

# **DE EFFECTIVITEIT VAN CASE MANAGEMENT VOOR DE REHABILITATIE VAN PSYCHIATRISCHE PATIËNTEN**

## **DE RELEVANTIE VAN HET ONDERZOEK VOOR HET BELEID**

VERSCHEENEN IN PRAECOX, NR 34, DECEMBER 2002

Jaap van der Stel  
De Geestgronden  
j.vd.stel@geestgronden.nl  
11 oktober 2002

### **SAMENVATTING**

Case management is, in diverse modellen, een veelvoorkomend zorgarrangement in de geestelijke gezondheidszorg, vooral in de circuits die zich richten op de rehabilitatie van psychiatrische patiënten. In dit artikel wordt nagegaan wat - blijkens de literatuur - bekend is over de effectiviteit van case management voor mensen met ernstige psychiatrische problematiek. Het literatuuronderzoek is beperkt tot de selectie van systematische reviews (meta-analyses). Er is een antwoord gezocht op de vraag of er een objectief criterium bestaat waarmee case managementmodellen (zoals het makelaarsmodel, intensive case management en assertive community treatment) met elkaar vergeleken kunnen worden en wat dit betekent voor hun relatieve effectiviteit.

Bij de beoordeling van de effectiviteit is gebruik gemaakt van een door Rapp (1998) voorgesteld criterium voor de relatieve effectiviteit van case management dat steunt op de uitkomsten van empirisch onderzoek. Rapp voorspelt dat de effectiviteit van case management is gerelateerd aan de mate waarin de betrokken hulpverleners zélf in staat zijn diensten te verlenen, en deze zo min mogelijk van derden hoeven af te nemen. Omdat teams per definitie meer kwalificaties tot hun beschikking hebben, voorspelt Rapp tevens dat teams in potentie effectiever zijn dan afzonderlijk werkende individuen.

In dit artikel wordt geconcludeerd dat het oorspronkelijke makelaarsmodel van case management niet effectief is in het kader van de zorg voor patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen. Het model waarin een team de gezamenlijke verantwoordelijkheid heeft voor een aantal patiënten en waarin de belangrijkste disciplines aanwezig zijn (assertive community treatment), is het meest effectief. GGZ-instellingen die nog van het makelaarsmodel van case management uitgaan of andere eenvoudige modellen, waarin de case manager slechts in beperkte mate zelf ook hulp biedt, moeten zich realiseren dat voor deze activiteiten onvoldoende evidentie bestaat. Wel is er steun voor assertive community treatment en (in mindere mate) clinical case management (bemoeizorg).

In de slotparagraaf wordt de algemene conclusie van dit artikel gerelateerd aan de mate van ernst van de problematiek. Aldaar wordt voorgesteld om de

toepassing van de besproken methoden in de praktijk van de rehabilitatie te relateren aan de ernst van de problematiek van de betrokken patiënten.

## INLEIDING EN PROBLEEMSTELLING

Case management is een van de veelvoorkomende zorgarrangementen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). De term case management wordt in de literatuur op uiteenlopende wijze gedefinieerd (zie: Thornicroft 1991). Hier worden onder case management al die zorgarrangementen verstaan waarin de voor een doelgroep relevante zorgmodules in een gestructureerde en centraal geregisseerde samenhang worden gebracht. Zo beschouwd vertoont overigens elk goed ontwikkeld zorgprogramma wel kenmerken van case management.

Case management is oorspronkelijk in de VS ontwikkeld als alternatief voor klinische opnamen en als alternatief voor of als aanvulling op betrekkelijk los van elkaar opererende instellingen in het ambulante veld. Omdat gebrek aan samenhang in de zorg vooral manifest wordt in de zorgverlening aan mensen met ernstige, veelvoudige en chronische psychische problemen (waaronder verslavingen) zijn vooral voor deze doelgroepen case managementprogramma's ontwikkeld (zie ook: Kroon & Henselmans 2000). Er zijn diverse modellen van case management ontwikkeld. In box 1 staat een overzicht. In alle modellen is sprake van case management, maar alleen het makelaarsmodel *beperkt* zich tot deze functie, - in de overige case management-modellen biedt de case manager (zelf of in teamverband) in een bepaalde mate ook *zél*f hulp aan.

### Box 1.

#### MODELLEN VAN CASE MANAGEMENT

Mueser e.a. (1998) onderscheiden de volgende vormen van case management:

