

Case-management: een functionele organisatievorm van de zorg voor de chronisch psychiatrische patiënt

door M. van der Velden en W.M.J. Hassing

Samenvatting

In dit artikel wordt kort ingegaan op de plaats en de inhoud van case-management in de Nederlandse situatie. Er wordt een relatie gelegd tussen case-management en de zich wijzigende opvattingen over de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg. Instellingsgericht denken wordt daarin vervangen door klantgericht denken. Deze veranderende opvattingen werden door twee instellingen gebruikt om vorm te geven aan een gemeenschappelijk case-managementproject voor moeilijk behandelbare chronische patiënten. Er wordt verslag gedaan van de ervaringen van het project na een jaar. De ervaringen waren zowel voor de case-managers als voor de patiënten, hun direct betrokkenen en overige medewerkers positief. De doelstellingen van het project konden worden gerealiseerd. De conclusie luidt dat case-management een goed instrument is om chronische patiënten die van meer instellingen gebruik maken, daadwerkelijk continuïteit van zorg te bieden.

Inleiding

Case-management als een specifieke behandel-, begeleidingsvorm van chronisch psychiatrische patiënten vindt zijn oorsprong in de Verenigde Staten aan het eind van de jaren zeventig. De ontwikkeling aldaar moet gezien worden tegen de achtergrond van de toenmalige dehospitalisatiemaatregelen van de overheid (Bachrach 1978). Case-management werd gezien als vorm van substitutie voor langdurig opgenomen patiënten.

In Nederland heeft een dergelijke grootschalige beddenreductie in algemeen psychiatrische ziekenhuizen niet plaatsgevonden. Case-management ontwikkelt zich hier meer als instrument voor kwaliteitsverbetering van de zorg voor chronisch psychiatrische patiënten. Dit komt tot uiting in algemeen geldende doelstellingen als continuïteit van zorg, afstemming op de individuele behoefte van de patiënt en samenwerking tussen de verschillende hulpverleningsinstellingen (Van de Beek en Van Lieshout 1992; Henselmans 1990). Vanuit de literatuur wordt duidelijk

dat er geen eenduidige definitie bestaat van het begrip case-management (Bachrach 1989). Wel is men het eens over een vijftal basisfuncties waaraan case-management moet voldoen.

Deze basisfuncties zijn: systematische diagnostiek en inschatting van de hulpbehoeften, de vaststelling van een samenhangend en volledig hulpverleningsplan, het regelen van de benodigde hulpverlening, het bewaken van de geleverde hulpverlening en de evaluatie van het gebodene en het aangeven van het vervolg. Deze basisfuncties hebben dus betrekking op een systematische opzet van de inhoud en uitvoering van de zorg (Intagliata 1982).

Nadere invulling van de basisfuncties leidt tot verschillende vormen van case-management, waarbij sprake is van een continuüm met aan het ene uiterste de case-manager als pure organisator van de zorg en aan het andere uiterste de case-manager als individuele behandelaar (Kanter 1989). De uiteindelijke vorm is tevens afhankelijk van de gekozen doelgroep, de aanwezige regionale voorzieningen en het financieringssysteem (Bachrach 1988).

In de huidige Nederlandse situatie geldt dat de opvattingen over de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg zich, mede in het licht van de toekomstige stelselherziening, wijzigen (NRV 1989; NVAGG 1992).

Samenvattend kan daarover gesteld worden dat de overtuiging groeit dat het zorgaanbod niet instellingsgericht tot stand moet komen, maar vanuit de behoeften van de patiënt. Niet de behoeften van het zorgsysteem maar de behoeften van de gebruiker bepalen de aard van de zorg. Dit impliceert een vervanging van produktgericht instellingsdenken door klantgericht denken in functies en programma's (Stoelinga en Van Lieshout 1991).

Zolang organisatorische veranderingen inhouden dat de patiënt krijgt wat hij nodig heeft, zijn deze niet à priori slecht. Het is de verantwoordelijkheid van de psychiatrische beroepsgroep om deze verandingsprocessen te bewaken en te behoeden voor financieel opportunisme.

