

De waarde van casemanagement voor de Nederlandse psychiatrie¹

door H. van de Beek en P. van Lieshout

Samenvatting

In dit artikel staat de vraag centraal wat de waarde kan zijn van casemanagement voor de Nederlandse psychiatrie. Hiertoe worden eerst verschillende modellen van casemanagement beschreven. Dan wordt ingegaan op ontwikkelingen die zich met name in de VS hebben voorgedaan en die terug te vinden zijn in onderzoeksbevindingen. Casemanagement blijkt geen panacee te kunnen zijn voor de problemen van een slecht georganiseerde GGZ, maar toch een toegevoegde waarde te kunnen hebben. Deze waarde ligt vooral op het terrein van methodiekontwikkeling en professionalisering van de hulpverlening aan chronisch psychiatrische patiënten.

Inleiding

Casemanagement wordt in snel tempo populair in Nederland. Het wordt verondersteld een antwoord te zijn op twee hoofdproblemen die zich voor kunnen doen bij de hulpverlening aan chronisch psychiatrische patiënten. Allereerst zou casemanagement coördinatie en goede samenwerking tussen hulpverleningsinstellingen kunnen bewerkstelligen. Bovendien zou casemanagement tegemoet komen aan de vaak meervoudige hulpbehoefte van chronisch psychiatrische patiënten. Casemanagement zou dus 'continuïteit van zorg' en 'zorg op maat' kunnen bieden. Veel mensen bepleiten in Nederland dan ook het invoeren van casemanagement (bij voorbeeld Werkgroep CSS 1990). Menige RIAGG heeft al plannen voor een casemanagement-project. Tegenover dit enthousiasme staat echter een aantal sceptici: casemanagement zien zij vooral als een wat modieuze aanduiding voor een activiteit die in Nederland al jarenlang dag in dag uit door sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen en psychiaters wordt uitgevoerd. Dit artikel gaat in op de vraag wat nu de toegevoegde waarde kan zijn van casemanagement voor de Nederlandse psychiatrie. Met andere woorden, wat heeft het casemanagement de Nederlandse GGZ te bieden?

Modellen van casemanagement

Er bestaat op het moment nog geen algemeen geaccepteerde en duidelijke definitie van casemanagement (Bachrach 1989; Henselmans 1990). Over een aantal basisfuncties bestaat echter vrij grote eensgezindheid. Als belangrijkste worden genoemd (Intagliata 1982):

- systematische diagnostiek en inschatting van de hulpbehoeften (assessment)
- de vaststelling van een samenhangend en volledig hulpverleningsplan (planning)
- het regelen van de benodigde hulpverlening (linking)
- het in de gaten houden van de geleverde hulpverlening (monitoring)
- de evaluatie van het gebodene en het aangeven van het vervolg (evaluation).

Toch laat de (Amerikaanse) praktijk een grote verscheidenheid zien van casemanagement-systemen. De taakinvulling hangt af van het aantal hulpverlenende activiteiten die een casemanager krijgt toebedacht, en van eventuele andere, meer beleidsmatige taken.

Mogelijke casemanagement-taken:

<i>cliëntniveau</i>	<i>instellingsniveau</i>	<i>regionaal GGZ-niveau</i>
assessment	doorverwijzing	kwaliteitsbewaking
planning	belangenbehartiging	belangenbehartiging
monitoring	samenwerking	op beleidsniveau
evaluatie	monitoring	voorlichting
consultatie familie	evaluatie	aan gemeenschap
netwerk-ontwikkeling	kwaliteitsbewaking	
psychotherapie		
vaardigheidstraining		
psycho-educatie		
crisisinterventie		

In de Engelstalige literatuur zijn drie modellen te onderscheiden. Alle drie hebben de eerder genoemde vijf basisfuncties op verschillende wijze ingevuld. Deze verschillen hebben te maken met de opvattingen over de aard van de relatie tussen casemanager en cliënt en de positie van het casemanagement ten opzichte van de verdere GGZ-hulpverlening.²

In een minimumvariant van casemanagement, *het makelaarsmodel*, is de belangrijkste doelstelling het verschaffen van toegang tot vormen van hulpverlening waar cliënten behoefte aan hebben. De casemanager heeft een administratieve relatie met zijn cliënten. Hij voert overleg met

alle instanties om ervoor te zorgen dat iedereen van afspraken en het hulpverleningsplan op de hoogte is, hij verzorgt doorverwijzingen en houdt een centraal dossier bij (Wooff en Whitehead 1988). Deze casemanager is vooral iemand die de gang van de patiënt door hulpverleningsland moet vergemakkelijken, een reisagent in GGZ-land, die zich verder niet bemoeit met de inhoud van de geboden hulp en geen behandelinhoudelijke beslissingen neemt of behandelverantwoordelijkheid heeft (Bachrach 1989).

