

Pracovní listy

**Srovnávací přehled vývoje
a provádění case manage-
mentu u onemocnění souvi-
sejících s užíváním látek
v Severní Americe a Evropě**



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

4 Srovnávací přehled vývoje a provádění case managementu u onemocnění souvisejících s užíváním látek v Severní Americe a Evropě¹

OBSAH KAPITOLY. Case management byl v několika zemích adaptován pro práci s osobami, které mají poruchy související s užíváním látek, přičemž se očekává pozitivní dopad na zapojení do léčby a udržení pacienta v léčbě, koordinaci služeb a výsledky léčby z hlediska užívání drog. Jelikož významným činitelem úspěšného vedení případu je promyšlená implementace, zabývá se tento dokument šesti hlavními otázkami, jež se implementace týkají, a uplatňuje srovnávací pohled (na základě zkušeností ze Spojených států, Nizozemska a Belgie). Za prvé se zaměříme na motivy, cíle a cílové populace intervence. Za druhé se věnujeme integraci case managementu do systému služeb. Za třetí rozebíráme čtyři různé modely, jejich základní znaky a účinky. Za čtvrté se zabýváme dovednostmi a kvalifikací manažera případu a základní podporou, kterou manažer případu potřebuje. Za páté pojednáváme o financování a kontinuitě programu. Závěrem se zaměříme na vhodné metody hodnocení a aspekty řízení jednotlivých případů, které vyžadují další výzkum.

1 Tato kapitola vychází z následujícího zdroje: Vanderplasschen, W., Rapp, R. C., Wolf, J. & Broekaert, E. (v tisku). Comparative review of the development and implementation of case management for substance use disorders in North America and Europe. *Psychiatric Services* (přijato k publikaci 13. května 2004).

4.1 Úvod

Case management je považován za jednu z nejdůležitějších inovací v oblasti duševního zdraví a komunitní péče v posledním desetiletí (Holloway & Carson, 2001). Jde o strategii orientovanou na klienta, jejímž cílem je zlepšit koordinaci a kontinuitu péče, zejména pro osoby s vícečetnými potřebami (Moxley, 1989). Bez ohledu na spornou otázku, zda a v jaké formě (v jakých formách) a do jaké míry je vedení případu efektivní, má intervence dlouhou historii v léčbě populací trpících některými duševními chorobami ve Spojených státech, Austrálii, Kanadě a několika evropských zemích (Burns, Fioritti, Holloway, Malm & Rossler, 2001; Erdmann & Wilson, 2001; Rochefort & Goering, 1998; Rosen & Teesson, 2001; Ziguras & Stuart, 2000).

Od roku 1980 byl case management adaptován pro práci s osobami, které mají poruchy související s užíváním látek (Graham & Birchmore-Timney, 1990; Ogborne & Rush, 1983; Rush & Ekdahl, 1990), jelikož problém začal být ve zvýšené míře chápán jako mnohostranné, chronické a recidivující onemocnění, které vyžaduje komplexní a kontinuální přístup (Brindis & Theidon, 1997; McLellan, 2002). Ačkoli byl modelován podle příkladu z oblasti léčby duševních onemocnění, vyvíjel se case management pro osoby užívající látky spíše samostatně, což dokládá – od počátku výrazný – rozdíl mezi péčí o duševní zdraví a léčbou drogové závislosti v několika zemích (Ridgely & Jerrell, 1996; SAMHSA, 1998; Broekaert & Vanderplasschen, 2003). Lightfoot et al. (1982) ukázali jako první, že intervence by mohla snížit postupný úbytek pacientů v léčbě a zlepšit tak její psychosociální výsledky i výsledky z hlediska užívání drog a alkoholu. Od 90. let 20. století zavedly case management stovky programů v Kanadě a ve Spojených státech a v některých evropských zemích (např. Německo, Nizozemsko a Belgie) (EMCDDA, 2001; SAMHSA, 1998), přičemž očekávaly pozitivní vliv na zapojení do léčby, udržení pacientů v léčbě a koordinaci služeb z hlediska užívání drog. Zvýšená potřeba vedení případů byla přisuzována stále větší komplexnosti problémů jednotlivých pacientů i systémů péče (Brindis & Theidon, 1997; Willenbring, 1996).

I přes své široké uplatnění a popularitu není case management jednotně definován a jeho praktické provádění se různí kvůli odlišným cílům, odlišným cílovým populacím, proměnným faktorům programů a systémů a dalším bezprostředně místním problémům (Ridgely, 1996; Ridgely & Willenbring, 1992; Wolf, Mensink & van der Lubbe, 2002). Jedna z prvních definic popisovala tuto intervenci jako „tu část léčby užívání návykových látek, která klientům poskytuje trvalou podpůrnou péči a umožňuje propojení s odpovídajícími zdroji pomoci v komunitě“ (Birchmore-Timney & Graham, 1989). Přesnější charakteristika intervence vymezuje její základní funkce: posouzení, plánování, propojování, monitoring a zastoupení (SAMHSA, 1998). Téměř pro

všechna uplatnění intervence dále platí některé obecné zásady: intervence probíhá v komunitě, vychází z potřeb klienta; dále je to pragmatičnost, pružnost, anticipace, kulturní citlivost a zajištění jediného kontaktního místa.

Protože za faktory významné pro úspěšné provádění a výstupy byly označeny promyšlená konceptualizace a implementace (Burns et al., 2001; Inciardi, Martin, Butzin, Hooper & Harrison, 1996; Jerrell & Ridgely, 1999; Perl & Jacobs, 1992; Wolf et al., 2002), provedli jsme srovnávací průzkum dostupné literatury se zaměřením na otázky týkající se provádění case managementu v případech onemocnění souvisejících s užíváním návykových látek. Cílem průzkumu je poskytnout vhled do některých doporučení při vývoji intervence, jež lze odvodit ze zkušeností v Severní Americe (USA) a v Evropě (Nizozemsko a Belgie) – ty můžeme volně označit za tři různé body možné škály přístupů. Srovnání vycházelo ze zkoumání podobností a odlišností mezi vybranými zeměmi v průběhu semináře o case managementu na akci „Třetí mezinárodní symposium o léčbě užívání látek a speciálních cílových skupinách“ (Blankenberge, Belgie, 5. až 6. března 2001) (Broekaert, Vandevelde, Vanderplasschen, Soyez & Poppe, 2002). Jednání mezi výzkumnými pracovníky z těchto zemí vedla ke společnému vymezení šesti klíčových otázek, které jsou rozpracovány v tomto článku na základě dostupné literatury a empirických důkazů. Informace byly získány opakovaným vyhledáváním v databázích Medline, PsycLit a the Web of Science.

4.2 Klíčové otázky provádění case managementu

- **Kterými problémy se case management zabývá a jaké jsou cíle a cílová skupina této intervence?**

Hlavním impulzem pro uplatnění case managementu jako doplňku a rozšíření léčby užívání látek bylo zjištění, že mnoho osob užívajících látku má vedle samotného užívání látek ještě další závažné problémy (Oppenheimer, Sheehan & Taylor, 1988; Sullivan, Hartmann, Dillon & Wolk, 1994; Vanderplasschen, De Bourdeaudhuij & Van Oost, 2002; Westermeyer, 1989; Wolf & Planije, 2002).

