



Provádění a hodnocení case managementu pro uživatele  
návykových látek s komplexními mnohočetnými problémy

# Provádění a hodnocení case managementu pro uživatele návykových látek s komplexními a mnohočetnými problémy



VYDALO:



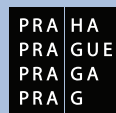
centrum adiktologie

- • • • Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty a VFN  
Univerzita Karlova v Praze  
Ke Karlovu 11 / 120 00 Praha 2 / Česká republika  
e-mail: [info@adiktologie.cz](mailto:info@adiktologie.cz)  
[www.adiktologie.cz](http://www.adiktologie.cz)

**Wouter Vanderplasschen**

Wouter  
Vanderplasschen

NEPRODEJNÉ



MONOGRAFIE

**PROVÁDĚNÍ A HODNOCENÍ  
CASE MANAGEMENTU PRO  
UŽIVATELE NÁVYKOVÝCH  
LÁTEK S KOMPLEXNÍMI  
A MNOHOČETNÝMI PROBLÉMY**

Sdružení SCAN  
Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika,  
1. LF UK v Praze a VFN v Praze



**PROVÁDĚNÍ A HODNOCENÍ  
CASE MANAGEMENTU PRO  
UŽIVATELE NÁVYKOVÝCH  
LÁTEK S KOMPLEXNÍMI  
A MNOHOČETNÝMI PROBLÉMY**

**Autor:**

Wouter Vanderplasschen

**Recenzent:**

Prof. Dr. E. Broekaert

Proefschrift ingediend tot het behalen van de academische graad van  
Doctor in de Pedagogische Wetenschappen  
in het openbaar verdedigd op dinsdag 22 juni 2004 om 15u

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 Prahy.



Recenzent: Prof. Dr. E. Broekaert

Proefschrift ingediend tot het behalen van de academische graad van Doctor in de Pedagogischeenschappen in het openbaar verdedigd op dinsdag 22 juni 2004 om 15u

*Begeleidingscommissie:*

Prof. Dr. E. Broekaert (promotor), Vakgroep Orthopedagogiek, Universiteit Gent  
Prof. Dr. I. De Bourdeaudhuij, Vakgroep Bewegings- en Sportwetenschappen, Universiteit Gent  
Prof. Dr. T. Decorte, Vakgroep Strafrecht en Criminologie, Universiteit Gent  
Prof. Dr. P. Van Oost, Vakgroep Experimenteel-klinische en Gezondheidspsychologie, Universiteit Gent

*Examencommissie:*

Prof. Dr. G. De Soete (voorzitter), Decaan Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, Universiteit Gent  
Prof. Dr. E. Broekaert (promotor), Vakgroep Orthopedagogiek, Universiteit Gent  
Prof. Dr. I. De Bourdeaudhuij, Vakgroep Bewegings- en Sportwetenschappen, Universiteit Gent  
Prof. Dr. T. Decorte, Vakgroep Strafrecht en Criminologie, Universiteit Gent  
Prof. Dr. H. Siegal, Center for Interventions, Treatment and Addictions Research, School of Medicine, Wright State University, Dayton (Ohio)  
Prof. Dr. H. Van Hoorde, Vakgroep Psychoanalyse en Raadplegingspsychologie, Universiteit Gent

Orthopedagogische Reeks Gent, Nummer 17, 2004  
ISSN: 0779-1046  
D/2004/6585/17

v.z.w. Consultatie- en Begeleidingsdiensten en Orthopedagogisch Observeer- en Behandelingscentrum, J. Guislainstraat 47, 9000 Gent  
Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek, H. Dunantlaan 2, 9000 Gent

## **PROVÁDĚNÍ A HODNOCENÍ CASE MANAGEMENTU PRO UŽIVATELE LÁTEK S KOMPLEXNÍMI A MNOHOČETNÝMI PROBLÉMY**

*Autor:* Wouter Vanderplasschen

Překlad: Mgr. Jiří Bareš

Vydalo Sdružení SCAN, Hanákova 710, Tišnov a Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Ke Karlovu 11, Praha 2 ve vydavatelství TOGGA, spol. s r. o., Volutová 2524, Praha 5.

Český překlad

© Sdružení SCAN, 2010

© Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Psychiatrická klinika 1. LF a VFN, Centrum Adiktologie  
Jazyková korektura: PhDr. Vojtěch Hanus

Obálka: Hana Valihorová

Typografie a sazba z písma Baskerville a John Sans: RNDr. Ivan Miovský

Tisk: **.Nakladatelství Albert Boskovic**

Vydání první, Praha 2010

Všechna práva vyhrazena. Tato kniha ani její části nesmějí být žádným způsobem reprodukovány, ukládány či rozšiřovány bez písemného souhlasu vydavatele.

## OBSAH

Poděkování.....	11
Předmluva .....	15
<b>1 Obecný úvod</b>	
1.1 Prevalence užívání látek a reakce na tento problém	
1.1.1 Prevalence problémů spojených s užíváním látek .....	20
1.1.2 Reakce společnosti na užívání látek.....	22
1.1.3 Problémy spojené s užíváním látek a žádosti o léčbu .....	26
1.2 Léčba problémů spojených s užíváním návykových látek v regionu Gent, Východní Flandry (Belgie)	
1.2.1 Organizace léčby problémů spojených s užíváním návykových látek .....	28
1.2.2 Žádosti o léčbu v důsledku problémů spojených s užíváním návykových látek .....	30
1.3 Hodnocení léčby problémů spojených s užíváním látek	
1.3.1 Výzvy v oblasti léčby problémů spojených s užíváním látek	34
1.3.2 Organizační problémy .....	34
1.3.3 Alternativní přístupy k poskytování služeb.....	36
1.4 Cíle studie .....	37
<b>2 Koordinace a kontinuita péče v léčbě užívání látek</b>	
2.1 Úvod	
2.1.1 Užívání látek a jeho léčba v Belgii.....	48
2.1.2 Specifické charakteristiky osob užívajících látky.....	50
2.1.3 Kvalita léčby užívání látek .....	51
2.1.4 Cíle .....	53
2.2 Metody	
2.2.1 Vzorek.....	54
2.2.2 Nástroje.....	55
2.2.3 Postup.....	56
2.2.4 Analýza údajů.....	56
2.3 Výsledky	
2.3.1 Koordinace péče.....	56
2.3.2 Kontinuita péče.....	59



2.4	Diskuse	
2.4.1	Koordinace péče.....	61
2.4.2	Kontinuita péče.....	62
2.4.3	Důsledky studie.....	63
<b>3</b>	<b>Integrace systémů léčby užívání látek</b>	
3.1	Směřování k integraci systémů léčby užívání látek	
3.1.1	Úvod.....	72
3.1.2	Definice.....	74
3.1.3	Zásadní omezení.....	76
3.1.4	Předpoklady pro integraci systémů léčby.....	80
3.1.5	Podobnost mezi situací v Americe a v Evropě.....	81
3.1.6	Závěr.....	82
3.2	Koordinace péče v léčbě užívání látek: postupné vytváření integrovaného systému léčby pro osoby užívající látky	
3.2.1	Úvod.....	91
3.2.2	Rozvoj integrovaných systémů léčby užívání látek.....	92
3.2.3	Podrobný plán vytvoření integrovaného systému léčby.....	93
3.2.4	Diskuse a závěr.....	103
<b>4</b>	<b>Srovnávací přehled vývoje a provádění case managementu u onemocnění souvisejících s užíváním látek v Severní Americe a Evropě</b>	
4.1	Úvod.....	112
4.2	Klíčové otázky provádění case managementu.....	113
4.3	Závěr.....	120
<b>5</b>	<b>Implementace vedení případu pro osobu užívající látky</b>	
5.1	Úvod.....	132
5.2	Materiály a metody	
5.2.1	Vzorek.....	133
5.2.2	Postup a nástroje.....	134
5.2.3	Analýza dat.....	135
5.3	Výsledky	
5.3.1	Závažnost návykového chování na začátku studie.....	135
5.3.2	Závažnost návykového chování po 12 měsících (T1).....	136
5.4	Diskuse.....	140
5.5	Závěr.....	143

<b>6</b>	<b>Přehled účinnosti různých modelů case managementu pro uživatele látek</b>	
6.1	Úvod	
6.1.1	Účinnost léčby užívání látek .....	148
6.1.2	Implementace case managementu .....	148
6.1.3	Účinnost case managementu.....	150
6.2	Metoda .....	151
6.3	Výsledky	
6.3.1	Asertivní komunitní léčba a intenzivní case management .	154
6.3.2	Case management založený na silných stránkách .....	157
6.3.3	Univerzální neboli standardní case management.....	158
6.3.4	Klinický case management.....	159
6.3.5	Model zprostředkování .....	160
6.4	Diskuse	
6.4.1	Účinnost různých modelů case managementu.....	160
6.4.2	Důkazy účinnosti.....	162
6.4.3	Omezení tohoto přehledu.....	165
6.4.4	Omezení prezentovaných studií a pokyny pro další výzkum .....	166
6.5	Závěr .....	168
<b>7</b>	<b>Kvalitativní studie efektivity casemanagementu u osob využívajících více služeb v belgických podmínkách léčby užívání látek</b>	
7.1	Úvod.....	188
7.2	Popis programu	
7.2.1	Aktivity .....	190
7.2.2	Pojetí.....	191
7.3	Metody	
7.3.1	Účastníci studie .....	192
7.3.2	Postup.....	193
7.3.3	Nástroje.....	194
7.3.4	Analýza dat.....	195
7.4	Výsledky	
7.4.1	Výchozí charakteristika .....	195
7.4.2	Intervence vedení případu .....	198
7.4.3	Výsledky po šesti měsících .....	199

7.5 Diskuse	
7.5.1 Intervence vedení případu .....	204
7.5.2 Efektivnost intervence .....	204
7.5.3 Omezení studie.....	207
7.5.4 Závěr .....	209
<b>8 Obecná diskuse</b>	
8.1 Úvod .....	216
8.2 Hlavní zjištění.....	217
8.3 Důsledky pro praxi léčby užívání návykových látek .....	224
8.4 Omezení platnosti studie.....	227
8.5 Budoucí výzkum .....	229

## Poděkování

Tato publikace vznikla v době, kdy jsem získal svůj magisterský titul na univerzitě v Gentu a kdy jsem byl pevně rozhodnut po pěti letech náročného studia vyměnit výzkum za praxi. O necelých 24 hodin později jsem se rozhodl, že začnu pracovat na výzkumném projektu, který měl zlepšit praxi v léčbě užívání látek. V té době a ještě donedávna jsem netušil, že se tato problematika stane tématem mé dizertační práce. Během více než sedmi let jsem se dozvěděl mnohé o praxi v léčbě užívání látek v různých prostředích díky četným návštěvám léčebných center, rozhovorům i neformálním setkáním s poskytovateli péče a služeb, díky praktickým výcvikům, mezinárodním výměnám a studijním pobytům. Začal jsem se skutečně zajímat o organizaci léčby užívání látek a intervenci zvanou „case management“. Úvodem své dizertační práce bych chtěl poděkovat všem lidem, kteří „vedli můj případ“ a pomáhali mi na této báječné a nesmírně zajímavé cestě. Bez Vaší pomoci a podnětů by tato práce vůbec nebyla možná.

Za prvé, jsem hluboce vděčný všem uživatelům, kteří se nějakým způsobem podíleli na studii. Doufám, že Vaše úsilí a přínos povedou nakonec k tomu, co všichni chceme: k systému léčby, který optimálně řeší potřeby klientů a pomáhá lidem zmírnit a pokud možno vyřešit jejich problémy.

Chci rovněž poděkovat ředitelům a pracovníkům všech zúčastněných organizací poskytujících léčbu užívání látek v provincii Východní Flandry: CGG De Drie Stromen, CGG Eclips, CGG Zuid-Oost-Vlaanderen, De Kiem, De Pelgrim, De Sleutel, CGZ Waas en Dender, MSOC Gent, PC Sleidinge, PC St-Jan-Baptist, PZ St-Camillus a Traject. Oceňuji Vaši konstruktivní spolupráci a otevřenost, i když vím, že některé cíle a inovační koncepce studie na Vás mohly působit hrozivě.

Zvláštní dík zaslouží manažeři případů z implementační fáze studie: Ann, Bart, Cassandra, Eddy, Fernand, Gert, Janna, Jo, Kristel, Lionel, Luc, Piet, Vanessa a Wim. Bez Vašeho času, energie a úsilí bychom nikdy nedokázali uvést tento teoretický koncept v našem regionu do praxe. Další zvláštní poděkování zaslouží Alphonse, Katrien a Sven, kteří pomáhali realizovat adaptovaný model vedení případu, jenž by měl lépe vyhovovat potřebám klientů a síti služeb. Obdivuji Vaše nadšení a zapálenost pro věc a doufám, že studie bude pro Vás stejnou podporou, jakou byly naše diskuse a úvahy pro mne.

Rád bych vyjádřil poděkování provincii Východní Flandry (Provincie Oost-Vlaanderen) a Regionální radě pro péči o duševní zdraví (PopovCGZ) za finanční a logistickou podporu projektu. Velký dík dlužím především Bertu Mostienovi a Patricku Claeysovi, kteří pracovali jako koordinátoři péče v oblasti léčby užívání látek, resp. péče o duševní zdraví. Od počátku jste projekt podporovali po obsahové stránce a poskytovali jste zpětnou vazbu, pokud to bylo třeba. Váš příspěvek pro mne byl velmi hodnotný a byl neocenitelný pro řadu nedávných inovací v léčbě užívání látek v provincii Východní Flandry.

Zvláštní dík zaslouží prof. Dr. E. Broekaert, vedoucí dizertační práce, který podnítil můj zájem o problematiku užívání látek a který byl ideálním průvodcem na této dlouhé a spletité cestě. Díky za podporu a důvěru, podnětné sokratovské dialogy a všechny příležitosti, které jste mi během posledních šesti let poskytl. Moje „magnum opus“ je dokončeno a „annus horribilis“ se téměř chýlí ke konci. Doufám, že moje práce přinese plody, které jste očekával.

Upřímné poděkování zaslouží rovněž prof. Dr. P. Van Oost, který mi nabídl příležitost studii zahájit a který mi dával povzbuzující a konstruktivní připomínky. Mnoho díky zaslouží také prof. Dr. I. De Bourdeaudhuij a prof. Dr. T. Decorte za kritické čtení mé dizertační práce a cenné připomínky. Dalšími lidmi, kterým chci poděkovat, jsou prof. Dr. G. De Soete, prof. Dr. H. Siegal a prof. Dr. H. Van Hoorde, a to za účast ve zkušební komisi.

Zvláštní poděkování zaslouží prof. R. Rapp a prof. Dr. J. Wolf. Byl jsem opravdu potěšen, že s námi Richard chtěl spolupracovat a při našich setkáních v Daytonu a v Gentu jsem se mnohému naučil. Práce, kterou odvedla Judith v oblasti case managementu v Nizozemsku, pro mne byla velmi inspirující a otevřela mi při psaní dizertační práce mnoho nových cest. Průběžná podpora a reflexe obou mne obohatily o nové pohledy na věc.

Chci poděkovat všem svým kolegům za jejich zájem a podporu, zvláště těm, s nimiž jsem úzce spolupracoval v jednotlivých projektech souvisejících s dizertací (Dieter, Geert, Griet, Ilse, Joke, Kim, Stijn a Veerle). Přeji Vám hodně štěstí a odvahy při plnění úkolů, které jste si pro blízkou budoucnost vytýčili.

Vřelé díky patří Kurtovi a Kathy, kteří byli velkými pomocníky při dokončování práce. Kurt z projektu odešel už více než před rokem, ale i poté jsme spolupracovali a doufám, že tomu tak bude i nadále. Přeji mu mnoho zdaru

v novém, náročném místě. Věřím, že to bude nový krok směrem k praktickému uplatnění toho, co jsme už koncipovali teoreticky. Kathy převzala projekt po Kurtovi a brzy se v nové práci zabydlela. Opravdu oceňuji její neutuchající úsilí a nyní je čas, aby našla svou vlastní cestu, na které může počítat s mou podporou.

Děkuji také všem studentům, kteří se mnou pracovali na částech dizertace, zvláště Jessice a Katrijn, jejichž pomoc byla v poslední části studie více než vítaná.

Závěrem bych rád poděkoval své rodině a přátelům, protože pro mne byli velkým zdrojem podpory, odvahy, radosti a rozptýlení.

Chci zvláště poděkovat svým rodičům za to, že mi nabídli tolik příležitostí a upřímně se zajímali o věci, které jsem dělal, a za to, že mě nepřetržitě podporovali. Zvláště v posledních obtížných měsících pro mne byla nesmírně cenná praktická pomoc a povzbuzení, kterých se mi dostávalo od nich, mé sestry a manželčiny rodiny.

Ellen mi dávala správný příklad a více než kdo jiný ví, čím jsem procházel. Na mé dlouhé cestě o mne láskyplně pečovala. Slibuji, že jí to na našich budoucích cestách budu oplácet.

Thiemen asi nechápe, čím se táta v posledních měsících tak horlivě zabýval. Jeho nadšení, radost ze života a neutuchající aktivita pro mne byly inspirující a byly ideální změnou po intelektuální práci. Příští týden spolu vyjedeme na kole a jako dobrý case manager slibuji, že ho budu provázet na celé cestě životem.

Wouter Vanderplasschen  
20. dubna 2004



## Předmluva

Užívání látek je mnohostranný a komplexní problém, který vyžaduje celostní přístup k léčbě, protože je třeba řešit nejen užívání drog klientem, ale také širší otázky, se kterými se v životě potýká, jako je (duševní) zdraví, bydlení, zaměstnání, problémy ve vztazích a problémy s justicí (Brindis & Theidon, 1997; McLellan, Arndt, Metzger, Woody, & O'Brien, 1995). Jen málo léčebných programů je však vybaveno k tomu, aby poskytovaly rozšířené spektrum služeb potřebných k naplnění širších potřeb klienta.

Přestože ne všechny případy užívání látek jsou chronické a přestože vyléčení je možné, je užívání látek v rostoucí míře považováno za chronické a recidivující onemocnění (McLellan, 2002). Trvalé podpůrné služby a průběžná péče jsou považovány za zásadní součást prevence relapsu a pomáhají klientovi stabilizovat a překonávat jeho problémy (Brindis & Theidon, 1997). Aby bylo možné realizovat průběžnou péči, je třeba léčbu pro klienty učinit přitažlivější a je nezbytné klienty monitorovat, vedle koordinace a integrace protidrogových intervencí (McLellan, 2002).

K poskytování komplexní, individualizované a průběžné odezvy na klientovy potřeby bylo vyvinuto několik intervencí a strategií, k nimž patří integrovaná léčba, centralizovaná zařízení pro příjem, treatment matching a case management (Brindis & Theidon, 1997; Drake, Mercer-McFadden, Mueser, McHugo & Bond, 1998; Hser, Polinsky, Maglione & Anglin, 1997; Scott & Foss, 2002). O provádění a hodnocení těchto postupů je však k dispozici málo informací.

Hlavním účelem této dizertační práce bylo prozkoumat, zda stávající léčebné programy v jasně vymezeném regionu Belgie (Gent, Východní Flandry) zajišťují koordinovanou a průběžnou péči a zda lze dostupné služby optimalizovat zavedením metody case management a integrovaného systému léčby pro uživatele drog.

V kapitole 1 se zabýváme povahou a rozsahem problémů užívání látek a uspořádáním léčby užívání látek. V závěru kapitoly formulujeme výzkumné otázky a cíle této práce.

Kapitola 2 popisuje studii, která zkoumala koordinaci a kontinuitu péče v organizacích, jež se na léčbě uživatelů drog podílejí. Rozebíráme různá hle-



diska koordinace a kontinuity péče a navrhujeme dva alternativní přístupy, které mohou přispět ke kvalitě léčby užívání látek.

Strukturální přístup ke zlepšení koordinace a kontinuity péče je vymezen v kapitole 3. První část popisuje historii a vývoj jednotlivých modelů léčby, jejich dopad a nutné podmínky pro integraci léčebných služeb. V druhé části se zaměřujeme na to, jak lze integrovaný systém léčby realizovat v belgických podmínkách léčby užívání látek. Činíme tak podáním přehledu jednotlivých kroků, které jsou k vytvoření takového integrovaného systému léčby pro uživatele látek nezbytné.

V kapitolách 4 až 7 se zabýváme konkrétní intervencí, jejímž cílem je podpořit koordinovanou a kontinuální péči na individuální úrovni: case management.

*Kapitola 4* podává přehled vývoje a provádění case managementu u uživatelů látek z komparativního hlediska. Zabývá se šesti klíčovými otázkami ohledně zavádění této intervence, a to na základě empirických zjištění ze Spojených států amerických, Nizozemska a Belgie.

Výsledky výzkumné studie provádění case managementu u uživatelů látek v Belgii jsou popsány v kapitole 5. V průběhu dvanácti měsíců jsme zkoumali úlohu a výstupy jednoho možného modelu case managementu, který byl realizován jako doplňková léčebná modalita ve specializovaných zařízeních pro léčbu užívání látek v malém vzorku uživatelů s mnohočetnými a komplexními problémy.

*Kapitola 6* rozebírá účinnost různých modelů case managementu pro uživatele látek: modelu zprostředkování (brokerage model) a univerzálního modelu (generalist model), asertivní komunitní léčby (assertive community treatment) a intenzivního case managementu (intensive case management), modelu založeného na silných stránkách (strengths-based model) a klinického case managementu (clinical case management). Analyzovali jsme všechny recenzované články, které se zabývaly studiem účinnosti těchto modelů v různých populacích uživatelů látek, např. u osob s duální diagnózou, uživatelů bez domova, pachatelů trestné činnosti užívajících drogy a u žen užívajících látky.

V kapitole 7 jsme se zaměřili na účinnost intenzivního case managementu při poskytování asistence častým uživatelům a uživatelům více služeb v belgickém

regionu Gent. Jelikož tato studie byla součástí pokračujícího projektu, zvolili jsme kvalitativní studii a zkoumali, zda výstupy po počátečních šesti měsících odpovídají postulovaným cílům v malé podskupině, abychom mohli v případě potřeby doladit cíle, cílovou populaci, konceptualizaci a aktivity.

*Závěrečná kapitola 8* obsahuje přehled a celkovou diskuzi našich hlavních zjištění. Uvedeny jsou důsledky pro praktické uplatňování léčby užívání látek, omezení studie a doporučení dalšího výzkumu.

Dizertační práce zahrnuje několik přednášek, které byly předloženy k publikaci, jsou redakčně zpracovávány nebo již publikovány byly. Aby byly jednotlivé přednášky ucelené a vyhovely požadavkům editorů, mohou se některé kapitoly obsahově překrývat. Vzhledem k tomu, že přednášky byly zasílány odborným časopisům s různým zaměřením, mohou se navíc někdy lišit terminologicky, zvláště pokud jde o označování problémů užívání látek: závislost (addiction), poruchy související s užíváním látek (substance use disorders), problémové užívání drog (problem drug use), užívání látek (substance abuse).

## Literatura

- 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.
- Drake, R. E., Mercer-McFadden, C., Mueser, K. T., McHugo, G. J. & Bond, G. R. (1989). Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 24(4), 589–608.
- Hser, Y. I., Polinsky, M. L., Maglione, M. & Anglin, M. D. (1999). Matching clients' needs with drug treatment services. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16(4), 299–305.
- 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. S., Woody, G. E. & O'Brien, C. P. (1995). The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *Journal of the American Medical Association*, 269, 1953–1959.
- Scott, C. K. & Foss, M. A. (2002). Impact of centralized intake on drug and alcohol treatment placement decisions. *Journal of Psychoactive Drugs*, 34(1), 7–15.

# 1 Obecný úvod<sup>1</sup>

OBSAH KAPITOLY. Nejprve se zabýváme rozsahem užívání látek a problémy s užíváním látek v Evropské unii i v Belgii a sledujeme rozdílné reakce společnosti na užívání látek, k nimž patří represe, prevence, léčba a snižování škod. Zaměřujeme se zvláště na data žádostí o léčbu, protože ta nám podávají informace o uživatelích látek nastupujících léčbu a o uspořádání léčebných služeb. Tyto informace jsou zkoumány pro region Gent (Východní Flandry, Belgie). Ukazuje se, že mnohočetné a chronické problémy osob užívajících návykové látky vyžadují komplexní a kontinuální přístup, avšak jen málo programů je vybaveno k tomu, aby takové služby poskytovaly. Navíc vyvstávají další problémy ohledně organizace léčby užívání látek. Case management je nabízen jako alternativní přístup pro zlepšení koordinace a kontinuity péče, avšak uplatnění této intervence u osob užívajících návykové látky je teprve v plenkách. Cíle této studie se týkají zvláště zavádění a hodnocení case managementu a jeho integrace do systému služeb.

---

1 Tato kapitola vychází z následujících zdrojů:

Vanderplasschen, W., Lievens, K. & Broekaert, E. (2001a). *De instroom in de Oost-Vlaamse drughulpverlening: registratie van intakes en aanmeldingen tussen oktober 1999 en mei 2000* (Orthopedagogische Reeks Gent Nummer 13). Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek;

Vanderplasschen, W., Lievens, K. & Broekaert, E. (2001b). *Implementatie van een methodiek van case management in de drughulpverlening: een proefproject in de provincie Oost-Vlaanderen* (Orthopedagogische Reeks Gent Nummer 14). Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek;

Vanderplasschen, W., Colpaert, K., Lievens, K. & Broekaert, E. (2003). *De Oost-Vlaamse drughulpverlening in cijfers: kenmerken, zorggebruik en uitstroom van personen in behandeling* (Orthopedagogische Reeks Gent Nummer 15). Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.

## 1.1 Prevalence užívání látek a reakce na tento problém

### 1.1.1 Prevalence problémů spojených s užíváním látek

Antropologický výzkum ukazuje, že užívání látek se v dějinách lidstva objevuje vždy a všude: užívání opia se uvádí u Egypťanů už kolem roku 1500 př. n. l., Řekové a Římané pili pivo a víno a žvýkání listů koky je v Jižní Americe starodávným zvykem (Van Epen, 1995). Zatímco preference a dostupnost drog se postupem doby měnily (Tucker, 1999), poptávka po psychoaktivních látkách je ve většině společností konstantní a pouze některé primitivní africké kmeny Pygmejů nebyly užíváním látek zasaženy. Většina látek byla zpočátku používána pro rekreační anebo terapeutické účely (např. opium, kokain, amfetaminy a alkohol) a související problémy byly uváděny až mnohem později. První zprávy o rozšířeném užívání alkoholu a závislosti se datují do dob průmyslové revoluce, i když západní společnosti se s problémy užívání jiných látek setkaly teprve v 50. letech 20. století (Kooyman, 1993; Tucker, 1999).

Dnes je užívání alkoholu společensky akceptováno ve většině zemí, ale zároveň bývá užívání této látky označováno za jednu z hlavních příčin zdravotních problémů. Celosvětová prevalence chorob souvisejících s alkoholem (škodlivé užívání a závislost) se odhaduje na 1,7 %, přičemž čísla v Severní Americe a v Evropě jsou významně vyšší (WHO, 2001). Na počátku 90. let 20. století se prevalence užívání alkoholu a závislosti na alkoholu odhadovala ve Spojených státech amerických na přibližně 7,4 % (4,1 % u žen, 11 % u mužů) (Grant et al., 1994). Prevalence užívání alkoholu v Belgii byla nedávno uváděna kolem 6 % celkové populace, což znamená, že tímto problémem je přímo zasaženo nejméně 500.000 Belgičanů (Cattaert & Pacolet, 2002). Podle kritérií WHO má škodlivé vzorce pití alkoholu až 10 % Belgičanů, protože vypijí více než 6 standardních sklenic alkoholu denně (u žen představují normu škodlivého užívání 4 standardní sklenice denně).

Od 50. a 60. let 20. století se několik západních zemí setkávalo s jevem, kdy mladí lidé začali užívat heroin, amfetaminy, LSD a konopí jako nový druh hédonismu (Kooyman, 1993). Brzy se ukázalo, že tito jedinci se své zálibě oddávali nad běžnou míru, proti čemuž společnost vystoupila přísnou kontrolou, postihy za držení drog a obchodování s nimi a důrazem na abstinenci od veškerých nezákonných drog (Tucker, 1999). Později se na trhu objevily také další látky, jako například kokain, XTC a řada dalších syntetických drog (Van Epen, 1995).

Celosvětová prevalence chorob souvisejících s užíváním heroinu a kokainu byla nedávno odhadnuta na 0,25 % (WHO, 2001). Podle Spojených národů na konci 90. let 20. století užívalo drogy asi 180 milionů lidí na světě neboli 4,2 % všech osob ve věku 15 a více let (UNDCCP, 2000). Toto číslo zahrnovalo 144 milionů lidí užívajících konopí; 29 milionů lidí užívajících stimulanty amfetaminového typu; 14 milionů osob užívajících kokain a 13 milionů uživatelů opiátů, z toho 9 milionů závislých na heroinu.

Konopí je nejčastěji užívanou nezákonnou drogou v Evropské unii a celoživotní prevalence užívání konopí (počet osob, které někdy tuto látku užily) se odhaduje na přibližně 20 % (EMCDDA, 2003). Celoživotní prevalence užívání jiných látek je mnohem nižší: amfetaminy a XTC (0,5 až 5 %), kokain (0,5 až 3 %) a heroin (< 1 %) (EMCDDA, 2000, 2001, 2002, 2003). Ve většině zemí EU se nedávné užití konopí (v posledním roce) odhaduje v rozmezí 5 až 10 % všech dospělých, zatímco prevalence nedávného užití jiných nezákonných drog je pod úrovní 1 %.

Prevalence užívání látek je vyšší u mladých mužů a zvláště u osob ve věku 15 až 34 let (EMCDDA, 2000). V průběhu 90. let 20. století bylo užívání konopí neustále na vzestupu v celé Evropské unii, přičemž v některých zemích EU byly obdobné trendy zaznamenány v užívání XTC, kokainu a amfetaminů (EMCDDA, 2003).

Počet problémových uživatelů drog, tj. osob, které užívají opiáty, kokain nebo amfetaminy nitrožilně anebo pravidelně po delší dobu (definice EMCDDA), se odhaduje na 1 až 1,5 milionu obyvatel EU (EMCDDA, 2003). Velké rozdíly v počtu problémových uživatelů drog jsou pozorovány mezi členskými státy a prevalence se zde pohybuje mezi 2 až 4 (např. Nizozemsko, Německo, Rakousko) a 6 až 10 případy (Itálie, Portugalsko, Spojené království a Lucembursko) na tisíc obyvatel ve věku 15 až 64 let. Většina zemí uvádí jako primární drogu mezi problémovými uživateli drog opiáty, zatímco kokain a amfetaminy jsou převážně registrovány jako hlavní užívané látky mezi problémovými uživateli ve Španělsku, resp. ve Švédsku a Finsku.

O celoživotní prevalenci užívání látek v Belgii je k dispozici jen málo informací, s výjimkou některých specifických populací nebo regionů (De Donder, 2000). Od roku 2001 se celoživotní prevalence užití a užití v posledním měsíci sleduje u konopí a amfetaminu/XTC v Národním zdravotním průzkumu. Celoživotní prevalence užití konopí a amfetaminu/XTC uvádí 10,8 % a 2,3 % populace ve věku 15 až 64 let (Sleiman, 2003). Nedávné užití konopí uvádí 2,8 % osob z tohoto vzorku a nedávné užití amfetaminu/XTC méně než 1 %.

O míře problémového užívání drog v Belgii je navíc k dispozici jen málo údajů. Prevalence nedávného injekčního užití drog se odhaduje na zhruba 4,2 případu na 1000 obyvatel Belgie ve věku 15 až 64 let (EMCDDA, 2003).

## 1.1.2 Reakce společnosti na užívání látek

### □ Represe

Protialkoholické hnutí bylo první společenskou reakcí na rostoucí problémy s alkoholem a vedlo ve Spojených státech v letech 1920–1933 k prohibici (Tucker, 1999). Zákaz dosáhl pouze mírného snížení spotřeby alkoholu na obyvatele, zato vyvolal exponenciální nárůst nelegální výroby alkoholu, obchodování s ním a další nezákonné činnosti. Zrušení prohibice nevedlo k rychlému a trvalému zvyšování konzumace alkoholu, jak se někteří obávali. V současné době většina zemí uplatňuje liberální politiku, co se týká alkoholu, přičemž pouze některé země mají přísné předpisy upravující jeho prodej a užívání (např. Švédsko, Finsko a Spojené státy americké). Výzkum ukázal, že vyšší škody související s alkoholem jsou spojeny s vyšší mírou dostupnosti alkoholu a nedostatečnou regulací státem, např. v podobě daní (Leppänen, Sullström & Suoniemi, 2001). Podle Tuckera (1999) je míra výskytu sociálních problémů souvisejících s užíváním látek v dané kultuře obvykle nepřímou úměrná tomu, v jakém rozsahu je užívání návykových látek začleněno do normativních společenských pravidel a rituálů.

Oblíbeným způsobem jak řešit další formy užívání látek jsou také represivní opatření, jak dokládá americký boj proti drogám a postihy za užívání a držení drog ve většině evropských zemí (EMCDDA, 2000, Tucker, 1999). Zdá se, že represe měla dosud jen malý pozitivní vliv na snížení míry užívání drog a souvisejících problémů, avšak přinesla nepříznivé následky, jako je zvýšený počet případů odnětí svobody a ztráta práv a svobod jednotlivce (Tucker, 1999). Navíc údaje o prevalenci problémového užívání drog neprokazují přímou souvislost s protidrogovou politikou dané země, protože země s restriktivní politikou (např. Švédsko) nehlásí podstatně více problémů, než je tomu v zemích s liberální politikou (např. Nizozemsko) (EMCDDA, 2000).

Belgie zvolila při rozhodování mezi politikou represe a politikou tolerance třetí cestu. V posledních několika letech lze belgickou protidrogovou politiku charakterizovat jako „normalizační“ přístup, který usiluje o kontrolu a snižování rizik spojených s drogami (De Ruyver & Casselman, 2000; Federale Regering, 2001). Represe je považována za poslední možnost („ultimum remedium“) řešení problémů s drogami.

### □ Prevence

Vzhledem ke zvýšenému výskytu onemocnění (např. infekce HIV, HCV, HBV, tuberkulóza nebo psychický stres) a úmrtnosti (např. předávkování, AIDS, smrtelné úrazy a sebevraždy) mezi (injekčními) uživateli drog (EMCDDA, 2001; Tucker, 1999) jsou kromě represe nezbytně nutné ještě další přístupy k řešení problémů spojeným s užíváním látek. Od 70. let 20. století vznikaly v ně-

kolika zemích strategie protidrogové prevence, které se snaží odvrátit mladé dospělé od užívání látek nebo zastavit užívání látek u těch, kteří s nimi již experimentují nebo je užívají pravidelně. Prevence často probíhá ve školní populaci, protože toto prostředí nabízí dlouhodobý a nepřetržitý kontakt s velkými skupinami mladých lidí (EMCDDA, 2003). Za nejúčinnější jsou považována preventivní opatření, která jsou začleněna do školních osnov (Tobler, 2001), zatímco čistě informativní a nestrukturované aktivity prevence se neukazují jako efektivní (Hansen, 1992). Další iniciativy prevence se zaměřují na komunitní prostředí nebo trávení volného času, pracoviště a rodinu či využívají hromadných sdělovacích prostředků. Informací o účinnosti takových intervencí je k dispozici málo, s výjimkou poznatku, že kampaně v hromadných sdělovacích prostředcích se ukázaly jako málo účinné při snižování míry užívání drog, pokud nejsou kombinovány s jinými komunikačními prostředky (Paglia & Room, 1999). Celkově jsou aktivity primární a sekundární prevence založeny především na místních zkušenostech a potřebách spíše než na praxi podložené důkazy (EMCDDA, 2003).

V Belgii jsou strategie prevence většinou určeny středoškolské populaci (Vanderplasschen, De Donder, Lenoir & Roets, 2001). Zaměření preventivních aktivit se však v poslední době přesouvá také do dalších prostředí (Sleiman, 2003), protože nová belgická protidrogová politika vychází z myšlenky, že prevence je lepší než léčba a že k prevenci užívání drog je třeba vyvinout značné úsilí (Federale Regering, 2001). Rozpočet na preventivní aktivity přesto zůstává i nadále stále poměrně nízký v porovnání s prostředky vynakládanými na léčbu (De Ruyver et al., 2004).

#### □ Léčba a snižování škod

Zřízení specializovaných léčebných služeb pro osoby užívající návykové látky se vrací zpět ke zjištění, že tato populace má specifické potřeby a ve stávajících zařízeních zajišťujících péči o (duševní) zdraví se jí často nedostává odpovídající pomoci (Tucker, 1999). Už ve 30. letech 20. století dr. Bob a Bill W. založili organizaci „Anonymní alkoholici“ (Alcoholics Anonymous), svépomocné hnutí, které pomáhá lidem závislým na alkoholu dosáhnout abstinence (Broekaert & van der Straeten, 1997). Na základě zásad svépomoci a zkušeností Chucka Dedericha a jeho následovníků v Synanonu byla v roce 1964 založena Daytop Village jako vůbec první bezdrogová terapeutická komunita pro drogově závislé ve Spojených státech amerických (Broekaert, Vanderplasschen, Temmerman, Ottenberg & Kaplan, 2000). Metoda se rychle rozšířila po celých Spojených státech a později byla zavedena i jinde. Kromě terapeutických komunit vyvinula řada programů ještě další psychosociální intervence, jejichž cílem je celková abstinence od drog, podpora zdraví a udržení zaměstnání, snížení míry zapojení do trestné činnosti a reintegrace do společnosti.



Hodnocení různých psychosociálních intervencí pro osoby užívající návykové látky ukazují různé výsledky (Gossop, Marsden & Stewart, 2001), avšak obecně se odhaduje, že z celkového počtu osob, které nastoupí tento typ léčby, jich úspěšně dokončí program 30 až 50 % (EMCDDA, 2002). Několik autorů (Gossop, Marsden, Stewart & Rolfe, 1999; Hubbard, Craddock & Anderson, 2003; Simpson, 1981) spojuje delší dobu udržení (retence) v léčbě s úspěšnějšími výsledky.

Psychosociálním intervencím obvykle předchází detoxifikační léčba ve specializovaných centrech nebo nemocnicích. Fyzická detoxikace je určena k přerušení návyku užívání drog, k motivování klientů, a pokud možno jejich doporučení k léčbě na pokročilejší úrovni. Jako léky účinné pro snížení abstinčních příznaků se osvědčily naltrexon, clotidin, lofexidin a buprenorfin (EMCDDA, 2002). Přestože se metadon při detoxikační léčbě používá často, jeho hlavní účinky jsou spojovány se substituční léčbou. Vedle toho jsou pozitivní účinky uváděny u rychlé detoxikace od opiátů v celkové anestezii (Rabinowitz, Cohen & Atias, 2002), ale tyto slibné výsledky je třeba potvrdit dalším výzkumem. Vzhledem k nedostatku studií, které by se zaměřily na rozdíl v účinnosti různých léků při detoxikační léčbě, nakonec není zcela jasné, který druh léčby se nejlépe hodí pro jednotlivé typy klientů (EMCDDA, 2002).

Jelikož se záhy ukázalo, že cíl zotavení a opětovného začlenění do společnosti není pro všechny drogově závislé uživatele dosažitelný, byla pro oblast léčby užívání látek už od začátku charakteristická snaha hledat nové metody a strategie, které přinášejí dobré výsledky (Rapp, Siegal, Li & Saleh, 1998; Saleh et al., 2002). Metadonová substituční léčba byla označena za účinný a levný nástroj snižování míry užívání heroinu a podílu na trestné činnosti mezi uživateli závislými na opiátech (Drucker, 1995). Zavedeny byly rovněž další substituční látky, jako například buprenorfin a LAAM, ale ty jsou předepisovány v mnohem menší míře (EMCDDA, 2002). Hodnocení metadonové udržovací léčby ukázala, že tato intervence je účinná při snižování míry užívání drog a rizikového a kriminálního chování. Podobné výsledky byly zjištěny u substituční léčby buprenorfinem, ale látka se ukazuje jako zvláště indikovaná pro snížení rizika předávkování a pokračujícího souběžného užívání dalších drog (EMCDDA, 2002).

Vedle toho byly zavedeny některé další intervence ke snížení škodlivých následků užívání návykových látek, a to pro jednotlivé uživatele i pro společnost (Marlatt, Blume & Parks, 2001). Tyto intervence bývají mnohdy označovány jako snižování škod (harm reduction) a zahrnují širokou škálu služeb, jako jsou programy výměny jehel, terénní programy, nízkoprahová zařízení, primární zdravotní péče, programy očkování, informace o bezpečné aplikaci, školení první pomoci, testování tablet, vrstevnická podpora, aplikační míst-

nosti a kontrolované předepisování heroinu (EMCDDA, 2003). Přístup založený na snižování škod podporuje a přijímá každou změnu, která snižuje míru poškození nebo riziko poškození, i když nedosahuje abstinence (HRC, 2001). Iniciativy ke snižování škod lze považovat za formu terciární prevence, protože oslovují osoby v pokročilém stadiu užívání látky. Účinnost některých z těchto intervencí byla prokázána pro některé specifické účely, např. při snižování míry obtěžování v souvislosti s užíváním drog, podpoře bezpečnějšího užívání (aplikační místnosti) a při snižování míry sdílení jehel či stříkaček (programy výměny jehel) (EMCDDA, 2002). Randomizovaná a kontrolovaná studie, která hodnotila předepisování heroinu v Nizozemsku, ukázala, že kombinovaná léčba heroinem a metadonem (experimentální skupina) byla účinnější než samotná metadonová léčba (kontrolní skupina) (Blanken, 2002; Vand den Brink, Hendriks, Blanken, Huijsman & Van Ree, 2002). Vedle toho vykazovalo více klientů z experimentální skupiny celkové zlepšení.

Jelikož je užívání návykových látek často spojováno s drogovou a další trestnou činností, byly iniciativy psychosociální péče a snižování škod zavedeny také ve věznicích, např. detoxikace, bezdrogová oddělení, vězeňské terapeutické komunity a udržovací substituční léčba metadonem (EMCDDA, 2003). Kromě toho nabízí systém trestní justice několik léčebných alternativ k trestu odnětí svobody, zejména v případě méně závažných trestných činů. Výzkum ukázal, že povinně ukládané léčebné alternativy trestu mohou být účinné při snižování míry užívání drog a kriminality (Anglin & Hser, 1991; Grichting, Uchtenhagen & Rehm, 2002).

Zatímco převažujícím modelem léčby byl během posledních 25 let přístup orientovaný na abstinenci, v několika členských státech EU jsou v poslední době stále populárnější iniciativy ke snižování zdravotních škod, např. v Německu, Nizozemsku, Španělsku a Velké Británii. Navíc byla počáteční neslučitelnost obou filozofií léčby nahrazena snahou o překonání propasti mezi oběma přístupy, např. kombinací udržovací substituční léčby metadonem a léčbou v terapeutické komunitě (De Leon, 1997).

Abstinenční protidrogová léčba je poskytována v lůžkových i ambulantních zařízeních (např. psychiatrické léčebny, centra péče o duševní zdraví, terapeutické komunity), zatímco substituční léčba je poskytována hlavně ambulantními zařízeními zdravotně-sociální péče. Iniciativy snižování škod zahrnují kampaně prevence proti HIV a HCV, programy výměny jehel, vrstevnickou podporu, testování tablet a nízkoprahová zařízení. V současnosti probíhají navíc studie proveditelnosti ohledně zavádění aplikačních místností (Antverpy) a kontrolovaného předepisování heroinu (Lutych). Možnosti léčby ve věznicích jsou omezeny na několik bezdrogových oddělení, detoxikaci a substituční léčbu; bylo také zavedeno několik léčebných alternativ namísto trestů odnětí svobody.

### 1.1.3 Problémy spojené s užíváním látek a žádosti o léčbu

Ve většině západních zemí převažuje přístup založený na hledisku veřejného zdraví – oproti represivnímu přístupu, avšak k dispozici je pouze málo informací o procentu osob užívajících návykové látky, které kontaktují léčebné služby. Někteří američtí autoři uvádějí, že svépomocné skupiny a léčebné služby kontaktuje pouze menšina problémových uživatelů drog, což se týká zejména těch s nejzávažnějšími problémy (Tucker, 1999). Odhaduje se, že v Nizozemsku obsáhnou iniciativy snižování škod a léčby asi 80 % celkové populace užívající návykové látky (Van den Brink, 2002). To se týká dostupnosti a přístupnosti nízkoprahových iniciativ a širokého spektra léčebných alternativ pro pachatele užívající drogy.

Žádné takové informace o situaci v Belgii dostupné nejsou (De Donder, 2002), ale na základě údajů z roku 1996 se odhaduje, že substituční léčbu absoluuje přibližně jedna třetina všech injekčních uživatelů drog (EMCDDA, 2001). Číselné údaje Národního institutu pro zdravotní a invalidní pojištění [*Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV)*] navíc ukazují, že v letech 1980 až 1999 kontaktovalo nejméně jednou specializované centrum pro léčbu drogové závislosti více než 15 000 osob. Tyto údaje však neříkají nic o relativním pokrytí center (INAMI, 2001).

Studie využití v léčebných centrech poskytují přímé informace o službách a žádostech o léčbu a nepřímo o rozsahu a charakteristice problémového užívání drog, o trendech v užívání drog a způsobu aplikace (Stauffacher & Kokkevi, 1999). Na druhé straně se tyto informace omezují na osoby, jež kontaktovaly léčebné služby. Většina studií navíc neprověřuje možnou duplicitu údajů, i když někteří drogově závislí uživatelé kontaktují různé léčebné služby v poměrně krátkém časovém období (Kinnunen & Nilson, 1999). Konečně, údaje o žádostech o léčbu problémů týkajících se užívání návykových látek v Evropě se týkají téměř výhradně problémů s drogami, přičemž tyto informace nejsou dostupné, co se týká problémů s alkoholem, nebo jsou dostupné pouze částečně (EMCDDA, 2003).

Údaje ze studií využití léčby ukazují, že počet osob, které byly léčeny kvůli problémům s drogami v některém členském státě Evropské unie, v posledním desetiletí stoupá (EMCDDA, 2003). Tento trend může mít několik důvodů: zlepšení registračních metod, zvyšující se dostupnost léčebných služeb, větší diferenciaci léčebných programů a větší pokrytí. Celkově lze říci, že většina osob, které nastupují protidrogovou léčbu v některé ze zemí EU, jsou muži ve věku dvacet až třicet let. Průměrný věk osob při nástupu léčby je 29,8 let, ale průměrný věk těch, kteří se s těmito problémy léčí poprvé, je 26,9 let (EMCDDA, 2003). Lidé, kteří užívají konopí jako primární drogu, bývají obvykle mladší než uživatelé heroinu nebo kokainu. Podíl mezi počtem žen a počtem mužů v léčbě se pohybuje mezi 2:1 (Švédsko, Lucembursko a Irsko) a 6:1

(Nizozemsko, Španělsko, Řecko a Itálie) (EMCDDA, 2002, 2003). Vyšší výskyt využití služeb u mužů lze přičíst rozdílnosti vzorců užívání mezi muži a ženami a rozdílné dostupnosti léčebných služeb. I když léčbu nastupuje relativně méně žen, porovnání prevalence a využití služeb nasvědčuje tomu, že počet osob žádajících o léčbu je vyšší (EMCDDA, 2002). Obecně platí, že společensko-ekonomické postavení osob nastupujících léčbu je v porovnání s běžnou populací výrazně nižší: polovina všech osob užívajících drogy dosáhla pouze základního vzdělání a přibližně stejné procento je mezi nimi nezaměstnaných (EMCDDA, 2003). Podíl cizinců v léčbě užívání návykových látek obvykle odráží počet cizinců v obecné populaci. Lepším ukazatelem než národnost je však při posuzování rozdílů etnický původ a studie, které uplatnily tento ukazatel, ukázaly ve skupinách etnických menšin vyšší prevalenci problémů užívání drog (Vandavelde, Vanderplasschen & Broekaert, 2003).

Většina uživatelů užívajících drogy kontaktuje léčebné služby spontánně, nebo proto, že je k tomu vybízejí rodinní příslušníci (EMCDDA, 2003). Většina osob, které jsou léčeny kvůli problémům s drogami, uvádí užívání opiátů (50–70 %), přičemž druhou nejčastěji užívanou látkou je konopí (10–20 %), dále kokain (5–15 %) a amfetaminy (3–10 %). Souběžné užívání více drog je stále populárnější a více než 50 % všech uživatelů závislých na drogách uvádí vedle primární drogy ještě drogu sekundární nebo terciární (zejména marihuanu, kokain nebo alkohol). Nejčastějším způsobem užívání heroinu je injekční aplikace nebo kouření („honit draka“ („chasing the dragon“)), avšak prevalence injekčního užívání heroinu mezi závislými uživateli heroinu má tendenci klesat (EMCDDA, 2003). Kokain je většinou užíván šňupáním nebo kouřením, zatímco amfetaminy jsou obvykle užívány perorálně. Ukazuje se, že v populaci léčené kvůli problémům s drogami je užívání heroinu stabilní, nebo dokonce v průběhu let klesá, zatímco užívání konopí je zaznamenáváno častěji. V některých zemích, i když ne ve všech, byl pozorován podobný trend v užívání kokainu (EMCDDA, 2003). A konečně, většina registrovaných osob začala užívat konopí a amfetaminy ve věku mezi 15 a 19 lety, přičemž k prvnímu užití heroinu a kokainu obvykle dochází ve věku 20 až 29 let.

Nedostatek srovnatelných údajů ohledně žádostí o protidrogovou léčbu v Belgii konstatovalo několik autorů (De Donder, 2000; Sleiman & Sartor, 2002). To mělo za následek neúplné nebo dokonce chybějící údaje v posledních srovnáních základních údajů počtu žádostí o léčbu mezi všemi členskými státy (EMCDDA, 2003; Sleiman, 2003). I přes několik registračních systémů shromažďujících údaje o charakteristikách osob, které absolvují léčbu problémů spojených s užíváním návykových látek, je většina z těchto systémů omezena na konkrétní prostředí (např. psychiatrické léčebny, centra péče o duševní zdraví, specializovaná zařízení pro léčbu užívání látek), konkrétní region, komunitu (např. Flandry, Brusel, Francouzské společenství Belgie) nebo konkrétní organizaci. Metodické rozdíly neumožňují kombinovat a analyzovat

data na národní úrovni (Colpaert & De Clercq, 2003), ale pokud budeme mít na paměti tato omezení, lze z těchto těchto studií odvodit některé zajímavé informace.

