

Pracovní listy

**Kvalitativní studie efektiv-
nosti case managementu
u osob využívajících více
služeb v belgických podmín-
kách léčby užívání látek**



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

7 Kvalitativní studie efektivity case managementu u osob využívajících více služeb v belgických podmínkách léčby užívání látek¹

OBSAH KAPITOLY. Části uživatelé služeb a uživatelé různých služeb čerpají v nepřiměřené míře dostupných služby a zdroje v léčbě užívání návykových látek. Standardní léčba pro tyto klienty bývá popisována jako frustrující a neefektivní. Intenzivní case management byl proveden u malého vzorku uživatelů různých služeb s cílem snížit míru využívání rezidenčních služeb, optimalizovat výběr odpovídajících služeb pro klienta, zlepšit fungování klientů, zlepšit udržení v léčbě a zlepšit spokojenost se službami. Předkládáme výsledky kvalitativní studie, která zkoumá, zda intenzivní case management vedl k dosažení zamýšlených výsledků a které prvky tyto účinky vyvolaly. K posouzení účinnosti intervence byly použity standardizované nástroje, rozhovory s klienty a manažery případu a záznamy vedené manažery případů. Porovnání výsledků jednotlivých případů po 6 měsících u prvních 20 klientů, kteří se projektu zúčastnili (n = 20) ukázalo, že intenzivní case management pomohl stabilizovat a omezit většinu problémů užívání drog, problémů v zaměstnání a fungování rodiny a problémů tělesného a duševního zdraví. Osoby, kterým byly poskytovány služby intenzivnějšího case managementu, obecně vykazovaly výraznější zlepšení, pokud jde o drogy a psychické problémy. Míra využití služeb byla značně vysoká, zejména u klientů využívajících intenzivnější služby case managementu, zatímco udržení v léčbě se zlepšilo jen v několika málo případech. Došli jsme k závěru, že intenzivní vedení případů bylo účinnou intervencí pro zlepšení komunikace a koordinace péče a pro snížení nebo alespoň stabilizaci problémů souvisejících s drogami v populaci osob využívajících několik různých služeb a že téměř všichni účastníci považovali case management za efektivní a přínosnou intervenci.

1 Kapitola vychází z následujícího zdroje: Vanderplasschen, W., Lievens, K., Franssen, A. & Broekaert, E. (2004). *Qualitative study on the effectiveness of case management for multiple service users in Belgian substance abuse treatment*. Rukopis odevzdán k publikaci.

7.1 Úvod

Částí uživatelé služeb a uživatelé několika různých služeb jsou uváděni jako rostoucí problém zejména na odděleních akutní péče, v krizových a detoxikačních centrech a jiných akutních službách (Cox et al., 1998; Kinnunen & Nilson, 1999; Okin et al., 2000; Thornquist, Biros, Olander & Sterner, 2002; Witbeck, Hornfeld & Dalack, 2000). Mimo jiné i proto, že tento jev je způsoben rostoucí složitostí zdravotních problémů a systémů péče (Nassen, 2001; Willenbring, 1996). Časté využívání služeb je spojeno především s bezdomovectvím, užíváním návykových látek, nezaměstnaností, sociálním vyloučením, nedostatečností nároků na pojistné dávky, zdravotními a psychickými problémy, sebevražedným jednáním a zvýšeným rizikem úmrtnosti (Keene, Bailey, Swift & Janacek, 2000; Langdon, Yaguez, Brown & Hope, 2001; Okin et al., 2000; Witbeck et al., 2000).

Přes množství útržkovitých důkazů o osobách, které opakovaně využívají totéž zařízení nebo několik různých zařízení, jsou k dispozici relativně chudá empirická data o těchto takzvaných „klientech v otáčivých dveřích“, „společných klientech“ nebo „turistech protidrogové léčby“ (Keene, Swift, Bailey & Janacek, 2001; Kertesz, Horton, Friedmann, Sairz & Samet, 2003; Kinnunen & Nilson, 1999; McCarty, Caspi, Panas, Krakov & Mulligan, 2000). Lze to přičíst chybějící společné definici, malému odbornému zájmu o populaci s mnohočetnými problémy a nedostatku vhodných výzkumných metod (Keene et al., 2001).

Jen někteří autoři se zaměřili na rozsah častého využívání služeb a využívání několika různých služeb v populaci osob užívajících látky (Keene et al., 2000; Thornquist et al., 2002). Thornquist et al. (2002) prokázali, že počet problémových uživatelů alkoholu na veřejnosti, kteří často a opakovaně využívají k lékařskému ošetření pohotovostní oddělení, představuje 5,6 % všech ročních návštěv pohotovostních služeb. Rozsáhlá studie o opakovaném využívání služeb a společných klientech ve východní Anglii ukázal, že přibližně polovina všech klientů (49 %), kteří byli v kontaktu s protialkoholními a protidrogovými zařízeními, byla v průběhu dvouletého období registrována nejméně jednou ještě v jiném zařízení sociální nebo zdravotní péče (Keene et al., 2000).

V naší studii mnohočetného a opakovaného využívání služeb specializovaných zařízení pro léčbu užívání návykových látek v regionu Gent (Belgie) jsme odhadli, že podíl osob užívajících látky, které zahájí léčbu ve třech nebo více zařízeních během šesti- a osmiměsíčního registračního období, činí 2,9 %, respektive 4 % (Vanderplasschen, Lievens & Broekaert, 2001a; Vanderplasschen, Colpaert, Lievens & Broekaert, 2003). Ačkoli tyto případy nepředstavují početně velké skupiny osob užívajících látky, tato podskupina si připsala 9,9 %, respektive 14 % všech registrací v průběhu daného období. Zjištění svědčí o ne-

přiměřeném využívání dostupných služeb a zdrojů těmito osobami (Keene et al., 2001; McCarty et al., 2000; Okin et al., 2000; Thornquist et al., 2002).

Péče o tuto konkrétní skupinu osob užívajících drogy byla popsána jako frustrující a náročná (Thornquist et al., 2002). Z rozhovorů s poskytovateli péče v zařízeních, která se zúčastnila našeho výzkumu, vyplynulo, že chybí odpovídající strategie a intervence k řešení problematiky těchto klientů (Vanderplasschen, De Bourdeaudhuij & Van Oost, 2002). Tradiční služby pro léčbu užívání látek se pro tuto cílovou populaci ukázaly jako poměrně neúčinné, což vedlo k tomu, že klientům byla poskytována epizodická, nekontinuální a nedostatečná péče (Cox et al., 1998; Okin et al., 2000; Thornquist et al., 2002; Vanderplasschen, Rapp, Wolf & Broekaert, v tisku). Jestliže byly k dispozici komplexní a dlouhodobé intervence, bylo patrné zásadní zlepšení ve fungování klientů (Braucht et al., 1995; Cox et al., 1998). Intenzivní case management byl úspěšně uplatněn u častých uživatelů služeb (např. problémových uživatelů alkoholu na veřejnosti) s cílem snížit používání drahých lůžkových služeb, podpořit účast v komunitních službách a stabilizovat a zlepšit fungování klientů (Okin et al., 2000; Thornquist et al., 2002; Witbeck et al., 2000). Avšak pouze omezený počet randomizovaných a kontrolovaných studií poskytuje nějaký důkaz o rozdílné efektivitě case managementu ve srovnání s obvyklou péčí (Vanderplasschen, Wolf, Rapp & Broekaert, 2004). Přesto většina studií prokázala významný vliv intervence na fungování klientů v průběhu doby (Drake et al., 1998; Lapham, Hall & Skipper, 1995; Stahlerem, Shipley, Bartelt, DuCette & Shandler, 1995).

Pro naplnění potřeb častých uživatelů služeb a uživatelů několika různých služeb byly v regionu Gent (Belgie) vytvořeny dvě intervence v síti služeb pro osoby užívající látky, jejichž cílem je zajistit koordinaci a kontinuitu péče o tuto specifickou populaci. Intervence zahrnují: (1) strukturální koordinaci péče mezi zařízeními s projednáváním společných klientů a společných strategií pro řešení problematiky podskupiny, (2) intenzivní case management. Výchozí předpoklad byl, že obě intervence sníží využívání několika různých služeb jedním klientem a povedou k lepšímu výběru odpovídající léčby pro klienta (client-treatment matching). Vzhledem k tomu, že case management nabízí intenzivnější a specializovaný přístup, očekávalo se další zlepšení v oblasti fungování klientů, účasti a udržení v léčbě, míry využívání služeb a spokojenosti s poskytnutými intervencemi.

Tato studie zkoumá účinnost intenzivního case managementu pro dosažení stanovených cílů u osob užívajících látky, které využívají několika různých služeb nebo které takové služby potřebují kvůli své složité situaci (například těhotenství, rodičovství, duální diagnóza nebo nelegální přistěhovalectví). Chtěli jsme prozkoumat, zda program case managementu dosáhl v první řadě zamýšlených výsledků a které prvky tyto účinky vyvolaly; proto tento článek prezentuje výsledky kvalitativní studie, jež se zaměřila na proces case managementu a vý-

sledky dosažené intervencemi během prvních šesti měsíců. Kvalitativní studie je součástí randomizovaného a kontrolovaného výzkumného projektu, který ověří zde prezentované předběžné výsledky a hypotézy na velkém vzorku, včetně kontrolní skupiny, kde intervence nebude prováděna. Výsledky randomizované a kontrolované studie budou uvedeny v dalších publikacích, protože počet sledovaných případů bude kumulativně prodloužen až do jara 2006.

