

**Casemanagement  
voor langdurig verslaafden  
met meervoudige problemen**

Een systematisch overzicht van interventie en effect

Juli 2002

Judith Wolf, Connie Mensink, Petra van der Lubbe, Michel Planije

## Colofon

### Auteurs:

Judith Wolf, Connie Mensink, Petra van der Lubbe en Michel Planije

Deze publicatie is uitgebracht door het Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid in opdracht van GGZ Nederland binnen het project Resultaten Scoren.

Het Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid is één van de drie ontwikkelcentra van Resultaten Scoren. Met Resultaten Scoren wil de gehele sector van de verslavingszorg een flinke slag maken in het actualiseren en verbeteren van de preventie en het zorgaanbod.

Ontwerp: Taluut

Druk: Kerkebosch

### Nadere informatie:

Publicatienummer : 2002-191 L

Prijs: € 10,00

GGZ Nederland

Postbus 8400

3503 RK Utrecht

030 – 2873333

### Copyright:

Trimbos-instituut

### Publicatierecht en verspreidingsrecht:

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar worden gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van GGZ Nederland

<b>Inhoudsopgave</b>		
<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	1
<b>2</b>	<b>Achtergrond</b>	1
<b>3</b>	<b>Doelstellingen</b>	3
<b>4</b>	<b>Doelgroep en bereik</b>	3
<b>5</b>	<b>Interventie</b>	5
5.1	Basisfuncties	5
5.2	Therapeutische en dienstverlenende taken	6
5.3	Principes	8
5.4	Locatie	8
5.5	Modellen	8
5.6	Knelpunten en uitdagingen	13
<b>6</b>	<b>Organisatie</b>	14
6.1	Personeel	14
6.2	Caseload	15
<b>7</b>	<b>Afstemming en samenhang</b>	16
<b>8</b>	<b>Criteria</b>	17
<b>9</b>	<b>Voorwaarden</b>	18
9.1	Probleemanalyse en omschrijving doelstellingen en missie	18
9.2	Implementatie	19
9.3	Financiering	20
9.4	Personeel	20
9.5	Extra budget	21
9.6	Samenhangend netwerk van voorzieningen	22
9.7	Informatievoorziening	23
9.8	Onderzoek	23
<b>10</b>	<b>Effecten van casemanagement</b>	24
10.1	Samenvatting resultaten effectstudies	25
10.2	Overzichten	30
Bijlage:		
<b>1</b>	<b>Verantwoording van de literatuurstudie</b>	66
	<b>Literatuur</b>	69

## 1 Inleiding

Het ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid werkt in het kader van *Resultaten Scoren* voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen aan de ontwikkeling van 1) effectieve interventies en 2) noodzakelijke randvoorwaarden bij de hulpverlening. Ter onderbouwing van haar activiteiten heeft dit ontwikkelcentrum opdracht verleend aan het programma Opvang en maatschappelijke zorg van het Trimbos-instituut tot het uitvoeren van een literatuurstudie. Omdat in Nederland beschrijvingen van en onderzoeken naar casemanagement voor langdurig verslaafden nagenoeg ontbreken, is gebruik gemaakt van literatuur over casemanagement in het buitenland. Literatuur werd bestudeerd uit de periode 1990 tot medio 2002 <sup>1</sup>. Een uitgebreide verantwoording van de uitvoering van deze studie is in bijlage 1 opgenomen.

Doelen van de literatuurstudie naar casemanagement waren:

- Het beschrijven van de interventie
- Het vaststellen van de effecten van casemanagement.

In deze rapportage worden de resultaten van de literatuurstudie gepresenteerd. Het grootste deel is gewijd aan het beschrijven van de interventie (paragrafen 1 tot en met 8). Paragraaf 9 beschrijft belangrijke randvoorwaarden voor de invoering en ontwikkeling van casemanagement. De effecten van casemanagement komen in paragraaf 10 aan bod.

## 2 Achtergrond

In de Nederlandse verslavingszorg groeit voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen de behoefte aan casemanagement en vormen van bemoeizorg (Hendrix, 1998; Wolf, 1999). Die behoefte komt voort uit de groeiende zorg, vooral bij vertegenwoordigers van gemeenten en verslavingszorginstellingen in de grotere steden, over de vaak deplorabele toestand van veel langdurig verslaafden en de overlast die zij niet zelden in de binnenstad veroorzaken.

De behoefte aan casemanagement in de verslavingszorg werd in Amerika eind jaren tachtig manifest (Graham et al., 1990; Willenbring et al., 1991; Ashery, 1992; Cox et al., 1993; Jerrell & Ridgely, 1995). Als redenen hiervoor noemen auteurs: de ervaren beperkingen met op het ziektemodel gefundeerd aanbod (focus op pathologie en disfunctioneren, professionals bepalen het aanbod, hulp wordt geboden in institutionele settings en is over

---

<sup>1</sup> Er is ook een literatuurstudie gedaan naar zogenoemde gebruiksruidten (Linssen e.a., 2000).

het algemeen kortdurend) (Willenbring et al., 1991; Siegel et al., 1995), het streven naar effectiever gebruik van het bestaande, beperkte aanbod in de verslavingszorg, de focus op kwaliteitsverbetering van de zorg en coördinatie (Bokos et al., 1994), maar ook de wens om te komen tot vermindering van drop-out en van terugval in middelengebruik en in criminele activiteiten (Martin & Scarpitti, 1993; Siegel et al., 1994; Siegel et al., 1997).

Zowel in Amerika als in Nederland leunt de ontwikkeling van casemanagement in de verslavingszorg zwaar op de ervaringen en resultaten hiermee in de psychiatrie. Aanleiding voor de ontwikkeling van casemanagement in de psychiatrie in Nederland was het veranderende opnamebeleid eind jaren tachtig bij psychiatrische ziekenhuizen waardoor mensen minder, en ook minder lang, werden opgenomen en daardoor langer begeleiding in hun eigen omgeving nodig hadden. Ook speelde het voor cliënten weinig overzichtelijke en ingewikkelde netwerk van voorzieningen mee en het hierin langs elkaar heen werken van hulpverleners (Wolf & Van der Laan, 1987). In Amerika kwam casemanagement vanaf de jaren zeventig tot ontwikkeling, vooral als reactie op de sluiting van psychiatrische ziekenhuizen.

Het casemanagement in de Nederlandse psychiatrie richtte zich aanvankelijk – begin van de jaren negentig – vooral op ‘zorgwekkende zorgmijders’. De term bemoeizorg werd iets later geïntroduceerd. Een heldere, eenduidige definitie was niet voorhanden. Inzet was en is nog steeds om contact met deze mensen te leggen en hun vertrouwen te winnen. Vanuit kleine teams bieden case managers vaak in een één-op-één relatie intensieve praktische en psychische hulp in de thuissituatie aan circa 15 à 20 cliënten, waarbij zij in die situaties ook de coördinatie van de zorg voor hun rekening nemen. Reductie van opnamen of opnamedagen was en is lang niet altijd doel van deze interventie. Er wordt eerder doelgerichter van een opname gebruik gemaakt, ook om escalaties van situaties te voorkomen. Inmiddels zijn in de psychiatrie allerlei zorg-aan-huis interventies beschikbaar, zoals psychiatrische thuiszorg en woonbegeleiding.

In de verslavingszorg zijn de verwachtingen van casemanagement, op een enkele uitzondering na, hoog gespannen: “In many situations, case management is nothing more than a patch used to cover the hole in a leaking dike while no attempt is being made to address the larger socioeconomic and health issues.” (Ashery, 1994: 180) Bijzonder veel aanleiding voor het enthousiasme voor casemanagement is er niet, want vrijwel alle auteurs geven aan dat:

- er geen eenduidige en heldere operationele definitie van casemanagement bestaat, niet in de psychiatrie, maar ook niet in de verslavingszorg. Dit maakt vergelijking tussen programma's vaak bijzonder moeilijk.
- De uitvoering van casemanagement in de praktijk sterk varieert en niet consistent is, ook al door het gebrek aan gestandaardiseerde en geaccepteerde procedures en protocollen
- Er tot op heden niet veel onderzoek naar casemanagement in de verslavingszorg is gedaan, er weinig over casemanagement in deze sector bekend is, en daarom kennis en ervaring over deze interventie in andere sectoren, vooral de psychiatrie, benut moeten worden.

### **3 Doelstellingen**

In de algemene beschrijvingen in de literatuur van casemanagement in de verslavingszorg ligt het accent op doelstellingen die zijn gericht op optimalisering van het aanbod. Genoemd worden (Willenbring et al., 1991 en Ridgely & Willenbring, 1992, naar Intagliata, 1982; zie ook Kirby & Braucht, 1993; TIP, 1998):

- Het verbeteren van continuïteit van zorg
- Het – op elk moment - bieden van omvattende en gecoördineerde hulp, zo lang als nodig is
- Het toegankelijker maken van de hulp en het slechten van barrières voor het verkrijgen van de nodige hulp
- Het verbeteren van efficiency door ervoor te zorgen dat de cliënt op het juiste moment de juiste mix van interventies krijgt (en door te voorkomen dat grootverbruikers van verslavingszorginstellingen een proportioneel beslag op de capaciteit leggen; zie ook Cox et al., 1993; Ashery, 1994).

Minder vaak worden als doelstellingen genoemd het verbeteren van de kwaliteit van leven van verslaafden (Ashery, 1994; Sabin, 1998; Hendrix, 1998), het verminderen van de schadelijke effecten van druggebruik (Cox et al., 1993), en gecontroleerd gebruik van middelen of preventie van terugval (Perl & Jacobs, 1992; Levy et al, 1992; Siegel et al., 1995; 1997). Kostenbeheersing is soms ook een (neven-)doelstelling (Willenbring et al., 1991; TIP, 1998).

### **4 Doelgroep en bereik**

Casemanagement is bedoeld voor personen waarbij er naast problemen met en rond het gebruik van alcohol en drugs tal van problemen zijn op andere domeinen, zoals lichamelijke en psychische gezondheid, huisvesting,

inkomen en relaties. De problemen zijn behalve meervoudig en complex, meestal langdurend (Jerrell & Ridgely, 1995). Begeleiding en een ondersteunend netwerk zijn nodig om de vicieuze cirkel van terugval te doorbreken. Veel van de genoemde kenmerken hebben verslaafden gemeenschappelijk met mensen met langdurige psychische stoornissen en daarom ligt het ook voor de hand om in de verslavingszorg gebruik te maken van de ervaringen met casemanagement in de psychiatrie (Martin & Scarpitti, 1993; Ridgely & Willenbring, 1992; TIP, 1998). Echter sommige auteurs menen dat verslaafden zich in aanzienlijke mate kunnen herstellen of de draad zelf weer kunnen oppakken, en casemanagement daarom voor bepaalde, relatief korte tijd, adequaat is (Martin & Scarpitti, 1993; Kirby & Braucht, 1993), terwijl anderen vinden dat verslaving een chronische ziekte is en casemanagement voor onbepaalde tijd nodig zal zijn (Cox et al., 1993). Anders is weer de visie van Ashery (1994) die sowieso twijfelt aan de noodzaak van casemanagement voor verslaafden, omdat een groot deel ervan volgens haar vaak toch al in zorg is, en zij vaak goed bekend zijn met het aanbod.

Casemanagementprogramma's zijn dikwijls op specifieke profielen van verslaafden gericht, zoals dakloze verslaafden, personen met verslavingsproblemen en psychische stoornissen, straatprostituees, kinderen van verslaafde ouders, verslaafden met verhoogde kans op HIV-besmetting of met Aids, en ex-gedetineerden met verslavingsproblemen (voor beschrijvingen van profielen zie Graham et al., 1990; Cox et al., 1993; Martin & Scarpitti, 1993; Siegel et al., 1996; Schwartz et al., 1997; Bearman et al., 1997; TIP, 1998; McLellan et al., 1999). Aangedrongen wordt op onderzoek naar de relatieve winst van casemanagement voor verschillende profielen van verslaafden (Shwartz et al., 1997).

Inclusiecriteria worden gebruikt voor de selectie van cliënten voor het casemanagementaanbod en/of voor het onderzoek dat daarnaar wordt gedaan. Voorbeelden van inclusiecriteria zijn: DSM-III-R diagnoses alcohol- en drugsafhankelijkheid of misbruik, gebruik van cocaïne of heroïne of andere drugs in de laatste zes maanden, niet in behandeling/begeleiding de laatste drie maanden / zorgmijdend gedrag, een x-aantal opnamen in een detox-instelling, het ontbreken van een sociaal netwerk, marginaal functioneren op diverse leefgebieden en contacten met justitie (Siegel et al., 1996; Cox et al., 1993; Jerrell & Ridgely, 1995; Sabin, 1998). Exclusiecriteria, zoals een verstandelijke handicap, een persoonlijkheidsstoornis, ernstige medische problemen, of agressiviteit, worden slechts in enkele publicaties vermeld (Cox et al., 1993; Jerrell & Ridgely, 1995). Vrijwel in geen van de publicaties geven auteurs aan hoeveel verslaafden van de totale doelgroep uiteindelijk van het

casemanagementprogramma profiteren, welke groep er dus feitelijk met dit aanbod wordt bereikt.

## 5 Interventie

Doordat er geen operationele definitie van casemanagement voorhanden is, bestaan er al langer forse discussies en ook meningsverschillen over de interventie en de uitvoering ervan, ook in de verslavingszorg (Graham et al., 1990; Ridgely & Willenbring, 1992; Siegel et al., 1994a; Ashery, 1994).

- Is de casemanager de primaire hulpverlener die zelf ook therapeutische of dienstverlenende taken uitvoert of is de casemanager een aan de behandeling/begeleiding toegevoegde kracht die zich concentreert op toeleiding, koppeling en coördinatie?
- Heeft de casemanager vooral een functie in de indicatiestelling en zorgtoewijzing van verslaafden (*gatekeeping function*) of heeft hij/zij een primaire verantwoordelijkheid in het toeleiden en koppelen van verslaafden aan instellingen en programma's (*facilitating function*)?
- Is casemanagement bedoeld voor alle cliënten of voor specifieke subgroepen? En moet het casemanagement een korte periode of langdurig worden geboden? En wanneer stroomt een cliënt uit?
- Welke opleiding, kwalificaties en ervaring zijn voldoende voor het doen van dit werk?
- Wat is de optimale omvang van de caseload?
- Wordt er in teamverband gewerkt met een gedeelde cliëntenverantwoordelijkheid, of werken casemanagers solo of in duo's met een individuele verantwoordelijkheid voor cliënten?
- Welke bevoegdheden hebben casemanagers om bijvoorbeeld andere hulpverleners aan te sturen?
- Moet netwerkontwikkeling deel uitmaken van het takenpakket van casemanagers?

### 5.1 Basisfuncties

Ondanks al die vragen, bestaat er veel overeenstemming over de basisfuncties van casemanagement, namelijk: 1) beoordeling van problemen, behoeften en mogelijkheden van cliënten, 2) planning, inclusief het opstellen van doelen en een zorgplan, 3) toeleiding naar, koppeling aan en coördinatie van diensten en opvang, 4) volgen, evalueren en bijstellen van de zorg, en eventueel 5) belangenbehartiging (Graham & Birchmore-Timney 1990; Ashery, 1994; TIP, 1998; Van Riet & Wouters, 1996; Hendrix, 1998; Vanderplasschen, 1999). Lang niet altijd rekent men het actief

traceren en contactleggen met cliënten – *assertive outreach* - tot de basisfuncties van casemanagement<sup>23</sup>. Omdat hierbij het opbouwen van een vertrouwensrelatie met verslaafden in het geding is, is er erg veel tijd mee gemoeid en is het niet ongewoon als de casemanager pas na vele contacten wordt geaccepteerd (Bonham, 1992).

De vijf eerstgenoemde basisfuncties worden door betrokkenen uit praktijk of wetenschap vaak nader gedifferentieerd, gemodificeerd. De functies beschrijven wat casemanagers doen voor het structureren van het hulpverleningsproces. Deze functies zijn niet uniek voor casemanagement. Evenmin bieden zij voldoende handvatten voor het onderling differentiëren van casemanagementprogramma's. Elke casemanager vervult, overigens net als elke andere hulpverlener, in principe immers deze functies. Afhankelijk van het gevolgde 'model' is het wel zo dat de ene of de andere functie (veel) meer accent krijgt (zie ook Van der Lubbe e.a., 2000). Over de modellen straks meer.

## 5.2 *Therapeutische en dienstverlenende taken*

Casemanagers kunnen naast genoemde basisfuncties ook therapeutische of dienstverlenende taken uitvoeren. Er wordt in de publicaties vaker melding gemaakt van dienstverlening dan van therapie, van "helping" rather than "curing" (Graham & Birchmore-Timney, 1990). De primaire behandeling – zoals medische en psychologische hulp, voorlichting over uiteenlopende aspecten van de verslaving en terugvalpreventie - gebeurt vooral door andere professionals. Het casemanagement wordt hierin geïntegreerd of eraan toegevoegd, of volgt erop als een vorm van nazorg (Siegel et al.,

---

<sup>2</sup> In diverse publicaties staat *outreach* centraal als (preventieve) aanpak bij moeilijk te bereiken, verborgen populaties drugverslaafden, onder andere met een verhoogd risico op HIV-besmetting of met Aids (Yates & Gilman, 1990; Pates & Blakey, 1992; Rhodes, 1993; Buning, 1993; Elwood et al., 1995; Tommasello et al., 1999; Korf et al., 1999).

<sup>3</sup> Zogenoemde mobiele begeleidingsteams voor moeilijk bereikbare verslaafden bestaan soms naast casemanagementprogramma's, omdat laatstgenoemde programma's niet succesvol zouden zijn in het bereiken van deze groep vanwege vrij hoge caseloads, beperkte outreach en zorg aan huis, minimale bereikbaarheid buiten kantooruren en te beperkt aanbod voor de verslavingsproblemen en problemen met politie/justitie (Detrick & Stiepock, 1992). De vraag hierbij is of op de bedoelde casemanagementprogramma's het label casemanagement wel van toepassing is, en of de mobiele teams niet bij uitstek casemanagement bieden.

1995; Martin & Scarpitti, 1993; Bocos et al., 1994; Schwartz et al., 1997<sup>4</sup>; TIP, 1998; McLellan et al., 1999; Tommasello et al., 1999<sup>5</sup>).

De dienstverlening door de casemanagers bestaat uit onder andere (Willenbring et al., 1991; Mason & Siris, 1992; Cox et al., 1993; Martin & Scarpitti, 1993; Durell et al., 1993; Martin et al., 1994; Siegel et al., 1995; Bearman et al., 1997; Meisler et al., 1997; McLellan et al., 1999):

- Praktische hulp op diverse leefgebieden: ondersteuning bij budgetteren, aanvragen uitkering, regelen ziektekostenverzekering, zoeken en of behouden van huisvesting, regelen vervoer, bemiddelen naar (vrijwilligers-) werk, et cetera
- Terugvalpreventie en acute hulp in crisissituaties
- Ondersteuning bij het aan- of opnieuw leren van basisvaardigheden, onder ander voor het doen van betaald of vrijwilligerswerk
- Zorgdragen voor medische en/of psychiatrische hulp, inclusief ondersteuning bij medicatiebeheer
- Ondersteuning bij medicatiegebruik en vermindering middelengebruik (zelfcontrole en –management, overigens ook op andere gebieden)
- Bemiddeling naar rechtsbijstand
- Bemiddeling tussen verslaafden en familie, buurtbewoners en anderen;
- Ondersteuning van en voorlichting aan familie en vrienden
- Zorg voor of organisatie van transport
- Meehelpen bij mobiliseren van bronnen en steunpunten in de omgeving van verslaafde.