In een tweede model wordt, in plaats van de reisagent, de reisgenoot de metafoor voor de relatie; het model van de *casemanager als individuele begeleider*. De casemanager is een steun en toeverlaat, een buddy of kameraad, die tevens specifieke deskundigheden bezit, zoals het maken van hulpverleningsplannen en crisisinterventie. Vaak wordt dit model aangeduid als 'intensive casemanagement'. De casemanager vervult hier vooral de rol van de noodzakelijke menselijke schakel in het zorgsysteem (Anthony 1988; Witheridge 1989). Het accent ligt op taken die direct met de cliënt en zijn omgeving te maken hebben. Dagelijkse begeleiding, het oefenen van praktische vaardigheden en netwerkontwikkeling zijn veel voorkomende bezigheden. Het gaat hier in feite om intensieve ambulante begeleiding, met revalidatie en voorkoming van opnamen hoog in het vaandel.

Een ander accent wordt gelegd wanneer men een meer therapeutische invulling geeft aan het casemanagement. Het *therapeutisch casemanagement-model* breidt het takenpakket nog wat uit (Harris en Bachrach 1988). Essentieel voor dit model is dat men de aard van de relatie tussen cliënt en casemanager ziet als een therapeutische of behandelingsrelatie. Hiermee kant men zich tegen een ontkoppeling van de psychiatrische/psychotherapeutische behandeling en het casemanagement. Zo noemt Kanter (1989) als verdere taken van de casemanager het aanleren van vaardigheden en het incidenteel geven van individuele psychotherapie, psycho-educatie en consultatie aan familieleden. Casemanagement richt zich daarbij ook op de sociale integratie en aanpassing aan de psychiatrische stoornis, maar blijft ingebed in de behandelrelatie. Dit is noodzakelijk volgens de voorstanders omdat het onmogelijk is om goed te beoordelen wat iemand mankeert en nodig heeft, als dergelijke oordelen niet mede gebaseerd zijn op psychiatrische en psychotherapeutische overwegingen, bij voorbeeld over de persoonlijkheidsstructuur en overdrachtsfenomenen (zie voor tegenargumenten: Rapp en Chamberlain 1985; Cox en Broekhuizen 1988; Dill 1987).

De drie modellen van casemanagement naast elkaar gelegd, lijkt er sprake van een continuüm voor de mate waarin de functie van casemanagement gecombineerd wordt met revalidatie en behandeling (Henselmans 1990). De ontwikkelingen in de VS wijzen erop dat de puur administratieve invulling van casemanagement achterhaald is.

De 'doorverwijzer' die telefoontjes pleegt van achter zijn bureau werd tot karikatuur van het casemanagement, getuige bij voorbeeld de titel van een invloedrijk artikel van Deitchman (1980), getiteld 'How many case managers does it take to screw in a light bulb?' Het makelaarsmodel heeft plaats gemaakt voor het individuele begeleidingsmodel, waarbij soms ook een sterker psychotherapeutisch accent gegeven wordt. Onderzoeksuitkomsten onderbouwen deze verschuiving en geven randvoorwaarden aan voor succesvolle casemanagement-projecten.

Randvoorwaarden

Er is inmiddels enig onderzoek gedaan naar de mogelijke effectiviteit van casemanagement. Algemene uitspraken over het effect van casemanagement zijn niet te doen in verband met grote verschillen tussen de beschreven projecten qua werkwijze, patiëntengroepen en organisatie. De meeste onderzoeken wijzen op positieve resultaten (Modrcin 1988; Wasylenki 1985; Goering 1988; Bond 1988; Borland 1989; Bush 1990), al worden ook minder uitgesproken resultaten gemeld (Franklin 1987; Fisher 1988; McRae 1990).³ Positieve resultaten kunnen zijn: een betere identificatie van behoeften, meer gebruik van verschillende voorzieningen, het beter functioneren op het gebied van dagbesteding, werk, zelfstandig wonen en sociale contacten. Ook een vermindering van het aantal opnamen werd soms geconstateerd, evenals stabilisering buiten het psychiatrisch ziekenhuis, een betere medicatietrouw en het nakomen van begeleidingsafspraken. Kortom, van casemanagement zijn geen grote doorbraken voor de individuele psychopathologie te verwachten, maar wel een duidelijke verbetering van de kwaliteit van het dagelijks leven en van de continuïteit van zorg.