- het *makelaarsmodel* (zorgcoördinator) – dit model is bedoeld om verbindingen te leggen tussen zorgverleners onderling en tussen zorgverleners en cliënten;
- *clinical case management* (cliëntmentorschap) – in dit model verleent de case manager zelf ook hulp;
- *assertive community treatment* (betreft outreachend werkende teams) – dit model is ontwikkeld voor complexe problemen; het overstijgt de reikwijdte van de eerdere modellen en gaat uit van multidisciplinaire teams. In de praktijk bestaan er flinke verschillen in de uitwerking als gevolg van aanpassing aan lokale situatie en de karakteristieken van de cliënten;
- *intensive case management* (bemoeizorg) – dit model is bedoeld voor cliënten met hoge zorgconsumptie; er wordt uitgegaan van een lage case load bij de hulpverleners, assertive outreach en dienstverlening in de directe omgeving van de cliënt;
- *strenghts model*: in dit model ligt het focus op individuele potenties in plaats van op pathologie; de cliënt bepaalt zelf in welke richting de samenwerking zich ontwikkelt; de sociale omgeving wordt gezien als een bron van steun; contacten met de hulpverlener vinden plaats buiten de kantoren van de zorginstelling;
- het *rehabilitatie-model*: dit model komt overeen met het strenghts model doordat het de uitgesproken behoeften en doelen van de cliënt boven die van die van de het zorgsysteem stelt; in dit model ligt het accent op het leren van sociale vaardigheden opdat de cliënt zich maatschappelijk kan integreren.

Voor niet-ingewijden in de terminologie en zeker voor practici is de onderzoeksliteratuur over de diverse modellen van case management moeilijk toegankelijk. Verwarrend is dat de fervente voorvechters van bepaalde modellen elkaar bevechten om superioriteit, - evenzoveel onderzoekers staan klaar om de wetenschappelijke houdbaarheid van hun opvattingen te ondergraven of te bewijzen. Dit betekent niet dat we dan maar onze rug moeten keren naar het (wetenschappelijke) debat – integendeel. Uitspraken over 'bewezen effectiviteit' (of het tegendeel daarvan) zijn van buitengewoon belang voor de ontwikkeling van het vak. Nog belangrijker is echter dat we ook begrijpen *waarom* iets wel of niet effectief is. Helaas wordt deze vraag in effectiviteitsstudies weinig gesteld laat staan beantwoord. Dat is ook het geval bij het onderzoek naar case management.

De aandacht voor case management vindt zijn oorsprong in de vermaatschappelijking van de zorg en de politieke wens tot reductie van ziekenhuisopnamen. Veel effectstudies zijn toegespitst op de vraag of het aantal opnamen c.q. de totale opnameduur met case management kan worden beperkt. Wanneer de zorgsystemen echter evolueren naar een situatie waarin er sowieso minder klinische opnamen plaatsvinden, zal de aandacht meer gericht worden op de eventuele gunstige behandelresultaten van het model voor de cliënten en hun sociale omgeving (Latimer 1999).

De twee best onderzochte case managementmodellen zijn *assertive community treatment* en *clinical case management*. Het laatste model overlapt overigens sterk met *intensive case management* dat in Nederland, onder de vlag van 'bemoeizorg', veel aandacht heeft gekregen (Henselmans, 1993). Deze benaderingen, alsook de andere in de box aangeduide modellen, zijn in de jaren zeventig ontwikkeld als antwoord op de sluiting van psychiatrische ziekenhuizen. Met deze werkwijzen wordt beoogd om zieke mensen in contact te brengen met diverse hulpdiensten, opname te voorkomen, hospitalisatie te verminderen en de uitkomst (sociaal functioneren, kwaliteit van leven) te verbeteren. De werksoort kenmerkt zich door een lage staf/cliënten ratio, door outreachend te zijn én door op eigen initiatief te werken ('bemoeien'). Daarnaast wordt zorg in de eigen omgeving en hulp bij dagelijkse levensstaken geboden. Deze modellen richten zich direct tot de patiënten die zeer ernstige en instabiele psychiatrische stoornissen en verslavingsproblemen ervaren, weinig vaardigheden hebben en in sociaal opzicht in een zeer kwetsbare positie zich bevinden (dakloos, geen werk, prostitutie, et cetera).

Het belangrijkste verschil tussen beide benaderingen schuilt erin dat bij *assertive community treatment* sprake is van één multi-disciplinair team met een gedeelde case-load. De teamleden leveren zoveel mogelijk de diensten zelf. Het moreel van het *assertive community treatment*-team is heel belangrijk (Wingerson & Ries 1999). Bij *intensive case management* wordt de zorg verleend

door één casemanager. Niettemin moet de intensive case manager vaak een beroep doen op collega's van andere disciplines of instellingen. De samenwerking met die collega's is bij intensive case management echter minder intensief dan bij assertive community treatment, waar men last en verantwoordelijkheid voor één en dezelfde groep patiënten deelt.

## METHODE

In de literatuurbestanden van Medline, de databases van Cochrane en het NIWI én in de referenties van de gevonden artikelen is gezocht naar recente systematisch opgezette reviews (bij voorkeur meta-analyses) over het effect van case management voor mensen met ernstige psychische problemen. Uiteindelijk zijn vier reviews (waarvan twee Cochrane-studies) geselecteerd (Bedell e.a. 2000, Marshall e.a. 2001, Marshall & Lockwood 2001, Ziguras en Stuart 2000). Aangezien er ruim voldoende recente reviews beschikbaar waren, is er vanaf gezien nog andere (deel)studies in het overzicht te betrekken. Opmerkelijk is dat er geen Nederlands gerandomiseerd experimenteel onderzoek is verricht naar het effect van case management. Wel is eerder door Kroon en Henselmans (2000) een overzicht gemaakt van de varianten van case management.