Ve Spojených státech byly dalšími podněty k zavedení intervence také nedostatek a selektivní dostupnost služeb, nedostatky v celkové kvalitě poskytování služeb (odpovědnost, kontinuita, komplexnost, koordinace, efektivita, účinnost) a dále snižování nákladů (Hall, Carswell, Walsh, Huber & Jampoler, 2002; SAMHSA, 1998; Ridgely & Willenbring, 1992; Willenbring, 1996). Jeho implementace v Nizozemsku nebyla motivována ani tak ekonomickými hledisky, jako spíše špatnou kvalitou života mnoha chronicky závislých uživatelů

a obtěžováním veřejnosti, které tyto osoby působí v centrech měst (Wolf & Planije, 2002). V Belgii byly hlavními důvody pro zavedení case managementu chronické a komplexní problémy mnoha osob užívajících látku a nedostatečná koordinace a kontinuita péče (Vanderplasschen et al., 2002).

Na rozdíl od Spojených států amerických, kde je case management uplatňován ve stovkách programů a státních zařízení od počátku 90. let 20. století, nebyla v Evropě tato intervence u osob užívajících látku uplatňována v tak široké míře. Důvodem byla mimo jiné vyšší dostupnost a přístupnost služeb a menší důraz na snižování nákladů a rozporuplné výsledky ohledně účinnosti case managementu pro psychicky nemocné osoby. Nedávné reformy v léčbě návykových látek (např. v Nizozemsku, Německu a Belgii) však posunuly dostupnost, kontinuitu, nákladovou efektivitu a účinnost do středu zájmu a podnítily zájem o case management (Broekaert & Vanderplasschen, 2003; De Weert-van Oene & Schrijvers, 1992; Oliva, Gorgen, Schlanstedt, Schu & Sommer, 2001). Od roku 1995 vzniklo více než 50 projektů, které v Nizozemsku intervenci uplatňují (Wolf & Planije, 2002), zatímco počet projektů case managementu pro tuto populaci v Belgii se omezuje na 5 nebo 10 (Vanderplasschen, 2002).

Ve Spojených státech byl case management úspěšně zaveden s cílem zvýšit účast a setrvání v léčbě u osob užívajících látku obecně (McLellan et al., 1999; Saleh et al., 2002; Shwartz, Baker, Mulvey & Plough, 1997; Siegal, Rapp, Li, Saha & Kirk, 1997) a u populací s vícečetnými potřebami, které se potýkají s určitými překážkami v přístupu ke službám nebo udržení kontaktu s nimi, jako jsou například těhotné ženy, matky, mladiství, problémoví uživatelé alkoholu na veřejnosti, osoby s duální diagnózou a osoby infikované HIV (Braucht et al., 1995; Brindis & Theidon, 1997; Drake & Noordsey, 1994; Godley, Godley, Pratt & Wallace, 1994; Laken & Ager, 1996; Sorensen et al., 2003; Willenbring, Whelan, Dahlquist & O'Neal, 1990). Většina z těchto programů se snaží podporovat abstinenci, zatímco evropské programy uplatňují spíše harm reduction. V Nizozemsku se provádění case managementu zaměřovalo především na silně závislé osoby (např. pouliční prostitutky, matky s malými dětmi, bezdomovce a osoby s duální diagnózou), kterým stávající služby mnohdy neposkytují (dostatečnou) podporu. Hodnocení intervence mezi poskytovateli léčby ukázalo, že case management přispívá ke stabilizaci situace těchto osob (Broër & Noyon, 1999). V Belgii byl case management vyhrazen pro osoby užívající látku s mnohočetnými a komplexními problémy a několika dřívějšími léčebnými epizodami, což vedlo k lepším výsledkům klienta a koordinaci poskytování služeb (Vanderplasschen, Lievens & Broekaert, 2001).

Cílové skupiny mohou zahrnovat i klienty užívající látku, kteří se dostali do systému trestní justice (např. Spojené státy a Nizozemsko). Uplatnění case managementu bylo v těchto případech spojeno s poklesem užívání drog, snížením

recidivy a zvýšeným využíváním služeb, přetrvává však nejistota ohledně různých účinků prvků donucování v case managementu (Cook, 1992; De Koning & Hessing, 2000; Martin & Scarpitti, 1993; Rhodes & Gross, 1996; Van Stelle, Mauser & Moberg, 1994). Intervence byla dále často využívána k řešení případů „nejproblematičtějších klientů“. Volba populace souvisela s nepříznivými výsledky v oblasti péče o duševní zdraví (Burns et al., 2001), přičemž řada studií mezi osobami užívajícími drogy ukázala nákladovou účinnost a přínosné výsledky (Bearman, Claydon, Kincheloe & Lodise, 1997; Cox et al., 1998; Jerrell, 1996; Jerrell, Hu & Ridgely, 1994; Lightfoot et al., 1982; Okin et al., 2000). Přesto několik autorů uvádí praktické problémy, např. obtížnost dlouhodobého plánování, zvýšené riziko vzniku syndromu vyhoření u manažera případu a dále to, že se klient stává zcela závislým na manažerovi případu (Bearman et al., 1997; Vanderplasschen et al., 2001; Wolf et al., 2002; Yates & Gilman, 1990).

Přehled v poslední době (1997–2003) publikovaných recenzovaných studií týkajících se case managementu nasvědčuje tomu, že intervence byla poměrně úspěšná pro dosažení několika stanovených cílů (srov. tabulku 4.1, pp. 136–138). Téměř všechny studie výsledků intervence proběhly ve Spojených státech, zatímco podobné studie se v Evropě teprve připravují. Rozhodli jsme se omezit tento přehled na studie, které zahrnovaly nejméně 100 osob užívajících látky, protože takové studie jsou statisticky průkaznější a také umožňují zjistit i nepatrný nebo mírný vliv (Orwin, Sonnefeld, Garrison-Mogren & Smith, 1994). Několik nekontrolovaných studií ukázalo oproti výchozímu posouzení významné zlepšení klientů, u nichž byl case management uplatněn (Evenson, Binner, Cho, Schicht & Topolski, 1998; Levy, Strenski & Amick, 1995; Oliva et al., 2001; Shwartz et al., 1997; Vanderplasschen et al., 2001). Kromě toho prokázaly některé randomizované a kontrolované studie výrazné zlepšení v dostupnosti léčby, účasti a udržení v léčbě nebo využívání služeb ve srovnání s klienty ve standardní léčbě (Conrad et al., 1998; Godley, Godley, Dennis, Funk & Passetti, 2002; McLellan et al., 1999; Mejta, Bokos, Mickenberg, Maslar & Senay, 1997; Rapp, Siegal, Li & Saha, 1998; Scott, Sherman, Foss, Godley, & Hristova, 2002; Siegal, Li & Rapp, 2002; Siegal et al., 1997; Vaughan-Sarrazin, Hall & Rick, 2000). Účinky case managementu jsou z hlediska užívání drog stále ještě rozporuplné, ale obecně naznačují, že ve skupině, kde byl uplatněn case management, došlo k mírnému zlepšení (Drake et al., 1998; Huber, Sarrazin, Vaughn & Hall, 2003; Mejta, Bokos, Mickenberg et al., 1997; Okin et al., 2000; Sarrazin, Huber & Hall, 2001). Tyto účinky však mají tendenci postupem doby odeznívat (po 9 až 12 měsících) (Conrad et al., 1998; Saleh et al., 2002) a často se významně neliší od podobných kontrolních intervencí (např. nácvik behaviorálních dovedností, jiné modely case managementu) (Ridgely & Jerrell, 1999, Sarrazin et al., 2001; Sorensen et al., 2003; Vaughan-Sarrazin et al., 2000).

