

Wouter Vanderplasschen, Ph.D.

Výzkumný a pedagogický asistent, Ghent University, Fakulta ortopedagogiky, Ghent, Belgie

Judith Wolf, Ph.D.

Vědecká pracovnice, Trimbos Institute, Utrecht, Nizozemsko



Richard C. Rapp, MaSW

Profesor působící v oblasti veřejného zdraví, University Medical Center St-Radboud, Nijmegen, Nizozemsko

Morten Hesse, Ph.D.

Docent, Wright State University, Lékařská fakulta, Centrum pro intervence a výzkum léčby a závislostí (CITAR), Dayton, Ohio, Spojené státy americké

abstrakt

Citace:

Vanderplasschen, W., Wolf, J., Rapp, R. C., & Hesse, M. (2007). Case management pro uživatele drog: Všelék, náhražka nebo nástroj propojování? *Adiktologie* (7)4, 429-443.

Case management pro uživatele drog: Všelék, náhražka nebo nástroj propojování?



autoři Vanderplasschen W.¹, Wolf J.², Rapp R.³, Hesse M.⁴

¹Ghent University, Fakulta ortopedagogiky, Ghent, Belgie

²Trimbos Institute, Utrecht, Nizozemsko

³University Medical Center St-Radboud, Nijmegen, Nizozemsko

⁴Wright State University, Lékařská fakulta, Centrum pro intervence a výzkum léčby a závislostí (CITAR), Dayton, Ohio, Spojené státy americké

Case management (případová práce) se začal používat při práci s uživateli drog, protože tyto osoby mívají často kromě užívání drog i jiné závažné problémy. Vzhledem k tomu, že u case managementu není jasně definován jeho koncept, interpretace ani efektivita, zaměříme se v tomto článku na to, jaké má konkrétní krátkodobé cíle, na jakou cílovou skupinu se zaměřuje, jaké hlavní typy se používají a co je pro ně charakteristické, jaké základní úkoly a funkce mají case manažeři. Dále se budeme věnovat tomu, zda by se měl case management považovat za všelék, náhražku nebo spíše za spojovací prostředek.

Case management se často zaměřuje na (chronické) uživatele drog s mnoha různými a komplexními problémy. Jeho cílem je optimalizovat využití služeb s ohledem na potřeby daného jednotlivce. Tato intervence ještě nebyla jednoznačně definována, a tak ji lze nejlépe charakterizovat na základě jejích hlavních složek: posouzení situace, sestavení plánu, propojování klienta a služeb, zastupování klienta/obhajování zájmů klienta a monitorování. Kombinace těchto kroků s některými dalšími charakteristikami z této intervence vytváří unikátní a cenný doplněk existujících služeb. Pro práci s uživateli drog se používá několik modelů case managementu: brokerský case management, všestranný model/intenzivní case management, asertivní komunitní léčba, case management založený na silných stránkách klienta a klinický/rehabilitační model. Který model se nejlépe hodí pro konkrétní populaci, stále ale ještě není jasné.

Dospěli jsme k závěru, že case management zřetelně není lékem na všechny problémy související s užíváním drog a není vhodný pro všechny uživatele drog. Umožňuje ale efektivně propojovat uživatele drog s pro ně vhodnými službami a tak – nepřímo – ovlivňuje výsledky primární léčby, např. míru užívání drog a úroveň bydlení.

Klíčová slova: case management – zneužívání drog – implementace – efektivita

Došlo do redakce: 29. srpna 2007

1. Úvod

Case management se v práci s uživateli drog začal používat v osmdesátých letech dvacátého století. Můžeme se s ním setkat především v USA a Kanadě, ale v poslední době se začal používat i v programech v Nizozemsku, Německu, Belgii, Dánsku a dalších evropských státech. Tato intervence rozšiřuje a doplňuje tradiční metody léčby závislosti na drogách a používá se z několika důvodů. Prvním je, že se nadužívání drog stále více chápe jako vícestanný a komplexní problém, ke kterému je potřeba přistupovat holisticky (celostně), protože je nutno věnovat se jak samotnému užívání drog u dané osoby, tak i širším otázkám a problémům, např. duševnímu zdraví, vztahovým a právním problémům, bydlení, zaměstnání (Brindis, & Theidon, 1997; McLellan et al., 1993). A jen málo programů poskytuje tak široké spektrum služeb, aby dokázaly vyhovět všem potřebám klientů. Za druhé – sice tomu tak není vždy a je možné se uzdravit – zneužívání drog se stále častěji chápe jako chronická a relapsující duševní porucha (McLellan, 2002; Van den Brink, 2005; Baler, & Volkow, 2006). Proto se dlouhodobé a trvalé poskytování podpurných služeb a péče považuje za klíčovou součást prevence relapsu, která umožňuje klienty stabilizovat a pomáhá jim překonávat problémy (Brindis & Theidon, 1997). Třetím důležitým motivem pro case management je špatná a selektivní dostupnost služeb a jejich nedostatečná kvalita (např. pokud jde o koordinaci, akontabilitu, efektivitu a účinnost) (Ridgely, & Willenbring, 1992; SAMHSA, 1998).

