

Richtlijn voor casemanagers in de verslavingszorg

Utrecht, februari 2007
L.I.G. Tielemans, C.A.J. de Jong

Voorwoord

Voor u ligt de richtlijn voor casemanagers in de verslavingszorg. De richtlijn is ontwikkeld binnen het project Resultaten Scoren.

De termen trajectmatig werken, bemoeizorg en casemanagement staan voor zorgvormen die onderling grote gelijkenis kunnen vertonen maar waarbij het accent en de focus op verschillende functies liggen. Trajectmatig werken staat voor activiteiten die primair bedoeld zijn voor het bewerkstelligen van soepele aanmeldingen, overgangen en aansluitingen voor verslaafde patiënten met meervoudige problemen naar vormen van zorg. Dit geldt zowel voor binnen als voor buiten de verslavingszorg waarbij bovendien sprake is van sturing in een bepaalde richting (traject). Er is dus geen sprake van een specifiek zorgprogramma maar het accent ligt op een procesanalyse voor het managen van processen.

Bemoeizorg staat voor een outreachende werkwijze voor patiënten¹ die in eerste instantie geen zorg willen: de hulpverlener zoekt verslaafde patiënten met langdurige meervoudige problemen actief op en tracht hen te bewegen op een hulpaanbod in te gaan en daarmee de overdracht naar de reguliere zorg te bewerkstelligen.

Casemanagement betreft een specifiek aanbod (zorgprogramma) voor een specifieke groep patiënten. Patiënten worden actief benaderd, krijgen een geïntegreerd pakket aan diensten en opvang (*Handreiking voor casemanagers in de sociale verslavingszorg, 2003*).

Eerder is in het kader van Resultaten Scoren een literatuurstudie (Wolf e.a. 2002) en een handreiking (2003) verschenen. De literatuurstudie geeft een overzicht van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van casemanagement voor langdurig verslaafde patiënten. De handreiking is geschreven voor casemanagers in de sociale verslavingszorg en geeft handvatten bij de uitvoering van het zorgprogramma. De handreiking geeft vooral antwoord op de vraag **wat** casemanagers binnen het zorgprogramma kunnen doen.

Deze richtlijn gaat vooral in op de vraag **hoe** casemanagement het beste vorm gegeven kan worden en welke methodieken en interventies daarbij gebruikt kunnen worden. Het vormt als het ware een gereedschapskist voor casemanagers in de verslavingszorg.

De richtlijn is geschreven vanuit het perspectief van de individuele casemanager, waarbij het accent ligt op ondersteunende methodieken bij het vormgeven van de werkrelatie tussen patiënt en hulpverlener. Daarbij wordt er van uitgegaan dat casemanagers zijn ingebed in een multidisciplinair casemanagementteam en dat er door de instellingen voor verslavingszorg, de juiste voorwaarden zijn gecreëerd die het werken met een complexe doelgroep mogelijk maken.

De literatuurstudie die als basis dient voor deze richtlijn wordt apart uitgebracht en is, eveneens in het kader van Resultaten Scoren, het resultaat van een samenwerking tussen NISPA en Verslavingszorg Noord Nederland.

¹ In deze richtlijn wordt gesproken over patiënt, in plaats daarvan kunt u ook cliënt lezen.

Leeswijzer

Deze richtlijn is zodanig opgebouwd dat lezers gemakkelijk onderwerpen kunnen opzoeken die op dat moment voor hen van toepassing zijn. Het vormt als het ware een gereedschapskist voor casemanagers maar ook voor anderen die op een of andere manier betrokken zijn bij casemanagement in de verslavingszorg.

De richtlijn is verdeeld in vijf hoofdstukken. Het eerste deel (hoofdstuk een, twee en drie) is vooral theoretisch van aard waarbij de belangrijkste achtergronden en uitgangspunten worden gepresenteerd. Het tweede deel (hoofdstuk vier en vijf) is vooral gericht op de praktijk van casemanagement, een basisprogramma en verschillende aandachtsgebieden.

De achtergrond van de ontwikkeling van de richtlijn wordt in het eerste hoofdstuk besproken. De belangrijkste onderzoeksbevindingen van een literatuurstudie naar de effectiviteit van casemanagement zijn samengevat.

Hoofdstuk twee beschrijft de doelgroep waarbij aandacht is voor de instroomcriteria van patiënten die in aanmerking komen voor casemanagement maar ook welke criteria gehanteerd worden wanneer patiënten uitstromen.

Aan de hand van een zes fasen model wordt in hoofdstuk drie het basisprogramma van de richtlijn beschreven. Dit model verdeelt het hulpverleningstraject in verschillende fasen om casemanagers handvatten te geven bij het bieden van zorg aan een complexe doelgroep.

In hoofdstuk vier wordt de inhoud van dit model verder uitgewerkt aan de hand van een basisprogramma. Elke fase van het hulpverleningsproces met bijbehorende interventies worden daarbij beschreven.

Ten slotte beschrijven we in hoofdstuk vijf verschillende aandachtsgebieden aan de hand van een aantal specifieke onderwerpen zoals medicatie, zelfverzorging, sociale contacten en dagbesteding.

Achterin deze richtlijn vindt u een cd-rom waarop de volgende documenten zijn opgenomen:

1. Literatuurstudie naar de effectiviteit van casemanagement bij verslaafde patiënten
2. Scholingsmodule voor casemanagers in de verslavingszorg
3. Instrumenten behorende bij *Richtlijn voor casemanagers in de verslavingszorg*

Inhoudsopgave

	P.
Voorwoord	3
Leeswijzer	5
Hoofdstuk 1 Inleiding	9
1.1 Achtergrond	10
1.2 Onderzoeksbevindingen	10
Hoofdstuk 2 Uitgangspunten	13
2.1 Doelgroep	14
2.1.1 Instroomcriteria	15
2.1.2 Uitstroomcriteria	15
2.1.3 Positionering in de zorgketen	16
2.2 De casemanager	18
2.2.1 Basisfuncties	18
2.2.2 Kwalificaties casemanager	18
2.3 Visie op casemanagement	19
2.3.1 Visie op verslaving	19
2.3.2 Visie op de patiënt	20
2.3.3 Visie op hulpverlening	22
2.3.3.1 Motiverende gespreksvoering	22
2.3.3.2 Contact leggen en contact houden	24
Hoofdstuk 3 Opbouw basisprogramma	25
3.1 Een zes fasen model	26
3.2 Overzicht levensgebieden	27
3.3 Samenvatting van de zes fasen	28
3.3.1 Aanmeldingsfase	28
3.3.2 Inventarisatiefase	28
3.3.3 Analysefase	28
3.3.4 Uitvoeringsfase	29
3.3.5 Evaluatiefase	29
3.3.6 Uitstroomfase	29
3.4 Schematisch overzicht basisprogramma	29

	P.
Hoofdstuk 4 Inhoud basisprogramma	31
4.1 Aanmeldingsfase	32
4.1.1 Kennismaken en voorlichting casemanagement	32
4.1.2 Opbouwen werkrelatie	35
4.2 Inventarisatiefase	37
4.2.1 Aandacht urgente problemen	37
4.2.2 Genogram	38
4.2.3 Cirkeldiagram	41
4.2.4 Levensloop	45
4.3 Analysefase	48
4.3.1 Opstellen zorgplan	48
4.4 Uitvoeringsfase	53
4.4.1 Uitvoeren zorgplan	53
4.4.2 Netwerkberaad	54
4.5 Evaluatiefase	55
4.5.1 Periodieke evaluatie	55
4.5.2 Kwaliteit van Levenschaal	57
4.6 Uitstroomfase	62
4.6.1 Afbouwen hulpverleningstraject	62
4.6.2 Overdracht en nazorg	63
Hoofdstuk 5 Aandachtsgebieden	65
5.1 Psycho-educatie over verslaving	66
5.2 Lichamelijke gezondheid	67
5.2.1 Medicatie	68
5.2.2 Zelfverzorging	69
5.3 Psychische gezondheid	70
5.3.1 Psycho-educatie	70
5.3.2 Omgaan met crisis	71
5.3.3 Sombereheid	72
5.3.4 Angst en piekeren	73
5.3.5 Verdriet en rouw	74
5.4 Sociaal netwerk	74
5.4.1 Sociale contacten en eenzaamheid	74
5.4.2 Sociaal wenselijk gedrag	75
5.5 Wonen	76
5.6 Omgaan met geld	77

	P.	
5.7	Dagbesteding	78
5.8	Justitie	80
	Literatuur	81
	Bijlagen	87
	1) Kernindicatoren casemanagement	87
	2) Motiverende gespreksvoering	91
	3) Functiebeschrijving casemanager	95
	4) Instrumenten CD-rom	101
	Colofon	102

Hoofdstuk 1

Inleiding

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Binnen de Nederlandse verslavingszorg is er de laatste jaren toenemende aandacht voor casemanagement voor langdurig verslaafde patiënten. Casemanagement is het organiseren en uitvoeren van hulp- en dienstverlening bij een complexe en langdurige problematiek om de patiënt zo min mogelijk hulpbehoevend en van anderen afhankelijk te leren zijn (Van Riet & Wouters, 2003). Bij de voor casemanagement is er meestal sprake van een combinatie van ernstige verslavingsproblemen, ernstige psychische problemen en problemen op een of meer van de volgende levensgebieden: lichamelijke gezondheid, arbeid, opleiding en inkomen, justitie en politie, sociale relaties en wonen en opvang. Vaak is er ook sprake van overlast voor de omgeving.

De belangrijkste doelen van casemanagement zijn, gezien vanuit het perspectief van de patiënt:

- > het verbeteren van de continuïteit van zorg
- het bieden van omvattende en gecoördineerde hulp, zolang als nodig is
- > het toegankelijk maken van de hulp en het wegnemen van barrières voor het verkrijgen van de nodige hulp
- > het bieden van de juiste interventies op het juiste moment

Achterliggende doelstellingen zijn: het verbeteren van de kwaliteit van leven, het verminderen van de schadelijke effecten van druggebruik, gecontroleerd middelengebruik of terugvalmanagement (Wolf e.a., 2002).

In de literatuur worden verschillende modellen van casemanagement beschreven. In deze modellen ligt het accent vooral op de organisatie van het casemanagementprogramma. Minder aandacht is er voor methodieken, theorieën en interventies voor casemanagers in de praktijk. In deze richtlijn wordt op basis van een aantal evidence-based of consensus-based interventies casemanagers praktische handvatten gegeven voor hun dagelijks werk.

De richtlijn adviseert over de meest wenselijke werkwijzen van de casemanager of andere betrokken disciplines waarbij het de bedoeling is dat deze door de hulpverlener altijd worden vertaald naar de eigen praktijk.

1.2 Onderzoeksbevindingen

Welk model van casemanagement is het meest effectief bij de behandeling van verslaafde patiënten? Literatuuronderzoek (Tielemans, e.a., 2007, Vanderplasschen e.a., 2004, Wolf e.a., 2002) geeft aan dat die vraag niet zomaar te beantwoorden is. Dit heeft vooral te maken met de heterogeniteit van de beschreven studies wat betreft methodologische opzet, onderzoeksvraag, doelgroep en interventies. Het blijkt dat één bepaald casemanagementmodel niet overtuigend beter is dan andere interventies (Tielemans e.a., 2007). Verschillende modellen worden beschreven in hoofdstuk twee.

ACT

Er zijn aanwijzingen dat chronische basecokegebruikers door ACT (zie hoofdstuk twee) een hogere therapietrouw hebben en een hogere mate van behandeltevredenheid ervaren. Ook op lichamenlijk en algemeen gebied functioneert deze doelgroep beter (Henskens e.a., 2005).

Dubbele diagnose patiënten maken door ACT meer gebruik van beschikbare voorzieningen (Essock e.a., 2006). Er zijn onvoldoende aanwijzingen dat ACT bij dubbele diagnose patiënten een positief effect heeft op middelengebruik, justitieel gebied, lichamelijk en algemeen functioneren, de ervaren kwaliteit van leven en geestelijke gezondheid (Henskens e.a., 2005; Essock e.a., 2006; Cosden e.a., 2005; Calsin e.a., 2005).

Strengths-Based model

Bij verslaafde patiënten die werden behandeld volgens het Strengths-Based model zijn er aanwijzingen dat sociale relaties verbeteren, justitiële problemen afnemen en is er een daling van het aantal opnames in psychiatrische ziekenhuizen. Ook maken patiënten meer gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen en sociale dienst. Er zijn aanwijzingen dat (ex)oorlogsveteranen door het Strengths-Based model minder psychiatrische symptomen hebben en dat het aantal opnames in psychiatrische ziekenhuizen afneemt. Er zijn onvoldoende aanwijzingen dat bij veteranen een verbetering van activiteiten in het dagelijks leven heeft plaatsgevonden (Barry e.a., 2003; Sarrazin e.a., 2004; Saleh e.a., 2003; Huber e.a., 2003).

Bij patiënten met een dubbele diagnose (borderline persoonlijkheidsstoornis) die Intensive Casemanagement ontvingen zijn er aanwijzingen dat het aantal opnamedagen in een psychiatrisch ziekenhuis afneemt (Metcalfe e.a., 2005).

Varianten van casemanagement

Bij varianten van casemanagement zijn er aanwijzingen dat bij verslaafde moeders en intraveneuze drugsgebruikers het middelengebruik afneemt. Ook lijkt casemanagement een positieve invloed te hebben op de behandeling van verslaafde veteranen en intraveneuze drugsgebruikers. Tevens vermindert het risicogedrag van intraveneuze drugsgebruikers. Bij verslaafde moeders blijkt casemanagement een positief effect te hebben op sociale relaties, lichamelijk en algemeen functioneren, geestelijke gezondheid en gebruik van voorzieningen. Bij verslaafde veteranen zijn er aanwijzingen dat de criminaliteit vermindert (Siegal e.a., 2002; Robles e.a., 2004; Sorensen e.a., 2003; Jansson e.a., 2003). Bij HIV-verslaafde patiënten zijn er onvoldoende aanwijzingen dat casemanagement effect heeft op een afname van middelengebruik, lichamelijke en algemeen functioneren, ervaren kwaliteit van leven, geestelijke gezondheid en risicogedrag (Sorensen e.a., 2003).

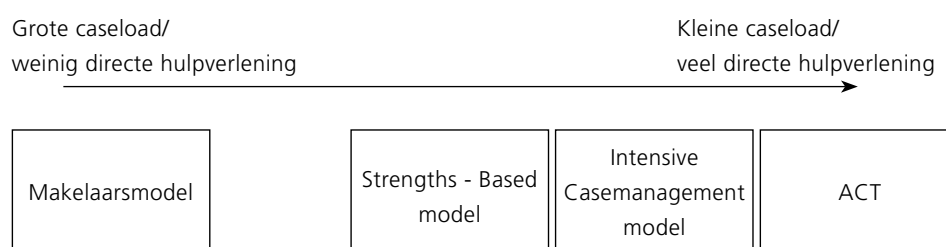
In de toekomst zou er meer onderzoek gedaan moeten worden naar vormen van casemanagement, vooral in Nederland, waarbij er meer homogeniteit is in onderzoeksvraag, doelgroep, interventies en uitkomstmaten. Ook is het wenselijk dat er een mate van modelgetrouwheid in de evaluatie van de studies wordt aangegeven.

Hoofdstuk 2

Uitgangspunten

2 Uitgangspunten

In de literatuur worden verschillende vormen van casemanagement beschreven waarbij over het algemeen de belangrijkste verschillen, de mate van intensiteit van directe hulpverlening aan patiënten en de grootte van de caseload zijn. Verschillende modellen worden beschreven zoals: Assertive Community Treatment (ACT), Strengths-Based model, Intensive Casemanagement en Makelaarsmodel. Hiervan is ACT het meest beschreven en bekende model.



Figuur 2.1 Modellen van casemanagement

ACT is met succes toegepast bij verschillende doelgroepen, waaronder mensen met ernstige en langdurige psychische problemen, mensen met een dubbele diagnose, ex-gedetineerden met verslavingsproblemen en daklozen (Vanderplasschen e.a., 2004b). Deze vorm van casemanagement kan een meerwaarde opleveren voor deze specifieke doelgroepen (Wolf, 2002; Mulder & Kroon, 2005): de situatie van verslaafde patiënten verbetert en ACT lijkt in een aantal gevallen een gunstige invloed te hebben op de lengte van het hulpverleningscontact. Of ACT een meerwaarde oplevert hangt vooral af van toegevoegde specifieke interventies². Ook familieondersteuning en crisisinterventie horen tot het domein van ACT. ACT gaat altijd uit van de chronische aard van de problemen van patiënten en biedt vooral ondersteuning in het dagelijks functioneren (Wolf e.a., 2002). In deze richtlijn wordt ervan uitgegaan dat casemanagers een belangrijke rol hebben in het coördineren van de zorg maar daarnaast vooral patiënten begeleiden en hen vaardigheden leren, die de patiënt in staat stelt om zo zelfstandig mogelijk te kunnen leven. De directe hulpverlening aan patiënten en leden van diens netwerk staat daarbij centraal. De werrelatie patiënt-casemanager vormt het uitgangspunt in de hulpverlening.

In deze richtlijn hanteren we de kernindicatoren voor casemanagement in de verslavingszorg die ontwikkeld zijn door het Trimbosinstituut, zie bijlage 1 (Handreiking voor casemanagers in de sociale verslavingszorg, 2003).

2.1 Doelgroep

Casemanagement is bedoeld voor personen waarbij er naast problemen met en rond het gebruik van alcohol en drugs, tal van andere problemen spelen rondom de lichamelijke en psychische gezondheid, huisvesting, arbeid, inkomen, justitie en sociale relaties. Vaak is er ook sprake van overlastgevende situaties. De problemen van de patiënten zijn behalve meervoudig en complex, meestal ook langdurig en/of chronisch.

² Binnen Resultaten Scoren ontwikkelt Verslavingszorg Noord Nederland op dit moment een ACT-richtlijn binnen een dubbele diagnoseprogramma.

Kenmerken van de doelgroep zijn:

- > Jarenlange verslaving, dikwijls aan verschillende middelen.
- > Vaak comorbide psychopathologie, die lang niet altijd onderkend wordt.
- > Sociaal isolement.
- > Gebrek aan sociaal ondersteunend netwerk.
- > Moeite met contacten in de hulpverlening, als die al tot stand zijn gekomen.
- > Een verleden met veel hulpverlening, die dikwijls het 'eindpunt' niet bereikte.
- > Zich moeilijk of niet voegen naar de regels van dienstverlenende instellingen.
- > Een verleden met veel conflicten in de hulpverleningsrelatie.
- > Gebrek aan vertrouwen in hulpverleners.
- > Onbekwaam om voor zichzelf te zorgen op een maatschappelijk acceptabel niveau.
- > Wisselende behoefte aan intensiteit van zorg.

2.1.1 Instroomcriteria

Binnen de verslavingszorg wordt meestal door interne indicatiecommissies vastgesteld welke patiënten voor casemanagement in aanmerking komen. Binnen deze richtlijn gaan we ervan uit dat de patiënt reeds geïndiceerd is voor casemanagement.

Een indicatiecommissie kan op basis van de volgende criteria een gewogen beslissing nemen casemanagement te indiceren:

- A) Chronische verslaving: langer dan vijf jaar aantoonbaar verslaafd aan drugs en/of alcohol.
- B) Actuele psychopathologie.
- C) Maatschappelijke problematiek op het merendeel van de volgende levensgebieden:
 - > Huisvesting: dak- of thuisloosheid.
 - > Inkomen: financiële problemen, schulden.
 - > Gezondheidszorg: niet verzekerd of geen gebruik maken van reguliere zorgvoorzieningen.
 - > Dagbesteding: geen gebruik maken van enige vorm van dagbesteding en/of activering.
 - > Sociaal netwerk: gebrek aan ondersteunend netwerk, sociaal isolement.
 - > Lichamelijke of psychosociale problemen.
 - > Justitie/politie; detentieverleden, actuele status.
 - > Overlast geven in zijn of haar omgeving, dan wel een gevaar vormen voor anderen of zichzelf.

Het gaat bij deze patiënten in elk geval altijd om langdurige verslaving en maatschappelijke problematiek (A en C) en daarnaast vaak ook om problemen die samenhangen met actuele psychopathologie (B).

2.1.2 Uitstroomcriteria

Een hoofdkenmerk van de doelgroep voor casemanagement is dat problemen altijd complex (op meerdere levensgebieden) en langdurend (jaren) zijn. Patiënten stromen dan ook pas na lange tijd, meestal pas na één of meerdere jaren uit.

Daarbij worden de volgende uitstroomcriteria gehanteerd:

- > Patiënt en casemanager zijn van mening dat de situatie van de patiënt gestabiliseerd of verbeterd is en de problemen op verschillende levensgebieden sterk verminderd zijn èn
- > Patiënt maakt gebruik van reguliere zorgvoorzieningen en kan zelfstandig vorm geven aan zijn leefsituatie èn
- > Patiënt kan volstaan met minder intensieve zorg of andere begeleiding èn
- > Patiënt is minimaal twee jaar stabiel, dat wil zeggen er hebben zich geen crises of opnames voorgedaan.

Goede timing en zorgvuldige overdracht naar passende, minder intensieve zorg zijn belangrijke voorwaarden bij het uitstromen van patiënten uit het casemanagementprogramma.

2.1.3 Positionering in de zorgketen

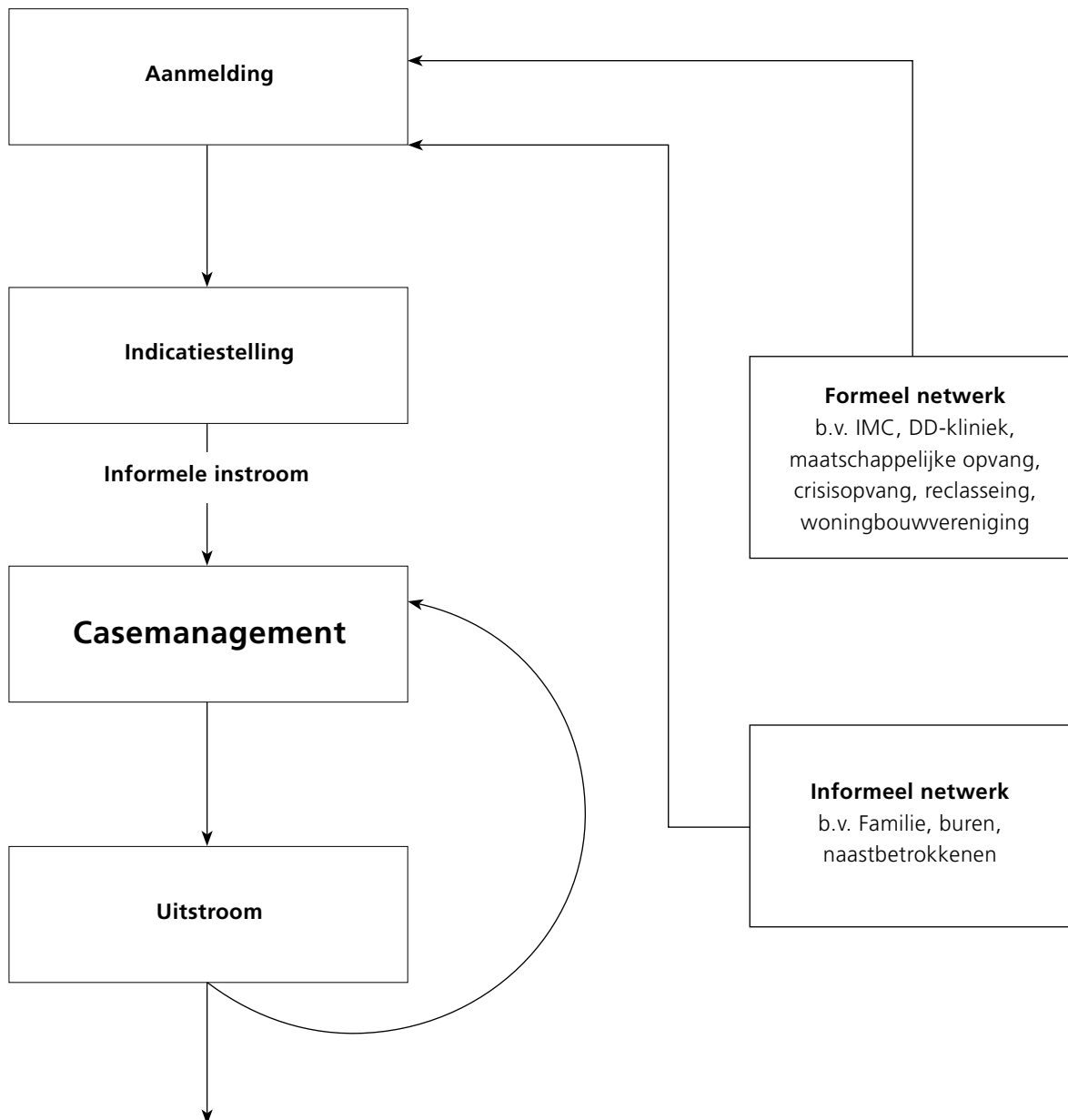
Veel patiënten worden aangemeld bij casemanagement via bijvoorbeeld bemoeizorg, opvangvoorzieningen, politie, woningbouwverenigingen of naastbetrokkenen. Een enkele keer meldt een patiënt zichzelf aan.

Voor het zorgprogramma van casemanagement is een indicatiestelling vereist. Anders dan bij bemoeizorg waar dat niet het geval is omdat het gaat om de ongevroegde bemoeienis van hulpverleners met verkommerde en verloederde mensen die hulp nodig hebben maar daar niet zelf om vragen of deze hulp niet willen accepteren. De grens tussen bemoeizorg en casemanagement is echter flexibel.

In veel gevallen zijn casemanagers al op een of andere manier bij de indicatiestelling betrokken. Zodra de indicatie is gesteld wordt in het team besloten wie eerste en tweede verantwoordelijk casemanager is. De betrokken casemanagers onderhouden contacten met het formele (politie, gemeente, woningbouwverenigingen, schuldeisers, GGZ, etc.) en het informele netwerk (familie, burens, naastbetrokkenen) van de patiënt (zie figuur 2.2).

In de zorgketen is casemanagement de verbindende factor tussen de partijen die betrokken zijn bij de patiënt. De casemanager coördineert en voert de regie over de zorg. In overleg met de patiënt wordt een zorgplan opgesteld waarbij belangrijke leden van het formele en informele netwerk zoveel mogelijk worden betrokken bij de uitvoering. Indien de patiënt gebruik maakt van reguliere voorzieningen of zelfstandig vorm kan geven aan zijn leefsituatie, zal de begeleiding van de casemanager steeds minder intensief worden. Op den duur zal de patiënt dan ook uit het casemanagementprogramma kunnen stromen. Het contact tussen patiënt en casemanager moet weer geïntensiveerd worden als de situatie van de patiënt daar om vraagt. Er dient altijd rekening mee gehouden te worden dat na een periode van stabiliteit toch weer problemen kunnen ontstaan. De drempel om in die situatie weer contact met de casemanager te zoeken, moet voor de patiënt dan ook laag zijn.

Figuur 2.2 Positionering in de zorgketen



2.2 De casemanager

In de zorg voor de patiënt vervult de casemanager een aantal functies. Hij geeft vorm aan de werkrelatie met de patiënt en voert de regie in de zorgverlening rond de patiënt. Om zijn werk goed te kunnen doen zijn een aantal voorwaarden van belang.

2.2.1 Basisfuncties

In de literatuur worden de belangrijkste basisfuncties van de casemanager genoemd (Wilken & Hollander, 2000). Deze functies zijn assessment, planning, linking, monitoring en evalueren. Hiermee wordt bedoeld:

Assessment: de systematische inschatting van de behoeften van de patiënt. Hierbij moet de casemanager een indruk krijgen van de mogelijkheden van de patiënt, van hetgeen hij daarin actief onderneemt, van zijn psychische toestand, zijn ziektebesef en motivatie en van zijn sociale netwerk. Daarbij zal aandacht geschonken worden aan het functioneren van de patiënt in het verleden, met name zijn bezigheden en contacten.

Planning: de vaststelling van een samenhangend en volledig hulpverlenings- of zorgplan. Enerzijds zijn daarin de wensen van de patiënt betrokken, anderzijds de hulpnoodzaak zoals de casemanager die inschat.

Linking: het regelen van de benodigde zorg. Het gaat hierbij om de aard van de zorg, de hoeveelheid en de samenhang tussen de diverse hulpgebieden.