7.2 Popis programu

Jmenování regionálních koordinátorů péče belgickou federální vládou v roce 2002 podnítilo spolupráci a koordinaci v oblasti léčby užívání návykových látek (FAD Volksgezondheid, 2002). V gentském regionu to na jedné straně vedlo k tomu, že jsou jednou za tři týdny pořádány porady poskytovatelů péče z několika specializovaných zařízení, kteří diskutují o vstupních kritériích, procedurách příjmu a propouštění u jednotlivých partnerů a kteří monitorují přijaté a postoupené případy a služby poskytnuté společným klientům (Fransen, 2003). Tento strukturální přístup bude dále označován jako koordinace péče [*cliëntenoverleg*]. Na druhé straně byl zaveden adaptovaný model case managementu, který odstranil většinu nedostatků původního pojetí intervence (Vanderplasschen, Lievens & Brockaert, 2001b). Za financování provincie Východní Flandry a města Gentu jsme navrhli tříletý ukázkový projekt intenzivního case managementu pro zajištění komplexní, individuální a nepřetržité péče, podporu fungování klientů v komunitě, přiměřené využívání zdrojů pomoci a zlepšení koordinace a komunikace mezi službami. Projekt je popsán níže, na základě toho, čemu se manažeři případů věnují (aktivity) a jak jsou tyto aktivity realizovány (pojetí) (Godley, Finch, Dougan, McDonnell, McDermeit & Carey, 2000).

7.2.1 Aktivity

Úkoly manažerů případů jsou podobné těm, které uvádí Moxley (1989): posouzení, plánování, přímé služby (podpora, krizové intervence, poradenství, školení), nepřímé služby (napojení, koordinace, terénní práce, zastoupení), monitorování a hodnocení. Posouzení se skládá z podrobné analýzy potřeb jednotlivců, závažnosti jejich problémů, anamnézy léčby, rizikových a ochranných faktorů, očekávání klientů, cílů a dalších informací. Na základě posouzení manažer případu sestavuje nebo upravuje individuální léčebný plán, který vymezuje konkrétní aktivity určené k tomu, aby klienta dovedly ke stanoveným cílům. Přímé služby zahrnují udržování nepřetržitého pomáhajícího vztahu

s klientem, jeho výcvik v záležitostech každodenního života, pomoc klientovi v době krize, učení klienta jak řešit problémy, poskytování modelového vzoru a nabídku možných scénářů, a v případě potřeby doprovázení klienta. Jestliže doprava není k dispozici přímo, manažeři vozí klienty na schůzky nebo je vyzvedávají, aby je odvezli k léčebným sezením.

Vedle přímých intervencí je úkolem manažera případu pomáhat klientům spojit se s poskytovateli péče, kteří by mohli naplnit potřeby klientů (linking). Manažer případu vystupuje jako koordinátor, organizuje služby různých poskytovatelů a monitoruje proces léčby. Manažeři případů také zastupují své klienty, pokud služby nejsou běžně dostupné, např. v případě pořadníků nebo trestněprávních problémů či problémů s bydlením. Asertivní terénní práce znamená, že se manažeři případů setkávají se svými klienty v prostředí, kde žijí (např. doma, v práci, v léčebném zařízení, ve věznici). Manažeři případu dbají na to, aby klientům byly poskytovány služby uvedené v plánu léčby, a sledují dodržování léčby a pokroky směrem ke stanoveným cílům (monitoring). A konečně, propuštění a hodnocení se týkají způsobu, jak je case management ukončen a zahrnují formální hodnocení nabízených služeb a souvisejících výsledků.

7.2.2 Pojetí

Vlastní uspořádání programů case managementu ukazuje několik charakteristik: délku trvání, intenzitu, zaměření služeb, dostupnost, místo, orientaci na uživatele, školení, řídicí orgán a strukturu týmu (Ridgely & Willenbring, 1992). Délka trvání case managementu je omezená (šest měsíců), ale liší se v závislosti na potřebách klienta a dosažení cílů. Klienti hrají významnou úlohu při určování cílů, které – vzhledem k chronické povaze problémů klientů – se týkají spíše funkční stability než přísné abstinence. Manažeři případů jsou v kontaktu se svými klienty nejméně jednou týdně, poměr počtu manažerů k počtu klientů je asi 1:10, což svědčí o vysoké intenzitě case managementu. Manažeři případů zajišťují širokou škálu služeb, které jsou k dispozici především během normální otevírací doby.

Projekt byl realizován v centru zdravotně-sociální péče pro osoby užívající látky, které se nachází ve středu města Gentu a poskytuje především metadonovou udržovací léčbu. V případě nepřítomnosti některého manažera případu se mohou klienti obrátit na pracovníky centra, které má provozní dobu 24 hodin denně. Většina služeb vedení případů je poskytována na jiných místech, mezi něž patří bydliště klienta, veřejná místa, zařízení pro léčbu užívání látek, věznice, pracoviště klienta a školy.

Všichni tři manažeři případů mají magisterské tituly v oboru pedagogiky a rozsáhlé zkušenosti v práci s osobami, které trpí problémy souvisejícími s uží-

váním návykových látek. Dva z nich jsou lépe obeznámeni s přístupem zaměřeným na abstinenci, jeden je více zvyklý na filozofii snižování škod.

Ačkoli před projektem a během projektu bylo uspořádáno několik školení a supervizí, manažeři případu se školili především přímo při provádění intervence. Vzhledem k těsnému a intenzivnímu vztahu s klienty mají manažeři u klientů určitou autoritu, avšak ta není vždy přenosná při práci s jinými organizacemi, zvláště pokud manažer případu nemá úzké kontakty s jejími pracovníky. Ačkoli všichni manažeři případu mají svou individuální klientelu, uplatňuje se týmový přístup kvůli rozšíření dostupnosti služeb a kvůli podpoře a supervizi manažerů případu.

7.3 Metody

7.3.1 Účastníci studie

Účastníci studie byli vybráni ze skupiny častých uživatelů služeb a uživatelů několika různých služeb a osob, jež potřebují komplexní péči kvůli své složité situaci ($n = 65$) a jejichž případy byly projednány na poradě ke koordinaci péče mezi zařízeními [*cliëntenoverleg*] dne 20. února a 13. března 2003. Hlavními kritérii způsobilosti byly: látková závislost po dobu delší než dva roky, na základě kritérií DSM IV (APA, 1996), problémy nejméně ve třech oblastech života indexu závažnosti návykového chování (Addiction Severity Index) (McLellan et al., 1992), nejméně tři předchozí léčebné epizody a nedávný kontakt se dvěma nebo více specializovanými centry pro léčbu užívání návykových látek. Pro splnění kritérií způsobilosti museli klienti také dát informovaný souhlas k účasti a nesměli se zúčastnit jiného programu case managementu. Klienti, kteří byli v dlouhodobé rezidenční léčbě nebo ji plánovali zahájit nebo měli bydliště mimo území provincie Východní Flandry, nemohli být zařazeni. Obě tyto kategorie byly vyloučeny, protože předchozí studie ukázaly, že prvně uvedená situace vedla k méně intenzivním kontaktům s manažery případů a k jejich nižší autoritě a druhý scénář byl nepraktický a časově velmi náročný (Vanderplasschen, Lievens et al., 2001b).

Všechny oprávněné osoby ($n = 65$) byly náhodně rozděleny do skupiny case managementu ($n = 43$) nebo do kontrolní skupiny (koordinace péče) ($n = 22$). Protože jsme očekávali, že ne všem klientům se dostane stejné intenzity služeb case managementu, zařadili jsme do skupiny s experimentální podmínkou dvojnásobný počet klientů, abychom posléze vytvořili třetí podmínku (méně intenzivní nebo středně intenzivní case management). Během prvních šesti mě-

síců trvání projektu bylo ve skupině case managementu celkem 20 klientů a 10 klientů v kontrolní skupině. Analýza dat z kontrolní skupiny přesahuje rámec tohoto článku vzhledem k její malé velikosti a některým odlišnostem kontrolní podmínky v daném okamžiku.

Ze všech klientů zařazených do skupiny s vedením případů ($n = 43$) se pět odmítlo zúčastnit, pět souhlasilo, ale nepřišlo na první schůzku a třináct nebylo možné zastihnout, když byli požádáni o účast. Posledně jmenovaný důvod poklesu počtu účastníků byl dán časovou prodlevou mezi sestavením vzorku způsobilých účastníků (únor – březen 2003) a vlastním zahájením case managementu (duben – srpen 2003). Case management byl zahájen teprve 1. dubna, a to pouze s polovinou zamýšleného počtu případů ($n = 10$), protože manažeři případů byli jmenováni až 1. března 2003 a ještě museli být pro intervenci vyškoleni. Do konce srpna 2003 se podařilo počet zvýšit na 20 klientů u dvou manažerů případů pracujících na plný úvazek.