Různé zdroje dat ukazují, že průměrný věk osob v léčbě s problémy užívání návykových látek v Belgii se pohybuje mezi 24,7 a 30,8 lety (Molnar, Pecsteen, Hariga, Bastin & Dal, 2002; ODB-CTB, 2000; Raes & Lombaert, 2003; Thienpont, 2003; Vundenbussche, 2001). Průměrný věk první léčby ve specializovaném zařízení pro léčbu užívání návykových látek je 28 let (INAMI, 2001). Poměrný podíl žen v léčbě se ve většině center pohybuje kolem 20 % a kolísá v rozmezí 15,6 % až 26 % (Molnar et al., 2002; ODB-CTB, 2000; Raes & Lombaert, 2003; Thienpont, 2003; Vandenbussche, 2001). Polovina všech léčených uživatelů užívajících návykové látky užívá jako primární drogu opiáty (Molnar et al., 2002; ODB-CTB, 2000; Raes & Lombaert, 2003; Thienpont, 2003), přičemž menší počet uživatelů uvádí jako hlavní důvod problémového užívání drog konopí (6,9 % až 25,5 %), kokain (5 % až 14,2 %) a amfetaminy (1 % až 23 %). Přibližně polovina všech registrovaných klientů ve specializované léčbě návykových látek užívala drogy injekčně (Thienpont, 2003). Údaje o zařízeních pro léčbu klientů užívajících alkohol anebo drogy ukazují, že 43,2 % všech registrovaných osob má problémy s alkoholem, 15,7 % uvádí jako primární drogu konopí a 13,8 % opiáty (Vandenbussche, 2001).

Po obecném úvodu o prevalenci problémů užívání návykových látek a různých reakcích společnosti na tento problém, zejména léčebných intervencí, se zaměříme na některé charakteristiky sledovaného regionu. Zabýváme se organizací léčby návykových látek a údaji o počtu žádostí o léčbu a charakteristikami populace léčené v těchto centrech.

## **1.2 Léčba problémů spojených s užíváním návykových látek v regionu Gent, Východní Flandry (Belgie)**

### **1.2.1 Organizace léčby problémů spojených s užíváním návykových látek**

Stejně jako ve většině ostatních belgických měst nejsou ani v regionu Gent dostupné žádné údaje o rozsahu drogové problematiky (Sleiman, 2003). Vzhledem k častému výskytu těchto problémů v městských oblastech lze očekávat, že ve městě s počtem obyvatel přesahujícím 200 000, které je součástí provincie Východní Flandry s celkovým počtem obyvatel přes 1 000 000, bude užívání

návykových látek postihovat minimálně několik set lidí. Historicky byl region obklopující Gent jedním z prvních v Belgii, které se zabývaly problémy užívání látek. Již v roce 1960 zde byla založena organizace pro studium, prevenci a léčbu alkoholismu a jiných chorob užívání návykových látek [*Instellingen voor de Studie, Preventie en Gehandeling van Alcoholisme en andere Toxicomaniën* (vzw IAT)]. Tato organizace zpočátku poskytovala ambulantní léčbu alkoholikům [*Centrum voor de Studie, Preventie en Gehandeling van Alcoholisme en andere Toxicomaniën* (CAT)], ale když se region na počátku 70. let 20. století setkal se závislostí na heroinu, vytvořila vzw IAT psychiatrickou léčebnu, která byla určena výhradně pro osoby závislé na alkoholu a jiných drogách [*De Pelgrim*, 1973] (Broekaert, Raes & Soyez, 1997). V roce 1976 se tato organizace podílela na založení první hierarchické terapeutické komunity pro drogově závislé v Belgii [*De Kiem*, 1976] (Broekaert, Soyez et al., 2001). Nejprve byla De Kiem organizována jako zvláštní oddělení v rámci nemocnice De Pelgrim, ale později se stala nezávislou organizací, která v současnosti zajišťuje terapeutickou komunitu, bezdrogové ambulantní léčebné centrum, léčebné intervence ve věznicích a různé iniciativy prevence. Přibližně ve stejnou dobu (1974) byla založena demokratická terapeutická komunita De Sleutel pro mladé dospělé s problémy různého druhu (Broekaert, Raes & Soyez, 1997). Tato iniciativa má své kořeny v alternativní péči o mládež, antipsychiatrii, teorii Maxwella Jonese a psychodynamické terapii. Od roku 1976 se postupně proměnila v hierarchickou bezdrogovou terapeutickou komunitu.

Jelikož většina center péče o duševní zdraví a psychiatrických léčeben v té době spíše odmítala léčit klienty užívající drogy, vzniklo v průběhu 80. let 20. století několik specializovaných iniciativ, včetně center krizové intervence, denních stacionářů a terapeutických komunit (Maertens, 1997). Terapeutická komunita De Sleutel vytvořila komplexní síť preventivních a léčebných iniciativ v celé oblasti Flander se silnou koncentrací těchto center v okolí Gentu (např. centra krizové intervence, denní stacionáře a terapeutická komunita). Mezitím psychiatrické léčebny, centra péče o duševní zdraví a psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic postupně otevírala své dveře klientům užívajícím návykové látky (Spooren, van Heeringen & Jannes, 1996). V současné době nabízí specializované služby pro uživatele drog několik psychiatrických léčeben a center péče o duševní zdraví (Vanderplasschen, Mostien, Claeys, Raes & Van Bouchaute, 2001). Posledními přírůstky do léčebného programu center bylo oddělení pro osoby s duální diagnózou v psychiatrické léčebně v Sleidinge a krizová jednotka na psychiatrickém oddělení Fakultní nemocnice v Gentu. Většinu výše uvedených služeb lze charakterizovat jako iniciativy orientované na abstinenci, které nabízejí detoxikaci anebo psychosociální léčbu.

Od 90. let 20. století vznikaly i další iniciativy, které byly spíše inspirovány přístupem snižování škod, např. terénní práce a centra zdravotně-sociální péče [*medisch-sociale opvangcentra* (MSOC)] (Broekaert & Raes, 1998). Terénní práce

na ulicích měla za cíl oslovit uživatele, identifikovat případy, předávat informace, podporovat zdraví a v případě potřeby odeslat klienta do péče jiné agentury. Centra zdravotně-sociální péče se obvykle podílejí na substituční léčbě, výměně jehel, programech vrstevnické podpory, podpoře zdraví a nízkoprahové lékařské péči. Ještě později pak zvýšená poptávka po sociální reintegraci a zaměstnanosti podnítila vytváření sociálních pracovišť, která se zaměřují na vzdělávání a zaměstnávání mimo jiné i drogově závislých osob, které mají nízkou kvalifikaci a málo pracovních zkušeností.

Vedle léčebných služeb pro osoby užívající drogy nabízejí téměř všechny psychiatrické léčebny, centra péče o duševní zdraví, psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic i některé iniciativy chráněného bydlení specializované služby pro alkoholiky. Léčba obou cílových skupin bývá zpravidla striktně oddělena a v řadě zařízení je užívání drog kritériem pro vyloučení. Na druhé straně se jen málo alkoholiků obrací na organizace poskytující léčbu užívání drog s ohledem na specifickou populaci v těchto centrech. Jelikož jsme se zaměřili zejména na organizační problémy, které vznikly v oblasti léčby užívání drog (srov. 1.3), omezí se tato studie především na uživatele drog. Přesto některá témata, cíle, výsledky, závěry a doporučení studie platí i pro alkoholiky a organizaci léčby pro tuto cílovou skupinu.

## 1.2.2 Žádosti o léčbu v důsledku problémů spojených s užíváním návykových látek

Historický vývoj a nejasné vymezení směru politiky vládou vedly ke vzniku značného počtu diferencovaných léčebných iniciativ v okolí Gentu, včetně poměrně velkého množství lůžkových zařízení, např. terapeutických komunit a oddělení v psychiatrických léčebnách. Jelikož bylo k dispozici málo objektivních a srovnatelných údajů o počtu, charakteristikách a využití těchto služeb osobami, které kontaktují jedno nebo více takových zařízení, provedli jsme v letech 1999 a 2002 dvě studie míry jejich využití (Vanderplasschen, Colpaert, Lievens & Broekaert, 2003; Vanderplasschen, Lievens & Broekaert, 2001a). První studie využití těchto zařízení sledovala 11 léčebných center a zaměřila se na požadavky léčby a žádosti o léčbu v průběhu osmiměsíčního období na základě počtu všech klientů, kteří požádali o léčbu v jednom ze zařízení. Osmnáct zařízení se zúčastnilo druhé, obdobné studie, která zaznamenávala žádosti o léčbu a pokračující účast v léčbě po šesti měsících u všech osob užívajících návykové látky, jež se obrátily na některé ze specializovaných center.

Analýza údajů z prvního registračního období (Vanderplasschen, Lievens & Broekaert, 2001a) ukázala, že žádosti o léčbu jsou v oblasti kolem Gentu relativně početné v porovnání s ostatními, většími belgickými městy, jako jsou

Antverpy, Brusel a Lutych (Stauffacher, 1999; Van Dijck, Bruggeman, Demey, Todts & Van Hal, 2000). Během osmiměsíčního období bylo v jedenácti zúčastněných organizacích registrováno celkem 1 647 žádostí o léčbu. Odhaduje se, že všechny žádosti o léčbu představovaly 1 202 jednotlivých osob, což znamená, že více než čtvrtina všech žádostí o léčbu (27 %) se týkala klientů, kteří v průběhu registračního období požádali o léčbu dvakrát a vícekrát. Analýza údajů o jednotlivých klientech ukazuje, že z téměř 20 % byli zapsáni buď dvakrát (12 %), nebo vícekrát (7,5 %) a že 15 % všech klientů bylo zapsáno nejméně u dvou různých agentur. Počet „klientů v otáčivých dveřích“ („revolving door clients“) neboli osob, které požádaly o léčbu nejméně ve třech různých centrech, byl odhadnut na 48 osob užívajících návykové látky, tedy 4 %. I když je to početně malá skupina, tyto osoby představovaly 13,9 % (n = 229) všech žádostí o léčbu.

Část této studie se zaměřila na „požadavky léčby“, které zahrnují také obecnější otázky ohledně podání informací nebo rady kromě vlastních „žádostí o léčbu“ a obvykle se týkají osob se zvláštními léčebnými potřebami, které přijdou na vstupní posouzení (Vanderplasschen, Lievens & Broekaert, 2001a). Analýza údajů ukázala, že 18 % všech žádostí o léčbu nevedlo k žádným dalším opatřením některou ze zapojených služeb. Navíc se prokázalo, že se přibližně 15 % všech registrovaných klientů ke vstupnímu posouzení vůbec nedostavilo, i když se předtím objednali. Tento typ odstoupení z programu se objevoval zejména u mladých osob užívajících drogy (< 20 let), zatímco ženy a osoby, které se v zařízení léčily už předtím, měly vyšší pravděpodobnost, že budou pozvány ke vstupnímu posouzení a že se na ně dostaví. Na druhou stranu však ženy častěji po vstupním posouzení z programu odstupovaly.

Výsledky druhé studie míry využití se týkaly všech klientů, u nichž proběhlo vstupní posouzení při příjmu (n = 1500) v období od prosince 2001 do května 2002, a náhodného vzorku klientů, kteří již byli v léčbě v prosinci 2001 (n = 463) (Vanderplasschen, Colpaert et al., 2003). Největší skupina klientů byla registrována v lůžkové detoxikační léčbě (29,8 %, n = 585), přičemž více než čtvrtina všech klientů absolvovala bezdrogovou ambulantní léčbu (27,7 %, n = 543), nebo dlouhodobou ústavní léčbu (n = 496; 25,2 %). Všichni ostatní klienti byli registrováni v ambulantní substituční léčbě metadonem (17,3 %, n = 339). Bylo zjištěno celkem 1500 jednotlivých klientů, z nichž 19,1 % absolvovalo nejméně dvě vstupní posouzení v průběhu registračního období. Počet „klientů v otáčivých dveřích“ v rámci tohoto šestiměsíčního období byl odhadnut na 2,9 % a představoval 9,9 % všech vstupních posouzení.

Nejvíce registrovaných osob bylo mužů (79,8 %), podíl žen však byl relativně vyšší v dlouhodobé ústavní léčbě (22,3 %) a ambulantní substituční udržovací léčbě metadonem (21,3 %) (Vanderplasschen, Colpaert et al., 2003). Průměrný věk byl 26,5 let a většina klientů byla ve věku 20 až 29 let (53,5 %). Více než 15 % všech klientů bylo mladších než 20 let. V druhé věkové skupině



jsme zaznamenali výrazně vyšší podíl žen (27,8 %) než ve starších věkových skupinách (< 20 %). Průměrný věk byl významně vyšší u klientů v udržovací substituční léčbě metadonem než u pacientů absolvujících bezdrogovou ambulantní léčbu. Více než 25 % všech registrovaných klientů mělo bydliště mimo provincii Východní Flandry, což ukazuje, že široká nabídka léčebných služeb v regionu je atraktivní i pro obyvatele jiných regionů.

Analýza užívání drog u těchto klientů ukázala, že drtivá většina užívá více drog (83,2 %) (Vanderplasschen, Colpaert et al., 2003). Polovina z nich (49,1 %) byla závislá na opiátech (heroinu). Jako další zdroje problémového užívání drog bylo uváděno konopí (29,1 %), kokain (24,5 %), sedativa (21,2 %) a metadon (20,8 %). Podle evidence v zařízeních mělo 27,2 % uživatelů jako primární drogu opiáty a přibližně stejný počet (27 %) užívalo několik látek, přičemž konopí bylo primární drogou u téměř pětiny všech klientů (17 %). Méně než polovina všech registrovaných osob někdy užívala drogy injekčně (41,4 %) a 29,8 % užívalo drogy injekčně v předchozím roce.

Studie využití služeb těmito klienty ukázala, že 27,3 % kontaktovalo zařízení poskytující léčbu užívání návykových látek během sledovaného období poprvé (Vanderplasschen, Colpaert et al., 2003). Polovina všech klientů, kteří již předtím byli léčeni, byla registrována v centru, kde předtím absolvovali léčbu, a 80 % se léčilo v minulosti v některém z osmnácti sledovaných zařízení. Většina klientů se obrátila na agenturu poskytující léčbu užívání návykových látek spontánně (29,8 %), přičemž 12,2 % doporučila k léčbě jejich sociální síť (rodina nebo přátelé). Policie a trestní justice iniciovaly 19,5 % všech doporučení, přičemž lůžková a ambulantní zařízení pro léčbu užívání návykových látek doporučila 15,9 % všech klientů. Více než 5 % všech klientů bylo doporučeno praktickými lékaři a psychiatrickými léčebnami.

Více než 80 % všech vstupních posouzení vedlo k zahájení léčebné epizody, přičemž 7,7 % klientů bylo přímo odesláno do dalšího léčebného centra (Vanderplasschen, Colpaert et al. 2003). V 11,1 % všech vstupních posouzení nebyly podniknuty žádné další kroky, většinou v důsledku rozhodnutí klienta. Když jsme sledovali stav dané léčebné epizody o šest měsíců později, zjistili jsme, že 28,2 % všech léčebných epizod, které byly zahájeny, bylo možné označit za „ukončené po vzájemné dohodě“. V 76,4 % těchto případů byla plánována další následná léčba. Přibližně jedna čtvrtina všech léčebných epizod (24,8 %) na konci sledovaného období nadále pokračovala. Méně než polovina všech léčebných epizod byla ukončena předčasně a jednostranně: v 37,2 % případů klienti sami léčbu předčasně ukončili a 8,5 % všech klientů bylo předčasně propuštěno z léčby z různých důvodů, jako je užívání drog, agresivita a porušování pravidel. Významný vztah byl zjištěn mezi nižším věkem a předčasným ukončením léčby. Na rozdíl od klientů v lůžkových zařízeních ukončilo léčbu v ambulantních zařízeních předčasně nebo z ní bylo předčasně propuštěno významně méně klientů.

A konečně analýza délky trvání léčby ukazuje, že více než 35 % celkového vzorku bylo v léčbě po dobu nejméně 6 měsíců. U většiny klientů (56,8 %) trvala léčba méně než tři měsíce a 19,8 % všech klientů setrvalo v léčbě méně než jeden týden. Pozorována byla jasná souvislost s typem absolvované léčby. Zatímco 88,1 % všech klientů v detoxikační léčbě ukončilo tuto intervenci do jednoho měsíce, 70 % všech klientů v dlouhodobé ústavní léčbě setrvalo v programu déle než jeden měsíc. V 85 % všech případů trvala substituční udržovací léčba metadonem déle než 6 měsíců a také 55,1 % všech léčebných epizod v ambulantní abstinenci léčbě trvalo alespoň po dobu 6 měsíců.

Na základě sledování všech osob, které během prvního týdne v říjnu 1999 absolvovaly lůžkovou nebo ambulantní léčbu užívání návykových látek v jednom z výše uvedených zařízení (n = 396), jsme zjistili, že naprostá většina klientů (87,4 %) byla závislá na jedné nelegální droze nebo více z nich po dobu nejméně 2 let (Vanderplassen, Lievens & Broekaert, 2001b). Podle údajů od služeb poskytujících péči těmto uživatelům mělo 88,4 % z nich problémy nejméně ve třech oblastech života vymezených indexem závažnosti návykového chování (Addiction Severity Index): léky (90,7 %), rodinné a sociální vztahy (78,8 %), tělesné zdraví (56,1 %), policie, soudy (45,8 %), zaměstnanost a příjmy (45,1 %), psychické a emocionální problémy (40,3 %) a alkohol (21,5 %). Kromě toho se 49,9 % těchto klientů léčilo nejméně ve třech různých institucích (včetně této léčebné epizody) a 45,7 % bylo již dříve léčeno v centru, kde byli registrováni.

Předložené údaje prokazují, že mnoho osob užívajících drogy kontaktuje léčebné služby v oblasti kolem Gentu. Zatímco charakteristika léčené populace se mezi jednotlivými zařízeními značně liší, většině klientů je společné to, že mají mnohočetné a dlouhodobé problémy a většina z nich se s těmito problémy již dříve léčila. Polovina všech registrovaných klientů už předtím byla léčena nejméně ve dvou dalších zařízeních a asi pětina z tohoto vzorku žádala o léčbu v průběhu šesti- až osmiměsíčního období nejméně dvakrát. Jen někteří klienti (< 5 %) byli identifikováni jako „klienti v otáčivých dveřích“ nebo „turisté protidrogové léčby“ („drug treatment tourists“). Způsob organizace léčby pro tuto cílovou skupinu by tudíž měl odpovídat potřebám a charakteristikám této populace.

## 1.3 Hodnocení léčby problémů spojených s užíváním látek

### 1.3.1 Výzvy v oblasti léčby problémů spojených s užíváním látek

Předchozí odstavce ukázaly, že léčba užívání látek se skládá z různých léčebných postupů a zásahů, včetně různých cílů, cílových skupin a metod. Hodnotící studie prokázaly účinnost některých z těchto postupů (např. metadonové udržovací léčby, terapeutických komunit, kognitivně behaviorální terapie), zatímco o účinnosti jiných intervencí nejsou k dispozici žádné důkazy nebo pouze nedostatečné (van Gageldonk, de Zwart, van der Stel & Donker, 1997). I přes kladné hodnocení jsou téměř všechny intervence spojeny se značným úbytkem klientů (EMCDDA, 2002; Sindelar & Fiellin, 2001). Proto nejnovější poznatky v léčbě problémů spojených se užíváním látek vycházejí z přístupu „odstupňované péče“ („stepped care“) a zdůrazňují důležitost sledování a monitorování klientů v čase (van Gageldonk et al., 1997).

Užívání látek je stále více považováno za chronické a recidivující onemocnění, charakterizované různorodostí a složitostí problémů (Brindis & Theidon, 1997; McLellan, 2002). Během tohoto procesu se může motivace ke změně a závažnost problému lišit (McLellan, Arndt, Metzger, Woody & O'Brien, 1993; Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992), což vyžaduje v určitých momentech specifické intervence. U většiny osob užívajících látky nebude léčba omezena na jednu epizodu (Willenbring, 1996), ale spíše se bude skládat z řady intervencí zaměřených na momentální potřeby jednotlivce a bude charakterizována koordinací a kontinuitou péče (Graham, Timney, Bois & Wedgerfield, 1995). K dispozici jsou určité důkazy o kumulativním účinku různých intervencí v čase (Hser, Anglin, Grella, Longshore & Prendergast, 1997), ale jen málo autorů se studiem těchto účinků zabývalo, protože je mimořádně obtížné posuzovat společný nebo oddělený vliv různých léčebných epizod. Komplexní přístup, pokračování podpůrných služeb a průběžná péče budou nezbytné k tomu, aby se podařilo zabránit relapsu a pomoci klientům při stabilizaci a překonávání jejich problémů (Brindis & Theidon, 1997). Jen málo programů je však vybaveno k tomu, aby poskytovaly komplexní a průběžné služby.

### 1.3.2 Organizační problémy

I přes výše uvedené zmiňuje několik autorů problémy týkající se organizace zdravotní péče a především pak léčby užívání návykových látek (Alemi,

Stephens & Butts, 1992; Van Riet & Wouters, 1996). Za prvé, deinstitucionalizace léčby a větší důraz na léčbu ambulantní vyústily v nesčetné množství roztržitých programů s různými kritérii způsobilosti (Brindis & Theidon, 1997; McLellan et al., 1999). Když klienti potřebují více služeb, mohou vzniknout problémy s koordinací a komunikací, jelikož pečovatelé nejsou vždy informováni o zapojení dalších agentur (Alemi et al., 1992; van Achterberg, Stevens, Hekkinck, Crebolder & Philipsen, 1995). Za druhé, ústavní zajišťování léčby by mělo vytvořit prostor pro funkční uspořádání zahrnující specifické léčebné modalitky a přístup orientovaný více na klienta, který bude charakterizovat participace, emancipace, plánování léčby a zapojení sociální sítě klienta. Navíc by měly být poskytovány průběžné služby různé intenzity podle měnících se potřeb této populace. A konečně, několika cílovým skupinám jsou služby ve stávajících zařízeních poskytovány nedostatečně nebo vůbec, a zvláště lidem se závažnými a komplexními problémy hrozí, že propadnou sítem systému (van Riet & Wouters, 1996). K těmto populacím patří osoby s duální diagnózou, matky užívající návykové látky a přistěhovalci (Broekaert, Vanderplasschen & Soyez, 1999; Vanderplasschen, Derluyn & Broekaert, 2002).

Některé z těchto problémů byly zjištěny rovněž v léčbě užívání návykových látek v Belgii. Aktuální stav v této oblasti od roku 1995 odhalil nedostatečné programování léčebných služeb ze strany úřadů, nedostatečnou spolupráci a komunikaci po doporučení k léčbě, nepromyšlenost, neexistenci centralizovaného příjmu, nedostatečné monitorování klientů a sledování po ukončení léčby, neexistence standardizovaného a jednotného registračního systému a služby, které postrádají jasný profil (Raes, Lenders & Geirnaert, 1995). Navíc nejsou k dispozici žádné informace o účinnosti různých intervencí s výjimkou některých terapeutických komunit (Broekaert, Raes, Kaplan & Coletti, 1999). Studie dospěla k závěru, že je mimo jiné potřebný case management, aby bylo možné provést klienty složitou sítí služeb (Raes et al., 1995). Jiní autoři uvedli, že nedostatečná koordinace v sobě skrývá riziko chaotické sítě služeb, což může vést k duplicitě a „léčebné turistice“ (Maertens, 1997). Navíc systém dotací založený na „poplatku za služby“ nepodněcuje ke spolupráci, ale spíše podporuje soutěživost. A konečně, nedostatečné monitorování a hodnocení neumožňuje odhalit zneužívání dostupných zdrojů. Jako alternativy pro řešení strukturálních a organizačních problémů byly navrženy networking, case management a centralizace příjmu (Maertens, 1997).

Uspořádali jsme 15 tematických skupin s malým vzorkem osob užívajících látky ( $n = 95$ ) z ústavních i ambulantních služeb a organizací uživatelů drog, abychom zhodnotili organizaci léčby užívání návykových látek (Vanderplasschen & De Wilde, 2002). Výsledky ukázaly, že tyto osoby byly obecně spokojeny s dostupností služeb, zejména s nízkoprahovými zařízeními, udržovací metadonovou léčbou a s terapeutickým vztahem, který měly se svými poskytovateli péče (Sergeant & Van Havere, 2002). Na druhou stranu však uživatelé

kritizovali nedostatečnou pozornost věnovanou bydlení, zaměstnanosti a pracovním problémům, nedostatečnost informací o dlouhodobých účincích metadonu, dlouhé pořadníky v některých službách (např. v centrech detoxikace a krizové intervence), nedostatečnou účast a zapojení do procesu léčby a nedostatečnost následných služeb (Vanderplasschen & De Wilde, 2002). Potřeby popsané klienty ohledně organizace léčby se většinou týkaly individuálnější a komplexnější péče, přizpůsobení služeb v různých fázích jejich závislosti, zapojení stabilizovaných nebo vyléčených uživatelů drog, větší dostupnost služeb a více informací o zapojení do léčebného procesu.

### 1.3.3 Alternativní přístupy k poskytování služeb

Vzhledem k charakteristikám osob užívajících látky (např. mnohočetné a chronické problémy, různé léčebné epizody) a organizačním problémům, které se na tomto poli objevují, bylo navrženo několik alternativ pro zlepšení kvality léčby užívání návykových látek. Jedním ze slibných přístupů je case management, který vznikl s cílem komplexně a průběžně reagovat na potřeby klientů (Brindis & Theidon, 1997). V návaznosti na bohatou historii intervence v jiných rizikových populacích (např. těžce duševně nemocných osob, osob se zdravotním postižením, seniorů a rodin s mnohočetnými problémy) začaly od 90. let 20. století některé programy pro osoby užívající látky v USA integrovat služby case managementu jako účinný a nákladově efektivní způsob poskytování koordinované péče.

Počátky case managementu sahají do 20. let minulého století, kdy Mary Richmondová označila výrazem „sociální případová práce“ („social casework“) činnosti, které upravovaly vztah mezi jednotlivcem a jeho sociálním prostředím (SAMHSA, 1998). Sociální případovou práci charakterizovala koordinace služeb lidem, ochrana veřejných prostředků, péče o chudé a nemocné lidi, víra v hodnotu a důstojnost klientů a posílení pozice zranitelných skupin obyvatelstva (Hall, Carswell, Walsh, Huber & Jampoler, 2002). Tato intervence sociální práce zaměřená na chudé a znevýhodněné, kteří bojovali o holé přežití, a její aktivity byly obdobou klíčové funkce toho, čemu dnes říkáme case management. Ostatní autoři (Brindis & Theidon, 1997; Hall et al., 2002) dokonce nalézají kořeny case managementu už v devatenáctém století (1863), jelikož raná historie služeb lidem zahrnovala domy s ubytováním a dobročinné spolky, jež se podílely na koordinaci případů, a tudíž je lze považovat za jakousi prvotní konceptualizaci case managementu.

Rozmach case managementu byl spojen s deinstitucionalizací psychiatrické péče, která vedla k rozšíření služeb poskytovaných v komunitě (Ashery, 1996; Siegal et al., 1995). Kategorická kritéria způsobilosti k čerpání služeb a roztržitost poskytování služeb bránily jejich efektivnímu využívání a vyžádaly si zavedení takzvaného „manažera případu“ („case manager“). Od roku 1970

byla publikována bohatá literatura o provádění, praxi a hodnocení case managementu u duševně nemocných osob (Burns, Fioritti, Holloway, Malm & Rössler, 2001). Hodnotící studie prokázaly celkově kladné výsledky, jako jsou nižší počty hospitalizací, větší využívání ambulantních a komunitních služeb, zlepšení kvality života a vysoké spokojenosti klientů (Ziguras & Stuart, 2000).

Uplatnění této intervence u osob užívajících látky je dosud ještě v plenkách. Byla definována jako „součást léčby užívání návykových látek, která poskytuje průběžnou podpůrnou péči klientům a umožňuje nasměrovat klienta na vhodné prostředky pomoci v komunitě“ (Birchmore-Timney & Graham, 1989), avšak neexistuje žádný konsensus o jeho definici (SAMHSA, 1998). Zatímco ohledně základní funkce manažera případu a hlavních zásad intervence lze nalézt určitou shodu, mnoho otázek týkajících se provádění a hodnocení case managementu zůstává nezodpovězeno: Jaké jsou motivy a cíle intervence? Měla by být zaměřena na některé specifické cílové skupiny? Jak lze case management integrovat do stávajících služeb nebo sítí zařízení? Jak dlouho by měla intervence trvat? Kdo by ji měl provádět? Jaké jsou důsledky intervence na fungování klientů a systém služeb?

Na tyto a další otázky hledá odpovědi tato dizertační práce.

## 1.4 Cíle studie

V Belgii zodpovídají za koordinaci prevence pro uživatele návykových látek provincie [*provinciale preventieplatforms middelenmisbruik*], zatímco regionální rady pro péči o duševní zdraví [*overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg*] nesou odpovědnost za koordinaci léčebných iniciativ v oblasti péče o duševní zdraví. V roce 1996 se Platforma pro prevenci užívání látek [*Preventieplatform Middelenmisbruik Oost-Vlaanderen*] a Regionální rada pro péči o duševní zdraví [*Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen (PopovGGZ)*] dohodly, že budou spolupracovat při koordinaci v oblasti prevence užívání látek a léčby v provincii Východní Flandry. Hlavním cílem spolupráce bylo zlepšit kvalitu léčby a poskytování služeb pro osoby užívající návykové látky. Tato studie zkoumá proces zlepšování organizace léčby užívání návykových látek v provincii Východní Flandry v letech 1997 až 2003.

Cíl studie byl trojí. Za prvé, chtěli jsme prozkoumat stávající organizaci léčby užívání návykových látek v regionu, a zaměřili jsme se zvláště na ukazatele koordinace a kontinuity péče, neboť mnohočetné, komplexní a chronické problémy osob užívajících návykové látky takový přístup vyžadují. Tyto informace poskytlo jen málo studií a zobecnitelnost jejich údajů omezuje kontextové faktory. Za druhé, protože case management vznikl jako potenciální reakce na

potřeby jednotlivých klientů, chtěli jsme prozkoumat, jak by intervence mohla být nejlépe prováděna, a také jsme sledovali dostupné důkazy o účinnosti intervence. Přestože za rozhodující faktor úspěchu case managementu byla označena promyšlená realizace, je k dispozici pouze málo informací o klíčových aspektech provádění intervence. Navíc, přestože účinky case managementu se zabývalo několik autorů, panují nadále rozpory ohledně efektivity intervence, protože randomizovaných a kontrolovaných studií je málo a systematická hodnotící studie chybí. Za třetí, vedle koordinovanějšího a průběžného přístupu pro některé klienty jsme se chtěli zaměřit na možnosti jak překlenout propast mezi různými způsoby léčby a zlepšit koordinaci a kontinuitu péče na strukturální úrovni. K dispozici je jen málo informací o tom, jak mohou být různé modalitty a intervence kombinovány a začleněny do komplexního systému léčby a jaké kroky vzniku takové sítě služeb předcházejí.

Svých cílů jsme dosáhli prostřednictvím několika samostatných studií.

Abychom prostudovali organizaci léčby užívání látek a aspekty koordinace a kontinuity péče, uskutečnili jsme rozhovory s poskytovateli péče ve všech organizacích, které s osobami užívajícími návykové látky v tomto regionu pracují, a analyzovali jsme náhodně vybrané případy klientů z několika center (*kapitola 2*). Posuzovali jsme kvalitu různých stránek léčebného procesu včetně vstupního posouzení, plánování léčby, záznamů o klientovi a evidenci charakteristik klientů, doporučení, spolupráce a komunikace s dalšími agenturami, následné péče a sledování klientů a postupů vedení případu.

Abychom prozkoumali předpoklady pro integraci různých způsobů léčby, zabývali jsme se podobnostmi a odlišnostmi mezi těmito modalitami a rozebírali pobídky a předpoklady pro integraci systémů léčby s praktickými a vedoucími pracovníky z prostředí harm reduction i abstinenční léčby během mezinárodního sympozia (*první část kapitoly 3*). Na základě různých diskuzních skupin s praktiky, vedoucími pracovníky, politiky a výzkumnými pracovníky v provincii Východní Flandry jsme vymezili pět kroků, které jsou potřebné pro zavedení integrovaného systému léčby pro osoby užívající návykové látky (*druhá část kapitoly 3*). Sledovali jsme výhody a nevýhody takového systému na základě dostupné literatury a zkušeností z jiných regionů.

Pro posouzení klíčových prvků implementace vedení případu jsme prostudovali literaturu týkající se provádění intervence pro osoby užívající návykové látky, a to z komparativního hlediska (*kapitola 4*). Ve spolupráci s výzkumníky z USA a Nizozemska jsme se zaměřili na šest základních otázek, které jsou považovány za nezbytné pro úspěšnou realizaci. Týkají se motivů, cílů a cílové skupiny intervence, jejího začlenění do sítě služeb, výběru vhodného modelu vedení případů, dovedností a kvalifikace manažera případu a dále kontinuity a hodnocení intervence.

Dále byla hodnocena implementace modelového vedení případu na základě studie malého rozsahu u několika léčebných zařízení v oblasti kolem Gentu

(*kapitola 5*). Sledovali jsme výsledky klienta, zprostředkující proměnné a několik hledisek provádění, abychom zaváděný model mohli dále optimalizovat.

Účinnost různých modelů vedení případu pro osoby užívající návykové látky byla přezkoumána na základě výsledků studií, které byly zveřejněny v letech 1993 a 2003 v recenzovaných odborných časopisech (*kapitola 6*). Byla analyzována (rozdílná) účinnost intenzivního vedení případu oproti asertivní komunitní léčbě, modelu založeném na silných stránkách, univerzálnímu modelu, modelu zprostředkování a klinickému modelu, včetně analýzy jeho účinků na specifické cílové skupiny, jako jsou osoby bez domova, pachatelé drogové trestné činnosti, ženy užívající návykové látky a osoby s duální diagnózou.

A konečně, zahájili jsme randomizované a kontrolované studie v regionu Gent, abychom zjistili účinnost intenzivního case managementu pro osoby užívající návykové látky, které jsou známy jako mnohočetní a častí uživatelé služeb. Presentujeme předběžné výsledky této probíhající studie, a to na základě kvalitativní studie prvotních účinků intervence u prvních dvaceti klientů, kteří byli do projektu zapojeni (*kapitola 7*). Zkoumali jsme, zda intenzivní vedení případů přispívá k realizaci stanovených cílů, které faktory k těmto účinkům vedou a jak intervenci hodnotí sami klienti.



## Literatura

- Alemi, F., Stephens, R. & Butts, J. (1992). Case management: a telecommunication practice model. In R.S. Ashery (Ed.), *Progress and Issues in case management (NIDA Research Monograph 127)* (pp. 261–273). Rockville: National Institute on Drug Abuse.
- Anglin, M. D. & Hser, Y. I. (1991). Criminal justice and the drug-abusing offender. Policy issues of coerced treatment. *Behavioral Science and the Law*, 9(3), 243–267.
- 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* (pp. 141–154). New York: Springer Publishing Company.
- Birchmore-Timney, C. & Graham, K. (1989). A survey of case management practices in addictions programs. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 6(3/4), 103–127.
- Blanken, P. (2002). The Dutch heroin trial: investigating the effectiveness of the medical coprescription of heroin. In International Harm Reduction Association (Ed.), *Book of Abstracts of the 13th International Conference on Reduction of Drug Related Harm* (pp. 200). Ljubljana, Slovenia: International Harm Reduction Association.
- Brindisi, 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. & Raes, V. (1998). Drug abuse treatment in Europe: country reports Belgium. In M. Coletti (Ed.), *Evaluation of treatment: a European overview* (pp. 10–35). Rome: Cedis Editrice.
- Broekaert, E., Raes, V., Kaplan, C. & Coletti, M. (1999). The design and effectiveness of Therapeutic Community research in Europe: an overview. *European Addiction Research*, 5, 21–35.
- Broekaert, E., Raes, V. & Soyez, V. (1997). *Research developments in Therapeutic Communities*. Merelbeke: Training and Research in Therapeutic Communities (TRTC).
- Broekaert, E., Soyez, V., Vanderplasschen, W., Vandeveld, D., Bradt, R., Morival, M. et al. (2001). The video addiction challenge test: A new instrument for qualitative substance abuse assessment, treatment planning and research in Therapeutic Communities. *International Journal of Social Welfare*, 10(2), 134–141.
- Broekaert, E., Vanderplasschen, W. & Soyez, V. (Eds.). (1999). *Proceedings of the second international symposium on substance abuse treatment and special target groups. Community as a method*. Ghent University, Department of Orthopedagogics & the European Federation of Therapeutic Communities (EFTC).

- Broekaert, E., Vanderplasschen, W., Temmerman, I., Ottenberg, D. J. & Kaplan, C. D. (2000). Retrospective study of similarities and relations between American drug-free and European therapeutic communities for children and adults. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32(4), 407–417.
- Broekaert, E. & van der Straeten, G. (1997). Histoire, philosophie et développement de la communauté thérapeutique en Europe. *Psychotropes: Revue Internationale des Toxicomanies*, 3(1), 7–23.
- 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.
- Cattaert, G. & Pacolet, J. (2002). *Schatting van het alcoholgebruik/misbruik in Vlaanderen en België*. Brusel – Leuven: Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen – Katholieke Universiteit Leuven, Hoger Instituut voor de Arbeid.
- Colpaert, K. & De Clercq, T. (2003). *Implementing the "Treatment Demand Indicator" in Belgium: registration of drug users in treatment*. Brussels: Scientific Institute for Public Health.
- De Donder, E. (2000). *Alcohol, illegale drugs & medicatie: recente ontwikkelingen in Vlaanderen*. Leuven: Acco.
- De Donder, E. (2002). *Alcohol, illegale drugs & medicatie: recente ontwikkelingen in Vlaanderen 2001*. Leuven: Acco.
- De Leon, G. (1997). Passages: A therapeutic community oriented day treatment model for methadone maintained clients. *Journal of Drug Issues*, 27(2), 341–342.
- De Ruyver, B. & Casselman, J. (2000). *Het Belgisch drugbeleid anno 2000: een stand van zaken drie jaar na de aanbevelingen van de parlementaire werkgroep drugs*. Leuven – Ghent: Katholieke Universiteit Leuven, Onderzoeksgroep Gerechtelijke geestelijke gezondheidszorg – Universiteit Gent, Onderzoeksgroep Drugbeleid, strafrechtelijk beleid en internationale criminaliteit.
- De Ruyver, B., Casselman, J., Pelc, I., Geenens, K., Nicaise, P., From, L. et al. (2004). *Drugbeleid in cijfers: studie naar betrokken actoren, overheidsuitgaven en bereikte doelgroepen*. Brusel: Federale Diensten voor Wetenschappelijke, Technische en Culturele Aangelegenheden.
- Drucker, E. (1995). Harm reduction: A public health strategy. *Current Issues in Public Health*, 1, 64–70.
- Gossop, M., Marsden, J. & Stewart, D. (2001). *NTORS after five years. Changes in substance use, health and criminal behaviour during the five years after intake*. London: National Treatment Outcome Research Study, National Addiction Centre.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D. & Rolfe, A. (1999). Treatment retention and 1 year outcomes for residential programmes in England. *Drug and Alcohol Dependence*, 57(2), 89–98.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2000). *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union 2000*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2001). *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union 2001*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2002). *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway 2002*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2003). *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway 2003*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Federale Regering. (2001). *Beleidsnota van de federale regering in verband met de drugproblematiek*. Brusel: Federale regering.
- 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.
- Grant, B., Harford, T. C., Dawson, D. A., Chou, P., Dufour, M. & Pickering, R. (1994). Prevalence of DSM-IV alcohol abuse and dependence, United States 1992. *Alcohol Health & Research World*, 18(3), 243–248.
- Grichting, E., Uchtenhagen, A. & Rehm, J. (2002). Modes and impact of coercive inpatient treatment for drug-related conditions in Switzerland. *European Addiction Research*, 8(2), 78–83.
- 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.
- Hansen, W. (1992). School-based substance abuse prevention: a review of the state of the art in curriculum, 1980–1990. *Health Education Research*, 7, 403–430.
- Harm Reduction Coalition (HRC). (2001). *Principles of harm reduction: The need for harm reduction*. Retrieved November 3, 2001, from <http://www.harmreduction.org/prince.html>.
- Hser, Y. I., Anglin, M. D., Grella, C., Longshore, D. & Prendergast, M. L. (1997). Drug treatment careers: a conceptual framework and existing research findings. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14(6), 543–558.
- Hubbard, R. L., Craddock, S. G. & Anderson, J. (2003). Overview of 5-year followup outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25(3), 125–134.
- Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI). (2001). *La rééducation fonctionnelle des toxicomanes de 1980 à 1999*. Bruxelles: INAMI.
- Kinnunen, A. & Nilson, M. (1999). Recent trends in drug treatment in Europe. *European Addiction Research*, 5, 145–152.
- Kooyman, M. (1993). *The therapeutic community for addicts: intimacy, parent involvement and treatment success*. Amsterdam – Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Leppänen, K., Sullström, R. & Suoniemi, I. (2001). *The consumption of alcohol in fourteen European countries: a comparative econometric analysis*. Helsinki, Finland: Stakes, National Research and Development Centre for Welfare and Health.
- Maertens, J. (1997). Opbouwen van een zorgcircuit toxicomanie: een probleem zo groot als het werkveld? *Hospitalia*, 4, 171–180.
- 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.
- 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 in substance abuse treatment. *Journal of the American Medical Association*, 269, 1953–1959.
- McLellan, A. T., Hagan, T. A., Levine, M., Meyers, K., Gould, F., Bencevengo, M. et al. (1999). Does clinical case management improve outpatient addiction treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 55, 91–103.
- Molnar, M., Pecsteen, D., Hariga, F., Bastin, P. & Dal, M. (2002). *L'usage de drogues en communauté française. Rapport Communauté Française 1999–2000*. Bruxelles: Eurotox.
- Overleg Druggebruik Brussel – Concertation Toxicomanies Bruxelles (ODB-CTB). (2000). *Epidemiologische gegevens systematisch inzamelen*. Brussel: CTB-ODB.
- Paglia, A. & Room, R. (1999). Preventing substance use problems among youth: a literature review and recommendations. *Journal of Primary Prevention*, 20, 3–50.
- Prochaska, J., DiClemente, C. & Norcross, J. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102–1114.
- Rabinowitz, J., Cohen, H. & Atias, S. (2002). Outcomes of naltrexone maintenance following ultra rapid opiate detoxification versus intensive inpatient detoxification. *American Journal of Addictions*, 11(1), 52–56.
- Raes, V., Lenders, F. & Geirnaert, M. (1995). *Drugbulpverlening in Vlaanderen: Feilen en problemen*. Brussel: Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen.
- Raes, V. & Lombaert, G. (2003). *Jaarverslag De Sleutel 2002. Een evaluatie volgens EFQM*. (unpublished annual report). Merelbeke: De Sleutel.
- 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.
- Salch, 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.
- Sergeant, A. & Van Havere, T. (2002). *Onderzoek naar hoe druggebruikers hun zorgbehoeften en hulpverleningsaanbod ervaren* (unpublished Master-dissertation). Gent: Universiteit Gent, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen.
- Siegal, 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.
- Simpson, D. D. (1981). Treatment for drug abuse: Follow-up outcomes and length of time spent. *Archives of General Psychiatry*, 38(8), 875–880.
- Sindelar, J. L. & Fiellin, D. A. (2001). Innovations in treatment for drug abuse: solutions to a public health problem. *Annual Review of Public Health*, 22, 249–272.
- Sleiman, S. (2003). *Belgian National Report on Drugs 2003*. Brussel: Scientific Institute of Public Health, Epidemiology Unit – Belgian Information Reitox Network (BIRN).
- Sleiman, S. & Sartor, F. (2002). *Belgian National Report on Drugs 2002*. Brussel: Scientific Institute of Public Health, Epidemiology Unit – Belgian Information Reitox Network (BIRN).
- Spooren, D., Van Heeringen, K. & Jannes, C. (1996). Drug abuse and emergency psychiatry: a comparative study of psychiatric emergencies following illegal and legal drug abuse in Belgium. *European Addiction Research*, 2, 213–218.

- Stauffacher, M. (Ed.) (1999). *Pompidou Group Project on Treatment Demand: final report. Treated drug users in 23 European cities, Data 1997, Trends 1996-1997*. Strasbourg: Council of Europe, Cooperation Group to combat drug abuse and illicit trafficking in drugs (Pompidou Group).
- Stauffacher, M. & Kokkevi, A. (1999). The Pompidou Group Treatment Demand Protocol: the first pan-European standard in the field. *European Addiction Research*, 5(4), 191–196.
- Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA). *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.
- Thienpont, J. (2003). *Cijfergegevens voor de VVBV centra: 2000, 2001 en 2002*. Gent: Vlaamse Vereniging van Behandelingscentra Verslaafdenczorg (VVBV).
- Tobler, N. (2001). Prevention is a two-way process. *Drug and Alcohol Findings*, 5, 25–27.
- Tucker, J. A. (1999). Reformulating the addictive behavior change process: changing addictive behavior, historical and contemporary perspectives. In J.A. Tucker, D. Donovan, & A. Marlatt (Eds.), *Changing addictive behavior: Bridging clinical and public health strategies* (pp. 1–44). New York: The Guilford Press.
- United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (UNDCCP). (2000). *World Drug Report 2000*. Oxford: Oxford University Press.
- van Achterberg, T., Stevens, F., Hekkink, M., Crebolder, H. & Philipsen, H. (1995). Implementing coordination of care: task performance and problems encountered. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 9(4), 209–217.
- Van den Brink, W. (2002). *Addiction treatment, addiction research, paradigms between day to day work and visions* (Symposium devoted to the lifetime contributions of Professor Dr. Ambros Uchtenhagen, 6. September 2002). Zürich: Institut for Suchtforschung.
- Van den Brink, W., Hendriks, V. M., Blanken, P., Huijsman, I. A. & Van Ree, J. M. (2002). *Medical coprescription of heroin: two randomized controlled trials*. Den Haag: Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden (CCBI-I).
- Vandenbussche, E. (2001). *Vlaamse Registratie Middelenmisbruik (VRM): registratiegegevens 1999*. Brussel: Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD).
- Vanderplasschen, W., Colpaert, K., Lievens, K. & Broekaert, E. (2003). *De Oost-Vlaamse drughulpverlening in cijfers: Kenmerken, zorggebruik en nitstroom van personen in behandeling (Orthopedagogische Reeks Gent Nummer 15)*. Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.
- Vanderplasschen, W., De Donder, E., Lenoir, S. & Roets, G. (2001). *De leerlingenbevraging over een drugbeleid op school: een bruikbaar instrument?* Gent – Brussel: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek – Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD).
- Vanderplasschen, W., Derluyn, I. & Broekaert, E. (2002). Opvoedingsondersteuning van drugverslaafde ouders en hun jonge kinderen. In W. Buisman, et al. (Eds.), *Handboek Verslaving: hulpverlening, preventie en beleid* (pp. C-3130 1–24). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Vaanderplassche, W. & De Wilde, J. (2002). Satisfaction and needs of drugs users contacting treatment service. In International Harm Reduction Association (Ed.),

- Book of Abstracts of the 13th International Conference on Reduction of Drug Related Harm* (pp. 84). Ljubljana, Slovenia: International Harm Reduction Association.
- Vanderplasschen, W., Lievens, K. & Broekaert, E. (2001a). *De instroom in de Oost-Vlaamse drughulpverlening: registratie van intakes en aanmeldingen tussen oktober 1999 en mei 2000 (Orthopedagogische Reeks Gent Nummer 13)*. Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.
- Vanderplasschen, W., Lievens, K. & Broekaert, E. (2001b). *Implementatie van een methodiek van case management in de drughulpverlening: een proefproject in de provincie Oost-Vlaanderen (Orthopedagogische Reeks Gent Nummer 14)*. Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.
- Vanderplasschen, W., Mostien, B., Claeys, P., Raes, V. & Van Bouchaute, J. (2001). *Conceptnota organisatiemodel zorgcircuit middelenmisbruik (Orthopedagogische Reeks 12)*. Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.
- Vandevelde, S., Vanderplasschen, W. & Broekaert, E. (2003). Cultural responsiveness in substance abuse treatment: a qualitative study using professionals' and clients' perspectives. *International Journal of Social Welfare*, 12(3), 221–228.
- Van Dijck, A., Bruggeman, B., Demey, R., Todts, S. & Van Hal, G. (2000). *Inventarisatie van publiek beschikbare gegevens m.b.t. de gespecialiseerde drughulpverlening in Antwerpen (1996–1999)* (ESOC publicatie nr. 34). Antwerpen: Universiteit Antwerpen, Vakgroep Epidemiologie en Sociale Geneeskunde.
- Van Epen, J. (1995). *De drugs van de wereld, de wereld van de drugs*. Houten – Diegem: Bohn, Stafleu, Van Loghum.
- Van Gageldonk, A., de Zwart, W., van der Stel, J. & Donker, M. (1997). *De Nederlandse verlovingszorg: overzicht van de kennis over aanbod, vraag en effect*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Van Riet, N. & Wouters, H. (1996). *Casemanagement: een leer- en werkboek over de organisatie en coördinatie van zorg-, hulp- en dienstverlening*. Assen: Van Gorcum.
- 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.
- World Health Organisation (WHO). (2001). *The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope*. Paris, France: Sadag.
- 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.



## 2 Koordinace a kontinuita péče v léčbě užívání látek

hodnotící studie v Belgii<sup>1</sup>

OBSAH KAPITOLY. Vzhledem ke složitosti drogové závislosti a velkému počtu služeb pro drogově závislé jsou koordinace a kontinuita péče důležitými předpoklady pro kvalitu léčby užívání návykových látek. Určité nedostatky týkající se spolupráce, komunikace a koordinace péče však byly zaznamenány ve většině evropských zemí. Tato studie sledovala různé aspekty koordinace a kontinuity péče (např. první kontakt, příjem, doporučení, následná péče) u všech agentur (n = 27), které pracují s osobami užívajícími návykové látky v jasně vymezeném regionu Belgie. Strukturované rozhovory s klíčovými respondenty ukazují na nedostatek systematické komunikace mezi službami a nedostatečné následné monitorování klientů. Studie 57 klientů ve dvanácti z celkem 27 těchto center ukazuje, že je zaznamenáváno poměrně málo informací o průběhu léčebného procesu a že pouze 10 % všech klientských složek obsahuje léčebný plán. Po zavedení formalizovaného plánu, který byl chápán jako nezbytný předpoklad pro systematizaci a optimalizaci komunikace mezi službami, považovali klíčoví respondenti zavedení modelového vedení případu za vhodný způsob, jak zlepšit koordinaci a kontinuitu péče v regionu.