In het licht van bovenstaande en vanuit ervaren knelpunten in de samenwerking rondom een gemeenschappelijke groep chronisch psychiatrische patiënten, hebben RIAGG Zuidhage en het psychiatrisch centrum Bloemendaal eind 1991 besloten uitvoering te geven aan een case-managementproject. De instellingsorganisatie is hierin vervangen door een functionele organisatie.

Ons inziens is case-management mede een instrument om via organisatorische veranderingen de zorg voor chronische patiënten te verbeteren. In dit artikel doen wij verslag van één jaar functioneel werken met een specifieke groep patiënten.

Omschrijving project

Beide instellingen selecteerden gezamenlijk 12 gemeenschappelijke, moeilijk behandelbare patiënten. Bij deze patiënten moest er sprake zijn van chronisch psychiatrische problematiek in de vorm van een psychose met gedragsstoornissen, eventueel gecombineerd met middelenmisbruik. Zij vertoonden daarbij een gebrek aan structuur in het dagelijks functioneren en hadden een gebrekkig of afwezig sociaal netwerk. Uitzicht op verbetering was gering. Vaak was er nauwelijks ziektebesef. De patiënten waren opgenomen of het afgelopen jaar opgenomen geweest, vaak met een juridische maatregel. De doelstellingen werden op drie niveaus geformuleerd:

1. op beleidsniveau: het vergroten van continuïteit van zorg, het creëren van zorg op maat en klantgericht denken;
2. op organisatorisch niveau: het vormgeven aan een functionele organisatie door de case-manager verantwoordelijk te stellen voor het uitvoeren van het zorgplan middels een aantal extra bevoegdheden en door het samenstellen van een case-managementteam vanuit beide instellingen;
3. op operationeel en zorginhoudelijk niveau: het vergroten van inzicht in de mogelijkheden en onmogelijkheden van de doelgroep, het trachten te voorkomen van chronische opname en het optimaliseren van sociaal en psychisch functioneren. De duur van het project werd vooralsnog gesteld op een jaar.

Het case-managementteam werd gevormd door twee sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen van de RIAGG en twee maatschappelijk werkers met verpleegkundige achtergrond van het psychiatrisch centrum.

De case-managers werden ten behoeve van het project gedeeltelijk vrijgesteld van hun reguliere werkzaamheden. Zij kregen de volgende bevoegdheden: beslissingsbevoegdheid ten aanzien van opname en ontslag en de bevoegdheid om de patiënt zowel ambulante als klinisch te begeleiden. Er werd gekozen voor een behandelmodel van case-management. De case-managers hadden een individuele behandelrelatie met hun patiënten.

Tweewekelijkse intervisiebijeenkomsten dienden om knelpunten in de uitvoering van het zorgplan aan de orde te stellen. Daarbij werd ook ingegaan op de rol en identiteit van de case-manager.

Een begeleidingscommissie waarin ook de verantwoordelijke RIAGG-psychiater en kliniek-psychiater zitting hadden, kwam zeswekelijks bijeen. In deze bijeenkomsten vond besluitvorming plaats over gerezen organisatorische knelpunten en over aanmeldingen en uitschrijvingen voor het project. Patiëntengegevens stonden ter beschikking van beide instellingen in daartoe speciaal ontworpen dossiers.

Huisartsen, de 7x24-uurs dienst van de Haagse RIAGG's, overige be-

trokken instellingen en instanties en direct betrokkenen van de patiënt werden op de hoogte gebracht van het project, de deelnemers en de naam van hun case-manager.

Ervaringen

In relatie tot de geformuleerde doelstellingen voor het project, waren de ervaringen na een jaar als volgt. Wat betreft het vergroten van de continuïteit van zorg werd bereikt dat alle opnameverzoeken direct en in het psychiatrisch ziekenhuis Bloemendaal konden worden gehonoreerd. Tijdens opname werd de begeleiding door de case-manager in overleg met de klinische behandelaar voortgezet. Doordat de case-manager ook altijd zicht had op de ambulante mogelijkheden van de patiënt kon het moment van ontslag optimaal worden vastgesteld. Langerdurende opnames dan noodzakelijk werden hiermee voorkomen.

Het zorgaanbod variceerde per patiënt en in de tijd van grotendeels ambulante begeleiding over de gehele periode tot meerdere heropnames en/of dagbehandeling. De grote variatie in zorgintensiteit kwam tot uitdrukking in de zeer uiteenlopende tijdsinvestering van de case-manager per patiënt.

