

# Pracovní listy

**Implementace vedení  
případu pro osoby  
užívající látky**



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



## 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.

---

1 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, Eikermann, 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 zkušení odborníci, 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 jednou 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-*ASI*)] (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 připsán 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 rozdíly 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 ( $\rho = 0,48$ ,  $p < 0,05$ ).

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 dříve (...). Více 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 vracím 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 nezákoných 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 mana-

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 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

- 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.

Publikace vznikla a byla vydána pod odbornou záštitou a koordinací:



Centra adiktologie, PK 1. LF UK v Praze a VFN v Praze

Díky finanční podpoře:

projektu Příprava a rozvoj denního magisterského studia oboru adiktologie  
CZ.2.17/3.1.00/31430



Evropský sociální fond  
„Praha & EU: Investujeme do vaší budoucnosti“

Tento projekt je financován Evropským sociálním fondem, státním rozpočtem České republiky a rozpočtem hlavního města Praha.