---

1 Tato kapitola vychází z následujícího zdroje: Vanderplasschen, W., De Bourdeaudhuij, I. & Van Oost, P. (2002). Coordination and continuity of care in substance abuse treatment: an evaluation study in Belgium. *European Addiction Research*, 8(1), 10–21.



## 2.1 Úvod

### 2.1.1 Užívání látek a jeho léčba v Belgii

Přestože je k dispozici jen málo platných a spolehlivých epidemiologických údajů o rozsahu a vývoji užívání drog v Belgii (De Donder, 2000), ukazují empirické poznatky z populačních studií a studií využití některé klíčové aspekty užívání návykových látek. Populační studie ukazují, že nejoblíbenější nelegální drogou je konopí a že užívání amfetaminů mládeží zaznamenalo v posledních letech značný vzestup (BIRN, 1999). Stejně jako ve většině evropských zemí je jako hlavní látka při problémovém užívání drog uváděn heroin (EMCDDA, 2000). Většina žádostí o léčbu v metropolitních belgických městech (Brusel a Lutych) se týká problémů s heroinem a v menší míře s kokainem (Stauffacher, 1999).

Problémové užívání drog se datuje od začátku roku 1970, kdy byla Belgie konfrontována s nárůstem počtu mladých dospělých, kteří užívali nelegální drogy (zejména heroin). Jelikož většina tradičních služeb v péči o duševní zdraví v té době spíše odmítala řešit vznikající problémy s drogami, vznikly v období 1972–1975 dvě bezdrogové terapeutické komunity (Maertens, 1997). Během několika příštích let, kdy rostla dostupnost nelegálních drog a také následné problémy, vznikaly další specializované služby, včetně denního stacionáře, krizových center, krátkodobých léčebných programů a terapeutických komunit (Broekaert & Raes, 1998). Nedostatek vládních iniciativ, zapojení více než deseti ministerstev a skutečnost, že užívání návykových látek se rychle etablovalo jako významný zdravotní problém, vedly k vytvoření několika specifických a specializovaných iniciativ pro osoby užívající návykové látky. V poslední době doplnily škálu léčebných služeb terénní práce, sociální pracoviště a centra zdravotně-sociální péče, čímž došlo k rozšíření činnosti o terénní programy, vzdělávání a zaměstnanost, nízkoprahová zařízení, léčbu metadonem, resp. iniciativy snižování škod (např. výměna jehel). Další iniciativy snižování škod, jako jsou kontrolované studie podávání heroinu, se stále ještě projednávají (Reggers & Ansseau, 2000).

Od 80. let 20. století otevřela tradiční péče o (duševní) zdraví postupně své dveře osobám užívajícím návykové látky: mnoho jich absolvuje detoxikaci na odděleních akutních příjmů ve všeobecných nemocnicích a psychiatrických léčebnách (Spooren, Van Heeringen & Jannes, 1996), některé psychiatrické a všeobecné nemocnice zahájily provoz speciálních oddělení pro drogově závislé a některá centra péče o duševní zdraví se specializovala na léčbu užívání návykových látek. Pouze několik praktických lékařů – především ve frankofonní části Belgie – se podílí na (metadonové) léčbě osob užívajících návykové

látky, neboť většina z nich není ochotna nebo se necítí kompetentní pracovat s těmito pacienty (De Donder, 2000).

Tyto změny vedly ke vzniku řady rozšířených a diferencovaných služeb pro drogově závislé, včetně specializovaných a nespécializovaných center (viz tab. 2.1, str. 44). Specializovaná centra se zabývají výhradně pacienty užívajícími návykové látky, zatímco nespécializovaná centra mají pravidelné kontakty s osobami užívajícími látky nebo pro ně mají zaveden zvláštní přístup vedle léčby zaměřené na jiné cílové skupiny. Vzhledem k nedostatku koordinace mezi službami se léčba užívání návykových látek podobá spíše nesourodé mozaice než síti (de Weert-van Oene & Schrijvers, 1992; Maertens, 1997). Za východisko z této situace byla v nedávné době označena koordinace a spolupráce mezi všemi úrovněmi (např. místní, regionální, národní i evropskou) a partnery zapojenými do protidrogové politiky (např. zdravotní péče, sociálního zabezpečení, trestního soudnictví, školství a specializované léčby užívání návykových látek) (De Ruyver & Casselman, 2000).

Tabulka 2.1 | Přehled specializovaných a nespécializovaných subjektů pro osoby užívající látky v Belgii s uvedením některých hlavních funkcí (Vanderplasschen, Mostien, Claeys, Raes & Van Bouchaute, 2001)

<b>Nespécializované subjekty</b>	<b>Specializovaná léčba osob užívajících návykové látky</b>
<p><b>Ambulantní zařízení</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>centra sociální péče (sociální a finanční pomoc)</li> <li>terénní práce (identifikace a odesílání k léčbě)</li> <li>sociální pracoviště (odborná příprava a zaměstnání)</li> <li>praktičtí lékaři (lékařská péče)</li> <li>lékárníci (podávání metadonu)</li> <li>centra péče o duševní zdraví (psychosociální a psychiatrická pomoc)</li> </ul>	<p><b>Ambulantní zařízení</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>denní stacionáře (lékařská a psychosociální pomoc a denní program)</li> <li>centra zdravotně-sociální péče (nízkoprahová lékařská péče, např. preskripce metadonu, psychosociální pomoc a snižování škod)</li> </ul>
<p><b>Lůžková zařízení</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ubytovny pro osoby bez domova (ubytování a sociální pomoc)</li> <li>všeobecné nemocnice (lékařská péče, např. detoxikace, urgentní a psychiatrická péče)</li> <li>psychiatrické léčebny (detoxikace a psychiatrická péče)</li> </ul>	<p><b>Lůžková zařízení</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>krizová centra (detoxikace, motivace a orientace)</li> <li>krátkodobé léčebné programy (krátkodobá ústavní léčba, kratší než 6 měsíců)</li> <li>terapeutické komunity (dlouhodobá léčba, delší než 6 měsíců)</li> </ul>

V posledním desetiletí se v souladu s dohodami EU zaměřovala belgická protidrogová politika v zásadě na prevenci a snížení míry veškerého užívání drog, snížení počtu nových uživatelů, ochranu společnosti a jejích členů, péči o uživatele drog a zlepšení kvality života těchto osob (BIRN, 1999). Od roku 1998 dostává otázka držení malého množství marihuany „nejnižší prioritu“ ze strany orgánů činných v trestním řízení (Vanhex, 1998). V poslední době federální vláda schválila vymezení nové politické linie k řešení drogové problematiky, která představuje několik novinek, jako je trestní stíhání neproblémového užívání konopí, vytvoření a hodnocení epidemiologického výzkumu a rozšiřování zdrojů pro léčbu, snižování škod a reintegraci (Federale Regering, 2001). Užívání návykových látek je považováno za problém veřejného zdraví. Související politika se zaměřuje na „normalizaci“ jako alternativu k čistě represivní politice, či naopak k politice úplné tolerance a hodlá řídit a snižovat rizika související s drogami. Prioritu by měla dostat větší a lepší spolupráce s cílem realizovat integrovanou protidrogovou politiku, včetně prevence (ne-)problémového užívání drog, léčby, (re-)integrace a snižování škod u problémových uživatelů drog, a represí proti drogovým dealerům a výrobcům drog.

## 2.1.2 Specifické charakteristiky osob užívajících látky

Drogová závislost může být popsána jako maladaptivní vzorec užívání látky vedoucí ke klinicky významnému poškození nebo stresu (APA, 1996). Pro splnění kritérií závislosti by se podle DSM IV měly během jediného dvanáctiměsíčního období objevit alespoň tři z následujících sedmi kritérií: „tolerance; abstinenci příznaky; látka často užívána ve větším množství nebo déle, než bylo zamýšleno; snaha přestat s užíváním; velké množství času stráveného činnostmi potřebnými k získání nebo užívání látky nebo ke zotavení; významné společenské, rekreační a pracovní činnosti jsou odvrženy nebo redukovány v důsledku užívání drog; pokračující užívání návykových látek přes fyzické nebo psychické problémy způsobované nebo zhoršované užíváním drog“.

Závislost je komplexní a mnohostranný jev, který se často vyskytuje souběžně s řadou dalších souvisejících problémů, jako je nezaměstnanost, problémy s justicí, infekční onemocnění (HCV, HIV), sociální vyloučení, problémy ve vztazích, komorbidní psychopatologie, problémy s bydlením. Spíše pravidlem než výjimkou je navíc souběžné užívání více látek (Yates, 1999). Osoby užívající návykové látky se často zdráhají nastoupit léčbu a jejich motivace ke změně bývá často nízká. Podle Prochasky et al. je změna dlouhý a cyklický proces, který zahrnuje několik fází, než dojde v závěrečné fázi k udržování žádoucího stavu, ale je často provázen lapsy a relapsy (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992). Předčasné ukončení léčby a relaps po léčbě jsou u osob užívajících návykové látky poměrně časté (McMillan & Cheney, 1992). Přestože výzkumné práce ukazují, že léčbu nastupuje relativně málo osob žijících ná-

vykové látky (Tucker, 1999), mnozí mají za sebou dlouhou léčebnou kariéru a někteří jsou známí jako „turisté protidrogové léčby“ (Kinnunen & Nilson, 1999).

Vzhledem k povaze závislosti nemohou být cíle léčby orientovány výhradně na „vyléčení“, ale měly by být také orientovány na „péči“. Proto by se léčba užívání návykových látek neměla omezovat na jedinou léčbu (Willenbring, 1996), ale měla by se skládat z různých léčebných epizod a modalit, přičemž velkou výzvou zůstává zajištění kontinuity péče (Graham, Timney, Bois & Wedgerfield, 1995). K řešení těchto složitých a různorodých problémů a ke zlepšení kvality péče jsou potřebné integrované a individualizované služby.

### 2.1.3 Kvalita léčby užívání látek

Během posledního desetiletí bylo hodnocení léčby užívání návykových látek a několika jeho složek důležitým tématem výzkumu ve většině zemí EU (EMCDDA, 1999). V Belgii se evaluační výzkum omezil především na terapeutické komunity (Broekaert, Raes, Kaplan & Coletti, 1999). Tendence k hodnocení byla inspirována zavedením ekonomického myšlení ve všech sociálních oblastech, včetně neziskového sektoru. Jedním z hlavních cílů hodnocení léčby je zlepšit kvalitu služeb v oblasti léčby (Merino, 1999). Kvůli konkurenci na trhu, požadavku odpovědnosti, snaze hodnotit návratnost investic a nutnosti přidělovat zdroje co nejuváženěji bylo do hodnocení zapracováno také ekonomické hledisko (nákladová efektivita) (Hatziandreuou 1999). Monteiro (1999) popisuje kvalitu léčby jako náklady, realizaci a účinnost služeb v oblasti léčby. Podle de Weert-van Oene & Schrijvers (1992) lze v rámci kvality péče rozlišovat koordinaci, kontinuitu, účinnost a efektivitu. Účinností se rozumí poměr dosažených úspěchů ke stanoveným cílům, zatímco efektivita je poměr mezi dosaženými efekty a vynaloženými zdroji.

V Belgii byla otázka kvality péče nastolena v oblasti sociální a zdravotní péče v polovině 90. let 20. století (VOCA, 1998). V nedávném prohlášení doporučuje Národní rada pro nemocniční zařízení [Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV)] reorganizovat oblast péče o duševní zdraví na základě žádostí o léčbu ze strany klientů a vytvořit integrované systémy léčby pro některé specifické cílové skupiny včetně osob užívajících návykové látky (Knapen & Van Holsbeke, 1997). Reorganizace se nemá zaměřit pouze na větší kontinuitu péče a individuální léčbu, ale také na lepší koordinaci a spolupráci. Návrh NRZV byl nedávno dále rozpracován a konkretizován v politickém prohlášení vydaném ministry zdravotnictví a sociálních věcí (Aelvoet & Vandenbroucke, 2001).

Kvalita poskytování služeb v rámci léčby užívání návykových látek byla tématem diskusí v několika evropských zemích. Koller (1999) uvádí roztříštěnost a nedostatečnou koordinaci v léčbě užívání návykových látek v Německu,

kteří vedly k zamyšlení a změnám na straně institucí. Nizzoli (1999) kritizoval nedostatek standardizovaných klinických forem v tomto odvětví v italském Reggio Emilia. Výzkum týkající se příjmu a vstupního posouzení v nizozemském Rotterdamu odhalil značně rozdílné postupy příjmu a vstupního posouzení, což vede k duplicitní práci a redundantním informacím (De Groen & Van Ooyen-Houben, 1995). Také v Nizozemsku byla zaznamenána nedostatečná koordinace, spolupráce a komunikace mezi léčebnými centry pro osoby užívající drogy, a to v Utrechtu (de Weert-van Oene & Schrijvers, 1992).

Jelikož rozvoj léčby užívání návykových látek ve většině zemí EU probíhal, aniž by byl výrazněji koordinován a promyšlen, budou problémy tohoto odvětví v Belgii sloužit jako příklad problémů, s nimiž se potýkají nebo potýkaly i jiné evropské země. Jelikož služby pro osoby užívající návykové látky byly zakládány bez programování vládou, vedlo to k roztržitému, nedostatečné koordinaci a vzniku chaotické a nestrukturované sítě, v níž jsou překrývající se a paralelní struktury a v níž řada článků chybí (Knapen & Van Holsbeke, 1997; Maertens, 1997). V posledních letech se spektrum léčebných služeb rozšiřovalo s tím, jak rostl počet a rozmanitost žádostí o léčbu (Nassen, 2001). Ukazuje se, že spolupráce a komunikace mezi službami je založena především na osobním rozhodnutí a benevolenci (BIRN, 1999). Vzhledem k široké škále služeb a svobodné volbě klienta mohou být pacienti zapsáni do několika služeb současně nebo krátce poté, co byli v jiném zařízení (Van Deun & Figiel, 2000). Systém dotací, který poskytuje úhrady za lůžko a konzultace, neúmyslně podněcuje konkurenci mezi službami. V neposlední řadě chybí standardní postupy příjmu a následné monitorování klientů (Raes, Lenders & Geirnaert, 1995).

Vedle problémů v organizaci léčby užívání návykových látek vyvolávají potřebu koordinace a kontinuity péče také mnohočetné a komplexní problémy osob užívajících návykové látky, které vyžadují kontakty s několika různými poskytovateli péče (van Achterberg, Stevens, Hekkink, Crebolder & Philipsen, 1995). Alternativně je navrženo několik řešení, jak zlepšit kvalitu léčby užívání návykových látek. Na několika místech byl ve Spojených státech zaveden case management v léčbě užívání návykových látek pro řešení potřeb klientů s mnohočetnými, komplexními a chronickými problémy (Ashery, 1996; Mejta, Bokos, Mickenberg, Maslar & Senay, 1997) a pro řešení nedostatečné koordinace péče (Graham et al., 1995). Podle německé studie by zařízení neměla být chápána jako samostatné instituce, ale spíše jako síť léčebných služeb s jasnou funkcí reagovat na potřeby klientů (Koller, 1999). Dále bylo konstatováno, že poptávka po úspěšné koordinaci a spolupráci by měla být zasazena do kontextu místního monitorování a řízení, aby se dostalo správné pomoci správné osobě. Vzhledem k diferenciaci léčby užívání návykových látek, rostoucí složitosti problémů s drogami a rozdílné účinnosti léčebných modalit u specifických podskupin nabývá ve Spojených státech a Evropě v poslední době na významu

client matching (Hser, 1997; Kersten, Schippers, Broekman, van Rijswijk & Joosten, 1995). Pro usnadnění přístupu k léčbě, koordinace a kontinuity léčby byly vytvořeny centralizované postupy příjmu (Rohrer et al., 1996).

## 2.1.4 Cíle

Cílem studie je – podle doporučení NRZV – posoudit dva hlavní aspekty kvality léčby užívání návykových látek, tj. koordinace a kontinuity péče. Efektivita a účinnost léčby nejsou naším hlavním tématem, protože tato hlediska nebyla hlavním důvodem pro zamýšlenou reorganizaci léčby a protože se jedná více o ekonomická hlediska kvality léčby úzce související s odpovědností (Merino, 1999). Protože některé z výše uvedených řešení by mohlo být dobrou alternativou pro současnou situaci, budou rozebírány různé stránky léčebného procesu, které souvisejí s koordinací a kontinuitou péče. Na základě těchto výsledků budou formulována doporučení, jak koordinaci a kontinuitu péče zlepšit a optimalizovat. Tato doporučení mohou být také relevantní a použitelná v jiných zemích, neboť problémy týkající se organizace léčby užívání návykových látek v Belgii jsou podobné těm, se kterými se potýkají i jiné evropské země.

Ačkoli se obecně uznává, že koordinace má v léčbě návykových látek důležitou úlohu, jen málo výzkumných pracovníků se zaměřilo právě na tuto stránku (Graham et al., 1995; van Achterberg et al., 1995). Graham et al. (1995) vnímají koordinaci jako nedílnou součást vedení případu a definují ji jako předávání a přijímání informací týkajících se konkrétních klientů, např. informování ostatních zařízení, získávání informací od jiných zařízení, výměnu informací a projednávání případu s dalšími službami. Koordinace péče jednoznačně probíhá na úrovni klienta spíše než na úrovni systému. Podle van Achterberga et al. (1995) se koordinace skládá z pěti základních úkolů: zahájení; vypracování inventáře péče; vypracování plánu péče; realizace plánu péče a sledování péče; hodnocení realizace plánu péče. Další autoři uvádějí, že koordinace péče lze dosáhnout funkční spoluprací mezi službami (de Weert-van Oene & Schrijvers, 1992). Pro účely studia koordinace péče na úrovni jednotlivce se zaměříme na některé aspekty procesu postoupení případu, výměny informací, registrace, vytváření složek klientů a spolupráce.

Důležitost kontinuity péče v léčbě návykových látek zdůrazňuje několik autorů (Bachrach, 1981; de Weert-van Oene & Schrijvers, 1992). Poměrně málo informací je však k dispozici o tom, jak lze koncept realizovat. Pro tyto účely vymezuje Bachrach sedm hledisek kontinuity péče, která poskytují užitečný teoretický rámec: dlouhodobý přístup, flexibilitu, individualizaci, blízkost, dostupnost, komunikaci a komplexnost (Bachrach, 1981). V článku se zabýváme několika aspekty, jež s těmito hledisky souvisejí, tj. vstupní procedury, proces léčby, následné monitorování klientů a vedení případu.

Oba teoretické rámce ukazují, že aspekty koordinace a kontinuity péče od sebe nelze striktně oddělit (např. komunikace a vedení případu). Z pragmatických důvodů však budou obě dimenze od sebe odděleny v kapitolách „výsledky“ a „diskuse“.

## 2.2 Metody

### 2.1.1 Vzorek

Vzorek pro strukturované rozhovory zahrnuje všech 27 (nespecializovaných a specializovaných) organizací v provincii Východní Flandry, jejichž populace zahrnuje poměrně velkou skupinu osob užívajících návykové látky. Úroveň provincie byla zvolena proto, že v Belgii zodpovídají za koordinaci léčby užívání návykových látek právě provincie. Studovány byly organizace v provincii Východní Flandry, protože region má nejvíce propracované a diferencované sítě služeb. Na studii se podílela následující centra: 7 oddělení v psychiatrických léčebnách, 5 center péče o duševní zdraví, 5 azylových domů pro bezdomovce, 3 bezdrogové terapeutické komunity, 2 specializovaná ambulantní centra, 1 krizové centrum, 1 denní stacionář, 1 centrum zdravotně-sociální péče a 1 místo pro chráněné bydlení.

Celkem bylo dotazováno 31 klíčových informantů, po jednom z každé služby s výjimkou čtyř služeb, kde byli dotazováni 2 klíčoví informanti, protože nikdo jiný nedokázal adekvátně odpovědět na všechny otázky pohovoru. Klíčový informant byl definován jako „osoba v daném centru, která má nejvíce znalostí a zkušeností ohledně různých aspektů koordinace a kontinuity péče“. Většina klíčových informantů ( $n = 16$ ) měla vedoucí funkci, další pracovali jako psychologové ( $n = 6$ ), sociální pracovníci ( $n = 6$ ), psychiatři ( $n = 2$ ) nebo protidrogoví poradci ( $n = 1$ ).

Pro studium klientských složek byly ze souboru odstraněny ty subjekty, které mají v populaci pouze menšinu osob užívajících návykové látky ( $n = 8$ ). Pokud jsou navíc služby součástí velké organizace ( $n = 3$ ), byly informace považovány za redundantní po prostudování složek klientů v jednom nebo dvou zařízeních. Vzhledem k tomu, že dvě centra odmítla účast v druhé části výzkumu, tvořilo soubor pro studium složek klientů celkem 14 zařízení.

Z prvních deseti klientů v každém zařízení, kteří dali informovaný souhlas k účasti v této studii, byl vybrán náhodný vzorek pěti složek. Vzhledem ke kombinaci několika důvodů (malý počet uživatelů drog v populaci klientů, odmítnutí účasti ze strany klientů nebo opomenutí poskytovatelů péče požádat

klienty o účast) souhlasili s účastí ve studii v jednom zařízení pouze dva klienti a ve dvou zařízeních vždy pouze jeden klient. Poslední dvě uvedená centra byla ze vzorku vyřazena. Celkem bylo v dvanácti zařízeních prostudováno 57 složek klientů (4 centra péče o duševní zdraví, 4 oddělení v psychiatrických léčebnách, 2 bezdrogové terapeutické komunity, 1 krizové centrum a 1 centrum zdravotně-sociální péče).

## 2.2.2 Nástroje

Na základě témat z existujících dotazníků (Anker, Delcourt, de Groof & Maier, 1990; Oberg, Gerdner, Sallmen, Jansson & Segraeus, 1997) a literatury týkající se koordinace péče (Graham et al., 1995; van Achterberg et al., 1995), kontinuity péče (Bachrach, 1981) a vedení případu (Moxley, 1989; SAMHSA, 1998; van Riet & Wouters, 1996) byl vytvořen dotazník pro polostrukturované rozhovory zahrnující otevřené otázky a otázky s možností výběrů z odpovědí.

První část dotazníku se týkala informací popisujících organizační a strukturální stránky léčby (tj. cíle, cílové skupiny, léčebný program a dostupnost), zatímco druhá část se zaměřila na důležité stránky procesu zpracování (koordinace a kontinuita péče) a na aspekty vedení případů. Otázky týkající se case managementu byly vesměs otevřené, přičemž zjišťovaly zkušenosti, očekávání, postoje, proveditelnost a priority. Jako důležité aspekty procesu léčby byly dotazy zjišťovány předpoklady, strategie, zúčastnění partneři a komunikace (první kontakt, příjem, zamítnutí, postoupení a spolupráce), neboť tyto aspekty jsou úzce spojené s koordinací a kontinuitou péče. Abychom pochopili, jak jsou informace shromažďovány a zaznamenávány, byly do rozhovoru zahrnuty některé otázky týkající se evidence a složek klientů. Pro nedostatek přesných číselných údajů byla četnost odhadována na sedmibodové stupnici od „vždy“ až po „nikdy“.

Pro studium záznamů klienta byl použit strukturovaný rozhovor a seznam bodů. Strukturovaný rozhovor byl založen na průvodci postoupení případu v péči o duševní zdraví (Subregionaal Samenwerkingsverband, 1997) a zahrnoval zpětnou vazbu a komunikaci při postoupení případu. Seznam bodů obsahoval 32 položek k různým aspektům procesu léčby a byl založen na kritériích pro „kvalitní“ složky klientů (van Riet & Wouters, 1996). Položky mohly mít kladné, nebo záporné skóre (podle toho, zda byly v záznamech obsaženy, nebo chyběly) a byly rozděleny do osmi kategorií: první kontakt, posouzení, plánování, intervence, hodnocení, doporučení, propuštění a registrace. První kategorie se týkala informací získaných při prvním kontaktu nebo příjmu (např. žádosti o léčbu, název a adresa organizace postupující případ), zatímco kategorie 6 a 7 zahrnovaly informace zaznamenávané při postoupení případu nebo zamítnutí (např. důvod pro postoupení případu, zamítavé stanovisko). Kategorie 2 až 5 se týkaly základních funkcí vedení případu (Moxley, 1989), např. posouzení současných a minulých problémů, cílů léčby, plánování léčby,



popisu jednotlivých intervencí a jejich hodnocení. Poslední kategorie obsahovala některé zbytkové položky (např. informovaný souhlas).

### 2.2.3 Postup

Hodnotící studie proběhla v období od ledna 1998 do června 1999. Klíčoví informanti byli dotazováni na svém pracovišti v období od června do října 1998. Délka rozhovorů se pohybovala v rozpětí od 70 do 120 minut, přičemž průměrná délka byla 90 minut. Všechny rozhovory byly nahrávány a přepsány a poté vráceny klíčovým informantům k závěrečné kontrole.

Složky klientů byly studovány od 15. prosince 1998 do 31. ledna 1999. Prostudování záznamů předcházelo krátký rozhovor s osobou odpovědnou za registraci v každém centru. Složky klientů dostávaly skóre za přítomnost či nepřítomnost jednotlivých informací podle seznamu položek. Na konci rozhovoru uvedl dále výzkumný pracovník své poznatky a připomínky k záznamům.

### 2.2.4 Analýza údajů

Údaje z polostrukturovaných rozhovorů a studie složek klientů byly analyzovány pomocí kvalitativních i kvantitativních metod. Otázky s možností výběru odpovědí z rozhovorů a seznam bodů ze studie složek klientů byly kódovány a analyzovány pomocí statistického softwaru SPSS. Vzhledem k nominální a ordinální úrovni proměnných se analýzy omezily na tabulky četností a kontingenční tabulky. Odpovědi na otevřené otázky a další poznámky klíčových informantů v průběhu rozhovorů byly seskupeny podle témat. Srovnání těchto motivů v celkovém vzorku vedlo k podrobnější analýze rozhovorů. Připomínky dotazovaných informantů a poznámky výzkumného pracovníka ke studiu složek klientů byly analyzovány obdobně.

Při analýze dat jsme rozlišovali čtyři kategorie: specializovaná léčba užívání návykových látek (terapeutické komunity, krizová centra, denní stacionáře, zdravotně-sociální péče a další specializovaná ambulantní centra), centra péče o duševní zdraví, psychiatrické léčebny a centra sociální péče (azylové domy pro bezdomovce a místa pro chráněné bydlení).

## 2.3 Výsledky

### 2.3.1 Koordinace péče

#### □ Postupování případů

První kontakt ve většině služeb většinou provedou sami klienti ( $n = 14$ ) nebo jejich okolí (rodina, přátelé) ( $n = 7$ ). Kontakt se službami běžně zahajují rovněž

praktičtí lékaři, soudní orgány (např. soudy pro mládež, probační služba) a specializované služby (centrum zdravotně-sociální péče a krizové centrum). Ve srovnání s ostatními agenturami je přímý kontakt samotným pacientem nejběžnější ve specializované léčbě užívání návykových látek.

Počet odesílaných klientů je omezený a v průběhu doby kolísá. Většina služeb odesílá klienty pouze občas, zatímco 5 zařízení odesílá asi 50 % svých klientů. Přímé doporučení na první kontakt lze pozorovat asi v 25 % všech případů v 7 zařízeních (zejména sociálních centrech). Klienti jsou odesíláni do různých specializovaných (např. terapeutické komunity, centra zdravotně-sociální péče) i nesespecializovaných služeb (např. centra péče o duševní zdraví, azylové domy pro bezdomovce, psychiatrická oddělení), aniž by dominovalo jedno konkrétní centrum nebo jasné vzorce postupování případů.

Kvalitativní analýza ukázala, že většině služeb jsou pacienti odesíláni různými jinými centry. Zařízení, která jsou součástí sítě služeb, mají tendenci odesílat klienty v rámci své vlastní organizace. Důvod k odeslání není vždy jasný: někdy jsou klienti doporučeni ke konkrétní službě kvůli konkrétnímu problému, většinou hrají určitou úlohu jiné důvody, jako je možnost výběru a bydliště klienta (n = 13) nebo kontakty mezi poskytovateli péče v různých centrech, kteří o sobě navzájem vědí nebo už dříve spolupracovali (n = 7). Studie záznamů o klientech nasvědčuje tomu, že vlastní důvod pro postoupení nebylo možné zjistit u každého pátého záznamu.

#### □ **Komunikace**

Pokud je klient odeslán do některého z uvedených zařízení, přibližně polovina všech služeb (48 %), „vždy“ nebo „téměř vždy“ odesílající zařízení kontaktuje během prvních dnů po postoupení případu. Většinou kontakt iniciuje odesílající zařízení (2/3 případů), ale systematický a jednotný model komunikace chybí. Většina zařízení (n = 19) tyto informace sděluje telefonicky, zatímco 8 center přijímá hlavně písemné informace, které jsou doplněny telefonickou komunikací.

Kvalitativní analýza ukazuje, že jen málo služeb má systematické kontakty s odesílajícím zařízením kvůli zpětné vazbě ohledně výsledku doporučení. Klíčoví informanti znovu potvrzují, že komunikace mezi službami je snazší, pokud znají někoho z personálu odesílající agentury. Pouze v 6 centrech je sdělování informací o klientech vždy založeno na „informovaném souhlasu“ klienta.

V případech, kdy klienta odesílá samotné zařízení, si 18 služeb „téměř vždy“ vyměňuje informace s centrem, kam je klient odeslán. Pokud informace jsou předávány, téměř všechny služby (n = 25) jakožto odesílající zařízení zahajují kontakt samy. Většina služeb (n = 15) sděluje informace telefonicky, i když 12 služeb (centra péče o duševní zdraví, centra sociální péče, lůžkové specializované léčby užívání návykových látek) provádí ještě telefonický kontakt vedle zaslání písemné informace. Z kvalitativní analýzy rozhovorů vyplývá, že

služby nedostávají žádnou zpětnou vazbu o výsledcích jejich doporučení. Jako alternativu navrhují klíčoví informanti používat standardizované formuláře pro komunikaci a také sdělovat informace o průběhu léčby. Většina klíčových informantů dává přednost písemným informacím před telefonickými, protože tento způsob komunikace je méně pomíjivý. Někteří klíčoví informanti si stěžují na nedostatek základních informací, které obdrží o některých klientech. Jako hlavní důvod pro chybějící nebo nedostatečnou komunikaci jsou často uváděny předpisy na ochranu soukromí.

Rozhovory (n = 12), jež předcházely studii záznamů klientů, odhalily velké rozdíly v komunikačních postupech mezi jednotlivými službami. Po prvním kontaktu ohledně postoupení případu podává pouze jediné zařízení další zprávy o průběhu léčby a jen čtvrtina všech služeb informuje odesílající zařízení o významných změnách situace (např. pokus o sebevraždu) nebo léčby klienta (např. přijetí do všeobecné nemocnice). Jestliže služba klienta odesílá dále, většina center (n = 7) „téměř vždy“ informuje odesílající subjekt nebo praktického lékaře.

Prostudování složek klientů ukazuje, že informace od odesílajícího subjektu chybí v 25 % složek všech odesílaných klientů. Dvanáct záznamů obsahuje zpětnou vazbu, která byla předána odesílající agentuře po postoupení případu. Jedna třetina složek obsahovala informace, které byly sděleny další službou, i když se téměř všichni klienti léčili jinde. „Informovaný souhlas“ se sdělováním informací o klientech byl zjištěn pouze u 28 % všech složek.

### □ Registrace

Podle typu služeb (např. psychiatrická oddělení, centra péče o duševních zdraví, specializovaná léčba užívání návykových látek) jsou jako doplněk jiných registračních formulářů vytvořených v rámci těchto služeb používány ještě zvláštní registrační formuláře. Prostudování složek klientů ukázalo, že žádost klienta o léčbu je zapsána v největším počtu záznamů, ale u více než tří čtvrtin složek jsou nedostatečné informace o tom, proč klient k této službě přichází a proč právě v daném okamžiku. Téměř všechny záznamy obsahují informace o tělesném zdraví, zaměstnání, užívání drog a alkoholu, psychickém stavu a trestněprávní situaci.

### □ Složky klientů

Klíčoví informanti uvádějí, že záznamy klientů obsahují různé formuláře a velké množství informací. V deseti službách se záznamy skládají z různých částí uložených na různých místech. Kvalitativní analýza ukazuje, že různé služby využívají různých forem pořízení a struktury těchto záznamů a v některých službách byly dokonce patrné rozdíly ve struktuře záznamů. Většina složek nemá pevnou strukturu, jasné nebo chronologické pořadí, obsah nebo

shrnutí nejdůležitějších údajů o klientovi a skládá se téměř výhradně z informací zapisovaných ručně. Některé složky také obsahují duplicitní údaje.

### □ Spolupráce

Celkově je spolupráce mezi službami hodnocena kladně. Pět služeb uvádí problémy při spolupráci s některými konkrétními subjekty. Z kvalitativní analýzy rozhovorů vyplývá, že – ve srovnání s dobou před několika lety – spolupráce a kontakt s dalšími službami roste a zlepšuje se, služby postupně projevují větší otevřenost vůči jiným centrům. Žádný z klíčových informantů neuváděl systematickou spolupráci týkající se některých stránek procesu léčby, např. přerušování, detoxikace. Podle těchto respondentů závisí „dobrá“ spolupráce spíše na lidech než na organizacích a spolupráci podle všeho prospívá, pokud se poskytovatelé péče z různých služeb navzájem lépe znají. Spolupráci brání konkurence mezi službami z důvodu souběžné existence podobných služeb a programů, systému přidělování dotací a kvůli konfliktním cílům různých služeb.

Klíčovní informanti kritizují nedostatek pružnosti, dlouhé čekací doby a nechuť k práci s osobami užívajícími drogy v některých centrech péče o duševní zdraví. Také většina praktických lékařů se podle všeho zdráhá pracovat s touto cílovou skupinou. Centra sociální péče si stěžují, že některá specializovaná centra nesdělují důležité informace, např. o dávkách metadonu. Podle klíčových informantů dokládají nejlépe nedostatek koordinace a spolupráce takzvaní „turisté protidrogové léčby“, kteří využívají nedostatečné komunikace mezi službami.

## 2.3.2 Kontinuita péče

### □ Procedura příjmu

Ve většině služeb ( $n = 19$ ) následuje po žádosti o léčbu vstupní rozhovor. Nová léčba klientů, kteří již byli v konkrétním zařízení léčeni, není vázána na žádné podmínky v 5 centrech, zatímco 22 služeb hodnotí případ od případu, zda klient může být léčen znovu, nebo ne. Pouze 6 (lůžkových) zařízení pravidelně využívá pořadník, ale klíčoví informanti vysvětlují, že pořadníky jsou většinou dočasné a vyřeší se automaticky tím, jak se klienti obracejí na další služby.

### □ Proces léčby

Většina záznamů o klientech obsahuje velké množství informací o anamnéze (např. původ problému, mechanismy zvládnání, počet předchozích léčebných epizod), avšak pouze polovina z těchto složek zahrnuje informace o obsahu,

průběhu a výsledku předchozí léčby. Rozšířená analýza problému je součástí většiny záznamů, ale jen velmi málo informací lze nalézt o klientových kompetencích a o tom, jaké cíle a očekávání má léčba. Léčebný plán byl zjištěn pouze u 6 záznamů (10,5 %). Většina složek obsahuje záznamy s informacemi o procesu léčby, ale nedostatečná struktura a uspořádání záznamů mnohdy omezují jejich užitečnost. Ve dvou třetinách složek bylo zjištěno hodnocení procesu léčby, ale produkt nabízený klientovi (strategie a metody) je hodnocen málokdy.

#### ❑ **Následné monitorování**

Na konci léčby většina služeb (n = 17) „téměř vždy“ informuje odesílající subjekty o výsledku léčby. Čím více kontaktů v průběhu léčby, tím větší je šance, že odesílající subjekt bude informován o ukončení léčby. V případech, kdy klient ukončí léčbu s negativním posouzením personálu, jsou odesílající subjekty ze soudního sektoru „vždy“ kontaktovány.

Klienty sleduje po skončení léčby pouze 7 center, ale to se týká především neformálních kontaktů po dlouhodobých programech ústavní léčby. V případech, kdy léčba končí negativním posouzením, je jedinou věcí, kterou některé služby (n = 6) dělají, že klientům pošlou upomínku. Nedostatečnost následného monitorování po skončení léčby je – podle klíčových informantů – důsledkem toho, že na tuto činnost chybí čas a peníze. Některé ze subjektů nechtějí následně klienty monitorovat, protože by to mohlo znamenat, že působí ve stejném okamžiku, kdy jsou do případu zapojeny další služby. Sledování klientů po odeslání se omezuje na případy, kdy se odesílající subjekt nadále podílí na léčbě klienta.

#### ❑ **Vedení případu**

Podle klíčových informantů jsou zkušenosti s case managementem omezeny na několik ojedinělých případů a pouze ve dvou psychiatrických léčebnách bylo modelové vedení případu někdy využito u malého počtu klientů. Asi polovina všech klíčových informantů (n = 12) uvádí, že některé základní funkce vedení případů jsou již používány v centru, kde jsou zaměstnáni.

Klíčovní informanti naznačují, že zavedení case managementu může pomoci zabránit duplicitní práci, snížit náklady, zajistit kontinuitu péče a centralizovat informace o klientovi. Navíc může case management stimulovat spolupráci a koordinaci a pomoci omezit „obcházení“ několika různých služeb klientem. Na druhé straně může omezit svobodnou volbu klienta a vést ke stigmatizaci. Klíčovní informanti mají pocit, že zavedení case managementu brání nedostatečně strukturovaný prostor pro tuto metodu v belgickém systému zdravotnictví. Doporučují začít s malým pilotním projektem a použít metodu k pomoci klientům, kteří jsou v péči několika poskytovatelů současně.

## 2.4 Diskuse

Pro zhodnocení koordinace a kontinuity péče byly provedeny strukturované rozhovory s klíčovými informanty ve všech zařízeních zapojených do léčby užívání návykových látek v provincii Východní Flandry (n = 27) a prozkoumání složek klientů (n = 57) ve 12 z těchto zařízení. V důsledku toho byly pro hodnocení použity dva zdroje informací, přičemž první představuje subjektivnější interpretaci klíčových informantů, druhý poskytuje objektivnější analýzu situace.

Podle teoretických rámců, které nastínili Weert-van Oene & Schrijvers (1992), Graham et al. (1995) a van Achterberg et al. (1995), bylo hodnoceno několik stránek koordinace péče se zaměřením na odesílání klientů, komunikaci, registraci, složky klientů a spolupráci. Graham et al. (1995) zdůrazňují význam výměny informací při postupování případu i v průběhu léčby a „ad hoc“ spolupráci v některých specifických případech. Van Achterberg et al. (1995) zdůrazňují význam monitorování a hodnocení, zatímco de Weert-van Oene & Schrijvers (1992) uvádějí jako důležité ukazatele koordinace péče spolupráci, registraci a vytváření složek klientů.

### 2.4.1 Koordinace péče

Analýza procedur odesílání klientů ukazuje, že většina z nich přichází sama, nebo na doporučení rodiny či přátel, což odpovídá výsledkům analýzy žádostí o léčbu drogové závislosti ve 23 evropských městech (Stauffacher, 1999). Může být otázkou, zda jsou klienti sami schopni zvolit nejvhodnější službu pro řešení svých problémů. Pokud jsou klienti odesíláni jinou organizací, není důvod k odeslání vždy jasný a spíše je založen na neformálních mechanismech, jako je osobní volba klienta a odeslání do přidružených center. Pokud tento způsob odeslání vyhovuje potřebám klienta, mohou tyto „subjektivní“ motivace pro postoupení případu dobře doplňovat objektivnější důvody, jako je diagnóza DSM IV nebo specifické problémy (Kersten et al., 1995).

Výsledky strukturovaných rozhovorů a prozkoumání složek klientů ukazují, že informace nejsou systematicky sdělovány a že standardizovaný model komunikace při postoupení případu chybí. Především mnohdy není zpětně sdělován výsledek doporučení (např. že klient byl dále odeslán nebo že byl přijat do nemocnice), ačkoli odeslání do dalšího zařízení lze považovat za důležitý krok v procesu léčby. Většina těchto informací je předávána po telefonu, což je pomíjivější a povrchnější informace než písemná forma. Výměnu informací zlepšují dobré neformální kontakty mezi poskytovateli péče z různých organizací; tento proces byl charakterizován jako „sociální výměnný obchod“ („social bartering“) (SAMHSA, 1998). Podle belgických předpisů na ochranu osobních

údajů lze informace o klientech předávat pouze tehdy, pokud k tomu dali „informovaný souhlas“. Ten však obsahovala pouze čtvrtina složek klientů, což je v rozporu se zásadou, že sdělování informací by mělo být v souladu s předpisy chránícími jejich důvěrnost a s profesními standardy péče (SAMHSA, 1998).

Dobrá spolupráce mezi službami je založena spíše na kladných neformálních kontaktech mezi jednotlivými členy personálu než na strukturálních dohodách mezi službami. Ačkoli spolupráce a vzájemná jednání jsou v poslední době na vzestupu, roztržitost a nedostatečná koordinace nadále přetrvávají a zachovávají tak uvažování a činnost z pohledu jedné instituce, mimo jiné v důsledku soupeření služeb o vzácné zdroje (Koller, 1999). Tento poznatek dokládá kritika některých klíčových informantů, že velké organizace zahrnující několik různých služeb si odesílají klienty v rámci své vlastní organizace.

Stejně jako v Itálii a dalších evropských zemích (Nizzoli, 1999) nepoužívají služby zapojené do léčby užívání návykových látek žádné standardizované registrační formuláře. Namísto toho různé služby používají své vlastní formuláře. Několik klíčových informantů navrhlo vyvinout a zavést standardizované formuláře pro příjem a odesílání klientů, aby se zlepšila výměna informací mezi službami.

Záznamy klientů jsou dobře zdokumentovány, avšak při srovnání s minimálními kritérii pro dobře zpracované kvalitativní záznamy (van Riet & Wouters, 1996) lze pozorovat některé nedostatky, například absenci léčebného plánu, cílů léčby a hodnocení procesu léčby. Navíc se struktura záznamů mezi jednotlivými službami, a někdy dokonce i v rámci jedné a téže služby, lišila. O komunikaci mezi službami bylo možné nalézt pouze sporé důkazy, protože jen málo složek obsahovalo informace od služby, kde se daný klient léčil předtím. Překvapivě se ukázalo, že většinu záznamů tvoří informace zapisované rukou a pouze několik zařízení používá pro registraci a vedení složek klientů počítač, přestože výzkumní pracovníci prokázali, že počítače mohou snížit náklady na zdravotní péči a mohou vést k efektivnější a účinnější péči (Willenbring, 1996).

## 2.4.2 Kontinuita péče

Kontinuita péče byla hodnocena na základě hledisek podle Bachracha (1981), jež zdůrazňují takové stránky, jako je potřeba dlouhodobé a individuální péče, dostupnost léčby a dobrá komunikace mezi službami.

V Nizozemsku a Itálii (De Groen & Van Ooyen-Houben, 1995; Nizzoli, 1999) si každá služba vytvořila zvláštní postup příjmu před zahájením procesu léčby. Na druhou stranu jsou všechny služby snadno dostupné a jen některá z těchto center někdy používají poradníky. O novém zahájení léčby recidivujících klientů, kteří se dříve léčili v určitém zařízení, se rozhoduje individuálně. Tím může stoupat riziko, že někteří zatvrzelí klienti, kteří se léčili několikrát

v jednom zařízení nebo ve více zařízeních nebo kteří někde působili problémy, budou z léčby v určitých zařízeních vyloučeni.

Většina služeb kontaktuje odesílající subjekt na konci léčby, ale jen málokterá klienty po ukončení léčby dále sleduje. Pokud se tak děje, nelze to charakterizovat jako proaktivní sledování. Vzhledem k vysoké míře relapsu mezi uživateli drog je kontinuální léčba jednou ze základních charakteristik vedení případů (Moxley, 1989; van Riet & Wouters, 1996). Jako hlavní důvody nesledování klientů po prvním léčení jsou uváděny nedostatek času a zdrojů a neochota zasáhnout, jedná-li se o jiné poskytovatele péče.

Zkušenosti s vedením případu v léčbě užívání návykových látek mají pouze dvě organizace a některé služby uvádějí alespoň některé základní funkce case managementu. Podle klíčových informantů má case management mnoho výhod – vedle toho i některé nevýhody – a měl by se zaměřit na skupinu klientů s mnohočetnými a komplexními problémy, kteří jsou v různých službách známí.

### 2.4.3 Důsledky studie

Ve srovnání s ukazateli koordinace podle Grahama et al. (1995) můžeme konstatovat, že při postoupení případu je předáváno množství informací, i když ne systematicky. Jen málo informací je však předáváno o výsledku odeslání klienta. Spolupráce je hodnocena pozitivně a je založena především na neformálních mechanismech, avšak spolupráce „ad hoc“ ohledně určitých konkrétních případů chybí. V evidenci a vedení složek klientů se již mnohé dělá, ale pro zlepšení kvality registrace a složek klientů jsou potřeba standardizované registrační formuláře. Další sledování klientů a hodnocení procesu léčby není obvyklé.

Podle ukazatelů kontinuity zdravotní péče (Bachrach, 1981) není propracován zejména dlouhodobý přístup a individualizace, protože další sledování klienta po léčbě není obvyklé a lze vidět jen málo iniciativ zaměřených na jednotlivce. Navíc některé základní funkce vedení případů (např. plánování, monitorování a hodnocení) nejsou prováděny a takzvaní „turisté protidrogové léčby“ jsou dokladem chybějící individuální a komplexní léčby. Ukazatele jako pružnost, dostupnost a blízkost léčby jsou hodnoceny pozitivně, jelikož jen několik služeb má poradníky a opětovné zahájení léčby je obvykle možné. Z indikátorů koordinace péče o klienta lze odvodit, že informace o klientovi jsou předávány v okamžiku postoupení případu, ale jen málo se předávají informace o průběhu léčby.

Jelikož klíčoví informanti požadovali větší systematizaci a standardizaci komunikace, je zavedení formalizovaných plánů postupu považováno za předpoklad pro systematizaci a optimalizaci komunikace mezi službami. Po vytvoření plánu postupu by bylo zavedení modelu case managementu považováno za



vhodný způsob jak zlepšit koordinaci a kontinuitu péče v regionu. Podle klíčových informantů může case management přispět k zamezení duplicitní práce, snižování nákladů, centralizaci informací a omezení „léčebné turistiky“, je však třeba bedlivě sledovat riziko stigmatizace a omezení svobodné volby klienta.

#### □ Systematizace komunikace

Na základě této studie bylo navrženo zavést formalizovaný a krokový systém pro systematizaci a optimalizaci komunikace mezi agenturami při odesílání klientů (Subregionaal samenwerkingsverband, 1997). Návrh vychází ze zjištění, že služby považují za důležité získat od odesílající organizace základní informace a že velké množství informací je již předáváno, ale mnohdy se tak děje nesystematicky a bez informovaného souhlasu klienta. Zavedení takového systému je založeno na těchto předpokladech: respekt k autonomii jednotlivých služeb, doporučení k nejvhodnější službě podle potřeb klienta, výměna informací a sdělování údajů o klientovi na základě jeho informovaného souhlasu. Navrhovaný postup primárně spočívá v systematické komunikaci v podobě krátkého písemného sdělení o postoupení případu odesílajícím subjektem (včetně důvodu postoupení a informací o procesu léčby) a v systematické zpětné vazbě ohledně výsledku tohoto doporučení ze strany subjektu, k němuž je klient odeslán (Vanderplasschen, De Bourdeaudhuij & Van Oost, 1999). Dále bylo doporučeno posílat průběžné zprávy a podávat zprávy o důležitých změnách v situaci nebo léčbě klienta. Realizaci tohoto komunikačního systému by mělo doprovázet zavedení standardizovaného formuláře.

#### □ Model vedení případu

Po systematizaci komunikace může následovat realizace komplexního modelu vedení případu, který klíčoví informanti označili za možnou alternativu ke zlepšení koordinace a kontinuity péče. Byl zahájen malý pilotní projekt s cílem oslovit klienty, kteří v relativně krátkém časovém období kontaktují různé služby. Projekt je uspořádán podle provozních charakteristik case managementu, které Robinson a Bergman (citace viz Willenbring, 1996) vymezili takto: přímý vztah k uživatelům, rozsah posouzení a zaměření, struktura programu, přímost poskytování služeb, cílová populace, školení pro manažery případů, místo poskytování služby, poměr počtu personálu k počtu klientů, kvalifikace personálu, dostupnost personálu, intenzita/četnost kontaktu, délka poskytování služby, správní orgán. Tato intervence se zaměřuje na omezení relapsů a opětovný příjem klienta k léčení, poskytování individuální a kontinuální péče a prevenci sociálního vyloučení (Vanderplasschen & Broekaert, 2000). Na strukturální úrovni má projekt za cíl zlepšit koordinaci péče o osoby užívající návykové látky a komunikaci mezi všemi službami zapojenými do procesu léčby.

Navržený komplexní model vedení případu se v podstatě řídí zásadami asertivní komunitní léčby: dlouhodobý závazek léčby, kontakty s klienty v je-

jich přirozeném prostředí se zaměřením na praktické problémy každodenního života, malý počet vedených případů, časté kontakty s manažerem případu a týmový přístup (Stein & Test, 1980; SAMHSA, 1998). K primárním funkcím manažera případu patří: posouzení, plánování léčby, přímé intervence (např. informace, podpora, poradenství) a nepřímé intervence (terénní práce, koordinace, propojení, obhajoba), monitorování a hodnocení (Moxley, 1989). Cílovou skupinu tvoří uživatelé drog s mnohočetnými a složitými problémy, které byly zahájeny na základě zahrnutí těchto kritérií: osoby, které jsou závislé na nelegálních drogách (a alkoholu) po dobu nejméně 2 let, mají vedle své drogové závislosti několik dalších problémů (nezaměstnanost, soudy, rodinné vztahy, fyzické a psychické zdraví) a které se již dříve léčily se svými drogovými problémy nejméně ve třech různých zařízeních.