Case management se chápe jako možné řešení výše uvedených problémů, protože umožňuje komplexně a trvale reagovat na problémy uživatelů drog a zajistit jim potřebné služby. V jedné z prvních evaluačních studií se ukázalo, že může snížit míru předčasného ukončení léčby („vypadnutí z léčby“) a zlepšit výsledky v oblasti psychosociální i v oblasti drog a alkoholu, a to především u těch nejproblematictějších klientů (Lightfoot et al., 1982). Efektivitu této intervence prokázal i Willenbring a kol. (1991), podle něhož pomohl case management udržet „pijáky z ulice“ v léčbě, zlepšil pro ně dostupnost služeb, přispěl ke stabilizaci jejich situace, k zajištění kontinuity péče a zabránil zhoršování jejich klinického stavu. Jeho efektivita byla prokázána i v současných studiích, ve kterých se používala přísnější metodologie, a to především u různých populací osob zneužívajících drogy, např. chronických alkoholiků, osob s duální diagnózou, zatčených v souvislosti s drogami a těhotných žen a mladých matek (Vanderplasschen et al., 2007). V některých studiích ale jeho účinek na snížení míry předčasného ukončení léčby nebyl prokázán (Pearlman, 1984) a ve srovnání s kontrolními skupinami, kde se case management neprováděl, byly vykazovány velmi malé nebo nulové účinky (viz Falck et al., 1992; Lidz et al., 1992; Martin, & Scarpitti, 1993; Sorensen et al., 2003).

Tyto protichůdné výsledky jsou možná způsobeny tím, že neexistuje žádný jednotný koncept a způsob provádění case managementu – a přitom právě tyto dva prvky byly určeny

jako významné determinanty úspěšné praxe a výsledků intervence (Perl, & Jacobs, 1992; Jerrell, & Ridgely, 1999). Někdy skutečně není jasné, co vše bylo v intervenci zahrnuto a jak byla provedena. Techniky používané při case managementu v jednotlivých zemích se navíc různí s ohledem na rozdílné krátkodobé cíle, konkrétní cílové skupiny, programové i systémové proměnné a další aktuální otázky zájmu na místní úrovni (Vanderplasschen et al., 2004). Diskutovat o účincích case managementu a nerozlišovat při tom mezi jednotlivými modely, populacemi a odlišným posuzováním výsledků znamená příliš zjednodušit současnou běžnou praxi. Navíc neprokázání efektivity specifické intervence může mít více co do činění s tím, jakým způsobem byla evaluována, než s tím, jak byla vlastně prováděna (Orwin et al., 1994).

Jelikož není jasně definován koncept, interpretace ani efektivita case managementu, zaměříme se v tomto článku na to, jaké má konkrétní krátkodobé cíle, na jakou cílovou skupinu se zaměřuje, jaké hlavní typy case managementu se používají a co je pro ně charakteristické, na to, jaké základní úkoly a funkce mají case manažeři. Konkrétně se zaměříme na porovnání s tradiční léčbou závislosti a na to, do jaké míry lze case management považovat za nový přístup. Dále se budeme věnovat tomu, zdali jej lze, jak nás o tom přesvědčují někteří autoři (viz Burns, 1996), chápat jako všelék. Nebo je to spíše naopak a účinky této intervence jsou prokazatelné jen z malé části nebo vůbec ne? V závěru posoudíme, do jaké míry case management naplňuje jeden ze svých hlavních cílů, tj. propojovat klienty s vhodnými službami, a jak ovlivňuje další kritéria úspěšnosti, jako např. míru užívání drog a zapojení do trestné činnosti.

2. Původ a východiska

Case management se začal používat ve dvacátých letech minulého století, kdy Mary

Richmondová použila termín „sociální případová práce“ pro aktivity, které ovlivňují vzájemné přizpůsobování jednotlivců a jejich sociálního prostředí (SAMHSA, 1998). Sociální případová práce byla charakterizována koordinací sociálních služeb, konzervací veřejných rozpočtů, péčí o chudé a nemocné, vírou v cenu a důstojnost klientů a tzv. empowerment (zplnomocňování) rizikových populací (Hall et al., 2002). Tato intervence se zaměřovala na chudé a znevýhodněné lidi, kteří měli potíže naplnit základní životní potřeby. Charakteristiky a účel aktivit prováděných v rámci sociální případové práce byly podobné tomu, čemu dnes říkáme „case management“ (též případová práce). Podle některých autorů (Brindis, & Theidon, 1997; Hall et al., 2002) sahají jeho kořeny dokonce až do devatenáctého století (1863), protože součástí rané historie sociálních služeb byly tzv. settlement houses (něco jako centra sociálních služeb, pozn. překl.) a charitativní organizace, které koordinovaly řešení případu, a proto je lze chápat jako první projevy konceptu case managementu.

V oblasti sociální práce a péče o (duševní) zdraví byl ale termín case management zaveden až v šedesátých letech minulého století. Vyžádala si to deinstitucionalizace velkých psychiatrických léčeben a s tím spojený rozvoj komunitních služeb (Siegal et al., 1995; Ashery, 1996; Hall et al., 2002), kdy začalo být třeba pomáhat lidem hledat zdroje potřebné pro život a fungování v komunitě. Hlavním důvodem bylo, že fragmentace služeb spolu s kategorickým kladením podmínek pro získání služby omezila přístupnost, akontabilitu, koordinaci a kontinuitu sociálních služeb.

