

# Pracovní listy

Obecná diskuse



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



## **8 Obecná diskuse**

**OBSAH KAPITOLY.** V poslední kapitole shrnujeme hlavní zjištění práce a pojednáváme o nich na základě dostupné literatury. Dále se zaměřujeme na důsledky našich zjištění pro praktické provádění léčby užívání návykových látek. V závěru uvádíme některá omezení prezentovaných studií a poskytujeme určité vodítko pro další výzkum.

## 8.1 Úvod

Práce se zaměřila na organizaci léčby užívání návykových látek ve specifickém regionu (Gent, Východní Flandry) a na alternativní přístup k optimalizaci kvality léčby a poskytování služeb osobám užívajícím látky. Jednalo se zejména o studii zaměřenou na (1) hodnocení z hlediska koordinace a kontinuity péče v zařízeních, která se této cílové populaci v tomto regionu věnovala, (2) provádění a vyhodnocování modelu case managementu pro pomoc osobám užívajícím látky s mnohočetnými a komplexními problémy a (3) integraci intervence do sítě dostupných služeb. K dosažení těchto různých cílů jsme realizovali sedm samostatných studií.

Za prvé jsme zkoumali, do jaké míry by koordinace a kontinuita péče byla v dostupných službách zajištěna, pokud to bylo možné odvodit z rozhovorů s poskytovateli péče a ze studia složek klientů (*kapitola 2*). Na základě výsledků studie bylo doporučeno zlepšit koordinaci a kontinuitu péče, a to jak na individuální, tak i strukturální úrovni.

Za druhé, studovali jsme provádění a hodnocení case managementu pro osoby užívající drogy (*kapitoly 4, 5, 6 & 7*).

Byly přezkoumány dostupné důkazy o provádění intervence na základě literatury a zkušeností ze tří zemí (Spojené státy, Nizozemsko a Belgie) (*kapitola 4*). Představili jsme odpovědi na šest klíčových otázek, které by měly být při zavádění case managementu řešeny.

Vedle toho jsme hodnotili první implementaci modelu case managementu v gentském regionu pro osoby užívající látky s mnohočetnými a komplexními problémy (*kapitola 5*). Zaměřili jsme se na výsledky klientů, zprostředkující proměnné a aspekty jejich provádění, které je třeba upravit s ohledem na další použití intervence.

Účinnost různých modelů case managementu byla přezkoumána na základě výsledků empirických studií, které byly publikovány v odborných recenzovaných časopisech (*kapitola 6*). Sledovali jsme rozdíl účinnosti modelů case managementu pro různé populace osob užívajících látky, včetně osob s duální diagnózou, tj. problémoví uživatelé alkoholu na veřejnosti, ženy užívající látky a pachatelé drogové kriminality.

Účinnost intenzivního case managementu byla hodnocena u malého vzorku klientů užívajících drogy, kteří využívali několik služeb (*kapitola 7*). Tato kvalitativní studie byla součástí průběžné kontrolované studie a uváděla předběžné výsledky po šesti měsících z hlediska fungování klientů, míry využití služeb a spokojenosti klientů s využitými službami.

V neposlední řadě jsme poskytli rámec pro integraci case managementu do stávajícího systému služeb (*kapitola 3*). Popsali jsme pobídky a předpoklady pro vývoj směrem k integraci různých systémů léčby (*první část kapitoly 3*). Dále jsme

vymezili jednotlivé kroky k vytvoření integrovaného systému léčby užívání látek a zaměřili se na úlohu case managementu v systému (*první část kapitoly 3*).

Závěrečná kapitola (*kapitola 8*) podává ucelený přehled a diskusi na hlavní zjištění z těchto různých studií, včetně důsledků a omezení této práce a doporučení pro další výzkum.

## 8.2 Hlavní zjištění

### □ Prevalence mnohočetných a komplexních problémů a využití služeb v populaci osob užívajících látky

Podle poskytovatelů péče má drtivá většina (88 %) klientů užívajících látky, kteří se léčí v regionu kolem Gentu, významné další problémy vedle problémového užívání návykových látek, zvláště problémy ve vztazích a psychické problémy (*kapitola 1*). Většina z těchto osob měla problémy v souvislosti s drogami po dobu delší než dva roky a polovina všech registrovaných klientů se léčila nejméně ve třech různých zařízeních. Na základě kritérií způsobilosti první studie case managementu (*kapitola 5*) jsme dospěli k závěru, že více než čtvrtinu všech klientů (27 %), která se léčila v regionu, bylo možné charakterizovat jako osoby užívající látky s mnohočetnými a komplexními problémy.

Výsledky byly dále rozpracovány v průběhu dvou studií využití služeb, které zahrnovaly většinu zařízení pro léčbu užívání látek v okolí Gentu (*kapitola 1*). Analýza využití služeb u všech registrovaných osob užívajících látky ukázala, že u přibližně 20 % pacientů proběhlo vstupní posouzení při příjmu nejméně dvakrát během sledovaného období šesti až osmi měsíců a že asi 15 % klientů bylo registrováno nejméně ve dvou různých centrech. Počet „klientů v otáčivých dveřích“ nebo „turistů protidrogové léčby“, tj. osob, které absolvovaly vstupní posouzení při příjmu nejméně ve třech různých zařízeních, byl poměrně nízký (2,9 %, respektive 4 %), ale tato početně malá podskupina představovala 10 až 14 % všech žádostí o léčbu.

Komplexnost problémů užívání látek u těchto osob ilustrovaly silné korelace mezi problémy klientů, u nichž byl prováděn case management: závažnost problémů s drogami měla jasnou spojitost s psychickými problémy a problémy ve vztazích, zatímco zdravotní potíže klientů souvisely s jejich psychickými problémy, problémy se zaměstnáním a problémy s alkoholem (*kapitola 5*). Navíc kontrola po dvanácti měsících ukázala, že závažnost problémů s drogami souvisela s problémy klientů v oblasti zdravotní, psychické a rodinné.

