; individuální péče po konzultaci s klienty a jejich sociální sítí; zapojení a emancipace; (částečná) svoboda volby pro klienty a poskytovatele péče; kontinuita péče; odborná, interdisciplinární a kvalitní péče; zapojení všech relevantních partnerů; sdílená odpovědnost; jeden společný jazyk; komplexní a komunitně koncipovaný přístup k řešení problémů; prioritizace efektivních a co nejméně efektivních intervencí. Tento společný přístup může zahrnovat různé léčebné přístupy a léčebné moduly založené na abstinenci právě tak jako na snižování škod. Prvním důležitým krokem k vytvoření integrovaného systému léčby je formální dohoda o společném přístupu, kterou podepíší všichni partneři v síti (Claeys & Lievens, 2003).

### □ Společný jazyk

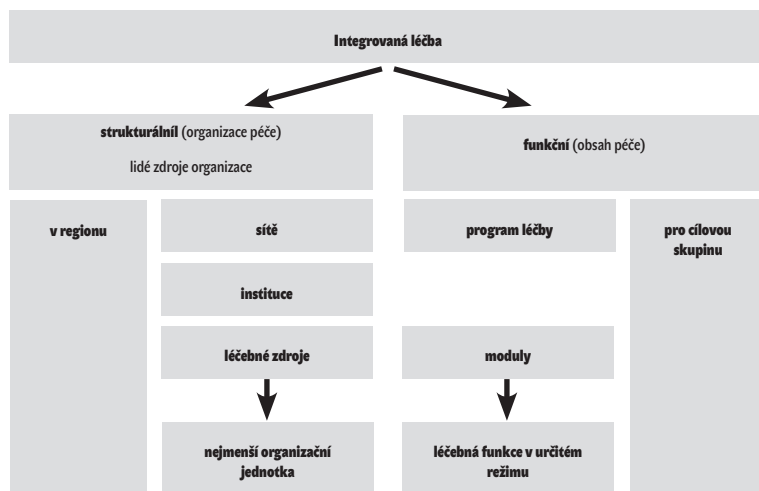
Aby bylo možné komunikovat jednoznačně o stávajících léčebných zařízeních a službách, jež nabízejí, je třeba najít společnou řeč (Knapen & Van Holsbeke, 1997). Počátečním impulzem pro takový společný jazyk byl popis „nového rámce koncepcí péče o duševní zdraví“ [*Nieuw begrippenkader geestelijke gezondheidszorg*] (Nassen, Theunis, Du Laing & Van Holsbeke, 1999). Zákon o nemocnicích ze dne 14. ledna 2002 oficiálně definoval pojmy „integrovaný systém léčby“ [*zorgcircuit*] a „síť“ [*netwerk*] (Wet, 2002). Integrovaný systém léčby se týká všech léčebných programů – složených z modulů – organizovaných sítí, která představuje všechny potřebné léčebné služby

pro určité cílové skupiny a zaručuje kontinuální a individuální péči (Nassen, 1999). Síť je definována jako soubor všech poskytovatelů léčby, kteří organizují integrovaný systém léčby pro určité cílové skupiny v rámci jasně vymezeného regionu, a to na základě přísně formalizované spolupráce několika institucí (Wet, 2002).

Integrovaný systém léčby se skládá z obsahu léčby [*zorghoud*] (neboli managementu různých modulů léčby) a organizace léčby [*zorgorganisatie*] (neboli managementu personálu a zdrojů pro provozování léčebného programu) (viz obr. 3.1, str. 102). Léčebná zařízení [*zorgeenheden*] jsou nejmenší organizační jednotky v rámci integrovaného systému léčby (např. detoxikační oddělení v psychiatrické léčebně; protialkoholní tým centra péče o duševní zdraví; terapeutická komunita) a zodpovídají za nabídku určitých modulů. Moduly [*modules*] jsou hlavními prvky integrovaného systému léčby a dají se popsat jako globální nabídka služeb v oblasti léčby. Modul se skládá z kombinace jedné nebo více léčebných funkcí [*zorgfuncties*], které jsou uspořádány určitým způsobem (mode) [*modus*] a jsou zaměřeny na dobře definovaný cíl (Nassen, 1999) (viz tab. 3.1). K jedné trajektorii léčby [*zorgtraject*] lze připojit několik modulů, což je globální reakce na určitou situaci nebo problémy určité cílové skupiny (např. trajektorie „nouzová a krizová péče“, „duální diagnóza“).

Nassen (2001) vypracoval podrobný plán ke konkretizaci modulů a trajektorií, založený na „novém rámci koncepcí péče o duševní zdraví“ [*Nieuw begrippenkader geestelijke gezondheidszorg*] (Nassen, Theunis, Du Laing & Van Holsbeke, 1999). V plánu jsou popsány léčebné služby podle tří aspektů: věk (děti a mládež, dospělí, starší lidé), hlavní léčebná funkce (zapojení, hodnocení, ošetřovatelství, poradenství, léčba, psychologické vzdělávání, aktivity a poskytování služeb) a režim (místo, doba trvání, periodičita a stupeň ochrany) (Nassen, 2001).

Tato klasifikace však přináší dva problémy. Za prvé, skutečnost, že veškerá léčebná zařízení označují jimi organizované moduly odděleně, může působit zmatek a nejasnosti. Při vytváření integrovaného systému léčby užívání návykových látek v provincii Východní Flandry jsme se rozhodli různé moduly předem označit a omezit jejich počet. Po určitém zvažování rozhodla výše zmíněná skupina o přibližně 32 modulech, které mohou být nabízeny osobám užívajícím návykovou látku, jako je substituční léčba, detoxikace, dlouhodobá léčba, bydlení a zaměstnání (Vanderplasschen, Mostien et al., 2001). Za druhé, navržené rozměry neumožňují dostatečně diferencovat léčebné služby pro specifické cílové skupiny, jako jsou například osoby užívající návykovou látku. Proto jsme několik dalších dimenzí přidali se záměrem popsat cílovou skupinu a zpracování modulů přesněji (Vanderplasschen, Mostien et al., 2001).