Monitoring: het in de gaten houden en actief wegen van de geleverde zorg, ingrijpen als dit nodig is.

Evaluatie: de resultaten van de geboden zorg vastleggen en zonodig het aangeven van een eventueel vervolg.

2.2.2 Kwalificaties casemanager

Casemanagers³ zijn bekend met de doelgroep en zijn allereerst in staat om op een respectvolle manier met verslaafde patiënten contact te maken en te onderhouden. Daarnaast kunnen zij zelfstandig in verschillende settings werken (op straat, op het politiebureau, in een instelling etc.). Ze beschikken over goede communicatieve vaardigheden om te onderhandelen met uiteenlopende partijen, zijn stressbestendig, hebben doorzettingsvermogen, kunnen adequaat risico's inschatten en zijn in staat binnen een team te werken (SAMSHA, 1998).

De casemanager geeft de patiënt handvatten om hulpvragen te formuleren en om gezamenlijk een zorgplan op te stellen. Daarnaast kent de casemanager de mogelijkheden van dienst- en hulpverlening (de sociale kaart). De casemanager coördineert de samenwerking tussen betrokken behandelaars en specialisten en voert daarbij de regie om zodoende een, op de patiënt, afgestemd aanbod te kunnen doen.

Een casemanager moet zijn rol kunnen profileren naar verschillende partijen: de patiënt, naastbetrokkenen van de patiënt, eigen organisatie en externe partijen. Casemanagement is het managen, regelen van een case (Hoogendam & Vreenegeer 2002) waarin een aandachtige en betrokken relatie met de patiënt essentieel is.

Het werk van casemanagers is zeer intensief en complex. De werkbelasting is hoog en vraagt veel van de individuele casemanager die zich continu flexibel moet kunnen bewegen tussen patiënten, netwerkleden, professionals en andere partijen. Ook worden casemanagers regel-

³ Parallel aan de deze richtlijn is binnen Resultaten Scoren een scholingsmodule voor casemanagers in de verslavingszorg ontwikkeld.

matig geconfronteerd met crisisituaties, ongecontroleerd gedrag of agressie van patiënten. Om het risico van een burn-out bij casemanagers te beperken is het van belang dat de verantwoordelijke instelling zorg draagt voor (Wolf e.a., 2002):

- > voldoende en bij voorkeur voor dit werk vrijgestelde personeelsleden
- > een functieomschrijving met een heldere beschrijving van taken verantwoordelijkheden en bevoegdheden (zie bijlage 3)
- > Dagelijks werkoverleg met de dan aanwezige leden van het casemanagementteam over lopende zaken die die dag van belang zijn
- > wekelijks teamoverleg voor uitwisseling van informatie over patiënten, stoomafblazen, enzovoorts
- > regelmatige controle van de arbeidssatisfactie van casemanagers (bijvoorbeeld door functioneringsgesprekken en het monitoren van burnout verschijnselen);
- > garanderen van de persoonlijke veiligheid van casemanagers door het verschaffen van mobiele telefoons en, bijvoorbeeld werken in duo's als de situatie daar om vraagt;
- > een programma- of teamcoördinator met voldoende bevoegdheden die de doelgroep en het werk goed kent en zorg draagt voor methodiekontwikkeling. Daarnaast draagt een (meewerkend) coördinator zorg voor het functioneren van het team als geheel.

2.3 Visie op casemanagement

Voordat verder ingegaan wordt op ondersteunende methodieken van casemanagement in het basisprogramma, beschrijven we eerst een aantal visies op casemanagement. Deze visies worden bepaald door de visies op verslaving en op de patiënt die tezamen de visies op de hulpverlening binnen casemanagement bepalen. Wetenschappelijke ontwikkelingen liggen hieraan ten grondslag. Huidige inzichten geven aanleiding om beschikbare kennis te vertalen en toe te passen in het werk van casemanagers zoals bijvoorbeeld het geven van psycho-educatie aan patiënten en diens systeem. Het probleem met voortschrijdend wetenschappelijk inzicht is dat de klinische praktijk die niet direct kan toepassen of volgen. Voor verschillende aspecten van toenemend inzicht moet gezocht worden naar eenvoudige modellen, die aansprekend zijn voor hulpverleners en patiënten.

2.3.1 Visie op verslaving

Verslaving wordt steeds vaker beschreven als een hersenaandoening met een chronisch karakter (Leshner, 1997; Nutt, 1999, uit NISPA 2001). Engel (1980) heeft het Biopsychosociaal model ontwikkeld waarin ook verslaving kan worden opgevat als het resultaat van zowel biologische, psychische en sociale dimensies die leiden tot het vicieuze proces dat we verslaving noemen. De verschillende dimensies beïnvloeden elkaar: een verandering in de ene dimensie heeft een uitwerking op de andere. Zo kan verandering worden tegengewerkt door een andere dimensie of kan verandering juist op een andere dimensie doorwerken. Naast de invloed van genetische factoren zijn ervaringen en omstandigheden die een individu tijdens zijn ontwikkeling meemaakt van invloed op het ontstaan van verslaving. Voorbeelden hiervan zijn (vroeg)traumatische ervaringen en psychosociale omstandigheden zoals slechte huisvesting, werkeloosheid en relationele problemen (De Jong, Schellekens e.a., 2006).

Verslaving wordt dan ook beschouwd als een multifactorieel bepaalde psychiatrische aandoening met een chronisch, recidiverend en intermitterend verloop: genetische, biologische, farmacologische, psychologische, sociale, sociaal-maatschappelijke en culturele aspecten spelen

een rol bij het ontstaan en het instandhouden van verslaving.

De bekende cirkels van Van Dijk (1979) kunnen binnen casemanagement als afgeleide van wetenschappelijk inzicht worden gebruikt in het kader van psycho-educatieve activiteiten naar patiënten. Deze cirkels geven aan dat de balans op verschillende gebieden verstoord raakt, wanneer sprake is van overmatig middelengebruik en dat de verstoringen de neiging hebben elkaar in stand te houden.

Bij casemanagementpatiënten zal het verminderen van middelengebruik niet altijd de eerste prioriteit hebben. Persoonlijke doelstellingen op verschillende levensgebieden zullen uitgangspunt bij begeleiding zijn. Er zal echter altijd aandacht besteed moeten worden aan de relatie tussen middelengebruik en problemen op andere gebieden. Als problemen binnen ieder van de biopsychosociale dimensies, of anders gezegd, binnen de verschillende cirkels niet worden aangepakt, heeft het behandelen van het verslavingsprobleem ook weinig kans van slagen.

2.3.2 Visie op de patiënt

In het biopsychosociale model voor verslaving wordt de term kwetsbaarheid genoemd om aan te geven dat sommige mensen meer kans hebben verslaafd te raken dan anderen. Het kwetsbaarheid-stress-coping model biedt aanknopingspunten voor het voorkomen, ingrijpen, beïnvloeden en behandelen van verslavingsproblemen. Het model gaat uit van het in evenwicht brengen van de balans tussen draaglast (verminderen) en draagkracht (vergroten) bij kwetsbare personen. Met andere woorden: van welke risicofactoren en beschermende factoren is er bij een persoon sprake (Slooff, Withaar&Luyten, 2006).

Bij determinanten voor psychische (on)gezondheid (kwetsbaarheid) wordt onderscheid gemaakt tussen persoonsgebonden factoren, omgevingsfactoren en gebeurtenissen in iemands leven en diens reactie daarop. De psycho-biologische kwetsbaarheid bij verslaafde patiënten is groot. Casemanagement kan een bijdrage leveren door zoveel mogelijk de balans te herstellen tussen draagkracht en draaglast. Door de draagkracht te vergroten (behandeling van biopsychische problemen) en de draaglast (psychische, sociale en lichamelijke stressoren) te verminderen, kan hieraan worden bijgedragen. Bijvoorbeeld door de financiële situatie, de woonsituatie en de dagbesteding te verbeteren of continu te ondersteunen. Daarnaast kunnen beschermende factoren zoals copingstrategieën ingezet worden o.a. door het trainen van sociale vaardigheden.

Maslow

Voor het ordenen en uitwerken van de taken van de casemanager binnen casemanagement kan het model van Maslow (Maslow, 1970) behulpzaam zijn. Aan de motivatie voor bepaald gedrag liggen een aantal fundamentele behoeften ten grondslag.

Fysiologisch: de behoeften die nodig zijn om in leven te blijven (voedsel, water, slaap en een goede lichaamstemperatuur).

Veiligheid: de behoefte aan veiligheid, zekerheid en bescherming.

Sociaal: de behoefte aan sociaal contact, vriendschap, liefde en ergens bijhoren.

Erkenning: de behoefte aan waardering en respect door anderen, aan achting en status.

Zelfactualisering: de behoefte aan kennis, waarheid en wijsheid om tot zelfontplooiing of persoonlijke groei te komen.

Wanneer er sprake is van een tekort (deprivatie), een onbevredigde behoefte, zal de mens in beweging komen (activatie). De kracht van de activatie zal mede afhankelijk zijn van de mate van deprivatie. Het tweede principe is dat behoeften min of meer hiërarchisch geordend zijn. Dit betekent dat hogere behoeften gemakkelijker gerealiseerd kunnen worden als lagere

behoefden zijn verwezenlijkt. De focus van begeleiding bij casemanagementpatiënten ligt in de eerste plaats dan ook op praktische problemen die te maken hebben met lagere behoeften. Wanneer de meest fundamentele behoeften van een patient niet bevredigd (bijvoorbeeld honger, geen onderdak, geen veiligheid) zijn, dan heeft bijvoorbeeld een cognitieve therapeutische behandeling weinig kans van slagen. Bij elk niveau dient er aandacht te zijn voor de invloed die het gebruik van psychoactieve stoffen in het kader van verslaving heeft. Dit begint al bij het eerste niveau, verslaafde patiënten kunnen zo door hun middelengebruik in beslag genomen worden dat ze bijvoorbeeld aan eten niet toekomen, met alle nadelige gevolgen van dien. Het model sluit goed aan bij het biopsychosociale model in die zin dat voor beide modellen geldt dat de lagere systemen eerste gegarandeerd of stabiel moeten zijn alvorens een hoger systeem expliciet aandacht dient te krijgen.

Autonomie

Binnen casemanagement wordt de patiënt gestimuleerd om zoveel mogelijk verantwoordelijk te zijn voor zijn eigen gedrag. De patiënt wordt beschouwd als iemand met keuzemogelijkheden en wordt in staat geacht tot het nemen van eigen beslissingen en het veranderen van zijn gedrag. Hij of zij heeft weliswaar een ziekte, verslaving, maar dit ontslaat hem of haar niet aan de verplichting dusdanig ziektegedrag te stellen dat er toe leidt het –ziek zijn- te verminderen. Bij ernstig verslaafde patiënten is het telkens wel de vraag in welke mate het gebruik van middelen invloed heeft op de autonomie en eigen verantwoordelijkheid van de patiënt en welke consequenties dat heeft voor het handelen van de casemanager. Zelfs wanneer casemanagers (tijdelijk) de verantwoordelijkheid van de patiënt overnemen moet er altijd oog blijven voor het zoveel mogelijk bevorderen van de autonomie van de patiënt.

Verslavingsgedrag

Casemanagers moeten in het contact met de patiënt rekening houden met het feit dat een patiënt vaak typische kenmerken van verslavingsgedrag vertoont. Voorbeelden daarvan zijn manipulatie, ontkennen van problemen, anderen de schuld geven, slachtoffergedrag (ik ben toch machteloos), liegen en bedriegen, zelfgerichtheid en geen rekening met anderen kunnen houden. Een van de belangrijkste competenties van casemanagers is om dit gedrag te herkennen en er professioneel mee om te gaan.

De vier R's

In de behandeling van ernstig verslaafde patiënten wordt volgens het model van De Jong (2006) allereerst gefocust op verbetering van het subjectieve welbevinden van de patiënt: Remoralisatie genoemd. Als hopeloosheid of demoralisatie niet vermindert hebben overige interventies weinig zin. Voor een casemanager betekent dit altijd hoop uitstralen ondanks alle ellende van de patiënt en bereid zijn een relatie met hem aan te (blijven) gaan. Het gaat om het naast de patiënt staan in plaats van tegenover hem. Vervolgens moet de behandeling zich richten op symptomatisch herstel en vermindering van symptomatische stress. Dit wordt samengevat als Remediatie. Daarnaast moet de behandeling zich ook richten op verbetering van het functioneren op meerdere levensgebieden: Rehabilitatie genoemd. Motiverende gespreksvoering is daarin een belangrijke effectieve methode om de patiënt te motiveren weer te gaan doen wat hij eigenlijk al kan. Een casemanager moet zich deze methode eigen maken en ook kunnen toepassen. Vanuit het perspectief van patiënten wordt hieraan herstel in de zin van Recovery toegevoegd. Herstel wijst in dit verband naar de verantwoordelijkheid van de aangedane mens het eigen leven weer vorm te geven en is een proces waarin de hulpverlener volgend is in de stappen die de patiënt zelf neemt en tracht er voor de patiënt te zijn als dat nodig is. Ook bij dit model geldt dat de fasen niet in een vaste volgorde worden afgewerkt, maar dat er telkens een inschatting moet worden gemaakt wat de meeste aandacht behoef.

2.3.3 Visie op hulpverlening

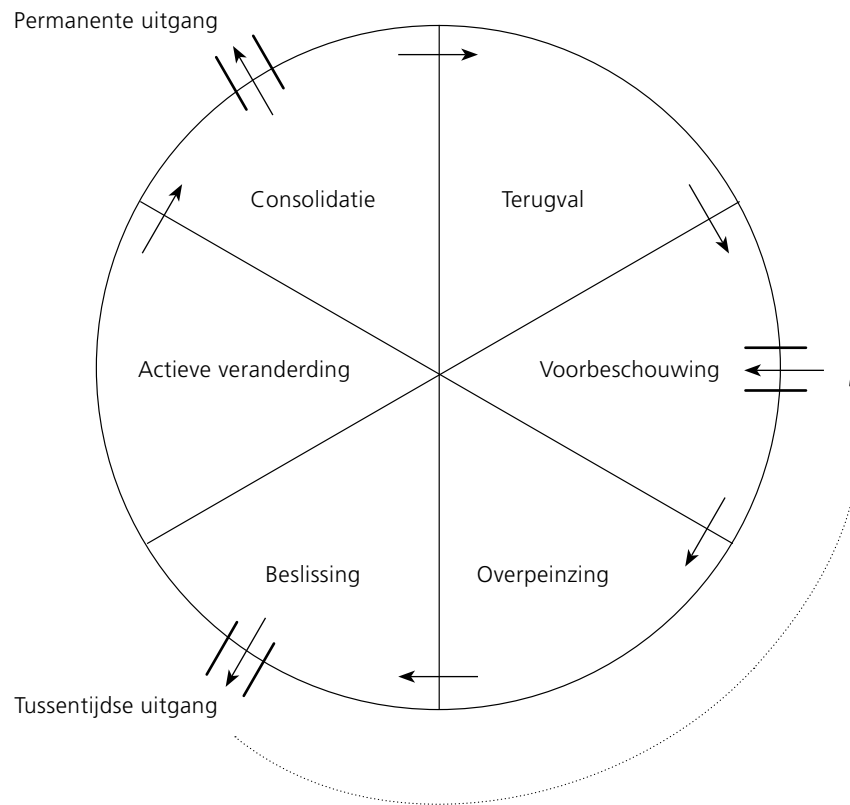
Voor de doelgroep van casemanagement die ernstig chronisch verslaafd is, kan vanuit de rehabilitatietheorie een waardevolle hulpverleningsbijdrage geleverd worden. Rehabilitatie is een proces waarbij directe hulpverlening aan de cliënt gecombineerd wordt met begeleiding en beïnvloeding van de omgeving, met als doel de activiteiten en participatie zoveel mogelijk te vergroten en aanwezige capaciteiten zo goed mogelijk te gebruiken in een zo normaal mogelijk sociaal kader.

Rehabilitatie

Bij rehabilitatie gaat het om mensen met een lichamelijk en/of geestelijke beperking te stimuleren om zijn persoonlijke capaciteiten zo goed mogelijk te gebruiken in het dagelijks functioneren en maatschappelijke integratie te bevorderen met zo min mogelijk professionele hulp (Bennett, 1978 & Anthony, 1990; in Wilken & Den Hollander, 2000). De mogelijkheden en wensen van de patiënt zelf vormen de basis om de kwaliteit van het leven te verbeteren. Centraal staat de bevordering van de zelfstandigheid en het geven van praktische hulp op verschillende levensgebieden, waarbij de patiënt zoveel mogelijk gestimuleerd wordt deel te nemen aan de maatschappij. Casemanagers kunnen een belangrijke rol vervullen om directe hulp aan de patiënt te bieden om te voorkomen dat zij buiten de zorg vallen. Daarbij is ook begeleiding en beïnvloeding van de omgeving van belang om de participatie en empowerment van de patiënt te vergroten.

2.3.3.1 Motiverende gespreksvoering

Voor casemanagementpatiënten is het motiveren voor verandering door casemanagers van groot belang. Het bekende transtheoretische model voor verandering wordt hiervoor gebruikt. Het veranderingsmodel van Prochaska & Diclemente beschrijft het veranderingsproces van een patiënt in verschillende fasen (Diclemente e.a., 1998). Het model neemt een belangrijke positie in de verslavingszorg, het belang van motiverende gespreksvoering wordt algemeen onderschreven. Het model is ontwikkeld voor mensen met alcoholverslaving maar is veel breder toepasbaar. Het model wordt weergegeven als een cirkel die meerdere keren doorlopen kan worden. Het is steeds duidelijker dat er meer sprake is van een spiraal dan van een gesloten cirkel. Anders gezegd: motivatie voor verandering is geen vast gegeven of persoonlijkheidskenmerk maar is afhankelijk van de context en de therapeutische relatie.



Figuur 2.3 Veranderingsmodel Prochaska en DiClemente

Het eerste stadium is de *voorbeschouwing*: in dit stadium is de patiënt zich niet bewust van het probleem. Er zijn mogelijk klachten, zorgen of problemen, maar de patiënt koppelt deze niet aan zijn eigen gedrag. Er is geen intentie om te veranderen.

Het volgende stadium is het stadium van *overpeinzing*. De patiënt erkent het probleem en staat ambivalent tegenover verandering. Hij wil veranderen maar laat dat niet in zijn gedrag zien. Indien de patiënt een afweging maakt van de voor- en nadelen, komt hij tot een *beslissing*. De beslissing om te veranderen is genomen en de patiënt vraagt zich af hoe hij kan veranderen. *Uitvoeren (actieve verandering)*: het gedrag wordt veranderd om problemen op te lossen. Het stadium *volhouden (consolidatie)* van de verandering is de grootste uitdaging. Gedrag moet zich stabiliseren en tevens moet er gewerkt worden aan terugvalpreventie. *Terugval* is als apart stadium in dit model opgenomen. Het merendeel van de patiënten die het middelengebruik probeert te veranderen, valt immers vroeg of laat terug. Voorkomen van terugval is een goed streven, maar bij de groep patiënten binnen casemanagement zal het veel meer dienen te gaan om het leren omgaan met frequent voorkomende terugval; terugvalmanagement is dan ook een betere aanduiding van dit belangrijke onderdeel van het werk van de casemanager. De cirkel kan dan opnieuw doorlopen worden. Essentie van het model is dat per fase specifieke interventies van de hulpverlener noodzakelijk zijn (zie bijlage motiverende gespreksvoering).

Het veranderingsmodel van Prochaska en DiClemente is niet alleen toepasbaar voor middelengebruik maar ook geschikt voor veranderingen op tal van andere terreinen. Casemanagers moeten vooral aandacht hebben voor het motiveren van veranderingen op alle levensgebieden (huisvesting, financiën, dagbesteding, etc.).

2.3.3.2 Contact leggen en contact houden

Binnen casemanagement staat de werkrelatie patiënt-casemanager centraal. Het opbouwen van een werkrelatie en het leggen en onderhouden van contact is bij deze patiënten meestal een ingewikkeld proces. Om verschillende redenen zitten patiënten meestal niet te wachten op weer een nieuwe hulpverlener. Vaak hebben zij al veel hulpverleningsrelaties in de zorg gehad, verschillende opnames achter de rug en zijn daar niet altijd iets mee opgeschoten. Het 7-stappen model van Van de Lindt (2000) beschrijft hoe een waardevolle werkrelatie met een patiënt kan worden opgebouwd. Het model begint met het contact zoeken en eindigt bij het beëindigen van de werkrelatie. De zeven stappen bestaan uit:

1. Contact zoeken (casefinding).
2. Contact maken (vertrouwen winnen).
3. (Incidenteel) oplossen van een probleem (vertrouwen uitbouwen).
4. Contacttrouw realiseren (vertrouwen waarmaken, problemen inventariseren).
5. Planmatig werken (plannen uitvoeren, experimenteren).
6. Werkrelatie evalueren (doelen evalueren en bijstellen, opvolger introduceren).
7. Werkrelatie beëindigen (of definiëren voor de toekomst).

Het is een ideaalmodel van een hulpverleningsproces waarbij sprake is van voortgang in de tijd binnen de dagelijkse praktijk. De praktijk van casemanagement is echter weerbarstig en volgt zelden exact deze chronologie. Soms lijkt een stap voltooid maar moet hij toch worden over gedaan. Sommige stappen kunnen te hoog gegrepen zijn, waardoor beide partijen zich tevreden moeten stellen met minder. Binnen casemanagement zijn vooral stap twee en drie belangrijk. Casemanagers zullen een lange adem nodig hebben om het vertrouwen van de patiënt te winnen.

Een voorwaarde voor het leggen en onderhouden van contact is een outreachende werkwijze waarbij flexibel ingespeeld kan worden op de veranderende behoeften van de patiënt in zijn eigen leefomgeving.

Hoofdstuk 3

Opbouw basisprogramma

3 Opbouw Basisprogramma

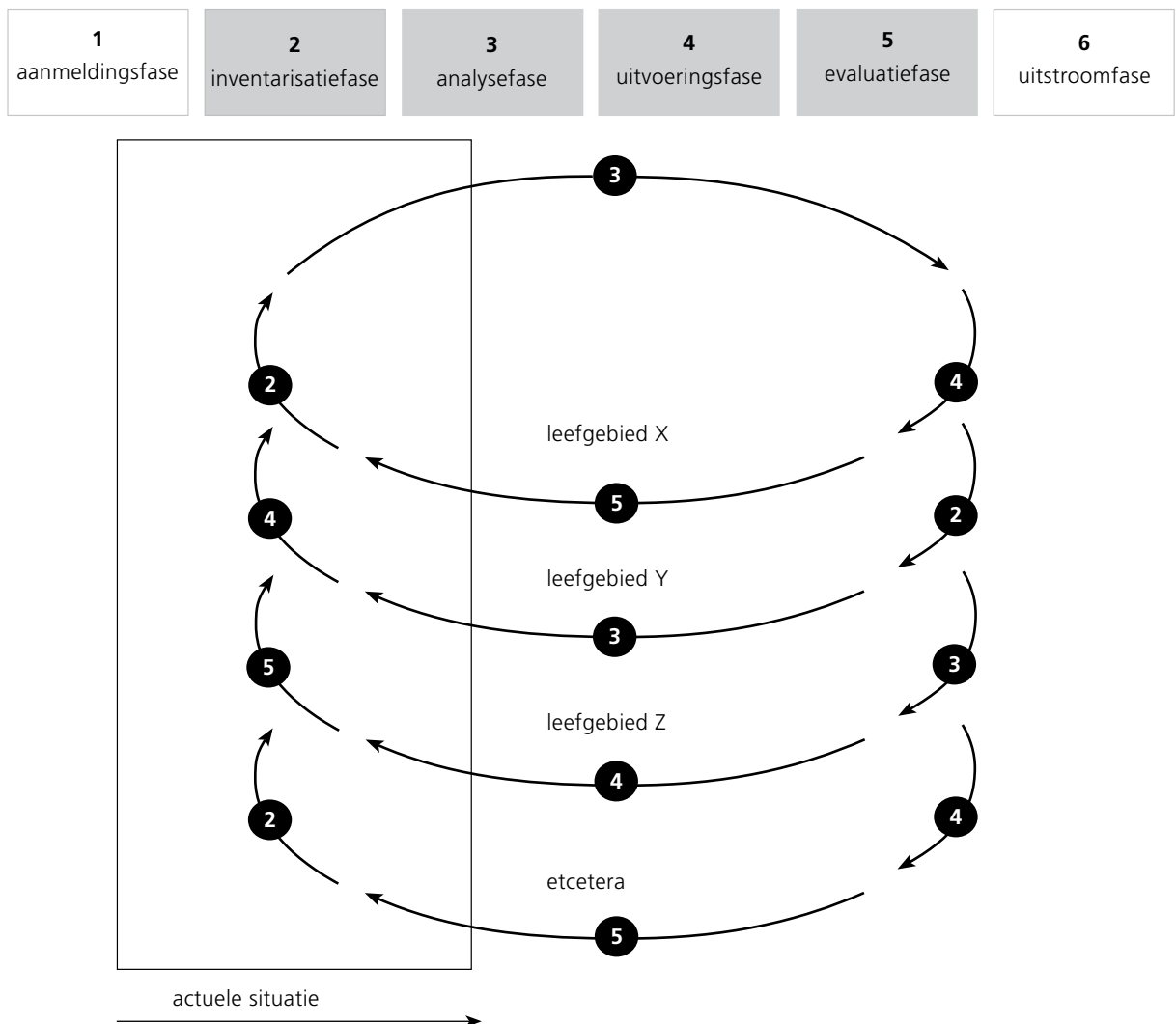
In deze richtlijn wordt casemanagement voor langdurig verslaafde patiënten uitgewerkt aan de hand van een basisprogramma. Dit programma krijgt vorm op basis van een zes fasen model. In dit model worden alle fasen van het hulpverleningsproces uitgewerkt: aanmeldingsfase, inventarisatiefase, analysefase, uitvoeringsfase, evaluatiefase en uitstroomfase.

3.1 Het zes fasen model

De aard van de problematiek van casemanagementpatiënten leent zich niet voor een zeer vastomlijnde methodiek. Juist de complexiteit van problemen eisen professioneel handelen van de casemanager onder meer door heldere structuur in de werkzaamheden.

Het hulpverleningsproces van casemanagement wordt daarom beschreven aan de hand van zes fasen. Deze fasen zijn deels gebaseerd op twee methodieken namelijk: de zorgplansystematiek (Ooyen-Houben, 1998) die veel instellingen voor verslavingszorg hanteren en het 8-fasenmodel (Leeuwen-den Dekker, van & Heineke, 2004) zoals ontwikkeld in de maatschappelijke opvang.

Figuur 3.1 Het zes fasen model



Door het hulpverleningstraject in verschillende fasen te verdelen, krijgt de casemanager betere handvatten om de begeleiding aan de individuele patiënt vorm te geven. Figuur 3.1 illustreert de fasering. De balk geeft het lineaire proces van hulpverlening weer waarin alle fasen van het hulpverleningsproces worden genoemd. De cirkels daaronder, zijn de verschillende levensgebieden die elk fase 2 t/m 5 weergeven. De op elkaar gestapelde cirkels geven de stadia van de verschillende levensgebieden weer. Bijvoorbeeld bij levensgebied X staat stadium 2 (inventariseren) centraal terwijl bij levensgebied Y stadium 4 (uitvoering) meer aan de orde is. Het inventariseren en analyseren maar ook het uitvoeren en evalueren van verschillende levensgebieden is afhankelijk van de complexiteit van problemen maar ook van de mate waarin de vertrouwensrelatie tussen patiënt en casemanager is opgebouwd.

Binnen de verschillende fasen staat een integrale benadering van problemen voorop. Problemen op verschillende levensgebieden worden tegelijkertijd of na elkaar aangepakt. Door toepassing van deze methodiek zal de casemanager betere handvatten hebben om de begeleiding aan de individuele patiënt vorm te geven.

Casemanagement begint bij de hulpvraag of hulpbehoefte van de patiënt. Bij de aanpak van de hulpvraag (met bijbehorende problemen) worden zowel de patiënt als zijn omgevingsfactoren betrokken. Dit kan betekenen dat de patiënt meer inzicht in zijn eigen leven en functioneren verwerft en nieuwe vaardigheden aanleert. Bij de omgevingsfactoren zijn vaak de directe omgeving van de patiënt, zijn familie, vrienden en huisvesting in het geding maar ook het zorgsysteem. De omgevingsfactoren worden altijd bij de aanpak betrokken.