### □ Ukazatele koordinace a kontinuity péče

Bez ohledu na mnohočetné a komplexní problémy klientů, různé léčebné epizody a kontakty některých klientů s řadou služeb nebyla v žádném z léčebných

zařízení pozorována systematická anebo formalizovaná koordinace a kontinuita péče (*kapitola 2*). Někteří klíčoví informanti uváděli trend směrem k větší spolupráci, koordinaci a komunikaci mezi službami, jednalo se však o nepříliš časté a nahodilé iniciativy „ad hoc“. Celkově tuto oblast charakterizuje nedostatek objektivního, systematického a společného uvažování a jednání. Lze to odvozovat od spolupráce a komunikace, která byla založena na osobní volbě a benevolenci, odlišných procedurách příjmu, absenci společného a standardizovaného systému registrace a doporučování klientů, které bylo dáno téměř výhradně subjektivními faktory. Navíc, téměř zcela chyběly ukazatele kontinuity péče. Bylo tomu tak kvůli nedostatečnému plánování léčby, monitorování procesu léčby a sledování klientů, neochotě poskytovatelů péče zasahovat do situace klientů po léčbě, jelikož do případu už mohou být zapojeny i další služby, a nedostatku strategií k řešení problému takzvaných „turistů protidrogové léčby“. Konečně, několik klíčových informantů zdůraznilo nezbytnost posílit koordinaci péče na úrovni klienta a na úrovni strukturální a – v menší míře – zajistit větší kontinuitu služeb.

#### □ Vývoj směrem k integraci různých léčebných modalit

V několika zemích byl pozorován vývoj směrem k vytváření sítí a integraci různých léčebných modalit (*kapitola 3*). Povaha problémů klientů a organizačních problémů v oblasti léčby užívání návykových látek takový přístup vyžaduje, stejně jako zjištění, že žádná intervence není účinná pro všechny typy problémů užívání návykových látek a že historie léčby klientů se skládají z různých intervencí spíše než z jedné léčebné epizody. Reorganizaci služeb zdravotní péče inspirovaly také ekonomické úvahy (*první část kapitoly 3*).

Podobná reorganizace péče o duševní zdraví a léčby užívání návykových látek probíhá v Belgii. Diskusní skupiny, které zahrnují odborníky z praxe, vedoucí pracovníky, tvůrce politik a výzkumné pracovníky, odhalily, že za důležité předpoklady pro integraci různých intervencí, které jsou založeny na abstinčním přístupu nebo na přístupu snižování škod, jsou považovány společný jazyk, jednotný přístup a inventarizace dostupných služeb, duplicitních činností a chybějících článků (*první a druhá část kapitoly 3*).

Navrhovaná reorganizace léčebných služeb by měla být založena na léčebných potřebách klientů a měla by respektovat jedinečnost každého přístupu (*druhá část kapitoly 3*). Po teoretické konceptualizaci takového integrovaného systému léčby by měla následovat jeho vlastní realizace. Monitorování a hodnocení bude nezbytné k tomu, aby bylo možné posoudit, zda toto alternativní uspořádání léčebných služeb umožňuje dosáhnout stanovených cílů. Case management je považován za vhodnou metodu pro koordinaci a monitorování trajektorie, po níž se klienti v integrovaném systému léčby pohybují.

### □ Prvky související s úspěšným prováděním case managementu

Srovnávací přehled provádění case managementu ve Spojených státech, Nizozemsku a Belgii ukázal, že tato intervence je indikována zejména pro odstranění nedostatků v organizaci, poskytování a efektivitě dostupných služeb (*kapitoly 4 a 5*). Case management je obvykle určen pro klienty užívající látky s mnohočetnými a komplexními problémy, u nichž hrozí, že propadnou tržlinami v systému. Intervence má zvýšit účinnost léčby užívání návykových látek, a to zlepšením přístupnosti léčby, účasti a udržení v léčbě, koordinací poskytovaných služeb a jejich využití a podporou fungování klientů a kvality jejich života.

Několik autorů vymezilo klíčové prvky provádění case managementu, k nimž patří dodržování programu, dobré zajištění realizace, použití příruček a protokolů, školení a dohled, týmový přístup, zaměření na silné stránky klientů, vztah klienta a manažera případu, poskytování přímých služeb, administrativní podpora, terénní práce, plánování léčby, poskytování peněz na nákup služeb nebo úhradu příležitostných výdajů, upravený dotační systém, integrace do sítě dostupných služeb, přístupnost a dostupnost služeb a smluvní předjednání služeb (*kapitola 4*). Pro dosažení konkrétních cílů byly použity specializované modely case managementu, ale celkově je k dispozici málo důkazů o tom, že by určité prvky této intervence vyvolávaly příznivé výsledky. Úspěch provádění case managementu lze hodnotit pouze tehdy, pokud je pokračování projektu garantováno po určitou minimální dobu a pokud je k dispozici přesný popis toho, co intervence obsahuje.

A konečně, dvě studie case managementu, které jsme realizovali (*kapitoly 5 a 7*), odhalily, že klienti oceňují zejména těsný a kontinuální vztah s manažerem případu, přímé zapojení do procesu léčby a účast v procesu léčby, sledování vývoje manažerem případu a jeho terénní činnost. Za významné prvky intervence vedle toho manažeři případu označovali kontinuální a komplexní přístup a komunitně koncipované služby.

### □ Poskytování individualizovaných, komplexních, koordinovaných a kontinuálních služeb

Obě studie dále ukázaly, že case management jasně přispěl k více individualizované péči, jelikož plánování léčby vycházelo z komplexního posouzení silných a slabých stránek klienta a klienti sami určovali směřování procesu léčby (*kapitoly 5 a 7*). Manažeři případů se nesoustředili jen na problémy klientů s drogami, ale řešili také jejich problémy v oblasti zaměstnání, bydlení, financí, problémy ve vztazích, problémy trestněprávní a zdravotní a v případě potřeby doporučovali klienty do zařízení, která takové služby nabízela (*kapitola 7*). Přínos manažerů případů ke koordinaci péče vyplýval ze skutečnosti, že manažeři případů přivedli během konziliárních porad o případu ke spo-

lečnému jednání všechny partnery zapojené do procesu léčby a že činnosti propojování a koordinace tvořily polovinu všech aktivit case managementu. A konečně, obě studie vedení případů ukázaly, že je možné i nadále poskytovat péči klientům, kteří opakovaně léčbu předčasně ukončovali. Manažeři případu situaci klientů monitorovali během šestiměsíčního, respektive dvanáctiměsíčního období, bez ohledu na to, kde klienti pobývali nebo jak se jim dařilo (*kapitoly 5 a 7*). Počty případů předčasně ukončené léčby byly relativně nízké a klienti byli s poskytovanými službami celkově spokojeni, až velmi spokojeni.

