

Pracovní listy

Obecný úvod



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

1 Obecný úvod¹

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

1 Tato kapitola vychází z následujících zdrojů:

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

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

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

1.1 Prevalence užívání látek a reakce na tento problém

1.1.1 Prevalence problémů spojených s užíváním látek

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.1.2 Reakce společnosti na užívání látek

□ Represe

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

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

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

□ Prevence

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

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

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

□ **Léčba a snižování škod**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.1.3 Problémy spojené s užíváním látek a žádosti o léčbu

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2.1 Organizace léčby problémů spojených s užíváním návykových látek

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.3 Hodnocení léčby problémů spojených s užíváním látek

1.3.1 Výzvy v oblasti léčby problémů spojených s užíváním látek

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

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

1.3.2 Organizační problémy

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

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

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

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

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

1.3.3 Alternativní přístupy k poskytování služeb

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

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

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

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

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

Na tyto a další otázky hledá odpovědi tato dizertační práce.

1.4 Cíle studie

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

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

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

Svých cílů jsme dosáhli prostřednictvím několika samostatných studií.

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

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

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

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

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

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

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

Literatura

- Alemi, F., Stephens, R. & Butts, J. (1992). Case management: a telecommunication practice model. In R.S. Ashery (Ed.), *Progress and Issues in case management (NIDA Research Monograph 127)* (pp. 261–273). Rockville: National Institute on Drug Abuse.
- Anglin, M. D. & Hser, Y. I. (1991). Criminal justice and the drug-abusing offender. Policy issues of coerced treatment. *Behavioral Science and the Law*, 9(3), 243–267.
- Ashery, R. S. (1996). Case management for substance abusers: more issues than answers. In H. Siegal & R. Rapp (Eds.), *Case management and substance abuse treatment: practice and experience* (pp. 141–154). New York: Springer Publishing Company.
- Birchmore-Timney, C. & Graham, K. (1989). A survey of case management practices in addictions programs. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 6(3/4), 103–127.
- Blanken, P. (2002). The Dutch heroin trial: investigating the effectiveness of the medical coprescription of heroin. In International Harm Reduction Association (Ed.), *Book of Abstracts of the 13th International Conference on Reduction of Drug Related Harm* (pp. 200). Ljubljana, Slovenia: International Harm Reduction Association.
- Brindisi, C. D. & Theidon, K. S. (1997). The role of case management in substance abuse treatment services for women and their children. *Journal of Psychoactive Drugs*, 29(1), 79–88.
- Broekaert, E. & Raes, V. (1998). Drug abuse treatment in Europe: country reports Belgium. In M. Coletti (Ed.), *Evaluation of treatment: a European overview* (pp. 10–35). Rome: Cedis Editrice.
- Broekaert, E., Raes, V., Kaplan, C. & Coletti, M. (1999). The design and effectiveness of Therapeutic Community research in Europe: an overview. *European Addiction Research*, 5, 21–35.
- Broekaert, E., Raes, V. & Soye, V. (1997). *Research developments in Therapeutic Communities*. Merelbeke: Training and Research in Therapeutic Communities (TRTC).
- Broekaert, E., Soye, V., Vanderplasschen, W., Vandevelde, D., Bradt, R., Morival, M. et al. (2001). The video addiction challenge test: A new instrument for qualitative substance abuse assessment, treatment planning and research in Therapeutic Communities. *International Journal of Social Welfare*, 10(2), 134–141.
- Broekaert, E., Vanderplasschen, W. & Soye, V. (Eds.). (1999). *Proceedings of the second international symposium on substance abuse treatment and special target groups. Community as a method*. Ghent University, Department of Orthopedagogics & the European Federation of Therapeutic Communities (EFTC).

