

# Pracovní listy

**Přehled účinnosti různých  
modelů case managementu  
pro uživatele látek**



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



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

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

---

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

## 6.1 Úvod

### 6.1.1 Účinnost léčby užívání látek

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

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

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

### 6.1.2 Implementace case managementu

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

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

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

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

### 6.1.3 Účinnost case managementu

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

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

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

## 6.2 Metoda

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

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

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



## 6.3 Výsledky

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

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

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

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

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

### 6.3.1 Asertivní komunitní léčba a intenzivní case management

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

#### ❑ Pachatelé trestné činnosti

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

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

#### ❑ Uživatelé látek mezi bezdomovci

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

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

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

#### ❑ Pacienti s duální diagnózou

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

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

### □ Další cílové skupiny

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

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

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

### 6.3.2 Case management založený na silných stránkách

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

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

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

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

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

### 6.3.3 Univerzální neboli standardní case management

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

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

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

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

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

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

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

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

### 6.3.4 Klinický case management

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

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

### 6.3.5 Model zprostředkování

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

## 6.4 Diskuse

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

### 6.4.1 Účinnost různých modelů case managementu

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



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

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

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

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

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

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

## 6.4.2 Důkazy účinnosti

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 6.4.3 Omezení tohoto přehledu

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 6.5 Závěr

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

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



## Literatura

- Barnett, P. G. (1999). The cost-effectiveness of substance abuse treatment. *Current Psychiatry Reports*, 1(2), 166–171.
- Birchmore-Timney, C & Graham, K. (1989). A survey of case management practices in addictions programs. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 6(3/4), 103–127.
- Block, R. I., Bates, M. E. & Hall, J. A. (2003). Relation of premorbid cognitive abilities to substance users' problems at treatment intake and improvements with substance abuse treatment and case management. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29(3), 515–538.
- Bokos, P., Mejta, C., Mickenberg, J. & Monks, R. (1992). Case management: an alternative approach to working with intravenous drug users. In R. S. Ashery (Ed.), *Progress and Issues in case management (NIDA Research Monograph 127)* (pp. 92–111). Rockville: National Institute on Drug Abuse.
- Braucht, G. N., Reichardt, C. S., Geissler, L. J., Bormann, C. A., Kwaitkowski, C. F. & Kirby, M. W. (1995). Effective services for homeless substance abusers. *Journal of Addictive Diseases*, 14(4), 87–109.
- Brindis, C. D. & Theidon, K. S. (1997). The role of case management in substance abuse treatment services for women and their children. *Journal of Psychoactive Drugs*, 29(1), 79–88.
- Brockaert, E. & Vanderplassen, W. (2003). Towards an integrated treatment system for substance abusers: report on the second international symposium on substance abuse treatment and special target groups. *Journal of Psychoactive Drugs*, 35(2), 237–245.
- Brun, C. & Rapp, R. C. (2001). Strengths-based case management: individuals' perspectives on strengths and the case manager relations. *Social Work*, 46(3), 278–288.
- Burns, T., Fioritti, A., Holloway, F., Malm, U. & Rossler, W. (2001). Case management and assertive community treatment in Europe. *Psychiatric Services*, 52(5), 631–636.
- Clark, R. E. & Fox, T. S. (1993). A framework for evaluating the economic impact of case management. *Hospital and Community Psychiatry*, 44(5), 469–473.
- Clark, R. E., Teague, G. B., Ricketts, S. K., Bush, P. W., Xie, H., McGuire, T. G. et al. (1998). Cost-effectiveness of assertive community treatment versus standard case management for persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorders. *Health Services Research*, 33(5), 1285–1308.
- Conrad, K. J., Hultman, C. I., Pope, A. R., Lyons, J. S., Baxter, W. C., Daghestani, A. N. et al. (1998). Case managed residential care for homeless addicted veterans: results of a true experiment. *Medical Care*, 36, 40–53.