Obr. č. 3.1 | Přehled základních prvků integrovaného systému léčby a jejich vzájemných vztahů (Nassen et al., 1999)

Pokud jde o cílovou skupinu, zachovali jsme jako jeden rozměr „věk“, avšak dále jsme diferencovali podle následujících dimenzí: závažnost problému, užívání (zneužívání) látky a specifická populace. Závažnost problému byla rozdělena do kategorií podle klasifikace DSM IV (APA, 1996), ale byla doplněna kategorie „užívání“ k označení jednotlivých forem užívání látky, které nelze považovat za „zneužívání“ nebo „závislost“. Klasifikace onemocnění souvisejících s užíváním látek podle DSM IV byla použita pro určení cílové skupiny na základě konkrétní použité látky, pokud existuje. Dimenze „specifická populace“ byla doplněna kvůli rostoucímu zájmu o takzvané speciální cílové skupiny, který se projevuje v literatuře i každodenní praxi (Broekaert, Vandeveldel, Vanderplasschen, Soyez & Poppe, 2002).

Moduly jsou diferencovány podle dimenzí, které navrhl Nassen (2001) (léčebná funkce a režim), ale dále jsme doplnili „zaměření“ a „cíle“ modulu (viz tab. 3.1, str. 106). Hlavní léčebná funkce [*hoofd zorg functie*] ukazuje, která funkce (řada souvisejících činností s jasným cílem na základě žádostí klientů o léčbu) v rámci určitého modulu převažuje. Režim označuje, jakým způsobem je modul organizován, dále jsme doplnili intenzitu (jak dlouho?) a stupeň naléhavosti modulu (jak rychle je přístupný?) k ukazatelům, které vypracoval Nassen et al. (2001): lokalita, celková délka, periodičita a stupeň ochrany. Zaměření ukazuje, na které oblasti života se intervence soustředí, přičemž se vychází ze sedmi oblastí života uváděných v indexu závažnosti návykového chování (Addiction Severity Index): tělesné zdraví, vzdělávání a zaměstnanost, alkohol a drogy, justice a policie, rodinné a společenské vztahy, psychické a emoční problémy, hazardní hry (Hendricks, Kaplan, van Limbeek & Geerlings, 1990),

jež jsou doplněny o „životní situace“ a „volný čas“. V neposlední řadě jsou uvedeny cíle modulů na úrovni klienta: základní péče, připravenost na změny, kontrola, uzdravení nebo prevence relapsu (Oberg, Gerdner, Sallmén, Jansson & Segraeus, 2000; Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992).

## **Krok 2: Vypracování teoretického modelu uspořádání integrovaného systému léčby**

Druhým, částečně souběžným krokem je odpověď na teoretickou otázku: Jak regionální rozvoj a koordinaci integrovaného systému léčby organizovat (Claeys & Lievens, 2003)? Nejvhodnější cestou k řešení konkrétních otázek a naplňování potřeb jednotlivých regionů se jeví regionálně orientovaný přístup v interakci s místní úrovní a úrovní provincií (Vanderplasschen, Mostien et al., 2001). Tím by měly být zohledněny regionální rozdíly v dostupnosti léčebných služeb a rozdílná míra obeznámenosti s touto inovativní koncepcí. Vytvořený teoretický model nesmí v žádném případě potvrzovat nebo posilovat stávající nerovnost mezi regiony.

Konečným cílem je vytvořit v rámci jasně vymezené oblasti (např. provincie) dobře koordinovaný integrovaný systém léčby užívání látek, a to na třech úrovních: místního kontaktu, regionálního rozvoje a provinční koordinace (Vanderplasschen, Mostien et al., 2001). Místní kontakt znamená, že by člověk, který má problémy s drogami, měl mít možnost dostat alespoň primární péči ve svém bezprostředním okolí a ta by měla dobře zapadat do kontextu specializovanějších zařízení pro léčbu užívání látek na regionální a provinční úrovni. Praktičtí lékaři budou nejen odesílajícím subjektem, ale mohou také sami zodpovídat za organizaci specifických modulů (např. substituční léčby, následné péče). Regionální rozvoj se týká vytvoření rozsáhlé sítě léčebných zařízení, která nabízejí specifické služby v oblasti problémů s užíváním návykových látek, takže klienti a jejich sociální síť mohou získat odpovídající léčbu ve svém regionu. Na úrovni provincie jde převážně o další specializované moduly, z nichž některé mohou být dokonce organizovány na meziprovinční úrovni, jestliže slouží jen malé cílové skupině. Koordinace a podpora integrovaného systému léčby by měly být zakotveny na úrovni provincií, což by mohlo usnadnit sladění a spolupráci s integrovanými systémy léčby v jiných oblastech nebo pro jiné cílové skupiny.

Následně by měl být vypracován teoretický model obsahující seznam modulů a trajektorií, které jsou teoreticky třeba na různých úrovních integrovaného systému léčby (Claeys & Lievens, 2003). Takto jsou ideálně zastoupeny typy služeb požadované v konkrétním regionu. Vzhledem k tomu, že požadavky a potřeby klientů v léčbě závisejí z velké části na kontextových faktorech, poskytuje dostupná mezinárodní literatura pouze všeobecné vodítko ohledně toho, jaké typy služeb jsou potřebné. Také údaje z národních a regionálních

monitorovacích studií se pro tento účel ukazují jako nedostatečné. Nezbytná je studie potřeb klientů a jejich spokojenosti, stejně jako etnografický výzkum, který obsáhne populaci, jimž stávající zařízení dnes poskytují služby nedostatečně nebo vůbec.

Uvedený teoretický model by měl být postaven na základě dostupných údajů o žádostech o léčbu, míře využití a době setrvání ve stávajících zařízeních (VAD, 2001; Vanderplasschen, Mostien et al., 2001). Další pohled na aspekty léčby, které by se daly zlepšit, jako je např. efektivita procesu příjmu a odesílání klientů, může nabídnout monitoring a kohortové studie. Vedle standardizace procedur příjmu a lepší výměny informací mohou být cestou jak zlepšit volbu vhodné léčby pro klienta (client treatment matching) a zajistit sledování a monitorování klientů právě case management a další metody, které budou stimulovat koordinaci péče a centrální příjem (de Weert-van Oene & Schrijvers, 1992). Navíc může centralizace přispět k transparentnosti léčby užívání návykových látek pro klienty, odesílající zařízení i poskytovatele péče tím, že bude vytvořena jedna vstupní brána nebo několika málo vstupních bran k léčbě a že budou sjednoceny rozdílné postupy příjmu. Na druhou stranu omezuje takovýto centrální příjem svobodu volby klientů i poskytovatelů péče a může být matoucí pro každého, kdo byl zvyklý na předchozí systém. Studie prokázaly, že centralizovaný příjem má vliv především na organizaci léčby užívání návykových látek, nikoli na fungování klientů (Scott & Foss, 2002; Sears, Davis & Guydish, 2002).

