

**Casemanagement  
voor kinderen van verslaafde ouders.**

Een literatuurverkenning  
gevolgd door een inventarisatie  
van casemanagement praktijken in Nederland

Martijn Bool

## Colofon

Auteur: Martijn Bool

Projectuitvoering: Martijn Bool  
Danielle van Sambeek  
Lammert Veenhuizen  
Landelijke Steunfunctie Preventie (LSP)

Begeleidingscommissie:

Judith Blekman, LSP (voorzitter)  
Anja Büterowe, project KDO Arnhem  
Mieke van Dommelen, Centrum Maliebaan, Utrecht  
Willy Last, de Grift, Arnhem  
Simone van Ruth, RIAGG Zwolle

Deze publicatie is uitgebracht door het Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid in opdracht van GGZ Nederland binnen het project Resultaten Scoren.

Het Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid is één van de drie ontwikkelcentra van Resultaten Scoren. Met Resultaten Scoren wil de gehele sector van de verslavingszorg een flinke slag maken in het actualiseren en verbeteren van de preventie en het zorgaanbod.

Nadere informatie:

Publicatienummer : 2002-186 L , prijs: € 10,00  
GGZ Nederland, Postbus 8400, 3503 RK Utrecht  
030 – 2873333

Copyright:

Landelijke Steunfunctie Preventie (LSP)

Publicatierecht en verspreidingsrecht:

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, 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

## **Inhoudsopgave**

Samenvatting	5
Deel 1 Literatuurverkenning	
<b>1. Inleiding</b>	<b>10</b>
<b>2. Waarom casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders?</b>	<b>12</b>
2.1 Om wie gaat het?	
2.2 Waar gaat het om?	
2.3 Wat is casemanagement?	
<b>3. De problematiek van kinderen van verslaafde ouders</b>	<b>15</b>
3.1 De risico's voor kinderen	
3.2 Risicofactoren	
3.3 De omvang van de problematiek verslaafde ouders	
3.4 Conclusie problematiek	
<b>4. Onderzoek naar casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders</b>	<b>23</b>
4.1 Literatuurbeschrijvingen: van effect naar pleidooi	
4.2 Buitenlandse literatuur	
4.2.1 Casemanagement als ondersteuning en monitor van een trainingsprogramma	
4.2.2 Integrale programma's van behandeling en casemanagement	
4.2.3 Casemanagement als wervingsstrategie	
4.2.4 Conflicterende thema's bij verbreed casemanagement	
4.2.5 Behoeftonderzoek onder drugsverslaafde vrouwen	
4.3 Nederlandse gegevens	
4.3.1 Hulp en zorg aan verslaafde ouders en kinderen	
4.3.2 Ambulante hulp aan kinderen van verslaafde ouders en de gezinnen	
4.3.3 Residentiële hulp aan kinderen van verslaafde ouders en de gezinnen	
4.3.4 Hulp en zorg aan verslaafde ouders en kinderen	
4.3.5 Bereik van casemanagement	
4.4 Voorlopige tussenstand casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders	
4.5 Modellen van casemanagement in de verslavingszorg en geestelijke gezondheidszorg	
4.5.1 Casemanagement in de verslavingszorg	
4.5.2 Casemanagement in de geestelijke gezondheidszorg	
<b>5. Gezinsgerichte verslavingspreventie en integrale</b>	

## ondersteuningsprogramma's

38

### 6. Conclusie literatuurstudie 40

#### Deel 2 Praktijkinventarisatie

### 1. Opzet van de inventarisatie 42

### 2. Resultaten 44

- 2.1 Doelstellingen op cliëntniveau en instellingsniveau
- 2.2. Gevarieerde doelgroep qua problematiek, focus op jonge kind
- 2.3 De aard van het aanbod: van overleg tot casemanagement
- 2.4 Werkwijze van casemanagement
- 2.5 Protocollering
- 2.6 Brede samenwerking
- 2.7 Wie heeft de regie?
- 2.8 Financiering
- 2.9 Status van de casemanagement praktijken
- 2.10 Toekomst
- 2.11 Waarde van de gegevens: beperkingen en aanvullingen

### Conclusies 55

#### Bijlagen

Overzicht respondenten vragenlijst en enkele gegevens

Basiszorg

Schriftelijke vragenlijst

Vragenlijst interviews

Literatuur

## Samenvatting Casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders

In opdracht van Resultaten Scoren is een (internationale) literatuurverkenning uitgevoerd en is een inventarisatie gehouden van casemanagement praktijken bij kinderen van verslaafde ouders in Nederland. Doelstelling is om de praktijk beter te onderbouwen. Volgens de opdracht ligt de nadruk op de literatuurverkenning. Het rapport bestaat uit de onderdelen literatuurverkenning en praktijkinventarisatie.

### Deel 1 Literatuurverkenning

Casemanagement voor de doelgroep kinderen van verslaafde ouders wordt **noodzakelijk** geacht gezien:

- het risico dat de kinderen lopen
- de complexiteit van de problematiek en
- de noodzakelijk geachte hulp.

Het betreft zowel afhankelijkheid van alcohol als drugs.

Casemanagement wordt gezien als een **functie** die zich richt op:

- de inschatting van de behoeften van het cliëntsysteem, in dit geval de ouders en de kinderen samen
- het opstellen van een samenhangend en volledig plan van aanpak, waarbinnen ge
- wenste en noodzakelijke hulpverlening en ondersteuning een plaats hebben
- het regelen van de benodigde hulpverlening en ondersteuning
- evaluatie of het aanbod tot stand is gekomen en gevolgd is.

In de geestelijke gezondheidszorg zijn verschillende modellen bestudeerd. Deze modellen lopen uiteen van een makelaarsmodel, waarin alleen bemiddeld wordt, tot intensieve vormen van casemanagement die geïntegreerd zijn in de hulpverlening. Een ander model, het 'Strength model', legt de nadruk op de aanwezige kracht van de cliënt.

Aangezien het bij kinderen van verslaafde ouders om een, soms letterlijk, onzichtbare doelgroep gaat, speelt het **bereiken** van de cliëntsystemen bij kinderen van verslaafde ouders een belangrijke rol. En gezien de uiteenlopende aard van de behoeften is belangenbehartiging voor de individuele cliënt en voor de groep als geheel een bijkomende functie.

Uit de literatuur blijkt dat de kinderen aanzienlijk **risico** lopen. Kinderen kunnen verslaafd geboren worden. Daarnaast wordt met name de cognitieve en emotionele ontwikkeling bedreigd en kunnen er gedragsstoornissen optreden, waaronder aandachtstekortstoornis en hyperactiviteit. Ook kunnen op jongere of latere leeftijd depressie en eetstoornissen voorkomen. De kans op psychiatrische stoornissen verhoogt van 21% naar 37 % bij een alcoholafhankelijke ouder. Als beide ouders probleemdrinker zijn loopt dit op tot 44 % en bij zonen zelfs tot 67%.

De **omvang** van de doelgroep is aanzienlijk. Vanuit verschillende schattingen gaat het om meer dan 300.000 kinderen die leven met een ouder met een middelenstoornis (alcohol en/of drugs).

Er is een beperkte hoeveelheid literatuur gevonden waaruit de **effectiviteit** betreffende casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders blijkt. De bestudeerde programma's waren meestal nauw verbonden met behandelprogramma's van de ouders. Effecten werden aangetoond op alcohol- en druggebruik van de ouders, effecten op gebruik van voorzieningen en effecten op ouderschapskwaliteiten. Bij de kinderen zijn de positieve uitkomsten beperkt tot verbeterd geboortegewicht. Verder zijn er in de literatuur veel aanbevelingen te vinden over de benadering van de doelgroep en de kenmerken van de casemanagement praktijk. Aandacht wordt gevraagd voor het feit dat het niet eenvoudig is de doelgroep te bereiken, voor mogelijk tegenstrijdige belangen van betrokken instellingen en instanties en voor de opzet van de praktijk, bijvoorbeeld al dan niet met hulpverlening geïntegreerd en het belang om cliëntsystemen langdurig te volgen.

Diverse onderzoekers constateren een **gebrek aan aandacht** voor de problematiek van de kinderen. Volgens de onderzoekers komt dat voort uit een tekort aan kennis betreffende ontwikkelingsproblemen, waaronder cognitieve problemen, van deze kwetsbare kinderen, tegenover de overduidelijk aanwezige problemen van de ouder. In de V.S gaat, in samenhang met de sociaal-economische situatie van bepaalde bevolkingsgroepen, veel aandacht uit naar basale levensvoorwaarden als verblijfplaats, voldoende hygiëne e.d.. Uit één van de weinige Nederlandse onderzoeken komt de suggestie naar voren dat de zorg voor deze levensvoorwaarden in Nederland minder aandacht vraagt en dat het belangrijker is aandacht te schenken aan de omgang van de ouder met haar of zijn kind. De focus op het kind sluit niet uit dat de voorkeur bij diverse auteurs uitgaat naar het besteden van veel aandacht aan de behandeling van de verslaving als voorwaarde voor structurering van het eigen leven als ouder. Intensieve samenwerking met behandelingssteams biedt daarvoor goede kansen.

Gezien de beperkte hoeveelheid literatuur over casemanagement rond kinderen van verslaafde ouders is in aanpalende sectoren gezocht. Effectonderzoek naar casemanagement in de **verslavingszorg** zou mogelijk aanknopingspunten kunnen bieden. Hiervan is geen overzicht beschikbaar. Dat geldt wel voor onderzoek naar casemanagement in de **geestelijke gezondheidszorg**. Daarin komt naar voren dat het makelaarsmodel als het minst effectief gezien wordt. Zonder een harde conclusie te kunnen trekken komen het 'Strength model', de benadering waarin de sterke kanten van het cliëntstelsel worden aangesproken, en de integrale modellen meer in aanmerking voor toepassing en evaluatie in de Nederlandse situatie. De integrale benadering is ook terug te vinden in een aantal ondersteuningsprogramma's voor kwetsbare gezinnen uit de V.S.. Bij deze programma's zijn positieve effecten aangetoond op kindermishandeling, mits voldaan wordt aan een groot aantal uitvoeringsvoorwaarden.

De **slotconclusie** bij de literatuurstudie is dat het **bereik van de doelgroep** en bereidheid tot deelname belangrijke aandachtspunten zijn. Hierbij past een **actieve benadering**. Gezien de geschetste risico's wat betreft cognitieve, emotionele en gedragsmatige problematiek bij de kinderen, zijn geschikte **diagnostische middelen** gewenst waaraan **interventies** gekoppeld worden. Wat betreft de **vorm** van casemanagement is er **geen éénduidige voorkeur**. **Twee opties** worden vanuit de literatuur het sterkst ondersteund. Dat is de optie voor het integrale model, waarbij

intensief samengewerkt wordt met de hulpverlening en de optie voor het 'Strength' model waarbij de positieve krachten worden aangesproken. Het is de moeite waard deze te **combineren** met **integrale hulpverleningsprogramma's** en **intensieve programma's** voor opvoedingsproblematiek.

## Deel 2 Praktijkinventarisatie

Middels vragenlijsten en interviews zijn praktijken van casemanagement in Nederland in kaart gebracht. De praktijken zijn te onderscheiden in casemanagement vormen (vijftien locaties bekend) en overlegvormen, veelal ondergebracht bij Advies- en Meldpunten Kindermishandeling (AMK 'en) (dertien locaties bekend). Van beide vormen zijn elk zeven vragenlijsten teruggekomen. Met vier praktijken van casemanagement, en één overlegvorm, zijn interviews gehouden.

Over de praktijken kan het volgende geconstateerd worden:

- Sommige praktijken beperken zich tot drugsverslaving, andere richten zich ook op alcoholverslaving. In een enkel geval gaat het om psychiatrische problematiek waarbij verslaving niet is uitgesloten.
- In de ontwikkeling van nieuwe praktijken blijkt er zich geen aanmerkelijke ontwikkeling te hebben voorgedaan in de laatste elf jaar.
- Het bereik van de doelgroep loopt sterk uiteen. Dat heeft te maken met de beschikbare capaciteit en het kan te maken hebben met epidemiologische verschillen per regio. Landelijke cijfers wijzen in de richting dat een groot deel van de doelgroep niet bereikt wordt.
- Uit de inventarisatie is geen volledig beeld te geven over de systematiek van spreiding van de casemanagement praktijken over het land en de eventuele verklaring van verschillen. Op dit punt lijkt geen vooruitgang geboekt vergeleken met elf jaar geleden (Verstappen e.a., 1991).
- De leeftijdsgrenzen van de kinderen lopen uiteen van voor de geboorte tot 18 jaar; de focus ligt op het ongeboren of jonge kind.
- In de casemanagement praktijken is in de meeste gevallen een casemanager aan-wezig die de verschillende functies uitoefent; in de andere gevallen gaat het om een overleggroep.
- Het doel is het realiseren van basiszorg; dat omvat naast materiele voorwaarden ook een groot aantal pedagogische voorwaarden. Wanneer casemanagement beperkt is, gaat het veelal om een strikt omschreven onderdeel van basiszorg. Dit betreft bijvoorbeeld de zwangerschap of bevalling; in veel van deze gevallen is sprake van een protocol van handelen.
- Protocollen zijn op deelterreinen voorhanden. Gezien de uiteenlopende praktijken ligt het niet voor de hand de algemene werkwijze te protocolleren. Op deelterreinen lijken er mogelijkheden gedeelde uitgangspunten en aanwijzingen vast te leggen.
- Het is niet duidelijk welke criteria in de voorselectie van gezinnen gehanteerd worden. Alleen in geval van vermoeden van ernstig tekort schieten van de zorg vindt melding bij het AMK of de Raad voor de Kinderbescherming plaats.
- Het is niet duidelijk hoe beoordeeld wordt of de basiszorg voldoende is.
- Diagnostische middelen lopen uiteen. Verbetering hiervan kan leiden tot een gericht en adequater aanbod op maat. Hierbij is het noodzakelijk rekening te hou-

- den met de leeftijdsfase van de kinderen en verschillende aspecten van somatische, psychische, sociale en opvoedkundige aard.
- Centrale registratie is een kenmerk van de casemanagement praktijken en de overlegvormen.
  - De meeste praktijken hebben uitgebreide samenwerkingsrelaties met veel kernpartners uit verslavingszorg, jeugdhulpverlening (inclusief AMK) en somatische zorg (ziekenhuis).
  - De regie ligt bij verschillende instellingen. Dat heeft consequenties voor de focus: is deze op de ouder, op het kind of het cliëntsysteem als geheel gericht. In sommige gevallen is de regie verdeeld over instellingen.
  - De financiering is zeer divers, in samenhang met de status van de activiteiten: re-gulier of in projectvorm. Dat komt de ontwikkeling en continuïteit niet ten goede.
  - De formatie is zeer uiteenlopend; bij de grotere praktijken varieert deze van 36-110 uur per week; bij de overlegvormen is dat van één tot 24 uur.
  - De omvang van de doelgroep die bereikt wordt varieert sterk; de grotere casemanagement praktijken oefenen hun functie uit voor 40-80 cliëntsysteem, met tweeuitschieters naar 160 en 350 gezinnen. De meeste overlegvormen hebben betrekking op minder dan 40 cliëntsysteem.
  - Het creëren van draagvlak en het verbreden van de praktijken naar verslaving aandrugs en alcohol zien verschillende casemanagement praktijken als kans voor behoud of uitbreiding van deze functie.

Wanneer deze conclusies in de nabije toekomst uitgewerkt worden kan dat leiden tot het realiseren van een landelijk dekkend netwerk van casemanagement praktijken voor kinderen van alcohol- en drugsverslaafde ouders. Een afbakening van de doelgroep is wenselijk in verband met de omvang van de problematiek en de kwetsbaarheid van kinderen op jonge leeftijd. Dat kan door te streven naar gecoördineerde zorg geconcentreerd op drie leeftijdsfasen: rond de geboorte, van 0-1 jaar en van 2-4 jaar. Bij deze zorg is het mogelijk te komen tot een duidelijke definiëring van wat basiszorg bij welke leeftijd inhoudt. Gevalideerde diagnostische middelen kunnen ingezet worden gericht op de cognitieve en emotionele ontwikkeling van kinderen en de opvoedingscapaciteiten van de ouders. De aldus ingeschatte zorgbehoeften zijn het best realiseerbaar middels (deels bestaande) protocollen op deelterreinen. Het meeste effect valt te verwachten als de zorg aansluit op integraal gecoördineerde en uitgevoerde interventies gericht op het hele gezin en op verschillende levens- en gezondheidsterreinen. Dat past binnen een bredere zorgprogrammering voor deze doelgroep waarbij verschillende zorgsectoren zoals verslavingszorg, jeugdzorg en openbare gezondheidszorg betrokken zijn. Randvoorwaarden zoals financiering en een organisatorische voortrekkersrol, in eerste instantie de instellingen voor verslavingszorg, zijn onmisbaar. Een beschrijving van deze uitgangspunten in een handboek voor de diverse betrokken instellingen en instanties draagt bij aan het realiseren van deze praktijken.

## Deel 1 Literatuurverkenning

### 1. Inleiding

Zestien jaar geleden (1986) kwam de eerste gecoördineerde zorg voor kinderen van verslaafde ouders in Nederland tot stand in de vorm van het bureau voor kinderen van drugsverslaafde ouders, kortweg het bureau-KDO, in Amsterdam. Sindsdien zijn er ongeveer tien organisaties voor zorgcoördinatie voor kinderen van verslaafde ouders opgericht. Vanuit het project Resultaten Scoren is de wens naar voren gekomen deze activiteiten te onderbouwen en beter in beeld te krijgen. Het project Resultaten Scoren is gericht op het actualiseren en verbeteren van de preventie en het zorgaanbod in de verslavingssector.

Bij de actualisering en verbetering van het preventie- en zorgaanbod rond kinderen van verslaafde ouders spelen verschillende vragen een rol: wat zijn de effecten van de interventies en hoe ziet de onderbouwing van deze praktijken er op grond van literatuurstudies uit. In de praktijkinventarisatie staan vragen centraal: hoe ziet de onderbouwing van de praktijk eruit, hoe ziet de werkwijze eruit, wat zijn verschillen en overeenkomsten in organisatievormen, wat zijn sterke en zwakke kanten van de verschillende praktijken en wat ligt ten grondslag aan de huidige, beperkte verspreiding. Het zwaartepunt ligt volgens de opdracht op de literatuurverkenning, het eerste deel van deze publicatie. In aansluiting daarop vindt een nadere verkenning van de vragen en stand van zaken rond de huidige praktijken plaats. Deze rapportage sluit na tien jaar aan op één van de aanbevelingen van het rapport van het voormalige Nederlandse Instituut voor Alcohol en Drugs (NIAD) over de hulp- en zorgverlening aan verslaafde ouders en hun kinderen (Verstappen e.a., 1991) om de mogelijkheden van casemanagement te bestuderen.

Het doel van de literatuurverkenning is onderbouwing van de huidige casemanagement praktijken in de literatuur te vinden. De onderbouwing is het sterkst wanneer een bepaalde organisatievorm bewezen effectief is. Dat gebeurt bij voorkeur middels onderzoeken met gerandomiseerde controlegroepen (randomized controlled trials (rct's)). Wanneer deze onderzoeken niet of beperkt voorhanden zijn, geven onderzoeken met voor- en nametingen mogelijke richtingen van effecten aan. Daarnaast kunnen kwalitatieve onderzoeken bijdragen aan onderbouwing van 'best practices'.

Uitgangspunten bij de literatuurverkenning zijn als volgt geformuleerd. Het gaat om een beknopt overzicht over:

- de effecten van verslaving van de ouders op het sociale welzijn en psychische gezondheid van de kinderen in de leeftijdsfase van nul tot 18 jaar en
- de beschermende en risicofactoren die voor deze kinderen een rol spelen.

De nadruk ligt op het in kaart brengen van:

- de aangrijpingspunten voor versterking van beschermende factoren en vermindering van risicofactoren, gericht op kind en gezin (niet middels groepsinterventies)
- interventie-ontwerpen of reeds in de praktijk gebrachte interventies aansluitend op deze aangrijpingspunten waarbij met name sprake is van casemanagement.

Middels een zoekopdracht is een literatuurselectie over het onderwerp casemanagement bij kinderen van verslaafde ouders gemaakt. Hiervoor zijn verschillende bronnen gebruikt. In de bibliotheek van het Trimbos-instituut is in de literatuur vanaf 1990 naar publicaties gezocht op de termen kinderen van alcoholverslaafden, drugsverslaafden en verslaafden. De publicaties zijn elk afzonderlijk nagelopen op gevolgen voor de kinderen en casemanagement. Middels het zoekprogramma voor vakliteratuur Psychlit is van 1990 tot heden een selectie gemaakt op de termen ouder en nakomeling (offspring) gecombineerd met alcoholmisbruik of alcoholisme of druggebruik, -misbruik en -verslaving en casemanagement. Dit leverde aanvankelijk een beperkt aantal literatuurverwijzingen op. Vervolgens is binnen de gevonden literatuur gezocht naar relevante verwijzingen. Deze wezen onder andere naar casemanagement gericht op cliënten in de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Voor zover aanwezig is uit deze literatuur gebruik gemaakt van referenties die betrekking hebben op gezinssituaties.

Middels de grijze literatuur, dat wil zeggen beschikbare beschrijvingen van activiteiten en projectplannen van casemanagement activiteiten voor kinderen van verslaafde ouders of ouders met psychiatrische problematiek, hebben wij verwijzingen nagetrokken. Tot slot is er contact geweest met preventiewerkers die bekend zijn met de literatuur rond dit onderwerp middels een literatuurscriptie (K. Erwich, de Gelderse Roos) en een voorbereiding op een promotie (H. Wansink, Parnassia).