- Cox, G., Walker, R. D., Freng, S. A., Short, B. A., Meijer, L. & Gilchrist, L. (1998). Outcome of a controlled trial of the effectiveness of intensive case management for chronic public inebriates. *Journal of Studies on Alcohol*, 59(5), 523–532.
- Cretzmeyer, M., Sarrazin, M. V., Huber, D. L., Block, R. I. & Hall, J. A. (2003). Treatment of methamphetamine abuse: research findings and clinical directions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24, 267–277.
- Drake, R. E., McHugo, G., Clark, R., Teague, G. B., Xie, H., Miles, K. et al. (1998). Assertive community treatment for patients with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: a clinical trial. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(2), 201–215.
- Drake, R. E., Mercer-McFadden, C., Mueser, K. T., McHugo, G. J. & Bond, G. R. (1998). Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 24(4), 589–608.
- Durell, J., Lechtenberg, B., Corse, S. & Frances, R. J. (1993). Intensive case management of persons with chronic mental illness who abuse substances. *Hospital and Community Psychiatry*, 44(5), 415–416, 428.
- Eisen, M., Keyser-Smith, J., Dampeer, J. & Sambrano, S. (2000). Evaluation of substance use outcomes in demonstration projects for pregnant and postpartum women and their infants: findings from a quasi-experiment. *Addictive Behaviors*, 25(1), 123–129
- Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA). (2002). *Annual report on the state of the drug problem in the European Union and Norway*. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie.
- Evenson, R. C., Binner, P. R., Cho, D. W., Schicht, W. W. & Topolski, J. M. (1998). An outcome study of Missouri's CSTA.R alcohol and drug abuse programs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15, 143–150.
- Falck, R., Siegal, H. A. & Carlson, R. G. (1992). Case management to enhance AIDS risk reduction for injection drug users and crack users: Theoretical and practical considerations. In R. S. Ashery (Ed.), *Progress and Issues in case management. (NIDA Research Monograph 127)* (pp. 167–180). Rockville: National Institute on Drug Abuse.
- Friedmann, P. D., Lemon, S. C., Anderson, B. J. & Stein, M. D. (2003). Predictors of follow-up health status in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Drug and Alcohol Dependence*, 69(5), 243–251.
- Godley, S. H., Finch, M., Dougan, L., McDonnell, M., McDermeit, M. & Carey, A. (2000). Case management for dually diagnosed individuals involved in the criminal justice system. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(2), 137–148.
- Godley, M. D., Godley, S. H., Dennis, M. L., Funk, R. & Passetti, L. L. (2002). Preliminary outcomes from the assertive continuing care experiment for adolescents discharged from residential treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23(1), 21–32.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., & Kidd, T. (2003). The National Treatment Outcome Research Study (NTORS): 4-5 year follow-up results. *Addiction*, 98(3), 291-303.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D. & Rolfe, A. (1999). Treatment retention and 1 year outcomes for residential programmes in England. *Drug and Alcohol Dependence*, 57(2), 89–98.
- Gossop, M., Stewart, D., Browne, N. & Marsden, J. (2002). Factors associated with abstinence, lapse or relapse to heroin use after residential treatment: protective effect of coping responses. *Addiction*, 97(10), 1259–1267.