3.2 Overzicht levensgebieden

Eén van de belangrijke taken van de casemanager is het inventariseren en analyseren van problemen op verschillende levensgebieden.

Casemanagement bestrijkt de volgende levensgebieden:

- > Verslaving
- > Lichamelijke gezondheid
- > Psychische gezondheid
- > Sociaal netwerk
- > Huisvesting
- > Financiën
- > Dagbesteding
- > Politie/Justitie
- > Zingeving

Een overzicht van de problematiek op alle levensgebieden helpt de casemanager en de patiënt duidelijkheid te scheppen in de meestal chaotische wereld van de patiënt. De casemanager verwerft overzicht en werkt planmatig en gestructureerd. Voor de patiënt betekent dit dat de kluwen van problemen wordt ontward waardoor ze overzichtelijker en soms ook beter beheersbaar wordt. De aanpak van een probleem op één levensgebied biedt mogelijkheden voor de aanpak van andere problemen. De probleemanalyse per levensgebied maakt zichtbaar waar het goed of minder goed gaat. Gezien de complexe problematiek van langdurig verslaafde patiënten is het niet altijd eenvoudig om in korte tijd een volledig beeld te krijgen van de problemen op alle levensgebieden. Bij veel patiënten zal de informatie in de loop der tijd langzaam bijeengesprokkeld moeten worden. De levensgebieden waar volgens de patiënt en casemanager de problemen het meest urgent zijn, zullen als eerste in kaart gebracht worden.

3.3 Samenvatting van de zes fasen

3.3.1 Aanmeldingsfase

Mensen kunnen op verschillende manieren bij casemanagement terechtkomen. Vaak worden patiënten aangemeld bij een casemanagementteam door een meldpunt, vangnet of andere vormen van bemoeizorg. In enkele gevallen melden zij zichzelf aan.

Instellingen voor verslavingszorg hebben meestal een aparte indicatiecommissie waarin met behulp van een screeningsinstrument de ernst van de problematiek wordt vastgesteld. Veel instellingen gebruiken daarvoor (varianten op) de Europ-ASI (Mc Lellan, 1992) of de MATE (Schippers e.a. 2004). In sommige gevallen wordt een casemanager in dit stadium al betrokken bij de indicatiestelling. Binnen deze richtlijn gaan we er van uit dat de patiënt reeds geïndiceerd is voor casemanagement. Is dit gebeurd, dan wordt na overleg binnen het team een eerst verantwoordelijke casemanager aan de patiënt toegewezen.

De casemanager zoekt contact met de patiënt en een eerste ontmoeting vindt plaats. In de eerste contacten met de patiënt staat de voorlichting over casemanagement centraal: de casemanager legt aan de patiënt uit wat hij wel of niet van een casemanager kan verwachten. Een brochure voor de patiënt waarin het aanbod van casemanagement staat beschreven, is daarbij een handig hulpmiddel. Het is van belang dat de patiënt in deze fase een verklaring ondertekent waarin hij toestemming geeft voor uitwisseling van patiëntgegevens tussen betrokken hulpverleners.

3.3.2 Inventarisatiefase

In deze fase staat een nadere kennismaking met de patiënt centraal. Langzaam wordt de vertrouwensrelatie tussen patiënt en casemanager opgebouwd. Het opbouwen van een vertrouwensrelatie kost veel tijd. Vaak gaan er enkele maanden overheen voordat er sprake is van een zekere band tussen patiënt en casemanager.

Het accent ligt in deze fase op het inventariseren van hulpvragen of zorgbehoeften. Hierdoor komt de stand van zaken op verschillende levensgebieden gedetailleerder in beeld. Er is in eerste instantie aandacht voor urgente zaken en daarnaast worden – altijd met toestemming van de patiënt – gegevens of dossiers opgevraagd bij andere instanties voor zover deze aanwezig zijn.

Het netwerk en de levensloop van de patiënt worden zoveel mogelijk in kaart gebracht.

3.3.3 Analysefase

In de analysefase worden de gegevens van de patiënt nader uitgewerkt. Samen met de patiënt worden hulpvragen en doelen vastgesteld aan de hand van het zorgplan. Een belangrijk hulpmiddel daarbij is de Schaal voor tevredenheid met het leven (zie 4.5.2) waarbij de casemanager samen met de patiënt in kaart brengt wat goed en wat minder goed gaat. Door middel van motiverende gespreksvoering maakt de casemanager inzichtelijk in welke fase van verandering de patiënt zich bevindt en kan hij de patiënt inzicht geven over de mogelijkheden die er zijn voor verandering. Het veranderingsmodel van Prochaska en DiClemente vormt daarbij het uitgangspunt.

3.3.4 Uitvoeringsfase

In de uitvoeringsfase staat het uitvoeren van het zorgplan centraal. Belangrijke functies daarbij zijn: het hulpverleningstraject uitzetten (planning), hulpverlening organiseren en uitvoeren (linking) en afstemmen van de hulpverlening (coördineren). Het samenwerken en soms het onderhandelen met de patiënt en betrokken instanties is daarbij van belang.

De patiënt wordt begeleid bij het doorlopen van het traject. Patiënten worden gestimuleerd en geholpen bij het regelen van praktische zaken. Het leren van praktische vaardigheden aan de patiënt staat daarbij op de voorgrond. Hulpmiddelen in deze fase zijn het zorgplan, netwerkberaad en aandacht voor de specifieke levensgebieden zoals eerder beschreven.

3.3.5 Evaluatiefase

Elke drie maanden wordt samen met de patiënt het zorgplan geëvalueerd.

Op basis van deze evaluatie kan het zorgplan worden veranderd of bijgesteld.

Ook binnen het team is het van belang elke drie maanden de patiënt te evalueren, liefst in bijzijn van de patiënt. Wanneer de patiënt niet bij de evaluatie aanwezig kan zijn, is het van belang naderhand de patiënt te informeren over wat er is besproken tijdens het teamoverleg. In deze fase wordt er ook aandacht besteed aan het evalueren van de hulpverlening door de patiënt. Een instrument dat daarbij gebruikt kan worden is de Cliëntenthermometer. Dit instrument registreert de waardering van de zorg door de patiënt.

3.3.6 Uitstroomfase

Veel patiënten zullen pas na langere tijd (één of meerdere jaren) kunnen uitstromen uit het casemanagementprogramma. Dit gebeurt wanneer de situatie van de patiënt langdurig is gestabiliseerd. In deze fase worden de contacten tussen casemanager en patiënt minder intensief en zal de casemanager in deze fase vooral vinger aan de pols houden.

Wanneer uiteindelijk het contact met de patiënt wordt beëindigd, draagt de casemanager de verantwoordelijkheid voor het regelen van de nazorg.

Het zorgplan wordt vervolgens afgesloten en er wordt zorggedragen voor een goede overdracht naar andere instanties en hulpverleners.

3.4 Schematisch overzicht basisprogramma

Het basisprogramma van casemanagement is onder te verdelen in zes fasen. Deze fasen waarin verschillende onderwerpen worden beschreven met bijbehorende instrumenten noemen we het basisprogramma.

Samengevat ziet dit er als volgt uit:

Tabel 3.2 Basisprogramma

Fase	Onderwerp	Instrument
1. Aanmeldingsfase	Kennismaken en voorlichting casemanagement Opbouwen werkrelatie	Brochure casemanagement Toestemmingsverklaring Europ-Asi, MATE CAN (zorgbehoeften) Honos (geestelijke gezondheidstoestand)
2. Inventarisatiefase	Aandacht urgente problemen Genogram Netwerkanalyse Beschrijving levensloop	Genogram Cirkeldiagram (Ecogram) MSNA (Maastrichtse Sociale Netwerk Analyse) Levensloop
3. Analysefase	Opstellen zorgplan	Zorgplan Schaal voor tevredenheid met het leven Een ideaal leven Euro-Qol gezondheidstoestand Veranderingsmodel Prochaska DiClemente
4. Uitvoeringsfase	Uitvoeren zorgplan Netwerkberaad	Zorgplan Netwerkberaad Aandachtsgebieden Weekindeling Signaleringsplan
5. Evaluatiefase	Periodieke evaluatie Kwaliteit van leven	Europ-Asi, MATE Zorgplan Kwaliteit van leven schaal Euro-Qol gezondheidstoestand
6. Uitstroomfase	Afbouwen hulpverleningstraject Overdracht en nazorg	Overdrachtrapportage

Hoofdstuk 4

Inhoud basisprogramma

4 Inhoud basisprogramma

In dit hoofdstuk wordt de inhoud van een basisprogramma voor casemanagement uitgewerkt. Dit programma bestaat uit een planmatige methodiek aan de hand van zes fasen. Het geeft de casemanager handvatten om de individuele begeleiding aan de patiënt vorm te geven. De zes fasen bestaan uit: aanmeldingsfase, inventarisatiefase, analysefase, uitvoeringsfase, evaluatiefase en uitstroomfase.

Zoals al eerder is gesteld, leent casemanagement zich niet direct voor een zeer vastomlijnde structuur: verschillende fasen in het hulpverleningsproces zullen soms naast elkaar en door elkaar heen lopen. Maar door vast te houden aan een planmatige manier van werken, is de casemanager beter in staat de begeleiding aan de patiënt te structureren en vorm te geven. Dit in tegenstelling tot een ad hoc benadering waarin activiteiten van de casemanager afhankelijk zijn van de omstandigheden van dat moment.

In elke fase wordt per onderwerp één of meerdere voorbeelden van patiëntencontacten (gesprekken) uitgewerkt. Dit wil niet zeggen dat per onderwerp een gesprek voldoende is. Integendeel: een casemanager heeft vaak vele korte of lange gesprekken rond een of meerdere onderwerpen met een patiënt. De begeleiding duurt vaak vele maanden tot jaren.

In de aanmeldingsfase staat bijvoorbeeld contact leggen met de patiënt centraal. Hiervoor zullen meerdere (soms vele) gesprekken nodig zijn. Hoe een gesprek met de patiënt verloopt, is afhankelijk van allerlei factoren zoals de toestand van de patiënt, de omgeving en plaats waar het gesprek gevoerd wordt of het moment van de dag.

Toch is het juist bij deze groep patiënten belangrijk om van tevoren na te denken over de doelstelling van het gesprek en wat de casemanager in het gesprek met de cliënt zou willen bereiken. Dit geeft niet alleen de casemanager houvast maar ook de patiënt. Al loopt een gesprek anders dan verwacht dan is het juist goed om achteraf te analyseren en te beschrijven wat er gebeurde en waarom de doelstelling van het gesprek niet werd gehaald. De voorbeelden van de patiëntencontacten vormen een leidraad voor het uitzetten van een basisprogramma binnen casemanagement.

4.1 Aanmeldingsfase

In de aanmeldingsfase staat vooral het kennismaken met de patiënt centraal. Het hoofddoel in deze fase vormt de introductie van casemanagement bij de patiënt. Dit gebeurt aan de hand van voorlichting over de werkwijze en de stappen bij casemanagement. Het inventariseren van patiëntgegevens staat in deze fase minder centraal.

4.1.1 Kennismaken en voorlichting casemanagement

Doel patiëntencontact

De doelen bij dit patiëntencontact zijn:

1. Voorstellen aan en kennismaken met patiënt.
2. Voorlichting geven over het aanbod van casemanagement.

Vorbereiding

Verzamel alle gegevens die bekend zijn over de patiënt. Meestal heeft de intaker (bij indicatiestelling) al een dossier aangemaakt waarin patiëntgegevens uit de intake beschreven staan. Instellingen voor verslavingszorg gebruiken verschillende meetinstrumenten bij indicatiestel-

ling. Het meest gebruikte instrument is de Addiction Severity Index (ASI) of varianten op de ASI. Een instrument dat in de toekomst vaker gebruikt gaat worden is de MATE (Meetinstrument bij Addictie voor Triage en Evaluatie).

Controleer en vraag zonodig bij de intaker na, in hoeverre de gegevens van de patiënt compleet zijn. Vraag eventueel aanvullende informatie op bij andere disciplines waar de patiënt bekend is.

Voordat u de patiënt ontmoet bestudeert u het patiëntendossier, u heeft eventuele actuele gegevens van de patiënt paraat. Soms blijkt de beschikbare informatie zo versnipperd of onvolledig te zijn dat het beter is het contact blanco in te gaan en gaandeweg de benodigde informatie te verzamelen. De eerste contacten verlopen vaak via leden van het netwerk van de patiënt (b.v. hulpverleners, buurtbewoners of familieleden) omdat de patiënt het contact met de casemanager soms bewust uit de weg gaat.

Kondig uw komst van tevoren aan, veel patiënten beschikken over een mobieltje. Een brief is een minder indringende manier om uw komst aan te kondigen maar kan ook (ongelezen) aan de kant gelegd worden.

Probeer het gesprek te laten plaatsvinden in een voor de patiënt vertrouwde ruimte met zo min mogelijk storende factoren van buiten.

Materialen

- > Patiëntenfolder over de inhoud en werkwijze van casemanagement om aan de patiënt mee te geven.
- > Kaartje met namen van de casemanagers, telefoonnummers en tijden waarop de casemanagers bereikbaar zijn.
- > Afsprakenkaartje
- > Patiëntendossier

Introductie

Maak kennis met de patiënt. Geef aan over welke informatie u beschikt (van de intaker, van anderen, leden van het netwerk). Vraag de patiënt om een korte toelichting.

Geef een korte uitleg over de inhoud van het gesprek. Indien de patiënt nauwelijks aanspreekbaar is (bijvoorbeeld omdat hij teveel onder invloed van middelen is) is het beter om het op een ander moment weer te proberen.

Neem de tijd om het vertrouwen van de patiënt te winnen. Een uur blijkt vaak veel te lang te zijn, 10 minuten kan al voldoende zijn. Beëindig het gesprek en probeer op korte termijn een tweede afspraak te plannen. Vertel de patiënt wat u denkt voor hem/haar te kunnen betekenen, dat u voor langere tijd de casemanager of persoonlijk begeleider van de patiënt zult zijn. Geef aan dat u niet de enige casemanager voor de patiënt bent maar dat er een tweede casemanager is (geef de naam van die persoon) die u soms vervangt bij ziekte of vakantie.

Inhoudelijke beschrijving

Bij de start van casemanagement is goede voorlichting over de inhoud van casemanagement essentieel voor de patiënt. Ideaal is wanneer de voorlichting ondersteund wordt door schriftelijk voorlichtingsmateriaal zodat de patiënt later nog eens terug kan lezen wat een casemanager ook alweer voor hem/haar kan betekenen.

Bij dit voorlichtingsgesprek is het belangrijk (Hoogendam & Vreenegeoor, 2002) dat de casemanager toont dat hij de situatie van de patiënt erkent en de patiënt accepteert. Probeer ook begrip te tonen voor illegale activiteiten (vaak is dit voor de patiënt een overlevingsstrategie). Als casemanager wordt u voor lange tijd de vaste contactpersoon voor de patiënt.

Voorbeeld

U heeft van de intaker te horen gekregen dat u een indicatie voor casemanagement hebt gekregen. Tijdens dit gesprek wil ik u graag vertellen wat een casemanager voor u kan betekenen en op welke manier wij met u willen samenwerken.

Het is belangrijk dat door iedereen (patiënt, casemanager, andere hulpverlening) openheid van zaken wordt gegeven. Een voorwaarde is dat u meewerkt aan een plan van aanpak. Dit betekent dat we eerst al uw gegevens in kaart brengen en vervolgens het plan van aanpak (of zorgplan) samen met u op stellen. We streven ernaar regelmatig samen met u en anderen die bij u betrokken zijn te overleggen.

Geef aan het eind van het gesprek een samenvatting van het gesprek: wat waren de belangrijkste punten. Vraag na wat de patiënt van het gesprek vond.

Beëindigen gesprek

Maak een afspraak voor de volgende keer. Overleg met de patiënt hoe laat en waar dat het beste plaats kan vinden. Noteer de afspraak op een kaartje en geef die aan de patiënt. Bedank de patiënt voor het gesprek.

Tips

- > De eerste kennismaking is cruciaal in het zorgproces, sommige patiënten zijn niet gemotiveerd om hulp te krijgen. Het gedrag van patiënten kan onvoorspelbaar zijn. Om bij het eerste contact een goede strategie te bepalen, is het belangrijk om al zoveel mogelijk gegevens over de patiënt paraat te hebben (Hendrix, 1998).
- > Houd er rekening mee dat de patiënt niet gemotiveerd is. Probeer niet te confronterend of te directief te zijn. Een directieve en confronterende benadering is schadelijk voor mensen met een laag gevoel van eigenwaarde (Miller & Rollnick 1991 uit: Lohuis, e.a., 2000).
- > Een afwijzende reactie kan horen bij de subcultuur van de patiënt of deel uitmaken van zijn overlevingsstrategie. Kom toch altijd de afspraken na ook al doet de ander dat niet. Pas dan maakt men een betrouwbare indruk.
- > Wees bewust van gehanteerde omgangsrutuelen. De patiënt kan er heel andere op nahouden, waardoor er gemakkelijk 'fouten' in de communicatie kunnen optreden (bijvoorbeeld grof taalgebruik of praten op ruzieachtige toon).
- > Neem de tijd! Laat de patiënt het tempo van het gesprek bepalen. Een patiënt kan zich vaak niet langer dan 10 minuten op één onderwerp concentreren. Probeer tussen door ontspanning te creëren door bijvoorbeeld een kop koffie te drinken of een wandeling te maken.
- > Raak niet ontmoedigd als de patiënt het contact afwijst, blijf telkens de patiënt opzoeken.

Verslaglegging

Maak een kort verslag over het verloop van het gesprek met de patiënt.

Noteer wat opviel aan de patiënt met betrekking tot het uiterlijk, contact, houding en lichamelijke toestand van de patiënt.

Checklist

- > Verslag van patiëntencontact.
- > Afspraken voor de volgende keer noteren.
- > Inschakelen anderen.
- > Patiëntdossier updaten (beschrijven en plannen nieuwe activiteiten).
- > Overdracht collega's, team.

4.1.2 Opbouwen werkrelatie

In dit patiëntencontact staat een nadere kennismaking met de patiënt en (nogmaals) de uitleg van de procedure van casemanagement centraal. Tegelijkertijd wordt gekeken welke praktische zaken voor de patiënt geregeld moeten worden.

Doel patiëntencontact

De doelen bij dit patiëntencontact zijn:

- > Nadere kennismaking met de patiënt
- > Uitleg van de procedure

Vorbereiding

Bestudeer het dossier van de patiënt. Lees het verslag van het vorige gesprek opnieuw door.

Materialen

- > Patiëntendossier
- > Toestemmingsverklaring (verklaring van geen bezwaar)
- > Folder casemanagement
- > Visitekaartje

Introductie

Heet de patiënt welkom. Leg uit dat u de patiënt graag beter wil leren kennen. Allereerst legt u nogmaals uit wat u als casemanager voor de patiënt kunt betekenen en op welke manier casemanagers werken. Soms is een patiënt geïndiceerd voor casemanagement maar blijkt na enkele gesprekken dat de patiënt toch niet begeleid wil worden. Probeer hiervan de reden te achterhalen. Soms kan het helpen een collega te vragen het contact over te nemen.

Let er op dat u duidelijk uitlegt wat u voor de patiënt kunt betekenen. Schep niet te hoge verwachtingen en geef aan dat problemen niet ineens kunnen worden opgelost, maar dat met kleine haalbare stappen oplossingen worden gezocht. Belangrijk daarbij is om te kijken wat de patiënt zelf wil. De patiënt moet uiteindelijk zelf een keuze maken of hij deze vorm van hulpverlening ziet zitten. Dit geldt ook als het contact met de verslavingszorg is opgelegd in het kader van de reclassering.

Verder is het van belang te benadrukken dat u een aantal gegevens van de patiënt zult moeten inventariseren om samen met de patiënt een plan van aanpak op te stellen. U zult een aantal gesprekken nodig hebben om alle gegevens van de patiënt in kaart te brengen.

Inhoudelijke beschrijving

In dit patiëntencontact ligt het accent nog niet zozeer op het inventariseren van gegevens maar meer op het winnen van vertrouwen. Verder is het belangrijk dat de patiënt een toestemmingsverklaring tekent zodat gegevens tussen betrokken hulpverleners kunnen worden uitgewisseld.

Voorbeeld

Om te zorgen dat iedereen die bij u betrokken is goed met elkaar samenwerkt en niet langs elkaar heen loopt, moeten we informatie kunnen uitwisselen. Zonder uitwisselen van informatie kunnen we niet samenwerken. Alleen u mag toestemming geven voor het uitwisselen van persoonlijke gegevens. Daarvoor is het nodig dat u een toestemmingsverklaring ondertekent.

Vat de belangrijkste punten uit het gesprek samen. Check of de patiënt alles begrepen heeft.

Heeft de patiënt zelf nog vragen? Benadruk dat de patiënt bij vragen achteraf altijd een beroep op u of een collega kan doen en u telefonisch bereikbaar bent. Check of de toestemmingsverklaring door de patiënt is ondertekend en of de cliënt nog de informatie uit het 1e gesprek voorhanden heeft (kaartje, folder enz). Geef zonodig weer opnieuw deze informatie.

Beëindigen gesprek

Bedank de patiënt voor het gesprek. Maak een afspraak voor de volgende keer.

Tips

- > Probeer de drempel van hulp aan de patiënt zo laag mogelijk te houden, dit betekent onder andere zoveel mogelijk beschikbaar te zijn als de patiënt daarom vraagt.
- > Het opbouwen van een werkrelatie kost veel tijd, soms gaat de patiënt de casemanager bewust uit de weg, zoek de patiënt toch steeds weer op (via het netwerk), wees niet opdringerig. Contact maken kan veel tijd kosten.
- > Leg zeker in de kennismakingsperiode niet teveel het accent op het (stoppen met) middelengebruik. Op den duur zal dit onderwerp zeker ter sprake komen.
- > Als een patiënt niet op afspraken komt, zoek dan de patiënt zelf op in zijn eigen omgeving. Probeer te achterhalen waar de patiënt zich vaak bevindt, schakel daarbij eventueel het netwerk in. Vraag naar telefoonnummers van de patiënt zelf en belangrijke leden uit zijn netwerk. Probeer de redenen te achterhalen waarom hij niet op afspraken komt (vergeten of onvermogen om afspraken na te komen?)

Tips bij patiënten met een niet-Nederlandse culturele achtergrond

(Zorgmodule Jellinek, 2002)

- > Houdt rekening met de culturele achtergrond van een cliënt, andere normen en waarden dan in de Nederlandse cultuur kunnen een rol spelen.
- > In de Marokkaanse en/of Turkse cultuur berust een groot taboe op verslaving. Spreek bij voorkeur de patiënt alleen (zonder familieleden in eerste instantie) en leg de nadruk op praktische ondersteuning die kan worden gegeven.
- > Wanneer bij een Surinaamse patiënt sprake is van Wintiproblematiek⁴ is het raadzaam een Wintigenezer te betrekken.
- > Zoek een onderwerp om een gesprek te beginnen, passend bij de patiënt. Bij Antilliaanse patiënten speelt bijvoorbeeld het eten en de maaltijd een belangrijke rol.
- > Informatie over communicatie met patiënten van Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse afkomst is te vinden in het boekje 'Gesprekken zonder grenzen' NIGZ, 2001)

Verslaglegging

Maak een verslag van het gesprek.

Checklist

- > Voeg de ondertekende toestemmingsverklaring bij het patiëntendossier
- > Patiëntendossier updaten.
- > Overdracht naar team.

⁴ Bij de beleving van deze godsdienst kunnen mensen in bezit genomen worden door goden, waardoor het bewustzijn tijdelijk is verlaagd. Vaak kan men zich later niet meer herinneren wat men heeft gezegd of gedaan.

4.2 Inventarisatiefase

De aanmeldingsfase is een belangrijke fase. Zonder een gedegen kennis van de gegevens van de patiënt is het in een latere fase nauwelijks mogelijk een plan van aanpak met de patiënt te formuleren.

4.2.1 Aandacht urgente problemen

In de inventarisatiefase staat allereerst het oplossen van urgente problemen centraal. Als de meest elementaire behoeften niet zijn bevredigd is, het moeilijk toe te komen aan andere zaken. De urgentie van problemen wordt door patiënten op verschillende manieren ervaren. Iets kan voor de ene cliënt als zeer urgent worden ervaren terwijl het voor de ander nog wel even kan wachten.

Doel patiëntcontact

In dit contact staat het in kaart brengen van urgente problemen centraal.

Vorbereiding

Bestudeer het dossier van de patiënt. Lees het verslag van de vorige patiëntcontacten opnieuw door.

Materialen

- > Patiëntendossier
- > Wie Wat Wanneer-lijst

Inhoud patiëntcontact

In dit contact ligt het accent op het regelen van een aantal praktische zaken. Meestal is het nodig dat een aantal urgente zaken waaronder basale zorg direct wordt geregeld. Voorbeelden hiervan zijn: een postadres, eten, nachtopvang, artsbezoek, crisisopname, hulp bij het aanvragen van een uitkering. Er dient rekening mee te worden gehouden dat deze zaken soms zeer veel tijd kosten om te organiseren.

Introductie

Zoek de patiënt op, bij voorkeur in zijn eigen omgeving of ontvang hem op kantoor in een daarvoor geschikte ruimte. Voer het gesprek in elk geval in een rustige omgeving met zo min mogelijk externe prikkels. Vraag hoe het met de patiënt gaat. Inventariseer samen welke problemen direct opgelost dienen te worden zoals: het regelen van huisvesting, afwezige nutsvoorzieningen, dreigende uithuiszetting, geblokkeerde uitkeringen, incasso etc. Maak afspraken welke zaken u regelt, wat de patiënt zelf kan doen of leden in het netwerk en welke zaken u gezamenlijk zult aanpakken.

Voorbeeld

Er zijn verschillende zaken die dringend opgelost moeten worden. Graag zou ik samen met u een lijst willen maken van dingen die we zo snel mogelijk moeten aanpakken. Vervolgens zullen we kijken wat ik daarin kan doen, wat u zelf kunt doen en wat eventueel anderen daarin kunnen betekenen. Niet alle problemen zullen ineens kunnen worden opgelost. Soms zullen dingen meer tijd kosten dan we willen. Hier moeten we rekening mee houden.

Noteer kort de punten waar direct mee aan de slag gegaan kan worden. Formuleer deze punten in termen van acties en leg ze aan de patiënt voor. Maak een Wie doet Wat Wanneer-lijst.

Beëindigen gesprek

Rond het gesprek af en maak een nieuwe afspraak.

Tips

- > Ondersteun de patiënt bij het regelen van praktische zaken. Afschuiven van praktische problemen door de casemanager of doorverwijzen zonder steun van de casemanager, kunnen de patiënt het gevoel geven dat hij in de steek wordt gelaten (Lohuis e.a., 2000).
- > Het regelen van praktische zaken voor de patiënt versterkt het vertrouwen in de casemanager. De patiënt krijgt het gevoel echt geholpen te worden. De resultaten zijn immers zichtbaar (Hendrix, 1998).
- > Het is meestal niet mogelijk alle urgente zaken tijdens één gesprek op een rij te zetten, voer liever meerdere (korte) gesprekken.
- > Soms is het goed, wanneer een patiënt erg boos of gespannen is, hem of haar eerst zijn verhaal te laten doen en daarvoor ook de tijd te nemen. Als dit lukt, is het vervolgens makkelijker om met de patiënt zaken op een rij te zetten en taken te verdelen.
- > Bespreek tussendoor ook luchtige zaken met de patiënt, maak een praatje over iets waarvan u denkt dat het de patiënt interesseert.
- > Wees realistisch: welke zaken zijn echt urgent? Veel problemen spelen al lange tijd en zullen ook niet ineens opgelost kunnen worden.

Verslaglegging

Maak een verslag van het gesprek.

Checklist

- > Patiëntendossier updaten.
- > Overdracht naar team.

4.2.2 Genogram

Een genogram is een schematisch overzicht van de betrekkingen tussen familieleden. Een genogram geeft inzicht in de namen die een patiënt noemt en maakt de patiënt bewust van zijn achtergronden. Bovendien maakt een genogram vaak verscholen problematiek op familieniveau zichtbaar. Daarnaast kan dit hulpmiddel een overzicht geven aan de casemanager en andere direct betrokken hulpverleners en ook aan de patiënt zelf (Hoogendam & Vreenegeor, 2002).

Doel

Door middel van een genogram een schematisch overzicht maken van de familieverhoudingen van de patiënt.