Gezien het beperkte aantal literatuurverwijzingen en de veelvuldige verwijzing naar de invalshoek van gezinsproblematiek zijn, op beperkte schaal, verwijzingen verkend gericht op gezinsinterventies binnen het kader van kinderen van verslaafde ouders.

## 2. **Waarom casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders?**

Waar gaat het om? Kinderen van verslaafde ouders zijn een bron van zorgen vanuit verschillende invalshoeken. Al voor de geboorte zijn professionals bezorgd over de gevolgen van de verslaving voor de ontwikkeling van de foetus. Na de geboorte gaat het om een scala van mogelijk schadelijke ontwikkelingen variërend van de geboorte van een verslaafde baby tot ontwikkelingsachterstanden op neurologisch en cognitief gebied of op sociaal gebied ten gevolge van te kort schietend ouderschap. Deze bezorgdheid, die zowel bij de informele sociale omgeving als professionals rond gezinnen met een verslaafde ouder bestaat, omvat diverse aspecten. Vanuit professionele optiek werd de noodzaak geconstateerd de diverse zorgtaken goed te coördineren. Deze coördinatie wordt veelal in de vorm van casemanagement gegoten.

Samengevat ligt het belang van casemanagement in de aard van de problematiek en de wijze waarop de zorg georganiseerd is. De eerste karakterisering geldt voor deze literatuurverkenning; de andere zijn van algemene aard (van Riet en Wouters, 1996):

1. Kinderen van verslaafde ouders lopen relatief grote risico's om nu of later ernstige sociale, psychische of somatische problemen te ontwikkelen.
2. Het gaat om complexe problematiek waarbij diverse (hulpverlenings-) instanties betrokken zijn met ieder hun eigen verantwoordelijkheid.
3. Coördinatie van zorg wordt als noodzakelijk gezien omdat verschillende instanties verantwoordelijk zijn voor deelproblemen.
4. Coördinatie van zorg wordt als noodzakelijk gezien om de samenhang tussen de deelproblemen en de zorg tot stand te brengen.

### 2.1 Om wie gaat het?

Casemanagement activiteiten bij kinderen van verslaafde ouders zijn gericht op gezinnen waarin één van de ouders verslaafd is aan drugs of alcohol<sup>1</sup>. Vervolgens kan de vraag gesteld worden wie centraal staan in de activiteiten. In eerste instantie gaat het om de (preventieve) zorg voor de kinderen. Deze is niet los te koppelen van de ouders, die het formele gezag en een opvoedingsrelatie met de kinderen hebben. Dat betekent dat het ook om de ouders gaat.

### 2.2 Waar gaat het om?

Bij de activiteiten voor kinderen van verslaafde ouders staat het het optimaliseren van de ontwikkeling van het kind of de kinderen centraal. De activiteiten richten zich op die gezinnen waarin kinderen op komst zijn of niet ouder zijn dan 18 jaar en waar het ouderlijk gezag bij de ouders ligt die het kind erkend hebben.

---

<sup>1</sup> Wat betreft de aard van de verslaving gaat het in de literatuur veelal om kinderen waarvan tenminste één van de ouders problemen met alcohol of drugs heeft. De casemanagement activiteiten richten zich veelal op die ouders die verslaafd zijn aan verschillende middelen (polydruggebruik).

Casemanagement richt zich in principe op (alle) gezinnen met een verslaafde ouder waarvan de professionele omgeving zich zorgen maakt om het kind.

### 2.3 Wat is casemanagement?

Casemanagement is een populaire interventie in diverse zorgsectoren. Het gaat om de centrale coördinatie, inschatting, planning en evaluatie van zorg rondom een cliënt of in dit geval een cliëntsysteem, het gezin. De laatste tien jaar is er ook veel over geschreven. Met name over casemanagement in de geestelijke gezondheidszorg en, in mindere mate, de verslavingszorg. Het betreft met name casemanagement voor volwassenen. Over casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders, zal blijken, is weinig bekend.

Met de populariteit van het onderwerp casemanagement wordt er in de literatuur tegelijkertijd kritisch gesproken over casemanagement. Dat heeft te maken met de vele verschillende concepten die circuleren in de literatuur en in de praktijk, waardoor vergelijking niet gemakkelijk is. In de geestelijke gezondheidszorg bestaat er de neiging het meest integrale model aan te bevelen vanwege de aangetoonde positieve effecten in het buitenland. Deze modellen in de geestelijke gezondheidszorg komen later aan bod. Een aandachtspunt in deze rapportage is dat het oorspronkelijke makelaarsmodel (casemanagement beperkt tot het verbinden van het cliëntsysteem met verschillende zorgaanbieders) model staat voor casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders. De vraag is of het integrale model (waarin casemanagement meer aan behandeling is verbonden) ook voor kinderen van verslaafde ouders effectief en geschikt is.

Casemanagement voor volwassen cliënten is in de literatuur helder beschreven (de Graaff, 1991; Kroon, 1996). Het gaat om de volgende functies:

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

Bij de beschrijving van casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders voegen diverse auteurs (Brindis en Kimberly, 1997) twee functies aan de vijf basisfuncties toe:

- een outreachende functie om potentiële cliënten te bereiken die anders niet bereikt worden door het aanbod;
- belangenbehartiging op zowel het cliënt als systeem niveau waarbij tekorten en barrières geslecht worden om de doelen van de cliënten te bereiken.

Zoals opgemerkt wordt (Kroon, 1996) ontbreekt hier niet voor niets de uitvoering: casemanagement betrof aanvankelijk alleen de zorgcoördinatie. De praktijk van casemanagement laat veel verschillende vormen zien. De oorspronkelijke vorm is het eerder genoemde makelaarsmodel; andere vormen zijn gekoppeld aan diverse behandelvormen, al dan niet in teamverband uitgevoerd, of vormen gebaseerd op 'empowerment' (het stimuleren van de eigen kracht van een cliënt of cliëntsysteem).

Casemanagement in de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg betreft alleen de cliënt zelf. Casemanagement bij kinderen van verslaafde ouders betreft de verslaafde ouder, de andere ouder en het kind. Het komt voort uit drie probleemcategorieën (le Grand in de Graaff, 1991): problemen bij de kinderen, de ouders en de hulpverlening. Interventies die door casemanagement bemiddeld worden kunnen rechtstreeks op de kinderen of de ouders gericht zijn. Deze kunnen echter niet uitgevoerd worden buiten het ouderlijk gezag en de intermediërende opvoedingsrol om. Dit verandert op het moment dat er sprake is van ondertoezichtstelling of ontheffing van het ouderlijk gezag.

De beperking van casemanagement voor volwassen cliënten ten opzichte van casemanagement bij kinderen van verslaafde ouders betreft een aantal zaken.

- Bij de kinderen gaat het om een curatief en preventief oogpunt, namelijk de lichamelijke en geestelijke gezondheid van het kind. Het preventieve aspect speelt bijvoorbeeld bij vermindering van het gebruik (of eventueel) abstinentie bij zwangerschap; het curatieve aspect speelt bijvoorbeeld als het kind verslaafd geboren wordt.
- Bij de ouder(s) gaat het om de eigen gezondheid en welzijn.
- De opvoedings- of ouderrol van de ouder(s) is cruciaal voor het functioneren van de kinderen. De medische en sociale situatie van de ouders vormen daarvoor een voorwaarde.
- Bij problemen in de hulpverlening gaat het over de versnippering en het naast elkaar functioneren van de diverse voorzieningen als drughulpverlening, jeugdhulpverlening, somatische en algemene gezondheidszorg.

Vanuit de optiek van de opvoedingsrelatie is het van belang na te gaan of er op dat terrein werkwijzen voorhanden zijn die passen bij de benadering van casemanagement bij kinderen van verslaafde ouders. Deze benadering past binnen de beschrijving van de problematiek waarin de opvoedingsrelatie centraal staat.

In dit hoofdstuk is nagegaan wat het belang van casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders is, op wie casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders zich richt, wat casemanagement inhoudt en waarin deze vorm van casemanagement zich onderscheidt van casemanagement gericht op individuele cliënten. Het belang ligt onder andere in de omgang met en zorg voor de complexe problematiek. Dit wordt in het volgende hoofdstuk behandeld.

### **3. De problematiek van kinderen van verslaafde ouders**

De problemen van kinderen van verslaafde ouders kunnen omschreven worden in termen van risico's die zij lopen. De risicofactoren worden verdeeld in primaire en secundaire risico's (Verstappen, 1991). Onder primaire risico's vallen de directe gevolgen van middelengebruik voor de kinderen. Onder secundaire risico's zijn kenmerken van het kind, de ouders en de omgeving te scharen. De kenmerken van het kind, deels als gevolg van de primaire risico's, interacteren met die van de ouders en de omgeving (zie schema 1). Het opgroeien van kinderen kan geplaagd worden in een dynamisch ontwikkelingsmodel dat bestaat uit opvoedingsopgaven voor de ouder en ontwikkelingsopgaven voor de kinderen. De ontwikkelingsopgaven en opvoedingsopgaven komen tot stand als een algeheel socialisatieproces. In dat

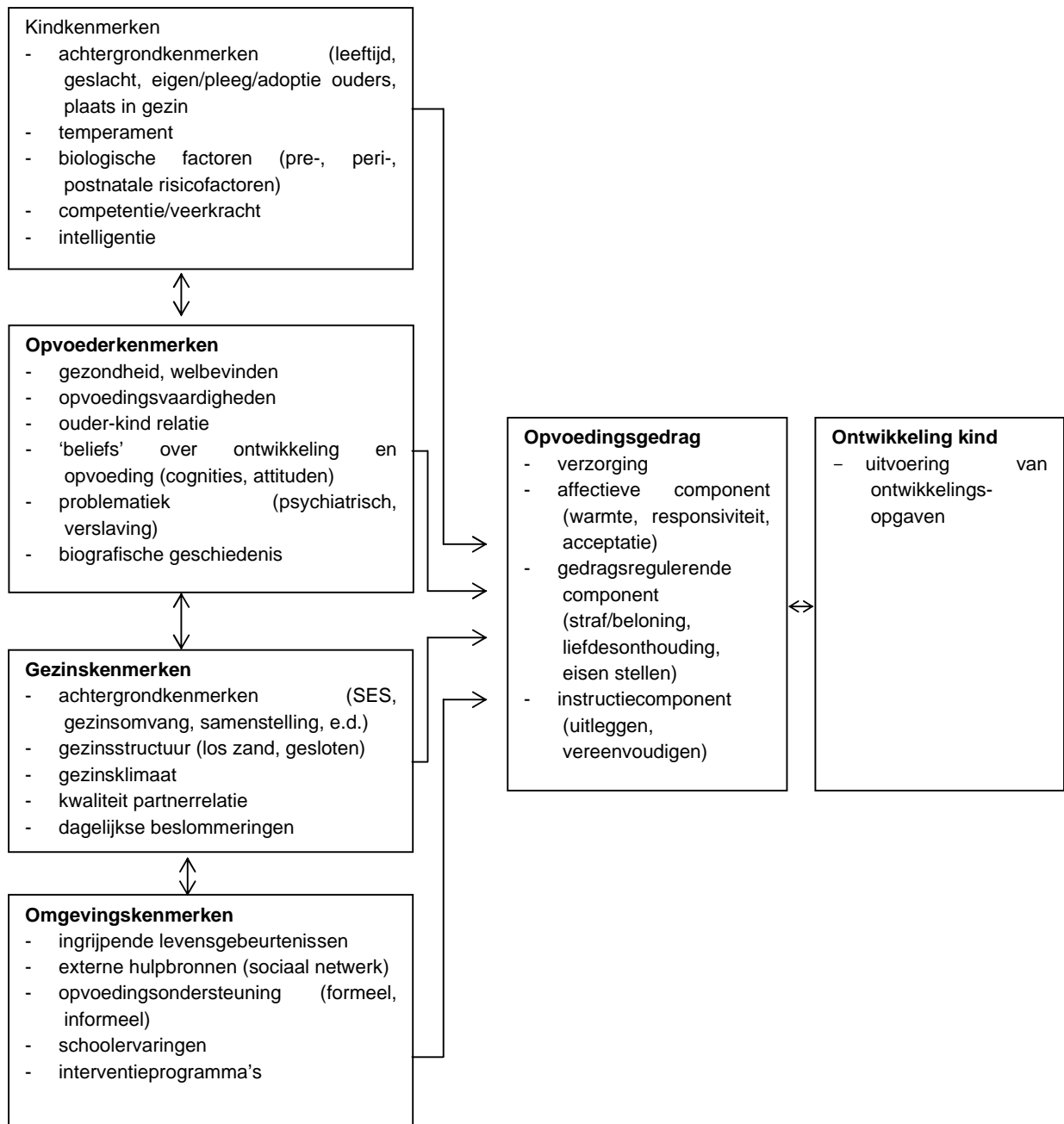
proces speelt een breed scala van risicofactoren en beschermende factoren een rol. Deze factoren zijn interactief; kortweg kan gesteld worden dat de beschermende factoren werkzaam zijn in het geval risicofactoren aan de orde zijn (Groenendaal en van Yperen in Rispens, 1994).

Beschermende of protectieve factoren zijn te omschrijven als factoren die bij aanwezigheid van een risicofactor (in dit geval afhankelijkheid van verslavende stoffen) het ontstaan van psychische of gedragsproblemen kunnen voorkomen. Daarom is van belang na te gaan welke protectieve factoren het ontstaan van problemen voorkomen (ten Brink en Veerman (1998) in Cuijpers, 1999).

Dit algemene model levert voor kinderen van verslaafde ouders<sup>2</sup> een specifieke invulling op waarbij een aantal risicofactoren versterkt en een aantal beschermende factoren verminderd kan zijn.

---

<sup>2</sup> Waar nodig komt het onderscheid tussen alcohol en drugsverslaving gedifferentieerd aan bod.



Schema 1. Groenendaal en van Yperen, 1994; het gaat om de interactie tussen de verschillende risicofactoren; de problematiek onder opvoederkenmerken is voor deze gelegenheid ingevuld voor verslavingsproblematiek.

### 3.1 De risico's voor de kinderen

#### 3.1.1 Gebruik verslavende stoffen tijdens de zwangerschap

De invloed van alcoholmisbruik of –verslaving begint al in een vroeg stadium. Verondersteld wordt dat bij alcoholmisbruik genetische factoren interactief met omgevingsfactoren aanzienlijke gevolgen voor de kinderen hebben. Daarnaast speelt het directe gevolg van alcoholgebruik een rol (Ratsma, 2001). Voorafgaande aan de zwangerschap wordt verondersteld dat het alcoholgebruik van de vader verandering van genetisch materiaal tot gevolg heeft (van der Stel, 1992, McGue, 1997; Cuijpers, 1999). En (over)matig alcoholgebruik heeft gevolgen voor de vruchtbaarheid bij zowel mannen als vrouwen (Verkerk, 1997).

Tijdens de zwangerschap wordt de foetus blootgesteld aan verslavende stoffen. Uiteenlopende studies laten zien dat 'wanneer de moeder gedurende de gehele zwangerschap heroïne en/of methadon heeft gebruikt er in 74% tot 90 % van de gevallen onthoudingsverschijnselen bij het kind na de geboorte worden gesignaleerd' (Erwich en Terpstra, 1999; Zwetsloot, 1996). Het gaat om het Neonatale Abstinentie Syndroom. Symptomen hiervan zijn onder andere terug te vinden onder andere in het centrale zenuwstelsel (tremoren, motorische onrust, ontroostbaar huilen), het maag-darmstelsel (braken, diarree) en rond de ademhaling (versneld). Een vergelijkbaar verschijnsel doet zich bij alcoholverslaafde moeders waarbij het kind de kans op een Foetaal Alcohol Syndroom (FAS) ontwikkeld. Het FAS heeft gevolgen voor de lichamelijke ontwikkeling en het latere cognitief-emotioneel functioneren. Matig en licht gebruik van alcohol tijdens de zwangerschap kan al schadelijk zijn, uiteenlopend van een vergrote kans op een spontane abortus, groeiachterstanden, afwijkingen aan het centraal zenuwstelsel, gezichtsafwijkingen, en ander misvormingen (Posma en Koeten, 1998, Stel, 1992, Steinhausen 1995, Larkby en Day, 1997). Het FAS komt in Nederland bij ongeveer 350 kinderen per jaar voor en de mildere vorm, het Foetaal Alcohol Effect (FAE) vermoedelijk bij twee tot tien maal zoveel kinderen (Stel en Keuken, 1992). Dan zou het gaan om 700 tot 3500 kinderen.

De hiervoor beschreven effecten hebben betrekking op het gebruik van een enkel middel. In een onbekend aantal gevallen is er sprake van middelengebruik naast elkaar.

Promiscue gedrag, dat kan samenhangen met het middelengebruik, gecombineerd met het niet zorgvuldig omgaan met anticonceptie vergroot de kans op zwangerschap. Door het gebruik van verslavende middelen wordt zwangerschap veelal in een laat stadium ontdekt, met als gevolg een relatief groot aantal niet geplande zwangerschappen. En het beperkt de mogelijkheid om voorafgaande aan of in het beginstadium van de zwangerschap het middelengebruik te verminderen. In hoeverre de zwangerschap al dan niet gewenst is, is relevant voor de opvoedingsrelatie.

#### 3.1.2 Gevolgen voor de ontwikkeling van het kind

Bij het (poly) druggebruik komt de kwetsbaarheid rond cognitieve ontwikkeling, met name de taalontwikkeling, en emotionele ontwikkeling, uit verschillende onderzoeken naar voren (van Baar, 1991, van Baar e.a. 1993; Shulman e.a., 2000). Verder

worden gedragsproblemen vermeld (Soepatmi (1992) en van Baar (1991), Verstappen e.a. 1991).

In alle gevallen van verslaving is de kans op een lager geboortegewicht en een hoger risico op perinatale of postnatale sterfte (Steinhausen, 1995). Dezelfde auteur stelt dat er bij illegale straatdrugs geen duidelijke teratogene (misvorming verwekkende) effecten zijn die leiden tot dysmorfische afwijkingen en dat de effecten op cognitief en gedragsmatig functioneren beperkt zijn. Ook elders (Zwetsloot, 1996) wordt de vraag gesteld of deze gevolgen te wijten zijn aan de farmacologische gevolgen van druggebruik of de vaak slechte lichamelijke conditie en hygiëne.<sup>3</sup>

Kinderen van alcoholafhankelijke ouders lopen een verhoogd risico om op jongere of later leeftijd ernstige psychische of psychiatrische problemen te ontwikkelen (Cuijpers 1999). Problemen die zich voordoen zijn depressie, eetstoornissen en gedragsstoornissen. Speciaal vermeld worden aandachtstekortstoornis en hyperactiviteit (Verkerk, 1997). Het risico om zelf problemen met alcohol of drugs te ontwikkelen is in de adolescentie verhoogd (Cuijpers 1999). Op volwassen leeftijd is de kans op het hebben van een psychiatrische stoornis aanzienlijke groter (37 %) met een alcoholafhankelijke ouder ten opzichte van andere respondenten (21.9%). Als beide ouders probleemdrinker zijn is de kans op psychische stoornissen verhoogd tot 44.1 %; in het geval het om zonen gaat is het percentage 66.7% (Cuijpers 1999).

Andere problemen die zich voordien is het verhoogde risico op verwaarlozing en mishandeling en de grotere kans op somatische problemen met name op jonge leeftijd en delinquentie op oudere leeftijd. Bij meldingen van kindermishandeling bij Bureau vertrouwensartsen is in 20 % van de gevallen sprake van alcoholmisbruik bij één van de ouders (Cuijpers, 1999).

Het verhoogde risico houdt overigens niet in dat alle kinderen van alcoholafhankelijke ouders ernstige psychische problemen ontwikkelen. Op volwassen leeftijd heeft ruim 60 % van deze kinderen in het laatste jaar geen psychiatrische stoornis gehad, tegenover bijna 80 % in de algemene bevolking.

### 3.1.3 Aard van de verslaving

Wat betreft de aard van de verslaving gaat het in de literatuur veelal om kinderen waarvan tenminste één van de ouders problemen met alcohol of drugs heeft of een combinatie van middelen. De mate van afhankelijkheid of verslaving is daarmee niet nauwkeurig aangegeven. De grens tussen verslaafd en niet verslaafd is niet exact aan te geven (Posma en Koeten, 1998). In hoeverre de ernst van alcoholproblemen consequenties heeft voor de gevolgen voor de kinderen is niet precies onderzocht (Cuijpers, 1999). Verder speelt bij alcohol de definitiekwestie: volgens welk

---

<sup>3</sup> In een voorlichtingsbrochure (Mainline 1999) wordt aangegeven dat cocaïne levensbedreigend en schadelijk is en dat sterke schommelingen in gebruik en abrupt stoppen (bij heroïne, methadon) levensbedreigend is voor de baby.

verklaringsmodel wordt de problematiek beschreven. Problematisch alcoholgebruik kan als DSM diagnose beschreven worden in ziekte termen van middelenmisbruik en – afhankelijkheid. Of problematisch alcoholgebruik wordt omschreven als specifieke verslavingsproblematiek en ingebed in sociale problematiek (Cuijpers, 2000). Wat betreft de harddrugs problematiek gaat het veelal om heroïne, cocaïne en methadon gebruik waarbij een combinatie van deze of andere middelen, waaronder alcohol, veel voorkomt.