#### □ Dopad na účast a udržení v léčbě a využití služeb

Výsledky obou studií o dopadu případů na udržení v léčbě a využití služeb byly poněkud protichůdné (*kapitoly 5 a 7*). První studie, v níž byl case management zařazen jako doplňující léčebná modalita v několika léčebných zařízeních, prokázaly u několika klientů zvýšenou míru udržení v léčbě a navíc významný dopad na výsledky klienta (*kapitola 5*). Časté využívání služeb, zejména různé krátké léčebné epizody, byly spojeny s nepříznivými výsledky. Naproti tomu druhá studie, v níž byl case management koncipován jako zvláštní modul nabízený sítí služeb, který byl obvykle zahajován krátce poté, co klient byl v kontaktu s nejméně dvěma různými zařízeními, ukázala velmi vysokou míru využití služeb zvláště ve skupině s intenzivním vedením případu (*kapitola 7*). Dlouhá délka setrvání v léčbě byla pozorována pouze u několika klientů. Obě skupiny, v nichž byl case management prováděn, tvořili klienti užívající látky s mnohočetnými a komplexními problémy a s výraznou historií léčby, avšak i vzorek ve druhé studii využil v poslední době několika různých služeb. Došli jsme k závěru, že intenzivní case management nebyl zpočátku úspěšný při snižování míry využití služeb u této skupiny uživatelů několika různých služeb a častých uživatelů služeb, avšak mohl pomoci udržet klienty s podobnými problémy v léčbě, jestliže už byli do některého programu léčby zapojeni.

#### □ Dopad na fungování klientů

Obě studie vedení případů ukázaly podobné výsledky z hlediska fungování klientů: u většiny klientů to byla stabilizovaná, a dokonce nižší závažnost problémů s drogami, rodinných problémů a problémů se zaměstnáním (*kapitola 5 a 7*). Pokles však byl poměrně malý a pro většinu klientů bylo indikováno další sledování situace. První studie ukázala další zlepšení trestněprávních problémů a málo změn v oblasti psychických problémů, zatímco druhá studie prokázala zhoršení trestněprávních problémů, ale relativně zlepšené psychické fungování u několika klientů. Oblasti působení manažerů případů a jednotlivé oblasti života, u nichž byl při následné kontrole zjištěn pozitivní vliv, v obou studiích jasně souvisely.



### □ Důkazy o účinnosti case managementu

Naše přezkoumání publikovaných hodnotících studií neprokázalo žádné přesvědčivé důkazy o účinnosti case managementu (*kapitola 6*). Přesto některé studie prokázaly pozitivní vliv intervence na výsledky klienta (např. užívání drog, zaměstnání, bydlení), využití služeb, přístup k léčbě a udržení v léčbě, kvalitu života, spokojenost klientů a úspory nákladů. Pouze některé randomizované a kontrolované studie prokázaly účinnost case managementu ve srovnání se standardní léčbou nebo jinými intervencemi. Přesto většina studií prokázala významný vliv této intervence v čase, i když ne odlišný od jiných intervencí. Několik studií navíc prokázalo pozitivní vztah mezi délkou účasti a udržení ve službách s uplatněním case managementu a dosaženými výsledky.

Určité důkazy jsou k dispozici o účinnosti intenzivního case managementu na psychosociální fungování a využívání služeb v populacích osob užívajících látky s mnohočetnými a komplexními problémy (např. bezdomovci, pachatelé drogové trestné činnosti, osoby s duální diagnózou). Byly zjištěny také určité důkazy svědčící o účinnosti univerzálního modelu case managementu a case managementu založeného na silných stránkách při zvyšování účasti a udržení v léčbě. Posledně jmenovaná intervence se navíc ukázala jako účinná pro lepší fungování z hlediska zaměstnanosti mezi osobami užívajícími látky, které nastupují k rezidenční léčbě. Na druhou stranu nejsou k dispozici dostatečné důkazy o účinnosti modelu zprostředkování a klinického modelu vzhledem k nedostatku randomizovaných a kontrolovaných studií. A konečně, nebyl zjištěn žádný důkaz o účinnosti case managementu prováděného po delší časové období, i když byl prokázán pozitivní vliv a účinnost v případech, kdy byla intervence prováděna po 24 až 36 měsících.

### □ Diskuse o hlavních zjištěních

Obecně vzato, údaje uvedené v práci potvrdily, že mnoho osob užívajících látky má mnohočetné a komplexní problémy (McLellan, Arndt, Metzger, Woody & O'Brien, 1993; McLellan et al., 1999), a potvrdily také novější názor, že užívání látek je třeba považovat za chronické a recidivující onemocnění, k němuž patří i možnost uzdravení (Brindis & Theidon, 1997; McLellan, 2002). Jen malý počet služeb však dokáže (tj. je vybaven tak, aby byl schopen) zajistit koordinaci a kontinuitu péče nezbytnou pro řešení těchto problémů a společné úsilí k řešení problematiky takzvaných „společných klientů“ dosud obecně chybí. Case management byl označen za slibný přístup k poskytování koordinované a kontinuální péče a integrovaný systém pro léčbu užívání látek byl prezentován jako vhodný rámec pro provádění této intervence.

Stejně jako v několika dalších zemích (de Weert-van Oene & Schrijvers, 1992; Koller, 1999; Nizzoli, 1999) byly také v gentském regionu zjištěny různé nedostatky ohledně kvality léčby užívání návykových látek, zejména pokud

jde o koordinaci a kontinuitu péče. Jako alternativy k řešení některých nedostatků v současném uspořádání služeb v oblasti léčby byly navrženy postupné plány jak organizovat a optimalizovat komunikaci mezi léčebnými zařízeními, využívání nových technologií, společný systém registrace a vedení složek klientů a zařízení pro centrální příjem. Nakonec jsme se rozhodli pro realizaci modelu case managementu a zavedení integrovaného systému léčby. Důvodem pro prvně uvedené rozhodnutí bylo to, že různé studie ukázaly v souvislosti s touto intervencí pozitivní výsledky (Shwartz, Baker, Mulvey & Plough, 1997; Siegal, Rapp, Li, Saha & Kirk, 1997; Mejta, Bokos, Mickenberg, Maslar & Senay, 1997; Willenbring, Ridgely, Stinchfield & Rose, 1991), důvodem pro druhé rozhodnutí pak bylo to, že tuto koncepci navrhla vlivná Národní rada pro nemocniční zařízení [*Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV)*] jako budoucí způsob uspořádání péče o duševní zdraví v Belgii (Knapen & Van Holsbeke, 1997).

