

**Handreiking voor casemanagers
in de sociale verslavingszorg**

Inhoud

VOORWOORD	3
1. INLEIDING	6
2. PROGRAMMA	10
3. CONTACT LEGGEN EN ONDERHOUDEN	14
4. ZORGPLAN	27
5. PRAKTISCHE AANWIJZINGEN PER LEEFGEBIED	35
LITERATUUR	64
LIJST VAN AFKORTINGEN	66
BIJLAGEN	68

Voorwoord

Voor u ligt de Handreiking voor casemanagers in de sociale verslavingszorg. Deze handreiking is, in nauwe samenwerking met het Trimbos-instituut, ontwikkeld in het kader van het project 'ketenzorg, casemanagement, trajectmatig werken' van het Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid, onderdeel van Resultaten Scoren.

In het Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid is gewerkt aan de ontwikkeling van 1) effectieve interventies en 2) noodzakelijke randvoorwaarden bij de hulpverlening aan langdurige verslaafden met meervoudige problematiek. Het project 'ketenzorg, casemanagement, trajectmatig werken' heeft als doel een antwoord te geven op de tweede doelstelling. Centraal staat daarbij de vraag: "Hoe krijgen en houden wij verslaafden met langdurige meervoudige problemen in passende zorg?" Cliënten passend in zorg houden betekent niet alleen de juiste interventies c.q. 'zorgmodules' bieden maar vooral ook de overgangen tussen de verschillende zorgmodules goed geleiden en coördineren.

De termen ketenzorg, casemanagement, trajectmatig werken en bemoeizorg staan voor praktijken die onderling grote gelijkenis kunnen vertonen en wellicht dezelfde lading dekken maar waarbij het accent en de focus op verschillende functies liggen. Zowel uit de literatuur als uit de praktijk blijkt dat geen eenduidige omschrijving voor de verschillende functies is gevonden. In de publicaties die het Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid uitbrengt worden de onderstaande begrippen als volgt bedoeld:

De term trajectmatig werken gebruiken we voor activiteiten die primair zijn bedoeld voor het bewerkstelligen van soepele aansluitingen, overgangen en aansluitingen voor verslaafden naar vormen van zorg, zowel binnen als buiten de verslavingszorg waarbij sprake is van sturing in een bepaalde richting (traject). Trajectbegeleiding dient altijd aan de orde te zijn waar sprake is van meervoudige problematiek. Zoals wij het hier formuleren is het dus geen specifiek zorgprogramma voor een specifieke doelgroep cliënten, maar een procesanalyse voor het managen van die processen.

De term casemanagement reserveren wij voor een specifiek aanbod (=zorgprogramma) voor een specifieke groep cliënten. Cliënten worden actief benaderd, krijgen een geïntegreerd pakket aan diensten en opvang.

Bemoeizorg reserveren we voor de outreachende werkwijze: de uitvoerende medewerker zoekt verslaafden met langdurige meervoudige problemen actief op en tracht hen te bewegen op een hulp-aanbod in te gaan. Tevens tracht de werker het netwerk van voorzieningen zodanig te beïnvloeden dat er sprake is van een op de specifieke problematiek van de cliënt toegesneden hulpaanbod.

Na een verkennend onderzoek en een literatuurstudie, is besloten drie sporen verder uit te diepen:

- Een onderzoek naar de effectieve elementen (kernindicatoren) van casemanagement voor langdurig verslaafden met complexe problematiek, met de focus op het ontwikkelen van een leidraad voor uitvoerend werkers in de sociale verslavingszorg.
- Een praktijkexperiment bemoeizorg met de focus op methodiek-ontwikkeling (Doedens, e.a., 2004).
- Een praktijkexperiment trajectmatig werken met de focus op de koppelingen en aansluitingen tussen de onderdelen van de zorgketen en/of de strafrechtketen (Thuijls, e.a., 2003).

Deze uitgave is het resultaat van het eerste spoor: een praktische handreiking voor casemanagers in de sociale verslavingszorg.

Het gevaar van een handreiking zoals deze nu voorligt is dat het lijkt alsof de complexe praktijk van casemanagement voor chronisch verslaafden te simpel wordt voorgesteld. Iedereen die werkt met langdurig verslaafden weet dat de praktijk altijd weerbarstiger is dan handreikingen doen geloven. Het werken in deze praktijk vraagt om flexibiliteit en creativiteit. Toch kan het juist in deze complexe praktijk bruikbaar zijn om te kunnen terugvallen op basisprincipes en richtlijnen. Zij kunnen de casemanager houvast geven ook al dekken zij niet altijd volledig de complexiteit van het werkveld.

De aanwijzingen in deze handreiking zijn gebaseerd op theorieën en wetenschappelijke inzichten over casemanagement en bemoeizorg en op gecollectiviseerde professionele ervaringen uit de praktijk. Deze handreiking is een eerste versie, die weliswaar op een zorgvul-

dige en systematische wijze tot stand is gekomen (zie bijlage 1), maar in de concrete praktijk verder onderzocht en doorontwikkeld zal moeten worden, zodat in een volgende fase toegewerkt wordt naar een handboek met meer normatieve uitspraken.

Het is nadrukkelijk de bedoeling om in de toekomst de hierboven genoemde sporen weer verder bijeen te brengen en vervolgvactiteiten gericht op het realiseren van effectieve ketenzorg voor langdurig verslaafden met complexe problematiek uit te voeren.

Don Olthof

Portefeuillehouder deelproject casemanagement langdurig verslaafden
Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid

1 Inleiding

CONTEXT

Onder verschillende noemers zijn er in Nederland in de afgelopen jaren diverse initiatieven ontstaan van casemanagement voor langdurig verslaafden. Tot nu toe is er echter geen sprake van een systematische en gestructureerde invoering van dit soort praktijken. Casemanagement is een intensieve vorm van hulpverlening en zou vooral een passende interventie zijn bij langdurig verslaafden met meervoudige problemen. Bij deze doelgroep van de sociale verslavingszorg is er meestal sprake van een combinatie van ernstige verslavingsproblemen, ernstige psychische problemen, en ernstige problemen op tenminste één van de volgende vijf leefgebieden: (1) lichamelijke gezondheid, (2) arbeid, opleiding en inkomen, (3) justitie en politie (4) sociale relaties en (5) wonen en opvang. Vaak is er ook sprake van overlast voor de omgeving. De laatste jaren bestaat in toenemende mate de neiging om deze verslaafden, al dan niet met dwang of drang, tot een opname te bewegen. Het rendement van deze, doorgaans kostbare interventies, staat nog gezinszins vast. Casemanagement zou wel eens een effectiever en minder kostbaar alternatief kunnen zijn. Te meer omdat het rendement van interventies, zoals een opname, vaak verloren dreigt te gaan door het niet aansluiten van de hulpverlening van verschillende voorzieningen. Casemanagement kan onder meer tot een verbetering van die aansluiting leiden.

MODELLEN EN EFFECTIVITEIT

Er zijn diverse modellen van casemanagement te onderscheiden (Wolf e.a., 2002; zie bijlage 2).

- Het makelaarsmodel, waarbij de casemanager zich beperkt tot 'het identificeren van de behoeften en problemen van cliënten en helpt de cliënt toegang te krijgen tot de benodigde hulp en bronnen'. De casemanager hanteert zelf geen actieve outreachende benadering.
- Het Assertive Community Treatment model (ACT) waarbij er frequent contact is tussen casemanager en cliënt met het oog op het aanpakken van praktische problemen en het verbeteren van de leef-situatie. Het is een teambenadering waarin casemanagers een redelijke caseload hebben (maximaal vijftien cliënten) en waarin ze een gedeelde verantwoordelijkheid hebben voor alle cliënten van het programma.

- Het Intensive Casemanagement model (ICM). Dit kan worden beschouwd als een variant van het ACT. Het is ontwikkeld om tegemoet te komen aan de behoeften van veelgebruikers van zorg. Een verschil tussen ACT en ICM is dat caseloads bij ACT door het team worden gedeeld, en bij ICM niet.
- Het strengths-based model met de focus op de sterke kanten en de mogelijkheden van de cliënt en het zelfoplossend vermogen.
- Het clinical casemanagement model, waarin de therapeutische relatie centraal staat. De casemanager treedt op als rolmodel, waardoor 'de cliënt zich via imitatie en internalisatie gezond gedrag eigen maakt'.

Bij de ontwikkeling van het casemanagement in de Nederlandse verslavingszorg is er niet duidelijk gekozen voor één van de genoemde modellen. De insteek bij de invoering van casemanagement is vooral praktisch en pragmatisch geweest (Wolf e.a., 2003). Invoering van het makelaarsmodel is echter nooit overwogen. De voorkeur is altijd uitgegaan naar meer intensieve varianten.

In Nederland is er nog geen onderzoek gedaan naar de effectiviteit van casemanagement bij langdurig verslaafden met meervoudige problemen. In het buitenland is van de genoemde modellen het ACT nog het meest onderzocht. Meer nog dan bij langdurig verslaafden is de effectiviteit van dit model bij chronisch psychiatrische patiënten getoetst. Toch zijn er ook aanwijzingen dat casemanagement in de verslavingszorg kan werken.

Ondanks de afwezigheid van wetenschappelijke evidentie zijn er wel degelijk aanwijzingen gevonden dat casemanagement een meerwaarde heeft, de situatie van verslaafden kan verbeteren en ook een gunstige invloed heeft op de lengte van het hulpverleningscontact (Wolf e.a., 2002).

Vanwege de betrekkelijk gunstige resultaten van het ACT-model wordt dit model de beste papieren toegeschreven en staat dit te boek als één van de weinige psychosociale evidence based practices (Van Rooijen, e.a., 2003). Voor het bepalen van de zogenoemde getrouwheid van dit model zijn criteria ontwikkeld, namelijk naar structuur, organisatie en inhoud (zie bijlage 3). Bij langdurig verslaafden, noch bij chronisch psychiatrische patiënten is tot op heden in Nederland het ACT modelgetrouw ingevoerd. Plannen in die richting bestaan er wel.

Hoewel in het ACT-model de teambenadering centraal staat, is deze handreiking geschreven vanuit het perspectief van de individuele case-manager.

VERANTWOORDING

Om in Nederland meer houvast te krijgen bij de ontwikkeling en invoering van casemanagement voor langdurig verslaafden zijn op basis van een literatuurreview en diverse werkbezoeken, en in samenspraak met een panel van deskundigen, door het Trimbos-instituut een set indicatoren vastgesteld (zie bijlage 4 en 6). Die komen deels ook overeen met de opgestelde criteria van het ACT. De samen met het panel vastgestelde indicatoren vormden de leidraad bij het schrijven van deze handreiking. Waar dit van toepassing is, wordt in deze handreiking dan ook verwezen naar de nummers van de indicatoren, zoals opgenomen in bijlage 4. Daarbij wordt uitsluitend verwezen naar indicatoren over programmaopzet en –uitvoering. Omdat de randvoorwaarden en organisatie in deze handreiking buiten beschouwing blijven, ontbreekt een verwijzing naar de indicatoren die daarover gaan.

Bij het schrijven van deze handreiking is materiaal gebruikt uit twee eerder uitgebrachte notities, namelijk:

- De Module Zorgmentorschap (Jellinek, 2001)
Deze module is een protocol voor mentoren die bij de Jellinek werken met 'zorgcliënten', veelal langdurig verslaafden met meervoudige problematiek. De module is gebaseerd op literatuurstudie en praktijkervaringen.
- Het Handboek voor trajectbegeleiding justitiële verslavingszorg (Centrum Maliebaan, 2001). Dit handboek is geschreven als vervolg op een onderzoek naar door trajectbegeleiders ervaren knelpunten in de justitiële verslavingszorg in Utrecht.

Wij zijn zowel de Jellinek als Centrum Maliebaan zeer erkentelijk voor het mogen gebruiken van deze notities (zie bijlage 1).

De handreiking is bedoeld als *hulpmiddel* voor casemanagers in de sociale verslavingszorg. Cliënten in dit werkveld hebben veel

behoefte aan praktische hulp en materiële ondersteuning (Van 't Land e.a., 2003). Hier wordt dan ook ruimschoots aandacht aan besteed.

Uiteraard worden verantwoordelijkheden, bevoegdheden en de uitvoering van taken van elke individuele casemanager sterk bepaald door de inbedding van de instelling waarvoor hij werkzaam is. Randvoorwaarden voor een succesvol casemanagementprogramma worden in deze handreiking echter niet behandeld. Buiten kijf staat dat randvoorwaarden, zoals lange termijn financiering, voldoende personeel en samenwerkingsafspraken in het netwerk, aanwezig moeten zijn. Een uitwerking ervan valt echter buiten het bestek van deze rapportage.

OPBOUW

Hierna komen in de hoofdstukken verschillende aspecten van het casemanagement aan bod, namelijk:

- Programma, doelgroep en doelstelling.
- Contact leggen en onderhouden.
- Zorgplan.
- Praktische aanwijzingen.

Er zijn zes bijlagen. Bijlage 1 geeft een overzicht van de ondernomen activiteiten bij het schrijven van de handreiking. In bijlage 2 worden diverse vormen van casemanagement schematisch weergegeven. Bijlage 3 geeft een overzicht van de verschillende criteria van het ACT. In bijlage 4 staan de door het Trimbos-instituut vastgestelde kernindicatoren voor casemanagement. Bijlage 5 geeft een weergave van het veranderingsmodel van Prochaska en DiClemente. Tot slot staan in bijlage 6 de leden vermeld van het expertpanel van de regiegroep en de werkgroep van het project casemanagement.

2 Programma

INLEIDING

Elke casemanagementpraktijk moet bij de start beschikken over een duidelijk omschreven missie voor de hulpverlening aan een specifieke doelgroep. Zo'n beschrijving moet tenminste de volgende zaken omvatten **[indicator 5]**:

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

Dit hoofdstuk gaat achtereenvolgens in op de doelgroep, inclusiecriteria, aanmelding, indicatiestelling en doelen van het casemanagementprogramma.

DOELGROEP

Casemanagement is bedoeld voor personen waarbij er naast problemen met en rond het gebruik van alcohol en/of drugs tal van andere problemen zijn zoals die met de lichamelijke en psychische gezondheid, huisvesting, arbeid, inkomen, justitie en met sociale relaties. Vaak is er ook sprake van overlastgevend gedrag. De problemen zijn behalve meervoudig en complex, meestal langdurend **[indicator 1]**.

INCLUSIECRITERIA

Om vast te stellen of iemand voor een casemanagementprogramma in aanmerking komt is het noodzakelijk heldere en eenduidige criteria te formuleren waaraan voldaan moet worden **[indicator 4]**.

De volgende inclusiecriteria worden voorgesteld:

1. Minimaal twee jaar verslaafd aan drugs en/of alcohol.
2. Problemen op twee of meer van de volgende leefgebieden:
 - Wonen en opvang.

- Lichamelijke en psychische gezondheid.
- Identiteit, inkomen en schulden.
- Opleiding, arbeid en dagbesteding.
- Justitie/politie.
- Familie en sociaal netwerk.
- Gokken.

3. Overlast in zijn of haar omgeving, dan wel een bedreiging voor anderen of zichzelf.
4. Ingeschreven staan in het gemeenteregister (of de mogelijkheid daartoe).

AANMELDING

De aanmelding van cliënten voor het casemanagementprogramma kan door verschillende instanties of personen gebeuren. Potentiële cliënten worden (vaak telefonisch) aangemeld door externen. Dit kan een instantie zijn uit het zorgnetwerk, maar ook een bezorgde buurman. Veelal is de aanleiding ernstige verwaarlozing of overlast. Op basis van de beschikbare informatie (van de aanmelder) moet worden ingeschat of er bij de betreffende cliënt een indicatie is voor casemanagement.