- Broekaert, E., Vanderplasschen, W., Temmerman, I., Ottenberg, D. J. & Kaplan, C. D. (2000). Retrospective study of similarities and relations between American drug-free and European therapeutic communities for children and adults. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32(4), 407–417.
- Broekaert, E. & van der Straeten, G. (1997). Histoire, philosophie et développement de la communauté thérapeutique en Europe. *Psychotropes: Revue Internationale des Toxicomanies*, 3(1), 7–23.
- Burns, T., Fioritti, A., Holloway, F., Malm, U. & Rossler, W. (2001). Case management and assertive community treatment in Europe. *Psychiatric Services*, 52(5), 631–636.
- Cattaert, G. & Pacolet, J. (2002). *Schatting van het alcoholgebruik/misbruik in Vlaanderen en België*. Brusel – Leuven: Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen – Katholieke Universiteit Leuven, Hoger Instituut voor de Arbeid.
- Colpaert, K. & De Clercq, T. (2003). *Implementing the "Treatment Demand Indicator" in Belgium: registration of drug users in treatment*. Brussels: Scientific Institute for Public Health.
- De Donder, E. (2000). *Alcohol, illegale drugs & medicatie: recente ontwikkelingen in Vlaanderen*. Leuven: Acco.
- De Donder, E. (2002). *Alcohol, illegale drugs & medicatie: recente ontwikkelingen in Vlaanderen 2001*. Leuven: Acco.
- De Leon, G. (1997). Passages: A therapeutic community oriented day treatment model for methadone maintained clients. *Journal of Drug Issues*, 27(2), 341–342.
- De Ruyver, B. & Casselman, J. (2000). *Het Belgisch drugbeleid anno 2000: een stand van zaken drie jaar na de aanbevelingen van de parlementaire werkgroep drugs*. Leuven – Ghent: Katholieke Universiteit Leuven, Onderzoeksgroep Gerechtelijke geestelijke gezondheidszorg – Universiteit Gent, Onderzoeksgroep Drugbeleid, strafrechtelijk beleid en internationale criminaliteit.
- De Ruyver, B., Casselman, J., Pelc, I., Geenens, K., Nicaise, P., From, L. et al. (2004). *Drugbeleid in cijfers: studie naar betrokken actoren, overheidsuitgaven en bereikte doelgroepen*. Brusel: Federale Diensten voor Wetenschappelijke, Technische en Culturele Aangelegenheden.
- Drucker, E. (1995). Harm reduction: A public health strategy. *Current Issues in Public Health*, 1, 64–70.
- Gossop, M., Marsden, J. & Stewart, D. (2001). *NTORS after five years. Changes in substance use, health and criminal behaviour during the five years after intake*. London: National Treatment Outcome Research Study, National Addiction Centre.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D. & Rolfe, A. (1999). Treatment retention and 1 year outcomes for residential programmes in England. *Drug and Alcohol Dependence*, 57(2), 89–98.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2000). *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union 2000*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2001). *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union 2001*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2002). *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway 2002*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2003). *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway 2003*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Federale Regering. (2001). *Beleidsnota van de federale regering in verband met de drugproblematiek*. Brusel: Federale regering.
- Graham, K., Timney, C., Bois, C. & Wedgerfield, K. (1995). Continuity of care in addictions treatment: the role of advocacy and coordination in case management. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 21(4), 433–451.
- Grant, B., Harford, T. C., Dawson, D. A., Chou, P., Dufour, M. & Pickering, R. (1994). Prevalence of DSM-IV alcohol abuse and dependence, United States 1992. *Alcohol Health & Research World*, 18(3), 243–248.
- Grichting, E., Uchtenhagen, A. & Rehm, J. (2002). Modes and impact of coercive inpatient treatment for drug-related conditions in Switzerland. *European Addiction Research*, 8(2), 78–83.
- Hall, J. A., Carswell, C., Walsh, E., Huber, D. L. & Jampoler, J. S. (2002). Iowa case management: Innovative social casework. *Social Work*, 47(2), 132–141.
- Hansen, W. (1992). School-based substance abuse prevention: a review of the state of the art in curriculum, 1980–1990. *Health Education Research*, 7, 403–430.
- Harm Reduction Coalition (HRC). (2001). *Principles of harm reduction: The need for harm reduction*. Retrieved November 3, 2001, from <http://www.harmreduction.org/prince.html>.
- Hser, Y. I., Anglin, M. D., Grella, C., Longshore, D. & Prendergast, M. L. (1997). Drug treatment careers: a conceptual framework and existing research findings. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14(6), 543–558.
- Hubbard, R. L., Craddock, S. G. & Anderson, J. (2003). Overview of 5-year followup outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25(3), 125–134.
- Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI). (2001). *La rééducation fonctionnelle des toxicomanes de 1980 à 1999*. Bruxelles: INAMI.
- Kinnunen, A. & Nilson, M. (1999). Recent trends in drug treatment in Europe. *European Addiction Research*, 5, 145–152.
- Kooyman, M. (1993). *The therapeutic community for addicts: intimacy, parent involvement and treatment success*. Amsterdam – Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Leppänen, K., Sullström, R. & Suoniemi, I. (2001). *The consumption of alcohol in fourteen European countries: a comparative econometric analysis*. Helsinki, Finland: Stakes, National Research and Development Centre for Welfare and Health.
- Maertens, J. (1997). Opbouwen van een zorgcircuit toxicomanie: een probleem zo groot als het werkveld? *Hospitalia*, 4, 171–180.
- Marlatt, G. A., Blume, A. & Parks, G. (2001). Integrating harm reduction therapy and traditional substance abuse treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 33(1), 13–22.
- McLellan, A. T. (2002). Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective. *Addiction*, 97(3), 249–252.