- Graham, K. & Timney, C. (1990). Case management in addictions treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 7(3), 181–188.
- Griffith, J. D., Rowan-Szal, G. A., Roark, R. R. & Simpson, D. D. (2000). Contingency management in outpatient methadone treatment: a meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 58(1–2), 55–66.
- Hall, J. A., Carswell, C., Walsh, E., Huber, D. L. & Jampoler, J. S. (2002). Iowa case management: Innovative social casework. *Social Work*, 47(2), 132–141.
- Hendriks, V., Kaplan, C. D., van Limbeek, J. & Geerlings, P. (1989). The Addiction Severity Index: Reliability and validity in a Dutch addict population. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6(2), 133–141.
- Ho, A. P., Tsuang, J. W., Liberman, R. P., Wang, R., Wilkins, J. N., Eckman, T. A. et al. (1999). Achieving effective treatment of patients with chronic psychotic illness and comorbid substance dependence. *American Journal of Psychiatry*, 156(11), 1765–1770.
- Hser, Y. I., Anglin, M. D. & Fletcher, B. (1998). Comparative treatment effectiveness: effects of program modality and client drug dependence history on drug use reduction. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15(6), 513–523.
- Hser, Y. I., Anglin, M. D., Grella, C., Longshore, D. & Prendergast, M. L. (1997). Drug treatment careers: a conceptual framework and existing research findings. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14(6), 543–558.
- Hubbard, R. L., Craddock, S. G. & Anderson, J. (2003). Overview of 5-year followup outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25(3), 125–134.
- Huber, D. L., Sarrazin, M. V., Vaughn, T. & Hall, J. A. (2003). Evaluating the impact of case management dosage. *Nursing Research* 52(5), 276–288.
- Inciardi, J. A., Martin, S. S. & Scarpitti, F. R. (1994). Appropriateness of assertive case management for drug-involved prison releases. *Journal of Case Management*, 3(4), 145–149.
- Jerrell, J. M., Hu, T. & Ridgely, M. S. (1994). Cost-effectiveness of substance disorder interventions for people with severe mental illness. *Journal of Mental Health Administration*, 21(5), 283–297.
- Jerrell, J. M. & Ridgely, M. S. (1995). Evaluating changes in symptoms and functioning of dually diagnosed clients in specialized treatment. *Psychiatric Services*, 46(3), 233–238.
- Jerrell, J. M. & Ridgely, M. S. (1999). Impact of robustness of program implementation on outcomes of clients in dual diagnosis programs. *Psychiatric Services*, 50(1), 109–112.
- Kanter, J. (1989). Clinical case management: Definition, principles, components. *Hospital and Community Psychiatry*, 40(4), 361–368.
- Kilbride, H., Castor, C., Floffman, E. & Fuger, K. L. (2000). Thirty-six month outcome of prenatal cocaine exposure for term or near-term infants: Impact of early case management. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 21(1), 19–26.
- Laken, M. P. & Ager, J. W. (1996). Effects of case management on retention in prenatal substance abuse treatment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 22(3), 439–448.
- Lanehart, R. E., Clark, H. B., Rollings, J. P., Haradon, D. K. & Scrivner, L. (1996). The impact of intensive case-managed intervention on substance-using pregnant and postpartum women. *Journal of Substance Abuse*, 8(4), 487–495.
- Lapham, S. C., Hall, M. & Skipper, B. J. (1995). Homelessness and substance use among alcohol abusers following participation in project H&ART. *Journal of Addictive Diseases*, 14(4), 41–55.

- Levy, J. A., Strenskt, T. & Amick, D. J. (1995). Community-based case management for active injecting drug users. *Advances in Medical Sociology*, 6, 183–206.
- Lidz, V., Bux, D. A., Platt, J. J. & Iguchi, M. Y. (1992). Transitional case management: A service model for AIDS outreach projects. In R. S. Ashery (Ed.), *Progress and Issues in case management (NIDA Research Monograph 127)* (pp. 112–144). Rockville: National Institute on Drug Abuse.
- Lightfoot, L., Rosenbaum, P., Ogurzsoff, S., Laverly, G., Kusiar, S., Barry, K. et al. (1982). *Final Report of the Kingston Treatment Programmed Development Research Project*. Ottawa, Canada: Department of Health and Welfare, Health Promotion Directorate.
- Lipsey, M. (1990). *Design sensitivity: statistical power for experimental research*. Newbury Park: Sage.
- Marshall, M., Gray, A., Lockwood, A. & Green, R. (2000). *Case management for people with severe mental disorders. The Cochrane Library, Systematic Review (2)*. Oxford: Cochrane Library, Update software.
- Martin, S. S. & Scarptti, F. R. (1993). An intensive case management approach for paroled iv drug users. *Journal of Drug Issues*, 23(X), 43–59.
- McLellan, A. T. (2002). Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective. *Addiction*, 97(3), 249–252.
- McLellan, A. T., Hagan, T. A., Levine, M., Meyers, C., Gould, F., Bencivengo, M. et al. (1999). Does clinical case management improve outpatient addiction treatment? *Drug and Alcohol Dependence*, 55, 91–103.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., O'Brien, C. P., Woody, G. E. & Druley, K. A. (1982). Is treatment for substance abuse effective? *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 247(10), 1423–1428.
- McLellan, A. T., Woody, G. E., Metzger, D., McKay, J., Durrell, J., Alterman, A. I. et al. (1996). Evaluating the effectiveness of addiction treatments: reasonable expectations, appropriate comparisons. *Milbank Quarterly*, 74(1), 51–85.
- Mejta, C. L., Bokos, P. R., Mickenberg, J., Maslar, M. & Senay, F. (1997). Improving substance abuse treatment: access and retention using a case management approach. *Journal of Drug Issues*, 27(2), 329–340.
- Mercier, C. & Racine, G. (1993). A follow-up study of homeless women. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 2(1), 207–222.
- Miller, W. R. (1996). Motivational interviewing: research, practice, and puzzles. *Addictive Behaviors*, 21(6), 835–842.
- Miller, W. R. & Wilbourne, P. L. (2002). Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*, 97(3), 265–277.
- Moos, R. H. (2003). Addictive disorders in context: principles and puzzles of effective treatment and recovery. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17(1), 3–12.
- Ogborne, A. C. & Rush, B. R. (1983). The coordination of treatment services for problem drinkers: problems and prospects. *British Journal of Addiction*, 78, 131–138.
- Okin, R. L., Boccillari, A., Azocar, F., Shumway, M., O'Brien, K., Gelb, A. et al. (2000). The effects of clinical case management on hospital service use among ED frequent users. *American Journal of Emergency Medicine*, 18(5), 603–608.
- Oliva, H., Görgen, W., Schlanstedt, G., Schu, M. & Sommer, L. (2001). *Case management in der Suchtkranken- und Drogenhilfe: Ergebnisse des Kooperationsmodells nachgehende*