Proveditelnost integrace různých léčebných modalit do komplexního systému služeb byla projednána v průběhu mezinárodního sympozia a jeho konceptualizaci dále rozpracovala skupina odborníků v provincii Východní Flandry. Podobná snaha překlenout propast mezi přístupy zaměřenými na abstinenci a přístupy založenými na snižování škod byla zaznamenána ve Spojených státech (Marlatt, Blume & Parks, 2001). Diskuse během mezinárodního sympozia vedly k formulaci několika předpokladů pro integraci různých léčebných modalit; tyto předpoklady odrážely podobné myšlenky jako ty, které postulovali američtí odborníci. Americký systém „řízené péče“ byl označen za příklad přemrštěné reorganizace zdravotnických služeb, která byla vedena především ekonomickými zájmy a přinesla klientům řadu nepříznivých důsledků (Galanter, Keller, Dermatis & Egelko, 2000; Gould, Levine & McLellan, 2000; Zarkin & Dunlap, 1999). Podobně také sloučení léčebných zařízení v Nizozemsku, které vedlo ke vzniku velkých organizací, vycházelo především z uplatnění hlediska ziskovosti. Z výstupů našich diskusních skupin však vyplynulo, že východiskem pro reorganizaci léčebných služeb by měly být potřeby klientů a jejich sociálních sítí. Funkční a klientsky orientované – spíše než institucionálně koncipované – uspořádání léčby užívání návykových látek dává klientům větší záruku nabídky toho typu léčby, který v daném okamžiku potřebují. Case management je označován za účinný nástroj monitorování a koordinace trajektorie, po níž se klienti v integrovaném systému léčby ubírají (Drake, Yovetich, Bebout, Harris & McHugo, 1998). Implementace integrovaného systému léčby byla vymezena jako dlouhodobý proces, kterému předchází nejmeně tři další kroky a po kterém by mělo následovat hodnocení jeho účinnosti. Vzhledem k zaměření práce na case management jsme se soustředili výhradně na kroky předcházející vlastní realizaci, k nimž patří vytvoření společného jazyka a přístupu, teoretická konceptualizace toho, co by integrovaný systém měl zahrnovat, a přehled dostupných a potřebných služeb. Poté bude třeba,

aby postupná realizace tohoto teoretického modelu po jednotlivých krocích a hodnocení zavedeného systému ověřily, zda alternativní uspořádání léčebných služeb přispívá ke komplexní a kontinuální péči, efektivitě poskytování služeb, větší transparentnosti a pružnosti a ke spokojenosti klientů (de Weert-van Oene & Schrijvers, 1992; Wolf, 1995).

Promyšlené zavedení case managementu bylo spojeno s úspěšnými výsledky (Burns, Fioritti, Holloway, Malm & Rössler, 2001; Inciardi, Martin, Butzin, Hooper & Harrison, 1996; Jerrell & Ridgely, 1999; Wolf, Mensink & van der Lubbe, 2002), a proto jsme se zabývali důkazy o zásadních aspektech realizace. Přestože jsme zjistili různé významné faktory, našli jsme jen málo důkazů z randomizovaných a kontrolovaných studií o úloze specifických prvků case managementu. Na rozdíl od oblasti péče o duševní zdraví je k dispozici jen málo opatření pro vlastní provádění (různých modelů) case managementu (Teague, Bond & Drake, 1998), což ponechává příliš mnoho možností těm, kdo tuto intervenci realizují. Na základě studia literatury a několika diskusí s vědci ze Spojených států a Nizozemí jsme se zabývali šesti klíčovými otázkami, které by měly být řešeny při uplatňování case managementu pro osoby užívající látky.

Výsledky prvotní implementace case managementu byly v souladu s výsledky obdobných studií, které sledovaly klienty po rezidenční léčbě (Conrad et al., 1998; Saleh et al., 2002; Shwartz et al., 1997; Siegal et al. 1997). Účinky hlášené po 12 měsících byly malé, až skromné, a týkaly se zlepšení situace z hlediska užívání drog, zaměstnanosti a fungování rodiny, poklesu počtu případů předčasného ukončení programu a zvýšení účasti a setrvání v léčbě. Klienti a manažeři případů připisovali tyto účinky spíše udržení v léčbě než intervenci case managementu, což nás vedlo k závěru, že tyto účinky byly převážně způsobeny zvýšenou účastí a udržením v léčbě (Rapp, Siegal, Li & Saha, 1998; Siegal, Li & Rapp, 2002). Také další autoři prokázali pozitivní vztah mezi délkou setrvání v léčbě mezi klienty, u nichž byl prováděn case management, a lepšími výsledky (Cox et al., 1998; Evenson, Binner, Cho, Schicht & Topolski, 1998; Mejta et al., 1997). Zdá se tedy, že case management má především podpůrnou úlohu při zapojení do léčby a udržení v léčbě (Rapp et al., 1998). Poměrně pozitivní výsledky, které jsme zjistili, byly obzvláště povzbudivé vzhledem k tomu, že zúčastnění klienti měli za sebou různé léčebné epizody, předčasná ukončení programů a relapsy. Několik dalších studií ukázalo, že case management může být úspěšný u osob užívajících látky se závažnými a komplexními problémy (Lightfoot et al., 1982; McLellan et al., 1999).