Vorbereiding

Het opstellen van een genogram kan een tijdrovende klus zijn omdat er allerlei herinneringen bij de patiënt naar boven kunnen komen. Het in kaart brengen van het familiesysteem is geen doel op zich maar een hulpmiddel om verschillende relaties zichtbaar te maken.

Materialen

- > Patiëntendossier.
- > Genogram.

Introductie

Heet de patiënt welkom. Informeer hoe het met de patiënt gaat. Leg uit dat u samen een overzicht (een genogram) wil maken om inzichtelijk te maken uit welke familie de patiënt komt.

Inhoud patiëntencontact

Leg aan de patiënt uit wat een genogram is. Geef aan dat een genogram een handig hulpmiddel is om inzichtelijk te maken uit welke familie de patiënt komt. Laat de patiënt het genogram zoveel mogelijk zelf schrijven. Het gaat immers om zijn familie. Heeft hij daar moeite mee dan kunt u voor de patiënt schrijven.

Voorbeeld

Graag zou ik samen met u de namen van uw familie op een rij willen zetten. We maken als het ware een stamboom van de familie waar u uit komt. Het gaat over uw grootouders, ouders, broers, zussen en uw eigen kinderen. Het helpt mij als casemanager beter te begrijpen wie u bedoelt als u een familielid noemt. Voor u, en daar gaat het om, geeft het een overzicht van uw familie en hoe die in elkaar zit.

Geef het uitgewerkte genogram op papier terug aan de patiënt.

Beëindigen gesprek

Rond het gesprek af en maak een nieuwe afspraak.

Tips

- > Wees er van bewust dat door het tekenen van een genogram moeilijke of pijnlijke familiekwesties zichtbaar worden.
- > Soms zijn er meerdere contacten nodig om een genogram te maken

Verslaglegging

Maak een kort verslag over het verloop van het gesprek met de patiënt.










Noteer wat opviel aan de patiënt met betrekking tot het uiterlijk, contact, houding en lichamelijke toestand van de patiënt.

Werk het genogram op papier uit.


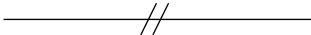



Checklist

- > Verslag van patiëntencontact.
- > Afspraken voor de volgende keer noteren.
- > Inschakelen anderen.
- > Patiëntendossier updaten (beschrijven en plannen nieuwe activiteiten).
- > Overdracht collega's, team.

Figuur 4.1 Tekens van genogram

	Man of jongen		Vrouw of meisje
	Overleden man of jongen		Overleden vrouw of meisje
	Huisdier		Geslacht onbekend
	Overleden huisdier		Overleden, geslacht onbekend
			Abortus

Status van familie relaties

	Getrouwd, samenwonen
	Gescheiden
	Wel contact
	Geen contact
	Incidenteel contact

Een man is een vierkantje en een vrouw een rondje. Aangegeven worden de voor- en achternaam, rol, geboortedatum of leeftijd, eventueel overlijden, de datum van samenwonen en de datum van uit elkaar gaan. Een genogram kan heel uitgebreid zijn (neven, nichten, ooms, tantes) of heel eenvoudig (stamgezin). Afhankelijk van de situatie van de patiënt kan gekozen worden voor een uitgebreid of eenvoudig genogram. Door bij elk familielid een streepje of een pijltje te zetten kan men in een oogopslag zien met wie de patiënt geen, wel of incidenteel contact heeft.

Voorbeeld van een casus

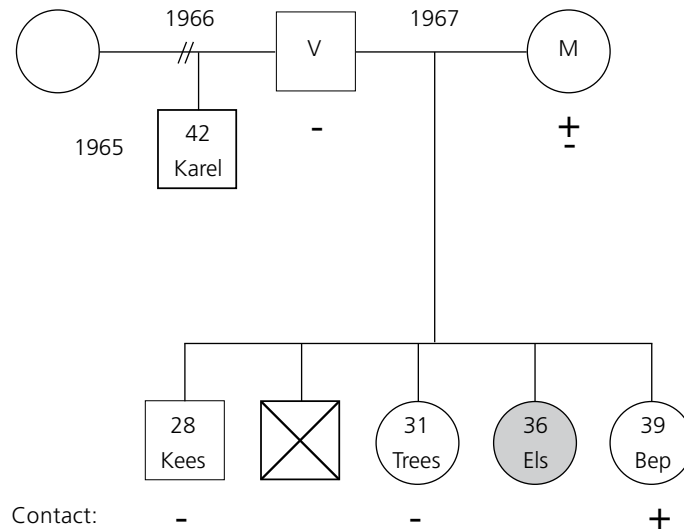
Els vertelt dat ze twee zussen en een broer heeft:

"Ik heb 2 zussen en een broer, of nee, ik geloof dat ik nog een broer had maar die is heel jong overleden. Ik weet eigenlijk niet eens of hij wel een naam had. En dan heeft pa ook nog een zoon uit zijn eerste huwelijk. Dat was altijd ruzie thuis. Nee, daar heb ik geen contact mee. Ik heb eigenlijk alleen nog contact met onze Bep en heel soms nog met ons moeder."

Figuur 4.2 Voorbeeld van genogram

Stamgezin Els

Datum invullen: _____



4.2.3 Cirkeldiagram

Patiënten binnen casemanagement hebben vaak een zeer gebrekkig netwerk (Van de Lindt, 2000) en ervaren daardoor onvoldoende sociale steun. Kenmerken van het netwerk van patiënten zijn: klein, eenzijdig en met een lage frequentie van contact waarvan het initiatief van anderen komt, meestal uit de directe omgeving. De wisselwerking tussen het gedrag van patiënten en de reactie daarop van leden van diens sociale netwerk leidt vaak tot verschaalde contacten. Ouders of andere naaste familieleden zijn meestal als laatste nog bereid tot materiële en immateriële steun. Wellicht heeft de patiënt in het informele circuit nog andere contacten maar ook deze verliezen, wanneer ze niet worden onderhouden, hun functie.

Doel patiëntencontact

Analyse van de kwaliteit van het sociale netwerk van de patiënt door het in kaart brengen van:

- > Leden van het netwerk van de patiënt die het opbouwen van het contact met de patiënt makkelijker maken.
- > Leden van het netwerk die de bouwstenen vormen voor een duurzaam contact.

Vorbereiding

Bestudeer het dossier van de patiënt. Lees het verslag van de vorige patiëntencontacten opnieuw door.

Probeer vooraf informatie in te winnen over het sociale netwerk.

Materialen

- > Patiëntendossier
- > Cirkeldiagram

Introductie

Heet de patiënt welkom. Informeer hoe het met de patiënt gaat. Leg uit dat u samen een opdracht gaat maken om inzichtelijk te maken welke sociale contacten de patiënt heeft (Rozen, De Jong e.a., 2000).

Voorbeeld

Het is voor veel mensen belangrijk een netwerk van mensen te hebben dat de nodige ondersteuning kan geven in moeilijke tijden. Mensen met een netwerk van ondersteunende mensen om zich heen hebben namelijk meer vertrouwen in hun mogelijkheden om met hun problemen om te gaan. Wanneer je een probleem hebt waar je hulp bij zou willen hebben, zijn er drie stappen die je moet nemen, namelijk: wie kan je helpen, waarmee kan je geholpen worden en hoe vraag je om hulp.

De eerste stap houdt in dat u uw sociale netwerk in kaart brengt. Dit gaat aan de hand van een cirkeldiagram. Op deze bladzijde staan een aantal cirkels. In het midden staat u. In de binnencirkel staan mensen waar u mee te maken heeft en die belangrijk voor u zijn. In de middencirkel komen mensen die belangrijk voor u zijn maar waar u minder mee te maken heeft. Mensen die weer wat minder belangrijk zijn komen in de buitencirkel. Cirkels mogen leeg blijven, heel vol zijn of iets er tussenin. Heeft u het begrepen? Gaat u gang.

Laat de patiënt nadenken over zijn/haar sociale netwerk en laat de patiënt het cirkeldiagram invullen. Als de patiënt moeite heeft om te schrijven kunt u voor de patiënt schrijven.

Vervolgens is het van belang om te kijken wie u zou kunnen helpen. Verschillende mensen kunnen u ondersteuning bieden. Onderscheid is te maken in mensen die al belangrijk zijn in uw leven en gewoonlijk ondersteunend zijn, mensen die nu neutraal zijn maar die mogelijk in de toekomst een meer ondersteunende rol zouden kunnen krijgen en mensen die u hinderen bij het oplossen van uw problemen.

Bespreek bij elke persoon op het ingevulde formulier de ondersteunende rol die hij/zij nu reeds vervult.

De derde stap is na te gaan welke vorm van ondersteuning u zou willen hebben (aan de hand van het cirkeldiagram). Hierbij kunt u denken aan hulp bij problemen oplossen, morele ondersteuning, hulp bij taken of de last delen wanneer dat nodig is.

Laat de patiënt concrete plannen maken om zijn sociale netwerk uit te breiden en wie hem daarbij zou kunnen helpen.

Stel de volgende vragen bij elk netwerklid van de patiënt:

1. Hoe vaak heeft de patiënt contact (bijvoorbeeld per week) met netwerklid?
2. Van wie gaat het initiatief voor contact uit?
3. Hoelang of sinds wanneer heeft patiënt contact met netwerklid?
4. Waarom kreeg patiënt contact met netwerklid?
5. Wat is voor de patiënt de waarde van het contact met netwerklid (vrijwillig, onvrijwillig, belangrijk, onbelangrijk, gewoontecontact etc.)?

Beëindigen gesprek

Rond het gesprek af en maak een afspraak voor de volgende keer

Tips

- > Er kunnen meerdere contacten nodig zijn om het netwerk van de patiënt in kaart te brengen.
- > Voor een uitgebreide analyse van de kwaliteit van het sociale netwerk is het handig gebruik te maken van de MSNA (Maastrichtse Sociale Netwerk Analyse).
- > Veel contacten in het netwerk van de patiënt zullen bestaan uit medegebruikers. Deze contacten zijn in de ogen van hulpverleners vaak weinig constructief in het stabiliseren of verbeteren van de leefsituatie van de patiënt. Wees er van bewust dat juiste medegebruikers een belangrijke waarde in het leven van patiënten kunnen hebben. Probeer in uw opmerkingen neutraal te blijven en niet veroordelend te zijn.
- > Hanteer de principes van motiverende gespreksvoering (zie bijlage 2)

Verslaglegging

Maak een kort verslag over het verloop van het gesprek met de patiënt.

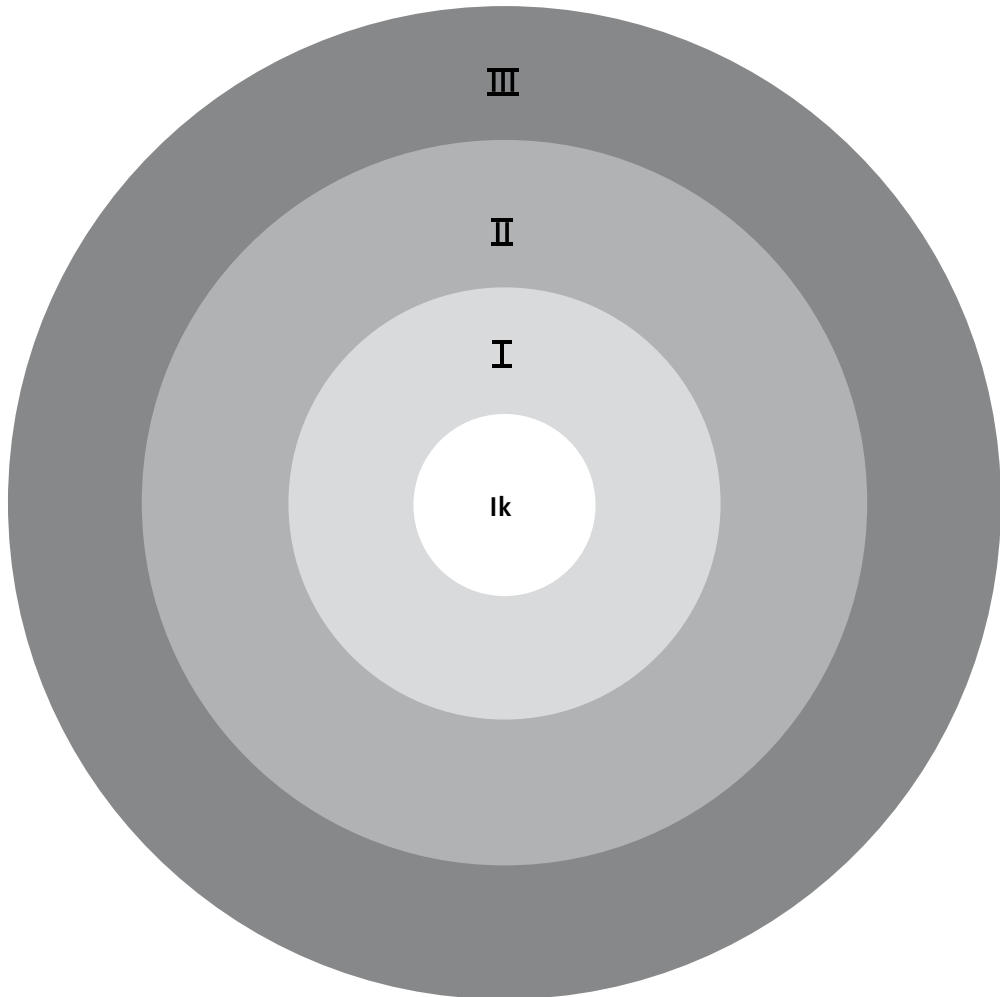
Noteer wat opviel aan de patiënt met betrekking tot het uiterlijk, contact, houding en lichamelijke toestand van de patiënt.

Werk het cirkeldiagram uit op papier.

Checklist

- > Verslag van patiëntencontact.
- > Afspraken voor de volgende keer noteren.
- > Inschakelen anderen.
- > Patiëntendossier updaten (beschrijven en plannen nieuwe activiteiten).
- > Overdracht collega's, team.

Figuur 4.3 Cirkeldiagram



	Naam	Geeft hulp in de vorm van	Wil ik vragen om:
I			
II			
III			

4.2.4 Levensloop

Om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van het levensverhaal van een patiënt, is het maken van een levensloop een hulpmiddel om de patiënt bewust te maken over datgene wat hem of haar is overkomen. Maar ook over de positie waar iemand zich nu in bevindt en dromen en wensen voor de toekomst. Hierin staan belangrijke levensgebeurtenissen zoals verhuizen, komst van partner en/of kind, geboorte, verlies, overlijden, nieuwe baan centraal.

Doel patiëntencontact

In kaart brengen van het levensverhaal van de patiënt door middel van een beschrijving van de levensloop.

Vorbereiding

Een levensloop geeft aanknopingspunten voor het verdere hulpverleningstraject. Het maakt inzichtelijk welke gebeurtenissen (feiten) het leven van de patiënt hebben beïnvloed of gestuurd. Voor hulpverleners is de levensloop een verzameling feiten en gebeurtenissen. Voor de patiënt is het maken van een levensloop een zeer inspannende en intensieve activiteit. Mensen die zeer traumatische ervaringen hebben meegemaakt, zijn hier soms snel klaar mee in een gesprek. Gevoelige periodes worden dan bewust of onbewust weggestopt. De patiënt kan door het visualiseren van zijn levensloop zijn eigen beeld inzichtelijk maken voor zichzelf en anderen (Hoogendam & Vreenegoor, 2002). De levensloop is een overzicht van feitelijke gebeurtenissen en geen therapie. Hoewel het therapeutische effecten kan hebben, is dit geen hoofddoel.

De voordelen van het gebruik van dit hulpmiddel zijn:

- > Het is onderdeel van het bewustwordingsproces van de patiënt.
- > De patiënt is actief.
- > De patiënt voelt zich serieus genomen.
- > De levensloop geeft een beeld van de patiënt weer waar de patiënt achter staat.
- > Patiënt en casemanager (en eventuele andere hulpverleners) werken met gemeenschappelijke gegevens.
- > Het is een overzicht voor de casemanager dat overdraagbaar is naar anderen.
- > Het overzicht is concreet en tastbaar.

Materialen

- > Patiëntendossier
- > Zorgplan
- > Levensloop

Inhoudelijke beschrijving

Heet de patiënt welkom. Informeer hoe het met hem gaat. Leg uit dat u graag samen met hem een beschrijving van zijn levensgeschiedenis wil maken. Daarbij gaat het er niet om alle belangrijke gebeurtenissen uitvoerig te beschrijven maar om het juist zoveel mogelijk bij de feiten te houden.

Voorbeeld

U heeft heel veel meegemaakt in uw leven. Graag zou ik met u uw levensgeschiedenis willen doornemen om een beeld te krijgen van uw kindertijd, tienerjaren en de periode daarna. We schrijven per periode op hoe oud u was, waar u woonde en welke belangrijke gebeurtenissen hebben plaatsgevonden. Als we dat hebben opgeschreven, hebben u en ik een overzicht van

alle voor u belangrijke gebeurtenissen in uw leven. Vaak helpt dit te begrijpen wat er in uw leven is gebeurd en waarom dingen zijn gelopen zoals ze zijn gelopen.

Beëindigen gesprek

Rond het gesprek af en maak een afspraak voor de volgende keer.

Tips

- > Schilderijtjes, foto's of andere persoonlijke bezittingen in een woning kunnen ook een goede aanleiding zijn om met een patiënt op een onbevangen manier de levensloop door te nemen. Vaak komt men op die manier heel veel over de achtergrond van de patiënt aan de weet.
- > Verwerk alle gegevens volgens het levensloopformulier en geef daarvan een kopie terug aan de patiënt.
- > Een levensloopbeschrijving is geen doel op zich maar een hulpmiddel om met de patiënt te communiceren over belangrijke gebeurtenissen in zijn leven. Niet elke patiënt is in staat een samenhangend verhaal over zijn leven te vertellen. Probeer aan te sluiten bij hetgeen de patiënt op dat moment vertelt.

Verslaglegging

Maak een verslag van het gesprek.

Checklist

- > Patiëntendossier updaten.
- > Overdracht naar team

Tabel 4.4 Levensloop

Jaar	Leeftijd	Woonplaats	Belangrijke levensgebeurtenissen
	0-4 jaar		
	5-8		
	9-12		
	13-16		
	17-20		
	20-25		
	26-35		
	36-45		
	46-55		
	56-65		
	ETC.		

Levenslijn

De levensloop kan ook weergegeven worden door middel van een levenslijn. Het kan voor de patiënt visueel aantrekkelijker om het leven als een lijn voor te stellen. Eventueel kunnen de gegevens later in de tabel worden verwerkt.



Belangrijke levensgebeurtenissen

Social Readjustment Rating Scale (SRRS) (Holmes & Rahe, 1967) is een schaal waarmee in kaart gebracht kan worden welke belangrijke gebeurtenissen in iemands leven veel stress kunnen veroorzaken. Een hoge individuele score (minimal 300 punten in twee jaar tijd) hangt vaak samen met ziekte en psychische problemen op lange termijn.

Dood van een partner	100
Overlijden van een kind	90
Echtscheiding	73
Abortus	70
Scheiding van tafel en bed	65
Gevangenisstraf	63
Dood van naaste familie	63
Ongeluk of ziekte	53
Huwelijk	50
Ontslag	47
Pensioen	45
Ziekte van een familielid	44
Zwangerschap	40
Seksuele problemen	39
Gezinsuitbreiding	39
Grote aanpassing op het werk	39
Verandering van baan	39
Verandering in financiële situatie	38
Dood van een goede vriend	37
Verandering van werk	36
Ruzies met huwelijkspartner	35
Persoonlijk succes	28
Partner begint of stopt met werk	26
Start of einde school	26
Ruzie met baas	23
Verhuizen	20
Verandering van school	20
Vakantie	13
Kerstperiode	12

4.3 Analysefase

4.3.1 Opstellen zorgplan

Doel patiëntencontact

In gezamenlijk overleg met de patiënt een zorgplan opstellen waarin de huidige situatie van de patiënt, doelen, interventies, resultaten en evaluatiemomenten zijn beschreven.

Vorbereiding

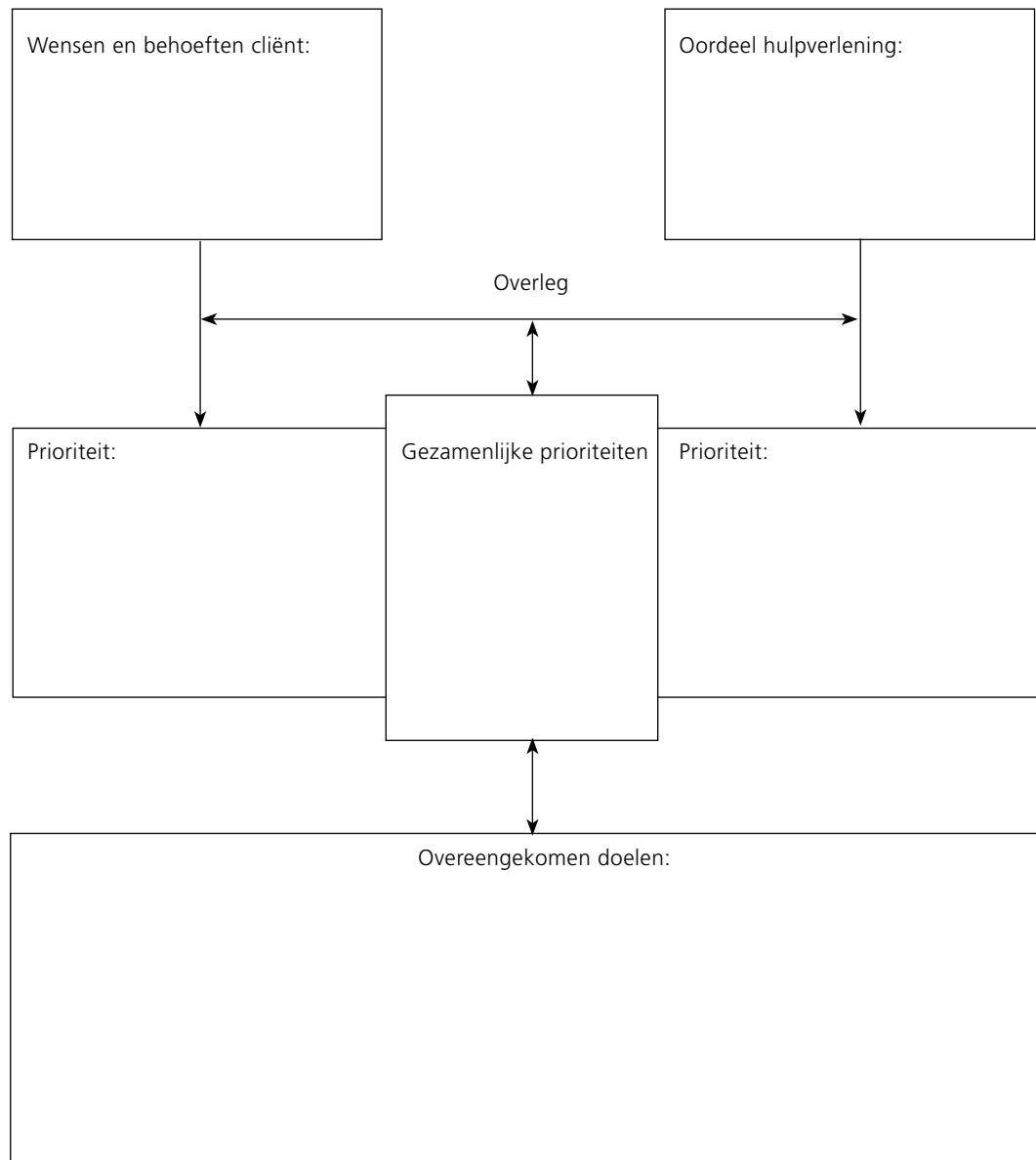
In overleg met de patiënt stelt u een zorgplan op. In dit zorgplan wordt de huidige situatie van de patiënt op verschillende levensgebieden geïnventariseerd en interventies geformuleerd om op die gebieden verbeteringen te realiseren. Op die manier wordt de problematiek voor

zowel de casemanager als de patiënt inzichtelijker en concreter. Het in kaart brengen van de levensgebieden is een onderdeel van het zorgplan. Het zorgplan bestaat uit:

- > Huidige situatie van de patiënt.
- > Doel of gewenste resultaat.
- > Plan van aanpak, interventies.
- > Behaalde resultaat en evaluatie.

Wensen en behoeften van de patiënt vormen de leidraad van het zorgplan. Soms kunnen wensen of doelen van patiënt en casemanager ver uit elkaar liggen (Elwyn, 2001). Het is goed om daar bewust van te zijn. Met andere woorden: het is de kunst van de casemanager om met de patiënt te onderhandelen over zijn behandeling en de verwachte uitkomsten. Beschrijf deze verschillen in het zorgplan. Een handig hulpmiddel hierbij is het volgende schema:

Figuur 4.5 Samen beslissen



Het is niet altijd eenvoudig overeenstemming te krijgen over het op te stellen zorgplan. Soms kan er bij de patiënt grote weerstand bestaan over te bereiken doelstellingen of uit te voeren interventies. Indien dit het geval is, probeer te achterhalen waar de weerstand vandaan komt, ga niet meteen onderhandelen, probeer bij de feiten te blijven en niet veroordelend te zijn. De levensloop (zie 4.2.4) kan een hulpmiddel zijn om bij levenservaringen stil te staan.

Voor het zorgplan geldt: hoe simpeler het plan is opgesteld en hoe concreter de aanpak, hoe groter de kans op succes is. De doelen in het zorgplan moeten in elk geval voldoen aan de SMART-criteria (specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgebonden).

Het zorgplan vormt een onderdeel van het dossier van de patiënt. Een patiënt geeft altijd, mondeling of schriftelijk, toestemming voor het zorgplan. Het vormt een overeenkomst tussen patiënt en hulpverlener. De overeenkomst kan eenzijdig door de patiënt op ieder moment teniet worden gedaan. Voor meer informatie zie www.wgbo.nl

Materialen

- > Patiëntendossier
- > Zorgplan
- > Veranderingsmodel Prochaska en DiClemente

Inhoudelijke beschrijving

Probeer in het zorgplan de wensen van de patiënt te formuleren en te vragen wat hij graag zou willen bereiken. Soms stelt de patiënt zichzelf te hoge (onrealistische) doelen die nauwelijks haalbaar lijken. Probeer overeenstemming te bereiken over haalbare doelstellingen, lukt dit niet, neem dan de verschillen op in het zorgplan.

Voorbeeld

Om te zorgen dat u en ik over de dezelfde gegevens beschikken, is het belangrijk dat er een overzicht wordt gemaakt van alle gegevens die in uw leven belangrijk zijn. Dit doen we aan de hand van levensgebieden. Levensgebieden zijn zaken die belangrijk in uw leven zijn zoals: wonen, geld, familie, vrienden, huishouden, werk enzovoort. We nemen al die levensgebieden stuk voor stuk samen door. We kunnen aankruisen wat goed gaat en waar u tegenaan loopt of waarop u vastloopt. Daarna bekijken we waar u hulp bij zou willen hebben. Als we dat hebben gedaan, gaan we kijken welke doelen we op korte en lange termijn kunnen vaststellen en hoe je die zou kunnen bereiken. Dit alles samen werk ik uit op papier en geef het vervolgens aan u terug. Dit overzicht noemen we een zorgplan. We zullen verschillende keren bij elkaar moeten komen om het zorgplan compleet te krijgen (Hoogendam & Vreenegeoor, 2002).

Beëindigen gesprek

Rond het gesprek af en maak een afspraak voor de volgende keer.

Tips

Valkuilen t.a.v het zorgplan (Wilken & Hollander, 2000):

- > De planning verloopt niet in het tempo van de patiënt. Wanneer de planning te voortvarend is, zal het proces gaan stagneren. Wanneer de casemanager onvoldoende aansluit bij de wens van de patiënt met betrekking tot het tempo, kan de relatie onder druk komen te staan.
- > Neem kleine stappen in het zorgplan, te grote stappen blijken vaak niet haalbaar te zijn, wat tot frustratie bij zowel de patiënt als de casemanager leidt.
- > Zorg er voor dat het zorgplan geen bureaucratistische formaliteit wordt maar dat het ook daadwerkelijk gebruikt wordt. Het zorgplan dient een functioneel hulpmiddel te zijn dat

zowel in de uitvoeringsfase als in de evaluatiefase een belangrijk instrument is. Het zorgplan dient daadwerkelijk gebruikt te worden, actueel te zijn en zich voorin in het patiëntendossier te bevinden.