❑ **Jaká je pozice case managementu v systému služeb a jak lze zlepšit spolupráci a koordinaci mezi službami?**

Několik autorů uvádí, že úspěch case managementu závisí z velké části na jeho integraci do komplexní sítě služeb (Ashery, 1996; Graham & Birchmore-Timney, 1990; Graham, Timney, Bois & Wedgerfield, 1995; Kirby & Braucht, 1993; Wolf et al., 2002). Hrozí totiž, že intervence bude jen dalším prvkem roztržitého systému služeb, pokud není dokonale vnímavá vůči případným systémovým překážkám, jako jsou pořadníky, nekonzistentní diagnózy, protichůdné názory, nedostatečné bydlení a doprava (Godley et al., 2000). McLellan et al. (1999) nezjistili 12 měsíců po realizaci vedení případu žádný účinek, zjistili ho však po 26 měsících. Došli k závěru, že zde byl silný vliv různých systémových proměnných (např. dodržování programu a dostupnost služeb), a k podpoře spolupráce doporučili rozsáhlé školení, dohled a předjednání služeb, aby byla zajištěna jejich dostupnost. Přístup k léčbě lze výrazně zlepšit, jestliže manažeři případů mají finanční prostředky pro úhradu léčby (Mejta, Bokos, Mickenberg et al., 1997). Dále jsou potřebné formální dohody a protokoly ohledně úkolů, rozdělení odpovědnosti a pravomocí manažera případu a dalších dotčených služeb, použití jednotných nástrojů posouzení a plánování pro výměnu a správu údajů o klientovi (Mejta, Bokos, Maslar, Mickenberg & Senay, 1997; Ridgely & Jerrell, 1996; SAMHSA, 1998; Wolf et al., 2002; Yates & Gilman, 1990).

Case management může být implementován jako modul poskytovaný konkrétní organizací nebo s ní spojený (např. nemocnice, detoxikační centrum) i jako specifická služba organizovaná společně několika poskytovateli s cílem doporučit klienty k dalším službám. Prvně uvedená struktura programu našla široké uplatnění ve Spojených státech při zvyšování účasti a retence nebo snižování relapsu, zatímco druhá se často využívá v Belgii a Nizozemsku k oslovení populace, u níž je riziko, že propadne sítem systému. Vaughn-Sarrazin et al. (2000) studovali rozdílný dopad lokalizace programů a porovnávali účinnost tří typů vedení případu s kontrolní podmínkou. Varianta s manažery případu umístěnými uvnitř areálu vede k podstatně vyššímu využití služby, na rozdíl od ostatních podmínek jejich působení, což naznačuje, že přístupnost a dostupnost programů case managementu je předpokladem jejich úspěšnosti.

❑ **Jaká je pozice case managementu v systému služeb a jak lze zlepšit spolupráci a koordinaci mezi službami?**

Ačkoli většina praktických příkladů se jen nejasně podobá čisté modelové verzi, rozlišují se při práci s poruchami souvisejícími s užíváním látek obvykle čtyři modely case managementu: zprostředkující/všeobecný model (brokerage/generalist model), model založený na silných stránkách (strengths perspective), asertivní komunitní léčba/intenzivní vedení případu (assertive community treatment/intensive case management) a klinické vedení případu (clinical case

management) (Ridgely & Willenbring, 1992; SAMHSA, 1998). Výběr modelu by měl být dán tím, jaké služby jsou již k dispozici, dále cíli a cílovou populací a empirickými důkazy, pokud existují.

Asertivní komunitní léčba a především intenzivní vedení případů, které kladou důraz na komplexní (týmový) asertivní přístup a poskytování asertivních terénních a přímých poradenských služeb, byly uplatněny mimo jiné ve Spojených státech při reintegraci uvězněných pachatelů. Randomizovaná studie 135 osob podmíněně propuštěných s dohledem, z nichž u poloviny probíhalo vedení případu, ukázala jen malý účinek z hlediska užívání drog, ale určité zlepšení bylo zjištěno z hlediska rizikového chování a recidivy (Inciardi et al., 1996). Náhodné zařazení klientů do intenzivního vedení případu ve srovnání s dalšími dvěma intervencemi vedlo k poklesu v užívání drog a zapojení do trestné činnosti a vyšší účasti v léčbě u téměř 1400 zatčených (Rhodes & Gross, 1996). V Belgii a Nizozemsku je převažujícím modelem intenzivní vedení případu, které je spojeno s poskytováním komplexnějších a více individualizovaných služeb a s lepšími výsledky (Vanderplasschen et al., 2001; Wolf & Planije, 2002).

Dvě velké studie sponzorované NIDA v Daytonu (Ohio) a v Iowě uplatnily vedení případů založené na silných stránkách u osob užívajících látku, které poprvé nastupovaly léčbu (srov. tab. 4.1). První studie našla důkazy zlepšeného fungování a delšího udržení v léčbě, což dále pozitivně ovlivnilo výsledky z hlediska užívání drog a zapojení do trestné činnosti (Rapp et al., 1998; Siegal et al., 1996; Siegal et al., 1995; Siegal et al., 2002; Siegal et al., 1997). Podle klientů bylo udržení v léčbě podpořeno tím, že stanovení cíle vycházelo z povahy klienta a napomáhala mu asistence manažera případu, který učil klienty, jak tyto cíle nastavit (Brun & Rapp, 2001). Studie v Iowě ukázala dopad na využívání protidrogových a zdravotnických služeb a mírný, avšak postupně slábnoucí dopad na řešení problémů v oblasti trestně právní, psychiatrické a v oblasti zaměstnání (Hall et al., 2002; Huber et al., 2003; Saleh et al., 2002; Sarrazin et al., 2001; Vaughan-Sarrazin et al., 2000).

Zprostředkující modely a jiné krátkodobé přístupy case managementu nepřinesly dosud většinou žádné patrné výhody této intervence ve srovnání s kontrolní skupinou, kde case management neprobíhal (Falck, Siegal & Carlson, 1992; Lidz, Bux, Platt & Iguchi, 1992). Nedávné studie však prokázaly pozitivní vliv na využívání služeb a přístup k léčbě a stejnou účinnost v porovnání s intenzivním vedením případů (Scott et al., 2002; Sorensen et al., 2003). Všeobecné nebo standardní vedení případů bylo spojeno s významně pozitivním vlivem na účast, udržení v léčbě a relaps (Mejta, Bokos, Mickenberg et al., 1997; Shwartz et al., 1997). Klinický case management, který kombinuje získávání zdrojů a klinické aktivity, je zřídka uplatňován u osob užívajících látku, ale byl úspěšný nejméně v jedné studii (McLellan et al., 1999). Jiní autoři uvádějí, že spojení rolí poradce a manažera případu je problematické, protože oslabuje oba aspekty programu (Inciardi et al., 1996).

