

*Handreiking voor casemanagement
voor kinderen van verslaafde ouders*

Voorwoord

Voor u ligt de *Handreiking casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders*; één van de deelprojecten van het Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid, uitgevoerd door het Trimbos-instituut.

De handreiking is gebaseerd op een reeds eerder uitgebrachte literatuurstudie (GGZ Nederland, 2002-186L), aanvullende literatuur en documenten van praktijken in Nederland waarin casemanagement gericht op kinderen van verslaafde ouders (KVO) wordt uitgevoerd. Diverse instellingen, die verschillende vormen van casemanagement hanteren, hebben aan de publicatie meegewerkt. Mede daardoor geeft de publicatie ook een vrij volledig overzicht van de huidige praktijk, en biedt het beleidsmakers een handvat om de werkwijze van nieuwe casemanagementpraktijken op te zetten en de bestaande te toetsen op hun werkwijze.

De bestaande KVO casemanagementpraktijken zijn zeer divers qua opzet. De precieze organisatorische inbedding in jeugdzorg en/of verslavingszorg is vaak medebepalend voor de uiteindelijke invulling. Deze handreiking beschrijft de casemanagementpraktijk die zich richt op de leeftijdsgroep 0-4 jarigen. Uit een literatuuronderzoek van het Ontwikkelcentrum Preventie getiteld 'Effectieve verslavingspreventie' (2001) blijkt dat de Amerikaanse methodiek van Strengthening Family's één van de weinig bewezen effectieve methodieken is. Deze methodiek is echter niet geschikt voor de doelgroep met kinderen in de leeftijd van 0 – 4 jaar. Gelukkig is er een toenemende aandacht voor de problematiek van kinderen van verslaafde ouders. Veel instellingen zijn daarbij op zoek naar een beschrijving van en richtlijnen voor hun praktijk. Deze handreiking vormt een belangrijke stap in die richting!

Als logisch vervolg op de publicatie van deze handreiking zullen eind 2003/begin 2004 studiedagen worden georganiseerd voor praktijkwerkers en beleidsmedewerkers zodat de kennis (nog) breder wordt verspreid.

Don Olthof

*Portefeuillehouder deelproject casemanagement KVO
Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid*

Inhoudsopgave

1. INLEIDING	6
1.1. Waarom deze handreiking?	6
1.2. Een casus	7
1.3. Verantwoording	8
1.4. Casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders: programma en methodiek	9
1.5. Wettelijke kaders	10
2. HET PROGRAMMA CASEMANAGEMENT VOOR KINDEREN VAN VERSLAAFDE OUDERS	15
2.1. Inleiding op het programma	15
2.2. Doelgroep	19
2.3. Doelstelling van het programma	23
2.4. Methoden, werkwijzen, interventies	25
2.5. Randvoorwaarden	43
3. SAMENVATTING VOOR HET BELEID	51
4. TOEKOMSTPERSPECTIEF	57
LITERATUURLIJST	61
BIJLAGEN	67
1. Beschikbaar materiaal praktijkinstellingen	68
2. Criteria beoordeling materiaal	69
3. Samenstelling werkgroep	72
4. Criteria voor problematisch alcohol- en druggebruik	73
5. Lijst van risicofactoren en beschermende factoren	76
6. Screenings- en interventiekeuzelijst (SIK)	77
7. Indicaties voor screening Brijder	79
8. Overzicht ontwikkelingsfasen	80
9. Basiszorg	82
10. Casemanagement activiteiten zwangerschap tot vier jaar	84
11. Zwangerschap en drugs, werkwijze AMC Amsterdam	86
12. Protocol voor consultatiebureauteam	90
13. Technieken (NIZW)	93
14. Certificatieschema HKZ	97
15. Criteria voor casemanagement	101

1 Inleiding

1.1. WAAROM DEZE HANDREIKING?

De huidige praktijk van casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders is zeer gevarieerd en op uiteenlopende wijzen vastgelegd. Ook het beleid verschilt per regio. Deze handreiking is geschreven om de praktijk te onderbouwen en te ondersteunen. Ze kan tevens aanknopingspunten bieden voor beleidsmakers om de werkwijze van en de voorwaarden voor deze vorm van casemanagement te helpen realiseren.

De handreiking heeft een tweeledig doel:

- handvatten en richtsnoeren bieden voor de praktijk van het bestaan- en op te bouwen casemanagement,
- een beleidskader scheppen waarbinnen casemanagement functioneert en van waaruit voorwaarden kunnen worden gerealiseerd.

De handreiking is dus zowel bedoeld ter ondersteuning van casemanagers die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering als van beleidsmakers die verantwoordelijk zijn voor de organisatie en aansturing. De casemanager kan de in de handreiking beschreven stappen en werkwijzen in de eigen praktijk vormgeven en toetsen. De beleidsmaker kan de handreiking gebruiken om de praktijk te verantwoorden, de voorwaarden in te vullen en de kwaliteit te toetsen.

Deze publicatie is een eerste stap om de praktijk van *casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders (afgekort KVO)* te beschrijven en te onderbouwen. Een volgende stap bestaat eruit om op basis van literatuur en praktijkervaringen gedetailleerdere richtlijnen en standaarden te ontwikkelen. Deze stap kan echter pas worden gezet als casemanagement daadwerkelijk in de praktijk functioneert en is ingebed in een bredere programmatische beschrijving. Een voor de hand liggende stap om dit te bereiken is om na de uitgave van deze handreiking te starten met een implementatietraject.

1.2. EEN CASUS

Kevin, de oudste

Tijdens de leerlingbesprekingen van het VMBO, wat Kevin (14) volgt, wordt hij uitgebreid besproken. Zowel zijn prestaties als zijn stemmingen zijn opvallend wisselend. Ook blijkt Kevin weinig contact te hebben met andere leerlingen. De mentor heeft een aantal keren geprobeerd om met hem te praten maar Kevin reageert hier niet op. De afspraken met de (alleenstaande) moeder worden door haar afgezegd; maar na een aantal telefoontjes komt ze toch. Tijdens dit gesprek merkt de mentor op dat de moeder naar alcohol ruikt. Eén van de andere leerkrachten heeft dezelfde ervaring. Het team weet niet goed wat het in deze situatie moet doen. De teamleden hebben het idee dat er thuis problemen zijn en dat moeder regelmatig en veel alcohol gebruikt. De coördinator stelt voor het KVO in te schakelen. Mogelijk lukt het de medewerkers van het KVO meer zicht op de situatie te krijgen. De mentor zal contact opnemen met het KVO.

Tijdens het gesprek met het KVO krijgt de mentor een aantal adviezen voor het contact met de moeder en Kevin. Van de schoolarts heeft de mentor inmiddels gehoord dat de moeder in het verleden een alcoholverslaving heeft gehad. Overleg in het schoolgezondheidsteam maakt duidelijk dat er ook ernstige zorgen zijn over Kevins jongere broer, die nog op de basisschool zit. De mentor overlegt opnieuw met de medewerkers van het KVO. Zij adviseren een melding te doen bij het KVO en de moeder tijdens het oudergesprek hierover te informeren. De moeder geeft dan te kennen dat ze bereid is mee te werken aan een informatief gesprek met een medewerker van het KVO.

Hierna gaat de KVO-medewerker op huisbezoek. Tijdens dit bezoek vertellen de twee jongere kinderen dat mamma de laatste tijd vaak ziek is. Ze ligt veel in bed, hoort vaak de bel of telefoon niet en kookt steeds minder vaak. De kinderen maken zich veel zorgen en vertellen ook dat Kevin en zijn moeder veel ruzie hebben. De moeder vertelt de KVO-medewerker dat zij kort na Kevin's geboorte opgenomen is geweest in een ontwenning-kliniek. In een gesprek met zijn mentor en de KVO-medewerkster belooft Kevin elke dag naar school te komen. Hij kan echter niet beloven altijd op tijd te komen. Hij moet namelijk voor zijn broer en zus zorgen.

De KVO-medewerker maakt de volgende afspraken. De moeder krijgt een intake bij de verslavingszorg. Het doel is dat zij zicht krijgt op de achtergrond van het alcoholgebruik en op de gevolgen daarvan, en het gebruik onder controle krijgt. Kevin gaat deelnemen aan een groep voor kinderen van verslaafde ouders. De leerkrachten van de twee jongere kinderen krijgen informatie over de situatie in het gezin. Zij krijgen het verzoek opvallende zaken en problemen te signaleren. Beide jongere kinderen krijgen een vertrouwenspersoon op school.

In de periode hierna volgt het KVO alle gezinsleden. Regelmatig zijn er bijeenkomsten waarbij de moeder en alle betrokken professionals aanwezig zijn. Daar worden de ontwikkelingen besproken en de benodigde hulpverlening afgestemd. Na vijf jaar wordt het contact afgesloten als de moeder weer volledig grip heeft op haar leven en op de opvoedingssituatie. Afgesproken wordt dat er twee maal per jaar een huisbezoek plaatsvindt van de KVO medewerkster. De moeder stelt dit erg op prijs. Ze belt af en toe met het KVO, meestal met een vraag over de kinderen.

1.3. VERANTWOORDING

De handreiking casemanagement is geschreven in opdracht van GGZ Nederland, en is onderdeel van het kwaliteitsproject Resultaten Scoren. Ze heeft tot doel de stand van zaken weer te geven op basis van literatuur (evidence-based) en bestaande praktijken (best practices).

Aan de handreiking is een literatuurstudie en inventarisatie van de verschillende casemanagementpraktijken in Nederland vooraf gegaan (Bool, 2002). Verschillende instellingen hebben documenten uit hun praktijk ter beschikking gesteld (zie bijlage 1). Deze gegevens zijn aangevuld met informatie uit aanpalende werkgebieden (zowel ambulante als klinische), over werkwijzen die erop gericht zijn gezinnen te ondersteunen waarin sprake is van problematische alcohol- en druggebruik of andere complexe gezinsproblematiek (zoals bij dreigende uithuisplaatsing van een kind). Bovendien zijn er in de praktijk enkele nieuwe publicaties verschenen.

Vervolgens is een lijst met criteria opgesteld (zie bijlage 2). Deze criteria zijn gebaseerd op publicaties die zich richten op totstandkoming van effectieve interventies. Dat zijn zowel algemene en specifieke doelgroepgerichte publicaties als publicaties over het onderwerp van deze handreiking (respectievelijk Molleman e.a., 1995, 2000; Berger & Menger, 2002; Bool, 2002). Doel van de criterialijst is een zo volledig mogelijke opsomming te geven van de onderwerpen die in een programma casemanagement aan de orde moeten komen. Het verzamelde materiaal is gebruikt om deze onderwerpen voor deze handreiking verder in te vullen.

De handreiking is tot stand gekomen in nauwe samenspraak met een werkgroep (zie bijlage 3). Bij de samenstelling hiervan is gelet op een landelijke spreiding van de werkgroepleden over diverse voorzieningen en op ervaring met casemanagement. Naar aanleiding van de conceptteksten zijn in de werkgroep discussies gevoerd over diverse onderwerpen. Deze discussies zijn in de handreiking verwerkt. Deze is te beschouwen als een consensusdocument, dat mede is gebaseerd op de praktijk. De huidige stand van onderzoek biedt nog onvoldoende evidentie om te kunnen spreken van richtlijnen.

1.4. CASEMANAGEMENT VOOR KINDEREN VAN VERSLAAFDE OUDERS: PROGRAMMA EN METHODIEK

Casemanagement is zowel een programma als een methodiek. Beide begrippen worden als volgt omschreven.

CASEMANAGEMENT ALS PROGRAMMA

Een *programma* is het geheel van gespecificeerde en op elkaar afgestemde activiteiten en maatregelen, gericht op het verlenen van bepaalde diensten of het bewerkstelligen van bepaalde effecten ten behoeve van een gespecificeerde doelgroep (Boer, 2001). Het doel van programmatisch werken is het bieden van vraaggerichte zorg en professionele kwaliteit.

De beschrijving van preventieprogramma's volgt steeds het volgende stramien (Meeuwissen, 2001; Verburg en Leenders, 2001):

- beschrijving van de doelgroep,
- analyse van de situatie van de doelgroep,
- behoeften van de doelgroep,
- doelen (van het programma),
- interventies (modulen en activiteiten),
- randvoorwaarden.

Relevante epidemiologische gegevens, een situatiebeschrijving van de doelgroep, een probleemanalyse met relevante risicofactoren en beschermende factoren en een netwerkanalyse van de doelgroep zijn beschreven in Bool (2002). De handreiking beschrijft de overige onderdelen van een preventieprogramma casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders, dat wil zeggen de doelgroep, doelen en interventies.

Preventieprogramma's dienen behalve aan boven beschreven stramien aan zes clusters van kwaliteitscriteria te voldoen: relevantie, uitkomst criteria, aanwezigheid van effectpredictoren, overdraagbaarheid, geschiktheid voor implementatie en aanpasbaarheid (Hosman en Engels, 1999). Aan het eerste criterium, het relevantie-criterium, is voldaan in de analyse van de doelgroep. De handreiking levert een bijdrage aan de overige criteria.

CASEMANAGEMENT ALS METHODIEK

Onder *methodiek* wordt verstaan: de wijze waarop de casemanager handelt, wat hij concreet doet (en eventueel laat), welke maatregelen hij treft of in gang zet en welke activiteiten hij onderneemt. De methodiek wordt in het programma beschreven.

Binnen de methodiek casemanagement worden de volgende taken omschreven:

- het in contact komen met de kinderen (case finding),
- het gesystemiseerd inschatten van de behoeften van de cliënt (assessment),
- het vaststellen van een samenhangend en volledig hulpverleningsplan (planning),
- het regelen van de benodigde hulpverlening (linking),
- het volgen van de geleverde hulpverlening (monitoring),
- de evaluatie van het gebodene en het aangeven van het vervolg (evaluation).

1.5. WETTELIJKE KADERS

Een aantal wettelijke kaders geven aanknopingspunten om casemanagement mede vorm te geven. De ernst van de (mogelijke) bedreiging van de ontwikkeling van de kinderen is zodanig dat veel aandacht voor de wettelijke context noodzakelijk is. Deze context wordt onder meer bepaald door het ouderlijk gezag zoals dat is gedefinieerd in het Burgerlijk Wetboek en het VN-verdrag inzake de Rechten van het kind.

Het Burgerlijk Wetboek, artikel 247, bevat de volgende omschrijving van 'ouderlijk gezag':

- Artikel 1: Het ouderlijk gezag omvat de plicht en het recht van de ouder zijn minderjarige kind te verzorgen en op te voeden.
- Artikel 2: Onder verzorging en opvoeding wordt mede verstaan de zorg en de verantwoordelijkheid voor het geestelijk en lichamelijk welzijn van het kind en het bevorderen van de ontwikkeling van zijn persoonlijkheid.

De rijksoverheid hanteert het VN-verdrag inzake de Rechten van het kind als kader voor haar beleid (Ministerie van VWS, 1995). Preventief jeugdbeleid is daarin een speerpunt. Door aan te sluiten bij het VN-verdrag onderschrijft de overheid (Hoefnagels, 2001) dat zij alle passende wettelijke en bestuurlijke maatregelen en maatregelen op sociaal en opvoedkundig gebied neemt om het kind te beschermen tegen geweld, misbruik, verwaarlozing of nalatige behandeling en mishandeling zolang het kind onder de hoede is van de ouder(s), wettige voogd(en) of anderen (artikel 19, lid 1). Het verdrag schrijft doeltreffende procedures voor, die zorgdragen '(...)' voor de invoering van sociale programma's om te voorzien in de nodige ondersteuning van het kind en van degene die de zorg voor het kind dragen '(...)' (Hoefnagels, 2001).

In het Nederlandse rechtssysteem zijn in dit kader twee wetten van belang: de Wet op de collectieve preventie en de concept Wet op de jeugdzorg. De Wet op de collectieve preventie biedt op twee manieren aanknopingspunten voor kinderen van verslaafde ouders. De Wet collectieve preventie heeft betrekking op de bescherming en bevordering van de gezondheid van de bevolking of van specifieke

groepen daaruit alsmede het voorkomen en het vroegtijdig opsporen van ziekten onder die bevolking. Jeugdgezondheidszorg - preventieve gezondheidszorg ten behoeve van personen in de leeftijd van nul tot negentien jaar - valt ook onder deze wet en omvat de in artikel 3a, tweede lid, genoemde taken.

De gemeenten dragen verantwoordelijkheid voor deze taken die er als volgt uitzien:

- het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren,
- het ramen van de behoeften aan zorg,
- de vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen,
- het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding,
- het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.

12

Kinderen van verslaafde ouders vormen een specifieke risicogroep waarvoor de jeugdgezondheidszorg taken kan verrichten. In het basistakenpakket van de JGZ (Ministerie van VWS, 2002) worden zorgverlening op maat en zorgcoördinatie expliciet genoemd.

De ontwerp Wet op de Jeugdzorg biedt eveneens aanknopingspunten om casemanagement vorm te geven. Bureau Jeugdzorg vormt het coördinatiepunt van de zorg voor ernstige opvoedings- en opgroei problemen en heeft een signalerende functie. Feitelijke begeleiding dient te worden aangeboden vanuit lokale voorzieningen of zorgaanbieders en niet door Bureau Jeugdzorg.

De combinatie van de hier genoemde twee wetten biedt mogelijkheden voor samenwerking en afstemming vanuit de twee perspectieven. Daarbij zijn qua voorzieningen Bureau Jeugdzorg, de Jeugdgezondheidszorg en de instellingen voor verslavingszorg de aangewezen samenwerkingspartners.

DRANG EN DWANG

Casemanagement vindt plaats binnen een vrijwillig kader. Dat houdt in dat de cliënt instemt met het preventieve aanbod. Tot dusver is

niet duidelijk of voor dit preventieve aanbod hetzelfde wettelijke kader geldt als voor medische (en GGZ-) behandelingen, namelijk de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO). Deze wet gaat over alle verrichtingen die betrekking hebben op een persoon, inclusief het onderzoeken en het geven van raad, als ook het 'hem voor het ontstaan van een ziekte te behoeden'.

In een aantal gevallen zijn bij preventieve behandelingen duidelijk gezondheidszorginstellingen in het spel, zoals bij een bevalling. In die gevallen zijn de daarvoor geldende wettelijke regels van kracht. Omdat het casemanagement tot ingrijpende interventies kan leiden, is het aan te bevelen altijd de wettelijke regels te hanteren zoals die voor medische en GGZ- behandelingen bestaan. Dat houdt in: goede en eerlijke voorlichting over de aard en doel van de interventie, de gevolgen en risico's, eventuele alternatieven en de vooruitzichten. Het gaat immers om het verkrijgen van toestemming van de betrokkenen. Bij kinderen jonger dan 12 jaar is toestemming nodig van de wettelijk vertegenwoordiger. Bij kinderen tussen de 12 en 16 jaar is toestemming nodig van de minderjarige zelf en de wettelijk vertegenwoordiger. In bepaalde gevallen kan worden volstaan met toestemming van de minderjarige. Bij jeugdigen van 16 en 17 jaar is toestemming nodig van de minderjarige.

In de loop van het contact met een gezin kan de casemanager tot de conclusie komen dat de gekozen interventies niet tot het gewenste doel leiden. Het is wenselijk deze conclusie te delen met de ouders of het gezin en andere betrokken instanties. Dat kan er toe leiden dat de casemanager, nadat alternatieven uitgeput zijn, tot de conclusie komt dat de oplossing in de richting van gedwongen hulpverlening moet worden gezocht. Hiervoor wordt in eerste instantie het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) ingeschakeld en als volgende stap wordt de Raad voor de Kinderbescherming erbij betrokken. Het vooruitzicht van dergelijke stappen kan tot gevolg hebben dat de interventies alsnog tot resultaat leiden. In die zin is er sprake van een drangsituatie.

Een dwangsituatie geldt alleen bij ondertoezichtstelling (OTS). De voogd heeft dan wettelijke bevoegdheden, de casemanager niet. Er kunnen zich meerdere situaties voordoen:

13

- Een voogd kan aangesteld worden voor alle of een deel van de kinderen in het gezin. In het eerste geval heeft de voogd de regie over alle kinderen. De casemanager kan, indien daarover overeenstemming is met de voogd, gedeeltelijk taken blijven uitoefenen.
- In het geval dat de voogd toezien de voogd is over een of meer maar niet alle kinderen, kan de casemanager taken blijven uitoefenen voor het kind dat niet onder toezicht staat. Over de kinderen die wel onder toezicht staan kan dat alleen in overleg met de voogd.
- In het geval van een OTS kan het wenselijk zijn dat de casemanager deel blijft uitmaken van het systeem. De casemanager heeft immers relaties met allerlei betrokken partijen, kennis over en overzicht in het systeem. In hoeverre de casemanager bij de gezinssituatie betrokken blijft, hangt onder andere af van de principiële keuzes die daarin gemaakt worden en de relatie met de voogd.