Case management je považován za jednu z nejdůležitějších inovací v oblasti duševního zdraví a komunitní péče za poslední desetiletí (Holloway, & Carson, 2001; Vanderplasschen et al., 2004). Od sedmdesátých let dvacátého století bylo o realizaci, praxi a evaluaci této intervence pro osoby s chronickým dušev-

ním onemocněním publikováno mnoho prací a literatury (Burns et al., 2001). Evaluační studie obecně prokázaly, že case management má pozitivní výsledky, např. snížení míry hospitalizací, zvýšené využívání ambulantních a komunitních služeb, zvýšení kvality života a vysokou míru spokojenosti klientů (Ziguras, & Stuart, 2000). Z různých zemí a modelů ale byly vykazovány protichůdné výsledky (Burns et al., 2001) a především stále zůstává nevyjasněn vliv case managementu na fungování klientů (Drake et al., 1998; Marshall et al., 2000; Ziguras et al., 2002).

Case management pro uživatele drog byl modelován podle příkladů z oblasti péče o duševní zdraví, ale vyvíjel se poměrně samostatně, protože v některých státech byla striktně oddělena léčba závislosti od léčby duševních onemocnění (Vanderplasschen et al., 2004). Pro populaci uživatelů drog se case management začal používat na začátku osmdesátých let dvacátého století, a to hlavně proto, že tyto osoby mívají kromě zneužívání drog často i jiné závažné problémy. Case management se považuje za důležitý doplněk služeb tradičních zařízení pro léčbu závislosti, protože poskytuje spektrum komplexních služeb, které obvykle nejsou součástí standardní léčby (SAMHSA, 1998). Obecně se popisuje jako koordinované a ucelené zajištění přístupu k odpovídajícím službám a prostředkům s cílem zaručit klientovi dostatečnou a trvající podpůrnou péči (Birchmore-Timney, & Graham, 1989).

Od devadesátých let minulého století se case management začal používat ve stovkách programů pro léčbu závislosti na drogách v USA a Kanadě. V evropských státech je používán mnohem méně. V některých zemích ale lze pozorovat zvýšený zájem o tuto intervenci – case manažeři začali fungovat např. v Nizozemsku, Belgii, Německu a Dánsku. V Nizozemsku zavedení case managementu vyvolaly nízká kvalita života řady chronicky

závislých a to, jaké potíže způsobovali v centrech měst. V Německu a Belgii byly zase hlavním důvodem nedostatky v koordinaci a kontinuitě péče (Vanderplasschen et al., 2004). V Dánsku, ale také v rámci klinické studie mezi uživateli heroinu v Německu, byl case management aplikován jako psycho-sociální podpora substituční léčby.

3. Cíle a cílové skupiny

Podle literatury se konkrétní krátkodobé cíle case managementu pro uživatele drog zaměřují na optimalizaci poskytování služeb podle individuálních potřeb klientů, např.:

- zlepšení špatné kvality péče,
- nabízení komplexní a koordinované péče tak dlouho, dokud je to potřeba,
- zlepšení přístupnosti potřebných služeb a snižování bariér bránících jejich čerpání,
- zlepšení efektivity léčby tak, že se klientům poskytuje ten pravý mix intervencí ve správný čas a zabraňuje se disproportionálnímu využívání služeb klienty, kteří často vypadávají z léčby a zase se do ní vracejí (tzv. revolving door clients).

Sekundárními a méně často uváděnými konkrétními krátkodobými cíli jsou např. zlepšení individuální kvality života, snižování škodlivých účinků drog, kontrolované užívání drog a prevence relapsu (Vanderplasschen, & Wolf, 2005).

V case managementu se používá komplexní a dlouhodobý přístup, a tak se často zaměřuje na (chronické) uživatele drog, kteří mají mnoho složitých problémů. Většinou jde o osoby, které žijí na okraji společnosti a pro které je velmi obtížné dostat se ke službám, účastnit se léčby a splňovat její podmínky. Platí to hlavně pro specifické populace uživatelů drog, např. těhotné uživatelky drog, dospívající, alkoholiky bez domova, pacienty s duální diagnózou a osoby infikované virem HIV. Ve Spojených státech (viz např. Léčebné alternativy pro bezpečnější komunity, Treatment Alternatives for Safer Communities, TASC),

Spojeném království (např. drogové soudy) a Nizozemsku (např. Geïntegreerde Aanpak Verslavingsproblematiek en Overlast (GAVO) a Strafrechterlijke Opvang Verslaafden (SOV), byl case management také úspěšně použit pro uživatele drog s problémy v trestněprávní oblasti (Vanderplasschen et al., 2004).

4. Úkoly a funkce case manažerů

Vzhledem k tomu, že neexistuje jednotná definice, lze case management nejpřesněji charakterizovat popisem jeho základních kroků, které byly definovány americkým konsensuálním panelem expertů v Protokolu pro zlepšování léčby (Treatment Improvement Protocol, TIP-series Nr. 27) (SAMHSA, 1998):

- 1) posouzení problémů, potřeb a silných stránek klienta;
- 2) sestavení plánu, včetně definování cílů a plánu léčby;
- 3) propojování (tzv. linking) s odpovídajícími službami a koordinace poskytování služeb;
- 4) monitorování, evaluace a úpravy léčebného plánu;
- 5) obhajování zájmů klienta/zastupování klienta.