Koneckonců, na rozdíl od vedení případu u psychicky nemocných osob (Barry, Zeber, Blow & Valenstein, 2003; Burns et al., 2001; Teague, Bond & Drake, 1998; Ziguras & Stuart, 2000) je k dispozici jen málo informací o zásadních charakteristikách různých modelů a jejich účinnosti na specifické populace osob užívajících látky.

□ Jakou kvalifikaci a dovednosti by měl mít manažer případu a jaká podpora by měla být poskytována?

Několik autorů se domnívá, že předchozí pracovní zkušenosti, rozsáhlý výcvik, znalosti o systému zdravotní a sociální péče i komunikační a interpersonální dovednosti jsou přinejmenším stejně důležité jako formální kvalifikace nebo tituly (Oliva et al. 2001; SAMHSA, 1998; Wolf & Planije, 2002). Pouze v některých programech byli jako manažeři případů zapojeni vyléčení uživatelé (Levy, Gallmeier, Weddington & Wiebel, 1992), nejsou však k dispozici žádné informace týkající se rozdílů v dopadu vedení jednotlivých případů mezi profesionály a jinými uživateli (peers). Vztah klienta a manažera případu byl označen za zásadní z hlediska podpory účasti na vedení případu a souvisejících výstupů a zapojení klientů může podnítit přístup založený na silných stránkách (Brun & Rapp, 2001, Oliva et al., 2001; Siegal et al., 1995; Vanderplasschen et al., 2001).

Analýzy činností case managementu a dodržování programu prokázaly velké rozdíly mezi manažery případů, a to nejen mezi jednotlivými programy, ale v rámci jednoho a téhož programu (Huber et al., 2003; Jerrell & Ridgely, 1999; Ridgely & Jerrell, 1996; SAMHSA, 1998; Shwartz et al., 1997; Sorensen et al., 2003). Slabé dodržování programu bylo spojeno s horšími výsledky a lze je optimalizovat rozsáhlým vstupním výcvikem, pravidelným dohledem, administrativní podporou, použitím protokolů a příruček, plánováním léčby a týmovým přístupem (Jerrell & Ridgely, 1999; McLellan et al., 1999; Ridgely & Jerrell, 1996). Rozmanitost programů vyústila ve Spojených státech v pokusy o standardizaci a metodické vedení této praxe a brzy se přiblížila úrovni schvalování legitimacy programu. Národní asociace proti alkoholismu a užívání drog (National Association of Alcoholism and Drug Abuse) označila case management za jednu z osmi dovedností poradenství a běžně uváděné funkce vedení případu byly zahrnuty do praktických doporučení Kompetencí v poradenství ohledně závislosti (Addiction Counseling Competencies) v oblasti postupování případů a koordinace služeb (California Addiction Technology Transfer Center, 1997; NAADAC, 1986). V Nizozemsku proběhla studie typu Delphi s cílem dosáhnout širokého konsenzu o základních charakteristikách intervence. Jejím výsledkem je příručka, která má být průběžným kamenem budoucího vývoje, implementace a hodnocení case managementu (Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid, 2003; Wolf

& Planije, 2002). Metoda Delphi obsahuje řadu dotazníků zaslaných předem vybrané skupině odborníků (např. klientům, manažerům případů a ředitelům programů), kteří řeší vznesené problémy individuálně a kterým je umožněno postupně tříbit svůj názor na základě výsledků práce celé skupiny (Fiander & Burns, 2000). Má se za to, že se skupina dobere nejlepšího řešení právě konsenzuálním procesem založeným na strukturování toku informací a zpětné vazbě pro účastníky.

Počty případů vedených manažery se liší, ale obvykle nepřekračují 15 až 20 klientů při poskytování intenzivních kontaktů pacientům užívajícím látky, kteří mají mnohočetné a komplexní problémy (Cox et al., 1998; Godley et al., 1994; Oliva et al., 2001; Ridgely & Jerrell, 1996; Wolf et al., 2002). Tímový přístup pomáhá řešit velké a složité případy, ale také rozšířit dostupnost a zaručit bezpečnost manažera případu (Oliva et al., 2001; Wingerston & Ries, 1999). Na dopad vysokého oproti nízkému počtu vedených případů se zaměřilo jen několik studií a výsledky jsou rozporuplné. Co se týká vedení případu u duševně nemocných pacientů, někteří autoři nezjistili žádný dopad intenzity intervence (Burns et al., 2001; Shwartz et al., 1997; Sorensen et al., 2003), zatímco jiní spojují vyšší intenzitu vedení případu s lepšími, nebo naopak dokonce s nepříznivými výsledky (Huber et al., 2003; Oliva et al., 2001).

□ Jak by měly být projekty case managementu financovány a jak lze zaručit kontinuitu?

Rostoucí zájem o struktury financování řízené péče vyvolal ve Spojených státech amerických v 90. letech 20. století prudký rozmach iniciativ case managementu (Hall et al., 2002). Většina programů vznikla experimentálně, ale – bez ohledu na kladné výsledky – pouze některé byly integrovány do systému služeb dlouhodobě. Naproti tomu programy vedení případů v Nizozemsku se staly součástí systému služeb krátce po svém zavedení, aniž by byla uváděna jejich účinnost (Wolf & Planije, 2002). Obě konstatování dokládají, že se kontinuita financování může odvíjet od otázek, které nemají nic nebo jen málo společného s úspěchem, nebo selháním intervence samé.

Rozvojovým projektům je třeba dát dostatek času (3 až 5 let), aby dosáhly stanovených cílů, jelikož je prokázáno, že může trvat až dva roky, než case management začne přinášet zamýšlené výstupy (McLellan et al., 1999). S pojišťovny je třeba sjednat alternativní nebo pružné formy úhrad, protože manažeri případů se ve svých aktivitách mnohdy odchylojí od tradičních intervencí v léčbě užívání látek (Powel, 2001). Vedle toho může být pro vedení případu užitečný i rozpočet na občasné výlohy klienta (např. péče o dítě, ošacení a veřejná doprava) (Laken & Ager, 1996; McLellan et al., 1999; Yates & Gilman, 1990). V neposlední řadě by průběžné financování mělo být založeno na důkladné evaluaci stanovených cílů.

❑ Které standardy by se měly uplatnit při hodnocení case managementu?

Efektivitu je třeba hodnotit podle vědeckých standardů, ale je třeba vzít v úvahu také požadavky zadavatele a financujícího subjektu (SAMHSA, 1998). Hodnocení by mělo začít přesným popisem toho, co intervence zahrnuje (Perl & Jacobs, 1992). Bez této znalosti je možné pouze vágně sledovat výsledky, které lze více či méně připsat tomu, do jaké míry je plánovaná intervence skutečně realizována, jaký je dopad dalších faktorů intervence a jaké výstupy lze připsat tomu, co bylo skutečně realizováno (Martin & Scarpitti, 1993; SAMHSA, 1998).