“Regardless of whether explicit clinical services are delivered in the context of a case management program, it is important to recognize the therapeutic potential of a long-term helping relationship with a consistent, skilled and caring person.” (Willenbring et al. (1991: 16) Met hen zijn veel auteurs van mening dat er zonder relatie geen sprake kan zijn van casemanagement of van positieve resultaten van de begeleiding (Rothman, 1994; TIP, 1998; Hendrix, 1998). Dit is ook in de psychiatrie keer op keer bevestigd.

---

<sup>4</sup> Shwartz et al. hebben het in dit verband over een ‘program-based’ model, dat er in essentie op neerkomt dat casemanagers worden toegevoegd aan programma’s die verslaafden in behandeling of begeleiding hebben. Zij worden gesuperviseerd door de professionals van deze programma’s die de behoefte aan casemanagement uitten omdat door allerlei bijkomende problemen van cliënten de beschikbare therapeutische tijd naar hun zeggen in het nauw kwam (p. 1659).

<sup>5</sup> Tommasello et al beschrijven een uit vier fasen bestaand behandelproces voor dakloze verslaafden.

### 5.3 *Principes*

Aan het casemanagement voor verslaafden ligt een aantal werkprincipes ten grondslag (Kirby & Braucht, 1993; Scarpitti et al., 1994; TIP, 1998; Bellack et al., 1998; Vanderplasschen e.a., 1999). Het casemanagement:

- Biedt cliënten in de persoon van een casemanager een enkel contactpunt met de verslavingszorg, (geestelijke) gezondheidszorg en andere vormen van opvang en dienstverlening
- Is cliëntgeoriënteerd en werkt vanuit de behoeften en mogelijkheden van de cliënt
- Betrekt de cliënt bij de hulpverlening
- Is pragmatisch, begint 'waar de cliënt is', en biedt praktische hulp, ook als ingang voor eventueel andere typen hulpverlening
- Is pro-actief en anticipeert door gerichte actie op geobserveerde veranderingen in de toestand en of het middelengebruik van cliënten
- Is flexibel en past zich aan aan de veranderende behoeften en problemen van cliënten
- Is sensitief voor en sluit aan op verschillen in etnische groepering, cultuur, sekse, leeftijdsgroep, et cetera
- Is wijkgericht en streeft naar een integratie van informele, lokale steunpunten en zorgnetwerken en professionele, geformaliseerde hulpverlening.

### 5.4 *Locatie*

Casemanagement wordt over het algemeen in de woon- en leefsituatie van verslaafden geboden. Deze zorg aan huis maakt het mogelijk direct te interveniëren in alledaagse, voor verslaafden moeilijk te hanteren probleemsituaties en vergroot de kans op toepassing en generalisering van wat verslaafden in de begeleiding oppikken (Meisler et al., 1997; Clark et al., 1998; TIP, 1998).

### 5.5 *Modellen*

Hierna volgt een overzicht van diverse modellen van casemanagement, die voor een substantieel deel in de psychiatrie zijn ontwikkeld en met name in Amerika ook in de verslavingszorg zijn toegepast (Ridgely & Willenbring, 1992; TIP, 1998). Overigens zijn de modellen lang niet altijd even

herkenbaar in de praktijk terug te vinden en zijn zij soms ook moeilijk betrouwbaar van elkaar te onderscheiden.

#### *Makelaarsmodel*

De taak van de casemanager beperkt zich tot het identificeren van de behoeften en problemen van cliënten en helpt de cliënt toegang te krijgen tot benodigde hulp en bronnen. De planning blijft beperkt tot de eerste contacten met de casemanager. Van een langdurige intensieve werkrelatie is geen sprake. Vanwege de relatief geringe inspanning per cliënt kan de casemanager met meer cliënten werken. De ervaring is dat: "The model works best with clients who are not economically deprived, who have significant intent and sufficient resources, or who are not in late-stage addiction." (TIP, 1998: 9)

In de psychiatrie wordt het makelaarsmodel als achterhaald beschouwd, te meer omdat er tot dusverre geen positieve resultaten mee zijn geboekt (Kroon, 1996; Kroon & Wolf, 2000; Bedell et al., 2000). In de verslavingszorg lijkt dit model nog niet te zijn afgeschreven<sup>6</sup> (Graham et al., 1990; Lidz et al., 1992; Kirby & Braucht, 1993; Bokos et al., 1994; Mejta et al., 1994; Laken & Ager, 1996; Miller et al., 1997). Er zijn, voor zover bekend, geen studies beschikbaar die de effectiviteit van dit model in de verslavingszorg aantonen<sup>7</sup>.

#### *Assertive Community Treatment model*

Dit model van casemanagement is vooral in de psychiatrie veel onderzocht en heeft tot nu toe redelijk goede resultaten behaald<sup>8</sup> (Bedell et al., 2000). Essentiële ingrediënten van ACT zijn (Teague et al., 1995; Teague et al., 1998; Mueser et al., 1998; TIP, 1998; Martin & Scarpitti, 1993):

- Actieve benadering van cliënten

---

<sup>6</sup> Door het gebrek aan een heldere omschrijving van functies en taken van casemanagers is dit overigens lastig te bepalen. Soms lijkt ook de makelaarsfunctie weer zo opgerekt dat dienstverlenende taken er toe gaan behoren (Kirby & Braucht, 1993). Opvallend is, dat de 'Manual of Therapeutics for Addictions' (Miller et al., 1997) alleen dit model van casemanagement beschrijft (p.321).

<sup>7</sup> Onderzoek naar de invloed van zorgcoördinatie op zorggebruik geeft wisselende resultaten. Graham et al. (1990) stelden - anders dan zij veronderstelden -meer zorggebruik vast, terwijl Braucht et al. (1995) geen bijzondere effecten van dit type casemanagement op het zorggebruik waarnamen.

<sup>8</sup> Dit model is in Madison, Wisconsin in de jaren zeventig voor chronisch psychiatrische patiënten ontwikkeld door Stein & Test onder de naam 'Training in Community Living'.

- Hulpverlening 'in vivo'
- Focus op praktische problemen
- Betrokken belangenbehartiging
- Redelijke caseload, maximaal vijftien cliënten
- Frequent contact tussen cliënt en casemanager
- Teambenadering waarin casemanagers een gedeelde verantwoordelijkheid hebben voor alle cliënten van het programma
- Langdurige betrokkenheid bij cliënten
- 7x24-uurs bereikbaarheid.

Dit model is met succes toegepast op verschillende doelgroepen, waaronder mensen met ernstige en langdurige psychische problemen, mensen met een dubbele diagnose, ex-gedetineerden met verslavingsproblemen en daklozen. Casemanagers accepteren de chronische (verslavings)conditie van hun cliënten en streven ernaar het beloop ervan in gunstige zin te beïnvloeden en het lijden te verlichten. Voor dit model hebben Teaguet et al. (1998) voor de groep chronisch psychiatrische patiënten criteria geformuleerd om de getrouwheid van een programma te bepalen aan dit model. Hierover straks meer in paragraaf 8.

Casemanagers coördineren de zorg, en spannen zich daarnaast in cliënten de vaardigheden te leren die zij nodig hebben om zelfstandig te kunnen leven, zoals de was doen, winkelen, koken, budgetteren, et cetera. Familieondersteuning en crisisinterventie behoren ook tot de taken.

Het zogenoemde 'intensive casemanagement' (ICM) kan als een variant van ACT worden beschouwd, en is ontwikkeld om met name tegemoet te komen aan de behoeften van veelgebruikers van zorg (Cox et al., 1993). Een verschil tussen ACT en ICM is dat caseloads in het eerstgenoemde model door het team worden gedeeld, in het laatstgenoemde model niet worden gedeeld (Mueser et al., 1998).

### *Strengths-based model*

Dit model<sup>9</sup> onderscheidt zich van de andere modellen door de focus op de sterke kanten en mogelijkheden van een cliënt voor de verdere versterking van het eigen probleemoplossend vermogen en als vehikel voor het verkrijgen van hulp en ondersteuning, ook in de eigen omgeving. Het streven is cliënten directe controle over hun herstelproces te geven. De relatie tussen cliënt en casemanager staat centraal, interventies zijn gebaseerd op het principe van zelfbeschikking, cliënten bepalen in belangrijke mate zelf de doelen in de hulpverlening, vanzelfsprekend in overleg met de casemanager. Een belangrijke plaats is ingeruimd voor belangenbehartiging. De aanpak is actief en outreachend. De samenleving

---

<sup>9</sup> Er bestaan Amerikaanse handboeken voor training in dit model (Modrcin, Rapp & Chamberlain; in: Siegel et al., 1994).

wordt niet als barrière, maar als bron beschouwd (Rapp et al., 1992; Siegel et al., 1995; Siegel et al., 1996; Siegel et al., 1997; TIP, 1998).

*Clinical casemanagement model*

In dit model zijn klinische activiteiten (therapie) en bronnenacquisitie geïntegreerd. Cliëntgerichte activiteiten omvatten onder meer psychotherapie, vaardigheidstraining en gezinstherapie. Centraal staat de opbouw en het gebruik van een therapeutische relatie, een activiteit die soms jaren kan duren. Binnen de therapeutische relatie heeft de casemanager aandacht voor overdracht en tegenoverdracht en zoekt hij naar de juiste balans tussen afstand en nabijheid. De casemanager treedt op als rolmodel; de cliënt maakt zich via imitatie en uiteindelijk internalisatie gezond gedrag eigen (TIP, 1998). Overigens wordt dit model toch ook weer verschillend beschreven. Volgens McLellan (1999: 93) was “CCM (...) responsible for evaluating the additional health, social, and environmental problems of the patient and linking the patient with community services outside the program.”

Hieronder zijn in schema de belangrijkste kenmerken van de genoemde modellen<sup>10</sup> opgenomen (Kroon, 1996; TIP, 1998; Bedell et al., 2000).

<i>Modellen</i>	<i>Makelaars-Model</i>	<i>Assertive Community Treatment (ACT)</i>	<i>Strengths-based model</i>	<i>Clinical casemanagement model</i>
<i>Kenmerken</i>				
<i>Onderscheidend Kenmerk</i>	Coördinatie	Totaalpakket	Nadruk op sterke kanten en empowerment	CM-er als rolmodel Ook psychotherapeutisch
<i>Actieve benadering</i>	Nee	Ja	Ja	Ja

<sup>10</sup> Op een enkele uitzondering na wordt, anders dan in de psychiatrie, het zogenoemde rehabilitatiemodel niet apart vermeld (Vanderplasschen, 1999). Soms wordt dit model (accent op herstel en reïntegratie onder andere door vergroten vaardigheden cliënt en benutten bronnen in de omgeving, cliënt is actieve partner in eigen herstel) in één adem genoemd met het clinical casemanagementmodel (TIP, 1998).

<i>Belang werkrelatie</i>	Redelijk groot	Groot	Groot	Zeer groot
<i>Coördinatie / dienstverlening</i>	Coördinatie, geen of zeer beperkte dienstverlening	Dienstverlening	Dienstverlening en coördinatie	Dienstverlening en coördinatie
<i>Dienstverlening in de thuissituatie</i>	Nee	Ja	Ja	Ja
<i>Verantwoordelijkheid voor cliënten/caseload bij team / individuele werker</i>	Individuele werker	Team	Individuele werker	Individuele Werker
<i>Multidisciplinair team</i>	Nee	Ja	Nee	Nee
<i>Groei versus stabilisatie bij cliënt</i>	Tussenpositie	Groei	Groei	Tussenpositie
<i>Paternalisme versus empowerment</i>	Tussenpositie	Paternalisme	Empowerment	Tussenpositie
<i>Doorsnee caseload</i>	35	10	15	15

### *Aanpassingen*

Voor specifieke cliëntgroepen, zoals dakloze verslaafden, cliënten met een dubbele diagnose, verslaafden met een verhoogd risico op Hiv-besmetting of met Aids, zwangere drugverslaafde vrouwen, en verslaafde 'reclasseringsklanten' zijn aanpassingen van het programma nodig. Deze kunnen bestaan uit het bieden van gerichte begeleiding/behandeling bij psychische stoornissen en verslavingsproblemen, het toevoegen van specialisten aan het team, zoals een arts en professionals met expertise in de behandeling van psychische stoornissen en verslavingsproblemen, vanuit de overtuiging dat een geïntegreerde aanpak meer winst oplevert<sup>11</sup>, groepen

<sup>11</sup> Zonder uitzondering gaat de voorkeur van auteurs bij personen met een dubbele diagnose uit naar een geïntegreerde behandeling van psychische en verslavingsproblemen. Havassy et al. (2000) gaan zelfs zo ver te veronderstellen dat effectieve integratie even belangrijk of mogelijk nog belangrijker is dan de keuze van een type casemanagement (p. 643).

voor psycho-educatie voor cliënten, de zogenoemde 12-stappen benadering naar het Alcohol Anonymus (AA-)model, en een gedraggeoriënteerde (groeps-)benadering voor het afbouwen en onder controle brengen van het middelengebruik (Willenbring et al., 1991; Jerrell & Ridgely, 1995; Teague et al., 1995; Bellack & Gearon, 1998; Drake et al., 1998; Drake et al., 1998). Benadrukt wordt dat de problemen en situatie van vrouwen dikwijls vragen om ander of aanvullend aanbod, zoals hulp bij seksueel of lichamelijk geweld, opvoedingsondersteuning en kinderopvang (McMillan & Cheney, 1992; Mejta et al., 1994; Bearman et al., 1997; Bellack & Gearon, 1998). In de literatuur worden de genoemde aanpassingen overigens slechts zeer summier beschreven.

#### 5.6 *Knelpunten en uitdagingen*

In de uitvoering van casemanagement worden op het niveau van het primaire proces enkele knelpunten en uitdagingen gesignaleerd:

- De moeite van casemanagers om volgens de missie en principes van een casemanagementmodel te werken, bijvoorbeeld om niet uitsluitend te focussen op pathologie, maar ook uit te gaan van de mogelijkheden en kracht van cliënten (Rapp et al., 1992; Levy et al., 1992; Siegel et al., 1994a).
- De tijdverslindende en niet zelden weinig succesvolle activiteit om verslaafden te overreden in zorg te gaan en in zorg te blijven, en hen te koppelen aan voorzieningen (Bokos et al., 1992; Scarpitti et al., 1994).
- De passieve opstelling van werkers in de verslavingszorg en de onbekendheid met of weerstand tegen het zeer actief benaderen van cliënten in hun eigen leef- en woonsituatie (Martin & Scarpitti, 1993; Scarpitti et al., 1994; Orwin et al., 1994).
- Onrealistische verwachtingen bij casemanagers (te optimistisch of te pessimistisch) en of hun moeite om adequaat om te gaan met de verwachtingen van cliënten zelf (Perl & Jacobs, 1992; Rapp et al., 1992; Levy et al., 1992; Ridgely & Willenbring, 1992). Gezien de meervoudige, complexe vaak al langer bestaande problemen van verslaafden is het in begeleiding houden en stabiliseren van cliënten al winst. Tegelijkertijd mag nooit de hoop op verbetering worden opgegeven (Willenbring et al., 1991).
- Verslaafden zoeken naar directe behoeftebevrediging. Als het contact met de casemanager hier niet direct toe leidt, komt het contact onder druk te staan (Bokos et al., 1994).
- Verslaafden streven naar macht en controle over hun situatie, en zullen daarom onder andere willen voorkomen dat sleutelfiguren in de

begeleiding contact met elkaar hebben en overleggen (Bokos et al., 1994).

- Casemanagers kunnen erg 'beschermend' worden naar hun cliënten, en er moeite mee hebben het contact af te bouwen en/of over te dragen naar andere professionals. Cliënten kunnen zeer aan hun casemanager gehecht raken, en in sterke mate afhankelijk worden van de hulpverlening. Kortom, de regulatie van afstand-nabijheid vraagt extra aandacht (Yates & Gilman, 1990).

## **6 Organisatie**

Beschrijvingen in de publicaties van de organisatie van casemanagementprogramma's zijn spaarzaam. Informatie ontbreekt dikwijls over de bereikbaarheid en toegankelijkheid van de interventie, de capaciteit van het programma (hoeveel cliënten kunnen maximaal van het aanbod gebruik maken?), de positionering van het programma (gebonden en deel uitmakend van één of meer instellingen, of ongebonden en min of meer 'zwevend' tussen instellingen, verg. Wolf, 1995; TIP, 1998), de casemanagers (aantal, discipline, achtergrond, kwalificaties, caseload), werkoverleg (apart casemanagementteam, deelname van specialisten aan het team, zoals medisch en/of psychiatrisch geschoold personeel, een werkbegeleider, etc.), en bijvoorbeeld de taken van de teamcoördinator. Over personeel en caseload is wat meer informatie te vinden.

### *6.1 Personeel*

Goede casemanagers zijn gemotiveerde werkers die bekend zijn met de populatie en in staat zijn op een respectvolle manier met verslaafden contact te maken en om te gaan, ervaring met dit type werk hebben, zelfstandig in uiteenlopende settings kunnen werken (op straat, op politiebureau, op instelling), goede communicatieve vaardigheden hebben voor het onderhandelen met uiteenlopende belanghebbenden, stressbestendig zijn en doorzettingsvermogen hebben, adequaat risico's kunnen inschatten, en in staat zijn tot goed teamwerk (Yates & Gilman, 1990; Detrick & Stiepock, 1992; Cox et al., 1993; Snyder et al., 1996; Van Riet & Wouters, 1996; TIP, 1998; Hendrix, 1998; Tommasello et al., 1999).

De roep om goed gekwalificeerde<sup>12</sup> en hoger opgeleide krachten als casemanagers in te zetten is sterker geworden (Orwin et al., 1994; TIP, 1998). Expertise lijkt belangrijker dan ervaring, kwaliteit van werkers belangrijker dan kwantiteit (Rapp et al., 1992; Kirby & Braucht, 1993; Snyder et al., 1996; Thornicroft et al., 1998). De functie van casemanager is niet aan een bepaalde beroepsgroep gebonden (Vanderplasschen e.a., 1999). Soms worden ook ex-cliënten of vrijwilligers als casemanager of outreach werker ingezet (Levy et al., 1992; Buning, 1993; Korf et al., 1999). Nog vrij onduidelijk is wat hun inzet is op de gerealiseerde effecten van casemanagement (Bedell et al., 2000).

Vanwege de veelal onvoorspelbare situaties waarmee casemanagers worden geconfronteerd en de vereiste flexibiliteit om daarmee om te gaan, gaat de voorkeur uit naar een “self-managing’ team model in which staff take responsibility for most of the day-to-day operating decisions.” (Cox et al., 1993: 131)

## 6.2 Caseload

Aanname is, dat wil casemanagement voor cliënten verschil maken de ideale caseload 10 à 15 cliënten per casemanager is (Bond et al., 1991; Lehman et al., 1993; Cox et al., 1993; Martin et al., 1994; Bearman et al., 1997). Een te hoge caseload maakt het werk onmogelijk (Yates & Gilman, 1990). Ashery (1994: 181) vond in een literatuurreview over casemanagement in de verslavingszorg werker-cliënt ratio’s uiteenlopen van 1:9 tot 1:30. Verslaafden verkeren volgens haar vaak in een min of meer constante crisissituatie en zijn daarom erg moeilijk uit te schrijven of over te dragen. Terecht merken Cox et al. op dat de gemiddelde caseload bij een verslavingszorginstelling hoger is dan vijftien cliënten, en dat het nuttig is in een experiment programma’s met een verschillende caseload per werker op effectiviteit en op kosten te evalueren. In de psychiatrie is zo’n experiment vrij onlangs uitgevoerd. Burns et al. (1999) stelden vast dat er geen wezenlijk verschil in effecten is tussen casemanagement met 10-15 cliënten per werker en casemanagement met 30-35 cliënten per werker.