Bij ouders die afhankelijk zijn van middelen speelt medicijngebruik een niet onaanzienlijk rol. Bij een onderzoek onder cliënten met kinderen van de Brijder Stichting bleek 24 % van de moeders medicatie tijdens de zwangerschap te gebruiken (Gunning, 1998).

## 3.2 Risicofactoren

De risicofactoren die leiden tot gunstige of ongunstige uitkomsten voor het kind zijn onder te verdelen in factoren die in opvoederkenmerken gelegen liggen, in het kind zelf en gezins- en omgevingskenmerken (zie schema 1). Deze komen alle samen in het opvoedingsgedrag. Een aantal kenmerken worden hieronder besproken.

### 3.2.1 Opvoeder en gezinskenmerken, risico- en beschermende factoren

Onderscheid tussen verslavende middelen is gerechtvaardigd. Dit hangt samen met het onderscheid tussen legale en illegale middelen en de wijze waarop er tegen de middelen aangekeken wordt. Het 'profiel' van de alcoholverslaafde ouder is anders (Verstappen e.a., 1991) en verschilt van dat van de drugsverslaafde ouder in de sluipende wijze waarop het tot stand komt en de betere maatschappelijke integratie van de eerste. Dit kan er ten onrechte toe leiden dat de problematiek minder omvangrijk of ernstig is, concluderen de schrijvers. Verder is het wenselijk een onderscheid te maken wat betreft mannen en vrouwen (van der Stel en Keuken, 1992). Dit is een relevant onderscheid in verband met de gevolgen van verslaving voor en tijdens de zwangerschap en het verschil tussen de gevolgen voor de kinderen bij verslaving van de vader en verslaving van de moeder en de taakverdeling rond de opvoeding. Meer dan matig drinken komt bij 13 % van de mannen en bij 2 % van de vrouwen ouder dan 18 Jaar voor ( Erwich & Terpstra, 2000).

Het gedrag van middelenafhankelijke ouders wordt op diverse manieren beïnvloed door de afhankelijkheid. Waar het vooral om gaat is de mate waarin de ouders in staat zijn hun opvoedingstaken te vervullen. In een aantal onderzoeken wordt gewezen op zaken als het mogelijk tekortschieten op het vlak van sensitiviteit en responsiviteit, mate van structurering en stimulering en kinderverwaarlozing of mishandeling en inconsequent handelen en het belang om op deze aspecten goed zicht op te krijgen (Zwetsloot, 1996, Windle, 1997, Kooijman en Zwikker, 2000; Lafeber e.a., 1992). In de literatuur worden een aantal randvoorwaarden genoemd (Groeneweg, 1989 in Gramberg en Kempen, 1993) voor voldoende zorg voor het kind aan de hand van de vragen of de (aanstaande) moeder al dan niet:

- gezorgd heeft voor voldoende prenatale zorg
- contact met de drughulpverlening heeft gezocht en methadon krijgt
- het bijgebruik gestopt heeft

- adequate huisvesting heeft
- gezorgd heeft voor een baby uitzet
- een partner heeft die niet gebruikt
- een sociaal netwerk heeft
- afspraken nakomt
- het kind in het ziekenhuis bezoekt
- eventuele eerdere kinderen zelf opvoedt en niet verwaarloost.

Een belangrijke algemene beschermende factor is de aanwezigheid van een andere (niet-verslaafde) ouder die sensitief en responsief op de behoeften van het kind kan reageren en de beschikking heeft over en gebruik kan maken van een ondersteunend sociaal netwerk.

#### Problemen in gezin

De mate waarin er conflicten zijn tussen de ouders is een risicofactor op zich. De mate van conflicten wordt mede beïnvloed wordt door de plaats van het middelengebruik. Hetzelfde geldt voor financiële problemen en de mate waarin gezinsgebruiken (rond feestdagen e.d.) gehandhaafd worden (Windle, 1997). Wat betreft de overmatig drinkende ouder speelt een aparte gezinsdynamiek. Deze ouder neemt een centrale plaats in het gezin in. Naarmate de problemen door het alcoholgebruik groter wordt, nemen ook de problemen in het gezin toe. De andere gezinsleden gaan steeds meer taken en verantwoordelijkheden van de afhankelijke ouder overnemen.

De mate van de integratie van het gezin in de omgeving, zowel het sociaal netwerk van de ouders als de mate van integratie en contact van de kinderen met andere kinderen zijn een factor van betekenis.

#### 3.2.2 Kenmerken van het kind: risico- en beschermende factoren

Risicofactoren gelegen in het kind die een rol kunnen spelen in de ontwikkeling van problemen zijn samen te vatten in een model (Windle, 1997) dat sterk lijkt op het model dat gebruikt wordt bij de analyse van problemen van kinderen van ouders met psychische problemen (Doesum, Frazer, 1995; Bool e.a., 2001). Windle noemt kindfactoren als: biologische factoren (zoals alcoholgevoeligheid, mate van stressreductie, afwijkingen in electrocorticale processen en neurotransmitters) en psychologische factoren (zoals moeilijk temperament, mate van agressie, attributiestijlen, alcoholverwachtingen, lage intelligentie, (waargenomen) (sociale) competenties en copingstijlen).

Als beschermende factor wordt zelfwaardering van het kind als belangrijke factor gezien (Cuijpers, 1999), naast competentiefactoren als sociale en cognitieve competenties. Bij alcoholproblematiek geldt dat ook voor een stabiele relatie van het kind met de niet-alcohol afhankelijke ouder en met ander familieleden (Cuijpers, 1999) en het vasthouden van familierituelen, zoals vakanties, feestdagen, dagelijkse routines (Bennet e.a.1988 in Cuijpers 199). Een recente studie (Curran, 1996) kan deze bufferhypothese niet bevestigen. Daarbij kwam wel de veronderstelling naar voren dat de bufferfunctie van de andere ouder mogelijk een sterkere rol speelt naarmate het disfunctioneren van de alcoholafhankelijke ouder sterker is.

### Familiale geschiedenis

Uit diverse bronnen wordt duidelijk dat de familiale geschiedenis van de ouder(s) een belangrijke rol spelen. Het perspectief van mishandeling en misbruik van middelen speelt daarbij een rol. In de literatuur gebaseerd op ervaringen uit de VS wordt genoemd dat onder ex-dakloze vrouwen driekwart (fysieke) kindermishandeling rapporteert als kind en als volwassene, één derde seksueel misbruik als kind en meer dan de helft door één middenafhankelijke ouder, c.q. verzorger (McMillan & Cheney, in Sager Ashery, 1992; zie ook Kooijman en Zwikker, 2000). Verder speelt partnerkeuze een rol en psychische problematiek (angst, depressie, persoonlijkheidsproblematiek) en somatische problematiek (waaronder seksueel overdraagbare aandoeningen) naast de verslavingsproblematiek (Windle, 1997).

### 3.3 De omvang van de problematiek van verslaafde ouders

Om enig zicht te krijgen in de omvang van de problematiek zijn cijfers uit de Nemesis studie beschikbaar (Bijl, 1996). De Nemesis studie is uitgevoerd naar het voorkomen van enige psychiatrische stoornis in de bevolking tussen de 18 en 64 jaar. Uit deze studie bleek een middelenstoornis (alcohol en drugs) bij 8.9% van de bevolking voor te komen; daarvan leeft 20.5% met partner en kind. Wanneer deze cijfers vertaald worden naar bevolkingscijfers levert dat het volgende op. De volwassen bevolking is 10.106.671. Daarvan heeft 8.9% een middelenstoornis; dat betreft 899.493 personen. Hiervan leeft 20.5% met partner en kind; dat betreft 184.396 volwassenen. Gemiddeld zijn er 2.0 kinderen (onder de 22 jaar) per gezinseenheid. Dat betekent dat het om 368.792 kinderen gaat (zie tabel 1).

De Nemesis studie kan een lichte onderschatting geven ten aanzien van het aantal kinderen omdat de volwassen paren met (en zonder) kinderen enigszins ondervertegenwoordigd zijn (68% in studie, 73% in bevolking).

Wat betreft kinderen van alcoholafhankelijke ouders komt een andere schatting uit op ruim 300.000 kinderen (Cuijpers, 2000).

Totaal bevolking (18-64)	10.106.671
Bevolkingsgroep met middelenstoornis (8.9 %)	899.493
Bevolkingsgroep met - middelenstoornis - samenwonend met partner en kind (20.5 %)	184.396
Aantal kinderen < 22 jaar (gemiddeld 2)	368.792

Tabel 1 Totaal aantal personen met middelenstoornis en wonend met partner en kinderen (bron Nemesis, CBS)

De beschikbare cijfers kunnen niet preciezer naar de leeftijdsgroep 0-18 jaar gedifferentieerd worden. Verder ontbreken cijfers over één-oudergezinnen met een middelenstoornis. Deze laatste categorie komt in kleine aantallen in deze studie voor en kan daarom niet betrokken worden bij een verantwoorde analyse. Hier zijn twee onderzoeksgegevens debet aan. Het eerste is dat het aantal één-oudergezinnen

aanzienlijk minder is dan het aantal twee-oudergezinnen. Op de gehele bevolking woont naar schatting 3.545.000 van de volwassen bevolking samen met kinderen; het aantal dat alleen woont met kinderen wordt geschat op 288.000 in 1997; dat betekent dat 8.1 % van de gezinnen één-oudergezinnen zijn (bron Nemesis, CBS). Het tweede is dat met name gemarginaliseerde drugsverslaafden ondervertegenwoordigd zijn in een bevolkingsonderzoek als Nemesis. Vanuit het oogpunt van het completeren van het beeld zijn deze gegevens gewenst. Door het ontbreken daarvan kan niet nagegaan worden of het wenselijk is meer of minder aandacht aan één-oudergezinnen met een middelenstoornis te besteden.

### 3.4 Conclusie problematiek

De risicofactoren en beschermende factoren vormen een nauw samenhangend geheel. Naast de algemene werkzaamheid van de interactie tussen deze twee soorten factoren is het nog de vraag hoe de precieze werkzaamheid is bij afhankelijkheids- of verslavingsproblematiek. De aard van de problematiek lijkt minder van belang dan de ernst en duur van de problematiek. In specifieke gevallen, met name bij conceptie, speelt de mate en aard van de verslaving wel een duidelijke rol bij de ontwikkeling van het kind.

Uit de literatuur komt het belang van goede diagnostiek naar voren. Het gaat om een analyse van de specifieke geïndividualiseerde risico- en beschermende factoren bij deze multi-probleem problematiek: welke factoren spelen een rol dat een bepaald kind met zijn eigen karakteristieken in zijn specifieke sociale en gezinsomgeving in mindere of meerder mate een risico loopt en ondersteuning behoeft. Het risico betreft met name de kwetsbaarheid rond de cognitieve en emotionele ontwikkeling.

Een preciezere omschrijving van de doelgroep is op grond van deze studie niet te geven: welke kinderen in welke situatie precies welk risico lopen en welke interventie daarbij past. Wel is duidelijk dat in een aantal gevallen de risico's groot zijn en goed te omschrijven zijn op basis van individuele gegevens bijvoorbeeld rond de geboorte en de cognitieve en emotionele ontwikkeling.

Voorwaarden voor omschrijving van de problematiek en interventies zijn dat:

- de kinderen en ouders bereikt worden en
- deze bereid zijn mee te werken
- de diagnostische methoden beschikbaar zijn
- de diagnostische methoden toegepast kunnen worden
- interventies beschikbaar zijn en
- uitgevoerd kunnen worden.

Bij de diagnostische methoden gaat het om de eerder beschreven randvoorwaarden, in de praktijk van casemanagement in Nederland basisvoorwaarden genoemd. Daarnaast is het wenselijk apart aandacht te schenken aan cognitieve, gedragsmatige en emotionele ontwikkeling.

## 4. Onderzoek naar casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders

Het aantal publicaties in de Nederlandse en internationale literatuur over casemanagement bij kinderen van middelen afhankelijke ouders is beperkt. Dat geldt zowel voor de beschrijving van effect- of evaluatieonderzoek als voor programmabeschrijvingen. Er zijn verschillende andere zoekrichtingen die kunnen bijdragen aan het onderbouwen van een casemanagement benadering voor deze doelgroep. In het navolgende hoofdstuk komt eerst het beschikbare onderzoek aan de orde. Daarna volgen de invalshoeken van casemanagement in andere sectoren en integrale programma's.

#### 4.1 Literatuurbeschrijvingen: van effect tot pleidooi

In de buitenlandse literatuur zijn diverse soorten publicaties over casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders. Het betreft twee effectevaluaties met een controlegroep, onderzoeken zonder controlegroep en enkele beschrijvingen. Het gaat met name om publicaties uit de V.S.. Van de effectstudies is er één voorbeeld van een programma waarbij casemanagement direct gericht is op de ouders en de kinderen (Catalano, 1999). De behandeling van de moeder en eventueel de vader staat centraal. In het programma Focus on Families (FOF) staat het voorkomen van misbruik van drugs bij ouders en kinderen voorop. Kortweg komt het er op neer dat casemanagement deel uitmaakt van behandelprogramma's voor cliënten die verslaafd zijn of een dubbele diagnose hebben (dat wil zeggen een diagnose met een middelenstoornis gecombineerd met andere psychiatrische problematiek). De zorg voor de kinderen is vervolgens een van de aandachtsterreinen.<sup>4</sup> Verder is er één effectonderzoek waarbij aandacht is voor de kinderen of de opvoedingscapaciteiten van de ouders, maar slechts summier (McLellan, 1997). Bij het Women's Intervention Services and Education Project (WISE) (Lanehart e.a. 1994, 1996) is er sprake van onderzoek, echter niet gerandomiseerd. Hetzelfde geldt voor de Perinatal-20 studie (Rahdert, 1996) en het Mother Infant Substance Abuse Network (MISAN) (Laken & Ager, 1996). Vervolgens zijn er enkele publicaties waarin een pleidooi wordt gehouden respectievelijk aanbevelingen voor casemanagement worden gedaan (Brindis en Kimberly, 1997; Bearman e.a., 1997). Tot slot komt kort een behoefteonderzoek onder drugsverslaafde zwangere vrouwen aan bod (Klein & Zahnd, 1997). De onderzoeken beschrijven wij in deze volgorde.

De Nederlandse literatuur vanaf 1990 biedt een beperkt aantal publicaties over casemanagement rond kinderen van verslaafde ouders. Elf jaar geleden is de hulp- en zorgverlening aan verslaafde ouders en hun kinderen in kaart gebracht (Verstappen e.a., 1991); daarin is sprake van casemanagement. In een op een studiedag gepresenteerd onderzoek naar casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders van de Brijder Stichting (Gunning, 1998) is nagegaan of de toegepaste methodiek aansloot bij de behoeften van de cliënten en of deze vorm van zorg cliënten die hiervoor in aanmerking komen ook bereikt. Een beschrijving van de

---

<sup>4</sup> Wanneer niet alleen de diagnose uitgangspunt is van de probleemomschrijving maar bijvoorbeeld ook de gezinssituatie, dan wordt de term multi-problem situatie of gezin in de praktijk vaak gebruikt.

activiteiten voor kinderen van verslaafde ouders in Amsterdam (le Grand in de Graaf, 1991; Baller, 1994) is begin jaren negentig tot stand gekomen.

## 4.2 De buitenlandse literatuur

4.2.1 Casemanagement als ondersteuning en monitor van een trainingsprogramma  
Het programma Focus on families (FOF) (Catalano, 1999) combineert vaardigheidstraining voor het ouderschap met casemanagement diensten in de woonsituatie. Het programma richt zich op risicofactoren voor terugval onder opiaatverslaafden en op risico- en beschermende factoren voor misbruik van drugs onder hun kinderen. De ouders ontvingen methadonbehandeling. De ontwerpers van het programma baseren zich op een sociaal ontwikkelingsmodel.

Het casemanagement als onderdeel in de thuishouding ondersteunt de ouders en de kinderen om de geleerde vaardigheid te generaliseren en vast te houden. De ondersteuning vindt plaats volgens een gestandaardiseerd handboek. Dit aanbod start een maand voor de groepsbijeenkomsten, loopt door tijdens de groepsbijeenkomsten tot vier maanden na afloop daarvan. Casemanagers helpen de gezinnen bij het stellen van doelen, met het nagaan of er vooruitgang geboekt wordt bij het bereiken van de doelen, met het organiseren van gezinsbijeenkomsten, met het op positieve manier betrekken van gezinsleden bij het gezin en met het bevorderen van de mogelijkheden voor kinderen om buitenshuis activiteiten te ondernemen. Daarnaast ondersteunen zij de ouders bij drugspreventie. De casemanager bezoekt het gezin éénmaal per week thuis en heeft twee telefonische contacten. Ouders en kinderen krijgen beloningen voor het bijwonen van bijeenkomsten en zo nodig wordt vervoer betaald en wordt gezorgd voor kinderopvang.

De vaardigheidstraining vindt plaats in kleine groepen van 6-10 gezinnen. Elk gezin krijgt een intake gevolgd door 32 tweewekelijkse bijeenkomsten gedurende 4 maanden. Kinderen volgen de training 12 keer. Centraal staan cognitieve en affectieve gedragsvaardigheden; waaronder motivatie, discussie, voorbeelden (modeling) en geleide praktijkoefeningen. De trainers zijn qua opleiding vergelijkbaar met maatschappelijk werkers met vervolgopleiding. Bij de ouders gaat het om preventie en omgaan met terugval van verslavingsgedrag, beheer van boosheid, ontwikkeling van het kind, communicatievaardigheden, het houden van gezinsbijeenkomsten, duidelijke verwachtingen naar kinderen uitspreken en gebruik van geschikte beloningen en disciplinaire maatregelen. Tevens kregen de ouders instructies hoe zij kinderen kunnen leren nee te zeggen, problemen op te lossen en succesvol op school te zijn.

De effecten van de interventie in deze gecontroleerde effectstudie zijn meer bij de ouders terug te vinden dan bij de kinderen. Met name druggebruik bij de ouders in de experimentele groep vermindert. Deze ouders vertonen verbeteringen van ouderschapskwaliteiten zoals het opstellen van regels in het huishouden. Er zijn minder huiselijke conflicten (tussen de ouders) dan bij de controle groep. De mate van binding in het gezin en het aantal conflicten in het gezin als geheel is niet minder in de experimentele groep.

Bij de kinderen zijn geen effecten van het programma op probleemgedrag, negatief gekleurde vriendschapsnetwerken, druggebruik of delinquentie. Effecten wijzen wel in de richting van minder probleemgedrag en druggebruik bij de experimentele groep.

De oudere kinderen in de controle groep waren meer bij de ouders betrokken dan in de experimentele groep.

In de discussie ervaren de onderzoekers het gebrek aan effect op de kinderen als problematisch ook al is de interventie vooral op de ouders gericht. De onderzoekers opperen de mogelijkheid van latere effecten als de kinderen de leeftijd van adolescentie hebben bereikt. Verder ondernamen oudere kinderen in de experimentele groep minder activiteiten met hun ouders dan de jongere. De veronderstelling is dat de oudere kinderen te maken krijgen met strengere regels thuis en aanvankelijk meer vrijheden in het gezin hadden. Dat stelden zij niet op prijs. Op grond hiervan oordelen zij dat de interventie voor jongere kinderen het meest geschikt is.

De conclusie uit deze studie rond casemanagement als ondersteuning luidt dat druggebruik bij de ouders vermindert en ouderschapskwaliteiten, zoals het opstellen van regels, verbeteren en huiselijke conflicten tussen de ouders worden beperkt. Effecten op de kinderen zijn niet aangetoond.

#### 4.2.2 Integrale programma's van behandeling en casemanagement

In een experiment met *clinical casemanagement*<sup>5</sup> wordt casemanagement toegevoegd aan een bestaand behandelingsprogramma voor verslaving (McLellan, 1999). De interventie is gebaseerd op een *Strength* model waarbij een beroep gedaan wordt op de positieve krachten van de cliënten en hun sociale systeem. De casemanager maakt onderdeel uit van het behandelteam. De behandelaar heeft verantwoordelijkheid voor de behandeling van de verslavingsproblematiek en de casemanager heeft de verantwoordelijkheid om andere problemen (gezondheids-, sociale en omgevingsproblemen) met de cliënt aan te pakken en de cliënt met diensten buiten het programma in contact te brengen. Er bleek veel co-morbiditeit op medisch-psychiatrisch vlak en problemen rond beheersing van geweld te bestaan. Voorafgaande aan het programma kwamen met 14 kernvoorzieningen afspraken tot stand. Hiertoe behoorden onder andere ouderschaps cursussen, oefeningen en recreatieve diensten en in later instantie ook medische zorg, verwijzingsafspraken rond huisvesting, drugvrije huisvesting en juridische diensten. Daarnaast was er een vrij budget om mensen in nood te helpen.

Als conclusie uit deze gecontroleerde effectstudie bleken er bij de eerste onderzoeksgroep nauwelijks effecten te zijn op het aantal bijgewoonde bijeenkomsten en het gebruik van sociale voorzieningen. De tweede onderzoeksgroep met een langere periode van evaluatie (26 maanden) maakte significant meer gebruik van medische, psychiatrische en juridische voorzieningen en voorzieningen voor vermindering van alcoholgebruik. Er wordt niet apart melding gemaakt van (verbeterde) uitkomsten rond ouderschap.