Vědci vymezili několik potenciálně protichůdných faktorů (např. osobnost manažera případu, charakteristika klienta, motivace nebo právní status, udržení v léčbě), které dopad vedení případu na fungování klienta ovlivňují (Block, Bates & Hall, 2003; Rapp et al., 1998; Siegal et al., 1997; Siegal & Rapp, 2002; Vaughn, Sarrazin, Saleh, Huber & Hall, 2002). Další metodické problémy při hodnocení intervence jsou způsobeny rozdílností kontextu. Pro rozšíření současných vědomostí o efektivnosti case managementu pro osoby užívající látky je třeba více randomizovaných a kontrolovaných studií ve větších vzorcích, zvláště v Evropě. Také dlouhodobé studie a (kvalitativní) výzkum se zaměřením na specifické aspekty vedení případu a úlohu zprostředkujících proměnných by mohly poskytnout další vhled do faktorů, které způsobují, že intervence funguje (nebo naopak nefunguje).

4.3 Závěr

Jak ve Spojených státech, tak v Evropě je case management považován za významný doplněk tradičních služeb pro osoby užívající látky, protože nabízí nový přístup (mimo jiné zaměřený na klienta, komplexní, komunitní) a přispívá k lepší dostupnosti léčby, účasti a udržení v léčbě, využití služeb a výsledkům klienta. Přesto je jeho implementace v Evropě omezena na několik málo projektů a většina empirických dat vychází z amerických příkladů. Ve srovnání s vedením případu pro duševně nemocné osoby je k dispozici málo důkazů o efektivitě této intervence. Nedostatek důkazů lze přičíst rozdílům v kontextu, ve specifických cílových populacích, různým cílům, menší tradici komunitní péče, malému počtu randomizovaných a kontrolovaných studií a nerealistickým očekáváním o jejich účincích. K tomu, abychom lépe pochopili jednotlivé aspekty case managementu a jejich dopad na výsledky klienta a systémové proměnné, je zvláště v Evropě potřeba více randomizovaných a kontrolovaných studií ve větších vzorcích, ale také kvalitativních studií.

Case management není v léčbě užívání látek všelékem, avšak kladně ovlivňuje poskytování služeb a může pomoci stabilizovat nebo zlepšit složitou situaci klienta. Na základě empirických zjištění ze Spojených států, Nizozemska a Belgie lze uvést několik nezbytných předpokladů pro dobře koncipované zavedení této intervence. K úspěšným výsledkům přispívají integrace programu do komplexní sítě služeb, přístupnost a dostupnost, intenzivní výcvik a pravidelný dohled. Velkým problémem přesto zůstává různost provádění case managementu mezi jednotlivými programy i v rámci jednoho a téhož programu. Ke konzistentnějšímu uplatňování intervence může přispět vývoj protokolů a příruček programů a vymezení hlavních rysů jednotlivých modelů.

V neposlední řadě lze, třebaže se case management pro osoby užívající látky vyvíjel spíše odděleně, pozorovat mnoho podobností s vedením případů v léčbě duševních chorob. Proto je třeba další vývoj v této oblasti pozorně sledovat, především kvůli vymezení klíčových aspektů intervence. Porovnání case managementu u obou skupin může navíc odhalit jedinečné aspekty každé intervence, a tak optimalizovat postupy vedení případu u duševně nemocných pacientů (se sekundárním užíváním látek), osob užívajících látky a osob s duální diagnózou.

PODĚKOVÁNÍ. „Třetí mezinárodní sympozium o léčbě užívání látek a speciálních cílových skupinách“ (Blankenberge, Belgie, 3. až 5. března 2001) finančně podpořila provincie Východní Flandry (Belgie) a Evropská federace terapeutických komunit (EFTC).

Literatura

- Ashery, R. S. (1996). Case management for substance abusers: more issues than answers. In H. Siegal & R. Rapp (Eds.), *Case management and substance abuse treatment: practice and experience* (141–154). New York: Springer Publishing Company.
- Barry, K. L., Zeber, J. E., Blow, F. C. & Valenstein, M. (2003). Effect of strength model versus assertive community treatment model on participant outcomes and utilization: two-year follow-up. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26 (3), 268–277.
- Bearman, D., Claydon, K., Kincheloe, J. & Lodise, C. (1997). Breaking the cycle of dependency: dual diagnosis and AFDC families. *Journal of Psychoactive Drugs*, 29 (4), 359–367.
- Birchmore-Timney, C. & Graham, K. (1989). A survey of case management practices in addictions programs. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 6(3/4), 103–127.
- Block, R. I., Bates, M. E. & Hall, J. A. (2003). Relation of premorbid cognitive abilities to substance users' problems at treatment intake and improvements with substance abuse treatment and case management. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 29(3), 515–538.
- Braucht, G. N., Reichardt, C. S., Geissler, L. G., Bormann, C. A., Kwaitkowski, C. F. & Kirby, M. W. (1995). Effective services for homeless substance abusers. *Journal of Addictive Diseases*, 14(4), 87–109.
- 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., Vandavelde, 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.
- Broer, C. & Noyon, R. (1999). *Over last en beleid: Regioplan Stad en Land*. Amsterdam: Regioplan Stad en Land.
- Brun, C. & Rapp, R. (2001). Strengths-based case management: individuals' perspectives on strengths and the case manager relation. *Social Work*, 46(3), 278–288.
- Burns, T., Fioritti, A., Holloway, F., Malm, U. & Rossler, W. (2001). Case management and assertive community treatment in Europe. *Psychiatric Services* 52(5), 631–636.
- California Addiction Technology Transfer Center. (1997). *Addiction Counseling Competencies: The knowledge, skills, and attitudes of professional practice*. La Jolla, CA: California Addiction Technology Transfer Center.

- Conrad, K. J., Hultman, C. I., Pope, A. R., Lyons, J. S., Baxter, W. C., Daghestani, A. N. et al. (1998). Case managed residential care for homeless addicted veterans: results of a true experiment. *Medical Care* 36, 40–53.
- Cook, F. (1992). Case management models linking criminal justice and treatment. In R. S. Ashery (Ed.), *Progress and issues in case management (NIDA Research Monograph 127)* (pp. 368–382). Rockville, MD.: National Institute on Drug Abuse.
- Cox, G. B., Walker, R. D., Freng, S. A., Short, B. A., Meijer, L. & Gilchrist, L. (1998). Outcome of a controlled trial of the effectiveness of intensive case management for chronic public inebriates. *Journal of Studies on Alcohol*, 59(5), 523–532.
- De Koning, P. J. & Helsing, D. J. (2000). De kosten van het drugbeleid. *Recht der Werkelijkheid*, 1, 1–24.
- 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.
- Drake, R., McHugo, G., Clark, R., Teague, G., Xie, H., Miles, K. et al. (1998). Assertive community treatment for patients with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: a clinical trial. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(2), 201–215.
- Drake, R. E. & Noordsey, D. L. (1994). Case management for people with coexisting severe mental disorder and substance use disorder. *Psychiatric Annals*, 24(8), 427–431.
- Erdmann, Y. & Wilson, R. (2001). Managed care: a view from Europe. *Annual Review of Public Health*, 22, 273–291.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2001). *Annual report on the state of the drug problem in the European Union*. Luxembourg: Office for Official Publication of the European Communities.
- Evenson, R. C., Binner, P. R., Cho, D. W., Schicht, W. W. & Topolski, J. M., (1998). An outcome study of Missouri's CSTAR alcohol and drug abuse programs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15, 143–150.
- Falck, R., Siegal, H. A. & Carlson, R. G. (1992). Case management to enhance AIDS risk reduction for injection drug users and crack users: Theoretical and practical considerations. In R. S. Ashery (Ed.), *Progress and issues in case management (NIDA Research Monograph 127)* (pp. 167–180). Rockville, MD.: National Institute on Drug Abuse.
- Fiander, M. & Burns, T. (2000). A Delphi approach to describing service models of community mental health practice. *Psychiatric Services*, 51(5), 656–658.
- Godley, S. H., Finch, M., Dougan, L., McDonnell, M., McDermeit, M. & Carey, A. (2000). Case management for dually diagnosed individuals involved in the criminal justice system. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(2), 137–148.
- Godley, M. D., Godley, S. H., Dennis, M. L., Funk, R. & Passetti, L. L. (2002). Preliminary outcomes from the assertive continuing care experiment for adolescents discharged from residential treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23(1), 21–32.
- Godley, S. H., Godley, M. D., Pratt, A. & Wallace, J. L. (1994). Case management services for adolescent substance abusers: a program description. *Journal of Substance Abuse Treatment* 11(4), 309–317.
- Graham, K. & Birchmore-Timney, C. (1990). Case management in addictions treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 7(3), 181–188.