Proaktivní vyhledávání a kontaktování klientů v jejich přirozeném prostředí (terénní kontaktní práce) není vždy považováno za jeden ze základních kroků case managementu. Kontaktní práce (outreaching) je obvykle spojována s obtížně přístupnou nebo skrytou populací a je součástí specializovanějších modelů case managementu, např. case managementu založeného na silných stránkách, asertivní komunitní léčby a intenzivního case managementu. Budovat vztah založený na vzájemné důvěře je časově náročný proces, kdy je potřeba, aby došlo k několika kontaktům, což mohou zajistit právě terénní (kontaktní) aktivity (Vanderplasschen, & Wolf, 2005).

Kromě těchto základních funkcí mohou i samotní case manažeři poskytovat služby nebo – v některých případech (např. v kli-

nickém case managementu) – působit i jako terapeuti. Case management se primárně chápe jako doplněk existujících služeb, a tak je standardní léčba závislosti na drogách, tj. např. lékařská péče, psychologická podpora, psychoedukace nebo prevence relapsu, obvykle zajišťována dalšími profesionály. Case manažer se věnuje zajištění dostupnosti těchto služeb, motivaci klienta k nástupu do léčby, k tomu, aby se na léčbě aktivně podílel a aby ji dokončil, a zajišťuje kontinuální podporu.

Příklady přímých služeb poskytovaných case manažery:

- různé typy praktické pomoci: pomoc s financemi (rozpočty), žádání o dávky, zařízení zdravotního pojištění, vyhledávání ubytování, hledání práce, zařizování přepravy atd.,
- okamžitá pomoc a podpora v krizových situacích,
- podpora a monitorování tréninku specifických dovedností,
- zprostředkování lékařské a/nebo psychiatrické péče,
- podpora užívání léků a snížení míry užívání nelegálních drog,
- zprostředkování právní pomoci,
- zastávání funkce prostředníka ve styku s partnerem/partnerkou, rodinou, sousedy nebo dalšími osobami,
- podpora a psychoedukace pro rodinu a přítele/známé,
- pomáhání klientům nacházet zdroje a podporu v jejich bezprostředním okolí.

Kromě pozitivních účinků poskytování takových služeb nelze opomenout ani terapeutický účinek toho, že se klientovi dostává trvalé a kontinuální podpory od jednoho zkušeného poskytovatele péče. Takový vztah je základem každého case managementu. V tabulce 1 (viz tabulku 1) najdete některé další důležité principy a charakteristiky case managementu, které jsou samy o sobě velmi podobné dalším (standardním) intervencím pro uživatele drog. Od těch se case management liší hlavně

v tom, že obsahuje všechny výše uvedené kroky, a tak je unikátním a cenným doplňkem existujících služeb. V tradičních službách se totiž jednotlivé kroky case managementu (tj. posouzení, propojování, monitorování, zastupování klienta, plánování, kontaktní práce) nepoužívají systematicky nebo se používají pouze do omezené míry. Jen málo programů navíc používá integrovaný a komplexní přístup nebo poskytuje klientům po léčbě následnou péči. Další inovativní aspekty case managementu jsou zapojení klientovy sociální sítě, zaměření na komunitu a především přístup zaměřený na klienta. Nevychází se z toho, jaká nabídka služeb je k dispozici, ale spíše z toho, co klient potřebuje a požaduje. Výsledkem jsou individualizované služby, hledají se silné stránky a prostředky u klienta a v jeho okolí a klient je zapojen do celého procesu case managementu.

Viz tabulka 1: Základní principy a charakteristiky case managementu pro uživatele drog (SAMHSA, 1998)

5. Modely case managementu

Pro práci s uživateli drog jsou vhodné následující typy case managementu: brokerský case management, generalistický model/intenzivní case management, asertivní komunitní léčba, case management založený na silných stránkách a klinický/rehabilitační model (Ridgely, & Willenbring 1992; SAMHSA 1998; Hesse et al., 2007). Všechny tyto typy se skládají ze stejných základních kroků (posouzení, plánování, propojování, monitorování a obhajování/ zastupování / zájmů/ klienta) a jejich odlišnosti nelze striktně definovat, jde spíše o šest možností volně rozložených na „škále“. Odlišují se, kromě dalších charakteristik, podle míry poskytovaných služeb, intenzity zapojení klienta a case manažera (viz tabulku 2). V praxi najdeme jen málo příkladů, které by odpovídaly „čisté“ verzi některého typu case managementu. Konkrétní model by se měl zvolit podle

dostupných služeb, konkrétních cílů, cílové skupiny a všech dostupných empirických poznatků. V praxi ale často není jasné, podle kterých kritérií se vybíralo (Vanderplasschen et al. 2004). Podle praxe v komunitních organizacích je case management téměř vždy přizpůsobován kontextu a upravován tak, aby vyhovoval programu, který jej realizuje, a odpovídal spektru dostupných sociálních a zdravotnických služeb. Tato flexibilita je jednou z jeho typických charakteristik, které zajišťují jeho užitečnost. Kvůli ní lze ale case management jen těžko evaluovat.