Aby bylo možné tuto intervenci realizovat, jsou formulovány následující předpoklady: vypracování jasného popisu programu (Moxley, 1989), zavedení příručky pro manažery případů (Ridgely & Willenbring, 1992), upřednostnění zájmu klienta a zapojení praktických lékařů (Bokos, Mejta, Mickenberg & Monks, 1992), zapojení rodiny klienta (van Riet & Wouters, 1996), použití standardizovaných formulářů pro hodnocení (SAMHSA, 1998). Provádění case managementu prošlo hodnocením, které bylo zahájeno na konci roku 1999. Experimentální skupina 30 osob užívajících drogy byla porovnána s kontrolní skupinou, v níž nad rámec standardní léčby nebyl prováděn case management. S oběma skupinami byl proveden rozhovor na začátku projektu a o 12 měsíců později, a to na základě evropské verze indexu závažnosti návykového chování (Addiction Severity Index, EuropASI) (McLellan et al., 1992), nástroje pro zjišťování okolností, motivace a připravenosti (Circumstances, Motivation and Readiness scale, CMR) (De Leon, Melnick, Thomas, Kressel & Wexler, 2000) a nestrukturovaného rozhovoru ke zjištění spokojenosti zapojených osob. Kromě rozhovorů s klienty byl proveden rozhovor také se všemi dalšími zúčastněnými partnery: manažery případů, řediteli programů a zainteresovanými stranami. Navíc byly prostudovány záznamy a evidence vedené manažery případů. V neposlední řadě, protože manažeři případů pracují v různých službách, bylo velmi důležité prostudovat charakteristiky jejich zařízení.

**PODĚKOVÁNÍ.** Výzkumný projekt byl realizován za finanční podpory provincie Východní Flandry [*Provincie Oost-Vlaanderen*] v Belgii. Zvláštní poděkování zaslouží Bert Mostien z Regionální rady pro provincii Východní Flandry [*Provinciaal Platform Middelennemisbruik, Provincie Oost-Vlaanderen*], Patrick Claeys z Regionální rady pro péči o duševní zdraví [*Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen (PopovGGZ)*] a všechny organizace zapojené do výzkumného projektu „Case management v léčbě užívání návykových látek v provincii Východní Flandry“.

## Literatura

- Aelvoet, M. & Vandenbroucke, F. (2001). *De psyche: mij een zorg?! Geestelijke gezondheidszorg door participatie en overleg*. Brusel: Ministerie van Volksgezondheid, Consumentenzaken en Leefmilieu.
- American Psychiatric Association (APA). (1996). *DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition*. Washington: American Psychiatric Association.
- Anker, A., Delcourt, E., de Groof, W. & Maier, R. (1990). *Een nienwe ronde: circuitvorming in de Nederlandse verslavingszorg, WGU-cahier 11*. Utrecht: Stichting WGU.
- 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* (pp. 141–154). New York: Springer Publishing Company.
- Bachrach, I. (1981). Continuity of care for chronic mental patients: A conceptual analysis. *The American journal of psychiatry*, 138, 1449–1455.
- Belgian Information Reitox Network (BIRN). (1999). *Belgian National Report on Drugs 1998: National Policy. Epidemiology, Demand Reduction and Early Warning System*. Brussels: Scientific Institute of Public Health.
- Bokos, P., Mejta, C., Mickenberg, J. & Monks, R. (1992). Case management: an alternative approach to working with intravenous drug users. In R. S. Ashery (Ed.), *Progress and Issues in case management (NIDA Research Monograph 127)* (pp. 92–111). Rockville: National Institute on Drug Abuse.
- Broekaert, E. & Raes, V. (1998). Drug abuse treatment in Europe: country reports Belgium. In M. Coletti (Ed.), *Evaluation of treatment: an European overview* (pp. 10–35). Rome: Cedis Editrice.
- Broekaert, E., Raes, V., Kaplan, C. & Coletti, M. (1999). The design and effectiveness of Therapeutic Community research in Europe: an overview. *European Addiction Research*, 5, 21–35.
- De Donder, E. (2000). *Alkohol, illegale drugs & medicatie: recente ontwikkelingen in Vlaanderen*. Leuven: Acco.
- De Groen, I. & Van Ooyen-Houben, M. (1995). *Intake en diagnostiek in het Boumanhuis*. Rotterdam: Boumanhuis.
- De Leon, G., Melnick, G., Thomas, G., Kressel, D. & Wexler, H. (2000). Motivation for treatment in a prison-based therapeutic community. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26(1), 33–46.
- De Ruyver, B. & Casselman, J. (2000). *Het Belgisch drugbeleid anno 2000: een stand van zaken drie jaar na de aanbevelingen van de parlementaire werkgroep drugs*. Leuven – Ghent: Katholieke Universiteit Leuven, Onderzoeksgroep Gerechtelijke geestelijke

- gezondheidszorg – Universiteit Gent, Onderzoeksgroep Drugbeleid, strafrechtelijk beleid en internationale criminaliteit.
- 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.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (1999). *Evaluating the Treatment of Drug Abuse in the European Union. EMCDDA Scientific Monograph Series N° 3*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2000). *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union 2000*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Federale Regering. (2001). *Beleidsnota van de federale regering in verband met de drugproblematiek*. Brussel: Federale regering.
- Gtatham, 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.
- Hatziandreou, E. (1999). Applying economic evaluation in the substance-misuse field. In European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (Ed.), *Evaluating the Treatment of Drug Abuse in the European Union, EMCDDA Scientific Monograph Series N° 3* (pp. 43–50). Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Hser, Y. (1995). A referral system that matches drug users to treatment programs: existing research and relevant issues. *Journal of Drug Issues*, 25(1), 209–224.
- Kersten, T., Schippers, G., Broekman, T., van Rijswijk, A. & Joosten, A. (1995). *Ontwikkeling en verbetering van indicatiestelling en verwijzing van cliënten met verslavingsproblematiek*. Nijmegen: Bureau Bêta.
- Kinnunen, A. & Nilson, M. (1997). Recent trends in drug treatment in Europe. *European Addiction Research*, 5, 145–152.
- Knapen, J. & Van Holsbeke, J. (1997). Een masterplan voor de organisatie en inhoudelijke vernieuwing van de geestelijke gezondheidszorg. Situering van en toelichting bij twee adviezen van de nationale raad voor ziekenhuisvoorzieningen. *Hospitalia*, 41(4), 148–154.
- Koller, E. (1999). The policy-maker's perspective. In European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (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.
- Maertens, J. (1997). Opbouwen van een zorgcircuit toxicomanie: een probleem zo groot als het werkveld? *Hospitalia*, 4, 171–180.
- McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, F., Smith, I., Grissom, G. et al. (1992). The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 199–213.
- McMillan, D. & Cheney, R. (1992). Aftercare for formerly homeless recovering women: issues for case management. In R. S. Ashery (Ed.), *Progress and Issues in case management (NIDA Research Monograph 127)* (pp. 274–288). Rockville: National Institute on Drug Abuse.

- Mejta, C., Bocos, P., Mickenberg, J., Maslar, M. & Senay, E. (1997). Improving substance abuse treatment access and retention using a case management approach. *Journal of Drug Issues*, 27(2), 329–340.
- Merino, P. (1999). Treatment-evaluation literature. In European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (Ed.), *Evaluating the Treatment of Drug Abuse in the European Union, EMCDDA Scientific Monograph Series N° 3* (pp. 25–28). Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Monteiro, M. (1999). World Health Organisation Programme on Substance Abuse. In European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (Ed.), *Evaluating the Treatment of Drug Abuse in the European Union, EMCDDA Scientific Monograph Series N° 3* (pp. 89–96). Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Moxley, D. (1989). The practice of case management. *Sage Human Services Guides Vol. 58*. Newbury Park: Sage publications.
- Nassen, E. (2001). Tien stappen in de concretisering van een nieuw begrippenkader voor de geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 31(1), 37–48.
- Nizzoli, U. (1999). Treatment information systems: the Emilia-Romagna experience. In European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (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.
- Öberg, D., Gerdner, A., Sallmén, B., Jansson, I. & Segraeus, V. (1997). MAP-unit: *Monitoring Area and Phase Unit description form, draft version*. Stockholm: National Board of institutional Care (SiS).
- Prochaska, J., DiClemente, C. & Norcross, J. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviours. *The American Psychologist*, 47(9), 1102–1114.
- Raes, V., Lenders, F. & Geirnaert, M. (1995). *Drugbulpverlening in Vlaanderen: Feiten en problemen*. Brussel: Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen.
- Reggers, J. & Anseau, M. (2000). Recommandations dans le traitement des toxicomanies aux opiacés. *Revue Médicale de Liège*, 55(5), 409–416.
- Ridgely, M. S. & Willenbring, M. (1992). Application of case management to drug abuse treatment: overview of models and research issues. In R. S. Ashery (Ed.), *Progress and Issues in case management (NIDA Research Monograph 127)* (pp. 12–33). Rockville: National Institute on Drug Abuse.
- Rohrer, J., Vaughan, M., Cadoret, R., Carswell, C., Patterson, A. & Zwick, J. (1996). Effect of centralized intake on outcomes of substance abuse treatment. *Psychiatric Services*, 47(11), 1233–1238.
- Spooren, D., Van Heeringen, K. & Jannes, C. (1996). Drug abuse and emergency psychiatry: a comparative study of psychiatric emergencies following illegal and legal drug abuse in Belgium. *European Addiction Research*, 2, 213–218.
- Stauffacher, M. (Ed.). (1999). *Treated drug users in 23 European cities, Data 1997, Trends 1996–97: Pompidou Group Project on Treatment Demand, Final Report*. Zurich: Council of Europe Publishing.
- Stein, L. & Test, M. (1980). Alternatives to mental hospital treatment: I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37, 392–397.

- Subregionaal Samenwerkingsverband Geestelijke Gezondheidszorg Midden West-Vlaanderen. (1997). *Verwijscode geestelijke gezondheidszorg Regio Midden West-Vlaanderen*. Pittem: Subregionaal Samenwerkingsverband Geestelijke Gezondheidszorg Midden West-Vlaanderen.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (1999). *Comprehensive case management for substance abuse treatment, Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 27*. Rockville: US Department of Health and Human Services, Centre for substance abuse treatment.
- Tucker, J.A. (1999). Reformulating the addictive behaviour change process: Changing addictive behaviour: Historical and contemporary perspectives. In J.A. Tucker, D. Donovan, & A. Marlatt (Eds.), *Changing addictive behaviour: Bridging clinical and public health strategies* (pp. 1–44). New York, The Guilford Press.
- van Achterberg, T., Stevens, F., Hekking, M., Crebolder, H. & Philipsen, H. (1995). Implementing coordination of care: task performance and problems encountered. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 9(4), 209–217.
- Vanderplasschen, W. & Broekaert, E. (2000). Using case management to reduce harm among substance abusers with multiple and complex problems. In International Harm Reduction Association (Ed.), *Programme & Abstract book of the 11th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm: Integrated approaches to diverse challenges* (pp. 160–161). Jersey, Channel Islands, British Isles: International Harm Reduction Association.
- Vanderplasschen, W., De Bourdeaudhuij, I. & Van Oost, P. (1999). *Eindrapport onderzoeksproject Case management in de Oost-Vlaamse drugbulpverlening*. Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Gedragstherapie en psychologische begeleiding.
- Vanderplasschen, W., Mostien, B., Claeys, P., Raes, V. & Van Bouchaute, J. (2001). *Conceptnota organisatiemodel zorgcircuit middelenmisbruik (Orthopedagogische Reeks 12)*. Ghent, Belgium: Ghent University, Department of Orthopedagogics.
- Van Deun, P. & Figiel, C. (2000). Aansluiting tussen de diverse hulpverleningsniveaus op lokaal vlak. In B. De Ruyver, G. Vermeulen, A. Flaveau, A. De Leenheer, F. Carlier, A. Noirfailise et al. (Eds.), *Drugbeleid 2000: Drugbeleid aan de vooravond van de 21ste eeuw, Zevende Nationaal Congres* (pp. 503–522). Antwerpen-Apeldoorn, Maklu Uitgevers.
- Vanhex, M. (1998). Die belgische Drogenpolitiek im Wandel. *Binad-Info*, 10, 27–29.
- Van Riet, N. & Wouters, H. (1996). *Case management: een leer-en werkboek over de organisatie en coördinatie van zorg-, hulp- en dienstverlening*. Assen: Van Gorcum.
- VOCA Training & Consult (VOCA). (1998). *Totaal kwaliteitsmanagement: Handleiding voor het systematisch werken aan kwaliteit in gezondheids- en welzijnsvoorzieningen*. Leuven-Apeldoorn: Garant.
- Willenbring, M. (1996). Case management applications in substance use disorders. In H. Siegal, & R. Rapp (Eds.), *Case management and substance abuse treatment: practise and experience* (pp. 51–76). New York: Springer Publishing Company.
- Yates, R. (1999). Multi-drug use: a new problem or the recognition of how it always was? In E. Broekaert, W. Vanderplasschen & V. Soyez (Eds.), *Proceedings of the International Symposium on Substance Abuse Treatment and Special Target Groups* (pp. 109–112). Ghent: Ghent University, Department of Orthopedagogics.



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

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

---

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



## 3.1 Směřování k integraci systémů léčby užívání látek

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

### 3.1.1 Úvod

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 3.1.2 Definice

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

#### □ Etymologická definice

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

#### □ Koncepční definice

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

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

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

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

### □ Etická definice

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

### □ Ideologická definice

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

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

## 3.1.3 Zásadní omezení

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

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

#### □ **Abstinenční léčba**

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

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

#### □ **Metadonová substituce**

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

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

### □ Harm reduction

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

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

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

### □ Řízená péče

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

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

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

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

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

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

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



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

### 3.1.4 Předpoklady pro integraci systémů léčby

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 3.1.6 Závěr

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

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

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

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

## Literatura

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

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

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

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



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

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

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

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

---

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

### 3.2.1 Úvod

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

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

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

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

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

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

### 3.2.2 Rozvoj integrovaných systémů léčby užívání látek

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

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

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

### 3.2.3 Podrobný plán vytvoření integrovaného systému léčby

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

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

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

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

##### Společný přístup

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

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

### □ Společný jazyk

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

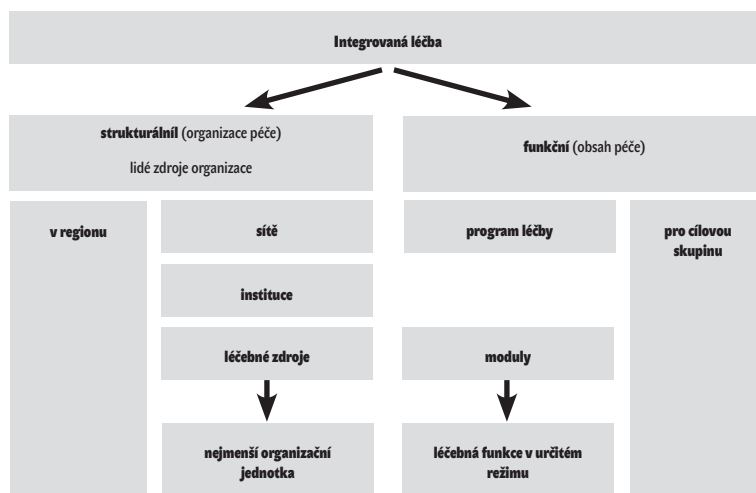
pro určité cílové skupiny a zaručuje kontinuální a individuální péči (Nassen, 1999). Síť je definována jako soubor všech poskytovatelů léčby, kteří organizují integrovaný systém léčby pro určité cílové skupiny v rámci jasně vymezeného regionu, a to na základě přísně formalizované spolupráce několika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

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

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

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





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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Krok 5: Sledování a hodnocení realizovaného modelu

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

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

### 3.2.4 Diskuse a závěr

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

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

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



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

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

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

### ❑ **Modularizace léčebných služeb**

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

### ❑ **Posouzení žádostí o léčbu**

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

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

#### ❑ Diferenciace léčebných služeb

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

#### ❑ Předpoklady pro implementaci

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

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

### □ Dynamika systému

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

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

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

## Literatura

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

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

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

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

## 4 Srovnávací přehled vývoje a provádění case managementu u onemocnění souvisejících s užíváním látek v Severní Americe a Evropě<sup>1</sup>

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 zaměřujeme 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 (Broer & 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). Týmový 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 odchyľují 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 rozdílu 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 duševní 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., Soyez, 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. & Hessing, 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 NIJ 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.
- Siegal, 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.
- Siegal, 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.
- Siegal, 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.
- Siegal, 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 (n>100)

<b>Autoři</b>	<b>Místo</b>	<b>Typ studie</b>	<b>N</b>	<b>Cílová populace</b>	<b>Typ intervence</b>	<b>Přístup, účast a udržení v léčbě</b>	<b>Míra využití služby</b>	<b>Výsledky</b>
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		zlepšení sociální fungování, méně nezákonného jednání, lepší zaměstnanost
Conrad et al. (1998)	Hines, Illinois	randomizovaná a kontrolovaná studie	358	váleční veteráni bez domova s látkovou závislostí	case management v lůžkové 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 využívání 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 diagnózou	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 méně 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 serváním v programu a výsledky	vyšší stupeň uspokojení s využívanými 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

<b>Autoři</b>	<b>Místo</b>	<b>Typ studie</b>	<b>N</b>	<b>Cílová populace</b>	<b>Typ intervence</b>	<b>Přístup, účast a udržení v léčbě</b>	<b>Míra využití služeb</b>	<b>Výsledky z hlediska užívání drog</b>
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-stprimární léčbě	zvýšená míra využití protialkoholních, medicinských, právních služeb a služeb k získání zaměstnání	snížené užívání drog po 6 měsících dosažené udržení v léčbě
McLellan et al. (1999)	Flaodette	kontrolovaná studie (bez randomizace)	537	osoby užívající látky v ambulantní léčbě	klinický case management vs. standardní ambulantní léčba	mimé zlepšení účasti a udržení v léčbě	zvýšená míra využití medicinských služeb a služeb pro léčbu užívání látek (nikoli duševních chorob) u skupiny, kde byl v uzavřeném zařízení prováděn case management	zlepšení stavu z hlediska užívání alkoholu, zaměstnání a z hlediska medicinského
Vaughan-Sarazin et al. (2000)	Johnson County, Iowa	randomizovaná a kontrolovaná studie	229	osoby užívající látky zahajující léčkovou léčbu	case management založený na silných stránkách - 3 experimentální podmínky (uzavřené zařízení; v agentuře sociálních služeb, telekomunikace) a 1 kontrolní podmínka	žádný rozdíl v části a udržení v léčbě mezi podmínkami	žádné rozdíly mezi 3 podmínkami	zlepšení rodinných vztahů a rodičovských postojů po 6 měsících v podmínkách case managementu žádný efekt na vřimání zneužívání partnerem žádné rozdíly mezi 3 podmínkami
Sarazin et al. (2000)	Johnson County, Iowa	randomizovaná a kontrolovaná studie	491	osoby užívající látky zahajující ambulantní nebo léčkovou léčbu	asertivní komunitní péče včetně case managementu vs. obvyklá průběžná péče	žádné rozdíly v délce servování	vyšší pravděpodobnost zahájení a čerpání služeb průběžné péče	níže užívání marihuany a menší počet dnů užívání alkoholu po 3 měsících
Godley et al. (2002)	Centrální Illinois	randomizovaná a kontrolovaná studie	114	dospívající osoby užívající látky v krátkodobé léčkově léčbě	case management založený na silných stránkách - 3 experimentální podmínky (uzavřené zařízení; v agentuře sociálních služeb, telekomunikace) a 1 kontrolní podmínka			

<b>Autoři</b>	<b>Místo</b>	<b>Typ studie</b>	<b>N</b>	<b>Cílová populace</b>	<b>Typ intervence</b>	<b>Přístup, účast a udržení v léčbě</b>	<b>Míra využití služby</b>	<b>Výsledky</b>
Saleh et al. (2002)	Johnson County, Iowa	randomizovaná a kontrolovaná studie	662	osoby užívající látky zahajující léčkovou léčbu	case management založený na silných stránkách (3 experimentální podmínky (uzavřené zařízení; v agentuře sociálních služeb, telekomunikace) a 1 kontrolní podmínka)			<b>Výsledky z hlediska užívání drog</b> zlepšení stavu z hlediska zaměstnanosti (CM v uzavřeném zařízení) mírně zlepšení situace z hlediska užívání drog a psychologického 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	
Siegel 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	zvýšená účast v následné péči		méně kriminálního jednání a větší zaměstnanost po 12 měsících v souvislosti s delším pobytem
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			zvýšené právní a rodinné problémy související s vyšší mírou uplatnění case managementu
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		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 sexuální rizikového chování (ICM)

## 5 Implementace vedení případu pro osoby užívající látky

hodnotící studie v Belgii<sup>1</sup>

**OBSAH KAPITOLY.** Case management má v léčbě duševně nemocných osob dlouhou tradici. V poslední době bylo vedení případu uplatňováno v některých evropských zemích jako způsob, jak osoby užívající látky provádět složitou sítí služeb. Jelikož hodnocení této intervence vedlo ve Spojených státech k protichůdným výsledkům, byla zahájena tato předběžná studie, která má poskytnout další vhled do problematiky provádění case managementu v Evropě pro osoby užívající látky. Vzorek tvořilo 24 klientů užívajících látky s mnohonásobnými a chronickými problémy, kteří byli mnohokrát léčeni. Skupina byla vybrána ze všech léčených osob (n = 459) v jedné ze zúčastněných služeb (n = 13). Manažeři případů pomáhali těmto klientům během dvanáctiměsíčního období prostřednictvím modelu case managementu podobného asertivní komunitní terapii (ACT). Implementace vedení případů byla hodnocena kladně a přispěla k více individualizované a kontinuální péči, menšímu úbytku klientů a lepší koordinaci. O dvanáct měsíců později byla závažnost problémů klientů z hlediska užívání drog, trestněprávní situace, zaměstnání a rodinných vztahů nižší nebo stabilizovaná, ale u některých osob zůstala léčba nadále indikována. Předpokládalo se, že case management měl přímý dopad na organizaci poskytování služeb a nepřímý vliv na fungování klientů díky zvýšené účasti a udržení v léčbě.

<sup>1</sup> Tato kapitola vychází z následujícího zdroje: Vanderplasschen, W., Lievens, K., Broekaert, E. & Rapp, R. C. (2004). Implementation of case management for substance abusers: an exploratory study in Belgium. Rukopis odevzdán k publikaci.

## 5.1 Úvod

Case management má dlouhou tradici při léčbě několika různých populací osob s duševním onemocněním ve Spojených státech, Kanadě, Austrálii a některých evropských zemích (jako je např. Velká Británie, Švédsko, Itálie, Německo a Nizozemsko) (Burns, Fioritti, Holloway, Malm & Rössler, 2001; Holloway, Oliver, Collins & Carson, 1995). Od roku 1990 byla intervence ve Spojených státech a Kanadě adaptována pro léčbu poruch souvisejících se užíváním návykových látek (Graham & Birchmore-Timney, 1990; SAMHSA, 1998). Je popisována jako spektrum individualizovaných služeb, které zlepšují přístupnost, koordinaci a kontinuitu péče, zejména u osob s mnohočetnými a komplexními problémy (Willenbring, 1996). Základní funkce manažera případu se mohou lišit, ale obvykle zahrnují posouzení, plánování, různé přímé intervence (informace, rady, krizové intervence) a nepřímé intervence (zastoupení, koordinace, propojení, terénní práce), monitorování a hodnocení (Moxley, 1989). Case management je dále charakterizován zaměřením se na klienta, intervencemi v komunitě, realizací jediného kontaktního místa v systému služeb a prozíravým, pragmatickým a pružným přístupem (SAMHSA, 1998).

I přes své široké uplatnění a popularitu není case management jednotně definován a není ani výhradní doménou jediné profese (Ridgely & Willenbring, 1992; Wolf, Mensink & van der Lubbe, 2002). Často jsou uváděny čtyři modely case managementu pro osoby užívající látky, k nimž patří: model zprostředkování (brokerage model) a univerzální model (generalist model), asertivní komunitní léčba (assertive community treatment) a intenzivní case management (intensive case management), model založený na silných stránkách (strengths-based model) a klinický/resocializační model (clinical/rehabilitation model) (Ridgely & Willenbring, 1992; SAMHSA, 1998). Protože většina praktických příkladů se teoretické verzi modelu pouze neurčitě přibližuje, není možná překvapivé, že tyto modely byly aplikovány s různou účinností. Zatímco model zprostředkování obvykle neprokázal žádné rozpoznatelné výhody, různé pozitivní účinky byly spojeny s univerzálním modelem, modelem založeným na silných stránkách, asertivní komunitní léčbou (ACT) a modelem intenzivního case managementu. Většina účinků se týká výsledků souvisejících s drogami, jako je například užívání drog, trestná činnost a nezaměstnanost (McLellan et al., 1999; Rapp, Siegal, Li & Saha, 1998; Siegal et al., 1996; Siegal, Li & Rapp, 2002), ale také účasti a udržení v léčbě (Inciardi, Martin, Butzin, Hooper & Harrison, 1997; Siegal, Rapp, Li, Saha & Kirk, 1997) a koordinace péče (Graham, Timney, Bois & Wedgedield, 1995; Siegal et al., 2002). Přesto však nedostatek adekvátních, kontrolovaných a randomizovaných studií vyvolává spor, zda a v jaké formě (formách) a do jaké míry je case management účinný. Navíc se jen malý počet studií zaměřil na procesní proměnné, spokojenost klientů nebo jiné kvalitativní stránky hodnocení.

V Evropě byl case management zaváděn teprve v nedávné době jako způsob, jak klienty užívající látky provádět složitou sítí služeb (např. v Německu, Nizozemí a Belgii) (EMCDDA, 2001; Oliva, Gergen, Schlanstedt, Schu & Sommer, 2001; Vanderplasschen, De Bourdeaudhuij & Van Oost, 2002; Wolf & Planije, 2002). Intervence se převážně zaměřuje na osoby s mnohočetnými a chronickými problémy a cílem často bývá zlepšit přístupnost a kontinuitu služeb a podporovat kvalitu života i sociální integraci osob užívajících látky. K zavádění intervence přispěly také sociální kontrola a snaha omezit obtěžování veřejnosti v souvislosti s drogami (Wolf & Planije, 2002).

Vzhledem ke zjevným rozdílům mezi americkým a evropským systémem zdravotní péče a jednorozměrnému přístupu většiny studií může důkladné hodnocení rozvojových projektů v Evropě poskytnout další pohled na některé účinky zavádění case managementu. Až dosud se v Evropě zaměřilo jen málo publikací na jeho implementaci pro osoby užívající látky, s výjimkou pacientů s duální diagnózou (Kellinghaus, Eikelman, Ohrmann & Reker, 1999).

Tento dokument se zabývá prováděním case managementu v belgických podmínkách léčby užívání látek, a to s využitím kvalitativní i kvantitativní metody a s ohledem na několik zprostředkujících faktorů. Přestože komplexní a hloubkový přístup studie neumožňoval použít velký vzorek, může být článek zajímavý i pro další subjekty, které case management provádějí, protože osvětluje dopad intervence na fungování klientů a organizaci poskytování služeb.

## 5.2 Materiály a metody

### 5.2.1 Vzorek

Pro účely výběru osob užívajících drogy s mnohočetnými a chronickými problémy v regionu Gent (Belgie) byl proveden screening celkového vzorku osob, které se v oblasti léčily s poruchami souvisejícími s užíváním látek v průběhu prvního říjnového týdne roku 1999 ( $n = 459$ ), a to s uplatněním tří kritérií: látková závislost po dobu delší než dva roky podle kritérií DSM-IV (APA, 1996); problémy nejméně ve třech oblastech života podle ASI (McLellan et al., 1992); nejméně dvě předchozí epizody léčby kvůli problémům souvisejícím s drogami. Všechna tři kritéria splnila asi čtvrtina všech registrovaných osob ( $n = 125$ ; 27,2 %). Tato skupina byla významně starší a více závislá na několika látkách než skupina, která kritériím nevyhověla.

V každém zařízení (n = 13) byli všichni klienti, kteří splňovali kritéria způsobilosti, náhodně rozděleni do experimentální a kontrolní skupiny. Poté byli dotázáni, zda souhlasí s účastí v jedné nebo druhé skupině. Manažer případu mohl sledovat pouze jednoho až tři klienty v každém zařízení, protože case management byl koncipován jako doplňující úkol pro jednoho poskytovatele péče v jednotlivých zařízeních z důvodu omezených finančních zdrojů. Výsledkem byl vzorek 24 klientů, u nichž byl prováděn case management. Jen málo klientů odmítlo sledování manažerem případu, avšak pouze 11 osob vyjádřilo ochotu zařadit se do kontrolní skupiny.

Case management byl prováděn ve všech specializovaných lůžkových i ambulantních službách (n = 13), které v okolí Gentu léčí osoby užívající látky, z toho 4 psychiatrické léčebny, 3 bezdrogové terapeutické komunity, 2 centra péče o duševní zdraví, 1 centrum zdravotně-sociální péče, 1 denní stacionář, 1 detoxikační centrum a 1 pracoviště sociální péče. Všichni manažeři případů (n = 13) byli zkušenými odborníky, kteří byli k intervenci vyškoleni, a byl nad nimi vykonáván pravidelný dohled. Realizován byl model vedení případů podobný asertivní komunitní léčbě charakterizovaný plánováním ze strany manažera případu a koordinací poskytovaných služeb, ale také poskytováním přímých služeb a asertivní terénní práce (SAMHSA, 1998). Hlavním cílem projektu bylo zajistit prevenci a snižování míry relapsu, nabízet individuální a kontinuální péči a zlepšit koordinaci a komunikaci mezi službami. Klienti byli sledováni v průběhu dvanáctiměsíčního období a měli alespoň jednu týdně kontakt(y) s manažerem případu. V průměru věnovali manažeři případů každému klientovi 45 minut týdně.

## 5.2.2 Postup a nástroje

V celkovém vzorku byl proveden screening s využitím jednotného registračního formuláře, který obsahoval administrativní a sociálně-demografické údaje, proměnné týkající se užívání drog a zahájené léčby a kritéria způsobilosti. Klienti ve skupině case managementu a v kontrolní skupině byli dotazováni jednak na začátku projektu (listopad – prosinec 1999), jednak po uplynutí dvanácti měsíců (listopad – prosinec 2000), a to s využitím holandského překladu evropské verze indexu závažnosti návykového chování [*Addiction Severity Index* (Euro-*pASI*)] (Keymeulen & Raes, 1999). Motivace klientů byla měřena v obou časových obdobích pomocí De Leonovy škály pro měření okolností, motivace a připravenosti [*Circumstances-, Motivation- and Readiness-scales* (CMR)] (De Leon, Melnick, Thomas, Kressel & Wexler, 2000). Při následné kontrole se podařilo kontaktovat 22 klientů kvůli druhému rozhovoru, přičemž v kontrolní skupině to bylo možné pouze u poloviny účastníků (n = 6). Rozdíl v kontrolní skupině byl připisán nedostatku sledování klientů a absenci finanční pobídky pro účast ve studii (Orwin, Sonnefeld, Garrison-Mogren & Smith, 1994; Vaughn, Sarrazin, Saleh, Huber & Hall, 2002). Vzhledem k malé a neodpovídající velikosti

kontrolní skupiny s touto podmínkou nebyly údaje o klientech ve studii analyzovány.

Součástí kvalitativních údajů pro hodnocení procesu léčby zahrnovaly záznamy vedené manažery případů, individuální plány léčby klientů a přehled změn ve stavu klienta zaznamenávaný manažerem případu. Navíc absolvovali individuálně všichni manažeři případů po 6 až 12 měsících polostrukturované rozhovory ohledně provádění a praxe case managementu (Jerrell & Ridgely, 1999; Moxley, 1989). Při následné kontrole byl veden rozhovor s klienty, v němž byla měřena jejich spokojenost s intervencí a dalšími využitými službami i hodnocena jejich situace v porovnání se začátkem projektu. Analyzovány byly také zprávy z porad k supervizím. V neposlední řadě se ve dvou souběžných diskusních skupinách projednávaly předběžné výsledky a doporučení s cílem sledovat, zda naše závěry a doporučení odpovídají zkušenostem manažerů případů.

### 5.2.3 Analýza dat

V studii byly kombinovány kvantitativní i kvalitativní údaje. Kvantitativní údaje (EuropASI a CMR) byly analyzovány pomocí statistického softwaru SPSS. Do SPSS byly importovány také údaje ze záznamů poté, co byly rozděleny do kategorií dvěma nezávislými skupinami magisterských studentů pedagogiky. V případě neshody bylo zařazení projednáváno až do dosažení konsenzu. Vzhledem k malé velikosti vzorku a nominálním i ordinálním hodnotám většiny proměnných se analýzy údajů omezily především na tabulky četnosti, křížové tabulky a neparametrické testy významnosti. Pro porovnání středních hodnot u škálových proměnných byly použity t-testy, zatímco vztahy mezi proměnnými byly hodnoceny pomocí Pearsonova a Spearmanova korelačního koeficientu (Moore & McCabe, 1999). Kvalitativní analýza rozhovorů, záznamů, plánů léčby, složek klientů, zpráv a výstupů diskusních skupin spočívala v kódování a porovnávání textových segmentů, které bylo založeno na hierarchické struktuře kódování. Z tohoto porovnávání vzešlo několik témat, o kterých pojednává následující kapitola. Pro analýzu obsahu byl použit software WinMAX 98 (Kuckartz, 1998).

## 5.3 Výsledky

### 5.3.1 Závažnost návykového chování na začátku studie

Celkový vzorek ( $n = 24$ ) tvořilo 16 mužů a 8 žen s průměrným věkem 29 let. Všichni měli problémy v několika oblastech života podle ASI, zvláště pokud jde



o užívání drog, psychické zdraví, rodinné a sociální vztahy a nezaměstnanost (viz tab. 5.1, p. 140). Jasná souvislost byla zjištěna mezi drogovými a psychickými problémy ( $r = 0,46$ ,  $p < 0,05$ ), psychickými a rodinnými problémy ( $r = 0,46$ ,  $p < 0,05$ ) a drogovými problémy a problémy ve vztazích ( $r = 0,75$ ,  $p < 0,01$ ).

Všichni pravidelně užívali několik legálních i nelegálních látek po dobu nejméně 6 let. Převážná většina ( $n = 21$ ) užívala injekčně drogy a u více než poloviny z nich ( $n = 15$ ) došlo někdy k předávkování. Problémy s drogami vedly k četným léčebným epizodám (průměrně 18), včetně detoxikace a bezdrogových programů, psychiatrické léčby a substituční léčby. Časté předchozí léčebné epizody byly spojeny se závažnějšími rodinnými problémy ( $r = 0,59$ ,  $p < 0,01$ ). Pouze 7 klientů dokázalo po předchozí léčbě abstinovat po dobu delší než 6 měsíců. Na rozdíl od problémů s drogami uvádělo poměrně málo klientů problémy anebo léčbu kvůli nadměrné konzumaci alkoholu. Analýza rodinné a sociální situace odhalila mezigenerační problémy s alkoholem a drogami ( $n = 17$ ), nedostatečný kontakt s důležitými ostatními osobami ( $n = 20$ ), konflikty s rodiči ( $n = 18$ ) nebo partnery ( $n = 14$ ), nespokojenost s životní situací ( $n = 10$ ), aktivitami ve volném čase ( $n = 14$ ) a předchozí emoční nebo fyzické týrání ( $n = 10$ ). V důsledku toho měli klienti vysokou prevalenci psychických problémů, od depresivních pocitů ( $n = 17$ ), předchozí léčby kvůli psychickým problémům ( $n = 17$ ), sebevražedných úmyslů ( $n = 17$ ) až po demonstrativní sebevraždu ( $n = 15$ ).

Špatná situace zaměstnanosti vyplývala ze skutečnosti, že 15 osob nemělo žádný titul, polovina z nich nikdy nepracovala déle než 12 měsíců a většina ( $n = 14$ ) žila z dávek v invalidním důchodu. Navíc 3 ze 4 klientů měli dluhy (v průměru 6200 eur). Trestněprávní problémy klientů byly odhadovány jako poměrně značné: téměř všichni z nich byli zatčeni a odsouzeni za trestné činy související s drogami a asi polovině ( $n = 11$ ) léčbu uložily orgány trestní justice. Pouze 6 nebylo nikdy uvězněno. Fyzické problémy se objevovaly u vysokého počtu osob, které byly přijaty do všeobecné nemocnice ( $n = 22$ ). Mnoho jich mělo chronické zdravotní potíže (např. jater, žaludku nebo srdce) ( $n = 12$ ) nebo byly infikovány HCV ( $n = 9$ ). Špatný zdravotní stav byl spojen s psychickými problémy ( $r = 0,43$ ,  $p < 0,05$ ), problémy s nezaměstnaností ( $r = 0,48$ ,  $p < 0,05$ ) a užíváním alkoholu ( $r = 0,46$ ,  $p < 0,05$ ).

### 5.3.2 Závažnost návykového chování po 12 měsících (T1)

Následná kontrola po jednom roce ukázala významné snížení drogových, trestněprávních a rodinných problémů (viz tab. 5.1, p. 148), ale jen malé změny v užívání alkoholu, tělesném zdraví a sociálních vztazích. Závažnost problémů

nezaměstnanosti a psychických problémů podle hodnocení klientů (skóre závažnosti) výrazně poklesla, zatímco celkové skóre se příliš nezměnilo. Poklesly sice potíže způsobené problémy souvisejícími s drogami i potřeba pomoci, avšak u několika osob byla indikována (další) asistence v oblasti psychického zdraví, užívání drog, rodinných a sociálních vztahů a nezaměstnanosti.

I když užívání heroinu, kokainu a amfetaminů bylo omezeno na několik málo osob, většina klientů nadále pravidelně užívala konopí, sedativa a alkohol. Většina klientů, u nichž byl prováděn case management, byla během posledních 12 měsíců nejméně ve dvou léčebných centrech a 5 osob nadále docházelo k ambulantní léčbě. Závažnější potíže související s drogami se při následné kontrole týkaly problémů zdravotních ( $r = 0,57$ ,  $p < 0,01$ ), psychologických ( $r = 0,72$ ;  $p < 0,01$ ) a rodinných ( $r = 0,53$ ;  $p < 0,05$ ). Čím více léčebných epizod proběhlo během posledních 12 měsíců, tím horší byl výsledek z hlediska nezaměstnanosti ( $r = 0,43$ ,  $p < 0,05$ ), užívání drog ( $r = 0,58$ ,  $p < 0,01$ ), rodinných vztahů ( $r = 0,53$ ,  $p < 0,01$ ) a psychického stavu ( $r = 0,45$ ;  $p < 0,05$ ). Na druhé straně souvisela delší doba udržení v léčbě se snížením závažnosti drogových ( $r = -0,73$ ,  $p < 0,01$ ), rodinných ( $r = -0,62$ ,  $p < 0,01$ ), trestněprávních ( $r = -0,49$ ,  $p < 0,05$ ), a zdravotních ( $r = -0,44$ ,  $p < 0,05$ ) problémů.

Ekonomická situace klientů se výrazně zlepšila: třináct osob pracovalo (šest z nich po dobu delší než 6 měsíců), méně osob bylo závislých na dávkách v invalidním důchodu a průměrná výše dluhů se snížila. Na straně druhé třetina klientů nepracovala a asi polovina žila v kontrolovaném prostředí (psychiatrické léčebny nebo terapeutické komunity) po delší dobu. Zaměstnanost v průběhu 30 dnů před druhým rozhovorem byla spojena s lepším fyzickým ( $r = -0,49$ ,  $p < 0,05$ ) a psychickým stavem ( $r = -0,49$ ,  $p < 0,05$ ). Rodinná a sociální situace se rovněž zlepšila, jelikož méně osob ( $n = 5$ ) bylo nespokojeno se svou životní situací anebo trávením volného času a více osob uvádělo, že má dva nebo více dobrých přátel ( $n = 16$ ). Užívání alkoholu u matek klientů bylo spojeno s negativními výsledky z hlediska alkoholu ( $\rho = 0,50$ ;  $p < 0,05$ ) a užívání drog ( $\rho = 0,47$ ;  $p < 0,05$ ), zaměstnanosti ( $\rho = 0,52$ ;  $p < 0,05$ ) a tělesného ( $\rho = 0,48$ ;  $p < 0,05$ ) a psychického zdraví ( $\rho = 0,51$ ;  $p < 0,05$ ). Trestněprávní problémy se výrazně zlepšily a jen málo klientů bylo v průběhu projektu zatčeno nebo uvězněno za trestné činy související s drogami (např. obchodování s drogami nebo krádež). Žádné rozdílů na začátku léčby oproti následné kontrole nebyly zaznamenány mezi klienty, kterým léčbu uložil systém trestní justice ( $n = 11$ ), a ostatními klienty, kromě toho, že prvně uvedená skupina měla více rodinných problémů ( $\rho = -0,54$ ,  $p < 0,01$ ). Psychické potíže se snížily jen mírně, byly však uváděny pocity napětí ( $n = 14$ ). Vedle toho se čtyři osoby pokusily o sebevraždu a 17 osob bylo v průběhu předchozích 12 měsíců léčeno pro psychické problémy. Pocity deprese anebo napětí na začátku projektu korelovaly při následné kontrole s problémy tělesného zdraví ( $\rho = 0,43$ ,  $p < 0,05$ ), psychického zdraví ( $\rho = 0,67$ ,  $p < 0,01$ ) a problémy s drogami ( $\rho = 0,48$ ,  $p < 0,05$ ).

Provádění a hodnocení case managementu pro uživatele látek s komplexními a mnohočetnými problémy

**Tabulka 5.1 | Srovnání mezi fungováním klientů na začátku a po 12 měsících na základě evropské verze indexu závažnosti návykového chování EuropASI (n = 22)**

<b>Typ odpovědi</b>	<b>T0</b>	<b>T1</b>	<b>t-hodnota</b>	<b>p</b>
<b>Tělesné zdraví</b>				
Průměrné skóre závažnosti zdravotního stavu	3,45	2,23	2,78	0,14
Průměrné kompozitní skóre zdravotního stavu účastníka studie	0,42	0,26	2,66	0,11
<b>Stav z hlediska zaměstnanosti a podpory</b>				
Průměrné skóre závažnosti ekonomické situace účastníka studie	4,58	3,14	3,26	0,004**
Průměrné kompozitní skóre ekonomické situace účastníka studie	0,87	0,69	1,53	0,140
<b>Užívání alkoholu</b>				
Průměrné skóre závažnosti užívání alkoholu účastníka studie	3,45	2,68	1,77	0,091
Průměrné kompozitní skóre užívání alkoholu účastníka studie	0,20	0,14	1,76	0,093
<b>Užívání drog</b>				
Průměrné skóre závažnosti užívání drog účastníka studie	6,23	3,86	7,11	0,000**
Průměrné kompozitní skóre užívání drog účastníka studie	0,20	0,13	3,32	0,003**
<b>Trestněprávní status</b>				
Průměrné skóre závažnosti trestněprávního statusu účastníka studie	3,77	2,36	3,49	0,002**
Průměrné kompozitní skóre trestněprávního statusu účastníka studie	0,24	0,11	2,92	0,008**
<b>Rodinné a sociální vztahy</b>				
Průměrné skóre závažnosti rodinných a sociálních vztahů účastníka studie	4,86	3,64	3,25	0,004**
Průměrné kompozitní skóre rodinných vztahů účastníka studie	0,17	0,07	2,42	0,025**
Průměrné kompozitní skóre sociálních vztahů účastníka studie	0,14	0,14	0,08	0,937

<b>Psychické zdraví</b>				
Průměrné skóre závažnosti psychického stavu účastníka studie	4,91	4,00	2,27	0,034**
Průměrné kompozitní skóre psychického stavu účastníka studie	0,29	0,27	0,44	0,665

*Poznámky:* \* na hladině významnosti 0,05

\*\* na hladině významnosti 0,01

### □ Motivace

Stupnice CMR ukázala ve skupině, kde byl prováděn case management, osoby jak s nízkou, tak s vysokou motivací. Obě osoby, které z projektu odstoupily, patřily k nejméně motivovaným. Motivace při následné kontrole nekorelovala se změnami v žádné oblasti života, zato souvisela se špatnou hospodářskou situací na začátku ( $r = 0,43$ ,  $p < 0,05$ ).

### □ Vývoj klientů podle manažera případu a podle klienta

Po 12 měsících vedení případů většina klientů hodnotí svou situaci jako stabilní, nebo dokonce lepší ( $n = 19$ ). Většina z těchto osob ( $n = 12$ ) označila navštěvovaný program za hlavní příčinu změny.

Několik osob ( $n = 16$ ) kontaktovalo během předchozího roku tři nebo více služeb, včetně služeb pro léčbu užívání návykových látek a duševních onemocnění, úřadů práce, všeobecných nemocnic, probačních služeb. Klienti uváděli lepší fungování především v oblasti zaměstnanosti, zdravotního stavu a užívání drog. Složky klientů ukázaly, že většina (negativních) změn se týkala rodinných vztahů a užívání drog, zatímco většina pozitivních změn byla spojena se zaměstnaností. Plánování léčby se soustředilo především na rodinné a sociální vztahy ( $n = 24$ ), zaměstnanost ( $n = 19$ ) a užívání alkoholu a drog ( $n = 18$ ). Klienti sami určovali především cíle a strategie týkající se rodinných vztahů, zatímco manažeři případů je určovali v oblasti užívání drog.

### □ Hodnocení manažerem případu a klientem

Hodnocení realizovaného modelu klienty, manažery případů a zainteresovanými subjekty odhalilo pozitivní i negativní zkušenosti. Za prvé, manažeři případů ( $n = 11$ ) a klienti ( $n = 19$ ) výrazně oceňovali pravidelné kontakty, které vedly k větší zainteresovanosti a pozitivně ovlivnily kontinuitu léčebného procesu.

*„Člověk cítí větší odpovědnost za klienta než dřív (...). Víc si tu odpovědnost uvědomujete“ (manažer případu).*

Klienti jsou rádi, když se mohou uchýlit k jednomu poskytovateli péče (n = 12), a spojovali tuto možnost s pozitivním vlivem na jejich fungování (n = 9). Za zásadně významné aspekty intervence označili plánování, monitorování a terénní práci.

*„Myslím, že je dobře stanovit si cíle, když se člověk snaží dosáhnout výsledku. (...). Pak vidíte, jak děláte pokroky“ (klient).*

Na druhou stranu se klienti domnívali, že case management by neměl být ukončen po uplynutí 12 měsíců (n = 7). Dále uváděli, že case management potřebují spíše při přechodu k méně závislému životu než při dlouhodobé rezidenční léčbě.

*„Teď [po dokončení rezidenční léčby] to opravdu potřebuju (...), když se vrátím zpátky mezi lidi a pokouším se sehnat práci“ (klient).*

Manažeři případů oceňovali zejména komplexní přístup (n = 8), včetně pozornosti věnované všem oblastem života a silným i slabým stránkám klientů.

*„Manažeři případů mají naprostý přehled o situaci svých klientů (...), nejen o klinické stránce věci nebo užívání drog, ale o celém člověku“ (manažer případu).*

Navíc se klienti více zapojili do procesu léčby a plánování léčby, což vedlo k poskytování služeb lépe přizpůsobených potřebám jednotlivců. Manažeři případu a klienti hodnotili terénní práci jako inovativní, protože stimulovala odhodlání klientů, klienti ji velmi oceňovali a poskytovala další důležité informace o jejich stavu.

*„Líbilo se mi, že [manažer případu] se u mě často zastavil (...). Když jsem se s ním minulý týden setkal, zeptal jsem ho: Kdy zase přijdeš na kafe?“ (klient).*

Podle manažerů případu (n = 6) byla jejich úloha v prevenci relapsu a readmise omezená a případné účinky by bylo možné přičíst spíše následné léčbě. Přesto jejich činnost vedla ke kontinuálnější a více individualizované péči a zlepšeným (neformálním) kontaktům a komunikaci mezi zapojenými službami. Největší kritika se týkala vlastního provádění case managementu, například nedostatku času a prostředků, otázek vymezení působnosti a odpovědnosti manažera případu.

## 5.4 Diskuse

Vybraný vzorek osob užívajících drogy (n = 24) měl mnohočetné a komplexní problémy a dlouhou historii léčby, kterou charakterizoval vysoký výskyt předčasných ukončení a relapsů. Přes jejich dlouhodobé a závažné problémy byl mezi klienty, u nichž byl prováděn case management, zjištěn malý výskyt předčasných ukončení léčby (n = 2). Jejich nízkou míru lze zřejmě připsat právě intervenci, která je orientovaná na klienta, je kontinuální a má charakter terénní práce (SAMHSA, 1998; Wolf et al., 2002). Různé zdroje dat navíc ukazují rela-

tivní zlepšení několika problémů po 12 měsících, což vede k větší zaměstnanosti, poklesu užívání nezákonných látek, poklesu trestné činnosti a zlepšení životní situace (srov. Shwartz, Baker, Mulvey & Plough, 1997; Siegal et al., 1996; Siegal et al., 2002). Na druhou stranu přetrvávaly u mnoha klientů psychické problémy a užívání nelegálních drog bylo někdy nahrazováno užíváním společensky lépe tolerovaných drog, jako je alkohol, konopí a (předepisované) léky. Podobné výsledky byly zjištěny u case managementu psychicky nemocných osob (Kroon, van Hoof & Wolf, 1999), což svědčí o přínosu této intervence pro stabilizaci – spíše než zotavení – chronických onemocnění. Dále lze poznamenat, že výhledy klientů týkající se problémů spojených s drogami (skóre závažnosti na základě „způsobovaných potíží“ a „potřeby pomoci“) byly příznivější než kompozitní skóre, která zohledňují také minulost. Tento poznatek je pravděpodobně způsoben skutečností, že osoby užívající látky mají tendenci své problémy popírat nebo podceňovat (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992).

Ke zlepšenému fungování klientů mohou přispět různé faktory (Vaughn et al., 2002). Většina klientů i manažerů případů spojovala zlepšení související s programem léčby, který absolvovali zároveň s vedením případu. Jasná souvislost byla zjištěna mezi dlouhodobým udržením v léčbě a pozitivními výsledky, přičemž různé (krátkodobé) léčebné epizody vedly k nepříznivým výsledkům. Účast a udržení v léčbě byly označeny za důležité zprostředkující proměnné pozitivních změn u klientů, u nichž byl case management prováděn (Siegal et al., 1996; Siegal et al., 1997). Proto bylo doporučeno zaměřit se při školení manažerů případů na dovednosti a strategie pro zvyšování účasti a udržení v léčbě.

Ačkoliv několik studií prokázalo vztah mezi motivací a výsledky (Miller, 1996), nezjistili jsme při následné kontrole žádnou souvislost mezi motivací a fungováním klientů. To může být způsobeno orientací škál CMR na rezidenční léčbu, přičemž asi třetina klientů prošla ambulantní léčbou. Navíc se motivace ke změně mohla v průběhu dvanáctiměsíčního období změnit, protože manažeři případů se zabývali popíráním problémů a odporem (Brun & Rapp, 2001). Pro další výzkum bylo navrženo využít motivační škály TCU (de Weert-van Oene, Schippers, De Jong & Schrijvers, 2002; Siegal et al., 1996).