Bedell e.a. hanteerden in hun analyse het door Rapp (1998) voorgestelde ultieme onderscheidingscriterium waarmee de diverse case managementmodellen met elkaar vergeleken kunnen worden. Rapp zocht naar de basiselementen van effectieve case managementpraktijk en kwam tot de volgende slotsom: de vraag in hoeverre case managers zelf de diverse diensten leveren of deze bemiddelen en betrekken van anderen is van cruciaal belang. Omdat in de andere reviews zo'n onderscheidend criterium ontbreekt, is het review van Bedell e.a. als uitgangspunt genomen en zijn de andere drie gebruikt om de houdbaarheid van de bevindingen van Bedell e.a. te verifiëren. De centrale vraag luidt aldus: zijn *full service*-programma's superieur?

## RESULTATEN EFFECTONDERZOEK

### *De superioriteit van full service programma's*

Er bestaan veel variëteiten in case management-modellen en daarmee corresponderende verschillen in effectiviteit. Bedell e.a. (2000) hebben met behulp van het criterium van Rapp een evaluatie gemaakt van acht reviews over case management. Zij zijn nagegaan of dit criterium inderdaad overeenkomst met de uitkomsten van evaluatiestudies naar de effectiviteit van modellen van case management voorspelt.

Bedell e.a. concluderen uit hun analyse dat alleen full service programma's uitgesproken effectief zijn op de meerderheid van de volgende acht criteria:

- het behouden van cliënten in de hulpverlening / het meewerken van de cliënt aan het programma;
- de afname van het aantal dagen van hospitalisatie;
- de verhoging van de kwaliteit van leven (quality of life);
- een verhoogd niveau van sociaal functioneren (level of functioning);
- een verminderd gebruik van voorzieningen (full service programma's zijn in dit opzicht overigens niet effectief);
- verminderde kosten van de behandeling en begeleiding;
- een afname van symptomen (matig *positieve* resultaten voor full service programma's, echter *negatieve* resultaten voor overige programma's);
- de tevredenheid van de cliënten.

Het makelaarsmodel is volgens hen duidelijk inferieur op deze variabelen in vergelijking tot een full service programma. Dit komt volgens Bedell e.a. door de afhankelijkheid van de case manager in dit model van andere voorzieningen in de omgeving. Intensive case management en het strenghts model zijn voorbeelden van *effectieve* hybride programma's. Ze zijn echter vooral effectief naarmate ze meer full service programma-elementen in zich dragen. De 'best practice' is volgens Bedell e.a. dus een full service programma. Ze menen verder dat het tijd is om de andere case managementmodellen, vooral als die sterk leunen op de bemiddeling van diensten, uit te bannen uit het repertoire van zorgarrangementen.

#### *De toets der kritiek*

We verkeren in de gelukkige omstandigheid dat we de conclusie van Bedell e.a. kunnen toetsen met behulp van een drietal andere – niet bij hun evaluatie betrokken, maar wel recente – reviews. Een eerste belangrijke bron van uitspraken over effectiviteit betreft twee Cochrane- reviews (Marshall e.a. 2001 en Marshall & Lockwood 2001). In beide Cochrane-reviews werd gebruik gemaakt van zeer strenge selectiecriteria. Hierdoor werden weinig studies opgenomen. Dit had echter onbedoeld als gevolg dat ze daardoor geen stevige onderbouwde conclusies konden trekken. De eerste studie (Marshall e.a.) was gericht op de effectiviteit van de diverse case management-modellen *exclusief* het assertive community treatment-model; de tweede studie (Marshall en Lockwood) was gericht op de vergelijking van assertive community treatment met andere vormen van zorg (waaronder case management). In tabel 1. staat een overzicht van de vier besproken reviews.

Tabel 1 Overzicht van literatuuroverzichten (w.o. meta-analyses) waarin de effectiviteit van methoden van case management met elkaar werden vergeleken

Auteurs	Type onderzoek	Onderzochte projecten / overzichtsstudies	Resultaten
Bedell e.a. (2000)	Evaluatie van de effectiviteit van case managementprogramma's zoals besproken in literatuuroverzichten	Het literatuuronderzoek was gebaseerd op 8 gepubliceerde reviews over case	Full service programma's (waaronder assertive community treatment) zijn het meest effectief op deze criteria: in contact blijven met