Een verpleegkundige van de GG en GD belt op over Kees, een 54-jarige man die al jaren excessief alcohol drinkt, op straat leeft en voor veel overlast zorgt op diverse plekken in de stad. De verpleegkundige, die af en toe contact met hem heeft, maakt zich ernstig zorgen over zijn lichamelijke en geestelijke gesteldheid en wil graag samen met de verslavingszorg een traject uitzetten.

INDICATIESTELLING

Of iemand in aanmerking komt voor casemanagement (indicatiestelling) kan pas worden besloten na zorgvuldige gegevensverzameling over de cliënt. De informatie wordt verzameld vanaf het moment dat een cliënt is aangemeld. Ze bestaat uit een inventarisatie van de problemen van de cliënt, diens behoeften, diens sterke kanten en mogelijkheden en van gegevens over het netwerk (Van de Lindt, 2000).

Als hulpmiddel bij de indicatiestelling kan gebruik worden gemaakt van meetinstrumenten. Binnen instellingen voor verslavingszorg

worden verschillende instrumenten gebruikt. Instrumenten die in Nederland vaak worden toegepast zijn de Addiction Severity Index (ASI) en het Probleem Taxatie Formulier (PTF). Elk instrument heeft zijn voor- en nadelen¹.

Funcities van meten

Om op gestandaardiseerde wijze cliëntgegevens te kunnen vastleggen worden meetinstrumenten gebruikt. Er worden drie funcities van meten onderscheiden (Resultaten Scoren, 2002):

- *Screening is het vaststellen van de waarschijnlijkheid dat er sprake is van een probleem op een aantal vastgelegde, onderscheiden en relevante gebieden. Doel van screening is het snel bepalen van die gebieden waarop verdere diagnostiek nodig is (bijvoorbeeld de ASI).*
- *Diagnostiek is het vaststellen van de aard en omvang van de problemen en van de factoren die de problemen beïnvloeden en verbetering in de weg staan of juist faciliteren. Doel van diagnostiek is het vinden van de juiste zorg voor de cliënt.*
- *Monitoren is het periodiek vastleggen van de toestand van de cliënt op relevante gebieden. Doel is om na te gaan of bij de cliënt op bepaalde gebieden verbeteringen of verslechtingen optreden.*

Het is belangrijk om duidelijk af te spreken wie verantwoordelijk is voor de indicatiestelling voor casemanagement.

Aanbevolen wordt om de indicatiestelling voor casemanagement te laten doen door een aparte indicatiecommissie waarin met behulp van een valide meetinstrument de ernst van de problemen wordt vastgesteld. Op basis van de 'ernstscore' en het multidisciplinair overleg wordt een indicatie gesteld. Eventueel kan een lid of coördinator van het casemanagementteam deel uitmaken van de indicatiecommissie.

Uitgangspunt voor het vervolg van deze handreiking is dat de cliënt reeds is geïndiceerd voor casemanagement.

DOELEN

Als kerndoelen worden de volgende te realiseren doelen van case-management voorgesteld [**indicator 2**]:

- Contact leggen en onderhouden (outreach).
- Toegankelijker maken van de hulp-, en zorgverlening voor cliënten.
- Coördinatie van de hulp-, en zorgverlening.
- Verbetering van de kwaliteit van leven op meerdere leefgebieden.

¹ In het rapport 'Ontwikkeling Sociale Verslavingszorg Instrument (OSVI)' (Resultaten Scoren, 2002) wordt een vergelijking gemaakt van een aantal instrumenten. Op basis van deze studie is het niet mogelijk een uitspraak te doen over welk instrument het meest geschikt is.

3 Contact leggen en onderhouden

INLEIDING

Cliënten uit de doelgroep van casemanagement komen vaak niet vanzelfsprekend gemaakte afspraken na. Eén van de kernindicatoren van casemanagement is de outreachende werkwijze: actieve benadering van en bemoeienis met cliënten [indicator 6].

De systematiek bij het contact maken met cliënten is grotendeels gestoeld op de methodiek van bemoeizorg. Het is niet zo dat na een contact altijd een lineair, chronologisch en geregeld hulpverleningsproces ontstaat, integendeel, vaak is het nodig meerdere malen te actief contact te zoeken.

Uitgangspunt is dat verslaving vaak jarenlang duurt en verschillende fasen kent waarin steeds een ander soort interventie is aangewezen of een eerder soort interventie moet worden herhaald. Het gaat erom de verslaafde enigszins planmatig een opeenvolging van verschillende interventies aan te bieden, steeds toegesneden op zijn behoeften en mogelijkheden van dat moment (Gageldonk e.a., 1997).

HET LEGGEN VAN CONTACT

Om verschillende redenen zitten cliënten vaak niet te wachten op weer een nieuwe hulpverlener, die bereid is samen met cliënt 'een lange mars' langs de verschillende instellingen en maatschappelijke regelgeving te maken.

Cliënten hebben vaak al vele contacten in de zorg gehad, verschillende opnames achter de rug en zijn daarmee, voor hun gevoel, niets opgeschoten. De vele regels die instellingen hanteren vormen nogal eens een extra barrière. Vaak kan of wil de cliënt niet voldoen aan de gestelde voorwaarden. Er wordt (te) veel eigen initiatief van de cliënt gevraagd. Ook zijn cliënten niet altijd in staat op een adequate manier hulp te vragen.

Voor het leggen en onderhouden van contact kan een planmatige aanpak een steun in de rug zijn van de individuele casemanager. Het winnen en continueren van vertrouwen staat daarbij centraal.

Van de Lindt (2000) beschrijft zeven methodische stappen in het maken en onderhouden van contact met cliënten. Het model begint met contact zoeken en eindigt bij met het beëindigen van de werkrelatie. Aan het gericht contact zoeken gaat nog een essentieel

onderdeel van casemanagement vooraf, namelijk de fase van voorbereiding waarin het verzamelen en bestuderen van informatie over de cliënt centraal staat. Er wordt dus één stap toegevoegd. Deze stappen vinden zelden in chronologische volgorde plaats. Het gaat erom naar de behoefte van het moment te kiezen voor een passende activiteit [indicator 10]. Zo kan het bijvoorbeeld nodig zijn om na stap vier weer terug te moeten vallen op stap één. Bovendien lopen de hier als onderscheiden stappen beschreven acties in de praktijk vaak in elkaar over.

Stappenmodel Bemoeizorg (Van de Lindt, 2000)

0. Voorbereiding.

1. Contact zoeken (casefinding).

2. Contact maken (vertrouwen winnen).

3. Incidenteel oplossen van een probleem (vertrouwen uitbouwen).

4. Contacttrouw realiseren (vertrouwen waarmaken, problemen inventariseren).

5. Planmatig werken (plannen uitvoeren, experimenteren).

6. Werkrelatie evalueren (doelen evalueren en bijstellen, opvolger introduceren).

7. Werkrelatie beëindigen (of definiëren voor de toekomst).

Dit hoofdstuk behandelt de stappen nul tot en met vier. In het volgende hoofdstuk komt het planmatig werken aan de orde aan de hand van het zorgplan. Daarbij komen ook de evaluatie en het eventueel beëindigen van de werkrelatie aan de orde.

0. VOORBEREIDING

- Indien de cliënt reeds bekend is bij de instelling dan kan het dossier worden geraadpleegd. Speciale aandacht moet uitgaan naar gegevens die een indruk geven van de mate waarin de cliënt openstaat voor contact.
- Indien er geen dossier in de eigen instelling voorhanden is, is het van belang informatie op te vragen bij andere (zorg)instanties. De gegevens geven mogelijk inzicht in beloop en ernst van de klachten en problemen van een cliënt. Daarnaast geeft het een indruk van de verschillende gepleegde interventies in het verleden, en de eventuele werkzaamheid daarvan. Op deze wijze kan de casemanager de cliënt op papier leren 'kennen' en zich een beeld vormen.

- Mocht de informatie daartoe aanleiding geven dan kunnen veiligheidsmaatregelen getroffen worden. In een aantal instellingen is het bijvoorbeeld de gewoonte om, bij het contact zoeken, met twee casemanagers op stap te gaan.

Uit het dossier van Kees komt het volgende beeld naar voren. Sinds 1982 is Kees bekend bij de instelling voor verslavingszorg. Hij is diverse keren opgenomen, maar heeft telkens voortijdig de behandeling gestaakt. Kees is getrouwd geweest en heeft drie kinderen, waarmee hij geen contact heeft. De laatste tien jaar zwerft Kees. In 1980 heeft Kees onder invloed van alcohol een auto ongeluk gehad, waarbij één van zijn kinderen is overleden. Uit een psychologisch onderzoek komt naar voren dat Kees de oorzaken van zijn problemen buiten zichzelf legt en zich vooral slachtoffer voelt van wat anderen hem aandoen. Kees voelt zich vaak ongelukkig. Daarnaast heeft Kees een matige intelligentie. Zijn inkomen wordt beheerd in verband met een schuld, die hij bij diverse postorderbedrijven heeft opgebouwd. Kees heeft alcoholafhankelijke diabetes en hartklachten. Ondanks zijn grootse verhalen is Kees een gemakkelijk beïnvloedbare man, die zich nauwelijks kan handhaven in het daklozencircuit. Hij maakt frequent gebruik van de diverse opvangvoorzieningen in de stad.

1. CONTACT ZOEKEN

In deze fase worden de cliënten letterlijk gezocht en getraceerd [indicator 6]. Dit is niet altijd even eenvoudig. Voorwaarden zijn een goede kennis van de lokale sociale kaart en van de gebruikersscène. Veel cliënten hebben geen vast adres. Soms is er een postadres bij een andere instelling en/of de uitkeringsinstantie. Vindplaatsen zijn bijvoorbeeld: sociale pensions, slaaphuizen, maaltijdvoorzieningen van het Leger des Heils, de methadonbus, bankjes in parken. Soms is het mogelijk contact te leggen via een (zorg)instantie, een familielid, een wijkagent of een medewerker van een gebruiksruimte.

2. CONTACT MAKEN

Zodra de cliënt is gevonden, volgt de eerste poging tot contact. In het contact leggen is de volgende fasering aan te brengen (Van de Lindt, 2000):

- Kijk van een afstand naar de cliënt (*no contact*).

- Maak oogcontact (*eye contact*).
- Maak zomaar een praatje, als de cliënt herkenning toont (*nonsense contact*).
- Bespreek met cliënt een gericht onderwerp (*focused contact*).
- Snijdt een onderwerp aan, dat met de problemen van de cliënt te maken heeft (*problem-oriented contact*).

Een concreet probleem dat direct om een oplossing vraagt kan soms een goede ingang zijn voor contact. In de Zorgmodule Mentorschap (Jellinek, 2002) staat een aantal praktische tips bij het contact maken:

- Spreidt een rustige, betrouwbare houding ten toon, waaruit geen oordeel over de omstandigheden van cliënt valt af te leiden.
- Probeer een inschatting te maken op welke wijze de cliënt bejegend wil worden (handvatten hiervoor zijn soms al uit de verzamelde informatie te halen).
- Stel uzelf voor. Vertel de cliënt dat u casemanager bent en leg uit wat dit inhoudt.
- Vertel eventueel kort welke informatie u over de cliënt heeft en vraag of dat correct is.
- Informeer of er zich sindsdien nog belangrijke veranderingen hebben voorgedaan of belangrijke gebeurtenissen hebben plaatsgevonden.
- Leg uit wat het doel van het gesprek is, namelijk een idee krijgen van wat cliënt wil en wat u voor de cliënt zou kunnen doen.
- Geef de cliënt de ruimte om zelf het tempo te laten bepalen.
- Vraag telkens een ding tegelijk of werk steeds aan een taak tegelijk.
- Wees duidelijk, gebruik zo weinig mogelijk beeldspraak, praat niet in abstracties.
- Vermijd zoveel mogelijk storende (afleidende) factoren van buiten. Indien nodig kan bekeken worden onder welke omstandigheden het gesprek verbeterd zou kunnen worden.
- Maak gebruik van geheugensteuntjes zoals agenda's, afsprakenkaarten, mobiele telefoons.
- Houd een gesprek kort. Vaak kan een cliënt zich niet langer dan tien minuten concentreren. Een gemiddelde richtlijn is tien minuten per onderwerp, probeer daarna ontspanning te creëren, bijvoorbeeld door een wandeling of door een kopje koffie te drinken.

Samen met de verpleegkundige gaat de casemanager bij Kees op bezoek in de dagopvang. Nadat de casemanager zich heeft voorgesteld legt hij uit dat men zich zorgen maakt over de lichamelijke gezondheid van Kees. De casemanager laat weten dat hij graag samen met Kees wil bekijken hoe dit verbeterd kan worden. Kees begint onmiddellijk een tirade af te steken, dat zijn geld gepikt wordt, dat hij af en toe een biertje pakt, dat hij alleen een eigen huis wil en voor de rest niemand nodig heeft.

Nadat Kees is uitgeraasd, suggereert de casemanager dat het regelen van een opvangplek een eerste prioriteit lijkt. Daar is Kees het mee eens. Probleem is echter dat Kees in de loop der jaren wegens overlast uit alle opvangvoorzieningen is gezet. De casemanager onderhandelt met Kees over de mate waarin hij in staat is zich nu wel aan de regels te houden. De verhalen van Kees, dat er overal flink gezopen wordt, worden gelaten voor wat ze zijn. Met Kees wordt afgesproken, dat er een plek voor hem gezocht wordt, maar dat er wel verwacht wordt dat hij zich aan de regels houdt. Met het maken van een nieuwe afspraak wordt het eerste contact afgesloten.

Bij de afronding van het eerste contact kunnen de volgende zaken de werk- en vertrouwensrelatie met de cliënt bevorderen (Jellinek, 2002):

- Biedt de cliënt direct de eerste basale zorg. Voorbeelden hiervan zijn: een postadres, eten, nachtopvang, een verwijzing naar een arts of polikliniek, een crisisopname, hulp bij het aanvragen van een uitkering en/of daglonerswerk.
- Beëindig het eerste gesprek met een duidelijke afspraak zodat de cliënt weet waar hij aan toe is. Meld welke acties u gaat ondernemen. Wees realistisch: doe geen beloftes die niet waar te maken zijn.
- Bespreek wanneer u weer contact met elkaar zult hebben.
- Bespreek waar het volgende gesprek zal plaatsvinden. Komt de cliënt naar u toe of bezoekt u de cliënt?
- Bespreek hoe het er contact gezocht kan worden wanneer het de cliënt niet lukt zijn afspraken na te komen.

Tips bij cliënten met een niet-Nederlandse culturele achtergrond (Zorgmodule Jellinek, 2002)

- *Houdt rekening met de culturele achtergrond van een cliënt. Andere normen en waarden dan in de Nederlandse cultuur kunnen een rol spelen.*
- *Houdt rekening met privacy en gevoeligheden. In de Marokkaanse en/of Turkse cultuur berust een groot taboe op verslaving. Bij voorkeur spreekt de casemanager de cliënt zonder de aanwezigheid van anderen, en wordt de nadruk gelegd op de praktische ondersteuning die de cliënt gegeven kan worden.*
- *Wanneer er bij een Surinaamse cliënt sprake lijkt te zijn van wintproblematiek, kan het raadzaam zijn een wintgenezer te betrekken bij de hulpverlening. De wintgenezer kan een bemiddelende rol spelen tussen de cliënt en de casemanager.*
- *Zoek een onderwerp om een gesprek te beginnen, passend bij de cliënt. Bij Antilliaanse cliënten spelen bijvoorbeeld het eten en de maaltijd een belangrijke rol. Door hierover te praten met de cliënt kan leiden tot verdere stappen in het contact.*

Informatie over communicatie met cliënten van Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse afkomst is te vinden in het boekje 'Gesprekken zonder grenzen', van het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ), 2001; nigz@nigz.nl.