Brokerský model představuje velmi krátkou formu case managementu, v jehož rámci pomáhají pracovníci klientovi formulovat, co potřebuje a jaké má problémy, a zprostředkovat pomocné nebo podpůrné služby. To všechno během jednoho nebo dvou kontaktů (SAMHSA, 1998). Plánuje se jen do omezené míry a často zde chybí trvalý a blízký vztah mezi case manažerem a klientem. Case manažeři v tomto typu nejsou příliš zapojeni, a tak někdy pracují s velkým počtem případů – i s více než sto klienty. Bylo prokázáno, že tento model se nejlépe hodí pro klienty, kteří nejsou vážně závislí na drogách nebo marginalizovaní a (stále ještě) se jim dostává dostatečné podpory od okolí. Při srovnávání tohoto typu s jinými krátkými intervencemi, které se ale neprováděly podle zásad case managementu, nejsou obvykle prokázány rozpoznatelné přínosy (Vanderplasschen et al., 2007), ale jedna nedávno provedená studie uvádí pozitivní vliv brokerského modelu na využívání služeb a dostupnost léčby (Scott et al., 2002).

Všestranné modely nejběžněji obsahují všechny základní kroky case managementu. Charakterizuje je užší vztah mezi klientem a case manažerem, který ale není rozvíjen podle nějaké speciální teorie nebo zásad. Manažeři obvykle mají na starosti maximálně třicet klientů. V různých – ale ne všech – studiích byl všestranný case management asociován se sig-

nifikantními pozitivními účinky na participaci a retenci klienta v léčbě a prevenci relapsu.

Nejznámější variantou case managementu v oblasti péče o duševní zdraví je *asertivní komunitní léčba*, která byla úspěšně aplikována také v některých populacích uživatelů drog, např. u osob s vážnými a chronickými duševními poruchami, u dříve trestaných osob a bezdomovců (Vanderplasschen et al., 2007). Akceptuje chronickou povahu a průběh potíží klienta a snaží se mu pomáhat naučit se žít v komunitě. Důležitou roli zde hraje tým case manažerů, kteří poskytují terénní kontaktní služby a přímé poradenské služby včetně rodinných konzultací, návniku dovedností a krizové intervence. Základními technikami jsou proaktivní kontaktní práce a podpora „in vivo“, zaměření na každodenní problémy, časté kontakty mezi klientem a case manažerem (jejich permanentní dostupnost) a týmový přístup, kdy case manažeři spoluzodpovídají za všechny klienty v programu (Vanderplasschen, & Wolf, 2005).

Intenzivní case management stojí někde mezi generalistickým case managementem a asertivní komunitní léčbou. Je vhodný především pro osoby, které využívají více typů služeb zároveň. Od asertivní komunitní léčby se liší v tom, že v asertivní komunitní léčbě s jedním případem pracuje tým case manažerů (Vanderplasschen, & Wolf, 2005). Ve srovnání s generalistickým case managementem je intenzivní model charakterizován častějším, intenzivním a dlouhodobým kontaktem a nižším počtem případů na jednoho case manažera. Podle evaluačních studií je efektivní hlavně v oblasti stabilizování situace uživatelů drog s vážnými a komplexními problémy. Tyto výsledky byly ale prokázány jen v některých studiích (Vanderplasschen et al., 2007).

Model založený na silných stránkách klienta lze považovat za speciální příklad intenzivního case managementu, ve kterém se objeví

každý z pěti základních kroků. Největší důraz se klade na identifikaci klientových silných stránek a kladů, které se pak využijí pro získání prostředků, pomoci a podpory v komunitě (Siegal et al., 1995). Dalšími hlavními principy tohoto přístupu jsou: vztah mezi klientem a case manažerem stojí na prvním místě, klienti musí mít (po poradě s case manažerem) přímou kontrolu nad stanovováním cílů a volbou prostředků. V case managementu založeném na silných stránkách se používá aktivní forma kontaktní práce a kromě standardní nabídky služeb se využívají i neformální pomocné sítě. Uvádí se, že tento typ působí pozitivně, např. působí na fungování v zaměstnání a setrvávání v léčbě, která následně snižuje míru užívání drog a zapojení do trestné činnosti (Vanderplasschen et al., 2004). Tato intervence – konkrétně to, že se v ní stanovují cíle s ohledem na potřeby klienta – je velmi pozitivně hodnocena klienty.

Klinické/rehabilitační přístupy v case managementu kombinují vyhledávání zdrojů prostředků (case management) a klinické aktivity, např. psychoterapii pro klienty a jejich rodiny a nácvik specifických dovedností. Některé programy používají klinický model, při němž jeden profesionál poskytuje, nebo aspoň koordinuje jak terapii, tak case management. Cílem klinického managementu je zmírnit psychické strádání klientů, zatímco rehabilitační model usiluje o rehabilitaci jednotlivců v jejich přirozeném prostředí. Klinický case management není často aplikován u uživatelů drog, ale podle nejméně jedné studie byl efektivnější než standardní léčba (McLellan et al., 1999). Podle dalších autorů je kombinování role poradce a case manažera problematické, protože tím trpí obě uvedené funkce programu (Vanderplasschen et al., 2004).