In alle gevallen geldt dat het voor het gezin in de eerste plaats van belang is duidelijke werkafspraken te maken. Goede werkafspraken zijn uiteraard ook van belang voor de voogd, de casemanager en andere betrokken instanties.

Een OTS kan pas tot uitvoering komen na de bevalling. Wel kan er een vooraanmelding voor OTS gedaan worden vanaf de zevende maand van de zwangerschap. Vanaf dat moment is het ongeboren kind juridisch een persoon en kan er worden opgetreden in het belang van het kind. In de verslavingszorg loopt een discussie over de vraag of in het geval van ernstig alcohol- en druggebruik niet eerder ingegrepen moet worden. Het is bekend dat ernstig alcohol- en druggebruik blijvende lichamelijke en geestelijke beschadigingen van het kind tot gevolg kan hebben.

2. Het programma casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders

2.1. INLEIDING OP HET PROGRAMMA

In dit programma wordt een aantal uitgangspunten gehanteerd die tezamen de programmafilosofie kunnen worden genoemd. Het is belangrijk om deze uitgangspunten voorafgaand aan de programmaprojectbeschrijving te behandelen, omdat zij soms expliciet en soms impliciet ten grondslag liggen aan het handelen. Hier nog aan vooraf gaat de naamgeving van het programma. Dit programma heet: *Casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders*.

BEJEGENING VAN OUDERS EN KINDEREN

De preventieve zorg verloopt in principe via de ouders en kan alleen tot stand komen als de verhouding tussen de professionals en de verslaafde moeder of ouders¹ goed is. Daarbij hoort dat de normen en waarden van de gezinnen zoveel mogelijk gerespecteerd worden. De professional zal zoveel mogelijk een niet-veroordelende houding moeten hanteren. Dat betekent onder andere invoegen bij de cliënt, eerlijkheid, duidelijkheid en transparantie, respect voor verschillen van mening, het spreken van duidelijke, eenvoudige taal en het vermijden van jargon (Sillevis, 2002).

Het kind heeft het recht om als individu behandeld te worden. Elk kind dat zich een beeld kan vormen van zaken die hem betreffen, heeft het recht deze tot uitdrukking te brengen als hij dat wil. Concreet houdt dit in dat kinderen zoveel mogelijk de gelegenheid krijgen zelf aan het woord te komen over de situatie waarin zij leven en vrijelijk hun mening en behoeften tot uitdrukking kunnen brengen.

HOUDING TEN OPZICHTE VAN HET GEBRUIK VAN ALCOHOL EN DRUGS

Alcohol- en druggebruik worden geaccepteerd zolang deze de ontwikkeling van het kind niet negatief beïnvloeden. Stoppen met druggebruik is dan ook geen primaire doelstelling van de begeleiding. Controle over stabiliteit van het gebruik staat in bepaalde situaties meer op de voorgrond (zie onder andere Schipper en van Emst,

¹ In de tekst zullen de termen moeder en ouders waar gewenst apart gebruikt worden.

2000). Als er weinig controle van de ouder over het gebruik is, wordt hulpverlening voor het verslavingsprobleem als voorwaarde gesteld voor deelname aan het casemanagementprogramma. De casemanager ondersteunt de cliënt bij het realiseren van hulp en steun bij de opvoedsituatie en de kinderen. De casemanager die werkt in het kader van kinderen van verslaafde ouders heeft daarom niet als taak de hulp voor de verslavingsproblematiek van de ouder te verzorgen. Wel kan hij de weg wijzen naar hulp voor de verslavingsproblematiek, of hulp eventueel als voorwaarde stellen. In hoeverre en op welke terreinen de casemanager precies hulp en steun verleent komt later aan de orde.

NADRIJK OP STERKE KANTEN

Ondersteuning van de sterke kanten van het ouderschap en de sterke kanten van het kind staan voorop. Voor de ouders kan dit geformuleerd worden als het ondersteunen van hun bestaande competenties om hun kinderen op te voeden en het eventueel ontwikkelen van nieuwe competenties op andere terreinen (de Bruin, 2002). Dit kan gebeuren door vaardigheden aan te leren, krachten in en hulpbronnen rond het gezin te benoemen en te activeren en taken te verlichten. Een voorbeeld hiervan is het oefenen van dagelijkse zorgsituaties (Berger en Spanjaard, 1997).

MODELLEN VAN CASEMANAGEMENT

Casemanagement kan toegepast worden volgens een aantal modellen. Er kan volgens een organisatorisch model of een methodisch model worden gewerkt. Deze twee werkwijzen kunnen in elkaar overlopen.

Uit de literatuur komt als meest veelbelovende organisatorische model voor casemanagement het integrale, bij de zorg aansluitende model naar voren. Dat beeld wordt ondersteund door gegevens over effectiviteit van gezinsgerichte verslavingspreventie en integrale ondersteuningsprogramma's voor gezinnen. Ook de ervaringen met intramurale gezinsbehandeling voor verslaafde ouders ondersteunen deze gegevens (Bool 2002). Volgens dit model vormen nauwe samenwerking in teamverband en het verrichten van deeltaken van de zorg de sterkste basis voor succes. Essentieel daarbij is goede en nauwe samenwerking met de verslavingszorg voor de ouders.

Er zijn drie soorten methodische modellen beschikbaar: het intensieve casemanagementmodel, het sterktemodel en het makelaarsmodel. In het intensieve casemanagementmodel wordt in teamverband nauw samengewerkt met de zorg. Het sterktemodel (strength model) heeft het benadrukken van de sterke kanten van de betrokkenen als basis. Het pure makelaarsmodel lijkt het minst effectief te zijn (Wolf e.a. 2002). In dit model blijft de taak van de casemanager beperkt tot het identificeren van de behoeften en problemen van cliënten en helpt de casemanager de cliënt toegang te krijgen tot de benodigde hulp en ondersteuning. Een variant op dit model functioneert op verschillende plaatsen in Nederland (bij de GGD Amsterdam en Rotterdam). Vanwege de beperkte effecten heeft dit model echter niet de voorkeur.

Bij casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders zijn de kinderen en niet de ouders de cliënten. De ouder is cliënt van een instelling voor volwassenen, ervan uitgaande dat hij of zij onder behandeling is van een instelling voor verslavingszorg. Hier ligt tevens een dilemma. Het is namelijk twijfelachtig in hoeverre hulp aan het kind zinvol is op het moment dat de ouder niet onder behandeling is voor de verslaving. De invloed van de verslaving en de gevolgen op het opvoedingsgedrag zijn dermate ernstig dat de casemanager in de praktijk dan toch zal proberen de ouder te stimuleren hulp te zoeken, ook al is hij geen cliënt.

De zorg voor (jonge) kinderen bestaat, wat het professionele deel betreft, uit een scala aan voorzieningen, die los staan van de verslavingszorg en ook onderling niet tot één instelling of één domein behoren. Dat maakt het moeilijk een integraal model te realiseren, zowel organisatorisch als methodisch. Waar de casemanager ook geplaatst wordt, hij zal nooit deel kunnen uitmaken van een team dat alle aspecten van de problematiek bestrijkt. Het gaat erom een werkwijze te realiseren die het meest tegemoet komt aan deze benadering en organisatiewijze. Het alternatief is intensieve samenwerking tot stand te brengen en te onderhouden met de behandelaars van de verslaafde ouder en verschillende vormen van gezins- en kind-ondersteuning.

Hoe de organisatorische basis van de casemanager eruit kan zien, komt in het deel over organisatie aan de orde.

Het casemanagement zoals dat in deze handreiking beschreven is, sluit zoveel mogelijk aan bij zowel het integrale als het sterktemodel.

Methodisch werken aan de hand van het sterktemodel is binnen verschillende organisatorische kaders mogelijk. Dat veronderstelt wel een expliciete keuze, onderbouwing, training en onderhoud van deze benaderingswijze.

2.2. DOELGROEP

De doelgroep bestaat uit:

kinderen van 0-18 jaar van ouders die aan alcohol en/of drugs verslaafd zijn of andere vormen van verslaving hebben (bijvoorbeeld gokverslaving) en bedreigd worden in hun ontwikkeling. In deze handreiking ligt de nadruk op 0-4 jarigen. Dat heeft te maken met het gegeven dat dit de meest kwetsbare leeftijd is. De aanbeveling is daarom de inzet van casemanagement-activiteiten in ieder geval voor deze leeftijdsgroep te regelen. Het is wenselijk dat uiteindelijk ook de daarop volgende leeftijdsgroepen aan bod komen. Dat geldt bijvoorbeeld voor de zeer kwetsbare groep van zonen van alcoholverslaafde ouders. Deze kinderen lopen een zeer groot risico op latere leeftijd zowel verslavings- als psychische problemen te ontwikkelen (Bool, 2002).

Voor het bepalen van de doelgroep worden de volgende criteria gehanteerd: problematisch alcohol- en/of druggebruik, onvoldoende basiszorg en het risico dat kinderen lopen op bedreiging van de verschillende ontwikkelingsgebieden.

Voor de mate van alcohol- of druggebruik bestaan er verschillende definities. Wat betreft problematisch alcoholgebruik kunnen er naast alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid ook geregeld drinken en zwaar drinken onderscheiden worden (Verdurmen e.a., 2003) (zie bijlage 4). Aanbevolen wordt om met gezinnen contact te leggen waar sprake is van zwaar drinken of van alcoholmisbruik of -afhankelijkheid.

Wat betreft druggebruik worden middelenmisbruik, schadelijk gebruik, middelenafhankelijkheid en probleemgebruik onderscheiden (zie bijlage 4). Aanbevolen wordt om met kinderen en gezinnen contact te leggen waar sprake is van één of meerdere van deze vier categorieën.

Definitieve deelname aan het casemanagementprogramma gebeurt op basis van de beoordeling van de basiszorg. Het gebruik van alcohol of drugs of de mate van gebruik alléén zijn onvoldoende indicatie voor mogelijke negatieve gevolgen voor de ontwikkeling voor het kind. Het is noodzakelijk met de ouders en de omgeving na gaan

of er problemen bestaan bij het kind in de ouder-kind relatie, of problemen bij de ouder die direct gevolgen hebben of kunnen hebben voor de ouder-kind relatie.

Het verdient aanbeveling aan te sluiten bij ontwikkelingen in de jeugdgezondheidszorg om de kans op afstemming te vergroten en tot een eenduidige beoordeling van risicosituaties te komen. Als eerste stap in de screening kunnen lijsten van risicofactoren en beschermende factoren worden gebruikt (Kooijman en Prinsen, 2003). Bij thuiszorginstellingen zijn in het kader van de vroegsignalering verschillende lijsten ontwikkeld. Eén van deze lijsten, van Thuiszorg Den Haag (zie bijlage 5) gaat vooraf aan de Screenings- en interventielijst KOPP (SIK lijst, zie bijlage 6) zoals die voor KOPP is ontwikkeld. Beide lijken goed bruikbaar. De eerstgenoemde lijst geeft overigens risicofactoren ter beoordeling die breder zijn dan basiszorg. Voor zover bekend zijn deze lijsten niet specifiek voor deze doelgroep ontwikkeld noch wetenschappelijk gevalideerd.

20

De doelgroep wordt vervolgens omschreven aan de hand van het risico dat kinderen lopen op bedreiging van de verschillende ontwikkelingsgebieden. De leeftijd van het kind doet er daarbij veel toe. De risico's voor de kinderen liggen op fysiologisch, psychologisch en situationeel gebied (van der Aalsvoort & Ruijsenaars, 2000).

Fysiologische aspecten:

- zien, horen en voelen,
- spraak,
- motoriek,
- lichamelijke conditie,
- neurologische ontwikkeling.

Deze fysiologische aspecten kunnen door alcohol- en drugsverslaving tijdens de zwangerschap en daarna tot ongeveer het vierde jaar worden beïnvloed. Tot lichamelijke gezondheid hoort de medische zorg voor, tijdens en na de bevalling en het verzorgingsritueel van de ouders. De fysieke veiligheid dient in alle levensfasen voldoende gegarandeerd te worden.

Psychologische aspecten:

- cognitieve aspecten als intelligentie, taalontwikkeling, leervoorwaarden, informatieverwerking, aandacht en concentratie,

- emotionele aspecten als zelfbeeld, persoonlijkheidsstructuur, gezinsbeleving,
- relationele aspecten als onafhankelijkheid, zelfstandigheid, beleven van sociale druk.

Deze aspecten kunnen in alle leeftijdsfasen van 0-18 jaar beïnvloed worden door de alcohol- en harddrugsverslaving van de ouder(s). Bij de psychologische aspecten (cognitieve en emotionele ontwikkeling) horen bovendien de sensitieve responsieve interactie tussen de ouder en het jonge kind en de sensitiviteit en responsiviteit van de ouder voor de cognitieve, emotionele en relationele aspecten die passen bij elke leeftijdsfase.

Situationele aspecten

Hiertoe behoren:

- opvoedingspatronen,
- instructiepatronen,
- sociale context,
- materiële aspecten zoals huisvesting, voeding en kleding.

21

Ook deze aspecten kunnen in alle leeftijdsfasen van 0-18 jaar worden beïnvloed door alcohol- en harddrugsverslaving van de ouder(s). Tot de situationele aspecten behoren de directe handelingen van de ouders zelf, de sociale contacten en de steun die de ouders en de kinderen krijgen bij opvoeding en ontwikkeling. Het betreft dus ook contacten met en steun uit de eigen omgeving en van professionals.

Op elk van deze gebieden doorlopen de kinderen een bepaalde ontwikkeling. Ouders hebben in elke ontwikkelingsfase van hun kind(eren) specifieke opvoedingsopgaven en -taken (Rispen et al 1994). In de casemanagementpraktijken wordt dit weergegeven als het realiseren van basiszorg (zie bijlage 9).

DE ONTWIKKELING VAN DE KINDEREN KAN BEDREIGD WORDEN DOOR:

- *het alcohol- en druggebruik van de ouders:* het gebruik van alcohol en drugs is met name gevaarlijk wanneer dit tijdens de zwangerschap gebeurt. Er zijn dan directe gevolgen voor de foetus. Vooral het problematisch gebruik van alcohol door zowel moeder als vader vóór, tijdens en na de conceptie wordt onderschat (Bool, 2002; Jellinek

website² Schneider en Sibbles, 2003). Speciale aandacht voor het ongeboren kind van zwangere verslaafde vrouwen is nodig;

- *de leefwijze en het (opvoedings)gedrag van de ouders*: het middelengebruik kan het opvoedingsgedrag ernstig negatief beïnvloeden of helemaal verstoren. Dat gebeurt door de directe gevolgen van het gebruik (geen of negatieve aandacht voor de kinderen) of door de organisatie daar omheen (de noodzaak middelen en het geld voor de aanschaf daarvan te verkrijgen);
- *de gezinsstructuur*: het middelengebruik kan samenhangen met instabiele relaties tussen de ouders of tussen de moeder en wisselende partners;
- *de sociale omgeving*: verslavingsproblematiek kan leiden tot problemen met de omgeving met isolement van het gezin en het kind tot gevolg.

² De website van de Jellinek (www.jellinek.nl, onder Alcohol en Drugs, Zwangerschap en Drugs) geeft de risico's per middel voor verschillende aspecten bij zwangerschap, de fysiologische en een aantal psychologische gevolgen voor de kinderen op latere leeftijd. De lijst geeft indicaties voor verwijzers.

2.3. DOELSTELLING VAN HET PROGRAMMA

In de systematiek van programmabeschrijving is het noodzakelijk de doelstelling van het programma vast te leggen. De doelstelling van het programma casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders is:

Bescherming en zorg voor kinderen van verslaafde ouders garanderen of tot stand brengen.

Hieruit volgen de onderstaande specifieke doelen:

- zicht krijgen op de ontwikkeling van alle kinderen van verslaafde ouders,
- nagaan of de ontwikkeling van ieder kind zoals vastgelegd in de basiszorg voor de verschillende leeftijdsgroepen, voldoende wordt gewaarborgd,
- zonedig bewerkstelligen dat de kwaliteit van leven van het kind verbetert door middel van ondersteunende of compenserende activiteiten en interventies voor ouders en kind.

Vanuit preventief oogpunt gaat het om de kinderen. De kinderen worden in principe door hun ouder(s) opgevoed en leven in het eigen gezinsverband. Een belangrijk uitgangspunt is dat het kind in het gezin verblijft zolang de fysieke en emotionele veiligheid gewaarborgd is. Het opgroeien in de natuurlijke omgeving van een gezin heeft veel voordelen: een gezin biedt een kind continuïteit, stabiliteit, bescherming en langdurige hechtingsmogelijkheden (Berger en Spanjaard, 2001). Hieruit volgt dat de preventieve zorg is gericht op het gehele systeem: de kinderen, de ouder(s) en de omgeving.

Doelstellingen moeten aan een aantal algemene criteria voldoen. Veelgebruikte criteria zijn samengevat onder de term *smartie*. Deze letters staan voor specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch, tijdgebonden, inspirerend en engagerend.

Toepassing van deze criteria op de doelstelling van dit programma levert het volgende op:

- specifiek: de doelstelling moet voldoende gespecificeerd zijn. Dat houdt in dat 'ontwikkeling van de kinderen' nauwkeuriger moet

worden gedefinieerd. Om na te gaan of een deel van de kinderen van verslaafde ouders in hun ontwikkeling wordt bedreigd, is het noodzakelijk bij alle kinderen van verslaafde ouders na te gaan of dat zo is;

- meetbaar: de meetbaarheid van de doelstelling hangt af van de nauwkeurigheid waarmee de volgende onderdelen beschreven zijn: de doelgroep, de ontwikkeling, de bedreiging van de ontwikkeling en het tot stand komen van interventies (de methodiek van casemanagement);
- acceptabel: het is wenselijk dat verschillende actoren de doelstelling accepteren. Dat zijn de ouders, de kinderen, de sociale omgeving en de professionals;
- realistisch: de doelstelling moet binnen de aangegeven kaders en beperkingen verwezenlijkt kunnen worden;
- tijdgebonden: de meeste interventies zijn beperkt in tijd, maar er zijn ook langer doorlopende activiteiten, zoals het opnemen van het gezin in een volgsysteem in verband met eventueel later ingrijpen en het programmaonderdeel langdurig contact.
- inspirerend: de casemanager is wat dit betreft de centrale figuur, hij dient zodanig inspirerend te werken dat zowel ouders als overige professionals deelnemen aan de geplande activiteiten;
- engagerend: ook hierin is de casemanager de centrale figuur. Engagement krijgt vorm in de inzet voor elk individueel kind en gezin, hoe moeilijk de situatie soms ook kan zijn. Deze houding zal ertoe leiden dat ouders zich van hun kant engageren om zich te houden aan de afspraken die gemaakt zijn.

In de hierna volgende hoofdstukken worden deze thema's gespecificeerd aan de hand van de beschreven parameters.

2.4. METHODEN, WERKWIJZEN, INTERVENTIES

De casemanagementmethode is te beschrijven aan de hand van de hierna te onderscheiden functies. In dit hoofdstuk vindt de beschrijving van de werkwijzen en interventies aan de hand van deze functies plaats.

- Het in contact komen met de kinderen (case finding). Dit is een eerste vereiste om zicht te krijgen op de ontwikkeling van de kinderen. Dat is de vooraanmeldingsfase. Hierop volgt de aanname of intake.
- De probleeminventarisatie, behoefte-inventarisatie en diagnostiek zijn gebaseerd op de te voorkomen of te compenseren risico's en de inventarisatie van de beschermende en risicofactoren. Het totaal levert een overzicht op van de handelingen die noodzakelijk zijn voor het realiseren van basiszorg, opvoedingsondersteuning en sociale steun (assessment).
- Op grond van de probleeminventarisatie maakt de casemanager met de ouders een plan (planning).
- De in het plan opgenomen zorg wordt opgezet (linking).
- Om zicht te houden op effectuering van de zorg en de ontwikkeling van het kind is het onderhouden van contact met uitvoerende instanties en ouder en kind een continue activiteit (monitoring).
- De evaluatie van de geboden zorg en het aangeven van het (mogelijke) vervolg (evaluation).