Clinical casemanagement komt er in deze studie positief uit wat betreft uitkomstmaten op alcoholgebruik, medische staat, werkgelegenheid, gezinsrelaties

---

<sup>5</sup> Dit is een zeer intensieve vorm van casemanagement waarin therapeutische technieken worden ingezet; zie voor een korte beschrijving casemanagement in de geestelijke gezondheidszorg.

en juridische status. In de discussie suggereren de auteurs drie redenen waarom deze vorm van casemanagement effectief is. Ten eerste, het creëren van toegang tot sociale voorzieningen is geen taak van de hulpverleners gezien de complexiteit en ernst van de problemen naast de verslavingsproblemen. Ten tweede kregen de casemanagers een training en supervisie in het werken met een hulpverleningsstaf. Beide beroepsgroepen werden getraind om als team te werken. Ten derde waren er duidelijke afspraken met voorzieningen op diverse terreinen.

In een andere, niet gecontroleerde, effectstudie van het Women's Intervention Services and Education (Wise) (Lanehart e.a. 1994, 1996) gaat het om verslaafde vrouwen die zwanger zijn of net bevallen. De projectbeschrijving omvat intensief casemanagement en andere voorzieningen ter ondersteuning gedurende en na afloop van een residentiële behandeling voor middelenmisbruik. Het totale programma omvat residentiële behandeling (verslavingsproblematiek, crisisafdeling, vrouwen opvang), diverse vormen van therapie en begeleiding (variërend voor middelengebruik, psychische en relatieproblematiek en ouderschapsvraagstukken), het regelen van basisvoorzieningen (uiteenlopend rond gezondheid, gezondheidsbevordering, huisvesting en financiële en juridische zaken), begeleiding bij problemen rond werk, voorzieningen voor het kind (variërend van kinderopvang tot en met pleegzorg tot en met adoptie), casemanagement en nazorg. Casemanagement omvat persoonlijke en telefonische contacten, informatie komt van de cliënt, de sociale omgeving, betrokken medewerkers van andere voorzieningen en van bijeenkomsten met de behandelstaf.

De resultaten van deze studie gaven voor en na de behandeling op diverse indicatoren verschillen aan: na behandeling was het middelengebruik aanzienlijk verminderd, was er minder contact met justitie, meer gebruik van onderwijs en beroepstraining, verminderde het percentage kinderen met een laag geboortegewicht. Het gebruik van sociale steun van instituties verminderde en het beroep op sociale steun van het eigen informele netwerk vermeerderde na de behandeling.

De conclusie rond integrale programma's van behandeling en casemanagement is dat er positieve uitkomstmaten zijn op alcoholgebruik, medische staat van de ouder, verbeterd geboortegewicht, verbeterde werkgelegenheid, gezinsrelaties en juridische status en gebruik van voorzieningen.

#### 4.2.3 Casemanagement als wervingsstrategie

Vanwege de omvattende problematiek van kinderen van verslaafde ouders is eind jaren tachtig in de V.S. een grootscheeps onderzoeksprogramma tot stand gekomen gericht op het evalueren van veelomvattende behandelingsprogramma's of een samenhangend stelsel van zorgvoorzieningen (Perinatal-20 studie van het NIDA in de V.S.). Eén van de studies (LaFazia, z.j.) is gericht op de inzet van casemanagers. Deelname aan een behandelprogramma door zwangere moeders wordt gezien als een belangrijke verbetering van negatieve gevolgen voor de kinderen. Succesvolle deelname aan behandelprogramma's bestaat uit twee onderdelen: het op het spoor komen van de zwangere vrouwen en hen in behandeling krijgen. Hiervoor werden (in Nederlandse termen) sociaal verpleegkundigen (public health nurses) en maatschappelijk werkers ingezet (community maternity casemanager). Ongeveer de helft van de ingezette tijd besteden de casemanagers aan werving. De overgebleven

tijd komt ten goede aan vrouwen die in het behandelprogramma participeren. De casemanagers ondersteunen de vrouwen bij het nagaan van de gewenste behoeften aan hulp en ondersteuning voor henzelf en het gezin wat betreft pre- en postnatale medische zorg, ondersteuning rond het moederschap, sociale dienstverlening zoals huisvesting, voedsel transport en kinderopvang. Het verlenen van diensten van casemanagement wordt als een beloning gezien voor de participatie van de vrouw aan het behandelproject. De benadering van 'herstel' van de moeder staat centraal in dit project. Het gaat erom de eigen sterke kanten als individu en ouder te identificeren. In de prioritering van alle diensten die worden aangeboden staat werving voor het behandelprogramma centraal, dus tegenover bijvoorbeeld werving voor prenatale zorg. Hiervoor zijn protocollen en procedures ontworpen. Eén van de kenmerken is dat bij de werving op een vriendelijke maar stevig confronterende manier contact wordt gelegd met de vrouw over haar druggebruik. Verder is er een grens gesteld aan het aantal uren en contacten met vrouwen om te voorkomen dat te veel tijd aan een te klein aantal vrouwen met veel weerstand tegen behandeling werd besteed. Van de meer dan 1000 geworven vrouwen kwamen er 366 in het behandelproject terecht.

In een ander onderzoek rond het Mother Infant Substance Abuse Network (MISAN) (Laken & Ager, 1996) is casemanagement gekoppeld aan intensieve ambulante behandeling voor alcohol en/of (voornamelijk) drugs. Ook hier staat het streven voor op verslaafde zwangere vrouwen in behandeling te krijgen. Het team bestaat uit een verpleegkundige en een paraprofessional. Cliënten worden verwezen door de MISAN staf door schriftelijke of telefonische verwijzingen. De casemanagers nemen deel aan cliëntbesprekingen. In de thuissituatie vindt een behoefte-inventarisatie plaats en samen met de cliënt wordt een hulpverleningsplan opgesteld. Cliënten worden gevolgd door telefoontjes en huisbezoeken (minimaal 1 x per maand). Een huisbezoek volgt verder binnen 6 weken na de bevalling. Na het afnemen van een ontwikkelingsschaal van de kinderen vindt er opnieuw een behoeften beschrijving plaats.

Het onderzoek richt zich vooral op het plaatsen en behouden van de (zwangere) vrouwen in het behandelprogramma. Zij vonden vijf voorspellende factoren die plaatsing en behoud van behandeling positief beïnvloeden: het gebruik van methadon, hulp bij transport naar de behandeling, betrokkenheid van justitiële voorzieningen of maatregelen in heden of verleden (protective services), aantal van ooit gebruikte drugs en MISAN casemanagement activiteiten.

Conclusie casemanagement als wervingsstrategie: de behandeling of beheersing van de verslaving staat voorop als meest effectieve strategie om basiszorg voor de kinderen (en zichzelf) te regelen (zowel materiële voorzieningen als voorzieningen op het vlak van gezondheid en zorg in brede zin).

#### 4.2.4 Conflicterende thema's bij de opzet van verbreed casemanagement

In een beschrijvend overzicht over de rol van casemanagement bij kinderen van verslaafde ouders (Brindis en Kimberly, 1997) passeert de ontwikkeling van casemanagement in diverse sectoren de revue en de evolutie van het oorspronkelijke makelaarsmodel door een verbrede probleemdefinitie naar een ruimere functie van casemanagement.

In een terugblik op één van de eerste omvattende zorgprogramma's voor verslaafde (zwangere) moeders (het Pregnant Addicts and Addicted Mothers Program (PAAM)) in de V.S. wordt geconstateerd dat vier gebieden die de meest positieve resultaten opleveren ook het meest direct beïnvloed kunnen worden door het programma of de vrouwen zelf. Het gaat om het druggebruik, familie of gezinsrelaties, vrienden en vrije tijd. Problemen die buiten de reikwijdte van het programma vielen bleven problematisch. Dat betrof bijvoorbeeld huisvesting en beroepstraining (zie de hiernavolgende behoeftebeschrijving).

Er zijn een aantal conflicterende thema's bij de vraag hoe ver casemanagement reikt en hoe dit geïntegreerd kan worden in de verslavingszorg.

1. Het eerste thema betreft de botsing van twee strategieën, de confrontatiestrategie die gehanteerd wordt bij het doorbreken van de ontkenning van het gebruik van middelen en het 'Strength' model. Het eerste model noemen de auteurs een mannelijk model. Het tweede model ondersteunt de vrouwen bij de eerste stappen op weg naar het afzien van gebruik. Daarbij ligt de nadruk op binnen de persoon gelegen hulpbronnen en het natuurlijke ondersteuningsnetwerk en het programma erkent de noodzaak van steun voor, tijdens en na de behandeling. In tegenstelling tot wat een aantal behandelaars zien als obstakel voor behandeling, draagt het erkennen van de behoeften van vrouwen op diverse terreinen bij aan het starten en volhouden van de therapie.

2. De rol van casemanagers als advocaat en professionele partner van de cliënt wordt als tweede conflicterende thema genoemd waarbij het gevaar bestaat dat de casemanager medeafhankelijk wordt gemaakt door het manipulerende gedrag van de vrouwen.

3. Het derde thema betreft de geschiedenis van tegenstellingen tussen de kindbescherming en de verslavingszorg. De tendens bij beide instituties was in het verleden om een tegenstelling te zien tussen de belangen en rechten van de kinderen en die van de moeder. Casemanagement zou hier een uitkomst bieden om recht te doen aan beider belangen en de gezinsbanden te versterken.

4. Een vierde bron van conflicten is de terreinafbakening tussen hulpverlener en casemanager. Een deel van de behandelaars claimt de rol van casemanager al uit te voeren. De voorkeur gaat uit naar het scheiden van functies van behandeling en het ondersteunen van de vrouwen bij het gebruik maken van verschillende voorzieningen.

Uit de ervaringen van 46 casemanagers voor kinderen van verslaafde ouders leggen de casemanagers ten opzichte van behandelaars andere accenten. Zij:

- kiezen voor een holistische benadering en
- treden op als belangenbehartigers van hun cliënten
- onderstrepen het belang van een op lange termijn doorlopende zorg.

De teneur van dit betoog sluit aan bij de opzet van een effectstudie (Bearman, 1997) voor vrouwen met een dubbele diagnose (verslaafd en daarnaast een andere psychische diagnose). Bij de opzet van de te evalueren interventie wordt een sterk pleidooi gehouden voor een *intensief casemanagement* programma dat langdurig loopt en waarin behandeling van psychische en verslavingsproblematiek gecombineerd wordt met ouder en kindzorg, arbeidsrehabilitatie, hulp bij huiselijk geweld en casemanagement, waarbij een duidelijke taakverdeling is tussen de diverse actoren. De casemanagers hebben een beperkte case-load van tien gezinnen. Screening van het gezin (de moeder, de vader en de kinderen apart) vindt

plaats met gestandaardiseerde vragenlijsten, voor de ouders onder andere op diagnostiek en ouderschapsproblematiek en kinderen op ontwikkelingsproblemen en gedragsproblemen. De resultaten van het evaluatieonderzoek richt zich onder andere op het kosten aspect. Deze zijn niet via de literatuur zoekopdracht teruggevonden.

Als conclusie rond conflicterende thema's bij verbreed casemanagement komt naar voren dat het wenselijk is de rol en taakverdeling tussen casemanagers en andere actoren duidelijk te definiëren en een brede definitie van casemanagement de voorkeur heeft.

#### 4.2.5 Behoefteteonderzoek onder drugsverslaafde vrouwen

Klein & Zahnd (1997) onderzochten welke behoeften zwangere drugsverslaafde vrouwen hebben die bekend zijn bij een breed scala van voorzieningen op het terrein van gezondheidszorg, sociale voorzieningen en justitie. Onder vrouwen met hoge niveaus van middelengebruik en in een lage inkomensgroep kwamen de volgende behoeften in volgorde van prioriteit naar voren: werkgelegenheid (1/10 van de vrouwen had werk), beroepsopleiding, huisvesting, prenatale gezondheidszorg. Bij bijna de helft kwam daarnaast de behoefte aan betrouwbare zorg voor de kinderen en begeleiding bij gezins- en relatieproblemen.

De conclusie uit dit behoefteteonderzoek is dat de behoefte aan werk en voorbereiding op werk groot is, naast medische en psychologische zorg.

### 4.3 Nederlandse gegevens

#### 4.3.1 Hulp en zorg aan verslaafde ouders en kinderen

In een overzicht van hulp- en zorgverlening aan verslaafde ouders en kinderen (Verstappen e.a., 1991) verschijnt casemanagement zijdelings. Twee belangrijke interventiestrategieën worden beschreven die zowel voor de maatschappelijke en psychosociale hulpverlening als voor de medische hulp en zorgverlening van belang is. De eerste strategie richt zich op de melding van verslaafde zwangere vrouwen en kinderen van verslaafde ouders aan centrale instanties (projecten, bureaus, overleggen of instanties) om op deze wijze kinderen in de hulpverlening terecht te laten komen en het ontwikkelingsverloop te volgen (en waar nodig te interveniëren, MB). De tweede strategie benadrukt het belang van methadon programma's voor het opbouwen van een gestructureerd bestaan.

Samenwerkingsverbanden worden onderscheiden van aparte coördinatie- en registratiepunten. Deze laatste zijn vooral in die regio's te vinden waar men relatief vaak met de problematiek geconfronteerd wordt. Het gaat om 'netwerken' (werkgroepen, centrale adressen) die meldingen registreren en casemanagement toepassen. Kort beschreven zijn de situatie in Amsterdam, Rotterdam en Den Haag. Bij deze activiteiten staan de volgende activiteiten centraal, beschreven naar de Amsterdamse situatie: registratie, coördinatie van de bestaande hulpverlening, bewaken van continuïteit van hulpverlening, signalering, voorlichting, adviseren, inspelen op crisissituaties en gegevens verzameling voor epidemiologische doeleinden. In deze korte beschrijving is niet duidelijk of het hulpverlening betreft aan het kind en de moeder in het kader van de gezondheid en opvoeding van het kind of ook de hulpverlening voor de moeder zelf. In Den Haag wordt aparte aandacht

gemeld voor hulpverlening voor de moeder. Wat betreft Rotterdam wordt vermeld dat het centrale adres de belangen van het kind behartigt, zoveel als mogelijk binnen het gezin. Bij de beschreven samenwerkingsverbanden (Assen, Lelystad, Limburg en Breda) gaat het met name om de coördinatie van perinatale zorg. De werkwijze van de casemanagement aanpak is in de publicatie van Verstappen e.a. verder niet omschreven.

Intensieve ambulante en residentiële behandeling komt in het overzicht van Verstappen e.a. uitgebreid naar voren in diverse beschrijvingen. Daarin is aandacht voor psychosociale en maatschappelijke problemen, naast opvoedingsproblematiek. In de literatuur past dat bij de beschrijving van een aantal (Amerikaanse) vormen van *intensief casemanagement*. Omdat deze vorm van casemanagement mogelijk van belang zijn worden de intensieve vormen van ambulante en residentiële behandeling kort besproken.

#### 4.3.2 Ambulante hulp aan kinderen van verslaafde ouders en de gezinnen

Bij een aantal van deze behandelingsvormen staat opvoedingsproblematiek centraal, zoals de DOEK methodiek (Lafeber e.a., 1992), waarbij de opvoeder-kind interactie centraal staat. In deze toentertijd nieuwe methodiek zijn hulpverleners apart bijgeschoold. Effecten op de ontvangen sociale steun van de ouders, de (meeste) kenmerken van de ouder-kind interactie en de ontwikkeling van het kind zijn niet gevonden. Wel zijn er positieve tendensen beschreven, met name in de richting van vergroot zelfvertrouwen van de ouders in de eigen opvoedingscapaciteiten. Met name het beperkt aantal contacten, één per maand, wordt als oorzaak van uitblijven van resultaat gezien.

Bij de Haagse hulpverlening aan ex-drugsverslaafde ouders en hun kinderen (Hadok) gebaseerd op ambulante thuiszorg staat het kind centraal. Het is gericht op het begeleiden van de ouders bij de opvoedingstaak en het bevorderen van het opvoedingsklimaat en het creëren van een hulpverleningsnetwerk voor afstemming (Fox-Gorter, 1998 in Derluyn en Vanderplasschen, 2000). Hier worden hulpverlening en zorgcoördinatie gecombineerd.

Bij het project vrijwillige hulpverlening (Humanitas Rotterdam) is een begeleidend maatschappelijk werker verantwoordelijk voor de continuïteit van zorg en stimuleert de ouders sensitief en stimulerend met de kinderen om te gaan en legt zo nodig contact met familieleden. Dit laatste element, ondersteuning door familie, wordt vanuit onderzoek van belang geacht en alleen in dit project daadwerkelijk opgepakt (Verstappen e.a. 1991). De attitude van de ouders, de ouder-kind interactie en de ontwikkeling van het kind worden nauwkeurig geobserveerd.

Verder zijn een aantal ambulante opvangvoorzieningen gecreëerd. Een integratief aanbod organiseert het DOK Amsterdam, waarbij contact houden met het gezin voorop staat. Het aanbod omvat methadonbehandeling, medische zorg, opvoedings- en sociale adviezen en een ontmoetingspunt met anderen die streven naar een nieuwe levensstijl.

Tot slot noemen wij het experiment tot stimulering van de ontwikkeling van kinderen in aansluiting op perinatale zorg (van Baar, 1991). In dit experiment is nagegaan of steun aan moeders bij de zorgtaken na de geboorte effecten op de kinderen heeft.

Tijdens tweewekelijkse huisbezoeken gedurende 6 maanden na de bevalling besprak een maatschappelijk werker de ontwikkeling van het kind met de moeder, en adviseerde haar speelgoed en spel om tot een goede stimulans van het kind te komen. Verder werd met de moeder besproken of het kind tekenen van onthoudingsverschijnselen toonde en op welke manier je daar mee om zou kunnen gaan. Deze interventie is niet goed van de grond gekomen omdat het problematisch was de huisbezoeken volgens de opzet te realiseren. Er is dan ook geen effect op de kinderen aangetoond.

Zowel de ondersteuningsprogramma's uit de (internationale) literatuur als de eerste programma's in Nederland hebben veelal gemeenschappelijk dat de aandacht vooral uitgaat naar drugsgebruik van de ouders en met name de moeders. Daaraan toegevoegd zijn dan in een aantal gevallen begeleiding, ondersteuning of training rond de zorg- en opvoeding thuis. De kinderen vormen veelal niet het hoofddoel van de interventie of integrale benaderingen ontbreken (Baar, 1991, Sproet e.a., z.j.). In de discussie wordt verondersteld dat deze beperkte aandacht voor de kinderen samenhangt met een tekort aan kennis betreffende ontwikkelingsproblemen van deze kwetsbare kinderen terwijl de problemen van de verslaafde ouder duidelijk zijn. Gesuggereerd wordt dat programma's alleen effectief zijn wanneer de hoogste prioriteit aan de kinderen wordt gegeven, niet alleen gedurende de zwangerschap maar ook een lange periode daarna. Deze laatste conclusie wordt onderschreven door andere auteurs (Soepatmi, 1992).

#### 4.3.3 Residentiële hulp aan kinderen van verslaafde ouders en de gezinnen

Er zijn diverse voorbeelden van residentiële hulp aan kinderen van verslaafde ouders en de gezinnen in Nederland. Een uitgebreide beschrijving is beschikbaar waarin de uitgangspunten en methodieken worden toegelicht en ook geschikt gezien worden voor ambulante hulp (Sproet, z.j.). Tevens is er onderzoek naar verricht (Kroon, Franken, Hendriks, 2000).

#### 4.3.4 Conclusies rond hulp en zorg aan verslaafde ouders en kinderen

Verstappen e.a. trekken een aantal conclusies over het brede terrein van hulp- en zorgverlening die relevant kunnen zijn voor de beschrijving van casemanagement wanneer een bredere definitie van casemanagement gehanteerd wordt. Hun conclusies luiden als volgt:

- De hulp en zorg is beperkt tot jonge kinderen, voornamelijk onder de zes jaar en zicht op ontwikkeling op langere termijn ontbreekt.
- Er zijn veel initiatieven in de drie betrokken circuits verslavingszorg, jeugdhulpverlening en gezondheidszorg. Binnen de gezondheidszorg werken, met name de grote medische centra, protocollair.
- De hulp en zorg is voornamelijk gericht op kinderen van drugverslaafde ouders en krijgen de kinderen van alcoholverslaafde ouders weinig aandacht.
- Binnen de samenwerkingsverbanden zijn er met name knelpunten rond taakafbakening en verantwoordelijkheden en onbekendheid met de werkwijze van andere instellingen.
- Betrokkenen signaleren een spanningsveld tussen justitiële en vrijwillige hulp.

Mogelijke redenen waarom kinderen van alcoholverslaafden minder aan bod komen zijn:

- de met druggebruik gepaard gaande de illegaliteit, criminaliteit en daaraan ervaren maatschappelijke overlast
- alcoholverslaafde ouders komen minder in aanraking met hulpverlenende instanties en daarmee ook de kinderen
- de problematiek van de kinderen wordt in de hulpverlening over het hoofd gezien
- alcoholgebruik is een meer sociaal geaccepteerd verschijnsel; problematisch gebruik wordt daardoor minder snel herkend
- alcoholverslaving is een geleidelijk proces waardoor het lange tijd onzichtbaar en moeilijk om vroegtijdig in te grijpen
- de problematiek van kinderen van alcoholverslaafde ouders treedt minder manifest naar voren waardoor ze minder snel opgemerkt wordt.

Op grond van deze verschillen wordt de vraag geopperd of de methoden en procedures gebruikt voor kinderen van drugverslaafde ouders geschikt is voor kinderen van alcoholverslaafde ouders.