- McLellan, A. T., Arndt, I., Metzger, D., Woody, G. & O'Brien, C. (1993). The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *Journal of the American Medical Association*, 269, 1953–1959.
- McLellan, A. T., Hagan, T. A., Levine, M., Meyers, K., Gould, F., Bencevengo, M. et al. (1999). Does clinical case management improve outpatient addiction treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 55, 91–103.
- Molnar, M., Pecsteen, D., Hariga, F., Bastin, P. & Dal, M. (2002). *L'usage de drogues en communauté française. Rapport Communauté Française 1999–2000*. Bruxelles: Eurotox.
- Overleg Druggebruik Brussel – Concertation Toxicomanies Bruxelles (ODB-CTB). (2000). *Epidemiologische gegevens systematisch inzamelen*. Brussel: CTB-ODB.
- Paglia, A. & Room, R. (1999). Preventing substance use problems among youth: a literature review and recommendations. *Journal of Primary Prevention*, 20, 3–50.
- Prochaska, J., DiClemente, C. & Norcross, J. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102–1114.
- Rabinowitz, J., Cohen, H. & Atias, S. (2002). Outcomes of naltrexone maintenance following ultra rapid opiate detoxification versus intensive inpatient detoxification. *American Journal of Addictions*, 11(1), 52–56.
- Raes, V., Lenders, F. & Geirnaert, M. (1995). *Drugbulpverlening in Vlaanderen: Feilen en problemen*. Brussel: Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen.
- Raes, V. & Lombaert, G. (2003). *Jaarverslag De Sleutel 2002. Een evaluatie volgens EFQM*. (unpublished annual report). Merelbeke: De Sleutel.
- Rapp, R. C., Siegal, H. A., Li, L. & Saha, P. (1998). Predicting post-primary treatment services and drug use outcome: A multivariate analysis. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 24(4), 603–615.
- Salch, S. S., Vaughn, T., Hall, J. A., Levey, S., Fuortes, L. & Uden-Holmen, T. (2002). Effectiveness of case management in substance abuse treatment. *Care Management Journal*, 3(4), 172–177.
- Sergeant, A. & Van Havere, T. (2002). *Onderzoek naar hoe druggebruikers hun zorgbehoeften en hulpverleningsaanbod ervaren* (unpublished Master-dissertation). Gent: Universiteit Gent, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen.
- Siegal, H. A., Rapp, R. C., Kelliher, C. W., Fisher, J. H., Wagner, J. H. & Cole, P. A. (1995). The strengths perspective of case management: a promising inpatient substance abuse treatment enhancement. *Journal of Psychoactive Drugs*, 27(1), 67–72.
- Simpson, D. D. (1981). Treatment for drug abuse: Follow-up outcomes and length of time spent. *Archives of General Psychiatry*, 38(8), 875–880.
- Sindelar, J. L. & Fiellin, D. A. (2001). Innovations in treatment for drug abuse: solutions to a public health problem. *Annual Review of Public Health*, 22, 249–272.
- Sleiman, S. (2003). *Belgian National Report on Drugs 2003*. Brussel: Scientific Institute of Public Health, Epidemiology Unit – Belgian Information Reitox Network (BIRN).
- Sleiman, S. & Sartor, F. (2002). *Belgian National Report on Drugs 2002*. Brussel: Scientific Institute of Public Health, Epidemiology Unit – Belgian Information Reitox Network (BIRN).
- Spooren, D., Van Heeringen, K. & Jannes, C. (1996). Drug abuse and emergency psychiatry: a comparative study of psychiatric emergencies following illegal and legal drug abuse in Belgium. *European Addiction Research*, 2, 213–218.