	aan de hand van het criterium of de case managers zelf diensten leveren (full service) of deze van andere voorzieningen betrekken (makelaarsmodel of hybride model).	management: Bond e.a. (1995), Chamberlain & Rapp (1991), Mueser e.a. (1998), Olfsen (1990), Rubin (1992), Scott & Dixon (1995) en Solomon (1992) en Test (1992).	hulpverlening, afname klinische opname, kostenreductie, vermindering symptomen en tevredenheid cliënten, - ze zijn matig effectief op de criteria toename kwaliteit van leven (QOL) en niveau van functioneren (LOF). Het makelaarsmodel vertoont overwegend inferieure resultaten op deze criteria; hybride programma's zijn effectiever dan die van het makelaarsmodel uitgaan maar minder effectief dan full service-programma's.
Marshall e.a. (2001)	Systematisch literatuuroverzicht naar de effectiviteit van case management als behandelstrategie voor mensen met ernstige psychische stoornissen ten opzichte van standaard sociaal-psychiatrische zorg. De beoordelingscriteria waren: aantal cliënten dat in contact blijft met de hulpverlening, de omvang van het aantal klinische opnames, klinische en sociale resultaten van de hulp én de kosten.	De onderzoekers selecteerden 11 RCT's uit een totaal van 67 gepubliceerde en ongepubliceerde onderzoeksverslagen waarin case management (zowel het makelaarsmodel als de andere typen case management, maar exclusief assertive community treatment) vergeleken werd met standaard sociaal-psychiatrische zorg en die gericht waren op mensen met psychische stoornissen tussen 18 en 65 jaar.	Case management leidt tot een toename van het aantal contacten met de hulpverlening (odds ratio = 0.70) en het aantal klinische opnames verdubbelt (odds ratio = 1.89). Behalve een verbetering van de therapietrouw konden de onderzoekers geen significante voordelen ontdekken van case management boven standaard zorg op enige psychiatrische of sociale variabele. Ook voor wat betreft de kosten lijkt case management eerder na- dan voordelen te hebben. Case management heeft een twijfelachtige waarde en hoort niet thuis in een evidence-based benadering van de geestelijke gezondheidszorg.
Marshall & Lockwood (2001)	Systematisch literatuuroverzicht naar de effectiviteit van assertive community treatment als behandelstrategie voor mensen met ernstige psychische stoornissen ten opzichte van standaard sociaal-psychiatrische zorg. De beoordelingscriteria waren: aantal cliënten dat in contact blijft met de hulpverlening, de omvang van het aantal klinische opnames, klinische en sociale resultaten van de hulp én de kosten	De onderzoekers selecteerden 6 RCT's uit een totaal van 75 gepubliceerde en ongepubliceerde onderzoeksverslagen waarin assertive community treatment vergeleken was met standaard sociaal-psychiatrische zorg en die gericht waren op mensen met psychische stoornissen tussen 18 en 65 jaar.	Assertive community treatment leidt tot een toename van het aantal contacten met de hulpverlening (odds ratio = 0.51), - het aantal klinische opnames was minder dan bij degenen die standaard zorg ontvingen (odds ratio = 0,59). De onderzoekers konden significante en robuuste verschillen vaststellen tussen assertive community treatment en standaard zorg op het gebied van de huisvesting, werk en de tevredenheid van de patiënt. Er waren geen verschillen op het gebied van de geestelijke toestand of het sociaal functioneren. Assertive community treatment leidt tot kostenreductie door de afname van de klinische opnames. De vorming van assertive community treatment-teams moet door beleidsmakers, hulpverleners en cliënten gestimuleerd worden.
Ziguras & Stuart (2000)	Meta-analyse gericht op gecontroleerde studies waarin de effectiviteit van case management werd onderzocht en in het bijzonder de relatieve effectiviteit van assertive community treatment en clinical case management werd nagegaan.	De onderzoekers analyseerden 44 studies: in 35 studies werd een vergelijking gemaakt tussen assertive community treatment of clinical case management met standaard sociaal-psychiatrische zorg, in 9 studies werd assertive community direct vergeleken met clinical case management.	Beide typen case management zijn effectiever dan standaard zorg op het vlak van vermindering van de draaglast voor de familie (r = .43), de tevredenheid van de familie met de ontvangen hulp (r = .42) en de totale kosten van de zorg (r = .13). Assertive community treatment leidde tot een vermindering van klinische opnames (r = .07), terwijl clinical case management het tegenovergestelde effect had (r = -.14), maar de opnames waren in dat geval wel korter (r = .28 versus r = .11) De beide typen zijn ongeveer even effectief in de vermindering van de symptomen, toename van contact met de hulpverlening, afname van drop out, verbetering van sociaal functioneren en verhoging van tevredenheid cliënt.

MARSHALL E.A. (2001).

In hun review naar de effectiviteit van case management uiten Marshall e.a. zich niet zo positief. Case management leidt tot toename van de contactduur met de hulpverlening en tot stijging van de totale opnametijd in klinische voorzieningen. Er is een kleine verbetering van de compliance met het hulpaanbod te registreren. Echter, er kunnen geen verbeteringen op de klinisch relevante variabelen (sociaal functioneren, kwaliteit van leven) vastgesteld worden. Mede vanwege de verhoging van de kosten van de zorg die met dit case managementmodel gepaard gaat achten Marshall e.a. het twijfelachtig of deze activiteit nog verricht mag worden in het reguliere zorgaanbod. Deze conclusie komt gedeeltelijk overeen met die van Bedell e.a. Helaas maakten Marshall e.a. geen onderscheid in de verschillende case management-modellen, zodat de relatieve effectiviteit van hybride vormen van case management op grond van deze studie niet bekend is.

