

Case Management en Verslaving. Verslag van een rondgang door de literatuur over effectiviteit.

Jaap van der Stel

maandag 26 februari 2001

1. INLEIDING

In dit rapport ga ik na of case management een effectieve werkwijze is voor mensen met ernstige verslavingsproblemen en bijkomende problematiek. Omdat de onderzoeksliteratuur naar de effectiviteit van case management voor verslaafden heel schaars is, gaat de aandacht hier ook uit naar de uitgebreidere literatuur over case management voor mensen met ernstige psychische problematiek. Uit dit rapport zal overigens blijken dat daaruit niet zomaar conclusies kunnen worden getrokken voor de doelgroep verslaafden. Wel lijkt deze literatuur relevant voor zover deze ook betrekking heeft op de groep cliënten met dual diagnosis. GGZ en verslavingszorg hebben met elkaar qua problematiek overlappende doelgroepen veel gemeen.

De opdracht voor dit rapport werd verleend door prof dr GM Schippers (AIAR). Hij heeft ook de eerdere versies van dit rapport becommentarieerd en suggesties gedaan voor verbetering ervan.

1.1. Wat is case management?

De term case management wordt in de literatuur op uiteenlopende wijze gedefinieerd. In het algemeen is er ook weinig consensus over de wijze waarop case management-modellen moeten worden gespecificeerd (zie: Thornicroft 1991). In dit rapport heeft deze term betrekking op *al die zorgarrangementen waarin de voor een doelgroep relevante zorgmodules in een gestructureerde en centraal geregisseerde samenhang worden gebracht*. Zo beschouwd is elk goed ontwikkeld zorgprogramma een vorm van case management. Case management is oorspronkelijk ontwikkeld als alternatief voor klinische opnamen en als alternatief voor c.q. 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. In de VS, waar het meeste onderzoek naar case management is verricht, worden diverse vormen van case management onderscheiden. Mueser et al. (1998) onderscheiden de volgende vormen van case management:

- het al dan niet uitgebreide makelaarsmodel – dit model is bedoeld om verbindingen tussen zorgverleners te leggen;
- clinical case management – in dit model moet de case manager ook hulp verlenen;
- assertive community treatment – 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 – dit model is bedoeld voor cliënten met hoge zorgconsumptie; er wordt uitgegaan van een lage case load, 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 relatie met de case manager is essentieel; de cliënt bepaalt zelf in welke richting de samenwerking zich ontwikkelt; de samenleving wordt gezien als een bron van steun, dus niet als een ‘obstakel’; contacten met de hulpverlener vinden plaats buiten de kantoren van de zorginstelling; uitgangspunt is: mensen met ernstige problemen kunnen leren, groeien en veranderen;
- rehabilitatie-model.

Behalve binnen het al dan niet uitgebreide makelaarsmodel biedt de case manager in alle case management-modellen rechtstreeks hulp aan. (De term case management is dus enigszins misleidend. Het zou eigenlijk beter zijn te spreken van vormen van community care.)

Wolf et al. hebben in hun rapportage over de literatuur over case management voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen een overzicht gegeven van de diverse kenmerken van case management. In hun rapport gaan ze in op de achtergronden van case management, doelstellingen, doelgroep en bereik, karakteristieken van de interventies die vallen onder case management:

- basisfuncties,
- therapeutische en dienstverlenende taken,
- principes van case management,
- de locatie van het aanbod,
- modellen (makelaar, assertive community treatment en intensive case management [het laatste model wordt gezien als een variant van assertive community treatment, - het belangrijkste verschil is dat assertive community treatment werkt met een team), strenghts model, clinical case management), knelpunten en uitdagingen.

Verder behandelen ze de organisatie van case management (personeel, case load), afstemming en samenhang, criteria van het case managementmodel (structuur, organisatie, inhoud) en de voorwaarden voor succes: probleemanalyse en omschrijving doelstellingen en misse, implementatie, financiering, personeel, extra budget, netwerk voorzieningen, informatievoorziening en onderzoek.

De aandacht voor case management vindt zijn oorsprong in de vermaatschappelijking van de zorg en de 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 klinische effecten/voordelen van het model (Latimer 1999).

De twee best onderzochte case managementmodellen zijn *assertive community treatment* en *intensive case management*. Beide benaderingen zijn ontwikkeld in de jaren zeventig als antwoord op de sluiting van psychiatrische ziekenhuizen. Ze pogen 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 lage staf/cliënten ratio, outreachend en op eigen initiatief werken (bemoeizorg), zorg in de

eigen omgeving en hulp bij dagelijkse levensstaken. Beide modellen richten zich direct tot de patiënten die zeer ernstige en onstabiele psychiatrische stoornissen hebben, weinig functionele capaciteiten hebben en verslavingsproblemen ervaren.

Het 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. Deze verleent dus zelf ook hulp, hetgeen in het makelaarsmodel niet het geval is. 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.

In de praktijk blijken er bij beide varianten flinke verschillen te bestaan in de wijze waarop de modellen worden toegepast. Dat komt door aanpassing van het model aan de lokale situatie, de karakteristieken van de cliënten en doordat men zich vaak niet consequent houdt aan de karakteristieken van het model.

Veel onderzoekers (zoals Mueser et al. 1998 - zie paragraaf 2.1.3) hebben deze twee modellen in hun beschouwing samengetrokken. Zoals we hieronder zullen zien is dat niet terecht. Uit het review van Bedell et al. (2000 – zie paragraaf 2.1.4) blijkt dat de mate waarin de case managers zélf de diensten leveren of deze (gedeeltelijk) betrekken van anderen een cruciale factor te zijn in de mate waarin het programma effectief is. De eerste variant, die overeenkomt met het *assertive community treatment* model komt daarbij naar voren als duidelijk effectiever dan de *intensive case management*.

1.2. Doel van deze studie

Doel van dit rapport is de onderbouwing van een protocol dat door de Amsterdamse instellingen en de Jellinek en de GG&GD wordt ontwikkeld voor de zorg aan chronische verslaafden. Een versie van dit protocol is het Cliëntmentorschap Support (Osseman et al. 2000). Omdat het protocol een werkwijze voorstelt die gelijkenis heeft met *assertive community treatment* en *intensive case management* is het van belang vooral de literatuur hierover te bekijken.