V současnosti se testuje nový přístup k poskytování služeb v oblasti case managementu. Na první pohled by se mohlo zdát, že krátký

case management (*brief case management*) není vhodný pro osoby s dlouhou historií relapsů. Je ale úspěšný v pomoci uživatelům drog dosáhnout jediného důležitého cíle, tj. nejčastěji dostat je do kontaktu se službami nebo vrátit do péče služeb poté, co z nich odešli (Rapp, 2006). Krátký case management staví na silných stránkách klientů. Klinické studie krátkého case managementu založeného na silných stránkách prokázaly jeho účinnost při pomáhání HIV pozitivním osobám dostat se do kontaktu s lékařskou péčí (Gardner et al., 2005) a obdobně také při pomáhání uživatelům drog dostat se do kontaktu s léčbou drogové závislosti (Rapp, 2006).

6. Všelék, provizorní náhražka nebo nástroj propojování?

Nové světlo do diskuze o efektivitě této intervence vnesl nedávno publikovaný velký přehled studií (*Cochrane review*) case managementu pro uživatele drog (Hesse et al., 2007), který vycházel z patnácti randomizovaných a kontrolovaných klinických studií se vzorkem 6694 pacientů. V porovnání se standardní léčbou uživatelů drog byla u case managementu prokázána největší úspěšnost v realizaci kontaktu se zdravotnickými a sociálními službami (SMD=0,42). Case management byl poněkud méně účinný v oblasti zlepšování životního stavu klientů (SMD=0,23) a ve výsledcích týkajících se užívání nelegálních drog (SMD= 0,12). U všech ostatních kritérií (např. užívání alkoholu, rizikové chování v souvislosti s HIV, zaměstnání) byla prokázána pouze malá účinnost. Ale studií bylo příliš málo na to, aby umožnily zobecnit výsledky týkající se tělesného zdraví, kvality života a rodinných a sociálních vztahů. Navíc se ukazuje významná nesourodost výsledků v užívání nelegálních drog a v úspěšnosti zprostředkování služeb (propojování služeb a klientů), podle čehož lze usoudit, že se výsledky jednotlivých studií velmi lišily. Při srovnávání efektivit jednotlivých modelů byla zjištěna nejvyšší úspěš-

nost u case managementu vycházejícího ze silných stránek (SMD=0,70), dále u brokerského (SMD=0,33) a intenzivního case managementu (SMD=0,19). Ostatní modely nebyly do analýzy zařazeny, protože bylo provedeno málo randomizovaných klinických studií, které by testovaly jejich efektivitu.

Všechny výsledky byly ovlivněny skutečností, že case management byl primárně srovnáván s dalšími typy léčby (tj. např. s obvyklou formou léčby), ale se stavem, kdy probíhala minimální léčba nebo neprobíhala léčba žádná, byl srovnáván jen minimálně nebo vůbec (Miller, & Wilbourne, 2002). To lze také vysvětlit rozdílnými metodologickými hledisky těchto dvou skupin (např. nižší míra odpadnutí z léčby, parciální implementace, neexistence rozdílů mezi experimentálním a kontrolním stavem) (Orwin et al., 1994).

Uvedené výsledky naznačují, že case management není všelék a že tato intervence – stejně jako většina dalších sociálních intervencí – není řešením pro všechny problémy a všechny uživatele drog. Nemělo by nás to příliš překvapit, protože byla původně vytvořena, aby poskytovala trvalou a suportivní péči klientům a dostala je do kontaktu s komunitními prostředky a existujícími službami (Birchmore-Timney, & Graham, 1989; Rapp et al., 1998). Očekávat signifikantní a trvalou účinnost ve fungování klientů by bylo příliš optimistické. Na druhou stranu ale Cochranova metaanalýza prokázala, že case management je efektivní strategie pro to, aby se uživatelé drog dostali do kontaktu s komunitními a léčebnými službami.

Provádění této intervence by tedy mělo vycházet z toho, jaké má kvality jako propojovací prostředek vůči ostatním službám, které jinak nejsou (pro specifické skupiny) uživatelů drog (snadno) přístupné. Case management sám o sobě sice nemusí ovlivnit zneužívání drog, ale může významně podpořit to,

aby se uživatel začal léčit a plnil stanovené podmínky, což může nepřímo ovlivnit jeho chování. Model case managementu založený na silných stránkách klientů se zdá být pro tento účel slibným přístupem.

Je-li case management důsledně konceptualizovaný a implementovaný, rozhodně není žádnou provizorní náhražkou. Ne všechny studie sice jasně prokázaly účinky této intervence, několik autorů dokonce prokázalo pravý opak. Proto voláme po tom, aby byla připravena kvalitní konceptualizace této intervence i s manuály a protokoly a aby case manažeři byli řádně a důkladně proškoleni (Vanderplasschen et al., 2004). Jakmile se s tím začne, bude třeba zajistit administrativní podporu, systematické plánování a monitorování celého procesu, pravidelné schůzky realizačního i supervizního týmu a průběžně kontrolovat, zdali je program prováděn řádně (tzv. fidelita programu) a vyhodnocovat, zdali jsou plněny stanovené konkrétní cíle. Pouze tehdy bude provádění case managementu významnou determinantou úspěšné praxe a výsledků.