7.3.2 Postup

Aby bylo možné sledovat fungování klientů, vývoj jejich fungování a porovnávat výsledky z hlediska užívání drog na začátku studie a po šesti měsících, použili jsme několik zdrojů dat (např. standardizované nástroje, rozhovory s klienty a manažery případů, záznamy vedené manažery případů). Kvalitativní údaje byly shromažďovány o procesu vedení případu s cílem posoudit vztahy mezi procesem a výslednými proměnnými.

Během porad ke koordinaci péče mezi zařízeními v únoru a březnu 2003 představili poskytovatelé péče ze všech osmi zúčastněných zařízení (4 detoxikační centra, 3 centra ambulantní léčby a 1 dům pro bezdomovce) seznam všech klientů, kteří v konkrétním centru absolvují léčbu nebo o ni nedávno požádali a kteří splnili všechna čtyři kritéria pro zařazení do studie. Těchto osm samostatných seznamů bylo sjednoceno, očištěno od duplicit a náhodně rozděleno na dvě skupiny. Krátce po poradě ke koordinaci péče v březnu 2003 začali manažeři případů kontaktovat osoby zařazené do skupiny s prováděním case managementu, a to ve vzestupném číselném pořadí, přičemž se klientů dotazovali, zda mají zájem o účast ve studii. Pokud klienti souhlasili, manažeři případů jim studii vysvětlili a dohodli s nimi první schůzku. Během prvního kontaktu manažeři případů dále vysvětlili, jaký druh intervence klienti mají očekávat, získali informovaný souhlas a provedli vstupní rozhovor.

Rozhovory s klienty byly naplánovány na začátek a posléze po šesti a dvanácti měsících. Na podporu účasti při výchozím a následném posouzení obdrželi klienti za každý rozhovor nákupní poukazy (v hodnotě 15 €). Vstupní rozhovory prováděli manažeři případů a následně vedli vědeckí asistenti. Vstupní posouzení proběhla od 15. dubna do 31. srpna 2003, přičemž následné rozhovory po šesti měsících proběhly od 16. října 2003 do 29. února 2004. Vstupní

rozhovory obvykle trvaly asi hodinu a půl, přičemž následné posouzení trvalo déle než jednu hodinu. Rozhovory byly prováděny v místě výběru účastníků, většinou v centru zdravotně-sociální péče, v dalším léčebném centru, nebo doma u klientů nebo na jejich pracovišti.

Vstupní posouzení jsou k dispozici pro všechny klienty, u nichž byl prováděn case management ($n = 20$), ale po šesti měsících se ukázalo, že se čtyřmi osobami není možné rozhovor provést: jednoho účastníka studie nebylo možné dohledat, protože byl na útěku před policií poté, co uprchl z uzavřeného psychiatrického oddělení, tři další se opakovaně nedostavili na schůzku s jedním z výzkumných pracovníků. Výsledkem bylo 16 rozhovorů s klienty provedených při kontrole po šesti měsících.

Vedle standardizovaných rozhovorů vedli manažeři případů počítačové záznamy o své činnosti týkající se všech klientů ($n = 20$) po dobu šesti měsíců. Navíc byli všichni tři manažeři případů pravidelně dotazováni (jednou měsíčně během prvních tří měsíců, později každé tři měsíce) ohledně své činnosti, vývoje fungování klientů, jejich kontaktů se zařízeními. Údaje byly nahrány a poté z nich byl pořízen přepis.

7.3.3 Nástroje

Pro hodnocení fungování klientů a míru využití služeb na počátku studie a o šest měsíců později jsme použili nizozemskou verzi evropského indexu závažnosti návykového chování (Addiction Severity Index) (EuropASI) (Raes, 1999). Index závažnosti návykového chování je široce používaným nástrojem hodnocení ve výzkumu a je ověřen v mnoha prostředích léčby u různých skupin klientů (Broekaert et al., 2002; Hendriks, Kaplan, van Limbeck & Geerlings, 1989; McLellan et al., 1999). Jedná se jednodinový strukturovaný rozhovor, který měří závažnost celoživotních a nedávných problémů (za posledních 30 dní) pomocí bodové stupnice (0–9) v sedmi oblastech bio-psycho-sociálního fungování: zdravotní stav, zaměstnání a soběstačnost, užívání alkoholu, užívání drog, trestněprávní situace, rodinné a sociální vztahy, psychiatrické symptomy (McLellan et al., 1992). Pro měření motivace k léčbě byl mezi účastníky studie ve skupině s vedením případu použit holandský překlad krátké verze nástroje TCU (de Weert-van Oene, Schippers, De Jong & Schrijvers, 2002). Tento 24bodový dotazník je hodnocen pomocí Likertovy sedmibodové škály a skládá se ze tří podstupnic: uznání problému, touha po pomoci a připravenost k léčbě. Vzhledem k tomu, že psychické problémy byly všudypřítomné a v naší předchozí studii case managementu zůstaly i o 12 měsíců později na relativně vysoké úrovni (Vanderplasschen, Lievens, Broekaert & Rapp, 2004), rozhodli jsme se použít pro posouzení nedávného psychického stresu (v posledních sedmi dnech) nástroj Symptom Check List 90-Revised (SCL-90-R) (Derogatis & Cleary, 1977). Dotazník obsahuje 90 položek a skládá se z devíti podstupnic: somatizace, ob-

sedantně-kompulzivní chování, interpersonální senzitivita, deprese, hostilita, úzkost, panický strach, paranoidní představy a psychotismus.

Vedle informací ze standardizovaných nástrojů byly údaje získány v průběhu otevřených rozhovorů s klienty a manažery případů. Vstupní rozhovory s klienty se zaměřily na dřívější míru využívání služeb a subjektivní názor klientů na úroveň jejich fungování v sedmi oblastech života podle indexu závažnosti návykového chování. Rozhovor po šesti měsících studie posuzoval míru využívání služeb a udržení v léčbě v předchozích měsících a subjektivní názor klientů na úroveň jejich fungování ve srovnání s dobou před šesti měsíci, a to s použitím pětibodové Likertovy škály od „mnohem horší“ až po „mnohem lepší“.

7.3.4 Analýza dat

Vzhledem ke kvalitativnímu přístupu studie a malé velikosti vzorku se analýzy dat omezují především na uvádění četnosti a porovnání jednotlivých případů. Použili jsme statistický software SPSS pro analýzu dat z EuropASI, Mft a SCL-90-R. Kvalitativní údaje získané během rozhovorů a záznamů pořízených manažery případů byly kódovány na základě hierarchické struktury kódování včetně základních funkcí manažerů případů a oblastí života podle indexu závažnosti návykového chování pomocí software WinMAX 98 Pro určeného pro analýzu textu (Kuckartz, 1998). Ze srovnání kódovaných textových segmentů vyplynulo několik důležitých témat týkajících se obou skupinových proměnných.

Jelikož se intervence case managementu u některých osob ukázala jako méně intenzivní, rozlišili jsme skupinu „intenzivní case management“ (n = 12) a „středně intenzivní case management“ (n = 8). Prvně uvedená skupina klientů využívala služeb case managementu alespoň jednou týdně, zatímco druhá skupina měla kontakty s manažerem případu méně často než jednou týdně. Výsledky po šesti měsících byly mezi oběma skupinami porovnány, protože intenzita case managementu může ovlivnit jejich výsledky (Braucht et al., 1995; Oliva et al., 2001; Stahler et al., 1995; Wolf, Mensink & Van der Lubbe, 2002).

7.4 Výsledky

7.4.1 Výchozí charakteristika

Z přehledu výchozích charakteristik jednotlivých klientů zařazených do skupiny s vedením případu (viz tabulka 7.1, str. 210) vyplývá, že všichni (n = 20)

měli chronické a opakované problémy a v minulosti často vyhledávali služby léčby užívání návykových látek. Demografické proměnné ukazují, že jednu třetinu z těchto klientů představují ženy ($n = 7$), že průměrný věk byl 30,7 roku a že většina klientů se narodila v Belgii ($n = 17$).

Všichni účastníci studie pravidelně užívali drogy po dobu nejméně pěti let a měli s drogami tak závažné problémy, že byla indikována nějaká forma léčby (skóre závažnosti podle ASI bylo ≥ 4). Většina z nich ($n = 12$) užívala několik látek, přičemž 4 osoby užívaly jako primární drogu heroin. Většina z nich ($n = 15$) brala po určitou dobu drogy injekčně a 13 užívalo drogy injekčně ještě v posledních šesti měsících před vstupním rozhovorem. Polovina z nich ($n = 10$) se někdy v minulosti předávkovala drogami a téměř u všech klientů ($n = 19$) problémy s drogami vyústily v nejméně pět předchozích léčebných epizod (průměr = 18,2, medián = 13). Pouze 5 osob mělo na začátku projektu vážné problémy s alkoholem a 6 osob se s těmito problémy již dříve léčilo.