Behalve op behaalde effecten, is de caseload van invloed op het voorkomen van afbrandverschijnselen bij werkers. Hoe hoger het aantal cliënten per werker des te negatiever zijn laatstgenoemden over hun eigen functioneren en het rendement ervan, en des te groter is de kans op

---

<sup>12</sup> Een uitgebreid overzicht van de benodigde kennis, houding en vaardigheden van casemanagers staat in het Treatment Improvement Protocol (TIP, 1998).

afbranden (De Girolamo, 2000; King et al., 2000). Nog niet is vastgesteld wat gegeven deze twee variabelen de minimum en maximum caseload is. Bij het bepalen van de hoogte van de caseload is het vanzelfsprekend nodig ook het type cliënten en het takenpakket van casemanagers mee te wegen. Overigens wordt soms onder andere met het oog op stressreductie en verminderde werkbelasting bewust de keuze gemaakt voor een gedeelde caseload (zogenoemde teambenadering, verg. Detrick & Stiepoek, 1992) of voor het werken in duo's (Kirby & Braucht, 1993). Naar de waarde hiervan is echter nog geen onderzoek gedaan.

## 7 Afstemming en samenhang

Ridgely & Willenbring (1992) suggereren dat "(...) the effectiveness of casemanagement may have more to do with the environment than with the functions of the program per se." Ook andere auteurs wijzen op het belang van een omvattend en samenhangend netwerk van voorzieningen en instellingen voor het succes van casemanagement (Graham et al., 1990; Cox et al., 1993; Kirby & Braucht, 1993; Ashery, 1994; Orwin et al., 1994; Graham & Birchmore-Timney, 1995; TIP, 1998; Coughy et al., 1999). Dit wordt ook wel aangeduid als een *community systems approach of community advocacy*<sup>13</sup>. "Without community advocacy, individual workers spend excessive amounts of time with individual clients attempting to jockey with competing agencies for scarce community resources." (Ashery, 1994: 182) Casemanagers hebben in die visie niet alleen taken op het niveau van individuele cliënten, maar ook op dat van buurt of wijk<sup>14</sup>. Taken op dit laatste niveau bestaan uit het opbouwen van samenwerkingsrelaties met voorzieningen, het ontwikkelen van steunpunten, bronnen en hulpmiddelen, en educatie van het publiek (Ashery, 1992; Perl & Jacobs, 1992; Mejta et al., 1994, 1997). Deze taken blijken bijzonder tijdsintensief. Behalve de casemanagers zelf, hebben managers een belangrijke taak in het ontwikkelen en onderhouden van zogenoemde ketenkwaliteit.

---

<sup>13</sup> Vergelijk met het opbouwen en het ontwikkelen in de psychiatrie van een zogenoemd maatschappelijk steunsysteem.

<sup>14</sup> Bekend is dat goede relaties met buurtbewoners essentieel zijn voor de acceptatie van bepaalde voorzieningen in een buurt, zoals een inloopcentrum of een gebruikruimte, waar ook casemanagers voor hun cliënten veel gebruik van maken (Buning, 1993).

## 8 Criteria

Aan de hand van criteria is het mogelijk de getrouwheid<sup>15</sup> van de interventie te bepalen. De te beantwoorden vraag is of een praktijk voldoet aan de gestelde voorwaarden en dus met recht casemanagement heet. Dit maakt een betrouwbaarder replicatie van dit aanbod op andere locaties mogelijk. Vanzelfsprekend is het nodig het aanbod aan lokale omstandigheden aan te passen (verg. Teague et al., 1995). Tijdens de invoering van casemanagement zijn de criteria van belang als maatstaf voor de ontwikkeling, evaluatie en bijstelling van het aanbod in de gewenste richting.

Tot nu toe zijn voor slechts één casemanagementmodel specifiek voor chronisch psychiatrische patiënten criteria opgesteld, namelijk *Assertive Community Treatment* (Teague et al., 1998). Hoe meer een programma voldoet aan genoemde criteria, hoe beter de resultaten zijn (McGrew, 1994; Drake et al., 1998). De criteria zijn onderverdeeld naar structuur, organisatie en inhoud.

### *I Structuur:*

- Kleine caseload; werker-cliënt ratio is 1 op 15<sup>16</sup>
- Teambenadering: werkers werken met alle cliënten van het programma (gedeelde caseload)
- Regelmatig teamoverleg (zo mogelijk dagelijks) voor het plannen en evalueren van hulpverlening aan cliënten
- Continuïteit in werkers: vermijden van te grote wisseling in personeel
- Additionele specialisten in team: verpleegkundigen, arbeidsrehabilitatiewerkers, werkers uit verslavingszorg en geestelijke gezondheidszorg.
- Voldoende grootte van programma gezien doelgroep en hun problemen en behoeften. Volledige bezetting van noodzakelijke werkkracht.

### *II Organisatie*

- Expliciete inclusie- en eventueel exclusiecriteria, met duidelijk beschreven missie voor hulpverlening aan cliënten
- Langzame instroom cliënten om stabiele hulpverleningsomgeving te handhaven
- Verantwoordelijkheid voor hulpverlening aan cliënten

---

<sup>15</sup> Het gaat om de 'fidelity' van casemanagement.

<sup>16</sup> Recent is tot twee keer toe vastgesteld dat teams met individuele caseloads van (ruim) tien cliënten met ernstige psychische stoornissen niet effectiever bleken dan teams met caseloads van dertig a veertig cliënten per casemanager (Burns e.a., 1999; Holloway & Carson, 1998).

- Verantwoordelijkheid voor crisisopvang, 24 uur per dag
- Verantwoordelijkheid voor opnames in psychiatrische ziekenhuizen, klinieken, time-out voorzieningen, et cetera.
- Verantwoordelijkheid voor ontslagvoorbereiding en –planning
- Hulpverlening in principe van onbeperkte duur.

### *III Inhoud*

- Diensten en hulp worden ‘in vivo’ aangeboden, in woon- werk en leefomgeving van cliënten
- Actieve benadering van en bemoeiing met cliënten (outreach)
- Hoge intensiteit hulpverlening (veel contacttijd), hoog aantal hulpverleningscontacten
- Werken met omgeving en sociale netwerk
- Specifieke hulpverlening: voor verslaving, psychische problemen, dagbesteding, financiën etc.
- Betrokkenheid van cliënten in ontwikkeling programma, deel van team

Beschikbaar zijn ook criteria voor casemanagementprogramma's voor cliënten met een dubbele diagnose (Teague et al., 1995<sup>17</sup>; Drake et al., 1998).

## **9 Voorwaarden**

Wil een casemanagementprogramma een succes worden dan moet aan een aantal voorwaarden zijn voldaan. Informatie over deze voorwaarden is afkomstig uit de literatuur, en is aangevuld met inzichten uit Nederlands onderzoek naar casemanagement in de psychiatrie (Wolf, 1995).

### *9.1 Probleemanalyse en omschrijving doelstellingen en missie*

---

<sup>17</sup> Teague et al., hebben 13 criteria geformuleerd en per criterium een vijfpuntsschaal geconstrueerd met gedefinieerde (uiterste) waarden (bijvoorbeeld: intensiteit van contact: laag = 15 of minder minuten cliëntcontact per week; hoog = 2 uur of meer uur cliëntcontact per week).

- Voordat het management besluit om casemanagement in te voeren is het noodzakelijke te analyseren waarom het niet mogelijk lijkt om met het beschikbare aanbod de doelgroep van passende opvang en hulp te voorzien. Wat is het probleem en is casemanagement wel de juiste oplossing voor dit probleem? Belangrijk onderdeel van de analyse is een inventarisatie in het werkgebied van beschikbare voorzieningen en vormen van dienstverlening voor de doelgroep (Yates & Gilman, 1990; Willenbring et al., 1991; Perl & Jacobs, 1992; Wolf, 1995; TIP, 1998).
- Een heldere omschrijving is nodig van de doelstellingen en missie van casemanagement. Overeenstemming is nodig tussen betrokken belanghebbenden over de indicatoren voor het succes van het programma (zie hierna de bespreking van criteria) (Yates & Gilman, 1990; Siegel et al., 1994a; Wolf, 1995a; TIP, 1998).

## 9.2 Implementatie

- Negatief voor de uiteindelijke resultaten én de kosten van de dienstverlening zijn een onvolledige of te beperkte implementatie van casemanagement (vliegende start, onvoldoende tijd voor uitkristallisatie van programma) en een te geringe intensiteit van casemanagementaanbod (bijvoorbeeld door te hoge caseload, groot verloop onder casemanagers, te weinig fte aan casemanagers, onervaren casemanagers, gebrek aan training) (Orwin et al., 1994; Salyers et al., 1998)<sup>18</sup>. Willenbring et al. (1991: 32) wijzen erop dat "(...) the single most important mistake is inadequate conceptualization and planning prior to starting a new program." (zie ook Perl & Jacobs, 1992) Investerings in implementatie en ontwikkeling van een programma zijn daarom essentieel (Willenbring et al., 1991; Jerrell & Ridgely, 1999; Wolf, 1995a).
- Geduld en tijd moeten beschikbaar zijn voor het ontwikkelen van het programma; een stayersmentaliteit is vereist (Mejta et al., 1994; Scarpitti et al., 1994; Wolf, 1995). Het kan 1 à 2 jaar duren voordat duidelijke beleidslijnen en procedures zijn ontwikkeld (Willenbring et al., 1991).
- Het casemanagementprogramma moet conform de geformuleerde doelstellingen en missie worden uitgewerkt (Willenbring et al., 1991).

---

<sup>18</sup> Nogal wat auteurs stellen voor een effectevaluatie van casemanagement bij voorkeur uit te voeren in combinatie met een zogenoemde proces- of implementatieevaluatie en wel om de resultaten van de effectstudie te kunnen interpreteren (zie o.a. Ridgely & Willenbring, 1992; Orwin et al., 1994; Ridgely & Jerrell, 1996).

Nuttig is in dit verband een handboek of protocol (Willenbring et al., 1991; Wolf, 1995; Ridgely & Jerrell, 1996; TIP, 1998). Hier moeten behalve belanghebbenden uit de praktijk - managers, maar zeker ook toekomstige gebruikers van het aanbod, familieleden en uitvoerend werkers -, ook externe adviseurs of onderzoekers bij betrokken zijn. Het handboek of protocol beschrijft onder meer 1) doelen van de interventie en verwachte resultaten, aansluitend bij de doelgroep, 2) doelgroep, 3) locatie, 4) organisatie van het casemanagement (indicatiestelling, eventueel in- en exclusiecriteria, al dan niet werken in teamverband en met teambenadering, frequentie teamoverleg, bereikbaarheid, beschikbaarheid en toegankelijkheid van programma (inloopvoorziening?), 5) profiel van casemanagers, 6) taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van casemanagers, 7) vaststellen case mix en caseload, 8) relatie programma met instellingen binnen en buiten de verslavingszorg, 9) criteria waaraan de interventie moet voldoen om aan de hand daarvan in een later stadium het succes van de implementatie te kunnen vaststellen (wordt het beoogde model ook daadwerkelijk in de praktijk gerealiseerd?).

- Nodig is doordenking van en anticipatie op de gevolgen en onbedoelde gevolgen van gemaakte keuzes voor het programma (verg. gebonden en ongebonden programma's, keuze locatie, indicatiestelling en in- en exclusiecriteria cliënten et cetera, zie Wolf, 1995).
- Voorafgaand aan de start van het programma is een plan voor de evaluatie ervan noodzakelijk. Hoe worden de uitkomsten, implementatie en ontwikkeling van het casemanagementprogramma bepaald (Willenbring et al., 1991; TIP, 1998)?

### 9.3 *Financiering*

- Een korte termijn financiering van casemanagement kan de uitvoering en ontwikkeling van de interventie negatief beïnvloeden (Buning, 1993; Wolf, 1995; 1997). Bij de start van het programma, gerekend vanaf de eerste instroom van cliënten, moet de financiering van het aanbod daarom voor minstens vier jaar zijn gegarandeerd. Het is de taak van managers om in een vroeg stadium structurele vervolgfianciering te regelen. Werkers mogen niet met onzekerheid over financiering worden belast (Buning, 1993; Wolf, 1995).

### 9.4 *Personeel*

- Het inzetten van voldoende fte's aan voor dit werk vrijgestelde casemanagers (in verhouding tot problemen van doelgroep en aantallen cliënten, taken en verantwoordelijkheden et cetera) (Perl & Jacobs, 1992; Wolf, 1995a). Er moeten garanties zijn voor vervanging bij ziekte en zwangerschapsverlof.
- Een programma- of teamcoördinator met voldoende bevoegdheden, die de doelgroep en het werk van binnenuit kent, en die kan zorgen voor continue impulsen voor methodiekontwikkeling.
- Een functieomschrijving met heldere beschrijving van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Blijft dit achterwege dan is er grote kans op extreme variatie in taakopvatting tussen de casemanagers, ook als zij binnen één programma werken (Graham et al., 1990; Willenbring et al., 1991; Yates & Gilman, 1990; Siegel et al., 1994a).
- Training van casemanagers voor de start van het programma en tijdens de uitvoering van het programma (onderhoud!), bij voorkeur in de eigen werksituatie (Orwin et al., 1994; Siegel et al., 1994a; Wolf, 1995a; Hendrix, 1998; Jerrell & Ridgely, 1999). Componenten zijn zelfverdedigingstechnieken, kennis van psychische stoornissen en verslavingen en van medicatie en hun interactie met middelengebruik (Yates & Gilman, 1990; McLellan, 1999; Gournay, 1999).
- Dagelijks/wekelijks teamoverleg (uitwisseling van informatie over cliënten, stoom afblazen, et cetera) (Cox et al., 1994; Martin et al., 1994; Snyder et al., 1996) en zogenoemde teambuilding activiteiten (Mejta et al., 1994).
- Regelmatige supervisie en intervisie voor casemanagers "(...) to recharge their intellectual and emotional batteries." (Yates & Gilman, 1990: 11; zie ook: Ridgely & Jerrell, 1996; Hendrix, 1998)
- Checken arbeidssatisfactie (beloning, loopbaanperspectieven, monitoren afbrandverschijnselen, et cetera) (Willenbring et al., 1991).
- Garanderen persoonlijke veiligheid van casemanagers (verschaffen mobiele telefoons, in duo's werken als de situatie daarom vraagt, et cetera) (Kirby & Braucht, 1993).

#### 9.5 *Extra budget*

Budget voor casemanagers voor betaling kleine noodzakelijke uitgaven voor cliënten (voor transport, tijdelijke kinderopvang, et cetera; Yales & Gilman, 1990; Ridgely & Willenbring, 1992; Scarpitti et al., 1994; McLellan et al., 1999).

## 9.6 Samenhangend netwerk van voorzieningen

In de literatuur wordt bij herhaling gewezen op 'systeem'factoren die nadelig kunnen zijn voor de ontwikkeling en uitvoering van casemanagement. Gewezen wordt onder andere op:

- Het niet (voldoende) doorvoeren van voor het functioneren van casemanagers essentiële veranderingen in de organisatie of in de zorgketen (Ridgely & Willenbring, 1992).
- Communicatieproblemen en problemen door ontoegankelijke voorzieningen en weerstand bij werkers van andere instellingen om de verslaafden uit het programma van dienst te zijn (gehanteerde exclusiecriteria, stigma dat aan drugsverslaafden kleeft, afwenteling van moeilijkste cliënten ('daar zijn jullie toch voor') (Willenbring et al., 1991; Ridgely & Willenbring, 1992; Cox et al., 1993; Buning, 1993; Bocos et al., 1994; Mejta et al., 1994; Wolf, 1995; Snyder et al., 1996). Gebrek aan bevoegdheden van casemanagers voor het organiseren van dienstverlening en of plaatsing in voorzieningen (Willenbring et al., 1991; Orwin et al., 1994).
- Verschillen in visie tussen de casemanagers van het programma en de werkers van binnen en buiten de verslavingszorg. "Inter-staff rivalries will kill necessary collaboration." (McLellan et al., 1999; zie ook Willenbring et al., 1991; Rapp et al., 1992; Buning, 1993; Siegel et al. 1994a)

Voor het succes van casemanagement zijn investeringen in een samenhangend netwerk van voorzieningen noodzakelijk (Wolf, 1995, 1995a). Er moet sprake zijn van dan wel serieus gewerkt worden aan een zekere '*system readiness*'<sup>19</sup>.

- Van belang is samenwerking met andere voor de doelgroep belangrijke instellingen/sectoren en het creëren van draagvlak voor casemanagement (Kirby & Braucht, 1993).
- Als meerdere instellingen verantwoordelijk zijn voor het programma is een samenwerkingsovereenkomst tussen deze instellingen nodig. Duidelijk moet zijn wat elke instelling de cliënten uit de doelgroep precies heeft te bieden, en wat eventueel de condities hiervoor zijn.
- Bindende afspraken over toegankelijkheid en bereikbaarheid van voor de doelgroep belangrijke kerninstellingen moeten (schriftelijk) worden vastgelegd, zodat casemanagers voor hun cliënten gemakkelijk toegang hebben tot essentiële hulp- en dienstverlening

---

<sup>19</sup> Persoonlijke mededeling van Susan Ridgely en Audrey Burnam (werkzaam bij Rand-corporation in Santa Monica/Californië) tijdens hun bezoek aan Nederland in juni 2000.

(schuldsanering/budgettering, huisvesting, dagactiviteiten, medische zorg, crisisopvang buiten kantooruren, justitiële hulp, rechtsbijstand, etc). (Yates & Gilman, 1990; McLellan et al., 1999) Ontwikkelen van standaardverwijsprocedures kan het werk van casemanagers verlichten.

- Nodig is een inventarisatie van hiaten in het aanbod voor doelgroep in gemeente/regio, en het zo nodig creëren van aanvullende voorzieningen (time-out, noodopvang, gebruikruimte, et cetera) (Buning, 1993).
- Vooral voor dakloze verslaafden is het essentieel te beschikken over een continuüm van huisvestingsmogelijkheden (hostels, begeleid wonen, et cetera). Als op straat het contact is gelegd is het essentieel dat een op het individu toegesneden huisvestingsaanbod kan worden gedaan; de kans op terugkeer naar de straat is anders groot (Coughey et al., 1999).

#### 9.7 *Informatievoorziening*

- Adequate registratie van werkzaamheden. Nodig is een adequate dossiervoering (1 dossier per cliënt op vaste locatie), een bruikbare en flexibele zorgplansystematiek, en een informatie- of registratiesysteem, bij voorkeur een cliëntvolgsysteem (Mejta et al., 1994; Ridgely & Jerrell, 1996; TIP, 1998). Extra aandacht is bij deze groep verslaafden nodig voor de bescherming van hun privacy (Mason & Siris, 1992; Falck et al., 1992; Siegel et al., 1994a; Snyder et al., 1996; Vanderplasschen e.a., 1999).
- Informatievoorziening over het programma (folder, studiedag om programma in gemeente/regio te presenteren, et cetera). Terugkoppeling van informatie over het werk van casemanagers om te voorkomen dat bij collega's van de eigen instelling en bij werkers van andere instellingen hiervan een vertekend beeld krijgen (Yates & Gilman, 1990).

#### 9.8 *Onderzoek*

Een (formatieve) evaluatie is nodig om de invoering en ontwikkeling van het programma, te kunnen volgen, en problemen en onbedoelde gevolgen erbij te kunnen vaststellen. Door regelmatige terugkoppeling van informatie uit het onderzoek zijn bijstellingen in implementatie en/of programma mogelijk (Yates & Gilman, 1990).

## 1.0 Effecten van casemanagement

Nederlands onderzoek naar de effecten van casemanagement bij langdurig verslaafden is niet gevonden. In het hierna volgende overzicht van effectstudies over de periode 1990-2002 zijn daarom uitsluitend buitenlandse studies opgenomen, vooral Amerikaanse. Van belang is ermee rekening te houden dat in het buitenland effectief gebleken interventies in Nederland een minder uitgesproken of ander effect kunnen sorteren. Context en cultuur verschillen immers.