1.3. Methode

Dit rapport bouwt voort op eerder in dit kader uitgevoerde literatuurrapportages. Allereerst is er een in opdracht van de Jellinek uitgevoerde, maar niet afgeronde, studie van Osseman. Voorts is er de studie van Wolf et al (2000 in druk) van de literatuur over case management voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen. Het rapport van Osseman bevat geen overzicht van effectstudies. Dit is wel aanwezig in het rapport van Wolf et al. Daarin zijn echter niet de beschikbare meta analyses opgenomen naar het effect van case management voor mensen met ernstige psychische problematiek. In het onderhavige rapport is daarom gepoogd deze omissie recht te zetten. Ik heb in de literatuurbestanden van Medline en in de databases van Cochrane gezocht naar recente meta analyses naar de effecten van case management voor mensen met ernstige psychische problemen (bij voorkeur ook inclusief een dubbele diagnose).

Dit leverde vijf uiterst belangrijke reviews op (waarvan twee van Cochrane). Opmerkelijk is dat er in het geheel geen Nederlands effectonderzoek beschikbaar is naar het effect van case management.

In het moderne onderzoek naar de effectiviteit van behandelmodaliteiten wordt er naar gestreefd het evidentieniveau waarop de vastgestelde effectiviteit betrekking heeft te specificeren. In de onderstaande box staan de vier niveaus van evidentie vermeld zoals die in aansluiting op de werkwijze van *The Cochrane Collaboration* zijn opgesteld door het *Joana Briggs Institute* in Australië en Nieuw-Zeeland.

Helaas is het veelgeciteerde *TIP* (Siegal 1998) over case management voor verslaafden voornamelijk op evidentieniveau 4 gebaseerd. Om die reden is dit protocol niet meegenomen in het onderhavige rapport.

Levels of Evidence

Level I

Evidence obtained from a systematic review of all relevant randomised controlled trials.

Level II

Evidence obtained from at least one properly designed randomised controlled trial.

Level III.1

Evidence obtained from well designed controlled trials without randomisation.

Level III.2

Evidence obtained from well designed cohort or case control analytic studies preferably from more than one centre or research group.

Level III.3

Evidence obtained from multiple time series with or without the intervention.
Dramatic results in uncontrolled experiments.

Level IV

Opinion of respected authorities, based on clinical experience, descriptive studies, or reports of expert committees.

(The Joanna Briggs Institute, 2000).

2. RESULTATEN

De resultaten zijn als volgt geordend: : allereerst (paragraaf 2) bespreek ik vijf recente reviews (meta analyses) naar de effecten van case management voor mensen met ernstige psychische problemen. In deze reviews zijn ook studies opgenomen die betrekking hebben op mensen met

een dubbele diagnose (verslaving en een andere vorm van psychiatrische stoornis). De uitspraken die op basis van deze reviews gedaan kunnen worden staan allemaal op niveau 1. Daarna (paragraaf 3) bespreek ik de – veel beperktere – literatuur over case managementstudies die uitsluitend gaat over mensen met dual diagnosis (paragraaf 3.1) en die over mensen met complexe verslavingsproblemen (paragraaf 3.2). Deze paragraaf is hoofdzakelijk gebaseerd op de studie van Wolf et al. De studies in paragraaf drie bewegen zich op evidentieniveau 2 maar meestal op niveau 3.

2.1 Effecten van case management

In de hierna volgende subparagrafen bespreek ik de volgende reviews:

- Marshall et al. (2001) en Marshall & Lockwood (2001): reviews uitgevoerd in het kader van *The Cochrane Collaboration* – gebruikmakend van strenge inclusiecriteria. De eerste studie (voor het laatst geactualiseerd in februari 1997) was gericht op de effectiviteit van het traditionele case managementmodel; de tweede studie (voor het laatst geactualiseerd in februari 1998) was gericht op de vergelijking van assertive community treatment met andere vormen van zorg (waaronder andere vormen van case management);
- Ziguras en Stuart (2000) verrichtten een replicatie van het onderzoek van Marshall et al. Enerzijds verrichtten zij 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. Ze selecteerden 44 studies. Een essentieel verschil met het onderzoek van Marshall et al. was dat zij hun inclusiecriteria verbreedden.
- Mueser et al. (1998): gebaseerd op 75 studies naar de effectiviteit van case management – gebruikmakend van relatief strenge inclusiecriteria;
- Bedell et al. (2000): gebaseerd op 8 eerder uitgevoerde reviews (inclusief dat van Mueser et al., doch exclusief de Cochranereviews [zie hieronder]). Zij relateerden de effectiviteit van case managementmodellen aan de mate waarin de case managers de diensten zelf aanbieden of deze bemiddelen en betrekken van anderen;

2.1.1. Review van Marshall et al. (Cochrane 2001) en Marshall & Lockwood (Cochrane 2001)

Een eerste belangrijke bron van uitspraken over effectiviteit betreffen de beide Cochrane-reviews.

In hun review naar de effectiviteit van het traditionele case managementmodel uiten Marshall et al. zich niet zo positief. Case management (volgens het makelaarsmodel) 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 model gepaard gaat achten Marshall et al. het twijfelachtig of deze vorm nog aangeboden mag worden in het reguliere zorgaanbod.*

Marshall en Lockwood hebben een meta-analyse uitgevoerd naar de effectiviteit van assertive community treatment. Assertive community treatment hebben zij vergeleken met (a) 'gebruikelijke hulp' (standaard ambulante hulp; verbetering liet zich vooral tonen in onder

andere: huisvesting, werkgelegenheid, tevredenheid patiënt), (b) hospital-based rehabilitation services (kleine verschillen, met name met betrekking tot opname duur), (c) traditionele case management (makelaarsmodel; assertive community treatment leidt tot kortere klinische opnamen; echter: onvoldoende data om robuuste uitspraken te onderbouwen met betrekking tot sociale en klinische uitkomsten).

De algemene conclusie van Marshall & Lockwood is dat assertive community treatment een klinisch effectieve benadering is om de zorg van ernstig psychisch zieke mensen te managen in het kader van community care. Assertive community treatment kan – mits de doelgroep kan worden bereikt – de kosten van de klinische opname substantieel verminderen, de ‘uitkomst’ verbeteren alsook de én 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.

In beide reviews werd gebruik gemaakt van zeer strenge selectiecriteria – daardoor werden weinig studies opgenomen. Maar, met als onbedoeld gevolg dat ze daardoor geen stevige onderbouwde conclusies konden trekken.

2.1.2. Review van Ziguras & Stuart (2000)

Vervolgens bespreek ik de uitkomsten van het belangrijke review naar de effectiviteit van case management van Ziguras en Stuart. Zij 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 ‘outcome domains’ en verrichtten uitvoerige statistische analyses.

Ziguras en Stuart deden een replicatie van het onderzoek van Marshall et al., maar met verbreding van de inclusiecriteria. 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. De nuancering die Ziguras en Stuart aanbrachten in de selectiecriteria leidde tot inclusie van studies waarbij sprake was van dual diagnosis maar exclusie van louter verslavingsstudies.