Case management je považován za adekvátní metodu jak kontrolovat a koordinovat trajektorii, po které se klienti v rámci integrovaného systému léčby ubírají (SAMHSA, 1998; Drake, Yovetich, Bebout, Harris & McHugo, 1997). Case manager vystupuje jako kontaktní osoba a je zodpovědný za proaktivní následné monitorování a plánovaný a komplexní přístup k problémům (Vanderplasschen, Lievens & Broekaert, 2001). Výzkum ukázal, že intervence přispívá k většímu a adekvátnějšímu využívání služeb a zlepšuje účast a udržení v léčbě, což zvyšuje šanci na pozitivní výsledky léčby (Siegal, Rapp, Li, Saha & Kirk, 1997; Vaughn, Sarrazin, Saleh, Huber & Hall, 2002). Jelikož case management je velmi intenzivní intervencí, bude možné sledovat pouze omezený počet klientů (Vanderplasschen, Lievens & Broekaert, 2001). Navíc se jako nevhodnější jeví nezávislí manažeré případů (např. zaměstnanci sítě, která spravuje integrovaný systém léčby), protože mohou zajistit mediaci v případě konfliktu nebo mohou proces léčby doplnit o nové metody (SAMHSA, 1998). Aby se předešlo konfliktům s ostatními poskytovateli péče, je nutné úkoly manažera případu správně vymezit. Jednou z největších překážek je riziko, že se klienti budou držet tohoto typu intervence a stanou se závislími na svém manažerovi případu, a to na úkor své vlastní autonomie (Vanderplasschen, Lievens & Broekaert, 2001).

V neposlední řadě je třeba vymezit oblast nábory, působnost léčebných zařízení a jejich sítě, aby bylo možné zajistit jasné dohody s ostatními integrovanými systémy léčby v daném regionu nebo v regionech sousedních (Claeys &

Lievens, 2003). Součástí navrhovaného modelu by dále měly být zvládnutelný harmonogram a provozní cíle, včetně měřitelných ukazatelů.

### **Krok 3: Zmapování stávajících služeb (včetně chybějících článků a duplicit) a následné vytýčení akčního plánu**

Vzhledem k tomu, že druhý krok má sloužit především k dosažení dohody ohledně modulů, které jsou teoreticky nutné v konkrétním regionu, a ohledně praktického uspořádání integrovaného systému léčby, je cílem třetího kroku zaměřit se na dostupnost a přístupnost služeb i na to, jak je lze skloubit s ideálním modelem podrobně rozpracovaným v kroku 2.

Aby bylo možné zmapovat veškeré služby dostupné v daném regionu, musí každé léčebné zařízení – nezávisle na ostatních – popsat všechny své léčebné moduly, a to na základě společného jazyka (viz krok 1). Vzhledem ke složité organizaci služeb v oblasti léčby a nutnosti jednoznačné komunikace jsme se rozhodli popsat pouze hlavní léčebné aktivity a moduly (nikoli služby, které jsou nabízeny výjimečně) na základě následujících dimenzí: cílová skupina, funkce, režim, zaměření a cíle. Tabulka 3.1 uvádí jeden modul pro hypotetická léčebná zařízení, včetně cílové skupiny a popisu výše uvedených dimenzí.

Subjektivní interpretaci ze strany různých léčebných zařízení a léčby je třeba více objektivizovat. Pro tento účel mohou být výsledky inventarizace porovnány s objektivními údaji o daném regionu, jeho léčebných zařízeních a službách, které nabízejí. Vzhledem k tomu, že tyto informace jsou k dispozici ve většině regionů pouze v omezené míře, je možné se podívat na údaje o nabízených službách objektivně prostřednictvím kritické diskuse a analýzy několika nezávislých odborníků a zástupců agentur zapojených do takzvaných „tematických diskusních skupin“. Jedná se o kvalitativní výzkumnou metodu prováděnou v omezeném počtu osob, které podrobně diskutují o některých vybraných tématech (Greenbaum, 2000). Konkrétnějším cílem těchto tematických diskusních skupin je, aby odborníci, kteří jsou obeznámeni s léčebnými zařízeními (mimo jiné zástupci léčebných zařízení a podobných služeb, zástupci doporučujících zařízení, tvůrci politik, výzkumné ústavy), zhodnotili a porovnali inventář modulů, který jednotlivá léčebná zařízení vypracovala. Kritické připomínky a doporučení, jež vyplynou z diskusí tematických diskusních skupin, slouží k revizi popisů nabízených služeb, aby byly více v souladu s inventáři služeb ostatních léčebných zařízení. Tímto způsobem lze zlepšit intersubjektivitu, a tudíž spolehlivost a platnost inventárního soupisu modulů (Swanborn, 1994).

Jelikož je během inventarizace shromážděno velké množství informací a jelikož je tato činnost pro léčebná zařízení časově náročná, je třeba stanovit hned na začátku, jak budou údaje zpracovány. Zpracování dat musí být nastaveno tak, aby podávalo zúčastněným subjektům zpětnou vazbu. Na druhou stranu je třeba vzít v úvahu konečný cíl: zmapovat dostupné služby, chybějící články a duplicity

Tabulka 3.1 | Hypotetický inventář modulů nabízených zařízeními pro léčbu užívání látek