- > Vaak bestaan er meerdere (zorg)plannen naast elkaar omdat een patiënt naast de casemanager ook met andere (externe) hulpverleners te maken heeft. Dit kan heel verwarrend voor zowel patiënt als casemanager zijn. Het is de taak van de casemanagers deze plannen te coördineren en zo mogelijk samen te voegen in een algemeen zorgplan. De casemanager dient het overzicht te houden, de rode draad te bewaken en dit ook uit te kunnen dragen naar de patiënt.
- > De patiënt moet begrijpen wat er in het zorgplan staat.
- > Een goede overdracht over de inhoud van het zorgplan, naar het team of andere betrokken disciplines is van groot belang om de zorg voor de patiënt af te kunnen stemmen

Verslaglegging

Maak een kort verslag over het verloop van het gesprek met de patiënt.

Noteer wat opviel aan de patiënt met betrekking tot het uiterlijk, contact, houding en lichamelijke toestand van de patiënt.

Werk het zorgplan digitaal of op papier uit.

Checklist

- > Verslag van patiëntencontact
- > Afspraken voor de volgende keer noteren
- > Inschakelen anderen
- > Patiëntdossier updaten (invvoegen zorgplan)
- > Overdracht collega's, team

4.6 Zorgplan

Naam patiënt: _____ Datum: _____

Levensgebied	Huidige situatie	Doel	Interventies	Evaluatie (datum)
	wat gaat goed, en waar loopt de patiënt op vast		Wie doet wat? (casemanager, hulpverlener, naam instelling, naastbetrokkene)	
Contactlegging				
Verslaving (middelengebruik)				
Lichamelijke gezondheid				
Psychische gezondheid				
Sociaal netwerk (partner, familie, vrienden)				
Huisvesting				
Financiën: inkomen en schulden				
Dagbesteding				
Politie/justitie				
Zingeving				
Besproken op _____ (datum) en voor _____		Naam casemanager: _____	Naam patiënt: _____	
akkoord door de patiënt en casemanager.		Handtekening: _____	Handtekening: _____	

4.4 Uitvoeringsfase

Belangrijke functies van casemanagement in deze fase zijn: het hulpverleningstraject uitzetten (planning), hulpverlening organiseren en uitvoeren (linking) en afstemmen van de hulpverlening (coördineren). Het onderhandelen met de patiënt en betrokken instanties is daarbij van groot belang.

4.4.1 Uitvoeren zorgplan

Een goed geformuleerd zorgplan, zoveel mogelijk opgesteld samen met de patiënt, vormt de basis van de uitvoeringsfase. Zonder een dergelijk plan is het erg lastig de grote lijn vast te houden. Door zoveel mogelijk te werken volgens het zorgplan houden zowel de patiënt als casemanager het overzicht. In deze fase staat het stimuleren en het helpen bij praktische zaken centraal. Het leren van praktische vaardigheden aan de patiënt staat daarbij op de voorgrond. Het zorgplan wordt beschreven aan de hand van verschillende levensgebieden. Bij het uitvoeren van het zorgplan is het van belang, belangrijke leden uit het netwerk te betrekken.

Doel patiëntcontact

Aan de hand van het zorgplan samen met de patiënt bespreken welke activiteiten worden of inmiddels zijn ondernomen en waar de patiënt hulp bij nodig heeft.

Vorbereiding

Neem het zorgplan door, kijk of er zich nog belangrijke veranderingen hebben voorgedaan. Informeer bij onduidelijkheden bij anderen betrokken hulpverleners of instanties.

Materialen

- > Zorgplan
- > Patientendossier

Inhoud patiëntcontact

De inhoud van het contact met de patiënt is afhankelijk van de onderwerpen die in het zorgplan aan de orde komen. Het kan bijvoorbeeld gaan over huisvesting, schulden, gebruik, etc. Bespreek met de patiënt welke acties worden, ondernomen wie daarbij betrokken zijn en hoe dat verloopt. Zorg voor een goede planning van activiteiten.

Voorbeeld

Graag zou ik samen met u naar het zorgplan willen kijken. Zitten we nog op de goede weg, verlopen de zaken zoals we ze gepland hebben, of zijn er veranderingen geweest die we niet voorzien hebben? Zullen we per onderwerp eens kijken wat er is gebeurd en wie daarbij is betrokken?

Beëindigen gesprek

Rond het gesprek af en maak een afspraak voor de volgende keer.

Tips

- > Het zorgplan vormt een vast onderdeel van het patiëntdossier. Een patiënt heeft altijd recht op inzage in zijn eigen dossier. Een casemanager hoort op de hoogte te zijn van de rechten en plichten van de patiënt. De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) regelt de relatie tussen patiënt en zorgverlener. Voor meer informatie over de WGBO zie www.wgbo.nl

Verslaglegging

Maak een kort verslag over het verloop van het gesprek met de patiënt.

Noteer wat opviel aan de patiënt met betrekking tot het uiterlijk, contact, houding en lichamelijke toestand van de patiënt.

Checklist

- > Verslag van patiëntencontact.
- > Afspraken voor de volgende keer noteren.
- > Inschakelen anderen.
- > Patiëntdossier updaten.
- > Overdracht collega's, team.

4.4.2 Netwerkberaad

Chronisch verslaafde patiënten hebben veel te maken met hulpverleners, instanties en naastbetrokkenen die langs elkaar werken, slecht van elkaar op de hoogte zijn of elkaar zelfs tegenwerken. Voor de patiënt kan dit een zeer verwarrende situatie zijn die niet bijdraagt aan een verbetering van zijn situatie. Door middel van een netwerkberaad brengt de casemanager belangrijke leden binnen het netwerk van de patiënt met elkaar samen en worden deze zodoende ingeschakeld bij het uit te voeren zorgplan. Een netwerkberaad is het bij elkaar brengen van netwerkleden van de patiënt om te zoeken naar oplossingen voor hulpvragen van de patiënt (Vereijken, 2004). De casemanager vervult in deze vooral de rol van belangenbehartiger van de patiënt.

Een netwerkberaad kan bestaan uit professionals of leden uit het informele circuit van de patiënt. De meest wenselijke situatie is wanneer beide netwerken in het beraad zijn vertegenwoordigd. Een netwerkberaad komt eenmalig of meerdere keren bij elkaar, afhankelijk van complexiteit van de problematiek.

Doel

Samenwerken met leden van het formele en informele netwerk van de patiënt zodat deze betrokken worden bij de uitvoering van het zorgplan.

Vorbereiding

Probeer samen met de patiënt na te gaan welke leden in het netwerk hem zouden kunnen ondersteunen bij het uitvoeren van het zorgplan. Maak daarbij gebruik van de cirkeldiagram (zie paragraaf 4.2.3). Zowel leden van formele (politie, woningbouwvereniging, hulpverleners etc.) en het informele (buren, familie, naastbetrokkenen) netwerk zijn daarin belangrijk. Soms is het beter een netwerkberaad zonder de patiënt te organiseren omdat er zoveel spanningen bestaan dat een gesprek in bijzijn van de patiënt niet mogelijk is. Er kunnen tussen de verschillende partijen ook conflicterende belangen bestaan. Overleg (voor zover mogelijk) samen met de patiënt wie in aanmerking komt voor een netwerkberaad.

Soms is het erg ingewikkeld en tijdrovend om betrokken partijen bij elkaar te brengen. Het vergt tact en overtuigingskracht van de casemanager om betrokkenen duidelijk te maken wat het belang van een netwerkberaad is. Probeer een aantal data te reserveren en kies vervolgens een datum waarop de meeste personen kunnen komen. Laat de bijeenkomst plaatsvinden op een locatie waar er zo min mogelijk gestoord wordt.

Materialen

- > Zorgplan
- > Cirkeldiagram
- > Eventueel flapover

Inhoud netwerkberaad

De casemanager stelt zichzelf voor en nodigt aanwezigen uit zichzelf voor te stellen. Noteer op een flapover de namen van de aanwezigen en hun functie. Bijvoorbeeld: Gerda Jansen (woningbouwvereniging), Ineke de Boer (moeder), etc. De casemanager schetst kort de situatie van de patiënt en laat vervolgens iedereen aan het woord hierop te reageren. Laat woede en frustratie niet de sfeer van de bijeenkomst bepalen maar laat aanwezigen wel hun eigen kijk op de situatie geven. Vervolgens is het van belang een samenvatting van de belangrijkste problemen te maken en gezamenlijk te zoeken naar oplossingen. Belangrijke vragen daarbij zijn: welke ondersteuning heeft de patiënt nodig en wat kunnen de aanwezigen daarin bieden? Benadruk het toekomstperspectief: hoe kunnen we deze patiënt helpen zijn situatie te stabiliseren of te verbeteren? Schrijf de belangrijkste punten op de flapover.

Voorbeeld

Graag heet ik iedereen welkom. Mijn naam is, ik ben als casemanager de belangenbehartiger van X. Zoals u weet, zijn wij hier bij elkaar om te bespreken hoe we met elkaar kunnen samenwerken om de situatie van X te verbeteren. Hopelijk kunnen we met elkaar zoeken naar een aantal oplossingen voor de belangrijkste problemen van X. Graag zou ik willen vragen of iedereen zichzelf wil voorstellen en wil uitleggen wat zijn of haar relatie met X is. Vervolgens zal ik een korte schets geven van de situatie van X en van de belangrijkste problemen die er spelen. Daarna wil ik graag met u bespreken welke oplossingen of mogelijkheden er volgens u zijn en wat uw eigen rol daarin zou kunnen zijn. De belangrijkste punten schrijven we op een flap-over.

Tips

- > Als de casemanager de voorzitter van het netwerkberaad is, is het handig om iemand anders te vragen aantekeningen tijdens het overleg te maken. Naderhand kan de casemanager het verslag uitwerken en in het zorgdossier van de patiënt stoppen.
- > Indien het netwerkberaad uit meer dan vier personen bestaat is het beter dat een onafhankelijk voorzitter het overleg leidt. Dit kan bijvoorbeeld een collega-casemanager zijn die niet direct bij de zorg aan de patiënt is betrokken.
- > De casemanager moet zich bewust zijn van zijn positie als belangenbehartiger van de patiënt. De casemanager is in die zin geen onafhankelijk of neutraal persoon. Het is goed daarover duidelijk te zijn naar de aanwezigen in het beraad.

Verslaglegging

Maak een kort verslag over het verloop van het netwerkberaad.

Checklist

- > Verslag van het netwerkberaad.
- > Afspraken die tijdens het overleg zijn gemaakt noteren.
- > Patiëntdossier updaten.
- > Overdracht collega's, team en aan de patiënt, indien niet aanwezig.

4.5 Evaluatiefase

4.5.1 Periodieke evaluatie

Aan de hand van het zorgplan wordt de voortgang van het hulpverleningstraject geëvalueerd. Hierbij gaat het niet alleen over het evalueren van behaalde resultaten maar het gaat ook over de evaluatie van het proces, is de patiënt tevreden over de manier waarop hij hulp ontvangt?

Evaluëren is een terugkerend proces dat, afhankelijk van de situatie van de patiënt, elke drie keer tussen de drie tot zes maanden plaatsvindt.

Doel patiëntencontact

- > Bespreken voortgang doelstellingen patiënt.
- > Bespreken van wensen en verwachtingen van patiënt ten aanzien van vervolgtraject.
- > Tevredenheid van de patiënt over de hulpverlening.

Vorbereiding

Het is goed van tevoren na te denken over de manier waarop het zorgplan met de patiënt kan worden geëvalueerd. Voor een deel is dit afhankelijk van het verstandelijke niveau en de conditie van de patiënt. Het meest wenselijk is om samen met de patiënt en direct betrokkenen het zorgplan te evalueren. De casemanager voert daarbij de regie. Soms is het beter alleen met de patiënt te evalueren en de resultaten daarvan te bespreken met leden in het netwerk en het team.

Materialen

- > Patiëntendossier
- > Zorgplan

Wanneer

Elk drie maanden of minimaal elk halfjaar.

Introductie

Geef aan wat het doel van het gesprek is en welke onderwerpen zullen worden besproken: de stand van zaken op alle levensgebieden aan de hand van het zorgplan en de verwachtingen van de patiënt ten aanzien van het vervolgtraject. Werk de evaluatie altijd op papier uit en geef dit later terug aan de cliënt zodat hij dit nog eens kan nalezen.

Inhoud patiëntencontact

Bij de driemaandelijke evaluatie gaat het er om zicht te krijgen op belangrijke ontwikkelingen die zich hebben voorgedaan sinds de vorige evaluatie. Wat is er goed gegaan maar wat is ook minder goed gegaan.

Stimuleer de zelfwerkzaamheid en zelfeffectiviteit door te vragen naar oplossingen die de patiënt zelf heeft bedacht of uitgetoetst.

Hanteer de attitude, principes en technieken van motiverende gesprekstechnieken.

Probeer toe te werken naar concrete afspraken.

Voorbeeld

In dit gesprek wil ik graag met u bespreken hoe het met u gaat. Dit wil ik doen aan de hand van het zorgplan dat we samen hebben opgesteld. Samen met u wil ik kijken naar de doelstellingen in het zorgplan. Wat is goed gegaan en wat is minder goed gegaan. We kunnen kijken welke acties we in het zorgplan eventueel moeten aanpassen.

Daarnaast zou ik graag met u willen bespreken hoe u vindt dat het gaat, heeft u voldoende vertrouwen in de hulp die u van ons krijgt? Heeft u het idee dat u voldoende wordt geholpen en dat uw situatie is verbeterd sinds u hulp van ons krijgt? Wat zou er volgens u kunnen verbeteren, wat zou u graag anders willen zien?

Beëindigen gesprek

Rond het gesprek af en maak een afspraak voor de volgende keer.

Tips

- > Luister rustig naar het verhaal van de patiënt en houd het gesprek beperkt in tijd.
- > Vermijd zoveel mogelijk discussie over de inhoud van de doelstellingen van het zorgplan.
- > Ook binnen het team is het van belang elke drie maanden te evalueren, liefst in bijzijn van de patiënt. Wanneer de patiënt niet bij de teamevaluatie aanwezig kan zijn, is het van belang naderhand de patiënt te informeren over wat er is besproken tijdens het teamoverleg.

Indien er veranderingen in het zorgplan worden afgesproken, dient er formeel opnieuw een overeenkomst te worden gesloten.

- > Veel instellingen analyseren jaarlijks de evaluaties van cliënten over de zorgverlening om zicht te krijgen op de tevredenheid van hun cliënten. Een voorbeeld daarvan is de Cliëntthermometer. Op basis van de uitkomsten van dergelijk onderzoek kunnen er aanbevelingen worden gedaan om het beleid van de instelling te verbeteren. Casemanagers zouden (indien beschikbaar) op de hoogte van deze aanbevelingen moeten zijn.

Verslaglegging

Maak een verslag van het gesprek. Vat de belangrijkste punten over de tevredenheid over de hulp die de patiënt ontvangt samen.

Checklist

- > Verwerk de veranderingen in het zorgplan.
- > Overdracht naar team.

4.5.2 Kwaliteit van Levenschaal

De Kwaliteit van Levenschaal is een instrument om te meten hoe tevreden een patiënt is over de kwaliteit van zijn leven maar ook wat hij graag in zijn leven zou willen bereiken. Het is een bruikbaar instrument om bij het zorgplan te gebruiken en om, in gezamenlijk overleg, doelstellingen te kunnen formuleren.

Doel

In kaart brengen van de tevredenheid van de patiënt over zijn leven en het bespreekbaar maken van gewenste doelen en hoe die zouden kunnen worden bereikt.

Vorbereiding

Lees aandachtig de vragen door in de vragenlijst zodat u alvast een beeld heeft van de vragen die u straks aan de patiënt gaat stellen.

Materialen

- > Kwaliteit van Levenschaal
- > Euro-Qol VAS
- > Patiëntendossier
- > Eventueel tekenpapier

Introductie

Geef aan wat het doel van het gesprek is en welke onderwerpen zullen worden besproken.

Inhoud patiëntencontact

De casemanager gaat samen met de cliënt, aan de hand van vragenlijst, na hoe tevreden de

cliënt op dat gebied is, waarbij hij elke keer een score geeft (1 t/m 10). Daarbij worden de volgende vragen gesteld:

- > Wat is er al bereikt?
- > Welke acties kunt u bedenken om dichterbij uw doel te komen?
- > Van wie of welke hulp heeft u daarbij nodig?
- > Wat kunt u zelf doen?

Voorbeeld

Om een idee te krijgen van uw tevredenheid over uw leven wil ik u vragen deze vragenlijst in te vullen. Pas als je weet wat goed en minder goed gaat, kan er verandering worden aangebracht. Het is de bedoeling dat u een cijfer op ieder gebied die het beste uw tevredenheid op dat gebied aangeeft. Hoe hoger cijfer u geeft, hoe meer tevreden u bent.

Beëindigen gesprek

Rond het gesprek af en maak een afspraak voor de volgende keer.

Tips

- > Soms helpt het de patiënt om in plaats van de vragenlijst voor te leggen, elke vraag te visualiseren als een trappetje (met tien treden). Bijvoorbeeld: op het gebied van wonen zou de patiënt weer zelfstandig willen wonen. Zelfstandig wonen is dan de hoogste tree. De onderste tree stelt de situatie voor van waar de patiënt zich op dat moment bevindt. Om zelfstandig te wonen moeten er heel wat trappetjes worden genomen. Bespreek met de patiënt welke stappen hij denkt te nemen om dichterbij zijn doel (zelfstandig wonen) te komen. Teken de trappetjes uit op papier.
- > Neem de tijd voor het invullen van de vragen, er kunnen een aantal contacten nodig zijn om alle vragen te bespreken en uit te werken.

Verslaglegging

Maak een verslag van het gesprek. Vat de belangrijkste punten over de tevredenheid van de kwaliteit van leven samen.

Noteer wat opviel aan de patiënt met betrekking tot het uiterlijk, contact, houding en lichamelijke toestand van de patiënt.

Checklist

- > Verslag van patiëntencontact.
- > Afspraken voor de volgende keer noteren.
- > Inschakelen anderen.
- > Patiëntendossier updaten (beschrijven en plannen nieuwe activiteiten).
- > Overdracht collega's, team.

4.7 Schaal voor tevredenheid met het leven

Naam: _____

Datum: _____

Deze schaal⁵ beoogt een idee te geven van uw tevredenheid met uw leven op dit moment. Pas als men weet wat goed gaat en minder goed kan er verandering worden aangebracht.

Geef een cijfer op ieder gebied die het beste uw tevredenheid op dat gebied aangeeft. Hoe hoger cijfer u geeft, hoe meer tevreden u

bent. Het cijfer 1 geeft aan dat het leven absoluut niet slechter kan. Het cijfer 10 geeft aan dat het leven op dit moment een hoogtepunt heeft bereikt en het niet beter kan. Slechts zelden komen dergelijke extremen voor. Omcirkel per vraag het cijfer wat voor u het beste van toepassing is.

Huishouden	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Werk/opleiding	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Financiën	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sociaal leven	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Persoonlijke gewoonten	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Relatie met partner	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Familie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Emotioneel	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Communicatie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Gezondheid	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Algemeen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Vragen die bij elk levensgebied gesteld kunnen worden zijn:

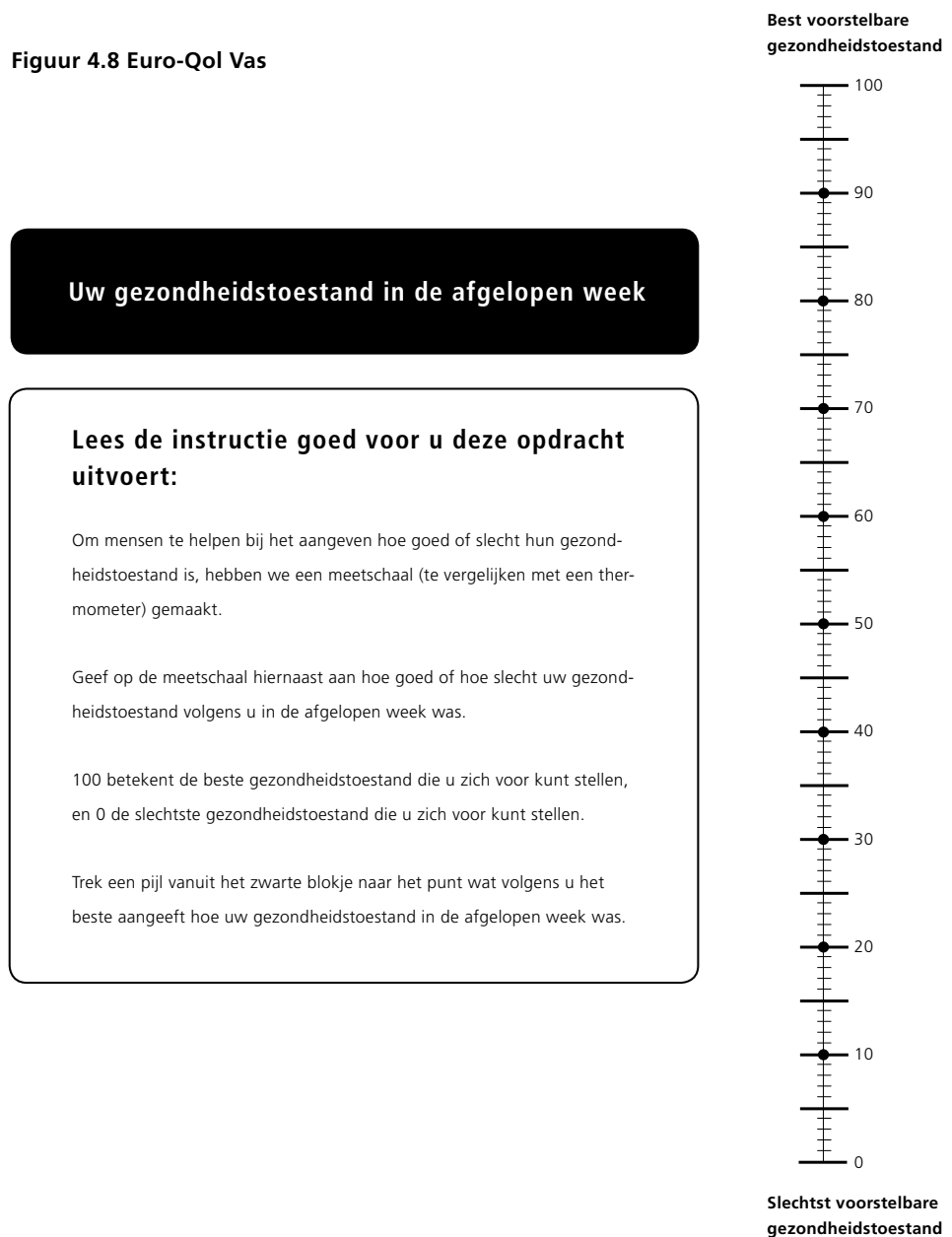
- > Wat is er al bereikt?
- > Welke acties kunt u bedenken om dichterbij uw doel te komen?
- > Van wie of welke hulp heeft u daarbij nodig?
- > Wat kunt u zelf doen?

⁵ Deze vragenlijst is grotendeels ontleend aan Meyers R.J. & Smith J.E., *Clinical Guide tot Alcohol Treatment: "The Community Forcement Approach"*, The Guilford Press, 1995 en deels aan Otten J.S., *Kort en Goed: "Hulp bij Alcoholproblemen"*, Ampersand, 1997.

Euro-Qol gezondheidstoestand

Tevens wordt hieraan toegevoegd de Euro-Qol gezondheidstoestand. Bij dit instrument kunnen patiënten op een thermometer aangeven hoe goed of slecht zij hun gezondheidstoestand afgelopen week hebben ervaren.

Figuur 4.8 Euro-Qol Vas



4. 9 Een ideaal leven

Naam: _____

Datum: _____

Zojuist heeft u een score gegeven op bepaalde levensgebieden. Geef nu op ieder gebied aan welke gebeurtenissen zouden optreden in een voor u ideaal leven⁶. Drie aanwijzingen bij het invullen: houdt het kort; wees specifiek in plaats van algemeen en gebruik een positieve formulering ("opruimen" vs "geen rommel maken", bijvoorbeeld).

In het **huishouden** zou ik willen dat: _____

Op het gebied van **werk/school** zou ik willen dat _____

Op het gebied van **financiën** zou ik willen dat ik: _____

Op **sociaal terrein** zou ik willen dat: _____

Wat betreft de **relatie met mijn partner** zou ik willen dat: _____

Wat betreft mijn **persoonlijke gewoontes** zou ik willen dat: _____

Wat betreft mijn **partner** zou ik willen dat: _____

Wat betreft mijn **familie** zou ik willen dat: _____

Wat betreft mijn **gezondheid** zou ik willen dat: _____

Verder zou ik graag willen dat: _____

⁶ Deze vragenlijst is ontleend aan: Roozen, H., de Jong, C., Kerkhof, A., Geerlings, P. en Schippers, G. EDOCRA. "Handleiding CRA". Koninklijke Bibliotheek, Den Haag. 2000.

4.6 Uitstroomfase

Na verloop van tijd zullen de meeste patiënten uitstromen uit het casemanagementprogramma. Dit gebeurt wanneer de situatie van de patiënt langdurig is gestabiliseerd. In deze fase worden de contacten tussen casemanager en patiënt minder intensief en zal de patiënt steeds beter vorm aan zijn eigen leefsituatie geven of ingebed zijn in een reguliere voorziening.

Het afbouwen van het contact met de patiënt staat dan centraal. Wanneer uiteindelijk het contact wordt beëindigd, draagt de casemanager de verantwoordelijkheid voor het regelen van de nazorg. Het zorgplan wordt afgesloten en er wordt zorggedragen voor een goede overdracht naar andere instanties en hulpverleners.

4.6.1 Afbouwen hulpverleningstraject

Doel

Bespreekbaar maken van het afbouwen van het hulpverleningscontact.

Vorbereiding

Er komt een moment dat de zorg aan de cliënt minder intensief wordt. De cliënt geeft bijvoorbeeld steeds zelfstandiger vorm aan zijn leefsituatie of is ingebed in een voorziening waar anderen de zorg overnemen. Dit is het moment waarop u bespreekbaar maakt dat u als casemanager niet langer nodig bent.

Materialen

- > Zorgplan
- > Patiëntendossier

Introductie

Geef aan dat u graag met de patiënt wil bespreken hoe hij denkt over het langzaam afbouwen van het contact met u. De situatie van de patiënt is gestabiliseerd of verbeterd en intensieve begeleiding is niet langer meer nodig.

Inhoud patiëntencontact

Tijdens dit contact bespreekt u de verwachtingen van de patiënt over de nieuwe periode. Wat denkt de patiënt te verwachten in deze periode en hoe zou hij zich daar op kunnen voorbereiden? Bespreek ook wat de mogelijkheden zijn van een warme overdracht en wat de patiënt kan doen als het minder goed met hem gaat.

Voorbeeld

De laatste tijd hebben wij steeds minder vaak contact met elkaar. Er komt een moment dat anderen de hulp aan u van mij overnemen. We willen dit graag zo soepel mogelijk laten verlopen. Hoe zou u graag willen dat dit op een, voor u, zo prettig mogelijk manier gebeurt? Wij zouden bijvoorbeeld samen kunnen gaan kennismaken met uw nieuwe hulpverlener. U kunt ook denken aan de mensen in uw netwerk waar u een beroep op kunt doen.

Beëindigen gesprek

Rond het gesprek af en maak een afspraak voor de volgende keer.

Tips

- > Neem de tijd voor dergelijke gesprekken. Noteer hoe de patiënt reageert.

- > Maak goede afspraken met de patiënt over het afbouwen van het contact. Leg samen op papier vast wanneer de patiënt kan bellen en met wie hij contact kan opnemen als het niet goed dreigt te gaan.
- > Zorg voor een warme overdracht. Bijvoorbeeld door samen met de hulpverlener die de zorg gaat overnemen een gesprek met de patiënt te voeren of met de patiënt een keer mee te gaan naar de voorziening of groep waar hij gaat verblijven.

Verslaglegging

Maak een verslag van het gesprek. Vat de belangrijkste punten samen.

Noteer wat opviel aan de patiënt met betrekking tot het uiterlijk, contact, houding en lichamelijke toestand van de patiënt.

Checklist

- > Verslag van patiëntencontact.
- > Afspraken voor de volgende keer noteren.
- > Patiëntdossier updaten (beschrijven en plannen nieuwe activiteiten).
- > Overdracht collega's, team.

4.6.2 Overdracht en nazorg

Doel

Afronden van de hulpverlening en regelen van de nazorg.