Po prvotní implementaci case managementu jsme hodnotili účinnost intervence na základě přezkoumání dostupné literatury a vyhodnocení adaptovaného modelu vedení případu. Nemůže být překvapením, že jsme nenašli dostatek důkazů o (rozdílné) účinnosti case managementu, jelikož většina sociálních intervencí má přinejlepším mírný vliv (Lipsey, 1990). Přesto však metaanalýza účinnosti různých intervencí na onemocnění související s užíváním

alkoholu prokázala, že case management byl zařazen mezi deset nejúčinnějších intervencí pro tuto cílovou populaci (Wilbourne & Miller, 2002). Došli jsme k závěru, že existují určité důkazy o (rozdílné) účinnosti intenzivního modelu case managementu, univerzálního modelu a modelu založeného na silných stránkách. Nedostatek důkazů je pouze důsledkem nedostatku randomizovaných a kontrolovaných studií a srovnání s ostatními osvědčenými intervencemi nebo standardní léčbou (Orwin, Sonnefeld, Garrison-Mogren & Smith, 1994). Pokud case management nebyl porovnáván s další intervencí, byly v průběhu doby zjištěny některé významné účinky z hlediska míry využití služeb, účasti a udržení v léčbě, spokojenosti klientů a různých stránek situace klientů a kvality života (Evenson et al., 1998; Godley et al., 2000; Lanehart, Clark, Rollings, Haradon & Scrivner, 1996; Okin et al., 2000, Oliva, Görgen, Schlanstedt, Schu & Sommer, 2001). Nekontrolované studie však zanechávají nejistotu ohledně toho, které faktory vyvolávají určité účinky.

Vymezení početně malé skupiny častých uživatelů služeb a uživatelů několika různých služeb, která nepoměrně více využívá dostupné zdroje, bylo východiskem pro hodnocení účinnosti intenzivního case managementu poskytovaného jako pomoc této skupině osob užívajících látku s mnohočetnými a komplexními problémy. První výsledky ukazují, že intervence skutečně mohla pomoci podpořit psychosociální fungování této populace (Okin et al., 2000; Thornquist, Biros, Olander & Sterner, 2002; Witbeck, Hornfeld & Dalack, 2000), avšak nesnížila míru využití služeb, ba právě naopak. Klienti přisouvali zlepšení své situace intervencím manažera případu a vnímali je jako cenné a účinné. Jedním z nejdůležitějších zjištění bylo to, že klienti, u nichž bylo realizováno intenzivní vedení případu, kontaktovali více služeb a dosahovali také lepších výsledků. Někteří autoři zjistili podobné výsledky (McLellan et al., 1999), jiní však nenalezli žádný vztah mezi vyšší mírou využití služeb, zlepšenými výsledky a vyšší mírou využití case managementu v řešení závažnějších problémů při následné kontrole (Vaughan-Sarrazin, Hall & Rick, 2000; Huber, Sarrazin, Vaughn & Hall, 2003).

### **8.3 Důsledky pro praxi léčby užívání návykových látek**

Specifickým cílem studie bylo zlepšit koordinaci a kontinuitu péče v oblasti léčby užívání návykových látek v provincii Východní Flandry (Belgie). Na základě různých studií, které jsme realizovali, uvádíme několik doporučení pro odborníky v praxi, poskytovatele léčby a tvůrce politik, kteří se potýkají s podobnými problémy v jiných regionech.

Jedním z nejdůležitějších důsledků studie je to, že léčba užívání návykových látek by se měla skládat z celého spektra služeb, které jsou uspořádány s ohledem na komplexnost a kontinuitu péče. V současné době je málo programů vybaveno k tomu, aby takové služby poskytovaly, a k zajištění takto široce koncipovaných a komplexních služeb po delší časové období bude zapotřebí společného úsilí. Aspekty koordinace a kontinuity péče, které jsme hodnotili, mohou poskytnout určitý vhled do některých důležitých ukazatelů kvality péče, ale tato norma se vztahuje také na efektivitu a účinnost programů léčby (de Weert-van Oene, Schrijvers, 1992). Měli bychom vyhodnotit, zda programy dosahují předpokládaných cílů a za jakou cenu. Pokud se shodneme na tom, že užívání návykových látek je chronické a recidivující onemocnění a že léčba bude tedy sestávat z řady intervencí, budeme muset přizpůsobit metodiku výzkumu a hodnotit spíše léčebné cíle jednotlivců než cíle programů (McLellan, 2002).

Přestože praxi vedení případu popsalo několik autorů (Siegal & Rapp, 1996), poměrně málo se z nich se zaměřilo na jeho implementaci nebo hodnocení. Důkladné analýzy dostupné literatury a zkušeností ze Spojených států, Nizozemska a Belgie vedly k závěru, že při provádění case managementu u klientů užívajících látku je třeba se zabývat nejméně šesti klíčovými otázkami. Těm, kdo programy připravují, by mělo být jasné, jaké jsou motivy, cíle a cílové skupiny této intervence a jak by měla být začleněna do stávajícího systému služeb. Dále by měli zvolit odpovídající model vedení případu a popsat jeho základní rysy. Poté je třeba definovat dovednosti, kvalifikaci a další požadavky na manažery případů a následně odpovědět na otázku, jak bude zajištěna kontinuita projektu a jak bude intervence hodnocena. Zohlednění všech těchto otázek by mělo vést k promyšlenějšímu zavádění a nakonec i k větší důslednosti a praxi založené na důkazech. Další diskuse o těchto otázkách by mohly vést k vývoji protokolů a příruček, které by popsaly, co tato intervence obsahuje a jak má být prováděna.

Ohledně účinnosti case managementu jsou uváděny rozdílné výsledky. Náš průzkum ukázal, že intervence může (pomoci) podporovat různé pozitivní výsledky, ale jen částečně jsou k dispozici důkazy, že case management je účinnější než jiné intervence. Jeho účinky jsou spojeny především s posílením účasti a udržení v léčbě, a pouze v případě, že jsou poskytovány přímé služby, lze očekávat další dopady na psychosociální fungování klientů. Intenzivní modely case managementu se nejlépe hodí pro klienty s mnohočetnými a závažnými problémy, zatímco klientům, kteří nejsou motivováni, může více vyhovovat case management založený na silných stránkách. A konečně, výsledky průzkumu by tvůrcům programů měly poskytnout představu o realistických očekáváních ohledně možných výsledků intervence. Koneckonců, neměli bychom zapomínat, že intervence byla původně koncipována tak, aby klientům zajistila kontinuální a podpůrnou péči a nasměrování na zdroje v komunitě (Rapp et al., 1998).