3. INCIDENTEEL OPLOSSEN VAN EEN PROBLEEM

Het kan voorkomen dat de cliënt aangeeft dat er een acuut probleem is. Deze problemen kunnen variëren van een dreigende uithuiszetting tot het niet betaald hebben van een boete voor zwart rijden.

In deze situatie kan de casemanager als de belangenbehartiger van de cliënt optreden en in die hoedanigheid het probleem oplossen. Dit kan bijdragen aan het verstevigen van het contact met de cliënt. De cliënt merkt dat de casemanager praktische steun kan bieden. Er blijkt wel degelijk beweging te krijgen in de starre houding die dienstverleners van uitvoerende instanties soms ten toon kunnen spreiden. Een open opstelling van de direct betrokkenen kan ook een positief effect hebben op overige partijen en zo bijdragen tot het versterken van de relaties in het sociale netwerk.

Na een paar dagen van intensief bellen en overleggen is het Leger des Heils opnieuw bereid het met Kees te proberen onder de voorwaarde dat Kees niet drinkt. Omdat de casemanager inschat dat Kees hier zich niet volledig aan zal kunnen houden, bespreekt hij met de leiding van de opvang de mogelijkheid om deze voorwaarde niet al te strikt te hanteren en het per situatie te beoordelen. De leiding gaat hiermee akkoord. Samen met Kees worden er afspraken gemaakt over zijn drankgebruik en daarna wordt hij op een tweepersoonskamer geplaatst. De afspraken worden met een ferme handdruk bezegeld.

Het incidenteel oplossen van problemen kan maanden of jaren doorgaan. Er kunnen zich voortdurend kleine of grote noodsituaties voordoen die de cliënt, of anderen, aan de bel doen trekken. Door er samen met de cliënt naar toe te werken om dit soort acute problemen te laten verminderen, kan de rust worden geschapen die nodig is om aan langere termijn doelen te werken.

De casemanager worstelt regelmatig met het dilemma van het oplossen van acute problemen en het bewerkstelligen van doelen op langere termijn. Oplossen van acute problemen draagt het risico met zich mee dat de cliënt zich niet meer laat zien. Negeren van het acute probleem kan echter ook een negatief effect hebben op de 'contacttrouw' van de cliënt.

Na een week krijgt de casemanager een telefoontje van het Leger des Heils. Kees is de avond ervoor dronken de opvang binnengekomen en heeft er voor de nodige commotie gezorgd. Aanleiding hiervoor was het feit dat Kees zich bij de uitvoering van de huishoudelijke taken als voorman ging gedragen. Dat pikten de medebewoners niet, waarop er een conflict ontstond en Kees boos wegliep.

De casemanager gaat direct op bezoek. Kees zit bij de ingang schuld-bewust te wachten. Nadat Kees is uitgeraasd over zijn medebewoners probeert de casemanager het verhaal een andere wending te geven. Hij vertelt dat hij heeft begrepen dat Kees de hele week zijn huishoudelijke taken uitstekend heeft verricht en dat men daar tevreden over is. Als de casemanager vraagt waarom het zo uit de hand is gelopen, vertelt Kees een omstandig verhaal over zich somber voelen en dat er nooit iemand tijd voor hem heeft. De casemanager maakt nieuwe afspraken met de leiding en Kees. Kees belooft opnieuw niet te zullen drinken, zal zich beter laten aanspreken en de leiding opzoeken indien hij zich

somber voelt. Ook wordt afgesproken dat Kees in dit soort situaties de casemanager kan bellen. De casemanager spreekt af dat hij voortaan wekelijks op een vaste tijd Kees zal bezoeken.

4. HET REALISEREN VAN CONTACTTROUW

Nu er contact is en de cliënt gezien heeft dat de casemanager een rol van betekenis kan spelen is het zaak om de contacttrouw te bevorderen. De casemanager probeert nu toevallige en eenmalige contacten om te zetten in regelmatige en frequente bezoeken door:

- Regelmatige afspraken te maken met cliënt. Deze contacten kunnen variëren van een kopje koffie drinken tot het stimuleren van een cliënt om zich in te laten schrijven bij één van de gebruiksruidtes.
- Tijd te besteden aan de relatie met de cliënt. Het contact wordt intensiever, er is de gelegenheid elkaar te leren kennen en een meer persoonlijke werkrelatie te ontwikkelen.
- De cliënt uit te nodigen om eens bij de casemanager op kantoor te komen.
- Een begin te maken met het inventariseren van alle problemen van cliënt
- Samen met de cliënt doelen voor de langere termijn te formuleren en bespreken welke stappen de cliënt daarvoor dient te zetten en wat de verantwoordelijkheden van de casemanager zijn [indicator 10].

Na een paar dagen belt Kees de casemanager met het verzoek of deze wil meegaan naar de stad om kleding te kopen. Kees is namelijk bang dat hij in de stad zijn oude maten tegenkomt en dan zijn kledinggeld zal 'verdrinken'. De casemanager benadrukt dat hij het een goed initiatief van Kees vindt, en besluit met hem mee te gaan naar de stad. Samen hebben zij een genoeglijke middag, waarbij Kees zijn hele levensverhaal vertelt en er gezamenlijk een kopje koffie wordt gedronken.

Het niet nakomen van afspraken betekent niet automatisch dat een cliënt niet gemotiveerd is. De casemanager kan verschillende strategieën toepassen die de contacttrouw kunnen bevorderen. Praktische tips bij het bevorderen van contacttrouw (Jellinek, 2002):

MAAK HELDERE AFSPRAKEN OVER HET VOLGENDE CONTACT

- Kom met de cliënt tot overeenstemming over dag, tijdstip en plaats van

het volgende contact en leg dit schriftelijk vast op een afsprakenkaart.

- Houd daarbij rekening met de wensen en de mogelijkheden van de cliënt (zoals bijvoorbeeld het beperkte referentiekader van de cliënt).
- Vraag expliciete bereidheid van de cliënt voor de volgende afspraak.
- Herhaal welke zaken u voor de cliënt geregeld heeft op het moment van de volgende afspraak. Dit maakt het voor cliënt aantrekkelijker om terug te komen.
- Indien cliënt per mobiele telefoon bereikbaar is, kunt u hem een paar uur voor de afspraak berichten.
- Vraag telefonisch contact op te nemen bij verhindering. Laat hem weten dat dit belangrijk is voor u zodat u zich geen zorgen hoeft te maken over de cliënt.
- Spreek met de cliënt af, wat te doen in het geval dat de cliënt tijdens een afspraak (teveel) onder invloed is.
- Soms is het beter zonder vaste afspraak te werken. De cliënt kan dan langs komen wanneer het hem het beste uitkomt. Leg uit dat hij dan wel met een lange wachttijd geconfronteerd kan worden. Risico is dat u de cliënt te lang uit het oog verliest. Spreek daarom af na welke termijn u zelf contact opneemt wanneer u niets hoort.

MAAK AFSPRAKEN OVER WAT TE DOEN ALS CLIËNT NIET KOMT OPDAGEN

- Meldt de cliënt dat u zal trachten hem op te zoeken wanneer hij geen contact meer opneemt. Vraag of cliënt hier bezwaren tegen heeft.
- Vraag de cliënt om toestemming contact op te nemen met familie of kennissen wanneer u de cliënt niet kunt vinden of andere instanties waar de cliënt contact mee heeft.
Om rekening te houden met privacy is het raadzaam de cliënt vooraf een schriftelijke verklaring van toestemming te laten tekenen.

MAAK CONTACTTROUW TOT ONDERWERP VAN GESPREK

- Bespreek welke redenen hem verhinderen om contact te onderhouden en achterhaal belemmeringen. Probeer samen oplossingen te bedenken (bijvoorbeeld een ander tijdstip in verband met een ander dag/nachtritme).
- Bekrachtig de cliënt voor het verschijnen op de afspraak. Bijvoorbeeld door op te merken dat u het waardeert dat de cliënt de tijd en moeite heeft genomen om de afspraak na te komen.

Met Kees wordt contacttrouw gerealiseerd, doordat de casemanager tweemaal een praktisch probleem voor hem kon oplossen namelijk: het regelen van een langdurige opvangplek en de afspraak met die voorziening dat Kees niet bij de eerste terugval direct de straat weer opgestuurd wordt. Hierdoor krijgt Kees het vertrouwen, dat er werkelijke zorg om hem is. Het gegeven, dat de casemanager voortaan een vaste wekelijkse afspraak met Kees heeft, draagt hier natuurlijk aan bij. Opgebouwde contacttrouw kan echter door incidenten ineens weer onderbroken worden:

Twee dagen voor de wekelijkse afspraak belt de opvangvoorziening dat Kees na een bezoek aan de sociale dienst niet is teruggekeerd. De casemanager probeert te achterhalen waar Kees is gebleven. Hij informeert bij de vaste adressen waar hij regelmatig komt en bij de wijk-agent. Niemand heeft Kees echter gezien. Twee dagen later ontvangt de casemanager een telefoontje vanuit een ziekenhuis in een andere gemeente. Kees is daar opgenomen nadat hij verward en uitgeput op straat is aangetroffen. In zijn broekzak was een kaartje van de casemanager aangetroffen.

Het werken met langdurig verslaafden met complexe problemen vraagt om andere strategieën, vaardigheden en inzichten. Met verschillende benaderingen is in de praktijk ervaring opgedaan. Voorbeelden hiervan zijn het veranderingsmodel van Prochaska en DiClemente (1984) en de motiverende gesprekstechniek, zoals die door Miller en Rollnick (1991) is ontwikkeld. Het veranderingsmodel heeft het voordeel dat het goed aan cliënten is uit te leggen en houvast biedt bij het inzetten van een gedragsverandering en een eventuele terugval hierbij. Prochaska en DiClemente hebben het proces van verandering in vijf stadia beschreven (zie bijlage 5). Ook hier geldt weer dat die stadia doorgaans niet door de cliënt in chronologische volgorde worden doorlopen. Wel is het belangrijk steeds weer te bepalen in welk stadium de cliënt zich bevindt.

Het eerste stadium: de cliënt is zich nog niet bewust van het feit dat er mogelijk een probleem zou kunnen zijn. In deze fase is het vaak de omgeving van cliënt, die van mening is dat er sprake is van een probleem.

Het tweede stadium: de cliënt begint zich bewust te worden dat er een probleem is en gaat hij overwegen om tot verandering te

komen, maar er leven ook nog sterke twijfels.

Het derde stadium: de cliënt neemt een beslissing om te veranderen of niet te veranderen.

Het vierde stadium: de cliënt zet zich actief in om de gewenste verandering te bewerkstelligen.

Het vijfde stadium: het gaat erom dat de cliënt de ingezette verandering handhaaft en bestendigt. Terugval moet worden voorkomen.

Het kan voorkomen dat de cliënt er niet in slaagt om de beoogde verandering vast te houden en terugvalt in het oude probleemgedrag. Het kost de nodige tijd en moeite om te veranderen. Tijdens iedere fase kan de motivatie om door te gaan, wegvallen. Het kan dan lijken alsof een cliënt ongemotiveerd is, maar het tegendeel kan het geval zijn. Het lijkt dan meer op een proces van drie stappen vooruit en twee stappen achteruit (Lohuis e.a., 2000).

Met de casus van Kees kunnen we de verschillende stadia van verandering illustreren. In eerste instantie lijkt Kees zich er niet bewust van te zijn, dat het ernstig met hem gesteld is. De verpleegkundige schakelt de casemanager in, weliswaar met toestemming van Kees. In het eerste contact met de casemanager is Kees vooral aan het klagen over al het onrecht dat hem is aangedaan en over zijn lichamelijke ongemakken. Pas op het moment dat de casemanager een opvangplek voor hem heeft geregeld, is Kees in staat een beslissing te nemen om te stoppen met zwerven en drinken. Hij gaat zich ook vrijwillig actief inzetten in de huishoudelijke dienst van de voorziening, hierdoor lukt het hem niet te drinken. Door een conflict valt hij terug in zijn oude patroon van drinken en onhandelbaar gedrag. Omdat Kees niet onmiddellijk de opvang hoeft te verlaten, kan hij opnieuw een beslissing nemen niet te drinken en opnieuw proberen ander gedrag te tonen.

De motiverende gesprekstechniek sluit goed aan bij de verschillende stadia van het geschetste veranderingsmodel. Basaal uitgangspunt ervan is dat de individuele keus van de cliënt wordt gerespecteerd. Benadrukt wordt dat de cliënt zelf verantwoordelijk is voor de gewenste veranderingen. Miller en Rollnick hebben een aantal basisprincipes ontwikkeld die van steun zijn bij het motiveren van cliënten tot gedragsverandering (zie Lohuis e.a., 2000). Hier volgt een zeer summiere toelichting:

TOON EMPATHIE

Accepteer de cliënt zoals hij is, hierdoor voelt hij zich serieus genomen en er wordt mogelijk een opening gecreëerd om het verhaal van de cliënt te horen.

Met Kees wordt niet direct gerept over zijn buitensporige alcoholgebruik, maar eerst wordt begrip getoond voor zijn belabberde situatie op straat. Duidelijk is dat daar eerst een oplossing voor moet komen. Pas in tweede instantie wordt het alcoholmisbruik benoemd als zijnde een belemmering voor een eventuele opvangmogelijkheid.

VERMIJD DISCUSSIE

Discussie met de cliënt over zijn problemen en/of de oorzaken van zijn gedrag werkt vaak contraproductief. De cliënt zal zich in het algemeen aangevallen voelen en defensief reageren.

Met Kees wordt bewust niet in discussie gegaan over alle minpunten van een eventuele opvangplek en zeker niet over zijn alcoholmisbruik.

GA MEE MET DE WEERSTAND

Zodra een cliënt weerstand vertoont, werd dit in het verleden vaak geduid als een gebrek aan motivatie. In de motiverende benaderingswijze wordt de belevingswijze van de cliënt als juist geduid. Hierdoor wordt de nadruk gelegd op het feitelijke gedrag en de mogelijke gevolgen van de beleving van de cliënt, die overigens wel gespreksonderwerp zijn. Heeft een cliënt duidelijke tegenwerpingen, dan kan men deze in een andere (c.q. positieve) context plaatsen en cliënt uitnodigen op andere manier naar zijn problematiek te kijken, waarmee hij zijn veranderingsmogelijkheden vergroot.

In eerste instantie heeft de casemanager het idee om Kees te plaatsen in een pension, waar hij mag blijven drinken. Op het moment dat deze mogelijkheid wordt geopperd, reageert Kees zeer verbolgen en boos. Het idee wordt dan ook snel verlaten, ondanks het feit dat de casemanager inschat, dat dit gezien zijn toestand en geschiedenis toch het meest haalbare lijkt. Kees blijkt wel degelijk bereid om afspraken over zijn alcoholgebruik te maken.

STEUN HET GELOOF IN EIGEN SUCCES

Dit principe verwijst naar de zelfeffectiviteit en behelst het geloof in eigen kunnen. Door dit te benadrukken, zowel in het heden als in het verleden, kan dit een belangrijke motivationele factor worden om te veranderen.