Casemanagement kan dus een toegevoegde waarde hebben, maar dan moet wel aan bepaalde voorwaarden voldaan zijn. In de eerste plaats speelt de *beschikbaarheid van voorzieningen* een belangrijke rol bij het al dan niet effectief zijn van casemanagement. Vooral de behoefte aan alternatieve woonvormen is bij veel psychiatrische patiënten groot. Een goed samenhangend voorzieningensysteem wordt als randvoorwaarde gezien voor een effectief casemanagement-programma, in plaats van andersom. Noodzakelijk hierbij is duidelijkheid over *informatie-uitwisseling*, en over *procedures voor doorverwijzing en indicatiestelling*.

Van groot belang zijn de *bevoegdheden* van casemanagers. Goering e.a. (1988) menen bij voorbeeld dat betere resultaten rond opnamevoorkoming bereikt zouden kunnen worden indien crisisinterventie, medicatie en verdere behandeling ook onder de verantwoordelijkheid vallen van het casemanagement. De casemanager zou een grote stem moeten hebben in het behandelbeleid op langere termijn en het bepalen van het

hulpaanbod. Hierdoor kun je bovendien voorkomen dat de casemanager binnen de GGZ een te lage status krijgt.

Ook wordt vaak gewezen op het belang van *het werken in een team*. Daarmee worden drie doelen tegelijkertijd gediend; het waarborgen van multidisciplinariteit, het dragelijk houden van de werklast en het bieden van voldoende afwisseling (Stein en Test 1980; Witheridge 1989). In veel projecten heeft de teamsgewijze opzet van Stein en Test navolging gehad, ook in Nederland (Escher e.a. 1985). Het is echter geen stelregel dat speciaal aparte teams georganiseerd moeten worden. Wel is duidelijk dat solistisch werken niet aan te bevelen is bij moeilijke doelgroepen (Radstake 1985). Onderlinge uitwisseling of intervisie in welk verband dan ook kan voorkomen dat de creativiteit van de hulpverleners gaandeweg wegzakt.

Deskundigheidsbevordering en kwaliteitsbewaking vormen een onmiskenbaar onderdeel van casemanagement-projecten. Uffing e.a. (1987) stelden in het Resocialisatieproject Westelijke Mijnstreek vast dat de hulpverlening sterk werd gedomineerd door de persoonlijke stijl van hulpverleners waardoor het cliëntspecifieke karakter daarvan snel ondergesneeuwd raakte. Een gestructureerde intervisie bleek een goede manier om de noodzakelijke flexibiliteit te verhogen.

Belangrijk is voorts de *beperking van de caseload* per hulpverlener. In de literatuur worden uiteenlopende aantallen genoemd, variërend van 10 tot 35 cliënten bij een volledige aanstelling. De omvang van de caseload is afhankelijk van de doelgroep en de organisatie van het casemanagement. Als er bij voorbeeld met vrijwilligers wordt gewerkt, kunnen taken als begeleiding van dagelijkse bezigheden gedelegeerd worden.

Ook wordt herhaaldelijk gewezen op de noodzaak tot *aanpassing van de financieringsstructuur*. Regionale in plaats van instellingsgebonden budgetten zouden de flexibiliteit van het hulpaanbod ten goede kunnen komen (Werkgroep CSS 1990). Een casemanager zou een budgettaire verantwoordelijkheid kunnen hebben; uit een eigen budget voor een cliëntengroep kunnen dan naar eigen goeddunken diverse vormen van zorg 'ingekocht' worden. In eerste instantie kan men daarbij denken aan vormen van hulp buiten de GGZ, zoals maaltijdvoorziening, vergoeding voor vrijwilligers, gezinszorg e.d.

Last but not least laten veel onderzoeken zien dat *intensieve omgang tussen casemanager en cliënt*, resulterend in een hechte hulpverlenersrelatie, onontbeerlijk is. Zo wordt het casemanagement in veel onderzoeken voorgesteld als een vorm van intensieve ambulante begeleiding, soms gebaseerd op het Stein en Test-model (bij voorbeeld Goering e.a. 1988; Bond e.a. 1988; Franklin e.a. 1987; Modrcin e.a. 1988). In deze projecten staat vooral de systematische aanpak van het vaak wat vage sociaal-psychiatrisch werk centraal. Revalidatie op een planmatige manier is het motto, waarbij bij voorbeeld uit-

gebrede diagnostiek plaatsvindt en duidelijke doelformulering (zie Anthony 1980, 1982; Farkas en Anthony 1989).