MARSHALL EN LOCKWOOD (2001).

Marshall en Lockwood hebben een meta-analyse uitgevoerd naar de effectiviteit van assertive community treatment en vergeleken dit model met (a) 'gebruikelijke hulp' (standaard ambulante hulp; verbetering liet zich vooral tonen in onder andere: huisvesting, werkgelegenheid, tevredenheid patiënt), (b) rehabilitatieactiviteiten vanuit een ziekenhuis (kleine verschillen, met name met betrekking tot opname duur) en (c) traditioneel case management (met name het makelaarsmodel). Ze stelden vast dat assertive community treatment een klinisch effectieve benadering is om de zorg van ernstig psychisch zieke mensen in het ambulante veld in goede banen te leiden. Assertive community treatment kan de kosten van de klinische opname substantieel verminderen, de 'uitkomst' verbeteren alsmede de tevredenheid met de geboden hulp. Ze maten een hogere contactfrequentie, minder klinische opnamen, kortere totale opnametijd en betere vooruitzichten op huisvesting en werk. De vorming van assertive community treatment-teams moet dan ook, menen zij, door beleidsmakers, hulpverleners en consumenten ondersteund worden. Het review van Marshall en Lockwood steunt dus de stelling van Bedell e.a. dat full service-programma's het meest effectief zijn.

ZIGURAS EN STUART (2000).

Tot slot bespreken we de uitkomsten van het review van Ziguras en Stuart (2000). Deze auteurs verrichtten een meta-analyse naar de effectiviteit van case management en een vergelijking van assertive community treatment met clinical case management. Ze hebben daarin gebruik gemaakt van alle relevante gecontroleerde studies naar case management tussen 1980 en 1998 waarin een vergelijking was gemaakt met de resultaten van zorgverlening zónder case management. Ze berekenden de gecombineerde effectgroottes en significantieniveaus op 12 uitkomstmaten, die zij ontleenden aan Thornicroft (1991), en ze verrichtten uitvoerige statistische analyses.

Ziguras en Stuart repliceerden de beide Cochrane studies maar verbreedden de inclusiecriteria en brachten nuancerings aan. Het doel van hun onderzoek was enerzijds een meta-analyse van de resultaten van gecontroleerde studies naar het effect van case management en anderzijds een meta-analyse naar de uitkomsten van een vergelijking tussen assertive community treatment en clinical case management. In de studie van Marshall e.a. was clinical case management niet onderscheiden van de overige modellen.

Ze selecteerden uiteindelijk 44 studies. In 35 daarvan werd assertive community treatment of clinical case management vergeleken met gebruikelijke hulp (standaard); in 9 was assertive community treatment vergeleken met clinical case management. Ze stelden vast dat assertive community treatment en clinical case management effectiever waren dan gebruikelijke hulp (standaard) op de volgende aspecten: de belasting én de tevredenheid van het gezin of de verwanten, de tevredenheid met de dienstverlening én de kosten van de zorg. Het totale aantal klinische opnamen en het aantal gehospitaliseerde cliënten werd met assertive community treatment teruggebracht. Deze namen echter toe in programma's op grond van het clinical case managementmodel. In beide programma's nam het aantal opnamedagen af, maar assertive community treatment was in dat opzicht significant effectiever.

Met clinical case management werden weliswaar meer klinische opnamen gerealiseerd dan bij gebruikelijke hulp (standaard), maar de opnameduur was korter. Daardoor nam het totale aantal opnamedagen af. Zowel clinical case management als assertive community treatment waren even effectief in het reduceren van symptomen, het intensiveren van het contact met hulpdiensten, het verminderen van de drop-out-ratio's, het verbeteren van het sociaal functioneren en het vergroten van de cliëntsatisfactie. Ziguras en Stuart concludeerden dat beide typen leiden tot kleine tot bescheiden verbeteringen in de effectiviteit van de hulpdiensten. Assertive community treatment heeft slechts bepaalde extra voordelen bij het verminderen van klinische opnames. Ziguras en Stuart menen dat assertive community treatment gericht moet worden op cliënten die de grootste kans maken op klinische opname. Samen met clinical case management behoort deze vorm volgens hen standaard deel uit te maken van de gebruikelijke hulpprogramma's. Hoewel de onderlinge verschillen niet groot zijn, bevestigen de uitkomsten van deze analyse eveneens de stelling van Bedell e.a. dat assertive community treatment de meest effectieve vorm van case management is, gevolgd door hybride programma's (zoals in dit review het clinical case management model).