Dit principe wordt gehanteerd op het moment dat Kees een conflict heeft. Door uitdrukkelijk te benoemen, dat Kees goed kan werken en een week niet gedronken heeft, krijgt het gesprek een andere wending. Dan ontstaat de mogelijkheid een gesprek te voeren over wat er nu werkelijk aan de hand is.

ONTWIKKEL DISCREPANTIE

Dit ontwikkelt de casemanager door bijvoorbeeld de lasten van de huidige leefstijl af te zetten tegen de gewenste verandering. De cliënt moet er beter van worden, anders is het lastig om te veranderen.

Met Kees wordt steeds doorgenomen, dat het verblijven in een opvanghuis altijd beter is dan de straat. Daar komt als motiverende factor bij, dat hij lichamelijk herstelt en zich steeds beter gaat voelen. Kees had namelijk voorheen de neiging voortdurend met weglopen te dreigen, zodra hem iets niet beviel.

4 Het zorgplan

Bij het werken met verslaafden met meervoudige, complexe problemen is het zorgplan een belangrijk instrument. Het zorgplan omvat idealiter alle geïnventariseerde problemen van de cliënt en alle hulpverleningsdoelen waaraan gewerkt wordt [**indicator 15**].

Over het opstellen van zorgplannen is al veel literatuur beschikbaar. In deze handreiking wordt een voorbeeld van een zorgplan beschreven aan de hand van de casus Kees. Daarbij wordt uitgegaan van de volgende leefgebieden, die zijn afgeleid van de ASI:

- Middelengebruik en gokken.
- Wonen en opvang.
- Lichamelijke en psychische gezondheid.
- Identiteit, inkomen en schulden.
- Opleiding, arbeid en dagbesteding.
- Justitie/politie.
- Familie en sociaal netwerk.

Op elk leefgebied wordt samen met de cliënt bepaald op welk niveau de cliënt functioneert en op welke onderdelen de cliënt het eerst verandering wil bewerkstelligen. Per leefgebied worden vijf niveau's onderscheiden. We illustreren dit aan de hand van het leefgebied Wonen en opvang (Jellinek, 2002):

Niveau woonsituatie	Indicaties voor screening
1. zelfstandig wonend	Eigen woning
2. (in)wonend met veel zelfstandigheid	<ul style="list-style-type: none">• commercieel pension• passantenwoning• groepswoning/ kamers bij medecliënten• begeleid wonen
3. (in)wonend met weinig zelfstandigheid	<ul style="list-style-type: none">• sociale pensions• tussenvoorziening• beschermd wonen
4. zwerfend van onderdak naar onderdak	<ul style="list-style-type: none">• nachtopvang• passantenverblijf• gastverblijf
5. zwerfend zonder geregeld onderdak	<ul style="list-style-type: none">• buiten slapend• soepbus Leger des Heils

Nadat in samenspraak met de cliënt bepaald is naar welk niveau van functioneren men toe wil werken is het belangrijk de verschillende acties, die hiervoor nodig zijn, om te zetten in haalbare en werkbare doelen.

- Bepaal bij elk leefgebied de actuele stand van zaken.
- Bepaal welke leefgebieden prioriteit hebben en doe dit op grond van de zorgbehoeften van de cliënt.
- Formuleer voorlopige doelen voor de komende drie maanden.
- Beschrijf hierna wie wat doet in een concept zorgplan.

Gezien de complexe problematiek van de langdurig verslaafden is het niet altijd eenvoudig een volledig beeld te krijgen van de problemen op alle leefgebieden. Bij veel cliënten zal de informatie in de loop der tijd langzaam bijeen gesprokkeld worden. De leefgebieden waarop de problemen het meest urgent zijn, zullen als eerste in kaart gebracht moeten worden. Een belangrijk onderdeel van de zorgplansystematiek is dat de gestelde doelen voortdurend in samenspraak met de cliënt worden geëvalueerd en, zonodig, worden bijgesteld [indicator 16].

ZORGPLAN KEES

AANMELDING

Kees is aangemeld door een verpleegkundige van de dagopvang. Hij leidt een zwervend bestaan en drinkt overmatig alcohol. Hij heeft een WAO-uitkering, er is een schuldsanering en Kees kan twee keer per week geld pinnen. Hij heeft een beperkt IQ, maar vanwege zijn overmatig alcoholgebruik heeft de Sociaal Pedagogische Dienst (SPD) geen bemoeienis met hem. Kees heeft een alcoholafhankelijke diabetes en forse hartklachten. Zelf geeft hij aan het zat te zijn om op straat te leven. Hij is in het verleden diverse keren opgenomen in een verslavingskliniek. De opnames werden door hem steeds voortijdig afgebroken. Kees is eigenlijk niet bestand tegen het straatleven. De verpleegkundige schat in dat hij binnen afzienbare termijn zal overlijden indien er niets gebeurt.

INDICATIESTELLING

De aanmelding van Kees wordt besproken in de indicatiecommissie. Op grond van de zorgwekkende situatie en de complexe problematiek op meerdere leefgebieden wordt Kees geïndiceerd voor het

casemanagementprogramma. Er dient contact opgenomen te worden met de SPD om hen medeverantwoordelijk te maken voor de eventuele vervolghuisvesting en hulpverlening. De casemanager draagt er zorg voor, dat Kees bij de arts een afspraak krijgt en verschijnt. Nadat de verschillende leefgebieden door de casemanager nader in kaart zijn gebracht, wordt Kees besproken in het werkoverleg van het casemanagementteam. Op verschillende onderdelen van de problematiek wordt vanuit dit werkoverleg een advies gegeven aan de casemanager.

INVENTARISATIE PER LEEFGEBIED

1. *Middelengebruik en gokken*

Huidig niveau:

- ongecontroleerd alcoholgebruik buitenshuis.

Doel:

- gecontroleerd gebruik in eigen/ beschermde omgeving.

BESCHRIJVING VAN DE SITUATIE

Kees leeft op straat en drinkt gedurende de hele dag alcohol. Hij verblijft op een paar vaste plekken in de binnenstad tezamen met andere drinkers. Hij veroorzaakt hier de nodige overlast in de vorm van schreeuwen naar voorbijgangers, zijn roes op straat uitslapen, en openbaar alcoholgebruik. Daarvoor heeft hij inmiddels verschillende boetes gekregen. Hij wordt regelmatig onder invloed van alcohol op straat gevonden en dan per ambulance naar het ziekenhuis vervoerd. Na lichamelijk onderzoek wordt hij in de regel weer de straat op gestuurd. Ook verblijft hij regelmatig ter ontzuivering een nacht op het politiebureau. Kees geeft aan dat hij wil stoppen met drinken mits hij ergens onderdak kan krijgen. Van druggebruik is geen sprake en van gokken evenmin.

ACTIES & STAPPENPLAN

Cliënt is bereid te stoppen met drinken als hij onderdak kan krijgen.

- Contact opnemen met het Centrum Maatschappelijke Opvang van het Leger des Heils en bespreken of daar op korte termijn een plek is.
- Met de voorziening en cliënt afspraken maken over zijn drankgebruik en eventuele terugval in excessief drinken.

ADVIES VANUIT HET WERKOVERLEG

Bij Centrum Maatschappelijke Opvang (CMO) van het Leger des Heils informeren of er de mogelijkheid bestaat om cliënt onder toezicht medicijnen in te laten nemen.

2. *Wonen en opvang*

Huidig niveau:

- zwerfend zonder geregeld onderdak.

Doel:

- (in)wonend met veel zelfstandigheid.

BESCHRIJVING VAN DE SITUATIE

Kees zwerft al een jaar of tien op straat. Hij maakt regelmatig gebruik van de diverse opvangvoorzieningen in de stad, maar slaapt gemiddeld de helft van de maand buiten. Kees kan dit psychisch en lichamelijk niet meer aan. Een eerste inschatting is dat het gezien zijn klachten niet verantwoord is deze situatie te laten voortduren. Kees wil het liefst zelfstandig wonen. Daarvoor staat hij ingeschreven bij Bureau Huisvesting. Daarnaast heeft hij zich op eigen initiatief ingeschreven bij een makelaar voor de particuliere woningmarkt. Gezien zijn inkomen is dit echter geen realistische optie.

ACTIES & STAPPENPLAN

- De casemanager zal contact opnemen met het Leger des Heils om cliënt op de wachtlijst te plaatsen bij hun opvang. Cliënt is echter in het verleden een aantal keren wegens overlast uit de opvang gezet. Met de opvang en met de cliënt zal dit worden besproken.
- Met de SPD zal een overleg worden gepland. Tevens wordt hen gevraagd een intake met de cliënt te verzorgen. Zo wordt beoogd hen medeverantwoordelijk te maken voor de vervolghuisvesting.

ADVIES VANUIT HET WERKOVERLEG

Met cliënt bespreken of hij wel zelfstandig moet gaan wonen in verband met de kans op vereenzaming.

3. *Lichamelijke en psychische gezondheid*

Huidig niveau:

- slechte medische en psychische zorg.

Doel:

- reguliere- én specialistische medische zorg.

BESCHRIJVING VAN DE HUIDIGE SITUATIE

Bij Kees is geen sprake van enig psychiatrisch symptoom. In het verleden heeft Kees last gehad van akoestische hallucinaties. Dit kan het gevolg zijn van overmatig alcoholgebruik. Mogelijk heeft Kees deze klachten slechts voorgewend om ergens opgenomen te worden. Zo nu en dan gebruikt hij deze klacht om aandacht voor zijn problemen te krijgen.

Kees heeft alcoholafhankelijke diabetes, maar slikt zijn medicijnen onregelmatig. Kees heeft overgewicht, mogelijk door zijn slechte eetgewoontes. Kees heeft een polikliniek bezocht wegens hartklachten. Wat de aard van die klachten precies is, weet hij niet. Hij klaagt veel over pijn op de borst en heeft het regelmatig zeer benauwd. Kees heeft ook nog enkele wonden op beide benen, die slecht genezen. Deze laat hij echter wel regelmatig verzorgen op het open spreekuur van de dagopvang.

ACTIES & STAPPENPLAN

- Samen met cliënt naar de arts gaan voor een medisch onderzoek; mogelijk is een opname geïndiceerd.
- Cliënt laten tekenen om informatie op te vragen in het ziekenhuis, waar hij onlangs is behandeld.

ADVIES VANUIT HET WERKOVERLEG:

Met cliënt bespreken om op een adequate manier aandacht te vragen voor zijn problemen en hem daarvoor ook handvatten aanreiken.

Contact opnemen met het CMO en bespreken of daar op korte termijn een plek is.

Dan tevens met de voorziening en cliënt afspraken maken over zijn drankgebruik en eventuele terugval in excessief drankgebruik.

4. *Identiteit, inkomen en schulden*

Huidig niveau:

- financieel niet zelfredzaam.

Doel:

- financiële zelfredzaamheid.

BESCHRIJVING VAN DE SITUATIE

Kees heeft een WAO-uitkering en een schuld van ongeveer €10.000,-. Deze schuld is het gevolg van overmatig bestellen bij

verschillende postorderbedrijven en van katvangen (kentekenbewijzen van auto's op naam zetten tegen betaling). De uitkering en de schulden zijn ondergebracht bij een bewindvoerder. Kees kan €20,- per week opnemen. Als extra uitgaven noodzakelijk zijn, dan kan dit met de bewindvoerder overlegd worden. Kees is erg ontevreden over de bewindvoering. Zijn klachten betreffen voornamelijk het niet ontvangen van overzichten. Hierdoor wordt hij wantrouwig en hij verdenkt de bewindvoerder ervan zijn geld te verduisteren.

ACTIES & STAPPENPLAN

- Contact opnemen met de bewindvoerder en overleggen of er overzichten te leveren zijn.

ADVIES VANUIT HET WERKOVERLEG

Mogelijk zijn bewindvoerders niet wettelijk verplicht om overzichten te leveren. Dit dient eerst te worden uitgezocht. Sommige bewindvoerders doen het echter wel, dus eventueel een ander bewindvoerder zoeken.

5. *Opleiding, arbeid en dagbesteding*

Huidig niveau:

- geen zinvolle dagbesteding.

Doel:

- zinvolle dagbesteding.

BESCHRIJVING VAN DE SITUATIE

Op dit moment doet Kees niets anders dan overleven op straat. Kees heeft weer een geldig rijbewijs en denkt na enige tijd weer aan de slag te kunnen, bijvoorbeeld als taxichauffeur. Daarnaast heeft hij in het verleden een eigen groentezaak en patatkraam gehad.

ACTIES & STAPPENPLAN

- Zodra cliënt in de opvang geplaatst is, kan hij een aantal uren per dag aan de slag in de huishoudelijke dienst en krijgt daarvoor een kleine vergoeding. Met cliënt bespreken of hij dit wil doen.
- Met cliënt naar de afdeling Maatschappelijk Herstel om te inventariseren welke vormen van dagbesteding hijzelf voor ogen heeft en te bezien welke geschikt en haalbaar voor hem zijn.

ADVIES VANUIT HET WERKOVERLEG

Bespreek dit ook met de SPD, die mogelijk meer op zijn niveau afgestemde mogelijkheden heeft en hou rekening met zijn lichamelijke gesteldheid.

6. *Justitie/politie*

Huidig niveau:

- incidentele contacten met justitie.

Doel:

- geen contacten met justitie.

BESCHRIJVING VAN DE SITUATIE

Er is geen actueel contact met Justitie. Kees heeft in het verleden heel veel auto's op zijn naam laten registreren. Hier is inmiddels een regeling voor getroffen. Kees heeft alleen nog enkele boetes openstaan voor het drinken van alcohol op straat.

ACTIES & STAPPENPLAN

Met cliënt overleggen om deze boetes via de bewindvoerder te laten betalen.

ADVIES VANUIT HET WERKOVERLEG

Geen

7. *Familie en sociaal netwerk*

Huidig niveau:

- instrumentele relaties.

Doel:

- zelfstandig functioneren met sociaal netwerk.

BESCHRIJVING VAN DE SITUATIE

Kees heeft een laag IQ. Hij ziet zichzelf vooral als slachtoffer van de omstandigheden en het omgaan met de verkeerde mensen. Kees is tweemaal getrouwd geweest. Hij heeft uit zijn eerste huwelijk vier kinderen, waarvan er één is overleden tijdens een auto ongeluk. Dat ongeluk is door Kees veroorzaakt bij het rijden onder invloed. Hierna is zijn eerste huwelijk gestrand. Enkele jaren later is Kees getrouwd met een Joegoslavische vrouw. Zij heeft een zoon van 21

jaar. Na een jaar is Kees door hen het huis uitgezet en is hij op straat terechtgekomen. Kees is goed van vertrouwen, waardoor er op straat vaak misbruik van hem gemaakt wordt. Wel heeft hij sinds kort aansluiting bij een kerkgenootschap. Hij bezoekt incidenteel de diensten en zegt steun te hebben aan het geloof. Cliënt heeft de wens geuit om op termijn het contact met zijn kinderen te willen herstellen. Hij wil dit doen zodra hij eigen huisvesting heeft. Daarnaast heeft hij de wens geuit om weer een relatie met een vrouw te krijgen.

ACTIES & STAPPENPLAN

- Cliënt stimuleren contact met het kerkgenootschap te houden en op termijn zijn contacten daar bij zijn plannen te betrekken.
- Met cliënt bespreken hoe hij het zich voorstelt om na zoveel jaren contact met zijn kinderen te zoeken en hem voorbereiden op het feit dat ze mogelijk niets met hem te maken willen hebben.

ADVIES VANUIT HET WERKOVERLEG

Contact opnemen met één van de vrijwilligers van het kerkgenootschap om te bespreken wat zij voor cliënt kunnen betekenen.

