

Pracovní listy

**Koordinace a kontinuita
péče v léčbě užívání látek**



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

2 Koordinace a kontinuita péče v léčbě užívání látek

hodnotící studie v Belgii¹

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 heroínu, se stále ještě projednávají (Reggers & Ansseau, 2000).

Od 80. let 20. století otevřela tradiční péče (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 nesespecializovaných center (viz tab. 2.1, str. 44). Specializovaná centra se zabývají výhradně pacienty užívajícími návykové látky, zatímco nesespecializovaná 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 nesespecializovaných subjektů pro osoby užívající látky v Belgii s uvedením některých hlavních funkcí (Vanderplasschen, Mostien, Claeys, Raes & Van Bouchaute, 2001)

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

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 žádaného 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 nejuváženeji bylo do hodnocení zapracováno také ekonomické hledisko (nákladová efektivita) (Hatziandreu 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 roztržitost 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 roztříštěnosti, nedostatečné koordinaci a vzniku chaotické a nestrukturované sítě, v níž jsou překrývající se a paralelní struktury a v níž řada článků chybí (Knappen & 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 předcházel 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 nespécializovaných 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 páteho 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 navrhuji 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 tři 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 pořadníky, 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 pořadníky. 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 málo která 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 zasluží 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 nieuwe 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*. Brusel: 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.
- Hatziandreu, 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., Bokos, 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. Noirfaille 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 werkbok over de organisatie en coördinatie van zorg-, bulp- 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.

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.