Vorbereiding

Als de cliënt doorstroomt naar een andere voorziening is het belangrijk dat er een goede overdracht komt. Het is wel nodig dat een patiënt daar schriftelijk toestemming voor verleent. Een overdracht kan schriftelijk maar ook mondeling. Het is van groot belang een gesprek te regelen tussen de nieuwe hulpverlener, patiënt, casemanager en eventueel een naastbetrokkene. Tijdens dit gesprek is het belangrijk te bespreken aan welke doelen de patiënt gewerkt heeft en welke aandachtspunten belangrijk zijn in de (toekomstige) begeleiding. Daarnaast maakt u afspraken over de nazorg.

Materialen

- > Patiëntendossier

Introductie

Heet de patiënt welkom. Geef aan dat het moment is gekomen dat het contact tussen u en de patiënt binnenkort wordt beëindigd omdat u niet meer nodig bent of dat anderen de hulp zullen overnemen.

Inhoud patiëntencontact

Geef aan dat dit het laatste (één van de laatste) gesprekken zijn die u met de patiënt zult hebben. Ga aan de hand van het zorgplan nog eens na welke doelen er zijn bereikt. Vraag aan de cliënt wat hij van u als casemanager vond en wat hij van de organisatie vond. Neem nog eens samen door aan wie de cliënt hulp kan vragen in moeilijke tijden. U maakt afspraken over de nazorg. U spreekt samen met de patiënt af dat u hem komend jaar een aantal keer (bijvoorbeeld drie keer) zult bellen om te vragen hoe het met hem gaat.

Voorbeeld

Zoals u weet zal dit een van onze laatste gesprekken zijn. Graag zou ik nog een keer met u

het zorgplan willen doornemen om te zien wat er de laatste tijd is bereikt en hoe u de toekomst voor u ziet. Ook wil ik nog een keer met u doornemen op wie u een beroep voor hulp kunt doen als het minder goed met u gaat. Ik beloof dat ik (of uw collega) u het komend jaar een paar keer zal bellen om te informeren hoe het met u gaat.

Beëindigen gesprek

Rond het gesprek af en maak (eventueel) een afspraak voor de volgende keer

Tips

- > Afscheid nemen kan een pijnlijk proces zijn voor zowel u als de patiënt. U heeft samen veel meegemaakt, soms kan er een warme vertrouwensrelatie zijn ontstaan. Neem de tijd voor afscheid nemen.
- > Maak er een speciaal moment van, geef een klein cadeautje, schrijf een persoonlijk kaartje.
- > Sluit niet helemaal de deur voor de cliënt. Geef aan dat de cliënt in moeilijke tijden contact met u mag opnemen. Geef ook duidelijk aan wat u op zo'n moment voor de cliënt kunt betekenen. Een luisterend oor is wat anders dan de cliënt (weer) actief begeleiden. Mocht de situatie van de cliënt verslechteren dan kan hij/zij weer een beroep doen op casemanagement. De patiënt dient dan wel weer opnieuw geïndiceerd te worden.
- > Communiceer open met de hulpverlener die het contact met de patiënt zal overnemen en maak duidelijke afspraken wat de patiënt van hem/haar kan verwachten. Betrek daarin zoveel mogelijk de patiënt zelf.
- > Regel praktische zaken.

Verslaglegging

Schrijf de belangrijkste punten van het gesprek op in het patiëntendossier.

Checklist

- > Patiëntendossier ordenen.
- > Overdracht schrijven.
- > Patiëntendossier afsluiten.

Hoofdstuk 5

Aandachtsgebieden

5 Aandachtsgebieden

Het voorgaande hoofdstuk beschrijft, aan de hand van het zes fasen model, het basisprogramma van casemanagement. In dit hoofdstuk worden verschillende aandachtsgebieden nader uitgewerkt. In feite is het een verdieping van onderwerpen die al aan bod zijn geweest maar een aantal onderwerpen zijn ook nieuw. De onderwerpen zijn ingedeeld volgens de levensgebieden zoals aangeduid in het basisprogramma. Een deel hiervan is gebaseerd op de thema's uit het boek *Nazorg na deeltijd en klinische behandeling* (De Wildt, 2005). Elke paragraaf behandelt een onderwerp dat van toepassing kan zijn wanneer er met een patiënt wat dieper op bepaalde zaken wordt ingaan. Het is aan de casemanager zelf een keuze te maken of, en op welk moment het onderwerp aan de orde komt. Uiteraard is dit afhankelijk van allerlei factoren zoals de mate waarin de werkrelatie met de patiënt is opgebouwd, de omstandigheden waarin de patiënt zich op dat moment bevindt, enzovoort. Het is de bedoeling dat het onderwerp wat aan de orde komt op dezelfde manier op te nemen in het zorgplan zoals beschreven in hoofdstuk vier. Bijvoorbeeld als het gaat over medicatie dit uit te werken volgens het format van het zorgplan: Wat is de huidige situatie, doelstelling, interventies, wie doet wat en datum van evaluatie.

5.1 Psycho-educatie over verslaving

Doel patiëntencontact

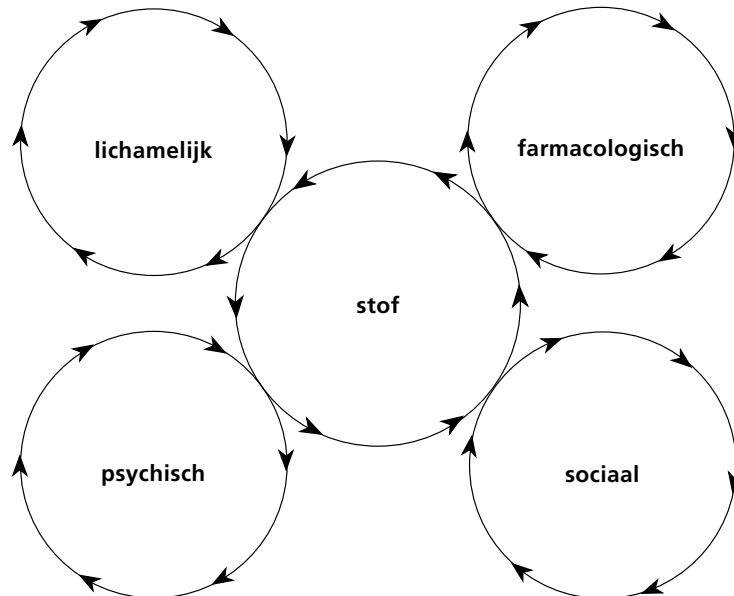
Casemanagers kunnen een belangrijke rol hebben in het geven van voorlichting over verslaving en welke effecten een verslaving heeft op de gezondheid. Aangezien we te maken hebben met langdurig verslaafde patiënten zijn de effecten die de verslaving heeft op de gezondheid meestal wel duidelijk. Toch kan het verhelderend zijn om nog eens te vertellen hoe een verslaving precies werkt, niet alleen aan de patiënt zelf maar ook aan naastbetrokkenen.

Inhoudelijke beschrijving

Bij verslaving is de verhouding tussen geheugen, beleving, motivatie en controle over gedrag ontregeld. De oorzaak is gelegen in neurobiologische ontregeling in de hersenen: willen wordt moeten. Voor personen met een verslaving worden neutrale prikkels extra opvallend, men herkent bijvoorbeeld veel sneller dan anderen kroegen of dealers. Het geheugen is sterker gericht op gebruik en sterker gericht op het belonende effect van drugs. Persoonlijke controle over het wel of niet uitvoeren van bepaald gedrag is verminderd. Verslaving is een ziekte maar dat wil niet zeggen dat verslaafde patiënten altijd ziek zijn of zich als zieke gedragen.

De cirkels van Van Dijk (1979) kunnen als referentiekader worden gebruikt bij het geven van voorlichting aan patiënten en leden van diens netwerk. Deze cirkels geven aan dat de balans op verschillende gebieden verstoord raakt, wanneer sprake is van overmatig middelengebruik. Op het moment dat de cirkels in beweging komen, beïnvloeden zij de snelheid van andere cirkels, die activiteit van de centrale cirkel kunnen veroorzaken en tevens onder invloed van de 'stof-cirkel' in beweging kunnen komen.

Figuur 5.1 Cirkels van Van Dijk



Lichamelijke cirkel: het middel wordt veelal gebruikt om lichamelijke klachten weg te nemen, maar op lange termijn verergert dit juist de lichamelijke klachten.

Farmacologische cirkel: controleverlies wat betreft gebruik wordt veroorzaakt doordat de lichamelijke reactie op het middel in twee opzichten verandert: gebruik van een kleine hoeveelheid versterkt de trek en na verloop van tijd moet een grotere hoeveelheid van het middel gebruikt worden om het gewenste effect te verkrijgen. Gebruik van kleine hoeveelheden wordt minder waarschijnlijk.

Psychische cirkel: fysiologische verschijnselen, waaronder slaap, raken verstoord en psychiatrische klachten (depressie, angst) als gevolg van het gebruik nemen toe. Daarnaast kunnen schaamte ten aanzien van verslaving en het negatieve beeld over verslaafde patiënten als gevolg hebben dat het verslavingsprobleem niet wordt erkend.

Sociale cirkel: door het gebruik raakt men meer vervreemd van normaal gedrag en ontstaan vaak problemen op het gebied van wonen, werk, financiën en sociale contacten.

Uit bovenstaand model komt naar voren dat het altijd zinvol is het verslavingsprobleem aan te pakken ongeacht de ernst van de overige problemen. Verandering van middelengebruik zal ook op andere gebieden positieve gevolgen hebben.

Er moet altijd aandacht worden besteed aan de relatie tussen middelengebruik en problemen op andere gebieden. Als problemen met betrekking tot de overige cirkels niet worden aangepakt, heeft het behandelen van het verslavingsprobleem ook weinig kans van slagen.

Tips

- > Meer informatie over verslaving en middelengebruik maar ook de relatie met lichamelijke en psychische klachten/ziekten is te vinden op www.trimbos.nl

5.2 Lichamelijke gezondheid

Langdurig verslaafde patiënten hebben vaak te maken met een slechte lichamelijke gezond-

heid. Een arts onderzoekt de patiënt en besluit welke medische behandeling noodzakelijk is. De casemanager heeft daarbij een belangrijke rol. Daarnaast is het belangrijk na te gaan of een patiënt is verzekerd tegen ziektekosten. Vanaf 1 januari 2006 moet iedereen in Nederland verplicht verzekerd zijn. Wanneer iemand niet verzekerd is, is het van belang zo snel mogelijk een zorgverzekering te regelen. Hiervoor bestaan verschillende mogelijkheden (zie ook site www.minvws.nl).

5.2.1 Medicatie

Doel patiëntencontact

In dit contact staat het gebruik van medicijnen centraal. Soms is het nodig om met de patiënt te onderhandelen over diens medicijngebruik. Indien mogelijk wordt ook het netwerk van de patiënt hierbij betrokken. De behandelend arts heeft hierin, in eerste instantie, een belangrijke rol. De casemanager is nauw betrokken en liefst aanwezig bij het gesprek tussen arts en patiënt over medicijngebruik. Na afloop kan de casemanager het gesprek nog eens met de patiënt bespreken en checken of de patiënt alles heeft begrepen.

Inhoudelijke beschrijving

Na goede voorlichting over de werking en het gebruik van medicijnen kan met de patiënt worden onderhandeld over medicijngebruik. De afstemming tussen arts en casemanager is hierbij van groot belang omdat zij hierin beide een belangrijke rol vervullen.

Medicijntrouw wordt bevorderd door veelvuldig, en zo open mogelijk, met de patiënt over medicatie te praten. De casemanager moet zich daarbij aanpassen aan het kennisniveau en bevattingsvermogen van de patiënt. Klachten over vervelende bijwerkingen moeten serieus worden genomen. Waar mogelijk worden netwerkleden betrokken bij de inname van medicatie. Netwerkleden kunnen een belangrijke rol vervullen in het bevorderen van medicatietrouw.

Een aantal maatregelen die het blijven innemen van medicatie bevordert zijn: (Slooff 1994 uit Hendrix 1998)

Educatie

Kort maar krachtig en duidelijk, vermijden van oproepen van schuldgevoelens, angstreductie, instructiebijeenkomsten.

Medicatiebeleid

Onderhandelen in plaats van voorschrijven (arts), beperkt aantal doses, registratie van klachten en oproepen van positieve effecten.

Afspraken

Simpele en eenduidige regels, frequent contact en het arrangeren van ondersteuning van bijvoorbeeld partner of groepen.

Communicatie

Ondanks deze maatregelen zal de casemanager toch vaak geconfronteerd worden met medicatie-ontrouw, ook al zijn er duidelijke afspraken gemaakt. Accepteer deze ontrouw, praat er openlijk over en voorkom dat het een onbespreekbaar punt wordt. Met name bestraffende reacties kunnen een averechtse werking hebben.

Goede communicatie met de arts(en) die betrokken is bij de behandeling van de patiënt kan van levensbelang zijn. Een patiënt kan met verschillende artsen te maken hebben zoals psy-

chiater, huisarts of verslavingsarts. Goede afspraken over wie waar verantwoordelijk voor is worden genoteerd in het zorgdossier.

Opiaatonderhoudsbehandeling

In 2005 verscheen de publicatie *Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling*. Steeds meer instellingen voor verslavingszorg werken volgens deze richtlijn. Soms zijn er verpleegkundigen als casemanager binnen het casemanagementteam werkzaam en hebben zij voldoende expertise op het gebied van opiaatonderhoudsbehandeling. Is niemand in het team aanwezig met deze expertise, overleg dan regelmatig met de verpleegkundige die verantwoordelijk is voor de opiaatonderhoudsbehandeling van uw patiënt.

Tips

- > Geef begrijpelijke voorlichting over de werking van medicijnen.
- > Registreer klachten nauwkeurig en neem ze serieus.
- > Maak samen met de patiënt een lijstje waarop de tijden voor medicatie-inname staan genoteerd.
- > Geef de patiënt een pillendoos waarop de dagen van de week en de uren van de dag staan.
- > Veel mobiele telefoons hebben een alarm dat kan worden ingesteld. De patiënt kan het alarm laten afgaan op het moment waarop medicijnen moeten worden ingenomen.

5.2.2 Zelfverzorging

Doel patiëntencontact

Bespreekbaar maken wat het belang van zelfverzorging voor de patiënt is en een relatie leggen tussen zelfverzorging en verslaving.

Inhoudelijke beschrijving

Leg uit wat onder zelfverzorging wordt verstaan: zaken die te maken hebben met uiterlijke verzorging en zelfpresentatie (douchen, kleding, verzorging van het haar, persoonlijk voorkomen) en huishoudelijke vaardigheden (hygiëne, gezond voor jezelf koken).

Uitleg over de relatie tussen verslavingsproblemen en zelfverzorging. Verslavingsproblemen kunnen invloed hebben op iemands zelfverzorging en uitvoering van huishoudelijke taken. Actief bezig zijn met gebruik, kan maken dat er minder tijd en aandacht over blijft voor gezond eten, hygiëne en uiterlijke verzorging. Vaak is ook de eetlust minder groot in tijden van middelengebruik.

Leg uit wat het belang is van zelfverzorging en ADL (Algemene Dagelijkse Levensbehoeften). Een schone omgeving heeft een positieve invloed op hoe je je voelt. Uiterlijke verzorging heeft bovendien niet alleen een positieve invloed op jezelf maar ook op andere mensen. Lichamelijke verzorging kan reacties van anderen beïnvloeden.

Bespreek welke belemmeringen in de weg staan voor goede zelfverzorging (bijvoorbeeld geen geld voor nieuwe kleding, je er niet toe kunnen zetten om voor jezelf alleen te koken, neiging tot het uitstellen van huishoudelijke klusjes) en welke oplossingen daarvoor te bedenken zijn. Wanneer patiënten het vooral lastig vinden om zich te zetten tot bepaalde activiteiten van zelfverzorging of bepaalde aspecten daarvan niet leuk vinden, kan besproken worden hoe deze aantrekkelijker gemaakt zouden kunnen worden (bijvoorbeeld samen met iemand koken en eten, jezelf belonen na een huishoudelijke klus, het aanpassen van de activiteit).

Voorbeeld

Welke invloed heeft het middelengebruik op uw zelfverzorging? Wat is de invloed op jezelf? Wat zijn reacties van anderen? Wat kunnen de positieve effecten van goede zelfverzorging zijn?

Welke aspecten van zelfverzorging gaan goed, welke aspecten gaan minder goed?

Tips

- > Ambulante woonbegeleiding is aan te bevelen voor patiënten met problemen op het gebied van zelfverzorging en zorg voor de omgeving.
- > De thuiszorg heeft soms ook speciaal aanbod op het gebied van Psychiatrische Intensieve Thuishulp.
- > Tafeltje Dekje kan helpen de patiënt dagelijks van een goede maaltijd te voorzien.

5.3 Psychische gezondheid

5.3.1 Psycho-educatie

Doel patiëntencontact

- > Het bevorderen van ziektebesef.
- > Het leren hanteren van de beperkingen die verslaving/psychiatrische stoornissen met zich meebrengen.

Inhoudelijke beschrijving

Veel patiënten beseffen niet dat ze psychiatrisch ziek zijn. Doorgaans beseffen ze wel dat ze allerlei vervelende problemen hebben waardoor ze de oorzaak buiten zichzelf zoeken. De casemanager kan door voorlichting inzicht in het ziektebesef vergroten door aan te geven dat een groot aantal problemen wordt veroorzaakt door ziekteverschijnselen als: apathie, onrust, concentratiestoornissen, contactstoornissen, geheugenstoornissen. Dit heeft mede tot doel een realistisch toekomstbeeld te creëren. Nogal eens stellen patiënten zich irreële doelen (bijvoorbeeld een studie oppakken), waardoor de weg naar meer frustratie open ligt.

Uitleg over verslaving, ziektesymptomen en beperkingen gebeurt in concrete en praktische bewoordingen (bijvoorbeeld: "je hebt last van drukte in je hoofd") zonder dit in een medisch of psychiatrisch kader te plaatsen.

De ontvankelijkheid van de patiënt voor psycho-educatie kan sterk wisselen en vraagt van de casemanager veel 'Fingerspitzengefühl'. De problematiek van de patiënt is vaak zo complex dat zij niet in staat zijn veel informatie op te nemen. Daarom is het ook belangrijk dat niet alleen de patiënt maar ook naastbetrokkenen voorlichting krijgen. Bij psycho-educatie moet vaak dezelfde boodschap worden herhaald, zowel aan de patiënt als aan zijn omgeving, en is het niet altijd zeker of de boodschap goed is aangekomen (Hendrix, 1998).

Tips

- > Koppel psycho-educatie aan de problemen die de patiënt ervaart.
- > Vertaal psychiatrisch jargon in praktische en concrete bewoordingen.
- > Neem de terminologie van de patiënt over als die voor hem effectief is.
- > Noem geen diagnoses en vermijd het labelen als 'ziekte' wanneer duidelijk is dat de patiënt dit niet accepteert.
- > Minimaliseer de hoeveelheid prikkels door het kort en simpel te houden.
- > Herhaal de boodschap vaak; nieuwe situaties vragen om hernieuwde uitleg (ook al zijn ze vergelijkbaar).
- > Ondersteun de mondelinge communicatie met voorbeeldgedrag en eventueel tekeningen op papier.

5.3.2 Omgaan met crisis

Doel patiëntencontact

Bespreekbaar maken en in kaart brengen van signalen die kunnen leiden tot een crisissituatie bij de patiënt.

Inhoudelijke beschrijving

Stel samen met de patiënt en direct betrokkenen een helder beschreven signaleringsplan op. Een signaleringsplan wordt opgesteld om vroegtijdige signalen van decompensatie (uit balans raken) bij de patiënt te herkennen. Het plan biedt handvatten aan hulpverleners en anderen in de naaste omgeving van de patiënt om adequate acties te ondernemen en de patiënt te ondersteunen bij het voorkomen van decompensatie. Maak daarbij gebruik van de volgende vragen (Wilken & Den Hollander, 2000):

Vragen bij signaleringsplan

1. Welke zaken geven bij de patiënt spanningen?
2. Welke van deze spanningen kunnen leiden tot het uit balans raken?
3. Wat zijn de verschijnselen waaraan een patiënt merkt dat het niet goed met hem gaat?
4. Wat zijn de verschijnselen waaraan andere mensen in de omgeving merken dat het minder goed met de patiënt gaat?
5. Kan de patiënt spanningen in zichzelf herkennen?
6. Wat doet de patiënt als hij/zij last heeft van spanningen?
7. Wat kan de casemanager doen om de cliënt te helpen decompensatie te voorkomen?
8. Wat zijn de belangrijkste personen in het netwerk die de cliënt kunnen helpen?
9. Welke medicatie is het meest effectief ter voorkoming van decompensatie (soort, dosering)?
10. Welke behandelaar dient geraadpleegd te worden? (noteer namen, adressen, telefoonnummers)
11. Welke opname mogelijkheden zijn er?

Tips

- > De casemanager kan een belangrijke rol vervullen bij het voorkomen van een crisis door de patiënt te begeleiden bij stressvolle situaties (b.v. meegaan naar de begrafenis van een familielid).
- > Goede kennis van de sociale kaart in de regio is zeer belangrijk om te weten wat de mogelijkheden op het gebied van crisisopvang zijn.
- > Communiceer regelmatig met de cliënt en behandelend arts over de status van het signaleringsplan, zorg dat het plan actueel blijft.

Wet Bopz

Soms is een patiënt niet in staat of bereid hulp te aanvaarden en zijn de psychische problemen dermate ernstig dat hulp toch geboden is. In het kader van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen is er een aantal mogelijkheden om dwang of drang toe te passen. Er is op dat gebied veel meer mogelijk dan vaak wordt gedacht. Wanneer iemand een gevaar vormt voor zichzelf is gedwongen opname mogelijk. In het boekje over de wet Bopz van het ministerie van VWS staan precies beschreven welke eisen de wet stelt voor gedwongen opnames, gedwongen behandeling en middelen of maatregelen. Daarbij is ook aandacht voor de vraag wat de invulling is van het gevaarscriterium, iets waar in de praktijk vaak veel onduidelijkheid over is.

Meer informatie hierover is te vinden op:
www.hulpgids.nl/wetten/bopz.htm
www.minvws.nl/dossiers/bopz/brochures-en-internetlinks

5.3.3 Somberheid

Doel patiëntencontact

Aandacht voor somberheid en voorlichting geven over hoe somberheid kan worden doorbroken. Welke gedachten veroorzaken somberheid en hoe kan de vicieuze cirkel van sombere gedachten worden doorbroken.

Inhoud patiëntencontact

Leg uit dat somberheid een veelvoorkomend verschijnsel is bij mensen die hun middelengebruik veranderen. Somberheid is een normale menselijke emotie. Wanneer somberheid langdurig aanhoudt kan er sprake zijn van een depressieve stoornis. Schakel dan altijd een psychiater in om de diagnose te stellen en afspraken te maken voor de behandeling van de depressie.

Signaleren sombere gevoelens: omgaan met somberheid betekent op de eerste plaats leren herkennen van sombere gevoelens. Bijvoorbeeld: moeheid, gevoel dat activiteiten moeite kosten, minder zelfvertrouwen, dingen laten liggen, geen beslissingen kunnen nemen, situaties vermijden.

Vicieuze cirkel: leg uit dat een sombere stemming meestal maakt dat je geen zin hebt om iets te ondernemen. Daardoor onderneem je niets, je baalt van jezelf dat je niets doet en daarvan word je alleen maar somberder.

Omgaan met somberheid door activering: leg uit dat een sombere bui op verschillende manieren kan worden aangepakt. Het gaat erom de vicieuze cirkel te doorbreken. Op de eerste plaats kan dit door toch activiteiten te ondernemen, ook al heb je daar geen zin in. Dit betekent bijvoorbeeld niet in bed blijven liggen, maar juist opstaan en een plezierige activiteit gaan ondernemen.

Omgaan met somberheid door anders te gaan denken: leg uit dat een tweede manier om met sombere stemming om te gaan het aanpakken van negatieve gedachten is. Negatieve gedachten over jezelf, over anderen, over de wereld, maken dat je je somberder gaat voelen. Eventueel kan het GGGG-schema gebruikt worden om de invloed van negatieve gedachten te illustreren.

Bijvoorbeeld:

Gebeurtenis:

Het is mooi weer ik zit alleen thuis.

Gedachten:

Ik heb helemaal niemand.

Gevoelens:

Somber en verdrietig.

Gedrag:

Ik blijf alleen thuis.

Gevolgen

Ik voel me steeds somberder worden en ik krijg zin in alcohol.

Leg uit dat mensen die somber zijn vaak 'denkfouten maken' oftewel gedachten hebben die niet helemaal overeenkomstig de werkelijkheid zijn.

Voorbeelden:

Overgeneralisatie: iets dat waar is in de ene situatie, geldt volgens de persoon voor alle soortgelijke situaties. "Zie je wel, niemand vindt me aardig."

Dichotoom denken: zwart-wit denken "Mijn collega doet alles goed terwijl bij mij alles mislukt."

Rampdenken: situaties erger maken dan ze zijn. "Het is verschrikkelijk wanneer ik een fout maak."

Voorbeeld

Hoe herkent u signalen van somberheid bij u zelf? (Schrijf deze signalen samen met de patiënt op.) Hoe zou u uzelf tot activiteiten kunnen brengen als u zich somber voelt? Hoe kan de vicieuze cirkel worden doorbroken? Welke activiteiten kun je ondernemen? Hoe zet je jezelf er toe aan? Welke mensen kunnen je helpen bij het doorbreken van een sombere stemming?

Bespreek de rol van negatieve gedachten. Vraag naar een kenmerkende situatie en probeer met de patiënt enkele sombere gedachten te identificeren. Leg uit dat dergelijke gedachten je niet helpen minder somber te worden en dat ze vaak niet kloppen met de werkelijkheid. Bespreek welke gedachten beter zouden helpen om een minder somber gevoel te krijgen. Geef daarbij een voorbeeld: een praatje maken met iemand in uw omgeving.

5.3.4 Angst en piekeren

Doel patiëntencontact

Bespreekbaar maken van gevoelens van angst en piekeren. Voorlichting geven over de relatie tussen angsten en middelengebruik.

Inhoudelijke beschrijving

Uitleg over het verschil tussen piekeren (in kringetjes denken leidt tot niets) en oplossend denken.

Uitleg over gedachten en ideeën die patiënten soms hebben over piekeren. "Als ik pieker dan ben ik goed bezig."

Uitleg over de relatie tussen angsten en middelengebruik. Geef voorbeelden hoe middelen soms als helpend worden ervaren om dingen te kunnen doen die eigenlijk angst oproepen. Het leven aangaan zonder middelen kan ook vaak angst oproepen.

Bespreek manieren om met piekeren om te gaan. Bijvoorbeeld: uitstellen van piekeren naar een vast tijdstip op een dag gedurende een halfuur.

Het doornemen van stappen van constructief probleem oplossen. Dit leidt tot betere oplossingen dan piekeren. Eventueel kan een piekerthema van een patiënt bij de kop worden gepakt en de stappen van probleem oplossen worden doorgenomen.

1. Is er een probleem?
2. Wat is het probleem?
3. Wat zou ik allemaal kunnen doen?
4. Wat lijkt het beste om te doen?
5. Na afloop: hoe effectief was het?

Voorbeeld

Wat zijn uw piekerthema's? Gaat het vooral om zaken uit het verleden, heden of toekomst?

5.3.5 Verdriet en rouw

Doel patiëntencontact

Bespreekbaar maken van gevoelens van verdriet en rouw. Aandacht voor verdriet en rouwverwerking.

Inhoudelijke beschrijving

Verdriet en rouw zijn gevoelens die kunnen ontstaan na een pijnlijke gebeurtenis. De aanleiding verschilt van persoon tot persoon en kan bijvoorbeeld gelegen zijn in het zich niet begrepen voelen, zich eenzaam voelen, lichamelijke pijn hebben of afscheid moeten nemen van mensen die je dierbaar zijn. Tussen verdriet en rouw is niet echt een duidelijk onderscheid aan te brengen. Pijnlijke gebeurtenissen kunnen een gevoel van verdoving, depressie en somberheid teweeg brengen. Middelengebruik kan een middel zijn om pijn en verdriet niet te voelen. Als verdriet wordt gecamoufleerd met andere gevoelens of middelengebruik zal verdriet niet goed worden verwerkt en het langer bij de persoon blijven (Bos, 1994). Veel casemanagementpatiënten hebben te maken met pijnlijke gebeurtenissen in het verleden (mishandeling, misbruik, verlies van familieleden, etc.) die aanleiding geven tot intense gevoelens van verdriet.