Tabulka 7.1 | Přehled výchozích charakteristik jednotlivých klientů, historie léčby a závažnost problémů účastníků studie

Případ	Pohlaví	Věk	Počet léčebných epizod v minulosti	Skóre závažnosti podle EuropASI						
				Tělesné zdraví	Zaměstnaní, vzdělání	Alkohol	Drogy	Police, justice	Rodinné a sociální vztahy	Psychické zdraví
1	M	21	10	3	4	1	6	4	4	5
2	F	26	13	3	3	0	5	7	2	5
3	M	21	15	1	7	0	7	2	7	7
4	M	34	67	5	7	6	7	3	7	7
5	M	40	10	4	4	0	4	4	4	5
6	M	39	63	3	4	0	7	5	3	7
7	F	24	9	5	5	1	6	1	3	3
8	F	35	24	7	4	4	6	7	4	7
9	M	30	19	7	5	0	5	0	5	7
10	F	38	17	2	2	1	5	3	4	5
11	F	31	7	4	4	7	5	1	4	7
12	M	24	4	1	4	2	5	2	5	2

13	M	39	11	1	2	1	6	5	4	4
14	F	38	32	4	4	0	7	5	5	5
15	M	20	16	1	4	1	7	1	8	1
16	M	30	8	1	2	1	6	6	4	3
17	F	40	13	6	4	7	4	3	4	6
18	M	23	11	4	3	0	7	5	2	1
19	M	35	15	6	4	6	7	5	2	1
20	F	26	5	1	5	0	5	0	2	5

Poznámky: * Skóre závažnosti ≥ 4 znamená velmi vážné problémy, u nichž je indikována nějaká forma léčby

** na hladině významnosti 0,01

0-1: žádný reálný problém, léčba není indikována

2-3: mírný problém, léčba pravděpodobně není třeba

4-5: středně závažný problém, léčba je indikována

6-7: značný problém, léčba je pravděpodobně třeba

8-9: extrémní problém, léčba je naprosto nezbytná

Případy 1-12 intenzivní case management; případy 13-20 středně intenzivní case management

Tři čtvrtiny klientů ($n = 15$) měly velmi závažné problémy se zaměstnáním, rodinné problémy anebo psychické problémy (skóre závažnosti podle ASI ≥ 4). Většina účastníků byla nezaměstnaných ($n = 9$) nebo pobírala dávky invalidního důchodu ($n = 5$) tři roky před vstupním posouzením a pouze jedna osoba během posledních 30 dní před vstupním pohovorem pracovala. Rodinné problémy a problémy ve vztazích zahrnovaly konflikty s rodiči nebo partnerem ($n = 12$), emoční zneužívání ($n = 12$) a sexuální zneužívání ($n = 6$). Patnáct osob mělo během 30 dnů předcházejících vstupnímu rozhovoru příznaky deprese, pocity napětí a úzkosti, přičemž 8 z nich se již dříve léčilo s psychickými problémy. Dvě třetiny ($n = 13$) klientů se pokusily o sebevraždu. Průměrný globální index závažnosti pro psychický stres na SCL-90-R (GSI = 202,3) se zdá být „nad průměrem“ ve srovnání s normami pro osoby v léčbě s problémy užívání návykových látek, ale žádné globální skóre nebylo extrémně vysoké.

A konečně, polovina všech klientů ($n = 10$) měla velmi vážné problémy tělesného zdraví a stejný počet měl problémy s justicí (skóre závažnosti podle ASI ≥ 4). Čtrnáct účastníků trpělo chronickými fyzickými potížemi a 11 bylo infikováno hepatitidou typu C. Osmi osobám byla léčba uložena systémem trestní justice a 13 osob bylo v současnosti v řízení soudů, přičemž většina z nich byla podmíněně propuštěna s dohledem ($n = 9$).

7.4.2 Intervence vedení případu

Analýza rozhovorů s manažery případů a protokoly vedené manažery případů ukazuje, že většina jejich aktivit se týká koordinace (37,9 %), přímých služeb (21,5 %) a napojení klientů na další služby (16,2 %). Počet činností se případ od případu lišil a bylo možné rozdělit je na dvě skupiny: jedna skupina (n = 12) dostávala služby case managementu jednou týdně (intenzivní case management) a druhá skupina méně často (středně intenzivní case management). Zatímco první skupina představovala 85,4 % všech činností case managementu, druhá skupina se na těchto činnostech podílela ze 14,8 %. Hlavní rozdíl mezi oběma skupinami byl v tom, že skupina se středně intenzivním vedením případu byla méně zapojena do aktivit koordinace (9,1 %) a napojení na další služby (15,5 %), zatímco počet přímých služeb byl poměrně vysoký (28,1 %).

Obecně platí, že koordinace činností se většinou týkala zaměstnání či finančních záležitostí (29,6 %), drog (24,7 %) a problémů ve vztazích (20,9 %) a – v menší míře – problémů se soudy (16,0 %). Koordinace obvykle sestávala z osobních setkání s alespoň jedním dalším partnerem zapojeným do procesu léčby. V některých případech (n = 9) svolal manažer případu všechny partnery k projednání strategie, která měla být uplatňována u konkrétního klienta, zejména v souvislosti s rodičovskou péčí a výkonem trestu nebo v době, kdy proces léčby uvázl na mrtvém bodě. V některých případech (n = 3) se činnosti koordinace zaměřily namísto odborníků výhradně na sociální síť klientů (např. sestra, matka, babička).

Většina přímých služeb poskytovaných manažery případu (29,4 %) se zaměřila na celkovou situaci klientů a měla monitorovat jejich stav. Součástí přímých služeb poskytovaných manažery případů bylo také motivování klientů, jejich podpora při dosahování cílů, zajištění přepravy nebo doprovodu, pokud potřebovali specifické služby (např. právní poradenství, pracovní školení nebo uplatnění nároku na sociální dávky). Tyto služby jsou většinou spojeny se záležitostmi, které se týkají rodiny (19,6 %), zaměstnanosti (16,6 %) a drog (13,5 %).

Napojení na další služby se obvykle týkalo problémů užívání návykových látek (30,9 %), ale také zaměstnanosti (25,3 %) a bydlení (16,3 %). Většina klientů byla doporučena ke krátkodobé rezidenční léčbě, někteří však byli doporučeni k dlouhodobému programu pro osoby s duální diagnózou. Podle manažerů případů a klientů samotných nebyly služby bydlení, jako jsou podporované nebo chráněné bydlení, k dispozici v dostatečné míře. Zastupování a terénní práce představovaly 8,8 %, respektive 8,4 % činností manažera případu. Zastupování klientů se většinou týkalo jejich zaměstnání nebo finanční situace (43,3 %) a – v menší míře – bydlení a rodinných problémů (17,9 %), problémů se soudy (14,5 %) a dostupnosti zařízení pro léčbu užívání látek (14,5 %). Součástí zastupování bylo projednávání situace klientů s orgány trestní justice, řešení problémů s pronajímateli bytů nebo přizpůsobení individuálního režimu léčby metadonem. Terénní činnost spočívala v aktivním kontaktu s klienty a obecně měla sloužit k monitorování celkové situace klientů.

A konečně, hodnotící a plánovací činnosti byly zaznamenány u většiny klientů pouze jednou. Po počátečním posouzení a naplánování cílů bylo získáno jen málo informací o následných posouzeních situace nebo stanovení cílů. Pokud byl case management ukončen po šesti měsících, byly činnosti hodnoceny zaznamenány pouze v několika málo případech ($n = 3$).

7.4.3 Výsledky po šesti měsících

□ Fungování klientů

Skóre závažnosti návykového chování (ASI)

Porovnání všech jednotlivých případů klientů, s nimiž bylo možné provést rozhovor po šesti měsících studie ($n = 16$), ukázalo, že skóre závažnosti problémů se snížilo nebo zůstalo stabilní u 10 osob, zatímco situace 6 klientů se zhoršila alespoň v jedné oblasti života (viz tab. 7.2, str. 214). Většina pozitivních účinků se týkala zaměstnání ($n = 8$) a psychického fungování ($n = 8$), následovala oblast užívání drog ($n = 7$) a rodinných vztahů ($n = 7$). Kladné výsledky dokládá skutečnost, že – ve srovnání se vstupním rozhovorem – více osob v posledních 30 dnech pracovalo (5 oproti 4) a méně klientů bylo závislých na invalidním důchodu (6 oproti 8). Vedle toho se méně osob potýkalo s problémy tělesného zdraví po dobu delší než pět dnů během posledních 30 dnů (5 oproti 8) nebo užívalo drogy injekčně během posledních šesti měsíců (6 oproti 11). Dále mělo více osob stabilní situaci z hlediska bydlení (14 oproti 12) a méně účastníků studie mělo během posledních 30 dnů konflikty se svým partnerem anebo rodiči (2 oproti 3). A konečně, méně klientů mělo psychické problémy, jako jsou příznaky deprese (12 oproti 14) nebo pocity napětí či úzkosti (10 oproti 13).