- Sozialarbeit -Modellbestandteil Case management. Berichtszeitraum 1995-2000.* Köln: Fogs, Gesellschaft für Forschung und Beratung in Gesundheits- und Sozialbereich mbH.
- Orwin, R. G., Sonnefeld, L. J., Garrison-Mogren, R. & Smith, N. G. (1994). Pitfalls in evaluating the effectiveness of case management programs for homeless persons: lessons from the NIAAA Community Demonstration Program. *Evaluation Review*, 18(2), 153–207.
- Pearlman, S. (1984). Early experiences with primary care. In F. B. Glaser, M. M. Annis & H. A. Skinner (Eds.), *A system of health care delivery: Volume II Primary Care Assessment*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Rapp, R. C., Siegal, H. A., Li, L. & Saha, P. (1998). Predicting post-primary treatment services and drug use outcome: A multivariate analysis. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 24(A), 603–615.
- Rhodes, W. & Gross, M. (1997). *Case management reduces drug use and criminality among drug-involved arrestees: an experimental study of an HIV prevention intervention. NIJ Research Report*. Washington DC: National Institute of Justice.
- Rich, J. D., Holmes, L., Salas, C., Macalino, G., Davis, D., Ryczek, J. et al. (2001). Successful linkage of medical care and community services for HIV-positive offenders being released from prison. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 78(2), 279–289.
- Ridgely, M. S. & Jerrell, J. M. (1996). Analysis of three interventions for substance abuse treatment of severely mentally ill people. *Community Mental Health Journal*, 32(6), 561–572.
- Ridgely, M. S. & Willenbring, M. (1992). Application of case management to drug abuse treatment: overview of models and research issues. In R. S. Ashery (Ed.), *Progress and Issues in case management (NIDA Research Monograph 127)* (pp. 12–33). Rockville: National Institute on Drug Abuse.
- Rosen, A. & Teesson, M. (2001). Does case management work? The evidence and the abuse of evidence-based medicine. *Australian and New-Zealand Journal of Psychiatry*, 35(6), 731–746.
- Rubin, A. (1992). Is case management effective for people with serious mental illness? A research review. *Health and Social Work*, 17(2), 138–150.
- Rush, B. & Ekdahl, A. (1990). Recent trends in the development of alcohol and drug treatment services in Ontario. *Journal of Studies on Alcohol*, 51(6), 514–522.
- Saleh, S. S., Vaughn, T., Hall, J. A., Levey, S., Fuortes, L. & Uden-Holmen, T. (2002). Effectiveness of case management in substance abuse treatment. *Care Management Journal*, 3(4), 172–177.
- Sarrazin, M. V., Huber, D. L. & Hall, A. (2001). Impact of Iowa case management on family functioning for substance abuse treatment clients. *Adolescent & Family Health*, 2(3), 132–140.
- Scott, C. K., Sherman, R. E., Foss, M. A., Godley, M. & Hristova, L. (2002). Impact of centralized intake on case management services. *Journal of Psychoactive Drugs* 34(1), 51–57.
- Shwartz, M., Baker, G., Mulvey, K. P. & Plough, A. (1997). Improving publicly funded substance abuse treatment: the value of case management. *American Journal of Public Health*, 87, 1659–1664.