Ze selecteerden uiteindelijk 44 studies. In 35 daarvan was 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 beide laatstgenoemde typen case management effectiever waren dan gebruikelijke hulp (standaard) op de volgende aspecten: belasting gezin, tevredenheid gezin, tevredenheid met dienstverlening, kosten van de zorg. Het totale aantal klinische opnamen en het aantal gehospitaliseerde cliënten werd teruggebracht met assertive community treatment. Deze namen echter toe met het model van clinical case management-programma's. In beide programma's nam het aantal opnamedagen af, maar assertive community treatment was significant effectiever. Met clinical case management werden weliswaar meer klinische opnamen gerealiseerd dan bij gebruikelijke hulp (standaard), maar de opnameduur was korter. Daardoor nam in totaal het

aantal opnamedagen af. Beide methoden 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 concluderen dat beide typen leidden tot kleine tot bescheiden verbeteringen in de effectiviteit van de hulpdiensten. Assertive community treatment had 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 vormen standaard deel uit te maken van de gebruikelijke hulpprogramma's.*

Het belangrijkste verschil met de studies van Marshall et al. was dat door de hantering van ruimere selectiecriteria de *power* 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 case management in feite wordt ondergewaardeerd. Bovendien, door groter aantal studies ontstaat een groter bereik van verschillende vormen van hulp en in nogal van elkaar verschillende locaties. Daardoor is er meer vertrouwen in de generalisatiemogelijkheid van de resultaten voor de gehele (geestelijke) gezondheidszorg. De uitkomsten zijn desalniettemin niet opzienarend maar komen wel overeen met andere effectstudies naar nieuwe hulpvormen. Ziguras en Stuart concluderen dat het effect van case management niet moet overdreven worden maar ook niet geringschat mag worden.

De gehanteerde definities van assertive community treatment of clinical case management zijn discutabel; Ziguras en Stuart stellen voor om gebruik te maken van de 12 dimensies die Thornicroft heeft voorgesteld. Volgens hen is het van belang zich te realiseren dat de effectiviteit van case management gerelateerd kan zijn aan andere factoren dan het model zelf: beschikbaarheid hulpbronnen in de omgeving, de relatie cliënt-behandelaar, beschikbaarheid personeel, financiering e.d. We moeten ons realiseren dat case management niet voor iedereen geschikt is – hierover is nog weinig specifiek bekend.

2.1.3. Review van Mueser et al. (1998)

Mueser et al publiceerden eerder een review. In dat review is het resultaat gepresenteerd van 75 studies naar de effectiviteit van een of meer modellen van case management – gebruikmakend van relatief strenge inclusiecriteria. De resultaten zijn:

- *Tijd in ziekenhuis.* Op deze variabele zijn de meest consistente effecten van assertive community treatment en intensive case management te zien: verminderde tijd gependend in ziekenhuis / verbeterde stabiliteit huisvesting.
- *Stabiliteit huisvesting.* Deze variabele is uiteraard gerelateerd aan die van de klinische opname. Het onderzoek geeft aan dat case management in meeste studies de huisvestingssituatie verbetert.
- *Tijd in detentie.* Er zijn weinig studies die een vermindering laten zien.
- *Symptomen.* De case management-programma's zijn vaak gericht op minder 'daily stressors' en minder afhankelijkheid of misbruik van psychoactieve stoffen. Er zijn aanwijzingen dat assertive community treatment en intensive case management wat dit betreft bescheiden effecten hebben. De redenen dat deze niet groter zijn, zijn aldus Mueser et al.: (a) de programma's worden gericht op mensen met zeer ernstige

symptomatologie; (b) hospitalisatie is slechts één criterium voor klinische opname (naast: huisvestingssituatie, juridische maatregelen, gebrek aan crisisopvang, gevolgen van middelengebruik [overdosis, openbare orde-problemen]); (c) de symptomatologie is moeilijk te meten..

- *Compliance met medicatie.* De effecten zijn onduidelijk vanwege te weinig onderzoek naar deze factor.
- *Misbruik van middelen.* Overlapt met de variabele naar de symptomen. De beschikbare data zijn beperkt, - slechts één studie rapporteerde verbeteringen, en vijf zagen geen enkel verschil. Door het geringe aantal studies kunnen hierover dus geen harde uitspraken worden gedaan.
- *Sociale aanpassing.* Er zijn geen gunstige effect op sociaal functioneren vastgesteld, als deze worden afgemeten aan de kwaliteit van sociale relaties, functioneren in sociale rollen of in sociale netwerken.
- *Beroepsmatig functioneren.* Deze variabele is weinig onderzocht; drie studies lieten een positief effect zien, vijf rapporteerden geen verschil.
- *Kwaliteit van leven.* Bescheiden effecten.
- *Tevredenheid cliënt en familie.* Op dit aspect is er enige aanwijzing voor positieve effecten.

Volgens Mueser et al. kan uit gecontroleerd onderzoek worden geconcludeerd dat assertive community treatment en intensive case management de klinische opnametijd reduceren en verbetering aanbrengen in de stabiliteit van de huisvesting, vooral onder patiënten die hoge zorgconsumptie hebben. Assertive community treatment en intensive case management hebben bescheiden effecten bij het verbeteren van de symptomatologie en de kwaliteit van leven. Weinig effect hebben ze op de variabelen: sociaal functioneren, arrestaties of tijd in detentie en functioneren in beroep.

Mueser et al. hebben zich ook de vraag gesteld of na verloop van tijd de intensiteit van de programma's kan worden gereduceerd of zelfs geheel kunnen worden teruggetrokken. De onderzoekers spreken zich hierover sceptisch uit. Volgens Mueser et al. leidt het terugtrekken van assertive community treatment of intensive case management door beleidsmakers tot verslechtering van de hiermee bereikte resultaten. Ze veronderstellen dat er subgroepen zijn waarbij dit mogelijk is, maar dat de cliëntkarakteristieken waarbij reductie of terugtrekken mogelijk is nog niet duidelijk zijn vastgesteld. Ze stellen verder vast dat de specialisatie van teams van belang is. Als een bepaald aandachtspunt in de sociaal-psychologische doelstellingen van het programma is opgenomen voorspelt dit – op die variabele – een beter resultaat. Als voorbeeld kan gelden het aspect van opleiding en integratie in de arbeid. Gecontroleerde studies geven aan dat begeleid werken succesvol is voor het vinden van betaald werk. Verder stellen ze vast dat een training sociale vaardigheden voor de cliëntgroepen een effectieve strategie vormt in het verbeteren van hun sociale aanpassing. Training sociale vaardigheden is echter niet standaard aanwezig in assertive community treatment of intensive case management.