Bij de inventarisatie van de effecten van casemanagement is een onderscheid gemaakt naar casemanagement voor:

- Verslaafden (acht treffers; vijf studies zijn gericht op een ruime doelgroep van chronische alcohol- en/of drugverslaafden, twee studies op zwangere druggebruikers en één studie op voorwaardelijk vrijgelaten intraveneuze druggebruikers)
- Dakloze verslaafden (vier treffers)
- Verslaafden met een psychische stoornis (zeven treffers; zogenoemde dubbele diagnose groep).

In de geselecteerde studies – zie voor een verantwoording bijlage 1 - zijn verschillende varianten van casemanagement onderzocht, namelijk: broker casemanagement, assertive community treatment, intensive casemanagement, dyadic intensive casemanagement, strengths based casemanagement, clinical casemanagement en niet nader gedefinieerde vormen van casemanagement.

Effectstudies naar casemanagement in de psychiatrie sloten wij van deze review uit, omdat de resultaten ervan – ook van de metastudies ernaar – al vaker op een rij zijn gezet (Kroon & Wolf, 2000; Kroon & Henselmans, 2000). Wij geven hier een samenvatting van de belangrijkste bevindingen:

- In Nederland is slechts één (deels) gerandomiseerd onderzoek uitgevoerd<sup>20</sup>. Het enige verschil in deze studie tussen de experimentele en de controlegroep was na twee jaar een aanmerkelijk lager aantal opnamedagen in de eerstgenoemde conditie. Op de overige uitkomstmaten (aantal opnamen, symptomen, tevredenheid met aanbod, globaal niveau van functioneren) waren er geen verschillen.
- Het onderzoek naar casemanagement in het buitenland, vooral Amerika, levert tot nu toe de volgende inzichten:

---

<sup>20</sup> In Nederland zijn er vrijwel uitsluitend programma evaluaties naar casemanagement gedaan en de resultaten ervan wijzen op (gematigd) positieve opbrengsten.

- Van het makelaarsmodel is – ondanks uitgebreid onderzoek – nog geen positieve evaluatie verschenen. Over het algemeen leidt de makelaardij in vergelijking met standaardzorg tot meer hulpverleningscontacten zonder andere baten.
- ACT is, zoals gezegd, het meest onderzocht. De grens met intensive casemanagement is niet altijd even scherp te trekken. De meest robuuste effecten van ACT/intensive casemanagement zijn een lager aantal opnamedagen, (een hiermee deels samenhangend) verblijf in een stabiele, zelfstandige accommodatie en tevredenheid met de hulpverlening. Op het functioneren van de mensen en op hun symptomen en verslaving hebben ACT en intensive casemanagement bescheiden effecten. Mogelijk zouden meer rehabilitatiegerichte interventies hier meer winst opleveren. Omdat ACT een dure voorziening is en vooral bespaart op het aantal opnamedagen, wordt deze vorm van casemanagement aanbevolen voor zogenoemde grootverbruikers van klinische voorzieningen.
- Over het effect van het strengths-based model zijn nog geen uitspraken mogelijk omdat er nogal wat kanttekeningen bij de gedane studies kunnen worden geplaatst. En het clinical casemanagement is als ideaal-type niet onderzocht.

### 10.1 *Samenvatting resultaten effectstudies*

In deze review is uitgegaan van *voldoende evidentie* als minstens twee goed uitgevoerde overzichtsstudies of vijf of meer RCT's een effect aangeven, van *enige evidentie* als tenminste twee tot vijf RCT's (al dan niet samengevat in overzichtsstudie) een positief beeld laten zien, en van *onvoldoende evidentie* in alle overige gevallen (zie Gageldonk e.a., 1997). Hierna worden de resultaten samengevat. De overzichten volgen in paragraaf 10.2.

#### 10.1.1 *Effectiviteit bij verslaafden*

De uitkomstmaten in de acht studies (zie tabel 10.2.1.) zijn zeer divers: behandelduur, middelengebruik, juridische problematiek, gezondheid (lichamelijk en psychisch), werksituatie (inkomen, dagen werk, problemen op het werk en zorgen over arbeidstoekomst), woonsituatie (buitenslappen).

Uit de acht beoordeelde studies (zie tabel 10.2.1.) blijkt dat groepen die een vorm van casemanagement krijgen aangeboden langer in behandeling blijven dan groepen die reguliere hulp krijgen. Bekend is, dat de lengte van

behandeling of contact met de cliënt de kans op een succesvolle afname van het middelengebruik en daarmee op een verbetering op andere leefgebieden verhogen. Twee studies laten een vermindering zien van middelengebruik en strafbaar gedrag en een positief effect op het aangaan van vervolgbehandeling. In vier studies worden verbeteringen gevonden in werken, wonen, lichamelijk en psychisch functioneren en in contacten met justitie.

De uitkomsten wijzen in een neutrale of matig positieve richting. Casemanagement heeft meerwaarde voor de verbetering van de situatie van verslaafden, maar er is onvoldoende evidentie voor een effect van casemanagement voor verslaafden.

#### 10.1.2 *Effectiviteit bij dakloze verslaafden*

De uitkomstmaten (zie 10.2.2.) in de vier studies zijn ook hier divers: woonsituatie (buitenslapen, stabiliteit van wonen), middelengebruik, gezondheid (lichamelijk en psychisch), cliënttevredenheid, kwaliteit van leven en gebruik van diensten/voorzieningen.

De uitkomsten wijzen op een verbetering in alle (experimentele) condities (zie 10.2.2.). Aannemelijk is dat verbeteringen in de situatie van verslaafden voor een deel zijn toe te schrijven aan casemanagement, maar eenduidig is dit niet. Verbeteringen doen zich niet altijd voor bij verslavingsproblemen en woonsituatie. Wel hebben in de studies dakloze verslaafden in de casemanagementconditie meer contact met de hulpverlening en blijven zij ook langer in behandeling. In de literatuur wordt de intensiteit en duur van het contact met de zorgverlening, zoals gezegd, beschouwd als een positief prognostisch gegeven.

Uit de gevonden studies blijkt enige evidentie voor een effect van casemanagement voor dakloze verslaafden.

#### 10.1.3 *Effectiviteit bij verslaafden met ernstige psychische stoornissen*

De uitkomstmaten (zie 10.2.3.) in de zeven studies zijn divers: middelengebruik, symptomatologie, lichamelijke gezondheid, cliënttevredenheid, kwaliteit van leven en gebruik van diensten/voorzieningen, sociaal functioneren, woonsituatie (buitenslapen,

stabiliteit van wonen), contacten met politie of justitie en persoonlijke vaardigheden

De uitkomsten wijzen op een verbetering in alle (experimentele) condities. Casemanagement heeft ook bij deze doelgroep een zekere meerwaarde. Op maten als cliënttevredenheid, middelengebruik, afname van psychische symptomen, sociaal functioneren en zorggebruik geeft de casemanagementconditie in een aantal studies in vergelijking met de overige condities iets meer verbetering aan.

Uit de gevonden studies blijkt enige evidentie voor een effect van casemanagement bij personen met een dubbele diagnose.

Er zijn aanwijzingen dat casemanagement voor mensen met een dubbele diagnose minder effectief is dan voor mensen met uitsluitend ernstige psychische problemen (Havassy et al., 2000). De verslaving heeft een negatieve invloed op de uitkomsten van casemanagement.

#### 10.1.4 *Uitkomstmaten en effecten bij ACT en ICM*

Tabel 10.1.4. geeft een overzicht van de effecten van de in de studies meest voorkomende en goed onderling te vergelijken modellen van casemanagement – assertive community treatment en intensive casemanagement – op diverse uitkomstmaten bij de drie onderzochte groepen. Er springt niet echt één variabele uit waarop casemanagement relatief veel positief effect heeft.

**Tabel 10.1.4. Effectiviteit van Assertive Community Treatment en Intensive Casemanagement op diverse uitkomstmaten (N=13)**

Uitkomstmaten	<i>studies over verslaafden</i>			<i>studies over dakloze verslaafden</i>			<i>studies over verslaafden met psychische stoornissen</i>						
	Martin	Lanehart	Laken	Cox	Stahler	Braucht	Bond	Lehman	Jerrel	Durrel	Drake	Godley	Havassy
	ACT	ICM	ICM	ICM	ICM	ICM	ACT	ICM	ICM	ICM	ACT	ICM	ICM
Middelengebruik	±	±	±	+	-	-	-	-	+	±	+	±	-
Tevredenheid/QOL					-	-	-	-	+		+		-
Psychische gezondheid						-		-	+	±	-	±	-
Contacten met voorzieningen					+	+	-	-		±	-		
Dagen "buitenslapen"				+	-	-					-		
Werksituatie		±			-	-				±	-	±	
Sociaal netwerk		±			-	-			-	±	-	±	
Inkomen/financiën				+						±	-		
Recidief delict	±				-	-						±	

- + positief effect
- ± aanwijzing voor meerwaarde, geen effect want geen controlegroep
- geen effect, lege cel, niet van toepassing, niet meegenomen of niet gepubliceerd

#### 10.1.5 *Voorwaarden voor realisering van effecten*

In de studies wordt een aantal voorwaarden genoemd die bijdragen aan de meerwaarde van casemanagement. Voor een deel overlappen deze met de in paragraaf 9 beschreven voorwaarden.

- Continuïteit garanderen in relatie cliënt-hulpverlening.
- Uitgebreide training/begeleiding van casemanagers.
- Casemanagers laten werken in een multidisciplinair team, inclusief psychiater.
- Casemanagement combineren met verslavingscounseling. Bij de dubbele diagnosegroep is geïntegreerde geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg geïndiceerd.
- Inzicht vergroten in en aansluiten bij motivatie en aspiraties van cliënten.
- Terugval niet stellen als een contra-indicatie voor vervolghulp.
- Beschikbaarheid van breed spectrum van diensten en voorzieningen in het werkgebied van de casemanagers.
- Afstemming van diensten en voorzieningen afstemmen op behoeften van cliënten: barrières voor gebruikmaking van hulpverlening wegnemen.
- Casemanagers instellingsoverstijgende bevoegdheden geven zoals de mogelijkheid tot het afdwingen van plaatsing van een cliënt binnen voorzieningen.
- Geen of veel ruimere tijdslimiet aan gebruik van diensten en voorzieningen stellen.
- Contracten of convenanten met instellingen om beschikbaarheid van aanbod te garanderen.

#### 10.1.6 *Kwaliteit en vergelijkbaarheid van de studies*

Bij de kwaliteit en de vergelijkbaarheid van de studies is een aantal kanttekeningen op zijn plaats:

- De grote diversiteit aan hulpverleningsvormen en uitkomstmaten maakt het onderling vergelijken van de studies en de uitkomsten lastig.
- Niet in alle studies worden de onderzochte interventies adequaat beschreven waardoor uitspraken over de effectiviteit van de interventie ongefundeerd blijven.
- De cliëntengroepen zijn niet in alle studies (volledig) op grond van toeval samengesteld (13 van de 19 gerandomiseerd).
- Een aantal studies (negen) heeft geen controlegroep.
- Uitkomsten zijn in een aantal gevallen gebaseerd op zelfrapportage.
- Er is een niet uniforme en in veel gevallen korte follow-up periode.
- Analyse van de uitval in de studies verschilt sterk: van zeer uitgebreid tot afwezig.

- Enkele studies werden voortijdig stopgezet.
- In een aantal studies werd het aanbod alleen gedaan aan cliënten die al bereid waren om gebruik te maken van een interventie. De motivatie ligt bij hen waarschijnlijk hoger dan bij een gemiddelde cliënt.
- In het onderzoek werd meestal slechts een beperkt aantal projecten betrokken.

#### 10.1.7 *Conclusie*

De kwaliteit van de geselecteerde studies is wisselend: een groot aantal studies werkt met gerandomiseerde controlegroepen terwijl andere niet verder gaan dan retrospectieve analyse van herhaalde metingen bij één onderzoeksgroep. Door de beperkingen in hoeveelheid en kwaliteit van de gevonden studies is het onmogelijk een algemene uitspraak over de effectiviteit van casemanagement te doen.

Ondanks de afwezigheid van wetenschappelijke evidentie zijn er wel degelijk aanwijzingen gevonden dat casemanagement een meerwaarde heeft, de situatie van verslaafden kan verbeteren en ook een gunstige invloed heeft op de lengte van het hulpverleningscontact. Bij geen van de groepen verslaafden springt één model eruit als het meest effectief. De gevonden effecten zijn over het algemeen zo klein dat het nauwelijks mogelijk is verschillen in effectiviteit of werkzaamheid tussen modellen vast te stellen.

### 10.2 *Overzichten*

#### 10.2.1 *Overzicht van effectstudies naar casemanagement bij verslaafden*

*Overzicht geselecteerde studies:*

1. McLellan AT, Hagan TA, Levine M, Meyers K, Gould F, Bencivengo M, Durell J, Jaffe J (1999). Does clinical casemanagement improve outpatient addiction treatment. *Drugs and Alcohol Dependence*, 55, pp.91-103.

2. Siegel HA, Fisher JH, Rapp RC, Kelliher CW, Wagner JH, O'Brien WF, Cole PA (1996). Enhancing substance abuse treatment with case management. Its impact on employment. *Journal of Substance Abuse Treatment* Vol. 13, No.2, pp.93-98.
3. Martin S, Scarpitti FR (1993). An intensive case management approach for paroled IV drug users. *The Journal of Drug Issues* 23(1), pp. 43-59.
4. Rapp RC, Siegal HA, Li L, Saha P (1998). Predicting postprimary treatment services and drug use outcome: a multivariate analysis. *American Journal Drug Alcohol Abuse*, 24(4), pp. 603-615.
5. Schwartz M, Baker G, Mulvey KP, Plough A (1997). Improving publicly funded substance abuse treatment: the value of case management. *American Journal of Public Health*, 87, pp.1659-1664.
6. Lanehart RE, Clark HB, Rollings JP, Kratochvil Haradon D, Scrivner L (1996). The impact of intensive case-managed intervention on substance-using pregnant and postpartum women. *Journal of substance abuse*, 8(4), pp.487-495.
7. Laken MP, Ager JW (1996). Effects of case management on retention in prenatal substance abuse treatment. *American Journal Drug Alcohol Abuse*, 22(3), pp.439-448.
8. Vaughan-Sarrazin MS, Hall JA, Rick GS. (2000). Impact of case management on use of health services by rural clients in substance abuse treatment. *Journal of Drug Issues*, 30 (2), pp. 435-464.

**Tabel 10.2.1: Kenmerken en resultaten van effectstudies naar casemanagement bij verslaafden**

<i>Auteur, jaartal</i>	<i>Periode onderzoek en follow-up</i>	<i>Vragen en opzet onderzoek</i>	<i>Meetinstrumenten</i>	<i>Effect</i>
1. McLellan e.a., 1999	<p><i>Periode</i> Juli 1994- maart 1996. Meting 1: 12 mnd na invoering CCM. Meting 2: 26 mnd na invoering CCM.</p> <p><i>Follow-up</i> Bij iedere meting na 6 mnd.</p>	<p><i>Vragen</i> 1. Kunnen CCM's effectief opereren binnen bestaande behandelvoorzieningen? 2. Heeft CCM een toegevoegde waarde voor uitkomst behandeling?</p> <p><i>Opzet</i> Twee ongepaarde metingen: Groep 1: reguliere hulpverlening. Groep 2: reguliere hulpverlening en CCM.</p> <p>Meting 1: 533 cliënten tenminste een sessie gevolgd, 9% (48) weigering en 10% (54) niet bereikt voor onderzoek. 433 cliënten baseline meting: uitval follow-up: 14% (58) niet bereikbaar en 6% (24) weigering. Follow-up gegevens: 132 CCM/219 noCCM.</p> <p>Meting 2: 263 cliënten tenminste een sessie gevolgd, 9% (24) weigering. 239 cliënten baseline meting: uitval follow-up: 18% (43) niet bereikbaar en 4% (10) weigering. Follow-up gegevens: 52 CCM/134 noCCM. 8 onderzoekslocaties (ambulante hulpverlening).</p>	ASI (Addiction Severity Index) en TSR (Treatment Services Review).	<p>Meting 1: Geen verschil tussen CCM en NoCCM groep.</p> <p>Meting 2: CCM groep maakt meer gebruik van hulpverlening.</p> <p>CCM groep afname van middelengebruik en juridische problematiek en toename gezondheid (lichamelijk en psychisch) en kansen op werk.</p> <p>Uitgebreide training / begeleiding CCM's voorwaarde succes.</p>

<i>Auteur, jaartal</i>	<i>Periode onderzoek en follow-up</i>	<i>Vragen en opzet onderzoek</i>	<i>Meetinstrumenten</i>	<i>Effect</i>
2. Siegel e.a., 1996	<p><i>Periode</i> September 1991- december 1994. Baseline interview bij instroom.</p> <p><i>Follow-up</i> Na 6 maanden.</p>	<p><i>Vraag</i> Is SCM effectief bij het verbeteren van werkgerelateerd functioneren cliënten?</p> <p><i>Opzet</i> 632 cliënten ingestroomd. Random toewijzing: 313 cliënten SCM, 319 cliënten NoSCM. Follow-up gegevens totaal 478 cliënten (76%; SCM 78% en NoSCM 73%).</p>	<p>ASI: speciale modules voor arbeidsgelateerd functioneren: PRS (Patient Rating Scale)/Severity Rating (SR)/Composite Score (CS).</p> <p>Eigen intake/follow-up instrument ETP(Enhanced Treatment Project).</p>	<p>Tussen totale SCM en noSCM geen significante verschillen. Cliënten uit beide groepen met interesse in werk deden het in de SCM groep beter: meer dagen werk, minder problemen op het werk en minder zorgen over arbeidstoekomst.</p>
3. Martin e.a., 1993	<p><i>Periode</i> Begin en einddatum onderzoek onbekend.</p> <p><i>Follow-up</i> 6 maanden na voorwaardelijke vrijlating.</p>	<p><i>Vraag</i> Wat is het effect van assertieve casemanagement (ACT) op recidivisme delicten en terugval druggebruik van voorwaardelijk vrijgelaten druggebruikers?</p> <p><i>Opzet</i> 400 voorwaardelijk vrijgelaten druggebruikers. Geen random toewijzing: ACT groep en conventionele reclassering.</p> <p>Er zijn 263 base line interviews gehouden en 135 follow-up interviews na 6 maanden. Verdeling uitval over groepen onbekend.</p>	<p>Vragenlijst met psychosociale en gedragsitems. Urine controle. HIV test.</p>	<p>Bivariate analyses: geen verschil.</p> <p>Multivariate analyses: aanwijzingen voor effecten, maar in de studie ontbreekt het aan voldoende voorspellende variabelen.</p> <p>Door ontbreken gegevens en kleine steekproef geen uitspraak over effect mogelijk, wel aanwijzing voor mogelijke meerwaarde CM.</p>