- Siegal, H. A., Fisher, J. H., Rapp, R. C., Kelliher, C. W., Wagner, J. H., O'Brien, W. F. et al. (1996). Enhancing substance abuse treatment with case management: its impact on employment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13(2), 93–98.
- Siegal, H. A., Li, L. & Rapp, R. C. (2002). Case management as a therapeutic enhancement: Impact on post-treatment criminality. *Journal of Addictive Diseases*, 21(1), 37–46.
- Siegal, H. A., Rapp, R. C., Keluher, C. W., Fisher, J. H., Wagner, H. & Cole, P. A. (1995). The strengths perspective of case management: a promising inpatient substance abuse treatment enhancement. *Journal of Psychoactive Drugs*, 27(1), 67–72.
- Siegal, H. A., Rapp, R. C., Li, L., Saha, P. & Kirk, K. (1997). The role of case management in retaining clients in substance abuse treatment: an exploratory analysis. *Journal of Drug Issues*, 27(4), 821–831.
- Simpson, D. D. (1981). Treatment for drug abuse: Follow-up outcomes and length of time spent. *Archives of General Psychiatry*, 38(8), 875–880.
- Simpson, D. D., Joe, G. W. & Broome, K. M. (2002). A national 5-year follow-up of treatment outcomes for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 59(6), 538–544.
- Simpson, D. D., Joe, G. W., Fletcher, B. W., Hubbard, R. L. & Anglin, M. D. (1999). A national evaluation of treatment outcomes for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 56(6), 507–514.
- Sindelar, J. L. & Fiellin, D. A. (2001). Innovations in treatment for drug abuse: solutions to a public health problem. *Annual Review of Public Health*, 22, 249–272.
- Sindelar, J. L., Jofre-Bonet, M., French, M. T. & McLellan, A. T. (2004). Cost-effectiveness analysis of addiction treatment: paradoxes of multiple, outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 73(1), 41–50.
- Solomon, P. (1992). The efficacy of case management services for severely mentally disabled clients. *Community Mental Health Journal*, 28(3), 163–180.
- Sorensen, J. L., Dilley, J., London, J., Okin, R. L., Delucchi, K. L. & Phibbs, C. S. (2003). Case management for substance abusers with HIV/AIDS: a randomized clinical trial. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29(1), 133–150.
- Stahler, G. J., Shipley, T. F., Bartelt, D., DuCette, J. P. & Shandler, I. W. (1995). Evaluating alternative treatments for homeless substance-abusing men: outcomes and predictors of success. *Journal of Addictive Diseases*, 14(4), 151–167.
- Stein, L. I. & Test, M. A. (1980). Alternative to mental hospital treatment: Conceptual model, treatment program and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37(4), 392–397.
- Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA). (1998). *Comprehensive case management for substance abuse treatment (TIP Series 27)*. Rockville: U. S. Department of health and human services, Public Health Service, Substance abuse and mental health services administration, Center for substance abuse treatment.
- Sullivan, W., Hartmann, D., Dillon, D. & Wolk, J. L. (1994). Implementing case management in alcohol and drug treatment. *Families in Society: the Journal of Contemporary Social Services*, 75(2), 67–73.
- Sullivan, W., Wolk, J. L. & Hartmann, D. J. (1992). Case management in alcohol and drug treatment: improving client outcomes. *Families in Society: the journal of Contemporary Social Services*, 73(2), 195–204.