Een extra functie kan bestaan uit individuele belangenbehartiging voor een cliënt en beleidsmatige belangenbehartiging voor meer cliënten. Soms wordt deze functie genoemd als noodzakelijk en soms als mogelijke toevoeging aan het aanbod. In het kader van casemanagement bij kinderen van verslaafde ouders is belangenbehartiging echter regelmatig een noodzakelijk element. Lang niet altijd zijn voorzieningen toegankelijk voor ouders en kind. Dat vraagt om individuele of groepsgewijze belangenbehartiging. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om beschikbaarheid van of toegang tot kinderopvang, een kinderdagverblijf, preventieve interventies voor jonge kinderen (stimulering moeder-baby interactie), praktische kindverzorging en opvoedingsondersteuning.

DE CASEMANAGEMENTMETHODE IN EEN SCHEMA

	1.	2.	3.	4.	5.	6.
Activiteiten	Opsporing Consultatie Vooraanmelding Aanname	Inventarisatie basiszorg, behoeften, diagnostiek	Opstellen plan	Uitvoeren van plan	Begeleiden en nagaan verloop plan	Evalueren en bijstellen plan
Betrokkenen	Verwijzers/ ouders	Ouders/ Kinderen (apart vanaf 12 jaar)	Ouders/ Uitvoerende instanties Kinderen (apart vanaf 12 jaar)	Ouders/ uitvoerende instanties Kinderen (apart vanaf 12 jaar)	Ouders/ uitvoerende instanties Kinderen (apart Vanaf 12 jaar)	Ouders/ uitvoerende instanties Kinderen (apart vanaf 12 jaar)

De precieze invulling zal per leeftijdscategorie van de kinderen verschillen.

1. Contactfase

Het doel van de contactfase is om met de juiste doelgroep in contact te komen. De casemanager kan op verschillende manieren in contact komen met de kinderen en het gezin. Dat kan via de verwijzer of rechtstreeks.

Angelo en een baby op komst: stap 1

Het KVO krijgt een *melding* van het maatschappelijk werk van het ziekenhuis. Het gaat om een vijfentwintigjarige vrouw die zwanger is van haar tweede kind. Het eerste kind is een jongen, Angelo, van twee jaar oud. Zowel de vader als de moeder gebruiken dagelijks alcohol. De vader gebruikt bovendien sinds enkele maanden in toenemende mate cocaïne. Hij heeft momenteel geen werk. Tijdens het *kennismakingsgesprek* met het KVO blijken er veel problemen te zijn. De vader heeft geen werk, er zijn schulden (waaronder huurschuld), er zijn problemen in de buurt en beide ouders gebruiken veel alcohol, en de vader ook cocaïne. De ouders zijn bekend bij politie en hebben contact met het buurtmaatschappelijk werk. Ze komen hun afspraken daar slecht na.

De KVO-medewerker neemt met toestemming van ouders contact op met huisarts, politie en maatschappelijk werk. Er wordt een *gezamenlijk overleg* gepland waarbij alle betrokkenen, dus ook de ouders, aanwezig zullen zijn. KVO nodigt ook de wijkverpleegkundige van de ouder-kindzorg uit. Bij deze verpleegkundige zullen ze straks met hun baby op het consultatiebureau komen.

ACTIVITEITEN IN DE CONTACTFASE

In de meeste gevallen zal de vooraanmelding via een verwijzer plaatsvinden. Dat kan bijvoorbeeld een leerkracht, een huisarts of een hulpverlener vanuit de verslavingszorg zijn. De verwijzer beoordeelt in eerste instantie of de kinderen binnen de doelgroep vallen. Een precieze en heldere doelgroepomschrijving is hiervoor noodzakelijk. Instrumenten die hiervoor gebruikt kunnen worden zijn, afhankelijk van de setting, de lijst van Thuiszorg Den Haag (bijlage 5), de indicatie voor screening van de Brijder Verslavingszorg (bijlage 7) en de SIK-lijst (bijlage 6).

In de praktijk blijkt een aanmelding vaak eerst consultatief voorgesteld te worden. Meestal zijn er meerdere gesprekken nodig om van consultatie tot aanmelding te komen. Het is mogelijk dat een gezin zichzelf rechtstreeks aanmeldt als het daar zelf aanleiding toe ziet. Dit zal niet regelmatig gebeuren.

METHODISCH HANDELEN

Het is noodzakelijk om de ouders zelf te bereiken. Met hen bespreekt de KVO-medewerker de ontwikkeling van en de zorg voor het kind en gaat na welke interventies eventueel gewenst zijn.

Aandachtspunten bij de eerste contacten met de ouders zijn de actieve rol van de ouders zelf, de werkwijze van de casemanager en de wijze waarop de ouders ingaan op het programma-aanbod. Belangrijk aandachtspunt is dat de ouders aansluiting voelen met de casemanager. Daartoe legt de casemanager de uitgangspunten van het programma, de programmafilosofie uit en past deze toe. De casemanager zoekt daarbij zoveel mogelijk aansluiting bij de leefwereld van het cliëntensysteem. Het kan nodig zijn om eerst alledaagse zaken te bespreken voordat verder gewerkt kan worden aan de doelstelling. In diverse methodieken voor intensieve gezinsbenaderingen en casemanagement wordt dit punt nader toegelicht (Hoogendam en Vreenegeer, 2002; Berger en Spanjaard, 2001; Berger en van Vugt, 2002; Wolf, 1993). Eén van de uitgangspunten is dat aangesloten wordt bij de eigen vermogens (capaciteiten en sterke kanten) van de ouders. Het vraagt de nodige aandacht om dit uitgangspunt vanaf het allereerste contact goed te hanteren.

Als vervolg op het eerste contact bespreekt de casemanager met de ouders wat het casemanagement inhoudt. Dit gebeurt in een voorlichtingsgesprek, dat overigens kan samenvallen met de eerste kennismaking. Bij voorkeur vindt dit in de thuissituatie plaats. In dit gesprek legt de casemanager uit wat de werkwijze van het casemanagement inhoudt en onder welke voorwaarden het plaatsvindt. De cliënt krijgt informatie over uiteenlopende onderwerpen (zie bijlage 14). Op basis van dit voorlichtingsgesprek besluiten beide partijen om al dan niet met elkaar verder te gaan³.

Op het moment dat ouders bereid zijn tot definitieve aanmelding start de casemanager met een dossier. Als het contact met de verwijzer beperkt blijft tot de consultatieve functie, vindt er dus *geen* aanmelding van het gezin plaats.

³ Omdat de interventie een preventief karakter heeft liggen de normen uit het Certificatieschema voor Instellingen voor geestelijke gezondheidszorg van de Stichting HKZ (2002) aan dit gesprek ten grondslag.

AANDACHTSPUNTEN BIJ DE CONTACTFASE

Wat betreft de aard en de gevolgen van de verslaving zijn er zowel verschillen als overeenkomsten tussen alcohol- en drugsverslaving. Veelal gaat misbruik van alcohol en drugs gepaard met psychische problematiek. Kennis van de gevolgen van de verslavingsproblematiek en van psychische problematiek is van belang voor het leggen en onderhouden van contact. Een belangrijk verschil tussen alcohol- en drugsverslaving ligt in de maatschappelijke acceptatie van alcoholgebruik. Het illegale karakter van druggebruik maakt de kans groter dat de levenswijze van de ouders negatieve effecten heeft op de ontwikkeling van de kinderen.

Vanuit het oogpunt van preventieve zorg voor de kinderen is het gewenst een zeer actieve opsporing van risicosituaties in een zo vroeg mogelijk stadium te realiseren. Dit betekent concreet dat de casemanager relevante tussenpersonen of intermediairen nauw betrekt bij het in contact komen met deze gezinnen. Zowel bij alcohol- als bij drugsproblemen zijn dit in eerste instantie de instellingen voor verslavingszorg. Het is echter een bekend feit dat slechts een beperkt deel van mensen met alcohol- en drugsproblemen bij de verslavingszorg in zorg of bekend is. Om de doelgroep te bereiken is het wenselijk dat de ouders ook via andere beroepsgroepen bereikt worden. Dat zijn die professionals die met de doelgroep (aanstaande) ouders en hun kinderen in aanraking komen. Wanneer het kinderen van 0-4 jaar betreft, zijn dit:

- de medewerkers van de jeugdgezondheidszorg (consultatiebureau en schoolgezondheidsdiensten),
- de medewerkers van de thuiszorg,
- huisartsen,
- verloskundigen en gynaecologen,
- politiefunctionarissen (meestal in het geval van druggebruikende ouders),
- medewerkers van woningbouwcorporaties (in het geval van huurschuld en overlast).

Bij kinderen van 4 jaar en ouder zijn het relevante tussenpersonen uit de volgende sectoren:

- de jeugdzorg,
- het schoolwezen (leerkrachten en leerplichtambtenaren),

- de geestelijke gezondheidszorg,
- beroepsgroepen werkzaam op het terrein van welzijn.

Lokaal of regionaal kunnen diverse netwerken en voorzieningen van belang zijn, zoals netwerken in verband met huiselijk geweld, buurt-netwerken en voorzieningen voor maatschappelijke opvang, met name vrouwenopvang.

De doelgroep wordt vrijwel uitsluitend bereikt door verwijzing via de hiervoor genoemde professionals. Het casemanagement dient met hen dus zeer goede en actieve relaties op te bouwen en te onderhouden. Dit is een essentieel onderdeel van de casemanagement-praktijk. Concreet houdt dit in dat:

- alle relevante instellingen in de regio in kaart zijn gebracht (een sociale kaart),
- deze instellingen minimaal schriftelijk op de hoogte zijn van het casemanagement-aanbod,
- bij voorkeur mondelinge voorlichting aan deze instellingen plaatsvindt door middel van bijeenkomsten en presentaties,
- bij voorkeur persoonlijke relaties worden onderhouden met contactpersonen binnen deze instellingen,
- er helder voorlichtingsmateriaal voor verwijzers, ouders en kinderen voorhanden is,
- er wordt gewerkt volgens gezamenlijk vastgestelde en vastgelegde procedures en protocollen.

Deelname aan het casemanagement door de ouders vindt plaats op vrijwillige basis. Alleen in geval van ernstige vermoedens van verwaarlozing of mishandeling is melding bij het Advies- en Meldpunt Kinder mishandeling (AMK) geïndiceerd. Bij het casemanagement wordt gewerkt met ouders die gemotiveerd zijn om zich rekenschap te geven van hun eigen functioneren als ouder en de mogelijke gevolgen daarvan voor hun kinderen. Hierbij wordt er ook van uitgegaan dat de ouders in staat zijn de gevraagde inzet te realiseren, in motivationele, emotionele en cognitieve zin. Dat houdt in dat er geen dwang wordt uitgeoefend in casemanagementpraktijken. Wanneer er sprake is van dwang kan dat alleen binnen het wettelijk kader van een onder toezichtstelling (OTS), uitgesproken door de kinderrechter. Zoals in hoofdstuk 1.5 is besproken kan er binnen casemanagement wel sprake zijn van drang.

2. Behoeft- en probleeminventarisatie

DOEL VAN DE BEHOEFTE- EN PROBLEEMINVENTARISATIE

Het doel van deze behoefte- en probleeminventarisatie en eventuele diagnostiek is een overzicht te krijgen van de te voorkomen of te compenseren risico's, de beschermende- en risicofactoren te inventariseren. Het levert een overzicht op van de handelingen die noodzakelijk zijn voor het realiseren van basiszorg, opvoedingsondersteuning en sociale steun (assessment). Het realiseren van de basiszorg is het uitgangspunt. Concrete aspecten van het functioneren van de kinderen, van het ouderlijk functioneren en materiële aspecten staan centraal. Wat basiszorg inhoudt is in bijlage 9 weergegeven.

Angelo en een baby op komst: stap 2

Tijdens het *gezamenlijke overleg* wordt een *inventarisatie* gemaakt van de bestaande *problemen*. De ouders zijn bang om hun kind kwijt te raken en hun huis uitgezet te worden. Afsproken wordt dat het *buurtmaatschappelijk werk* samen met ouders de schulden gaat uitzoeken en nagaat of er mogelijkheden zijn voor schuldsanering of bewindvoering. De politie vertelt dat de ouders regelmatig ruzie met mensen in de buurt maken, meestal onder invloed van alcohol. De vader vertelt dat de buurman hem treitert door veel lawaai te maken, de radio hard aan te zetten, 's avonds laat te gaan timmeren, de hond voor zijn voordeur te laten poepen en ga zo maar door. Volgens hem zijn de ruzies daarom onvermijdelijk en niet zijn schuld. Afsproken wordt dat de wijkagent eens bij de buurman binnenloopt en de situatie in de gaten houdt.

De moeder zegt het allemaal niet meer te zien zitten vanwege de vele problemen: onvoldoende geld voor het huishouden, ruzie van het gezin met de burens, ruzies met haar man en andere problemen. Ze wil wel van de drank af, probeert iedere dag weer te stoppen, maar houdt het nooit langer vol dan een week. Het kost haar moeite om goed voor Angelo te zorgen. Ze weet niet goed wat ze moet doen als hij zich op de grond laat vallen en maar blijft gillen. Hij doet ook nooit wat zij wil. Haar moeder wil na een aanvaring met Angelo's vader niet meer oppassen en bij haar man durft ze hem niet achter te laten. Die gaat rustig de deur uit en vergeet zijn kind mee te nemen. Haar man wordt boos als ze dit vertelt; volgens hem wil ze de zorg niet uit handen geven en verwent ze Angelo heel erg. De KVO-medewerker bespreekt met de ouders de mogelijkheid intensieve thuiszorg in te zetten. De medewerkers van de intensieve thuiszorg besteden aandacht aan structuur en regelmaat in dit gezin en bieden ondersteuning bij de opvoeding van de kinderen. Ook de mogelijkheid van intensieve ambulante gezinsbegeleiding komt aan de orde. Dat willen de ouders beslist niet. Hulp van de intensieve thuiszorg willen ze overwegen; daar heeft hun overbuurvrouw ook hulp van gehad toen ze in het ziekenhuis lag en dat was wel een aardig vrouwtje.

ACTIVITEITEN IN DE INVENTARISATIEFASE

De casemanager begint met het in kaart brengen van de basiszorg. De nadere kennismaking en het verzamelen van de benodigde informatie, onderdeel van de inventarisatie, vinden plaats binnen twee weken na de definitieve aanmelding. Dit gebeurt altijd door middel van een huisbezoek. Hierbij zijn zoveel mogelijk de kinderen aanwezig om enig zicht te krijgen op de interactie tussen ouder(s) en kinderen. In deze nadere kennismaking komt, zoals ook in het voorlichtingsgesprek is gesteld, aan de orde dat de opvoedingstaak van de ouders centraal staat. Tijdens dit huisbezoek krijgt de casemanager, als hij deze taak zelf uitvoert, een eerste indruk van de basiszorg. Hierbij kan hij een handleiding voor het verzamelen van informatie gebruiken (bijlage 13, Ten Brink 1997). Om afstemming mogelijk te maken vraagt de casemanager de ouder schriftelijk toestemming om contact op te nemen met andere betrokkenen uit het sociale systeem, relevante instellingen, scholen en de huisarts. De casemanager vraagt ook toestemming om kennis te maken met alle kinderen. Met kinderen vanaf 12 jaar en de ouder(s) houdt de casemanager een persoonlijk kennismakingsgesprek. Het is wenselijk dat de inhoud van dit gesprek schriftelijk wordt uitgewerkt. Hiertoe kan het deel van de screening- en interventielijst (SIK) dat betrekking op de kinderen heeft als uitgangspunt dienen (bijlage 6).

Na het eerste huisbezoek neemt de casemanager contact op met direct betrokkenen en instellingen om nadere informatie over de basiszorg te krijgen en na te gaan welke ondersteuning en hulpverlening het gezin momenteel heeft of in het verleden heeft gehad.

De risico-inventarisatie dient plaats te vinden in gezamenlijk overleg met alle betrokkenen. Bij dit overleg dient expertise op het gebied van verslaving en psychiatrie aanwezig te zijn.

De noodzaak tot nadere diagnostiek wordt vastgesteld aan de hand van het op te stellen plan. Tot op heden vindt uitgebreidere diagnostiek in ambulante preventieve setting in Nederland beperkt plaats. Meestal vindt nadere diagnostiek plaats nadat er een indicatie is gesteld voor specialistische zorg, zoals van een medisch kinderdagverblijf. Het verdient aanbeveling om vaker diagnostiek toe te gaan passen. Welke vormen geschikt zijn en aansluiten bij de werk-

wijze van het casemanagement is in dit kader niet vast te stellen. Dat vraagt een apart beoordelingskader (zie hiervoor bijvoorbeeld Valenkamp e.a., 2003; Kooijman en Prinsen, 2003).

Een bijdrage aan nadere diagnostiek kan worden gerealiseerd door het opnemen van een gedragsdeskundige in het casemanagement-team, die gespecialiseerd is in het signaleren van problemen bij kinderen en in de ouder-kind interactie.

METHODISCH HANDELEN

Voor verschillende leeftijdscategorieën is, op grond van risico's of beperkingen ten aanzien van de standaard basiszorg, een aantal beschermende of compenserende maatregelen of interventies aan te geven. Omdat verslaving tijdens de zwangerschap grote gevolgen heeft voor het ongeboren kind en de jongste leeftijdsgroep veel risico loopt, is het van belang de regie en de uitvoering van de screening zorgvuldig af te stemmen op andere regievoerende instanties, zoals consultatiebureaus en diensten voor Jeugdgezondheidszorg van de GGD'en. Zie bijvoorbeeld de werkwijze van het AMC, Amsterdam en het protocol van KDO Zuid- en Oost-Gelderland voor het consultatiebureauteam (bijlage 11 en 12). Hoe dat er rond de zwangerschap en voor 0-4-jarigen uit ziet is voor de verschillende functies te zien in bijlage 10 (zie ook Ministerie van VWS, 2002). In deze leeftijdsgroep ligt het voor de hand dat de consultatiebureau-artsen, -verpleegkundigen en de wijkverpleegkundigen onderdelen van de basiszorg in kaart brengen en daarover rapporteren aan en overleggen met de casemanager.

Het consultatiebureau heeft geen zicht op kinderen van 4 jaar en ouder. De casemanager kan de basiszorg aan deze kinderen zelf beoordelen of deze beoordeling uitbesteden aan andere beroepsgroepen, zoals de gespecialiseerde gezinszorg. Een voorwaarde is wel dat deze daartoe voldoende competent is.

In deze fase is het opbouwen van een werkrelatie van essentieel belang voor het welslagen van de hulpverlening. Dit punt is goed uitgewerkt in de eerder genoemde publicaties van Hoogendam en Vreenegeer (2002), Berger en Spanjaard (2001) en Berger en van Vugt (2002).

AANDACHTSPUNTEN BIJ DE INVENTARISATIEFASE

Bij kinderen van verslaafde ouders zijn de kinderen en niet de ouders cliënt. Het alcohol- en druggebruik van de ouders is van belang in zoverre dat het gevolgen heeft voor de ontwikkeling van het kind. In een groot aantal gevallen is dat zo, hetzij vanwege fysieke gevolgen (met name voor de geboorte en tijdens de eerste levensjaren) hetzij vanwege invloed op de opvoeding door de ouder. Daarbij horen, zeker als de kinderen ouder zijn, psychologische aspecten als gezinsbeleving en identiteitsvorming. De voorbeeldfunctie van de ouders is daarbij van belang. Verslavingshulpverlening is dan ook vaak geïndiceerd en in veel gevallen een voorwaarde voor het inzetten van casemanagement.

Om de gevolgen van verslaving te beperken staan stabilisatie en controle van het gebruik voorop (Schippers en van Emst, 2000). Afhankelijk van de leeftijd van het kind vóór en ná de geboorte en de leefsituatie in het gezin, wordt er gestreefd naar afbouwen, beperken of stabiliseren van het gebruik. In alle gevallen is intensieve samenwerking met de verslavingszorg van belang.

Verder is het zinvol om na te gaan of de ouders behoeften hebben of problemen ervaren op niet nader genoemde punten. Deze aanpak komt tegemoet aan het methodische uitgangspunt om bij de behoeften van de ouders aan te sluiten. Dit laatste kan breed worden opgevat en bijvoorbeeld gaan om ontspanningsvormen voor de kinderen en de ouders, ondersteuning bij het vinden van (vrijwilligers)werk of dagbesteding van de ouders.

De vraag kan de casemanager bovendien op het spoor brengen van niet onderkende behoeften of problemen. De casemanager stelt deze vraag bij voorkeur aan de hand van gestandaardiseerde open vragen.

34

3. Het plan

DOEL VAN HET PLAN

Op grond van de probleeminventarisatie maakt de casemanager een plan in samenspraak met de ouders. Dit plan bevat de gemaakte afspraken ten behoeve van de kinderen en heeft de goedkeuring van alle betrokkenen. In het plan staat wie wat binnen welke termijn gaat uitvoeren.