In paragraaf 3. ga ik nader in op enkele studies naar case management voor mensen met dual diagnosis. Echter ook in de studie van Mueser et al. is dit thema al aangesneden. Wat is het specifieke effect van assertive community treatment of intensive case management op de dual diagnosis-populatie? Op basis van slechts een gering aantal studies stellen Mueser et al. vast dat er gunstige effecten zijn. Maar er zijn ook studies gevonden die geen positieve resultaten

laten zien. Volgens hen is voor deze doelgroep vereist dat het hulpverleningsteam gespecialiseerd is in geïntegreerde GGZ/verslavingszorg.

Op basis van de huidige gegevens is het volgens Mueser et al. moeilijk om de diverse modellen met elkaar te vergelijken. Het is van belang de opkomst van de diverse modellen te zien als een natuurlijk, evolutionair proces in de zorg aan mensen met ernstige psychische problemen in de afgelopen decennia. De opkomst en relatieve geldigheid van een model is afhankelijk van de fase van herstructurering van de zorg en de daardoor opkomende problemen en behoeften van de cliënten. In plaats van te evalueren welk model het meest geschikt is (los van de context en specifieke cliëntenpopulatie) is het volgens hen beter na te gaan welk (hybride) model het beste kan aansluiten bij concreet aanwezige problemen in een actuele situatie.

Indien de aandacht uitgaat naar economische overwegingen kan op basis van het huidige effectonderzoek niet zomaar gezegd worden welk model kosteneffectief is. Het antwoord op die vraag is afhankelijk van de overige zorgarrangementen in een concrete historische situatie. Verder is het antwoord afhankelijk van de plaatselijke mogelijkheden om community care te leveren: netwerk van overige voorzieningen en sociaal draagvlak.

Verschillen in outcome-studies kunnen iets zeggen over de wijze waarop het model is geïmplementeerd. Vaak is het onduidelijk c.q. moeilijk vast te stellen in hoeverre de praktijk met het model overeenkomt. Op basis hiervan valt niet te zeggen of assertive community treatment, intensive case management of zelfs het strengths model betrouwbaar van elkaar onderscheiden kunnen worden. Daarom is het in de toekomst nodig om metingen te verrichten naar de *model fidelity*. Hierdoor ontstaat in beginsel de mogelijkheid om specifieke werkzaamheden van hulpverleners te relateren aan de uitkomsten van behandeling. Verder kan hiermee worden vastgesteld wat de kritische ingrediënten zijn van modellen die op verschillende plaatsen worden uitgevoerd maar met een variërende mate van implementatie fidelity.

Mueser et al. veronderstellen dat de kritische functie van case management is: het reconstrueren van een gemeenschap voor patiënten door netwerkontwikkeling en sociale steun, – kortom: een veilig netwerk. Uitgaande van de sociale netwerktheorie kunnen volgens hen expliciete, testbare hypothesen worden opgesteld over de relatie tussen de kenmerken van het sociale netwerk én de uitkomst van de behandeling of hulpverlening. Een andere kritische functie betreft de alliantie cliënt – case manager. Tot slot menen zij dat het vruchtbaar zou zijn om in plaats van een vergelijking tussen modellen de voorspellende factoren te identificeren met betrekking tot: wie reageert het beste op welk model of onderdelen van een model. Hiermee wordt recht gedaan aan de diversiteit van de diverse subgroepen van ernstige psychische problematiek. Bovendien beantwoordt zo'n benadering het beste aan de bestaande behoefte aan diverse benaderingen van community care.

2.1.4. Review van Bedell et al. (2000)

De door Bedell et al. uitgevoerde meta-analyse van acht reviews naar case management sluit aan op het eerder door Mueser et al. gepubliceerde review. Er bestaan veel variëteiten in case managementmodellen en daarmee corresponderende verschillen in effectiviteit. Bedell et al. vertrekken in hun analyse vanuit het door Rapp (1998) voorgestelde ultieme onderscheidingscriterium. Deze onderscheidde de basiselementen van effectieve case

managementpraktijk en kwam tot de slotsom dat de vraag in hoeverre case managers de diverse diensten zélf leveren of deze bemiddelen en betrekken van anderen cruciaal is. Dit review van Bedell et al. sluit daarop aan door de effectiviteit van case management na te gaan in programma's die uitgaan van full services (waaronder: assertive community treatment), hybride programma's (waaronder intensive case management en het strenghts model, eventueel het uitgebreide makelaarsmodel en rehabilitatie) én het makelaarsmodel waarbij de case manager zelf geen dienstverlenende of hulpverlenende taak uitvoert.

Uit de analyse van Bedell et al. volgt dat alleen full service programma's uitgesproken effectief scoren op de meerderheid van de diverse criteria of variabelen (vet):

- **cliënten behouden in hulpverlening / meewerken aan programma;**
- **afname aantal dagen hospitalisatie;**
- verhoging kwaliteit van leven (QOL);
- verhoogd niveau sociaal functioneren (LOF);
- verminderd gebruik van voorzieningen (full service programma ineffectief);
- **verminderde kosten van behandeling;**
- **afname symptomen** [matig positieve resultaten voor full service programma, negatieve resultaten voor overige programma's];
- **tevredenheid cliënten.**

Het makelaarsmodel is volgens hen duidelijk inferieur op acht van de variabelen in vergelijking tot full service programma. Dit komt door de afhankelijkheid van dit case managementmodel van andere voorzieningen in de omgeving. Intensive case management en het strenghts model zijn voorbeelden van *effectieve* hybride programma's. Dit zijn ze vooral naarmate ze meer full service programma-elementen in zich dragen. *De 'best practice' is volgens Bedell et al. 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.

3. EFFECTEN VAN CASE MANAGAMENT VOOR MENSEN MET VERSLAVINGSPROBLEMEN MET AL DAN NIET BIJKOMENDE PROBLEMATIEK

Van studies naar case management voor mensen met co-morbiditeit – psychische stoornis en verslavingsproblemen, hier aangeduid als dual diagnosis – of met uitgesproken verslavingsproblemen bestaan geen meta analyses. Nederlandse deelstudies naar de effectiviteit daarvan ontbreken voor deze doelgroepen. In de onderstaande bespreking van deelstudies heb ik mij hoofdzakelijk gebaseerd op het werk van Wolf et al. Allereerst (paragraaf 3.1.) bespreek ik de uitkomsten van dual diagnosis-studies. Vervolgens (paragraaf 3.2.) ga ik in op de deelstudies naar case management voor mensen met ernstige verslavingsproblemen.