- 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.
- Hall, J. A., Carswell, C., Walsh, E., Huber, D. L. & Jampoler, J. S. (2002). Iowa case management: Innovative social casework. *Social Work* 47(2), 132–141.
- Holloway, F. & Carson, J. (2001). Case management: an update. *International Journal of Social Psychiatry*, 47(3), 21–31.
- Huber, D. L., Sarrazin, M. V., Vaughn, T. & Hall, J. A. (2003). Evaluating the impact of case management dosage. *Nursing Research* 52(5), 276–288.
- Inciardi, J. A., Martin, S. S., Butzin, C. A., Hooper R. M., & Harrison, L. D. (1996). An effective model of prison-based treatment for drug-involved offenders. *Journal of Drug Issues*, 27(2), 261–278.
- Jerell, J. M. (1996). Towards cost-effective care for persons with dual diagnoses. *Journal of Mental Health Administration*, 23(3), 329–337.
- Jerell, J. M., Hu, T. & Ridgely, M. S. (1994). Cost-effectiveness of substance disorder interventions for people with severe mental illness. *Journal of Mental Health Administration*, 21(3), 283–297.
- Jerell, J. M. & Ridgely, M. S. (1999). Impact of robustness of program implementation on outcomes of clients in dual diagnosis programs. *Psychiatric Services*, 50(1), 109–112.
- Kirby, M. W. & Braucht, G. N. (1993). Intensive case management for homeless people with alcohol and other drug problems. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 10, 187–200.
- Laken, M. P. & Ager, J. W. (1996). Effects of case management on retention in prenatal substance abuse treatment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 22(3), 439–448.
- Levy, J. A., Gallmeier, C. P., Weddington, W. W. & Wiebel, W. (1992). Delivering case management using a community-based service model of drug intervention. In R. S. Aschery (Ed.), *Progress and issues in case management (NIDA Research Monograph 127)*(pp. 145–165). Rockville, MD.: National Institute on Drug Abuse.
- Levy, J. A., Strenski, T. & Amick, D. J. (1995). Community-based case management for active injecting drug users. *Advances in Medical Sociology*, 6, 183–206.
- Lidz, V., Bux, D. A., Platt, J. J. & Iguchi, M. Y. (1992). Transitional case management: A service model for AIDS outreach projects. In R. S. Aschery (Ed.), *Progress and issues in case management (NIDA Research Monograph 127)* (pp. 112–144). Rockville, MD.: National Institute on Drug Abuse.
- Lightfoot, L., Rosenbaum, P., Ogurzsoff, S., Laverty, G., Kusiar, S., Barry, K. et al. (1982). *Final Report of the Kingston Treatment Programmed Development Research Project*. Canada: Department of Health and Welfare Health Promotion Directorate.
- Martin, S. S. & Scarpitti, F. R. (1993). In intensive case management approach for paroled in drug users. *Journal of Drug Issues*, 23(1), 43–59.
- McLellan, A. T. (2002). Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective. *Addiction*, 97(3), 249–252.
- McLellan, A. T., Hagan, T. A., Levine, M., Meyers, K., Gould, F., Bencivengo, M. et al. (1999). Does clinical case management improve outpatient addiction treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 55, 91–103.
- Mejta, C., Bokos, P., Maslar, E. M., Mickenberg, J. H. & Senay, E. C. (1997). The effectiveness of case management in working with intravenous drug users. In F.

- M. Tims, J. A. Inciardi, B. W. Fletcher & A. M. Horton (Eds.), *The effectiveness of innovative approaches in the treatment of drug abuse*, (pp. 101–114), Westport, CN: Greenwood Press.
- Mejta, C., Bokos, P., Maslar, E. M., Mickenberg, J. H. & Senay, E. (1997). Improving substance abuse treatment access and retention using a case management approach. *Journal of Drug Issues*, 27(2), 329–340.
- Moxley, D. (1989). *The practice of case management (Sage Human Services Guides Vol. 58)*. Newbury Park: Sage publication.
- National Association of Alcoholism and Drug Abuse Counselors (NAADAC). (1986). *Certification Commission Oral Exam Guidelines*. Arlington: National Association of Alcoholism and Drug Abuse Counselors.
- Ogborne, A. C. & Rush, B. R. (1983). The coordination of treatment services for problem drinkers: Problems and prospects. *British Journal of Addiction*, 78, 131–138.
- Okin, R. L., Boccelari, A., Azocar, F., Shumway, M., O'Brien, K., Gelb, A. et al. (2000). The effects of clinical case management on hospital service use among ED frequent users. *American Journal of Emergency Medicine*, 18(5), 603–608.
- Oliva, H., Gorgen, W., Schanstedt, 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.
- Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid. (2003). *Handdreiking voor casemanagers in de sociale verslavingszorg*. Utrecht: Resultaten Scoren.
- Oppenheimer, E., Sheehan, M. & Taylor, C. (1988). Letting the client speak: Drug misusers and the process of help seeking. *British Journal of Addiction*, 83, 635–647.
- Orwin, R. G., Sonnenfeld, L. J., Garrison-Morgen, R. & Smith, N. G. (1994). Pitfalls in evaluating the effectiveness of case management programs for homeless persons: lessons from the NIAAA Community Demonstration Program. *Evaluation Review*, 18(2), 153–207.
- Perl, H. I. & Jacobs, M. L. (1992). Case management models for homeless persons with alcohol and other drug problems: An overview of the NIAAA research demonstration program. In R. S. Aschery (Ed.), *Progress and issues in case management (NIDA Research Monograph 127)* (pp. 208–222). Rockville: National Institute on Drug Abuse.
- Powell, S. (2000). *Case management: a practical guide to success in managed care*. Baltimore – Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- 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.
- Rhodes, W. & Gross, M. (1996). *Case management reduces drug use and criminality among drug-involved arrestees: An experimental study of an HIV prevention intervention NTJ Research Report*. Washington, D.C.: Office of Justice Programs.
- Ridgely, M. S. (1996). Practical issues in the application of case management to substance abuse treatment. In H. Siegal & R. Rapp (Eds.), *Case management and substance abuse treatment: practice and experience* (pp. 1–20). New York: Springer Publishing Company.
- Ridgely, M. S. & Jerrell, J. M. (1996). Analysis of tree interventions for substance abuse treatment of severely mentally ill people. *Community Mental Health Journal*, 32(6), 561–572.