Angelo en een baby op komst: stap 3

De ouders geven aan dat ze teveel drinken en dat het anders moet. De vader ziet zijn cocaïnegebruik niet als een groot probleem; hij zegt het goed onder controle te hebben. De moeder begint te huilen als ze hoort dat het alcoholgebruik gevolgen kan hebben voor de baby. Ze worden aangemeld bij een instelling voor verslavingszorg om aandacht te besteden aan hun alcoholgebruik, om zicht en greep te krijgen op hun gebruik. De KVO vraagt de wijkverpleegkundige bij de ouders op huisbezoek te gaan. De wijkverpleegkundige krijgt dan zicht op de thuissituatie en kan met de ouders bespreken wat er allemaal nodig is voor de nieuwe baby. Afgesproken wordt dat KVO met de ouders een uitgebreide intake zal houden om een totaalbeeld van het gezin te krijgen.

Na deze eerste bijeenkomst komen de ouders niet op de vervolgspraak. Ze zijn bang. Een vriendin heeft hen gezegd voorzichtig te zijn met die hulpverleners: voor je het weet ben je je kind kwijt. KVO spreekt een huisbezoek af, om alsnog een intakegesprek te houden. Na twee gesprekken met KVO nodigt KVO het buurtmaatschappelijk werk uit bij de ouders thuis. Uiteraard met hun instemming. Ze spreken af eenmaal per week samen de post door te nemen.

Bij het volgende multidisciplinaire overleg zijn de ouders aanwezig. Het maatschappelijk werk van het ziekenhuis heeft op verzoek van KVO ook de kinderarts en de gynaecologe uitgenodigd. De ouders krijgen informatie over de mogelijke gevolgen van alcoholgebruik voor de baby. Zij worden rondgeleid op de kinder- en kraamafdeling en maken kennis met het hoofd van deze afdelingen.

35

ACTIVITEITEN IN DE PLANFASE

De casemanager stelt het plan op in samenspraak met de ouder(s) en de betrokken instellingen. Alle betrokkenen bespreken het plan in een gezamenlijk overleg. Tijdens dit overleg krijgen alle deelnemers spreektijd. Hierin kunnen zij hun mening geven over hoe het met de kinderen gaat en wat er gedaan moet worden om de situatie van de kinderen te verbeteren.

Naar aanleiding hiervan worden werkafspraken gemaakt en vastgelegd. Onderdeel van de werkafspraken is wie welke taken uitvoert. Daar valt ook eventuele nadere diagnostiek onder. Verder wordt de afspraak gemaakt dat alle betrokkenen relevante veranderingen over de gemaakte afspraken of in de gezinssituatie bij de casemanager melden. Het verdient de voorkeur in het plan korte- en lange termijn doelen te benoemen.

Korte termijn doelen werken motiverend voor alle betrokkenen, in de eerste plaats de ouders. De hulp of zorg wordt zoveel mogelijk geconcretiseerd in type, omvang en duur. Voor de korte termijn doelen is het wenselijk een streefdatum vast te leggen. In bijlage 13 is een aandachtslijst hiervoor te vinden (ten Brink e.a., 1997). Ook wordt daar ingegaan op interventies waarbij tijdelijk taken worden overgenomen.

Nadere diagnostiek is gewenst wanneer er aanzienlijke problemen verondersteld of gesignaleerd worden bij het functioneren van de ouders of de kinderen of in de interactie tussen beiden. Duidelijke criteria hiervoor moeten echter nog worden ontwikkeld. Het hiervoor genoemde beoordelingskader kan hier een uitgangspunt zijn. De aanbeveling die op dit moment geldt is om nadere diagnostiek te verrichten wanneer *beide* ouders verslavings- of andere problemen hebben.

METHODISCH HANDELEN

Afhankelijk van de samenstelling van het team waarin de casemanager functioneert en de instanties die nog betrokken moeten worden bij de zorg voor de kinderen, wordt vastgesteld wie de diagnostiek uitvoert en welk instrumentarium daarvoor gehanteerd wordt. Na de eerste bepaling van de mate waarin in basiszorg voorzien is, volgt verdere verkenning van de problematiek. In het kader van deze handreiking is het niet mogelijk te bepalen welk instrumentarium hiervoor het meest geschikt is, gezien de veelheid van beschikbare instrumenten en het ontbreken van een beoordelingskader hiervoor.

Wanneer intensieve competentiegerichte gezinshulp geïndiceerd is, ligt het in de rede om de hiervoor ontwikkelde methodiek van Berger en van Vugt (2002) te hanteren. Deze is onder andere geba-

seerd op Families First en enkele praktijken van intensieve gezinshulp. Aan deze methodiek is de beschrijving (assessment) van de dagelijkse gang van zaken en competenties van ouders en kind verbonden. Een training in het uitvoeren van deze methodiek en de daaraan verbonden assessment is noodzakelijk. Daarnaast bestaan diverse vormen van intensieve (pedagogische) thuishulp (Loeffen e.a. 2001; Bransen, 2003).

AANDACHTSPUNTEN BIJ DE PLANFASE

In alle gevallen legt de casemanager contact met school of kinderdagverblijf of naschoolse opvang. De reden hiervan is dat deze betrokkenen zich vaak al langer zorgen maken over het kind en de situatie in het gezin. Wanneer de ouders akkoord gaan en er voldoende garanties zijn dat de privacy van het betrokken gezin niet in het geding is, worden deze instanties betrokken bij de planvorming. Door deze betrokkenheid zullen ze zich minder zorgen maken over het kind en meer begrip krijgen voor de situatie.

4. De interventies

DOEL VAN DE INTERVENTIES

Het doel van de interventies komt overeen met het doel van het programma: bewerkstelligen dat de kwaliteit van leven van het kind verbetert door middel van ondersteunende of compenserende activiteiten en interventies voor ouders en kind.

Angelo en een baby op komst: stap 4

Het KVO volgt dit gezin het eerste anderhalf jaar na de geboorte van de baby intensief. Eens in de zes tot acht weken is er een KVO-bijeenkomst. De ouders krijgen steeds meer greep op hun situatie. De moeder lukt het om te stoppen met drinken, de vader krijgt meer controle over zijn drankgebruik en is met het gebruik van cocaine gestopt. Het gebruik leidt niet zo vaak meer tot conflicten. De contacten met de wijkagent zijn van dien aard dat conflicten vaak kunnen worden voorkomen. De financiën van de ouders worden uiteindelijk ondergebracht bij een bewindvoerder. Met het vaste weekbudget redden ouders het, mede dankzij de ondersteuning van de gezinszorg. Het contact met de gezinszorg is goed. Aanvankelijk was zij vier keer per week in het gezin. Nu komt zij nog tweemaal per week. De ouders hebben ervoor gekozen om Angelo twee dagen in de week naar een kinderdagverblijf te laten gaan. Hij heeft het naar zijn zin. Er is sprake van een taalachterstand. Wijkverpleegkundige en kinderdagverblijf hebben met de ouders besproken hoe zij extra aandacht aan taalontwikkeling kunnen besteden. De gezinshulp besteedt er met de ouders aandacht aan. Zij heeft in alle opzichten een voorbeeldfunctie. Met name voor de moeder is zij een vertrouwenspersoon. De contacten met de verslavingszorg zijn gestopt. De ouders voelden zich er niet thuis: het was alleen maar praten. De kinderarts controleert de nieuwe baby, een meisje, zeer regelmatig en volgt haar ontwikkeling nauwgezet. Zij ontwikkelt zich niet helemaal leeftijdsadequaat. Zij krijgt fysiotherapie. De fysiotherapeute komt bij de ouders thuis. KVO heeft dit met haar besproken. In de nabije toekomst gaan de ouders met hun dochter naar haar praktijk.

38

ACTIVITEITEN IN DE INTERVENTIEFASE

De interventies vinden plaats volgens plan, op basis van de HKZ-normen voor professioneel handelen (zie bijlage 14).

De mate waarin de casemanager zelf taken uitvoert is afhankelijk van:

- de uitgangspunten van het casemanagement,
- de taakomschrijving van de casemanager,
- de mate waarin andere professionals taken verrichten, en
- de mate waarin de ouders en de kinderen zelf activiteiten ondernemen.

Van belang is in ieder geval dat de casemanager ervoor zorgt dat de eerste nood gelenigd wordt. Dat houdt in dat de casemanager behulpzaam is bij het toegang krijgen tot hulpbronnen en het gezin ondersteunt bij het oplossen van dagelijkse problemen. Al eerder is gesteld dat intensief casemanagement de meest aangewezen vorm is bij kinderen van verslaafde ouders. Een beperking kan zijn dat deze vorm van werken moeilijk in teamverband te realiseren is. Het alternatief is zeer nauwe samenwerking met professionals die uitvoerende taken verrichten. Dat kunnen veel uiteenlopende organisaties instanties en betrokkenen zijn:

- verslavingszorg (voor de ouder),
- consultatiebureau (thuiszorg),
- wijkverpleging (thuiszorg),
- familie, vrienden, bureaus,
- sociale zaken,
- woningbouwvereniging,
- jeugdgezondheidszorg,
- gespecialiseerde gezinszorg (thuiszorg),
- Bureau Jeugdzorg, thuiszorg, Leger des Heils of andere uitvoerders voor:
 - opvoedingsondersteuning,
 - gezinsondersteuning,
 - Advies- en Meldpunt Kindermishandeling,
 - gezinsvoogdij,
- jeugdzorg, residentieel,
- (specialistische) medische zorg, huisarts, specialist,
- specialistische psychomedische zorg (MKD),
- voorzieningen voor maatschappelijke opvang, waaronder vrouwenopvang,
- geestelijke gezondheidszorg,
- algemeen maatschappelijk werk,
- politie.

METHODISCH HANDELEN

Methodische aspecten bij het uitvoeren van interventies zijn:

- een persoonlijke benadering (huisbezoeken horen daar ook bij),
- feedback over effecten (terugrapporteren van gewenste en niet-gewenste ontwikkelingen),

39

- beloningsstrategieën (hierbij kan gedacht worden aan kleine beloningen in natura voor het gezin of de kinderen),
- barrières voor gewenst gedrag wegnemen (het kan gaan om barrières in de eigen sociale omgeving en in de toegang tot diverse voorzieningen),
- vaardigheden aanleren,
- follow-up regelen,
- doelen stellen (stapsgewijs binnen de interventies).

Goede aansluiting tussen casemanagement en preventieve programma's, zoals voor het aanleren van opvoedingsvaardigheden, en ambulante ondersteuning van gezinnen (HADOK, KAPH, Leger des Heils e.d.) is van belang. Het aanbieden en geven van hulp binnen een integraal aanbod is het meest effectief gebleken.

Het is wenselijk bij interventies gebruik te maken van verschillende methoden en technieken, zoals het geven van informatie en ondersteuning, het versterken van de eigen krachten (empowerment), het bieden van voorbeeldgedrag (modeling), begeleide verwijzing of het kiezen van een pro-actieve opstelling (zoals bij het in contact komen met gezinnen). Bij ondersteuning kan worden gedacht aan ondersteuning door professionals of door de eigen sociale omgeving.

5. Het volgen

DOEL VAN HET VOLGEN

Het doel van het volgen van de cliënten en de ondernomen interventies is zicht te krijgen op effectuering van de zorg en op de ontwikkeling. Daarom is het onderhouden van contact met uitvoerende instanties en met ouder(s) en kind(eren) een continue activiteit.

Angelo en een baby op komst: stap 5

Na anderhalf jaar, als de zorg rondom de ouders en de kinderen op de rails is gezet, worden de KVO-bijeenkomsten minder frequent. Na iedere bijeenkomst wordt met alle betrokkenen gekeken wat zinvol is.

ACTIVITEITEN IN DE VOLGFASE

Met name tijdens de zwangerschap, de bevalling en in de periode daarna is het contact met de moeder intensief. Dat geldt uiteraard voor de professionals die direct bij de zorg betrokken zijn en het geldt ook voor de casemanager die regelmatig contact met de zorgverleners onderhoudt. De frequentie van het contact tussen de casemanager en de zorgverleners varieert, afhankelijk van de situatie. Als meest intensieve frequentie wordt door praktijkinstellingen éénmaal per drie weken genoemd. Het komt regelmatig voor dat er voor gezinnen éénmaal per vier weken overleg is met de direct betrokkenen.

6. De evaluatie

DOEL VAN DE EVALUATIE

Het doel van de evaluatie is om voor alle betrokkenen na te gaan of de gestelde doelen gehaald zijn.

Angelo en een baby op komst: stap 6

Na drie jaar, als Angelo naar school gaat, wordt het contact afgesloten. De ouders hebben hun leven redelijk op de rails en met de kinderen gaat het goed. Op de evaluatiebijeenkomst wordt afgesproken dat de schoolarts gevraagd zal worden de ontwikkeling van Angelo extra in de gaten te houden. Zijn zusje lijkt haar aanvankelijke achterstand ingehaald te hebben.

Op verzoek van de ouders, met name van de moeder, wordt afgesproken dat de KVO-medewerkster gedurende nog één jaar een aantal huisbezoeken zal afleggen.

ACTIVITEITEN IN DE EVALUATIEFASE

Evaluatie houdt in dat de werkafspraken die op papier zijn vastgelegd op een vooraf vastgesteld tijdstip besproken worden. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van het overzicht van onderdelen van basiszorg (zie bijlage 9). Op grond van deze bespreking worden nieuwe afspraken gemaakt. Die kunnen ook inhouden dat het contact beëindigd wordt. Gehaalde doelstellingen werken motiverend. Niet gehaalde doelstellingen vragen om bijstelling of herformulering. Als de basiszorg niet tot stand komt, zijn stappen in de richting van een Advies- en Meldpunt Kindermishandeling of Raad voor de Kinderbescherming noodzakelijk.

Ook als de situatie geen verdere ondersteuning door casemanagement vereist, is het aan te bevelen afspraken te maken om de basiszorg op een later tijdstip opnieuw in kaart te brengen. Wanneer bijvoorbeeld beide ouders alcoholproblemen hebben, is de kans zeer groot dat, met name, zonen (alcohol)problemen krijgen. Vanuit preventief oogpunt is het wenselijk om met de ouders in de pubertijd van hun kind(eren) de basiszorg opnieuw na te gaan en de kinderen voorlichting te geven over mogelijk problematisch alcoholgebruik en hoe zij daar mee om kunnen gaan.

42

2.5. RANDVOORWAARDEN

Taken, bevoegdheden en deskundigheden

De casemanager heeft een grote verscheidenheid aan taken. Deze worden geclusterd beschreven als een basistakenpakket.

Tot de basistaken van de casemanager behoren:

- het verzorgen en beoordelen van aanmeldingen,
- het verzorgen van alle fasen van het proces van zorg en preventie voor kinderen die voor het casemanagement worden aangemeld,
- het voeren van voorlichtings- en kennismakingsgesprekken:
 - inventariseren van basiszorg,
 - opstellen van plan,
 - zorgtoeleiding,
 - volgen van zorg,
 - evalueren,
- uitvoeren van deeltaken zorg (nader te beschrijven),
- organiseren en leiden van casusbesprekingen,
- het geven van informatie, voorlichting, consult en advies aan intermediairen,
- signaleren van knelpunten ten behoeve van beleid voor deze doelgroep,
- werken aan het oplossen van knelpunten (belangenbehartiging),
- verzamelen en registreren van gegevens.

BEVOEGDHEDEN

De casemanager is bevoegd om alle taken die bij het casemanagement horen uit te oefenen. Daarbij hoort het inwinnen en uitwisselen van informatie bij derden. Toestemming voor deze bevoegdheid geeft de cliënt expliciet door het tekenen van een overeenkomst. Het is wenselijk dat casemanagers voldoende bevoegdheden hebben voor het organiseren van de gewenste of noodzakelijk geachte dienstverlening. Wanneer de casemanager deel uitmaakt van een instelling die deze dienstverlening biedt, zal hij in samenspraak met de desbetreffende afdelingen bevoegdheden moeten afspreken om over de inzet van daar beschikbare dienstverlening te beschikken. Als andere instellingen de dienstverlening bieden zal de casemanager niet zomaar over deze dienstverlening kunnen beschikken. Het

43

is aan te bevelen in samenwerkingsafspraken te maken over de vraag hoe de casemanager en deze instellingen omgaan met de toegang tot en de beschikbaarheid van gewenste diensten. Aandacht voor mogelijke verschillen in visie op de rol en de taak van casemanagers is wenselijk omdat deze verschillen anders de praktische samenwerking in de weg staan (Wolf, 2002).

Op grond van de taken en bevoegdheden zijn de ingrediënten voor functie-eisen, deskundigheden en een profiel van de casemanager beschreven. Naast formele aspecten is de status van de casemanager van belang bij hulpverleners die als intermediair optreden bij aanmelding van gezinnen. De status van de casemanager wordt onder andere bepaald door de mate waarin hij wordt ondersteund door het beleid. Opleiding, ervaring en leeftijd spelen mede een rol.

De functie-eisen voor de casemanager kunnen als volgt omschreven worden:

- een relevante hbo-opleiding,
- bekendheid met casemanagement,
- ervaring met omgang met cliëntsystemen met verslaving en kinderen,
- communicatieve vaardigheden naar cliëntsystemen en instellingen,
- flexibele instelling en veerkracht,
- gericht op concrete hulp- en dienstverlening,
- in staat de taken van de casemanager uit te voeren.

Kwaliteitsbewaking

Voor de kwaliteitsbewaking van het primaire proces en de ondersteunende processen is in de GGZ een certificatieschema uitgebracht in het kader van HKZ. Voor casemanagement is geen aparte kwaliteitsbeoordeling beschreven. Wel zijn er voor één casemanagementmodel criteria opgesteld, het Assertive Community Treatment model, waarin de casemanager deel uitmaakt van het behandelingssteam (zie bijlage 15). Hoe meer een programma aan de criteria voldoet, hoe beter de resultaten zijn. Omdat deze specifiek voor het genoemde model en voor psychiatrische patiënten zijn opgesteld, zullen deze niet op alle punten kunnen worden gevolgd. Omdat het belangrijk is de kwaliteit van de huidige praktijk te bewaken, worden waar mogelijk het HKZ -schema en de criteria voor het genoemde casemanagementmodel gevolgd.

Wat betreft het methodisch werken gaat het om de beschrijving van het primaire proces van intake-indicatie, uitvoering-zorgverlening en evaluatie-nazorg (Bransen, 2000). Periodiek worden de ontwikkeling van de ouder en het kind en die van het kind apart gepeild.

Voor een goed bereik van de doelgroep, over het algemeen via intermediairen, is informatie over de casemanagementactiviteiten van belang. Een publiciteitsplan is onderdeel van het kwaliteitsbeleid. Daartoe behoort het publiciteitsmateriaal voor verwijzers en doelgroep, de wijze van verspreiding en de contacten met verwijzers. Een persoonlijke benadering van verwijzers is het meest effectief.

Het functioneren van de casemanagers hangt mede af van de ondersteuning die hij krijgt op het gebied van training, deskundigheidsbevordering, supervisie en begeleiding bij de huisbezoeken.

Op verschillende punten is het belang van de samenwerking met en de benadering van de doelgroep naar voren gekomen. Van belang hierbij is allereerst het instellingsbeleid van de verschillende samenwerkingspartners ten aanzien van kinderen van verslaafde ouders en casemanagement. Om de kwaliteit van de samenwerking te bevorderen en te handhaven is training en deskundigheidsbevordering van de casemanagers gewenst. Dit gebeurt bij voorkeur binnen de werksituatie. Deskundigheidsbevordering gaat over kennis van psychische problemen en verslavingsproblematiek, gezins- en opvoedingsvraagstukken en vaardigheden ten aanzien van gespreksvoering, doelen stellen en onderhandelen. Daarbij is aandacht voor de vaardigheid om de sterke kanten van de cliëntsystemen te waarderen noodzakelijk. Afhankelijk van de uitvoering van deeltaken van de zorg is het wenselijk specifieke training of deskundigheidsbevordering voor deze deeltaken te realiseren.

De casemanager kan te maken krijgen met moeilijk toegankelijke cliënten en dilemma's in de dagelijkse praktijk, waarbij ondersteuning gewenst is. Regelmatig teamoverleg, intervisie, supervisie en begeleiding zijn hierbij goede instrumenten. Bovendien moet de casemanager direct contact met collega's hebben, om gemakkelijk even te kunnen overleggen of stoom af te blazen (Boel, 2002; Hoogendam, 2002; Wolf, 2002).

De kwaliteit van het handelen hangt mede af van de aanwezige ruimte per individueel cliëntsysteem. Deze ruimte wordt door de grootte en de aard van de caseload bepaald (zie bijlage 15). Omdat de bestaande vormen van casemanagement erg uiteenlopen, is de optimale grootte van de caseload hier niet aan te geven.