#### VERSCHILLEN TUSSEN DE BESPROKEN REVIEWS.

Het belangrijkste verschil tussen de studie van Ziguras en Stuart én de beide Cochrane-studies was dat door de hantering van ruimere selectiecriteria de *power* (de waarde waarmee men aangeeft dat de nul-hypothese terecht is verworpen) van de analyse is toegenomen en er over een breder domein



conclusies konden worden getrokken. De resultaten geven volgens Ziguras en Stuart aan dat de effectiviteit van de door hen onderzochte modellen van case management in feite wordt ondergewaardeerd. Bovendien ontstaat er door een groter aantal studies een groter bereik van verschillende vormen van hulp en in nogal van elkaar verschillende locaties. Daardoor neemt het vertrouwen in de generalisatiemogelijkheid van de resultaten voor de gehele (geestelijke) gezondheidszorg toe. De uitkomsten zijn weliswaar niet opzienbarend maar komen wel overeen met andere effectstudies naar nieuwe vormen van hulp.

Het effect van case management mag ook weer niet overschat worden. Volgens Ziguras en Stuart is het van belang zich te realiseren dat de effectiviteit van case management gerelateerd kan zijn aan andere factoren dan aan de kenmerken van het model zelf: de beschikbaarheid van hulpbronnen in de omgeving, de relatie tussen cliënt en hulpverlener of behandelaar, de beschikbaarheid van personeel, de financiering et cetera. Bovendien is het van belang vast te stellen dat case management niet voor iedereen geschikt is – hierover zijn echter weinig specifieke criteria bekend.

## CONCLUSIE

Het door Rapp (1989) voorgestelde criterium voor het onderscheid van modellen van case management blijkt te voldoen als voorspeller van de mate van effectiviteit. Uit de besproken reviews kunnen we afleiden dat er voor de toepassing van case managementmethoden zoals assertive community treatment en (in mindere mate) clinical case management voor mensen met ernstige psychische problemen voldoende evidentie bestaat. De programma's lijken des te effectiever naarmate ze meer full service programma-elementen in zich dragen.

GGZ-instellingen die nog van het makelaarsmodel van case management uitgaan of andere eenvoudige modellen waarin de case manager slechts in beperkte mate zelf ook hulp biedt, moeten zich dus realiseren dat voor deze activiteiten onvoldoende evidentie bestaat. Wel is er steun voor assertive community treatment en (in mindere mate) clinical case management (bemoeizorg).

## DISCUSSIE

In deze bespreking is gebruik gemaakt van enkele reviews die elkaar, voor wat betreft het onderliggende materiaal gedeeltelijk overlappen. Dit is inherent aan reviews die zich baseren op studies uit een periode van 10 of meer jaar. De beide Cochrane reviews (Marshall e.a., 2001; Marshall & Lockwood, 2001) zijn duidelijk op elkaar afgestemd en hebben door de verschillende vraagstelling ook verschillende studies geïnccludeerd. Dit geldt uitdrukkelijk niet voor het review van Ziguras en Stuart (2000). Dit was een replicatie van de Cochrane reviews,

echter vanwege ruimere inclusiecriteria strijkt het zich uit over veel meer onderzoeken. Hierdoor is de statistische power toegenomen.

Case management kan een onderdeel vormen van goed gestructureerde zorg voor chronische patiënten. Het risico bestaat dat van case management teveel wordt verwacht. Een te grote nadruk op monitoring van cliënten kan resulteren in meer klinische opnamen en minder cliëntsatisfactie omdat de cliënten het gevoel hebben dat de casemanagers opdringerig en bemoeizuchtig zijn. Ook in de meest geavanceerde uitwerking is case management beslist geen wondermiddel. Het is daarom van belang de voorwaarden te bestuderen die case management een grotere kans op resultaat geven. Voorbeelden van zulke voorwaarden zijn de wijze van implementatie, de specifiek lokale omstandigheden én de motivatie van de cliënt en/of de hulpverlener.

### *Vermaatschappelijking van de zorg*

Case management is ontstaan in het kielzog van de modernisering en vermaatschappelijking van de GGZ. Omdat deze sector sterk in beweging is, veranderen de werkwijzen en zorgarrangementen bij voortduring en hebben effectstudies van specifieke werkwijzen slechts een beperkte en/of tijdelijke geldigheid. Het is kortom van belang het 'genetische' perspectief goed voor ogen te houden: de ontwikkelingen in de zorg verlopen betrekkelijk snel; begrippen en concepten veranderen in korte tijd; bepaalde evaluatiestudies zijn na verloop van tijd weer verouderd.

In de meeste beschouwingen over case management mist men helaas een goede analyse van de gebruikelijke hulpprogramma's waarvoor case management een alternatief, of tenminste een aanvulling, wil zijn. Zo kan het de onderzoekers ontgaan dat de gebruikelijke, sociaal-psychiatrische hulp reeds de werkzame elementen van case management in zich bergt zodat de meerwaarde van het alternatieve programma wellicht minder is dan wordt verwacht.

Hier komt bij dat de vergelijking met standaard zorgverlening in zoverre óók lastig is omdat wat geldt voor de nieuwe modellen (namelijk dat ze niet voldoende scherp gedefinieerd en geoperationaliseerd zijn) nog meer geldt voor de standaard zorg waarmee ze in effectstudies vergeleken worden.