Trestněprávní situace klientů rovněž může zprostředkovat informaci o udržení v léčbě a její úspěšnosti, avšak mezi oběma proměnnými nebyl zjištěn žádný vztah. Úloha nátlaku nebo donucení ze strany justice při case managementu zůstává nejasná (Inciardi et al., 1997; SAMHSA, 1998; Vaughn et al. 2002). Přes potenciálně kladný vliv může být intervence komplikovaná, jestliže jsou manažeři případů klientovými zástupci a zároveň hodnotiteli dodržování soudem uložených podmínek.

Zlepšené fungování jasně souviselo s plánováním léčby, protože většina změn se týkala oblastí života, pro něž byly formulovány cíle a strategie. Méně problémů s drogami a méně rodinných problémů může být spojeno s tím, že většina služeb zaměřuje své intervence právě na tyto oblasti. Příímější souvislost

lze předpokládat se zaměstnaností (McLellan et al. 1999), vzhledem k tomu, že manažeři případů se na ni zvláště zaměřují.

Nedostatečné změny zjištěné při následné kontrole v oblasti psychických problémů spojených s vysokou závažností svědčí ve prospěch potřeby rozsáhlého psychiatrického screeningu a poskytování přímých poradenských služeb.

Původně byla kontrolní skupina vytvořena kvůli měření účinku case managementu v porovnání se skupinou bez koordinace péče. K účasti v této skupině (n = 11), která byla spojena s absencí intervence a finanční kompenzace, se však podařilo motivovat jen málo osob (Orwin et al., 1994; Vaughn et al., 2002). Navíc se i přes několik pokusů podařilo zajistit mnohem menší počet účastníků studie k provedení rozhovoru při následné kontrole (n = 6). Vzhledem k malé a neodpovídající velikosti kontrolní skupiny s touto podmínkou byly tyto údaje z dalších analýz vyloučeny.

Bylo doporučeno stimulovat účast těchto osob užívajících látky s chronickými a komplexními problémy v obou skupinách pomocí odměny nebo kompenzace. Pokud tomu tak není, bude proveditelnost randomizovaných, kontrolovaných studií v této populaci vážně ohrožena (Rapp et al., 1998). Relativně vysoký podíl předčasně ukončené účasti v kontrolní skupině svědčí o úloze manažera případu při sledování i mimořádně problematických klientů (Orwin et al., 1994).

Nízký rozpočet a malý vzorek byly určitě nevýhodou, která v mnoha případech vedla k tomu, že manažeři případů sledovali jen minimální počet klientů. Velký počet manažerů mohl sice vést k odlišnostem v provádění, ale ta byla vyvažována rozsáhlým výcvikem, pravidelným dohledem a příručkou, jež obsahovala cíle, úkoly a povinnosti manažera případu (SAMMHS, 1998; Siegal et al., 2002; Wolf et al., 2002). Následně bylo doporučeno jmenovat multidisciplinární tým manažerů případů, pracující nezávisle na ostatních službách a s počtem případů 15 až 20 klientů na jednoho manažera (SAMHSA, 1998; Wolf et al., 2002). Prostředky by měly pokrýt také příležitostné výdaje klienta k usnadnění procesu léčby (např. péče o děti, ošacení, veřejná doprava) (Siegal et al., 2002). Přesto projekt ukázal, že je možné uspokojit potřeby klientů vyžadující koordinaci služeb na delší dobu s minimálním úsilím a omezenými zdroji. Na základě zkušeností z pilotní studie bylo dále navrženo formalizovat komunikaci a spolupráci mezi službami, začlenit intervenci do stávajícího systému služeb, jmenovat koordinátora projektu, zapojit sociální síť klienta a zaručit přístupnost a dostupnost manažerů případu (Vanderplasschen, Rombaux, Derluyn & Broekaert, 2003).

Vzhledem k chronické povaze onemocnění souvisejících s užíváním návykových látek by možná řada klientů bývala potřebovala case management po dobu delší než 12 měsíců. Výzkum v populacích duševně nemocných pacientů však ukázal, že účinky intervence po 18 až 24 měsících provádění postupně mizí (Kroon et al., 1999). Navíc se klienti mohou stát závislými na svém manažerem.

žerovi případu, pokud case management probíhá příliš dlouho. Proto byla navržena minimální doba šesti až dvanácti měsíců, po níž lze intervenci ukončit nebo v ní pokračovat na základě stanovených cílů.

## 5.5 Závěr

Case management je v Evropě relativně novou intervencí pro osoby užívající látky a jeho implementace byla dosud omezena na několik málo zemí. Manažeri případu, klienti a další zainteresované strany podílející se na tomto malém projektu v Belgii hodnotili intervenci kladně. Vedla ke kontinuálnější a více individualizované péči a fungování klientů v několika oblastech života se relativně zlepšilo. Přesto však přínos vedení případu pro pozdější změny zůstává nejasný. Ačkoli case management může mít přímý vliv na uspořádání léčby užívání látek, jeho dopad na fungování klienta je pravděpodobně zprostředkovan jeho úlohou při zvyšování účasti a udržení v léčbě.

Hypotézy této výzkumné studie je třeba dále prozkoumat během dlouhodobých, randomizovaných a kontrolovaných studií na větších vzorcích, které jsou kontrolovány z hlediska potenciálních zprostředkujících proměnných. Do té doby se doporučuje upravit a rozšířit case management tak, aby se stal v Belgii nedílnou součástí systému služeb pro osoby užívající látky, protože má podpůrnou úlohu z hlediska míry využití služeb a získávání zdrojů, a může tudíž nepřímo ovlivnit výsledky léčby.

PODĚKOVÁNÍ. „Třetí mezinárodní symposium 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

- American Psychiatric Association (APA). (1996). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition*. Washington: American Psychiatric Association.
- Brun, C. & Rapp, R. (2001). Strengths-based case management: individuals' perspectives on strengths and the case manager relations. *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 Service*, 52(5), 631–636.
- De Leon, G., Melnick, G., Thomas, G., Kressel, D. & Wexler, H. (2000). Motivation for treatment in a prison-based therapeutic community. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26(1), 33–46.
- de Weert-van Oene, G., Schippers, G., De Jong, C. & Schrijvers, G. (2002). Motivation for treatment in substance-dependent patients. *European Addiction Research*, 8(1), 2–9.
- 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 Publications of the European Communities.
- 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.
- Holloway, F., Oliver, N., Collins, E. & Carson, J. (1995). Case management: a critical review of the outcome literature. *European Psychiatry*, 10(3), 113–128.
- 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.
- Jerrell, 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.
- Kellinghaus, C., Eikelmann, B., Ohrmann, P. & Reker, T. (1999). Homeless and mentally ill: a review of recent research on a double disadvantaged minority. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 67(3), 108–121.
- Kroon, H., van Hoof, F. & Wolf, J. (1999). *Praktijk en opbrengsten van case management op de lange termijn*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Kuckartz, U. (1998). WinMAX: *Scientific text analysis for the social sciences (User's guide)*. Berlin: Udo Kuckartz, BSS.

- 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.
- McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, F., Smith, I., Grissom, G. et al. (1992). The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 199–213.
- Miller, W. R. (1996). Motivational interviewing: research, practice, and puzzles. *Addictive Behaviors*, 21(6), 835–842.
- Moore, D. & McCabe, G. (1999). *Introduction to the practice of statistics, Third edition*. New York: WH Freeman and Company.
- Moxley, D. (1989). *The practice of case management, Sage Human Services Guides Vol. 58*. Newbury Park: Sage publications.
- Oliva, H., Görden, W., Schlanstedt, G., Schu, M. & Sommer, L. (2001). *Case management in der Suchtkranken- und Drogenhilfe: Ergebnisse des Kooperationsmodells nachgebende Sozialarbeit – Modellbestandteil Case management, Berichtszeitraum 1995–2000*. Köln: Fogs, Gesellschaft für Forschung und Beratung in Gesundheits- und Sozialbereich mbH.
- Orwin, R. G., Sonnefeld, L. J., Garrison-Mogren, 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.
- Raes, V. (1999). *European Addiction Severity Index (EuropASI). Handleiding De Sleutel*. Merelbeke: De Sleutel.
- 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.
- Ridgely, M. S. & Willenbring, M. (1992). Application of case management to drug abuse treatment: overview of models and research issues. In R.S. Ashery (Ed.), *Progress and Issues in case management (NIDA Research Monograph 127)* (pp. 13–33). Rockville: National Institute on Drug Abuse.
- Shwartz, M., Baker, G., Mulvey, K. P. & Plugh, A. (1997). Improving publicly funded substance abuse treatment: The value of case management. *American Journal of Public Health*, 87, 1659–1664.
- Siegal, H. A., Fisher, 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.
- 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., Rapp, R., Li, L., Saha, P. & Kirk, K. (1997). The role of case management in retaining clients in substance abuse treatment: an exploratory analysis. *Journal of Drug Issues*, 27(4), 821–831.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (1998). *Comprehensive case management for substance abuse treatment, TIP Series 27*. Rockville:

- U.S. Department of health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment.
- 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., Rombauts, D., Derluyn, I. & Broekaert, E. (2003). Case management for substance abusing parents and their children: a view from Europe. *The Source*, 12, 1–4.
- 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. (1996). Case management applications in substance use disorders. In H. Siegal & R. Rapp (Eds.), *Case management and substance abuse treatment: practice and experience* (pp. 51–76). New York: Springer Publishing Company.
- Wolf, J., Minsink, 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.

## 6 Přehled účinnosti různých modelů case managementu pro uživatele látek<sup>1</sup>

OBSAH KAPITOLY. Pro oblast léčby užívání látek je charakteristické neustálé hledání nových metod a intervencí, které přinesou lepší výsledky a nižší náklady. Case management je jednou z intervencí, které se zavádějí za účelem zlepšení účinnosti a nákladové efektivity, avšak jeho potenciál při realizaci uvedených cílů je předmětem sporu. Předkládáme zde systematický a ucelený přehled recenzovaných (peer-reviewed) článků (n = 48) publikovaných v uplynulých 10 letech (1993–2003) se zaměřením na účinky různých modelů case managementu u různých populací uživatelů látek. Rozlišovaly se čtyři modely: model zprostředkování (brokerage)/ univerzální (generalist), asertivní komunitní léčba (assertive community treatment)/intenzivní case management, klinický (clinical)/resocializační (rehabilitation) model a case management založený na silných stránkách (strengths-based). Z výsledků vyplývá, že u několika studií byly sice uváděny pozitivní účinky, avšak účinnost case managementu ve srovnání s jinými intervencemi prokázaly pouze některé randomizované a kontrolované studie. Průběžné účinky intervence zůstávají nejasné. Ačkoli jsme nenašli přesvědčivé důkazy o účinnosti case managementu, jsou k dispozici určité důkazy o (rozdílné) účinnosti intenzivního case managementu, case managementu založeného na silných stránkách a univerzálního modelu case managementu. Většina pozitivních účinků se týká nižšího využívání neambulantních služeb a zvýšeného využití komunitních služeb, delšího udržení v léčbě, vyšší kvality života a vyšší spokojenosti klientů. Účinky související s užíváním drog a psychosociálním fungováním klientů jsou již méně konzistentní, avšak zdá se, že jsou zprostředkovány setrváním v léčbě a vedením případu. Pro zjištění dalších účinků intervence, doby udržitelnosti těchto účinků a konkrétních příčin jednotlivých účinků je nutný další výzkum.

1 Kapitola vychází ze zdroje: Vanderplasschen, W., Wolf, J., Rapp, R. C. & Broekaert, E. (2004). *Review of the effectiveness of different models of case management for substance abusers*. Rukopis předložen k publikaci.

## 6.1 Úvod

### 6.1.1 Účinnost léčby užívání látek

Hodnocení účinnosti služeb v oblasti léčby problémového užívání látek ukázalo, že tyto intervence u řady klientů fungují, zejména z hlediska nižšího užívání drogy a s tím souvisejících problémů, jako je nezaměstnanost a kriminalita (Gossop, Marsden, Stewart & Kidd, 2003; McLellan, Luborsky, O'Brien, Woody & Druley, 1982; Mejta, Bokos, Mickenberg, Maslar & Senay, 1997; Miller & Wilbourne, 2002; Simpson, 1981; Simpson, Joe, Fletcher, Hubbard & Anglin, 1999; Sindelar, Jofre-Bonet, French & McLellan, 2004). Pozitivní výsledky byly zjištěny napříč léčebnými modalitami [udržovací metadonová léčba, abstinční ambulantní (drug-free outpatient) léčba, krátkodobá neambulantní a dlouhodobá rezidenční léčba] (Hser, Anglin & Fletcher, 1998; Hubbard, Craddock & Anderson, 2003) a u několika intervencí byla prokázána nákladová efektivita, zejména pak ve srovnání s nepřítomností léčby či uvězněním (McLellan et al., 1996; Barnett, 1999). Silná souvislost existuje mezi délkou léčby (setrváním v léčbě) a úspěšnými výsledky (Gossop, Marsden, Stewart & Rolfe, 1999; Hubbard et al., 2003; Simpson, 1981). Na základě toho se několik programů zaměřilo na strategie vedoucí k prodloužení léčby, např. zvýšením motivace a vymezením kritických prvků konkrétních intervencí (EMCDDA, 2002).

I přes pozitivní výsledky zpochybňují některé poznatky účinnost léčby užívání látek: omezený přístup k poskytovatelům léčby (Willenbring, 1996; Brindis & Theidon, 1997; SAMHSA, 1998), relativně vysoký odpad a nízké procento klientů ukončivších léčbu (Sindelar & Fiellin, 2001), časté využívání služeb a souběžné využívání více služeb (Cox et al., 1998; Thornquist, Biros, Olander & Sterner, 2002) a dlouhá historie léčby (Hser, Anglin, Grell, Longshore & Prendergast, 1997; Moos, 2003). Ačkoli longitudinální studie uváděly účinky až v horizontu pěti let po léčbě, často se uvádí relaps, který má s pokračujícím časem stoupající tendenci (Friedmann, Lemon, Anderson & Stein, 2002; Gossop, Stewart, Browne & Marsden, 2002; Simpson, Joe & Broome, 2002).

I přes chronickou, recidivující povahu problémů spojených s užíváním látek se většina hodnotících studií zabývala účinky konkrétních intervencí, zatímco naléhavější může být úhel pohledu průběžné péče (McLellan, 2002). Někteří autoři předložili důkazy o kumulativním účinku různých epizod léčby (Hser et al., 1997).

### 6.1.2 Implementace case managementu

Vzhledem k částečným a omezeným úspěchům léčby užívání látek je pro tuto oblast typické neustálé hledání nových intervencí, které přinesou lepší výsledky

a povedou ke snížení nákladů (Saleh et al., 2002). Bylo zpracováno několik strategií pro zlepšení dostupnosti léčby a zvýšení účasti v léčbě a ke snížení počtu předčasných ukončení léčby, jako jsou např. motivační pohovory, výběr vhodné léčby, centralizovaná zařízení pro příjem, integrovaná léčba a léčba založená na odměňování (contingency management) (Broekaert & Vanderplasschen, 2003; Drake, Mercer-McFadden, Mueser, McHugo & Bond, 1998; EMCDDA, 2002; Godley, Godley, Dennis, Funk & Passetti, 2002; Griffith, Rowan-Szal, Roark & Simpson, 2000; Miller, 1996). Case management byl zaveden také pro zlepšení účinnosti a nákladové efektivity léčby užívání látek (Brindis & Theidon, 1997; McLellan et al., 1999; Mejta et al., 1997; SAMHSA, 1998). Intervence byla pro použití u uživatelů látek upravena po svém úspěšném uplatnění u duševně nemocných pacientů (Rubin, 1992; Solomon, 1992). Po deinstitucionalizaci byl u léčby duševně nemocných pacientů zaveden case management, jehož cílem byla pomoc při přístupu ke zdrojům, které klienti potřebovali k životu a fungování v rámci komunity (Hall, Carswell, Walsh, Huber & Jampoler, 2002). Úloha vedení případu při dosahování těchto cílů byla předmětem rozsáhlého zkoumání a obecně vykazuje kladné výsledky, jako je například nižší míra hospitalizace, zvýšené využití ambulantních a komunitních služeb, vyšší kvalita života a vysoká spokojenost klientů (Rosen & Teesson, 2001; Ziguras & Stuart, 2000; Ziguras, Stuart, & Jackson, 2002). Z různých zemí a modelů jsou však uváděny protichůdné výsledky (Burns, Fioritti, Holloway, Malm & Rossler, 2001). Zvláště nejasný je pak stále dopad case managementu na fungování klientů (Drake, McHugo et al., 1998; Marshall, Gray, Lockwood & Green, 2000; Ziguras & Stuart, 2000).

Case management byl poprvé zaveden u populací osob užívajících látku už na počátku 80. let 20. století a vycházel z předpokladu, že kromě užívání látek mají tyto osoby často další významné problémy (Vanderplasschen, Rapp, Wolf & Broekaert, v tisku). Tato intervence se považuje za významný doplněk tradičních zařízení pro léčbu užívání látek, jelikož poskytuje řadu komplexních služeb, které obvykle nebývají součástí běžné léčby (SAMHSA, 1998). Case management se obecně popisuje jako koordinovaný a integrovaný přístup k poskytování služeb, jehož cílem je zajistit kontinuální podpůrnou péči a usnadnit klientům napojení na příslušné zdroje pomoci (Birchmore-Timney & Graham, 1989; Bokos, Mejta, Mickenberg & Monks, 1992). Vlastní praxi case managementu nejpřesněji charakterizují jeho hlavní funkce: hodnocení, plánování, napojení a zastoupení (SAMHSA, 1998). V průběhu minulého desetiletí byl case management uplatněn u několika konkrétních cílových skupin, jako jsou matky užívající látku, osoby s duální diagnózou, problémoví uživatelé alkoholu na veřejnosti, HIV pozitivní osoby, delikventi a bezdomovci (Brindis & Theidon, 1997; Jerrell, Hu & Ridgely, 1994; Martin & Scarpitti, 1993; Orwin, Sonnefield, Garrison-Mogren & Smith, 1994; Willenbring, Whelan, Dahlquist & O'Neill, 1990).

Pro práci s osobami užívajícími látky se obvykle rozlišují čtyři modely case managementu: model zprostředkování (brokerage)/univerzální model (generalist model), asertivní komunitní léčba (assertive community treatment)/intenzivní case management, klinický (clinical)/resocializační (rehabilitation) model a case management založený na silných stránkách (strengths-based) (Ridgely & Willenbring, 1992; SAMHSA, 1998; Vanderplasschen et al., v tisku). Model zprostředkování představuje velmi krátkodobý přístup ke case managementu, v jehož rámci se při jednom či dvou kontaktech pracovníci, kteří mají případ na starosti, snaží pomáhat klientům s identifikací jejich potřeb a zprostředkovávají doplňkové či podpůrné služby (SAMHSA, 1998; Stahler, Shipley, Bartelt, DuCette & Shandler, 1995). Univerzální neboli standardní modely využívají běžně přijímané funkce case managementu a je pro ně typická vyšší míra zapojení manažera případu a klienta (Woodside & McClam, 2002). Při asertivní komunitní léčbě se manažeři případu (či jejich tým) ujímají komplexní úlohy poskytováním služeb v oblasti asertivní terénní práce a přímého poradenství, včetně nácviku dovedností, rodinných konzultací a krizové intervence (Stein & Test, 1980). Obdobná je situace u intenzivního case managementu, který uplatňuje stejné zásady, obvykle však u menšího objemu případů. Klinické nebo resocializační přístupy kombinují zajišťování zdrojů (case management) a klinické či resocializační činnosti, mezi něž může patřit psychoterapie pro klienty a jejich rodiny nebo nácvik nových dovedností (Kanter, 1989). A konečně se case management založený na silných stránkách zaměřuje na silné stránky klientů, sebeřízení a využití neformálních pomocných sítí (oproti formalizovaným zařízením) (Brun & Rapp, 2001; Siegal et al., 1995). Dále zdůrazňuje primární roli vztahu mezi klientem a manažerem případu a uplatňuje aktivní formu terénní práce.

### 6.1.3 Účinnost case managementu

První publikace týkající se case managementu u osob užívajících látky se zaměřovaly zejména na otázky implementace a intervence (Birchmore-Timney & Graham, 1989; Graham & Timney, 1990; Ogborne & Rush, 1983; Ridgely & Willenbring, 1992; Rush & Ekdahl, 1990; Sullivan, Hartmann, Dillon & Wolk, 1994; Sullivan, Wolk & Hartmann, 1992) a pouze některé obsahovaly hodnotící složku. Jedna z prvních studií ukázala, že case management by mohl snižovat počet předčasného ukončení léčby a zlepšovat výsledky jak v oblasti psychosociální, tak z hlediska problémového užívání drog a alkoholu, zejména pak u nejproblematičtějších klientů (Lightfoot et al., 1982). Willenbring et al. rovněž prokázali účinnost case managementu v tom, že u problémových uživatelů alkoholu na veřejnosti napomohl udržet je v léčbě, stabilizovat jejich situaci, zlepšit přístup k poskytovatelům služeb, snížit zhoršování jejich klinického zdravotního stavu a poskytovat průběžnou

péči (Willenbring, Ridgely, Stinchfield & Rose, 1991). Naproti tomu Pearlman (1984) zjistil, že case management nemá vliv na snížení míry předčasně ukončené léčby u klientů, kteří k léčbě teprve nastupovali, zaregistroval však významný nárůst poměru osob, které po příjmu léčbu skutečně nastoupily. Ostatní autoři (Falck, Siegal & Carlson, 1992; Lidz, Bux, Platt & Iguchi, 1992) uvádějí ve srovnání s kontrolními skupinami, u nichž se case management nevyužíval, minimální či žádné účinky intervence.

Jak tyto rané studie názorně dokládají, účinnost intervence je předmětem sporu, což vede k tomu, že nejsou k dispozici důkazy o vhodnosti konkrétního modelu pro konkrétní populaci (Sorensen et al., 2003; Vanderplasschen et al., v tisku). Většina publikací navíc odkazuje na dostupnou literaturu pouze selektivně, což může vést k neúměrně nízké míře uváděných konkrétních výsledků. Z tohoto důvodu jsme provedli systematický a ucelený přehled dostupného výzkumu se zaměřením na účinnost různých modelů case managementu u různých populací osob užívajících látky. Účinnost znamená schopnost intervence dosáhnout vytýčených cílů (Vanderplasschen, De Bourdeaudhuij & Van Oost, 2002). Cíle case managementu lze stanovit na úrovni klienta i na úrovni systému a může k nim patřit zlepšení výsledků u klienta, využívání služeb, spokojenosti klientů a kvality života, zvýšení dostupnosti, odpovědnosti, koordinace a kontinuity péče a snížení nákladů (SAMHSA, 1998; Willenbring, 1996).

## 6.2 Metoda

Pro hodnocení účinnosti case managementu jsme svůj přehled omezili na články publikované v recenzovaných odborných časopisech v uplynulých třech letech (1993–2003). Odborná recenze (peer review) byla stanovena jako minimální garance kvality vybraných studií a rok 1993 se zdál jako vhodné výchozí datum vzhledem k tomu, že před tímto rokem nebyly v tomto typu odborných časopisů publikovány žádné hodnotící studie (Mejta et al., 1997). Ačkoli vybrané články byly publikovány od roku 1993, samotný výzkum mohl být proveden dříve. Pro zařazení do přehledu musela studie hodnotit alespoň jeden model case managementu, zaměřovat se na uživatele látek (případně s duševním onemocněním jako souběžnou diagnózou, nikoli však sekundární poruchou) a musela uvádět nejméně jednu proměnnou v oblasti výsledků. Za nejpádňější důkaz účinnosti léčby se sice obecně považují kontrolované studie (Miller & Wilbourne, 2002; Ziguras & Stuart, 2000), rozhodli jsme se však, že svůj přehled neomezíme na studie, které obsahují srovnávací podmínku a využívají postupy pro získání ekvivalentních skupin před léčbou (randomizaci), protože počet randomizovaných a kontrolovaných studií je u této intervence stále relativně nízký (Vanderplasschen et al., v tisku).



Klíčová slova „case management“, „problémové užívání látek/užívání drog/závislost“ (substance abuse/drug abuse/addiction) a „hodnocení/výsledky/účinky/účinnost“ (evaluation/outcomes/effects/effectiveness) jsme použili při vyhledávání v těchto ucelených, avšak částečně se překrývajících databázích: (Social) Sciences Databases of the Institute of Scientific Information, Medline, PsycInfo a PubMed. Dále jsme prováděli ruční dohledání literatury citované ve vybraných článcích. Po eliminaci duplicitních položek jsme identifikovali 87 článků, které obsahovaly všechna tři kritéria vyhledávání. Na základě počáteční analýzy abstraktu, případně plného znění těchto článků, bylo zjištěno, že 38 článků nespĺňuje podmínky pro náš přehled: některé články se spíše než výsledků studií týkaly hodnocení realizačních záležitostí (n = 12), primárně se zaměřovaly na osoby se závažným duševním onemocněním (n = 11), case management byl součástí komplexní intervence a autoři neuváděli výsledky této intervence samostatně (n = 7), nebylo uvedeno žádné měřítko výsledků (n = 5), nebo šlo o přehledový článek, jehož výchozí práce již byla zahrnuta v našem přehledu (n = 3). Odborná skupina provedla přezkoumání předběžného seznamu literatury a navrhla studie výsledků, které zahrnuty nebyly. Byla doplněna jedna studie, která se často cituje v recenzovaných článcích, avšak která byla publikována jako výzkumná zpráva (Rhodes & Gross, 1997). Nebylo možno získat přístup k tištěné či elektronické verzi čtyř vybraných článků, a to ani po kontaktu s původním autorem, a proto tyto články nebyly do naší studie zahrnuty. Nakonec bylo vybráno 46 článků, které budou v tomto rukopisu dále analyzovány.

Recenzované odborné časopisy mohou jako zdroj údajů vést k publikační neobjektivitě, protože tyto časopisy obvykle vycházejí v anglickém jazyce (Miller & Wilbourne, 2002). Na základě toho byly hodnotící studie anglicky nehovořících autorů v mezinárodní recenzované literatuře nedostačtěně zastoupeny. I přes zvýšené zavádění case managementu v Evropě (Vanderplasschen et al., v tisku) jsme v anglickém jazyce nenalezli žádný článek, který by hodnotil účinnost intervence u uživatelů látek na tomto kontinentu. Případnou neobjektivitu proto vyvažujeme zahrnutím dvou původních výzkumných zpráv, které se touto věcí zabývaly v Německu a Belgii (Oliva, Gorgen, Schlanstedt, Schu & Sommer, 2001; Vanderplasschen, Lievens & Broekaert, 2001). Výběr recenzovaných publikovaných materiálů mohl dále vést k analýze studií, které dokládaly významné výsledky, zatímco výsledky nevýznamné, či dokonce záporné často zůstávají nepublikovány (Rosen & Teesson, 2001). Případnou neobjektivitu řešíme tím, že jsme se nezaměřili výhradně na studie s exaktním výzkumným plánem, ale zahrnuli jsme také výsledky z deskriptivních a retrospektivních studií. Při uvádění účinnosti různých modelů case managementu se budeme zabývat kvalitou výzkumného řešení (typem a rozsahem studie) a polaritou a významem uváděných výsledků, nikoli však jejich rozsahem.

### 6.3 Výsledky

Z analýzy vybraných článků (viz tab. 6.1) vyplývá, že většina studií hodnotila účinnost intenzivního case managementu (n = 20). Case management založený na silných stránkách (n = 11) a univerzální case management (n = 10) byly hodnoceny v menší míře, zatímco na účinky asertivní komunitní léčby (n = 4), klinického (n = 2) a zprostředkovatelského (n = 1) case managementu se zaměřilo relativně málo studií. Nebyly nalezeny žádné studie využívající re-socializačního modelu. Zjistili jsme několik článků (n = 18), které odkazovaly k pouze šesti původním studiím, a proto byla provedena analýza celkem 36 unikátních studií. U některých studií byl dále uplatněn model zprostředkování (n = 2) nebo univerzální case management (n = 2) jako kontrolní podmínka pro hodnocení specializovanějších modelů case managementu.

Nejpřísnější metodika (randomizované a kontrolované studie) souvisí se studii zabývajícími se účinky asertivní komunitní léčby (100 %), modelem zprostředkování (100 %) a case managementem založeným na silných stránkách (90,9 %). Polovina všech studií univerzálního case managementu (50 %) a 35 % článků týkajících se intenzivního case managementu využívala experimentální design studie, ten však nebyl použit v žádných studiích zabývajících se klinickým case managementem.

Tabulka 6.1 | Přehled vybraných článků podle typu studie a modelu case managementu

	<b>Experimentální studie</b> (randomizovaná a kontrolovaná studie)	<b>Skvaziexperimentální studie</b> (kontrolovaná studie)	<b>Retrospektivní studie</b> návykové látky	<b>Deskriptivní studie</b>	<b>Celkem</b>
Model zprostředkování	1	0	0	n	1
Univerzální case management	5	1	4	0	10
Asertivní komunitní léčba	4(2)*	0	0	0	4(2)
Intenzivní case management	7	5(2)*	2	6	20(18)*
Klinický case management	0	1	0	1	2
Case management založený na silných stránkách	10(2)*	0	0	1	11(3)*
<b>Celkem</b>	<b>27(18)*</b>	<b>7(4)*</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>48(36)*</b>

\* Číselný údaj v závorce uvádí celkový počet původních studií.

### 6.3.1 Asertivní komunitní léčba a intenzivní case management

Účinnost intenzivního case managementu/asertivní komunitní léčby poskytovaného/é při pomoci různým skupinám, jako jsou delikventi, bezdomovci, problémoví uživatelé alkoholu na veřejnosti a osoby s dvojí diagnózou (viz tabulka 6.2), zkoumalo několik randomizovaných a kontrolovaných studií. Další informace o účincích této intervence navíc poskytují kvaziexperimentální a deskriptivní studie a jedna retrospektivní studie.

#### □ Pachatelé trestné činnosti

Jedna z raných experimentálních studií se zabývala potenciálem case managementu při snižování recidivy a relapsu u podmíněně propuštěných osob s drogovou minulostí, avšak zjistila z hlediska vlivu na užívání drog, sexuálně rizikové chování a recidivu minimální rozdíly mezi asertivní komunitní léčbou a běžným podmíněným propuštěním s dohledem (Martin & Scarpitti, 1993). Nevelké účinky asertivní komunitní léčby vyplývají také z dalších analýz a byl vyvozen závěr, že tato intervence má omezený přínos u klientů, u nichž nejde pouze o nedostupnost služeb (Inciardi, Martin & Scarpitti, 1994). V obdobné populaci zatčených uživatelů drog Rhodes et Gross (1997) prokázali při srovnání intenzivního case managementu se dvěma kontrolními podmínkami významný pokles užívání drog v jedné lokalitě a nižší recidivu a vyšší účast v léčbě v obou lokalitách. Intervence však nebyla účinnější při snižování injekčního užívání a rizikového sexuálního chování.

Dvě deskriptivní studie uvedly spojitost intenzivního vedení případu s pozitivními výsledky. Godley et al. (2000) zjistili u osob s duální diagnózou v trestněprávním rámci významné snížení problémů se zákonem po šesti měsících, přičemž došlo i ke zlepšení dalších problémů, byť nevýznamnému. Ačkoli docházelo k relapsům a opětovnému uvěznění, intenzivní case management pomohl uvést HIV pozitivní propuštěné pachatele trestné činnosti do kontaktu s řadou (zdravotnických) služeb a při jejich setrvání v programu (Rich et al., 2001).

#### □ Uživatelé látek mezi bezdomovci

Orwin et al. (1994) hodnotili účinnost intenzivního case managementu u uživatelů látek mezi bezdomovci ve třech městech (Boston, Louisville a Minneapolis), avšak pouze jeden projekt vykazoval náznak úspěšnosti oproti kontrolní skupině se standardní léčbou. Rozdílnou účinnost (tj. zlepšení situace bydlení) bylo možno dokázat pouze při uplatnění předpokladu, že u osob, které z kontrolní skupiny vypadly, došlo ke zhoršení situace. Také další autoři (Stahler et al., 1995) nezjistili mezi intenzivním case managementem a kontrolními podmín-

kami žádné rozdílné účinky (kromě spokojenosti s léčbou). U všech tří skupin nicméně postupem času došlo ke zlepšení z hlediska užívání alkoholu a kokainu, zaměstnanosti a stálosti situace bydlení. Braucht et al. (1995) obdobně prokázali pozitivní, nikoli však rozdílné účinky case managementu uplatněného kromě komplexního programu služeb uživatelům látek a resocializačních služeb. Dospěli k závěru, že intenzivní case management zvyšuje kontakt klientů s externími službami pouze okrajově a že má malý vliv na úpravu služeb podle potřeb klientů, a v důsledku toho i na výsledky dosahované u klientů.

Naopak Cox et al. (1998) našli v experimentální studii oporu pro účinnost intenzivního case managementu u problémových uživatelů alkoholu na veřejnosti. Ačkoli u obou skupin došlo s postupem času ke zlepšení, skupina s vedením případu zaznamenala významně lepší výsledky z hlediska čerpání příjmů z veřejných zdrojů, počtu nocí strávených ve vlastním bytě a počtu dnů požití alkoholu. Autoři předpokládali, že tyto účinky byly zprostředkovány objemem služeb (uživatelům látek). Ostatní autoři prokázali, že intenzivní case management významně zvyšuje úroveň psychosociálního fungování pacientů, snižuje využití akutních služeb a vede k podstatným úsporám u chronicky závislých bezdomovců s duševním onemocněním, kteří akutní služby často využívají (Witbeck, Homfeld & Dalack, 2002). Jednou retrospektivní studií bylo zjištěno, že intervence je ve srovnání s podporovaným bydlením stejně úspěšná a nákladově efektivnější při snižování mediánu detoxikace, návštěv zařízení akutní péče a zdravotnických zařízení a nákladů u problémových uživatelů alkoholu na veřejnosti, avšak k podstatnému snížení průměrných zdravotnických nákladů v důsledku několika extrémně katastrofálních případů nedošlo (Thornquist et al., 2002).

#### ❑ Pacienti s duální diagnózou

Jerrell, Ridgely et al. srovnávali po dobu 24 měsíců v rámci (částečně) randomizované a kontrolované studie účinnost a (nákladovou) efektivitu tří intervencí u uživatelů látek – abstinenčního programu 12 kroků, intenzivního case managementu a behaviorálního nácviku dovedností – u osob se závažným duševním onemocněním a souběžným užíváním látek (Ridgely & Jerrell, 1996). Poukázali na působivý – byť nevýznamný – dopad dvou posledně jmenovaných intervencí na využívání (sub)akutních neambulantních služeb (nižší), na zapojení podpůrných ambulantních služeb (vyšší) a na celkové náklady na zdravotní péči (nižší), aniž by docházelo k přenosu břemene na rodinu či právní systém (Jerrell et al., 1994). Výsledky však významně ovlivnila robustnost implementace programu v nejrůznějších lokalitách (Ridgely & Jerrell, 1996). Robustní implementace case managementu vedla k významně lepšímu psychosociálnímu fungování pacientů, menšímu výskytu příznaků užívání alkoholu a drog a ke snížení nákladů na intenzivní služby, zatímco méně robustní case management byl považován za nejméně účinnou intervenci (Jerrell & Ridgely, 1999).

Ze srovnání účinnosti asertivní komunitní léčby a standardního case managementu vyplynulo v tříleté studii výsledků mezi pacienty s dvojitou diagnózou relativně málo rozdílů, avšak s tím, že ve skupině s asertivní komunitní léčbou došlo ke zlepšení některých ukazatelů užívání látek a kvality života (Drake, McHugo et al., 1998). V obou skupinách došlo postupem času ke zlepšení několika výsledných ukazatelů, což bylo vysvětleno relativně malými rozdíly mezi oběma intervencemi. Clark et al. (1998) porovnali nákladovou efektivitu těchto intervencí a nezjistili žádné rozdíly s výjimkou vyšší efektivity standardního case managementu v průběhu prvních dvou let a vyšší nákladové efektivity asertivní komunitní léčby ve třetím roce. Obě studie potvrdily předchozí zjištění Durella et al., že pro osoby užívající látky s vážným duševním onemocněním může mít přínos intenzivní a terénní case management a souběžná léčba obou onemocnění (Durell, Lechtenberg, Corse & Frances, 1993).

#### □ Další cílové skupiny

Sorensen et al. (2003) nenašli oporu pro hypotézu, že intenzivní case management zlepšuje u osob užívajících látky s HIV/AIDS výsledky více než model zprostředkování. I přes významné snížení závažnosti problémů u obou skupin po šesti měsících tyto změny po 12 a 18 měsících vymizely. Godley et al. (2002) se zabývali účinností intenzivního case managementu oproti standardní průběžné péči u dospívajících uživatelů látek, protože v případech dospívajících, u nichž je uplatněn case management, existuje při následné kontrole po třech měsících vyšší pravděpodobnost zahájení a přijímání soustavné péče, delšího trvání soustavné péče, abstinence od marihuany a nižší míry užívání alkoholu.

V rámci kvaziexperimentální studie zjistili Kilbride et al. pouze některé účinky intenzivního rodinného case managementu u donošených a mírně nedonošených dětí uživatelů kokainu (Kilbride, Castor, Hoffman & Fuger, 2000). Kognitivní rozvoj v šesti měsících a hodnocení verbálních dovedností po 36 měsících byly významně lepší u dětí s vedením případu, avšak u rodičů, u nichž case management probíhal, a u rodičů, u nichž neprobíhal, existovala stejná pravděpodobnost odebrání dítěte z péče. Nekontrolované studie spojovaly intenzivní case management u těhotných a u žen po porodu s významným zlepšením v několika výsledných ukazatelích (užívání látky, zaměstnanost, zatčení, uvěznění, porodní hmotnost dítěte a podpora ze strany sociálních zařízení) před ukončením case managementu (Lanehart, Clark, Rollings, Haradon & Scrivner, 1996). Evenson, Binner, Cho, Schicht et Topolski (1998) také zjistili konzistentní pozitivní dopad komunitního programu s komplexními službami a intenzivním case managementem na několik drogových problémů (např. celkové fungování klienta, užívání látek, mezilidské vztahy, problémy se zákonem, zaměstnání a plnění rodičovské role). Tyto výsledky se při delší době pobytu zlepšovaly.

Zavedení intenzivního case managementu u chronicky závislých osob s mnohočetnou diagnózou v Německu napomohlo udržet tyto klienty pod dohledem a zlepšit nebo stabilizovat celkovou situaci většiny z nich (Oliva et al., 2001). Pozitivní výsledky souvisely s delším setrváním v case managementu a většina klientů byla s intervencí spokojena nebo velmi spokojena. Studií, která byla v Belgii v malém měřítku provedena mezi uživateli látek s vícečetnými a komplexními problémy, bylo zjištěno, že intenzivní case management významně přispívá ke snížení a stabilizaci užívání látek a problémů v oblasti zákona, zaměstnání a rodiny (Vanderlasschen et al., 2001).

### 6.3.2 Case management založený na silných stránkách

Ačkoli se účinky case managementu založeného na silných stránkách zabývaly různé články, tyto publikace se týkají téměř výhradně dvou rozsáhlých studií, které byly ve státech Iowa a Ohia financovány Národním institutem pro otázky problémového užívání drog (viz tab. 6.3).

Studie case managementu zpracovaná ve státě Iowa srovnávala rozdílnou účinnost tří variant case managementu založeného na silných stránkách mezi uživateli látek, kteří nastupovali (rezidenční) léčbu ve venkovské oblasti. Výzkumní pracovníci prokázali významný dopad vnitřního (inside) case managementu na využívání lékařských služeb a služeb pro osoby užívající látky v průběhu období dvanácti měsíců (Vaughn-Sarrazin, Hall & Rick, 2000). Saleh et al. (2002) zjistili několik rozdílných účinků týkajících se výsledků u klientů: vnitřní case management vedl k významně lepším výsledkům z hlediska zákona po šesti měsících a k lepší pracovní situaci po dvanácti měsících, zatímco vnější (outside) case management přispěl k nižšímu užívání drog při následné kontrole po třech měsících a ke snížení psychických problémů při kontrole po třech a po dvanácti měsících. Většina účinků – zejména týkajících se užívání drog – však časem vykazovala klesající tendenci (Saleh et al., 2002; Vaughan-Sarrazin et al., 2000). Všechny tři modalities měly významný dopad na rodinné vztahy a rodičovské postoje po šesti měsících, avšak tyto účinky nebyly patrné po třech a dvanácti měsících (Sarrazin, Huber & Hall, 2001). Osobní (face-to-face) case management byl spojován s vynikajícími výsledky ve srovnání s case managementem využívajícím telekomunikační prostředky (Saleh et al., 2002). Klienti ve druhé jmenované skupině dostávali vyšší koncentraci (objem, četnost, šíře, délka) case managementu a tato vyšší koncentrace se významně týkala závažnějších problémů se zákonem a v rodině při kontrole po 12 měsících (Huber, Sarrazin, Vaughn & Hall, 2003). Case management s využitím telekomunikačních prostředků má největší přínos pro osoby s vyššími premorbidními kognitivními schopnostmi (Block, Bates & Hall, 2003). Case management ve státě Iowa se také ukázal jako zvláště účinný při zlepšování

stavu zaměstnání u uživatelů amfetaminu, ačkoli intervence neměla na tuto podskupinu nijak odlišný dopad než na klienty uvádějící užívání jiných drog (Cretzmeyer, Sarrazin, Huber, Block & Hall, 2003).

Další experimentální studie provedená po primární léčbě mezi veterány problémově užívajícími látky uvedla souvislost case managementu založeného na silných stránkách se zlepšenou pracovní situací po šesti měsících (Siegal et al., 1996). Case management významně přispěl k setrvání v léčbě, což pak souviselo s nižším užíváním drog a lepšími výsledky v oblasti trestněprávní (Rapp, Siegal, Li & Saha, 1998; Siegal, Li & Rapp, 2002; Siegal, Rapp, Li, Saha & Kirk, 1997). Tato intervence rovněž podporovala účast a následnou péči při kontrole po dvanácti měsících, což kladně souviselo s trestnou činností páchanou po léčbě (Siegal et al., 2002). Z vícerozměrných analýz vyplynulo, že case management neměl přímý dopad na závažnost užívání drog, avšak že tento účinek byl zprostředkován úlohou case managementu při zlepšování účasti a udržení v léčbě (Rapp et al., 1998).

Zanis a Coviello (2001) převzali zásady vycházející ze silných stránek pro pomoc malému vzorku dlouhodobě nezaměstnaných klientů metadonového programu při řešení jejich pracovní situace a zjistili, že intervence napomohla většině klientů získat a udržet si zaměstnání po dobu 8 měsíců. Ačkoli účastníci hodnotili intervenci jako účinnou a přínosnou, dobu šesti měsíců považovali pro stabilizaci svého fungování v zaměstnání za příliš krátkou.

### 6.3.3 Univerzální neboli standardní case management

Univerzální neboli standardní case management se uplatňuje u řady populací klientů užívajících látky, zejména pak mezi injekčními uživateli drog, bezdomovci a těhotnými ženami a matkami (viz tabulka 6.4).

Mejta et al. (1997) prokázali v klinické studii, že přístup k léčbě a setrvání v léčbě se významně zvýšil u injekčních uživatelů drog, u nichž byl uplatněn case management, zejména pak pokud manažeři případu měli finanční prostředky k úhradě péče. Longitudinální studie provedená u injekčních uživatelů drog zařazených namátkově do case managementu nebo do kontrolní intervence ukázala po 36 měsících výrazný pokles užívání drog u osob, u nichž probíhal case management, přičemž u kontrolní skupiny byl pokles zaznamenán v nižší míře (Levy, Strenski & Amick, 1995).

U závislých veteránů bez domova, kteří byli po rezidenční léčbě příjemci case managementu, byla v prvních devíti měsících po přijetí významně delší doba setrvání v léčbě a byly u nich zjištěny lepší výsledky v oblasti alkoholu, zdraví, zaměstnání a situace bydlení než u klientů, kteří prošli běžnou léčbou, ačkoli po dvanácti měsících byly tyto účinky slabší (Conrad et al., 1998). Lapham, Hall a Skipper (1995) nezjistili po deseti měsících žádnou rozdílnou účinnost mezi case managementem a situací bydlení [s intervizí (peer-super-

vised)] u problémových uživatelů alkoholu bez domova, avšak v rámci skupiny zjistili významné rozdíly u počtu dnů požití alkoholu, stability bydlení a pracovní situace, zejména u absolventů programu. Problematická udržitel-  
nost pozitivních změn v čase rovněž vyplývá z deskriptivní studie provedené mezi uživatelkami látek bez domova, jelikož u zjištěných účinků došlo po dvanácti měsících k zastavení nárůstu, nebo dokonce ke zhoršení (Merrier & Racine, 1993).

Srovnání účinků psychosociálně rozšířené léčby a standardního case managementu u matek závislých na kokainu ukázalo významný časový účinek obou intervencí (Volpicelli, Markman, Monterosso, Filing & O'Brien, 2000), avšak u žen v první skupině byla výraznější docházka k léčbě a vyšší míra poklesu užívání kokainu, ačkoli jejich psychosociální fungování bylo stejné.

Další autoři ukázali, že case management, zejména pak dostupnost dopravy, pomáhá těhotným uživatelkám látek překonávat překážky bránící léčbě a významně přispívá k jejich setrvání v léčbě užívání látek (Laken & Ager, 1996). Eisen, Keyser-Smith, Dampeer et Sambrano (2000) zjistili, že standardní case management – oproti denní léčbě – je u této populace spojen s významným poklesem užívání nezákonných drog v době mezi příjmem a 30 dny po porodu, avšak tyto účinky se už o šest měsíců později nevyskytovaly.

Ačkoli bylo retrospektivní studií zjištěno, že v průběhu 18 měsíců trvání programu byl opětovně zatčen výrazný počet pachatelů trestné činnosti, kteří se účastnili programu TASC, standardní case management byl považován za účinnou intervenci pro snižování recidivy, protože u osob, které léčbu nedokončili, existovala významně vyšší pravděpodobnost opětovného zatčení než u těch, kdo celou léčbu dokončili (Van Stelle, Mauser & Moberg, 1994). Tato intervence byla nákladově efektivnější než uvěznění a zaznamenala úspěch i u pachatelů s rozsáhlým trestním rejstříkem.

A konečně rozsáhlá retrospektivní studie provedená mezi uživateli látek propuštěnými z různých léčebných zařízení ukázala u klientů s vedením případu významně vyšší pravděpodobnost delšího setrvání v léčbě a účasti v postprimární léčbě a také nižší pravděpodobnost opětovného nástupu do detoxikačního programu po propuštění (Shwartz, Baker, Mulvey & Plough, 1997).

### 6.3.4 Klinický case management

McLellan et al. (1999) uvedli spojitost klinického case managementu se zvýšeným poskytováním služeb v oblasti problémů s alkoholem, zaměstnáním, zdravotním stavem a se zákonem a dále s významným zlepšením v oblasti užívání alkoholu a drog, tělesného a duševního stavu a fungování v zaměstnání po šesti měsících (viz tabulka 6.5). Během prvních dvanácti měsíců studie však nebyly pozorovány žádné rozdílné výsledky a podobné vzorce využití služeb. Tato skutečnost byla přisouzena nepřítomnosti odborné přípravy a předběž-



ného smluvního zajištění služeb. Klinický case management se ukázal jako nákladově efektivní služba pro časté uživatele urgentních služeb, jelikož intervence vedla k významnému poklesu mediánu návštěv akutních služeb a nákladů neambulantních zařízení a zařízení akutní péče a dále k vyššímu využití služeb primární péče a lepšímu psychosociálnímu fungování (Okin et al., 2000).

### 6.3.5 Model zprostředkování

Jediná studie, která hodnotila účinnost modelu zprostředkování, zjistila u klientů s vedením případu významně vyšší pravděpodobnost, že se po vstupním posouzení dostaví k léčbě, než u klientů, u nichž case management uplatněn nebyl, a dále u nich bylo zjištěno častější předání klientů pomocným službám (Scott, Sherman, Foss, Godley & Hristova, 2002) (viz tab. 6.5). V počtu přijatých služeb a setrvání v léčbě užívání látek se však neobjevily žádné rozdíly. Další studie (Stahler et al., 1995; Sorensen et al., 2003) využily modelu zprostředkování jako kontrolní podmínky ke specializovanějším modelům case managementu a prokázaly, že intervence má na výsledky klientů a využívání služeb stejný účinek.

## 6.4 Diskuse

Přehled recenzovaných článků, které hodnotily účinnost case managementu, nepředkládá přesvědčivé důkazy o účinnosti intervence, ačkoli několik studií uvádělo pozitivní účinky z hlediska výsledků klientů, využívání služeb, přístupu k léčbě a setrvání v léčbě, kvality života, spokojenosti klientů a úspor nákladů. Zdá se, že příznivé výsledky zaznamenaly zejména deskriptivní, retrospektivní a kvaziexperimentální studie, zatímco studie používající přísnější metodiku (randomizované a kontrolované studie) často účinnost case managementu ve srovnání s jinými intervencemi neprokázaly, zvláště pak v delším časovém horizontu. Jiní autoři však uvedli dlouhodobé účinky této intervence.

### 6.4.1 Účinnost různých modelů case managementu

Bez ohledu na konkrétní populaci vyplývají v pěti z devíti randomizovaných a kontrolovaných studií významné rozdílné účinky intenzivního case managementu/ asertivní komunitní léčby ve srovnání s jinými intervencemi: nižší recidiva, nižší užívání alkoholu a drog, stabilita bydlení, lepší kvalita života

a psychosociální fungování, vyšší účast a setrvání v léčbě, menší využití neambulantních služeb a nižší náklady (Cox et al., 1998; Drake, McHugo et al., 1998; Godley et al., 2002; Rhodes & Gross, 1997; Witbeck et al., 2002). Jen málo studií však opakovalo zjištění z jiných studií a obvykle byly zjištěny pouze některé významné rozdíly. Nejednotné výsledky uváděly také kvaziexperimentální studie (Kilbride et al., 2000; Orwin et al., 1994), avšak intenzivní case management byl označen za nákladově efektivní intervenci (Jerrell & Ridgely, 1999). Nekontrolované studie využívající srovnání před studií a po studii jednotně uváděly pozitivní výsledky, zejména v psychosociálním fungování, spokojenosti klientů a využívání služeb (Durell et al., 1993; Evenson et al., 1998; Godley et al., 2000; Lanehart et al., 1996; Oliva et al., 2001; Rich et al., 2000; Thornquist et al., 2000; Vanderplasschen et al., 2001). Docházíme k závěru, že intenzivní case management se jeví jako nejúčinnější u mimořádně problematických uživatelů látek, jako jsou chroničtí uživatelé pod vlivem látek na veřejnosti a osoby s duální diagnózou, jelikož tato intervence napomáhá stabilizovat a zlepšovat jejich psychosociální fungování a snižovat využívání nákladných neambulantních služeb (Drake, McHugo et al., 1998; Thornquist et al., 2000; Witbeck et al., 2002). Intervence může být účinná také v ostatních populacích, avšak s výjimkou nekontrolovaných studií jsme pro tyto účinky nenalezli dostačující důkazy.