Knelpunten wat betreft de continuïteit ontstonden aanvankelijk in de afstemming met andere hulpverleners van de patiënt. Meer bevoegdheden voor de case-manager betekenden soms minder bevoegdheden voor de overige hulpverleners. Door meer verduidelijking van de werkwijze binnen het project werden deze knelpunten opgelost.

Op organisatorisch niveau functioneerde het case-managementteam als eenheid, los van de instellingen, ondersteund en gecoördineerd door het begeleidingsteam via evaluatiebesprekingen. Knelpunten op dit niveau werden niet gesignaleerd.

Op operationeel en zorginhoudelijk niveau valt te vermelden dat alle patiënten en hun direct betrokkenen instemden met deelname aan het project. Ook na een jaar was er nog geen enkele patiënt op eigen verzoek uitgeschreven. Wel vielen er drie patiënten af door respectievelijk suïcide, vertrek uit de regio en dermate zelfstandig functioneren, dat case-management niet meer geïndiceerd was. Uit een groep kandidaten werden drie nieuwe patiënten opgenomen in het project.

De discussie over de rol en identiteit van de case-manager bleek een continu nog niet af te ronden proces. De grenzen van de zorg waren hierbij een belangrijk gespreksonderwerp en meer specifiek de grenzen van de persoonlijke betrokkenheid en de tijdsinvestering.

Vaak waren er enorm veel praktische zaken te regelen, uiteenlopend van het zoeken van een curator tot het afrekenen van geleverde vloerbedekking. Nogal eens kwamen patiënten in acute geldnood en hadden bij voorbeeld geen geld meer om te eten. Op dergelijke momenten was er behoefte aan een niet bestaande financiële voorziening.

De vraag welke activiteit wel en welke niet tot de taken van de case-manager hoort, was niet eenduidig te beantwoorden. Onderlinge feedback bleek in deze het meest zinvol.

Opvallend was de ervaring van de case-managers en andere betrokken medewerkers van beide instellingen dat het gevoel van frustratie en onmacht met betrekking tot betreffende patiëntengroep was afgenomen.

Discussie

Het project case-management tussen RIAGG Zuidhage en PC Bloemendaal is één van de vele zorgvernieuwingenprojecten die momenteel in Nederland worden uitgevoerd. Zorgvernieuwing brengt mensen die op enige manier te maken hebben met de geestelijke gezondheidszorg in beweging (De Veer e.a. 1992). Zeker case-management mag zich verheugen in een zeer levendige belangstelling gezien de grote hoeveelheid publikaties over het onderwerp en de vele werkgroepen ter zake vanuit overheid, onderzoeks- en adviesinstellingen (Dane en Ramakers 1992; NVAGG 1992; NZI 1989).

Het gevaar bestaat echter dat case-management wordt gehanteerd als panacee voor alle mogelijke problemen van de geestelijke gezondheidszorg. Zo zou men kunnen denken dat het zowel de oplossing is voor de zorgverlening aan moeilijk behandelbare patiënten als ook voor de ingewikkelde organisatorische problemen van de geestelijke gezondheidszorg. Niet in de laatste plaats zou men kunnen denken dat het de financiële zorgen oplost.

De realiteit van case-management, de toepasbaarheid en de gevolgen ervan binnen de geestelijke gezondheidszorg, is ons inziens vooral een pragmatische. Het is nu eenmaal zo dat de chronisch psychiatrische patiënt van nu, in tegenstelling tot vroeger steeds meer van verschillende instellingen gebruik maakt. Dan weer is hij in het ziekenhuis, dan weer vertrekt hij in plaats van er te wonen. Instellingen hebben echter wel hun voorkeur geregeld maar niet de achterdeur (Beyaert 1992). Het blijft de verantwoordelijkheid van de psychiatrie om deze groep patiënten zoveel mogelijk continuïteit van zorg te bieden. Case-management biedt daarvoor een goede mogelijkheid.

Ook de ontwikkeling richting functionele organisatie van de geestelijke gezondheidszorg lijkt onafwendbaar. Case-management blijkt in deze een kwalitatief aantrekkelijk instrument om de zorg voor chronisch psychiatrische patiënten te omschrijven in een specifiek programma (NVAGG 1992). Wat betreft de financiële gevolgen van case-management bestaat nog onduidelijkheid. Er wordt zowel geschreven dat opnamedagen afnemen en de zorg dus goedkoper wordt (Vlaminck 1990) alsook dat opnamedagen niet worden beïnvloed door case-management (Rössler e.a. 1992).