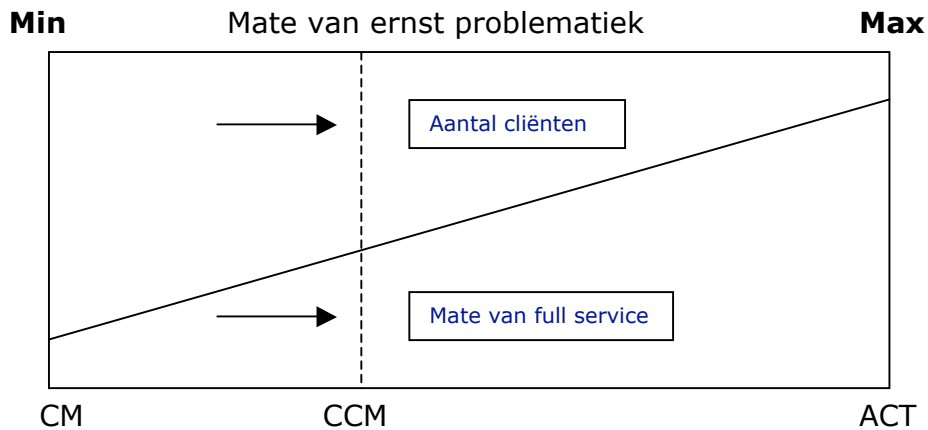
In de VS zijn volgens Tyrer (2000) assertive community treatment-teams vaak opgezet in een 'desert' van community care. Dat is heel anders dan in West-Europa. Veel reviewers (zoals Marshall e.a. 2001) hebben dit aspect niet opgemerkt: de gebruikelijke hulp (standaard) is in de afgelopen 20 jaar enorm verbeterd en kan daarom succesvol concurreren met de formele kenmerken van assertive community treatment en intensive case management. We kunnen dan ook verwachten dat toekomstige reviews afnemende 'meereffecten' zullen laten zien.

### *Differentiatie naar ernst en omvang van de problematiek*

De in dit artikel besproken studies naar de effectiviteit van diverse modellen van case management hadden betrekking op patiënten met ernstige psychiatrische en bijkomende sociale problematiek. Voor deze patiëntengroepen geldt dat assertive community treatment globaal genomen de meest effectieve werkwijze is. Hierbij is het cruciaal dat er sprake is van een team dat zelf veel kwalificaties in zich verenigt. Zorgmentoren of bemoeizorgers of hoe ze maar mogen worden aangeduid, die op de keper beschouwd steeds weer een beroep moeten doen op anderen, zijn voor de meest problematisch doelgroep minder effectief.

Het is goed mogelijk dat er in de komende jaren studies gepubliceerd worden waarmee de in dit artikel getrokken conclusies weer ter discussie kunnen worden gesteld. Daarbij is het van belang bij de beoordeling van nieuwe effectiviteitsstudies de aandacht te richten op de *kenmerken* van de onderzochte groep patiënten. Het is namelijk goed mogelijk dat de meerwaarde van full service-programma's pas te gelde kan worden gemaakt naarmate de ernst van de problematiek zeer groot is. De noodzaak tot full service-werken is – zo kunnen we vermoeden – waarschijnlijk sterk afhankelijk van de mate van ernst van de problematiek. De noodzaak van assertive community treatment-teams vervalt dus als de problematiek minder ernstig is. Assertive community treatment is dan waarschijnlijk een te dure werkwijze. We kunnen dan volstaan met case managers die voldoende toegerust zijn om zelf essentiële hulp te bieden. Het is zelfs mogelijk dat er bij de groep patiënten met relatief lichte problematiek ook nog wel enige evidentie te vinden is voor het traditionele case management-model, waarin door de hulpverlener slechts een makelaarsfunctie wordt vervuld. Een groot deel van het werk van huisartsen is ook op te vatten als een vorm van 'case management', omdat ze vaak niet meer doen dan als verkeersagent hun patiënten de weg wijzen, voorstellen een andere kant op te gaan of met verwijsbriefjes een volgende fase in het zorgproces mogelijk te maken.

In figuur 1. is de voorgaande hypothese samengevat. De figuur brengt in beeld dat bij een minder ernstige problematiek wellicht met case management (CM) kan worden volstaan. Het betreft waarschijnlijk de grootste groep patiënten. Clinical case management (CCM, of een vergelijkbaar intensievere werkwijze) is geboden als de problematiek ernstiger vormen heeft aangenomen. Assertive community treatment (ACT) is dan vooral geïndiceerd bij patiëntengroepen met zeer ernstige problematiek. Uit de figuur valt af te leiden dat het in zo'n geval waarschijnlijk om een relatief kleine groep patiënten gaat. Mutatis mutandis is bij zeer ernstige problematiek traditioneel case management een niet of nauwelijks effectieve werkmethode.



Figuur 1.