Vzhledem k tomu, že účinnost case managementu založeného na silných stránkách hodnotily pouze dvě experimentální studie, je o účinnosti intervence k dispozici málo důkazů. Obě studie prokázaly významné účinky na využívání služeb a na výsledky v oblasti zaměstnání a dodržování zákona (Saleh et al., 2002; Siegal et al., 1996; Siegal et al., 2002; Siegal et al., 1997; Vaughan-Sarrazin et al., 2000). Potenciál case managementu založeného na silných stránkách pro zlepšení pracovního fungování klientů rovněž vyplýval z jedné případové studie (Zanis & Coviello, 2001). Ve studii provedené ve státě Iowa však účinky často odeznívaly po dvanácti měsících (Saleh et al., 2002), zatímco v jiné studii přetrvávaly (Siegal et al., 2002). Autoři posledně zmíněné studie také poukázali na skutečnost, že výsledky psychosociálního fungování jsou významně ovlivněny setrváním v léčbě (Rapp et al., 1998). Case management využívající silných stránek hraje významnou úlohu při řešení problematiky popírání a odporu. Také mezi klienty je intervence velmi vysoce hodnocena a má potenciálně kladné účinky (Brun & Rapp, 2001). Proto se doporučuje její použití v dalších studiích, zejména s cílem zvýšit účast a setrvání v léčbě u osob, které mají ke změně minimální motivaci.

Přestože dvě z pěti randomizovaných a kontrolovaných studií, které uplatňovaly univerzální case management, uváděly ve srovnání s kontrolní skupinou rozdílné účinky na užívání drog a alkoholu, tyto účinky byly marginální nebo postupem času slábly (Conrad et al., 1998). Účinky standardního case managementu se sice týkají zvýšení účasti a setrvání v léčbě (Conrad et al.,

1998; Mejta et al., 1997), psychosociálně rozšířená léčba (včetně individuální psychoterapie) však měla nad touto intervencí převahu (Volpicelli et al., 2002). Nekontrolované studie rovněž prokazovaly pozitivní účinky na dostupnost léčby a setrvání v léčbě, užívání látek a recidivu (Laken & Ager, 1996; Shwartz et al., 1997; Van Stelle et al., 1994), účinky však nebylo vždy možné nadále udržet (Risen et al., 2000; Merrier & Racine, 1993). Někteří autoři však tyto účinky uvádějí po dobu 36 měsíců (Clark et al., 1998; Drake, McHugo et al., 1998). Standardní case management může být vhodný pro zlepšení účasti a setrvání v léčbě u několika populací uživatelů látek, je však zřejmě třeba jej postupem času kombinovat s intenzivnějšími či specializovanějšími modely case managementu nebo s jinými intervencemi (Clark et al., 1998).

Ačkoli model zprostředkování představuje pouze krátkodobou intervenci case managementu, z dostupného výzkumu vyplývá, že metoda není pro snížení problémů spojených s drogami a pro stimulaci využívání služeb horší než specializovanější modely (Sorensen et al., 2003; Stahler et al., 1995). Naproti tomu se ukazuje, že model zprostředkování má vliv na počáteční účast na léčbě a napojení klientů na příslušné služby, nikoli však na následné setrvání v léčbě a využívání služeb (Scott et al., 2002). Krátkodobé modely case managementu je třeba podrobit dalšímu výzkumu, protože tyto intervence mohou vést k určitým pozitivním výsledkům a mohly by být i nákladově efektivní.

O účinnosti klinického case managementu je k dispozici pouze minimum empirických dat, avšak výsledky neexperimentálních studií jsou slibné (McLellan et al., 1999; Okin et al., 2002). Kombinace psychoterapie a zajištění zdrojů významně ovlivnila psychosociální fungování uživatelů látek a využívání služeb a byla nákladově efektivnější než standardní léčba, zejména u osob, které často využívají neambulantní služby (Okin et al., 2002; Sindelar et al., 2004).

## 6.4.2 Důkazy účinnosti

Na základě systematického přehledu randomizovaných a kontrolovaných studií intervencí u poruch spojených s užíváním alkoholu dospěli Miller a Wilbourne (2002) k závěru, že case management je jednou z psychosociálních intervencí, pro něž u poruch spojených s užíváním alkoholu existují nejsilnější důkazy účinnosti. Tento závěr nepodporují námi zjištěné nejednotné a nevýrazné účinky různých modelů case managementu.

Za dostatečný důkaz účinnosti určité intervence se obvykle považuje, jestliže konkrétní účinky vyplývají z pěti či více randomizovaných a kontrolovaných studií (Van Gageldonk, de Zwart, van der Stel & Donker, 1997; Wolf, Mensink & van der Lubbe, 2002). Určité důkazy jsou k dispozici, jestliže tyto účinky uvedly dvě až čtyři experimentální studie, o nedostatečných důkazech se hovoří, jestliže účinky byly zjištěny pouze jednou experimentální studií nebo neexperimentálními studiemi. Na základě tohoto předpokladu dochá-

zíme k závěru, že jsou k dispozici určité důkazy o účinnosti intenzivního case managementu/asertivní komunitní léčby na psychosociální fungování (užívání alkoholu, bydlení, zaměstnání) a na využívání služeb. Určité důkazy rovněž existují pro účinnost case managementu založeného na silných stránkách na zlepšení pracovního fungování a účasti a setrvání v léčbě a pro účinnost standardního case managementu na zvýšení účasti a setrvání v léčbě. O účinnosti modelu zprostředkování a klinického case managementu existují nedostatečné důkazy nebo pro ni neexistují důkazy žádné, což je způsobeno zejména neexistencí randomizovaných a kontrolovaných studií. Celkovou nepřítomnost dostatečných důkazů účinnosti této intervence také vysvětluje minimální množství experimentálních studií. Překážkou duplikace zjištění předchozích studií je navíc použití řady nejednotných měřítek výsledků a také rozdílný kontext (Wolf et al., 2002). Naším závěrem je, že pro účinnost case managementu jsou k dispozici určité důkazy. Tento závěr potvrzuje poznatek, že většina sociálních intervencí má v nejlepším případě nevelký účinek (Lipsey, 1990), avšak ve srovnání s jinými intervencemi může být účinnost case managementu relativně vysoká (Miller & Wilbourne, 2002).

Ačkoli několik studií neprokázalo významný rozdíl v účinku mezi skupinami, který by svědčil ve prospěch case managementu, z několika (kvazi) experimentálních studií vyplývají významné pozitivní účinky ve srovnání s výchozím hodnocením, např. u problémového užívání látek, bydlení, zaměstnání, kvality života, psychosociálního fungování a využívání služeb (Braucht et al., 1995; Drake, McHugo et al., 1998; Jerrell & Ridgely, 1995; Lapham et al., 1995; Siegal et al., 1997; Stahler et al., 1995; Witbeck et al., 2002). Bez použití kontrolní podmínky mohli autoři nesprávně připsat tento vliv uplynulé doby case managementu, zatímco pozitivní výsledky mohly být způsobeny jinými faktory, jako je motivace, setrvání v léčbě a charakteristika klientů. Jiní hovoří o možné „spontánní remisi“ nebo o hypotéze „regrese k normálu“, protože většina uživatelů látek začíná s case managementem na velmi nízké úrovni svého fungování a jistá míra zlepšení může být součástí přirozeného vývoje jejich problémů s užíváním látek. Několik autorů tyto hypotézy odmítlo na základě poznatku, že u osob, které byly příjemci méně intenzivních služeb, bylo zjištěno výrazně menší zlepšení (Braucht et al., 1995; Lapham et al., 1995; Stahler et al., 1995).

Podle Onvina et al. (1994) může nedostatek důkazů pro rozdílnou účinnost case managementu spíše než s intervencí samotnou souviset se způsobem jejího hodnocení. Léčba, která se primárně srovnává s jinou reálnou léčbou – nikoli s léčbou minimální nebo s neléčením – se může jevit jako méně účinná, protože studie jiné léčby obvykle zjistily významné či významnější rozdíly (Miller & Wilbourne, 2002). Modely case managementu se obecně srovnávají s kontrolními podmínkami, ke kterým patří standardní léčba, jiná inovativní intervence nebo jiný model case managementu, čímž se snižuje možnost zjiš-

tění významných rozdílných účinků. Rozdílná účinnost intervence může být zkreslena také dalšími zdroji neobjektivity.

Tato neobjektivita se může za prvé projevit v důsledku nižších úbytků ve skupině s case managementem (Drake, McHugo et al., 1998; Kilbride et al., 2000; Vaughn, Sarrazin, Saleh, Huber & Mall, 2002). Vzhledem k charakteru case managementu samotného mohou manažeři případu průběžně sledovat i ty nejsložitější případy, které by v rámci standardní léčby byly při následné kontrole ztraceny (Orwin et al., 1994). Ve studii case managementu provedené ve státě Iowa byly nízké hodnoty úbytku vztaženy k ženám, větší sociální podpoře, delším vzdálenostem a vyšší motivaci, zatímco na počáteční účast a následné setrvání v case managementu měly záporný vliv trestněprávní problémy a vyšší věk (Vaughn et al., 2002).

Za druhé může za omezenou nebo nulovou účinnost odpovídat částečné nebo neúplné zavedení a nízká intenzita intervence z důvodu problémů s personálním obsazením, odborné nepřipravenosti a nezkušenosti manažerů případů a častého střídání pracovníků (Orwin et al., 1994). Robustní zavedení case managementu bylo významně nákladově efektivnější než jiné intervence, avšak jiný než robustně zavedený case management byl nejméně účinnou intervencí (Jerrell & Ridgely, 1999). McLellan et al. (1999) navíc prokázali pouze účinnost programu case managementu 26 měsíců po prvotním zavedení. Při pilotním zavedení a nastavení nových programů se obvykle dodržuje mnohem kratší doba, což může vést k nepřítomnosti nebo k podcenění určitých účinků (Lapham et al., 1995).

Za třetí lze rozdílné účinky mezi skupinami sotva prokazovat, jestliže srovnávací skupina přijme větší objem služeb, než je plánováno, nebo jestliže jiné programy nebo kontrolní podmínky přejímají zásady této inovativní intervence (Drake, McHugo et al., 1998; Orwin et al., 1994). Z etického a praktického hlediska může být nežádoucí neposkytnout potenciálně účinnou intervenci osobám, které ji potřebují (zvláště vysoce rizikovým skupinám), což může vést další poskytovatele péče k poskytování obdobných služeb (Inciardi et al., 1994). Posun od jedné intervence ke druhé může proběhnout také opačným směrem, kdy experimentální podmínky mohou po zapracování manažerů případu a ztrátě počátečního nadšení začít připomínat srovnávací skupinu (Ridgely & Willenbring, 1992).

Za čtvrté pak je, i přes skutečnost, že výsledky experimentálních studií case managementu mohly být do jisté míry neobjektivní, nepravděpodobné, že by case management nebo jeho konkrétní modely byly významně účinnější než jiné intervence pro uživatele látek. To by snad ani nemělo být překvapením, protože původním účelem intervence bylo poskytování průběžné a podpůrné péče klientům a jejich napojení na komunitní zdroje a stávající zařízení (Birchmore-Timney & Graham, 1989; Rapp et al., 1998). Předpoklad významných a trvalých účinků na fungování klientů byl zřejmě až příliš optimistickým cílem.

### 6.4.3 Omezení tohoto přehledu

Oproti oboru péče o duševní zdraví (Marshall et al., 2000; Ziguras & Stuart, 2000) nebyl dosud publikován ucelený přehled účinnosti case managementu mezi uživateli látek, a to ani přes početné empirické studie, které hodnotily účinnost intervence. Tento přehled může přispět k našemu současnému stavu poznání o účincích intervence a k jejímu dalšímu zavádění a může se stát východiskem pro metaanalýzu účinnosti case managementu pro uživatele látek. V metodologii přehledu však byly zjištěny některé nedostatky.

Za prvé se přehled zakládal na člancích publikovaných v recenzovaných odborných časopisech, což mohlo přispět k neúměrně nízkému zastoupení neamerických studií a studií, které uváděly nevýznamné či dokonce nepříznivé výsledky. První omezení bylo řešeno zařazením dvou původních evropských studií, druhé omezení pak zařazením různých typů studií. Vzhledem k tomu, že jsme zjistili různé a nejednotné účinky a že jsme našli několik studií, které uváděly nevýznamné účinky, předpokládáme, že náš přehled nebyl publikační neobjektivitou zasažen. Mohlo se také stát, že publikované články obsahují pouze nejjednoznačnější zjištění každé studie, zatímco další nevýznamné poznatky nebyly uváděny. Tento problém by mohla řešit analýza původních výzkumných protokolů a údajů, avšak přístup k těmto informacím je obvykle obtížný, což je ke škodě jejich ucelenosti a kvality. Koncepce přehledu mohla dále vést k tomu, že nebyla věnována dostatečná pozornost konkrétním účinkům, protože různé články, které byly publikovány k jedné rozsáhlé studii, byly považovány za jedinou studii.

Za druhé vychází přehled ze čtyř různých modelů case managementu, které byly přijaty poradním sborem amerických odborníků (SAMHSA, 1998). Vzhledem ke rozdílu v kontextu a nepřesnému dodržování programových modelů připomíná většina případů praktické aplikace skutečnou verzi jednotlivých modelů pouze vzdáleně (Jerrell et al., 1994; Vanderplasschen et al., v tisku). Oproti oboru péče o duševní zdraví existuje v jednotlivých modelech málo ukazatelů klíčových prvků (Teague, Bond, & Drake, 1998). Většina autorů však výslovně uvádí, jaký model case managementu byl uplatněn, a články byly sdruženy do skupin právě na základě této informace. Jestliže nebyly o vlastní intervenci poskytnuty dostatečně podrobné informace, nebo pokud nebyl uveden specializovaný model, byla intervence klasifikována jako univerzální case management. To mohlo vést k neúměrně vysokému zastoupení této kategorie a k nedostatku důkazů její účinnosti z důvodu vyšší heterogenity.

Za třetí pak na zavádění – a následně na hodnocení – case managementu mají do velké míry vliv kontextové rozdíly (SAMHSA, 1998). Vzhledem k odlišnému uspořádání sociální a zdravotní péče ve Spojených státech a v Evropě lze vyslovit pochyby, zda můžeme výsledky převážně amerických studií snadno převádět na situaci v Evropě (Oliva et al., 2001; Wolf et al., 2002). Dostupná

zjištění z evropských studií naznačují obdobné výsledky, avšak pro jejich zobecnění je zapotřebí další hodnocení. Zlepšení porovnatelnosti různých programů case managementu by mohl napomoci rozsáhlý popis hodnocené intervence a vytvoření ukazatelů dodržování programu pro jednotlivé modely case managementu (Godley et al., 2000; Orwin et al., 1994).

#### 6.4.4 Omezení prezentovaných studií a pokyny pro další výzkum

Jakékoli definitivní závěry o účinnosti case managementu jsou předčasné a dokonce nežádoucí vzhledem k relativně malému množství randomizovaných a kontrolovaných studií, zejména pak u některých konkrétních modelů case managementu (klinický, zprostředkovatelský a vycházející ze silných stránek). Zvláště mimo Spojené státy jsou zapotřebí další studie, které uplatní pevnou metodologii na vzorek o dostatečné velikosti. Vzorky malého rozsahu mají omezenou výpovědní hodnotu a snižují možnost zjištění malých a středních účinků (Orwin et al., 1994).

Nedostatečný longitudinální záběr většiny studií oslabuje platnost jakýchkoli závěrů o dlouhodobých účincích intervence. Většina vybraných studií používala intervence case managementu, které netrvaly déle než šest až dvanáct měsíců, a u klientů obvykle neprobíhalo další sledování déle než šest měsíců po ukončení programu. Studie, které využívaly case management po dobu 24 až 36 měsíců, prokázaly dlouhodobé pozitivní účinky a dokonce i nákladovou efektivitu (Clark et al., 1998; Drake, McHugo et al., 1998; Jerrell & Ridgely, 1999; Lanehart et al., 1996; Levy et al., 1996; Oliva et al., 2001). Jiné studie však ukázaly, že po jisté době došlo k zastavení nárůstu či dokonce k zhoršení (Conrad et al., 1998; Jerrell & Ridgely, 1995; Mercier & Racine, 1993; Sorensen et al., 2003).

Několik autorů uvedlo pozitivní souvislost mezi délkou a dokončením case managementu a dosaženými výsledky klientů (Evenson et al., 1998; Lanehart et al., 1996; Oliva et al., 2001; Siegal et al., 1997). Chronická a recidivující povaha problémů užívání látek a některé slibné výsledky dostupných longitudinálních studií pravděpodobně svědčí o nutnosti uplatnit při vedení případu longitudinální přístup. Potřebujeme vědět, zda přínos vedení případu časem klesá a kdy, pokud vůbec, má být case management omezen nebo ukončen (Clark et al., 1998). Nejlepší výsledky může z hlediska chronické péče přinášet kombinace či střídání intenzivních a méně intenzivních intervencí (včetně case managementu).

Výsledky nelze vždy snadno srovnávat, a to vzhledem k použití různých nástrojů a ukazatelů výsledků. Několik autorů kritizovalo použití sebehodnocení (self-report) jako jediného ukazatele užívání látek klienty, jelikož to může vést k zásadně podhodnoceným vstupním údajům v důsledku popření,

minimalizace či poskytování sociálně žádoucích odpovědí a k uvádění nadhodnocených údajů při následné kontrole v důsledku lepšího chápání problému a díky vnímané dostupnosti zdrojů pomoci (Drake, McHugo et al., 1998; Lapham et al., 1995; Orwin et al., 1994; Vaughn et al., 2002). Většina studií však stejně obsahovala index závažnosti návykového chování (Addiction Severity Index – ASI), protože platnost a spolehlivost tohoto sebehodnotícího dotazníku byla prokázána řadou studií provedených mezi uživateli látek (Godley et al., 2002; Hendriks, Kaplan, van Limbeck & Geerlings, 1989; Zanis, McLellan, Cnaan & Randall, 1994). Ačkoli není pravděpodobné, že použití sebehodnotících měřítek přispělo k nedostatku rozdílné účinnosti case managementu, doporučuje se doplňovat sebehodnotící údaje o užívání látek dalšími, objektivnějšími údaji, jako je např. rozbor moči, dechová zkouška či test vlasů, zejména u osob s duální diagnózou (Drake, McHugo et al., 1998; Jerrell & Ridgely, 1995; Zanis et al., 1997).

Dále se doporučuje použití vícečetných ukazatelů výsledků, protože vícečetné výsledky fungování klientů nejsou vždy jednotné a orientace na jediný typ výsledku může vést k neodpovídajícím a dost možná nesprávným koncepčním závěrům (Sindelar et al., 2004). Navíc je třeba prostudovat nejen sociálně přijatelné změny, ale také ukazatele týkající se kvality života a subjektivního vnímání klienta, přičemž tyto ukazatele by mohly poskytnout další poznatky o účinnosti intervence.

Součástí hodnocení účinnosti case managementu by měly být také procesní proměnné, jež mohou odhalit, které aspekty case managementu fungují. Dosud je k dispozici pouze málo informací o rozhodujících rysech této intervence: Jaké konkrétní aspekty přispívají ke konkrétním výsledkům? Vzhledem k tomu, že identifikace těchto prvků byla v oblasti péče o duševní zdraví doporučena jako nejdůležitější předmět výzkumu pro další desetiletí, je třeba poznatky v této oblasti pozorně sledovat (Burns et al., 2001). S pozitivními výsledky je u uživatelů látek spojen týmový přístup, monitoring, plánování léčby, terénní práce a orientace na silné stránky a na dobré vztahy s manažery případu (Brun & Rapp, 2001; Jerrell & Ridgely, 1999; Vanderplasschen et al., v tisku). Je nutný podrobný kvalitativní výzkum zabývající se prvky, které přispívají k účinnosti case managementu, avšak čím je intervence komplexnější, tím obtížnější je hodnocení (Ho et al., 1999). Obecný charakter prvků zjištěných v kvalitativních studiích lze testovat randomizovanými a kontrolovanými studiemi.

Dále je zapotřebí další výzkum nákladové efektivity různých modelů case managementu. Ačkoli některé studie prokázaly nákladovou efektivitu intenzivního a klinického case managementu, nejsou k dispozici dostatečné důkazy pro jeho účinnost (Clark et al., 1998; Jerrell & Ridgely, 1999; Okin et al., 2000; Sindelar et al., 2004; Witbeck et al., 2002). Tyto informace navíc chybějí k dalším modelům case managementu, a stále tak není jasné, jak case management ovlivňuje náklady (Clark & Fox, 1993).



## 6.5 Závěr

Na základě přehledu publikovaných článků dospíváme k závěru, že pro účinnost některých modelů case managementu jsou k dispozici alespoň určité důkazy. Tyto účinky jsou v nejlepším případě malé či nevelké a neliší se významně od účinků většiny jiných intervencí v oblasti léčby užívání látek. Stejně jako v oblasti péče o duševní zdraví se zjevné pozitivní účinky týkají sníženého užívání neambulantních služeb a vyššího využití služeb ambulantních a komunitních, delšího setrvání v léčbě, zvýšené kvality života, vyšší spokojenosti klientů a stabilizace, či dokonce zlepšení situace u – často problémových – uživatelů látek. Setrvání v programech case managementu a jejich dokončení se jednotně spojuje s pozitivními výsledky, avšak celkové účinky na fungování klientů už tak jednotné nejsou. Různí autoři zjistili v průběhu doby významné účinky v několika oblastech výsledků souvisejících s drogami, avšak tyto účinky se obvykle nelišily od výsledků dosažených klienty, kteří byli příjemci méně intenzivních, či dokonce minimálních intervencí. Longitudinální účinky sice stále nejsou jasné, avšak dlouhodobé účinky vykázaly alespoň některé studie.

Do budoucna by mělo být prostudováno několik aspektů účinnosti této intervence. Rozsah účinků přesahuje rámec tohoto textu, avšak je třeba ho zahrnout do metaanalýzy účinnosti case managementu pro uživatele látek. Ačkoli některé studie prokázaly, že intervence funguje, stále není jasné, díky čemu funguje a jak dlouhá je doba udržitelnosti jejích účinků. Vzhledem k tomu, že se problémové užívání látek zvýšenou měrou chápe jako chronické a recidivující onemocnění, je třeba úlohu case managementu rozebírat z pohledu chronické péče. A konečně by se neměla přeceňovat účinnost intervence na fungování klientů. Její účinnost totiž primárně spočívá v podpoře klientů v každodenním životě a v jejich napojení na příslušné služby. Poskytování přímých služeb nebo psychoterapie jako součásti case managementu může zásadnějším způsobem přispět ke stabilizaci či ke zlepšení situace klientů, avšak tuto podporu je zřejmě třeba udržovat v delším časovém horizontu, má-li přinést dlouhodobé účinky.

## Literatura

- Barnett, P. G. (1999). The cost-effectiveness of substance abuse treatment. *Current Psychiatry Reports*, 1(2), 166–171.
- 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.
- Bokos, P., Mejta, C., Mickenberg, J. & Monks, R. (1992). Case management: an alternative approach to working with intravenous drug users. In R. S. Ashery (Ed.), *Progress and Issues in case management (NIDA Research Monograph 127)* (pp. 92–111). Rockville: National Institute on Drug Abuse.
- 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.
- Brockaert, 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.
- Brun, C. & Rapp, R. C. (2001). Strengths-based case management: individuals' perspectives on strengths and the case manager relations. *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.
- Clark, R. E. & Fox, T. S. (1993). A framework for evaluating the economic impact of case management. *Hospital and Community Psychiatry*, 44(5), 469–473.
- 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., 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.
- Cretzmeyer, M., Sarrazin, M. V., Huber, D. L., Block, R. I. & Hall, J. A. (2003). Treatment of methamphetamine abuse: research findings and clinical directions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24, 267–277.
- 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., Mercer-McFadden, C., Mueser, K. T., McHugo, G. J. & Bond, G. R. (1998). Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 24(4), 589–608.
- Durell, J., Lechtenberg, B., Corse, S. & Frances, R. J. (1993). Intensive case management of persons with chronic mental illness who abuse substances. *Hospital and Community Psychiatry*, 44(5), 415–416, 428.
- Eisen, M., Keyser-Smith, J., Dampeer, J. & Sambrano, S. (2000). Evaluation of substance use outcomes in demonstration projects for pregnant and postpartum women and their infants: findings from a quasi-experiment. *Addictive Behaviors*, 25(1), 123–129.
- Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA). (2002). *Annual report on the state of the drug problem in the European Union and Norway*. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie.
- Evenson, R. C., Binner, P. R., Cho, D. W., Schicht, W. W. & Topolski, J. M. (1998). An outcome study of Missouri's CSTA.R 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: National Institute on Drug Abuse.
- Friedmann, P. D., Lemon, S. C., Anderson, B. J. & Stein, M. D. (2003). Predictors of follow-up health status in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Drug and Alcohol Dependence*, 69(5), 243–251.
- Godley, S. H., Finch, M., Dougan, L., McDonnell, M., McDermit, 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.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., & Kidd, T. (2003). The National Treatment Outcome Research Study (NTORS): 4-5 year follow-up results. *Addiction*, 98(3), 291-303.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D. & Rolfe, A. (1999). Treatment retention and 1 year outcomes for residential programmes in England. *Drug and Alcohol Dependence*, 57(2), 89–98.
- Gossop, M., Stewart, D., Browne, N. & Marsden, J. (2002). Factors associated with abstinence, lapse or relapse to heroin use after residential treatment: protective effect of coping responses. *Addiction*, 97(10), 1259–1267.

- Graham, K. & Timney, C. (1990). Case management in addictions treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 7(3), 181–188.
- Griffith, J. D., Rowan-Szal, G. A., Roark, R. R. & Simpson, D. D. (2000). Contingency management in outpatient methadone treatment: a meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 58(1–2), 55–66.
- 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.
- Hendriks, V., Kaplan, C. D., van Limbeek, J. & Geerlings, P. (1989). The Addiction Severity Index: Reliability and validity in a Dutch addict population. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6(2), 133–141.
- Ho, A. P., Tsuang, J. W., Liberman, R. P., Wang, R., Wilkins, J. N., Eckman, T. A. et al. (1999). Achieving effective treatment of patients with chronic psychotic illness and comorbid substance dependence. *American Journal of Psychiatry*, 156(11), 1765–1770.
- Hser, Y. I., Anglin, M. D. & Fletcher, B. (1998). Comparative treatment effectiveness: effects of program modality and client drug dependence history on drug use reduction. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15(6), 513–523.
- Hser, Y. I., Anglin, M. D., Grella, C., Longshore, D. & Prendergast, M. L. (1997). Drug treatment careers: a conceptual framework and existing research findings. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14(6), 543–558.
- Hubbard, R. L., Craddock, S. G. & Anderson, J. (2003). Overview of 5-year followup outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25(3), 125–134.
- 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. & Scarpitti, F. R. (1994). Appropriateness of assertive case management for drug-involved prison releases. *Journal of Case Management*, 3(4), 145–149.
- Jerrell, 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(5), 283–297.
- Jerrell, J. M. & Ridgely, M. S. (1995). Evaluating changes in symptoms and functioning of dually diagnosed clients in specialized treatment. *Psychiatric Services*, 46(3), 233–238.
- Jerrell, 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.
- Kanter, J. (1989). Clinical case management: Definition, principles, components. *Hospital and Community Psychiatry*, 40(4), 361–368.
- Kilbride, H., Castor, C, Floffman, E. & Fuger, K.. L. (2000). Thirty-six month outcome of prenatal cocaine exposure for term or near-term infants: Impact of early case management. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 21(1), 19–26.
- 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.
- Lanchart, R. E., Clark, H. B., Rollings, J. P., Haradon, D. K. & 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.
- Lapham, S. C., Hall, M. & Skipper, B. J. (1995). Homelessness and substance use among alcohol abusers following participation in project H&ART. *Journal of Addictive Diseases*, 14(4), 41–55.

- Levy, J. A., Strenskt, 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. Ashery (Ed.), *Progress and Issues in case management (NIDA Research Monograph 127)* (pp. 112–144). Rockville: 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*. Ottawa, Canada: Department of Health and Welfare, Health Promotion Directorate.
- Lipsey, M. (1990). *Design sensitivity: statistical power for experimental research*. Newbury Park: Sage.
- Marshall, M., Gray, A., Lockwood, A. & Green, R. (2000). *Case management for people with severe mental disorders. The Cochrane Library, Systematic Review (2)*. Oxford: Cochrane Library, Update software.
- Martin, S. S. & Scarpttti, F. R. (1993). An intensive case management approach for paroled iv drug users. *Journal of Drug Issues*, 23(X), 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, C., Gould, F., Bencivengo, M. et al. (1999). Does clinical case management improve outpatient addiction treatment? *Drug and Alcohol Dependence*, 55, 91–103.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., O'Brien, C. P., Woody, G. E. & Druley, K. A. (1982). Is treatment for substance abuse effective? *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 247(10), 1423–1428.
- McLellan, A. T., Woody, G. E., Metzger, D., McKay, J., Durrell, J., Alterman, A. I. et al. (1996). Evaluating the effectiveness of addiction treatments: reasonable expectations, appropriate comparisons. *Milbank Quarterly*, 74(1), 51–85.
- Mejta, C. L., Bokos, P. R., Mickenberg, J., Maslar, M. & Senay, F. (1997). Improving substance abuse treatment: access and retention using a case management approach. *Journal of Drug Issues*, 27(2), 329–340.
- Mercier, C. & Racine, G. (1993). A follow-up study of homeless women. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 2(1), 207–222.
- Miller, W. R. (1996). Motivational interviewing: research, practice, and puzzles. *Addictive Behaviors*, 21(6), 835–842.
- 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.
- Moos, R. H. (2003). Addictive disorders in context: principles and puzzles of effective treatment and recovery. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17(1), 3–12.
- 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., 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., Görden, 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-Mogren, 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.
- Pearlman, S. (1984). Early experiences with primary care. In F. B. Glaser, M. M. Annis & H. A. Skinner (Eds.), *A system of health care delivery: Volume II Primary Care Assessment*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- 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(A), 603–615.
- Rhodes, W. & Gross, M. (1997). *Case management reduces drug use and criminality among drug-involved arrestees: an experimental study of an HIV prevention intervention. NIJ Research Report*. Washington DC: National Institute of Justice.
- Rich, J. D., Holmes, L., Salas, C., Macalino, G., Davis, D., Ryczek, J. et al. (2001). Successful linkage of medical care and community services for HIV-positive offenders being released from prison. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 78(2), 279–289.
- Ridgely, M. S. & Jerrell, J. M. (1996). Analysis of three 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. Ashery (Ed.), *Progress and Issues in case management (NIDA Research Monograph 127)* (pp. 12–33). Rockville: National Institute on Drug Abuse.
- 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.
- Rubin, A. (1992). Is case management effective for people with serious mental illness? A research review. *Health and Social Work*, 17(2), 138–150.
- 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, A. (2001). Impact of Iowa case management on family functioning for substance abuse treatment clients. *Adolescent & Family Health*, 2(3), 132–140.
- Scott, C. K., Sherman, R. E., Foss, M. A., Godley, M. & Hristova, L. (2002). Impact of centralized intake on case management services. *Journal of Psychoactive Drugs* 34(1), 51–57.
- 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., Fisher, J. H., 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.
- 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(1), 37–46.
- Siegal, H. A., Rapp, R. C., Keluher, C. W., Fisher, J. H., Wagner, 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.
- 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.
- Simpson, D. D. (1981). Treatment for drug abuse: Follow-up outcomes and length of time spent. *Archives of General Psychiatry*, 38(8), 875–880.
- Simpson, D. D., Joe, G. W. & Broome, K. M. (2002). A national 5-year follow-up of treatment outcomes for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 59(6), 538–544.
- Simpson, D. D., Joe, G. W., Fletcher, B. W., Hubbard, R. L. & Anglin, M. D. (1999). A national evaluation of treatment outcomes for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 56(6), 507–514.
- Sindelar, J. L. & Fiellin, D. A. (2001). Innovations in treatment for drug abuse: solutions to a public health problem. *Annual Review of Public Health*, 22, 249–272.
- Sindelar, J. L., Jofre-Bonet, M., French, M. T. & McLellan, A. T. (2004). Cost-effectiveness analysis of addiction treatment: paradoxes of multiple, outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 73(1), 41–50.
- Solomon, P. (1992). The efficacy of case management services for severely mentally disabled clients. *Community Mental Health Journal*, 28(3), 163–180.
- 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 randomized clinical trial. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29(1), 133–150.
- Stahler, G. J., Shipley, T. F., Bartelt, D., DuCette, J. P. & Shandler, I. W. (1995). Evaluating alternative treatments for homeless substance-abusing men: outcomes and predictors of success. *Journal of Addictive Diseases*, 14(4), 151–167.
- Stein, L. I. & Test, M. A. (1980). Alternative to mental hospital treatment: Conceptual model, treatment program and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37(4), 392–397.
- Substance Abuse and Mental Health 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. L. (1994). Implementing case management in alcohol and drug treatment. *Families in Society: the Journal of Contemporary Social Services*, 75(2), 67–73.
- Sullivan, W., Wolk, J. L. & Hartmann, D. J. (1992). Case management in alcohol and drug treatment: improving client outcomes. *Families in Society: the journal of Contemporary Social Services*, 73(2), 195–204.

- 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.
- 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, C., Broekaert, E. (2001). *Implementatie van een methodiek van case management in de drughulpverlening: een proefproject in de provincie Oost-Vlaanderen (Orthopedagogische Reeks Gent Nummer 14)*. Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.
- 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 3. května 2004).
- van Gageldonk, A., de Zwart, W., van der Stel, J. & Donker, M. (1997). *De Nederlandse verslavingszorg: overzicht van de kennis over aanbod, vraag en effect*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- van Stelle, K. R., Mauser, E. & Moberg, D. P. (1994). Recidivism to the criminal justice system of substance-abusing offenders diverted into treatment. *Crime and Delinquency*, 40(2), 175–196.
- Vaughan, T., 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. S., 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.
- Volpicelli, J. R., Markman, C., Monterosso, J., Filing, J. & O'Brien, C. P. (2000). Psychosocially enhanced treatment for cocaine-dependent mothers: evidence of efficacy. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(1), 41–49.
- 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., 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.
- Willenbring, M. L., Whelan, J. A., Dahlquist, J. S. & O'Neil, M. (1990). Community treatment of the chronic public inebriate: 1 Implementation. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 7(2), 79–97.
- 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., 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.



- Woodside, M. & McClam, T. (2002). *Generalist case management: A method of human service delivery*. Florence: Thomson Learning.
- Zanis, D. A. & Coviello, D. (2001). A case study of employment case management with chronically unemployed methadone maintained clients. *Journal of Psychoactive Drugs*, 33(1), 67–73.
- Zanis, D. A., McLellan, A. T., Cnaan, R. A. & Randall, M. (1994). Reliability and validity of the Addiction Severity Index with a homeless sample. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11(6), 541–548.
- 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.
- Ziguras, S. J., Stuart, G. W. & Jackson, A. C. (2002). Assessing the evidence on case management. *British Journal of Psychiatry*, 181, 17–21.

**Tabulka 6.2 | Přehled studií zabývajících se účinností intenzivního case managementu (ICM) nebo asertivní komunitní léčbou (ACT), včetně řešení studie, vzorku, typu intervence a polarity a významnosti účinků**

<b>Autoři</b>	<b>Typ studie</b>	<b>Vzorek</b>	<b>Intervence</b>	<b>Účinky</b>
Martin & Scarpitti (1993)	Randomizovaná a kontrolovaná studie	Podmíněně propuštění s drogovou minulostí a HIV rizikovým chováním (n=135)	ACT ve srovnání s běžným podmíněným propuštěním Intervence 6 měsíců	Málo rozdílů mezi oběma skupinami (NV). Klienti ACT: horší výsledky u užívání drog, avšak mírně lepší výsledky u rizikového sexuálního chování a recidiv (NV). Délka léčby vztažena k vlastním hodnocením týdněního užívání (V).
Inciardi et al. (1994)	Randomizovaná a kontrolovaná studie	Podmíněně propuštění uživatelé drog s HIV rizikovým chováním (n=258)	Srov. Martin & Scarpitti	Nevelké účinky, AKL nemá lepší výsledky u snižování relapsu a opětovného začtení (NV) ACT není hodnotnější u klientů, u nichž nešlo o pouhou nedostupnost služeb, ale spíše o utvářelou neochotu tyto služby využívat.
Orwin et al. (1994)	(Částečně) randomizovaná a kontrolovaná studie	Osoby s problémy souvisejícími se škodlivým užíváním látek, bezdomovci nebo osoby, kterým hrozí bezdomovectví (n=930)	ICM srovnán se standardní péčí ve 3 městech (Boston, Louisville a Minneapolis) Intervence 9 měsíců	ICM účinnější při zlepšování bytové situace (V) a problémového užívání látek a uzaměstnanosti (NV) v Bostonu; významné rozdíly pouze za předpokladu, že u klientů, kteří nebyli následně sledováni, nedošlo ke zlepšení. Žádné rozdíly účinků mezi skupinami ICM v Louisville a Minneapolis.
Braucht et al. (1995)	Randomizovaná a kontrolovaná studie	Bezdomovci s problémy souvisejícími se škodlivým užíváním látek (n=323)	Komplexní soubor služeb v oblasti problémového užívání látek a rezocializace srovnán se stejnými podmínkami, avšak s doplňkovým ICM Intervence 4 měsíce a následná kontrola 6 měsíců	Malé rozdíly mezi skupinou ICM a skupinou komplexní léčby (NV). Významná zlepšení v obou skupinách u problémového užívání alkoholu a drog, stavu bytové situace, tělesného a duševního zdraví, zaměstnání a kvality života po 4 a 10 měsících. Zlepšení se snížila během 6 měsíců následné kontroly. U osob, které byly příjemci více služeb, došlo k většímu zlepšení než u osob, které byly příjemci méně služeb ICM pouze okrajově zvýšil kontakty klientů a měl malý účinek na objem přijímaných služeb, úpravu služeb na míru klientům a na výsledku (NV).
Stahler et al. (1995)	Randomizovaná a kontrolovaná studie	Muži – uživatelé látek bez domova, z azylového zařízení pro osoby bez domova	Srovnání integrované komplexní rezidenční léčby ICM na bázi azylového zařízení (vrstevníci – peers); obvyklých azylových služeb vč. zprostředkovatelského CM Intervence 6-9 měsíců a kontrola 6 měsíců	Při následné kontrole významná zlepšení ve všech třech skupinách u užívání kokainu a alkoholu, zaměstnání a bytové situace, avšak žádné rozdílné účinky mezi skupinami (NV). Podskupiny nereagovaly na 3 intervence různé (NV). Subjekty v první a druhé skupině nespokojenější s poskytnutou léčbou (V). Klienti se závažnou drogovou minulostí obvykle vykazovali horší výsledky (V).
Rhodes & Gross (1997)	Randomizovaná a kontrolovaná studie	Začtení uživatelé drog (n=1400) v Portlandu (stát Oregon) a Washingtonu DC	Srovnání: ICM, bezprostředního CM (sezení s odborníkem za účelem předání klienta), kontrolní skupiny (motivační nahrávka – metodika pro předávání klientů) Období 6 měsíců	Významně snižené užívání drog v jedné lokalitě (Washington) a nižší recidiva a zvýšená účast v léčbě v obou lokalitách (V); poslesem uváděný účinek byl v Portlandu pozorován pouze u klientů CM, kterým byly poskytnuty intenzivnější služby. ICM nebyl o nic úspěšnější než jiné intervence při snižování injekčního užívání a rizikového sexuálního chování (NV).

<b>Autoři</b>	<b>Typ studie</b>	<b>Vzorek</b>	<b>Intervence</b>	<b>Účinky</b>
Cox et al. (1998)	Randomizovaná a kontrolovaná studie	Problémová uživatelé alkoholu na veřejnosti bez domova (n=195)	ICM srovnán se standardní léčbou Intervence 18 měsíců	V obou skupinách došlo postupem času ke zlepšení (V). Významné rozdíly ve prospěch skupiny ICM: celkový příjem z veřejných zdrojů, počet nocí strávených doma a počet dnů požití alkoholu; s výjimkou požití alkoholu byli účinky malé a postupem času se měnily; účinky nelze obecně vztáhnout na jiné oblasti života. Skupině s ICM bylo poskytnuto více služeb v oblasti problémového užívání látek a jiných služeb (V), což bylo spojeno s lepšími výsledky u požívání alkoholu. Výsledky u požívání alkoholu a u bytové situace jednoduše horší u osob s rozsáhlejší bezdomovkou minulostí a zdravotní anamnézou.
Wirbeck et al. (2000)	Randomizovaná a kontrolovaná studie	Osoby bez domova s chronickou závislostí a duševním onemocněním, které často využívají urgentní služby (n=18)	ICM srovnán s kontrolní skupinou bez ICM Intervence 12 měsíců	Využívání urgentních služeb sníženo o 58 % ve srovnání s předchozím rokem (V). Žádný pokles využívání urgentních služeb u kontrolní skupiny. Významný pokles využívání urgentních služeb a zdravotní záchranné služby. Podstatné úspory a posílení regenerace a psychosociálního fungování (NV).
Jerrell et al. (1994)	Částečně randomizovaná a kontrolovaná studie	Osoby se závažným duševním onemocněním a souběžnými poruchami spojenými s užíváním látek	Srovnání 3 intervencí: ICM, návčiku behaviorálních dovedností (BST) a abstinenčního programu 12 kroků Intervence 18 měsíců a kontrola 6 měsíců	U všech 3 intervencí došlo k poklesu využívání akutních a subakutních služeb a ke zvýšení účasti v ambulantních a komunitních typech léčby, zvláště u klientů s vyšším počtem předchozích hospitalizací (V). ICM a BST snížily celkové náklady na zdravotní péči více než program 12 kroků (NV). Náklady pro společnost se snížily o 43 % bez přenosu břemene na rodinu nebo trestněprávní systém. Žádné rozdíly mezi skupinami u úrovně fungování nebo sociálního přizpůsobení.
Ridgely & Jerrell	Částečně randomizovaná a kontrolovaná studie	Osoby se závažným duševním onemocněním a souběžnými poruchami souvisejícími s užíváním látek (n=132)	Srov. Jerrell et al. (1994)	BST: nejvyšší hodnocení psychosociálního přizpůsobení a vyšší úroveň fungování a snížení symptomů (V). ICM: nejvyšší spokojenost s kvalitou života, nejméně příznaků problémového užívání látek, nejnižší náklady na služby v oblasti péče o duševní zdraví a nejnižší břemeno pro rodinu (NV). Významné odchylky mezi modely mezi jednotlivými lokalitami.
Jerrell & Ridgely (1996)	Srov. Ridgely & Jerrell (1996)	Srov. Ridgely & Jerrell (1996)	Srovnání 3 intervencí, kontrola robustní a nerobustní implementace	Robustní ICM spojen s vyšší mírou psychosociálního fungování, nižšími příznaky užívání alkoholu a drog a nižšími náklady na interenzní služby (V). Nerobustní ICM vytváří významně vyšší náklady než jiné nerobustně zavedené intervence.
Drake et al. (1998)	Randomizovaná a kontrolovaná studie	Pacienti s dvojitou diagnózou (n=203)	ACT srovnána se standardním CM Intervence 36 měsíců	ACT: vyšší zlepšení u některých měřítek problémového užívání látek a kvality života (V), avšak ekvivalentní zlepšení u většiny měřítek; počet stabilních dnů v komunitě, počet dnů hospitalizace, psychiatrické příznaky a remise (NV). Významně zlepšení u všech měřítek v průběhu 3 let, zejména u servání v létebě, problémového užívání látek a počtu stabilních dnů v komunitě (V). Standardním klientům CM bylo poskytnuto více ambulantních služeb, což bylo spojeno s nedostatkem rozdílných účinků mezi oběma skupinami.

6 Přehled účinnosti různých modelů case managementu pro uživatele látek

<b>Autoři</b>	<b>Typ studie</b>	<b>Vzorek</b>	<b>Intervence</b>	<b>Účinky</b>
Clark et al. (1998)	Randomizovaná a kontrolovaná studie	Osoby s dvojitou diagnózou (n=193)	Srovnání nákladové efektivity mezi ACT a SCM Intervence 36 měsíců	Postupem času významný pokles užívání látek u obou skupin. Žádný rozdíl v nákladové efektivitě v třiletém období při zaměření na užívání látek a kvalitu života (NV). Longitudinální analýza ukázala SCM jako účinnější v průběhu prvních 2 let, zatímco ACT byla účinnější v posledním roce studie (NV).
Sorensen et al. (2003)	Randomizovaná a kontrolovaná studie	Uživatelé látek s HIV/AIDS (n=190)	ICM ve srovnání s krátkodobým kontaktem (prostředkovatelský CM) Intervence 12 měsíců a kontrola 6 měsíců	Žádné významné rozdíly mezi krátkodobým kontaktem a ICM u využívání služeb a drogových výsledků s výjimkou nízkověšší sexuálního chování u skupiny ZCM. Objem CM nebyl vztažen ke zlepšení výsledků. U obou skupin došlo postupem času ke zlepšení: stejné, významný pokles závažnosti problémů v prvních 6 měsících, avšak tento pokles již nebyl po 12 a 18 měsících významný.
Godley et al. (2002)	Randomizovaná a kontrolovaná studie	Dospívající v rezidenční léčbě problémového užívání látek (n=114)	Běžná průběžná péče (BPP) ve srovnání s BPP a doplňkovou asertivní průběžnou péčí (APP) včetně ICM Intervence 3 měsíce	Žádná rozdíly mezi skupinami v délce pobytu a dokončení léčby. U APP vyšší pravděpodobnost zahájení a dalšího přijímání služeb průběžné péče (V). U APP vyšší pravděpodobnost abstinence od marihuany a menšího počtu dnů požití alkoholu 3 měsíce po propuštění (S).
Kilbride et al. (2000)	Kontrolovaná studie (bez náhodného přiřazení)	Donošené a mírně nedonošené děti uživatelů kokainu (n=70)	Srovnání intenzivního rodinného CM (n=70) a běžné následné kontroly (n=48): dodatečná kontrolní skupina odpovídajících dětí nevystavených návykovým látkám Intervence 36 měsíců	Málo rozdílů ve výsledcích neurologického rozvoje u všech tří skupin (NV). Děti u ICM měly vyšší průměrné výsledky než skupina následné kontroly u kognitivního rozvoje po 6 měsících (V), avšak nikoli při pozdějších hodnoceních. Skupina ICM měla lepší verbální výsledky než skupina následné kontroly po 36 měsících (V). Oběma skupinám uživatelů kokainu byly děti odebrány z péče ve stejné míře (NV).
Thornquist et al. (2002)	Retrospektivní studie medicínských databází	Problémoví uživatelé alkoholu na veřejnosti, kteří často využívají urgentní služby (n=92)	Srovnání 3 programů: cizicky a genderově specifické podporované bydlení a intenzivní street CM Intervence min. 4 měsíce Období studie 24 měsíců	Pokles mediánu počtu detoxikačních návštěv a návštěv zdravotnických zařízení (V). Pokles mediánu léčebných nákladů a celkových nákladů na zdravotní péči (S), avšak průměrné náklady se neshodly v důsledku extrémně katastrofálních případů. Nižší využití zdravotní péče (NV). ICM nákladově neefektivnější, jelikož výsledky byly obdobné a náklady nebyly tak vysoké jako na podporované bydlení.
Evenson et al. (1998)	Retrospektivní studie databází CSTAR	Osoby v programu CSTAR (n=280)	Komunitní program zahrnující komplexní služby a ICM Intervence min. 4 měsíce Období studie 10 měsíců	Jednotné pozitivní výsledky v několika oblastech typicky ovlivňovaných problémovým užíváním látek: celkové fungování, poctované oběže, užívání látek, mezidílkové problémy, potíže se zákonem, náklady na závislost, produktivita, rodičovství a nezávislost života (V). Vysoká míra spokojenosti s léčebnými službami. Nejdelší pobyt: spojován s nepříznivějšími výsledky (NV).
Durrell et al. (1993)	Pre-post test (nekontrolovaná studie)	Osoby se závažným duševním onemocněním (n=84), někteří se současným užíváním látek (n=43)	ICM Intervence 18 měsíců a kontrola 6 měsíců	Nevelká zlepšení: nižší problémové užívání látek a změna vzorců využívání služeb (NV). Žádné rozdílné účinky u uživatelů látek ve srovnání s duševně nemocnými.

<b>Autoři</b>	<b>Typ studie</b>	<b>Vzorek</b>	<b>Intervence</b>	<b>Účinky</b>
Lanehart et al. (1996)	Pre-post test (nekontrolovaná studie)	Těhotné uživatelské látek a uživatelské látek po porodu (n=152)	Široký soubor služeb a podpor v rámci intervizního case managementu	Významná zlepšení u všech výsledkových ukazatelů: užívání látek, zaměstnání, opětovné zjištění, uvěznění, porodní imunita dítěte a sociální podpora. Delší pobyt v programu byl spojován s vyšším počtem dnů abstinence (V).
Godley et al. (2000)	Pre-post test (nekontrolovaná studie)	Uživatelé látek a duševně nemocní v systému trestního soudnictví (n=54)	ICM (2 manažeri případů/osobu: TASC a MISA manažer případu) Intervence min. 4 měsíce	Významně snížené problémy se zákonem při kontrole po 6 měsících a zlepšení dalších problémů souvisejících s drogami (NV). Zlepšená kvalita života (NV). Většina subjektů uváděla „současný život“ jako lepší než v uplynulém roce a s programem byla obecně velmi spokojeni. Vyšší úspěšnost klientů v přístupu k péči v oblasti problémového užívání látek než v oblasti duševního zdraví.
Rich et al. (2001)	Pre-post test (nekontrolovaná studie)	HIV pozitivní delikventi propuštění z výkonu trestu (n=97)	ICM Intervence 18 měsíců	Docházelo sice k relapsům a opětovným uvězněním, avšak klienti byli udržováni v řadě různých služeb a 100 % z nich byli příjemci lékařských služeb v oblasti HIV. Téměř všichni klienti byli v programu udrženi 18 měsíců. Intervence vnímána většinou klientů jako prospěšná.
Oliva et al.	Pre-post test (nekontrolovaná studie)	Chronicky závislí s mnohočetnou diagnózou (multi-impaired) v 16 zemích (n=1660)	ICM Intervence 12 měsíců	Podle manažerů případů se celková situace klientů zlepšila (47 %) nebo stabilizovala (20 %), zejména v oblasti životní situace, právních problémů, zdravotního stavu, sociálních problémů a finanční situace. Pozitivní výsledky byly vztaženy k delšímu setrvání v léčbě. 85,1 % klientů se domnívalo, že se jejich situace zlepšila, a většina byla s touto intervencí velmi spokojena (74,2 %) nebo spokojena (21,5 %).
Vanderplasschen et al. (2001)	Pre-post test (nekontrolovaná studie)	Uživatelé látek s vícečetnými a komplexními problémy (n=24)	ICM Intervence 12 měsíců	Pokles a stabilizace užívání látek, právních, pracovních a rodinných problémů po 12 měsících (V). Zlepšení vztahů ke setrvání v léčbě.

