

SPRÁVA O ŠTUDIJNOM POBYTE VO ŠVAJČIARSKU

V rámci tréningového projektu Pompidou Group pri Rade Európy v mesiacoch marec a apríl 1996 som absolvoval štúdijný pobyt vo švajčiarskom Zürichu. Tréningový projekt Pompidou Group je zameraný na výcvik odborných pracovníkov z krajín strednej a východnej Európy, ktorí pracujú v oblasti drogovej závislosti a drogovej problematiky, má multidisciplinárny záber. Okrem lekárov a psychológov sa na ňom zúčastnili aj pedagogickí pracovníci, pracovníci štátnej správy a polície.

Na základe záujmu o medicínsky aspekt tejto problematiky mi uvedená inštitúcia poskytla pobyt v Zürichu, kde som mal možnosť oboznámiť sa s riešením drogového problému jednak z celkového hľadiska, ale aj s jednotlivými aktivitami vytvárajúcimi hustú sieť zariadení, ďaleko presahujúcu pôsobnosť zdravotníctva a psychiatrie.

Pri liečbe drogovu závislých vo Švajčiarsku boli v minulosti pomerne dlhý čas v popredí snahy o abstinenciu, ako aj psychoterapeutické aspekty liečby. Praha pre metadonovú substitučnú liečbu, ktorá sa začala a právne bola zakotvená v roku 1975 bol nasadený vysoko, pričom len malý podiel závislých profitoval z takéhoto prístupu. V posledných rokoch sa do centra pozornosti začal presadzovať problém poškodenia telesného zdravia závislých, ako aj bazálne otázky prežitia jedincov, žijúcich na okraji spoločnosti.

Po skôr konvergujúcej tendencii v začiatkoch v praxi sa situácia koncom 80-tých rokov začala významne meniť. Zmeny súviseli s progresiou HIV epidémie a výrazným vzostupom dopytu po metadonovej substitučnej liečbe. Prax sa stala po všetkých stránkach podstatne heterogénnejšia, všeobecne ale možno povedať, že sa presadil nízkoprahový prístup. Kým napríklad v roku 1982 bolo vo Švajčiarsku v metadonovej substitučnej liečbe zareadených 873 pacientov, v roku 1994 ich bolo už 14 000. Začiatkom 90-tých rokov sa vytvorili aj právne predpoklady pre nízkoprahový prístup, kde sa do popredia kladie zmiernenie problému a zlepšenie životných podmienok závislých.

K tradičným pilierom riešenia drogového problému, prevencii, represii a terapii prístupuje štvrtý pilier, a to "Überlebenshilfe" – pomoc prežitiu. Je to ďalšia dimenzia, ktorá má vo Švajčiarsku rovnocenné postavenie s prvými tromi. Metadonová substitučná liečba sa však považuje za riešenie druhej voľby, detoxikačné a abstinencné postupy majú prioritu. Dlhodobým cieľom metadonovej terapie je taktiež život bez drogy, abstinencia, čo však nie je možné vždy dosiahnuť.

Od septembra 1991 sú všetky metadonové substitučné programy v kantone Zürich podriadené štandardizovanej a systematickej ohlasovacej službe, čo umožňuje vyhodnocovať výsledky takejto liečby. Dôležitým cieľom je vytvoriť základy a podklady pre budúce politické rozhodnutia, ako aj pripraviť nové poznatky pre lekárov pracujúcich v tejto oblasti. Centrálnu úlohu pri metadonovej substitučnej liečbe v kantone Zürich majú praktickí všeobecní lekári, a to napriek dobre vybudovanej sieti nízkoprahových zariadení s vysokou kapacitou miest. Psychiatri v privátnej praxi sa tejto činnosti nevenujú. V roku 1995 bolo v kantone Zürich 253 miest, kde sa podával metadon. Vzostup súvisel s uzatvorením otvorených drogových scén v meste Zürich.

Prax ale ukázala, že ani takýmto voľnejším prístupom sa nepodarilo podchytiť celú, resp. podstatnú časť tej skupiny závislých, ktorí sú najviac zasiahnutí sociálnymi a zdravotnými následkami užívania tvrdých drog. Po starostlivých prípravách a politických rozhodnutiach sa začali od roku 1994 realizovať pilotné projekty s podávaním heroínu, s dôrazným a systematickým sledovaním a vedeckým vyhodnocovaním. Projekty sú v súčasnosti stále otvorené a ešte nie sú definitívne vyhodnotené.