3.1. Dual diagnosis

Uit studies naar het effect van een bepaalde vorm van case management waarin de doelgroep uitdrukkelijk bestond uit mensen met dual diagnosis blijkt het volgende:

- Studie van Lehman et al. (1993) met diverse groepen, met en zonder intensive case management: geen significante verschillen.

- Studie van Drake et al. (1998) naar assertive community treatment – driejarig onderzoek met 223 patiënten. Hieruit bleek dat assertive community treatment effectiever was op de variabelen: gebruik van psychoactieve stoffen en kwaliteit van leven. De groepen (experimentele en controle) waren echter gelijk op de meeste overige maten zoals: aantal dagen stabiel functioneren in de gemeenschap, hospitalisatie, psychiatrische symptomen en terugval in verslavingsgedrag.
- Studie van Jerrell en Ridgely (1999) waarin de aandacht uit ging naar de robuustheid van de implementatie van een programma. Drie typen zorg stonden in de aandacht (waaronder intensive case management en sociale vaardigheidstraining). Het resultaat was dat cliënten die robuust geïmplementeerde sociale vaardigheidstraining ontvingen beter scoorden op psychosociaal functioneren en lagere kosten voor intensieve hulp met zich meebrachten. Ook intensive case management had positieve effecten. Jerrell en Ridgely (1995) concludeerden eerder dat de robuustheid van de implementatie een cruciale factor is in het bereiken van effectiviteit. Zij adviseren meer klinische trials voor dual diagnosis cliënten waarin de aandacht ook uitgaat naar de verschillen tussen subgroepen.
- Havassy et al. (2000) verrichtten een unieke controlled randomized studie naar de relatieve effectiviteit van twee case managementmodellen voor mensen met afhankelijkheid van psychoactieve stoffen.¹ Ze maakten een vergelijking van community-based intensive clinical case management met hospital-based expanded brokerage case management voor mensen met ernstige psychische problematiek met en zonder verslavingsproblemen. In hun studie (half jaar) bij 268 patiënten, die frequent een klinische opname kregen, werden de cliënten aselekt toegewezen naar een van de programma's. De resultaten waren als volgt:
 - o de hypothese dat mensen met afhankelijkheid van psychoactieve stoffen zouden profiteren van community-based intensive clinical case management werd niet ondersteund; afhankelijkheid van psychoactieve stoffen voorspelt een negatieve uitkomst van de case management-interventie;
 - o de hypothese dat de twee case management-modellen even effectief zouden zijn voor mensen met én zonder afhankelijkheid van psychoactieve stoffen werd ook niet ondersteund: community-based intensive clinical case management was de beste vorm voor mensen zonder afhankelijkheid van psychoactieve stoffen; zij hadden minder lange klinische opnameduur. Echter, er waren geen verschillen in sociaal-psychologische uitkomsten;
 - o de negatieve uitkomsten voor mensen met afhankelijkheid van psychoactieve stoffen in beide modellen geeft aan dat deze vormen van case management voor beide groepen cliënten naar verhouding minder effectief zijn. Community-based intensive clinical case management kan effectief zijn in de eerste zes maanden voor mensen met ernstige psychische problematiek zonder afhankelijkheid van psychoactieve stoffen.

In het algemeen geldt dat bij mensen met ernstige psychische problematiek afhankelijkheid van psychoactieve stoffen een *bijkomende* factor is, die van invloed is op: negatieve behandelresultaten, incorrecte diagnosestelling, verergering symptomen en noncompliance met medicatie. Mensen met ernstige psychische problematiek én met afhankelijkheid van psychoactieve stoffen kenmerken zich door: langere opnameduur, minder gebruik van

¹ Opmerkelijk is dat de studie van Havassy et al wel vermeld wordt in de literatuurlijst van Wolf et al. maar verder geen rol speelt bij het trekken van conclusies.

verslavingszorginstellingen, minder toegang tot nazorgvoorzieningen, meer beroep op acute hulpdiensten en dergelijke.

Er is dus enerzijds geen positief effect vastgesteld van case managementmodellen voor mensen met ernstige psychische problematiek met afhankelijkheid van psychoactieve stoffen. Anderzijds zijn er negatieve gevolgen van de afhankelijkheid van psychoactieve stoffen op de uitkomsten van case management. *Case managementmodellen zijn, aldus Havassey et al., relatief ineffectief voor mensen met afhankelijkheid van psychoactieve stoffen in vergelijking met mensen met ernstige psychische problematiek zonder verslavingsproblemen.* Zij achten het beter om (op basis van recent onderzoek te streven naar integratie van behandelstrategieën voor mensen met afhankelijkheid van psychoactieve stoffen met die van de algemene GGZ. Onderzoek geeft aan dat integratie lukt en veelbelovend is (zie referenties in: Havassey et al.). Voorlopig zijn er echter nog geen randomized trials uitgevoerd. De effectieve integratie van verslavingszorg met GGZ, in de context van case management, is volgens hen van even groot belang als het type case management dat wordt toegepast. Havassey et al. besluiten met de vaststelling dat hun studie heeft aangetoond dat beide onderzochte modellen niet effectief zijn voor mensen met ernstige psychische problematiek met afhankelijkheid van psychoactieve stoffen.

3.2 Ernstige verslavingsproblemen

Specifieke, op verslaafden gerichte effectstudies van vormen van case management, zijn schaars – het betreft bovendien slechts moeilijk met elkaar te vergelijken deelstudies en het evidentieniveau ervan is niet al te hoog. Meta-analyses op dit terrein zijn nog niet uitgevoerd. Uit studies naar het effect van een bepaalde vorm van case management waarin de doelgroep uitdrukkelijk bestond uit mensen met verslavingsproblemen blijkt het volgende:

- Studie van McLellan et al. (1999) (RCT) naar clinical case management. Hieruit bleek dat dit een effectieve methode is om klinische resultaten te bereiken bij patiënten met afhankelijkheid van psychoactieve stoffen in community treatment programma's. Uit de studie bleek verder dat (1) het noodzakelijk is om de betrokken dienstverleners intensief te trainen om samenwerking te bereiken en (2) er contracten moeten worden gesloten tussen instellingen om hun beschikbaarheid te garanderen.
- Studie van Rapp et al. (1998) waaruit bleek dat case management effect heeft op de contactfrequentie (hoger) en een op gebruik (minder ernstige vorm van gebruik).
- Studie van Schwartz et al. (1997) – een groot onderzoek. Hieruit bleek dat case management een relatief goedkope maatregel is die de uitkomsten van verslavingszorgprogramma's op korte termijn doet verbeteren.
- Studie van Lanehart et al. (1996) – klein onderzoek onder vrouwen, zonder controlegroep. Dit onderzoek liet 'bemoedigende' resultaten zien en gaf steun voor de gedachte dat bij deze doelgroep intensive case management in combinatie met nazorgactiviteiten gunstig werkt.
- Studie van Laken en Ager (1996) onder zwangere vrouwen. Hieruit bleek dat case management bijdraagt tot een hogere contactfrequentie.
- Studie van Siegal et al. (1996) waaruit positieve resultaten van case management (strengths-based case management) bleken in verband met de werksituatie van de cliënten.
- Studie van Cox et al. (1998) dat positieve resultaten liet zien van case management op enkele klinische variabelen en de contactfrequentie.