Na druhou stranu se situace mnoha lidí nezměnila; závažnost některých problémů se dokonce zhoršila, zejména co se týká trestněprávních ($n = 3$), psychologických ($n = 3$) a rodinných problémů ($n = 2$). Příčinou zhoršení bylo nedodržení uložených právních podmínek a zvýšené pocity napětí nebo úzkosti.

Při kontrole po 6 měsících motivace podle všeho neměla vliv na fungování klientů, protože zlepšené výsledky vykazovali klienti s vysokou i nízkou motivací. Klienti s větším psychickým stresem na začátku se zlepšili stejnou měrou jako klienti s méně závažným celkovým skóre SCL, ale v prvně uvedené skupině se zlepšilo psychické zdraví u většího počtu osob (5 oproti 2). Větší počet osob, u nichž byl prováděn case management, vykazoval zlepšení výsledků nejméně ve třech oblastech života (7 oproti 3), zatímco ve skupině se středně intenzivním vedením případu se situace většího počtu klientů zhoršila nejméně v jedné oblasti života (4 oproti 2). Stejný počet klientů v obou skupinách vykázal zlepšení v oblasti zaměstnanosti (4 oproti 4) a problémů s drogami (3 oproti 4), ale větší počet osob s intenzivním vedením případu vykazoval snížení rodinných problémů (5 oproti 2) a zlepšení tělesného zdraví (5 oproti 1) a psychického

zdraví (7 oproti 1). O něco větší počet osob ze skupiny s intenzivním vedením případu zaznamenal pokles trestněprávních problémů (3 oproti 1).

Tabulka 7.2 | Přehled vývoje fungování jednotlivých klientů (n = 16) na základě porovnání skóre závažnosti návykového chování (ASI) na začátku studie a o šest měsíců později, včetně motivace a psychického fungování klientů na začátku studie a počtu služeb kontaktovaných během projektu

Případ	Skóre Mft	Index celkové závažnosti SCL	Počet kontaktovaných osob	Skóre závažnosti podle EuropASI							
				Tělesné zdraví	Zaměstnání, vzdělání	Alkohol	Drogy	Police, justice	Rodinné a sociální vztahy	Psychické zdraví	
1	155	184	8	+	=	=	-	++	-	-	
2	114	176	6	+	-	=	=	-	=	=	
4	142	287	8	=	+	++	=	=	++	+	
5	108	124	3	++	+	=	+	=	+	+	
6	160	331	3	=	=	=	++	+	=	+	
8	116	216	7	++	=	=	=	=	=	+	
9	124	202	6	+	++	=	++	=	++	+	
10	100	185	6	=	=	=	+	+	+	+	
11	141	218	7	=	+	+	=	=	+	++	
13	55	146	2	=	=	=	=	=	=	-	
14	157	354	5	-	=	=	=	=	=	-	
15	148	150	2	=	++	=	=	=	++	=	
17	115	207	1	=	+	+	=	=	+	=	
18	140	147	2	=	+	=	++	++	=	=	
19	145	131	2	+	=	=	-	-	=	=	
20	59	304	2	=	+	=	-	-	-	+	

Poznámky: --: zvýšení závažnosti problému nejméně o 4 body
 -: zvýšení závažnosti problému nejméně o 2 body
 =: závažnost problému se nesnížila ani nezvýšila o více než 1 bod
 +: snížení závažnosti problému nejméně o 2 body
 ++: snížení závažnosti problému nejméně o 4 body
 Případy 1–12 intenzivní case management; případy 13–20 středně intenzivní case management

Pohledy klientů

Analýza subjektivních pohledů klientů na úroveň jejich fungování ukazuje, že u většiny klientů se subjektivní vnímání jejich problémů ($n = 11$) nelišilo ve více než dvou oblastech života od vývoje skóre závažnosti podle ASI (srov. tab. 7.2). Tři klienti přecenili pokrok, kterého v porovnání s těmito objektivnějšími výsledky dosáhli, naopak dvě osoby tyto změny podcenily. Klienti obvykle přeceňovali pozitivní vývoj v oblasti problémů s drogami, zatímco psychické problémy měli tendenci podceňovat.

Obzvláště klienti ze skupiny intenzivního case managementu ($n = 9$) byli přesvědčeni, že jejich problémy s drogami ($n = 8$) a psychické problémy ($n = 5$) se zlepšily. Jiní uváděli, že jejich situace v oblasti rodiny ($n = 4$), zaměstnanosti ($n = 4$) a užívání alkoholu ($n = 4$) se zlepšila, zatímco 5 osob bylo přesvědčeno, že jejich psychické fungování se nezměnilo a dvě osoby považovaly svou trestněprávní situaci za horší než před šesti měsíci.

Většina klientů ze skupiny se středně intenzivním vedením případu se domnívala, že zaznamenala zlepšení v oblasti problémů s drogami ($n = 5$) a problémů se zaměstnáním ($n = 5$). Tito klienti byli přesvědčeni, že jejich situace byla více méně stejná i co se týká všech ostatních problémů. Dvě osoby považovaly svou trestněprávní situaci a psychický stav za horší a další dva účastníci hodnotili svou rodinnou situaci v porovnání se začátkem projektu jako horší.

Pohledy manažerů případů

Pohled manažerů případů na vývoj celkového fungování klientů ukázal, že většina klientů se v porovnání s dobou před šesti měsíci zlepšila ($n = 11$), zatímco celková situace 8 osob se nezměnila nebo byla stabilizovaná (viz tab. 7.3, str. 216). Situace jednoho klienta se zhoršila poté, když ukončil předčasně povinné léčení. Větší počet osob ze skupiny s intenzivním vedením případu (8/12 oproti 3/8) měl lepší úroveň celkového fungování, zatímco situace pěti osob ze skupiny se středně intenzivním vedením případu zůstala beze změny.

Manažeři případů spojovali většinou pozitivní účinky s oblastí užívání drog ($n = 13$), tělesného zdraví ($n = 12$), zaměstnanosti a fungování v práci ($n = 11$), zatímco v trestněprávní situaci klientů byly pozorovány některé negativní výsledky ($n = 7$). Podle manažerů případů se zlepšila méně než polovina všech klientů v oblasti psychických problémů ($n = 8$) nebo rodinné ($n = 8$) a životní situace ($n = 7$). Klienti z obou skupin byli hodnoceni stejně v oblasti problémů s drogami, zaměstnáním a problémů tělesného zdraví, ale skupina s intenzivním vedením případu měla vynikající výsledky v oblasti rodinných problémů (6 oproti 2), životní situace (6 oproti 1), psychických problémů (6 oproti 2) a trestněprávních problémů (5 oproti 2).

Tabulka 7.3 | Přehled vývoje celkového fungování jednotlivých klientů (n = 20) a jejich fungování v oblastech života podle ASI podle manažerů případů

Případ	Skóre závažnosti podle EuropASI								
	Celkové fungování zdraví	Tělesné zdraví	Zaměstnanost, vzdělání	Alkohol	Drogy	Policej, justice	Rodinné a sociální vztahy	Situace bydlení	Psychické zdraví
1	=	++	=	=	=	+	-	-	=
2	=	+	=	=	=	-	+	=	=
3	-	-	=	=	--	--	=	--	=
4	+	++	+	+	+	=	=	++	+
5	+	++	+	=	++	=	+	++	+
6	+	++	=	=	+	++	+	=	=
7	+	+	=	=	+	+	=	+	=
8	=	=	=	=	=	-	=	=	-
9	++	++	+	=	++	=	++	++	+
10	++	=	++	++	++	+	+	++	+
11	+	=	+	+	+	+	++	=	+
12	+	=	+	=	+	-	=	+	+
13	=	+	=	+	+	-	=	=	-
14	=	+	+	=	=	-	=	-	=
15	++	++	=	=	++	+	++	++	++
16	=	=	+	=	+	+	=	-	=
17	+	=	+	+	+	=	+	=	=
18	+	+	+	=	=	=	=	=	=
19	=	+	=	+	+	-	=	=	+
20	=	=	+	=	=	=	-	-	=

Poznámky: Podle manažerů případů byla situace jejich klientů:

--: mnohem horší

-: horší

=: nezměněná/stabilizovaná

+: lepší

++: mnohem lepší

Případy 1-12 intenzivní case management; případy 13-20 středně intenzivní case management

□ Využití služeb

Obě skupiny klientů, u nichž probíhalo vedení případu, využívali během šestiměsíčního intervenčního období několika různých služeb, ale skupina s intenzivním vedením případu měla více než dvojnásobný počet kontaktů se zařízeními pro léčbu návykových látek a jinými subjekty (v průměru 5,9 kontaktu) oproti skupině se středně intenzivním vedením případu (v průměru 2,4 kontaktu). Zatímco posledně uvedení klienti měli více kontaktů s ambulantními službami, klienti ve skupině s intenzivním vedením případu byli spíše v péči zařízení pro rezidenční léčbu. Lepší výsledky nesouvisely s počtem využitých služeb, ale spíše s délkou pobytu v těchto zařízeních (srov. případy 4, 10, 15). I když míra využití služeb byla ve skupině s intenzivním vedením případu velmi vysoká, manažeři případů uváděli lepší promyšlenost, koordinaci, komunikaci a monitorování příjmu klientů.