#### 4.3.5 Bereik van casemanagement

In één studie naar casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders van de Brijder Stichting (Gunning, 1998) is nagegaan of de toegepaste methodiek aansloot bij de noden van de cliënten en of deze vorm van zorg cliënten die hiervoor in aanmerking komen ook bereikt. Het gaat om cliënten met alcohol en drugsverslavingen (in totaal 73 onderzochte cliënten met 101 kinderen). Om met deze laatste vraag te beginnen: het blijkt dat meer dan de helft van de cliënten die in aanmerking komt voor deze methodiek niet bereikt wordt door deze voorziening. De oorzaak ligt in het beperkte budget. Tussen degenen die gebruik maken van de voorziening en degenen die uitvallen zijn de volgende verschillen geconstateerd. Bij de uitvallers zijn er op het moment van uitval meer crises, meer financiële problemen, ontbreekt vaker een sociaal netwerk en is meer emotionele en lichamelijke verwaarlozing bij de kinderen geconstateerd. Als reden voor beëindiging van het KVO-aanbod blijkt dat slechts een klein deel (14%) succesvol beëindigt. Daarbij wordt aangetekend dat (ook) een behandeling zelden succesvol eindigt. Naast de verslavingsproblematiek van de cliënten is er sprake van (seksuele) mishandeling of (huidig of vroeger) misbruik (40%), medicatiegebruik 35%, psychiatrische problematiek (62%) naast de verslavingsproblematiek. Het valt op dat 20% van de cliënten slecht lerend is en 31% van de partners van de cliënten; bij 47 % ontbreekt werk of dagbesteding.

De nadruk bij de KVO-methodiek ligt sterk op basale levensvoorwaarden als vaste verblijfplaats, voldoende hygiëne en schuldsanering. Daarin is veelal al in voorzien. De onderzoeker concludeert hieruit dat er op dit vlak dus niet zoveel actie hoeft te worden ondernomen en dat het meer voor de hand ligt de aandacht meteen te richten op de omgang van de verslaafde ouder met haar (zijn) kind.

Bij de kinderen is er sprake van vier keer zoveel psychische problemen als in de algemene bevolking. Het gaat om agressief en hyperactief gedrag. De onderzoekers wilden nagaan of zich op school problemen voordeden. Dit is niet gelukt omdat de ouders veelal weigerden toestemming te geven voor contact met de school.

Gezien het gegeven dat de basisvoorwaarden niet zoveel aandacht behoeven en gezien de problematiek van de kinderen wordt geconcludeerd dat de aandacht van de KVO-medewerker zich beter meteen richt op de omgang van de verslaafde ouder met haar of zijn kind.

De conclusie vanuit dit onderzoek luidt dat deze groep cliënten 'intensieve begeleiding (en bemoeizorg) van een maatschappelijk werkende nodig heeft (die op huisbezoek komt!) om erin te slagen zowel de verslaving onder controle te krijgen als in staat te blijven de opvoeding van de kinderen zelf in handen te houden, zeker als het kinderen betreft bij wie sprake is van hyperactief of agressief gedrag. Het is onwaarschijnlijk dat deze groep cliënten elders binnen de jeugdzorg de gecombineerde opvoedkundige en verslavingshulp zou kunnen krijgen die KVO biedt.' (einde citaat)

#### 4.4 Voorlopige tussenstand casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders

De onderzoeken naar en beschrijvingen van casemanagement activiteiten, voor een aanzienlijk deel gebaseerd op onderzoek in de V.S., leggen de nadruk op druggebruik van de ouder, het voorzien in basisvoorzieningen als wonen en werk en ten dele op het verbeteren van de gezinsrelaties. Op grond van de probleemanalyse ligt het voor de hand deze basisvoorwaarden te vervullen. Gezien de verschillen tussen de V.S. en Nederland in sociaal-economische figuratie en organisatie van de gezondheidszorg is het de vraag of deze behoeften in de Nederlandse situatie zoveel aandacht behoeven als in de V.S..

Op grond van de Nederlandse gegevens en de mogelijke kracht van het 'Strength' model wordt de aandacht voor rehabilitatie mogelijk onderschat, met name rond al dan niet betaalde dagelijkse werkzaamheden.

Zowel uit de Amerikaanse als Nederlandse literatuur komt een sterk pleidooi om veel aandacht aan de behandeling van de verslaving van de moeder/ouders te bieden als basisvoorwaarde voor structurering van het eigen leven als ouder. Intensieve samenwerking met behandelings teams lijkt daarbij de beste kansen te bieden.

Op het eerste oog tegengesteld daaraan is de conclusie dat de aandacht teveel is uitgegaan naar de verslaving van de moeder met als gevolg dat er beperkte aandacht is geweest voor de cognitieve ontwikkeling van de kinderen. Vanuit diverse onderzoeksgegevens, c.q. beschrijving van risicofactoren, blijkt dat dit wel gewenst is. Deze cognitieve ontwikkeling kan niet zonder aparte aandacht en kennis (diagnostiek en interventie) verbeterd worden. Het volgen van de cognitieve ontwikkeling raakt niet zozeer de vorm van casemanagement, als wel de inhoud van de te organiseren activiteiten (screening en interventie).

Hieruit kan de conclusie getrokken worden dat het niet zozeer om een tegenstelling gaat maar om twee verschillende probleemgebieden die apart en naast elkaar voldoende (coördinatie van) zorg behoeven.

Gezien het beperkte aantal effectonderzoeken ten aanzien van casemanagement bij gezinnen, is het een optie te rade te gaan bij effectonderzoek van casemanagement

gericht op cliënten in de verslavingszorg en de geestelijke gezondheidszorg. Daarop volgt een korte blik op programma's gericht op (kwetsbare) ouders en (kwetsbare) kinderen die een integraal aanbod omvatten en aansluiten bij de geschetste vormen van *intensief casemanagement*.

#### 4.5 Modellen van casemanagement in de verslavingszorg en geestelijke gezondheidszorg

Binnen de verslavingszorg, en nog uitgebreider in de geestelijke gezondheidszorg, is casemanagement beschreven en geëvalueerd. Het is de moeite waard deze ervaringen te verkennen, ook al zijn er een aantal verschillen aan te geven in casemanagement in de verslavingszorg en de geestelijke gezondheidszorg ten opzichte van casemanagement bij kinderen van verslaafde ouders. Zoals eerder gesteld is casemanagement in de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg alleen gericht op de cliënt zelf. Casemanagement bij kinderen van verslaafde ouders betreft zowel de verslaafde ouder als het kind voortkomend uit drie probleemcategorieën: problemen bij de kinderen, de ouders en de hulpverlening. Bovendien gaat het bij kinderen van verslaafde ouders om de combinatie van een curatief en preventief oogpunt. Bij de ouder betreft het de eigen gezondheid en het welzijn dat tevens een voorwaarde is voor het vervullen van de ouderrol. Bij problemen in de hulpverlening gaat het over de versnippering en het naast elkaar functioneren van de diverse voorzieningen als drughulpverlening, jeugdhulpverlening en gezondheidszorg. Verder speelt de opvoedingsrol van de ouder(s) een cruciale rol.

##### 4.5.1 Casemanagement in de verslaafdenzorg

Er is tot op heden geen duidelijk Nederlands overzicht van casemanagement in de verslavingszorg gepubliceerd. Wel is er een literatuurstudie (Wolf, in press) gaande waaruit blijkt dat er alleen onderzoek vanuit buitenlandse programma's en evaluaties bekend is. Deze studie is nog niet beschikbaar.

##### 4.5.2 Casemanagement in de geestelijke gezondheidszorg

Casemanagement in de geestelijke gezondheidszorg onderscheidt zich van andere zorgsectoren wat betreft de modellen. In andere zorgsectoren figureert het makelaarsmodel vooral. In de geestelijke gezondheidszorg worden vijf modellen van casemanagement als volgt omschreven (Kroon en Henselman in Pieters en van der Gaag, 2000).

1. Het *makelaarsmodel*, de eerste en oudste variant, houdt vooral de coördinatie van zorg in. In een uitgebreidere variant verleent de casemanager ook zelf zorg in termen van counseling en praktische hulp.
2. In de *Assertive Community Treatment (ACT)* benadering komen alle elementen van crisisinterventie, behandeling, rehabilitatie en zorgcoördinatie geïntegreerd terug in een teambenadering.
3. Een derde variant, het *intensief casemanagement*, is minder duidelijk beschreven dan de tweede; individuele begeleiding (in tegenstelling tot teambegeleiding) staat voorop.
4. *Clinical casemanagement* is ontwikkeld als reactie op het makelaarsmodel en omvat psychotherapeutische vaardigheden en vertoont verder veel overeenkomst met de *Assertive Community Treatment*, zij het dat in sommige vormen thuiszorg ontbreekt. In de Nederlandse situatie wordt deze term veel gebruikt binnen de

openbare geestelijke gezondheidszorg waarin contactopbouw en toeleiding van de reguliere zorg centraal staat. De contacten blijven dan van korte duur. In die zin onderscheidt deze vorm zich van alle andere waarin juist het streven is langdurige relaties aan te gaan.

5. Als vijfde variant sluit het *Strength-model* aan op concepten als empowerment en herstel en ligt de nadruk op de sterke kanten van de persoon en het gebruik van hulpbronnen in de samenleving en op zelfbeschikking. De casemanager houdt zich niet met behandeling bezig, wel met ontplooiing en vaardigheden.

In de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg praktijk is vooral het intensief casemanagement terug te vinden:

- de hulp is georganiseerd in een team van circa vijf casemanagers met een psychiater voor enkele uren
- de casemanager biedt in een één op één relatie psychische en praktische hulp in de thuissituatie en coördinatie van zorg
- de caseload is tussen 15-20 cliënten
- de hulp vindt plaats binnen kantoor tijden
- de doelstellingen worden in globale termen omschreven als stabiliteit
- kwaliteit van leven, tevredenheid, continuïteit van zorg en vermaatschappelijking.

Effecten van casemanagement in de ggz

Het makelaarsmodel is ondanks uitgebreid onderzoek tot op heden niet positief geëvalueerd in de geestelijke gezondheidszorg (Kroon en Wolf, 2000). Er wordt in de literatuur (vooral afkomstig uit de V.S.) een sterk pleidooi gehouden voor Assertive Community Treatment. De winst zit hem vooral in de beperking van opnamedagen en minder in directe effecten op het sociaal functioneren van cliënten en op symptomen en verslavingen. De benadering is effectief gebleken voor verschillende andere doelgroepen zoals daklozen en mensen met zowel psychische problematiek als verslavingsproblemen.. Verder zijn er studies waaruit blijkt dat uitbreiding van deze benadering met rehabilitatiebenadering meer oplevert voor het functioneren van cliënten met verbeteringen op het terrein van arbeid, financiën, kwaliteit van leven sociaal netwerk en verwachtingen over de toekomst. De vraag blijft staan of Assertive Community Treatment voor de Nederlandse situatie wel het meest effectief is omdat de zorg hier beter geregeld is dan in de V.S..

Het '*Strength*' model biedt ondanks de beperkte mate van effectonderzoek wel grote effecten op verschillende levensgebieden dat tot uitdrukking komt in een verbeterde kwaliteit van leven en een gunstiger werk- of opleidingssituatie (Kroon en Henselman, 2000). Het clinical casemanagement is als ideaaltipe niet onderzocht.

Mogelijk onderscheidende criteria zijn: het verschil tussen hoge en lage case-load, wel of geen teambenadering en toevoeging van de rehabilitatie benadering. Deze varianten zijn in de Nederlandse situatie niet onderzocht.

#### 4.5.3 Conclusies rond casemanagement in de geestelijke gezondheidszorg

Vijf modellen van casemanagement zijn beschreven. Het makelaarsmodel wordt als het minst effectief gezien. Veelbelovend wordt de '*Strength*' benadering gezien, maar ook intensief casemanagement en Assertive Community Treatment is een mogelijkheid. Een harde conclusie is niet te trekken. Daarbij komt de vraag of de

resultaten van onderzoek uit met name de V.S. overdraagbaar zijn naar de Nederlandse situatie met betere sociale en woningvoorzieningen.

De vraag die oprijst uit de beschrijving van de casemanagement praktijken vanuit de diverse optieken is of meer ondersteuning te vinden is voor modellen van casemanagement die dicht tegen (intensieve) zorg aan zitten. Dat komt in het volgende hoofdstuk aan de orde.

## **5. Gezinsgerichte verslavingspreventie en integrale ondersteuningsprogramma's.**

Programma's voor intensieve zorg gericht op het gezin als geheel worden soms **beschreven in samenhang met casemanagement of vanuit andere invalshoeken, zoals** gezinsgerichte verslavingspreventie en integrale ondersteunings-programma's gericht op gezinnen in kwetsbare situaties, waaronder gezinnen waarvan één van de ouders verslaafd is. Gezien de mogelijke meerwaarde bij het bepalen van welke interventies het meeste succesrijk zijn volgt een korte beschrijving.

Onlangs verscheen een overzicht van de literatuur over gezinsgerichte verslavingspreventie (Cuijpers en Bolier, 2001). Deze programma's zijn er op 'gericht de invloed van de ouders te gebruiken om het gebruik of misbruik van genotmiddelen bij hun kinderen te voorkomen'. Eén van de programma's, 'Strengthening families', richt zich op de risicogroep van kinderen tussen de zes en veertien jaar waarbij één van de ouders verslaafd is. Dit programma is een intensief trainingsprogramma waarin ouders basale opvoedingsvaardigheden leren. Er blijken effecten op het middelengebruik van de kinderen te zijn gevonden. Gezien de experimentele status wordt dit gezinsprogramma als veelbelovend gezien.

Een recente evaluatie (Kooijman en Zwikker, 2001) van vier ondersteuningsprogramma's voor gezinnen uit de Verenigde Staten laat zien dat de kern van deze programma's, ondersteuning van kwetsbare gezinnen in de thuissituatie, een schat van ervaringen oplevert. Doel van deze programma's is preventie van kindermishandeling en –verwaarlozing, vaak in combinatie met gezondheids- en psychosociale problemen. Deze programma's bestaan al lange tijd en worden op grote schaal toegepast. De programma's zijn geselecteerd vanwege de goede theoretische onderbouwing, de zorgvuldige ontwikkeling, de uitvoerige evaluatie en documentatie en de gebleken (gedeeltelijke) effectiviteit. Effectiviteit, onder andere ten aanzien van fysieke kindermishandeling en –verwaarlozing, en in mindere mate psychische kindermishandeling, komt tot stand mits voldaan wordt aan een groot aantal uitvoeringsvoorwaarden.

De programma's zijn georganiseerd vanuit de lokale basisgezondheid of welzijnszorg. Zij richten zich op het vergroten van kennis en vaardigheden die bijdragen aan de gezonde ontwikkeling van ouders, kinderen en gezinnen. Deze doelstelling houdt in het bevorderen van een positieve manier van opvoeden en/of het voorkomen van kindermishandeling. De nadruk ligt meer op het voorkomen van problemen en versterken van de zelfredzaamheid, dan op het compenseren of opheffen van bestaande tekorten. De theoretische basis wordt gevormd door een combinatie van sociale leertheorie, ecologische theorie en gehechtheidstheorie. Werving vindt vooral plaats onder de meest kwetsbare doelgroepen, zonder uitsluiting van andere gezinnen. De programma's die in dit kader relevant zijn betreffen het Nurse Home Visitation Program, het Hawaï Health Start Program en het Safe Care project. Verslavingen zijn geen uitsluitingscriterium voor deze programma's. Voor alle programma's geldt dat deelname vrijwillig is, behalve bij Safe Care waar deelname verplicht is wanneer mishandeling is geconstateerd. Effectiviteit

komt volgens Kooijman en Zwikker tot stand dankzij de volgende kenmerken. Qua vorm gaat het om:

- een aanbod door huisbezoeken
- aanvang voor of direct na de geboorte van het kind
- vrijwillige deelname
- gerichte selectie en proactieve werving de doelgroep
- contactfrequentie in het begin hoog, daarna afnemend
- gestandaardiseerde peiling van wensen en behoeften van de ouders
- flexibele duur
- goede inbedding in lokale voorzieningen
- veel aandacht voor selectie, training en begeleiding van de huisbezoekers

Qua inhoud gaat het om:

- een doelgroep waar sprake is van meerdere kenmerken die de kans op kindermishandeling doen toenemen
- meervoudige inhoud: ouder-kindrelatie, materiële vragen, sociaal netwerk en empowerment
- meervoudige methoden: informatie, ondersteuning, 'modeling', begeleidde verwijzing
- een flexibel, vraaggestuurd aanbod; toenemend intensief bij complexere vragen
- gericht op de zowel moeders als belangrijke anderen in haar directe omgeving
- goede relatie tussen gezin en hulverlener
- periodieke peilingen van de ontwikkeling bij ouders en kind.

De kenmerken van deze programma's komen voor een deel tegemoet aan de eisen die vanuit de literatuur over kinderen van verslaafde ouders zijn beschreven. Het zijn (intensieve) interventies waarbij veel probleemgebieden aangepakt worden op een wijze die kenmerkend is voor casemanagement. Deze aanpak lijkt het meest op een combinatie van *Assertive Community Treatment* of *intensief casemanagement* en het *Strength model*. Op onderdelen vertonen de programma's overeenkomsten met diverse voorbeelden van Nederlandse praktijk zoals die terug te vinden zijn in ambulante en residentiële gezinsbehandeling, bijvoorbeeld van de Hadok (Fox-Gorter, 1998 in Derluyn, 2000) of de Herberg (zie Sproet, z.j.) of buiten het circuit van de verslavingszorg de intensieve hulp-aan-huis projecten. Diverse verschillen en overeenkomsten komen naar voren bij de beschrijving van de programma's te voorkomen van kindermishandeling van Kooijman en Zwikker.

Het lijkt de moeite waard na te gaan in hoeverre de werkzame elementen van gezinsgerichte verslavingspreventie en integrale ondersteuningsprogramma's te gebruiken zijn bij de vormgeving van casemanagement gericht op kinderen van verslaafde ouders. De hier beschreven programma's gaan dan in de richting van de eerder genoemde combinatie van *Assertive Community Treatment* of *intensief casemanagement* en het *Strength model*.

## 6. Conclusie literatuurstudie casemanagement

Uit de literatuur blijkt duidelijk dat de risico's voor kinderen van verslaafde ouders groot zijn. Dat onderschrijft het belang van aandacht voor deze doelgroep. Een algemene omschrijving van de doelgroep waarin duidelijk is welke kinderen in welke situatie precies welke risico's lopen en welke interventies daarbij gepast zijn, is niet goed mogelijk. Wel is duidelijk uit dat de risico's, maar ook de beschermende factoren, goed in kaart gebracht kunnen worden met een nauwgezette beschrijving van de sociale situatie en individuele problematiek. Het gaat om individuele gegevens betreffende verslaving rond de geboorte en betreffende de cognitieve en emotionele ontwikkeling van het kind, ouderschapstaken en sociale steun. De gevolgen voor kinderen van verslaving aan alcohol naast die van drugs, en mogelijke combinaties, komen nadrukkelijk uit de literatuur naar voren. Op basis daarvan kunnen interventies geïndiceerd worden.

Dat is mogelijk, zo blijkt uit de literatuur, als aan een aantal voorwaarden voldaan wordt.

Wat betreft de doelgroep geldt dat:

- de kinderen en ouders bereikt worden
- zij bereid zijn mee te werken

Wat betreft methoden en instituties geldt dat

- een actieve benadering van de doelgroep van belang is
- de diagnostische methoden beschikbaar zijn
- de diagnostische methoden kunnen worden toegepast
- interventies beschikbaar zijn en
- kunnen worden uitgevoerd
- de betrokken deskundigen en de instituties zijn bereid 1 t/m 5 uit te voeren.

De geschetste voorwaarden voor beschrijving en interventie kunnen uiteraard alleen toegepast worden als daarvoor adequate voorzieningen zijn.

Het is vooralsnog niet duidelijk of en welke vormen van casemanagement effectief zijn. Als het gaat om een richting dan komen drie opties naar voren.

1. De eerste optie is de uitwerking van *Assertive Community Treatment* of *intensief casemanagement* voor deze doelgroep waarbij intensieve samenwerking met de hulpverlening plaats vindt. Deze vorm levert enige resultaten op in studies rond kinderen van verslaafde ouders en in de geestelijke gezondheidszorg. Bij beide vormen van casemanagement wordt gezorgd voor:

- hulpverlening rond alcohol- of druggebruik van de ouder,
- het voorzien in basisvoorzieningen als wonen, financiën en werk
- ondersteuning bij het verbeteren van de gezinsrelaties
- het voorzien in basisvoorzieningen voor de kinderen, vanuit somatisch, psychologisch (emotioneel en cognitief), sociaal en pedagogisch opzicht.

Dit zou aangevuld moeten worden met diagnostiek en interventies rond de cognitieve en emotionele ontwikkeling van de kinderen.

2. De tweede optie houdt uitwerking van het *Strength model* in waarin de aanwezige positieve kwaliteiten ondersteund en benut worden.

Bij deze opties is het de moeite waard programma's te betrekken waarbij de nadruk meer ligt op opvoedingsproblematiek en intensieve hulpverlening. Voorbeelden hiervan zijn te vinden in de ambulante en residentiële gezinsbehandeling, gezinsgerichte verslavingspreventie en integrale ondersteuningsprogramma's. Van de gezinsgerichte verslavingspreventie is één programma beschreven voor gezinnen waar (één van) de ouders verslaafd is. De integrale ondersteuningsprogramma's richten zich op diverse vormen van kwetsbare gezinnen, waaronder gezinnen met verslavingsproblematiek. Deze programma's sluiten aan bij de voorwaarden voor interventies voor de doelgroep en hebben op deelgebieden bewezen meerwaarde.