V súčasnosti možno situáciu v riešení drogového problému v Zürichu z hľadiska lekára hodnotiť takto: Od začiatku 90-tých rokov, kedy sa uzatvorili otvorené drogové scény v najväčšom meste Švajčiarska, najviac zasiahnutom drogovým problémom, vzniklo mnoho zariadení a inštitúcií s viac či menej medicínskym charakterom, kde sa realizuje

dlhodobá liečba a starostlivosť o závislých rozličným spôsobom. Možno sa stretnúť s klasickým poňatím v zmysle vedenia k abstinencii od drogy, ďalej s paliatívnymi pragmatickými prístupmi a prechodmi medzi prvým a druhým. Liečba sa realizuje ambulantne, ale aj stacionárne, alebo polostacionárne. Sieť je doplnená zariadeniami, ktoré sa orientujú predovšetkým na somatickú starostlivosť. Prvý kontakt zabezpečujú tzv. kontaktné miesta, kde závislí dostávajú informácie, sociálnu pomoc, môžu si pokojne aplikovať drogu, ktorú si musia priniesť. Predchádza sa tým vytváraniu otvorených drogových scén v meste. Nie všetky takéto zariadenia sú štátne, niektoré sú privátne, pobyt v oboch hradia poisťovne. Medzi jednotlivými zariadeniami neexistuje zvláštna koordinácia alebo prepojenie, pracujú autonómne. V súčasnosti ponuka miest v jednotlivých zariadeniach prevyšuje dopyt, problém s obsadzovaním majú hlavne zariadenia s vyšším prahom. Personálne sú tieto zariadenia vybavené rôzne. Celkovo prevláda personál so vzdelaním v pedagogicko-sociálnej oblasti, psychológovia, úloha lekárov vrátane psychiatrov je prevažne konziliárneho charakteru. V zariadeniach, kde sa uskutočňuje metadonová substitučná terapia je samozrejme väčšia účasť lekárov. Detoxikácia prebieha na psychiatrických oddeleniach či klinikách, odkiaľ v prípade záujmu pacientov poukazujú do spomenutých špecializovaných zariadení.

Pozoruhodná je sieť komplementárnych reintegračných zariadení, kde sa poskytuje možnosť pracovného zapojenia závislých s možnosťou zárobku minimálne v úrovni životného minima. Túto možnosť (verejno-prospešné práce, chránené dielne) využíva pomerne veľký počet závislých, súčasne sú však aj evidovaní v terapeutických inštitúciách.

Je evidentné, že spoločnosť investuje do

týchto aktivít nemálo finančných prostriedkov, čo je stále predmetom neutíchajúcej spoločenskej diskusie o účelnosti použitých prostriedkov.

V závere by som chcel zhrnúť niekoľko osobných postrehov, ktoré som počas pobytu nadobudol:

– Pri návštevách jednotlivých zariadení, ktoré si často vzájomne konkurovali, bolo cennou skúsenosťou, že pracovníci jednotlivých zariadení sa s úctou vyjadrovali o iných typoch liečby v konkurenčných inštitúciách, opakovane sa zdôrazňovala informácia, že čím širšia je ponuka liečebných možností, tým možno očakávať širší záber a lepší celkový efekt.

– Spoločnosť ako celok prijala stanovisko, že tejto skupine obyvateľstva treba pomôcť, že ide o fenomén, ktorý nemožno zjednodušené chápať v zmysle "sami si to spôsobili, tak im treba", ale ako jav so širšími psychologickými a sociálnymi súvislosťami. Pomoc sa realizuje konkrétnymi pragmatickými opatreniami, ktoré sú kontrolované a hodnotiteľné.

– Celkové riešenie, vysokoprahový model kontra nízkoprahový prístup je stále otvoreným problémom s vecou permanentnej diskusie na občianskych, ale najmä odborných a politických fórach. Nízkoprahový prístup, podporovaný predovšetkým ľavicovým politickým spektrom, je kritizovaný pravicovými skupinami, ktoré v plnej miere neakceptujú nízkoprahové riešenie spojené s veľkými finančnými výdavkami.

Celkový pobyt možno hodnotiť ako veľmi prospešný, napomohol lepšiemu pohľadu do danej problematiky, a aj keď má každá krajina neporovnateľné špecifiká, niektoré spôsoby riešenia a prvky práce by mohli byť prospešné aj v našich podmienkach.

MUDr. I. André