Na een eerste inventarisatie op de verschillende leefgebieden is het goed om een keuze te maken welke onderdelen de meeste prioriteit hebben. In het geval van Kees worden de prioriteiten van hoog naar laag als volgt aangemerkt:

1. Huisvesting.
2. Lichamelijke gezondheid.
3. Middelengebruik.
4. Opleiding, arbeid en dagbesteding.
5. Identiteit, inkomen en schulden .
6. Familie en sociaal netwerk.
7. Justitie/ politie.

5 Praktische aanwijzingen per leefgebied

Casemanagement biedt praktische hulp op de verschillende leefgebieden **[indicator 11]**. In dit hoofdstuk worden voor casemanagers per leefgebied een aantal praktische tips gegeven bij de uitvoering van hun werkzaamheden.² Voor een deel zal de praktische uitwerking verfijnd moeten worden naar de lokale situatie. De volgende leefgebieden worden nader uitgewerkt:

- Middelengebruik en gokken.
- Wonen en opvang.
- Lichamelijke en psychische gezondheid.
- Identiteitsdocumenten, inkomen en schulden.
- Opleiding, arbeid en dagbesteding.
- Justitie/politie.
- Familie en sociaal netwerk.

1. MIDDELENGEBRUIK EN GOKKEN

De doelgroep kenmerkt zich bij uitstek door een langdurige verslaving. Abstinentie is dan ook niet het primaire doel. De zorg richt zich in eerste instantie op het beheersbaar maken van de verslavingsproblematiek. Het gebruik van methadon kan bij langdurig opiaatverslaafden een belangrijk hulpmiddel zijn om dat te bewerkstelligen. De meeste instellingen voor verslavingszorg beschikken over methadonverstrekkingprogramma's. In sommige steden kunnen langdurig verslaafden ook in aanmerking komen voor medische verstrekking van heroïne, mits zij aan de daarvoor geldende criteria voldoen. In een later stadium kan eventueel bezien worden of afbouw van middelengebruik of abstinentie haalbaar en gewenst is.

De verschillende instellingen voor verslavingszorg bieden een veelheid aan programma's en voorzieningen voor langdurig verslaafden. In het OSVI-project is een beschrijving gemaakt van het zorgaanbod van de sociale verslavingszorg (Resultaten Scoren, 2002). Het gaat om:

- Outreachend werk.
- Inloop.
- Gebruiksruimte.

² Dit hoofdstuk is een bewerking van het Handboek voor trajectbegeleiding justitiële verslavingszorg (Centrum Maliebaan, 2001).

- Methadonverstrekking.
- Intramuraal Motivatie Centrum.
- Woonvoorzieningen.
- Scholing en arbeid.
- Maatschappelijke dienstverlening.

Het ligt buiten het bereik van deze handreiking om het gehele scala aan voorzieningen te beschrijven. Het zorgaanbod verschilt per regio. Goede kennis van de sociale kaart is voor een casemanager essentieel.³

Ook wanneer de acute verslavingsspiraal door de inzet van methadon en begeleiding doorbroken kan worden, is een belangrijke rol voor de casemanager weggelegd. De casemanager zelf is een belangrijk instrument om alert te zijn op risico's van terugval in het vervolgtraject. Zeker wanneer er zich tegenslagen voordoen op andere leefgebieden ligt het risico van terugval in het oude verslavingspatroon op de loer. Het is de taak van de casemanager om een vinger aan de pols te houden. Hij moet dan ook in de contacten met de cliënt permanent specifieke aandacht hebben voor deze risico's en die met regelmaat bespreken met de cliënt. Het doen van urinecontroles kan voor zowel de cliënt zelf als voor de casemanager een middel zijn om problemen vroegtijdig te signaleren. Voor het doen van (vrijwillige) urinecontroles kunnen cliënten bij de meeste instellingen voor verslavingszorg worden aangemeld, doorgaans bij het methadonprogramma. Vaak is er een beperkt aantal plaatsen. De meeste klinische voorzieningen schenken aandacht aan terugvalpreventie in de vorm van nazorggroepen waarin ex-verslaafden hun ervaringen delen. Eventueel kan een beroep worden gedaan op individuele nazorg.

Justitiële verslaafden

Voor cliënten die veelvuldig in aanraking komen met justitie bestaan verschillende drang -en dwangmogelijkheden:

1. In het kader van dwangopname: de Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV).
2. In het kader van (justitiële) drang:
 - a) Opname in een verslavingskliniek in het kader van schorsing van de voorlopige hechtenis.
 - b) Opname in een verslavingskliniek in het kader van toepassing van artikel 43 Penitentiaire Beginselen Wet (PBW).
 - c) Opname in een verslavingskliniek als uitvoering van een bijzondere voorwaarde bij een voorwaardelijk vonnis.

2. WONEN EN OPVANG

In samenspraak met de cliënt en in overleg met andere hulpverleners moet worden vastgesteld wat een gewenste en haalbare woonsituatie is voor hem of haar.

Grofweg kan met betrekking tot wonen een volgende indeling worden gemaakt:

- De cliënt heeft behoefte aan beschermd wonen.
- De cliënt is meer gebaat bij een vorm van begeleid wonen.
- De cliënt is in staat zelfstandig te wonen (al dan niet met ambulante woonbegeleiding).

Maatschappelijke Opvang

In de praktijk zal door casemanagers regelmatig een beroep moeten worden gedaan op instellingen van de Maatschappelijke Opvang. Het gaat daarbij om dag- en nachtopvang, 24-uurs (crisis)opvangvoorzieningen, 24 uren meerzorg, en 24-uurs woonvoorzieningen.

Een goed overzicht van de verschillende opvangvoorzieningen biedt het Vademecum Opvang dat jaarlijks wordt uitgegeven door het NIZW.

Beschermd wonen

Vormen van beschermd wonen zijn vooral binnen de psychiatrie ontwikkeld. Beschermende woonvormen worden veelal beheerd door Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW's). Een aantal RIBW's maken onderdeel grote multifunctionele GGZ-instellingen die meerdere regio's bestrijken. Er zijn echter ook nog veel zelfstandige RIBW's. Aanmelding gaat via Regionale Indicatie

³ Voor een actueel landelijk overzicht van instellingen voor verslavingszorg verwijzen we naar de Gids Geestelijke Gezondheidszorg 2002 (verschijnt elke twee jaar). In verschillende regio's is een overzicht van aanwezige voorzieningen te vinden in het 'Straatkompas'.

Commissies. Indien de casemanager samen met de cliënt en overige hulpverleners vaststelt dat Beschermd Wonen geïndiceerd is zal in eerste instantie aansluiting moeten worden gezocht bij deze voorzieningen. Mensen met een verslavingsprobleem worden vaak alleen geïndiceerd als de problematiek onderdeel is van hun psychiatrische handicap (Vademecum Opvang, 2003: p.18). Het verslavingsprobleem expliciet als psychiatrische stoornis benoemen kan hierbij soms uitkomst bieden. Als de casemanager beschikbaar blijft voor begeleiding en advies kan dat de drempel tot samenwerking verlagen.

Begeleid Wonen / Ambulante Woonbegeleiding

Veel cliënten zullen bij het zelfstandig wonen ondersteuning nodig hebben. Vaak is het begeleid wonen onderdeel van een breder regulier hulpaanbod waarbij meerdere instellingen uit verschillende sectoren aanwezig zijn. Zij hebben elk hun eigen specialisatie. Wanneer criminaliteit en eventuele terugval daarin bijvoorbeeld sterk op de voorgrond staan zijn woon-, en werkprojecten voor (ex-) gedetineerden van de reclasseringinstellingen (in samenwerking met kerken) geschikt. De casemanager bekijkt samen met de cliënt welk project het meest geschikt is.

Casemanagers kunnen ondersteunend zijn bij het leren van zelfstandig wonen. Door regelmatig de cliënt in de woning te bezoeken en de problemen die zich voordoen bij het leren zelfstandig wonen met de cliënt te bespreken - uiteraard in afstemming met de instelling voor ambulante woonbegeleiding - kan de casemanager een steun in de rug zijn.

Zelfstandige huisvesting

Wanneer de cliënt in staat lijkt te zijn zelfstandig te wonen, kan hij gezien worden als een reguliere woningzoekende. Om in aanmerking te komen voor een woning in de sociale huursector, wordt in veel regio's gewerkt met de Woningkrant. Daar bieden verschillende woningcorporaties hun woningen aan. Woonservice is het centrale loket hiervan.

Een landelijk overzicht van de verschillende woningcorporaties is op internet te vinden: www.woningcorporatie.nl

Aangezien het jaren kan duren voordat een woning wordt aangeboden, kan geprobeerd worden om in aanmerking te komen voor een urgentieverklaring.

Ook casemanagers kunnen voor hun cliënt gebruik maken van deze urgentieregeling. Er bestaan geen landelijk uniforme procedures voor de aanvraag van een urgentieverklaring.

3. LICHAAMELIJKE EN PSYCHISCHE GEZONDHEID

Somatische zorg

Langdurig verslaafden kampen vaak met veel lichamelijke klachten. Vanaf het begin van het traject is aandacht voor lichamelijke gezondheid dan ook noodzakelijk. Belangrijk is na te gaan of een cliënt verzekerd is tegen ziektekosten. Niet zelden is iemand uitgeschreven wegens achterstallige premiebetaling. In overleg met het ziekenfonds dient dit zo snel mogelijk te worden hersteld. Maak samen met de cliënt een keuze uit het aanbod van zorgverzekeraars. Stuur het aanmeldingsformulier met eventueel een kopie van een verblijfsvergunning. Een kopie van een Nederlands identiteitsbewijs is niet nodig.

Wanneer iemand niet verzekerd is kan door de cliënt zelf of door de casemanager een beroep worden gedaan op de volgende voorzieningen:

Instelling voor verslavingszorg

De artsen van instellingen voor verslavingszorg zijn gespecialiseerd in aan verslaving gerelateerde aandoeningen. Vaak kan gebruikt worden gemaakt van spreekuren in inloopcentra en gebruiksräume of via de methadonpost. De verslavingsartsen kunnen in theorie wel een recept uitschrijven maar doen dit in de praktijk beperkt omdat zorgverzekeraars dit niet vergoeden.

GG(&G)D

De meeste GGD'en bieden ambulante medische zorg aan dak- en thuisloze langdurig verslaafden.

Inloopcentra

In verschillende gemeenten zijn inloopcentra aanwezig waar door artsen en verpleegkundigen van instellingen voor verslavingszorg en/of GGD'en spreekuur wordt gehouden.

- Wanneer iemand wel verzekerd is kan een beroep worden gedaan op de volgende voorzieningen:

Huisartsen

Het is belangrijk om cliënten zoveel mogelijk in te laten schrijven bij een reguliere huisartsenpraktijk. Indien iemand al langere tijd bij een huisarts staat ingeschreven, wordt hij meestal niet uitgeschreven wanneer verslavingsproblematiek naar voren komt. Huisartsen kunnen wel een nieuwe cliënt weigeren als hun praktijk vol zit. Niet alle huisartsen zijn bereid verslaafden in hun praktijk op te nemen. Het feit dat iemand verslaafd is mag geen reden zijn voor een huisarts om een cliënt niet op te nemen. Bemiddeling door de casemanager en het maken van samenwerkingsafspraken tussen huisarts en verslavingszorg kan daarin belangrijk zijn. Als er problemen zijn, bijvoorbeeld met het voorschrijven van kalmeringsmiddelen, kan de huisarts de casemanager inschakelen om te bemiddelen. Bij poliklinieken kan de cliënt terecht voor spoedeisende hulp. Ook kan de landelijke dokterscentrale gebeld worden.

Landelijke dokterscentrale, telefoonnummer: 0900-1515

Opmerking: Bij spoedgevallen kan naar dit nummer gebeld worden. Deze landelijke centrale fungeert als een achterwacht voor de huisartsen. Zij zijn 24 uur bereikbaar en roepen de dienstdoende huisarts op.

Internist

Wanneer een cliënt besmet is met HIV of Hepatitis kan hij/zij doorgaans terecht bij de polikliniek van het lokale ziekenhuis. Hier worden alle infectieziekten, aids en de dubbel-geïnfecteerden (bijvoorbeeld HIV en hepatitis) behandeld. Om een afspraak te maken dienen verzekeringspapieren, (eventueel) een kopie van de uitslag van de HIV-test en een verwijfsbrief te worden meegenomen.

Tandheelkunde

Het Centrum Bijzondere Tandheelkunde van de Jellinek heeft een landelijke functie. Iedereen kan daarheen na verwijzing door de hulpverlenende instantie, op voorwaarde dat hij beschikt over een geldig ziekenfondsbewijs. Een aanvullende (tandarts-)verzekering wordt op prijs gesteld. De polikliniek tandheelkunde geeft een

saneringsbewijs af voor het ziekenfonds zodat iemand daarna een aanvullende tandartsverzekering kan nemen.

Centrum Bijzondere Tandheelkunde (CBT)

Sarphatistraat 75

1018 EX Amsterdam

Tel: 020 570 24 44

Fax: 020 623 83 79

Email: tandheelkunde@jellinek.nl

Opmerking: Alle cliënten (dus ook buiten de regio) kunnen op afspraak terecht, na verwijzing door een hulpverlenende instantie binnen de verslavingszorg.

Psychiatrische zorg

Veel langdurig verslaafden kampen met ernstige psychische klachten. Hiervoor moet de casemanager contact leggen met een instelling voor GGZ. Er bestaan veel behandelprogramma's en voorzieningen voor mensen met klachten van psychische aard. Soms is het moeilijk om een cliënt met langdurige verslaving aan te melden bij de GGZ instellingen, verslaving wordt vaak als een contra-indicatie beschouwd. Langzaam maar zeker komt er echter op dit vlak steeds meer samenwerking en afstemming. In verschillende regio's zijn programma's gestart voor cliënten die problemen hebben met het gebruik van alcohol en/of drugs in combinatie met andere psychische problemen.

Voor een overzicht van samenwerkingsverbanden tussen GGZ en verslavingszorg verwijzen we naar het rapport 'Samenwerking tussen GGZ en verslavingszorg rond cliënten met een dubbele diagnose' (Meeuwissen e.a., 2001).

Ook op het gebied van psychische problemen kan een indeling gemaakt worden in verschillende niveaus. Daarbij is tevens van belang in hoeverre de cliënt zelf inzicht heeft in zijn psychische problemen en bereid is hulp te aanvaarden. Bepaal dan zoveel mogelijk in samenspraak met de cliënt de meest geschikte vorm van hulp.

Voor een actueel landelijk overzicht van instellingen in de GGZ en de verslavingszorg verwijzen we naar de Gids Geestelijke Gezondheidszorg 2002. Een update vindt ongeveer om de anderhalf jaar plaats.

Is de cliënt niet in staat of bereid hulp te aanvaarden en zijn de psychische problemen dermate ernstig dat hulp toch geboden is, dan zijn er in het kader van de Wet Bijzondere opnemings psychiatrie ziekenhuizen (Bopz) mogelijkheden om dwang en drang aan te wenden.

Sinds 1993 fungeert de Wet Bijzondere opnemings psychiatrie ziekenhuizen (Bopz). Deze wet regelt de criteria en de procedures voor onvrijwillige opnemings in psychiatrie ziekenhuizen en geeft regels voor de rechtspositie van de cliënt tijdens diens onvrijwillig verblijf in de instelling. Het doel van de Wet Bopz is tweeledig: (1) Het bieden van bescherming tegen mensen die ten gevolge van een psychische stoornis gevaar veroorzaken en (2) het verbeteren van de rechtspositie van de patiënt.