Tips

- > Neem de tijd en geef de patiënt de gelegenheid gevoelens te uiten en zijn verdriet te verwerken.
- > Versta de kunst van het luisteren (zowel passief als actief), een goede manier van luisteren kan de patiënt helpen zijn verdriet te verwerken.
- > Probeer in het contact troostend en bemoedigend te zijn, probeer altijd perspectieven te bieden.

5.4 Sociaal netwerk

5.4.1 Sociale contacten en eenzaamheid

Doel patiëntencontact

Aandacht voor sociale contacten en eenzaamheid.

Inhoudelijke beschrijving

Uitleg over het belang van (niet)gebruikende sociale contacten. Leg uit dat sociale contacten diverse functies kunnen vervullen, bijvoorbeeld:

- > Ondersteuning.
- > Ergens bijhoren.
- > Je minder eenzaam voelen.
- > Ondersteuning in moeilijke situaties en op lastige momenten.
- > Hulp bij problemen oplossen.

Uitleg over ondersteuning: leg uit dat het belangrijk is om vrienden, kennissen of familieleden om ondersteuning of hulp te kunnen vragen.

Maak gebruik van de cirkeldiagram (netwerkanalyse).

Overweeg welke mensen je kunnen helpen of ondersteunen.

Overweeg welke vorm van ondersteuning je zou willen (bijvoorbeeld morele ondersteuning, informatie, advies, praktische hulp bij taken).

Overweeg hoe je de hulp die je wilt, kunt vragen en krijgen.

Voorbeeld

Hoe ziet uw netwerk er uit? Hoe is de verhouding gebruikende- - niet-gebruikende mensen? (Gebruik de cirkeldiagram van de netwerkanalyse.)

Geef bij elke persoon aan welke rol hij/zij vervult (bijvoorbeeld helpt bij klusjes, geeft emotionele steun, geeft goede raad). Bespreek waar de patiënt uitbreiding of versterking van het netwerk wenst en hoe hij/zij dat zou kunnen bereiken.

Versterken van het sociaal netwerk: contacten hernieuwen of ondersteuning leren vragen. Bespreek bijvoorbeeld een probleem waarbij de patiënt hulp zou willen hebben. Bespreek wie zou kunnen helpen en welke vorm van hulp of ondersteuning nodig is. Bespreek op welke manieren de patiënt om ondersteuning kan vragen.

Tips

- > Adviseer de patiënt gebruik te maken van een **ondersteuningsgroep of zelfzorggroep**. Sommige instellingen voor verslavingszorg organiseren dergelijke groepen. Het kan een patiënt helpen meer zicht te krijgen op de risico's van het middelengebruik in samenhang met de persoonlijke situatie van de patiënt. De groep komt dagelijks bij elkaar waardoor de patiënt meer structuur in de dag krijgt en kan oefenen om zijn sociale vaardigheden te verbeteren.
- > Stimuleer slapende contacten, werk met sleutelfiguren. Kijk op welke manier contacten kunnen verbeteren of worden uitgebreid.

5.4.2 Sociaal wenselijk gedrag

Doel patiëntencontact

Voorlichting geven over het begrip sociaal wenselijk gedrag. Wat de voor- en nadelen van sociaal wenselijk gedrag zijn.

Inhoudelijke beschrijving

Uitleg over het begrip sociaal wenselijk gedrag. Geef enkele voorbeelden ter illustratie: ja zeggen als je nee bedoelt, zeggen dat je om 9 uur bent op gestaan terwijl je tot 12 uur in je bed hebt gelegen, zeggen dat je een rekening hebt betaald terwijl dat niet zo is.

Uitleg dat alle mensen weleens sociaal wenselijk gedrag vertonen en dat dat een normaal verschijnsel is. Geef aan dat dit gedrag bij een verslaving een belangrijke functie kan hebben (het helpt overleven) en soms steeds meer neerkomt op liegen en een dubbelleven erop na houden. Het kan voortkomen uit schaamte over het middelengebruik of een manier zijn om invloed op mensen uit te oefenen.

Uitleg dat dit gedrag lastig te veranderen is. Op korte termijn kan het ook allerlei voordelen hebben om niet de waarheid te zeggen (bijvoorbeeld het mijden van lastige vragen). Op langere termijn heeft het ook vervelende consequenties en kan het belemmerend zijn voor jezelf en anderen.

Bespreking van gedragsalternatieven. Bespreek op welke wijze geëxperimenteerd kan worden met dit thema. Bijvoorbeeld het onderwerp bespreken met betrokkenen uit het sociaal netwerk, oefenen met eerlijkheid met een voor de patiënt 'veilig persoon', bedenktijd vragen als iemand iets aan je vraagt.

Voorbeeld

Herkent u bij u zelf gewenst sociaal gedrag? Wat zijn de voor- en nadelen van dit gedrag. Wat levert het op om je sociaal wenselijk te gedragen en wat zijn de nadelige kanten ervan? Wat

zou het kunnen opleveren als je open en eerlijk bent? (bijvoorbeeld minder schuldgevoelens, gelijkwaardige relaties) Wat zijn niet-helpende en belemmerende gedachten. Bijvoorbeeld "Als ik zeg dat ik pas om 12 uur ben opgestaan vinden ze me niet normaal."

Tips

- > Wees ervan bewust dat sociaal wenselijk gedrag voor u als hulpverlener iets anders kan betekenen dan voor de patiënt.

5.5 Wonen

Doel patiëntencontact

In kaart brengen van de meest gewenste en haalbare woonsituatie voor de patiënt.
Bespreken welke vaardigheden nodig zijn voor zelfstandig, begeleid of beschermd wonen.

Inhoudelijke beschrijving

Huisvesting is een belangrijke stabiliserende factor in het leven van mensen. Vanuit een veilige woonsituatie kan er beter worden gewerkt aan andere zaken. Het zoeken naar geschikte huisvesting levert vaak problemen op voor casemanagementpatiënten. Door problemen als overlast en huurschulden lukt het vaak niet om huisvesting te krijgen en te behouden. Vaak is het een cirkel waar moeilijk is uit te komen. Voorbeelden waar men mee te maken heeft zijn bijvoorbeeld problemen met woningcorporaties die geen woning meer willen verlenen omdat er huurachterstanden zijn of omdat er veel overlast is veroorzaakt door betreffende persoon. Soms kan het zijn dat een woning is opgeheven tijdens detentieperiode omdat de huur niet kon worden doorbetaald. Daarnaast zijn er meestal lange wachttijden voor woonbegeleiding en/of huisvesting.

Toch is er soms meer mogelijk dan in eerste instantie wordt gedacht zoals bijvoorbeeld het maken van afspraken met woningcorporaties omtrent huurbetaling. Geef de patiënt daarbij een actieve rol. Maak van te voren duidelijk afspraken wie, wat gaat doen. Samen naar een afspraak met een consultant van de woningcorporatie kan tevens een goede leerervaring zijn. Zet duidelijk op een rij wat er van de patiënt wordt verwacht en bespreek daarna samen of en onder welke omstandigheden wel of niet aan de voorwaarden kan worden voldaan.

In veel steden zijn er te weinig woonvoorzieningen voor ernstig verslaafde patiënten. In een aantal gevallen zijn er plaatsen beschikbaar bij zogenaamde sociale pensions waar mensen onder begeleiding kunnen wonen maar ook mogen gebruiken. Echter de meest begeleid of beschermd wonen voorzieningen stellen als voorwaarde dat een cliënt in staat is tot gecontroleerd middelengebruik of abstinente is.

Tips

- > Ontwikkel een lokale sociale kaart op het gebied van wonen. Daarin zou beschreven moeten zijn welke mogelijkheden er op het gebied van zelfstandig, begeleid en beschermd wonen (resocialisatiewoningen) zijn. Van belang daarbij is een overzicht te geven aan welke voorwaarden moeten worden voldaan om in aanmerking te komen.
- > Soms kan het mogelijk zijn voorrang te krijgen bij de toewijzing van een woning, in dat geval moet er een urgentieverklaring worden aangevraagd. Het moet duidelijk zijn aan welke voorwaarden voldaan moeten worden om in aanmerking voor een dergelijke urgentie te komen.

5.6 Omgaan met geld

Doel patiëntencontact

Het doel van dit contact is om de patiënt voorlichting te geven over de relatie tussen geld en middelengebruik. Verder is het van belang te bespreken welke waarde de patiënt toekent aan geld en hoe hij omgaat met geld en schulden.

Inhoudelijke beschrijving

Evenwichtig met geld om kunnen gaan is een vaardigheid die je kunt leren. Het betekent inkomsten en uitgaven in balans te houden en schulden voorkomen.

Er bestaat een relatie tussen geld en middelengebruik. Geld op zak hebben betekent een risico voor middelengebruik.

Uitleg over de soms onevenredige waarde die aan geld wordt gehecht: het kan de betekenis hebben van een gevoel van vrijheid, controle, macht. Geef aan dat bepaalde ideeën over geld tot middelengebruik kunnen leiden.

Voorbeeld

Hoe gaat u op dit moment om met geld? Welke plaats neemt geld in uw leven in? Welke gedachten en ideeën over geld spelen daarbij een rol? Bijvoorbeeld: zonder veel geld op zak ben ik geen echte vent, als ik geld heb zijn al mijn problemen de wereld uit, als mijn schulden zijn afgelost zijn al mijn problemen de wereld uit. Als ik vanavond in het casino mijn grote slag sla, ben ik in een keer van al mijn problemen af.

Bespreek concrete maatregelen en acties die helpen constructief met geld om te gaan.

Voorbeelden:

- > Een vast bedrag per week reserveren voor leefgeld.
- > Rekeningen met automatisch incasso laten afschrijven.
- > Reserveringen maken voor extra uitgaven.
- > Spaarregeling openen.
- > Een maand lang alle inkomsten en uitgaven bijhouden.

Tips

- > Het beheren van financiën of administratie is in veel gevallen een bron van ergernis voor de patiënt. Brieven, rekeningen, etc. worden vaak weggegooid of nooit gelezen. De patiënt heeft hier vaak veel ondersteuning bij nodig. Blijf uitleggen wat de mogelijkheden zijn om financiën beter te beheren. Ga niet mee in de frustratie van de patiënt.
- > Voor veel patiënten wordt het inkomen beheerd door een aparte instantie. Zaken worden dan tijdelijk door iemand anders beheerd, meestal wel zoveel mogelijk samen met de patiënt. Hou er rekening mee dat het jaren kan duren voordat een patiënt dit zelf weer kan, of soms helemaal niet in staat is dit zelf ooit weer te kunnen.
- > Permanente bewindvoering (onder curatele staan) kan veel rust brengen in het leven van sommige patiënten. Alles over curatele, bewindvoering en mentorschap is te vinden op www.kennisring.nl

5.7 Dagbesteding

Doel patiëntencontact

Voorlichting geven over het belang van een zinvolle dagbesteding en daarnaast bespreken wat de mogelijkheden zijn om invulling te geven aan een zinvolle dagbesteding.

Inhoudelijke beschrijving

Een zinvolle dagbesteding draagt bij aan een verbetering van de leefsituatie van de patiënt en zijn gevoel van een betere kwaliteit van leven.

Het is belangrijk uit te leggen wat het belang is van plezierige activiteiten: het ondernemen van plezierige activiteiten levert positieve gevoelens op. Te weinig leuke activiteiten ondernemen kan leiden tot verveling, eenzaamheid en somberheid. Anderzijds is het ook belangrijk om gevoelens van verveling te leren verdragen.

Verder is het belangrijk om het belang van evenwicht te bespreken: het verschil tussen activiteiten die moeten (werk, huishoudelijke klussen en andere verplichtingen) en activiteiten die de patiënt graag wil ondernemen. Leg uit dat het soms lastig is daar een goed evenwicht in te vinden.

Leg uit dat veel mensen die een verandering in hun middelengebruik aanbrengen een leegte in hun leven ervaren maar dat die leegte op een andere manier kan worden ingevuld.

Voorbeeld

Laat de patiënt vertellen hoe zijn/haar daginvulling er uit ziet. Schrijf dit op. Bespreek of de dagbesteding in evenwicht is.

Bedenk samen met de patiënt mogelijke alternatieve dagbestedingen.

Bespreek de barrières om verandering aan te brengen in dagindeling of nieuwe activiteiten op te pakken (bijvoorbeeld sociale angst).

Bespreek de mogelijkheden van sociale steun bij het veranderen van dagbesteding: Wie kan je helpen, bij wie kun je aansluiten om nieuwe activiteiten op te pakken.

Tips

- > Help de patiënt bij het zoeken naar sociale activeringsprojecten, vrijwilligerswerk, passend werk.
- > Maak samen met de patiënt een weekindeling van zijn/haar activiteiten. Beschrijf in elk dagdeel wat vaste activiteiten zijn en wat 'vrije tijd' is. Vaak wordt dan (pijnlijk) zichtbaar hoe de dagbesteding van de patiënt er uit ziet.

5.2 Weekindeling

Naam: _____

Datum: _____

Dag	Maandag	Dinsdag	Woensdag	Donderdag	Vrijdag	Zaterdag	Zondag
Ochtend							
Middag							
Avond							

A = Vaste activiteit (werk, opleiding, sportclub, vrijwilligerswerk, etc)

V = Vrije tijd

5.8 Justitie

Doel patiëntencontact

In kaart brengen welke problemen er zijn met politie en justitie en het bespreekbaar maken van mogelijke oplossingen.

Inhoudelijke beschrijving

Van belang is goed te inventariseren welke zaken er op terrein van justitie actueel zijn. Het gaat bijvoorbeeld om nog openstaande zaken en nog niet ten uitvoer gelegde vonnissen. Interventies van politie en justitie kunnen de hulp aan een patiënt belemmeren maar ook ondersteunen. Belemmeren bijvoorbeeld doordat er geen schuldregeling tot stand kan komen als het Centraal Justieel Incasso Bureau nog boetes te vorderen heeft. Het kan ook ondersteunend werken wanneer de politie iemand oppakt en dan meteen de hulpverlening inschakelt. Justiële dwang of drang kunnen ook een stok achter de deur zijn om het hulpverleningstraject langer vol te houden.

Tips

- > Goede communicatie en afstemming met de reclassering is van groot belang om samenwerking van de grond te krijgen.
- > Er bestaan mogelijkheden om, op grond van gewijzigde omstandigheden van de patiënt, uitsel te vragen voor openstaande straffen. Er kan een gratieverzoek worden ingediend bij het parket waar de patiënt is veroordeeld.
- > Bureau Rechtshulp is een laagdrempelige instelling voor mensen met een laag inkomen en geeft juridische hulp en advies. Meer informatie op www.rechtshulpnederland.nl
- > Hou er rekening mee dat een patiënt niet altijd eerlijk is over zijn voorgeschiedenis en delictgedrag. Dit kan lastig zijn in de werkrelatie, de casemanager wil het vertrouwen winnen maar soms wordt dat vertrouwen door de patiënt beschaamd. Het vraagt van de casemanager een voortdurend balanceren tussen eigen normen en waarden en die van de patiënt. Een patiënt kan ook de waarheid verzwijgen of verdraaien uit angst dat het contact met de casemanager wordt verbroken.

Literatuur

Baars, H.M.J. (1997). *Handleiding Maastrichtse Sociale Netwerk Analyse*. Sectie Sociale psychiatrie & Psychiatrische Epidemiologie. Vakgroep Psychiatrie & Neuropsychologie. Universiteit Maastricht.

Baart, A. (2004). *Een theorie van de presentie*. Utrecht, Lemma

Barry, K., Zeber, J., Blow, F., & Valenstein, M. (2003). Effect of Strengths Model Versus Assertive Community Treatment model on participants outcomes and Utilization : Two-Year Follow-Up. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 26, 268-277.

Bos, A. (1994). *Psychiatrische verpleegkunde*. R.R. van Leeuwen.

Calsyn, R.J., Yonker, R.D., Lemming M.R., Morse, G.A., & Klinkenberg, W.D. (2005). Impact of assertive community treatment and client characteristics on criminal justice outcomes in dual disorder homeless individuals. *Criminal Behaviour and Mental Health*. 30(4), 236-248.

Cosden, M., Ellens, J., Schnell, J., & Yamini-Diouf, Y. (2005). Efficacy of a mental Health Treatment Court with Assertive Community Treatment. *Behavioral Sciences and the Law*. 23, 199-214.

DiClemente, C.C., & Prochaska, J.O. (1998). Toward a Comprehensive, Transtheoretical Model of Change. In: Miller, W.M., Heather, N., editors. *Treating Addictive Behaviors*. 2nd ed. New York: Plenum Press.

Diepraam, A. (2003). *Intramuraal Motivatiecentrum. Een handboek*. Resultaten Scoren, Utrecht.

Dijk, B., Roosenschoon, B., Kroon, H., & Mulder, N. (2004). Modelgetrouwheid van Assertive Community Treatment in Nederland. Een pilot-studie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 59, p. 931-943.

Dijk, W.K. van (1979). De miskende alcoholist. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 123,29, 1228-1236

Elwyn, G. (2001). *Shared decision making: patient involvement in clinical practice*. Academisch proefschrift. Katholieke Universiteit Nijmegen, 2001.

Essock, S., Mueser, K., Drake, R., Covell, N., McHugo, G., & Frisman, L. (2006). Comparison of ACT and Standard Case Management for Delivering Integrated Treatment for Co-occurring Disorders. *Psychiatric Services*. 57, 185-196.

Geenens, K., & Vanderplasschen, W. e.a. (2005). *Tussen droom en daad: implementatie van case management voor druggebruikers binnen de hulpverlening en justitie*. Universiteit Gent.

Handreiking voor casemanagers in de sociale verslavingszorg (2003). Resultaten Scoren, Utrecht.

Handreiking bemoeizorg. Literatuurstudie, praktijkbeschrijving en aanbevelingen (2004). Resultaten Scoren, Utrecht.

- Hendrix, H. e.a. (1998). *Handboek Bemoezorg. 'Je gaf niet thuis'*. Copyright RIAGG Nijmegen.
- Hengeveld, M.W., & Schudel, W.J. (2003). *Het psychiatrisch onderzoek*. De Tijdstroom Uitgeverij, Utrecht.
- Henskens, R., Garretsen, H., Mulder, C.L., Bongers, I., & Kroon, H. (2005). Fidelity of an Outreach Treatment Program for Chronic Crack Abusers in the Netherlands to the ACT Model. *Psychiatric Services*, 56, 1451-1454.
- Henskens R.M.A., Garretsen, H.F.L., Bongers, I.M.B., Dijk, A.M.A. van, & Sturmans, F.M.D. (2004). Effectiveness of an outreach treatment program for inner city crack abusers: compliance outcome, and client satisfaction. *Grab and Hold: randomized controlled trial of the effectiveness of an outreach treatment program for chronic, high-risk crack abusers*. 35-49.
- Hoogenboezem, G. (2003). *Orde en chaos in levensverhalen. Narratieve analyse als middel voor passende zorg*.
- Hoogendam, S., & Vreenegeoor, E. (2002). *Intensief casemanagement & complexe meervoudige problemen*. Uitgeverij Coutinho, Bussum.
- Jansson, L.M., Svikis, D.S., & Beilenson, P. (2003). Effectiveness of Child Case Management Services for Offspring of Drugs-Dependent Women. *Substance Use & Misuse*. 38(14), 1933-1952.
- Jong, C.A.J. de (2004). *Buiten vrij, binnen slaaf? Uit: Wat heet verslaving?* Vugt, J. v. en Engels, R. Soeterbeeck Programma. Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Jong, C.A.J. de (2006). *Chronisch verslaafd: De therapeut, de patiënt en de ziekte*. Inaugurele rede. NISPA, Nijmegen.
- Jong, C.A.J. de, Schellekens, A.F.A., Ellenbroek, B., Franke, B., & Verkes, R-J. (2006). *The course of addiction. Neurobiological predictors of chronicity*. Programma Verslaving, deel 2. ZonMW, Den Haag.
- Kieft, W., Haagh, C., & Tellegen, M. (2004). *In beweging....Evaluatie Delphi, intensief casemanagement voor sociaal kwetsbare mensen met complexe problemen*. Gemeente Utrecht.
- Kok, E., & Meintser, N. (2005). *Casemanagement in de aanpak van huiselijk geweld. Een handreiking*. TransAct, Utrecht.
- Leeuwen-den Dekker, P. van & Heineke, D. (2004). *Het 8-fasenmodel. Planmatig werken in de maatschappelijke opvang*. NIZW.
- Lindt, S., van de (2000). *Bemoei je ermee. Leidraad voor assertieve psychiatrische hulp aan zorgmijders*. Assen: Van Gorcum.
- Lohuis, G., Schilperoort, R., en Schout, G. (2000). *Van bemoei- naar groeizorg. Methodieken voor de OGGz*. Wolters Noordhoff Groningen.
- Loth, C.A., Oliemeulen, E.A.P., Jong, C.A.J. de. (2005). *Richtlijn opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB)*. Resultaten Scoren, Utrecht.

- Maslow, A. (1970). *Motivation and Personality*. 2nd edition, Harper, New York.
- Mc Lellan (1992). Europese versie van de "Addiction Severity Index" 5e editie, door Kokkevi, A., Hartgers, C., Hendriks, V., Meer van de, C.W. & Blanken, P. 1994.
- Metcalfe, C., White, I., Weaver, T., Ukoununne, O., Harvey, K., Tattan, T., & Thompson, S. (2005). Intensive casemanagement for severe psychotic illness: is there a general benefit for patients with complex needs? A secondary analysis of the UK 700 trial data. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 40, 718-724.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2005). *Motiverende gespreksvoering. Een methode om mensen voor te bereiden op verandering*. Ekklesia.
- Mulder, C.L. & Kroon, H. (2005). *Assertive Community Treatment*. Wetenschappelijke uitgeverij Cure & Care Publishers, Nijmegen.
- Noorlander, E.A. (2002). Waarom doet hij zo? Van Epens "Algebra van de behoefte". www.lsovd.org.
- Ooyen-Houben, van M. (1998). *Zorgplannen in de GGZ. Achtergronden en methodiek*. Werkgroep zorgplannen in de GGZ. Trimbosinstituut, Utrecht.
- Ormel, J., Neeleman, J., & Wiersma, D. (2000). *Determinanten van psychische (on)gezondheid*. In: Maas, I., Jansen, J. *Psychische (on)gezondheid: determinanten en de effecten van preventieve interventies*. Bilthoven: RIVM.
- Osseman, D. (2002). *Zorgmentorschap. Een systematiek voor de begeleiding van een moeilijk bereikbare groep*. Uit: Handboek verslaving., Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Prochaska, James O., DiClemente, Carlo C. & Norcross, John C. (1992). In search of how people change. *American Psychologist*, 47, 9, 1101 – 1114.
- Riet, v. N. en Wouters, H. (2003). *Casemanagement. Een leer-werkboek over de organisatie en coördinatie van zorg-, hulp- en dienstverlening*. Koninklijke van Gorcum, Assen.
- Robles, R. R., Reyes, J. C., & Colon, H.M. (2004). Effects of combined counselling and case management to reduce HIV risk behaviours among Hispanic drug injectors in Puerto Rico: A randomized controlled study. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 27, 145-152.
- Roozen, H., Jong, C. de, Kerkhof, A., Geerlings, P. & Schippers, G. (2000). *EDOCRA. Handleiding CRA*. Koninklijke Bibliotheek, Den Haag.
- SAMSHA Substance Abuse and Mental Health Service Administration (1998). *Comprehensive case management for substance abuse treatment*. TIP Series 27. Rockville, U.S.: Department of Health and Human Services
- Sarrazin, M.V., & Hall, J.A. (2004). Impact of IOWA case management on provision of social support for substance abuse clients. *Care Management Journals*. 5(1), 3-11.

- Siegal, H.A., Li, L., & Rapp, R.C. (2002). Case Management as a Therapeutic Enhancement : Impact on Post-treatment Criminality. *Journal of Addiction Diseases*. 21(4), 37-46.
- Schippers, G.M., Rutten, R., & Broekman, T.G. (2004). Een nieuw instrument voor meten aan de voordeur van de verslavingszorg. Notitie ter informatie over de ontwikkeling van MATE. www.beta.nl.
- Slooff, C.J. e.a. (1994). *Revalidatiemodulen voor mensen met een schizofrenie deel 1 en 2*. Assen.
- Slooff, C.J., Withaar, F.K., & Luyten, E. (2006). Schizofrenie en verwante psychosen. In: Vandereyken, W., Hoogduin, C.A.L., Emmelkamp, P.M.G., (Eds). *Handboek Psychopathologie deel 2. Klinische praktijk*. Bohn Stafleu van Loghum, Houten.
- Smit, R., Wildt de, W. e.a. (2001). *Module Zorgmentorschap*, Jellinek, Amsterdam.
- Sorensen, J.L., Dilley, J., London, J., Okin, L., Delucchi, K.L., & Phibbs, C.S. (2003) Case management for Substance Abusers with HIV/AIDS: A Randomized Clinical Trail. *The American Journal of Drugs and Alcohol Abuse*. 29(1), 133-150.
- SVG Werkgroep Interventiematrix JVZ. (2004). *Interventies voor verslaafde justitiabelen*. Stichting Verslavingsreclassering GGZ Nederland.
- Tielemans, L.I.G., Middendorp, C.H.M., Brook, F., & Jong, C.A.J. de (2007). *Literatuurstudie naar de effectiviteit van casemanagement*. Resultaten Scoren, Utrecht.
- Uitvoering van de Bemoeizorg. Taken en verantwoordelijkheden van de geestelijke gezondheidszorg (2006). Notitie GGZ Nederland.
- Vanderplasschen, W., Wolf, J., & Colpaert, K. (2004). *Effectiviteit van casemanagement voor druggebruikers*. Uit: Handboek verslaving., Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Vanderplasschen, W., & Wolf, J. Casemanagement bij drugsverslaafden. ABC voor implementatie en praktijk. *Verslaving*, jaargang 1, nummer 1 (p.66-78).
- Vanderplasschen, W., Lievens, K., & Broekaert, E. (2001). *Implementatie van een methodiek van case management in de drughulpverlening: een proefproject in de provincie Oost-Vlaanderen*. Orthopedagogische Reeks Gent, nummer 14, 2001.
- Veldhuizen, J.R. v. (2004). *FACT: de Functie ACT een Nederlandse variant op een EBM aanpak*. GGZ NHN, Heiloo.
- Vereijken, A. (2004). *Een steunend sociaal netwerk, kwaliteit van leven*. Beleidsnotitie. MEE Gelderse Poort.
- Wetering, B.J.M. van de, Czyzewski, E.C.J.E. (2001). *Visiedocument. Het is tijd voor een paradigmaverschuiving in de verslavingszorg*. Bouman Verslavingszorg, Rotterdam.
- Wildt, W.A.J.M. de, Schramade, M.H. (2002). *Intake Module. Indicatiestelling & Trajecttoewijzing*. Resultaten Scoren, Utrecht.

Wildt, W.A.J.M. de, Verster, A. (2005). *Nazorg na deeltijd en klinische behandeling*. Resultaten Scoren, Utrecht.

Wilken, J.P. & Hollander, D. D. (2000). *Psychosociale Rehabilitatie. Een integrale benadering*. Uitgeverij SWP, Amsterdam.

Wolf, J., Mensink, C., Lubbe, P. van der, Planije, M. (2002). *Casemanagement voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen. Een systematisch overzicht van interventie en effect*. Resultaten Scoren, Utrecht.

Wolf, J., Planije, M. & Thuijls, M. (2003). Casemanagement voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen. In W. Buisman e.a. (eds.), *Handboek Verslaving: hulpverlening, preventie en beleid*, B 5110. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Zeegers, M., Brandenburg, M. van, Embden, S. van, Ferrier, M. (2006). Profiel van de doelgroep voor casemanagement binnen De Grift, Gelders centrum voor verslavingszorg. *Verslag van een doelgroepanalyse met behulp van de 'Richtlijn cliëntprofielen' (Resultaten Scoren/IVO) en gegevensverzameling via de methode 'Rapid Assessment and Response'*

BIJLAGE 1 Kernindicatoren casemanagement⁷

DOELSTELLING EN DOELGROEP

1. Casemanagement is bedoeld voor personen waarbij er naast problemen met en rond het gebruik van alcohol en drugs tal van problemen zijn zoals met de lichamelijke en psychische gezondheid, huisvesting, arbeid, inkomen, justitie en met sociale relaties. Vaak is er ook sprake van overlastgevend gedrag. De problemen zijn behalve meervoudig en complex, meestal langdurend.
2. Inzet van casemanagement is:
 - > Contact leggen en onderhouden (outreach).
 - > Toegankelijker maken van de hulp-, en zorgverlening voor cliënten.
 - > Coördinatie van de hulp-, en zorgverlening.
 - > Verbetering van de kwaliteit van leven op meerdere leefgebieden.

