



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

Úřad vlády České republiky



Zahraniční pracovní cesta do Velké Británie

Bližší seznámení se systémem plánování a řízení sítě drogových služeb ve Velké Británii, resp. v Anglii¹, umožnilo pracovníkům projektu „Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb v rámci integrované protidrogové politiky“ identifikovat silné stránky tohoto systému a možné zdroje inspirace pro dílčí úpravy českého systému. Zároveň se stalo podnětem k jisté opatrnosti, pokud jde o některé principiální zásahy do podoby řízení a financování služeb, které byly v nedávné době v Anglii implementovány a o nichž se v rámci systémové reformy do budoucna uvažuje i v českém kontextu. Skutečnost, že anglický systém je stále do značné míry systémem v transformaci, kde některé staré mechanismy stále „dobíhají“, zatímco ty nově zavedené se dosud mohly projevit jen v omezeném rozsahu, poněkud komplikuje hodnocení systému jako celku. Na druhé straně přímý náhled na proměnu umožnil dozvědět se z první ruky, jak rozliční aktéři systému vnímají bezprostřední dopady této transformace, popř. jak se na ně adaptují.

Do roku 2013 spadalo plánování drogových služeb na území Anglie pod gesci National Treatment Agency for Substance Misuse (NTA). Agentura NTA je zapojená do systému služeb National Healthcare Service a úzce spolupracuje se zástupci místních samospráv a poskytovateli služeb. Za působení NTA byl také vybudován systém sběru, monitorování a vyhodnocování dat National Drug Treatment Monitoring System (NDTMS), dále byla např. zpracována ucelená metodika zjišťování potřeb cílových skupin drogových služeb. V roce 2013 NTA zanikla a agenda plánování drogových služeb i některé dílčí orgány (včetně NDTMS) přešly pod Public Health England (PHE). Současně s tím došlo k významné decentralizaci pravomocí ve prospěch samospráv (municipalit), což znamenalo mj. významnou ztrátu závaznosti existujících standardů a pravidel.

Zástupci PHE, s nimiž se pracovníci projektu setkali, vnímali dosavadní dopady proběhlé decentralizace systému jako v mnoha ohledech problematické, dokonce explicitně doporučovali nepřistupovat k podobným krokům, máme-li v rámci ČR možnost ponechat systém více centralizovaný. Problémy spatřovali především na straně zástupců samospráv zodpovědných za vytváření a financování místních sítí služeb. Ti podle nich často nejsou dostatečně kompetentní činit kvalifikovaná rozhodnutí, případně jsou náchylní podléhat místním politickým tlakům. Přitom politici často nejsou schopni posoudit odbornou způsobilost služeb či vyhodnotit jejich potřebnost. Kriticky se v této věci vyjádřili i kontaktovaní poskytovatelé služeb; problematické aspekty decentralizace nadto dávali do souvislosti s dopady stávajícího systému financování služeb. Tento systém v nezanedbatelné míře akcentuje tržní princip volné soutěže oproti garanci stabilní podpory jednotlivým službám, objem dostupných prostředků v systému navíc dlouhodobě klesá. Nekompetence a omezená „accountability“, tedy předvídatelnost a odpovědné chování, osob zodpovědných na lokální úrovni v kombinaci s omezenou jistotou finanční podpory mohou nakonec vést (a v minulosti vedly) k vypadávání kvalitních a potřebných služeb z místních sítí služeb.

Významným, systémovými reformami relativně nepoznamenaným, prvkem systému se jeví být monitorovací systém NDTMS. Ačkoli používání protokolů předepisovaných NDTMS ze strany služeb je v současné době z centrální úrovně relativně omezeně vymahatelné, podle zástupců PHE jde o natolik robustní a efektivní systém, že i nadále představuje nepsaný standard pro naprostou většinu poskytovatelů služeb. Jak ale upozornili zástupci poskytovatelů služeb, velmi záleží na tom, jak se s daty integrovanými v NDTMS ve výsledku pracuje. Důrazně se vymezovali zejména vůči některým pokusům poměřovat potřebnost služby několika málo z kontextu vytrženými indikátory úspěšnosti léčby, např. procentem klientů, kteří ukončili léčbu, či procentem klientů, kteří po uplynutí určité doby od ukončení léčby relabovali, popř. významně omezili užívání. Tyto údaje

¹ Skotsko, Wales a Severní Irsko disponují v této oblasti vlastními řídicími a koordinačními orgány a systém drogových služeb mají v různých ohledech odlišně nastavený.

má smysl dlouhodobě sledovat, neměly by však sloužit jako podklad pro kategorické hodnocení potřebnosti služby a v konečném důsledku i rozhodování o jejím nároku na další existenci. Tento přístup k práci s daty se ukazuje jako zvláště nebezpečný v kontextu omezené garance finanční podpory služeb, jak ji popisujeme výše. V Anglii nevedl v minulosti dobrým výsledkům a byl do značné míry opuštěn.