- Studie van Stahler et al. (1995) gericht op thuislozen die afhankelijk waren van psychoactieve stoffen – in deze studie was sprake van een vergelijking tussen groepen. De studie toonde positieve resultaten aan maar kon geen verschillen aantonen tussen de verschillende groepen voor wat betreft de behandelmodaliteit.
- Studie van Lapham et al. (1995) met een vergelijkbare doelgroep. Hieruit bleek dat de motivatie van de cliënt om te komen tot herstel bleek van meer van belang te zijn dan de programmamakenmerken om positieve uitkomsten te bereiken.
- Studie van Braucht et al. (1995) met eveneens een vergelijkbare doelgroep. Ook hieruit bleek dat de behandeling duidelijk positieve resultaten had, maar case management als zodanig had daarop nauwelijks effect.

4. CONCLUSIES

Uit de vijf in paragraaf 2 geciteerde reviews stel ik vast dat er voor de toepassing van case managementmethoden zoals assertive community treatment en clinical case management voor mensen met ernstige psychische problemen voldoende evidentie bestaat. Deze bevinding beweegt zich op het eerste niveau van evidentie. Overigens is dit effect minder overtuigend wanneer er bij de doelgroep sprake is van een dubbele diagnose. Op basis van de strenge Cochrane-normen staat vast dat voor het makelaarsmodel van case management niet, maar de twee eerder genoemde modellen wel leiden tot kortere klinische opnamen. Helaas zijn er onvoldoende data om robuuste uitspraken te onderbouwen met betrekking tot sociale en klinische uitkomsten. Verder worden cliënten beter behouden in de hulpverleningsprogramma's en werken ze beter mee aan het programma. Ook is er sprake van verminderde kosten van behandeling, van afname symptomen en van grotere tevredenheid bij de cliënten (en hun naasten). De programma's lijken effectiever als ze meer full service programma-elementen in zich dragen. Voor mensen met afhankelijkheidsproblemen geldt dat case management minder effectief is dan voor mensen zonder deze problemen. Onderzoekers adviseren daarom om te streven naar meer integratie tussen verslavingszorg en de algemene GGZ.

Uit de schaarse literatuur over case management voor verslaafden (zie paragraaf 3.1 en 3.2) concludeer ik dat de diverse case managementmodellen bijeengetrokken een meerwaarde hebben voor de verbetering van de situatie van verslaafden.

Evenals Wolf et al. maak ik echter kanttekeningen bij de kwaliteit en vergelijkbaarheid van de studies. Om te beginnen zijn er nog geen meta studies verricht, - het niveau van evidentie is relatief laag. De onderlinge verschillen tussen de studies zijn qua opzet, sociale situatie van de onderzochte groepen en aard van het type verslaving zo groot dat een samenvattend overzicht hiervan lastig te maken is. Ik sluit mij aan bij de algemene conclusie van Wolf e.a. dat het huidige onderzoek, voorzover dat specifiek gericht is op verslaafden, *geen stellige uitspraken toelaat over de effectiviteit van case management bij verslaafden*. De teneur is desalniettemin dat het een meerwaarde heeft: verbetering van de situatie en duurzamer contact met de hulpverlening.

Verder zijn er sterke aanwijzingen dat assertive community treatment en intensive case management verbetering aanbrengen in de stabiliteit van de huisvesting, vooral onder patiënten die hoge zorgconsumptie hebben. Assertive community treatment en intensive case management hebben bescheiden effecten bij het verbeteren van de symptomatologie en de

kwaliteit van leven. Weinig effect hebben ze op de variabelen: sociaal functioneren, arrestaties of tijd in detentie en functioneren in beroep. Ook zijn er duidelijke aanwijzingen dat het terugtrekken van case management leidt tot een verslechtering van de situatie. Een conclusie lijkt ook te zijn dat de robuustheid van de implementatie een cruciale factor is in het bereiken van effectiviteit.

De laatste conclusies moeten met voorzichtigheid worden gehanteerd. We zijn het dan ook eens met de conclusie van Wolf et al. dat uit de onderzochte studies blijkt dat wanneer voor de doelgroep verslaafden met aanvullende problematiek de modellen van assertive community treatment en intensive case management zijn gehanteerd er niet één uitkomstmaat blijkt te zijn waarop case management er echt uitspringt.

5. DISCUSSIE

Case management kan een onderdeel vormen van goed gestructureerde zorg voor chronische patiënten. Het risico bestaat dat van case management teveel wordt verwacht. Case management – ook in de meest geavanceerde uitwerking – is beslist geen wondermiddel in de zorg voor verslaafden. 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, specifieke lokale omstandigheden, de motivatie van de cliënt en/of de hulpverlener.

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 case managers opdringerig en bemoeizuchtig zijn.

In de meeste beschouwingen over case management mist men 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 hulp reeds elementen van case management in zich heeft zodat de meerwaarde van het alternatieve programma wellicht minder is dan wordt verwacht.

In de praktijk zijn de meeste onderzoekservaringen met case management opgedaan in studies met mensen met ernstige psychische problematiek, zonder uitgesproken verslavingskenmerken. We weten echter dat onder deze groep een naar verhouding groot aantal gebruikers en verslaafden schuil gaat, zoals ook onder de groep ernstig, chronisch verslaafden veel psychiatrische problematiek aanwezig is. In zoverre zijn vooral studies die zich uitdrukkelijk op de dual diagnosis-doelgroepen richten van belang voor de beleidsvorming. Helaas zijn er nog geen behandelprotocollen voor case management voor verslaafden ontwikkeld die uitdrukkelijk gebaseerd zijn op effectstudies – ook het elders vaak aangehaalde *TIP* (Siegal 1998) is hoofdzakelijk op consensus gestoeld.