IN- EN UITSTROOM

3. Het casemanagementprogramma is op de hoogte van de omvang en kenmerken van de potentiële doelgroep van casemanagement en overlegt hierover zonedig met andere instellingen en/of politie. Afhankelijk van de lokale situatie is zo nodig voor een deel van de doelgroep (extreem overlastgevende verslaafden) een overzicht van contacten met politie/justitie (verslavings)reclassering beschikbaar.
4. Het casemanagementprogramma beschikt over een overzicht met de gehanteerde criteria bij de selectie van cliënten voor het casemanagement.

TRANSPARANT PROGRAMMA

5. Bij de start is er een beschrijving van het casemanagementprogramma. De beschrijving omvat:
 - > Profielschets beoogde doelgroep selectiecriteria
 - > Visie op doelgroep, verslaving en missie van casemanagement
 - > Te realiseren doelen
 - > Inventarisatie/onderzoek/beoordeling van het programma en voorkomende problemen bij de uitvoering ervan
 - > Zorgplansystematiek
 - > Activiteiten en modules in het programma
 - > Samenwerking met andere afdelingen en instellingen
 - > Organisatie van het programma (overlegvormen etc.)
 - > Randvoorwaarden (huisregels, dossiervorming, registratiesysteem, formatie en personeelsbeleid, etc.)

OMVATTEND, GEÏNTEGREERD EN SAMENHANGEND AANBOD

6. Het casemanagementprogramma voorziet in actieve benadering van en bemoeienis met cliënten (outreach).
7. Het casemanagementprogramma is verantwoordelijk voor de organisatie van crisisopvang, 24 uur per dag, en grijpt zonedig zelf in acute situaties in.
8. Het casemanagementprogramma is verantwoordelijk voor de organisatie van opnames in psychiatrische ziekenhuizen, klinieken, time-outvoorzieningen, etc.
9. De hulpverlening van het casemanagementprogramma is in principe van onbeperkte duur. Als cliënten aan de uitstroomcriteria voldoen dan stromen zij uit.
10. De intensiteit van de hulpverlening is wisselend en naar behoefte hoog (veel contacttijd, hoog aantal hulpverleningscontacten). De autonomie van de cliënt staat voorop: zoveel hulp

⁷ *Handreiking voor casemanagers in de sociale verslavingszorg, Resultaten Scoren, 2003*

- als nodig en zo weinig als mogelijk.
11. Het casemanagementprogramma voorziet in verschillende modules en biedt die aan naar de laatste wetenschappelijke inzichten. Inzet is:
 - > verbeterde zelfzorg
 - > regelmatig dag- en nachtritme
 - > verbeteren lichamelijke gezondheid
 - > verbeteren geestelijke gezondheid
 - > (opnieuw) leren van vaardigheden
 - > schuldsanering (uitstaande schulden en boetes) en budgettering
 - > herstellen en opbouwen van sociaal netwerk (familie en vrienden)
 - > zoeken en behouden van (vrijwilligers-)werk en/of opleiding
 - > invulling van vrije tijd
 - > zoeken en behouden van huisvesting
 - > voeren van een huishouden
 - > voorkomen van crisis
 - > verminderen delictgedrag en terugvalpreventie
 - > verminderen verslavingsgedrag en terugvalpreventie
 - > zorg voor medicatie (toediening en beheer van door arts voorgeschreven medicatie).
 12. Er bestaat per cliënt één dossier dat hem/haar tijdens het gehele casemanagement-traject volgt. Dit laat onverlet dat er bij verschillende instellingen verschillende dossiers kunnen bestaan.
 13. In het dossier van de cliënt zit minimaal: het zorgplan, verslag van de tussenevaluaties, relevante stukken over diagnostiek en inventarisatie, verslagen die de verschillende behandelaars/begeleiders maken (bijvoorbeeld van casemanager, groepswerkers, vakkrachten) en meldingen van incidenten en maatregelen.
 14. Er bestaat een goed functionerend en informatief cliëntvolgsysteem binnen het casemanagementprogramma. Individuele cliënten kunnen hierin worden gevolgd.

PASSENDE EN SAMENHANGENDE ZORG/INDIVIDUEEL TRAJECT

15. Het zorgplan heeft de status van een overeenkomst tussen een individuele cliënt, het casemanagementprogramma, en de instelling(en) waarvan dit programma deel uitmaakt. In het zorgplan staan de verantwoordelijke instellingen genoemd.
16. Minstens één keer per zes maanden vindt met individuele cliënten een evaluatie en bijstelling plaats van het zorgplan (doelen, aard van de dienstverlening, bejegening). Zo nodig worden, na toestemming van de cliënt, mensen in het sociaal netwerk geraadpleegd.
17. Elke cliënt heeft een casemanager. De casemanager:
 - > is de centrale aanspreekpersoon voor de cliënt;
 - > is goed (telefonisch) bereikbaar voor de cliënt;
 - > informeert de cliënt over;
 - 1) beschikbare dienstverlening
 - 2) zijn rechten in het casemanagementprogramma
 - 3) de in het casemanagementprogramma gehanteerde criteria voor doorverwijzing en afronding van het contact;
 - > zorgt voor coördinatie van de aan de cliënt geleverde diensten;
 - > bewaakt de voortgang van de uitvoering van het zorgplan;
 - > informeert alle bij de cliënt betrokken personen over de voortgang van de begeleiding, na toestemming hiervoor van de cliënt, en houdt contact met deze personen over hun eigen bijdrage hieraan. Bij afwezigheid van de casemanager is duidelijk wie aanspreekbaar is.

COMPETENTE MEDEWERKERS

18. Casemanagers worden voor de start van het programma en tijdens de uitvoering van het programma getraind (onderhoud!), bij voorkeur in de eigen werksituatie. Componenten zijn omgang met agressie, kennis van het sociaal netwerk, kennis van psychische stoornissen en verslavingen en van medicatie en hun interactie met middelengebruik.
19. Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van casemanagers leveren in de uitvoering geen problemen op.
20. Eens per zes weken zijn er voor casemanagers intervisiebijeenkomsten waarin aan de hand van casussen reflectie wordt gepleegd op hoe er wordt gewerkt.
21. Casemanagers zijn gemotiveerd voor en tevreden met hun werk. Dit blijkt uit subjectieve maten en uit de percentages van verzuim en verloop.
22. Bij vertrek uit het casemanagementprogramma krijgen medewerkers een exitgesprek waarin de reden voor vertrek vastgesteld en op schrift gesteld wordt.

ORGANISATIE

23. Er is binnen het casemanagement een adequate verhouding tussen personeelsformatie (aantallen voltijd banen per functie) en aantallen cliënten.
24. Op consultbasis wordt het team van casemanagers ondersteund door verschillende specialisten, bijvoorbeeld verpleegkundigen, arbeidsrehabilitatiewerkers, psychiaters, psychologen, werkers uit verslavingszorg.
25. Er is wekelijks multidisciplinair overleg om de voortgang van de individuele cliënten te bespreken, het zorgplan (opnieuw) vast te stellen, en ieders taak in relatie tot de cliënt vast te stellen en onderstelling af te stemmen (gedeelde case load).
26. De verschillende betrokken organisaties zijn toegankelijk/beschikbaar voor de casemanager, bij voorkeur in de vorm van een vaste contactpersoon.
27. Er is bij het casemanagementprogramma een – voor alle betrokken organisaties – aanspreekbare functionaris over het casemanagement.
28. De casemanager werkt onder verantwoordelijkheid van de instelling in de persoon van een behandelcoördinator of andere discipline.
29. Er is een programma- of teamcoördinator met voldoende bevoegdheden, die de doelgroep en het werk van binnenuit kent en die kan zorgen voor continu impulsen voor methodiek ontwikkeling.
30. Er is voor casemanagers een functieomschrijving met een heldere beschrijving van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden.
31. De criteria voor selectie van cliënten voor het casemanagement zijn bij alle relevante lokale organisaties bekend.

VOORWAARDEN

32. De persoonlijke veiligheid van casemanagers wordt zo goed mogelijk gegarandeerd (verschaffen mobiele telefoons, in duo's werken als de situatie daarom vraagt, etc.).
33. Er zijn garanties voor vervanging van casemanagers bij ziekte en zwangerschapsverlof.
34. Indien meerdere instellingen verantwoordelijk zijn voor het programma is er een samenwerkingsovereenkomst. Duidelijk is bij welke instelling de regie/het beheer van het casemanagementprogramma ligt en tot welke bijdragen de (andere) instellingen zich verplichten.
35. Het casemanagementprogramma wordt jaarlijks geëvalueerd en bijgesteld op initiatief van het management.
36. Casemanagers beschikken over een stabiele en volgens de ARBO-norm ingerichte werkplek die ook geschikt is om cliënten te ontvangen.

Bijlage 2 Motiverende gespreksvoering

In de verslavingszorg hoort motiverende gespreksvoering tot de standaardgesprekstechniek. Motiverende gespreksvoering stoelt op twee principes:

- > Onvoorwaardelijke acceptatie: de hulpverlener bouwt aan een relatie die gebaseerd is op samenwerking, eigen verantwoordelijkheid en vrijheid van gedragskeuze. De hulpverlener veroordeelt geen gedrag, ook al is het zelfdestructief. Het uiteindelijke doel is harmonie van wensen en gedrag.
- > Constructieve zelfconfrontatie: voor verandering is een confrontatie nodig met de tegenstrijdigheden in zichzelf. De kern van motiverende gespreksvoering bestaat uit het selectief maar niet moraliserend voorhouden van gegevens die de hulpverlener weet van de persoon zelf en uit sturen in de richting van uitspraken die motiveren tot positieve verandering.

Principes van motiverende gespreksvoering zijn (Miller & Rollnick, 2005):

Toon empathie

- > Acceptatie geeft ruimte voor verandering. De patiënt voelt zich serieus genomen en mag 'als mens' zijn wie hij is. Hiermee wordt reductie tot een stapeltje problemen voorkomen en is er oog voor de sterke kanten van de patiënt.
- > Reflexief luisteren. Dit is een communicatieve strategie waarin de hulpverlener voortdurend zijn gedachten toetst aan die van de patiënt en steeds aansluiting zoekt bij diens verhaal.
- > Een eventuele labeling van de hulpverlener moet hierbij op instemming van de patiënt kunnen rekenen. Er moet een probleemomschrijving komen die zowel voor de patiënt als de hulpverlener geaccepteerd wordt.
- > Ambivalentie is normaal. Dit geldt zowel voor de hulpverleners als voor de patiënt.

Ontwikkel discrepantie

- > De patiënt dient argumenten aan te dragen voor verandering.
- > Discrepantie tussen de huidige situatie en te stellen doelen, zet aan tot veranderen. Iemand moet er beter van worden anders wil hij niet veranderen.

Vermijd discussie

- > Een discussie werkt contraproductief omdat iemand zich dan afgewezen kan voelen.
- > Verdedigen stimuleert een verdedigende houding.
- > Weerstand is een signaal om van strategie te veranderen. Weerstand is te merken aan het gedrag van patiënten die dan bijvoorbeeld gaan debatteren, onderbreken, ontkennen of negeren. Daardoor komen hulpverlener en patiënt terecht in de zogenaamde slachtofferdriehoek. Dit betekent dat de een zich aangevallen voelt door de ander, waarop de ander zich gaat verdedigen. Uiteindelijk kan een van beiden er niet meer tegen en komt in de positie terecht van slachtoffer die moet worden gered.

Ga mee met weerstand

- > Probeer tegenwerpingen in een positievere context neer te zetten.
- > Nieuwe perspectieven kunnen uitnodigend naar voren worden gebracht.
- > De beleving van het probleem door de patiënt is juist en staat niet ter discussie. De gevolgen van de beleving en het gedrag van de patiënt zijn het gespreksonderwerp.

Steun het geloof in eigen succes

- > Het vertrouwen in de mogelijkheid te veranderen, is een belangrijke motivationele factor.
- > De patiënt is verantwoordelijk om te kiezen voor de verandering en voor de uitvoering.

- > Er zijn verschillende succesvolle routes.
Het proces om iemand te motiveren kan in een aantal fasen worden verdeeld. In de praktijk zijn die fasen niet zo gemakkelijk te scheiden en lopen ze in elkaar over. Het leren inschatten hoe ver iemand is met zijn motivatie om te veranderen of een probleem aan te pakken is van belang omdat bij de verschillende fasen ook andere vaardigheden van de hulpverlener wordt gevraagd. Het zegt iets over hoe je iemand helpt de motivatie verder te ontwikkelen. Prochaska en DiClemente onderscheiden de volgende fasen in het veranderingsproces (zie bijlage):

Voorstadium

Uitlokken, wakker schudden en laten nadenken.

De patiënt heeft nog niet nagedacht over veranderen. Hij heeft nog geen direct belang om te veranderen en ziet dat wellicht zelf niet. Voorlichting kan in deze fase helpen. Directiviteit is uit den boze.

Passende interventies hierbij zijn:

- > Open vragen stellen.
- > Gevoelsreflectie.
- > Papegaaien: laatste woord herhalen, dit nodigt uit tot praten.
- > Positief heretiketteren.
- > Samenvatten.
- > Concretiseren.

Overweging

Informeren.

De patiënt overweegt om te veranderen maar heeft sterke twijfels. In deze fase kan de hulpverlener iemand stimuleren om te veranderen.

Passende interventies hierbij zijn:

- > Feedback geven.
- > Probleemgebieden inventariseren en probleembesef bijbrengen.
- > Licht confronteren.
- > Voorlichting geven en psycho-educatie geven ook aan familie.
- > Argumenten aandragen: voor- en nadelenbalans.

Beslissen

Onderhandelen.

De patiënt geeft te kennen dat hij wil veranderen. Hulp bestaat uit het zoeken naar strategieën.

Passende interventies hierbij zijn:

- > Keuzemogelijkheden voorleggen en structureren.
- > Afwegen voor- en nadelen.
- > Praten over hoe te veranderen.

Uitvoeren

Het gedrag wordt actief veranderd om problemen op te lossen.

Passende interventies hierbij zijn:

- > Gedragstherapie en vaardigheidstraining.

- > Praktische adviezen.
- > Zelfcontroletechnieken.
- > Ondersteunen.

Volhouden

In deze fase gaat het om terugval te voorkomen.

Passende interventies hierbij zijn:

- > Terugvalpreventie.
- > Gedragstherapie.
- > Belonen.

Terugval

Terugval is een lerend moment en geen mislukking.

Bij aanvang van de hulpverlening zullen casemanagementpatiënten zich wat betreft het mid-delengebruik over het algemeen in het 'voorstadium' bevinden waarbij mogelijk een aantal aspecten van het 'overweegstadium' van toepassing zijn.

Bijlage 3 Voorbeeld functiebeschrijving Casemanager⁸

Organisatie:

Organisatieonderdeel:

Afdeling:

Functie: Casemanager verslavingszorg

Doel van de functie

Organiseren, coördineren en uitvoeren van een integraal zorgaanbod voor langdurig verslaafde patiënten met meervoudige en veelal complexe problematiek. Het zorgaanbod wordt afgestemd op de situatie van de patiënt en diens wensen en is gericht op stabilisatie en indien mogelijk op heroriëntatie en reïntegratie.

Plaats in de organisatie

Ontvangt leiding van de manager en is verantwoording verschuldigd aan de psychiater inzake behandelingsgerelateerde activiteiten.

Werkt in teamverband en ontvangt functionele aanwijzingen van leden van het medisch team met betrekking tot de inhoud van zorgplannen en de uitvoering daarvan.

Contacten en overleg

Onderhoudt de voor de functie-uitoefening benodigde in- en externe contacten en zorgt voor adequate informatievoorziening naar zowel intern als extern betrokkenen.

Neemt deel aan:

- > patiëntbesprekingen
- > dagelijks overleg
- > patiëntbesprekingen en casuïstiekbijeenkomsten externe instanties (op indicatie of uitnodiging)
- > besprekingen indicatieorgaan (op indicatie of uitnodiging)
- > overleg met lokale zorgnetwerken
- > intervisiebijeenkomsten casemanagers
- > project- en werkgroepen op aanwijzing van de manager

Verantwoordelijkheidsgebieden en taken (functie-inhoud)

Contact leggen en onderhouden

- > Het actief en outreachend benaderen van de patiënt op een laagdrempelige manier.
- > Het onderhouden van contact bij afwijzing (bemoeizorg).
- > De frequentie en intensiteit van het contact afstemmen op de situatie van de patiënt.
- > Het creëren van een samenwerkingsrelatie met de patiënt.
- > Het leggen en onderhouden van contact met het patiëntensysteem (sociale netwerk en externe instanties).

Opstellen zorgplan

- > Het inventariseren van de persoonlijke gegevens van de patiënt.
Het inventariseren van de problematiek op de verschillende levensgebieden en het samen met de patiënt vaststellen van zorgvragen, aan de hand waarvan een zorgaanbod wordt

⁸ Sins, A. *Centrum Maliebaan*

geformuleerd en vastgelegd in een zorgplan.

- > Het uitvragen van het gebruik van middelen en de betekenis van het gebruik voor de patiënt.

Uitvoeren en coördineren zorgplan

- > Het realiseren van de zorg, het bewaken van de voortgang in de uitvoering van het zorgplan en het coördineren van zorg- en hulpverlening.
- > Het begeleiden (stimuleren en ondersteunen) van de patiënt bij het verbeteren van zijn situatie en zo nodig samen met de patiënt activiteiten ondernemen binnen de kaders van het zorgplan, rekening houdend met mogelijkheden en beperkingen van de patiënt.
- > Het toegankelijker maken van zorg- en hulpverlening door te fungeren als intermediair tussen patiënt en andere betrokkenen.
- > Het organiseren van een opname in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis, verslavingskliniek, time-outvoorziening of vervolgvoorziening indien de situatie daartoe aanleiding geeft.
- > Het schriftelijk voorbereiden van patiënt- en casuïstiekbesprekingen.
- > Het voorlichten van de patiënt over gezondheidsrisico's bij het gebruik van verslavende middelen en de daarbij behorende leefstijl.
- > Het voorlichten van de patiënt over rechten en plichten.
- > Het bevorderen van de motivatie door het gebruik van motiverende gesprekstechnieken.
- > Het uitvoeren van modules binnen het kader van het zorgplan, zoals bijvoorbeeld psycho-educatie verslaving, leefstijltraining, zelfcontrole, terugvalpreventie, (sociale) vaardigheden-training en veranderen verslavingsgedrag.
- > Het, indien daartoe bevoegd en bekwaam, verrichten van (voorbehouden) verpleegtechnische handelingen, met inachtneming van de vastgestelde voorzorgsmaatregelen, procedures en voorschriften.
- > Het vastleggen van activiteiten en interventies in een voortgangsrapportage, het evalueren van de begeleiding en het zo nodig bijstellen van het zorgaanbod.

Crisismanagement

- > Het opstellen van een crisisprotocol, indien mogelijk samen met de patiënt.
- > Het observeren van signalen die wijzen op een crisis, de crisis in kaart brengen, de noodzaak tot acuut handelen inschatten, normaliserend en interveniërend optreden.
- > Het organiseren van crisisopvang.

Professionele ontwikkeling

- > Het deelnemen aan teamdagen.
- > Het inwerken van collega's volgens het inwerkplan.
- > Het begeleiden van stagiaires.
- > Het bijhouden van de patiëntendossiers en het verrichten van met de zorgverlening samenhangende administratieve werkzaamheden.
- > Het signaleren van lacunes in het zorgaanbod en deze doorgeven aan de unitmanager.

Gezichtspunten (Functie-eisen)

Kennis

- > Relevante vakkennis zoals B-verpleegkunde, HBO-V, HBO-MW of HBO-SPH, eventueel aangevuld met een casemanagementopleiding.
- > Kennis van medische, sociale, psychologische en psychiatrische aspecten van verslaving.
- > Enige jaren ervaring in de geestelijke gezondheidszorg en/of verslavingszorg.
- > Kennis van de sociale kaart van het verzorgingsgebied.

- > Kennis van beleidskaders, procedures en protocollen met betrekking tot de uitvoering van het eigen werk en van wetgeving in het vakgebied.
- > Kennis van maatschappelijke ontwikkelingen en zorgvernieuwingsprojecten ten aanzien van de doelgroep, zowel organisatorisch als zorginhoudelijk.
- > Kennis van de ontwikkelingen binnen het vakgebied dienen te worden gevolgd door middel van het lezen van vakliteratuur, het volgen van bij- en nascholing en het bijwonen van symposia.

Zelfstandigheid

- > Kan de werkzaamheden verrichten binnen de kaders van het beleidsprogramma van het Sociaal Medisch Team, de vastgestelde zorgplannen en afspraken met de unitmanager.
- > Doet voorstellen inzake de begeleiding van patiënten op basis van inzichten uit literatuur en op basis van deskundigheid en ervaring.
- > Kan prioriteiten stellen bij de uitvoering van zorgplannen.
- > Kan taken delegeren aan anderen.
- > Kan gestructureerd en methodisch werken.
- > Kan (complexe) situaties overzien en inschatten en kan flexibel, creatief en vindingrijk reageren in veranderende zorgsituaties.
- > Is in de taakopvatting zowel relatiegericht als resultaatgericht.
- > Kan terugvallen op collega's, leidinggevende en Sociaal Medisch Team bij problemen in de begeleiding van patiënten.

Sociale vaardigheden

- > Kan de wijze van bejegening afstemmen op de patiënt en aansluiten bij diens verhaal.
- > Houding en attitude geven blijk van tact, empathisch vermogen, vermogen om aandachtig te luisteren en betrokkenheid.
- > Kan patiënten motiveren en stimuleren.
- > Vermogen om weerstanden bij patiënten te overwinnen.
- > Kunnen hanteren van balans tussen autonomie en afhankelijkheid bij patiënten, zodat niet alle verantwoordelijkheden worden overgenomen.
- > In staat tot het stellen en bewaken van grenzen en het duidelijk communiceren over grenzen.
- > Kan goed samenwerken in (multidisciplinair) teamverband, met andere instellingen, met het sociale netwerk van de patiënt en met de patiënt zelf.
- > Kan op constructieve wijze omgaan met conflicten.
- > Kan spanningsbronnen hanteren in het contact zoals formeel of informeel handelen, persoonlijke of professionele waarden, intuïtief of methodisch handelen.

Risico's, verantwoordelijkheden en invloed

- > Er bestaat een kans op het toebrengen van immateriële schade aan patiënten door een verkeerde inschatting van de benodigde zorg.
- > Er bestaat een kans op schade bij het niet goed inschatten van de risico's in geval van een crisis, zowel voor de patiënt als voor de functionaris.

Uitdrukkingsvaardigheid

- > Goede mondelinge uitdrukkingsvaardigheid is van belang voor het voeren van gesprekken met patiënten en het voeren van overleg met andere hulpverleners of diensten.
- > Goede schriftelijke uitdrukkingsvaardigheid is van belang voor het opstellen van zorgplannen en rapportages naar het behandelteam en naar derden zoals verwijzers en externe instanties.

Bewegingsvaardigheid

- > In staat om outreachend te werken.
- > Geen bijzondere eisen ten aanzien van vervoer.

Oplettendheid

- > Oog voor detail en volledigheid is gewenst ten aanzien van het vaststellen van de zorgbehoefte en de uitvoering van het zorgplan.
- > Oplettendheid is vereist bij het observeren van gedragsveranderingen en veranderingen in de werkrelatie.

Overige functie-eisen

- > Eisen worden gesteld aan volharding, geduld en doorzettingsvermogen gezien de beperkte perspectieven, de beperkte vooruitgang en teleurstellingen.
- > Gevoel voor ordelijkheid en systematiek is vereist bij het opstellen van zorgplannen.
- > Er worden eisen gesteld aan integriteit en betrouwbaarheid in de begeleiding van patiënten en in de omgang met vertrouwelijke patiëntgegevens.
- > Affiniteit met de doelgroep.
- > Vermogen om via reflectie het eigen handelen bij te sturen.

Inconveniënten

- > Psychische en emotionele belasting kunnen optreden ten gevolge van de confrontatie met lijden en leed van patiënten, het aanzien van schokkende situaties en piekbelastingen in het werk.
- > Er bestaat een kans op persoonlijk letsel of een traumatische ervaring door ongecontroleerd gedrag of agressie van patiënten en door crisissituaties.
- > Bezwaarlijke omstandigheden kunnen ook zijn het in contact komen met onaangenaam aanvoelende materialen en vuil.
- > De aard van de doelgroep maakt dat sprake kan zijn van crisissituaties, waarbij de patiënt in de thuissituatie of op straat wordt bezocht.

Bijlage 4 Instrumenten CD-rom

Behorende bij deze richtlijn is een CD-rom waarop in pdf de volgende instrumenten staan:

1. Zorgplan
2. Samen beslissen
3. Levensloop
4. Cirkeldiagram
5. Schaal voor tevredenheid met het leven
6. Een ideaal leven
7. Euro-Qol gezondheidstoestand
8. Signaleringsplan
9. Weekindeling

Colofon

Deze publicatie is uitgebracht in opdracht van GGZ Nederland binnen het project Resultaten Scoren.

Auteurs

Drs. Lenneke Tielemans NISPA
Prof. Dr. Cor de Jong NISPA

Subsidie aanvragende instelling vanuit NISPA

IrisZorg (voorheen Arcuris-De Grift)

Samenwerkende instellingen

IrisZorg
TACTUS
Novadic-Kentron
GGZ groep Noord en Midden Limburg, divisie Verslavingszorg

Projectgroep

Gineke van Pelt IrisZorg
Drs. Miep Thuijls IrisZorg
Peter van de Vondervoort TACTUS
Alfons Oostrik TACTUS
Ruud Bochman GGZ groep NML
Drs. Hans Dupont GGZ groep NML
Corine Govers Novadic-Kentron
Kees Beerens Novadic-Kentron

Stuurgroep

Prof. Dr. Cor de Jong NISPA
Drs. Don Olthof Iriszorg
Drs. Roel Hermanides Novadic-Kentron
Drs. Ruud Rutten TACTUS
Drs. Geert Derks GGZ groep NML

Deskundigen

Drs. Annette Sins Centrum Maliebaan
Drs. Cathelijne Middendorp Verslavingszorg Noord Nederland
Drs. Frank Brook Verslavingszorg Noord Nederland
MSc. Bas Steenbergen VDO Hoge School Arnhem Nijmegen
Sander Bijnen Cliëntenraad De Grift
Marcel van Nattem Cliëntenraad De Grift
Drs. Ans Spexgoor TACTUS
Drs. Marjet Zeegers IrisZorg

Casemanagers TACTUS Enschede

Anne-Levien Thijs
Berlinda Neef
Chantal ter Huurne

Jörgen Spit
Marion Bosman
Peter van de Vondervoort
Willem Schoordijk

Casemanagers IrisZorg Arnhem

Atie Roemer
Elsbeth Korevaar
Gineke van Pelt
Janneke van der Weij
Maikel Ferrier
Twan van Duijnhoven

Casemanagers Novadic-Kentron

Agaath Gerbrandy
Eef Ureel
Jeannie van Diessen
Kees Beerens
Marcel Toorop
Marjan van Nunen

Casemanagers GGZ groep NML

Ruud Bochman
Frans Cock
Peter Brinxma
Jenny Huber
Kelly Peters

Tekstueel advies richtlijn en scholingsmodule

Drs. Truus de Jong

IrisZorg

Nadere informatie

Titel van de publicatie: Richtlijn voor casemanagers in de verslavingszorg
Publicatienummer: 2007-316
Prijs: voor leden van GGZ Nederland gratis, voor niet leden: €15,00
Waar: GGZ Nederland, Postbus 830, 3800 AV Amersfoort
Telefoon: 033-460 89 00
Fax: 033-460 89 99
Email: info@ggz nederland.nl

Copyright februari 2007: GGZ Nederland

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

Inhoud CD-ROM

1. Literatuurstudie naar de effectiviteit van casemanagement bij verslaafde patiënten
2. Scholingsmodule voor casemanagers in de verslavingszorg
3. Instrumenten behorende bij *Richtlijn voor casemanagers in de verslavingszorg*