Een andere belangrijke bevinding van dit project was dat onder invloed van case-management ervaren knelpunten tussen instellingen kunnen afnemen en zowel medewerkers als patiënten en familieleden tevredener zijn dan voorheen. Voor de toekomst zullen tevredenheid en motivatie bij de case-managers zorgvuldig bewaakt moeten worden om het ontstaan van burn-out bij het begeleiden van deze immers zeer moeilijk te behandelen patiëntengroep tegen te gaan.

Zonder case-management te idealiseren is onze conclusie na de ervaringen met het project dat het een zeer bruikbaar instrument kan zijn om moeilijk behandelbare chronische patiënten daadwerkelijk continuïteit van zorg te bieden, terwijl zij zich binnen verschillende instellingen bewegen.

Literatuur

- Bachrach, L.L. (1978), A conceptual approach to deinstitutionalisation. *Hospital and Community Psychiatry* 29, 573-578.
- Bachrach, L.L. (1988), On exporting and importing model programs. *Hospital and Community Psychiatry* 39, 1257-1258.
- Bachrach, L.L. (1989), Case-management: towards a shared definition. *Hospital and Community Psychiatry* 40, 883-884.
- Beek, H. van de, en P. van Lieshout (1992), De waarde van case-management voor de Nederlandse psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 34, 365-373.
- Beyaert, F.H.L. (1992), Redactioneel. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 34, 601-602.
- Cox, J.M.P.P., en J. Broekhuizen (1988), *Case-management in de psychiatrische hulpverlening. De noodzakelijke schakel*. Nationaal Ziekenhuis Instituut, Utrecht.
- Dane, J., en B. Ramakers (1992), Weg naar functiegerichte GGZ vol hobbels en kuilen. *Het Ziekenhuis* 21, 1065-1069.
- Henselmans, H. (1990), Case-management in de sociale psychiatrie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 45, 494-506.
- Intagliata, J. (1982), Improving the quality of care for the chronically mentally disabled: the role of case-management. *Schizophrenia Bulletin* 8, 655-674.
- Kanter, J. (1989), Clinical case-management: definition, principles, components. *Hospital and Community Psychiatry* 40, 361-368.
- NRV (1989), *Functies van de GGZ*.
- NVAGG (1992), *GGZ in programma's*. Eindredactie Roland Koel.
- Rössler, W., W. Löffler, B. Fätkenheuer, en A. Riecher-Rössler (1992), Does case-management reduce the rehospitalization rate? *Acta Psychiatrica Scandinavica* 86, 445-449.
- Stoelinga, B., en P. van Lieshout (1991), Functies en programma's in de GGZ: een perspectief. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 46, 907-923.
- Veer, A. de, D. de Bakker, en B. Peters (1992), Vernieuwingsprojecten in de gezondheidszorg. *Medisch Contact* 47, 1033-1037.
- Vlaminck, P. (1990), Zorgaanbod voor ambulante schizofrene patiënten: de kosten en de baten. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 45, 18-31.

Summary: Case-management as a specific organization model of mental health care for chronic psychiatric patients

This article provides a compact presentation of the position and content of case-management in the Dutch situation. There is a correlation between case-management and the changing opinions about the organisation of mental health care. Here-in institute-oriented thinking is replaced by client-oriented thinking. These changing opinions motivated two institutions to develop a joint case-management project for extremely hard to treat chronic patients. Experiences after one year are reported. These experiences were positive both for the case-managers and for the patients, their relatives and other-co-workers. The objectives of the project were achieved. The conclusion is that this case-management model is a valuable instrument to guarantee the continuity of care for a group of chronic psychiatric patients, who use several mental health care institutions.

De auteurs zijn respectievelijk werkzaam als zenuwarts bij RIAGG Zuidhage te Den Haag en als beleidspsychiater bij PC Bloemendaal te Den Haag. Correspondentieadres: RIAGG Zuidhage, Leggelosstraat 85, 2541 HR Den Haag.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 29-4-1993.