Case management is ontstaan in het kielzog van de modernisering en vermaatschappelijking van de GGZ, en in het verlengde daarvan de verslavingszorg. Omdat deze sectoren (nog) sterk in beweging zijn 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 verouderd. Hier komt bij dat de vergelijking met standaard zorgverlening in zoverre óók lastig is omdat wat geldt voor de nieuwe modellen (ze zijn onvoldoende scherp gedefinieerd en geoperationaliseerd) nog meer geldt voor de standaard zorg waarmee ze vergeleken worden in effectstudies. De ‘zorg als gebruikelijk’ is een rekkelijk en ongedefinieerd begrip, - bovendien kunnen hierin zoals gezegd na verloop van tijd juist de effectief gebleken innovatieve elementen terecht komen waardoor de ‘nieuwe aanpak’ zich van de gebruikelijke hulp steeds minder makkelijk kan onderscheiden.

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 et al. 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. De verwachting is dan ook dat toekomstige Cochrane-reviews afnemende ‘meereffecten’ zullen laten zien. Op basis hiervan kan men de stelling poneren dat de *afname* van de grotere ‘effectiviteit’ van de innovatieve methoden ten opzichte van de gebruikelijke zorg een maat is voor de succesvolle integratie van relevante elementen ervan in de standaardzorgverlening.

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 et al. (2001) merken op dat er een discrepantie is tussen de publicatie en verspreiding van richtlijnen én de verandering van de praktijk van hulpverleners. Modelprogramma’s raken vaak in de vergetelheid nadat de demonstratie of het onderzoeksproject is beëindigd. In de onderzoeksliteratuur wordt verder vastgesteld dat de opleiding van de uitvoerders van modelprogramma's vaak onvoldoende is. Verder kunnen de vraag van afnemers, financiële prikkels en bestraffingen, bestuurlijke maatregelen, supervisie en de feedback op de gangbare praktijk sterk van invloed zijn – ten gunste en ten ongunste. Ook de intensiteit van de inspanning tot verandering speelt een belangrijke rol. De wijze waarop evidence based programma’s voor GGZ worden geïmplementeerd beïnvloedt de uitkomsten van de behandeling. Het is nodig zich consequent aan de richtlijnen te houden en zelfcorrigerende feedback mechanismen in te bouwen. De effectiviteit van de implementatie is verder afhankelijk van de mate waarin het programma aansluit op de behoeften en mogelijkheden van degenen waarop het programma is gericht c.q. degene die het moeten uitvoeren (Torrey et al.).

Is case management kosteneffectief? Volgens Wolff et al. (1997) is assertive community treatment effectiever en kost het niet meer (en is daardoor dus kosteneffectiever) dan brokered case management. De kosteneffectiviteit is aangetoond voor innovatieve programma’s zoals voor thuis- of daklozen met ernstige psychische problematiek (Rosenheck 2000). In een groot onderzoek in GB (UK700 case management trial) is nagegaan wat de kosteneffectiviteit is van intensive case management versus gebruikelijke hulp (standaard) voor mensen met ernstige psychotische ziekte. De conclusie luidde dat gereduceerde case loads (een centraal onderdeel in deze vorm van case management) geen duidelijk gunstige effecten hebben op de kosten klinische uitkomst of kosteneffectiviteit (UK 700 Group 2000). Er is geen steun voor intensive case management voor deze cliëntengroep. De verklaring hiervoor (zie o.a. Tyrer

2000 – een en ander kan ook in de Nederlandse verslavingszorg het geval zijn) is dat de gebruikelijke hulp in Groot-Brittanië standaard al zoveel biedt dat reviews die sterk gebaseerd zijn op onderzoek in de VS niet zoveel zeggingskracht hebben voor de West-Europese situatie. Het verwachte rendement van de alternatieve benadering kan, zoals hiervoor reeds is betoogd, zelfs afnemen naarmate de gebruikelijke hulp verder evolueert.

5.1. Conclusies en adviezen met betrekking tot het Amsterdamse protocol

Wat is de zeggingskracht van de in dit rapport geciteerde evaluatiestudies naar case management voor het Amsterdamse protocol (Osseman et al. 2000)? Het is helaas niet geheel duidelijk in hoeverre dit protocol een full services programma is dat geheel en al voldoet aan de in de literatuur vermelde kenmerken van assertive community treatment (zie: Bedell et al. 2000). Assertive community treatment gaat uit van een teambenadering. In het Amsterdamse protocol wordt uitgegaan van één mentor. Vermoedelijk moet het Amsterdamse model toch als een ‘hybride’ model getypeerd worden dat volgens Bedell et al. uiteindelijk minder effectief is – geen ‘best practice’.

Wolf et al. sommen op basis van de studies naar het effect van case management voor verslaafden de volgende voorwaarden op voor de realisering van effecten. Deze komen in belangrijke mate overeen met de uitspraken hierover in het *TIP* over case management (Siegal 1998):

- continuïteit garanderen in relatie hulpverlening – cliënt;
- uitgebreide training en begeleiding van de case managers;
- case managers laten werken in een multidisciplinair team, inclusief een psychiater;
- case management combineren met verslavingscounseling;
- inzicht vergroten in en aansluiten bij de motivatie en aspiraties van de cliënten;
- terugval niet stellen als een contra-indicatie voor vervolghulp;
- beschikbaarheid van breed spectrum van diensten en voorzieningen in het werkgebied van de case managers;
- afstemming van diensten en voorzieningen op de behoeften van cliënten: barrières voor gebruikmaking van hulpverleners wegnemen;
- case managers instellingsoverstijgende bevoegdheden geven zoals de mogelijkheid tot het afdwingen van plaatsing van een cliënt binnen voorzieningen;
- geen of veel ruimere tijdslimiet aan het gebruik van diensten en voorzieningen stellen;
- contracten of convenanten met instellingen om de beschikbaarheid van het aanbod te garanderen.

Het Amsterdamse model lijkt goed te scoren in de mate waarin de doelstellingen geoperationaliseerd zijn en de uitkomsten gemeten kunnen worden. Verder lijkt de wijze waarop de uitvoering van het programma geëvalueerd wordt voldoende doordacht te zijn. De vraag is evenwel in hoeverre dit model echt op bestaand onderzoek is gebaseerd. De (ongepubliceerde) literatuurstudie van Osseman die aan dit model ten grondslag heeft gelegen bevatte nauwelijks verwijzingen naar effectonderzoek. Het is te overwegen het model nog eens door te lichten op basis van de uitkomst van de literatuur zoals die in dit rapport is samengevat.

Een overweging is verder om de teambenadering sterker te benadrukken ten koste van de unieke figuur van de cliënt-monitor – de onderzoeksliteratuur geeft tenslotte de meeste steun aan een model van een goed geoutilleerd team dat een breed pakket aan functies tot zijn beschikking heeft.