Přestože ve Spojených státech má case management určitou tradici v poskytování pomoci klientům užívajícím látku (Ashery, 1992; Siegal & Rapp, 1996),

jeho implementace v Evropě je stále ještě v plenkách. I když několik evropských zemí má podobné populace klientů užívajících látky a stejné organizační problémy, case management zavedly pouze některé země s tím, že má provázet klienty užívající látky komplexní sítí služeb (EMCDDA, 2001). Podle této studie, ale také podle hodnotící studie v Německu a Nizozemsku se ukazuje, že tato – původně americká – intervence má velký potenciál v poskytování pomoci klientům užívajícím látky s mnohočetnými a komplexními problémy, kteří potřebují větší počet služeb po delší časové období (Oliva et al., 2001; Wolf & Planije, 2002). Bylo prokázáno, že intervenci je možné snadno zavést do evropského zdravotního a sociálního systému, aby zvyšovala účast a udržení klientů v léčbě po rezidenční nebo ambulantní léčbě nebo na podporu využití služby u klientů, kteří předčasně ukončují účast v léčbě (nebo u nichž to hrozí). Jedním z nejdůležitějších zjištění bylo to, že case management může přispět ke stabilizaci a snížení problémů klienta, a to i v případech, že jsou závažné a chronické.

Přestože implementace case managementu nevedla vždy k dosažení zamýšlených výsledků (Martin & Scarpitti, 1993; Sorensen et al., 2003), panuje soustavně vysoká míra shody v tom, že klienti ji oceňují. I když vzhledem k situaci klienta se case management může jevit jako radikální intervence, klienti jsou ochotni podstoupit sledování manažerem případu, pokud jsou tyto služby konkrétní a vycházejí z vlastních zájmů klienta. Toto zjištění a relativní účinnost intervence u osob, jejichž léčba opakovaně selhala, podporuje naši myšlenku, že case management by – v ideálním případě – měl být nedílnou součástí každého programu léčby užívání látek, aby nasměroval klienty k různým službám a tyto služby upravil na míru jejich potřebám.

A konečně, prokázali jsme, že case management by měl být dobře integrován do systému dostupných služeb. Rámec pro jeho začlenění, který jsme zde nastínili, se úzce vztahuje k belgickým podmínkám, může však být do určité míry užitečný při zlepšování organizace léčby užívání látek v dalších regionech nebo zemích.

Snad nejlepším způsobem jak popsat praktické důsledky této dizertační práce je podat přehled vývoje v oblasti léčby užívání látek v provincii Východní Flandry za posledních sedm let. Hodnocení koordinace a kontinuity péče v léčebných zařízeních, která se zabývají léčbou klientů užívajících látky (1998–1999), vedla v několika zařízeních k implementaci case managementu jako doplňkové léčebné služby (1999–2000). Kromě toho konstatování potřeby větší transparentnosti vedlo k realizaci studie využití služeb, jejímž cílem nebylo pouze poskytnout informace o základních charakteristikách osob užívajících návykové látky, které žádají o léčbu, ale také popsat hlavní znaky zapojených služeb (1999–2001). Hledání další strukturální spolupráce v oblasti léčby užívání návykových látek mezitím vedlo ke zkoumání a projednávání koncepce „integrovaných systémů léčby“ (2000–2001). Navíc byly každé tři týdny pořá-



dány koordinační schůzky k projednání vstupních kritérií, procedur příjmu a propouštění u jednotlivých partnerů a k řešení fenoménu takzvaných „společných klientů“ (2001). Jmenování regionálního koordinátora péče (2002) ještě více podpořilo integraci léčebných služeb a vedlo k formální dohodě mezi všemi organizacemi v této oblasti o vytvoření komplexního léčebného programu pro osoby užívající látky (2003). První realizací formální sítě poskytovatelů služeb bylo vytvoření modulu „case management“ (2003) pro řešení problematiky častých uživatelů služeb a uživatelů různých služeb v zařízeních pro léčbu užívání látek.

## 8.4 Omezení platnosti studie

Přestože omezení jednotlivých studií jsme už zmínili, zaměřujeme se v této části na některá celková omezení práce. Jejím hlavním cílem bylo zavedení intervence, která by zlepšila koordinaci a kontinuitu péče. Proto práce nezahrnovala rozsáhlé studie účinnosti case managementu, ale skládala se z několika malých studií, včetně studia literatury, testu před provedením intervence a po provedení intervence, analýzy rozhovorů a tematických diskusních skupin a jiných kvalitativních výzkumných metod.

Prvním omezením je to, že studie se zaměřila na jasně vymezenou zeměpisnou oblast v okolí Gentu, kterou pokrývá velké množství (rezidenčních) léčebných zařízení. Typ a dostupnost služeb a další kontextové rozdíly mohou bránit zobecnění prezentovaných výsledků. Vedle toho mohou podobná omezení bránit srovnatelnosti dat v metaanalýzách.

Za druhé, nebylo možné uplatnit dlouhodobý přístup. Namísto toho jsme raději studovali několik projektů, které implementaci case managementu předcházely nebo s ní byly spojeny. Vzhledem k finančním a praktickým omezením byly intervence vedení případu omezeny na dobu dvanácti, respektive šesti měsíců. Protože toto období může být dostatečně dlouhé pro dosažení změny, nebyly shromažďovány žádné informace o tom, zda účinky měly delší trvání.

Za třetí, obě studie case managementu pracovaly s relativně malými vzorky. Nedostatek vzorků odpovídající velikosti byl kompenzován použitím více zdrojů dat pro analýzu výsledků a kvalitativní studie různých procesních proměnných. Prezentované údaje obou studií postrádají statistickou průkaznost, ale poskytují vhled do několika aspektů implementačního procesu a souvisejících výsledků. Pilotní studie zkoumala potenciální důsledky intervence, zatímco druhá studie pracovala s malým vzorkem, protože primární účinnost intenzivního vedení případu byla zkoumána u specifické podskupiny, které je početně malá. Tato kvalitativní studie je součástí probíhající randomizované

a kontrolované studie, která může ověřit poznatky, výsledky a hypotézy z předchozích etap studie na mnohem větším vzorku.