De wet Bopz is van toepassing op personen die ten gevolge van een psychische stoornis een gevaar veroorzaken voor zichzelf, voor anderen of voor de algemene veiligheid van personen of goederen. De wet kent twee opnameprocedures:

- *Opnemings krachtens een rechterlijke machtiging (art. 2 tot en met 19 Bopz). Tot de machtiging wordt besloten door de rechter op verzoek van het Openbaar Ministerie. In deze procedure wordt de cliënt bijgestaan door een advocaat. Een rechterlijke machtiging (RM) kan door de rechter worden gegeven voor de duur van ten hoogste zes maanden, waarna verlengingen van perioden van ten hoogste telkens een jaar mogelijk zijn.*
- *Opnemings krachtens inbewaringstelling (art. 20 tot en met 31 Bopz). Dit is een procedure voor situaties waarin spoed geboden is. Om die reden is de eis van psychische stoornis hier enigszins verruimd (een ernstig vermoeden van een stoornis is voldoende) en de gevareis verscherpt (er moet sprake zijn van onmiddellijk dreigend gevaar). Over een inbewaringstelling (IBS) wordt besloten door de burgemeester, op grond van een geneeskundige verklaring van een psychiater. Ongeveer een week na het besluit van de burgemeester oordeelt de rechter over de noodzaak tot voortzetting. In beide gevallen (RM en IBS) is het uitgangspunt van de wet dat na de onvrijwillige opname de cliënt een behandelaanbod wordt gedaan. Weigert de onvrijwillig opgenomen cliënt dan kan in bepaalde gevallen een behandeling onder dwang worden toegepast.*

Sinds de wetswijziging van 1 december 2000 wordt het gevaarscrieterium in de Wet Bopz als volgt geformuleerd:

Artikel 1 lid 1 onder f

1. *Gevaar voor degene die het veroorzaakt, hetgeen onder meer bestaat uit:*
 - a. *het gevaar dat betrokkene zich van het leven zal beroven of zichzelf ernstig lichamenlijk lijden zal toebrengen;*
 - b. *het gevaar dat betrokkene maatschappelijk te gronde gaat;*
 - c. *het gevaar dat betrokkene zichzelf in ernstige mate zal verwaarlozen;*
 - d. *het gevaar dat betrokkene met hinderlijk gedrag agressie van anderen zal oproepen.*
2. *Gevaar voor een of meer anderen, hetgeen onder meer bestaat uit:*
 - a. *het gevaar dat betrokkene een ander van het leven zal beroven of hem ernstig lichamenlijk letsel zal toebrengen;*
 - b. *het gevaar van de psychische gezondheid van de ander*
 - c. *het gevaar dat betrokkene een ander, die aan zijn zorg is toevertrouwd, zal verwaarlozen.*
3. *Gevaar voor de algemene veiligheid van personen of goederen*

De Wet Bopz bevat een procedure waar door een deel van de verslaafden een beroep op kan worden gedaan, namelijk de rechterlijke machtiging op eigen verzoek (art. 32 e.v. Bopz). Het idee hierbij is dat verslaafden die zelf erkennen dat zij zich vaak kort na een vrijwillige opnemings weer aan de behandeling onttrekken, dit patroon kunnen doorbreken door voor zichzelf een rechterlijke machtiging aan te vragen. Hier gelden dezelfde criteria inzake stoornis en gevaar als bij de voorlopige rechterlijke machtiging, behalve dan dat geen causaal verband is vereist en de patiënt zelf om opname vraagt. Deze door de rechter te verlenen machtiging kan in duur variëren van zes maanden tot een jaar. Van deze procedure wordt in het algemeen weinig gebruik gemaakt.

Overigens is sinds de evaluatie van de Bopz veel gesproken over-, en geëxperimenteerd met maatregelen die ambulante dwanghandeling mogelijk moeten maken.⁴

4. IDENTITEITSDOCUMENTEN, INKOMEN EN SCHULDEN

Identiteitsdocumenten

Veel cliënten zijn hun identiteitspapieren kwijt. Aangezien legitimatie verplicht is bij het contact met veel overheidsinstellingen (sociale dienst, ziekenfonds enz.) belemmert dit verdere hulpverlening. Ook voor de aanvraag van een uitkering moet een legitimatiebewijs kunnen worden overlegd.

Aanvragen identiteitspapieren

Alleen cliënten met een Nederlandse nationaliteit kunnen een Nederlandse identiteitskaart en/of paspoort aanvragen.

Cliënten met een andere nationaliteit moeten hun identiteitspapieren bij de betreffende ambassade aanvragen. Als iemand geen geldige verblijfspapieren heeft, raadpleeg dan de vreemdelingendienst bij het regionale politiekorps. Als iemand een vestigingsvergunning heeft (voor onbeperkte tijd) en de vervaldatum van het pasje is verstreken of het pasje is verloren, dan is dit probleem wel op te lossen bij de vreemdelingendienst.

Wanneer er iets mis is met de status van het verblijf ⁵ dan is een lange juridische weg te gaan. Het is dan raadzaam een advocaat met kennis van vreemdelingenzaken in te schakelen. Het tijdig verlenen van de vestigingsvergunning kan veel moeilijkheden voorkomen.

4 Door een machtiging tot voortgezet verblijf aan te vragen, is het mogelijk een cliënt onder voorwaarden te ontslaan, dat wil zeggen de behandeling ambulant voort te zetten. Het kan ook zijn dat een dergelijke ambulante (gedwongen) behandeling reeds plaatsvindt, de termijn van de huidige machtiging verloopt en de geneesheer-directeur alsnog besluit een machtiging tot voortgezet verblijf aan te vragen (een zogeheten 'paraplu-machtiging'). In een beschikking d.d. 11-12-98 heeft de Hoge Raad gesteld dat dit een geoorloofde handelwijze is, die 'aansluit bij de mogelijkheid van voorwaardelijk verlof (art. 45) en voorwaardelijk ontslag (art.47)'. Daarbij staat voor betrokkene de mogelijkheid open een beslissing van de rechter te vorderen. De beschikking van de Hoge Raad omtrent de 'paraplu-machtiging' (een machtiging tot voortgezet verblijf, die bedoeld is om ambulante dwang-behandeling mogelijk te maken) sluit inhoudelijk aan bij de beslissing van het Kabinet in het kader van de Evaluatie Wet BOPZ om ambulante dwangbehandeling een wettelijke basis te geven (Ministerie van VWS, Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2000).

5 Als iemand een illegale status heeft is het uiterst moeilijk om hulpverlening te bieden. Vaak komt het echter voor dat er geen duidelijkheid is over de status. Bijvoorbeeld wanneer de documenten niet tijdig zijn verlengd. Ook asielzoekers verblijven soms in een onzekere positie. Dit zijn complicerende factoren bij de hulp- en zorgverlening.

Sinds de koppelingswet wordt door Burgerzaken aan de Vreemdelingendienst gemeld wanneer iemand geregistreerd staat als "Vertrokken Onbekend Waarheen (VOW)". Dit betekent dat de vergunning van die persoon komt te vervallen. Om dit te herstellen dient aangetoond te worden dat hij in tussentijdse periode niet naar het buitenland is geweest.

*Meer informatie over identiteitsdocumenten is op het internet te vinden via de website van de Immigratie- en naturalisatiedienst:
www.immigratiedienst.nl*

Voordat een nieuw paspoort of nieuwe identiteitskaart wordt aangevraagd, moet eerst aangifte worden gedaan bij de politie. Daarbij wordt gemeld of het document verloren of gestolen is. Identiteitspapieren kunnen alleen worden aangevraagd als iemand staat ingeschreven in de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA). Hiervoor is een adres noodzakelijk. Ga daarom eerste na of iemand ingeschreven staat. Wanneer een persoon geen vaste woon- of verblijfplaats heeft, bekijk dan op welk post- briefadres iemand kan worden ingeschreven. Meestal zijn daar speciale instellingen voor en ook bij de sociale dienst kan vaak een briefadres worden verkregen. Het is raadzaam een overzicht te maken van de bestaande mogelijkheden voor het verkrijgen van een briefadres.

Zolang iemand in een verslavingskliniek is opgenomen of langdurig in een instelling voor maatschappelijke opvang verblijft, kan dat adres ook worden gebruikt als briefadres.

Schrijft u de cliënt vervolgens in bij de Gemeentelijke Basisadministratie personen. Zij verwachten een schriftelijke bevestiging van de instelling waar de cliënt zijn briefadres wil hebben. Ook moet het proces-verbaal van aangifte van vermissing/diefstal worden meegenomen. Het inschrijven gebeurt in principe binnen een paar werkdagen.

Hou rekening met meer vertraging. De ervaring is dat vertraging om verschillende redenen kan optreden, of dat nu is omdat een cliënt in een andere gemeente ingeschreven staat of dat iemand geregistreerd staat als Vertrokken Onbekend Waarheen (VOW). Controleer daarom of deze administratieve afhandeling voltooid is.

Het is handig om van tevoren met de cliënt te bespreken voor welk identiteitsbewijs (identiteitskaart, paspoort, eventueel rijbewijs) hij kiest. De voorkeur gaat uit naar een identiteitskaart omdat die het voordeligst is. Voor het aanvragen van een Nederlandse identiteitskaart of paspoort is nodig:

1. Geld. Vraag van tevoren naar de kosten, die verschillen per gemeente.
2. Proces-verbaal bij vermissing.
3. Een recente goedlijkende pasfoto, zwart-wit of kleur. De foto moet recht van voren zijn genomen (dus niet schuin) tegen een lichte egale achtergrond.

Per 1 oktober 2001 zijn het nieuwe paspoort en de Nederlandse identiteitskaart ingevoerd. Om veiligheidsredenen worden beide documenten op een centrale plaats van persoonsgegevens voorzien. Ze kunnen niet direct worden meegenomen. In principe zou dit na vijf werkdagen wel mogelijk moeten zijn.

In de regel is het niet handig om cash geld mee te geven mee. Wanneer persoonlijke begeleiding niet mogelijk is, kan soms gebruik gemaakt worden van regelingen tussen de Dienst sociale zaken en burgerzaken. Regel dit van tevoren.

Het is handig om een kopie van het identiteitsbewijs te bewaren in het cliëntdossier. Het gebeurt regelmatig dat cliënten hun papieren kwijt raken.

Inkomen

Veel cliënten van een casemanagementprogramma zijn voor hun inkomsten afhankelijk van een uitkerende instantie. Daarnaast hebben cliënten vaak hun eigen manier om, vaak op illegale wijze inkomsten te verwerven. Een aantal langdurig verslaafde vrouwen werkt in de prostitutie. Dit geeft vaak meer complicaties door de slechte leefomstandigheden waarin zij verkeren en de extra gezondheidsrisico's die ze lopen. Zij vormen daardoor een extra kwetsbare groep. Bij sommige instellingen voor verslavingszorg zijn aparte projecten voor verslaafde prostituees.

Aanvragen uitkering

Allereerst moet worden vastgesteld op welke uitkering een cliënt recht heeft. Neem voor het aanvragen van bijvoorbeeld een WW-, of WAO-uitkering contact op met het UWV -kantoor in uw regio. UWV staat voor Uitvoering Werknemersverzekeringen en is op 1 januari 2002 ontstaan uit het samengaan van Cadans, GAK Nederland, GUO, SFB Uitvoeringsorganisatie, USZO en Lisv. UWV voert de Werknemersverzekeringen uit zoals de Werkloosheidswet (WW), de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) en Ziektewet (ZW), in nauwe samenwerking met het Centrum voor Werk en Inkomen (CWI).

Meer informatie, en een landelijk overzicht van de UWV-kantoren is te vinden op het internet: www.uwv.nl

Het merendeel van de cliënten komt echter in aanmerking voor een uitkering bij de sociale dienst. Zij hebben in het kader van de Algemene bijstandswet te maken met drie uitkeringen: 1) Rijksregeling Wet Werkloosheid (RWW) uitkering, 2) dak- en thuislozen uitkering, 3) ziektekostenverzekering.

De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de bijstand en de reïntegratie van bijstandsgerechtigden ligt bij gemeenten. Met ingang van 1 januari 2004 treedt de wet Werk en bijstand in werking, ter vervanging van de Algemene bijstandswet.

Meer informatie over de nieuwe wet Werk en bijstand is te vinden op de website van het gemeenteloket van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid: www.gemeenteloket.szw.nl

RWW UITKERING

Als iemand een vaste woon- of verblijfplaats heeft, komt hij in aanmerking voor een bijstands- of RWW-uitkering.

Om deze uitkering te kunnen aanvragen, heeft iemand een geldig identiteitsbewijs nodig. Verder dient officieel een origineel bewijs van het sofi-nummer te worden meegenomen. Een sofi-nummer kan worden verkregen bij de plaatselijke belastingdienst.

In de praktijk hoeft bij een heraanvraag geen origineel bewijs meer te worden meegenomen omdat het sofi-nummer al bekend is. Op het paspoort en de identiteitskaart staat het sofi-nummer vermeld.

De behandeling van deze aanvraag duurt enkele weken en mag wettelijk niet langer duren dan acht weken.

Investeer in een goede relatie met de medewerker van de sociale dienst. Deze medewerkers dienen zich aan de wet te houden maar hebben wel enige speelruimte. Ze kunnen bijvoorbeeld tot bevoorschotting overgaan, wanneer een uitkering nog niet geregeld is. Ook is het handig om afspraken te maken over terugvorderingen (Ten Onrechte Genote betalingen of fraudezaken) en over uitbetalingen aan de cliënt. Door overleg met consulenten kan voorkomen worden dat grote bedragen in één keer gestort kunnen worden, hetgeen een risico kan vormen voor het hulpverleningstraject. Samen met de medewerker van de sociale dienst en de cliënt kan een alternatief besproken worden, zoals bijvoorbeeld gefaseerd uitbetalen of storten op een rekening waar de cliënt niet toegang tot heeft.

De Algemene bijstandswet (Abw) biedt weliswaar mogelijkheden aan de gemeente om verschillend om te gaan in de verstrekking-sfeer, maar is dwingend als het gaat om de hoogte van de uitkering en de aanvraagprocedure. Dit betekent bijvoorbeeld dat indien een cliënt in korte tijd opnieuw een uitkering aanvraagt, er niet soepeler (dus versneld) met de aanvraagprocedure omgegaan kan worden. Wanneer het beleid van de sociale dienst te afwijkend wordt, riske-ren zij een boete van het rijk.

Probeer de cliënt zoveel mogelijk bij de aanvraagprocedure te betrekken. Door samen met de cliënt naar gesprekken met de consulent te gaan, investeert de casemanager in een goede relatie en laat de casemanager zien dat dergelijke cliënten niet altijd opgefokt en ongeduldig zijn.

DAK- EN THUISLOZEN UITKERING

Ook als iemand geen vaste woon- of verblijfplaats heeft, heeft hij recht op een uitkering. In veel gemeenten kan een beroep worden gedaan op speciale regelingen, doorgaans bij de sociale dienst. Deze financiële bijstand is bedoeld voor de kosten van het levensonderhoud.⁶ Voor bijzondere bijstand vallen dak- en thuislozen onder de reguliere procedure (zie bijzondere bijstand). Iemand moet bij de aanvraag wel een geldig legitimatiebewijs en een briefadres overhandigen.

Zak- en kleedgelduitkering bij opname in kliniek of ziekenhuis

Op het moment dat iemand wordt opgenomen in een kliniek heeft de cliënt recht op zak- en kleedgeld. De kliniek regelt met de sociale dienst dat de reguliere uitkering (RWW of daklozenuitkering) wordt omgezet. Wanneer iemand een vaste woon- en verblijfplaats heeft in dezelfde gemeente en al een bijstandsuitkering heeft, loopt deze tijdens het verblijf in de kliniek (ziekenhuisopname) door. Dit bedrag verschilt aanzienlijk van de dak-, en thuislozenuitkering.