Voorwaarden om tot methodisch werken te komen zijn: de instrumenten, de middelen om te toetsen en de personele aspecten. Tot slot is de kwaliteit van de organisatie als geheel onderdeel van de kwaliteitsbewaking en -beoordeling.

Organisatie en randvoorwaarden voor beleid

Ook voor de kwaliteitsbewaking van het primaire proces door het management gelden de HKZ-normen. Voor een goede en effectieve uitvoering van het primaire proces is de inbedding van casemanagement in lokale voorzieningen essentieel. Een cruciale vraag daarbij is welke instelling het beste geschikt is om de regie te voeren.

Alvorens op deze vraag in te gaan is het verhelderend de inhoudelijke achtergrond goed te belichten. Daarvoor is het volgende kader bruikbaar (zie figuur A).

FIGUUR A Spectrum van preventie, curatie en nazorg naar ernstniveau en doelgroep (Bron: Smit et al 2003.)

PREVENTIE			CURATIE		NAZORG	
1	2	3	4	5	6	7
Algemene bevolking (symptoom vrij)	Groep met een verhoogd risico	Groep met een subklinisch beeld	Groep met een syndromatisch beeld	Groep met een acuut beeld	Groep die in remissie is	Groep die (partieel) hersteld is
Universele preventie	Selectieve preventie	Geïndiceerde preventie	Behandeling	Behandeling	Terugvalpreventie	Nazorg/rehabilitatie

In dit schema wordt duidelijk dat er verschillende vormen van preventie te onderscheiden zijn, die doorlopen in vormen van zorg. Voor de doelgroep kinderen van verslaafde ouders zijn verschillende vormen van preventie en zorg denkbaar. Bij zwangere vrouwen die verslaafd zijn is er, afhankelijk van de mate van verslaving, voor de foetus sprake van geïndiceerde preventie of van behandeling van de baby na de geboorte. Bij consultatiebureaus kan gescreend worden op gevolgen van alcohol- of druggebruik en is er sprake van selectieve preventie. Er kunnen dus verschillende opdrachtgevende en uitvoerende instellingen of delen van instellingen in het spel zijn. De organisatorische inbedding en de hieruit voortvloeiende hiërarchische lijn kan op verschillende manieren georganiseerd en vorm gegeven worden.

Beleidsmatige en praktische overwegingen spelen een rol bij de uiteindelijke plaatsbepaling. Het gaat om de volgende beleidsmatige overwegingen.

De eerste overweging is dat casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders tot nu toe vanuit de sociale verslavingszorg is georganiseerd. De sociale verslavingszorg wordt veelal vanuit de verslavingszorg vormgegeven (Amsterdam vormt hierop een uitzondering). De meest directe vindplaats van de doelgroep kinderen van verslaafde ouders is de verslavingszorg, omdat de ouders daar bekend zijn of omdat daar de kennis en vaardigheden aanwezig zijn om deze doelgroep het beste te benaderen. Vanuit deze overwegingen ligt het voor de hand casemanagement onder te brengen bij de verslavingszorg. In dit geval vraagt de overlap van taken tussen casemanagement vanuit verslavingszorg en jeugdzorg (vrijwillig en gedwongen kader) de nodige afstemming en overleg. Dat geldt des te meer als het gedwongen kader geldt voor één van de kinderen. In dat geval ligt het primaat voor het ene kind bij de voogdij (Bureau Jeugdzorg) en kan de gecoördineerde zorg voor de andere kinderen bij het casemanagement liggen. Een nadeel van deze constructie is de tendens tot kortdurende interventies binnen de verslavingszorg. Voor kinderen van verslaafde ouders levert dat onvoldoende zorg op.

De tweede overweging om casemanagement vanuit verslavingspreventie vorm te geven is dat een aantal preventieve interventies, zoals het groepsaanbod, daar wordt ontwikkeld en uitgevoerd.

Het gaat om preventieve zorg voor de kinderen. Om die reden is casemanagement in principe een aangelegenheid van jeugdzorg. De vraag is of de jeugdzorg op dit moment over voldoende kennis en vaardigheden beschikt, met name over verslaving, om het casemanagement voldoende vorm te geven. Dat is een derde overweging.

De vierde overweging is casemanagement op een positie onder te brengen die niet aan een zorgvoorziening gekoppeld is, omdat het casemanagement een zeer breed terrein van zorg voor kind, ouders en het gezin bestrijkt. Daarvoor komt bijvoorbeeld de GGD of een samenwerkingsvorm met gedeelde verantwoordelijkheid in aanmerking. In dit laatste geval moet de praktisch-organisatorische inbedding geregeld worden. Van overeenkomsten en afspraken hiervoor zijn praktijkvoorbeelden beschikbaar.

Welke vorm van inbedding ook gekozen wordt, de uiteindelijke

effectiviteit van het casemanagement hangt af van het draagvlak dat de betrokken instellingen beleidsmatig met elkaar tot stand kunnen brengen. Dit is de voorwaarde voor de praktische uitwerking.

Het beleidskader bepaalt de personeelssamenstelling, de financiering, het budget en in te vullen randvoorwaarden. Dit gebeurt op basis van de gekozen methodiek, taken, bevoegdheden en kwaliteitsbewaking (inclusief een klachtrechtregeling).

Casemanagement vraagt als organisatievorm de nodige leiding. De projectleiding kan overigens ondergebracht worden bij één van de casemanagers.

Voor deze persoon kunnen de volgende taken worden geformuleerd:

- leiding geven aan de casemanagers en aan eventueel ondersteunend en administratief personeel,
- deskundigheidsbevordering en intervisie van de casemanagers regelen,
- de algemene PR van de casemanagementactiviteiten verzorgen,
- contacten over beleidszaken met relevante samenwerkingspartners onderhouden,
- signalen over knelpunten in beleidsadviezen vertalen en deze inbrengen bij relevante overleggen,
- jaarverslagen opstellen op basis van gegevens van de casemanagers,
- randvoorwaarden op immaterieel en materieel gebied verzorgen voor het betrokken personeel.

Implementatie

In verband met het bereik van de hele doelgroep is het wenselijk dat de volgende drie zaken goed geregeld worden: een goede inbedding in de eigen instelling, een regionaal sluitend beleidskader en een landelijk dekkend netwerk.

Een goede inbedding in de eigen voorziening kan gerealiseerd worden op basis van een programmatische beschrijving van alle KVO-activiteiten waarvoor het instellingsbeleid verantwoordelijkheid neemt. Daartoe behoren casemanagement, groeps-, gezins- en voorlichtingsactiviteiten.

Een regionaal sluitend beleidskader vereist afspraken over de doel-

groep en werkwijzen zoals vastgelegd in deze handreiking met relevante partners als (minimaal) verslavingszorg, Bureaus Jeugdzorg en consultatiebureaus en jeugdgezondheidszorg. Verder zijn schoolmaatschappelijk werk, orthopedagogen leerplichtambtenaren relevante partners. Wettelijke taken en bevoegdheden zijn de basis voor regionale afspraken (Wet op de Collectieve Preventie, Wet op de Jeugdzorg, jeugdgezondheidsbeleid). Het gaat om afspraken over het beleid en de uitvoering daarvan. Een voorbeeld om te komen tot beleidsafspraken is te vinden in de publicatie 'En nu aan de slag in heel Gelderland' (Spectrum, 2000). Voorbeelden van werkafspraken zijn onder andere protocollen, bijvoorbeeld voor het consultatiebureau of ziekenhuis (zie bijlage 11 en 12). Aparte aandacht vraagt de voorlichting aan en taakafbakening met andere hulpverleners. Er is nogal eens sprake van competentievragen en de vraag wie waarover precies de regie voert. Het voorkomen van een competentiestrijd vraagt de nodige investering van de casemanagers of leidinggevers (Wolf, 2002). Een landelijk dekkend netwerk vraagt om duidelijke gebiedsafbakening en om implementatie van het programma, de organisatie en werkwijze. Hiervoor dient een implementatieplan of werkplan te worden geschreven. Een duidelijk financieel kader is een belangrijke voorwaarde voor verwezenlijking van de activiteiten.

3. Samenvatting voor het beleid

Achtergronden

De huidige praktijken van casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders lopen sterk uiteen en zijn op verschillende wijzen vastgelegd. De handreiking casemanagement is geschreven ter ondersteuning en onderbouwing van de praktijk. Ze kan beleidsmakers aanknopingspunten bieden die hen in staat stellen de werkwijze en verschillende voorwaarden daarvoor te realiseren. Daartoe wordt de stand van zaken weergegeven op basis van literatuur (evidence-based) en bestaande praktijken (best practices).

Programma en methodiek

Casemanagement is zowel een programma als een methodiek.

Een *programma* is het geheel van gespecificeerde en op elkaar afgestemde activiteiten en maatregelen, gericht op het verlenen van bepaalde diensten of het bewerkstelligen van bepaalde effecten ten behoeve van een gespecificeerde doelgroep. Programmatisch werken heeft tot doel vraaggerichte zorg en professionele kwaliteit te bieden. In deze handreiking wordt het casemanagement beschreven volgens het stramen van preventieprogramma's, als volgt:

- beschrijving van de doelgroep,
- analyse van de situatie van de doelgroep,
- behoeften van de doelgroep,
- doelen (van het programma),
- interventies (modulen en activiteiten) en
- randvoorwaarden.

In een literatuurstudie (Boel 2002) zijn relevante epidemiologische gegevens te vinden, een situatiebeschrijving van de doelgroep, een probleemanalyse met relevante risicofactoren en beschermende factoren en een netwerkanalyse van de doelgroep. Deze handreiking beschrijft de overige onderdelen van een preventieprogramma casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders, dat wil zeggen de doelgroep, doelen en interventies.

Onder *methodiek* wordt verstaan: de wijze waarop de casemanager handelt, wat hij concreet doet (en eventueel laat), welke maatregelen hij treft of in gang zet en welke activiteiten hij onderneemt.

Bij de methodiek casemanagement worden de volgende taken omschreven:

- het gesystematiseerd inschatten van de behoeften van de cliënt (assessment),
- het vaststellen van een samenhangend en volledig hulpverleningsplan (planning),
- het regelen van de benodigde hulpverlening (linking),
- het volgen van de geleverde hulpverlening (monitoring),
- de evaluatie van het gebodene en het aangeven van het vervolg (evaluation).

Vrijwillig, drang en dwang

In het Nederlandse rechtssysteem zijn twee wetten van belang. De Wet op de collectieve preventie en de concept Wet op de jeugdzorg. De combinatie van de hier genoemde twee wetten biedt mogelijkheden voor samenwerking en afstemming bij casemanagement.

52

Casemanagement vindt in principe plaats in een vrijwillig kader. Dat houdt in dat de cliënt instemt met het preventieve aanbod. Omdat het casemanagement tot ingrijpende interventies kan leiden, is het aan te bevelen de wettelijke regels te hanteren zoals die in de WGBO beschreven staan. Het kan echter voorkomen dat in de loop van het contact met een gezin, de casemanager tot de conclusie komt dat er gedwongen hulpverlening toegepast moet worden. Er is dan sprake van een drangsituatie. Een dwangsituatie geldt alleen bij ondertoezichtstelling (OTS). Er zullen dan afspraken gemaakt moeten worden over de samenwerking tussen de voogd (die de wettelijke bevoegdheden heeft) en de casemanager (die kennis over en overzicht op het systeem heeft).

Enkele belangrijke, algemene uitgangspunten die verder niet in de programmabeschrijving worden uitgewerkt en daaraan voorafgaan zijn:

- bejegening van ouders en kinderen: de professional zal zoveel mogelijk een niet-veroordelende houding moeten hanteren. Het kind heeft het recht om als individu behandeld te worden,
- houding ten opzichte van het gebruik: alcohol- en druggebruik wordt geaccepteerd zolang het geen negatieve invloed op de ontwikkeling van het kind heeft,
- ondersteuning van de sterke kanten van het ouderschap en de ster-

ke kanten van het kind staan voorop.

Modellen van casemanagement

Casemanagement kan toegepast worden volgens een aantal modellen. Er kan volgens een organisatorisch of een methodisch model worden gewerkt. Deze twee werkwijzen kunnen in elkaar overlopen.

Uit de literatuur komt als meest veelbelovende organisatorische model voor casemanagement het integrale, bij de zorg aansluitende model naar voren. Er zijn drie soorten methodische modellen beschikbaar: het intensieve casemanagement, het sterktemodel en het makelaarsmodel. Het casemanagement zoals dat in deze handreiking beschreven is, sluit zoveel mogelijk aan bij zowel het integrale als het sterktemodel.

Doelgroep

De doelgroep bestaat uit:

kinderen van 0-18 jaar van ouders die aan alcohol en/of drugs verslaafd zijn of andere vormen van verslaving hebben (bijvoorbeeld gokverslaving) en bedreigd worden in hun ontwikkeling.

53

Om de doelgroep te bepalen worden de volgende criteria gehanteerd: problematisch alcohol- en/of druggebruik, onvoldoende basiszorg en het risico dat kinderen lopen op bedreiging van de verschillende ontwikkelingsgebieden.

Wat betreft problematisch alcoholgebruik wordt aanbevolen om met kinderen en gezinnen contact te leggen waar sprake is van zwaar drinken of van alcoholmisbruik of -afhankelijkheid. Als het gaat om druggebruik is het aanbevelenswaardig om met kinderen en gezinnen contact te leggen waar sprake is van middelenmisbruik, schadelijk gebruik, middelen afhankelijkheid en probleem gebruik onderscheiden.

Definitieve deelname aan het casemanagementprogramma gebeurt op basis van de beoordeling van de basiszorg. Het gebruik van alcohol of drugs of de mate van dit gebruik alléén zijn onvoldoende indicatie voor mogelijke negatieve gevolgen voor de ontwikkeling voor het kind.

De doelgroep wordt vervolgens omschreven aan de hand van het risico dat kinderen lopen op bedreiging van de verschillende ontwikkelingsgebieden. De leeftijd van het kind is daarbij ook van belang.

De risico's voor de kinderen liggen op fysiologisch, psychologisch en situationeel gebied. Op elk van deze gebieden doorlopen de kinderen een bepaalde ontwikkeling. Ouders hebben daarbij een set van opvoedingsopgaven en -taken. In de casemanagementpraktijken wordt dit weergegeven als het realiseren van basiszorg.

De ontwikkeling van de kinderen kan worden bedreigd door:

- het alcohol- en druggebruik van de ouders,
- de leefwijze en het (opvoedings)gedrag van de ouders,
- de gezinsstructuur,
- de sociale omgeving.

Doelen

Casemanagement voor KVO heeft tot doel: bescherming en zorg voor kinderen van verslaafde ouders te garanderen of tot stand te brengen.

Hieruit volgen de onderstaande specifieke doelen:

- zicht krijgen op de ontwikkeling van alle kinderen van verslaafde ouders,
- nagaan of de ontwikkeling van ieder kind voldoende gewaarborgd wordt, zoals vastgelegd in de basiszorg voor de verschillende leeftijdsgroepen,
- zonodig bewerkstelligen dat de kwaliteit van leven van het kind verbetert door middel van ondersteunende of compenserende activiteiten en interventies voor ouders en kind.

Vanuit preventief oogpunt gaat het om de kinderen. De kinderen worden in principe door hun ouder(s) opgevoed en leven in het eigen gezinsverband. Een belangrijk uitgangspunt is dat het kind in het gezin verblijft, zolang als de fysieke en emotionele veiligheid gewaarborgd is. Hieruit volgt dat de preventieve zorg is gericht op het gehele systeem: de kinderen, de ouder(s) en de omgeving.

Methoden, werkwijzen en interventies

Kort samengevat bestaat de casemanagement methode uit de volgende stappen:

- het in contact komen met de kinderen,
- de probleeminventarisatie, behoefte-inventarisatie en diagnostiek,
- opstellen van een plan,
- opzetten van de zorg,
- onderhouden van contact met uitvoerende instanties en ouder en kind,
- evaluatie en aangeven van het (mogelijke) vervolg.

Een toegevoegde stap kan bestaan uit belangenbehartiging. Per genoemde stap worden het doel, de activiteiten, het methodisch handelen en aandachtspunten beschreven.

Randvoorwaarden

Tot de randvoorwaarden behoren:

- beschrijving van de taken van de casemanager,
- beschrijving van bevoegdheden van de casemanager en mogelijke knelpunten in dit verband,
- aandacht voor kwaliteitsbewaking en daarvoor beschikbare instrumenten.

Een belangrijk aandachtspunt bij de randvoorwaarden is de plaatsbepaling van het casemanagement. Beleidsmatige en praktische overwegingen spelen bij de uiteindelijke plaatsbepaling een rol. Het gaat om de volgende beleidsmatige overwegingen:

- casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders is tot nu toe vanuit de (sociale) verslavingszorg georganiseerd. Dit ligt voor de hand omdat de ouders daar veelal bekend zijn en omdat daar de kennis en vaardigheden aanwezig zijn om deze doelgroep het beste te benaderen. Vanuit deze overwegingen ligt het voor de hand casemanagement onder te brengen bij de verslavingszorg. In dit geval vraagt de overlap van taken tussen casemanagement vanuit verslavingszorg en jeugdzorg (vrijwillig en gedwongen kader) de nodige afstemming en overleg. Dat geldt met name in het geval van een gedwongen kader voor (één van) de kinderen. Een nadeel van deze constructie is de tendens tot kortdurende interventies binnen de verslavingszorg.
- Casemanagement wordt vanuit verslavingspreventie vormgegeven

omdat een aantal preventieve interventies (zoals het groepsaanbod) daar worden ontwikkeld en uitgevoerd.

- Het gaat om preventieve zorg voor de kinderen en om die reden is het in principe een aangelegenheid van jeugdzorg. De vraag is of jeugdzorg op dit moment beschikt over voldoende kennis en vaardigheden, met name ten aanzien van verslaving, om het casemanagement goed vorm te geven.
- Het casemanagement zou ook op een positie ondergebracht kunnen worden die niet aan een zorgvoorziening gekoppeld is. Het bestrijkt immers een zeer breed terrein van de zorg voor kind, ouders en het gezin. Daarvoor komt bijvoorbeeld de GGD of een samenwerkingsvorm met gedeelde verantwoordelijkheid in aanmerking. In dit laatste geval moet de praktisch organisatorische inbedding geregeld worden.

Implementatie

In verband met het bereik van de gehele doelgroep zijn drie zaken van belang:

- een goede inbedding bij de eigen instelling,
- een regionaal sluitend beleidskader. Dit vereist een bespreking en afspraken over de doelgroep en werkwijzen zoals vastgelegd in deze handreiking met relevante partners,
- een landelijk dekkend netwerk, dat vraagt om duidelijke gebiedsafbakening en implementatie van het programma, de organisatie en werkwijze.

56

4. Toekomstperspectief

De handreiking is geschreven in het kader van het kwaliteitsproject Resultaten Scoren van GGZ Nederland. Volgens de werkwijze van dit kwaliteitsproject zou een pilot moeten worden uitgevoerd en getoetst, waarna andere fasen volgen. Daarbij zijn vraagstukken aan de orde als: welke aanpassingen van de huidige praktijk zijn nodig om tegemoet te komen aan de eisen die in de handreiking worden gesteld, en, omgekeerd, op welke punten zou de handreiking aangepast moeten worden om de praktijk (cliënten en medewerkers) werkelijk van dienst te zijn. De volgende aandachtspunten zijn voor de nabije toekomst te voorzien.

Ten eerste lopen de bestaande praktijken qua opzet sterk uiteen. Het toetsen en het desgewenst bijstellen daarvan vraagt de nodige bereidheid, inspanning en tijd van alle betrokkenen.

Een tweede aandachtspunt is de precieze organisatorische inbedding van case- managementpraktijken. De organisatorische inbedding is bepalend voor de uiteindelijke invulling. De ontwikkelingen in de jeugdzorg met betrekking tot gezinscoaches zullen hierbij waarschijnlijk een belangrijke rol spelen. Samenwerking op dit terrein ligt voor de hand.

Ten derde is er bij de preventie-afdelingen van de instellingen voor verslavingszorg een brede ontwikkeling gaande wat betreft aandacht voor kinderen van verslaafde ouders. Veel instellingen zijn op zoek naar een beschrijving van en richtlijnen voor hun praktijk en willen een start maken met KVO-activiteiten, waaronder casemanagement. De aandacht voor KVO loopt parallel met de aandacht voor kinderen van ouders met psychische problemen (KOPP).