- Teague, G. B., Bond, G. R. & Drake, R. E. (1998). Program fidelity in assertive community treatment: development and use of a measure. *American journal of Orthopsychiatry*, 68(2), 216–231.
- Thornquist, L., Biros, M., Olander, R. & Sterner, S. (2002). Health care utilization of chronic inebriates. *Academic Emergency Medicine*, 9(4), 300–308.
- Vanderplasschen, W., De Bourdeaudhuij, I. & Van Oost, P. (2002). Co-ordination and continuity of care in substance abuse treatment: an evaluation-study in Belgium. *European Addiction Research*, 8,10–21.
- Vanderplasschen, W., Lievens, C., Broekaert, E. (2001). *Implementatie van een methodiek van case management in de drughulpverlening: een proefproject in de provincie Oost-Vlaanderen (Orthopedagogische Reeks Gent Nummer 14)*. Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.
- Vanderplasschen, W., Rapp, R. C, Wolf, J. & Broekaert, E. (v tisku). Comparative review of the development and implementation of case management for substance use disorders in North America and Europe. *Psychiatric Services* (přijato k publikaci 3. května 2004).
- van Gageldonk, A., de Zwart, W., van der Stel, J. & Donker, M. (1997). *De Nederlandse verslavingszorg: overzicht van de kennis over aanbod, vraag en effect*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- van Stelle, K. R., Mauser, E. & Moberg, D. P. (1994). Recidivism to the criminal justice system of substance-abusing offenders diverted into treatment. *Crime and Delinquency*, 40(2), 175–196.
- Vaughan, T., Sarrazin, M. S., Hall, J. A. & Rick, G. S. (2000). Impact of Iowa case management on use of health services by rural clients in substance abuse treatment. *Journal of Drug Issues*, 30(2), 435–463.
- Vaughn, T., Sarrazin, M. S., Saleh, S. S., Huber, D. L. & Hall, J. A. (2002). Participation and retention in drug abuse treatment services research. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23(4), 387–397.
- Volpicelli, J. R., Markman, C., Monterosso, J., Filing, J. & O'Brien, C. P. (2000). Psychosocially enhanced treatment for cocaine-dependent mothers: evidence of efficacy. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(1), 41–49.
- Willenbring, M. (1996). Case management applications in substance use disorders. In H. Siegal & R. Rapp (Eds.), *Case management and substance abuse treatment: practice and experience* (pp. 51–76). New York: Springer Publishing Company.
- Willenbring, M. L., Ridgely, M. S., Stinchfield, R. & Rose, R. (1991). *Application of case management in alcohol and drug dependence: matching techniques and populations*. Rockville: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Willenbring, M. L., Whelan, J. A., Dahlquist, J. S. & O'Neil, M. (1990). Community treatment of the chronic public inebriate: 1 Implementation. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 7(2), 79–97.
- Witbeck, G., Hornfeld, S. & Dalack, G. W. (2000). Emergency room outreach to chronically addicted individuals: A pilot study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19(1), 39–43.
- Wolf, J., Mensink, C. & van der Lubbe, P. (2002). *Case Management voor Langdurig Verslaafden met Meervoudige Problemen: een Systematisch Overzicht van Interventie en Effect*. Utrecht: Trimbos-instituut, Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid.

- Woodside, M. & McClam, T. (2002). *Generalist case management: A method of human service delivery*. Florence: Thomson Learning.
- Zanis, D. A. & Coviello, D. (2001). A case study of employment case management with chronically unemployed methadone maintained clients. *Journal of Psychoactive Drugs*, 33(1), 67–73.
- Zanis, D. A., McLellan, A. T., Cnaan, R. A. & Randall, M. (1994). Reliability and validity of the Addiction Severity Index with a homeless sample. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11(6), 541–548.
- Ziguras, S. J. & Stuart, G. W. (2000). A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatric Services*, 51, 1410–1421.
- Ziguras, S. J., Stuart, G. W. & Jackson, A. C. (2002). Assessing the evidence on case management. *British Journal of Psychiatry*, 181, 17–21.