- Ridgely, M. S. & Willenbring, M. (1992). Application of case management to drug abuse treatment: overview of models and research issues. In R. S. Aschery (Ed.), *Progress and Issues in case management (NIDA Research Monograph 127)*(pp. 12–33). Rockville: National Institute on Drug Abuse.
- Rocheftort, D. A. & Goering, P. (1998). „More a link than a division”: How Canada has learned from US Mental Health Policy. *Health Affairs*, 17(5), 110–127.
- Rosen, A. & Teesson, M. (2001). Does case management work? The evidence and the abuse of evidence-based medicine. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(6), 731–746.
- Rush, B. & Ekdahl, A. (1990). Recent trends in the development of alcohol and drug treatment services in Ontario. *Journal of Studies on Alcohol*, 51(6), 514–522.
- Saleh, S. S., Vaughn, T., Hall, J. A., Levey, S., Fuortes, L. & Uden-Holmen, T. (2002). Effectiveness of case management in substance abuse treatment. *Care Management Journal*, 3(4), 172–177.
- Sarrazin, M. V., Huber, D. L. & Hall, J. A. (2001). Impact of Iowa case management on family functioning for substance abuse treatment client. *Adolescent & Family Health*, 2(3), 132–140.
- Scott, C. K., Scherman, R. E., Foss, M. A., Godley, M. & Hristova, L. (2002). Impact of centralized intake on case management services. *Journal of Psychactive Drugs*, 34(1): 51–57.
- Shwartz, M., Baker, G., Mulvey, K. P. & Plough, A. (1997). Improving publicly funded substance abuse treatment. *American Journal of Public Health*, 87, 1659–1664.
- Siegel, H. A., Fischer, J. A., Rapp, R. C., Kelliher, C. W., Wagner, J. H., O’Brien, W. F. et al. (1996). Enhancing substance abuse treatment with case management: Its impact on employment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13(2), 93–98.
- Siegel, H. A., Li, L. & Rapp, R. C. (2002). Case management as a therapeutic enhancement: Impact on post-treatment criminality. *Journal of Addictive Disease*, 21(4), 37–46.
- Siegel, H. A., Rapp, R. C., Kelliher, C. W., Fisher, J. H., Wagner, J. H. & Cole, P. A. (1995). The strengths perspective of case management: A promising inpatient substance abuse treatment enhancement. *Journal of Psychoactive Drugs*, 27(1), 67–72.
- Siegel, H. A., 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.
- Sorensen, J. L., Dilley, J., London, J., Okin, R. L., Delucchi, K. L. & Phibbs, C. S. (2003). Case management for substance abusers with HIV/AIDS: a randomised clinical trial. *American Journal of drug and Alcohol Abuse*, 29(1), 133–150.
- 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.
- Sullivan, W., Hartmann, D., Dillon, D. & Wolk, J. (1994). Implementing case management in alcohol and drug treatment. *Families in Society: the Journal of Contemporary Social Services*, 75(2), 67–73.
- Teague, G. B., Bond, G. R. & Drake, R. E. (1998). Program fidelity in assertive community treatment: development and use of a measure. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(2), 216–231.

- Vanderplasschen, W. (2002). Case management in de drughulpverlening: le beaujolais nouveau of gewoon oude wijn in nieuwe zakken? In Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (Ed.), *Referatenbundel VAD-studiedag Alcohol & Drugs 21-11-2002* (pp. 18–27). Brussel: Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD).
- 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). *Implementatie van een case management in de drughulpverlening: een proefproject in de provincie Oost-Vlaanderen (Orthopedagogische Reeks Gent Nummer 14)*. Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.
- van Stelle, K. R., Mauser, E. & Moberg, D. P. (1994). Recidivism to the criminal justice system of substance-abusing offenders diverted into. *Crime Delinquency*, 40(2), 175–196.
- Vaughan-Sarrazin, M. S., Hall, J. A. & Rick, G. S. (2000). Impact of Iowa case management on use of health services by rural clients in substance abuse treatment. *Journal of Drug Issues*, 30(2), 435–463.
- Vaughn, T., Sarrazin, M. V., Saleh, S. S., Huber, D. I. & Hall, J. A. (2002). Participation and retention in drug abuse treatment services research. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23(4), 387–397.
- Westermeyer, J. (1989). Non-treatment factors affecting treatment outcome in substance abuse. *American Journal of Substance Abuse*, 15(1), 13–29.
- 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.
- Willenbring, M. L., Whelan, J. A., Dahlquist, J. S. & O'Neal, M. E. (1990). Community treatment of the chronic public inebriate I: Implementation. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 7(2), 79–97.
- Wingerson, D. & Ries, R. (1999). Assertive community treatment for patients with chronic and severe mental illness who abuse drug. *Journal of Psychoactive Drugs*, 31(1), 13–18.
- Wolf, J., Mensink, C. & van der Lubbe, P. (2002). *Case management voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen: een systematisch overzicht van interventie en effect*. Utrecht: Trimbos-instituut, Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid.
- Wolf, J. & Planije, M. (2002). *Case management voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen*. Utrecht: Trimbos-instituut, Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid.
- Yates, R. & Gilman, M. (1990). *Seeing more drug users: outreach work and beyond: a lifeline project policy report*. Manchester: Lifetime project.
- Ziguras, S. J. & Stuart, G. W. (2000). A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatric services*, 51, 1410–1421.

Tabulka 4.1 | Přehled výsledků nedávno (1997–2003) publikovaných studií v recenzovaných odborných časopisech o case managementu pro osoby užívající látky (>100)

Autoři	Místo	Typ studie	N	Cílová populace	Typ intervence	Přístup, účast a udržení v léčbě	Míra využití služby	Výsledky z hlediska užívání drog
Mejta et al. (1997)	Chicago	randomizovaná a kontrolovaná studie	316	injekční uživatelé drog	všobecný case management vs. žádný case management	zvýšený přístup a udržení v léčbě		snížení míry užívání alkoholu a drog
Shwartz et al. (1997)	Boston, Massachusetts	retrospektivní kohortová studie	21207	osoby užívající látky ve 4 typech léčby	všobecný case management	zvýšené udržení v léčbě a post-primární účast v léčbě		snížení počtu relapsů
Siegel et al. (1998)	Dayton, Ohio	randomizovaná a kontrolovaná studie	238	váleční veteráni s problémy užívání látek (sledování po 6 měsících)	case management založený na silných stránkách vs. standardní primární a následná léčba	zvýšené udržení v post-primární léčbě		zlepšené sociální fungování, méně nezákomného jetání, lepší zaměstnanost
Conrad et al. (1998)	Hines, Illinois	randomizovaná a kontrolovaná studie	358	váleční veteráni bez domova s látkovou závislostí	case management v látkové péči vs. 21denní nemocniční program	zvýšené udržení v léčbě		zlepšení stavu z hlediska lékařského, z hlediska zaměstnání, užívání alkoholu a bydlení
Cox et al. (1998)	King County, Seattle, Washington	randomizovaná a kontrolovaná studie	193	osoby chronicky opilé na veřejnosti bez domova	intenzivní case management vs. standardní léčba		zvýšené využití služeb pro osoby užívající látky	snížené užívání alkoholu, menší počet dnů bez domova, zvýšený příjem z veřejných zdrojů
Drake et al. (1998)	Lebanon, New Hampshire	randomizovaná a kontrolovaná studie	203	osoby s duální diagnostikou	asertivní komunitní léčba vs. všobecný case management		žádný rozdíl v počtu dní hospitalizace / života v komunitě	podstatné zlepšení v obou skupinách z hlediska všech výsledků během tříletého období mírně zlepšené výsledky některých ukazatelů látkové závislosti a zlepšená kvalita života (ACT) stejně zlepšení z hlediska užívání látek, remise, psychiatrických poruch
Evenson et al. (1998)	Saint-Louis, Missouri	retrospektivní studie	280	Osoby užívající látky v léčbě a resocializačním programu	intenzivní case management	pozitivní vztah mezi sestřeváním v programu a výsledky	vyšší stupeň uspokojení s využitými službami	zlepšené fungování v 11 oblastech (např. užívání drog, zaměstnání, právní problémy, psychologická a sociální situace)