Het is onwaarschijnlijk dat het Amsterdamse case managementprogramma exclusief op verslaafden is gericht – de verslaafden hebben veel psychiatrische problematiek en omgekeerd. Dit houdt in dat de literatuur over case management voor mensen met ernstige psychische problematiek waarschijnlijk toch meer betekenis heeft ter onderbouwing van dit protocol dan op het eerste gezicht het geval is. In verschillende effectiviteitsstudies komen dual diagnosis-clënten echter vaak ongunstig naar voren voor wat betreft hun respons op het case managementmodel. Dit heeft veel te maken met de omstandigheid dat in het onderzochte model het verslavingsaspect vaak slechts impliciet aanwezig is: verslavingsproblemen komen dan naar voren als ‘storende’ elementen. Beter lijkt het om beide benaderingswijzen – de sociale psychiatrie én de ambulante verslavingszorg – zoveel als mogelijk in één geïntegreerd aanbod onder te brengen. Waarschijnlijk is voor de meest problematische groep cliënten – de groep met dual diagnosis – het voortbestaan van deze twee werkvormen achterhaald. Een en ander vereist de samenstelling en ontwikkeling van nieuwe teams en de vorming van nieuwe deskundigheden en werkhoudingen. Ik adviseer daarom om te zoeken naar mogelijkheden om zoveel mogelijk de integratie met de GGZ na te streven – gezien de literatuur op dit terrein is hier nog winst te behalen. Daarmee kan ook – indien de implementatie van deze voorgestelde integratie succesvol verloopt – ook het moreel van het team hoog gehouden worden: behaalde resultaten verhogen nu eenmaal de motivatie om met dit unieke experiment door te gaan.

Hierboven staan een aantal aanbevelingen over implementatie van case managementprogramma's zoals Wolf et al. die hebben gedestilleerd uit het onderzoek naar case management voor verslaafden met meervoudige problemen. Deze aanbevelingen komen ook overeen met de bevindingen uit de reviews die zijn besproken in paragraaf 2. Mijn indruk is dat het Amsterdamse protocol overwegend aan deze uitspraken voldoet, maar het lijkt mij van belang als deze door de opstellers van het protocol nog eens nagelopen worden.

LITERATUUR

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

Braucht GN, Reichardt CS, Geissler LJ, Bormann CA, Kwiatkowski CF & Kirby MW Jr (1995) Effective services for homeless substance abusers. *J Addict Dis* 14, 87-109.

Clark RE, Teague GB, Ricketts SK, Bush PW, Xie H, McGuire TG, Drake RE, McHugo GJ, Keller AM & 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.

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. *J Stud Alcohol* 59, 523-532.

Drake RE & Mueser KT (2000) Psychosocial approaches to dual diagnosis. *Schizophr Bull* 26, 105-118.

Drake RE, McHugo GJ, Clark RE, Teague GB, Xie H, Miles K & Ackerson TH (1998) Assertive community treatment for patients with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: a clinical trial. *Am J Orthopsychiatry* 68, 201-215.

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

Havassy BE, Shopshire MS & Quigley LA (2000) Effects of substance dependence on outcomes of patients in a randomized trial of two case management models. *Psychiatr Serv* 51, 639-644.

Jerrell JM & Ridgely MS (1995) Comparative effectiveness of three approaches to serving people with severe mental illness and substance abuse disorders. *J Nerv Ment Dis* 183, 566-576.

Jerrell JM & Ridgely MS (1999) Impact of robustness of program implementation on outcomes of clients in dual diagnosis programs. *Psychiatr Serv* 50, 109-112.

Laken MP & Ager JW (1996) Effects of case management on retention in prenatal substance abuse treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse* 22, 439-448.

Lanehart RE, Clark HB, Rollings JP, Haradon DK & Scrivner L (1996) The impact of intensive case-managed intervention on substance-using pregnant and postpartum women. *J Subst Abuse* 8, 487-495.

Lapham SC, Hall M & Skipper BJ (1995) Homelessness and substance use among alcohol abusers following participation in project H&ART. *J Addict Dis* 14, 41-55.

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

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

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 GJ, Hargreaves W, Drake RE, Clark RE, Xie H, Bond GR & Burns BJ (1998) Methodological issues in assertive community treatment studies. *Am J Orthopsychiatry* 68, 246-260.

McLellan AT, Hagan TA, Levine M, Meyers K, Gould F, Bencivengo M, Durell J & Jaffe J (1999) Does clinical case management improve outpatient addiction treatment. *Drug Alcohol Depend* 55, 91-103.

Mueser KT, Bond GR, Drake RE & Resnick SG (1998) Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophr Bull* 24, 37-74.

Osseman D, Wildt W de & Buntjer R (2000) *Concept. Module Cliëntmentorschap Support*. Z.p.

Rapp CA (1998) The active ingredients of effective case management: a research synthesis. *Community Mental Health Journal* 34, 363-380.

Rapp RC, Siegal HA, 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.

Shwartz M, Baker G, Mulvey KP & Plough (1997) A Improving publicly funded substance abuse treatment: the value of case management. *Am J Public Health* 87, 1659-1664.

Siegal HA (1998) *Comprehensive case management for substance abuse treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 27*. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services.

Siegal HA, Fisher JH, Rapp RC, Kelliher CW, wagner JH, O'Brien WF & Cole PA (1996) Enhancing substance abuse treatment with case management. It's impact on employment. *J Subst Abuse Treat* 13, 93-98.

Stahler GJ, Shipley TF Jr, Bartelt D, DuCette JP & Shandler IW (1995) Evaluating alternative treatments for homeless substance-abusing men: outcomes and predictors of success. *J Addict Dis* 14, 151-167.

Tansella M & Thornicroft G (1998) A conceptual framework for mental health services: the matrix model. *Psychol Med* 28503-508.

The Joanna Briggs Institute for evidence based nursing and midwifery (2000) Appraising systematic reviews. *Changing Practice* 1, 1-6.

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

Torrey WC, Drake RE, Dixon L, Burns BJ, Flynn L, Rush AJ, Clark RE & Klatzker D (2001) Implementing evidence-based practices for persons with severe mental illnesses. *Psychiatr Serv* 52, 45-50.

Tyrer P (2000) Effectiveness of intensive treatment in severe mental illness. *The British Journal of Psychiatry* 176, 492-493.

UK 700 Group (2000) Cost-effectiveness of intensive v. standard case management for severe psychotic illness. *British Journal of Psychiatry* 176, 537-543.

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

Wolf J, Mensink C & Lubbe P van der (2000 in druk) *Case management voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen*. Utrecht: Trimbos-instituut. Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid.

Wolff N et al. (1997) Cost-effectiveness evaluation of three approaches to case management for homeless mentally ill clients. *Am J Psychiatry* 154, 341-348.

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