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

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

<b>Autoři</b>	<b>Typ studie</b>	<b>Vzorek</b>	<b>Intervence</b>	<b>Účinky</b>
Cox et al. (1998)	Randomizovaná a kontrolovaná studie	Problémoví uživatelé alkoholu na veřejnosti bez domova (n=193)	ICM srovnán se standardní léčbou Intervence 18 měsíců	V obou skupinách došlo postupem času ke zlepšení (V). Významné rozdíly ve prospěch skupiny ICM: celkový příjem z veřejných zdrojů, počet nocí strávených doma a počet dnů požití alkoholu; s výjimkou požití alkoholu byly účinky malé a postupem času se měnily; účinky nebyly obecně vzájemně závislé na jiné oblasti života. Skupině s ICM bylo poskytnuto více služeb v oblasti problémového užívání látek a jiných služeb (V), což bylo spojeno s lepšími výsledky u požívání alkoholu. Výsledky u požívání alkoholu a u bytové situace jednotně horší u osob s rozsáhlejší bezdomovkou minulostí a zdravotní anamnézou.
Witbeck et al. (2000)	Randomizovaná a kontrolovaná studie	Osoby bez domova s chronickou závislostí a duševním onemocněním, které často využívají urgentní služby (n=18)	ICM srovnán s kontrolní skupinou bez ICM Intervence 12 měsíců	Využívání urgentních služeb sníženo o 58 % ve srovnání s předchozím rokem (V). Žádány pokles využití urgentních služeb u kontrolní skupiny. Významný pokles využití urgentních služeb a zdravotní zachranné služby. Podstatné úspory a posílená regenerace a psychosociální fungování (NV).
Jerrell et al. (1994)	Částečně randomizovaná a kontrolovaná studie	Osoby se závažným duševním onemocněním a souběžnými poruchami spojenými s užíváním látek	Srovnání 3 intervencí: ICM, nácviku behaviorálních dovedností (BST) a abstinenčního programu 12 kroků. Intervence 18 měsíců a kontrola 6 měsíců	U všech 3 intervencí došlo k poklesu využití akutních a subakutních služeb a ke zvýšení účasti v ambulantních a komunitních typech léčby, zvláště u klientů s vyšším počtem předchozích hospitalizací (V). ICM a BST snížily celkové náklady na zdravotní péči více než program 12 kroků (NV). Náklady pro společnost se snížily o 43 % bez přenosu břemene na rodinu nebo trestněprávní systém. Žádné rozdíly mezi skupinami u úrovně fungování nebo sociálního přizpůsobení.
Ridgely & Jerrell	Částečně randomizovaná a kontrolovaná studie	Osoby se závažným duševním onemocněním a souběžnými poruchami souvisejícími s užíváním látek (n=132)	Srov. Jerrell et al. (1994)	BST: nejvyšší hodnocení psychosociálního přizpůsobení a vyšší úroveň fungování a snížení symptomů (V). ICM: nejvyšší spokojenost s kvalitou života, nejvíce příznaků problémového užívání látek, nejnižší náklady na služby v oblasti péče o duševní zdraví a nejnižší břemeno pro rodinu (NV). Významné odchylky mezi modely mezi jednotlivými lokalitami.
Jerrell & Ridgely (1999)	Srov. Ridgely & Jerrell (1996)	Srov. Ridgely & Jerrell (1996)	Srovnání 3 intervencí, kontrola robustní a nerobustní implementace	Robustní ICM spojován s vyšší mírou psychosociálního fungování, nižšími příznaky užívání alkoholu a oreg a nižšími náklady na inzerční služby (V). Nerobustní ICM vytvářel významně vyšší náklady než jiné nerobustně zavedené intervence.
Drake et al. (1998)	Randomizovaná a kontrolovaná studie	Pacienti s dvojitou diagnózou (n=203)	ACT srovnána se standardním CM Intervence 36 měsíců	ACT: vyšší zlepšení u některých měřítek problémového užívání látek a kvality života (V), avšak ekvivalentní zlepšení u většiny měřítek: počet stabilních dnů v komunitě, počet dnů hospitalizace, psychiatrické příznaky a remise (NV). Významně zlepšení u všech měřítek v průběhu 3 let, zejména u sevření v léčbě, problémového užívání látek a počtu stabilních dnů v komunitě (V). Standardním Klientům CM bylo poskytnuto více ambulantních služeb, což bylo spojeno s nedostatkem rozdílných účinků mezi oběma skupinami.