### Implementatie

Het rendement van het beste (meest werkzame) model is afhankelijk van de wijze waarop het wordt geïmplementeerd. Het is dus van belang op te passen voor een te grote fixatie op de bevindingen uit de literatuur: modellen en richtlijnen implementeren zich niet vanzelf. Er bestaat een groot verschil tussen werkzaamheid en effectieve toepassing in de praktijk. Torrey e.a. (2001) merken in dit verband op dat er een discrepantie is tussen de publicatie en verspreiding van richtlijnen én de verandering van de praktijk van hulpverleners. Modelprogramma's raken helaas vaak in de vergetelheid nadat de demonstratie of het onderzoeksproject is beëindigd. Het is te hopen dat dit niet gebeurt met de uitkomsten van de in dit artikel besproken overzichtsstudies.

### LITERATUUR

Bond, G.R., McGrew, J.H. & Fekete, D.M. (1995). Assertive outreach for frequent users of psychiatric hospitals: a meta-analysis. *J Ment Health Adm*, 22, 4-16.

Bedell, J.R., Cohen, N.L. & Sullivan, A. (2000). Case management: the current best practices and the next generation of innovation. *Community Ment Health J*, 36, 179-194.

Chamberlain, R. & Rapp, C.A. (1991). A decade of case management: a methodological review of outcome research. *Community Ment Health J*, 27, 171-188.

Clark, R.E., Teague, G.B., Ricketts, S.K., Bush, P.W., Xie, H., McGuire, T.G., Drake, R.E., McHugo, G.J., Keller, A.M. & Zubkoff, M. (1998). Cost-effectiveness of assertive community treatment versus standard case management for persons

with co-occurring severe mental illness and substance use disorders. *Health Serv Res*, 33, 1285-1308.

Drake, R.E. & Mueser, K.T. (2000). Psychosocial approaches to dual diagnosis. *Schizophr Bull*, 26, 105-118.

Fiander, M. & Burns, T. (2000). A Delphi approach to describing service models of community mental health practice. *Psychiatr Serv*, 51, 656-668.

Henselmans, H. (1993). Bemoeizorg : ongevraagde hulp voor psychotische patiënten. Dissertatie. Delft: Eburon.

Kroon, H. & Henelmans, H. (2000). Varianten van case-management en hun resultaten. In G. Pieters & M. van der Gaag (Red.), *Rehabilitatiestrategieën bij schizofrenie en langdurig zorgafhankelijke patiënten* (pp. 41-57). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Latimer, E.A. (1999). Economic impacts of assertive community treatment: a review of the literature. *Can J Psychiatry*, 44, 443-454.

Marshall, M. & Lockwood, A. (2001). Assertive community treatment for people with severe mental disorders (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 1, Oxford: Update Software.

Marshall, M., Gray, A., Lockwood, A. & Green, R. (2001). Case management for people with severe mental disorders (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 1, Oxford: Update Software.

McHugo, G.J., Hargreaves, W., Drake, R.E., Clark, R.E., Xie, H., Bond, G.R. & Burns, B.J. (1998). Methodological issues in assertive community treatment studies. *Am J Orthopsychiatry*, 68, 246-260.

Mueser, K.T., Bond, G.R., Drake, R.E. & Resnick, S.G. (1998). Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophr Bull*, 24, 37-74.

Olfson, M. (1990). Assertive community treatment: An evaluation of the experimental evidence. *Hospital and Community Psychiatry*, 19, 797-806.

Rapp, R.C., Siegal, H.A., Li, L. & Saha, P. (1998). Predicting postprimary treatment services and drug use outcome: a multivariate analysis. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 24, 603-615.

Rosenheck, R. (2000). Cost-effectiveness of services for mentally ill homeless people: the application of research to policy and practice. *Am J Psychiatry*, 157, 1563-1570.

Rubin, A. (1992). Is case management effective for people with serious mental illness? A research review. *Health Soc Work*, 17, 138-150.

Scott, J.E. & Dixon, L.B. (1995). Assertive community treatment and case management for schizophrenia. *Schizophr Bull*, 21, 657-668.

Solomon, P. (1992). The efficacy of case management services for severely mentally disabled clients. *Community Ment Health J*, 28, 163-180.

Tansella, M. & Thornicroft, G. (1998). A conceptual framework for mental health services: the matrix model. *Psychol Med*, 28, 503-508.

Test, M.A. (1992). Training in community living. In R.P. Liberman (ed.), *Handbook of psychiatric rehabilitation*. New York, NY: Macmillan Publishing Company, pp. 153-170.

Thornicroft, G. (1991). The concept of case management for long-term mental illness. *International Review of Psychiatry*, 3, 125-132.

Torrey, W.C., Drake, R.E., Dixon, L., Burns, B.J., Flynn, L., Rush, A.J., Clark, R.E. & Klatzker, D. (2001). Implementing evidence-based practices for persons with severe mental illnesses. *Psychiatr Serv*, 52, 45-50.

Wingerson, D. & Ries, R.K. (1999). Assertive Community Treatment for patients with chronic and severe mental illness who abuse drugs. *J Psychoactive Drugs*, 31, 13-18.

Ziguras, S.J. & Stuart, G.W. (2000). A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatr Serv*, 51, 1410-1421.