<i>Auteur, jaartal</i>	<i>Periode van onderzoek en follow-up</i>	<i>Vragen en opzetonderzoek</i>	<i>Meetinstrumenten</i>	<i>Effect</i>
4. Rapp e.a., 1998	<p><i>Periode</i> September 1991 - december 1994.</p> <p><i>Follow-up</i> 6, 12 en 18 maanden.</p>	<p><i>Vraag</i> Wat is invloed SCM op behandelduur en gebruik van middelen?</p> <p><i>Opzet</i> Baseline: 632 cliënten: 313 SCM – 319 NoSCM.  6 mnd follow-up: 478 cliënten (SCM: 78%, NoSCM: 73%).  34 cliënten voldeden niet aan inclusiecriteria, uiteindelijk 6 mnd follow-up gegevens van 444 cliënten.</p>	<p>Addiction Severity Index (ASI).</p> <p>Enhanced Treatment Project Interview Form (28 pagina's, 350 items: life time en 1 jaars prevalentie, woonwerksituatie, HIV, hulpverleningsgeschiedenis en peer relaties).</p> <p>Zelfrapportage contacten hulpverlening.</p>	<p>Bivariate analyses: SCM groep blijft langer in behandeling dan NoSCM groep. Langere behandelduur heeft positief effect op afname middelengebruik.</p> <p>Multivariate analyses: CM en werk zijn belangrijke factoren voor het in behandeling blijven van cliënt. De in deze analyses meegenomen variabelen (leeftijd, opleidingsjaren, ras, burgerlijke staat, werksituatie, juridische situatie, aantal arrestaties, ASI-scores, crack/cocaïne als hoofdprobleem, beginleeftijd crack/cocaïne, aantal voorgaande opnames, motivatie, depressie, casemanagement en voorafgaande behandelduur) verklaren slechts 15% (<math>R^2=.153</math>) variatie in behandelduur.</p>

<i>Auteur, jaartal</i>	<i>Periode van onderzoek en follow-up</i>	<i>Vragen en opzetonderzoek</i>	<i>Meetinstrumenten</i>	<i>Effect</i>
5. Shwartz e.a., 1997	<p><i>Periode</i> Retrospectieve analyse ontslaggegevens van 1993/1994.</p> <p><i>Follow-up</i> Geen.</p>	<p><i>Vraag</i> Wat is invloed van casemanagement op behandelduur en terugval op korte termijn?</p> <p><i>Opzet</i> Projecten waarvan ontslaggegevens zijn geanalyseerd:</p> <p>3 projecten voor kortdurende residentiële interventie (verblijf minder dan 30 dagen) 3112 van de ontslagen cliënten in analyse meegenomen;</p> <p>19 projecten voor langdurende residentiële interventie (verblijf langer dan 30 dagen): 2888 van de ontslagen cliënten in analyse meegenomen;</p> <p>19 projecten voor ambulante hulpverlening: 7431 van de ontslagen cliënten in analyse meegenomen;</p> <p>4 detox projecten: 7776 ontslagen cliënten in analyse meegenomen.</p> <p>Indeling in CM en noCM groep op basis gegevens van gevolgd programma.</p> <p>Van detox projecten 53% ontslagen cliënten in analyse, overige projecten 80-85% ontslagen cliënten in analyse.</p>	<p>Intake en ontslagformulieren Massachusetts Bureau of Substance Abuse Services.</p> <p>Items intake: sociodemografische kenmerken, werk- en woonsituatie, hulpverleningsgeschiedenis, verzekeringsgegevens, gebruik middelen.</p> <p>Items ontslag: datum, reden ontslag.</p>	<p>Afhankelijk van type en duur hulpverlening blijven CM cliënten langer in behandeling dan niet CM cliënten: odds zijn 1.6 (ambulante hulpverlening) tot 3.6 (kortdurende residentiële opname).</p> <p>Ook odd's voor terugval (binnen 90 dagen na ontslag) laten gunstig beeld zien van CM.</p> <p>De CM groep gaat vaker een vervolgbehandeling aan dan de NoCM groep (odds: 1.7).</p>

<i>Auteur, jaartal</i>	<i>Periode van onderzoek en follow-up</i>	<i>Vragen en opzet onderzoek</i>	<i>Meetinstrumenten</i>	<i>Effect</i>
6. Lanehart e.a., 1996	<p><i>Periode</i> Retrospectieve analyse uit databestand van 5 jaar.</p> <p><i>Follow-up</i> Maandelijkse meetmomenten.</p>	<p><i>Vraag</i> Wat is het effect van intensief casemanagement van het Women's Intervention Services and Education (WISE) project op het middelengebruik, werksituatie, juridische situatie, geboortegewicht baby en sociaal netwerk van zwangere/post-partum poly-druggebruikende (veelal crack) vrouwen?</p> <p><i>Opzet</i> Steekproef van 233 cliënten uit databestand van het WISE.</p> <p>Op basis van 152 cliënten met tenminste 6 maanden contact met WISE zijn analyses uitgevoerd.</p>	<p>WISE Intake Instrument (inclusief Addiction Severity Index (ASI)).</p> <p>Client Follow-Along Tracking Form: 92 items middelengebruik, hulpverleningsverleden, crimineel verleden, sociaal netwerk, werksituatie, opleiding, zwangerschapscontrole, prenatale zorg, bemoeienis kindbescherming.</p> <p>Dataverzameling bij intake en vervolgens maandelijkse rapportage. Verslagen van contacten casemanager met bijv. werkgever cliënt.</p> <p>Verslagen casemanager contact (telefonisch, huisbezoek, familie) met cliënt. Urine controle 1-2 keer maandelijks.</p>	<p>Statistisch significante verbetering op elk van de genoemde uitkomstmaten (middelengebruik, werksituatie, juridische situatie, geboortegewicht baby en sociaal netwerk) na toetreding tot WISE project.</p> <p>Effectiviteit is niet aantoonbaar door ontbreken controlegroep, wel aanwijzingen voor meerwaarde casemanagement middels intensieve begeleiding en bemiddeling en nazorgtraject voor deze doelgroep.</p>

<i>Auteur, jaartal</i>	<i>Periode van onderzoek en follow-up</i>	<i>Vragen en opzet onderzoek</i>	<i>Meetinstrumenten</i>	<i>Effect</i>
7. Laken e.a., 1996	<p><i>Periode</i> Maart 1990 - maart 1992.</p> <p><i>Follow-up</i> Regelmatige meetmomenten, interval onbekend.</p>	<p><i>Vraag</i> Helpt casemanagement bij het in behandeling houden van zwangere drugverslaafden?</p> <p><i>Opzet</i> Alle zwangere druggebruikende vrouwen in hulpverlening Detroit kregen intensieve casemanagement aangeboden (Mother-Infant Substance Abuse Network (MISAN)).</p> <p>400 vrouwen reageerden positief, uiteindelijk 225 informed consent.</p>	<p>MISAN intake instrument: sociodemografische kenmerken, middelengebruik, hulpverleningsverleden, gezinssituatie, werksituatie, juridische situatie, seksuele mishandeling, sociaal netwerk, lichamelijke gezondheid, en zorgbehoefte.</p> <p>Registratieformulieren voor: contacttijd CM-cliënt, gebruik transportaanbod en contact drughulpverlening.</p> <p>Ziekenhuis verslagen: opnames en beloop zwangerschap.</p>	<p>Het voortzetten van de behandeling tijdens de zwangerschap bleek positief samen te hangen met vijf factoren: gebruik van methadon, transport tussen huis en behandeling, eerder contact hulpverlening, aantal gebruikte drugs en casemanagement interventie.</p>

Auteur, jaartal	Periode van onderzoek en follow-up	Vragen en opzet onderzoek	Meetinstrumenten	Effect
8. Vaughan-Sarrazin, e.a., 2000	<p><i>Periode</i> Onbekend</p> <p><i>Follow-up</i> 0-3 maanden; 4-7 maanden; 8-11 maanden; 12-15 maanden.</p>	<p><i>Vraag</i></p> <p>1 Wat is het effect van case management op het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen, na installatie van verslavingszorgcounseling in een residentiële voorziening?</p> <p>2 Welke rol speelt de afstand van de CM-er tot de residentiële voorziening en de gebruikmaking van een telecommunicatiesysteem bij de effectiviteit van de behandeling?</p> <p><i>Opzet</i></p> <p>489 cliënten van de Mid-East Council on Chemical Abuse (MECCA) die voldeden aan de criteria van het Iowa Case Management Project (ICMP) werden geselecteerd. In totaal werkten 287 cliënten mee aan de studie, waarvan 229 tenminste 1 follow-up interview deden.</p> <p>Cliënten werden <i>at random</i> toebedeeld aan 4 vormen van casemanagement:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) twee casemanagers binnen een instelling voor verslavingszorg, obv ICMP model;</li> <li>2) twee casemanagers bij een andere instelling, onafhankelijk van de verslavingsinstelling, obv ICMP model;</li> <li>3) een casemanager via een telecommunicatiesysteem, obv ICMP model;</li> <li>4) controlegroep.</li> </ol> <p>Follow-up percentage na 1, resp. 3 interviews: 80 en 14%.</p>	<p>Addiction Severity Index (ASI), aangevuld.</p> <p>Checklist naar medische geschiedenis.</p> <p>Quick DIS (Diagnostic Interview Schedule).</p> <p>Evaluatielijst van de voorzieningen waarvan in de afgelopen 30 dagen gebruik is gemaakt.</p> <p>HSSQ (Health and Social Services Questionaire).</p>	<p>Case management, gegeven vanuit de voorziening of elders, had geen invloed op het gebruik van GGZ-voorzieningen.</p> <p>Er was geen significant verband tussen case management en het gebruik van specifieke typen GGZ-voorzieningen.</p> <p>De casemanagers binnen een verslavingszorginstelling maakten dat er een groeiend gebruik was van medische diensten en verslavingszorg.</p>

### Kenmerken van interventie

<i>Auteur, jaartal</i>	<i>Model *</i>	<i>Onderzoeksgroep</i>	<i>Interventie</i>
1. McLellan e.a., 1999	CCM	<p>Chronische alcohol en drugverslaafden.</p> <p><i>Inclusiecriteria</i> Ingeschreven cliënten van 8 laagdrempelige voorzieningen.</p> <p><i>Exclusiecriteria</i> Niet bekend.</p>	<p><i>Inhoud</i> NoCCM: reguliere hulpverlening (2 keer per week ambulante hulpverlening: groepstherapie met abstinentie als doel). CCM: reguliere hulpverlening + linking patient met bijv. medische zorg, juridische bijstand en maatschappelijk werk.</p> <p><i>Caseload</i> Onbekend.</p> <p><i>Samenstelling team</i> Drughulpverleners en maatschappelijk werkers.</p>
2. Siegel e.a., 1996	SCM	<p>Chronische alcohol en drugverslaafden.</p> <p><i>Inclusiecriteria</i> Gebruik cocaïne / heroïne afgelopen 6 mnd of regelmatige gebruiker andere drugs en niet in hulpverlening geweest laatste 3 mnd</p> <p><i>Exclusiecriteria</i> Niet bekend.</p>	<p><i>Inhoud</i> NoSCM standaard hulp: groeps-, individuele en familietherapie en op verzoek hulp bij zoeken werk. SCM standaard hulp + extra hulp op volgende leefgebieden: financiën, gezondheid, sociale vaardigheden, tijdbesteding, wonen, reïntegratie en relaties</p> <p><i>Caseload</i> Onbekend.</p> <p><i>Samenstelling team</i> Onbekend.</p>
3. Martin e.a., 1993	ACT	<p>Voorwaardelijk vrijgelaten intraveneuze druggebruikers</p> <p><i>Inclusiecriteria</i> Voorwaardelijk vrijgelaten personen in Delaware waarvan druggebruik bekend is.</p> <p><i>Exclusiecriteria</i> Niet bekend.</p>	<p><i>Inhoud</i> NoACT: groot verschil tussen theorie en praktijk: theorie regelmatig contact. Praktijk: reclasseringsambtenaar met grote caseload en in uitzonderlijke gevallen contact cliëntreclassering. ACT: 5 stadia: 1 intake, 2. groeps-, individuele of familietherapie, HIV voorlichting, 3. Sociale vaardigheden, 4. Terugvalpreventie, 5. CM met als doel terugkeer naar maatschappij.</p> <p><i>Caseload</i> Onbekend.</p> <p><i>Samenstelling team</i> Onbekend.</p>

<i>Auteur, jaartal</i>	<i>Model *</i>	<i>Onderzoeksgroep</i>	<i>Interventie</i>
4. Rapp e.a., 1998	SCM	<p>Chronische drugverslaafden.</p> <p><i>Inclusiecriteria</i> Gebruik cocaïne / heroïne afgelopen 6 mnd of regelmatige gebruiker andere drugs en niet in hulpverlening geweest laatste 3 mnd.</p> <p><i>Exclusiecriteria</i> Overmatig alcoholgebruik.</p>	<p><i>Inhoud</i> NoSCM groep standaardzorg (therapie gericht op abstinentie en terugvalpreventie) SCM groep standaardzorg + SCM in projectvorm gericht op verbeteren 9 leefgebieden.</p> <p><i>Caseload</i> Onbekend.</p> <p><i>Samenstelling team</i> Drugshulpverlener en casemanager.</p>
5. Shwartz e.a., 1997	CM	<p>Alcohol en drugverslaafden.</p> <p><i>Inclusiecriteria</i> Ontslagen cliënten verslavingszorg in de periode 1993 en 1994 in Boston.</p> <p><i>Exclusiecriteria</i> Niet bekend.</p>	<p><i>Inhoud</i> Per deelnemend project werden op verschillende (niet nader omschreven wijze) casemanagers geïntegreerd in de behandeling. De CM hield zich bezig met identificatie problemen, monitoring en linking.</p> <p><i>Caseload</i> Onbekend.</p> <p><i>Samenstelling team</i> Hulpverleners en casemanagers per project verschillend.</p>
6. Lanehart e.a., 1996	ICM	<p>Zwangere/post-partum poly-druggebruikers.</p> <p><i>Inclusiecriteria</i> Zwangere/post-partum cliënten WISE project met minimaal 6 maanden contact met WISE.</p> <p><i>Exclusiecriteria</i> Onbekend.</p>	<p><i>Inhoud</i> WISE biedt ICM aan via diverse bij het project aangesloten instellingen. Een casemanager van het project verzorgt de coördinatie.</p> <p><i>Case load</i> Onbekend.</p> <p><i>Samenstelling team</i> Casemanager en hulpverleners van aangesloten instellingen.</p>

<i>Auteur, jaartal</i>	<i>Model *</i>	<i>Onderzoeksgroep</i>	<i>Interventie</i>
7. Laken e.a., 1996	ICM	Zwangere drugverslaafden.  <i>Inclusiecriteria</i> Aanmeldingen bij ambulante hulpverlening van Eleanor Hutzel Recovery Program Detroit.  <i>Exclusiecriteria</i> Niet bekend.	<i>Inhoud</i> ICM bestaat uit inventarisatie zorgbehoefte en linking instelling-cliënt. Transport naar/van instellingen geregeld. Zorg op aanvraag cliënt met min. 1 keer per maand contact. Telefonisch contact, huisbezoek en contact tijdens opnames.  <i>Caseload</i> Onbekend.  <i>Samenstelling team</i> Sociaal werkers, verpleegkundige en vrijwilligers.
8. Vaughan-Sarrazin, e.a., 2000	SCM	Chronisch drugverslaafden.  <i>Inclusiecriteria</i> Cliënten met drugsproblematiek die voldoen aan de criteria 'as specified by the American Society of Addictions Medicine'.  <i>Exclusiecriteria</i> Niet bekend.	<i>Inhoud</i>  ICMP bij MECCA 2 casemanagers binnen de verslavingsinstelling. Dagelijks contact met de cliënten. Casemanagers maakten deel uit van de staf, woonden regelmatig behandeloverleg bij.  ICMP bij LSS 2 casemanagers bij een andere instelling. Maken zij, vergeleken met casemanagers binnen de verslavingsinstelling, andere beslissingen?  ICMP Telecom 1 casemanager werkend m.b.v. een telecommunicatiesysteem.  Controlegroep..  <i>Caseload</i> Onbekend.  <i>Samenstelling team</i> Onbekend.

Model: CCM = Clinical Case Management  
SCM = Strengths-based Case Management  
ICM = Intensive Case Management  
CM = Casemanagement (niet nader omschreven)  
ACT = Assertive Community

10.2.2 *Overzicht van effectstudies naar casemanagement bij dakloze verslaafden*

*Overzicht geselecteerde studies:*

1. Cox GB, Walker RD, Freng SA, Short BA, 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, pp.523-532.
2. Stahler GJ, Shipley TF, Bartelt D, DuCette JP, Shandler IW (1995). Evaluating alternative treatments for homeless substance-abusing men: Outcomes and predictors of success. *Journal of Addictive Diseases*, 14(4), pp.151-167.
3. Lapham SC, Hall H, Skipper BJ (1995). Homelessness and substance use among alcohol abusers following participation in project H&ART. *Journal of Addictive Diseases*, 14(4), pp.41-55.
4. Braucht GN, Reichardt CS, Geissler LJ, Bormann CA, Kwiatkowski CF, Kirby MW (1995). *Journal of Addictive Diseases*, 14(4), pp.87-109.

**Tabel 10.2.2: Kenmerken en resultaten van effectstudies naar casemanagement bij dakloze verslaafden**

Auteur, jaartal	Periode onderzoek en follow-up	Vragen en opzet onderzoek	Meetinstrumenten	Effect
1. Cox, GB et al., 1998	<p><i>Periode</i> 2 jaar (begin en einddatum niet bekend).</p> <p><i>Follow-up</i> Gegevensverzameling iedere zes maanden (baseline en na 6, 12, 18 en 24 maanden); de laatste follow-up (24 maand) is incompleet.</p>	<p><i>Vragen</i> Wat is de effectiviteit van ICM voor chronisch dakloze cliënten die vaak in het openbaar dronken zijn? 1. In hoeverre verbetering van financiële situatie? 2. In hoeverre verbetering van stabiliteit van wonen? 3. In hoeverre een reductie van alcoholgebruik?</p> <p><i>Opzet</i> 298 cliënten: instroom van verslaafden die veelvuldig gebruik maken van een detox in het afgelopen jaar (criterium in het kader van oversampling voor vrouwen en oorspronkelijke Amerikanen was minimaal 4 opnames en voor de overige mannen 10 opnames in het afgelopen jaar). Ongeveer 20% van instroom had iets minder dan het vereiste aantal opnames in het afgelopen jaar.</p> <p>Gerandomiseerde toewijzing aan: 1. ICM (N=150); en 2. Standaard behandeling (N=148).</p> <p>Follow-up gegevens over de totale groep: 81-82% bij 6, 12 en 18 maanden en 64% bij 24 maanden.</p> <p>Baseline meting: 269 cliënten. Analyses op basis van 193 cliënten met tenminste 3 follow-up metingen.</p>	<p>Addiction Severity Index (ASI).</p> <p>Extra bij baseline interview: Alcohol Dependence Scale (ADS).</p> <p>Personal History Form (PHF; het woondeel).</p> <p>Zelfrapportage lijst over gebruik hulpverlening gebaseerd op de Treatment Services Inventory (TSI).</p> <p>Opsporingsformulier voor follow-up.</p>	<p>Verbetering voor beide groepen: toename inkomen, minder dagen 'buiten-slapen' en afname alcoholgebruik laatste 30 dagen.</p> <p>Echter de CM groep verbeterde sterker. Positief verband tussen contactduur en -intensiteit CM en afname van alcoholgebruik.</p> <p>De CMers besteden veel tijd aan de koppeling van cliënten aan instellingen en het stabiliseren van de financiële en woonsituatie.</p> <p>Effectgrootte: meeste effecten zijn klein en grote variabiliteit in tijd.</p> <p>Probleem: de groep die niet deelnam aan één of meer interviews bleek op veel variabelen ongelijk aan de groep die aan alle interviews deelnam.</p>