□ Spokojenost s využitými službami

Všichni klienti s výjimkou jednoho, u nichž byl prováděn case management, při následném rozhovoru po šesti měsících hodnotili tuto intervenci „kladně“ (n = 9) nebo „velmi kladně“ (n = 6). Mezi skupinou s intenzivním vedením případů a skupinou se středně intenzivním vedením případu nebyly zaznamenány žádné rozdíly, kromě toho, že někteří klienti (n = 3) z druhé skupiny uvedli, že vedení případu mělo být intenzivnější.

Téměř všichni klienti (n = 14) zdůraznili, že oceňují blízké a důvěrné vztahy se svými manažery případu a skutečnost, že pro ně manažer případu dokázal zajistit mnoho věcí (např. přístup ke krizové intervenci). Zvláště klienti ze skupiny s intenzivním vedením případu zdůrazňovali, že jim manažeři případů pomohli kontaktovat odpovídající služby a stabilizovat jejich situaci (n = 8). Celkově byli klienti, u nichž bylo vedení případu prováděno (n = 9), spokojeni s komplexním a klientsky orientovaným přístupem, s tím, že oni sami byli zapojeni do léčebného procesu a že mohli rozhodovat o jeho zaměření. Klienti (n = 7) dále oceňovali, že manažer případu je podporoval při dosahování cílů a že se na něj mohli spolehnout vždy, když potřebovali.

7.5 Diskuse

Tato kvalitativní studie zkoumala, zda bylo intenzivní vedení případů primárně účinné pro lepší fungování klientů v oblasti několika problémů souvisejících s drogami a pro lepší využití služeb a delší udržení v léčbě u klientů užívajících látku, kteří byli označeni za časté uživatele služeb a uživatele několika různých služeb. Hlavními důvody pro to, aby se studie zabývaly právě touto specifickou skupinou pacientů, byla skutečnost, že tyto osoby představují relativně

malou skupinu, která nepřiměřeně využívá dostupné služby a zdroje, a že léčebná zařízení se potýkají s tím, že standardní léčba těchto klientů se ukazuje jako neúčinná (Thornquist et al., 2002; Vanderplasschen, Colpaert et al., 2003). Výsledky vycházely z přezkoumání jednotlivých případů 20 klientů, kteří byli přijati v průběhu prvních šesti měsíců trvání projektu case managementu. Celkově studie prokázala po šesti měsících pozitivní výsledky týkající se různých problémů s drogami, ale jen malé účinky z hlediska udržení klientů v léčbě léčby a využití služeb. Klienti, kteří využívali intenzivnější služby case managementu, měli při kontrole po šesti měsících méně závažné problémy. Intervence byla kvalitativně vnímána účastníky jako efektivní a přínosná.

7.5.1 Intervence vedení případu

Několik autorů označilo intenzivní case management za vhodnou strategii pro snížení počtu hospitalizací a zvýšené využívání ambulantních služeb, zvýšení účasti a udržení v léčbě a – do jisté míry – pro zlepšené fungování klienta (Braucht et al., 1995; Cox et al., 1998; Drake et al., 1998; Okin et al., 2000; Stahler et al., 1995). Tato intervence je charakterizována komplexním přístupem, asertivní terénní prací a poskytováním přímých služeb (SAMHSA, 1998; Vanderplasschen, Rapp et al., v tisku). Studie ukázala, že se manažeři případů zabývali především činnostmi koordinace, napojení klienta na další služby a poskytování přímých služeb, jež jsou považovány za klíčové prvky intervence (Moxley, 1989; Ridgely & Willenbring, 1992; van Riet & Wouters, 1996). Okrajová úloha plánovací činnosti manažerů případů může být způsobena krátkou dobou intervence a značným počtem krizových intervencí (Wolf, 1995). Proto bylo doporučeno, aby se manažeři případu během zbývajících částí studie více zaměřili na plánování, ale také na silné stránky klientů.

Byly vymezeny dvě skupiny klientů: skupina s intenzivním vedením případu ($n = 12$) a skupina se středně intenzivním vedením případu ($n = 8$). Obě skupiny využívaly podobné služby, avšak s tím rozdílem, že služby byly ve skupině se středně intenzivním vedením případu méně pravidelné a u těchto účastníků probíhalo méně činností napojení na služby a koordinace. Rozdíly v počtu aktivit nesouvisely s motivací k léčbě, ale s menší potřebou služeb nebo se situací, která neumožňovala intenzivní kontakty (např. výkon trestu odnětí svobody, dlouhodobá rezidenční léčba). Srovnání skupiny s intenzivním a středně intenzivním vedením případu je třeba provádět obezřetně, protože druhá podmínka nebyla randomizována, ale stanovena následně na základě počtu využitých služeb.

7.5.2 Efektivnost intervence

Validní důkazy svědčící ve prospěch intervence case managementu byly zjištěny ve značné míře v tom, že několik klientů dosáhlo zlepšení ve stejných oblastech

života, že výsledky z různých zdrojů dat (skóre závažnosti podle ASI, hodnocení klienty a hodnocení manažery případů) byly velmi podobné a potvrdily výsledky naší předchozí studie (Vanderplasschen, Lievens et al., 2001b). Podle hodnocení manažerů případů zaznamenala více než polovina všech klientů (n = 11) celkové zlepšení ve srovnání se začátkem projektu a situace většiny ostatních byla stabilizovaná. Nejvíce pozitivních změn bylo pozorováno v oblasti tělesného zdraví, užívání drog a problémů se zaměstnaností; manažeri případů v hodnocení uvedli, že ve skupině s intenzivním vedením případu mělo podstatně více klientů lepší výsledky. Subjektivní sebehodnocení vývoje klientů během prvních šesti měsíců trvání projektu prokázalo podobné vzory a skupina s intenzivním vedením případu vykazovala výraznější zlepšení problémů s drogami a tělesného zdraví. A konečně, nejobektivnější měření (skóre závažnosti podle ASI), které jsme uplatnili, výše uvedené výsledky potvrdilo: polovina všech klientů, kteří se projektu zúčastnili, dosáhla zlepšení výsledků v zaměstnanosti a psychickém stavu a zlepšení problému s drogami a rodinných problémů.

Podle skóre ASI dosáhla skupina s intenzivním vedením případu většího zlepšení fyzického a psychického zdravotního stavu a rodinných problémů. Snížení závažnosti rodinných a psychických problémů je méně zřejmé ze subjektivních hodnocení případovými manažery a sebehodnocení samotnými klienty, což může být způsobeno tím, že objektivní indikátory indexu závažnosti návykového chování zcela nevyjadřují subjektivní vnímání těchto oblastí života člověkem. Navíc jsme zjistili, že klienti mají tendenci přeceňovat své pokroky v oblasti problémů s drogami a výrazně podceňovat vývoj v oblasti svých psychických problémů. Na druhou stranu se zhoršila trestněprávní situace několika klientů, protože někteří porušili uložené podmínky probačního dohledu. Předcházet předčasnému ukončení léčby může zevrubné posouzení trestněprávní situace klientů, vedle zapojení partnerů ze systému trestní justice do procesu vedení případů (Godley et al., 2000).

Došli jsme k závěru, že intervence manažera případu byla spojena u poloviny všech klientů s lepšími výsledky ohledně užívání drog, osobní situace, vztahů v rodině a psychického zdraví, a že tyto účinky byly větší ve skupině s intenzivním vedením případu, zejména co se týká tělesného zdraví.

Vzhledem k tomu, že studie nebyla kontrolovaná a randomizovaná, zůstává několik hypotéz, kterými lze vysvětlit tyto malé, ale pozitivní účinky. Za prvé, zlepšení mohlo být dáno „regresí k normálu“, protože většina klientů se zařadila do projektu ve chvíli, kdy se jim nevedlo dobře, a v průběhu doby bylo možné očekávat nějaké pozitivní změny (Braucht et al., 1995; Lapham et al., 1995). Návrat k normálu skutečně mohl hrát roli, protože klienti s nejhorším skóre SCL v oblasti nedávného psychického stresu měli po šesti měsících relativně lepší výsledky. Na druhé straně je tato hypotéza v rozporu se skutečností, že největší pozitivní vývoj byl zaznamenán v oblastech života, na něž se manažeri případů zaměřovali častěji, a že intenzivnější služby vedení pří-

padů generovaly lepší výsledky. Zlepšené psychické a fyzické zdraví (zejména ve skupině s intenzivním vedením případu) nelze vysvětlit počtem provedených intervencí case managementu, ale je pravděpodobně důsledkem poklesu užívání drog a častějšího využívání služeb, které se zaměřovaly na zdravotní aspekty. Za druhé, délka setrvání v (rezidenční) léčbě měla u některých klientů ($n = 3$) na výsledky pozitivní vliv. Tito klienti uvedli, že manažeri případu měli významnou úlohu v tom, že je podporovali a povzbuzovali, aby zůstali v léčbě. Několik autorů uvádí vztah mezi vedením případu a zlepšenou účastí a udržením v léčbě, a tedy lepšími výsledky (Evenson, Binner, Cho, Schicht & Topolski, 1998; Shwartz, Baker, Mulvey & Plough, 1997; Siegal, Li & Rapp, 2002). Na rozdíl od jiných autorů (Rapp, Siegal, Li & Saha, 1998) jsme nezjistili žádný vztah mezi motivací k léčbě a delším udržením v léčbě nebo zlepšením výsledků. A konečně, u několika klientů ($n = 9$) byly intervence manažera případu spojeny s pokrokem v několika oblastech života, což svědčí ve prospěch účinnosti intervence.