Zo is casemanagement nu een intensieve vorm van hulpverlening geworden die zelfs bij een 'perfect' georganiseerde GGZ onontbeerlijk is. De benamingen van de casemanager lopen daarbij uiteen, van 'assertive community treatment worker' tot 'rehabilitation practitioner' (Witheridge 1989; Anthony 1988; Wasylenko e.a. 1985). Onder de vlag van het casemanagement wordt dus nieuwe aandacht geschonken aan intensieve hulpverlening aan chronische patiënten.

Een extra bijdrage wordt hierbij geleverd door het zogenaamde 'clinical casemanagement'. Coördinatie, begeleiding en kwaliteitsbewaking kunnen volgens deze visie alleen plaatsvinden vanuit een totaalvisie op de problematiek en persoonlijkheidsaspecten van de patiënt. De therapeutische aspecten van de relatie van de casemanager met de cliënt staan centraal (Harris en Bachrach 1988). De langdurige en stabiele relatie tussen cliënt en casemanager is het belangrijkste instrument; de casemanager is vaak de eerste of de enige persoon met wie de cliënt een blijvende en betrouwbare relatie heeft. De chronische patiënt mag dan soms wel 'uitbehandeld' zijn, elke vorm van begeleiding zal toch de persoonlijkheid van die patiënt als uitgangspunt moeten nemen.

De toegevoegde waarde van casemanagement

In Nederland lijkt men vooralsnog in casemanagement een oplossing te zien voor problemen als het gebrek aan samenwerking en samenhang tussen voorzieningen. Die verwachtingen blijken niet terecht aan dit concept opgehangen te worden. Een goed functionerend voorzieningensysteem is eerder een randvoorwaarde voor het kunnen invoeren van casemanagement dan andersom. De belangrijkste les uit de literatuur lijkt dat casemanagement steeds meer een antwoord is geworden op de individuele zorgbehoefte en steeds minder een antwoord op een slecht functionerend zorgsysteem (Anthony 1988; Werkgroep CSS 1990).

Er is dan ook duidelijk een verschuiving van de taken van een casemanager op instellings- en regionaal GGZ-niveau naar een accentuering van de taken op cliënt-niveau. In bijna elke (Amerikaanse) publicatie over casemanagement uit de jaren tachtig worden dan ook het outreachend werken en het belang van een persoonlijk betrokken relatie onderstreept: de casemanager is de 'noodzakelijke menselijke schakel' geworden.

De toegevoegde waarde van casemanagement in de psychiatrie ligt dus niet in een instant-oplossing voor een gefragmentariseerde GGZ, maar wel in de aanzetten tot methodiekontwikkeling. Casemanagement biedt ten eerste een manier om de gangbare sociaal-psychiatrische

hulpverlening aan chronisch psychiatrische patiënten verder te professionaliseren. Daarnaast bieden de uitwerkingen van het therapeutisch casemanagement een opening naar het bestuderen van de ins en outs van de psychotherapeutische aspecten van het sociaal-psychiatrisch werk. Op deze wijze vormt het casemanagement een mogelijkheid om een bijdrage te leveren aan de kwaliteit van psychiatrische zorg voor chronische patiënten. Een meer systematische werkwijze met een eigen therapeutisch kader zou, bij verdere uitwerking, bovendien het sociaal-psychiatrisch werk aantrekkelijker kunnen maken. Dit alles houdt in dat bij het opzetten van een casemanagement-project weliswaar aan organisatorische randvoorwaarden gedacht moet worden, maar dat de basis moet liggen bij de manier van hulpverlening aan chronische patiënten.

Noten

1. Dit artikel is gebaseerd op een hoofdstuk uit Van de Beek 1991.
2. Ook de organisatievorm kan sterk verschillen, zie hiervoor Reinke en Greenly 1986 en Van de Beek 1991.
3. Zie voor bespreking van diverse onderzoeken Henselmans 1990 en Van de Beek 1991.