Léčebné zařízení	Cílová skupina								
	Modul	Hlavní funkce léčby	Režim	Zaměření	Cíle	Věk	Látka	Závažnost	Specifická cílová skupina
tým pro mladší klienty v centru péče o duševní zdraví	raná intervence	posouzení	lokalizace: v rámci léčebného zařízení celková délka trvání: 1 až 4 týdny intenzita: 1 hodina periodicita: jednou týdně stupeň ochrany: bez dohledu stupeň naléhavosti: do 3 dnů	- nelegální drogy - alkohol - hazardní hry	- připravenost ke změně - kontrola	dospívající	- alkohol - léky - nelegální drogy	- užívání - zneužívání	
oddělení akutního příjmu všeobecné nemocnice	akutní péče	péče	lokalizace: v rámci léčebného zařízení celková délka trvání: 1 až 3 dny intenzita: 24 hodin periodicita: denně stupeň ochrany: intenzivní ochrana stupeň naléhavosti: okamžité	- alkohol - nelegální drogy - tělesné zdraví	- základní péče	dospělí	- alkohol - léky - nelegální drogy	- zneužívání - závislost	
centrum zdravotně-sociální péče	substituční léčba	poradenství	lokalizace: v rámci léčebného zařízení celková délka trvání: od 3 až 6 měsíců intenzita: < 30 minut periodicita: denně stupeň ochrany: omezený dohled stupeň naléhavosti: do 3 dnů	- nelegální drogy - tělesné zdraví	- kontrola - zotavení	dospělí	- opiáty	- zneužívání - závislost	
terapeutická komunita	dlouhodobý skupinový program	léčba	lokalizace: v rámci léčebného zařízení celková délka trvání: 1 až 2 roky intenzita: 24 hodin periodicita: denně stupeň ochrany: omezený dohled stupeň naléhavosti: do týdne	- nelegální drogy - rodina, sociální vztahy - situace bydlení	- zotavení - prevence relapsu	dospělí	- alkohol - léky - nelegální drogy	- zneužívání - závislost	matky s dětmi, těhotné ženy
denní klinika psychiatrické nemocnice	částečná léčba	psychologické vzdělávání	lokalizace: v rámci léčebného zařízení celková délka trvání: 3 až 6 měsíců intenzita: 3 hodiny periodicita: několikrát týdně stupeň ochrany: žádný stupeň naléhavosti: do měsíce	- alkohol - nelegální drogy - psychologické a emoční problémy - volný čas	- zotavení - prevence relapsu	dospělí	- alkohol - léky - nelegální drogy	- zneužívání - závislost	pacienti psychiatrie



v léčebných službách. V provincii Východní Flandry jsme pro tento účel použili upravenou verzi databáze Spiller. Databáze vznikla díky spolupráci psychiatrické služby v Limburku [*Samenwerking Psychiatrische Initiatieven Limburg* (SPIL)], regionální rady v péči o duševní zdraví v provincii Limburk, univerzity v Limburku [*Limburgs Universitair Centrum* (LUC)], a provincie Limburk. Tato počítačová databáze je založena na „novém rámci koncepcí péče o duševní zdraví“ [*Nieuw begrip-penkader geestelijke gezondheidszorg*] a umožňuje – díky kombinaci výše uvedených dimenzí – vyhledávání v seznamu nabízených služeb inventarizovaných léčebných zařízení. V současnosti je popis léčebných služeb pro osoby užívající látky v provincii Východní Flandry k dispozici pouze na CD-ROM, i když v blízké budoucnosti chceme použít nosiče dat zajišťující větší dostupnost a pružnost.

Aby bylo možné rozpoznat chybějící články a duplicity ve stávajících léčebných službách, je nutné nechat informace z inventáře oficiálně odsouhlasit všemi zúčastněnými subjekty a konfrontovat je s teoretickým modelem (viz krok 2) a empirickými daty o léčebných službách. Na základě srovnání je vypracován akční plán, který ukazuje, zda je třeba některé moduly dále rozvíjet, nebo naopak zrušit nebo přeměnit a zda je nezbytné pro tento účel spolupracovat s další úrovní integrovaného systému léčby (Claeys & Lievens, 2003). Přiřazení dostupných služeb odpovídající potřebám a požadavkům cílové skupiny se neomezuje pouze na jednorázovou událost, protože síť, která řídí integrovaný systém léčby, musí neustále sledovat, zda léčebné služby reagují na potřeby klientů, a musí doplňovat chybějící a odstraňovat duplicitní služby (De Meulemeester et al., 1998).

#### Krok 4: Zavedení a provádění vytvořeného modelu

Čtvrtý krok je v procesu realizace bezesporu nejzásadnější a nejkonkrétnější, protože teoretické přípravy vytvářejí prostor pro praktické uplatnění vypracovaného modelu. Obecné obrysy implementace by měly nastínit úřady, ale pro vytvoření integrovaného systému léčby bude nakonec nutný přístup zdola nahoru (Vanderplasschen, Mostien et al., 2001). Navrhovaný bodový plán by neměl být dodržován příliš striktně, protože v praxi se některé kroky částečně překrývají, nebo může být nezbytné vrátit se o jeden či více kroků zpět (Claeys & Lievens, 2003). Koneckonců, není možné posoudit a prodiskutovat všechny aspekty předem a někdy bude nutné pravidla v průběhu realizace měnit nebo teprve určit.

Budeme-li předpokládat, že trajektorie léčby dávají odpověď na konkrétní požadavky léčby konkrétní cílové skupiny (Nassen et al., 1999), představuje vypracování trajektorie integrovaného systému léčby asi nejschůdnější strategií. Je třeba začít s několika jasně vymezenými moduly s vysokou prioritou, které lze zavést a vyhodnotit v relativně krátkém časovém období (Vanderplasschen, Mostien et al., 2001). Stávající iniciativy lze do integrovaného systému léčby začlenit.

Pro vytvoření konkrétních projektů týkajících se „integrovaných systémů léčby“ by úřady měly nastolit větší otevřenost a pružnost, aby se zařízení a síť

mohly na inovaci připravit (Claeys & Lievens, 2003). Dobrým řešením pro přípravu takového přechodu může být sdružování pracovníků a zdrojů (Claeys & Lievens, 2003). Orgány mohou podpořit síť připravující se na inovaci poskytnutím finančních prostředků na koordinaci a další náklady spojené s organizační změnou. Složitost a choulostivá povaha přeměny vyžaduje, aby pilotní projekty vyhodnocovaly zavádění integrovaných systémů léčby. Projekty by měly mít minimální délku trvání tři až pět let a měly by ponechat prostor pro experimentování (Claeys & Lievens, 2003). Hodnocení projektů na základě měřitelných ukazatelů bude mít zásadní význam pro ověření toho, zda se předpokládané cíle skutečně podařilo splnit. Pokud tomu tak je, lze experimenty dále rozšířit. Pokud ne, je třeba projekt upravit, nebo v případě potřeby ukončit.