## Deel 2 Praktijkinventarisatie

### 1. Opzet van de inventarisatie

In de inleiding (zie deel 1) is het doel van de praktijkinventarisatie geformuleerd: beter zicht te krijgen op de huidige praktijken van casemanagement in Nederland. Daarbij zijn vragen aan de orde als: hoe ziet de onderbouwing van de praktijk eruit, hoe ziet de werkwijze eruit, wat zijn verschillen en overeenkomsten tussen de diverse praktijken, wat zijn sterke en zwakke kanten en wat ten grondslag ligt aan de huidige, beperkte spreiding. Aan het eind van deel 2 komen conclusie aan bod.

Middels een inventarisatie uit de helpdesk van het LSP hebben wij geïnventariseerd waar praktijken van casemanagement betreffende kinderen van verslaafde ouders in Nederland te vinden waren. In totaal zijn 15 adressen verzameld van mogelijke casemanagement activiteiten of initiatieven rond kinderen van drugsverslaafde ouders (afgekort KDO) of kinderen van verslaafde ouders (KVO)<sup>6</sup> waarbij de regie bij verslavingszorg, geestelijke gezondheidszorg, GGD'en of Bureau Jeugdzorg (of door de instellingen gedeeld) ligt. Daarnaast zijn initiatieven geïnventariseerd die overlegvormen inhouden die (mogelijk) in de richting van casemanagement gaan. Deze laatste zijn vooral bekend via de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling (AMK'en). Hiervoor zijn 13 adressen van AMK'en aangeschreven. De eerste interesse gaat naar de KVO initiatieven uit en deze praktijken worden beschreven. In regio's waar deze niet uitgevoerd worden zijn de gegevens van de AMK'en gebruikt.

Al deze instellingen hebben begin 2002 een vragenlijst ontvangen. Met deze vragenlijsten (zie bijlage) inventariseren wij de opzet van het aanbod (doelstelling, doelgroep, financiering, aard van programma, aantal casussen), de samenwerking en enkele kenmerken van de werkwijze en organisatie (wie heeft de regie, wat is de formatie, wordt er gewerkt met protocollen).

Met vijf respondenten die de vragenlijst invulden, hebben wij interviews gehouden waarin uitgebreider over de organisatie en werkwijze is gesproken (zie bijlage).

Tot slot hebben wij een documentenanalyse gemaakt van de diverse praktijken van casemanagement. De resultaten van de vragenlijsten, de interviews en de documentenanalyse combineren wij in dit deel van de rapportage. Op grond van deze gegevens in combinatie met de gegevens van de literatuur studie komt een slotconclusie en aanbevelingen aan bod.

#### De opzet van en respons op de vragenlijst

De vragenlijst is in drie onderdelen verdeeld: hoe ziet de opzet van het aanbod eruit, hoe ziet samenwerking eruit en hoe is het casemanagement vorm gegeven. Hierbij zijn gesloten categorieën van vragen gebruikt (zie bijlage). Daarnaast is gevraagd beschrijvingen van de activiteiten en samenwerkingsafspraken, protocollen en taakomschrijvingen mee te sturen.

Van 14 praktijken (KVO en overleggen) (50%) hebben wij een vragenlijst terug ontvangen. Dat betreft zeven casemanagement activiteiten en zeven overlegvormen.

---

<sup>6</sup> In het navolgende spreken wordt de afkorting KVO gebruikt voor casemanagement activiteiten gericht op kinderen van alcohol- en/of drugsverslaafde ouders.

Bij de overlegvormen heeft het AMK zes keer de regie heeft en één keer ligt de regie bij een GGD. Documenten zijn door acht praktijken opgestuurd.

Van de overige acht casemanagement activiteiten kan het volgende gemeld worden. In één geval is geen vragenlijst ontvangen maar wel documentatie. In een tweede geval bleek de activiteit in één stad onderdeel te zijn van een vestiging elders. In een derde geval meldde de instelling dat het project eerder is stopgezet en een overlegvorm resteert; in een vierde geval bleek er geen casemanagement praktijk te functioneren. In een vijfde geval is er (op dit moment) sprake van overleg ondergebracht bij het AMK. Van één casemanagement praktijk ondergebracht bij een AMK bleek het project per 1-1-2001 stopgezet. Van twee casemanagement praktijken is niet bekend of en hoe zij functioneren. Het beschikbare materiaal betreft dus 15 functionerende praktijken.

#### De opzet van de interviews

De interviews hebben een vergelijkbare opzet als de vragenlijst (zie bijlage) met het doel meer in detail en op basis van praktijkervaringen zicht te krijgen op het functioneren van de verschillende casemanagement praktijken en één overlegvorm. Naast algemene informatie over de opzet van de activiteiten zijn de onderwerpen samenwerking en invulling van de rol van casemanager besproken. Er zijn vijf interviews gehouden. De selectie van deze respondenten is gemaakt op grond van spreiding over het land, regie bij verschillende organisaties (verslavingszorg of GGD), diversiteit qua omvang van activiteit en de vorm (casemanagement praktijk of overlegvorm). De geïnterviewden geven allen leiding aan de activiteiten.

Van drie instellingen hebben wij aanvullende schriftelijke informatie ontvangen, waarvan er twee gedeeltelijk al middels de vragenlijst in ons bezit waren.

## 2. Resultaten

De verschillende vragen en antwoorden uit de vragenlijsten en de interviews hebben in combinatie met de documentenanalyse tot onderstaande resultaten geleid. Bij de diverse voorbeelden die onder de diverse onderdelen genoemd worden is niet gestreefd naar een uitputtende opsomming van alle instellingen.

### 2.1 Doelstellingen op cliëntniveau en instellingsniveau

De doelstelling van het aanbod wordt op verschillende manieren beschreven en valt in de meeste gevallen uiteen in twee globale doelstellingen:

- het zorg dragen dat kinderen van verslaafde ouders voldoende basiszorg ontvangen van hun ouders en zo nodig zorg van professionals
- het verbeteren van samenwerking tussen (de vele verschillende) relevante instellingen.

De eerste doelstelling varieert in de mate van precisering en loopt uiteen van het beperken van zuigelingensterfte tot het voorkomen van (niet nader omschreven) ernstige problematiek van de kinderen.

In de beschrijvingen gaat het om vrijwillige hulpverlening, waarbij het uitgangspunt is dat de ouders voor de kinderen zorgen voorzover dat mogelijk en verantwoord is. De medewerking van en samenwerking met de ouders staat centraal, terwijl de focus op de gezondheid en het welzijn van de kinderen gericht is.

### 2.2 Gevarieerde doelgroep qua problematiek, focus op jonge kind

Het gaat om kinderen van verslaafde ouders. In zes praktijken wordt alleen gesproken over ouders met drugsverslaving; in vijf gevallen van ouders met alcohol- of drugsverslaving, in drie gevallen van verslaving. Twee praktijken zijn, naast één van de hiervoor genoemde groepen, ook gericht op kinderen van ouders met psychiatrische problemen (Bureau basiszorg Den Haag, Basiszorgcoördinatie Leiden). Beide leggen het accent op psychiatrische problematiek.<sup>7</sup>

De leeftijdsgrenzen van de praktijken verschillen. Sommige richten zich (alleen) op de periode voor en na de zwangerschap en betreffen alleen het ongeboren of zeer jonge kind. Er zijn ook praktijken die de zorg uitstrekken tot 18-jarigen. Veelal ligt de focus op jonge kinderen tot ongeveer zeven jaar. Bij één praktijk is er een tweedeling in een protocol rond zwangerschap bij drugsverslaving en een praktijk gericht op kinderen van 6-16 jaar met name rond alcoholverslaving (Friesland).

### 2.3 De aard van het aanbod: van overleg tot casemanagement

---

<sup>7</sup> Basiszorg coördinatie kwetsbare kinderen in Leiden heeft zich qua werkwijze georiënteerd op Basiszorg coördinatie Den Haag en het Amsterdamse KDO bureau en werkt voor kinderen van verslaafde ouders samen het project Kwetsbare kinderen in Den Haag).

De aard van het aanbod dat geïnterviewd is, is divers. Dat blijkt uit de benaming. In vier gevallen betreft het een overleggroep. In andere praktijken gaat het om casemanagement door een casemanager waarbij signalering, screening, het volgen en organiseren van gewenste of noodzakelijk hulp en ondersteuning beschreven staan en taken van de betrokkenen zijn vastgelegd.

De overlegvormen kunnen in de richting van het makelaarsmodel van casemanagement gaan als er zorg gedragen wordt voor het vervullen van de basisfuncties van casemanagement.

Bij casemanagement kan het, zo bleek in de literatuurverkenning, om verschillende vormen van casemanagement gaan. Deze vormen zijn in de huidige praktijk niet nader gedifferentieerd naar verschillende modellen. Veelal wordt gerefereerd aan een makelaarsmodel. In de meeste gevallen (bijvoorbeeld in Den Haag, Leiden, Amsterdam) zijn de casemanagers niet de hulpverleners van de ouders of de kinderen. In één geval (Friesland) zijn de casemanagers hulpverleners van de ouder.

Wat betreft het model van werken komen uit de interviews en beschrijvingen een beperkt aantal antwoorden naar voren: model uit de V.S., een cognitief model en een systeem model. Diverse keren wordt het Amsterdamse model genoemd; de Amsterdamse praktijk baseert zich op het makelaarsmodel uit de V.S., zoals dat begin jaren tachtig is beschreven.

#### Doel van casemanagement

De casemanagement praktijken zijn er op gericht basiszorg voor de kinderen te realiseren. In grote lijnen komen de beschikbare beschrijvingen van standaarden over de basiszorg overeen (zie het voorbeeld in de bijlage I). Bij deze basiszorg kan de nadruk liggen op onderdelen die nader gedefinieerd zijn, bijvoorbeeld een protocol rond zwangerschap.

Wat er verder naast de basiszorg plaats vindt, hoe en op welke terreinen aanvullende zorg of hulpaanbod geboden wordt, is divers. Op sommige plaatsen is bijvoorbeeld preventieve zorg voor oudere kinderen aanwezig, op andere niet.

#### Doel van overlegvormen

De overlegvormen richten zich op de coördinatie, c.q. afstemming van de diverse samenwerkingspartners teneinde specifieke hulp, veelal rond de geboorte (Almelo, Sittard, Breda), of basiszorg (Rotterdam) te regelen. Afhankelijk van de precieze invulling kunnen deze overleggen dicht aanliggen tegen de casemanagement praktijken of borg staan voor een strikt omschreven deel van te realiseren basiszorg (het meest voorkomende rond de zwangerschap).

## 2.4 Werkwijze van casemanagement

### Coördinatie

De centrale functie van de praktijken is coördinatie van de zorg voor ouder en kind. Dat houdt in contact leggen met diverse hulpverleners, in de eerste plaats de hulpverleners van de ouder, waar de eerste ingang gevonden wordt om kinderen te signaleren en vervolgens de eventuele problemen rond (de zorg voor) de kinderen. Daartoe functioneert altijd een centraal overleg met de diverse partners. De frequenties van de overleggen variëren. Bij één van de overlegvormen (Sittard) is dat

éénmaal per jaar, bij andere zijn dat veelal maandelijkse bijeenkomsten (bijvoorbeeld in Friesland, Rotterdam).

#### Van aanmelding tot evaluatie

In grote lijnen komt de werkwijze van casemanagement praktijken er op neer dat één van de partners van het samenwerkingsverband van de praktijk aanmelding doet van een cliëntstelsel (de ouder(s) het kind of de kinderen) bij het centrale coördinatiepunt. Daar vindt een eerste beoordeling plaats of dit cliëntstelsel tot de doelgroep behoort. Vervolgens licht de verantwoordelijke betrokken hulpverlener of de casemanager de cliënt voor over de casemanagement praktijk. Dat gebeurt of bij een instelling of bij de cliënt thuis. Vervolgens wordt de toestemming van de cliënt tot deelname overeengekomen en schriftelijk vastgelegd. Daarna volgt een gezinsgesprek. Dit eerste gesprek vindt veelal bij de cliënt thuis plaats. Daarin vindt beoordeling van de basiszorg plaats. Op grond van deze beoordeling stellen de casemanager en de cliënt werkafspraken en doelen vast. Vervolgens worden de werkafspraken en doelen definitief schriftelijk vastgelegd in een werkplan of behandelplan waaraan een evaluatie is gekoppeld met een van tevoren afgesproken tijdsplan. In een daaropvolgend stadium zorgt de casemanager samen met de cliënt of het cliëntstelsel voor de benodigde ondersteuning en zorg.

Per praktijk verschilt het welke informatie in welke fase precies wordt in gewonnen. In de beginfase kan al voor de melding op het centrale overleg (Rotterdam) een uitgebreide signalering zijn ingevuld of een latere fase kan bijvoorbeeld een nadere inschatting van de competentie van de ouders en het functioneren van kinderen plaatsvinden. Hetzij door de casemanager hetzij door een samenwerkingspartner. De casemanager kan rechtstreeks een beroep doen op een samenwerkingspartner of op het centrale overleg is overeengekomen dat een samenwerkingspartner een onderdeel uitvoert.

#### Beoordeling basiszorg

Niet duidelijk is hoe precies de basiszorg beoordeeld wordt, hoe de competenties van de ouders en het functioneren van de kinderen ingeschat worden, met welke instrumenten en of deze instrumenten gevalideerd zijn. Een recent evaluatieonderzoek naar Bureau Basiszorg Den Haag ( Wansink, 2002) bepleit de belangrijkste problemen in de basiszorg nader te onderzoeken: onvoorspelbaarheid en sensitiviteit van de opvoeder, structuur in de opvoeding en dagritme, en activiteiten buitenshuis.

#### Voorselectie

De beschrijvingen zijn duidelijk over het centrale proces van de verschillende praktijken. Een cruciaal punt is de voorselectie door de samenwerkingspartners. In één van de procedurebeschrijvingen (Rotterdam) wordt 'een kind of zwangerschap wordt aangemeld middels een signaleringsformulier'. In dit geval betekent het dat de cliënt toestemming geeft voor bespreking in het cliëntoverleg. In een andere beschrijving (Brijder stichting) wordt deelname aan het project dringend geadviseerd aan alle verslaafde ouders. Het is dus niet eenduidig welke criteria aangelegd worden in deze voorfase. De voorfase is cruciaal om zicht te krijgen op de (totale) doelgroep en welke methoden ter beschikking staan deze te bereiken. In één van de aanbevelingen (project Kwetsbare kinderen, Den Haag) komt het belang van dit punt aan de orde.

Het eerder aangehaalde onderzoek (Wansink, 2002) geeft als aanbeveling de gebruikte methodiek te verhelderen wat betreft het zorgaanbod dat geboden wordt, de achtergrond of reden voor inzet ervan en wat de effecten op het gezin zijn.

#### Registratie

Een centrale functie is de registratie van de cliëntsystemen. Deze vindt bij de regisserende instelling plaats. De functie van registratie is het krijgen en houden van overzicht van de cliëntsystemen en afhankelijk van de precieze vormgeving ook voor tussentijdse controle, evaluatie en rapportage. Alleen die cliëntsystemen die op vrijwillige basis participeren in de casemanagement praktijken komen in het registratiesysteem. Cliëntsystemen die niet meedoen worden niet geregistreerd. Zij worden in een aantal gevallen elders gemeld (zie melding bij tekort schieten basiszorg).

#### Consultatie en advies aan andere hulpverleners

Een belangrijke functie is het geven van consultatie en advies aan andere hulpverleners. Dit belang heeft te maken met

- het signaleren of volwassen cliënten kinderen hebben
- het maken van een globale inschatting van de gezinssituatie
- het motiveren van ouders deel te nemen aan de casemanagement praktijk of de voorgestelde werkwijze volgens een protocol.

De praktijken besteden hier op verschillende manieren aandacht aan. Soms wordt dit alleen genoemd en in een enkel geval (Kwetsbare kinderen, Den Haag) uitgebreid beschreven.

#### Melding bij tekort schieten basiszorg

De beschikbare beschrijvingen verschillen in duidelijkheid over wat er gebeurt als de centrale doelstelling, het uitvoeren van de geprotocolleerde zorg of zorgdragen voor basisvoorwaarden, niet gerealiseerd wordt. In alle gevallen wordt gesproken over vrijwillige deelname. In een aantal beschrijvingen (Rotterdam, Bureau Basiszorg, Den Haag) is vastgelegd dat melding plaats vindt bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) of Raad voor de Kinderbescherming (RvK) wanneer niet wordt voldaan aan de centrale doelstelling dat voorzien wordt in voldoende basiszorg, of bij (vermoeden van) kindermishandeling of een levensbedreigende en/of spoedeisende situatie voor het kind. Dat is ook in het geval dat er bemoeienis is van de casemanagement praktijk.

## 2.5 Protocollering

De mate van protocollering hangt over het algemeen samen met de praktijkvorm. Bij de overlegvormen zijn veelal hulpverleningsprotocollen vastgesteld en bij casemanagement praktijken zijn protocollen voor casemanagers vastgesteld. In 10 praktijken is sprake van protocollen. De protocollen bij casemanagement kunnen uitgesplitst zijn naar deelprotocollen zoals een protocol rond zwangerschap. Deze protocollen kunnen ook tot stand komen middels overlegvormen.

In diverse beschrijvingen komt de beginfase van de wijze waarop het cliëntstelsel in de casemanagement praktijk instroomt uitgebreid in beeld. Zo zijn er stroomschema's ontwikkeld (bijvoorbeeld Brijder stichting, Basiszorg kwetsbare

kinderen Leiden, Bureau basiszorg Den Haag), en diverse signaleringsinstrumenten en/of intakeformulieren (bijvoorbeeld van de Brijder stichting). Ook is er een beschrijving van de methodiek voor de verschillende onderdelen (Bureau basiszorg Den Haag) of is er een fasering in het gehele proces. Daarin wordt onderscheid gemaakt in fase 1 signalering, screening, motivering, fase 2 intake in KVO praktijk en feitelijke screening van de kinderen en fase 3 preventieactiviteiten (KVO Friesland). De eerste fase vindt in de verslavingsinstelling plaats, de tweede fase verricht Jeugdzorg Friesland en de derde fase GGZ Jeugd. Na melding door één van de betrokken instellingen van een cliëntstelsel vindt kennismaking, uitleg van de doelstelling van de casemanagement praktijk en toestemming plaats. Vervolgens vindt een inventarisatie plaats en wordt nagegaan waaruit een plan van aanpak kan bestaan waarin afspraken staan en de datum en wijze waarop gecontroleerd wordt of de afspraken uitgevoerd of nagekomen zijn. In hoeverre gecontroleerd wordt of de benodigde basiszorg gegeven wordt is uit het beschikbare materiaal niet eenduidig af te leiden. In de beschrijving van één van de praktijken (Amsterdam) wordt de basiszorg gecontroleerd vanaf het moment dat kennis is gemaakt met het gezin. In een andere praktijk (Friesland) is in de beschrijving niet duidelijk wat er gebeurt als een gezin niet meewerkt aan de KVO praktijk. Uit het interview blijkt wel dat melding bij het AMK plaats vindt als het fout loopt met een kind.

Een apart punt is de registratie van cliëntsystemen. Het gaat om de centrale registraties van cliëntsystemen. In een aantal gevallen wordt dit systeem gebruikt als cliëntvolgsysteem waarin afspraken en evaluaties zijn vastgelegd (een voorbeeld is Rotterdam). Dat stelt eisen aan de opbouw en het beheer, zoals het voldoen aan de Wet persoonsregistraties. Uit één beschrijving is een uitgebreid reglement beschikbaar (Rotterdam).

Van overige overlegvormen is minder bekend over de mate van vastlegging van cliënt gegevens.

Van een aantal praktijken zijn folders beschikbaar voor ouders en verwijzers waarin de doelstelling en werkwijze globaal wordt beschreven.

## 2.6 Brede samenwerking

Zonder uitzondering is er in alle beschreven praktijken sprake van uitgebreide samenwerking. De samenwerking bestaat op cliëntniveau minimaal uit overleg tussen de samenwerkingspartners waarin handelingsafspraken middels protocol vooraf zijn vastgelegd of waarin al naar gelang de screening op maat naar oplossingen of hulp gezocht wordt. In één voorbeeld is er sprake van 12 categorieën zorginstellingen of hulpverleners waarmee in verschillende intensiteiten samengewerkt wordt (Amsterdam, zie bijlage tabel 11).

In de reguliere cliëntoverleggen, hetzij in de casemanagement praktijken hetzij in de overlegpraktijken, nemen veelal dezelfde kernpartners deel. Het gaat om verslavingszorg, AMK, Jeugdhulpverlening, ziekenhuis, GGZ afdeling Jeugd en/of Preventie. Andere samenwerkingspartners zoals thuiszorg, medisch kleuterdagverblijven en RvK kunnen uitgenodigd worden.

Er is uiteraard ook sprake van samenwerking daar waar de praktijk een gezamenlijk beleid is geworden op initiatief van één van de partners. Het initiatief kwam, blijkt uit

de interviews, van uiteenlopende partners van het uiteindelijke samenwerkingsverband. Genoemd zijn: CAD, AMK, RvK en GGZ, afdeling Preventie

## 2.7 Wie heeft de regie?

Uit de divers gegevens blijkt dat bij vijf praktijken de regie bij de verslavingszorg ligt, in vier plaatsen bij het AMK. In drie gevallen is de GGD verantwoordelijk, bij twee casemanagement praktijken en één overlegpraktijk. In één praktijk is de GGD gezamenlijk met ggz-preventie verantwoordelijk. In één overlevorm is de verslavingszorg verantwoordelijk voor de beleidsregie en het AMK voor de inhoudelijke kant. Bij een andere overleg praktijk is het AMK verantwoordelijk bij de aanmelding en wordt vervolgens de regie overgedragen aan of hulpverleners of casemanagement praktijken in de regio.