Přestože několik studií intenzivního vedení případu uvádělo snížení počtu hospitalizací a využití lůžkových zařízení jako pozitivní výsledky (Okin et al., 2000; Witbeck et al., 2000), nebyly v naší studii tyto výsledky zaznamenány. Naopak jsme zjistili, že klienti s intenzivním vedením případů využívali v průměru šest služeb a kontaktovali více než dvojnásobný počet zařízení než skupina se středně intenzivním vedením případu. Výzkumní pracovníci uvádějí tyto výsledky ohledně relapsu a předčasného ukončení léčby také na poli péče o duševní zdraví, zvláště u vysoce rizikových skupin pacientů (de Froidmont et al., 2001; Marshall, Gray, Lockwood & Green, 2000). Vyslovujeme hypotézu, že blízkost manažera případu a skutečnost, že zajišťuje přepravu klienta, přispěla ke zlepšení přístupnosti a dostupnosti léčebných služeb, a že motivační a podpůrná úloha manažera případu usnadnila využívání služby. Význam dopravy pro odstraňování překážek v léčbě a zvýšení míry využití služeb ukázaly také další studie (Laken & Ager, 1996; McLellan et al., 1999). Vedle toho mohla být větší míra využití služeb ve skupině s intenzivním vedením případů spojena s vážnějšími psychickými problémy [*skóre závažnosti návykového chování (ASI)*], i když skóre SCL-90 neprokázalo mezi oběma skupinami žádný rozdíl. A konečně, intenzita intervence, a tedy větší míra realizace služeb koordinace a propojení vedla ve skupině s intenzivním vedením případu ke zvýšenému využívání služeb. Vedle častého využití krátkodobých rezidenčních zařízení pro léčbu užívání látek byli všichni klienti nasměrováni na různé ambulantní služby (např. v oblasti zaměstnanosti, bydlení a péče o děti), což bylo jedním ze stanovených cílů projektu.

Třebaže se časté využívání rezidenčních služeb ve skupině s intenzivním vedením případu nemusí jevit jako příliš efektivní, klienti velmi oceňovali úsilí manažerů případů a uváděli, že bez jejich pomoci by neměli na některé služby nárok. Několika klientům ($n = 4$) ze skupiny s intenzivním vedením případu

totiž bylo odepřeno přijetí v některých centrech léčby kvůli potížím, které působili během svých předchozích hospitalizací. Úloha manažerů případů, kteří se klientů zastávali, byla sice zásadní, ale časově náročná. Podle manažerů případů vážnost situace klientů vyžadovala hospitalizaci, ale ve srovnání s předchozími léčebnými epizodami byla uváděna podstatně větší koordinace a promyšlenost.

Celkově byli klienti s poskytovanými službami manažera případu velice spokojeni, a to jak ve skupině s intenzivním vedením případu, tak ve skupině se středně intenzivním vedením případu. Zvláště oceňovali důvěrný vztah s manažerem případu, komplexní a klientsky orientovaný přístup a dlouhodobý časový horizont. Tato pozitivní hodnocení jsou podobná jako v jiných studiích, které se zabývaly intervencí z pohledu klienta (Brun & Rapp, 2001; Godley et al., 2000; Stahler et al., 1995), a nasvědčují tomu, že intenzivní intervence má pro cílovou populaci výrazný přínos.

Šest měsíců po zahájení projektu byly určité relativně malé účinky pozorovány u omezeného vzorku častých uživatelů služeb a uživatelů několika různých služeb. Jelikož problémy klientů, u nichž probíhalo vedení případu, byly závažné a mnohočetné, dalo by se očekávat, že změna bude pomalá a rovnoměrná (Godley et al., 2000). Jelikož bylo prokázáno, že zahájení case managementu nevede vždy hned k zamýšleným výsledkům (McLellan et al., 1999), lze další zlepšení očekávat, jakmile si manažeri případu více zvyknou na svou práci a jakmile bude program spuštěn naplno. V neposlední řadě bychom neměli být příliš optimističtí ohledně dopadů intervence, protože má pouze podpůrnou funkci a doplňuje stávající služby (Rapp et al., 1998).

7.5.3 Omezení studie

Přestože výsledky studie lze považovat za povzbudivé vzhledem k chronickým a opakovaným problémům osob užívajících látky a jejich četným dřívějším neúspěšným kontaktům s léčebnými službami, je třeba uvést několik omezení. Za prvé, všichni účastníci se podíleli na projektu dobrovolně, což by mohlo znamenat, že tito klienti prokázali určitou míru motivace (Zanis & Coviello, 2001). Za druhé, je subjektivní, do jaké míry můžeme rychlost zlepšování situace považovat za příznivou, protože jsme neměli srovnání s kontrolní skupinou. Dále byla nevýhodou malá velikost vzorku a krátkodobý časový horizont; hlavním cílem práce však bylo zjistit, zda stanovené cíle bylo primárně možné realizovat. Jelikož kvalitativní studie je součástí probíhající randomizované a kontrolované studie, bude počet účastníků studie během tříletého ukázkového projektu kumulativně rozšířen a konečným cílem je získat alespoň 50 případů v každé ze tří podmínek: intenzivní vedení případů, středně intenzivní vedení případu a koordinace péče. Optimální by byla multicentrická klinická studie s dostatečně velkým vzorkem ($n > 100$), která by svým velmi rigorózním desi-

gnem a dostatečnou statistickou průkazností umožnila zjistit konkrétní účinky programu.

Přestože může hodnocení po šesti měsících studie poskytnout určitý vhled do krátkodobých účinků intervence, je pro zjištění střednědobých a dlouhodobých účinků nezbytný longitudinální přístup. Plánovány jsou následné rozhovory po 12 a 18 měsících, ale výsledky nejsou zatím k dispozici. Z rozhovorů s manažery případů vyplývá, že situace dvou osob, kterým se dařilo dobře po šesti měsících, se po devíti měsících zhoršila. Postupné slábnutí účinků uvádějí i další studie (Conrad et al., 1998; Sorensen et al., 2003), ale ve většině studií nebylo období dalšího sledování delší než 12 nebo 18 měsíců.

Dále zůstává otázkou, jak dlouho by intervence měla pokračovat, aby měla optimální účinek. Většina intervencí popsanych v literatuře byla ukončena po 12 měsících, ale různé pozitivní účinky, včetně nákladové efektivity, byly uváděny u delších intervenčních období (Clark et al., 1998; Drake et al., 1998; Jerrell & Ridgely, 1999). Ve většině případů v této studii vedení případu pokračovalo i po uplynutí šesti měsíců; manažeři případů poznamenali, že někteří klienti možná budou potřebovat case management celoživotně, zatímco u jiných může být dostačujícím intervenčním obdobím 6 měsíců. Pro určení optimálního intervenčního období v této cílové skupině je třeba další výzkum; další poznatky o problematice může poskytnout posouzení nákladové efektivity.

Case management byl zaváděn teprve v nedávné době, takže jsou nutné další dohody, aby bylo možné určit přesnou úlohu intervence v systému dostupných služeb. Jestliže je vedení případu ukončeno, klienti by měli být nasměrováni na méně intenzivní léčebné modalitty. Na druhé straně je třeba upřesnit, v jakém okamžiku je nejlepší vedení případu zahájit. Průběžné odesílání klientů do projektu je nezbytné pro zajištění jeho stability a kontinuity a po doporučení klienta by vždy mělo ihned následovat zahájení case managementu, jelikož se ukázalo, že časová prodleva mezi postoupením případu a vlastním zahájením intervence vedla mnohdy k nenastoupení léčby.

A konečně, i přes omezený počet případů se nám nepodařilo provést se všemi účastníky následný rozhovor. I když je úspěšnost vyšší než 70 % obecně přijímána jako dobrá (Vaughn, Sarrazin, Saleh, Huber & Hall, 2002), přišli jsme tak o 20 % výchozí referenční skupiny pro následný rozhovor. Použití nákupních poukazů jistě stimulovalo účast klientů ve výzkumu, ale neumožnilo při následné kontrole pokrýt celou skupinu. V důsledku toho přetrvává nejistota ohledně výsledků skupiny, která studii ukončila předčasně. Rozhovory s manažery případů a analýzy jejich záznamů nám však poskytly určité informace o jejich stavu. Kromě jednoho případu není důvod se domnívat, že by klienti, se kterými nebylo možné následný rozhovor provést ($n = 4$), na tom byli výrazně hůře než ostatní. V dalším průběhu výzkumného projektu bude zásadní podpora účasti ve výzkumu a shromáždění přesných údajů, aby bylo možné provést adekvátní porovnání všech tří podmínek.