Je vhodnější, pokud při zavádění integrovaného systému léčby podepíší všichni partneři dobrovolně dohodu o vzájemné spolupráci, v níž formálně stvrdí své závazky (SAMHSA, 1998). Taková formální dohoda byla uzavřena v provincii Východní Flandry s většinou léčebných zařízení poskytujících specifické služby pro osoby užívající látky. Proces implementace usnadňuje jmenování koordinátora, který implementaci pozorně sleduje a v případě potřeby koriguje. Koordinátor dále dohlíží na plnění uzavřených dohod, zajišťuje mediaci v případě konfliktů a monitoruje sběr dat. K podpoře spolupráce a komunikace mezi léčebnými zařízeními je nezbytná určitá míra standardizace (např. postupy, protokoly, evidenční systémy) (Graham et al., 1995; SAMHSA, 1998). Výměna informací musí být vždy založena na informovaném souhlasu klienta (Vanderplasschen et al., 2002). Koordinátor provádí konzultace s odpovědnými osobami z jiných sektorů nebo integrovaných systémů léčby a monitoruje vstup a výstup ze systému, aby byla zaručena jeho dostupnost a aby se klienti nepřestali v integrovaném systému léčby orientovat (Vanderplasschen, Mostien et al., 2001). V konečném důsledku právě koordinátor sleduje celkovou kvalitu služeb nabízených v síti. Zavedení integrovaného systému léčby nesmí vést ke snížení dostupnosti nebo přístupnosti služeb (např. poradníky); s ohledem na vývoj a zkušenosti v Nizozemí a ve Spojených státech může toto nebezpečí hrozit (Galanter et al., 2000; Wolf, 1995).

## Krok 5: Sledování a hodnocení realizovaného modelu

V posledním kroku se vyhodnotí, zda implementovaný model má přidanou hodnotu a vede k naplnění stanovených cílů (Claeys & Lievens, 2003; Vanderplasschen, Mostien et al., 2001). Údaje o monitorování naznačují, do jaké míry jsou různé moduly využívány, které požadavky na léčbu jsou nejčastější a jaký vývoj lze sledovat ve fungování klientů. Proto je žádoucí mít společný počítačový systém monitorování, který umožní data rychle a přesně analyzovat (de Weert-van Oene & Schrijvers, 1992). Vedle kvantitativních dat se doporučuje provádět také sběr dat kvalitativních (Broekaert et al., 2002), protože ta mohou pomoci pochopit, jak odborníci i klienti přechod hodnotí a jak jsou s po-

skytovanými službami spokojeni. Za vhodné metody výzkumu pro tento účel jsou považovány pohovory anebo tematické diskusní skupiny s několika zapojenými osobami, dále dotazníky sledující spokojenost klientů, jejich sociálních sítí a odesílajících zařízení (SAMHSA, 1998). Tyto aktivity monitorování a hodnocení mohou vést k úpravě léčebného programu nebo jeho organizace a měly by se pravidelně opakovat (Vanderplasschen, Mostien et al., 2001).

### 3.2.4 Diskuse a závěr

V této kapitole jsme prokázali, že koordinace péče a vytvoření integrovaného systému léčby užívání návykových látek jsou nezbytné, a to hned z několika důvodů, především kvůli některým charakteristikám cílové skupiny a systému léčby pro tuto populaci. Zavádění integrovaných systémů léčby v Nizozemí, které začalo na počátku 90. let 20. století, vedlo ve většině velkých měst (např. Rotterdam, Amsterdam, Haag) ke sloučení několika specializovaných zařízení pro léčbu užívání návykových látek, což vyústilo ve vytvoření jediné velké organizace, která poskytuje služby pro osoby užívající látky (de Weert-van Oene & Schrijvers, 1992; Parnassia, 2003, Wolf, 1995). Dostupná literatura ukazuje, že rozvoj sítí a integrovaných systémů léčby může přispět mimo jiné k větší transparentnosti služeb v oblasti léčby, zamezení duplicitních činností, efektivnější alokaci dostupných zdrojů, více individualizované péči a zlepšení spokojenosti klientů se službami (de Weert-van Oene & Schrijvers, 1992; Drake et al., 1997; Galanter et al., 2000; Parnassia, 2003; SAMHSA, 1998). Na druhé straně však byla vymezena řada překážek: dalekosáhlá formalizace péče, méně osobních kontaktů mezi klientem a odborníkem, delší čekací doby a omezování nákladných modulů léčby. Při vytváření integrovaných systémů pro léčbu osob užívajících návykové látky v Belgii bychom se stejných chyb neměli dopouštět.

I přes prokázané výhody a víru několika poskytovatelů péče i tvůrců politik vzbuzuje zavádění integrovaných systémů léčby četné dotazy a připomínky. V několika regionech, zejména ve frankofonní části Belgie, vyvolává tento návrh odpor jak mezi odbornými pracovníky, tak mezi manažery. Obávají se, že taková reorganizace by vedla k většímu zasahování ze strany úřadů, omezování svobody poskytovatele péče při léčbě a svobodné volby klienta a k systému zdravotní péče založenému na ekonomických principech. I přes tento odpor ukazují nedávná politická rozhodnutí jednoznačně na vývoj směrem k vytváření sítí a modularizaci služeb (Aelvoet & Vandenbroucke, 2001; FAD Volksgezondheid, 2002; Wet, 2002).

Aby bylo možné rozptýlit některé obavy odborníků z praxe a vytvořit dialog mezi politickou a praktickou úrovní ohledně procesu implementace, doporučuje se předjímat řešení shora dolů a připravit praktické pracovníky na přeměnu stávajících služeb směrem k integrovaným systémům léčby. Bodový plán, který jsme popsali, může být směrnici pro implementaci, je však třeba

vzít v úvahu problematická místa a případné překážky. Na základě našeho výzkumu a dostupné literatury tyto překážky dále rozebíráme.

#### ❑ **Institucionálně koncipované uspořádání léčby**

Pojem integrovaných systémů léčby a péče zaměřené na klienta se neshoduje se současným uspořádáním léčby, které se odvíjí od institucí (De Meulemeester et al., 1998; Nassen, 1999). Vyjdeme-li z tohoto rozporu, může být konsenzuální vytváření a zavádění společného jazyka a přístupu obtížné. K tomu, aby začal být jednoznačný jazyk běžně přijímán, jsou potřebné informace a vzdělávání. Společný přístup by měl navíc respektovat identitu a různorodost jednotlivých partnerů, neměl by zůstat příliš vágní nebo obecný na úkor použitelnosti v praxi (Vanderplasschen, Mostien et al., 2001).