De overeenkomst tussen de doelgroepen KOPP en KVO is groot. De Landelijke Steunfunctie Preventie GGZ en verslavingszorg (LSP), ondergebracht bij het Trimbos-instituut, werkt samen met het veld aan de ontwikkeling van een basis-preventieprogramma daarvoor. De onderdelen die voor KVO en KOPP gemeenschappelijk gelden, worden zoveel mogelijk gezamenlijk uitgewerkt. Zo komen nieuwe folders uit voor kinderen en ouders die op beide doelgroepen zijn

57

gericht, is een gestandaardiseerd draaiboek voor de kinder- en pubergroepen aangepast aan beide doelgroepen en komt de KOPP-gezinsinterventie beschikbaar voor de doelgroep KVO.

Om de toekomstige ontwikkelingen vorm te geven is het wenselijk blijvend aandacht aan dit onderwerp te besteden. Dat kan door aparte studiedagen voor praktijkwerkers en beleidsmakers uit de verslavingszorg, jeugdzorg en inspectie. Daarnaast is scholing een geschikt middel. Daarvoor is het wenselijk de geschikte partners te zoeken.

LITERATUURLIJST

LITERATUURLIJST

- Aalsvoort, C.M. van der, Ruijsenaars, A.J.J.M. (red.) (2000). Jonge risicokinderen. Rotterdam: Lemniscaat b.v.
- Berger, M., Spanjaard, H. (1997) Families first. Handleiding voor gezinsmedewerkers. Utrecht: NIZW.
- Berger, M., Vugt, M. van. (2002). Intensieve competentiegerichte hulp aan gezinnen. Methodiehandleiding voor het werken met gezinnen in de thuissituatie. Duivendrecht: PI-Research, afdeling GT-projecten
- Berger, M, Menger, R. (2002). Op weg naar veelbelovende en effectieve programma's voor risicojongeren. Utrecht: NIZW.
- Bool, M. (2002). Casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders. Utrecht: GGZ Nederland, Trimbos-instituut.
- Bransen, E., Planije, M., Wolf, J. (2003). '10' voor Toekomst. Een project van het Leger des Heils voor multiprobleem gezinnen. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Bransen, M., Ooyen-Houben, M. van, Place, M. (2000). Basiscriteria kwaliteit voor de jeugdzorg, een toetskader, Utrecht: Trimbos-instituut.
- Brink, L.T. ten, Veerman, J.W., Berger, M., Flipse, M.L., Joosten, W., Kerkstra, G., Leysen, M., Roosma, A.H., Vugt, M. van. (1997). Handleiding Verrichtingen Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling. Utrecht: NIZW.
- Bruin, I. de, e.a. (red.) (2002). Vulnerable people, addicted mothers with their young children Den Haag: Parnassia.
- Hoefnagels, C.J. (2001). Met recht van spreken. Proefschrift, Utrecht, SWP.

- Hoogendam, S., Vreenegoor, E. (2002). Intensief casemanagement & complexe meervoudige problemen. Bussum: Uitgeverij Coutinho
- Hosman, C.M.H., Engels, M.C.L.J. (1999). The value of model programmes in mental health promotion and mental disorder prevention. *International Journal of mental health promotion*, vol. 1, nr. 2, 4-16.
- Kooijman, K., Zwikker, M. (2001). Kindermishandeling voorkomen door gezinnen te steunen. Utrecht: NIZW.
- Kooijman, K., Prinsen, B. (2003). Meten en delen. Signalering van zorgwekkende opvoedingssituaties in de JGZ. Utrecht: NIZW.
- Kroon, H., Hoof, F. van, Wolf, J. (2000). Praktijk en opbrengsten van casemanagement op de lange termijn. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Loeffen, M. Butselaar, M. van, Ooms, H. (2001). Intensieve pedagogische thuishulp in vogelvlucht. Utrecht: Collegio.
- Mahieu, T., Monné, M., Heijer, S. den., Schipper, J. (2002). Evaluatieverslag basiszorgcoördinatie. Den Haag: Parnassia.
- Meeuwissen, J. (2001). Kwaliteitscriteria voor GGZ-programma's. Utrecht: Trimbos-instituut, GGZ Nederland.
- Ministerie van VWS. (1995) Perspectief voor jeugdigen.
- Ministerie van VWS. (2002). Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg.
- Molleman, G.R.M., Kok, H.H., Hommels, L.M. (2000). Preffi: Brug tussen kennis en praktijk: naar een grotere effectiviteit in en na 2000. Woerden: NIGZ.
- Molleman, G.R.M., Driel, W. van, Keijsers, J. (1995). Preventie-effectiviteitsinstrument PREFFI 1.0: ontwikkeling van een effectiviteitsinstrument voor de gvo/preventiepraktijk. Woerden: NIGZ.
- Mounteney, J. (1999). *Drugs pregnancy & Childcare*. London: ISDD.

- Orobio de Castro, B., Veerman, J. W., Bons, E., Beer, L. de, (2002) Kansen gekeerd. Criminaliteitspreventie door gezinsondersteuning. Amsterdam-Utrecht: P I Research, Universiteit Utrecht.
- Position paper: een eerste aanzet naar een experiment met gezinscoaches. (2002). Provincie Limburg.
- Rispens, J., Goudena, P.P., Groenendaal, J.J.M. (1994). Preventie van psychosociale problemen bij kinderen en jeugdigen. Houten: Bohn, Stafleu, van Loghem.
- Rombouts, D. (red) (2002). *Druggebruik en zwangerschap. Een praktische gids voor hulpverleners*. Antwerpen: Bubbels en Babbels.
- Schippers, G.M., Emst, A. van (2000). Zelfcontrole en verslaving. In: Buisman, W.R., Casselman, J., Schippers, G.M. (red.) (2000) *Handboek verslaving*. Houten: Bohn, Stafleu, van Loghem.
- Schneider, T., Sibbles, B. (2003). De zorg voor verslaafde zwangeren en hun pasgeboren kinderen. In: Buisman, W.R., Casselman, J., Schippers, G.M. (red.) (2003) *Handboek verslaving*. Houten: Bohn, Stafleu, van Loghem.
- Sillevis, C. (2002). *Kwetsbare Kinderen, het project basiszorgcoördinatie van kwetsbare kinderen nader bekeken*. Leiden: Universiteit Leiden.
- Smit, F., Bohlmeijer, E., Cuijpers, P. (2003). Wetenschappelijke onderbouwing depressiepreventie: epidemiologie, aangrijpingspunten, huidige praktijk, nieuwe richtingen. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Spectrum (2000). En nu aan de slag in heel Gelderland! Voorstellen voor een gezamenlijke aanpak voor hulp aan kinderen van verslaafde ouders van de instellingen voor verslavingszorg en jeugdhulpverlening in Gelderland.
- Sproet, M., Vos, R.C., Verheij, F. [2001]. *Goed gezin(d): klinische gezinsbehandeling in verslavingszorg*. s.n., s.l.

- Stichting HKZ (2002). Instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. Certificatieschema versie 2002.
- Tackling drugs in Scotland Good Practice guidance for working with children and families affected with by substance misuse. Getting our priorities right. (zonder jaartal).
- Teague, G.B., Drake, R.E., Ackerson, T.H. (1995). Evaluating use of continuous treatment teams for persons with mental illness and substance abuse. *Psychiatric services*, 46, 7, 689-695.
- Valenkamp, M., Graaf, I. de, Ruiter, C. de. (2003). Een screeningsinstrument psychische stoornissen voor de praktijk. Casus: het Bureau Jeugdzorg. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Verburg, H., Lenders, G. (red) (1999). Preventie in programma's. Een programmatische beschrijving van de GGZ preventiepraktijk rond een aantal belangrijke thema's. Utrecht: GGZ Nederland, Trimbos-instituut.
- Verburg, H., Rest, E. van, (2001). Programma's in de GGZ. Handreiking voor zorgprogrammering. Utrecht: GGZ Nederland.
- Verdurmen, J., Monshouwer, K., Dorsselaer, S. van, Graaf, R. de. (2003). Bovenmatig drinken. Uitkomsten van de Nemesis. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Wansink, H. (2002). Evaluatieonderzoek basiszorgcoördinatie. Den Haag, Parnassia.
- Wet collectieve preventie volksgezondheid [Versie geldig vanaf: 01-01-2003] (2003) Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Wolf, J., Planije, M., Thuijls, M. (2003). Casemanagement voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen. In: S. van Rooijen e.a. (red). *Wij komen eraan!* Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Wolf, J., Mensink, C., Lubbe, P. van der, Planije, M. (2002). Casemanagement voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen. Utrecht: GGZ Nederland, Trimbos-instituut.

- Wolf, J. (1993). Nieuwe trends binnen de sociaal psychiatrische traditie. In J. Wennink (red.) (1993). *Thuisloosheid en psychische stoornissen*, Utrecht: Trimbos-instituut.

BIJLAGEN

BIJLAGE 1

BESCHIKBAAR MATERIAAL PRAKTIJKINSTELLINGEN CASEMANAGEMENT PRAKTIJKEN
OF CASUS OVERLEGGEN

Instelling	
Brijder Verslavingszorg	*
Bureau Basiszorg Den Haag	*
Project Kwetsbare kinderen	*
KAPH	*
Project 4	*
HADOK	*
Parnassia	*
Bureau Basiszorg Leiden	*
Stichting CAD	*
GGD Amsterdam	*
GGD Rotterdam	*
De Grift	*
Tactus	*
CAD Limburg	*
Dr. Kuno van Dijkstichting	*
Bubbels& Babbels	*
Antwerpen	*
AMK Drenthe	*

68

BIJLAGE 2

CRITERIA OM MATERIAAL VOOR PROGRAMMAONDERDELEN CASEMANAGEMENT
VOOR KINDEREN VAN VERSLAAFDE OUDERS TE BEOORDELEN EN EEN CHECKLIST OP
TE STELLEN.

5 februari 2003

Inleiding

Op grond van diverse onderzoeken naar veelbelovende en in sommige gevallen effectieve programma's en systematische beschrijvingen van praktijkprogramma's is een checklist opgesteld. Deze lijst kan gebruikt worden om materiaal voor een handboek casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders programmaonderdelen te beoordelen en daarmee de inhoud op te stellen. Het gaat om onderzoeken en programma's:

- casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders,
- casemanagement voor cliënten met psychiatrische en/of verslavingsproblematiek,
- intensieve programma's gericht op gezinnen (ambulant en intramuraal; gericht op geestelijke gezondheids- en verslavingsproblematiek, gezinsproblematiek en andere risicofactoren binnen en buiten het gezin die kunnen leiden tot uiteenlopende problematiek bij de kinderen).

In de checklist maakt onderscheid in:

- algemene criteria waaraan een onderdeel van een programma gericht op casemanagement moet voldoen
- specifieke criteria genoemd die meer richting geven aan vorm en inhoud van casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders.

De referenties die hieraan ten grondslag liggen zijn in de literatuurlijst verwerkt.

69

CHECKLIST

1. Naam van programma

2. Programma filosofie

3. Definitie van begrippen, werkgebied

4. Modellen, conceptuele onderbouwing, werkzame elementen

5. Doelgroep

indicatiecriteria, demografie, hulpvraag algemeen en specifiek, motivatie, beschrijving problematiek, risicofactoren, bereik doelgroep (vindplaats- instroom-verwijzing), cumulatie van risicofactoren, beschrijving ouders (leeftijd, gezinssamenstelling, aard-omvang druggebruik, dagactiviteiten-werksituatie), beschrijving kinderen (ontwikkelingsgeschiedenis waaronder neonataal abstinentie syndroom, gewicht -lengte geboorte, medisch ingrijpen geboorte, cognitieve en-of gedragsproblemen), leeftijd kinderen

6. Doelstelling programma

Algemeen

Doelen sluiten aan op analyse, zijn specifiek, meetbaar, aanvaardbaar, haalbaar en tijdgebonden

Specifiek

- in contact komen met doelgroep

- garanderen en/of organiseren basiszorg, SCODA richtlijnen

Aanbod: flexibel (qua inhoud, methoden, duur (beperkt-onbeperkt), vraaggestuurd (gestandaardiseerde peiling van wensen en behoeften van de ouders, toenemend intensief bij toename complexiteit

a. basiszorg criteria Bureau Basiszorg Parnassia, SCODA richtlijnen

b. opvoedingsituatie, sociale situatie(aanvulling op a.; evaluatiecriteria)

c. hulpverlening, c.q. ondersteuningsaanbod professionals (aanvulling op a.; evaluatiecriteria)

7. Methoden, werkwijzen, interventies

Algemeen: primaire proces (instroom, aanmelding, screening, diagnostiek -meetinstrumenten (cognitieve, emotionele ontwikkeling, opvoedingsvaardigheden) protocollen, verrichtingen, vraaggerichte zorg, effectieve elementen (persoonlijke benadering, feedback over effecten, beloningsstrategieën, barrières voor gewenst gedrag wegnemen, sociale steun, aanleren van vaardigheden, follow-up regelen, doelen stellen, interactief), activiteiten en daarmee samenhangende randvoorwaarden (personele samenstelling, frequentie en duur van contact)

Specifiek

a. meervoudige inhoud (ouder-kindrelatie, ouder-belangrijke anderen, materiele vragen, sociaal netwerk, start bij voorkeur voor of direct na geboorte van kind, huisbezoeken, vrijwillige deelname (scheiden dwang-drang-vrijwilligheid), contactfrequentie (in begin hoog daarna afnemend)

b. meervoudige methoden (informatie, ondersteuning, empowerment, modeling, begeleide verwijzing, kwaliteit relatie hulpverlener-gezin, pro-actieve werving,)(CK)

b.1. informatie verzamelen (1e hand, 2e hand, problemen in observeerbaar gedrag beschrijven, introduceren, afnemen en nabespreken van vragenlijsten

b.2. doelen stellen (doelkaarten gebruiken, doelen-prioriteiten stellen met gezin, opstellen werkpunten, evaluatie gestelde doelen, genogram, sociogram) opstellen en bespreken

8. Taken, bevoegdheden en deskundigheden

Specifiek

Belangenbehartiging

Ongedeelde verantwoordelijkheid

9. Kwaliteitsbewaking

algemeen

kwaliteitscriteria primaire proces: aanmelding screening, diagnostiek en indicatiestelling, zorgtoewijzing en plaatsing, opstellen zorgplan uitvoering, evaluatie en afsluiting (BK), centrale registratie-dossier-vorming, evaluatie (effect- en procesmeting, cliënttevredenheid, verwerking en presentatie van resultaten); personeel: training, deskundigheidsbevordering, supervisie) specifiek
periodieke peilingen ontwikkeling ouders-kind; veel aandacht voor selectie, training en begeleiding van de huisbezoekers, caseload

10. Organisatie

goede inbedding lokale voorzieningen

11. Implementatie

BIJLAGE 3

SAMENSTELLING WERKGROEP
HANDREIKING CASEMANAGEMENT KINDEREN VAN VERSLAAFDE OUDERS

Parnassia, afdeling Preventie, Theo Mahieu

GG& GD Rotterdam, Afdeling OGGZ, Henk Knoop

GSJ Lindenhout, Anja Büterowe (ook werkzaam voor De Grift)

Tactus, Rita Huiskamp

Landelijke Steunfunctie Preventie GGZ en verslavingszorg, Judith
Blekman, voorzitter

Landelijke Steunfunctie Preventie GGZ en verslavingszorg, Martijn
Boel, projectuitvoering

72

BIJLAGE 4

CRITERIA VOOR PROBLEMEN MET ALCOHOLGEBRUIK (VERDURMEN ET AL, 2003)

Geregeld en zwaar drinken

Uit de antwoorden op twee vragen in Nemesis konden wij het gemiddelde alcoholgebruik per week berekenen. De eerste vraag betrof het gemiddelde aantal glazen alcoholhoudende drank dat de respondent per keer consumeert en de tweede het aantal dagen per week dat hij gewoonlijk drinkt.

- Wij definieerden *geregeld drinken* als gebruik per week van gemiddeld meer dan 14 glazen alcohol voor vrouwen en meer dan 21 glazen voor mannen.
- *Zwaar drinken* stelden wij gelijk aan gemiddeld meer dan 35 glazen voor vrouwen en meer dan 50 glazen voor mannen per week.

Alcoholmisbruik en -afhankelijkheid

Het bestand van Nemesis bevat alle gegevens om de diagnoses alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid te kunnen stellen volgens DSM-III-R.

Dit classificatiestelsel definieert *alcoholmisbruik* als een patroon van onaangepast gebruik blijkend uit minstens één van de volgende twee punten:

- De persoon gebruikt bij voortduring alcohol hoewel dit een sociaal, beroepsmatig, psychisch of lichamelijk probleem instandhoudt.
 - Hij drinkt herhaaldelijk in situaties waarin dit fysiek gevaarlijk is (bijvoorbeeld autorijden onder invloed).
- Om van deze stoornis te kunnen spreken moeten verschijnselen ervan minstens één maand aanwezig zijn of zich over een langere periode bij herhaling voordoen.

Van de diagnose *alcoholafhankelijkheid* is sprake als de persoon minstens aan drie criteria voldoet uit deze lijst van negen:

- Hij drinkt vaak grotere hoeveelheden of langer dan hij van plan was.
- Hij wil beslist minderen of stoppen met drinken of heeft zonder succes geprobeerd dit te doen.

73

- Hij steekt veel tijd in het verkrijgen van alcoholhoudende drank en in de consumptie ervan. Ook kan veel tijd nodig zijn om van de naweeën van gebruik te bekomen.
 - Er treedt sterke gewenning (tolerantie) op. Drinken van dezelfde hoeveelheid heeft minder effect dan eerder. Of: de persoon moet minstens de helft meer drinken om dronken te worden of een ander gewenst effect te bereiken.
 - Stopzetting of onderbreking van drinken resulteert in ontwenningsverschijnselen, ook wel onthoudingsverschijnselen genoemd, zoals een kater.
 - Het drinken heeft vaak tot doel om onthoudingsverschijnselen te verlichten of te voorkomen.
 - De persoon verkeert frequent onder invloed of vertoont onthoudingsverschijnselen wanneer hij belangrijke verplichtingen heeft op het werk, op school of thuis of op momenten waarop dit gevaarlijk is (bijvoorbeeld in het verkeer).
 - De persoon offert vanwege het drinken sociale en beroepsmatige activiteiten en (andere) besteding van vrije tijd op.
 - Hij gaat door met drinken al kent hij de nadelen daarvan voor zijn functioneren of zijn gezondheid.
- Wil er sprake zijn van de stoornis, dan moeten de verschijnselen minstens één maand aanhouden of zich herhaaldelijk voordoen over een langere periode.

CRITERIA VOOR PROBLEMEN IN HET GEBRUIK VAN EEN MIDDEL

Bijgaande criteria zijn de diagnostische criteria voor afhankelijkheid en misbruik gedefinieerd in de Nederlandse uitgave van de DSM-IV-TR, de ICD-9 en de ICD-10 (Nationaal Kompas, RIVM).

Misbruik (abuse) DSM-IV, ICD-9

Er is een patroon van onaangepast gebruik van een middel waardoor er herhaaldelijk problemen op het werk, op school of thuis ontstaan, er herhaaldelijk problemen met politie of justitie ontstaan, er voortdurend problemen op sociaal of relationeel gebied ontstaan of waarbij het middel in situaties waarin dat gevaarlijk is of kan zijn, gebruikt wordt (autorijden). Er is geen sprake van afhankelijkheid. Er hoeft nog geen lichamelijke of psychische schade te zijn (zoals bij schadelijk gebruik).

Schadelijk gebruik (harmful use) ICD-10

Schadelijk gebruik duidt erop dat er al lichamelijke of geestelijke schade is opgetreden (bijvoorbeeld een alcoholische leverziekte, een psychose, een spuitabus). 75

Afhankelijkheid of verslaving DSM-IV, ICD-10

De betrokkene heeft de controle over het gebruik van het middel verloren of er is sprake van tolerantie of onthoudingsverschijnselen. Het middel veroorzaakt significante beperkingen of lijden. Controleverlies betekent dat de verslaafde (veel) meer gebruikt dan deze zich had voorgenomen, dat het niet lukt om te stoppen of te minderen en dat het hele denken en doen in grote mate bepaald wordt door het middel. Tolerantie betekent dat de verslaafde een steeds grotere dosis van het middel nodig heeft om hetzelfde effect te bereiken of dat dezelfde dosis steeds minder effect heeft. Onthoudingsverschijnselen ontstaan als men stopt met het gebruik van het middel: misselijkheid, transpireren, prikkelbaarheid, angst, slapeloosheid, trillen.

Probleemgebruik

Probleemgebruik wil zeggen dat er door het gebruik van middelen problemen op lichamelijk, psychisch of sociaal gebied ontstaan. De term is nauw verwant aan 'schadelijk gebruik'.