Auteur, jaartal	Periode onderzoek en follow-up	Vragen en opzet onderzoek	Meetinstrumenten	Effect
2. Stahler, GJ et al., 1995	<p><i>Periode</i> 18 maanden (begin en einddatum niet bekend).</p> <p><i>Follow-up</i> Interviews: 1. Baseline; 2. Ontslag; 3. 6 maanden na ontslag.</p>	<p><i>Vragen</i> Welk van de drie types dienstverleningsmodellen is het meest effectief voor dakloze mannen met alcohol en/of drugsproblemen?</p> <p><i>Opzet</i> 1731 mannen die bij een 'shelter' (verder: hostel) werden gescreend, waarvan 722 geschikt en bereid gevonden werden om deel te nemen aan de baseline meting.</p> <p>Gerandomiseerde toewijzing aan: 1. Uitgebreid bewoners behandelprogramma (N=220); 2. 4-9 maands ICM programma (N=200); 3. Reguliere diensten van het hostel (N=302).</p> <p>Follow-up gegevens over de totale groep: 76% werd opnieuw gevonden en geïnterviewd zes maanden na het ontslag.</p> <p>Afronding van het totale programma: Bij conditie 1 (26%) en bij conditie 2 (29%) en bij conditie 3 was het percentage niet bekend (ongedefinieerd einde).</p> <p>Voor de analyses zijn alleen gegevens uit het interview van 6 maanden na ontslag gebruikt.</p>	<p>Addiction Severity Index (ASI).</p> <p>Herziene versie van de Personal History Form (PHF; voor de woongeschiedenis).</p> <p>Client Satisfaction Scale (CSS).</p>	<p>De drie groepen verbeterden sterk en significant in de tijd in afname van alcohol en cocaïne gebruik, toename van werk en toegenomen stabiliteit op het gebied van wonen.</p> <p>Tussen de groepen werden geen verschillen in vooruitgang gevonden. Het enige relevante verschil was de tevredenheid van cliënten: cliënten uit de eerste twee condities waren veel meer tevreden dan cliënten die reguliere diensten ontvingen (conditie 3). En cliënten die in één keer het hele programma afronden in conditie 1 en 2 verbeterden meer op afname alcoholgebruik en stabiliteit van wonen dan cliënten in de derde conditie.</p>

<i>Auteur, jaartal</i>	<i>Periode onderzoek en follow-up</i>	<i>Vragen en opzet onderzoek</i>	<i>Meetinstrumenten</i>	<i>Effect</i>
3. Lapham, SC et al., 1995	<p><i>Periode</i> Oktober 1990 tot december 1993.</p> <p><i>Follow-up</i> Interviews: 1. Baseline; 2. 10 maanden.</p>		<p>Een voor daklozen aangepaste Addiction Severity Index (ASI).</p> <p>Alcohol Dependence Scale (ADS).</p> <p>Personal History Form (PHF; het woondeel).</p> <p>Urine test voor: cocaïne, amfetamines, kalmeringsmiddelen, hallucinogenen en verdovende middelen.</p> <p>Ademtest voor controle van het alcoholgebruik.</p>	<p>Alle condities gaven dezelfde uitkomsten voor alcoholgebruik, stabiliteit van wonen en werken. Het minste effect werd gevonden op de stabiliteit van het wonen.</p> <p>En: binnen de condities werden significante verbeteringen gevonden op alle uitkomsten.</p> <p>Cliënten die hun programma afronden, maakten veel meer progressie bij alcoholgebruik en stabiliteit van wonen dan diegenen die een programma niet afronden.</p> <p>Conclusie: de persoonlijke motivatie van cliënten had de meeste invloed op de uitkomsten en niet zozeer programmagerelateerde factoren.</p>

<i>Auteur, jaartal</i>	<i>Periode onderzoek en follow-up</i>	<i>Vragen en opzet onderzoek</i>	<i>Meetinstrumenten</i>	<i>Effect</i>

4. Braucht, GN et al., 1995	<p><i>Periode</i> April 1991-juni 1992.</p> <p><i>Follow-up</i> Interviews: 1. Baseline; 2. Ontslag; 3. 6 maanden na ontslag.</p>	<p><i>Vragen</i> Wat is het effect van verschillende diensten en interventies, waaronder Duo-Intensief CaseManagement (DICM) voor de groep verslaafde daklozen?</p> <p><i>Opzet</i> Populatie van 1425 daklozen verslaafde personen in de betrokken regio waarvan 668 geschikt werden bevonden en 323 werden geselecteerd voor de baseline meting van de studie op basis van een plaats in een voorziening ten tijde van de verwijzing van de cliënt.</p> <p>Gerandomiseerd toegewezen aan: DICM (N=163); Controlegroep (N=160).</p> <p>Follow-up van conditie 1 bij ontslag was 96% en 6 maanden later 88%. Follow-up voor de controlegroep bij ontslag was 90% en 6 maanden later 87%.</p>	<p>17 uitkomstmaten verdeeld over 10 domeinen:</p> <p>Alcoholgebruik; Druggebruik; Werk; Stabiliteit van wonen; Illegale praktijken; Tevredenheid; Vaardigheden; Psychische gezondheid; Licham. gezondheid; Sociale relaties.</p>	<p>Zij die meer diensten ontvingen verbeterden sterker dan zij die minder diensten ontvingen. Deze vooruitgang van baseline (t1) naar ontslag (t2) zette niet door tot 6 maanden (t3) na ontslag.</p> <p>Beide groepen ontvingen aanzienlijk meer diensten en zorg dan voorheen.</p> <p>De groep DICM had iets meer contacten met verslavingshulpverleners.</p> <p>DICM had geen effect op het ontvangen van andere diensten of op de afstemming van de diensten op de behoeften van de cliënt.</p> <p>Op de uitkomstmaten werden geen verschillen tussen de groepen gevonden.</p> <p>Conclusie: DICM heeft weinig toegevoegd effect.</p>
-----------------------------	---	--	---	---

## Kenmerken van interventie

<i>Auteur, jaartal</i>	<i>Model *</i>	<i>Onderzoeksgroep</i>	<i>Interventie</i>
1. Cox, GB et al., 1998	ICM	<p>Chronische dakloze alcoholverslaafden.</p> <p><i>Inclusiecriteria</i> Voor vrouwen en oorspronkelijke Amerikanen 4 opnames in een detox in het afgelopen jaar; voor de overige mannen 10 opnames in een detox in het afgelopen jaar.</p> <p><i>Exclusiecriteria</i> Niet-Engels-sprekenden, deelnemers aan de pilot en weigeringen van ondertekening informed consent.</p>	<p><i>Inhoud</i> ICM: na detoxopname een langdurige, open-eind en outreachend georiënteerde dienstverlening met als focus belangenbehartiging, koppeling van cliënten aan de zorg en het verkrijgen van woonvoorzieningen. Tevens lag nadruk op het versterken van de sociale en persoonlijke vaardigheden en het vergroten van de autonomie.</p> <p>Controle: standaard hulpverlening in het kader van de nazorg volgend op opname in detox.</p> <p><i>Caseload</i> Gemiddeld 1:15 voor ICM.</p> <p><i>Samenstelling team</i> Casemanager.</p>
2. Stahler, GJ et al., 1995	ICM	<p>Dakloze mannen met alcohol en/of drugsproblematiek.</p> <p><i>Inclusiecriteria</i> Mannen in hostel; ouder dan 18; psychisch stabiel; en recent alcohol en/of drugsproblemen.</p> <p><i>Exclusiecriteria</i> Geestelijke handicap; aanwezigheid van een psychose; aanwezigheid van oncontroleerbare agressie.</p>	<p><i>Inhoud</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Uitgebreid bewoners behandelprogramma: mannen gingen na een aantal dagen in het hostel naar een woonbehandelfaciliteit waar de nadruk lag op individuele counseling, groepstherapie, lezingen, diverse sociale en beroepsvaardigheden trainingen, arbeids- en opleidingstrainingen. Tevens nadruk op het 12-stappen programma (AA&amp;NA).</li> <li>ICM: binnen het hostel assisteerden de casemanagers (ervaringsdeskundigen met hun eigen herstelproces) de 'nieuwe' mannen in het verkrijgen van contacten met maatschappelijke diensten voor het promoten van een nuchter en onafhankelijk leven.</li> <li>Reguliere diensten: standaard dienstverlening door traditionele CM diensten in het hostel.</li> </ol> <p><i>Caseload</i> Voor conditie 1 niet van toepassing; Voor conditie 2 gold de ratio 1:15; Voor conditie 3 gold de ratio 1: 50-75.</p> <p><i>Samenstelling Team</i> Conditie 1: niet nader omschreven. Conditie 2: casemanagers (ervaringsdeskundigen). Conditie 3: sociaal werker/casemanagers.</p>

<i>Auteur, jaartal</i>	<i>Model *</i>	<i>Onderzoeksgroep</i>	<i>Interventie</i>
3. Lapham, SC et al., 1995	CM	<p>Dakloze alleenstaande volwassen gebruikers van alcohol.</p> <p><i>Inclusiecriteria</i> Zie doelgroep, plus minstens één nacht verblijf in een sociale detox faciliteit verbleven.</p> <p><i>Exclusiecriteria</i> Het gebruik van alcohol of drugs na deelname aan het detoxprogramma. Dan volgde ontslag uit het programma.</p>	<p><i>Inhoud</i></p> <p>1. CM en diensten bij middelengebruik aangevuld met een viermaands periode in een appartementengebouw bemand met woonbegeleiders (ervaringsdeskundigen) die ondersteuning boden.</p> <p>2. Een viermaandsperiode in een appartementen-gebouw bemand met woonbegeleiders. (ervaringsdeskundigen) die ondersteuning boden. Het zoeken van een behandeling diende op eigen initiatief te gebeuren bij de normaal beschikbare hulpverleningsdiensten.</p> <p>3. Wooncontrolegroep: vier maanden wonen in een appartement of motel en geen aanvullende diensten</p> <p>4. Niet-wooncontrolegroep: vanwege de veiligheid van werkers en cliënten werd het wonen in conditie 3 halverwege gestopt en omgezet naar deze vierde conditie. De groep ontving advies over verwijzingen en geld voor de bus naar locale en staatsvoorzieningen voor een alcohol-behandeling en kreeg tevens betaald voor het leveren van gegevens tijdens een tweewekelijkse controle.</p> <p><i>Caseload</i> Voor conditie 1 niet genoemd. Voor conditie 2, 3 en 4 niet van toepassing.</p> <p><i>Samenstelling Team</i> Conditie 1: casemanager en ervaringsdeskundigen. Conditie 2: ervaringsdeskundigen. Conditie 3 en 4: niet van toepassing.</p>

<i>Auteur, jaartal</i>	<i>Model *</i>	<i>Onderzoeksgroep</i>	<i>Interventie</i>
4. Braucht, GN et al., 1995	DICM	<p>Dakloze volwassen gebruikers van alcohol en/of drugs in de regio van Denver.</p> <p><i>Inclusiecriteria</i> Aantoonbare verslavingsproblematiek; aantoonbaar dakloos; ouder dan 18 jaar; bereidheid om aan de studie mee te werken en bereidheid om deel te nemen aan de woonbegeleiding van Arapahoe House.</p> <p><i>Exclusiecriteria</i> Geen ernstige medische of psychische problemen die niet door de eigen dienst zouden kunnen worden behandeld; verwacht verblijf buiten de regio gedurende de studie.</p>	<p><i>Inhoud</i> DICM: nadruk lag op proactieve outreach, identificatie en beoordeling van verslaafden, ontwikkeling van een individuele cliënt toegesneden plan van aanpak en diensten, koppeling van cliënten aan diensten en voorzieningen, bewaken van dienstverlening, continuïteit verzorgen met en intensieve belangenbehartiging bij maatschappelijke instanties voor cliënt. Controlegroep: beschikking over en toegang tot alle diensten die door de Arapahoe House worden geleverd (detox, woon en ambulante hulpverlening/begeleiding, verslavingscounseling, opleidings, alfabetisme en arbeidsbeoordeling en arbeidstraining en begeleiding).</p> <p><i>Case-load</i> Voor conditie 1 gold: 15-17 Voor conditie 2: niet van toepassing</p> <p><i>Samenstelling Team</i> Twee casemanagers</p>

Model: ICM = Intensive Case Management  
ACT = Assertive Community Treatment  
BCM = Broker Case Management  
CM = Casemanagement (niet nader omschreven)  
DICM = Dyadic Intensive Case Management

10.2.3 *Overzicht van effectstudies van casemanagement bij verslaafden met ernstige psychische stoornissen*

*Overzicht geselecteerde studies:*

1. Bond GR, McDonel EC, Miller LD, Pensec M (1991). Assertive community treatment and reference groups: An evaluation of their effectiveness for young adults with serious mental illness and substance abuse problems. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 15(2), pp.31-43.
2. Lehman AF, Herron JD, Schwartz RP, Myers CP (1993). Rehabilitation for adults with severe mental illness and substance use disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(2), pp.86-90.
3. Jerrel JM, Ridgely MS, (1995). Comparative effectiveness of three approaches to serving people with severe mental illness and substance abuse disorders. *The Journal of Nervous and mental Health Disease*, 183(9), pp.566-576. En van dezelfde auteurs (1999) Impact of robustness of program implementation on outcomes of clients in dual diagnoses programs. *Psychiatric Services*, 50(1), pp.109-112.
4. Durrel J, Lechtenberg B, Corse S, Frances RJ (1993). Intensive case management of persons with chronic mental illness who abuse substances. *Hospital and Community Psychiatry*, 44(5), pp.415-428.
5. Drake RE, McHugo GJ, Clark RE, Teague GB, Xie HX, Miles K, Ackerson TH (1995). Assertive community treatment for patients with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: A clinical trial. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(2), pp.201-215.
6. Godley SH, 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), pp.137-148.
7. Havassy BE, Shopshire MS, Quigley LA (2000). Effects of substance dependence on outcomes of patients in a randomized trial of two case management models. *Psychiatric Services*, 51 (5), pp.639-644.

**Tabel 10.2.3: Kenmerken en resultaten van effectstudies naar casemanagement bij verslaafden met psychische stoornissen**

<i>Auteur, jaartal</i>	<i>Periode onderzoek en follow-up</i>	<i>Vragen en opzet onderzoek</i>	<i>Meetinstrumenten</i>	<i>Effect</i>
1. Bond et al., 1991	<p><i>Periode</i> In totaal 18 maanden; periode onbekend.</p> <p><i>Follow-up</i> Metingen: 1. Baseline; 2. 6 maanden; 3. 12 maanden; 4. 18 maanden.</p>	<p><i>Vragen</i> Wat is het effect van ACT en Reference Groups voor jong volwassenen met ernstige dubbele diagnose problematiek?</p> <p><i>Opzet</i> 146 cliënten werden geselecteerd op basis van de bij de CMHC (Community Mental Health Centers) bekende gegevens over de dubbele diagnose problematiek. In totaal 97 cliënten (baselinemeting) werkten mee aan de studie.</p> <p>Cliënten werden per CMHC (in totaal drie) in principe gerandomiseerd toegewezen aan: 1. ACT (N=31); 2. Reference Group (N=23); 3. Controle groep (N=43).</p> <p>De studie wordt beschreven als quasi-experimenteel vanwege randomisatieproblemen bij één van de centra waar toewijzing geschiedde op verwijzing van clinici.</p> <p>Follow-up percentage na respectievelijk 6, 12 en 18 maanden: 82%, 71% en 77%.</p> <p>Na 12 maanden waren nog in behandeling: ACT: 81% (N=25); RG: 83% (N=19); Controle: 47% (N= 20).</p>	<p>Sociodemografische gegevens.</p> <p>MAST (Michigan Alcohol Screening Test-25 items).</p> <p>Ziekenhuisgegevens van de CMHC's.</p> <p>Service log sheets (vermelding van het gebruik van services in de onderzochte periode).</p> <p>Aangepaste DAPS (Drug and Alcohol Problem Scale): 8 items over problemen en de negatieve gevolgen van middelen gebruik.</p> <p>Aangepaste LSC (Life Satisfaction Scale).</p>	<p>Het aantal contacturen van de reguliere CMCH's met cliënten verschilde niet over de drie condities.</p> <p>Aantal opnames in ziekenhuis: bij 6 maand RG &lt; ACT en controle; bij 12 maand RG en controle &lt;ACT.</p> <p>Tussen de groepen was er geen verschil in cliënttevredenheid.</p> <p>Bij gebruik van drugs en problemen met drugs was er alleen een verbetering bij de RG conditie.</p> <p>Nota Bene: door onvolledige randomisatie ontstond de volgende tweedeling: bij ACT meer ernstige psychische stoornissen en bij RG meer verslavingsproblematiek.</p>

<i>Auteur, jaartal</i>	<i>Periode onderzoek en follow-up</i>	<i>Vragen en opzet onderzoek</i>	<i>Meetinstrumenten</i>	<i>Effect</i>
------------------------	---------------------------------------	----------------------------------	-------------------------	---------------

<p>2. Lehman et al., 1993</p>	<p><i>Periode</i> Niet nader omschreven.</p> <p><i>Follow-up</i> Na 12 maanden.</p>	<p><i>Vraag</i> Wat is het effect van het nieuwe DD programma (met ICM) op het middelengebruik en de psychische stoornissen, de kwaliteit van leven van cliënten en het aantal opnames?</p> <p><i>Opzet</i> 54 cliënten die waren doorverwezen voor een behandeling op basis van dubbele diagnose werden gerandomiseerd toegewezen aan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reguliere CMCH + rehabilitatiediensten (N=25);</li> <li>2. Als vorige met ICM en de "Ontnuchtergroep"(N=29).</li> </ol> <p>Geen follow-up gegevens gepubliceerd.</p>	<p>SCID-P (Structured Clinical Interview for DSM-III-R) baseline.</p> <p>ASI (Addictions Severity Index) baseline.</p> <p>QOLI (Quality of Live Interview) baseline, 6 maanden en 12 maanden na intrede.</p> <p>Ziekenhuis gegevens (dagen in het ziekenhuis).</p> <p>Voor conditie 2: engagement = bijwonen van het aantal bijeenkomsten van de "ontnuchtergroep."</p>	<p>Alle groepen toonden verbetering. Echter: geen significant effect van conditie 2 in vergelijking met conditie 1 zowel op gebruik, psychiatrische problematiek als op tevredenheid.</p> <p>Nota Bene: tussen de groepen waren er verschillen bij baseline in ernst van de verslaving (&gt; in conditie 2) en in tevredenheid (&lt; zowel bij baseline als na 12 maanden voor conditie 2).</p>
-------------------------------	---	--	---	---

<i>Auteur, jaartal</i>	<i>Periode van onderzoek en follow-up</i>	<i>Vragen en opzetonderzoek</i>	<i>Meetinstrumenten</i>	<i>Effect</i>
<p>3.Jerrel &amp; Ridgely, 1995</p> <p>Info ook afkomstig uit: Jerrel &amp; Ridgely, 1999</p>	<p><i>Periode</i> Van januari 1991- april 1994.</p> <p><i>Follow-up</i> Metingen: 1. Baseline; 2. 6 maanden; 3. 12 maanden; 4. 18 maanden.</p>	<p><i>Vraag</i> Wat is de effectiviteit van drie benaderingen voor cliënten met dubbele diagnose problematiek (waarbij het middelengebruik secundair is)?</p> <p><i>Opzet</i> Twee cliënt-cohorten werden gemaakt. 1.Cohortopbouw (52%) door toewijzing aan bestaande teams waarbinnen de drie interventies waren onderverdeeld op basis van de keuzes van de teamleden. 2.Cohortopbouw door gestratificeerd gerandomiseerde toewijzing aan de drie condities op basis van zeven prognostische variabelen: geslacht/ etniciteit, leeftijd, diagnose, aantal dagen in 24-uurs voorziening in het afgelopen jaar, ernst van het middelengebruik en niveau van psychiatrisch functioneren. Toewijzing aan de condities: 1. Twaalf-stappen-herstel (N=39); 2. Casemanagement (N=45); 3. Cognitief-gedragstherapeutische Vaardigheidstraining (N=48).</p> <p>132 cliënten completeerden de 12 en 18 maand follow-up en werden bij de analyses betrokken.</p> <p>Follow-up: voor conditie 1, 61%, voor conditie 2, 72% en voor conditie 3, 75%.</p>	<p>Aangepaste SAS-II (Social Adjustment Scale).</p> <p>RFS (Role Functioning Scale).</p> <p>SLS (Satisfaction with Life Scale).</p> <p>Zelfgeformuleerde vragen voor de cliënt over: Het gebruik van verschillende diensten; Het alcohol en druggebruik; medische conditie; en bemoedienis van politie of justitie.</p> <p>C-DIS-R (Diagnostic Interview Schedule) geeft een DSM-III-R diagnose.</p> <p>Beoordeling door de interviewer van het niveau van functioneren van de cliënt.</p>	<p>Alle groepen verbeterden in de tijd en werden meer tevreden met hun leven.</p> <p>De zelfrapportage over tevredenheid was hoger bij de CM groep vergeleken met de 12-stappen methode en de cognitiefgedragstherapeutische groep.</p> <p>Conditie 3 gaf meest positieve verschillen voor psychosociaal functioneren en symptomatologie in vergelijking met 12-stap-methode en in mindere mate met CM.</p> <p>De CM-groep toonde een hoger niveau van psychosociaal functioneren, minder symptomen gerelateerd aan alcohol of druggebruik en lagere kosten voor intensieve diensten.</p> <p>Uitkomsten gerelateerd aan een robuuste implementatie van CM met als focus middelengebruik: toepassing van teamaanpak, groepspsycho-educatie over middelen-gebruik, monitoring van psychiatrische symptomen.</p>