Uitbetaling

De sociale dienst stort de uitkering op de (post)bankrekening. Veel cliënten, zeker zij die dak- of thuisloos zijn, hebben geen bank- of girorekening. Wanneer ze zijn opgenomen in een klinische voorziening wordt het geld op rekening van de instelling gestort.

Het komt voor dat de sociale dienst op afgesproken momenten het geld voor de dak-, en thuislozen in cheques uitkeert. De cliënten kunnen deze cheques verzilveren, bijvoorbeeld bij een grenswisselkantoor.

In 2001 is een convenant afgesloten tussen het Ministerie van Financiën, de Nederlandse Vereniging van Banken (NVB) en het Leger des Heils waardoor het voor dak-, en thuislozen gemakkelijker is gemaakt om een bank- of girorekening te openen. De cliënt dient wel geregistreerd te staan bij een erkende hulpinstantie.

⁶ Met de inwerkingtreding van de wet Werk en bijstand op 1 januari 2004 mogen gemeenten bijstand in natura uitbetalen aan mensen die zelf slecht in staat zijn hun geld te beheren.

ZIEKTEKOSTENVERZEKERING

Zodra iemand een bijstandsuitkering ontvangt, is hij verplicht verzekerd. In principe kan die persoon zelf een ziekenfonds (zorgverzekeraar) uitkiezen. In de praktijk zijn er regiogebonden ziektekostenverzekeraars. Doorgaans betaalt de uitkerende instantie de verplichte (overheids-)premie rechtstreeks én de cliënt dient vervolgens premie aan het betreffende ziekenfonds te betalen. Dat kan per automatische incasso of acceptgiro. De cliënt dient zich zelf bij de ziektekostenverzekeraar aan te melden en het ziekenfondsnummer door te geven aan de sociale dienst. Ieder mens heeft volgens de ziekwet recht op het ziekenfonds als er sprake is van werk of een uitkering. Dit betekent dat een ziektekostenverzekeraar wanbetalers niet kan uitschrijven. Wel kan de aanvullende verzekering worden stopgezet omdat dat een product van henzelf is.

Besprek met de cliënt welk pakket het best gekozen kan worden. Meestal is er een basispakket waarop aanvullende pakketten mogelijk zijn, bijvoorbeeld voor een tandartsverzekering. Stuur het aanmeldingsformulier met eventueel een kopie van een verblijfsvergunning op. Een kopie van een Nederlands identiteitsbewijs is niet nodig.

Uitkering tijdens detentie

Als het recht op een bijstandsuitkering vervalt omdat iemand bijvoorbeeld gedetineerd raakt, dan moet dit binnen een week worden gemeld aan de sociale dienst. Ook de WAO –uitkering loopt niet door tijdens detentie. Beide uitkeringen worden één maand na het begin van de detentie beëindigd. Als de detentie korter dan een maand duurt, blijft het recht op uitkering behouden en stopt de uitkering niet. De cliënt moet wel zelf aan geven wanneer en hoe lang hij gedetineerd is omdat zowel het GAK als de sociale dienst in principe op de hoogte worden gebracht van de detentie. Na detentie dient de cliënt zich weer zelf aan te melden bij een uitkerende instantie. Bij het GAK wordt opnieuw bekeken of iemand nog steeds arbeidsongeschikt is.

Het komt regelmatig voor dat de cliënt niet meldt dat hij in detentie is. Wijs de cliënt op mogelijke gevolgen van het ten onrechte laten doorlopen van de uitkering en informeer desgewenst de sociale dienst. Ten onrechte genoten uitkering moet worden terugbetaald en bovendien komt er een boete bovenop.

Bijzondere bijstand

Er is de mogelijkheid tot een vergoeding via bijzondere bijstand voor bijvoorbeeld aanschaf van kleding, inrichtingskosten van een huis, bril en dergelijke. Meestal moet deze aanvraag worden ingediend via een speciaal aanvraagformulier.

In de praktijk worden de criteria nogal wisselend gehanteerd. Informeer daarom bij collega's naar de beste mogelijkheden. Probeer zeker bij inrichtingskosten van een huis afspraken te maken over de wijze van betaling. Zoals gezegd, heeft gefaseerd betalen vaak de voorkeur. Geld is niet onuitputtelijk. Wanneer in het verleden grote aanvragen (bijvoorbeeld inrichtingskosten) zijn gehonoreerd, kan het zijn dat nieuwe aanvragen (bijvoorbeeld schoonmaken huis) worden afgewezen.

Het Fondsenboek is een hulpmiddel bij het verkrijgen van financiële steun van particuliere fondsen voor allerlei verschillende projecten en levenssituaties. Voor een actueel overzicht van fondsen verwijzen we naar het Fondsenboek 2003/2004. Het Fondsenboek wordt ieder jaar bijgewerkt. Meer informatie is te vinden op het internet: www.fondsenboek.nl

Schulden

Veel cliënten kampen met schulden en financiële problemen en die belemmeren niet alleen het functioneren op andere terreinen maar ook de hulpverlening. Het is van belang om reeds vroegtijdig zo nauwkeurig mogelijk te inventariseren welke schulden de cliënt heeft, zoals bijvoorbeeld: huurschulden, schulden bij het energiebedrijf, belastingenschulden, boetes, postorderschulden, bank- of giro-schulden of 'fraudeschulden' bij een uitkeringsinstantie.

Vaak zal een casemanager een cliënt op dit vlak doorverwijzen of begeleiden naar een gespecialiseerde instelling of afdeling voor schuldhulpverlening. Meestal betreft dit de dienst Sociale Zaken (sociale dienst), de gemeentelijke kredietbank of een door de gemeente gesubsidieerde instelling voor schuldhulpverlening.

Er zijn verschillende vrijwillige en wettelijke regelingen, waarvan de belangrijkste zijn:

- Schuldhulp.
- Wet Schuldsanering Natuurlijke Personen (WSNP).

Vrijwillige schuldhulp

Bij vrijwillige schuldhulp wordt allereerst de financiële situatie (schulden, inkomsten, vermogen en vaste lasten) van de cliënt in kaart gebracht. Ook wordt gekeken naar mogelijkheden om aanvullend inkomen te krijgen (huursubsidie, bijzondere bijstand) of om kosten te besparen.

Blijken de problemen mee te vallen, dan krijgen cliënten tips of hulp om te voorkomen dat de situatie uit de hand loopt. Indien nodig wordt er een betalingsregeling getroffen tussen de cliënt en de schuldeisers.

Als de cliënt niet alle schulden kan betalen maar wel een deel, dan kan via de schuldhulpverlener een voorstel worden gedaan aan de schuldeisers. Stemmen zij hiermee in, dan is sprake van een minnelijk akkoord. In dat geval betaalt de cliënt gedurende drie jaar maandelijks een afgesproken bedrag terug, waarna het restant wordt kwijtgescholden.

Wet Schuldsanering Natuurlijke Personen

Vrijwillige schuldhulpverlening biedt niet altijd uitkomst. Als de cliënt niets kan aflossen of als de schuldeisers meer terug willen krijgen dan hen wordt aangeboden, dan is een minnelijk akkoord onmogelijk. Zijn alle pogingen om tot een vrijwillige overeenkomst te komen mislukt, dan kan via de Wet Schuldsanering Natuurlijke Personen (WNSP) alsnog worden gewerkt aan het aflossen van de schulden.

Om hiervoor in aanmerking te komen, moet een verzoekschrift worden ingediend bij de rechtbank. Schuldhulpverleners of gemeenteambtenaren kunnen hierbij helpen. Zij beschikken bijvoorbeeld over standaardteksten van een verzoekschrift, weten bij welke rechtbank de zaak dient en welke stukken van belang zijn. Ook verstrekken zij de zogenaamde schuldsaneringsverklaring waarin de gemeente moet aangeven waarom geen minnelijk akkoord mogelijk is. De rechtbank behandelt de zaak binnen een paar weken.

Voor meer informatie over Vrijwillige Schuldhulp en Wettelijke schuldsanering: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW)

Tel: 0800-9051 (gratis)

www.szw.nl en www.wsnr.rvr.org

Boetes en vonnissen Centraal Justitieel Incassobureau (CJIB)

Veel cliënten in het casemanagementprogramma zullen boetes of boetevonnissen hebben bij het Centraal Justitieel Incassobureau (CJIB). Het is aan te raden om via de reclasseringsafdeling van de instelling hierover informatie te verkrijgen.

Bij het CJIB kan door een reclasseringsmedewerker een formulier worden opgevraagd: 'Verzoek Overzicht Openstaande CJIB-vorderingen'. Het formulier moet worden ondertekend door de cliënt én door het afdelingshoofd van de reclasseringsafdeling. Vervolgens moet het ondertekende formulier worden ingestuurd naar het arrondissementssecretariaat van de Stichting Reclassing.

Het CJIB stuurt vervolgens binnen één maand het 'Overzicht Openstaande CJIB-vorderingen'.

Als het overzicht is verzonden heeft dit nog geen stopzetting of opschorting van vorderingen tot gevolg. Als de incasso van een CJIB-vordering is overgedragen aan een gerechtsdeurwaarder dan staan de gegevens van die gerechtsdeurwaarder in het overzicht vermeld en moet met hem contact worden opgenomen voor meer informatie en nadere afspraken.

Het CJIB stuurt tevens een blanco 'Formulier Verzoek Betalingsregeling' mee. Als de casemanager voor zijn cliënt een betalingsregeling wil krijgen, dan moet hij dit formulier volledig ingevuld met bewijsstukken (bijvoorbeeld uitkeringsspecificatie/ specificatie overige schulden) versturen naar het CJIB.

Inzending van het formulier heeft nog steeds geen directe stopzetting of opschorting van de vorderingen tot gevolg. Pas als het CJIB de aanvraag heeft beoordeeld en een betalingsregeling toestaat is de dreiging van directe vordering (bijvoorbeeld het 'uitzitten' van de boetes) voorlopig van de baan.

Na beoordeling van het afbetalingsvoorstel reageert het CJIB binnen één maand per brief. Van belang daarbij is nog dat:

- *Alleen dan een betalingsregeling kan worden toegekend als het totaal bedrag van de openstaande vorderingen €226,- of meer is.*
- *Als een betalingsregeling is overeengekomen moet zo snel mogelijk worden begonnen met afbetalen. Indien de cliënt gedetineerd is, kan een verzoek tot opschorting worden gedaan.*
- *Als een cliënt in detentie zit en de vonnissen al naar de betreffende inrichting zijn gestuurd de executie dan niet wordt opgeschort (als een betalingsregeling is geaccepteerd worden er geen vonnissen meer naar de Penitentiaire Inrichting (PI) gestuurd).*
- *Als een cliënt de betalingsregeling niet nakomt vervallen alle afspraken en komt hij/zij een jaar lang niet opnieuw in aanmerking voor een regeling.*

Het CJIB verwacht dat het gemeld wordt als een cliënt niet langer de betalingsregeling kan voldoen. Dit kan middels een 'afmeldingsformulier betalingsregeling'. Wanneer het CJIB merkt dat een betalingsregeling niet wordt nagekomen stuurt zij het 'meldingsformulier beëindiging betalingsregeling'

*Voor meer informatie over het CJIB: Call centre CJIB:
Tel: 058-21595554*

'Katvangers'

Veel cliënten laten tegen betaling auto's op hun naam registreren. De feitelijke eigenaren van de voertuigen ontlopen daarmee aanslagen voor wegenbelasting en verkeersboetes. Deze komen op naam van de cliënten die daarmee vaak een enorme schuldenlast opbouwen.

Om auto's van naam te halen kan het best eerst contact worden opgenomen met de plaatselijk politie. Vaak is er een vast contactpersoon als het gaat om katvangen. De politie kan in het register van de Rijksdienst voor het wegverkeer (RDW) zien hoeveel kentekens iemand op naam heeft staan. Vervolgens wordt een verklaring of proces

verbaal opgemaakt. De politie en de cliënt kunnen dan een verzoek indienen bij de RDW om de kentekens op naam van de cliënt ongedig te laten verklaren. Het proces verbaal moet daarbij worden toegevoegd omdat daarin ook de reden van het katvangen is vermeld. Ook wordt een lijst met alle kentekens toegevoegd. De Rijksdienst voor wegverkeer besluit of zij voldoen aan het verzoek. De ervaring leert dat dit slechts één keer kan. Wordt iemand nadien betrapt op herhaling dan wordt een tweede verzoek doorgaans niet ingewilligd.

*Rijksdienst voor wegverkeer (RDW), Veendam,
Afdeling centrum voorvoertuigtechniek en informatie
Skagerak 10
9642 CZ Veendam
Tel: 0598-624240*

5. ARBEID, OPLEIDING EN DAGBESTEDING

Arbeid, opleiding en dagbesteding vormen een zeer breed geschaakt veld waarin veel ontwikkelingen gaande zijn.

Wees realistisch over de mogelijkheden bij cliënten van casemanagement, niets is zo frustrerend voor de cliënt als de lat steeds te hoog te leggen.

Een eerste insteek zal vaak het realiseren van enige vorm van dagbesteding zijn. Het doel daarvan is het aanbieden van structuur, de mogelijkheid dat de cliënt van tijd tot tijd met iets anders bezig is dan met zijn verslaving. Afhankelijk van de wens en de mogelijkheden van de cliënt kan voorts een beroep gedaan op een breed palet aan voorzieningen en regelingen.

In de dienstverlening op dit gebied kunnen de volgende stappen worden onderscheiden:

- *Assessment.* Het onderzoeken wat de mogelijkheden en beperkingen van een cliënt zijn (dit kan ook, meer gericht, via een beroepskeuzetest).
- *Arbeidstoeleiding.* Hieronder valt alles wat de cliënt ondersteunt op het gebied van dagbesteding, arbeid en opleiding of maatschappelijke reïntegratie. Dus zowel langdurige opleidingstrajecten, kortduurende cursussen, dagbesteding, dagloon, woon-werkgemeenschappen.

- *Arbeidsbemiddeling* oftewel de stap naar de wel of niet gesubsidiëerde reguliere banen.
- *Arbeidsreintegratie* oftewel langdurige, daadwerkelijke participatie aan de arbeidsmarkt.

Het moment en de wijze waarop een cliënt kan starten met arbeid of dagbesteding is per persoon verschillend. Bij het doorbreken van de verslavingspiraal is het hebben van een zinvolle dagbesteding of arbeid essentieel.

Cliënten willen over het algemeen in korte tijd veel geld verdienen. Het belang van een zorgvuldige arbeidstoeleiding wordt daarbij over het hoofd gezien. Probeer daarom als casemanager stap voor stap te werken en te kijken naar wat haalbaar is.

Afhankelijk van de mogelijkheden van de cliënt kan worden gekozen voor onderstaande mogelijkheden:

Dagloon

Zoals eerder gesteld zal voor de meeste cliënten van een casemanagementprogramma het realiseren van enige vorm van dagbesteding een eerste stap zijn. Zo bestaat de mogelijkheid om met behoud van de dak- en thuislozenuitkering wat extra geld bij te verdienen.

- a. Straatnieuws: verkoop van straatkranten door dak- en thuislozen.
- b. In veel steden bestaat de mogelijkheid om dagdelen te werken tegen vergoeding. Voor de doelgroep van casemanagement zal dit bij uitstek een mogelijkheid zijn om en wat extra inkomen te genereren en enige vorm van dagstructuur te verkrijgen.