BIJLAGE 5

LIJST VAN RISICOFACTOREN EN BESCHERMENDE FACTOREN THUISZORG DEN HAAG

Lijst van Risicofactoren en Beschermende factoren

Een Risicokind is :

- meer dan 3 risicofactoren zonder compensatie van beschermende factoren
- taalachterstand (2 of meer pag. Van Wiechenlijsts), registreren vanaf 2 jaar
- Niet Nederlands Moedertaal
- Een combinatie van deze factoren.

Risicofactoren:

- Bijzondere status in de samenleving**
 - ✓ Erkende vluchteling
 - ✓ Asielzoeker
 - ✓ Migrant
 - ✓ Illegaal
 - ✓ Adaptiekind
 - ✓ Woonvoegenbewoner
- Aangeboren afwijkingen/ ziekten bij kind**
 - ✓ Lieflijke aandoening
 - ✓ Chronische ziekten (waaronder astma, hersenlijking, epilepsie e.d.)
 - ✓ Handicap (fysiek en mentaal)
 - ✓ Pwv (Dysmetrie)
 - ✓ "Stedile start" (Agger < 3 na 10 min optieme voor meer dan alleen risicofactor)
- Chronische ziektes en identieke ouders (dit het noodzakelijk functioneren belemmeren)**
- Psychische- en gedragsproblemen bij kind**
 - ✓ Overmatig huilen
 - ✓ Kerelien/ Temperament/ Gedrag (erg druk of juist heel teruggetrokken)
 - ✓ Hechtingproblemen
 - ✓ Verkeersgevoeligheden (door verandering moeder)
- Psychische problemen van ouders en/ of andere gezinsleden (broer/zus, zussen)**
 - ✓ Depressie
 - ✓ Andere psychiatrische afwijking
 - ✓ Relatie/ Gezinsproblemen
 - ✓ Ontwijdend zijn/ ietwive
 - ✓ Verslaving
- Bijzondere ouderschap**
 - ✓ Ienamoeder
 - ✓ Aileenstaande ouder
 - ✓ Zwakbegafde ouder(s)
 - ✓ Moeder van 40+ met 1^o baby
 - ✓ Awezijpe ouders (zu pair)
 - ✓ Ouders zelf misbruikt/ mishandeld
 - ✓ Pleeggezin
 - ✓ Pedagogisch onvorigen
 - ✓ Overleden kind in het gezin
- "Multiprobleemgezinnen": (kenmerk meerdere risicofactoren vooral ook op sociaal maatschappelijk gebied)**
 - ✓ Genetiek op genetische problemen
 - ✓ Verzuiling
 - ✓ Armoede/ Schrikken
 - ✓ Werkloosheid
 - ✓ Veel verhuizen
 - ✓ Prohibitie
 - ✓ Criminaliteit
 - ✓ Gebrekkige verzorging
 - ✓ Onbereikbare voor op (meerdere malen NVZB)
- Afwijkingen voor mishandeling/ verwaarlozing/ seksueel misbruik**
- Bedreiging vanuit de omgeving (voor individuele gevallen)**
 - ✓ Slechte behuizing (vecht, ongezond etc.)
 - ✓ Woning te klein voor dit gezin
 - ✓ Onveiligheid (bedreiging door buren bijv.)

(I sig wistende iveau van de hele wijk gepeerd gezinde met verzuiling en onvoldoende speelruimtes, is al een risicofactor op zich maar kan daarom niet als individueel risico geturd worden.)

Beschermende factoren: deze zijn wat moeilijker te definiëren. Men kan denken aan:

- ✓ Goede gezondheid veerkracht en initiatief kind
- ✓ Goede gezondheid, veerkracht en initiatief ouders
- ✓ Goed pedagogisch inzicht ouders
- ✓ Smaatsone warmte in het gezin
- ✓ Bereidheid om hulp te aanvragen
- ✓ Hulpverlening die goed loopt
- ✓ Sociale steun van de omgeving
- ✓ Adequate dopopvang van het kind

Thuiszorg Den Haag, Januari 2003

BIJLAGE 6

SCREENINGS- EN INTERVENTIEKEUZELIJST (SIK)

Lijst voor screening en interventiekeuze (SIK)

Adres van ouders met potentiële problemen:

Toelichting:

De lijst voor screening en interventiekeuze (SIK) is een hulpmiddel voor de thuiszorg om te bepalen of er een risico is op een probleem bij een kind. Het is belangrijk om te weten dat de lijst niet kan zeggen of er een probleem is, maar alleen of er een risico is op een probleem. Het is belangrijk om te weten dat de lijst niet kan zeggen of er een probleem is, maar alleen of er een risico is op een probleem.

1. OUDERS VAN PROBLEEM

Beoordel	-	+	?
1. Ouders van 18-24 jaar	1	1	1
2. Ouders van 25-34 jaar	1	1	1
3. Ouders van 35-44 jaar	1	1	1
4. Ouders van 45-54 jaar	1	1	1
5. Ouders van 55-64 jaar	1	1	1
6. Ouders van 65 jaar of ouder	1	1	1

2. OUDERS VAN PROBLEEM VAN DE OUDERS

Beoordel	-	+	?
1. Ouders van 18-24 jaar	1	1	1
2. Ouders van 25-34 jaar	1	1	1
3. Ouders van 35-44 jaar	1	1	1
4. Ouders van 45-54 jaar	1	1	1
5. Ouders van 55-64 jaar	1	1	1
6. Ouders van 65 jaar of ouder	1	1	1

3. OUDERS VAN PROBLEEM VAN DE OUDERS

Beoordel	-	+	?
1. Ouders van 18-24 jaar	1	1	1
2. Ouders van 25-34 jaar	1	1	1
3. Ouders van 35-44 jaar	1	1	1
4. Ouders van 45-54 jaar	1	1	1
5. Ouders van 55-64 jaar	1	1	1
6. Ouders van 65 jaar of ouder	1	1	1

4. OUDERS VAN PROBLEEM VAN DE OUDERS

Beoordel	-	+	?
1. Ouders van 18-24 jaar	1	1	1
2. Ouders van 25-34 jaar	1	1	1
3. Ouders van 35-44 jaar	1	1	1
4. Ouders van 45-54 jaar	1	1	1
5. Ouders van 55-64 jaar	1	1	1
6. Ouders van 65 jaar of ouder	1	1	1

BIJLAGE 8

BASISZORGINVENTARISATIE EN ONTWIKKELING

Globale leeftijd	Ontwikkelingsfase *	Belangrijke milieus	Ontwikkelingsopgave	Opvoedingsopgave	Basiszorg **
+/- 0-2 jaar	a. fundamenteel vertrouwen versus wantrouwen b. sensori-motorisch	Gezin, gezinsomgeving, evt. kinderdagverblijf	Fysiologische zelfregulatie; veilige hechting; exploratie; autonomie en individuatie	Soepele verzorging, sensitieve en responsieve interactie bieden; beschikbaarheid Ruimte en steun geven	<p>Verzorger</p> <ul style="list-style-type: none"> - er is minimaal 1 vaste verzorger - schenkt positieve aandacht aan kind - kan zich verplaatsen in het kind - houdt rekening met behoeften kind - weet wat kind aankan gerelateerd aan leeftijd <p>Structuur en opvoeding</p> <ul style="list-style-type: none"> - dagstructuur aanwezig - gezamenlijke activiteiten - voorspelbaarheid opvoeder <p>Dagelijkse verzorging</p> <ul style="list-style-type: none"> - Voeding - Lichaamshygiene - Kleding - Slaapgewoonten <p>Medisch en psychosociale verzorging</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bezoek consultatiebureau - Organiseren en bijdragen aan eventuele zorg voor-en behandeling van kind (medisch en ontwikkelings-psychologisch)
+/- 2-4 jaar	a. autonomie versus schaamte resp. initiatief versus schuld b. pre-operationeel en symbolisch	Gezin, gezinsomgeving, evt. kinderdagverblijf; school (vanaf 4)	Representionele vaardigheden; constructieve omgang met leeftijdgenoten; internaliseren van eisen (o.a. zindelijkheid); seksrol-identificatie	Sensitiviteit voor cognitief niveau; positieve en bevestigende omgang; omgaan met ambiguïteit kind; disciplineren; sekse-specifieke benadering	<p>Verzorger</p> <p>Zie boven</p> <p>Structuur en opvoeding</p> <p>Zie boven + regels</p> <p>Dagelijkse verzorging</p> <p>Zie boven</p> <p>Medisch en psychosociale verzorging</p> <p>Zie boven</p>

* Ontwikkelingsfasen ingedeeld naar a. Erikson, b. cognitief (Piaget) (naar Rispens, Goudena en Groenendaal, 1994)

** Basiszorgcriteria zijn hier beperkt uitgewerkt voor de onderwerpen verzorger, structuur en opvoeding, dagelijkse verzorging, medisch en psychosociale verzorging.

BIJLAGE 9

BASISZORG

82

Onderdelen basiszorg	Beschermende of compenserende maatregelen of interventies
Persoonlijke ontwikkeling kind - hechting - respons op kind - waardering van (activiteiten) kind - leeftijdsgebonden capaciteiten en behoeften	- vaste verzorger (kan ook binnen eigen sociaal netwerk) - opvoedingsondersteuning - evt. compenserende specialistische zorg (MKD, therapie) - bij ernstige parentificatie compenserende zorg en/of noodplan
Pedagogische zorg - vaste verzorger - dagstructuur en ritme (eet- en slaapgewoonten) - gezamenlijke activiteiten van vaste verzorger met kind - voorspelbaarheid opvoeder - gewoonte en gedragsregels - verwaarlozing, mishandeling - druggebruik of -handel in huiselijke omgeving	- steun en hulp vanuit sociaal netwerk - vangnet en/of noodplan bij tijdelijk ontbreken vaste verzorger a opvoedingsondersteuning (sociaal netwerk of professioneel) b evt. compenserende specialistische zorg (MKD, therapie) - idem a & b - idem a & b - idem a & b - idem a & b, bij ernstige vormen inschakeling AMK - als bij vorige item
Dagelijkse verzorging - voeding - lichaamshygiëne - kleding - hygiëne in en om huis	- steun en hulp vanuit sociaal netwerk - kraamzorg - thuiszorg - huisbezoek wijkverpleegkundige - opvoedingsondersteuning
Medische verzorging - bij zwangeren	- zie voorbeeld basiszorg - tot aan geboorte (bijlage 13)

- consultatiebureau (cb) - eventueel medische verzorging en behandeling	- huisbezoek wijkverpleegkundige - huisarts, ziekenhuis, wijkverpleegkundige
Sociale contacten en steun - andere volwassenen - andere kinderen - buurt	- eigen sociale netwerk - conflicten analyseren en oplossen - kinder- of peuterdagverblijf, naschoolse opvang - buitenschoolse activiteiten - conflicten analyseren en oplossen
Woonvoorziening - vast adres - voorziening gas, water, licht - binnen milieu - aard en oppervlak ruimte - sanitair - basisapparatuur (gasfornuis e.d.)	- evt. regelingen met gemeente (huisvesting, sociale zaken), woningbouwvereniging, opvangvoorzieningen
(Materiele) voorzieningen voor kind - slaapgelegenheid - baby-, kinderspullen - kleding en schoeisel - speelgoed - veiligheid	- steun en hulp vanuit sociaal netwerk - kraamzorg - thuiszorg - evt. financiële regelingen met sociale zaken - o.a. advies over omgang met medicijnen, alcohol en drugs
Financiën - regelmatig inkomen - ziektekostenverzekering - huursubsidie	- eventuele financiële regelingen met sociale zaken
School - school	- overleg school/leerplichtambtenaar - schoolmaatschappelijk werk - JGZ functies

83

BIJLAGE 10

CASEMANAGEMENT ACTIVITEITEN TIJDENS ZWANGERSCHAP EN PERIODE NA DE GEBORTE

1.	2.	3.	4.	5.	6.
Vooraanmelding en aanname	Inventarisatie basiszorg, behoeften, diagnostiek	Opstellen Plan	Uitvoeren van plan	Begleiden en nagaan verloop plan	Evaluëren en bijstellen plan
Aanmeldgesprek zwangere vrouw	Extra zwangerschapscontroles * (tweewekelijks) Drugs en familieanamnese Medische indicatie voor klinische bevalling en kraambed Voorzietingen thuis Drughulpverlening Inventariseren sociale steun Inventariseren eventuele andere behoeften	Urinecontroles Bloedonderzoek Zwangerschapscontroles Verslavingszorg Voorbereiding Thuisverzorging baby Wijkverpleging Van wie en hoe hulp en sociale steun	Urinecontroles Poliklinische controles, bevalling Ziekenhuis opname baby Thuisverzorging regelen Huisbezoeken wijkverpleging * Bij ernstige twijfel over kwaliteit zorg melden bij AMK	Samen met - moeder/ouders - uitvoerende instanties - sociale omgeving	Voor cliënten - regelingen - thuisituatie Voor beleid - afspraken - beschikbaarheid voorzieningen

* Voor verschillende onderdelen zijn protocollen en methodieken ter beschikking. Zie voor dit onderdeel de informatie van het AMC en het protocol kinderen van drugverslaafde ouder voor het cb- team van de activiteiten van het KDO team Zuid- en Oost-Gelderland. Het laatste protocol houdt ook huisbezoeken door wijkverpleegkundige in.

CASEMANAGEMENT ACTIVITEITEN 0 T/M 4 JAAR

1	2.	3.	4.	5.	6.
Vooraanmelding en aanname	Inventarisatie basiszorg, behoeften, diagnostiek	Opstellen Plan	Uitvoeren van plan	Begleiden en nagaan verloop plan	Evaluëren en bijstellen plan
Aanmeldgesprek ouder(s)	Drugs en familieanamnese Basiszorg nalopen: bv. driftbuilen kind Drughulpverlening Inventariseren eventuele andere behoeften	Verslavingszorg Verzorging baby Wijkverpleging Van wie en hoe hulp en sociale steun Onderdeel basiszorg: opvoedingsvaardigheden	Thuisverzorging regelen Huisbezoeken wijkverpleging * Opvoedingsondersteuning Bij ernstige twijfel over voldoende zorg melden bij AMK	Samen met - moeder/ouders - uitvoerende instanties - sociale omgeving	Voor cliënten - regelingen - thuisituatie Voor beleid - afspraken - beschikbaarheid voorzieningen

* Zie voor een protocol kinderen van drugverslaafde ouder voor het cb- team van de activiteiten van het KDO team Zuid- en Oost-Gelderland.

Dia 1

Zwangerschap en drugs

Marlon van Huls
AMC

Dia 4

Zwangerschap en druggebruik

Medische instanties vóór:

- zwangerschapsonderzoek
- 6 tot 8 tot 11
- PPT
- Jellinek kliniek (alcoholverslaving)
- havoerbon (en anderen)
- verloskundigen (en anderen)

Medische instanties ertijd de zwangerschap

- KDO (bureau voor verslaafde ouders)
- RAO
- Jellinek
- RUGG (psychologische hulpinstansie)
- Lijst Koopman (vrijwillig)

86

Dia 2

Zwangerschap en druggebruik

- Verwijzende instanties
- Werkwijze
- Hulpverleners

Dia 5

Zwangerschap en druggebruik

Interdisciplinaire afgesproken multidisciplinaire instansies met 1ste verloskundige

- + medische instanties
- + tandheelkundige instanties
- + sociale en andere instanties
- + hulpverleningsinstansie
- + verloskundige
- + contact met andere hulpverleners
- + zwangerschap gevolgd of niet

Bezpreking te inschalling maken druggebruik/situatie

includeren obstetrische

afwijking verloskundige (aanpak bij niet de druggebruikers)

sluipen

87

Dia 3

Zwangerschap en druggebruik

medisch personeel

- verloskundige
- maatschappelijk werker
- neonatoloog

Dia 6

Zwangerschap en druggebruik

keuze controlen

Gedetailleerd onderzoek

Bloed: bloedgroep, thiaso, mogelijke antistoffen (v.a. HbSAg hepatitis B), rubella, Hb, glucose

Urina: hepatitis C

AIDS test -> duidelijk bespreken

Urologie + kweek -> dialyse + gestenose

Diagnose -> opafbrek, opafbrek, coarct, methaen, onafbrek, coarct

Dia 7

Zwangerschap en druggebruik

- Medische indicatie voor zwangerschap, bevalling en kraambed
- sociale hulpverlening meer regelmatig
- neonatologisch consult bij 1-18 weken
- screening op HIV tussen 20-22 weken
- controles, indien twee weken
- contact KDO
- ingeval van niet-voorspellen contact opnemen met verzorgende instantie

Dia 10

Zwangerschap en druggebruik

Medisch consult

- indien "clean" > 32 weken zwangerschap: observeer baby op levensvatbaarheid en mogelijkheden van borstvoeding
- indien niet "clean" (heroin, cocaïne, methafoon, amfetamine) dan baby @ observeer neonatologie + behandeling, geen borstvoeding ontlaag 5e of 6e dag met of zonder baby

88

Dia 8

Zwangerschap en druggebruik

- Medische indicatie voor zwangerschap, bevalling en kraambed
- sociale hulpverlening meer regelmatig
- neonatologisch consult bij 1-18 weken
- screening op HIV tussen 20-22 weken
- controles, indien twee weken
- contact KDO
- ingeval van niet-voorspellen contact opnemen met verzorgende instantie

Dia 11

Zwangerschap en druggebruik

Nascontrole

- 2 weken op pols verloskunde
- de baby op de pols neonatologie

89

Dia 9

Zwangerschap en druggebruik

De bevalling

- afspraak op tijd komen
- druggebruik controleren
- overleef LFB
- relatie van moeder en kind @ afwezig
- moedervocht + moedermelk @ afwezig
- AIDGlast herhalen
- beschikbare rijtje bij problemen

Dia 12

Zwangerschap en druggebruik

AMC hulpverleners:

Multi-therapeutisch werk:	Waxen Kogendroek
	Lonneke Cleton
Neonatologie:	Wol Smit
	Anna van Kempen
Diagnostiek:	Marian van Hest
	(b.v. evt. KAM Doer)

BIJLAGE 12

KVO ZUID GELDERLAND

Protocol kinderen van verslaafde ouders voor het consultatiebureauteam

1) Werkwijze bij zwangerschap, bevalling en nazorg van verslaafde (aanstaande) moeders

- Wijkverpleegkundige is op de hoogte van het KVO-project.
- Wijkverpleegkundige verstrekt de 'informatiefolder voor ouders en aanstaande ouders die alcohol en drugs gebruiken' van het KVO aan de a.s. ouders.
- Bij signalering door het consultatiebureauteam (verder afgekort als CB-team) van een zwangerschap bij een verslaafde a.s. moeder, wordt in samenspraak met de ouders in alle gevallen de KVO-functionaris ingelicht (zie sociale kaart).
- Wijkverpleegkundige brengt bij voorkeur in de 6e maand van de zwangerschap een prenataal huisbezoek en brengt verslag (telefonisch of schriftelijk) uit aan de KVO-functionaris.
- Zonodig consulteert de wijkverpleegkundige de KVO-functionaris.
- Wijkverpleegkundige brengt een zuigelingenhuisbezoek binnen één week na ontslag uit het ziekenhuis. Wijkverpleegkundige maakt met de ouder een nieuwe afspraak voor een huisbezoek of een consultatiebureaubezoek.
- Wijkverpleegkundige bezoekt de zuigeling thuis op de leeftijd van 3, 6, 9 en 12 maanden. Na het 12e maand huisbezoek brengt de wijkverpleegkundige verslag uit (telefonisch of schriftelijk) aan de KVO-functionaris.

CONSULTATIEBUREAUBEZOEK

- De zuigeling bezoekt minimaal het zuigelingenbureau op de leeftijden van: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 12 en 15 maanden. Afstemming bezoek aan de kinderarts dient plaats te vinden.
- Het CB-team stelt de KVO-functionaris op de hoogte van eventuele veranderingen in de gezinssituatie, verhuizing etc. en wanneer er signalen zijn dat het kind/de kinderen in bedreigende omstandigheden verkeert/verkeren.

2) Werkwijze bij reeds geboren kinderen van verslaafde ouders

- Wijkverpleegkundige is op de hoogte van het KVO-project.
- Wijkverpleegkundige verstrekt de 'informatiefolder voor ouders en aanstaande ouders die drugs gebruiken' van het KVO aan de ouders.
- Bij signalering door het CB-team van het bestaan van één of meer kinderen bij (een) verslaafde ouder(s), wordt aan de ouder de informatie KVO uitgereikt en wordt in samenspraak met de ouder in alle gevallen de KVO-functionaris ingelicht.
- Zonodig zal de wijkverpleegkundige deelnemen aan overleg met andere betrokken hulpverleners op vraag van de KVO-functionaris.
- Zonodig consulteert de wijkverpleegkundige de KVO-functionaris.