#### ❑ **Modularizace léčebných služeb**

Inventář stávajících léčebných služeb má zmapovat všechny moduly, které jsou nabízeny v jednom léčebném zařízení nebo ve více zařízeních. Je patrné, že léčebná zařízení souhlasila s popisem modulů v podobě, v jaké byl původně koncipován (viz krok 1), protože žádné zařízení další moduly nepřidalo. Při popisu dalších dimenzí byl také k dispozici výběr pouze z omezeného počtu kategorií, což přispělo k jednotnosti informací (srov. tab. 3.1). Na druhou stranu však omezený počet kategorií neumožnil zmapovat specifické aspekty poskytovaných služeb. Například, třebaže inventář poskytuje představu o cílových skupinách, kterým je daný modul určen, neukazuje už, komu modul dostupný není, nebo komu je dostupný jen výjimečně (např. kritéria pro vyloučení). Aby bylo možné analyzovat dostupnost léčebných služeb, bude také nutné zmapovat kapacitu každého modulu. Posoudit kapacitu modulu léčby je však poměrně obtížné, protože v rámci současného uspořádání péče je kapacita („počet lůžek“) spjata se stavebním nebo organizačním vymezením jednotky, a nikoli s modulem. V neposlední řadě odhalila inventarizace, že několik léčebných zařízení se snaží vtěsnat všechny své léčebné aktivity do některého z modulů, aby jich mohla nabídnout co nejvíce, což vysvětluje dnešní systém financování založený na „poplaticích za služby“ (Clark & Fox, 1993; Maertens, 1997). Smyslem inventáře léčebných služeb však není přesouvat dotace. Jeho hlavním cílem je zmapovat, která léčebná zařízení nabízejí jaké služby pro které cílové skupiny a jaké aspekty v nabízených službách scházejí nebo jsou duplicitní (Vanderplasschen, Mostien et al., 2001).

#### ❑ **Posouzení žádostí o léčbu**

Pro realizaci jednoho ze základních principů reorganizace péče o duševní zdraví (žádosti klientů o léčbu) se předpokládá objektivní měření potřeb cílové skupiny (Nassen, 2001). Pro tento účel je potřebná kombinace kvalitativních

a kvantitativních výzkumných metod s dlouhodobým horizontem a velkým, reprezentativním vzorkem, který zahrnuje klienty, jejich sociální sítě, poskytovatele léčby, financující subjekty a tvůrce politik. Při mapování stávajících služeb a při posuzování stanovených ukazatelů se dále můžeme setkat s metodickými problémy. Dosáhnout co nejvyšší intersubjektivita a tím zvýšit platnost a spolehlivost výzkumu může pomoci triangulace, strategie vycházející z tradice kvalitativního výzkumu; ta totiž předpokládá, že výzkumná otázka se řeší použitím několika zdrojů dat a metod (Swanborn, 1994).

#### ❑ Diferenciace léčebných služeb

Vývoj specializovaného integrovaného systému pro léčbu užívání látek kontrastuje s nedávným doporučením „ad hoc“ pracovní skupiny ohledně léčby užívání návykových látek v Národní radě nemocničních zařízení [*Nationale Raad voor Ziekenhuis-voorzieningen* (NRZV)] (NRZV, 2002). Na rozdíl od ostatních návrhů a rozhodnutí (Aelvoet & Vandenbroucke, 2001; FAD Volksgezondheid, 2002; NRZV, 1997; Wet, 2002) navrhla pracovní skupina nevytvářet samostatný a specializovaný integrovaný systém léčby užívání látek, ale začlenit jej do programů léčby pro tradiční cílové skupiny: „děti a mládež“, „dospělí“ a „starší osoby“. Vytvoření integrovaných systémů léčby pro specifické cílové skupiny skutečně nesmí vést ke stigmatizaci. Na druhou stranu bychom se mohli domnívat, že všeobsáhlý integrovaný systém léčby by byl příliš těžkopádný, postrádal by dynamiku a pružnost. Také z následujících dalších důvodů se specializované služby pro osoby užívající látky ukazují jako nejvhodnější volba: rostoucí složitost problémů souvisejících s drogami (SAMHSA, 1998; Willenbring, 1996), stigmatizace osob užívajících látky centry zdravotní a sociální péče v důsledku manipulativního a nevhodného chování (Vanderplasschen et al., 2002), vývoj specifických znalostí a intervencí založených na důkazech (SAMHSA, 1998) a vypracování trajektorií pro specifické cílové skupiny nebo situace (Vanderplasschen, Mostien et al., 2001). Navíc jsme se rozhodli ve prospěch specializovaných integrovaných systémů léčby proto, abychom vytvořili komplexní služby pro osoby užívající látky v každém jednotlivém regionu. Během experimentální fáze je třeba ověřit uplatnění specializovaného integrovaného systému pro léčbu osob užívajících látky a porovnat výhody a nevýhody nespécializovaného integrovaného systému léčby pro obecnou cílovou skupinu „dospělí“. Nakonec bude důležité vytvořit trajektorie a moduly přesahující hranice integrovaného systému léčby užívání látek (např. pro adolescenty, osoby s duální diagnózou). Navíc je třeba některé moduly (např. nouzová péče, orientace) a léčebné funkce (např. psychologické vzdělávání, aktivace) organizovat společně pro několik cílových skupin.

#### ❑ Předpoklady pro implementaci

Během procesu implementace lze formulovat řadu předpokladů. Za prvé, dokončení prvních tří kroků by se před zavedením teoretického modelu nemělo

odkládat. Doporučuje se, aby byl bodový plán vytvořen v úzké spolupráci se všemi zainteresovanými partnery. Je třeba začít s obsahovou stránkou integrovaného systému léčby a poté přejít k aspektům organizačním; jinak se může postup zadrhnout při řešení praktických a administrativních záležitostí (Vanderplasschen, Mostien et al., 2001). Obsahová vylepšení léčby mohou navíc posílit důvěru mezi zúčastněnými stranami, což řešení administrativních záležitostí usnadňuje. Při provádění akčního plánu je nezbytná pružnost, což znamená, že léčebná zařízení mohou být zapojena do integrovaného systému pro omezený počet modulů, nebo je mohou ukončit, když se tak rozhodnou (Claeys & Lievens, 2003). Příliš velký počet partnerů v síti může být kontraproduktivní. A v neposlední řadě jsou důležitými předpoklady dostatečná dostupnost léčebných služeb a určitý prostor pro experimenty.

### □ Dynamika systému

Metafora „systému“ naznačuje blízkost a nedostatečnou dynamiku, což kontrastuje s myšlenkou integrovaného systému léčby jako dynamické koncepce, kterou je třeba sledovat a pravidelně upravovat (Vanderplasschen, Mostien et al., 2001). Proto nebude integrovaný systém léčby nikdy „hotov“. V závislosti na potřebách a požadavcích v regionu bude třeba moduly nebo trajektorie upravovat, přidávat nebo rušit. V konečném důsledku by měla být dynamika integrovaného systému léčby jasná samotným klientům: nabízené služby jsou klientsky orientovanou odezvou sítě léčebných zařízení na všechny žádosti o léčbu jedinců v určitém regionu.