<i>Auteur, jaartal</i>	<i>Periode onderzoek en follow-up</i>	<i>Vragen en opzet onderzoek</i>	<i>Meetinstrumenten</i>	<i>Effect</i>
4. Durrel J. et al., 1993	<p><i>Periode</i> Van Januari 1988 tot december 1991 (deel van een grotere studie)</p> <p><i>Follow-up</i> Herhaalde meting na 1 en 2 jaar behandeling.</p>	<p><i>Vragen</i> Hoe wordt een ICM-programma beschreven aan de hand van behandelresultaten, gevals vignettes en een weergave van richtlijnen voor het omgaan met cliënten met een dubbele diagnose (meer dan de helft van de cliënten had naast een psychische stoornis tevens problemen met middelengebruik)?</p> <p><i>Opzet</i> Verzameling van gegevens over alle cliënten in de CMHC die werden behandeld voor de duur van minstens 18 maanden. Het gaat om 85 cliënten van wie naast sociaaldemografische gegevens tevens gegevens werden verzameld over het sociaal functioneren en de psychische stoornis.</p> <p>Baselinemeting: geen verschillen tussen de 'gewone' psychiatrische cliënten en de dubbele diagnose cliënten als het gaat om psychosociaal functioneren, psychische stoornissen en deelname aan behandeling.</p> <p>Geen Follow-up gegevens gepubliceerd.</p>	<p>GAFS (Global Assessment of Functioning Scale).</p> <p>BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale).</p> <p>Speciaal ontworpen DCS (Domain Change Scale): verandering op 11 domeinen worden gescoord door een professional: Functioneren; Psychotische kenmerken; Middelengebruik; Bezittingen; Criminaliteit; Gebruik van gemeenschapsdiensten; Interpersoonlijke relaties; ADL-vaardigheden; Overige vaardigheden; Beroeps en opleidingsactiviteiten</p>	<p>Beide groepen 'gewone' psychiatrische cliënten en dubbele diagnose cliënten verbeterden in de tijd.</p> <p>Tussen beide groepen werden geen verschillen gevonden.</p> <p>Meest op de voorgrond staat de verandering van gebruik van diensten. Aan het einde van de studie toonde 76% een toename van de tijd die binnen de gemeenschap (zonder opname of gebruikmaking van diensten) kon worden doorgebracht.</p> <p>Tweederde van de dubbele diagnose groep gebruikte aanzienlijk minder middelen.</p> <p>Conclusie: ICM reduceert het middelengebruik van psychiatrische cliënten in de gemeenschap, vooral door het koppelen aan voorzieningen gericht op het middelengebruik.</p>

<i>Auteur, jaartal</i>	<i>Periode onderzoek en follow-up</i>	<i>Vragen en opzet onderzoek</i>	<i>Meetinstrumenten</i>	<i>Effect</i>
5. Drake, RE et al., 1998	<p><i>Periode</i> Drie jaar.</p> <p><i>Follow-up</i> Na de baselinemeting iedere zes maanden een follow-up gedurende drie jaar.</p>	<p><i>Vragen</i> Wat is het effect van ACT vergeleken met standaard casemanagement (StCM) bij een groep cliënten met dubbele diagnose problematiek.</p> <p><i>Opzet</i> 306 cliënten werden door clinici uit zeven CMHC-gebieden doorverwezen als potentiële kandidaten voor screening. Hiervan bleken 240 geschikt voor het onderzoek, waarvan er 223 overbleven die de baselinemeting afronden. Gerandomiseerde toewijzing aan: 1. ACT en verslavingscounseling (N=105); 2. StCM en verslavingscounseling (N=98).</p> <p>Onderverdeling groep in: Mensen die werden toegewezen aan een behandeling (N=203); Mensen die behandeling daadwerkelijk ontvingen (N=173).</p> <p>Engagement (percentage cliënten in een ambulante zorgprogramma voor dubbele diagnose problematiek bij de follow-up) was 85%.</p> <p>Follow-up gegevens: na drie jaar werkte nog 91% mee aan de studie. Hoewel er een verschil was in uitval (die groter was in de tweede conditie dan de eerste) bleek dit geen significante verschillen tussen beide groepen tot gevolg te hebben.</p>	<p>SCID (Structured Clinical Interview for DSM-III-R).</p> <p>UCDI (Uniform Client Data Inventory).</p> <p>TLFB (Time-Line Follow-Back: beoordeling van middelengebruik van de afgelopen 6 maanden).</p> <p>ASI (Addiction Severity Index).</p> <p>Zelfontworpen vragenlijst over woongeschiedenis, ziekenhuisgegevens en die van ambulante dienstverleners.</p> <p>QOLI (Quality of Life Interview).</p> <p>Expanded BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale).</p> <p>SUI (Service Utilization Scale).</p>	<p>Beide groepen verbeterden in de tijd op verschillende variabelen. De belangrijkste verschillen waren: ACT groep verbeterde iets meer dan de StCM groep ten aanzien van verslaving en sommige aspecten van hun kwaliteit van leven.</p> <p>Beide groepen verbeterden in gelijke mate op het aantal stabiele dagen in de gemeenschap, aantal ziekenhuisdagen, psychische stoornissen en remissie van verslaving.</p> <p>Ook hadden beide groepen zeer goede uitkomsten op variabelen als: volhouden van de behandeling, middelen-gebruik, toename van stabiel aantal dagen in de gemeenschap.</p> <p>De toegevoegde verslavingscounseling bleek een groot verschil uit te maken voor de DD-populatie.</p>

<p>6. Godley, Finch, Dougan, e.a., 2000</p>	<p><i>Periode</i> 3 jaar.</p> <p><i>Follow-up</i> Na 6 maanden.</p>	<p><i>Vraag/doelstelling</i> Verbetering van toegang tot hulpverlening voor justitiabele DD cliënten die voorwaardelijk vrij zijn.</p> <p><i>Opzet</i> 54 justitiabele DD cliënten, 18 -56 jaar, die voorwaardelijk vrij zijn. Vaak wordt deze groep niet juist gediagnosticeerd, waardoor zij de niet benodigde hulp krijgt aangeboden. Gevolg is dat zij vaak gedurende hun voorwaardelijke vrijheid overtredingen/misdrijven begaan. Bekeken wordt of het casemanagement een effect heeft op de toegang tot de hulpverlening (verslavingszorg en GGZ).</p>	<p>Addiction Severity Index (ASI).</p> <p>Areas of Difficulty Checklist (ADC).</p> <p>Stages of Substance Abuse Treatment (SSAT).</p> <p>Illinois Level of Functioning (ILOF).</p>	<p>Minder problemen op juridisch gebied.</p> <p>Niet-significante verbetering op gebied van gezondheid, arbeid, druggebruik, familie, sociaal, psychiatrie.</p>
<p>7. Havassy, Shopshire, Quigley, 2000</p>	<p><i>Periode</i> 1,5 jaar.</p> <p><i>Follow up</i> Na 1 maand; Na 2 maanden; Na 6 maanden.</p>	<p><i>Vraag</i> Wat is het effect van ICM en een uitgebreid makelaarsaanbod (hospital-based) op de situatie van mensen met ernstige psychische problemen en van mensen met ernstige psychische én verslavingsproblemen?</p> <p>Hypothese 1: Verslaafden hebben meer baat bij ICM dan bij makelaarsmodel.</p> <p>Hypothese 2: ICM en makelaarsmodel hebben gelijk effect op beide groepen.</p> <p><i>Opzet</i> 268 frequent opgenomen psychiatrische cliënten waarvan 53% voldoet aan minstens 1 DSM-III criterium voor verslaving.</p>	<p>Gebruikmaking van 'services' door cliënt.</p> <p>Psychosociale variabelen.</p> <p>Gebruik van drugs.</p>	<p>Mensen met (ook) verslavingsproblemen profiteren niet van ICM . De verslaving voorspelt een negatieve uitkomst.</p> <p>ICM en makelaarsmodel hebben niet een gelijk effect op beide groepen. Voor niet-verslaafden was ICM het meest effectief.</p>

## Kenmerken van interventie

<i>Auteur, jaartal</i>	<i>Model *</i>	<i>Onderzoeksgroep</i>	<i>Interventie</i>
1. Bond et al., 1991	ACT RG	<p>Jong volwassenen met een ernstige psychische stoornis en de diagnose middelengebruik/misbruik.</p> <p><i>Inclusiecriteria</i> Cliënten tussen de 18 en 45 jaar. Chronisch psychische stoornis volgens de IDMH definitie. DSM-III-R diagnose van middelengebruik of afhankelijkheid. In het afgelopen jaar minstens twee opnames in een psychiatrische voorziening en/of detentie, en/of opname in een eerstehulp en/of verblijf in een speciale woonvoorziening.</p> <p><i>Exclusiecriteria</i> Ontbreken van duidelijke verslavingsproblematiek.</p>	<p><i>Inhoud</i> ACT: zet sterk in op huisbezoeken en het opzoeken van cliënten in de gemeenschap. Tevens lag het accent op het helpen vinden van bezigheden als werk e.d. als motivatie om het drankgebruik te verminderen. Focus verder op: medicatiebeheer, omgaan met financiën en het leren plannen.</p> <p>RG: de nadruk lag op groepsinterventies, met een accent op psycho-educatie. Niet alleen het middelengebruik werd benadrukt maar tevens het verkrijgen van een steungroep, waarin cliënten elkaars voorbeeld kunnen volgen. Uitzonderlijk was dat de RG groep ook in een aantal (nood) situaties thuisbezoek deed.</p> <p>Controlegroep: ontving de reguliere nazorg en diensten van de CMHC.</p> <p><i>Caseload</i> Voor ACT gold 1:10-15; Voor RG niet genoemd.</p> <p><i>Samenstelling team</i> ACT: therapeuten en werkers binnen de verslavingszorg. RG: therapeuten, groepswerkers.</p>
2. Lehman et al., 1993	ICM	<p>Jong volwassenen met een comorbide ernstige psychische stoornis en een stoornis in het gebruik van middelen (alcohol of drugs).</p> <p><i>Inclusiecriteria</i> Cliënten van 18 tot 40 jaar. Diagnose schizofrenie of een ernstige affectieve stoornis. Stoornis in het gebruik van middelen. Toestemming voor de studie en informed consent ondertekend.</p> <p><i>Exclusiecriteria:</i> Overige psychische stoornissen.</p>	<p><i>Inhoud</i> ICM en de 'ontnuchtergroep': naast de reguliere zorgverlening door CMHC en de rehabilitatiediensten werd de 'ontnuchtergroep' door de ICM geregeld; dat is een intensieve groepsinterventie gericht op zowel middelengebruik als psychische problemen. ICM had verder een kleine caseload, benadrukte de behandeling van middelengebruik en richtte zich meer dan CMHC op het koppelen van cliënten aan diensten. CHMC met rehabilitatiediensten: reguliere zorgverlening door de centra.</p> <p><i>Caseload</i> Voor ICM gold 1:15; Voor de reguliere zorg gold 1:25.</p> <p><i>Samenstelling team</i> Niet nader genoemd.</p>

<i>Auteur, jaartal</i>	<i>Model *</i>	<i>Onderzoeksgroep</i>	<i>Interventie</i>
3. Jerrel & Ridgely, 1995, 1999	ICM	<p>Volwassen cliënten met een chronische psychische stoornis die middelen misbruiken.</p> <p><i>Inclusiecriteria</i> Volgens DSM-III R psychische of affectieve stoornis met comorbide middelenmisbruik. Minstens 1 maal een opname in psychiatrische of residentiële voorziening. Tussen de 18 en 59 jaar.</p> <p><i>Exclusiecriteria</i> Problematiek primair te wijten aan: zwakbegaafdheid, alcoholisme, drugsmisbruik, niet-psychiatrische medische oorzaken; persoonlijkheidsstoornis of ernstige medische gebreken waardoor deelname in een 'community' niet mogelijk is.</p>	<p><i>Inhoud</i> Kernelementen van ICM waren: teambenadering, psycho-educatieve groepen overmiddelenmisbruik, monitoring van psychiatrisch beeld in relatie tot middelenmisbruik.</p> <p>Kernelementen van Twaalf-stappen model: onderwijs in 12-stappen-herstel benadering, contact leggen met AA en NA, werven van sponsors voor AA en NA.</p> <p>Kernelementen cognitief-gedragstherapeutische vaardigheid: gestructureerd behandelmodel dat het raamwerk biedt voor vaardigheidstraining gericht op terugvalpreventie en probleemoplossing.</p> <p><i>Caseload</i> Onbekend.</p> <p><i>Samenstelling team</i> klinisch psychologen, werkers in verslavingszorg / GGZ.</p>
4. Durrel J. et al., 1993	ICM	<p>Volwassen cliënten met een chronische psychische stoornis die middelen misbruiken.</p> <p><i>Inclusiecriteria</i> Ernst van de psychische stoornis. Geschiedenis van het niet volgen of volhouden van een behandeling. Beperkingen in het zelfstandig voorzien in basale levensvoorwaarden.</p> <p><i>Exclusiecriteria</i> Minder dan 3 jaar gebruik van diensten in de psychiatrie.</p>	<p><i>Inhoud</i> ICM: een Community Care Program is een programma van langdurend intensief casemanagement vanuit de psychiatrische afdeling van een substedelijk openbaar ziekenhuis.</p> <p>ICM is klinisch georiënteerd en de modules die de casemanagers gebruiken zijn: psycho-educatie, vaardigheidstrainingen, crisisinterventie en opvang, en individuele psychotherapie. Daarnaast interventies op het gebied van huisvesting, vervoer, familie en sociale relaties en medische en psychiatrische zorg.</p> <p><i>Caseload</i> 1:16-20.</p> <p><i>Samenstelling Team</i> Casemanagers, psychiaters en een academisch programmahoofd.</p>

<i>Auteur, jaartal</i>	<i>Model*</i>	<i>Onderzoeksgroep</i>	<i>Interventie</i>
5. Drake, RE et al., 1998	StCM ACT	<p>Volwassen cliënten met psychische en verslavingsproblemen.</p> <p><i>Inclusiecriteria</i> Volgens DSM-III-R een schizofrene, een schizoaffectieve of een bipolaire stoornis. Actuele verslavingsdiagnose. Leeftijd van 18 tot 60. Bereidheid tot afgeven van schriftelijke informed consent.</p> <p><i>Exclusiecriteria</i> Aanwezigheid van andere medische problemen of geestelijke handicap.</p>	<p><i>Inhoud</i> ACT: multidisciplinaire 24uurs-aanpak gericht op het verlenen van een overzichtelijk en totaal dienstenpakket voor iedere individuele cliënt. Tevens outreachend georiënteerd en met een kleine caseload per werker. ACT levert bijna alle noodzakelijke diensten zelf.</p> <p>SCM: veel diensten worden voor de cliënten bemiddeld, maar niet rechtstreeks zelfstandig geleverd. Nadruk ligt op het bemiddelen en koppelen van cliënten aan bestaande diensten.</p> <p><i>Caseload</i> Voor StCM gold 1:25; Voor ACT gold 1: 12.</p> <p><i>Samenstelling Team</i> In principe multidisciplinair, maar sterk afhankelijk van de setting (7 regio's werkten mee met eigen teams variërend van alleen casemanagers tot en met deelname van psychiaters en overige disciplines).</p>
6. Godley, e.a., 2000	ICM	<p>Justitiabele DD cliënten.</p> <p><i>Inclusiecriteria</i> DSM -IV diagnose psychiatrische stoornis.</p> <p>DSM-IV diagnose misbruik van middelen/afhankelijkheid.</p> <p>Problemen met justitie.</p> <p><i>Exclusiecriteria</i> Agressie. Mensen die reeds gebruik maken van CM.</p>	<p><i>Inhoud</i> Iedere respondent kreeg 2 CM-ers toegewezen; 1 van het TASC project (Treatment Alternatives for Safe Communities) en 1 van het MISA project (clients with co-occurring Mental Illness and Substance Abuse) De TASC casemanager beweegt zich op het gebied van justitie. De MISA casemanager biedt ICM en is met name bezig met het toeleiden naar hulp bij verslavingszorg en GGZ.</p> <p><i>Caseload</i> Onbekend.</p> <p><i>Samenstelling team</i> Iedere respondent meerdere CM-ers, maar: 'This model doesn't fit the definition of case management in which one case manager is easily substituted for another one'.</p>

7. Havassy, Shopshire, Quigley, 2000	ICM, BCM	<p>268 frequent opgenomen psychiatrische cliënten waarvan 53% voldoet aan minstens één DSM-III criterium voor verslaving.</p> <p><i>Inclusiecriteria</i> Tussen 18- 59 jaar. Tenminste 1 opname in de afgelopen 12 maanden, wegens psychiatrische klachten. Binnen San Francisco metropool. In staat zijn informed consent te verschaffen en screening interview in te vullen.</p> <p><i>Exclusiecriteria</i> Deelname aan 'community based services.</p>	<p><i>Inhoud</i></p> <p>Programma 1: 'community based' ICM: aanbod bestaat uit psychotherapie, veelheid aan services, inclusief plaatsing en bemiddeling, voor onbeperkte tijd.</p> <p>Programma 2: 'hospital based' makelaarsmodel: nadruk op plaatsing en bemiddeling, maximaal 60 dagen</p> <p><i>Caseload</i> Onbekend.</p> <p><i>Samenstelling team</i> Onbekend.</p>
--------------------------------------	----------	---	--

Model:

- ACT = Assertive Community Treatment
- BCM = Broker Case Management
- RG = Reference Group
- ICM = Intensive Case Management
- StCM = Standard Case Management

## **Bijlage 1      Verantwoording van de literatuurstudie**

Bij de start van de literatuurstudie zijn de volgende keuzes gemaakt:

### *Nederlands en/of buitenlands onderzoek*

In principe includeren:

- alle Nederlandse studies en beschrijvingen zonder selectie op kwaliteit (om vervolgens eventuele geconstateerde tekortkomingen te vermelden).
- van alle buitenlandse onderzoekingen voornamelijk experimenteel onderzoek (RCT's) en systematische overzichtsstudies.

### *Publicatieperiode*

Periode 1990 tot en met 2000. In het voorjaar van 2002 is een aanvullende search uitgevoerd voor de periode 2000-2002.