**Tabulka 6.3 | Přehled studií zabývajících se účinností case managementu založeného na silných stránkách (CMSS), včetně řešení studie, vzorku, typu intervence a polarity a významnosti účinků**

<b>Autoři</b>	<b>Typ studie</b>	<b>Vzorek</b>	<b>Intervence</b>	<b>Účinky</b>
Siegel et al. (1996)	Randomizovaná a kontrolovaná studie	Veteráni s problémem užívání látek, kteří vyhledali léčbu (n=632)	Obyklá primární léčba a následná péče ve srovnání s primární léčbou a následnou péčí s doplňkovým CMSS Intervence 6 měsíců	Obě skupiny zaznamenaly významné zlepšení v oblasti zaměstnání, avšak CMSS vedl k dalšímu zlepšení, delší trvání zaměstnání, méně problémů v zaměstnání a menší problematičnost pracovní situace (V). Lepší výsledky u zaměstnání vztaheny k zlepšení v jiných oblastech (zdraví, alkohol, drogy, problémy se zákonem, sociální oblast, psychiatrické problémy) (V).
Siegel et al. (1997)	Srov. Siegal et al. (1996)	Veteráni s problémem užívání látek, kteří vyhledali léčbu (n=258)	Srov. Siegal et al. (1996)	Positivní vztah mezi dobou strávenou v léčbě a výsledky (V). Osoby, které vypadly z CMSS a běžné péče: nižší úroveň fungování (V). Osoby, které v CMSS setrvaly: nižší kriminalita (V) a vyšší zaměstnanost (NV). Klienti CMSS a běžné péče: další zlepšení u užívání drog a docházky do svépomocných skupin (V).
Rapp et al. (1998)	Srov. Siegal et al. (1996)	Veteráni s problémem užívání látek, kteří vyhledali léčbu (n=444)	Srov. Siegal et al. (1996)	Klienti CMSS zůstali déle v postprimární péči (V), což mělo významný vztah k výsledkům u užívání drog. CMSS bez přímého dopadu na závažnost užívání drog; zprostředkovaně však přes setrvávání v léčbě.
Siegel et al. (2002)	Srov. Siegal et al. (1996)	Veteráni s problémem užívání látek, kteří vyhledali léčbu (n=453)	Srov. Siegal et al. (1996) Následná kontrola po 12 měsících	Klienti CMSS setrvali déle ve službách následné péče (V), což bylo spojeno s lepšími výsledky u policebné kriminality (V). Délka účasti v následné péči rovněž spojena s výsledky v zaměstnanosti a připravenosti k léčbě (V).
Vaughan-Sarrazin et al. (2000)	Randomizovaná a kontrolovaná studie	Uživatelé látek, přijatí k rezidenční léčbě (n=229)	Skupina standardně léčených srovnána se 3 modalitami CM v lowě (vycházejícími z principů silných stránek); CM uvnitř zařízení, CM v sociální agentuře (vnějším CM) a telekomunikačním CM Intervence 12 měsíců	Vnitřní CMSS: silný dopad na využití lékařských služeb a služeb uživatelským látek (ambulantní léčba nebo následná péče) ve srovnání s jinými skupinami. CMSS: žádný dopad na služby v oblasti duševního zdraví (NV). Osobní (face-to-face) CMSS s vyšším dopadem na využívání služeb než telekomunikační CMSS (V). Využití léčebných služeb u všech modalit trvale klesalo od zahájení programu do posledního čtvrtletí (NV).
Sarrazin et al. (2001)	Srov. Vaughan-Sarrazin et al. (2000)	Uživatelé látek, přijatí k rezidenční léčbě (n=494)	Srov. Vaughan-Sarrazin et al. (2000)	CMSS: významný dopad na vnímání rodinných vztahů a rodičovských postojů, zvláště u osob zaměstnaných a ve věku nad 30 let, nikoli však na vnímání užívání partnerem, žádné rozdíly mezi modalitami. Dopad byl nejsilnější po 6 měsících (V), avšak nebyl patrný po 3 a 12 měsících. Postupem času zlepšení u užívání látek (V), avšak žádné rozdíly mezi modalitami (NV).

<b>Autoři</b>	<b>Typ studie</b>	<b>Vzorek</b>	<b>Intervence</b>	<b>Účinky</b>
Saleh et al. (2002)	Srov. Vaughan-Sarrazin et al. (2000)	Uživatelé látek přijatí k rezidenční léčbě (n=662)	Srov. Vaughan-Sarrazin et al. (2000)	Žádná rozdílná účinnost u poklesu užívání látky mezi modalitami (NV). Vnější CM: lepší výsledek u užívání drog po 3 měsících a lepší psychiatrický stav po 3 a 12 měsících (V) ve srovnání s kontrolní skupinou. Vnitřní CM: lepší právní situace po 3 a 6 měsících; lepší zaměstnanost po 12 měsících (V) ve srovnání s kontrolní skupinou. Telekomunikační CM: žádné rozdíly oproti kontrolní skupině u žádné oblasti života.
Block et al. (2003)	Srov. Vaughan-Sarrazin et al. (2000)	Uživatelé látek přijatí k rezidenční léčbě (n=213)	Srov. Vaughan-Sarrazin et al. (2000)	Telekomunikační CM: lepší výsledky u alkoholu, problémů se zákonem a psychiatrických problémů u klientů s vyššími premorbidními kognitivními schopnostmi (V).
Cretzmeyer et al. (2003)	Srov. Vaughan-Sarrazin et al. (2000)	Uživatelé látek přijatí k rezidenční léčbě, s primárními drogou anfetaminem (n=41)	Srov. Vaughan-Sarrazin et al. (2000)	Lepší výsledek u zaměstnanosti (V) a nižšího výskytu deprese (NV) ve srovnání s kontrolní skupinou. CMSS nemá na uživatele metamfetaminu odlišný dopad než na klienty uvádějící primární užívání jiných drog (NV).
Huber et al. (2003)	Srov. Vaughan-Sarrazin et al. (2000)	Uživatelé látek přijatí k rezidenční léčbě (n=437)	Srov. Vaughan-Sarrazin et al. (2000)	Objem CMSS se mezi modalitami liší (V), a to ve prospěch telekomunikačního CM (širší záběr a vyšší četnost služeb). Objem case managementu byl spojen se závažnějšími problémy se zákonem a rodinnými problémy (V). Nevyšší objem v prvním čtvrtletí, v dalších měsících postupně klesal.
Zanis & Coviello (2001)	Případová studie	Chronicky nezaměstnaní klienti – účastníci udržovacího metadonového programu (n=10)	CMSS v oblasti zaměstnanosti Intervence 6 měsíců (kontrola 8 měsíců)	Pozitivní výsledky u zaměstnání (po 2 měsících 9 zaměstnaných, 6 si zaměstnání udrželo po 8 měsících). CMSS účastníky považován za účinnou a cenou intencí. Ukončení CMSS vedlo u 3 osob ke ztrátě zaměstnání. Zaměstnání nebránilo účasti v léčbě problémového užívání látek.

**Tabulka 6.4 | Přehled studií zabývajících se účinností univerzálního nebo standardního case managementu (SCM), včetně řešení studie, vzorku, typu intervence a polaritu a významnosti účinků.**

<b>Autoři</b>	<b>Typ studie</b>	<b>Vzorek</b>	<b>Intervence</b>	<b>Účinky</b>
Mejta et al. (1997)	Randomizovaná a kontrolovaná studie	Injekční uživatelé drog, kteří vyhledali léčbu prostřednictvím zařízení centrálního příjmu (n=316)	SCM srovnání s kontrolní podmínkou, včetně omezených informací o předávání klientů Intervence 3 roky	Skupina SCM získala přístup k léčbě ve vyšším počtu a rychleji než kontrolní skupina (V), zejména pokud case manažeré měli přístup k prostředkům na služby. Klienti SCM servírali v léčbě téměř dvojnásobně dlouho (V). SCM: lepší výsledky léčby, včetně nižšího užívání alkoholu a drog (NV).
Levy et al. (1995)	Randomizovaná a kontrolovaná studie	Injekční uživatelé drog (n=200)	SCM srovnání s minimální intervencí (informace a předání klienta) Intervence 36 měsíců	Užívání drog se výrazně snížilo (NV), užívání drog v kontrolní skupině v menší míře.
Conrad et al. (1998)	Randomizovaná a kontrolovaná studie	Závislí veteráni bez domova - muži (n=358)	SCM poskytovaný k programu rezidenční péče srovnán s hospitalizačním programem na 21 dní Intervence 12 měsíců a kontrola 24 měsíců	Skupina SCM: významně rozdílné účinky u zdravotního stavu, alkoholu, zaměstnání a bytové situace po 24 měsících, avšak rozdíly byly pozorovány zejména v prvním roce a v průběhu druhého roku se snižovaly. U obou skupin došlo postupem času ke zlepšení v těchto 4 měřících (V). Kontrolní skupina měla také přístup k velkému množství služeb, které také využívala.
Lapham et al. (1995)	Randomizovaná a kontrolovaná studie	Uživatelé alkoholu bez domova (n=469)	Srovnání 3 intervencí: SCM plus bydlení s intervencí, bydlení s intervencí samotné a kontrolní skupina s přístupem a bez přístupem Intervence 4 měsíce a kontrola 10 měsíců	Významná zlepšení v rámci skupiny: užívání alkoholu, bytová situace, zaměstnání, ale žádné rozdíly mezi skupinami. U absolventů programu příznivější výsledky v oblasti užívání látek a bydlení než u odpadlých účastníků (V). Výsledky ovlivnila motivace spíše než programové faktory (NV).
Volpicelli et al. (2000)	Randomizovaná a kontrolovaná studie	Matky závislé na kokainu (n=84)	SCM ve srovnání s programem psychosociálně rozšířenou léčbou (PRL), včetně individuální psychoterapie Intervence 12 měsíců	Žádný rozdíl mezi skupinami ve využívání služeb s výjimkou individuální terapie. Setravní v programu významně lepší u klientů PRL. Užívání kokainu se u obou skupin významně snížilo (V), avšak skupina PRL vykazovala významně vyšší pokles. Psychosociální fungování se u obou skupin zlepšilo (V), avšak bez rozdílných účinků.
Eisen et al. (2000)	Kvazieperimentální řešení	Těhotné a ženy po porodu (n=658)	Komunitní programy (včetně SCM nebo denní léčby) ve srovnání s žádnou nebo s alternativní intervencí Intervence 24 měsíců (kontrola 9 měsíců)	Pokles užívání alkoholu, marihuany, cracku a jakýchkoli nezákonných látek od přijetí do 30 dnů po porodu (V), avšak účinky zmizely 6 měsíců po porodu. Programy CM měly nižší prevalence užití jakékoli nezákonné látky a cracku 30 dnů po porodu (V), avšak tyto výsledky nebyly 6 měsíců po porodu udrženy. Výsledky díky objemu prevence a osvěty v oblasti užívání drog.



<b>Autoři</b>	<b>Typ studie</b>	<b>Vzorek</b>	<b>Intervence</b>	<b>Účinky</b>
Shwartz et al. (1997)	Design s retrospektivní kohoutou	Klienti propuštění z krátkodobé (n=3112) nebo dlouhodobé rezidenční léčby (n=2888), ambulantní léčby (n=7431) nebo rezidenční detoxikace (n=7776)	Programový SCM	Klienti CM zůstali v léčbě 1,6krát (ambulantní) až 3,6krát (krátkodobá rezidenční) déle (V). U klientů CM byla po propuštění nižší pravděpodobnost opětovného přijetí k detoxikaci (s výjimkou ambulantních klientů) (V). Objem posprávných péčí 1,7krát vyšší u klientů CM (V). Délka pobytu vztazena k lepším výsledkům (V), avšak mezi intenzitou CM a výsledky nebyl zjištěn vztah.
Van Stelle et al. (1994)	Retrospektivní studie záznamů z trestní justice	Delikventi přijatí do léčebného alternativního programu (n=259)	SCM Intervence 12 měsíců Období studie 18 měsíců	58 % znovu zatčeno v době následné kontroly 18 měsíců, avšak míra opětovného zatčení a opětovného odsouzení se významně odlišovala podle stavu dokončení programu (zatčeno 43 % absolventů oproti 74 % nedokončivších klientů). Léčebný alternativní program byl také úspěšnější u pachatelů s rozsáhlym trestním rejstříkem. SCM nakladově efektivnější než uvěznění (NV).
Laken & Ager (1996)	Retrospektivní studie karet klientů	Těhotné ženy, které kontaktovaly program case managementu (n=225)	Komunitní SCM Intervence 18 měsíců	SCM napomohl při překonání překážek léčby a podpořil servání v programu (S). SCM, včetně dostupnosti dopravy, významně vztážen k docházce k léčbě a servání v léčbě.
Mercier & Racine (1993)	Retrospektivní analýza karet klientů	Bezdomovkyňe s problémy v oblasti škodlivého užívání látek (n=25)	SCM Intervence min. 6 měsíců Kontrola 12 a 36 měsíců	SCM u většiny klientů vedl ke zlepšení nebo stabilizaci podmínek života po 12 měsících, avšak zlepšení nebyla postupem času udržena (po 36 měsících). Většina zlepšení se týkala bytové situace, finanční situace, problémového užívání látek; zhoršení vztazeno k problémům s tělesným a duševním zdravím. Ženy, které byly sledovány déle, vykazaly nevyšší míru zhoršení a závažnější problémy.

Tabulka 6.5 | Přehled studií zabývajících se účinností univerzálního neboli standardního case managementu (SCM), včetně řešení studie, vzorku, typu intervence a polaritu a významnosti účinků.

<b>Autoři</b>	<b>Typ studie</b>	<b>Vzorek</b>	<b>Intervence</b>	<b>Účinky</b>
Scott et al. (2002)	Randomizovaná a kontrolovaná studie	Klienti na centrálním příjmu (n=692)	BCM v porovnání s žádným case managementem	U klientů ve skupině CM (zvláště mladších) byla vyšší pravděpodobnost, že se dostaví k léčbě (S) Klienti CM měli vyšší počet doporučení do pomocných služeb (S). Žádné rozdíly v objemu služeb a délce protidrogové léčby. Zvýšená možnost, že hodnocení klienti se dostaví do programu, kam byli doporučení (S).
McLellan et al. (1999)	Retrospektivní studie záznamů z trestní justice	Problémoví uživatelé látek docházející do ambulanci léčby (n=537)	CCM v porovnání se standardní ambulancí léčbou Intervence 6 měsíců	Vina 1 (12 měsíců po implementaci) - ve skupině zlepšení z hlediska užívání látek, psychologických problémů a rodinných problémů (S), obě skupiny čerpaly velmi podobné služby, takže mezi skupinami nebyly žádné rozdílné účinky. Vina 2 (26 měsíců po implementaci) - skupina CCM více využívala zdravotnických služeb (S) a služeb protialkoholní léčby, zaměstnanosti a právního poradenství (NS). Významná zlepšení v užívání alkoholu a drog, zdravotního a duševního stavu, zaměstnanosti. Rozsáhlé školení na podporu spolupráce a předjednání služeb pro zajištění jejich dostupnosti podmínkou úspěchu.
Okim et al. (2000)	Pre-post test	Pacienti, kteří byli na oddělení urgentního příjmu nejméně pětkrát za posledních 12 měsíců (n=53)	Intenzivní CCM Intervence 12 měsíců	Pokles medián návštěv oddělení urgentní medicíny a náklady, naopak stoupl počet ambulančních návštěv (S). Bezdomovectví pokleslo o 57%, užívání alkoholu o 22% a užívání drog o 26% (S). Zvýšená souvzrost s primární péčí a snížení objemu akutních služeb a nákladů na pobyt v nemocnici (S). Na každý dolar investovaný v programu připadalo snížení nákladů na pobyt v nemocnici o 1,44 dolaru.



## 7 Kvalitativní studie efektivity case managementu u osob využívajících více služeb v belgických podmínkách léčby užívání látek<sup>1</sup>

**OBSAH KAPITOLY.** Části uživatelé služeb a uživatelé různých služeb čerpají v nepřiměřené míře dostupných služeb a zdroje v léčbě užívání návykových látek. Standardní léčba pro tyto klienty bývá popisována jako frustrující a neefektivní. Intenzivní case management byl proveden u malého vzorku uživatelů různých služeb s cílem snížit míru využívání rezidenčních služeb, optimalizovat výběr odpovídajících služeb pro klienta, zlepšit fungování klientů, zlepšit udržení v léčbě a zlepšit spokojenost se službami. Předkládáme výsledky kvalitativní studie, která zkoumá, zda intenzivní case management vedl k dosažení zamýšlených výsledků a které prvky tyto účinky vyvolaly. K posouzení účinnosti intervence byly použity standardizované nástroje, rozhovory s klienty a manažery případu a záznamy vedené manažery případů. Porovnání výsledků jednotlivých případů po 6 měsících u prvních 20 klientů, kteří se projektu zúčastnili (n = 20) ukázalo, že intenzivní case management pomohl stabilizovat a omezit většinu problémů užívání drog, problémů v zaměstnání a fungování rodiny a problémů tělesného a duševního zdraví. Osoby, kterým byly poskytovány služby intenzivnějšího case managementu, obecně vykazovaly výraznější zlepšení, pokud jde o drogy a psychické problémy. Míra využití služeb byla značně vysoká, zejména u klientů využívajících intenzivnější služby case managementu, zatímco udržení v léčbě se zlepšilo jen v několika málo případech. Došli jsme k závěru, že intenzivní vedení případů bylo účinnou intervencí pro zlepšení komunikace a koordinace péče a pro snížení nebo alespoň stabilizaci problémů souvisejících s drogami v populaci osob využívajících několik různých služeb a že téměř všichni účastníci považovali case management za efektivní a přínosnou intervenci.

1 Kapitola vychází z následujícího zdroje: Vanderplasschen, W., Lievens, K., Franssen, A. & Broekaert, E. (2004). *Qualitative study on the effectiveness of case management for multiple service users in Belgian substance abuse treatment*. Rukopis odevzdán k publikaci.

## 7.1 Úvod

Částí uživatelé služeb a uživatelé několika různých služeb jsou uváděni jako rostoucí problém zejména na odděleních akutní péče, v krizových a detoxikačních centrech a jiných akutních službách (Cox et al., 1998; Kinnunen & Nilson, 1999; Okin et al., 2000; Thornquist, Biros, Olander & Sterner, 2002; Witbeck, Hornfeld & Dalack, 2000). Mimo jiné i proto, že tento jev je způsoben rostoucí složitostí zdravotních problémů a systémů péče (Nassen, 2001; Willenbring, 1996). Časté využívání služeb je spojeno především s bezdomovectvím, užíváním návykových látek, nezaměstnaností, sociálním vyloučením, nedostatečností nároků na pojistné dávky, zdravotními a psychickými problémy, sebevražedným jednáním a zvýšeným rizikem úmrtnosti (Keene, Bailey, Swift & Janacek, 2000; Langdon, Yaguez, Brown & Hope, 2001; Okin et al., 2000; Witbeck et al., 2000).

Přes množství útržkovitých důkazů o osobách, které opakovaně využívají totéž zařízení nebo několik různých zařízení, jsou k dispozici relativně chudá empirická data o těchto takzvaných „klientech v otáčivých dveřích“, „společných klientech“ nebo „turistech protidrogové léčby“ (Keene, Swift, Bailey & Janacek, 2001; Kertesz, Horton, Friedmann, Sairz & Samet, 2003; Kinnunen & Nilson, 1999; McCarty, Caspi, Panas, Krakov & Mulligan, 2000). Lze to přičíst chybějící společné definici, malému odbornému zájmu o populaci s mnohočetnými problémy a nedostatku vhodných výzkumných metod (Keene et al., 2001).

Jen někteří autoři se zaměřili na rozsah častého využívání služeb a využívání několika různých služeb v populaci osob užívajících látky (Keene et al., 2000; Thornquist et al., 2002). Thornquist et al. (2002) prokázali, že počet problémových uživatelů alkoholu na veřejnosti, kteří často a opakovaně využívají k lékařskému ošetření pohotovostní oddělení, představuje 5,6 % všech ročních návštěv pohotovostních služeb. Rozsáhlá studie o opakovaném využívání služeb a společných klientech ve východní Anglii ukázal, že přibližně polovina všech klientů (49 %), kteří byli v kontaktu s protialkoholními a protidrogovými zařízeními, byla v průběhu dvouletého období registrována nejméně jednou ještě v jiném zařízení sociální nebo zdravotní péče (Keene et al., 2000).

V naší studii mnohočetného a opakovaného využívání služeb specializovaných zařízení pro léčbu užívání návykových látek v regionu Gent (Belgie) jsme odhadli, že podíl osob užívajících látky, které zahájí léčbu ve třech nebo více zařízeních během šesti- a osmiměsíčního registračního období, činí 2,9 %, respektive 4 % (Vanderplasschen, Lievens & Broekaert, 2001a; Vanderplasschen, Colpaert, Lievens & Broekaert, 2003). Ačkoli tyto případy nepředstavují početně velké skupiny osob užívajících látky, tato podskupina si připsala 9,9 %, respektive 14 % všech registrací v průběhu daného období. Zjištění svědčí o ne-

přiměřeném využívání dostupných služeb a zdrojů těmito osobami (Keene et al., 2001; McCarty et al., 2000; Okin et al., 2000; Thornquist et al., 2002).

Péče o tuto konkrétní skupinu osob užívajících drogy byla popsána jako frustrující a náročná (Thornquist et al., 2002). Z rozhovorů s poskytovateli péče v zařízeních, která se zúčastnila našeho výzkumu, vyplynulo, že chybí odpovídající strategie a intervence k řešení problematiky těchto klientů (Vanderplasschen, De Bourdeaudhuij & Van Oost, 2002). Tradiční služby pro léčbu užívání látek se pro tuto cílovou populaci ukázaly jako poměrně neúčinné, což vedlo k tomu, že klientům byla poskytována epizodická, nekontinuální a nedostatečná péče (Cox et al., 1998; Okin et al., 2000; Thornquist et al., 2002; Vanderplasschen, Rapp, Wolf & Broekaert, v tisku). Jestliže byly k dispozici komplexní a dlouhodobé intervence, bylo patrné zásadní zlepšení ve fungování klientů (Braucht et al., 1995; Cox et al., 1998). Intenzivní case management byl úspěšně uplatněn u častých uživatelů služeb (např. problémových uživatelů alkoholu na veřejnosti) s cílem snížit používání drahých lůžkových služeb, podpořit účast v komunitních službách a stabilizovat a zlepšit fungování klientů (Okin et al., 2000; Thornquist et al., 2002; Witbeck et al., 2000). Avšak pouze omezený počet randomizovaných a kontrolovaných studií poskytuje nějaký důkaz o rozdílné efektivnosti case managementu ve srovnání s obvyklou péčí (Vanderplasschen, Wolf, Rapp & Broekaert, 2004). Přesto většina studií prokázala významný vliv intervence na fungování klientů v průběhu doby (Drake et al., 1998; Lapham, Hall & Skipper, 1995; Stahlerem, Shipley, Bartelt, DuCette & Shandler, 1995).

Pro naplnění potřeb častých uživatelů služeb a uživatelů několika různých služeb byly v regionu Gent (Belgie) vytvořeny dvě intervence v síti služeb pro osoby užívající látky, jejichž cílem je zajistit koordinaci a kontinuitu péče o tuto specifickou populaci. Intervence zahrnují: (1) strukturální koordinaci péče mezi zařízeními s projednáváním společných klientů a společných strategií pro řešení problematiky podskupiny, (2) intenzivní case management. Výchozí předpoklad byl, že obě intervence sníží využívání několika různých služeb jedním klientem a povedou k lepšímu výběru odpovídající léčby pro klienta (client-treatment matching). Vzhledem k tomu, že case management nabízí intenzivnější a specializovaný přístup, očekávalo se další zlepšení v oblasti fungování klientů, účasti a udržení v léčbě, míry využívání služeb a spokojenosti s poskytnutými intervencemi.

Tato studie zkoumá účinnost intenzivního case managementu pro dosažení stanovených cílů u osob užívajících látky, které využívají několika různých služeb nebo které takové služby potřebují kvůli své složité situaci (například těhotenství, rodičovství, duální diagnóza nebo nelegální přistěhovalectví). Chtěli jsme prozkoumat, zda program case managementu dosáhl v prvé řadě zamýšlených výsledků a které prvky tyto účinky vyvolaly; proto tento článek prezentuje výsledky kvalitativní studie, jež se zaměřila na proces case managementu a vý-

sledky dosažené intervencemi během prvních šesti měsíců. Kvalitativní studie je součástí randomizovaného a kontrolovaného výzkumného projektu, který ověří zde prezentované předběžné výsledky a hypotézy na velkém vzorku, včetně kontrolní skupiny, kde intervence nebude prováděna. Výsledky randomizované a kontrolované studie budou uvedeny v dalších publikacích, protože počet sledovaných případů bude kumulativně prodloužen až do jara 2006.

## 7.2 Popis programu

Jmenování regionálních koordinátorů péče belgickou federální vládou v roce 2002 podnítilo spolupráci a koordinaci v oblasti léčby užívání návykových látek (FAD Volksgezondheid, 2002). V gentském regionu to na jedné straně vedlo k tomu, že jsou jednou za tři týdny pořádány porady poskytovatelů péče z několika specializovaných zařízení, kteří diskutují o vstupních kritériích, procedurách příjmu a propouštění u jednotlivých partnerů a kteří monitorují přijaté a postoupené případy a služby poskytnuté společným klientům (Fransen, 2003). Tento strukturální přístup bude dále označován jako koordinace péče [*cliëntenoverleg*]. Na druhé straně byl zaveden adaptovaný model case managementu, který odstranil většinu nedostatků původního pojetí intervence (Vanderplasschen, Lievens & Brockaert, 2001b). Za financování provincie Východní Flandry a města Gentu jsme navrhli tříletý ukázkový projekt intenzivního case managementu pro zajištění komplexní, individuální a nepřetržité péče, podporu fungování klientů v komunitě, přiměřené využívání zdrojů pomoci a zlepšení koordinace a komunikace mezi službami. Projekt je popsán níže, na základě toho, čemu se manažeři případů věnují (aktivity) a jak jsou tyto aktivity realizovány (pojetí) (Godley, Finch, Dougan, McDonnell, McDermeit & Carey, 2000).

### 7.2.1 Aktivity

Úkoly manažerů případů jsou podobné těm, které uvádí Moxley (1989): posouzení, plánování, přímé služby (podpora, krizové intervence, poradenství, školení), nepřímé služby (napojení, koordinace, terénní práce, zastoupení), monitorování a hodnocení. Posouzení se skládá z podrobné analýzy potřeb jednotlivců, závažnosti jejich problémů, anamnézy léčby, rizikových a ochranných faktorů, očekávání klientů, cílů a dalších informací. Na základě posouzení manažer případu sestavuje nebo upravuje individuální léčebný plán, který vymezuje konkrétní aktivity určené k tomu, aby klienta dovedly ke stanoveným cílům. Přímé služby zahrnují udržování nepřetržitého pomáhajícího vztahu

s klientem, jeho výcvik v záležitostech každodenního života, pomoc klientovi v době krize, učení klienta jak řešit problémy, poskytování modelového vzoru a nabídku možných scénářů, a v případě potřeby doprovázení klienta. Jestliže doprava není k dispozici přímo, manažeři vozí klienty na schůzky nebo je vyvedávají, aby je odvezli k léčebným sezením.

Vedle přímých intervencí je úkolem manažera případu pomáhat klientům spojit se s poskytovateli péče, kteří by mohli naplnit potřeby klientů (linking). Manažer případu vystupuje jako koordinátor, organizuje služby různých poskytovatelů a monitoruje proces léčby. Manažeři případů také zastupují své klienty, pokud služby nejsou běžně dostupné, např. v případě pořadníků nebo trestněprávních problémů či problémů s bydlením. Asertivní terénní práce znamená, že se manažeři případů setkávají se svými klienty v prostředí, kde žijí (např. doma, v práci, v léčebném zařízení, ve věznici). Manažeři případu dbají na to, aby klientům byly poskytovány služby uvedené v plánu léčby, a sledují dodržování léčby a pokroky směrem ke stanoveným cílům (monitoring). A konečně, propuštění a hodnocení se týkají způsobu, jak je case management ukončen a zahrnují formální hodnocení nabízených služeb a souvisejících výsledků.

## 7.2.2 Pojetí

Vlastní uspořádání programů case managementu ukazuje několik charakteristik: délku trvání, intenzitu, zaměření služeb, dostupnost, místo, orientaci na uživatele, školení, řídicí orgán a strukturu týmu (Ridgely & Willenbring, 1992). Délka trvání case managementu je omezená (šest měsíců), ale liší se v závislosti na potřebách klienta a dosažení cílů. Klienti hrají významnou úlohu při určování cílů, které – vzhledem k chronické povaze problémů klientů – se týkají spíše funkční stability než přísné abstinence. Manažeři případů jsou v kontaktu se svými klienty nejméně jednou týdně, poměr počtu manažerů k počtu klientů je asi 1:10, což svědčí o vysoké intenzitě case managementu. Manažeři případů zajišťují širokou škálu služeb, které jsou k dispozici především během normální otevírací doby.

Projekt byl realizován v centru zdravotně-sociální péče pro osoby užívající látky, které se nachází ve středu města Gentu a poskytuje především metadonovou udržovací léčbu. V případě nepřítomnosti některého manažera případu se mohou klienti obrátit na pracovníky centra, které má provozní dobu 24 hodin denně. Většina služeb vedení případů je poskytována na jiných místech, mezi něž patří bydliště klienta, veřejná místa, zařízení pro léčbu užívání látek, věznice, pracoviště klienta a školy.

Všichni tři manažeři případů mají magisterské tituly v oboru pedagogiky a rozsáhlé zkušenosti v práci s osobami, které trpí problémy souvisejícími s uží-



váním návykových látek. Dva z nich jsou lépe obeznámeni s přístupem zaměřeným na abstinenci, jeden je více zvyklý na filozofii snižování škod.

Ačkoli před projektem a během projektu bylo uspořádáno několik školení a supervizí, manažeři případu se školili především přímo při provádění intervence. Vzhledem k těsnému a intenzivnímu vztahu s klienty mají manažeři u klientů určitou autoritu, avšak ta není vždy přenosná při práci s jinými organizacemi, zvláště pokud manažer případu nemá úzké kontakty s jejími pracovníky. Ačkoli všichni manažeři případu mají svou individuální klientelu, uplatňuje se týmový přístup kvůli rozšíření dostupnosti služeb a kvůli podpoře a supervizi manažerů případu.

## 7.3 Metody

### 7.3.1 Účastníci studie

Účastníci studie byli vybráni ze skupiny častých uživatelů služeb a uživatelů několika různých služeb a osob, jež potřebují komplexní péči kvůli své složité situaci ( $n = 65$ ) a jejichž případy byly projednány na poradě ke koordinaci péče mezi zařízeními [*cliëntenoverleg*] dne 20. února a 13. března 2003. Hlavními kritérii způsobilosti byly: látková závislost po dobu delší než dva roky, na základě kritérií DSM IV (APA, 1996), problémy nejméně ve třech oblastech života indexu závažnosti návykového chování (Addiction Severity Index) (McLellan et al., 1992), nejméně tři předchozí léčebné epizody a nedávný kontakt se dvěma nebo více specializovanými centry pro léčbu užívání návykových látek. Pro splnění kritérií způsobilosti museli klienti také dát informovaný souhlas k účasti a nesměli se zúčastnit jiného programu case managementu. Klienti, kteří byli v dlouhodobé rezidenční léčbě nebo ji plánovali zahájit nebo měli bydliště mimo území provincie Východní Flandry, nemohli být zařazeni. Obě tyto kategorie byly vyloučeny, protože předchozí studie ukázaly, že prvně uvedená situace vedla k méně intenzivním kontaktům s manažery případů a k jejich nižší autoritě a druhý scénář byl nepraktický a časově velmi náročný (Vanderplasschen, Lievens et al., 2001b).

Všechny oprávněné osoby ( $n = 65$ ) byly náhodně rozděleny do skupiny case managementu ( $n = 43$ ) nebo do kontrolní skupiny (koordinace péče) ( $n = 22$ ). Protože jsme očekávali, že ne všem klientům se dostane stejné intenzity služeb case managementu, zařadili jsme do skupiny s experimentální podmínkou dvojnásobný počet klientů, abychom posléze vytvořili třetí podmínku (méně intenzivní nebo středně intenzivní case management). Během prvních šesti mě-

síců trvání projektu bylo ve skupině case managementu celkem 20 klientů a 10 klientů v kontrolní skupině. Analýza dat z kontrolní skupiny přesahuje rámec tohoto článku vzhledem k její malé velikosti a některým odlišnostem kontrolní podmínky v daném okamžiku.

Ze všech klientů zařazených do skupiny s vedením případů (n = 43) se pět odmítlo zúčastnit, pět souhlasilo, ale nepřišlo na první schůzku a třináct nebylo možné zastihnout, když byli požádáni o účast. Posledně jmenovaný důvod poklesu počtu účastníků byl dán časovou prodlevou mezi sestavením vzorku způsobilých účastníků (únor – březen 2003) a vlastním zahájením case managementu (duben – srpen 2003). Case management byl zahájen teprve 1. dubna, a to pouze s polovinou zamýšleného počtu případů (n = 10), protože manažeři případů byli jmenováni až 1. března 2003 a ještě museli být pro intervenci vyškoleni. Do konce srpna 2003 se podařilo počet zvýšit na 20 klientů u dvou manažerů případů pracujících na plný úvazek.

### 7.3.2 Postup

Aby bylo možné sledovat fungování klientů, vývoj jejich fungování a porovnávat výsledky z hlediska užívání drog na začátku studie a po šesti měsících, použili jsme několik zdrojů dat (např. standardizované nástroje, rozhovory s klienty a manažery případů, záznamy vedené manažery případů). Kvalitativní údaje byly shromažďovány o procesu vedení případu s cílem posoudit vztahy mezi procesem a výslednými proměnnými.

Během porad ke koordinaci péče mezi zařízeními v únoru a březnu 2003 představili poskytovatelé péče ze všech osmi zúčastněných zařízení (4 detoxikační centra, 3 centra ambulantní léčby a 1 dům pro bezdomovce) seznam všech klientů, kteří v konkrétním centru absolvují léčbu nebo o ni nedávno požádali a kteří splnili všechna čtyři kritéria pro zařazení do studie. Těchto osm samostatných seznamů bylo sjednoceno, očištěno od duplicit a náhodně rozděleno na dvě skupiny. Krátce po poradě ke koordinaci péče v březnu 2003 začali manažeři případů kontaktovat osoby zařazené do skupiny s prováděním case managementu, a to ve vzestupném číselném pořadí, přičemž se klientů dotazovali, zda mají zájem o účast ve studii. Pokud klienti souhlasili, manažeři případů jim studii vysvětlili a dohodli s nimi první schůzku. Během prvního kontaktu manažeři případů dále vysvětlili, jaký druh intervence klienti mají očekávat, získali informovaný souhlas a provedli vstupní rozhovor.

Rozhovory s klienty byly naplánovány na začátek a posléze po šesti a dvanácti měsících. Na podporu účasti při výchozím a následném posouzení obdrželi klienti za každý rozhovor nákupní poukazy (v hodnotě 15 €). Vstupní rozhovory prováděli manažeři případů a následně vedli vědečtí asistenti. Vstupní posouzení proběhla od 15. dubna do 31. srpna 2003, přičemž následné rozhovory po šesti měsících proběhly od 16. října 2003 do 29. února 2004. Vstupní

rozhovory obvykle trvaly asi hodinu a půl, přičemž následné posouzení trvalo déle než jednu hodinu. Rozhovory byly prováděny v místě výběru účastníků, většinou v centru zdravotně-sociální péče, v dalším léčebném centru, nebo doma u klientů nebo na jejich pracovišti.

Vstupní posouzení jsou k dispozici pro všechny klienty, u nichž byl prováděn case management (n = 20), ale po šesti měsících se ukázalo, že se čtyřmi osobami není možné rozhovor provést: jednoho účastníka studie nebylo možné dohledat, protože byl na útěku před policií poté, co uprchl z uzavřeného psychiatrického oddělení, tři další se opakovaně nedostavili na schůzku s jedním z výzkumných pracovníků. Výsledkem bylo 16 rozhovorů s klienty provedených při kontrole po šesti měsících.

Vedle standardizovaných rozhovorů vedli manažeři případů počítačové záznamy o své činnosti týkající se všech klientů (n = 20) po dobu šesti měsíců. Navíc byli všichni tři manažeři případů pravidelně dotazováni (jednou měsíčně během prvních tří měsíců, později každé tři měsíce) ohledně své činnosti, vývoje fungování klientů, jejich kontaktů se zařízeními. Údaje byly nahrány a poté z nich byl pořízen přepis.

### 7.3.3 Nástroje

Pro hodnocení fungování klientů a míru využití služeb na počátku studie a o šest měsíců později jsme použili nizozemskou verzi evropského indexu závažnosti návykového chování (Addiction Severity Index) (EuropASI) (Raes, 1999). Index závažnosti návykového chování je široce používaným nástrojem hodnocení ve výzkumu a je ověřen v mnoha prostředích léčby u různých skupin klientů (Broekaert et al., 2002; Hendriks, Kaplan, van Limbeck & Geerlings, 1989; McLellan et al., 1999). Jedná se jednoduhodínový strukturovaný rozhovor, který měří závažnost celoživotních a nedávných problémů (za posledních 30 dní) pomocí bodové stupnice (0–9) v sedmi oblastech bio-psycho-sociálního fungování: zdravotní stav, zaměstnání a soběstačnost, užívání alkoholu, užívání drog, trestněprávní situace, rodinné a sociální vztahy, psychiatrické symptomy (McLellan et al., 1992). Pro měření motivace k léčbě byl mezi účastníky studie ve skupině s vedením případu použit holandský překlad krátké verze nástroje TCU (de Weert-van Oene, Schippers, De Jong & Schrijvers, 2002). Tento 24bodový dotazník je hodnocen pomocí Likertovy sedmibodové škály a skládá se ze tří podstupnic: uznání problému, touha po pomoci a připravenost k léčbě. Vzhledem k tomu, že psychické problémy byly všudypřítomné a v naší předchozí studii case managementu zůstaly i o 12 měsíců později na relativně vysoké úrovni (Vanderplasschen, Lievens, Broekaert & Rapp, 2004), rozhodli jsme se použít pro posouzení nedávného psychického stresu (v posledních sedmi dnech) nástroj Symptom Check List 90-Revised (SCL-90-R) (Derogatis & Cleary, 1977). Dotazník obsahuje 90 položek a skládá se z devíti podstupnic: somatizace, ob-

sedantně-kompulzivní chování, interpersonální senzitivita, deprese, hostilita, úzkost, panický strach, paranoidní představy a psychotismus.

Vedle informací ze standardizovaných nástrojů byly údaje získány v průběhu otevřených rozhovorů s klienty a manažery případů. Vstupní rozhovory s klienty se zaměřily na dřívější míru využívání služeb a subjektivní názor klientů na úroveň jejich fungování v sedmi oblastech života podle indexu závažnosti návykového chování. Rozhovor po šesti měsících studie posuzoval míru využívání služeb a udržení v léčbě v předchozích měsících a subjektivní názor klientů na úroveň jejich fungování ve srovnání s dobou před šesti měsíci, a to s použitím pětibodové Likertovy škály od „mnohem horší“ až po „mnohem lepší“.

### 7.3.4 Analýza dat

Vzhledem ke kvalitativnímu přístupu studie a malé velikosti vzorku se analýzy dat omezují především na uvádění četnosti a porovnání jednotlivých případů. Použili jsme statistický software SPSS pro analýzu dat z EuropASI, Mft a SCL-90-R. Kvalitativní údaje získané během rozhovorů a záznamů pořízených manažery případů byly kódovány na základě hierarchické struktury kódování včetně základních funkcí manažerů případů a oblastí života podle indexu závažnosti návykového chování pomocí software WinMAX 98 Pro určeného pro analýzu textu (Kuckartz, 1998). Ze srovnání kódovaných textových segmentů vyplynulo několik důležitých témat týkajících se obou skupinových proměnných.

Jelikož se intervence case managementu u některých osob ukázala jako méně intenzivní, rozlišili jsme skupinu „intenzivní case management“ (n = 12) a „středně intenzivní case management“ (n = 8). Prvně uvedená skupina klientů využívala služeb case managementu alespoň jednou týdně, zatímco druhá skupina měla kontakty s manažerem případu méně často než jednou týdně. Výsledky po šesti měsících byly mezi oběma skupinami porovnány, protože intenzita case managementu může ovlivnit jejich výsledky (Braucht et al., 1995; Oliva et al., 2001; Stahler et al., 1995; Wolf, Mensink & Van der Lubbe, 2002).

## 7.4 Výsledky

### 7.4.1 Výchozí charakteristika

Z přehledu výchozích charakteristik jednotlivých klientů zařazených do skupiny s vedením případu (viz tabulka 7.1, str. 210) vyplývá, že všichni (n = 20)

měli chronické a opakované problémy a v minulosti často vyhledávali služby léčby užívání návykových látek. Demografické proměnné ukazují, že jednu třetinu z těchto klientů představují ženy (n = 7), že průměrný věk byl 30,7 roku a že většina klientů se narodila v Belgii (n = 17).

Všichni účastníci studie pravidelně užívali drogy po dobu nejméně pěti let a měli s drogami tak závažné problémy, že byla indikována nějaká forma léčby (skóre závažnosti podle ASI bylo  $\geq 4$ ). Většina z nich (n = 12) užívala několik látek, přičemž 4 osoby užívaly jako primární drogu heroin. Většina z nich (n = 15) brala po určitou dobu drogy injekčně a 13 užívalo drogy injekčně ještě v posledních šesti měsících před vstupním rozhovorem. Polovina z nich (n = 10) se někdy v minulosti předávkovala drogami a téměř u všech klientů (n = 19) problémy s drogami vyústily v nejméně pět předchozích léčebných epizod (průměr = 18,2, medián = 13). Pouze 5 osob mělo na začátku projektu vážné problémy s alkoholem a 6 osob se s těmito problémy již dříve léčilo.

Tabulka 7.1 | Přehled výchozích charakteristik jednotlivých klientů, historie léčby a závažnost problémů účastníků studie

Případ	Pohlaví	Věk	Počet léčebných epizod v minulosti	Skóre závažnosti podle EuropASI						
				Tělesné zdraví	Zaměstnaní, vzdělání	Alkohol	Drogy	Police, justice	Rodinné a sociální vztahy	Psychické zdraví
1	M	21	10	3	4	1	6	4	4	5
2	F	26	13	3	3	0	5	7	2	5
3	M	21	15	1	7	0	7	2	7	7
4	M	34	67	5	7	6	7	3	7	7
5	M	40	10	4	4	0	4	4	4	5
6	M	39	63	3	4	0	7	5	3	7
7	F	24	9	5	5	1	6	1	3	3
8	F	35	24	7	4	4	6	7	4	7
9	M	30	19	7	5	0	5	0	5	7
10	F	38	17	2	2	1	5	3	4	5
11	F	31	7	4	4	7	5	1	4	7
12	M	24	4	1	4	2	5	2	5	2

13	M	39	11	1	2	1	6	5	4	4
14	F	38	32	4	4	0	7	5	5	5
15	M	20	16	1	4	1	7	1	8	1
16	M	30	8	1	2	1	6	6	4	3
17	F	40	13	6	4	7	4	3	4	6
18	M	23	11	4	3	0	7	5	2	1
19	M	35	15	6	4	6	7	5	2	1
20	F	26	5	1	5	0	5	0	2	5

**Poznámky:** \* Skóre závažnosti  $\geq 4$  znamená velmi vážné problémy, u nichž je indikována nějaká forma léčby  
 \*\* na hladině významnosti 0,01  
 0-1: žádný reálný problém, léčba není indikována  
 2-3: mírný problém, léčba pravděpodobně není třeba  
 4-5: středně závažný problém, léčba je indikována  
 6-7: značný problém, léčba je pravděpodobně třeba  
 8-9: extrémní problém, léčba je naprosto nezbytná  
 Případy 1-12 intenzivní case management; případy 13-20 středně intenzivní case management

Tři čtvrtiny klientů ( $n = 15$ ) měly velmi závažné problémy se zaměstnáním, rodinné problémy anebo psychické problémy (skóre závažnosti podle ASI  $\geq 4$ ). Většina účastníků byla nezaměstnaných ( $n = 9$ ) nebo pobírala dávky invalidního důchodu ( $n = 5$ ) tři roky před vstupním posouzením a pouze jedna osoba během posledních 30 dní před vstupním pohovorem pracovala. Rodinné problémy a problémy ve vztazích zahrnovaly konflikty s rodiči nebo partnerem ( $n = 12$ ), emoční zneužívání ( $n = 12$ ) a sexuální zneužívání ( $n = 6$ ). Patnáct osob mělo během 30 dnů předcházejících vstupnímu rozhovoru příznaky deprese, pocity napětí a úzkosti, přičemž 8 z nich se již dříve léčilo s psychickými problémy. Dvě třetiny ( $n = 13$ ) klientů se pokusily o sebevraždu. Průměrný globální index závažnosti pro psychický stres na SCL-90-R (GSI = 202,3) se zdá být „nad průměrem“ ve srovnání s normami pro osoby v léčbě s problémy užívání návykových látek, ale žádné globální skóre nebylo extrémně vysoké.

A konečně, polovina všech klientů ( $n = 10$ ) měla velmi vážné problémy tělesného zdraví a stejný počet měl problémy s justicí (skóre závažnosti podle ASI  $\geq 4$ ). Čtrnáct účastníků trpělo chronickými fyzickými potížemi a 11 bylo infikováno hepatitidou typu C. Osmi osobám byla léčba uložena systémem trestní justice a 13 osob bylo v současnosti v řízení soudů, přičemž většina z nich byla podmíněně propuštěna s dohledem ( $n = 9$ ).

## 7.4.2 Intervence vedení případu

Analýza rozhovorů s manažery případů a protokoly vedené manažery případů ukazuje, že většina jejich aktivit se týká koordinace (37,9 %), přímých služeb (21,5 %) a napojení klientů na další služby (16,2 %). Počet činností se případ od případu lišil a bylo možné rozdělit je na dvě skupiny: jedna skupina (n = 12) dostávala služby case managementu jednou týdně (intenzivní case management) a druhá skupina méně často (středně intenzivní case management). Zatímco první skupina představovala 85,4 % všech činností case managementu, druhá skupina se na těchto činnostech podílela ze 14,8 %. Hlavní rozdíl mezi oběma skupinami byl v tom, že skupina se středně intenzivním vedením případu byla méně zapojena do aktivit koordinace (9,1 %) a napojení na další služby (15,5 %), zatímco počet přímých služeb byl poměrně vysoký (28,1 %).

Obecně platí, že koordinace činností se většinou týkala zaměstnání či finančních záležitostí (29,6 %), drog (24,7 %) a problémů ve vztazích (20,9 %) a – v menší míře – problémů se soudy (16,0 %). Koordinace obvykle sestávala z osobních setkání s alespoň jedním dalším partnerem zapojeným do procesu léčby. V některých případech (n = 9) svolal manažer případu všechny partnery k projednání strategie, která měla být uplatňována u konkrétního klienta, zejména v souvislosti s rodičovskou péčí a výkonem trestu nebo v době, kdy proces léčby uvázl na mrtvém bodě. V některých případech (n = 3) se činnosti koordinace zaměřily namísto odborníků výhradně na sociální síť klientů (např. sestra, matka, babička).

Většina přímých služeb poskytovaných manažery případu (29,4 %) se zaměřila na celkovou situaci klientů a měla monitorovat jejich stav. Součástí přímých služeb poskytovaných manažery případů bylo také motivování klientů, jejich podpora při dosahování cílů, zajištění přepravy nebo doprovodu, pokud potřebovali specifické služby (např. právní poradenství, pracovní školení nebo uplatnění nároku na sociální dávky). Tyto služby jsou většinou spojeny se záležitostmi, které se týkají rodiny (19,6 %), zaměstnanosti (16,6 %) a drog (13,5 %).

Napojení na další služby se obvykle týkalo problémů užívání návykových látek (30,9 %), ale také zaměstnanosti (25,3 %) a bydlení (16,3 %). Většina klientů byla doporučena ke krátkodobé rezidenční léčbě, někteří však byli doporučeni k dlouhodobému programu pro osoby s duální diagnózou. Podle manažerů případů a klientů samotných nebyly služby bydlení, jako jsou podporované nebo chráněné bydlení, k dispozici v dostatečné míře. Zastupování a terénní práce představovaly 8,8 %, respektive 8,4 % činností manažera případu. Zastupování klientů se většinou týkalo jejich zaměstnání nebo finanční situace (43,3 %) a – v menší míře – bydlení a rodinných problémů (17,9 %), problémů se soudy (14,5 %) a dostupnosti zařízení pro léčbu užívání látek (14,5 %). Součástí zastupování bylo projednávání situace klientů s orgány trestní justice, řešení problémů s pronajímateli bytů nebo přizpůsobení individuálního režimu léčby metadonem. Terénní činnost spočívala v aktivním kontaktu s klienty a obecně měla sloužit k monitorování celkové situace klientů.

A konečně, hodnotící a plánovací činnosti byly zaznamenány u většiny klientů pouze jednou. Po počátečním posouzení a naplánování cílů bylo získáno jen málo informací o následných posouzeních situace nebo stanovení cílů. Pokud byl case management ukončen po šesti měsících, byly činnosti hodnocení zaznamenány pouze v několika málo případech (n = 3).