De consequentie van de verschillende soorten instellingen die de regie voeren ligt in de invalshoek. Gaat het om de zorg voor en problematiek van het kind (gaat het om preventieve zorg voor de kinderen, om curatieve zorg of betreft het kindermishandeling) of staat de ouder als cliënt (van de verslaafdenzorg) centraal? De naam van de regievoerende instantie kan bijdragen aan de beeldvorming bij de doelgroep. Bij de GGD staat de zorgrelatie van één van de betrokkenen niet direct op de voorgrond. Bij het AMK is de (dreigende) mishandeling of verwaarlozing de centrale focus en verwijst de naam van de instantie daar uitdrukkelijk naar. Bij de verslavingszorg staat in eerste instantie de verslaafde ouder als cliënt centraal. Bij de Jeugdzorg is de eerste ingang het kind als cliënt of eventueel de opvoedingsproblematiek van de ouder. In deze laatste twee gevallen vindt om een (gedeeltelijke) verschuiving plaats van de focus van de problemen van de centrale cliënt naar problemen van het gezin als geheel of problemen van andere gezinsleden. Dat de plaats van regie niet eenvoudig te bepalen is blijkt bij verschillende instellingen waar de regie of verdeeld is (Friesland, Helmond) of in de loop van de tijd wisselend bij verschillende instellingen is ondergebracht (KDO Arnhem).

## 2.8 Financiering

Financiering is zeer divers. Dat betreft zowel de bron als de duur. Van reguliere financiering is sprake in zeven gevallen. In die gevallen betreft het financiering uit een combinatie van gelden van de gemeente, de provincie, de AWBZ, via de Welzijnswet, de Wet op de Jeugdhulpverlening of niet nader aangeduide permanente projectfinanciering.

In twee gevallen is er tijdelijke financiering uit (een combinatie van) projectsubsidies en middelen van betrokken instellingen.

Afhankelijk van de taakstelling van de overlevormen is financiering niet aan de orde als deelname uit eigen middelen komt.

## 2.9 Status van de casemanagement praktijken

#### Regulier of tijdelijk

Zoals bij financiering bleek behoort een aanzienlijk deel van de praktijken tot een regulier aanbod of een reguliere overlegvorm. Hoe lang deze reguliere praktijken bestaan is niet geïnventariseerd. Bekend is dat de oudste praktijk uit 1984 (GG&GD Amsterdam) stamt, eerst als project en na twee jaar op reguliere basis. De tijdelijke projecten lopen kans weer te eindigen. Het meest recent opgezette project is in 2000 gestart (Leiden).

#### Functie en functieomschrijving

Diverse praktijken beschrijven hun functie apart. De benamingen die naar voren komen lopen uiteen van het zorgen voor een hulpaanbod basiszorg, het bieden van gezinsbegeleiding, het creëren van overleg en centrale melding tot het uitoefenen van een coachende functie.

Van twee projecten is een functieomschrijving van de basiszorgcoördinator bekend (GG&GD Amsterdam, Bureau Basiszorg Den Haag). Van deze twee zijn ook profielen van de casemanager beschikbaar.

#### Taken en taakomschrijving

Een aantal praktijken hebben uitgebreid beschreven wat hun taken zijn. Dat zijn taken behorend bij de organisatie van de casemanagement praktijk of taakomschrijvingen van de medewerkers. Opvallend is de veelheid van interne taken die binnen één praktijk (Kwetsbare kinderen Den Haag) aan de orde komen om de hulpverleners die als eerste met de cliënt-ouders in aanraking komen voor te lichten en vaardigheden bij te brengen. Daarnaast ziet deze praktijk het ontwikkelen van divers voorlichtingsmateriaal voor ouders en kinderen als zijn taak.

Van één project is de taakomschrijving van de projectcoördinator gegeven (Friesland) en van één project de taakomschrijving van de basiszorg coördinator.

#### Positie

De casemanagers zijn, voor zover achterhaald, gepositioneerd bij de regisserende instelling. Verder verlenen de casemanagers zelf geen hulp aan ouders of kind, met uitzondering van de praktijk in Friesland en van de Brijder stichting waar de casemanagers de hulpverleners van de ouders zijn.

#### Bevoegdheden

Formele beschrijvingen zijn niet beschikbaar. Uit de aard van de functie van casemanager, gaat het meer om een aansturingsfunctie dan een functie met behandelverantwoordelijkheid of een lijnfunctie met aanwijzingsbevoegdheid of een formele positie met plaatsingsbevoegdheid. In meer informele zin gaat het om de bevoegdheid om knelpunten, tekorten in het zorgaanbod of tekortschieting in het nakomen van afspraken aan de orde te stellen.

#### Formatie

Bij overleggen is veelal geen sprake van vrijgemaakte casemanagement uren, behalve voor de centrale coördinatie; bij één overleg gaat het om een variërende formatie van 16-24 uur (GGD Rotterdam) bij een ander om één uur.

Bij de casemanagement praktijken is van de grotere de beschikbare formatie bekend en deze loopt uiteen van 36 – 110 uur per week (zie tabel in bijlage).

#### Aantal casussen

Het aantal casussen dat gevolgd wordt loopt sterk uiteen. Zes praktijken, veelal de overlegvormen, volgen minder dan 40 casussen (van zeven tot 40); zes praktijken, waaronder één goed ondersteunde overlegvorm (GGD Rotterdam) volgen tussen de 40 en 80 casussen, één praktijk volgt 160 gezinnen (KDO Arnhem) en één 350 gezinnen (GG&GD Amsterdam).

#### Deskundigheidsbevordering andere en eigen medewerkers

Voor het op het spoor komen van verslaafde ouders met kinderen is het van belang dat de hulpverleners die het eerst met deze ouders in aanraking komen, de gezinssituatie signaleren en melden in de casemanagement praktijken. Behalve voorlichting over de praktijken blijken er diverse knelpunten te liggen. Dat betreft kennis en vaardigheden om in de eigen praktijk met de ouders en de kinderen overweg te kunnen. Deze kunnen vergroot worden middels deskundigheidsbevordering, zoals voorlichtingsbijeenkomsten en trainingen. In de evaluatie van het project Kwetsbare kinderen van Parnassia wordt hier veel aandacht aan besteed.

#### Evaluatie op activiteiten niveau

In diverse beschrijvingen komt de evaluatie op activiteitsniveau ter sprake. Dit hangt samen met het gegeven dat veel praktijken samenwerkingspraktijken zijn en/of tijdelijke financiering kennen. Evaluatie op dit niveau wordt dan dikwijls aan een stuurgroep en/of financiers gerapporteerd. Naar één praktijk is zeer recent een evaluatieonderzoek gedaan (Wansink, 2002).

Uit de interviews blijkt dat de implementatie van de activiteiten zeer uiteenlopend kan verlopen. In één situatie wordt gesproken over een breed draagvlak dat probleemloos verliep (Bureau Basiszorg Den Haag); in een ander geval is implementatie buitengewoon lastig verlopen (GG&GD Amsterdam) omdat aanvankelijk geen instelling gegevens wilde doorgeven. Bij een derde praktijk blijkt het (eenvoudige) protocol (rond zwangerschap) goed te werken en het bredere traject vooral lastiger te zijn (Friesland).

## 2.10 Toekomst

#### Kansen en bedreigingen

Uit drie interviews komt met name de vermindering van de instroom als bedreigend naar voren gezien. De achtergrond van de verminderde instroom kan verminderde problematiek zijn, andere instellingen die zich op zorgcoördinatie gaan richten of verminderd draagvlak van de instellingen. Een kans op zich en om de hiervoor genoemde bedreiging te keren is de instroom te verbreden naar alle vormen van verslaving. Het creëren van voldoende draagvlak bij bijvoorbeeld leidinggevenden en een helder protocol (voor bijvoorbeeld huisartsen) dragen bij aan kansen voor casemanagement. Alle geïnterviewden zien de noodzaak van voldoende draagvlak. In de projectevaluaties van de twee Haagse projecten komen deskundigheidsbevordering, protocolleren, het creëren van voldoende draagvlak, en een neutrale maar gezaghebbende status naar voren. Benadrukt wordt dat het preventieve karakter van de interventie gewaarborgd wordt. Een opdracht die kan

verdwijnen als casemanagement aan curatie (in het voorbeeld Bureau Jeugdzorg) wordt gekoppeld.

#### Financiering

Financiering hoort uiteraard bij een toekomstperspectief. Hier is al eerder aandacht voor geweest. Enerzijds wordt wat dat betreft aansluiting gezocht bij de financiering van de kernpartners en de wijze waarop zij gefinancierd worden, anderzijds wordt gekeken naar de wettelijke beleidsmatige kaders. Naast de eerder genoemde AWBZ, de Welzijnswet, de Wet op de Jeugdzorg, de Wet op de collectieve Preventie worden gemeentefinanciering en OGGZ- gelden genoemd.

In hoeverre is standaardisatie wenselijk en wil de betrokken instelling bijdragen

De geïnterviewden geven allen aan dat standaardisatie gewenst is, mits dit niet te rigide gebeurt. Zij zijn bereid op één of andere manier hieraan bij te dragen. Daarbij wordt gepleit voor enige flexibiliteit en het belang om randvoorwaarden goed te regelen.

Het gaat bij standaardisering om alle onderdelen van het kernproces van casemanagement als om draagvlak en samenwerkingszaken.

#### Ondersteuningswensen

Zes instellingen noemen deskundigheidsbevordering (waaronder signalering voor verschillende beroepsgroepen). Daarnaast zijn wensen omtrent een (tweejaarlijks, intergemeentelijk) overleg van casemanagement praktijken driemaal genoemd, evenals methodiekontwikkeling (waaronder signalering). Een bijdrage rond protocollering, methodiekontwikkeling, benchmarking, onderzoek en ondersteuning van instellingen op afspraak werd elk eenmaal genoemd.

### 2.11 Waarde van de gegevens: beperkingen en aanvullingen

In de verantwoording van de gegevens verzameling is gebleken dat wij van een beperkt aantal praktijken een vragenlijst hebben terug ontvangen. Voor zover ons bekend was, zijn daarmee wel de grote en bekende praktijken in kaart gebracht. Van iets meer dan de helft van deze praktijken hebben wij een aantal documenten ontvangen. Wij veronderstellen dat er binnen de instellingen meer materiaal aanwezig is dat een nauwkeuriger omschrijving van de werkwijze kan geven. Wanneer er sprake is van een standaardisatie van werkwijzen van casemanagement praktijken dan is het de moeite waard deze informatie te achterhalen.

Casemanagement is gerelateerd aan ambulante zorg. Vandaar dat de gegevensverzameling zowel van de literatuur als van de praktijken op ambulante zorg gericht is. In de literatuurverkenning is een kort uitstapje gemaakt naar integrale gezinsondersteunende interventies. Deze integrale benadering wordt ondersteund door onderzoeksgegevens (Kroon, Franken Hendrik, 2000). De belangrijkste conclusie uit dit onderzoek is dat een combinatie van verslavings- en pedagogische zorg een zinvolle combinatie is, in dit geval bij een intramurale werkwijze. In hun aanbeveling benadrukken de onderzoekers het belang van goede diagnostiek van moeder en kind. Wat betreft de moeders heeft dat te maken met het veelvuldig voorkomen van psychiatrische problematiek (45 % van de cliënten had bij opname een psychiatrische diagnose en 75% heeft in haar leven een psychiatrische episode meegemaakt); bij de kinderen heeft dat te maken met het grote aantal verschillende

soorten problematiek (psychosociale, psychiatrische en somatische problemen en gedragsproblemen bij meer dan de helft van de kinderen). Ook anderen (Sproet e.a., z.j.; van der Kreeft e.a., 2002) ondersteunen de kracht van een integraal aanbod en veronderstellen dat de ambulante variant werkzaam kan zijn.

#### Europees project

In een publicatie naar aanleiding van een Europees project rond kinderen van verslaafde ouders wordt rond deze problematiek verwezen naar internationale verklaringen en afspraken rond de rechten van het kind en naar nationale wettelijke kaders.



## Conclusies

Wanneer de resultaten van de literatuur studie naar casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders gecombineerd worden met resultaten van de praktijkinventarisatie komen de volgende centrale punten naar voren.

### De problematiek

Uit de literatuurverkenning blijkt het aanzienlijke vergrote risico van kinderen van verslaafde ouders om problemen te ontwikkelen. Daarnaast gaat het om een aanzienlijke groep kinderen, waarbij er met name een onderschatting lijkt te zijn wat betreft de omvang en de ernst bij alcoholverslaving en –misbruik. In een groot aantal gevallen (50%, aangetoond in een klinische praktijk; (Kroon, Franken, Hendriks, 2000) gaat het om dubbele diagnostiek, dat wil zeggen verslavings- en psychische problematiek.

### De doelstelling

De doelstelling, het organiseren en garanderen van de continuïteit van basiszorg voor kinderen van verslaafde ouders, is gezien de ernst en omvang van de problematiek verantwoord. Wat deze basiszorg precies inhoudt en tot welke leeftijd dit gegarandeerd moet worden is nu zeer uiteenlopend. De vraag is of aansluiting bij internationale afspraken (VN en Europese Raad) en wettelijke kaders (Wet op collectieve preventie, Wet op de Jeugdzorg, Welzijnswet) mede een kader kan bieden.

### De doelgroep

Het gaat om het lichamelijke en psychische welzijn van de kinderen die door hun verslaafde ouder(s) worden opgevoed. In die zin richt de coördinatie van zorg zich op ouders en kind. De doelgroep varieert qua oriëntatie op leeftijdsfase (rond zwangerschap, 1-6, of ouder).

### De zorg

Het gaat om complexe problematiek waar diverse instanties bij betrokken zijn. Daarom zien veel regionale instellingen vanuit verschillende invalshoeken het grote belang van gecoördineerde zorg voor kinderen van verslaafde ouders.

### De regie

De regie kan zoals in de praktijk blijkt bij verschillende instanties of organisaties ondergebracht worden. Wie de regie uitvoert is minder belangrijk dan het belang om deze uit te voeren. Bij de regievoering gaat het wel om een centrale regie. Het is wenselijk daaraan een centrale registratie te koppelen om gezinnen te volgen en afspraken te kunnen nalopen.

### Vormen van gecoördineerde zorg

De praktijken van casemanagement zijn zeer uiteenlopend van overleg tot casemanagement zeer dicht tegen de hulpverlening aan. Onderzoek naar casemanagement in de geestelijke gezondheidszorg is niet eenduidig wat betreft de meeste effectieve vorm is. De lichtste vorm, overleg, beperkt zich veelal tot een deel van de problematiek (bijvoorbeeld medische zorg rond zwangerschap). Deze vorm is, mits goed geprotocolleerd, te beschouwen als een minimaal aanbod. In de ontwikkeling van casemanagement praktijken voor kinderen van verslaafde ouders

lijkt zich er geen aanmerkelijke ontwikkeling te hebben voorgedaan vergeleken met de situatie zoals die elf jaar geleden door Verstappen e.a. (1991) is beschreven. Er is aanzienlijke evidentie van de effectiviteit van integrale programma's voor (verslaafde) ouders en hun kinderen waarin zorg en hulp gecoördineerd en integraal gericht wordt op verschillende levensterreinen. Op dit punt is wel vooruitgang geboekt vergeleken met elf jaar geleden.

#### Protocollering

Protocolen zijn op deelterreinen aanwezig en worden gevolgd. Gezien de diversiteit van de praktijken ligt het niet voor de hand de algemene werkwijze te protocolleren. Wel lijkt het de moeite waard de protocollen op deelterreinen te vergelijken en de gedeelde uitgangspunten en aanwijzingen vast te leggen.

#### Landelijke dekking

Uit de inventarisatie blijft onduidelijk in hoeverre de uiteenlopende vormen van gecoördineerde zorg al dan niet systematisch over het land verspreid zijn en wat de achtergrond is van het (eventuele) ontbreken van activiteiten. Wat dit punt betreft lijkt er geen grote ontwikkeling te zijn vergeleken met de inventarisatie van Verstappen e.a. in 1991.

#### De diagnostiek en methodiek

De diagnostische middelen lopen in de praktijk situaties ver uiteen. Uit de literatuur blijkt het belang ervan, met name rond de cognitieve en emotionele ontwikkeling en opvoedingscapaciteiten, en de mogelijkheid hier in te voorzien. Daarmee zou een betere selectie van ouders en kinderen in beeld komen met een aanbod op maat. De methodiek varieert aanzienlijk naar aard van het aanbod (gekoppeld aan leeftijdsfase en de mate van nadruk op somatische, psychische of sociale of opvoedkundige problematiek en de mate van intensiteit).

#### Het bereik

Het bereik van de doelgroep loopt sterk uiteen. Dat heeft enerzijds te maken met de beschikbare capaciteit en het kan te maken hebben met verschillen in de epidemiologische situatie per regio. Landelijke cijfers wijzen in de richting dat grote delen van de doelgroep niet bereikt worden. Het bereiken van de doelgroep is een essentieel en moeilijk te verwezenlijken aspect dat veel aandacht en inzet van middelen vraagt. Het ontbreekt in de voorfase aan een heldere criteria van de precieze doelgroep.

#### Financiering

De financiering van casemanagement praktijken komt uit verschillende bronnen en is deels op projectbasis. Dat komt de ontwikkeling en continuïteit niet ten goede.

Wanneer deze conclusies in de nabije toekomst uitgewerkt worden kan dat leiden tot het realiseren van een landelijk dekkend netwerk van casemanagement praktijken voor kinderen van alcohol- en drugsverslaafde ouders. Een afbakening van de doelgroep is wenselijk in verband met de omvang van de problematiek en de kwetsbaarheid van kinderen op jonge leeftijd. Dat kan door te streven naar gecoördineerde zorg geconcentreerd op drie leeftijdsfasen: rond de geboorte, van 0-1 jaar en van 2-4 jaar. Bij deze zorg is het mogelijk te komen tot een duidelijke definiëring van wat basiszorg bij welke leeftijd inhoudt. Gevalideerde diagnostische

middelen kunnen ingezet worden gericht op de cognitieve en emotionele ontwikkeling van kinderen en de opvoedingscapaciteiten van de ouders. De aldus ingeschatte zorgbehoeften zijn het best realiseerbaar middels (deels bestaande) protocollen op deelterreinen. Het meeste effect valt te verwachten als de zorg aansluit op integraal gecoördineerde en uitgevoerde interventies gericht op het hele gezin en op verschillende levens- en gezondheidsterreinen. Dat past binnen een bredere zorgprogrammering voor deze doelgroep waarbij verschillende zorgsectoren zoals verslavingszorg, jeugdzorg en openbare gezondheidszorg betrokken zijn. Randvoorwaarden zoals financiering en een organisatorische voortrekkersrol, in eerste instantie de instellingen voor verslavingszorg, zijn onmisbaar. Een beschrijving van deze uitgangspunten in een handboek voor de diverse betrokken instellingen en instanties draagt bij aan het realiseren van deze praktijken.