Za čtvrté, i přes značné úsilí se ukázalo jako velmi obtížné sestavit obdobnou a dostatečně velkou kontrolní skupinu. Někteří poskytovatelé péče se zdráhali zařadit klienty do kontrolní skupiny, a to z etických a praktických důvodů. Argumentovali tím, že je neopodstatněné odpírat klientům potenciálně přínosnou intervenci, a dále zdůrazňovali, že princip náhodného výběru je v rozporu s procedurou ověřování způsobilosti, která je součástí posouzení klienta při příjmu ve většině zařízení pro léčbu užívání látek (Inciardi, Martin & Scarpitti, 1994). Klienti se obvykle nepodílejí na výzkumu, jestliže ve své účasti nespátřují žádnou výhodu (Vaughn, Sarrazin, Saleh, Huber & Hall, 2002). Proto jsme účast ve druhé studii podpořili nákupními poukazy, které jistě přispěly k menšímu počtu předčasných ukončení programu v kontrolní skupině. Celkově zůstává i nadále velmi obtížné zajistit účast klientů užívajících látky – zejména těch s mnohočetnými a komplexními problémy – pro výzkumné účely. Nejlepším způsobem jak posílit účast klientů na výzkumu u této skupiny je naplánovat první výzkumné posouzení ihned po randomizaci a kontaktovat je okamžitě, dokud jsou v (rezidenční) léčbě.

Za páté, standardizované nástroje, které byly použity ve studii, byly především nástroje hlášení samotným subjektem. Vzhledem k sociálně deviantnímu chování sledované populace je vyšší pravděpodobnost společensky žádoucích odpovědí. Platnost a spolehlivost použitých nástrojů však byla vysoká a ve druhé studii byly ke kontrole situace klientů použity údaje ze záznamů vedených manažery případů [*skóre závažnosti návykového chování (ASI)*]. Ty se ukázaly jako velmi konzistentní s údaji, které uváděli sami klienti. Přesto bylo doporučeno využít dalších údajů o výsledcích s cílem shromáždit objektivnější data (např. úřední statistiky, lékařské databáze, rozbory moči) vedle údajů hlášených samotnými subjekty. Navíc, protože zlepšení u klientů probíhala většinou pomalu a rovnoměrně, jsou potřebné nástroje, které umožňují odhalit i tyto malé rozdíly a které mohou být nasazovány pravidelně (např. každý měsíc místo každých šesti měsíců). Vedle toho může být důležité zaměřit se spíše na kvalitu života než na obecné ukazatele výsledků.

A konečně, určitou roli mohlo sehrát výběrové zkreslení. Tohoto zkreslení bychom si měli být vědomi, protože klienti byli sice vybíráni náhodně, ale mohli se rozhodnout, zda se zúčastní, nebo ne. To mohlo vést k účasti těch, kteří projeví určitou úroveň motivace. Je otázkou, zda by stejné výsledky byly zaznamenány také u osob, které by byly k účasti ve studii case managementu donuceny (Godley et al., 2000). První studie ukázala, že úroveň motivace souvisí s mírou výskytu předčasně ukončené účasti, ale nesovisí s lepšími výsledky. Proto bude důležité motivaci pravidelně hodnotit, neboť se jedná o proměnlivý proces, který ovlivňuje výsledky léčby (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992).



## 8.5 Budoucí výzkum

Práce nám poskytla několik postřehů o organizaci léčby užívání návykových látek v gentském regionu a o tom jak zlepšit koordinaci a kontinuitu současných léčebných služeb, zejména zavedením case managementu pro klienty užívající látky s mnohočetnými a komplexními problémy. Nadále však zůstává několik výzkumných otázek, kterými by se budoucí výzkum měl zabývat.

Za prvé, je známo jen málo o účinnosti a efektivnosti dostupných služeb. Výsledky léčby je třeba studovat v kohortě osob užívajících látky po delší časové období, abychom mohli sledovat kumulativní nebo oddělené účinky různých typů léčebných epizod. Takové údaje nám mohou poskytnout dostatečné informace pro optimalizaci léčebných programů a vyhledání odpovídající léčby pro klienta (client-treatment matching). Kromě toho bychom se neměli zaměřovat pouze na problém užívání drog. Procento osob užívajících alkohol mnohonásobně převyšuje počet osob užívajících drogy, ale k dispozici je málo informací o organizaci a účinnosti protialkoholních léčebných služeb v gentském regionu i v dalších belgických regionech. Rozdělení léčebných služeb pro obě populace je přitom zcela umělé. Vzhledem k tomu, že nemoci způsobené užíváním alkoholu se vyznačují mnohočetnými, chronickými a recidivujícími problémy, může být case management také významným doplňkem léčebných služeb pro tuto cílovou skupinu, jak bylo prokázáno v několika studiích (Braucht et al., 1995; Cox et al., 1998).

Za druhé, implementace a hodnocení integrovaného systému léčby osob užívajících látky přesahovaly rámec této práce. Bude zapotřebí dalšího výzkumu k ověření toho, zda teoretická konceptualizace a postup v krocích, který jsme popsali, opravdu pomáhá zlepšit poskytování služeb pro osoby užívající látky.

Za třetí, práce poskytla informace o tom, jak by měl být case management prováděn a jaké výsledky lze očekávat, ale vztah mezi oběma aspekty zůstává nejasný. Náš průzkum provádění intervence poskytl o těchto zásadních prvcích málo důkazů. V oblasti péče o duševní zdraví se hlavní zájem výzkumu v poslední době posunul k vymezení právě těchto klíčových charakteristik vedení případu (Burns et al., 2001). Také postupy provádění case managementu u klientů užívajících látky mohou využít poznatků získaných z provádění intervence u psychicky nemocných osob, ale bude nutné posoudit i faktory, díky nimž tato intervence funguje u osob, které užívají látky.

Za čtvrté, je třeba realizovat hodnotící studie, které uplatní dlouhodobý přístup s cílem zjistit, zda účinky case managementu mohou být trvalé v čase. Dlouhodobé účinky byly prokázány po 24 a 36 měsících (Drake et al., 1998; Jerrell & Ridgely, 1999), jiné studie však ukázaly po 9 až 12 měsících slábnutí účinků (Conrad et al., 1998; Saleh et al., 1998). Dalším výzkumem je třeba určit optimální intervenční období a také prozkoumat, zda by vedení případu mělo

být kombinováno s dalšími intervencemi nebo více specializovanými modely case managementu v čase (Clark et al., 1998). Vedle toho je třeba vyhodnotit účinnost a efektivnost case managementu bez časového omezení, který by mohl být alternativou k chronickým a vše prostupujícím problémům některých osob.