### 7.4.3 Výsledky po šesti měsících

#### □ Fungování klientů

Skóre závažnosti návykového chování (ASI)

Porovnání všech jednotlivých případů klientů, s nimiž bylo možné provést rozhovor po šesti měsících studie (n = 16), ukázalo, že skóre závažnosti problémů se snížilo nebo zůstalo stabilní u 10 osob, zatímco situace 6 klientů se zhoršila alespoň v jedné oblasti života (viz tab. 7.2, str. 214). Většina pozitivních účinků se týkala zaměstnání (n = 8) a psychického fungování (n = 8), následovala oblast užívání drog (n = 7) a rodinných vztahů (n = 7). Kladné výsledky dokládá skutečnost, že – ve srovnání se vstupním rozhovorem – více osob v posledních 30 dnech pracovalo (5 oproti 4) a méně klientů bylo závislých na invalidním důchodu (6 oproti 8). Vedle toho se méně osob potýkalo s problémy tělesného zdraví po dobu delší než pět dnů během posledních 30 dnů (5 oproti 8) nebo užívalo drogy injekčně během posledních šesti měsíců (6 oproti 11). Dále mělo více osob stabilní situaci z hlediska bydlení (14 oproti 12) a méně účastníků studie mělo během posledních 30 dnů konflikty se svým partnerem anebo rodiči (2 oproti 3). A konečně, méně klientů mělo psychické problémy, jako jsou příznaky deprese (12 oproti 14) nebo pocity napětí či úzkosti (10 oproti 13).

Na druhou stranu se situace mnoha lidí nezměnila; závažnost některých problémů se dokonce zhoršila, zejména co se týká trestněprávních (n = 3), psychologických (n = 3) a rodinných problémů (n = 2). Příčinou zhoršení bylo nedodržení uložených právních podmínek a zvýšené pocity napětí nebo úzkosti.

Při kontrole po 6 měsících motivace podle všeho neměla vliv na fungování klientů, protože zlepšené výsledky vykazovali klienti s vysokou i nízkou motivací. Klienti s větším psychickým stresem na začátku se zlepšili stejnou měrou jako klienti s méně závažným celkovým skóre SCL, ale v prvně uvedené skupině se zlepšilo psychické zdraví u většího počtu osob (5 oproti 2). Větší počet osob, u nichž byl prováděn case management, vykazoval zlepšení výsledků nejméně ve třech oblastech života (7 oproti 3), zatímco ve skupině se středně intenzivním vedením případu se situace většího počtu klientů zhoršila nejméně v jedné oblasti života (4 oproti 2). Stejný počet klientů v obou skupinách vykázal zlepšení v oblasti zaměstnanosti (4 oproti 4) a problémů s drogami (3 oproti 4), ale větší počet osob s intenzivním vedením případu vykazoval snížení rodinných problémů (5 oproti 2) a zlepšení tělesného zdraví (5 oproti 1) a psychického



zdraví (7 oproti 1). O něco větší počet osob ze skupiny s intenzivním vedením případu zaznamenal pokles trestněprávních problémů (3 oproti 1).

**Tabulka 7.2 |** Přehled vývoje fungování jednotlivých klientů (n = 16) na základě porovnání skóre závažnosti návykového chování (ASI) na začátku studie a o šest měsíců později, včetně motivace a psychického fungování klientů na začátku studie a počtu služeb kontaktovaných během projektu

Případ	Skóre Mft	Index celkové závažnosti SCL	Počet kontaktovaných osob	Skóre závažnosti podle EuroASI							
				Tělesné zdraví	Zaměstnání, vzdělání	Alkohol	Drogy	Police, justice a sociální vztahy	Rodinné a sociální vztahy	psychické zdraví	
1	155	184	8	+	=	=	-	++	-	-	
2	114	176	6	+	-	=	=	-	=	=	
4	142	287	8	=	+	++	=	=	++	+	
5	108	124	3	++	+	=	+	=	+	+	
6	160	331	3	=	=	=	++	+	=	+	
8	116	216	7	++	=	=	=	=	=	+	
9	124	202	6	+	++	=	++	=	++	+	
10	100	185	6	=	=	=	+	+	+	+	
11	141	218	7	=	+	+	=	=	+	++	
13	55	146	2	=	=	=	=	=	=	-	
14	157	354	5	-	=	=	=	=	=	-	
15	148	150	2	=	++	=	=	=	++	=	
17	115	207	1	=	+	+	=	=	+	=	
18	140	147	2	=	+	=	++	++	=	=	
19	145	131	2	+	=	=	-	-	=	=	
20	59	304	2	=	+	=	-	-	-	+	

**Poznámky:** --: zvýšení závažnosti problému nejméně o 4 body  
 -: zvýšení závažnosti problému nejméně o 2 body  
 =: závažnost problému se nesnížila ani nezvýšila o více než 1 bod  
 +: snížení závažnosti problému nejméně o 2 body  
 ++: snížení závažnosti problému nejméně o 4 body  
 Případy 1–12 intenzivní case management; případy 13–20 středně intenzivní case management

### Pohledy klientů

Analýza subjektivních pohledů klientů na úroveň jejich fungování ukazuje, že u většiny klientů se subjektivní vnímání jejich problémů ( $n = 11$ ) nelišilo ve více než dvou oblastech života od vývoje skóre závažnosti podle ASI (srov. tab. 7.2). Tři klienti přecenili pokrok, kterého v porovnání s těmito objektivnějšími výsledky dosáhli, naopak dvě osoby tyto změny podcenily. Klienti obvykle přeceňovali pozitivní vývoj v oblasti problémů s drogami, zatímco psychické problémy měli tendenci podceňovat.

Obzvláště klienti ze skupiny intenzivního case managementu ( $n = 9$ ) byli přesvědčeni, že jejich problémy s drogami ( $n = 8$ ) a psychické problémy ( $n = 5$ ) se zlepšily. Jiní uváděli, že jejich situace v oblasti rodiny ( $n = 4$ ), zaměstnanosti ( $n = 4$ ) a užívání alkoholu ( $n = 4$ ) se zlepšila, zatímco 5 osob bylo přesvědčeno, že jejich psychické fungování se nezměnilo a dvě osoby považovaly svou trestněprávní situaci za horší než před šesti měsíci.

Většina klientů ze skupiny se středně intenzivním vedením případu se domnívala, že zaznamenala zlepšení v oblasti problémů s drogami ( $n = 5$ ) a problémů se zaměstnáním ( $n = 5$ ). Tito klienti byli přesvědčeni, že jejich situace byla více méně stejná i co se týká všech ostatních problémů. Dvě osoby považovaly svou trestněprávní situaci a psychický stav za horší a další dva účastníci hodnotili svou rodinnou situaci v porovnání se začátkem projektu jako horší.

### Pohledy manažerů případů

Pohled manažerů případů na vývoj celkového fungování klientů ukázal, že většina klientů se v porovnání s dobou před šesti měsíci zlepšila ( $n = 11$ ), zatímco celková situace 8 osob se nezměnila nebo byla stabilizovaná (viz tab. 7.3, str. 216). Situace jednoho klienta se zhoršila poté, když ukončil předčasně povinné léčení. Větší počet osob ze skupiny s intenzivním vedením případu (8/12 oproti 3/8) měl lepší úroveň celkového fungování, zatímco situace pěti osob ze skupiny se středně intenzivním vedením případu zůstala beze změny.

Manažeři případů spojovali většinou pozitivní účinky s oblastí užívání drog ( $n = 13$ ), tělesného zdraví ( $n = 12$ ), zaměstnanosti a fungování v práci ( $n = 11$ ), zatímco v trestněprávní situaci klientů byly pozorovány některé negativní výsledky ( $n = 7$ ). Podle manažerů případů se zlepšila méně než polovina všech klientů v oblasti psychických problémů ( $n = 8$ ) nebo rodinné ( $n = 8$ ) a životní situace ( $n = 7$ ). Klienti z obou skupin byli hodnoceni stejně v oblasti problémů s drogami, zaměstnáním a problémů tělesného zdraví, ale skupina s intenzivním vedením případu měla vynikající výsledky v oblasti rodinných problémů (6 oproti 2), životní situace (6 oproti 1), psychických problémů (6 oproti 2) a trestněprávních problémů (5 oproti 2).

Tabulka 7.3 | Přehled vývoje celkového fungování jednotlivých klientů (n = 20) a jejich fungování v oblastech života podle ASI podle manažerů případů

Případ	Skóre závažnosti podle EuropASI								
	Celkové fungování	Tělesné zdraví	Zaměstnaní, vzdělání	Alkohol	Drogy	Police, justice	Rodinné a sociální vztahy	Situace bydlení	Psychické zdraví
1	=	++	=	=	=	+	-	-	=
2	=	+	=	=	=	-	+	=	=
3	-	-	=	=	--	--	=	--	=
4	+	++	+	+	+	=	=	++	+
5	+	++	+	=	++	=	+	++	+
6	+	++	=	=	+	++	+	=	=
7	+	+	=	=	+	+	=	+	=
8	=	=	=	=	=	-	=	=	-
9	++	++	+	=	++	=	++	++	+
10	++	=	++	++	++	+	+	++	+
11	+	=	+	+	+	+	++	=	+
12	+	=	+	=	+	-	=	+	+
13	=	+	=	+	+	-	=	=	-
14	=	+	+	=	=	-	=	-	=
15	++	++	=	=	++	+	++	++	++
16	=	=	+	=	+	+	=	-	=
17	+	=	+	+	+	=	+	=	=
18	+	+	+	=	=	=	=	=	=
19	=	+	=	+	+	-	=	=	+
20	=	=	+	=	=	=	-	-	=

**Poznámky:** Podle manažerů případů byla situace jejich klientů:

--: mnohem horší

- : horší

=: nezměněná/stabilizovaná

+: lepší

++: mnohem lepší

Případy 1–12 intenzivní case management; případy 13–20 středně intenzivní case management

### □ Využití služeb

Obě skupiny klientů, u nichž probíhalo vedení případu, využívali během šestiměsíčního intervenčního období několika různých služeb, ale skupina s intenzivním vedením případu měla více než dvojnásobný počet kontaktů se zařízeními pro léčbu návykových látek a jinými subjekty (v průměru 5,9 kontaktu) oproti skupině se středně intenzivním vedením případu (v průměru 2,4 kontaktu). Zatímco posledně uvedení klienti měli více kontaktů s ambulantními službami, klienti ve skupině s intenzivním vedením případu byli spíše v péči zařízení pro rezidenční léčbu. Lepší výsledky nesouvisely s počtem využitých služeb, ale spíše s délkou pobytu v těchto zařízeních (srov. případy 4, 10, 15). I když míra využití služeb byla ve skupině s intenzivním vedením případu velmi vysoká, manažeři případů uváděli lepší promyšlenost, koordinaci, komunikaci a monitorování příjmu klientů.

### □ Spokojenost s využitými službami

Všichni klienti s výjimkou jednoho, u nichž byl prováděn case management, při následném rozhovoru po šesti měsících hodnotili tuto intervenci „kladně“ (n = 9) nebo „velmi kladně“ (n = 6). Mezi skupinou s intenzivním vedením případů a skupinou se středně intenzivním vedením případu nebyly zaznamenány žádné rozdíly, kromě toho, že někteří klienti (n = 3) z druhé skupiny uvedli, že vedení případu mělo být intenzivnější.

Téměř všichni klienti (n = 14) zdůraznili, že oceňují blízké a důvěrné vztahy se svými manažery případu a skutečnost, že pro ně manažer případu dokázal zajistit mnoho věcí (např. přístup ke krizové intervenci). Zvláště klienti ze skupiny s intenzivním vedením případu zdůrazňovali, že jim manažeři případů pomohli kontaktovat odpovídající služby a stabilizovat jejich situaci (n = 8). Celkově byli klienti, u nichž bylo vedení případu prováděno (n = 9), spokojeni s komplexním a klientsky orientovaným přístupem, s tím, že oni sami byli zapojeni do léčebného procesu a že mohli rozhodovat o jeho zaměření. Klienti (n = 7) dále oceňovali, že manažer případu je podporoval při dosahování cílů a že se na něj mohli spolehnout vždy, když potřebovali.

## 7.5 Diskuse

Tato kvalitativní studie zkoumala, zda bylo intenzivní vedení případů primárně účinné pro lepší fungování klientů v oblasti několika problémů souvisejících s drogami a pro lepší využití služeb a delší udržení v léčbě u klientů užívajících látky, kteří byli označeni za časté uživatele služeb a uživatele několika různých služeb. Hlavními důvody pro to, aby se studie zabývaly právě touto specifickou skupinou pacientů, byla skutečnost, že tyto osoby představují relativně

malou skupinu, která nepřiměřeně využívá dostupné služby a zdroje, a že léčebná zařízení se potýkají s tím, že standardní léčba těchto klientů se ukazuje jako neúčinná (Thornquist et al., 2002; Vanderplasschen, Colpaert et al., 2003). Výsledky vycházely z přezkoumání jednotlivých případů 20 klientů, kteří byli přijati v průběhu prvních šesti měsíců trvání projektu case managementu. Celkově studie prokázala po šesti měsících pozitivní výsledky týkající se různých problémů s drogami, ale jen malé účinky z hlediska udržení klientů v léčbě léčby a využití služeb. Klienti, kteří využívali intenzivnější služby case managementu, měli při kontrole po šesti měsících méně závažné problémy. Intervence byla kvalitativně vnímána účastníky jako efektivní a přínosná.

### 7.5.1 Intervence vedení případu

Několik autorů označilo intenzivní case management za vhodnou strategii pro snížení počtu hospitalizací a zvýšené využívání ambulantních služeb, zvýšení účasti a udržení v léčbě a – do jisté míry – pro zlepšené fungování klienta (Braucht et al., 1995; Cox et al., 1998; Drake et al., 1998; Okin et al., 2000; Stahler et al., 1995). Tato intervence je charakterizována komplexním přístupem, asertivní terénní prací a poskytováním přímých služeb (SAMHSA, 1998; Vanderplasschen, Rapp et al., v tisku). Studie ukázala, že se manažeři případů zabývali především činnostmi koordinace, napojení klienta na další služby a poskytování přímých služeb, jež jsou považovány za klíčové prvky intervence (Moxley, 1989; Ridgely & Willenbring, 1992; van Riet & Wouters, 1996). Okrajová úloha plánovací činnosti manažerů případů může být způsobena krátkou dobou intervence a značným počtem krizových intervencí (Wolf, 1995). Proto bylo doporučeno, aby se manažeři případu během zbývajících částí studie více zaměřili na plánování, ale také na silné stránky klientů.

Byly vymezeny dvě skupiny klientů: skupina s intenzivním vedením případu ( $n = 12$ ) a skupina se středně intenzivním vedením případu ( $n = 8$ ). Obě skupiny využívaly podobné služby, avšak s tím rozdílem, že služby byly ve skupině se středně intenzivním vedením případu méně pravidelné a u těchto účastníků probíhalo méně činností napojení na služby a koordinace. Rozdíly v počtu aktivit nesouvisely s motivací k léčbě, ale s menší potřebou služeb nebo se situací, která neumožňovala intenzivní kontakty (např. výkon trestu odnětí svobody, dlouhodobá rezidenční léčba). Srovnání skupiny s intenzivním a středně intenzivním vedením případu je třeba provádět obezřetně, protože druhá podmínka nebyla randomizována, ale stanovena následně na základě počtu využitých služeb.

### 7.5.2 Efektivnost intervence

Validní důkazy svědčící ve prospěch intervence case managementu byly zjištěny ve značné míře v tom, že několik klientů dosáhlo zlepšení ve stejných oblastech

života, že výsledky z různých zdrojů dat (skóre závažnosti podle ASI, hodnocení klienty a hodnocení manažery případů) byly velmi podobné a potvrdily výsledky naší předchozí studie (Vanderplasschen, Lievens et al., 2001b). Podle hodnocení manažerů případů zaznamenala více než polovina všech klientů (n = 11) celkové zlepšení ve srovnání se začátkem projektu a situace většiny ostatních byla stabilizovaná. Nejvíce pozitivních změn bylo pozorováno v oblasti tělesného zdraví, užívání drog a problémů se zaměstnaností; manažeři případů v hodnocení uvedli, že ve skupině s intenzivním vedením případu mělo podstatně více klientů lepší výsledky. Subjektivní sebehodnocení vývoje klientů během prvních šesti měsíců trvání projektu prokázalo podobné vzory a skupina s intenzivním vedením případu vykazovala výraznější zlepšení problémů s drogami a tělesného zdraví. A konečně, nejobjektivnější měření (skóre závažnosti podle ASI), které jsme uplatnili, výše uvedené výsledky potvrdilo: polovina všech klientů, kteří se projektu zúčastnili, dosáhla zlepšení výsledků v zaměstnanosti a psychickém stavu a zlepšení problému s drogami a rodinných problémů.

Podle skóre ASI dosáhla skupina s intenzivním vedením případu většího zlepšení fyzického a psychického zdravotního stavu a rodinných problémů. Snížení závažnosti rodinných a psychických problémů je méně zřejmé ze subjektivních hodnocení případovými manažery a sebehodnocení samotnými klienty, což může být způsobeno tím, že objektivní indikátory indexu závažnosti návykového chování zcela nevyjadřují subjektivní vnímání těchto oblastí života člověkem. Navíc jsme zjistili, že klienti mají tendenci přeceňovat své pokroky v oblasti problémů s drogami a výrazně podceňovat vývoj v oblasti svých psychických problémů. Na druhou stranu se zhoršila trestněprávní situace několika klientů, protože někteří porušili uložené podmínky probačního dohledu. Předcházet předčasnému ukončení léčby může zevrubné posouzení trestněprávní situace klientů, vedle zapojení partnerů ze systému trestní justice do procesu vedení případů (Godley et al., 2000).

Došli jsme k závěru, že intervence manažera případu byla spojena u poloviny všech klientů s lepšími výsledky ohledně užívání drog, osobní situace, vztahů v rodině a psychického zdraví, a že tyto účinky byly větší ve skupině s intenzivním vedením případu, zejména co se týká tělesného zdraví.

Vzhledem k tomu, že studie nebyla kontrolovaná a randomizovaná, zůstává několik hypotéz, kterými lze vysvětlit tyto malé, ale pozitivní účinky. Za prvé, zlepšení mohlo být dáno „regresí k normálu“, protože většina klientů se zařadila do projektu ve chvíli, kdy se jim nevedlo dobře, a v průběhu doby bylo možné očekávat nějaké pozitivní změny (Braucht et al., 1995; Lapham et al., 1995). Návrat k normálu skutečně mohl hrát roli, protože klienti s nejhorším skóre SCL v oblasti nedávného psychického stresu měli po šesti měsících relativně lepší výsledky. Na druhé straně je tato hypotéza v rozporu se skutečností, že největší pozitivní vývoj byl zaznamenán v oblastech života, na něž se manažeři případů zaměřovali častěji, a že intenzivnější služby vedení pří-

padů generovaly lepší výsledky. Zlepšené psychické a fyzické zdraví (zejména ve skupině s intenzivním vedením případu) nelze vysvětlit počtem provedených intervencí case managementu, ale je pravděpodobně důsledkem poklesu užívání drog a častějšího využívání služeb, které se zaměřovaly na zdravotní aspekty. Za druhé, délka setrvání v (rezidenční) léčbě měla u některých klientů ( $n = 3$ ) na výsledky pozitivní vliv. Tito klienti uvedli, že manažeři případu měli významnou úlohu v tom, že je podporovali a povzbuzovali, aby zůstali v léčbě. Několik autorů uvádí vztah mezi vedením případu a zlepšenou účastí a udržením v léčbě, a tedy lepšími výsledky (Evenson, Binner, Cho, Schicht & Topolski, 1998; Shwartz, Baker, Mulvey & Plough, 1997; Siegal, Li & Rapp, 2002). Na rozdíl od jiných autorů (Rapp, Siegal, Li & Saha, 1998) jsme nezjistili žádný vztah mezi motivací k léčbě a delším udržením v léčbě nebo zlepšením výsledků. A konečně, u několika klientů ( $n = 9$ ) byly intervence manažera případu spojeny s pokrokem v několika oblastech života, což svědčí ve prospěch účinnosti intervence.

Přestože několik studií intenzivního vedení případu uvádělo snížení počtu hospitalizací a využití lůžkových zařízení jako pozitivní výsledky (Okin et al., 2000; Witbeck et al., 2000), nebyly v naší studii tyto výsledky zaznamenány. Naopak jsme zjistili, že klienti s intenzivním vedením případů využívali v průměru šest služeb a kontaktovali více než dvojnásobný počet zařízení než skupina se středně intenzivním vedením případu. Výzkumní pracovníci uvádějí tyto výsledky ohledně relapsu a předčasného ukončení léčby také na poli péče o duševní zdraví, zvláště u vysoce rizikových skupin pacientů (de Froidmont et al., 2001; Marshall, Gray, Lockwood & Green, 2000). Vyslovujeme hypotézu, že blízkost manažera případu a skutečnost, že zajišťuje přepravu klienta, přispěla ke zlepšení přístupnosti a dostupnosti léčebných služeb, a že motivační a podpůrná úloha manažera případu usnadnila využívání služeb. Význam dopravy pro odstraňování překážek v léčbě a zvýšení míry využití služeb ukázaly také další studie (Laken & Ager, 1996; McLellan et al., 1999). Vedle toho mohla být větší míra využití služeb ve skupině s intenzivním vedením případů spojena s vážnějšími psychickými problémy [*skóre závažnosti návykového chování (ASI)*], i když skóre SCL-90 neprokázalo mezi oběma skupinami žádný rozdíl. A konečně, intenzita intervence, a tedy větší míra realizace služeb koordinace a propojení vedla ve skupině s intenzivním vedením případu ke zvýšenému využívání služeb. Vedle častého využití krátkodobých rezidenčních zařízení pro léčbu užívání látek byli všichni klienti nasměrováni na různé ambulantní služby (např. v oblasti zaměstnanosti, bydlení a péče o děti), což bylo jedním ze stanovených cílů projektu.

Třebaže se časté využívání rezidenčních služeb ve skupině s intenzivním vedením případu nemusí jevit jako příliš efektivní, klienti velmi oceňovali úsilí manažerů případů a uváděli, že bez jejich pomoci by neměli na některé služby nárok. Několika klientům ( $n = 4$ ) ze skupiny s intenzivním vedením případu

totiž bylo odepřeno přijetí v některých centrech léčby kvůli potížím, které působili během svých předchozích hospitalizací. Úloha manažerů případů, kteří se klientů zastávali, byla sice zásadní, ale časově náročná. Podle manažerů případů vážnost situace klientů vyžadovala hospitalizaci, ale ve srovnání s předchozími léčebnými epizodami byla uváděna podstatně větší koordinace a promyšlenost.

Celkově byli klienti s poskytovanými službami manažera případu velice spokojeni, a to jak ve skupině s intenzivním vedením případu, tak ve skupině se středně intenzivním vedením případu. Zvláště oceňovali důvěrný vztah s manažerem případu, komplexní a klientsky orientovaný přístup a dlouhodobý časový horizont. Tato pozitivní hodnocení jsou podobná jako v jiných studiích, které se zabývaly intervencí z pohledu klienta (Brun & Rapp, 2001; Godley et al., 2000; Stahler et al., 1995), a nasvědčují tomu, že intenzivní intervence má pro cílovou populaci výrazný přínos.

Šest měsíců po zahájení projektu byly určité relativně malé účinky pozorovány u omezeného vzorku častých uživatelů služeb a uživatelů několika různých služeb. Jelikož problémy klientů, u nichž probíhalo vedení případu, byly závažné a mnohočetné, dalo by se očekávat, že změna bude pomalá a rovnoměrná (Godley et al., 2000). Jelikož bylo prokázáno, že zahájení case managementu nevede vždy hned k zamýšleným výsledkům (McLellan et al., 1999), lze další zlepšení očekávat, jakmile si manažeri případu více zvyknou na svou práci a jakmile bude program spuštěn naplno. V neposlední řadě bychom neměli být příliš optimističtí ohledně dopadů intervence, protože má pouze podpůrnou funkci a doplňuje stávající služby (Rapp et al., 1998).

### 7.5.3 Omezení studie

Přestože výsledky studie lze považovat za povzbudivé vzhledem k chronickým a opakovaným problémům osob užívajících látky a jejich četným dřívějším neúspěšným kontaktům s léčebnými službami, je třeba uvést několik omezení. Za prvé, všichni účastníci se podíleli na projektu dobrovolně, což by mohlo znamenat, že tito klienti prokázali určitou míru motivace (Zanis & Coviello, 2001). Za druhé, je subjektivní, do jaké míry můžeme rychlost zlepšování situace považovat za příznivou, protože jsme neměli srovnání s kontrolní skupinou. Dále byla nevýhodou malá velikost vzorku a krátkodobý časový horizont; hlavním cílem práce však bylo zjistit, zda stanovené cíle bylo primárně možné realizovat. Jelikož kvalitativní studie je součástí probíhající randomizované a kontrolované studie, bude počet účastníků studie během tříletého ukázkového projektu kumulativně rozšířen a konečným cílem je získat alespoň 50 případů v každé ze tří podmínek: intenzivní vedení případů, středně intenzivní vedení případu a koordinace péče. Optimální by byla multicentrická klinická studie s dostatečně velkým vzorkem ( $n > 100$ ), která by svým velmi rigorózním desi-



gnem a dostatečnou statistickou průkazností umožnila zjistit konkrétní účinky programu.

Přestože může hodnocení po šesti měsících studie poskytnout určitý vhled do krátkodobých účinků intervence, je pro zjištění střednědobých a dlouhodobých účinků nezbytný longitudinální přístup. Plánovány jsou následné rozhovory po 12 a 18 měsících, ale výsledky nejsou zatím k dispozici. Z rozhovorů s manažery případů vyplývá, že situace dvou osob, kterým se dařilo dobře po šesti měsících, se po devíti měsících zhoršila. Postupné slábnutí účinků uvádějí i další studie (Conrad et al., 1998; Sorensen et al., 2003), ale ve většině studií nebylo období dalšího sledování delší než 12 nebo 18 měsíců.

Dále zůstává otázkou, jak dlouho by intervence měla pokračovat, aby měla optimální účinek. Většina intervencí popsanych v literatuře byla ukončena po 12 měsících, ale různé pozitivní účinky, včetně nákladové efektivity, byly uváděny u delších intervenčních období (Clark et al., 1998; Drake et al., 1998; Jerrell & Ridgely, 1999). Ve většině případů v této studii vedení případu pokračovalo i po uplynutí šesti měsíců; manažeři případů poznamenali, že někteří klienti možná budou potřebovat case management celoživotně, zatímco u jiných může být dostačujícím intervenčním obdobím 6 měsíců. Pro určení optimálního intervenčního období v této cílové skupině je třeba další výzkum; další poznatky o problematice může poskytnout posouzení nákladové efektivity.

Case management byl zaváděn teprve v nedávné době, takže jsou nutné další dohody, aby bylo možné určit přesnou úlohu intervence v systému dostupných služeb. Jestliže je vedení případu ukončeno, klienti by měli být nasměrováni na méně intenzivní léčebné modalitty. Na druhé straně je třeba upřesnit, v jakém okamžiku je nejlepší vedení případu zahájit. Průběžné odesílání klientů do projektu je nezbytné pro zajištění jeho stability a kontinuity a po doporučení klienta by vždy mělo ihned následovat zahájení case managementu, jelikož se ukázalo, že časová prodleva mezi postoupením případu a vlastním zahájením intervence vedla mnohdy k nenastoupení léčby.

A konečně, i přes omezený počet případů se nám nepodařilo provést se všemi účastníky následný rozhovor. I když je úspěšnost vyšší než 70 % obecně přijímána jako dobrá (Vaughn, Sarrazin, Saleh, Huber & Hall, 2002), přišli jsme tak o 20 % výchozí referenční skupiny pro následný rozhovor. Použití nákupních poukazů jistě stimulovalo účast klientů ve výzkumu, ale neumožnilo při následné kontrole pokrýt celou skupinu. V důsledku toho přetrvává nejistota ohledně výsledků skupiny, která studii ukončila předčasně. Rozhovory s manažery případů a analýzy jejich záznamů nám však poskytly určité informace o jejich stavu. Kromě jednoho případu není důvod se domnívat, že by klienti, se kterými nebylo možné následný rozhovor provést ( $n = 4$ ), na tom byli výrazně hůře než ostatní. V dalším průběhu výzkumného projektu bude zásadní podpora účasti ve výzkumu a shromáždění přesných údajů, aby bylo možné provést adekvátní porovnání všech tří podmínek.

## 7.5.4 Závěr

Závěrem konstatujeme, že porovnání malého vzorku klientů užívajících látky naznačuje, že intenzivní vedení případu může pomoci častým uživatelům služeb a uživatelů několika různých služeb stabilizovat nebo dokonce snížit problémy s drogami, vztahy, bydlením a zaměstnáním. Větší intenzita služeb case managementu vedla ke zlepšení různých aspektů fungování, ale také k častějšímu využití lůžkových zařízení. Zhoršení situace klienta bylo obvykle spojeno s většími trestněprávními problémy. Poskytování přímých služeb, činnosti napojení na služby a koordinační činnosti v oblasti zaměstnání, rodiny a problémů s drogami podle všeho souvisely s lepšími výsledky v těchto oblastech života.

Celkově ukazují výsledky po šesti měsících, že intenzivní case management představuje slibný přístup k řešení problémů klientů a že intervenci manažerů případů i klienti velmi oceňovali. I když bylo u některých klientů dosaženo jen malého zlepšení, intervence značně přispěla ke koordinaci a komunikaci v procesu léčby a k poskytování správných služeb ve správnou dobu. Třebaže intenzivní vedení případu může být ve srovnání s méně náročnými přístupy nákladné, posledně uvedené programy podle všeho nedosahují stejného přínosu. Analýza nákladové efektivity této intervence bude nezbytná pro posouzení toho, zda case management zajišťuje podstatné úspory nákladů, vedle toho, že přináší lepší psychosociální fungování cílové populace, která nepřiměřeně využívá dostupných služeb a zdrojů.

**PODĚKOVÁNÍ.** Rádi bychom poděkovali všem klientům, manažerům případů a službám podílejícím se na tomto projektu. Zvláště jsme vděční provincii Východní Flandry [*Provincie Oost-Vlaanderen*], Regionální radě pro péči o duševní zdraví [*PopovGGZ*], městu Gent [*Stad Gent*] a Středisku zdravotně-sociální péče (Gent) [*Medisch-sociaal Opvangcentrum voor druggebruikers van de Stad Gent*] za jejich finanční a logistickou podporu.

## Literatura

- American Psychiatric Association (APA). (1996). *DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (fourth edition). Washington: American Psychiatric Association.
- 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.
- Broekaert, E., Haack, M. J., Kaplan, C., Oberg, D., Sallmén, B., Segraeus, V. et al. (2002). The Biomed II IPTRP Project: Implementation of diagnostic instruments. *European Addiction Research*, 8(4), 201–203.
- Brun, C. & Rapp, R. (2001). Strengths-based case management: individuals' perspectives on strengths and the case manager relations. *Social Work*, 46(3), 278–288.
- 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.
- De Froidmont, C., Gosset, C., Reginster, J., Tellier, V., De Geest, S., Denhaerynck, K. et al. (2001). *Ontslagmanagement in Belgische psychiatrische ziekenhuizen: pilootproject, tweede fase*. Luik – Leuven: Université de Liège, Service de santé publique et d'épidémiologie – Katholieke Universiteit Leuven, Centrum voor ziekenhuis- en verplegingswetenschap.
- Derogatis, L. R. & Cleary, P. A. (1977). Confirmation of dimensional structure of SCL-90 – study in construct-validation. *Journal of clinical psychology*, 33(4), 981–989.
- de Weert-van Oene, G., Schippers, G., De Jong, C. & Schrijvers, G. (2002). Motivation for treatment in substance-dependent patients. *European Addiction Research*, 8(1), 2–9.
- 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.
- 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.

- FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. (2002). *Implementatie van de functie zorgcoördinator binnen de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg met betrekking tot de behandeling van personen met een middelengerelateerde stoornis, unpublished contract*. Brussel: Directoraat-generaal Organisatie Gezondheidsvoorzieningen, Dienst Geestelijke Gezondheidszorg, Cel Gezondheidszorg Drugs.
- Franssen, A. (2003). *Where the rubber meets the road* (Presentation at the annual meeting of PopovGGZ, 9-5-2003). Drongen: PopovGGZ.
- 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.
- Hendriks, V., Kaplan, C. D., van Limbeek, J. & Geerlings, P. (1989). The Addiction Severity Index: Reliability and validity in a Dutch addict population. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6(2), 133–141.
- Jerrell, J. M. & Ridgely, M. S. (1999). Impact of robustness of program implementation on outcomes of clients in a dual diagnosis programs. *Psychiatric Services*, 50(1), 109–112.
- Keene, J., Bailey, S., Swift, L. & Janacek, G. (2000). The tracking project: a collaborative multi-agency database for shared clients/patients to inform policy development. *Journal of Interprofessional Care*, 14(4), 325–336.
- Keene, J., Swift, L., Bailey, S. & Janacek, G. (2001). Shared patients: multiple health and social care contact. *Health and Social Care in the Community*, 9(4), 205–214.
- Kertesz, S., Horton, N., Friedmann, P., Saitz, R. & Samet, J. (2003). Slowing the revolving door: stabilization programs reduce homeless persons' substance use after detoxification. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24(3), 197–207.
- Kinnunen, A. & Nilsson, M. (1999). Recent trends in drug treatment in Europe. *European Addiction Research*, 5(3), 145–152.
- Kuckartz, U. (1998). *WinMAX. Scientific text analysis for the social sciences. User's guide*. Berlin: Udo Kuckartz, BSS.
- 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.
- Langdon, P. E., Yagüez, L., Brown, J. & Hope, A. (2001). Who walks through the 'revolving-door' of a British psychiatric hospital? *Journal of Mental Health*, 10(5), 525–533.
- Lapham, S. C., Hall, M. & Skipper, B. J. (1995). Homelessness and substance use among alcohol abusers following participation in project H&ART. *Journal of Addictive Diseases*, 14(4), 41–55.
- Marshall, M., Gray, A., Lockwood, A. & Green, R. (2000). *Case management for people with severe mental disorders. The Cochrane Library, Systematic Review (2)*. Oxford: Cochrane Library, Update software.
- McCarty, D., Caspi, Y., Panas, L., Krakow, M. & Mulligan, D. (2000). Detoxification centers: who's in the revolving door. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 27(3), 245–256.
- 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.

- McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, F., Smith, L., Grissom, G. et al. (1992). The Fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 199–213.
- Moxley, D. (1989). *The practice of case management*, Sage Human Services Guides Vol. 58. Newbury Park: Sage publications.
- Nassen, E. (2001). Tien stappen in de concretisering van een nieuw begrippenkader voor de geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Klinische Psychologie*, 31(1), 37–48.
- 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., Schlandstedt, 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.
- Raes, V. (1999). *European Addiction Severity Index (EuropASI)*. Handleiding De Sleutel. Merelbeke: De Sleutel.
- 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.
- Ridgely, M. S. & Willenbring, M. (1992). Application of case management to drug abuse treatment: overview of models and research issues. In R. S. Ashery (Ed.), *Progress and Issues in case management /NIDA Research Monograph 127* (pp. 12–33). Rockville: National Institute on Drug Abuse.
- 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.
- 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 randomized clinical trial. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29(1), 133–150.
- Stahler, G. J., Shipley, T. F., Bartelt, D., DuCette, J. P. & Shandler, I. W. (1995). Evaluating alternative treatments for homeless substance-abusing men: outcomes and predictors of success. *Journal of Addictive Diseases*, 14(4), 151–167.
- Substance Abuse and Mental Health 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.
- Thornquist, L., Biros, M., Olander, R. & Sterner, S. (2002). Health care utilization of chronic inebriates. *Academic Emergency Medicine*, 9(4), 300–308.
- 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. (2001a). *De instroom in de Oost-Vlaamse drughulpverlening: registratie van aanmeldingen en intakes tussen februari 1999 en mei 2000*

- (Orthopedagogische Reeks Gent Nummer 13). Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.
- Vanderplasschen, W., Lievens, K. & Broekaert, E. (2001b). *Implementatie van een methodiek van case management in de drughulpverlening: een proefproject in de provincie Oost-Vlaanderen* (Orthopedagogische Reeks Gent Nummer 14). Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.
- Vanderplasschen, W., Colpaert, K., Lievens, K. & Broekaert, E. (2003). *De Oost-Vlaamse drughulpverlening in cijfers: kenmerken, zorggebruik en uitstroom van personen in behandeling*. (Orthopedagogische Reeks Gent Nummer 15). Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.
- Vanderplasschen, W., Lievens, K., Broekaert, E. & Rapp, R. C. (2004). Implementation of case management for substance abusers: an exploratory study in Belgium. Manuscript submitted for publication.
- Vanderplasschen, W., Rapp, R. C., Wolf, J. & Broekaert, E. (in press). Comparative review of the development and implementation of case management for substance use disorders in North America and Europe. *Psychiatric Services* (accepted for publication, May 13, 2004).
- Vanderplasschen, W., Wolf, J., Rapp, R. C. & Broekaert, E. (2004). Review of the effectiveness of different models of case management for substance abusers. Manuscript submitted for publication
- van Riet, N. & Wouters, H. (1996). *Casemanagement: een leer- en werkboek over de organisatie en coördinatie van zorg-, hulp- en dienstverlening*. Assen: Van Gorcum.
- 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. (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.
- 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.
- Zanis, D. A. & Coviello, D. (2001). A case study of employment case management with chronically unemployed methadone maintained clients. *Journal of Psychoactive Drugs*, 33(1), 67–73.



## 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 látku. 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 látku 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 látku 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 látku, včetně osob s duální diagnózou, tj. problémoví uživatelé alkoholu na veřejnosti, ženy užívající látku 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 látky 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 důkazu. 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 látky (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 případě, 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 upravit 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, zaměříme 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 tématických 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 nespatřují 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 žádaných 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 nesouvisí 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 conceptualizace 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 froms 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.

**Zajímá tě role návykových látek ve společnosti a programy drogové politiky, které ji ovlivňují?  
Chceš být adiktolog, tedy odborník na závislosti, který rozumí základům  
práva, sociologie, sociální práce, psychologie a zdravotní vědy?  
Máš chuť během studia a po něm pracovat s lidmi, kteří se chovají rizikově, a motivovat je ke změně?**

**Odpověď je bakalářské studium adiktologie!**

[www.adiktologie.cz/studium](http://www.adiktologie.cz/studium)

*Najdi si studium adiktologie na Facebooku!*

## **BAKALÁŘSKÉ STUDIUM ADIKTOLOGIE**

- zajímavý nelékařský zdravotnický obor na 1. lf UK v prezenční a kombinované formě*
- mezioborové vzdělání s kvalifikací pro samostatnou práci ve zdravotnictví*
- pestré studium vyučované předními odborníky v oboru adiktologie*
- studium v prezenční nebo v distanční podobě při zaměstnání*
- možnost pokračovat v magisterském stupni studia*

**O studiu:** Bakalářské studium adiktologie je rozvrženo do 3 let studia. V prvním roce je kladen důraz především na osvojení znalostí v základních medicínských oborech, jež jsou doplněny o úvod do studia adiktologie. Od druhého ročníku se studium soustředí na odborné adiktologické předměty s mezioborovým přesahem do oblasti psychologie, sociální práce, sociologie, práva nebo kriminologie. Závěr studia je zaměřen na praktickou přípravu, která zahrnuje zvládnutí základních poradenských a terapeutických dovedností. Studium je zakončeno státní závěrečnou zkouškou a obhájením odborné práce na aktuální adiktologické téma v České republice. Studenti oboru adiktologie mají možnost strávit část studia na zahraničních partnerských univerzitách a také dále pokračovat v navazujícím magisterském studiu adiktologie na 1. lf UK. Bakalářský program adiktologie je možné studovat také v kombinované podobě, což umožňuje doplnit si odborné VŠ vzdělání při zaměstnání.

**Uplatnění absolventů:** Absolventi oboru adiktologie se uplatňují zejména jako pracovníci preventivních programů užívání návykových látek a pracovníci služeb pro uživatele drog (zdravotnických i nezdravotnických, státních i nestátních), a dále jako pracovníci veřejné správy koordinující systém péče pro uživatele drog a prevence rizikového chování. Osvojené znalosti a dovednosti mohou uplatnit v širokém spektru multidisciplinárních týmů, jež se zabývají řešením problémů spojených s užíváním návykových látek v různých pracovních prostředích - např. nízkoprahové zařízení pro uživatele drog, terapeutická komunita, zařízení sociálních služeb nebo speciálního školství, vězeňská služba, policie či soukromý sektor. Profese adiktologa je zařazena mezi nelékařská zdravotnická povolání, a to novelou zákona č. 96/2004 Sb., adiktolog tak může provádět samostatnou práci ve zdravotnictví.

**Požadavky na uchazeče:** Studium je vhodné pro všechny, kdo se zajímají o interdisciplinární obor adiktologie nebo v něm pracují a kdo dokončili úplné středoškolské vzdělání s maturitou. Příjímácí řízení se skládá ze dvou částí, písemné a ústní zkoušky, jež mají povinnou a dobrovolnou část. Uchazeč bude ke studiu přijat, pokud úspěšně zvládne obě jejich povinné části zaměřené na znalosti v oboru adiktologie, biologie, chemie a fyziky v rozsahu dostupných modelových otázek. V dobrovolné části uchazeč dokládá svou motivaci ke studiu odbornou praxí nebo písemnou práci v oboru adiktologie.

Termín pro zaslání přihlášek k přijímacímu řízení je 28. únor daného roku. Záměrci o studium musí ve stanoveném termínu zaslat vyplněnou přihlášku k přijímacímu řízení (ke stažení na <http://ls.cuni.cz/studium>), potvrzení od praktického lékaře a potvrzení o zaplacení poplatku za úkony spojené s přijímacím řízením a úspěšně složit přijímací zkoušky.

**Zajímá Tě problematika veřejného a duševního zdraví v kontextu dalších oborů, jako je právo, sociologie, sociální práce, psychologie nebo ekonomie?  
Baví Tě výzkum v oblasti společenských věd a zajímá Tě jeho využití v praktické drogové politice?  
Chceš se podílet na obrazu návykových látek ve společnosti, programech pro jejich uživatele a na koordinaci těchto programů?**

**Odpověď je magisterské studium adiktologie!**

[www.adiktologie.cz/studium](http://www.adiktologie.cz/studium)

*Najdi si adiktologii na Facebooku!*

## MAGISTERSKÉ STUDIUM ADIKTOLOGIE

- navazující magisterský obor na 1. lékařské fakultě UK*
- mezioborové vzdělání s kvalifikací pro samostatnou práci ve zdravotnictví*
- pestré studium vyučované předními odborníky v oboru adiktologie*

**O studiu:** Navazující magisterské studium adiktologie je rozvrženo do 2 let studia. Studium absolventy vybaví teoretickými poznatky a praktickými dovednostmi z oblasti prevence a léčby závislostí a drogové politiky. Program současně rozvíjí dvě samostatné studijní linie představované koncepty duševního zdraví (mental health) a veřejného zdraví (public health). Do studijního programu jsou zařazeny dvě odborné stáže. Velký důraz je kladen na položení základů vědecko-výzkumné práce. Studijní program adiktologie vychází z rozvíjeného moderního mezioborového přístupu, který nenabízí žádný z doposud existujících studijních oborů a o který je v praxi stále větší zájem. Absolventi jsou vybaveni pro další pokračování v doktorském studijním programu.

**Uplatnění absolventů:** Absolventi magisterského oboru adiktologie se uplatní v oblasti preventivních programů užívání návykových látek, ve službách pro uživatele drog (zdravotnických i nezdravotnických, státních i nestátních), v oblasti výzkumu a vzdělávání, ve veřejné správě koordinující systém péče o uživatele drog a prevence rizikového chování nebo v oblasti vymáhání práva (policie, vězeňská služba), a to zejména na manažerských a koordináčních pozicích. Kombinace hlavních pilířů studia vytváří unikátní studijní profil splňující jak nároky spojené s dovednostmi v oboru adiktologie a všech jeho aplikačních oblastech, tak možnost uplatnit se mimo oblast zdravotnictví všude tam, kde je po aplikaci konceptů duševního zdraví a veřejného zdraví v posledních letech stále silnější poptávka (školství, speciální školství, sociální péče, rozvoj preventivních strategií a programů, soukromý sektor atd.). Profese adiktologa je zařazena mezi nelékařská zdravotnická povolání, a to novelou zákona č. 96/2004 Sb., adiktolog tak může provádět samostatnou práci ve zdravotnictví. Tato kvalifikace je podmíněna absolvováním bakalářského studijního programu adiktologie nebo splněním kvalifikačního kursu.

**Požadavky na uchazeče:** Studium je vhodné pro absolventy VŠ bakalářských studijních programů, včetně studijního programu Adiktologie. Absolventi jiných oborů než bakalářského studijního programu Adiktologie mají možnost doplnit si znalosti a dovednosti z oboru adiktologie v rámci kvalifikačního kursu akreditovaného u Ministerstva zdravotnictví ČR, který je zároveň podmínkou pro získání kvalifikaci adiktologa (a tím pádem samostatnou práci ve zdravotnických službách). Přijímací řízení k magisterskému studiu adiktologie se skládá ze znalostního testu v oboru adiktologie v rozsahu, který odpovídá náplni bakalářského programu adiktologie. Přijímací zkoušky probíhají v písemné a následně ústní formě. V ústní části přijímacího řízení je kromě výsledků písemného testu zohledněno také vypracování odborné práce v oboru adiktologie nebo doložená praxe v oboru adiktologie.

Termín pro zaslání přihlášek k přijímacímu řízení je 28. únor daného roku. Zájemci o studium musí ve stanoveném termínu zaslat vyplněnou přihlášku k přijímacímu řízení (ke stažení na <http://is.cuni.cz/studium>), potvrzení od praktického lékaře a potvrzení o zaplacení poplatku za úkony spojené s přijímacím řízením a úspěšně složit přijímací zkoušky.

Máte vzdělání v oboru společenských věd a chcete pracovat ve zdravotnictví?  
Zajímá Vás problematika návykových látek?  
Hledáte uplatnění v novém dynamickém oboru?

**Odpověď je kvalifikační kurz adiktolog!**

[www.adiktolog.cz](http://www.adiktolog.cz)

Najdi si adiktologii na Facebooku!

## KVALIFIKAČNÍ KURS ADIKTOLOG

- kvalifikační kurz pro samostatnou práci ve zdravotnictví s možností uznání již absolvovaných kurzů a praxe
- zajímavé mezioborové vzdělání v novém dynamickém oboru
- pestré studium vyučované předními odborníky v oboru adiktologie

**O programu:** Vzdělávací program akreditovaného kvalifikačního kurzu – adiktolog připravuje účastníky kurzu pro práci zdravotnických pracovníků, kteří budou poskytovat preventivní, léčebnou a rehabilitační péči v oboru adiktologie, a to bez odborného dohledu. Vzdělávání se zaměřuje zejména na zvládnutí teoretických znalostí a praktických dovedností v oblasti poskytování adiktologických služeb. Studium je tříleté (celkem 926 hodin, z toho 626 hod. teorie a 300 hod. praxe) a je realizováno v kombinované formě. Pokud však budete splňovat podmínky absolvování jednotlivých předmětů, doba Vašeho studia bude náležitě upravena. Teoretická část výuky je realizována v učebnách 1LF.UK, odborná praxe je zajištěna ve zdravotnickém zařízení a/nebo v jiném zařízení zabývajícím se poskytováním služeb uživatelů drog v oblasti prevence, léčby, poradenství a následné péče; materiální vybavení kurzu odpovídá potřebám pro výkon příslušného povolání.

**Uplatnění absolventa:** Po ukončení kurzu závěrečnou zkouškou je účastník kurzu připraven k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Za výkon povolání adiktologa se považuje činnost v rámci preventivní, léčebné a rehabilitační péče v oboru adiktologie, to je prevence a léčba závislosti na návykových látkách a dalších závislostí. Účastník kurzu se uplatní ve všech typech drogových služeb, zejména v preventivně výchovných zařízeních a organizacích, všech typech ambulantních drogových služeb (ordinace, stacionáře atd.), v lůžkových zařízeních (psychiatrické kliniky a léčebny, terapeutické komunity atd.) a dále v zařízeních určených poskytujících nízkoprahové služby (streetwork, K-centrum). Účastník kurzu se dále uplatní ve školách a školských zařízeních, státní správě a specializovaných oblastech jako jsou vězeňství, armáda a policie.

**Podmínky přijetí do kurzu:** absolvování nejméně tříletého studia v oborech sociálního, psychologického nebo speciálně pedagogického zaměření na vyšších odborných školách nebo vysokých školách, případně získání odborné způsobilosti všeobecné sestry.

## Chcete si předplatit časopis Adiktologie?

Časopis Adiktologie vychází od roku 2001 a stojí na mezioborovém přístupu k návykovým látkám, jejich užívání a uživatelům. Navazuje na linii tradičních časopisů v tomto oboru, jako je např. Addiction a další významné profesionální časopisy sdružené v ISAJE (International Society of Addiction Journal Editors). Časopis uveřejňuje články jak z oblasti klinického, tak preklinického výzkumu a integruje současně různé přístupy rozvíjené na poli závislosti (jako např. public health nebo mental health). Jeho ambicí je mj. facilitovat vývoj vzdělávání v oblasti závislosti, propojovat výzkum s praxí a v jejich kontextu pak kultivovat aplikaci právě mezioborového přístupu. Časopis též přináší přehledy, kazuistiky, inovace, komentáře, zprávy z cest a kongresů, knižní recenze a různá oznámení.

Člen ISAJE (International Society of Addiction Journal Editors)  
Indexován v Scopus & EMCare, Bibliographia Medica Českoslovac  
ISSN 1213-3841, MKČR E 12656

### OBJEDNÁVKA

Objednávám závazně předplatné časopisu **ADIKTOLOGIE**:

od čísla 1/2011                       žádám studentskou slevu

Příjmení, jméno, titul.....

Plná doručovací adresa pro časopis:

.....

Firma: .....

Plná fakturační adresa:

.....

IČ.....                                      DIČ.....

U studentů plný název školy, obor, ročník .....

.....

E-mail, telefon, mobilní telefon .....

V..... dne.....                      Podpis, razítko .....

.....

Vycházejí čtyři čísla ročně. Předplatné 2011: ČR 280 Kč, SR 13,20 EUR,  
studentské předplatné 200 Kč.

Předplatitelům neúčtujeme poštovné. Supplementa pro předplatitele zdarma.

Další informace k předplatnému získáte na [www.adikotologie.cz](http://www.adikotologie.cz)

nebo na adrese [scan.admin@seznam.cz](mailto:scan.admin@seznam.cz).

Objednávku můžete odeslat e-mailem nebo poštou na adresu

**Sdružení SCAN, Hanáková 710, 666 03 Tišnov.**

238