Kontaktní adresa:

Wouter Vanderplasschen

Ghent University

Department of Orthopedagogics

H. Dunantlaan 2

B-9000 Gent

Tel.: 32-9-264 63 64

Fax: 32-9-264 64 91

Email: Wouter.Vanderplasschen@UGent.be

Tabulka 1 Základní principy a charakteristiky case managementu pro uživatele drog (SAMHSA, 1998)

Zaměřuje se na klienty a vychází z jejich potřeb a zdrojů.
Klienti jsou zapojeni do léčebného procesu.
Je komunitně orientovaný a pomáhá klientům fungovat ve společnosti.
Je pragmatický, začíná tam, „kde je klient“, a nabízí mu praktickou pomoc, slouží i jako základ pro další podporu nebo pomoc či asistenci.
Nabízí integrovaný a komplexní přístup a neomezuje se pouze na problémy spojené se zneužíváním drog.
Je proaktivní a předpokládá pozorovatelné změny v životní situaci klientů i jejich užívání drog.
Je flexibilní a přizpůsobuje se měnícím potřebám a problémům klientů.
Je kulturně citlivý a reaguje na kulturní, náboženské, genderové a věkové rozdíly.
Case manažer vystupuje jako jediná kontaktní osoba pro klienty a všechny zainteresované služby a poskytovatele služeb.

Tabulka 2 Specifické charakteristiky jednotlivých modelů case managementu (Vanderplasschen & Wolf, 2005; Vanderplasschen et al., 2007)

	Brokerský management (brokerage management)	Všestranný case management (generalist case management)	Asertivní komunitní léčba (assertive community treatment, ACT)	Intenzivní case management (intensive case management)	Case management založený na silných stránkách (strengths-based case management)	Klinický case management (clinical case management)
Odlíšující charakteristika	Brokerské služby	Koordinace	Komplexní týmový přístup	Komplexní, intenzivní a nepřetržitý	Důraz na silné stránky a empowerment	Case manager jako vzor a terapeut
Kontaktní práce (outreaching)	Ne	Někdy	Ano	Ano	Ano	Ano
Význam vztahu mezi klientem a case manažerem	Není důležitý	Docela důležitý	Důležitý	Důležitý	Důležitý	Velmi důležitý
Koordinace poskytování služeb	Koordinace, služby nejsou poskytovány	Koordinace, služby nejsou poskytovány nebo jsou poskytovány pouze ve velmi omezené míře	Poskytování služeb	Poskytování a koordinace služeb	Poskytování a koordinace služeb	Poskytování a koordinace služeb
Poskytování služeb doma	Ne	Někdy	Ano	Ano	Ano	Ano
Odpovědnost pracovníka nebo týmu, který se věnuje případu	Case manažer	Case manažer	Tým	Case manažer	Case manažer	Case manažer
Multidisciplinární tým	Ne	Ne	Ano	Ne	Ne	Ne
Růst nebo stabilizace klientů	Spíše stabilizace	Stabilizace	Růst	Spíše stabilizace	Růst	Spíše stabilizace
Paternalismus nebo empowerment	Spíše empowerment	Spíše empowerment	Paternalismus	Spíše paternalismus	Empowerment	Spíše paternalismus
Průměrný počet klientů na pracovníka	Až 100	30	15	15-20	15-20	5-10