Literatuur

- Anthony, W.A., e.a. (1988), Case management – more than a response to a dysfunctional system. *Community Mental Health Journal* 24, 219–228.
- Bachrach, L.L. (1989), The legacy of model programs. *Hospital and Community Psychiatry* 40, 234–235.
- Beek, H. van de (1991), *Tussen zorgen en behandelen. Ontwikkelingen in de sociaal-psychiatrische hulpverlening*. Utrecht, Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid – in druk.
- Bond, G.R., e.a. (1988), Assertive casemanagement in three CMHC's: a controlled study. *Hospital and Community Psychiatry* 39, 411–418.
- Borland, A., J. McRae en C. Lycan (1989), Outcomes of five years of intensive casemanagement. *Hospital and Community Psychiatry* 40, 369–376.
- Bush, C.T., e.a. (1990), Operation outreach: intensive casemanagement for the severely psychiatrically disabled adults. *Hospital and Community Psychiatry* 41, 647–649.
- Cox, J.M.P.P., en J. Broekhuizen (1988), *Case management in de psychiatrische hulpverlening. De noodzakelijke schakel*. Nationaal Ziekenhuis Instituut, Utrecht.
- Deitchman, W.S. (1990), How many case managers does it take to screw in a light-bulb? *Hospital and Community Psychiatry* 31, 788–789.
- Dill, A.E.P. (1987), Issues in case management for the chronically mentally ill. In: D. Mechanic (red.), *Improving mental health services: what the social sciences can tell us*. New Directions for Mental Health Services, no. 36. Jossey-Bass, San Francisco.
- Escher, A.D.M.A.C., e.a. (1985), *De chronisch psychiatrische patiënt*. Rijksuniversiteit Limburg, vakgroep Sociale Psychiatrie, Maastricht.

- Farkas, M.D., en W.A. Anthony (1989), *Psychiatric Rehabilitation programs. Putting theory into practice*. Baltimore, John Hopkins Univ. Press.
- Fisher, G., D. Landis en K. Clark (1988), Case management service provision and client change. *Community Mental Health Journal* 24, 134-142.
- Franklin, J.L., e.a. (1987), An evaluation of case management. *American Journal of Public Health* 77, 674-678.
- Goering, P.N., e.a. (1988), What difference does case management make? *Hospital and Community Psychiatry* 39, 272-276.
- Harris, M., en L.L. Bachrach (1988), *Clinical case management*. New Directions for Mental Health Services, no. 40. Jossey-Bass, San Francisco.
- 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.
- Intagliata, J., en F. Baker (1983), Factors affecting case management services for the chronically mentally ill. *Administration in Mental Health* 11, 75-91.
- Kanter, J. (1989), Clinical case management: definition, principles, components. *Hospital and Community Psychiatry* 40, 361-368.
- McRae, J., M. Higgins, C. Lycan en W. Sherman (1990), What happens to patients when after five years intensive casemanagement stops? *Hospital and Community Psychiatry* 41, 175-179.
- Modrcin, M. (1988), The evaluation of case management services with the chronically mentally ill. *Evaluation and Program Planning* 11, 307-314.
- Radstake, S. (1985), Probleemanalyse als onderdeel van de omgang met chronische patiënten. *Perspektief* april, 36-60.
- Rapp, C.A., en R. Chamberlain (1985), Case management services for the chronically mentally ill. *Social Work* 30, 417-422.
- Stein, L.I., en M.A. Test (1980), Alternative to mental hospital treatment. *Archives of General Psychiatry* 37, 392-405.
- Uffing, J.T.F., e.a. (1987), Krijgen chronisch psychiatrische patiënten de behandeling die ze nodig hebben? *Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg* 65, 436-439.
- Wasylenko, D.A., e.a. (1985), Impact of a case manager program on psychiatric aftercare. *Journal of Nervous and Mental Disease* 173, 303-308.
- Werkgroep Community Support Systems (1990) ingesteld door de GHIGV, *Community Support Systems in Nederland. Voorwaarden voor integratie van chronisch psychiatrische patiënten in de samenleving*. Aangeboden aan de hoofdinspecteur GHIGV.
- Witheridge, Th.F. (1989), The assertive community treatment worker: an emerging role and its implications for professional training. *Hospital and Community Psychiatry* 40, 620-624.
- Wooff, K., en C. Whitehead (1988), Working together for the chronically mentally disabled. *World Mental Health Forum* 9, 420-425.

Summary: The value of casemanagement for psychiatry in The Netherlands

In this article we discuss the possible benefits of casemanagement for psychiatric services in The Netherlands. To answer this question several models of casemanagement are described. Then we review the developments in especially the US. The

conclusion is that casemanagement is not a solution to a fragmented care system, but has a different value. Casemanagement is especially valuable as it offers new inputs for the development of a more professionalized care for the chronic mental patients.

H. van de Beek, psycholoog, is als wetenschappelijk onderzoeker verbonden aan het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (NcGv) te Utrecht.

P. van Lieshout, psycholoog en filosoof, is adjunct-directeur Inhoudelijk Beleid van het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) te Utrecht.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 8-9-1991.