A konečně, pro vyhodnocení efektivnosti case managementu bude potřeba více randomizovaných a kontrolovaných studií na dostatečně velkých vzorcích – především v Evropě. Nezbytný bude další experimentální výzkum zejména modelu založeného na silných stránkách a klinického modelu case managementu, protože ty dosud byly zkoumány jen zřídka, ale podle všeho přinášejí kladné výsledky. Vedle toho je třeba vyhodnotit nákladovou efektivnost této intervence ve srovnání s jinými intervencemi prováděnými ve studované populaci. Přestože case management může být účinnou intervencí, o její efektivnosti u osob užívajících látky dosud mnoho nevíme.

## Literatura

- Ashery, R. S. (Ed.). (1992). *Progress and Issues in case management* (NIDA Research Monograph 127). Rockville: National Institute on Drug Abuse.
- Birchmore-Timney, C. & Graham, K. (1989). A survey of case management practices in addictions programs. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 6(3/4), 103–127.
- Braucht, G. N., Reichardt, C. S., Geissler, L. J., 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.
- Burns, T., Fioritti, A., Holloway, F., Maln, U. & Rossler, W. (2001). Case management and assertive community treatment in Europe. *Psychiatric Services*, 52(5), 631–636.
- Clark, R. E., Teague, G. B., Ricketts, S. K., Bush, P. W., Xie, H., McGuire, T.G. et al. (1998). Cost-effectiveness of assertive community treatment versus standard case management for persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorders. *Health Services Research*, 33(5), 1285–1308.
- 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.
- 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.
- Drake, R. E., McHugo, G., Clark, R., Teague, G. B., 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., 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.
- 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.
- 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.

- 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.
- Godley, S. H., Finch, M., Dougan, L., McDonnell, M., McDermeit, M. & Carey, A. (2000). Case management for dually diagnosed individuals involved the criminal justice system. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(2), 137–148.
- 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.
- 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.
- Inciardi, J. A., Martin, S. S., Scarpitti, F. R. (1994). Appropriateness of assertive case management for drug-involved prison releasees. *Journal of Case Management*, 3(4), 145–149.
- Jerrel, 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.
- Koller, E. (1999). The policy-maker’s perspective. In European Monitoring Centre of Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (Ed.), *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.
- 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.
- Lanehart, R. E., Clark, H. B., Rollings, J. P., Haradon & Scrivner, L. (1996). The impact of intensive case-managed intervention on substance-using pregnant and postpartum women. *Journal of Substance Abuse*, 8(4), 487–495.
- 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*. Ottawa, Canada: Department of Health and Welfare, Health Promotion Directorate.
- Lipsey, M. (1990). *Design sensitivity: statistical power for experimental research*. Newbury Park: Sage.
- 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.
- Martin, S. S. & Scarpitti, F. R. (1993). An intensive case management approach for paroled iv 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., Arndt, I., Metzger, D., Woody, G. & O’Brien, C. (1993). The effects of psychosocial services on substance abuse treatment. *Journal of the American Medical Association*, 269, 1953–1959.

- 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., Mickenberg, J., Maslar, M. & Scnay, E. (1997). Improving substance abuse treatment access and retention using a case management approach. *Journal of Drug Issues*, 27(2), 3292–340.
- Miller, W. R. & Wilbourne, P. L. (2002). Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*, 97(3), 265–277.
- Nizzoli, U. (1999). Treatment information systems: the Emilia-Romagna experience. In European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDD) (Ed.), *Evaluating the Treatment of Drug Abuse in the European Union, EMCDDA Scientific Monograph Series N°3* (pp. 63–66). Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Okin, R. L., Boccellari, 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., Görgen, W., Schlanstedt, G., Schu, M. & Sommer, L. (2001). *Case management in der Suchtkranken- und Drogenhilfe: Ergebnisse des Kooperationsmodells nachgehende Sozialarbeit – Modellbestandteil Case management, Berichtszeitraum 1995–2000*. Köln: Fogs, Gesellschaft für Forschung und Beratung in Gesundheits- und Sozialbereich mbH.
- Orwin, R. G., Sonnefeld, 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.
- Prochaska, J., DiClemente, C. & Norcross, J. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviours. *American Psychologist*, 47(9), 1102–1114.
- 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.
- 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.
- Shwartz, M., Baker, G., Mulvey, K.P., & Plough, A. (1997). Improving publicly funded substance abuse treatment: the value of case management. *American Journal of Public Health*, 87, 1659-1664.
- Siegal, H. A., Li, L. & Rapp, R. C. (2002). Case management as a therapeutic enhancement: Impact on post-treatment criminality. *Journal of Addictive Diseases*, 21(4), 37–46.
- Siegal, H. A. & Rapp, R. C. (Eds.). (1996). *Case management and substance abuse treatment: practice and experience*. New York: Springer Publishing Company.
- Siegal, H. A., Rapp, R. C., 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., Dille, J., London, J., Okin, R. L., Delucchi, K. L. & Phibbs, C. S. (2003). Case management for substance abusers with HIV/AIDS: a randomized clinical trial. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29(1), 133–150.

- 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.
- Thornquist, L., Biros, M., Olander, R. & Sterner, S. (2002). Health care utilization of chronic inebriates. *Academic Emergency Medicine*, 9(4), 300–308.
- Vaughan-Sarrazin, M. S., Hall, J. A. & Ricks, 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. L. & Hall, J. A. (2002). Participation and retention in drug abuse treatment services research. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23(4), 387–397.
- Willenbring, M. L., Ridgely, M. S., Stinchfield, R. & Rose, R. (1991). *Application of case management in alcohol and drug dependence: matching techniques and populations*. Rockville: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Witbeck, G., Hornfeld, S. & Dalack, G. W. (2000). Emergency room outreach to chronically addicted individuals: A pilot study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19(1), 39–43.
- Wolf, J. (1995). *Zorgvernieuwing in de GGZ: Evaluatie van achttien zorgvernieuwingprojecten*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke Volksgezondheid.
- 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.
- 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.

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.