Literatura

- 1 Ashery, R. S. (1996). Case management for substance abusers: more issues than answers. In H. Siegal, & R. Rapp (Eds.), *Case management and substance abuse treatment: practice and experience* (141–154). New York: Springer Publishing Company.
- 2 Baler, R. D., & Volkow, N. D. (2006). Drug addiction: the neurobiology of disrupted self-control. *Trends in Molecular Medicine*, 12(12), 559–566.
- 3 Birchmore-Timney, C. & Graham, K. (1989). A survey of case management practices in addictions programs. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 6(3/4), 103–127.
- 4 Brindis, C. D., & Theidon, K. S. (1997). The role of case management in substance abuse treatment services for women and their children. *Journal of Psychoactive Drugs*, 29(1), 79–88.
- 5 Burns, T. (1996). Case management: two nations still divided. *Psychiatric Services*, 47(8), 793.
- 6 Burns, T., Fioritti, A., Holloway, F., Malm, U. & Rossler, W. (2001). Case management and assertive community treatment in Europe. *Psychiatric Services*, 52(5), 631–636.
- 7 Drake, R. E., McHugo, G., Clark, R., Teague, G. B., Xie, H., Miles, K. et al. (1998). Assertive community treatment for patients with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: a clinical trial. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(2), 201–215.
- 8 Falck, R., Siegal, H. A., & Carlson, R. G. (1992). Case management to enhance AIDS risk reduction for injection drug users and crack users: Theoretical and practical considerations. In R.S. Ashery (Ed.), *Progress and Issues in case management*. (NIDA Research Monograph 127) (pp. 167–180). Rockville: National Institute on Drug Abuse.
- 9 Gardner, L. I., Metsch, L. R., Anderson-Mahoney, P., Loughlin, A. M., del Rio, C., Strathdee, S., et al. (2005). Efficacy of a brief case management intervention to link recently diagnosed HIV-infected persons to care. *AIDS*, (19), 423–431.
- 10 Hall, J. A., Carswell, C., Walsh, E., Huber, D. L., & Jampoler, J. S. (2002). Iowa case management: Innovative social casework. *Social Work*, 47(2), 132–141.
- 11 Hesse, M., Broekaert, E., Fridell, M., Rapp, R. C. & Vanderplasschen, W. (2007). Case management for persons with substance use disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, Art. No.: CD006265.
- 12 Holloway, F., & Carson, J. (2001). Case management: an update. *International Journal of Social Psychiatry*, 47(3), 21–31.
- 13 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.
- 14 Lidz, V., Bux, D. A., Platt, J. J., & Iguchi, M. Y. (1992). Transitional case management: A service model for AIDS outreach projects. In R.S. Ashery (Ed.), *Progress and Issues in case management* (NIDA Research Monograph 127) (pp. 112–144). Rockville: National Institute on Drug Abuse.
- 15 Lightfoot, L., Rosenbaum, P., Ogurzsoff, S., Laverty, G., Kusiar, S., Barry, K. et al. (1982). *Final Report of the Kingston Treatment Programmed Development Research Project*. Ottawa, Canada: Department of Health and Welfare, Health Promotion Directorate.
- 16 Marshall, M., Gray, A., Lockwood, A., & Green, R. (1998). Case management for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, Art. No.: CD000050.
- 17 Martin, S. S., & Scarpitti, F. R. (1993). An intensive case management approach for paroled iv drug users. *Journal of Drug Issues*, 23(1), 43–59.
- 18 McLellan, A. T. (2002). Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective. *Addiction*, 97(3), 249–252.
- 19 McLellan, A. T., Arndt, I., Metzger, D., Woody, G., & O'Brien, C. (1993). The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *Journal of the American Medical Association*

- 20 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.
- 21 Miller, W. R., & Wilbourne, P. L. (2002). Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*, 97(3), 265–277.
- 22 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.
- 23 Pearlman, S. (1984). Early experiences with primary care. In F. B. Glaser, H. M. Annis, & H. A. Skinner (Eds.). *A system of health care delivery: Volume II Primary Care Assessment*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- 24 Perl, H. I., & Jacobs, M. L. (1992). Case management models for homeless persons with alcohol and other drug problems: An overview of the NIAAA research demonstration program. In R. S. Ashery (Ed.), *Progress and issues in case management (NIDA Research Monograph 127)* (pp. 208–222). Rockville: National Institute on Drug Abuse.
- 25 Rapp, R. C. (2006). Strengths-based case management: Enhancing treatment for persons with substance abuse problems. In D. Saleebey (Ed.), *The strengths perspective in social work practice (fourth edition)*. Boston: Allyn & Bacon.
- 21 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.
- 26 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.
- 27 Scott, C. K., Sherman, R. E., Foss, M. A., Godley, M., & Hristova, L. (2002). Impact of centralized intake on case management services. *Journal of Psychoactive Drugs* 34(1):51–57, 2002.
- 28 Siegal, H. A., Rapp, R. C., Kelliher, C. W., Fisher, J. H., Wagner, J. H., & Cole, P. A. (1995). The strengths perspective of case management: A promising inpatient substance abuse treatment enhancement. *Journal of Psychoactive Drugs*, 27(1), 67–72.
- 29 Sorensen, J. L., Dilley, J., London, J., Okin, R. L., Delucchi, K. L., & Phibbs, C. S. (2003). Case management for substance abusers with HIV/AIDS: a randomized clinical trial. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29(1), 133–150.
- 30 Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA). (1998). *Comprehensive case management for substance abuse treatment (TIP Series 27)*. Rockville: U.S. Department of health and human services, Public Health Service, Substance abuse and mental health services administration, Center for substance abuse treatment.
- 31 Wilenbring, M. L., Ridgely, M. S., Stinchfield, R., & Rose, R. (1991). Application of case management in alcohol and drug dependence: matching techniques and populations. Rockville: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- 32 Van den Brink, W. (2005). Verslaving, een chronisch recidiverende hersenziekte. *Tijdschrift Verslaving*, 1(1), 3–14.
- 33 Vanderplasschen, W., Rapp, R. C., Wolf, J., & Broekaert, E. (2004). The development and implementation of case management for substance use disorders in North America and Europe. *Psychiatric Services*, 55(8), 913–922.
- 34 Vanderplasschen, W., & Wolf, J. (2005). Case management bij drugsverslaafden: ABC voor implementatie en praktijk. *Verslaving: Tijdschrift over Verslavingsproblematiek*, 1, 66–78.

Literatura

- 35 Vanderplasschen, W., Wolf, J., Rapp, R. C., & Broekaert, E. (2007). Effectiveness of different models of case management for substance-abusing populations. *Journal of Psychoactive Drugs*, 39(1), 81–93.
- 36 Ziguras, S. J., & Stuart, G. W. (2000). A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatric Services*, 51, 1410–1421.
- 37 Ziguras, S. J., Stuart, G. W., & Jackson, A. C. (2002). Assessing the evidence on case management. *British Journal of Psychiatry*, 181, 17–21.