## Bijlagen

Bijlage Overzicht respondenten vragenlijst en enkele gegevens

Naam	Doel	Doelgroep	Financiering	Casussen (2001)	Samenwerking	Samenwerkingsafspraken	Regierol	Naam functie casemanager	Protocollen casemanager
Project voor KVO (Bureau Jeugdzorg LEEUWARDEN)	Bevorderen basiszorg	Kinderen van alcohol- en drugsverslaafden	- projectsubsidie provincie - samenwerkingspartners	7	- AMW - AMK - Jeugdhulpverlening - Ggz - Jeugdbescherming	Ja	Verslavingszorg	Intaker (geen aantal vastgestelde uren)	Ja (worden ook gevolgd)
Vangnet Jeugd, programma KDO (GGD, AMSTERDAM)	Realiseren basiszorg	Kinderen van drugsverslaafden	Gemeente	350 gezinnen	- AMW - Artsen - GGD - AMK - RvK - Jeugdhulpverlening - Ggz instelling - Tehuizen - Ziekenhuizen - Verslavingszorg	Soms	GGD	Casemanager: 4 casemanagers: totaal 110 uur per week	Ja (worden ook gevolgd)
Coördinatie zorgaanbod Kwetsbare kinderen (Den Haag)	Ontwikkelen laagdrempelige zorgaanbod	- Kinderen 0 – 4 jr van alcohol en drugsverslaafden - verslaafde zwangere vrouwen	Regulier via AWBZ	25	- AMW - Artsen - GGD - AMK - RvK - Jeugdhulpverlening - Ggz instelling - Tehuizen - Ziekenhuizen - Scholen - Verslavingszorg - Consultatiebureau	Ja (via convenanten)	Verslavingszorg (en aparte projectleider Basiszorg Kwetsbare kinderen (BKK))	BKK coördinator: 36 uur per week	Ja (worden ook gevolgd)
Project Bureau Basiszorg (Den Haag)	Realiseren basiszorg	Kinderen van ouders met psychiatrische problemen (en ouders met psych. en verslavings problemen)	Projectsubsidie: grootstedenbeleid	80	- GGD - AMK - RvK - Jeugdhulpverlening - Ggz instelling	Ja	GGZ instelling, Afd preventie	2 casemanagers: 2 x 24 uur	Ja (worden ook gevolgd)

Programma KVO aanpak (Almelo)	Coördineren hulp voor pasgeborenen en volgen van de ontwikkeling	(ongeboren) Kinderen van alcohol- en drugsverslaafden	Regulier via provincie	8 a 10	- AMK - Artsen - GGD - RvK - Jeugdhulpverl. - Ggz instelling - Verslavingszorg	Nee	AMK	Casemanager (werkt zoveel als nodig)	Ja (uit 1993)
Platform zwangere drugsverslaafden (Maastricht)	Ondersteunend hulpnetwerk voor leef- en opvoedsituatie van het kind optimaliseren	Kinderen van drugsverslaafden	Uit eigen middelen	12	- Artsen - AMK - RvK - Verslavingszorg	Alleen behandeling sgericht	AMK	Casemanager 1 uur per week	Nee
AMK Helmond	Protocol hulpverlening aan kk van verslaafde ouders	Kinderen van alcohol- en drugsverslaafden	Inzet uren deelnemende instellingen	15	- Artsen - RvK - AMK - Jeugdhulpverlening - Verslavingszorginstelling		Verslavingszorg : beleid AMK: inhoud	geen casemanager maar alleen protocol hulpverlening	nee
AMK Breda	Protocol hulpverlening zwangere drugsverlaafde	Kinderen van drugsverslaafden	Nee	15	- Artsen - AMK - RvK - Verslavingszorg	Ontwikkelin g van baby's in de gaten houden	AMK	geen casemanager maar alleen protocol hulpverlening	nee
GGD Rotterdam	Realiseren van basiszorg	Kinderen van alcohol- en drugsverslaafden	Permanente projectfinanciering	40 - 62	- AMK - Artsen - RvK - Jeugdhulpverlening - Ggz instelling - Verslavingszorg - Thuiszorg - Ziekenhuis - Soc medisch kkdagverblijf	Overleg gericht op casuïstiek, algemene thema's	GGD (organiseert clientenoverleg)	Casemanager 24 uur	ja
AMK Haaglanden/Rotterdam/Zeeland/Zuid Holland	Protocol drugsverslaafde aanstaande ouders	Kinderen van drugsverslaafden	Regulier via welzijnswet jeugdhulpverlening	40 – 50	- AMW - Artsen - GGD - RvK - Jeugdhulpverlening	Casuïstiekbe -spreking	AMK bij aanmelding. Bij hulp wordt regiefunctie overgedragen	Casemanager 7	Ja

					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ggz instelling</li> <li>- Verslavingszorg</li> <li>- Ziekenhuis</li> <li>- Ouder en kindzorg</li> </ul>		aan hulpverleners of project Kvo in Haaglanden of Basiszorg kwetsbare kinderen Den Haag		
GGD Zuid Holland Noord	Project Basiszorgcoördinatie kwetsbare kinderen	Kinderen van ouders met ggzproblemen en/of verslavingsproblemen	Provincie, AWBZ en diverse instellingen	60	<ul style="list-style-type: none"> <li>- AMW</li> <li>- Artsen</li> <li>- GGD</li> <li>- AMK</li> <li>- RvK</li> <li>- Jeugdhulpverlening</li> <li>- Ggz instelling</li> <li>- OKZ</li> </ul>	Algemene thema's en beleid, positie en werkwijze	GGD	3 Casemanagers (totaal 40 uur per week)	Ja
KDO Arnhem	Realiseren basiszorg	Kinderen van drugsverslaafden	Regulier via welzijnswet jeugdhulpverlening	160	<ul style="list-style-type: none"> <li>- AMW</li> <li>- Artsen</li> <li>- GGD</li> <li>- RvK</li> <li>- Jeugdhulpverlening</li> <li>- Ggz instelling</li> <li>- Scholen</li> <li>- Leerplichtzaken</li> </ul>	Algemene thema's en casuïstiek	KDO	Casemanager 44 uur	Ja
AMK Groningen	Overleggroep drugsverslaafde aanstaande moeders	Kinderen van drugsverslaafden	-	16	<ul style="list-style-type: none"> <li>- AMW</li> <li>- Artsen</li> <li>- GGD</li> <li>- AMK</li> <li>- RvK</li> <li>- Jeugdhulpverlening</li> <li>- Ggz instelling</li> <li>- AVG</li> <li>- AZG</li> </ul>	Evaluatie	AMK	Casemanager (geen vastgesteld aantal uren)	Ja werkt volgens AMK functie en drugsprotocol
KVO Brijderstichting (Alkmaar)		Kinderen van verslaafde ouders	Regulier via welzijnswet, via subsidie provincie en	60	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> <li>-</li> <li>-</li> <li>- AMW</li> <li>- Artsen</li> <li>- GGD</li> <li>- AMK</li> </ul>	Algemene thema's en casuïstiekbespreking	Verslavingszorg (Brijder)	Casemanager is meer een mengvorm tussen een hulpverlener en een casemanager	nee

			<b>alcoholzorg</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- RvK</li> <li>- Jeugdhulpverl.</li> <li>- Ggz instelling</li> <li>- Jeugdpsychiatrie</li> <li>- Scholen</li> <li>- Thuiszorg</li> </ul>				
--	--	--	--------------------	--	---	--	--	--	--

## **Bijlage Basiszorg**

0. De opvoedingssituatie
1. Vaste verzorger
  - 1.1. De aanwezigheid van een vaste verzorger.
  - 1.2. De verzorger(s) schenkt positieve aandacht aan het kind.
  - 1.3. De verzorger(s) kan zich verplaatsen in hoe het kind zich voelt.
  - 1.4. De verzorger(s) houdt rekening met de behoeften van het kind.
  - 1.5. De verzorger(s) is op de hoogte van wat een kind op die leeftijd kan.
2. Structuur en opvoeding
  - 2.1 Dagstructuur aanwezig
  - 2.2 Vaste verzorger(s) onderneemt gezamenlijke activiteiten met het kind
  - 2.3 Regels
  - 2.4 Voorspelbaarheid vaste verzorger(s)
3. Vangnet
  - 3.1. Vangnet aanwezig
4. Dagelijkse verzorging
  - 4.1. Voeding
  - 4.2. Lichaamshygiëne
  - 4.3. Kleding
  - 4.4. Slaapgewoonten
5. Verzorging huishouden
  - 5.1. Hygiëne
  - 5.2. Opgeruimd/overzichtelijk
6. Medische/psychosociale verzorging
  - 6.1 Bezoekt consultatiebureau/jeugdgezondheidszorg
  - 6.2 Bezoekt hulpverleners
  - 6.3 Volgt behandelingen
7. Activiteiten buitenshuis
  - 7.1 Kind bezoekt school, kinderdagverblijf, peuterspeelzaal of naschoolse opvang.
  - 7.2 Kind functioneert op school, kinderdagverblijf, peuterspeelzaal of naschoolse opvang.
  - 7.3 Kind doet andere buitenschoolse activiteiten.
8. Woonadres
  - 8.1 Vast woonadres
  - 8.2 Woonvoorzieningen zoals gas/water/licht aanwezig
  - 8.3 Binnen milieu
  - 8.4 Voldoende (woon)ruimte
  - 8.5 Sanitair aanwezig
  - 8.6 Basisapparatuur aanwezig (wasmachine e.d.)
9. Voorzieningen voor het kind

- 9.1 Slaapgelegenheid
- 9.2 Baby-/kinderspullen aanwezig
- 9.3 Kleding en schoenen
- 9.4 Speelgoed
- 9.5 Veiligheidsmaatregelen

10. Financiën

- 10.1 Regelmatig inkomen
- 10.2 Ziektekostenverzekering

**Basiszorg componenten Parnassia Den Haag**

## Vragenlijst Casemanagementaanbod Kinderen van Verslaafde Ouders

### I Algemene informatie instelling

<p><b>Naam instelling:</b></p> <p><b>Contactpersoon:</b></p> <p><b>Adres:</b></p> <p><b>Postcode en plaats:</b></p> <p><b>Bezoekadres:</b></p> <p><b>Postcode en plaats</b></p> <p><b>Tel:</b></p> <p><b>Fax:</b></p>
---

### II Opzet van het aanbod

1. Titel KVO aanbod:

2. Doelstelling KVO aanbod:

3. Doelgroep KVO aanbod

- gericht op kinderen van drugsverslaafde ouders
- gericht op kinderen van alcoholverslaafde ouders
- anders, namelijk: .....

4. Hoe is het KVO aanbod gefinancierd?

- Regulier, welzijnswet
- Regulier, via AWBZ
- Projectsubsidie, namelijk: .....
- Anders, namelijk: .....

**5. Wat is de aard van het (standaard)programma of een project?**

- standaardprogramma
- project
- anders

**6. Hoeveel casussen worden er per jaar behandeld?**

Ongeveer ..... casussen

III Samenwerking

**7. Met welke organisaties wordt extern samengewerkt?**

(meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- maatschappelijk werk
- artsen
- GGD
- AMK
- Raad voor de Kinderbescherming
- jeugdhulpverlening
- ggz-instelling (RIAGG)
- anders, namelijk:

**8. Met welke organisaties wordt intern samengewerkt?**

- hulpverlening
- preventie
- anders, namelijk:

**9. Hoe vaak is er overleg tussen de organisaties?**

- wekelijks
- tweewekelijks
- maandelijks
- op afroep
- anders, namelijk: .....

**10. Waar is het inhoud van het overleg op gericht?**

- algemene thema's
- casuïstiekbespreking
- beiden
- anders, namelijk:

**11. Zijn samenwerkingsafspraken (convenanten) tussen instellingen vastgelegd?**

- ja

- 0 nee
- 0 anders, namelijk:

#### IV casemanagement

**12. Welke organisatie heeft de regiefunctie?**

**13. Is er een omschrijving van de regiefunctie (casemanager)?**

- 0 ja
- 0 nee

**14. Hoeveel uur (per week) heeft de casemanager beschikbaar?**

(ongeveer) ..... uur

**15. Zijn er protocollen/procedures beschreven voor casemanager? (Bijvoorbeeld screeningssystemen, registratiesystemen)**

- 0 ja
- 0 nee
- 0 anders, namelijk:

**16. Worden deze (zo goed als mogelijk) gevolgd?**

- 0 ja
- 0 nee
- 0 anders, namelijk:

#### V Tot slot

**17. Welke landelijke ondersteuning zou je op het gebied van KVO wensen: (denk bijvoorbeeld aan netwerkondersteuning, deskundigheidsbevordering)**

VERZOEK: WIL je de project of programmabeschrijvingen van het KVO aanbod, de samenwerkingsafspraken, de protocollen, procedures en taakomschrijving van de casemanager mee sturen zodat wij deze landelijk kunnen inventariseren?

Hartelijk dank, Danielle van Sambeek, LSP, Trimbos-instituut, Postbus 725, 3500 AS Utrecht of fax: 030 – 297 11 11

**I. Algemene informatie instelling**

**Naam instelling:**

**Adres:**

**Postcode en plaats:**

**Telefoonnummer:**

**Faxnummer:**

**E-mail:**

**Naam geïnterviewde:**

**Functie:**

**II Algemene info over het project/programma**

1. Op welke leeftijd richt het project zich en waarom? (Bijvoorbeeld waarom maar van 0 – 4 jaar, waarom niet tijdens zwangerschap, wat gebeurt er met de zorg voor de kinderen als zij ouder zijn?)
2. Wie beschouw je als cliënt: de ouder, het kind of het gezin. Dit is immers van invloed op de visie van het project
3. Wat is het doel van het aanbod, hoe moet de basiszorg eruit zien, is dit alleen het regelen van bed, bad en brood of ook het bevorderen van de cognitieve ontwikkeling van het kind, activiteiten voor eht hele gezin, het regelen van/toeleiden van kinderen naar de zorg? Zo ja, hoe en wie draagt er zorg voor de screening?

4. wie vind je dat voor de financiering van het project moet zorgen (dit heeft ook te maken met de visie van het project en wie je als klant ziet)
5. Wat zijn volgens jou de bedreigingen van het aanbod? ( bijvoorbeeld financiering, samenwerking en instellingsbeleid)
6. Wat zijn de kansen?

### **III Historie en samenwerking**

7. Hoe lang loopt het project/aanbod?
8. Door wie en wanneer zijn de eerste stappen gezet om te komen tot een KVO aanbod?
9. Hoe is de implementatie van dit aanbod zowel intern/ als extern verder verlopen?
10. Hoe ziet de samenwerking eruit? (is hier voor een vastgelegde structuur, protocollen, afspraken of zijn het alleen netwerkpartners)
11. Welke partners mis je en waarom?
12. Welke opmerkelijke veranderingen heeft het aanbod in de loop der jaren ondergaan?
13. Veranderingen op het gebied van inhoud, samenwerkingspartners enz. enz?

### **IV De Casemanager**

14. Hoe ziet de formatie er uit? (en waarom)
15. Wat is de rol en positie van de casemanager in de organisatie eruit (bijvoorbeeld relatie tot behandelteam)
16. Is er een functie-/taakomschrijving van de casemanager? Zo ja, kunnen we die meenemen?
17. Wat is de positie van de casemanager ten opzichte van samenwerkingspartners?
18. Wat zijn taken en bevoegdheden? Organiseert de casemanager bijvoorbeeld alleen overleg, zorgt de casemanager voor bewaken van de afspraken of heeft hij/zij ook zelf bemoeienis met het gezin (en zo ja hoe verhoudt zich dat met trajectbegeleiders?)
19. Ben je er tevreden over? Wat zijn voorwaarden voor goed functioneren en wat mis je?
20. Werkt de Casemanager volgens een bepaald model?

### **V Landelijke standaardisatie**

21. Wat vind je van het landelijk standaardiseren van een aantal processen binnen de casemanagement.
22. Welke mogelijkheden hebben jullie om een bijdrage te leveren bij het standaardisering?
23. Welke onderdelen van het proces van casemanagement zou je landelijk willen structureren (bijvoorbeeld hoe verloopt de aanmelding, privacybescherming, samenwerkingsprotocollen).

## Literatuur

Baar, A.L. van (1991). The development of infants of drug dependent mothers. Proefschrift, Swets & Zeitlinger.

Baar, A.L. van, Boer, K., Soepatmi, S. (1993). De gevolgen van drugsverslaving van de moeder voor haar kind: de huidige stand van zaken met betrekking tot kennis en zorgbeleid in Nederland. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde, 137, 36, 1811-1815.

Baar, A.L. van, Boer, K., Soepatmi, S. (1993). De gevolgen van drugsverslaving van de moeder voor haar kind: de huidige stand van zaken met betrekking tot kennis en zorgbeleid in Nederland. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde, 137, 36, 1811-1815. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde, 137, 44, 2275-2276.

Baller, K.A. (1994). Office for children of drug-addicted parents. Acta Paediatrica Supplement, 404, p.75-77.

Bearman, M.D., Claydon, M.A., Kincheloe, J., Lodise, C. (1997) Breacking the cycle of deendency: dual diagnosis and AFDC families. Journal of Psychoactive Drugs, vol 29, 4, p. 359- 367

Bool, M., Smit, F., Bohlmeijer, E., Sambeek, D. (2001) KOPP factsheet 2. Kinderen van ouders met psychische problemen. Trimbos-instituut

Brindis,C.D., Kimberly, S.T. (1997). The role of case management in substance absue treatment services for women and theri children. Journal of Psychoactive drugs, 29 , 1, p. 79-88.

Cuijpers, P., Bolier, L. (2001). Gezinsgerichte verslavingspreventie: een overzicht van de literatuur. Tijdschrift Sociale Geneeskunde, 79, nr 7, p. 427-433.

Cuijpers, P. (2000). Kinderen van probleemdrinkers. Praktijkboek Jeugdgezondheidsdienst, 2000, 1, 27-45

Cuijpers, P. (1999). Preventieprogramma's voor kinderen van alcoholafhankelijke ouders. Kind en Adolescent, 20, p. 248- 261

Curran, P.J., Chassin, L. (1996). A longitudinal study of parenting as a protective factor for children of alcoholics. Journal of studies on alcohol, may, p. 305- 313

Derluyn, I., Vanderplasschen, W. (2000). Drugsverslaafden met jonge kinderen. Een exploratief onderzoek naar modellen en opvoedingsondersteunende methodieken bij de hulpverlening aan drugsverslaafde ouders met jonge kinderen. In opdracht van Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen. Universiteit van Gent.

Erwich, K., Terpstra N. (2000). Dubbel & dwars. Een exploratief literatuuronderzoek naar de problematiek van jonge kinderen van ouders met psychiatrische en/of verslavingsproblemen en de mogelijkheden voor pedagogische preventie. Universteit Leiden, doctoraal scriptie.

Fox-Gorter, J. (1998). Voortgangsrapport Hadok april 1992- januari 1998. Parnassia, Den Haag in Derluyn, I., Vanderplasschen, W. (2000). Drugsverslaafden met jonge kinderen. Een exploratief onderzoek naar modellen en opvoedingsondersteunende methodieken bij de hulpverlening aan drugsverslaafde ouders met jonge kinderen. In opdracht van Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen. Universiteit van Gent.

Groenendaal, J.H.A., Yperen T.A. van (1994). *Beschermende en bedreigende factoren*. In Rispen e.a. (1994). Preventie van psychosociale problemen bij kinderen en jeugdigen.

Graaff, H. de (red.) (1991). Case management. Een zorg minder? Stichting Welzijnpublicaties, Utrecht.

Groeneweg, B.F. (1989) (in: Gramberg en Kempen 1993) Project vrijwillige hulpverlening aan drugverslaafde ouders en hun kinderen. Humanitas, Rotterdam

Gramberg, L.M., Kempen A.L.L. (1993). Vrijwillige hulpverlening aan verslaafde ouders en hun kinderen in Utrecht. Een evaluatieonderzoek in opdracht van de Stichting Jeugdhulpverlening Midden Nederland. Rijksuniversiteit Utrecht.

Gunning, W.B. (1998). Je bent moeder, verslaafd en onder behandeling van Brijder/K.V.O: vind je daar wat je nodig hebt? Conferentie Alkmaar. Triversum, Brijderstichting en Academisch Medisch centrum Amsterdam.

Kloostera, K. 1999. Een dikke buik en druggebruik. Stichting Mainline, Amsterdam

Kooijman, K., Zwikker, M.( 2001) Kindermishandeling voorkomen door gezinnen te steunen. Nizw, Utrecht

Kreeft, P. van der, Putten, M. van , Bruin, I. de, 2002, Addicted mothers and their young children. Parnassia, Den Haag.

Kroon, L.Y., Franken I.H.A., Hendriks V.M., 2000, Behandeling van verslaafde ouders en hun kinderen. Parnassia Addiction Research Centre, Den Haag.

Kroon, H. , Henselmans H. (2000) *Varianten van case-management en hun resultaten*. in: Pieters, G., van der Gaag, M. (2000) Rehabilitatiestrategieën bij schizofrenie en langdurig zorgafhankelijke patiënten. Bohn Stafleu van Loghum, Houten/Diegem

Kroon, H., Wolf, J. (2000). Is casemanagement voor psychische stoornissen minder effectief dan Assertive Community Treatment? Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, nr. 1, Trimbos-instituut, p 56- 59

Lafeber, J.H., Abbenhuis G.M., Es, M.Q.H. van, Baarda, D.B., Leenders, F.H.R. (1992) Evaluatie van de DOEK-methodiek. Rijksuniversiteit Utrecht

Larkby, C., Day, N. (1997) The effects of prenatal alcohol exposure. *Alcohol Health and research world*, 21, 3, p.192-198

LaFazia M.A. (z.j.) *Casemanagement : a method of addressing subject selection and recruitment issues*. In: *Treatment for drug exposed women and their children*. NIDA Monograph 166.

McGue, M. (1997). A behavioral-genetic perspective on children of alcoholics, *Alcohol Health and research world*, 21, 3, p. 210-217.

Grand, N. le, (1991). *Case management en drugsverslaving. Het bureau Kinderen van drugverslaafde ouders (KDO) als praktijkvoorbeeld*. In: Graaff, H. de (red.) (1991). *Case management. Een zorg minder?* Stichting Welzijnspublicaties, Utrecht.

Pieters, G., van der Gaag, M. van der, (2000) *Rehabilitatiestrategieën bij schizofrenie en langdurig zorgafhankelijke patiënten*. Bohn Stafleu van Loghum, Houten/Diegem

Posma R., Koeten F. (1998) *Feiten over alcohol*. 9<sup>e</sup> editie, NIGZ

Ratsma, J.E., (2001 ) *Biological vulnerability to alcoholism in children of alcoholics*. Universiteit van Amsterdam, proefschrift.

Riet, N. van, Wouters, H. (1996). *Casemanagement. Een leer- werkboek over de organisatie en coördinatie van zorg-, hulp en dienstverlening*. Van Gorcum, Assen

Rispens, J. Goudena, P.P., Groenendaal, J.J.M. (1994) *Preventie van psychosociale problemen bij kinderen en jeugdigen*. Bohn Stafleu, Van Loghum, Houten

Shulman, L.H. (2000) *Outreach developmental services to children of patients of treatment for substance abuse*.

Soepatmi S. (1992) *De ontwikkeling van kinderen van drugafhankelijke moeders*. Proefschrift Universiteit van Amsterdam.

Sproet, M. Vos, R.C., Verheij, F. (z.j.). *Goed gezin(d). Klinische gezinsbehandeling in verslavingszorg en ggz*.

Stel, J. van der, Keuken, J. van der (1992). *Kinderen, gezin en alcohol; preventie en hulpverlening*. Dekker & van de Vegt, Assen

Verkerk, P.H. (1997). *Alcohol, pregnancy and child development*. Proefschrift Rijksuniversiteit Leiden.

Verstappen E., Pop-Purceleanu, M., Ooijen-Houben, M. van (1991) *De hulp- en zorgverlening aan verslaafde ouder en hun kinderen anno 1991*. NIAD

Wolf, J. (in press) *Casemanagement voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen. Een systematisch overzicht van interventie en effect*.

Zwetsloot A. (1996) Kinderen van verslaafde ouders, GGD Leiden