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

- Book of Abstracts of the 13th International Conference on Reduction of Drug Related Harm* (pp. 84). Ljubljana, Slovenia: International Harm Reduction Association.
- Vanderplasschen, W., Lievens, K. & Broekaert, E. (2001a). *De instroom in de Oost-Vlaamse drughulpverlening: registratie van intakes en aanmeldingen tussen oktober 1999 en mei 2000 (Orthopedagogische Reeks Gent Nummer 13)*. Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.
- Vanderplasschen, W., Lievens, K. & Broekaert, E. (2001b). *Implementatie van een methodiek van case management in de drughulpverlening: een proefproject in de provincie Oost-Vlaanderen (Orthopedagogische Reeks Gent Nummer 14)*. Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.
- Vanderplasschen, W., Mostien, B., Claeys, P., Raes, V. & Van Bouchaute, J. (2001). *Conceptnota organisatiemodel zorgcircuit middelenmisbruik (Orthopedagogische Reeks 12)*. Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.
- Vandevelde, S., Vanderplasschen, W. & Broekaert, E. (2003). Cultural responsiveness in substance abuse treatment: a qualitative study using professionals' and clients' perspectives. *International Journal of Social Welfare*, 12(3), 221–228.
- Van Dijck, A., Bruggeman, B., Demey, R., Todts, S. & Van Hal, G. (2000). *Inventarisatie van publiek beschikbare gegevens m.b.t. de gespecialiseerde drughulpverlening in Antwerpen (1996–1999) (ESOC publicatie nr. 34)*. Antwerpen: Universiteit Antwerpen, Vakgroep Epidemiologie en Sociale Geneeskunde.
- Van Epen, J. (1995). *De drugs van de wereld, de wereld van de drugs*. Houten – Diegem: Bohn, Stafleu, Van Loghum.
- Van Gageldonk, A., de Zwart, W., van der Stel, J. & Donker, M. (1997). *De Nederlandse verlaagingszorg: overzicht van de kennis over aanbod, vraag en effect*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Van Riet, N. & Wouters, H. (1996). *Casemanagement: een leer- en werkboek over de organisatie en coördinatie van zorg-, hulp- en dienstverlening*. Assen: Van Gorcum.
- Willenbring, M. (1996). Case management applications in substance use disorders. In H. Siegal & R. Rapp (Eds.), *Case management and substance abuse treatment: practice and experience* (pp. 51–76). New York: Springer Publishing Company.
- World Health Organisation (WHO). (2001). *The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope*. Paris, France: Sadag.
- Ziguras, S. J. & Stuart, G. W. (2000). A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatric Services*, 51, 1410–1421.

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.