CONSULTATIEBUREAUBEZOEK

- De peuter bezoekt minimaal het peuterbureau op de leeftijden van: 2, 2,5, 3 en 3,9 maanden. Afstemming bij bezoek aan de kinderarts dient plaats te vinden.

Peuterhuisbezoek

- de wijkverpleegkundige brengt op de leeftijd van één jaar en 6 maanden, 3 jaar en 5 maanden en 4 jaar een peuterhuisbezoek. Na het 4 jaar huisbezoek brengt de wijkverpleegkundige verslag uit (telefonisch of schriftelijk) aan de KVO-functionaris.

Huisbezoek door wijkverpleegkundige op indicatie

- Op indicatie, vraag van andere betrokken hulpverleners of signaal door het CB-team brengt de wijkverpleegkundige een extra huisbezoek.

Doel:

- Wijkverpleegkundige gaat na of aan de basisbehoeften van het kind wordt voldaan.
- Wijkverpleegkundige ondersteunt de ouder t.a.v. de opvoeding van zijn of haar kind. Maximaal één keer per week gedurende één maand of één keer per maand gedurende een half jaar op jaarbasis.
- Het CB-team stelt de KVO-functionaris op de hoogte van eventuele veranderingen in de gezinssituatie, verhuizing etc. en wanneer er signalen zijn dat het kind/de kinderen in bedreigende omstandigheden verkeert/verkeren.

Doel van het consultatiebureau

- Aanstaande ouders weten wie wijkverpleegkundige is.
- Aanstaande ouders weten wat ze van de thuiszorg kunnen verwachten (zie ook desbetreffende protocol).
- Wijkverpleegkundige geeft informatie, ondersteuning en begeleiding t.a.v. van vragen over de zwangerschap en de komende bevalling.
- Wijkverpleegkundige kijkt of basisvoorzieningen (gas, elektra, water etc.) aanwezig zijn in de thuissituatie voor ouder en kind.

BIJLAGE 13

TECHNIEN VOOR HET VERZAMELEN VAN INFORMATIE, HET STELLEN VAN DOELEN EN INTERVENTIES WAARBIJ TIJDELIJK TAKEN WORDEN OVERGENOMEN, NIZW

C Technieken voor het verzamelen van informatie en het stellen van doelen

C1 Informatie uit de eerste hand inwinnen middels observatie en gesprekken

Het verzamelen van informatie door (1) observeren en (2) gesprekken. Het doel hierbij om het inwinnen van informatie over gebeurtenissen die zich afspeelen in aanwezigheid van de getuimedewerker. Wanneer het gaat om het vergaren van informatie over gebeurtenissen waar de getuimedewerker niet bij is, kijkt dan bij C2 direct voordeel.

Operationalisatie
Voor observeren en gesprekken gelden de volgende richtlijnen:

Observeren:
- Beschrijf de observeerbare zwaart de mogelijk in termen van waarneembaar gedrag.
- Verdeel de gebeurtenissen zoveel mogelijk in structurele gebeurtenissen.

Denk bij gesprekken aan de volgende algemene gesprekstechnieken:
- Stel je open en niet-bedrogend op, zowel op in houding als op oogcontact.
- Maak gebruik van aanmoedigingen en knikken.
- Maak gebruik van stilte.
- Vraag naar verduidelijking van situaties, gebeurtenissen, gedragingen en gevoelens.
- Stel open en inbrengende vragen.
- Observeer non-verbale signalen.
- Geef regelmatig een samenvatting en reflectie (inhoud en gevoelens).

Wanneer het gesprek naar is gericht op emoties maak dan gebruik van de richtlijnen voor actief luisteren.

C2 Informatie uit de tweede hand inwinnen

Het inwinnen en verzamelen van informatie over gebeurtenissen waarbij je niet aanwezig was.

Operationalisatie

1. Maak een inhoudende opmerking om het gesprek te structureren en om uit te leggen met welk doel je doornvragt over een situatie waar je zelf niet bij aanwezig bent geweest.
2. Pas de richtlijnen voor observeren en algemene gesprekstechnieken toe.

C3 Een probleem in observeerbaar gedrag beschrijven

Het beschrijven van een algemeen geformuleerd probleem in termen van situatie, personen, opeenvolgingen, intensiteit en frequentie van concreet gedrag (acties en reacties). Gebruik hierbij evenveel het laatste basisinformatie.

Operationalisatie

1. Stel vast wat het algemene probleem is.

2. Het wat welke personen een rol spelen bij dit probleem.
3. Beschrijf de situatie waarin het probleem zich voordoet (in welke tijd, aan welke personen, (specifieke) omstandigheden etc.).
4. Beschrijf in concrete termen het gedrag dat betrokken personen vertonen in een situatie als: "Als moeder ...zegt/doet, dan zegt/loopt haar zoon ...".

C4. Doelkaarten gebruiken

Het op systematische wijze verkrijgen van een beeld van de doelen en wensen van een gezinlid.

Operationalisatie

1. Introduceer de doelkaarten.
2. Laat de ander op de kaarten de onderwerpen die voor hem/haar van belang zijn, aanraken.
3. Schrijf de omgekeerde doelen op strookjes papier.
4. Vraag het gezinlid de onderwerpen onder te verdelen naar belangrijheid (heel belangrijk, belangrijk, minst belangrijk).
5. Vraag het gezinlid, indien meer dan acht strookjes de meest belangrijkste worden omschreven, om de acht meestbelangrijke bij elkaar te leggen.
6. Vraag het gezinlid om de 5 tot 8 strookjes die invullen te ordenen op belangrijheid.
7. Schrijf deze in dezelfde volgorde op het formulier en vraag het gezinlid bij elk doel een toelichting te geven: "Wat zou hij precies willen?"

C5. Doelen en prioriteiten stellen met het gezin

Het samen met een gezinlid vertalen van problemen in doelen en het stellen van prioriteiten aan de hand van een aantal criteria (mate van last, mate waarin het probleem de veiligheid bedreigt, mate waarin het te veranderen is, mate waarin het aansluit bij de krachten van het gezinlid).

Operationalisatie

Aanpakdoelstellingen bij het stellen van doelen:
 -Beschrijf de doelen in termen van observeerbaar gedrag.
 -Beschrijf realistische doelen.
 -Beschrijf de doelen zoveel mogelijk in termen van competentievergroting.

Criteria bij het stellen van prioriteiten:

- de mate waarin het geen of gewenst last heeft van het probleem;
- de mate waarin het probleem de veiligheid van het gezin of het gezinlid bedreigt;
- de mate waarin het probleem in samenleving met het gezin verandert kan worden;
- de mate waarin de doelen aansluiten bij de krachten van het gezin.

C6. Introduceeren en afnemen van vragenlijsten

Het introduceren van vragenlijsten bij de ouder, deze vragenlijst met de ouder invullen of er zorg voor dragen dat de ouder deze vragenlijst binnen een afgesproken tijd invult.

Operationalisatie

De de handreiking voor de stappen en richtlijnen voor afname van vragenlijsten.

C7. Nabespreken van vragenlijsten

Het samen met de ouders inventariseren van de probleemgebieden en stellen van doelen aan de hand van een onderzoeksvragenlijst (bv. CBCL, HOI).

Toelichting: de profielen geven een ordening in de chaos op de beleevingsaspecten van de ouder. Het gaat hierbij altijd om een momentopname en niet om de waarheid. Het gaat erom hoe de ouder het ervaart.

Met behulp van de profielen kan het totale gevoel in tekenen, behoeftes sluitjes getrikt worden. Uit de profielen zijn zowel krachten (positieve, stressreducerende bronnen) als aandachtspunten (zorgelijke, stressverhogende bronnen) te halen. Gebruik van de profielen alleen de hoofdpunten. (Bij de CBCL zijn dit: de gedragsyndexen; teruggetrokken, lichamelijke klachten, angst/depressief, sociale problemen, aandachtproblemen, delinqwent gedrag, agressief gedrag.)

NB: Door de profielen aan het begin en aan het einde van de hulp met elkaar te vergelijken kun je de levens gebruiken als hulpmiddel in het overleg van de ouders bij de afname van de hulp, de beoordeling wat verbeterd is en waar nog aan gewerkt moet worden. De stappen zijn dezelfde als hieronder, alleen richt je je dan op de positieve en negatieve verschuivingen die in de vergelijking zichtbaar worden.

Operationalisatie

1. Beëid het gesprek voor door zelf (of met collega's) de krachten en aandachtspunten (uitbreiden naar boven en beneden) uit de profielen te halen. Oefen voor jezelf hoe je deze krachten en aandachtspunten kunt benoemen in de taal van het gezin en schrijf dit nodig op.
2. Begin het gesprek met de ouder(s) met het geven van de afspraken van de vragenlijst.
3. Vraag de ouders of zij dit patroon van krachten en aandachtspunten herkennen en vraag of ze dit concreter kunnen maken.
 Als de ouder dit patroon herkent: "Tun je daar voorbeelden van geven? Wanneer precies? Hoe gaat dat dan? Wel doe jij op een moment?"
 Als de ouder dit patroon niet herkent: "Wie af het dan?"
4. Geef een samenvatting en stel doelen voor op grond van de krachten en aandachtspunten.

C8. Opstellen van werkpunten

Het samen met het gezinlid omschrijven van doelen via eerste concrete stappen naar werkpunten voor de komende één of twee weken. Dit kan worden gedaan met behulp van het formulier 'werkpunten'.

Operationalisatie

- Neem de volgende stappen in acht wanneer gebruik wordt gemaakt van het formulier 'werkpunten':
1. Beschrijf het onderwerp of probleem.

2. Noteer oplossingen die in het verleden goed gewerkt hebben.
3. Bedenk een eerste stap om het doel te bereiken.
4. Inventariseer de sterke punten; wat kan helpen om het doel te bereiken.
5. Noteer de werkpunten voor de komende week.

C9 Evaluatiemoment gestelde doelen

Het evalueren van de gestelde doelen met het gezin en het trekken van conclusies. Het kan gaan om een van te voren afgesproken evaluatie maar ook om een evaluatie die min of meer 'spontaan' ontstaat.

Operationalisatie

1. Zet met het gezin/d de verzamelde informatie op een rij of lijn terug naar de gestelde doelen, hoe daaraan gewerkt is en wat er is bereikt.
2. Vraag het gezin/d om een reactie en trek conclusies ten opzichte van de informatie omtrent de gestelde doelen: wat is er al bereikt, wat is er (nog) nodig?
3. Deel zelf een reactie: wat is er al bereikt, wat is er (nog) nodig?
4. Probeer tot een gezamenlijke conclusie te komen omtrent de situatie, wat er bereikt is en wat er nog nodig is.
5. Stel eventueel doelen bij en maak nieuwe afspraken.

C10 Maken en bespreken van een genogram

Het samen met een gezin of gezind tekenen van een genogram volgens de daarvoor geldende regels.

Operationalisatie

1. Leg de betrokken gezinsleden uit wat een genogram is (geef voorbeelden, laat tekeningen zien).
2. Leg uit wat het doel is van het maken van een genogram en leg uit hoe je te werk gaat.
3. Begin met het tekenen van het huidige gezinsstelsel, aan de hand van de gegevens die je over het gezin heeft. Leg uit wat je tekent.
4. Vraag gezinsleden aanvullingen te geven, door welke (betreft/zij) gegevens ontbreken. Maak zo je genogram uit tot de gegevens van tenminste 3 generaties compleet zijn: de ouders van het huidige gezin (en hun eventuele ex-partners, hun kinderen (in het huidige gezin en eventueel stief) en hun kinderen van herkomst).
5. Bespreek met de betrokken gezinsleden wat hen opvalt in het genogram (patronen in gebeurtenissen, relaties) en leg hen voor wat jou opvalt of wat bij jou vragen oproept.
6. Stel met de gezinsleden vast welke informatie uit het genogram kennisgevingpunten biedt bij het realiseren van (een van) de gestelde doelen. (Denk aan bronnen van stress, bronnen van stress.)

BIJLAGE 14

CERTIFICATIESCHEMA INSTELLINGEN VOOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG,
STICHTING HKZ 2002

Normen rubriek 2 Uitvoering, deelschema Preventie

2.1 Informatie over de uitvoering

2.1.1 De cliënt 4 ontvangt, naast de informatie die is aangegeven in de normen van rubriek 1 indien van toepassing, mondeling en/of schriftelijk informatie over:

- a de samenstelling en werkwijze van het team
- b de aard en inhoud van de interventie
- c de wijze van omgaan met gegevens van deelnemers in multidisciplinair verband, voorzover van toepassing
- d de uitgangspunten voor de interventie
- e de bereikbaarheid en beschikbaarheid
- f de privacyregeling en het privacyreglement, met daarbij:

- richtlijnen met betrekking tot geheimhouding door de preventiemedewerkers
- de persoonsregistratie van de instelling, waaronder:
 - het doel van de registratie
 - de opname en verstrekking van persoonsgegevens
 - het recht van de cliënt op inzage, verbetering, aanvulling of verwijdering van persoonsgegevens

g het bestaan, de doelstelling en de werkwijze van de cliëntenraad

h de gehanteerde regels, protocollen en reglementen.

2.1.2 Voor zover van toepassing wordt deze informatie, indien nodig, herhaaldelijk verstrekt met inachtneming van de specifieke situatie van de cliënt. Er wordt nagegaan of de cliënt de verstrekte informatie heeft begrepen.

2.2 Pretest

2.2.1 De instelling voert, indien nodig (zie toelichting), de pretest uit bij leden van de doelgroep.

2.2.2 Naar aanleiding van de pretest wordt de methode/de interventie/het plan aangepast.

2.3 Uitvoering van de interventie en implementatie

2.3.1 De interventie en implementatie vinden volgens plan plaats.

2.4 Professioneel handelen

2.4.1 De interventie wordt uitgevoerd volgens de professionele richtlijnen, protocollen, wettelijke vereisten en beroepscodes en beroepsprofielen die binnen de desbetreffende beroepsgroep gelden en conform de afspraken die binnen de instelling zijn gemaakt. De richtlijnen en protocollen waarvan de wetenschappelijke evidentie is aangetoond (evidence based) en waarin men aansluit op algemene ervaringen verdienen de voorkeur, met inachtneming van hetgeen is afgesproken in het plan.

2.4.2 Tevens wordt zo veel mogelijk gebruikgemaakt van bewezen effectieve interventies.

2.4.3 Indien noodzakelijk worden, aanvullend op monodisciplinaire codes en standaarden, instellingsgebonden afspraken gehanteerd.

2.4.4 In specifieke situaties wordt gehandeld volgens protocollen en reglementen.

2.5 Interne en externe zorgcoördinatie

2.5.1 Alle zorgcoördinatie vindt plaats conform vastgelegde afspraken, waaronder verwijs- en rapportageafspraken, overlegstructuren en een verantwoordelijkheidstoedeling.

2.5.2 Op het gebied van interne zorgcoördinatie worden inhoudelijke en procedurele werkafspraken binnen en tussen de verschillende disciplines gemaakt en nageleefd.

2.5.3 Op het gebied van externe zorgcoördinatie worden aanwezige (lokale/regionale/landelijke) afspraken/procedures (tussen aanpalende disciplines) nageleefd of, indien nodig, gemaakt en nageleefd.

2.5.4 Zowel bij interne als bij externe zorgcoördinatie wordt in overleg met de cliënt afgesproken wie aanspreekbaar is als zorgcoördinator.

2.6 Dossier/registratie

2.6.1 Preventiemedewerkers van de verschillende disciplines registreren de uitvoering van de interventie en de gegevens van cliënten conform afgesproken richtlijnen en conform het beleid van de instelling inzake inhoud en toegankelijkheid van het dossier.

2.6.2 De cliënt kan desgewenst alle gegevens die worden verzameld inzien. In de registratie is minimaal opgenomen:

- a het (project)plan
- b uitkomsten van de pretest
- c eventuele bijstellingen van het plan
- d evaluaties

2.6.3 Bij overdracht van gegevens wordt gehandeld volgens vastgelegde afspraken.

2.7 Bejegening

2.7.1 De cliënt wordt bejegend conform een gedragscode.

2.8 Privacy

2.8.1 Gegevens van cliënten worden behandeld conform het privacybeleid en privacyreglement van de instelling (zie 4.30).

2.8.2 De cliënt wordt expliciet om toestemming gevraagd wanneer cliëntgegevens buiten de instelling worden gebruikt voor registratie respectievelijk zorgdoeleinden. De toestemming wordt schriftelijk vastgelegd en door de cliënt ondertekend.

2.9 Eigendom van de cliënt

2.9.1 De instelling hanteert een regeling m.b.t. het beheer van eigendommen van cliënten (zie 4.31).

2.10 Bereikbaarheid/beschikbaarheid

2.10.1 De preventiemedewerkers zijn voor de cliënt bereikbaar/ beschikbaar conform afspraken hierover op instellingsniveau (zie 4.24).

2.11 Wachtijd/doorlooptijd/levertijd

2.11.1 Bij de bepaling van de wachttijd/levertijd wordt een urgentiesysteem gehanteerd (zie rubriek 4, streefnormstelling).

- 2.11.2 Bij de uitvoering van het primaire proces wordt een regeling voor doorlooptijd gehanteerd.
- 2.11.3 De cliënt wordt geïnformeerd over wachttijd of wijzigingen in de afgesproken doorlooptijd die tijdens de zorgverlening zijn ontstaan.

2.112 De omgeving van de cliënt

- 2.112.1 Tijdens het gehele primaire proces hanteert de instelling een regeling voor informatieverstrekking en – indien nodig – ondersteuning aan familieleden en naast betrokkenen.
- 2.112.2 De preventiemedewerker handelt volgens de voor de desbetreffende beroepsgroep geëigende beroepscode.

BIJLAGE 15

CRITERIA VOOR CASEMANAGEMENT (WOLF, 2002)

De bijgaande criteria zijn om te beoordelen in hoeverre er sprake is van getrouwheid aan het casemanagement. Dit model is ontwikkeld op basis van het Assertive Community Treatment casemanagement voor chronische psychiatrische patiënten. Hoe meer een programma aan de criteria voldoet, hoe beter de resultaten zijn. Criteria tussen [haken] staan in de oorspronkelijk opstelling, maar zijn niet eenduidig naar casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders over te zetten. Aanvullende criteria zijn cursief.

I Structuur

- Kleine caseload; [werker-client ratio is 1 op 15] ⁵
- Teambenadering: werkers werken met alle cliënten van het programma (gedeelde caseload)
- Regelmatig teamoverleg (zo mogelijk dagelijks) voor het plannen en evalueren van hulpverlening aan cliënten
- Continuïteit in werkers: vermijden van te grote wisseling in personeel
- Additionele specialisten in team: verpleegkundigen, [arbeidsrehabilitatie werkers], werkers uit verslavingszorg en geestelijke gezondheidszorg en *jeugdzorg*
- Voldoende grootte van programma gezien en doelgroep en hun problemen en behoeften. Volledige bezetting van noodzakelijke werkracht.

II Organisatie

- Expliciet inclusie- en eventueel exclusiecriteria met duidelijk beschreven missie voor hulpverlening aan cliënten
- Langzame instroom cliënten om stabiele hulpverleningsomgeving te handhaven
- Verantwoordelijkheid voor hulpverlening aan cliënten wat betreft *preventieve zorg voor kinderen*
 - [- Verantwoordelijkheid voor crisisopvang, 24 uur per dag]
 - [- Verantwoordelijkheid voor opnames in psychiatrische ziekenhuizen, klinieken, time-outvoorzieningen, etc.]
 - [- Verantwoordelijkheid voor ontslagvoorbereiding en -planning]

- Hulpverlening in principe van onbeperkte duur *preventieve zorg tot 18 jaar*

III Inhoud

- Diensten en hulp worden 'in vivo' aangeboden, in woon- werk en leefomgeving van cliënten
- Actieve benadering van en bemoeiing met cliënten (outreach)
- Hoge intensiteit van hulpverlening (veel contacttijd, hoog aantal hulpverleningscontacten) *waar nodig en op indicatie*
- Werken met sociale omgeving en sociale netwerk
- Specifieke hulpverlening: voor verslaving, psychische problemen, dagbesteding, financiën etc *gezinsproblemen, problemen van of met de kinderen*
- Betrokkenheid van cliënten in ontwikkeling programma, deel van team

⁵ Deze ratio wordt tegelijkertijd ter discussie gesteld op grond van recent onderzoek waaruit blijkt dat teams met individuele caseloads van ruim tien cliënten niet effectiever zijn dan caseloads van ruim dertig cliënten.