Tímto systematickým přehledem pěti kroků, které je třeba při zavádění integrovaného systému léčby učinit, jsme se pokusili nastínit, jak lze zavedení integrovaného systému léčby realizovat. Teoretická příprava a hypotézy však musejí vytvořit prostor pro praktické rozpracování, aby bylo možné posoudit proveditelnost integrovaných systémů léčby užívání látek. Nezbytné je tento proces monitorovat a vyhodnocovat, a to na základě kvantitativních a kvalitativních ukazatelů, a tak ověřit, zda je zavedení integrovaných systémů léčby adekvátní metodou k dosažení větší a lepší koordinace péče v léčbě užívání látek.

PODĚKOVÁNÍ. Rádi bychom poděkovali pracovníkům z praxe, vedoucím pracovníkům, tvůrcům politik a vědcům, kteří svým dílem přispěli k provedení „konceptualizace uspořádání integrovaného systému léčby užívání návykových látek“ [*Conceptnota organisatiemodel zorgcircuit middelenmisbruik*]. Zvláštní poděkování zaslouží Veerle Raes (De Sleutel), spoluautor této publikace. Dále vyjadřujeme svůj dík všem, kdo se zúčastnili diskusí o vytváření sítí v léčbě užívání látek v provincii Východní Flandry anebo přispěli k řadě realizací v této oblasti (např. inventarizační databáze Spiller, zavádění case managementu a koordinace péče, dohoda o spolupráci mezi zařízeními pro léčbu užívání látek).

## Literatura

- Aelvoet, M. & Vandenbroucke, F. (2001). *De psyche: mij een zorg?! Geestelijke gezondheidszorg door participatie en overleg*. Brussel: Ministerie van Volksgezondheid, Consumentenzaken en Leefmilieu.
- American Psychiatric Association (APA). (1996). *DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (fourth edition)*. Washington: American Psychiatric Association.
- Brindis, C. D. & Theidon, K. S. (1997). The role of case management in substance abuse treatment services for women and their children. *Journal of Psychoactive Drugs*, 29(1), 79–88.
- Broekaert, E. & Vanderplasschen, W. (2003). Towards an integrated treatment system for substance abusers: report on the second international symposium on substance abuse treatment and special target groups. *Journal of Psychoactive Drugs*, 35(2), 237–245.
- Broekaert, E., Vandevelde, S., Vanderplasschen, W., Soye, V. & Poppe, A. (2002). Two decades of "research-practice" encounters in the development of European therapeutic communities for substance abusers. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56, 371–377.
- Claeys, P. & Lievens, K. (2003). Zorgcircuits st(r)ikken in netwerken: ervaringen en dromen vanuit een overlegplatform geestelijke gezondheidszorg. *Psychiatrie en Verpleging: Tijdschrift voor hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg*, 79(4), 210–232.
- Clark, R. E. & Fox, T. S. (1993). A framework for evaluating the economic impact of case management. *Hospital and Community Psychiatry*, 44(5), 469–473.
- De Meulemeester, P., Molenberghs, G., Nassen, E. & Bellings, P. (1998). Een pragmatisch en patiëntgericht raamkader voor de geestelijke gezondheidszorg. *Acta Hospitalia*, 38(3), 29–44.
- De Ruyver, B. & Casselman, J. (2000). *Het Belgisch drugbeleid anno 2000: een stand van zaken drie jaar na de aanbevelingen van de parlementaire werkgroep drugs*. Leuven – Ghent: Katholieke Universiteit Leuven, Onderzoeksgroep Drugbeleid, Strafrechtelijk Beleid en Internationale Crimnaliteit.
- de Weert-van Oene, G. & Schrijvers, A. (1992). *Van lappendeken naar zorgcircuit: circuitvorming in de Utrechtse verslavingszorg*. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, Vakgroep Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie.
- DiNitto, D. M., Webb, D. & Rubin, A. (2002). The effectiveness of an integrated treatment approach for clients with dual diagnose. *Research on Social Work Practice*, 12(5), 621–641.
- Drake, R. E., Mercer-McFadden, C., Mueser, K. T., McHugo, G. J. & Bond, G. R. (1998). Review of integrated mental health and substance abuse. *Schizophrenia Bulletin*, 24(4), 589–608.

- Drake, R. E., Yovetich, N. A., Bebout, R. R., Harris, M. & McHugo, G. J. (1997). Integrated treatment for dually diagnosed homeless adults. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(5), 298–305.
- Federale Regering. (2001). *Beleidsnota van de federale regering in verband met de drugproblematiek*. Brussel: Federale regering.
- FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. (2002). *Implementatie van de functie zorgcoördinator binnen de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg met betrekking tot de behandeling van personen met een middelengerelateerde stoornis (niet-gepubliceerde samenwerkingsovereenkomst)*. Brussel: Directoraat-generaal Organisatie Gezondheidsvoorzieningen, Dienst Geestelijke Gezondheidszorg, Cel Gezondheidszorg Drugs.
- Galanter, M., Keller, D., Dermatis, H. & Egelko, S. (2000). The impact of managed care on substance abuse treatment: A report of the American Society of Addiction Medicine. *Journal of Addictive Diseases*, 19(3), 13–34.
- Graham, K., Timney, C., Bois, C. & Wedgerfield, K. (1995). Continuity of care in addictions treatment: the role of advocacy and coordination in case management. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 21(4), 433–451.
- Greenbaum, T. (2000). *Moderating focus groups: a practical guide for group facilitation*. Thousand Oaks: Sage.
- Hendriks, V., Kaplan, C. D., van Limbeek, J. & Geerlings, P. (1989). The Addiction Severity Index: Reliability and validity in a Dutch addict population. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6(2), 133–141.
- Knapen, J. & Van Holsbeke, J. (1997). Een masterplan voor de organisatie en inhoudelijke vernieuwing van de geestelijke gezondheidszorg. Situering van en toelichting bij twee adviezen van de nationale raad voor ziekenhuisvoorzieningen. *Hospitalia*, 41(4), 148–154.
- Koller, E. (1999). The policy-maker's perspective. In European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (Eds.), *Evaluating the Treatment of Drug Abuse in the European Union (EMCDDA Scientific Monograph Series N°3)* (pp. 79-84). Luxembourg: Office for Official publications of the European Communities.
- Maertens, J. (1997). Opbouwen van een zorgcircuit toxicomanie: een probleem zo groot als het werkveld. *Hospitalia*, 41(4), 171–180.
- Minkoff, K. (2000). An integrated model for the management of co-occurring psychiatric and substance disorders in managed-care systems. *Disease Management & Health Outcomes*, 8(5), 251–257.
- Nassen, E. (1999). Nieuwe begrippen voor een nieuwe toekomst van de geestelijke gezondheidszorg. *Hospitalia*, 43(3), 111–124.
- Nassen, E. (2001). Tien stappen in de concretisering van een nieuw begrippenkader voor de geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Klinische Psychologie*, 31(1), 37–48.
- Nassen, E., Theunis, K., Du Laing, L. & Van Holsbeke, J. (1999). *Nieuw beschrijvend begrippenkader Geestelijke gezondheidszorg*. Brussel: Licap.
- Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV). (1997). *Advies (2de deel) van de permanente werkgroep "psychiatrie" inzake toekomstige organisatie en ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg*. Brussel: Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, Bestuur Gezondheidszorg, Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen.



- Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV). (2002). *Advies betreffende de opvang van verslaafden*, Brussel: Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu Bestuur Gezondheidszorg, Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen.
- Öberg, D., Gerdner, A., Sallmén, B., Jansson, I. & Segræus, V. (2000). *Monitoring Area Phase System – Unit (unpublished questionnaire)*. Stockholm: National Board of Institutional Care (SiS).
- Oliva, H., Görgen, W., Schlanstedt, G., Schu, M. & Sommer, L. (2001). *Case management in der Suchtkranken- und Drogenhilfe: Ergebnisse des Kooperationsmodells nachgebende Sozialarbeit – Modellbestandteil Case management, Berichtszeitraum 1995–2000*. Köln: Fogs, Gesellschaft für Forschung und Beratung in Gesundheits- und Sozialbereich mbH.
- Parnassia. (2003). *Bedrijfsplan Parnassia 2002–2003 (unpublished business plan)*. Retrieved July 23, 2003, from <http://www.parnassia.nl/algemeen/bedrijfsplan/>.
- Prochaska, J., DiClemente, C. & Norcross, J. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102–1114.
- Raes, V., Lenders, F. & Geirnaert, M. (1995). *Drughulpverlening in Vlaanderen: Feiten in problemen*. Brussel: Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen.
- Rapp, R. C., Siegal, H. A., Li, L. & Saha, P. (1998). Predicting post-primary treatment services and drug use outcome: A multivariate analysis. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 24(4), 603–615.
- Scott, C. & Foss, M. (2002). Impact of centralized intake on drug and alcohol treatment placement decisions. *Journal of Psychoactive Drugs*, 34(1), 7–15.
- Sears, C., Davis, T. & Guydish, J. (2002). Effects of treatment history and centralized intake on drug treatment outcomes. *Journal of Psychoactive Drugs*, 34(1), 87–95.
- Siegal, H., Rapp, R., Li, L., Saha, P. & Kirk, K. (1997). The role of case management in retaining clients in substance abuse treatment: an exploratory analysis. *Journal of Drug Issues*, 27(4), 821–831.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (1998). *Comprehensive case management for substance abuse treatment, TIP Series 27*. Rockville: U.S. Department of health and human services, Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment.
- Swanborn, P. G. (1994). *Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek*. Boom: Meppel-Amsterdam.
- van Achterberg, T., Stevens, F., Hekkink, M., Crebolder, H. & Philipsen, H. (1995). Implementing coordination of care: task performance and problems encountered. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 9(4), 209–217.
- Vanderplasschen, W., De Bourdeaudhuij, I. & Van Oost, P. (1999). *Eindrapport onderzoeksproject case management in de Oost-Vlaamse drughulpverlening (unpublished research report)*, Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Gedragstherapie en Psychologische begeleiding.
- Vanderplasschen, W., De Bourdeaudhuij, I. & Van Oost, P. (2002). Coordination and continuity of care in substance abuse treatment: an evaluation-study in Belgium. *European Addiction Research*, 8, 10–21.
- Vanderplasschen, W., Lievens, K. & Broekaert, E. (2001). *De instroom in de Oost-Vlaamse drughulpverlening: registratie van intakes en aanmeldingen tussen oktober 1999 en mei*

- 2000 (*Orthopedagogische Reeks Gent Nummer 13*). Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.
- Vanderplasschen, W., Lievens, K. & Broekaert, E. (2001). *Implementatie van een methodiek van case management in de drugbulpverlening: een proefproject in de provincie Oost-Vlaanderen (Orthopedagogische Reeks Gent Nummer 14)*. Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.
- Vanderplasschen, W., Mostien, B., Claeys, P., Raes, V. & Van Bouchaute, J. (2001). *Conceptnota organisatiemodel zorgcircuit middelenmisbruik (Orthopedagogische Reeks 12)*. Ghent, Belgium: Ghent University, Department of Orthopedagogics.
- Vaughn, T., Sarrazin, M. V., Saleh, S. S., Huber, D. L. & Hall, J. A. (2002). Participation and retention in drug abuse treatment services research. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23(4), 387–397.
- Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD). (2001). *Visietekst Zorgcircuit 'Problematisch middelengebruik'*. Brussel: Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen.
- Wet houdende maatregelen inzake gezondheidszorg. (2002, 14 Januari). Belgisch Staatsblad 22/2/2002; 172(61): 6777–6797.
- Willenbring, M. (1996). Case management applications in substance use disorders. In H. Siegal & R. Rapp (Eds.), *Case management and substance abuse treatment: practice and experience* (pp. 51–76). New York: Springer Publishing Company.
- Wolf, J. (1995). *Zorgvernieuwing in de GGZ: Evaluatie van achttien zorgvernieuwingprojecten*. Utrecht: Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid.

Publikace vznikla a byla vydána pod odbornou záštitou a koordinací:



Centra adiktologie, PK 1. LF UK v Praze a VFN v Praze

Díky finanční podpoře:

projektu Příprava a rozvoj denního magisterského studia oboru adiktologie  
CZ.2.17/3.1.00/31430



Evropský sociální fond  
„Praha & EU: Investujeme do vaší budoucnosti“

Tento projekt je financován Evropským sociálním fondem, státním rozpočtem České republiky a rozpočtem hlavního města Praha.