### *Te raadplegen databestanden:*

- Databestand en literatuuroverzichten bibliotheek Trimbos-instituut (Adlib/OPAC, sectie AOD),
- Bestanden als Medline, Psyclit,
- Cochrane cd rom's (bevat ook protocollen van ongepubliceerd onderzoek)
- Bibliografieën van alcohol- en drugonderzoek Schippers& Broekman, Bureau Bèta,
- Literatuurlijsten van gevonden studies.

### *Zoektermen*

*Search in databestand en literatuuroverzichten bibliotheek Trimbos-instituut (Adlib/OPAC, sectie AOD):*

Zoektermen en treffers zijn: Trajectmatig werken: geen; Casemanagement: 76; Veldwerk/Straathoekwerk: 44; Outreach: 60. Totaal 180 treffers, met dubbel of zelfs driedubbeltellingen, want aantal per trefwoord is steeds inclusief overlap met andere termen; een elkaar uitsluitende search is in deze bestanden niet mogelijk. De aanvullende search in 2002 leverde nauwelijks nieuwe treffers.

### *Search in Ebsco Medline<sup>21</sup>:*

1. MH Casemanagement OR AB Casemanagement = 2397 (>1990)
2. MH Substance-related disorders OR MH Alcohol-related disorders OR MH Homeless persons = 18078 (>1990)
3. AB Effect\* OR AB Interven\* = >10000

---

<sup>21</sup> Afkortingen: MH= Mesh heading d.w.z. trefwoord; AB=abstract field, (SU= Subjects d.w.z. trefwoord.

4. S1 AND S2 AND S3= 90 (>1990)

De aanvullende search over de periode 2000-2002 leverde bij combinatie van S1 AND S2 AND S3 28 treffers op. Het ging hierbij voor een belangrijk deel om reeds gevonden treffers.

*Search in Ebsco-PsycFIRST (vanaf 1996):*

1. SU Drug Abuse OR SU Drug Addiction OR SU Alcohol Abuse OR SU Homeless mentally ill OR SU Dual Diagnosis = 5448
2. SU Casemanagement OR AB Casemanagement OR SU Outreach Programs = 775
3. AB Effect\* OR AB Interven\* = 80984
4. S1 AND S2 AND S3= 71

De aanvullende search over de periode 2000-2002 leverde bij combinatie van S1 AND S2 AND S3 19 treffers op. Het ging hierbij voor een belangrijk deel om reeds gevonden treffers.

*Zoekvolgorde en -strategie*

Bij de selectie van effectstudies naar casemanagement is de volgende zoekvolgorde aangehouden en zijn enkele kwaliteitscriteria gehanteerd (omvang onderzoeksgroep N>25, beschrijving follow-up, meetinstrumenten bekend en gevalideerd):

- Statistische meta-analyses/systematische overzichtsstudies<sup>22</sup> naar het effect van casemanagement (*niet gevonden*)
- Algemene overzichtsstudies<sup>23</sup> (*niet gevonden*)
- Primair wetenschappelijk onderzoek in de volgende volgorde:
  - RCT's (blind uitgevoerd) (*niet gevonden*)
  - Gecontroleerd gerandomiseerd onderzoek (quasi-experimenteel) (*13 studies gevonden*)
  - Ongecontroleerde studies (*6 studies gevonden*)

---

<sup>22</sup> Een niet-statistische meta-analyse is een systematische overzichtsstudie waarin beargumenteerd duidelijk is gemaakt op welke wijze te werk is gegaan en waarin ook duidelijk is aangegeven welke methode of systematiek is gebruikt. Wanneer bovendien meta-maten worden gebruikt spreken we van een statistische meta-analyse.

<sup>23</sup> Een overzichtsstudie is een vergelijkende analyse en op evaluatie gebaseerde samenvatting (of integratie) van informatie uit een verzameling wetenschappelijke publicaties over een bepaald thema of onderwerp (noot 2 en 3: Van Gageldonk, 1995).

- Voorpublicaties indien grote meerwaarde voor literatuurstudie en beschikbaar (*niet gevonden*)
- Nederlandse praktijkevaluaties (*niet gevonden*).

Voor de beschrijving van casemanagement zijn op relevantie voor deze activiteit alle abstracts doorgenomen van de gevonden treffers Tevens zijn de literatuuroverzichten gescreend van readers of recente overzichten over casemanagement voor langdurig verslaafden (bijvoorbeeld van Ashery, 1992; TIP, 1998; Vanderplasschen e.a., 1999). Vervolgens zijn relevant geachte artikelen gescreend op hun bijdrage aan de beschrijving van casemanagement. Een minderheid van de geselecteerde artikelen viel af. Niet meegenomen zijn artikelen over Nederlandse casemanagementpraktijken in de psychiatrie.

#### *Herkomst*

Nederlands onderzoek naar de effectiviteit van casemanagement werd niet gevonden. Er zijn ook vrijwel geen publicaties gevonden met beschrijvingen van Nederlandse casemanagementpraktijken voor langdurig verslaafden. Uitsluitend buitenlandse studies naar de effectiviteit van casemanagement zijn bestudeerd. Voor de beschrijving van casemanagement is vooral ook van Engelstalige publicaties gebruik gemaakt.

#### *Vaststellen evidentie*

Een standaard voor het vaststellen van evidentie ontbreekt. Wij volgden de volgende richtlijn (zie Gageldonk e.a., 1997):

- *Voldoende evidentie*: als minstens twee goed uitgevoerde overzichtsstudies of vijf of meer RCT's een effect aangeven.
- *Enige evidentie*: als tenminste twee tot vijf RCT's (al dan niet samengevat in overzichtsstudie) een positief beeld laten zien.
- *Onvoldoende evidentie*: alle overige gevallen.

## Literatuur

Asherly RS. Progress and issues in case management. Rockville: NIDA; 1992.

Asherly RS. Case management for substance abusers, more issues than answers. *Journal of Case management* 1994;3(4):179-83.

Bear AMD, Claydon K, Kincheloe J, Lodise C. Breaking the Cycle of Dependency: dual diagnosis and afdc families. *Journal of Psychoactive Drugs* 1997;29(4):359-67.

Bedell JR, Cohen N, Sullivan A. Case management: the current best practices and the next generation of innovation. *Community Mental Health Journal* 2000;36(2):179-94.

Bellack AS, Gearon JS. Substance abuse treatment for people with schizophrenia. *Addictive Behaviors* 1998;23(6):749-66.

Bokos PJ, Mejta CL, Monks RL, et al. A case management model for intravenous drug users. In: Inciardi JA, Tims FM, Fletcher BW. *Innovative approaches in the treatment of drug abuse: Program models and strategies*. Westport: Greenwood; 1993; H7:87-122.

Bond GR, McDonel EC, Miller LD, Pensec M. Assertive community treatment and reference groups: an evaluation of their effectiveness for young adults with serious mental illness and substance abuse problems. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1991;15(2):31-43.

Bonham GS. Recruitment of homeless men with alcohol and drug problems into case management. *Alcoholism Treatment Quarterly* 1992;9(3/4):57-77.

Braucht GN, Reichardt CS, Geissler LJ, Bormann CA, Kwiatkowski CF, Kirby MW. Effective services for homeless substance abusers. *Journal of Addictive Diseases* 1995;14(4):87-109.

Buning E. Outreach work with drug users: an overview. *The International Journal of Drug Policy* 1993;4(2):78-82.

Burns T, Creed F, Fahy T. Intensive case management was as effective as standard case management in severe psychotic illness. *Lancet* 1999;353:2185-9.

Clark RE, Teague GB, Ricketts SK, Bush PW, Xie H., McGuire TG, Drake RE, McHugo GJ, Keller AM, Zubkoff M. 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* 1998;33(5):1285-308.

Coughey K, Feighan K, Lavelle K, Olson K, DeCarlo M, Medina M. Project H.O.M.E.: A comprehensive program for homeless individuals with mental illness and substance use disorders. *Alcoholism Treatment Quarterly* 1999;17(1/2):133-48.

Cox GB, Meijer L, Carr DI, Freng SA. Systems Alliance and Support (SAS): A program of intensive case management for chronic public inebriates: Seattle. *Alcoholism Treatment Quarterly* 1993;10(3/4):125-38.

Cox GB, Dale Walker R, Freng SA, Short BA, Meijer L, Gilchrist L. Outcome of a controlled trial of the effectiveness of intensive case management for chronic public inebriates. *Journal of studies on alcohol* 1998;59:523-32.

Detrick A, Stiepock V. Treating persons with mental illness, substance abuse, and legal problems: the rhode island experience. *New Directions for Mental Health Services* 1992;56:65-77.

Drake RE, Yovetich NA, Bebout RR, Harris M, McHugo GJ. Integrated treatment for dually diagnosed homeless adults. *J Nerv Ment Dis* 1997;185:298-305.

Drake RE, Mercer-McFadden C, Mueser KT, McHugo GJ, Bond GR. Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophrenia Bulletin* 1998;24(4):589-608.

Drake RE, McHugo GJ, Clark RE, Teague GB, Xie H., Miles K, Ackerson TH. Assertive Community treatment for patients with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: a clinical trial. *American Journal of Orthopsychiatry* 1998;68(2):201-15.

Durell J, Lechtenberg B, Corse S, Frances RJ. Intensive case management of persons with chronic mental illness who abuse substances. *Hospital and Community Psychiatry* 1993;44(5):415-6, 428.

Elwood WN, Montoya ID, Richard AJ, Phil M, Dayton CA. To hang in the 'hood': descriptions and analysis of outreach activities. *Journal of Psychoactive Drugs* 1995;27(3):249-59.

Freng SA, Carr DI, Cox GB. Intensive Case Management for Chronic Public Inebriates: A Pilot Study. *Alcoholism Treatment Quarterly* 1995;13(1):81-90.

Gageldonk A van, Zwart W de, Stel J vd, et al. *De Nederlandse Verslavingszorg*. Utrecht: Trimbos-instituut i.s.m. Bohn Stafleu van Loghum; 1997.

Girolamo G de. Intensive case management was as effective as standard case management in severe psychotic illness, Commentary. *Therapeutics* 2000;3:11.

Gournay K. Editorial. Assertive community treatment - why isn't it working. *Journal of Mental Health* 1999;8(5):427-9.

Graham K, Timney CB. Case management in addictions treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment* 1990;7:181-8.

Graham K, Timney CB, Bois C, Wedgerfield K. Continuity of Care in Addictions Treatment: The Role of Advocacy and Coordination in Case Management. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 1995;21(4):433-51.

Havassy BE, Shopshire MS, Quigley LA. Effects of substance dependence on outcomes of patients in a randomized trial of two case management models. *Psychiatric Services* 2000;51(5):639-44.

Hendrix H. *Handboek Bemoeizorg 'Je gaf niet thuis'*. Nijmegen: Riagg Nijmegen; 1998.

Ho A, Tsuang JW, Liberman RP, Wang R, Wilkins JN, Eckman TA, Shaner A. Achieving effective treatment of patients with chronic psychotic illness and comorbid substance dependence. *American Journal Psychiatry* 1999;156(11):1765-70.

Jerrell JM, Ridgely MS. Comparative Effectiveness of three approaches to serving people with severe mental illness and substance abuse disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1995;183(9):566-76.

Jerrell JM, Ridgely MS. Impact of robustness of program implementation on outcomes of clients in dual diagnosis programs. *Psychiatric Services* 1999;50(1):109-12.

King R, Le Bas J, Spooner D. The impact of caseload on the personal efficacy of mental health case managers. *Psychiatric Services* 2000;51(3):364-8.

Kirby MW, Braucht GN. Intensive casemanagement for homeless people with alcohol and other drug problems: Denver. *Alcoholism Treatment Quarterly* 1993;10(3/4):187-200.

Korf DJ, Riper H, Freeman M, et al. Outreach work among drug users in europe: concepts, practice and terminology. Luxembourg: Office for official publications of the european communities; 1999.

Kroon H, Wolf J. Is casemanagement voor psychische stoornissen minder effectief dan Assertive Community Treatment? *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 55, 2000 (1):56-59.

Kroon H, Henselmans H. Varianten van case-management en hun resultaten. In: Pieters G & Gaag M van der (red.). *Rehabilitatie strategieën bij schizofrenie en langdurig zorgafhankelijke patienten*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2000.

Laken MP, Ager JW. Effects of case management on retention in prenatal substance abuse treatment. *American Journal Drug Alcohol Abuse* 1996;22(3):439-48.

Lanehart RE, Clark HB, Rollings JP, Kratochvil Haradon D, Scrivner L. The impact of intensive case-managed intervention on substance-using pregnant and postpartum women. *Journal of substance abuse* 1996;8(4):487-95.

Lehman AF, Herron JD, Schwartz RP, Myers CP. Rehabilitation for adults with severe mental illness and substance use disorders. *J Nerv Ment Dis* 1993;181(2):86-90.

Linssen, L, Graaf I de, Wolf J. *Gebruiksruimten. Een systematisch overzicht van de voorziening en de effecten ervan*. Utrecht: GGZ-Nederland, 2000.

Lubbe, P van der, Wolf J, Thuijls M, Olthof D. *Trajectmatig werken in de verslavingszorg: een eerste verkenning*. Trimbos-instituut, Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid, december 2000.

Martin SS, Scarpitti FR. An intensive case management approach for paroled IV drug users. *The Journal of Drug Issues* 1993;23(1):43-59.

Mason SE, Samuel GS. Dual diagnosis: The case for case management. *The American Journal on Addictions* 1992;1(1):77-82.

McLellan AT, Hagan TA, Levine M, Meyers K, Gould F, Bencivengo M, Durell J, Jaffe J. Does clinical case management improve outpatient addiction treatment. *Drugs and Alcohol Dependence* 1999;55:91-103.

Meisler N, Blankertz L, Santon AB, McKay C. Impact of assertive community treatment on homeless persons with co-occurring severe psychiatric and substance use disorders. *Community Mental Health Journal* 1997;33(2):113-22.

Mejta CL, Bokos PJ, Mickenberg J, et al. Case management with intravenous drug users: implementation issues and strategies. In: Fletcher BW, Inciardi JA, Horton M. *Drug abuse treatment. The implementation of innovative approaches*. Westport, Connecticut, London: Greenwood Press; 1994; H7:97-143.

Mejta CL, Bokos PJ, Maslar M, et al. The effectiveness of case management in working with intravenous drug users. IN:Tims FM, Inciardi JA, Fletcher BW, Horton M, editors. *The effectiveness of innovative approaches in the treatment of drug abuse*. Westport, Connecticut, London: Greenwood Press; 1997; H7:101-43.

Orwin RG, Sonnefeld LJ, Garrison-Mogren R, Smith NG. Pitfalls in evaluating the effectiveness of case management programs for homeless persons. *Evaluations Review* 1994;18(2):153-207.

Pates R, Blakey V. What should we outreach be looking for in workers? *The International Journal on Drug Policy* 1992;3(3):130-4.

Rapp RC, Siegel HA, Li L, Saha P. Predicting postprimary treatment services and drug use outcome: a multivariate analysis. *American Journal Drug Alcohol Abuse* 1998;24(4):603-15.

Rhodes T. Editorial. Time for community change: what has outreach to offer? *Addiction* 1993;88:1317-20.

Ridgely MS, Jerrell JM. Analysis of three interventions for substance abuse treatment of severely mentally ill people. *Community Mental Health Journal* 1996;32(6):561-72.

Ridgeley MS, Willenbring ML. *Application of Case Management to Drug Abuse Treatment: Overview of Models and Research Issues*. Rockville: NIDA; 1992.

Riet N van, Wouters H. Casemanagement, een leerboek over de organisatie en coördinatie van zorg-, hulp- en dienstverlening. Assen: Van Gorcum; 1996.

Rothman J. Practice with highly vulnerable clients. Prentice Hall, New Jersey, 1994.

Sabin JE. Public-sector managed behavioral health care: I. developing an effective case management program. *Psychiatric Services* 1998;49(1):31-3.

Salyers MP, Masterton TW, Fekete D M, Picone JJ, Bond GR. Transferring clients from intensive case management: impact on client functioning. *American Journal of Orthopsychiatry* 1998;68(2):233-45.

Schwartz M, Baker G, Mulvey KP, Plough A. Improving publicly funded substance abuse treatment: the value of case management. *American Journal of Public Health* 1997;87:1659-64.

Siegal HA, Rapp RC, Kelliher CW, Fisher JH, Wagner JH, Cole PA. The strengths perspective of case management: a promising inpatient substance abuse treatment enhancement. *Journal of Psychoactive Drugs* 1995;27(1):67-72.

Siegal HA, Fisher JH, Rapp RC, Kelliher CW, Wagner JH, O'brien WF, Cole PA. Enhancing substance abuse treatment with case management. Its impact on employment. *Journal of Substance Abuse Treatment* 1996;13(2):93-8.

Siegal HA, Rapp RC, Li L, Saha P, Kirk KD. The role of case management in retaining clients in substance abuse treatment: an exploratory analysis. *Journal of Drug Issues* 1997;27(4):821-31.

Siegal, HA. Comprehensive case management for substance abuse treatment. Rockville, MD. US Department of Health and Human Services (DHSS), 1998.

Snyder CM, Kaempfer SH, Ries K. An interdisciplinary, interagency, primary care approach to case management of the dually diagnosed patient with HIV disease. *Journal of the Association of nurses in aids care* 1996;7(5):72-82.

Stahler GJ, Shipley TF, Bartelt D, DuCette JP, Shandler IW. Evaluating alternative treatments for homeless substance -abusing men: outcomes and predictors of success. *Journal of Addictive Diseases* 1995;14(4):151-67.

Teague GB, Drake RE, Ackerson TH. Evaluating use of continuous treatment teams for persons with mental illness and substance abuse. *Psychiatric Services* 1995;46(7):689-95.

Teague GB, Bond GR, Drake RE. Program fidelity in assertive community treatment: development and use of a measure. *American Journal of Orthopsychiatry* 1998;68(2):216-31.

Thornicroft G, Wykes T, Holloway F. From efficacy to effectiveness in community mental health services. *Br J Psychiatry* 1998;173:423-7.

Tommasello ACMCP, Gilles L, Treherne LL, Plumhoff M. Effectiveness of outreach to homeless substance abusers. *Evaluation and Program Planning* 1999;22:295-303.

Treatment Improvement Protocol (TIP). Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment: a Treatment Improvement Protocol (TIP). Washington: US department of Health and Human Services/ Centre for Substance Abuse Treatment; 1998.

Vanderplasschen W, Bourdeaudhuij, ID, Oost, P van. Eindrapport onderzoeksproject case management in de Oost-Vlaamse drughulpverlening (samenvatting). Gent. Universiteit Gent, 2000.

Willenbring ML, Ridgely, MS, Stinchfield, R et al. Application of case management in alcohol and drug dependence: matching techniques and populations. Rockville. US Department of Health and Human Services Public Health Services, 1991.

Wolf J, Laan G vd. Van zorgbehoefte naar zorgcoördinatie. In Kamp Mvd, Laan Gvd, Wolf J, Zeelen J. *De patiënt als burger*. Utrecht: SWP, 1987.

Wolf J. Hoe vernieuwend is case management precies? In: Dekker, J e.a. (red) *Zorgcoördinatie en revalidatie in de psychiatrie*. Van Gorcum, Assen, 1995 (a).

Wolf J. *Zorgvernieuwing in de GGZ: Evaluatie van achttien zorgvernieuwingsprojecten*. Utrecht: NcGv, i.s.m. Bohn Stafleu van Loghum; 1995.

Wolf J. Tien nieuwe werkwijzen in de langdurige zorg binnen de geestelijke gezondheids- en verslavingszorg. Utrecht: GGZ Nederland; 1997. Nabeschouwing; De cliënt is altijd burger, de burger is soms cliënt. p. 70-80.

Yates R; Gilman M. Seeing more drug users: Outreach work and beyond; a lifeline project policy report. Manchester: Lifetime Project; 1990.