<b>Autoři</b>	<b>Typ studie</b>	<b>Vzorek</b>	<b>Intervence</b>	<b>Účinky</b>
Clark et al. (1998)	Randomizovaná a kontrolovaná studie	Osoby s dvojitou diagnózou užívání látek (n=193)	Srovnání nákladové efektivity mezi ACT a SCM Intervence 36 měsíců	Postupem času významný pokles užívání látek u obou skupin. Žádný rozdíl v nákladové efektivitě v třetím období při zaměření na užívání látek a kvalitu života (NV). Longitudinální analýza ukázala SCM jako účinnější v průběhu prvních 2 let, zatímco ACT byla účinnější v posledním roce studie (NV).
Sorensen et al. (2003)	Randomizovaná a kontrolovaná studie	Uživatelé látek s HIV/AIDS (n=190)	ICM ve srovnání s krátkodobým kontaktem (zprostředkovatelský CM) Intervence 12 měsíců a kontrola 6 měsíců	Žádné významné rozdíly mezi krátkodobým kontaktem a ICM u využívání služeb a drogo- výběm výsledků s výjimkou nižšího sexuálního chování u skupiny ZCM. Objem CM nebyl vztažen ke zlepšení výsledků. U obou skupin došlo postupem času ke zlepšení: stejné, významný pokles závažnosti problémů v prvních 6 měsících, avšak tento pokles již nebyl po 12 a 18 měsících významný.
Godley et al. (2002)	Randomizovaná a kontrolovaná studie	Dospívající v rezidenční léčbě problémového užívání látek (n=114)	Běžná průběžná péče (BPP) ve srovnání s BPP a doplňkovou asertivní průběžnou péčí (APP) včetně ICM Intervence 3 měsíce	Žádné rozdíly mezi skupinami v délce pobytu a dokončenosti léčby. U APP vyšší pravděpodobnost zahájení a dalšího přijímání služeb průběžné péče (V). U APP vyšší pravděpodobnost abstinence od marihuany a menšího počtu dnů požití alkoholu 3 měsíce po propuštění (S).
Kilbride et al. (2000)	Kontrolovaná studie (bez náhodného přiřazení)	Donošené a mírně nedonošené děti uživatelé kokainu (n=70)	Srovnání intenzivního rodinného CM (n=70) a běžné následné kontroly (n=48): dodatečná kontrolní skupina odpovídajících dětí nerytovaných návykových látkám (n=41) Intervence 36 měsíců	Málo rozdílů ve výsledcích neurologického rozvoje u všech tří skupin (NV). Děti u ICM měly vyšší průměrné výsledky než skupina následné kontroly u kognitivního rozvoje po 6 měsících (V), avšak nikoli při pozdějších hodnoceních. Skupina ICM měla lepší verbální výsledky než skupina následné kontroly po 36 měsících (V). Oběma skupinám uživatelé kokainu byly děti odebrány z péče ve stejné míře (NV).
Thornquist et al. (2002)	Retrospektivní studie medicínských databází	Problémoví uživatelé alkoholu na veřejnosti, kteří často využívají urgentní služby (n=92)	Srovnání 3 programů: ctnický a genderově specifické podporované bydlení a intenzivní street CM Intervence min. 4 měsíce Období studie 24 měsíců	Pokles mediánu počtu detoxikačních návštěv a návštěv zdravotnických zařízení (V). Pokles mediánu léčebných nákladů a celkových nákladů na zdravotní péči (S), avšak průměrné náklady se nesnížily v důsledku extrémně katastrofálních případů. Nižší využití zdravotní péče (NV). ICM nákladově neefektivnější, jelikož výsledky byly obdobné a náklady nebyly tak vysoké jako na podporované bydlení.
Evenson et al. (1998)	Retrospektivní studie databází CSTAR	Osoby v programu CSTAR (n=280)	Komunitní program zahrnující komplexní služby a ICM Intervence min. 4 měsíce Období studie 10 měsíců	Jednotné pozitivní výsledky v několika oblastech typicky ovlivňovaných problémovým užíváním látek: celkové fungování, pocívání obtíže, užívání látek, meziklídké problémy, použití se zákonem, náklady na závislost, produktivita, rodičovství a nezávislost života (V). Vysoká míra spokojenosti s léčebnými službami. Nejdelší pobyt spojován s nejpříznivějšími výsledky (NV).
Durrell et al. (1993)	Pre-post test (nekontrolovaná studie)	Osoby se závažným duševním onemocněním (n=84), někteří se současným užíváním látek (n=43)	ICM Intervence 18 měsíců a kontrola 6 měsíců	Nevelká zlepšení: nižší problémové užívání látek a změna vzorců využívání služeb (NV). Žádné rozdílné účinky u uživatelů látek ve srovnání s duševně nemocnými.

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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.