Porovnáme-li systém NDTMS s monitorovacím systémem uplatňovaným v ČR, můžeme za jeho hlavní přednosti považovat především:

- Jednotnost vykazování údajů o využití služeb
 - o Horizontální koordinace služeb zahrnuje jediný institucionální rámec, tj. rámec zdravotní péče (který je nicméně vymezený šířeji než v ČR a zahrnuje i služby, které jsou ze své podstaty spíše sociálními službami). Na rozdíl od praxe vícečetného vykazování, který funguje v ČR, tak nevznikají problémy s integrací různých systémů vykazování na straně správců sítí služeb ani nadbytečné administrativní náklady spojené s tímto vykazováním na straně poskytovatelů služeb.
- Průběžné poskytování zpětné vazby poskytovatelům služeb
 - o Údaje vykazované službami jsou jednou za čtvrt roku (tj. čtyřikrát častěji, než je tomu např. v případě systému vykazování RVKPP v ČR) vyhodnocovány a následně vráceny službám současně s výčtem nezávazných doporučení týkajících se možností zlepšení poskytované péče.
- Systematičnost a komplexnost práce s daty
 - o Data integrovaná v NDTMS mají nepatrně širší záběr než obdobná data sbíraná v rámci ČR, mezi nimiž schází např. údaje o procentu klientů, kteří po uplynutí určité doby od ukončení léčby relabovali, či v nějakém rozsahu omezili užívání. Znatelnější rozdíl lze pozorovat, pokud jde o analytické využití dat, např. ke konstrukci komplexních predikčních modelů prevalence užívání návykových látek, jimž podobné nejsou v současnosti realizovány v ČR.

Nespornou výhodou anglického systému je relativně velké množství dostupných metodik a příruček věnovaných rozličným aspektům poskytování drogových služeb a tvorby jejich sítí, od zjišťování potřeb přes hodnocení kvality služeb až po zařazování služeb do sítí a jejich financování. Tyto materiály zpravidla obsahují jak popis základních obecných principů péče a zajišťování její dostupnosti, tak i některá velmi konkrétní doporučení. Např. byl v minulosti vypracován klíč k hodnocení potřebnosti služeb, přisuzující váhy různým indikátorům podle toho, v jaké míře by měly být zohledňovány v rámci výsledného zařazování služeb do sítí. I v této oblasti nicméně platí, že uvádění těchto doporučení do praxe na lokální úrovni je poznamenáno omezenou možností jejich kontroly ze strany centrálních orgánů.

Jako příklad dobré praxe je dále na místě zmínit rozvinutou tradici fungování *peer groups*, neboli uživatelských skupin. Tyto skupiny fungují nejen jako významný zdroj podpory pro uživatele návykových látek, kteří nejsou momentálně v kontaktu se službami nebo již absolvovali ambulantní či pobytovou léčbu, nýbrž se realizují i v rámci systémového plánování služeb. Jejich hlas při tom nemá zdaleka zanedbatelnou váhu. Podle sdělení vedoucího navštíveného komunitního centra byla v minulosti tomuto zařízení garantována další podpora i na základě organizované přímluvy ze strany jeho bývalých klientů

Shrnutí

Příklady dobré praxe	Potenciální zdroje rizik
<ul style="list-style-type: none"> > NDTMS – jednotný, komplexní monitorovací systém, zajišťující pravidelnou zpětnou vazbu poskytovatelům služeb > Existence velkého množství metodických materiálů pokrývajících mnoho různých aspektů poskytování služeb a tvorby jejich sítí > Existence uživatelských <i>peer groups</i> a jejich 	<ul style="list-style-type: none"> > Decentralizace pravomocí ve prospěch místních samospráv bez dostatečného zajištění kvalifikovanosti a „accountability“ zodpovědných osob > Hodnocení potřebnosti služeb a rozdělování finančních prostředků službám na základě dílčích indikátorů úspěšnosti léčby

systematické zapojení do plánování služeb

Z podkladů pracovníků projektu zpracovala M. Valentová