4 Srovnávací přehled vývoje a provádění case managementu u onemocnění souvisejících se zneužíváním látek v Severní Americe a Evropě

Autoři	Místo	Typ studie	N	Cílová populace	Typ intervence	Přístup, účast a udržení v léčbě	Míra využití služeb	Výsledky z hlediska užívání drog
Rapp et al. (1998)	Dayton, Ohio	randomizovaná a kontrolovaná studie	444	váleční veteráni s problémy užívání látek	case management založený na silných stránkách vs. standardní primární a následná léčba	zvýšené udržení v post-prímární léčbě	zvýšená míra využití protialkoholních, medicínských, právních služeb a služeb k získání zaměstnání	snížení užívání drog po 6 měsících dosažené udržení v léčbě
McLellan et al. (1999)	Fladelfie	kontrolovaná studie (bez randomizace)	537	osoby užívající látky v ambulantní léčbě	klinický case management vs. standardní ambulantní léčba		zvýšená míra využití medicínských služeb a služeb pro léčbu užívání látek (nikoli duševních chorob) v uzavřeném zařízení prováděném case managementem	zlepšení stavu z hlediska užívání alkoholu, zaměstnání a z hlediska medicínského
Vaughan-Sarazin et al. (2000)	Johnson County, Iowa	randomizovaná a kontrolovaná studie	229	osoby užívající látky zahajující lůžkovou léčbu	case management založený na silných stránkách - 3 experimentální podmiňky (uzavřené zařízení; v agentuře sociálních služeb, telekomunikace) a 1 kontrolní podmiňka	mimé zlepšení účasti a udržení v léčbě	zvýšená míra využití medicínských služeb a služeb pro léčbu užívání látek (nikoli duševních chorob) v uzavřeném zařízení prováděném case managementem	
Sarazin et al. (2000)	Johnson County, Iowa	randomizovaná a kontrolovaná studie	491	osoby užívající látky zahajující ambulantní nebo lůžkovou léčbu	asertivní komunitní péče včetně case managementu vs. obvyklá průběžná péče	žádný rozdíl v účasti a udržení v léčbě mezi podmiňkami		zlepšení rodinných vztahů a rodičovských postojů po 6 měsících v podmínkách case managementu žádný efekt na vnímání zneužívání partnerem žádné rozdíly mezi 3 podmiňkami provádění case managementu
Godley et al. (2002)	Centrální Illinois	randomizovaná a kontrolovaná studie	114	dospívající osoby užívající látky v krátkodobé lůžkové léčbě	case management založený na silných stránkách - 3 experimentální podmiňky (uzavřené zařízení; v agentuře sociálních služeb, telekomunikace) a 1 kontrolní podmiňka	žádné rozdíly v délce servání	vyšší pravděpodobnost zahájení a čerpání služeb průběžné péče	nižší užívání marihuany a menší počet dnů užívání alkoholu po 3 měsících

Autoři	Místo	Typ studie	N	Cílová populace	Typ intervence	Přístup, účast a udržení v léčbě	Míra využití služby	Výsledky
Saleh et al. (2002)	Johnson County, Iowa	randomizovaná a kontrolovaná studie	662	osoby užívající látky zahajující léčbu	case management založený na silných stránkách (3 experimentální podmínky (uzavřené zařízení; v agentuře sociálních služeb, telekomunikace) a 1 kontrolní podmínka)	case management založený na silných stránkách (3 experimentální podmínky (uzavřené zařízení; v agentuře sociálních služeb, telekomunikace) a 1 kontrolní podmínka)	žádání služeb	Výsledky z hlediska užívání drog zlepšení stavu z hlediska zaměstnanosti (CM v uzavřeném zařízení) mírné zlepšení situace z hlediska užívání drog a psychického stavu (CM v sociálních službách) žádné rozdílné účinky ve skupině s intervencí pomocí telekomunikace
Scott et al. (2002)	Chicago	randomizovaná a kontrolovaná studie	692	osoby užívající látky v kontaktu se zařízením pro centrální příjem	zprostředkující model case managementu vs. žádný case management	zlepšený přístup k léčbě a účast v léčbě, ne však udržení v léčbě	více případů doporučených k pomocným službám	méně kriminálního jednání a větší zaměstnanost po 12 měsících v souvislosti s delším pobytem
Siegal et al. (2002)	Dayton, Ohio	randomizovaná a kontrolovaná studie	455	váleční veteráni s problémy užívání látek	case management založený na silných stránkách vs. standardní primární a následná léčba	case management založený na silných stránkách – 3 experimentální podmínky (uzavřené zařízení; v agentuře sociálních služeb, telekomunikace) a 1 kontrolní podmínka	žádná účast v následné péči	zvýšené právní a rodinné problémy související s vyšší mírou uplatnění case managementu
Huber et al. (2002)	Johnson County, Iowa	randomizovaná a kontrolovaná studie	437	uživatelé látek zahajující ambulantní nebo pobytovou léčbu	case management založený na silných stránkách – 3 experimentální podmínky (uzavřené zařízení; v agentuře sociálních služeb, telekomunikace) a 1 kontrolní podmínka	case management založený na silných stránkách – 3 experimentální podmínky (uzavřené zařízení; v agentuře sociálních služeb, telekomunikace) a 1 kontrolní podmínka	žádné rozdíly v míře využití služeb	žádné rozdíly ve výsledcích z hlediska užívání drog stejně zlepšení mezi oběma skupinami po 6 měsících, avšak klesající efekt po 12 a 18 měsících méně sexuálně rizikového chování (ICM)
Sorensen et al. (2003)	San Francisco, Kalifornie	randomizovaná a kontrolovaná studie	190	osoby s HIV/AIDS užívající látky	zprostředkující model case managementu vs. intenzivní case management	zprostředkující model case managementu vs. intenzivní case management	žádné rozdíly v míře využití služeb	žádné rozdíly ve výsledcích z hlediska užívání drog stejně zlepšení mezi oběma skupinami po 6 měsících, avšak klesající efekt po 12 a 18 měsících méně sexuálně rizikového chování (ICM)

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.