7.5.4 Závěr

Závěrem konstatujeme, že porovnání malého vzorku klientů užívajících látky naznačuje, že intenzivní vedení případu může pomoci častým uživatelům služeb a uživatelům několika různých služeb stabilizovat nebo dokonce snížit problémy s drogami, vztahy, bydlením a zaměstnáním. Větší intenzita služeb case managementu vedla ke zlepšení různých aspektů fungování, ale také k častějšímu využití lůžkových zařízení. Zhoršení situace klienta bylo obvykle spojeno s většími trestněprávními problémy. Poskytování přímých služeb, činnosti napojení na služby a koordinační činnosti v oblasti zaměstnání, rodiny a problémů s drogami podle všeho souvisely s lepšími výsledky v těchto oblastech života.

Celkově ukazují výsledky po šesti měsících, že intenzivní case management představuje slibný přístup k řešení problémů klientů a že intervenci manažerů případů i klienti velmi oceňovali. I když bylo u některých klientů dosaženo jen malého zlepšení, intervence značně přispěla ke koordinaci a komunikaci v procesu léčby a k poskytování správných služeb ve správnou dobu. Třebaže intenzivní vedení případu může být ve srovnání s méně náročnými přístupy nákladné, posledně uvedené programy podle všeho nedosahují stejného přínosu. Analýza nákladové efektivity této intervence bude nezbytná pro posouzení toho, zda case management zajišťuje podstatné úspory nákladů, vedle toho, že přináší lepší psychosociální fungování cílové populace, která nepřiměřeně využívá dostupných služeb a zdrojů.

PODĚKOVÁNÍ. Rádi bychom poděkovali všem klientům, manažerům případů a službám podílejícím se na tomto projektu. Zvláště jsme vděční provincii Východní Flandry [*Provincie Oost-Vlaanderen*], Regionální radě pro péči o duševní zdraví [*PopovGGZ*], městu Gent [*Stad Gent*] a Středisku zdravotně-sociální péče (Gent) [*Medisch-sociaal Opvangcentrum voor druggebruikers van de Stad Gent*] za jejich finanční a logistickou podporu.

Literatura

- American Psychiatric Association (APA). (1996). *DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (fourth edition). Washington: American Psychiatric Association.
- 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.
- Broekaert, E., Haack, M. J., Kaplan, C., Oberg, D., Sallmén, B., Segraeus, V. et al. (2002). The Biomed II IPTRP Project: Implementation of diagnostic instruments. *European Addiction Research*, 8(4), 201–203.
- Brun, C. & Rapp, R. (2001). Strengths-based case management: individuals' perspectives on strengths and the case manager relations. *Social Work*, 46(3), 278–288.
- 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. B., 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.
- De Froidmont, C., Gosset, C., Reginster, J., Tellier, V., De Geest, S., Denhaerynck, K. et al. (2001). *Ontslagmanagement in Belgische psychiatrische ziekenhuizen: pilootproject, tweede fase*. Luik – Leuven: Université de Liège, Service de santé publique et d'épidémiologie – Katholieke Universiteit Leuven, Centrum voor ziekenhuis- en verpleigingswetenschap.
- Derogatis, L. R. & Cleary, P. A. (1977). Confirmation of dimensional structure of SCL-90 – study in construct-validation. *Journal of clinical psychology*, 33(4), 981–989.
- de Weert-van Oene, G., Schippers, G., De Jong, C. & Schrijvers, G. (2002). Motivation for treatment in substance-dependent patients. *European Addiction Research*, 8(1), 2–9.
- 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.
- Evenson, R. C., Binner, P. R., Cho, D. W., Schicht, W. W. & Topolski, J. M. (1998). An outcome study of Missouri's CSTAR alcohol and drug abuse programs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15, 143–150.

- FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. (2002). *Implementatie van de functie zorgcoördinator binnen de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg met betrekking tot de behandeling van personen met een middelengerelateerde stoornis*, unpublished contract. Brussel: Directoraat-generaal Organisatie Gezondheidsvoorzieningen, Dienst Geestelijke Gezondheidszorg, Cel Gezondheidszorg Drugs.
- Franssen, A. (2003). *Where the rubber meets the road* (Presentation at the annual meeting of PopovGGZ, 9-5-2003). Drongen: PopovGGZ.
- 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.
- 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.
- Jerrell, J. M. & Ridgely, M. S. (1999). Impact of robustness of program implementation on outcomes of clients in a dual diagnosis programs. *Psychiatric Services*, 50(1), 109–112.
- Keene, J., Bailey, S., Swift, L. & Janacek, G. (2000). The tracking project: a collaborative multi-agency database for shared clients/patients to inform policy development. *Journal of Interprofessional Care*, 14(4), 325–336.
- Keene, J., Swift, L., Bailey, S. & Janacek, G. (2001). Shared patients: multiple health and social care contact. *Health and Social Care in the Community*, 9(4), 205–214.
- Kertesz, S., Horton, N., Friedmann, P., Saitz, R. & Samet, J. (2003). Slowing the revolving door: stabilization programs reduce homeless persons' substance use after detoxification. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24(3), 197–207.
- Kinnunen, A. & Nilsson, M. (1999). Recent trends in drug treatment in Europe. *European Addiction Research*, 5(3), 145–152.
- Kuckartz, U. (1998). WinMAX. *Scientific text analysis for the social sciences. User's guide*. Berlin: Udo Kuckartz, BSS.
- 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.
- Langdon, P. E., Yagüez, L., Brown, J. & Hope, A. (2001). Who walks through the 'revolving-door' of a British psychiatric hospital? *Journal of Mental Health*, 10(5), 525–533.
- 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.
- 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.
- McCarty, D., Caspi, Y., Panas, L., Krakow, M. & Mulligan, D. (2000). Detoxification centers: who's in the revolving door. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 27(3), 245–256.
- McLellan, A. T., Hagan, T. A., Levine, M., Meyers, K., Gould, F., Bencivengo, M. et al. (1999). Does clinical case management improve outpatient addiction treatment? *Drug and Alcohol Dependence*, 55, 91–103.

- McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, F., Smith, L., Grissom, G. et al. (1992). The Fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 199–213.
- Moxley, D. (1989). *The practice of case management*, Sage Human Services Guides Vol. 58. Newbury Park: Sage publications.
- Nassen, E. (2001). Tien stappen in de concretisering van een nieuw begrippenkader voor de geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Klinische Psychologie*, 31(1), 37–48.
- Okin, R. L., Boccellari, 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., Görden, W., Schlandstedt, 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.
- Raes, V. (1999). *European Addiction Severity Index (EuropASI). Handleiding De Sleutel*. Merelbeke: De Sleutel.
- Rapp, R. C., Siegal, H. A., Li, L. & Saha, P. (1998). Predicting post-primary treatment services and drug use outcome: A multivariate analysis. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 24(4), 603–615.
- Ridgely, M. S. & Willenbring, M. (1992). Application of case management to drug abuse treatment: overview of models and research issues. In R. S. Ashery (Ed.), *Progress and Issues in case management /NIDA Research Monograph 127* (pp. 12–33). Rockville: National Institute on Drug Abuse.
- 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., Li, L. & Rapp, R. C. (2002). Case management as a therapeutic enhancement: Impact on post-treatment criminality. *Journal of Addictive Diseases*, 21(4), 37–46.
- 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.
- 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.
- 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, K. & Broekaert, E. (2001a). *De instroom in de Oost-Vlaamse drughulpverlening: registratie van aanmeldingen en intakes tussen februari 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.
- Vanderplasschen, W., Lievens, K., Broekaert, E. & Rapp, R. C. (2004). Implementation of case management for substance abusers: an exploratory study in Belgium. Manuscript submitted for publication.
- Vanderplasschen, W., Rapp, R. C., Wolf, J. & Broekaert, E. (in press). Comparative review of the development and implementation of case management for substance use disorders in North America and Europe. *Psychiatric Services* (accepted for publication, May 13, 2004).
- Vanderplasschen, W., Wolf, J., Rapp, R. C. & Broekaert, E. (2004). Review of the effectiveness of different models of case management for substance abusers. Manuscript submitted for publication
- van Riet, N. & Wouters, H. (1996). *Casemanagement: een leer- en werkboek over de organisatie en coördinatie van zorg-, hulp- en dienstverlening*. Assen: Van Gorcum.
- Vaughn, T., Sarrazin, M. V., Saleh, S. S., Huber, D. L. & Hall, J. A. (2002). Participation and retention in drug abuse treatment services research. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23(4), 387–397.
- Willenbring, M. (1996). Case management applications in substance use disorders. In H. Siegal & R. Rapp (Eds.), *Case management and substance abuse treatment: practice and experience* (pp. 51–76). New York: Springer Publishing Company.
- 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. (1995). *Zorgvernieuwing in de GGZ: evaluatie van achttien zorgvernieuwingprojecten*. Utrecht: Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid.
- 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.
- 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.

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.