Woon-/werkgemeenschappen

Denk ook aan de verschillende woon-/werkgemeenschappen. Doordat zij meer structuur bieden zijn ze vooral geschikt voor cliënten die meer moeite hebben met een zelfstandig leven.

Sociale activering / lerend werken

Voor de meeste cliënten is een opleidingstraject of reguliere arbeid te hoog gegrepen en kan in de arbeidstoeleiding beter aandacht worden besteed aan het lerend werken. De structuur die arbeid oplevert, kan weliswaar de verslavingspiraal doorbreken en het begin vormen van

arbeidsreintegratie maar de cliënt dient zich wel staande te kunnen houden. Er zijn meerdere voorzieningen gericht op de gebieden sociale activering en/of dagbesteding.

Kortdurende cursussen

Verschiedende wijkwelzijnsinstellingen en verslavingszorginstellingen bieden cursussen die kunnen bijdragen aan de sociale activering, bijvoorbeeld cursussen Nederlands, sollicitatietraining, budgetteringstraining, telefonist(e)/receptionist(e), lassen enzovoorts. Het is raadzaam een overzicht van de aangeboden cursussen aan te vragen bij bijvoorbeeld de lokale wijkwelzijnsorganisatie.

Arbeidstoeleiding

Als duidelijk is waar de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt liggen, kan het toeleidingsbureau van Sociale Zaken en Werkgelegenheid worden ingeschakeld. Het is noodzakelijk om met hen de stand van zaken te bespreken zodat zij het meest geschikte traject kunnen inschatten. Het toeleidingsbureau kan dan op indicatie een assessmentbureau inschakelen dat de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt afzet tegen de mogelijkheden van passend werk. Vervolgens kan aan de hand van de uitkomst van dit onderzoek met alle betrokkenen een traject uitgestippeld worden.

Wanneer een cliënt toe is er aan toe is kan het traject van arbeidsreintegratie worden ingezet. Er zijn verschillende mogelijkheden om moeilijk bemiddelbare groepen op de arbeidsmarkt aan de slag te krijgen. Bemiddelingsbureaus (Kliq dat wil zeggen ex-arbeidsbureau, uitzendbureaus) kunnen uitkeringsgerechtigden aan werk helpen. De sociale dienst koopt vaak, evenals de uvi's, de verschillende trajecten in.

Er kan gebruik gemaakt worden van geldstromen die gekoppeld zijn aan landelijke richtlijnen, waarvan de WIW (Wet Inschakeling Werkzoekenden) en de WRea (Wet Reintegratie Arbeidsgehandicapten) de belangrijkste zijn. De verschillende loonkostensubsidies (WIW Wet, V/D-baan, WSW detachering, WIW dienstbetrekking, REA, WVA) zorgen ervoor dat het voor werkgevers aantrekkelijk is om werknemers aan te nemen.

Langdurig opleidingstraject

Voor enkele cliënten geldt dat (na klinische opname) een langdurig opleidingstraject een mogelijkheid is. Een gedegen vakopleiding of

studie biedt de opstap naar een betaalde baan en daarmee een volledige arbeidsreintegratie.

- Regionale Opleidingscentra (ROC's) hebben een breed scala aan opleidingsmogelijkheden. Ook beschikken ze vaak over een afdeling 'assessment' en contractactiviteiten. Sinds 1 januari 2003 worden ook de activiteiten van alle vestigingen van Centrum Vakopleiding aangeboden via de ROC's.

Deze opleidingen zijn duur. Cliënten krijgen deze kans maar één keer van de uitkerende instantie. Weeg daarom zorgvuldig af op welk moment van het hulpverleningstraject iemand start met een dergelijk opleidingstraject. Meer informatie is te vinden op het internet: www.roc.nl

Zoals al gesteld is het gebied van arbeid, opleiding en dagbesteding een zeer complex veld waarin veel ontwikkelingen gaande zijn. Voor individuele casemanagers zijn de talrijke ontwikkelingen moeilijk bij te houden. Zoek daarom contact met diegenen die hierin gespecialiseerd zijn en beschikken over een uitgebreid netwerk. De meeste instellingen voor verslavingszorg kennen wel een aparte afdeling of unit maatschappelijk herstel of maatschappelijke reïntegratie.

De Reïntegratiemonitor bevat een uitgebreid overzicht in Nederland van bedrijven die reïntegratiediensten aanbieden. Iedereen die op zoek is naar aanbieders van reïntegratiediensten kan in de Reïntegratiemonitor op zoek gaan naar het reïntegratiebedrijf dat het meest past bij de eigen vraag. Meer informatie is te vinden op het internet: www.reintegratiemonitor.nl/rwi en www.minszw.nl

6. JUSTITIE/ POLITIE

Veel langdurig verslaafden hebben in problemen met Justitie. Vrijwel alle instellingen voor verslavingszorg beschikken over een aparte afdeling verslavingsreclassering die zich specifiek hierop richt. Zij voeren de diverse reclasseringstaken uit als vroeghulp (bezoek op het politiebureau), voorlichting aan justitie (mondelijke rapportage, schriftelijke rapportage), begeleiding en uitvoering van

taakstraffen. In het algemeen zal een casemanager voor deze specifieke justitiële hulpverlening verwijzen naar een reclasseringsmedewerker. Het is voor de casemanager wel belangrijk om bij de cliënt goed te inventariseren of er zaken op het terrein van justitie actueel zijn, temeer daar deze zaken het proces van begeleiding en hulpverlening kunnen frustreren als ze onverwacht boven water komen. In de praktijk zal het dan vooral gaan over openstaande zaken en nog niet ten uitvoer geleigde vonnissen.

1. Openstaande zaken zijn zaken waarvoor de cliënt nog moet voorkomen. De reclasseringsmedewerker of de advocaat kan een overzicht van deze zaken opvragen bij het arrondissementsparket.
2. Niet ten uitvoer gelegde vonnissen zijn zaken waarvoor de cliënt al is veroordeeld maar waarvan hij de straf nog moet ondergaan. Een overzicht van deze vonnissen is door de reclassering of advocaat op te vragen bij het CJIB (Centraal Justitieel Incasso Bureau).
3. Als de cliënt nog een gevangenisstraf moet ondergaan, dan bestaat de mogelijkheid om op grond van gewijzigde omstandigheden uitstel of gratie aan te vragen. Bij uitstel dient de cliënt de opgelegde straf op een later tijdstip te ondergaan. Uitstel kan worden aangevraagd bij het parket waar de cliënt is veroordeeld.

Aanvragen van gratie

Op grond van bijzondere omstandigheden kan gratie worden gevraagd. De Gratiewet sluit behandeling van geldboetes tot en met een bedrag van € 226,- uit. Een cliënt kan in principe zelf een gratieverzoek schrijven waarin het volgende dient in te staan:

1. Volledige personalia van betrokkene.
2. Gegevens van de zaak waarvan gratie wordt gevraagd (datum van veroordeling, aard van het vonnis en het parketnummer).
3. De reden waarom gratie wordt aangevraagd, met name de gewijzigde omstandigheden.

Ook de casemanager kan namens de cliënt een gratieverzoek indienen. Aangezien het mogelijk is dat gratieverzoeken voor onvoorwaardelijke gevangenisstraf kunnen worden omgezet in een taakstraf is het raadzaam ook te vermelden of de cliënt in staat en bereid is een taakstraf te verrichten.

Waar het bij gratie om gaat is de vraag of er na de rechterlijke uitspraak omstandigheden naar voren zijn gekomen, die niet bekend of te voorzien waren toen de straf werd opgelegd en die zo belangrijk zijn dat de rechter tot een andere straf zou zijn gekomen, als hij daarvan bij de berechting wel van op de hoogte was geweest. Bijvoorbeeld wanneer een cliënt is opgenomen in een verslavingskliniek.

Het gratieformulier is verkrijgbaar bij rechtshulpverleners, bij het plaatselijke parket of bij de directie Voorlichting van het Ministerie van Justitie, afdeling in- en externe communicatie. Ook is het te vinden op de website van het Ministerie van Justitie.

Het gratieverzoek dient gericht te worden aan Hare Majesteit de Koningin.

*Ministerie van Justitie
Directie Bestuurszaken
Postbus 20300
2500 EH Den Haag*

Aangezien het Openbaar Ministerie belast is met de opschorting van ten uitvoering van straffen, is het van belang een kopie van het gratieverzoek naar het desbetreffende parket te sturen.

Over het algemeen geldt dat een gratieverzoek een opschortende werking heeft zolang de veroordeelde persoon nog geen oproep heeft gehad het vonnis te ondergaan én als de veroordeelde persoon niet voor het betreffende vonnis al gedetineerd is.

Veel cliënten gaan ten onrechte uit van deze opschortende werking. Wanneer een oproep is ontvangen om te melden voor het ondergaan van een gevangenisstraf, neem dan contact op met het parket met de vraag of de straf wordt opgeschort. Het Openbaar Ministerie is belast met de tenuitvoerlegging van straffen en staat in verbinding met het Bureau Bijzondere Diensten dat de oproep heeft verzonden.

Het Ministerie van Justitie voert een onderzoek uit naar de gratiemoetieven. Zij sturen de aanvraag voor advies naar de rechter. Om de rechter in staat te stellen zich een goed oordeel te vormen en een verantwoord advies uit te brengen, verzamelt het Openbaar Ministerie (Officier van Justitie) eerst de nodige gegevens. Zo worden bijvoor-

beeld inlichtingen ingewonnen bij de plaatselijke politie. De politie kan contact opnemen met de cliënt. Ook bij de reclassering kunnen inlichtingen worden ingewonnen. De rechter brengt advies uit aan de Koningin. Het komt maar zelden voor dat hier nog van afgeweken wordt.

De betrokkene krijgt tenslotte bericht of de aangevoerde gratiemoetieven voor waar worden aangenomen. De hele procedure kan maanden in beslag nemen. Tegen gratiebeslissingen is geen hoger beroep mogelijk.

*Meer informatie over boetes, gratie en straffen is te vinden op het internet:
www.justitie.nl/publiek/straf_en_boete/index.asp*

7. FAMILIE EN SOCIAAL NETWERK

Het is moeilijk om op dit leefgebied praktische handreikingen te geven voor een casemanager. Veel hangt vooral af van de inzet, de motivatie en de sociale vaardigheden van de cliënt zelf om nieuwe contacten te leggen en initiatieven te nemen op het gebied van het opbouwen van een nieuw sociaal netwerk.

Familie

Door jarenlange verslaving zijn de contacten met familie vaak ernstig verstoord of geheel verbroken. Per cliënt zal moeten worden geïnventariseerd of herstel van de familiecontacten gewenst en haalbaar is.

De casemanager zal hier van meet af aan in betrokken moeten zijn en kan in het mogelijk herstel van familiecontacten een eigen specifieke rol spelen. Steeds zal nadrukkelijk moeten worden nagegaan of de familiecontacten ondersteunend dan wel belemmerend zijn in het hulpverleningsproces.

Zoals gezegd worden ouders en opvoeders in de behandeling bij de meeste klinische voorzieningen betrokken (relatie- en gezinstherapie). Wanneer zij behoefte hebben aan steun van lotgenoten, kunnen zij terecht bij zelfhulporganisaties van ouders van verslaafden. Behalve herkenning van lotgenoten krijgen zij ook handvatten om verder met hun zoon/dochter om te gaan. Uiteindelijk heeft de (ex)verslaafde hier dan ook baat bij.

Er zijn verschillende (zelf)hulpgroepen voor ouders, familie en vrienden.

Landelijke Stichting Ouders en Verwanten van Druggebruikers (LSOVD)
Meerkoethof 40
Postbus 12132
3501 AC
Tel: 030 254 43 00
E-mail: info@lsovd.org
www.lsovd.org

Sociaal netwerk

Voor de doelgroep van casemanagement, is de verslaafdenscène, ondanks alle problemen die zich daar voordoen, toch een hecht en vertrouwd sociaal netwerk. Het is belangrijk na te gaan of deze contacten in een meer genormaliseerde omgeving kunnen worden ingebed. Denk hierbij bijvoorbeeld aan gebruiksruidten maar ook aan belangenverenigingen van verslaafden. Landelijk fungeert het LSD (Landelijk Steunpunt Druggebruikers) als zodanig. Vaak zijn er ook lokale initiatieven. Als de cliënt zich juist wil losmaken uit de verslaafdenscène, dan zal de casemanager expliciet aandacht moeten schenken het opbouwen van nieuwe contacten buiten de verslaafdenscène. Daarbij kan weliswaar gebruik gemaakt worden van een aantal projecten en initiatieven maar de individuele inzet en sociale vaardigheden van de betrokken cliënt blijken veelal bepalend.

Het opbouwen van een gezond sociaal netwerk met vrienden en kennissen duurt jaren. Naast vriendschap zijn ook cliënten op zoek naar intimiteit en seksualiteit maar helaas gaat dit de meeste cliënten niet altijd even goed af. De casemanager zal in het begeleidingscontact nadrukkelijk aandacht moeten schenken aan deze aspecten, de moeilijkheden die cliënten ondervinden bij het aangaan van (seksuele) relaties, de teleurstellingen als het misloopt en de reflectie op hun eigen aandeel hierin. Ook het werken met en reageren op contactadvertenties kan voor de cliënt een belangrijk hulpmiddel zijn om nieuwe relaties te ontwikkelen.

Er zijn een aantal projecten die kunnen helpen bij het opbouwen van een sociaal netwerk. Zo kennen veel steden bijvoorbeeld de zogeheten 'maatjesprojecten' waarbij gericht gewerkt wordt aan nieuwe sociale contacten.

Vrije tijd

Het is voor veel cliënten moeilijk om te gaan met hun vrije tijd. Eenzaamheid komt hier om de hoek te kijken. Veel cliënten brengen hun avond daarom het liefst hangend voor de televisie door. Dit komt niet alleen uit gemak voor maar ook omdat de drempel om naar een club of sportvereniging te gaan hoog is. Cliënten vinden het vaak eng om alleen naar voetbal of fitness te gaan. Het is dan ook aan te bevelen dat een begeleider de eerste keer meegaat. Een andere optie is om met een klein groepje te gaan. Verder is het voor een aantal cliënten zinnig om een beroep te doen op kerken en pastoraal werkers. Ook kan men overdag terecht bij laagdrempelige voorzieningen zoals het dagactiviteitencentrum.

Verder is het aan te bevelen om met de cliënt na te gaan of hij/zij de eigen ervaringen wil gebruiken om andere voorlichting te geven. Dit kan onder meer bij zelfhulporganisaties als de Anonieme Alcoholisten (AA) of Delinquentie & Samenleving, voor en met ex-gedetineerden.

Algemeen Diensten Bureau AA Nederland
Postbus 2633
3000 CP Rotterdam
www.aa-nederland.nl
E-mailadres: adb@worldonline.nl
Tel: 020 243 01 75

Delinquentie & Samenleving
Landelijk Bureau
Boothstraat 1
3512 BT Utrecht
Tel: 030 244 74 45

Tot slot zal de casemanager moeten bezien of het opstarten van een nazorggroep van belang is waarin cliënten elkaar geregeld treffen om ervaringen uit te wisselen. Ervaring heeft geleerd dat een dergelijke 'terugkomgroep' wel de nodige ondersteuning vraagt.

Literatuur

- Boevink, G., Duchenne-Van den Berge, W., Stegerhoek, R. Gesprekken zonder grenzen. Communiceren met patiënten van Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse afkomst. Woerden: Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ), 2001.
- Doedens, P., Meulders, W.A., Knibbe, R.A. Richtlijnen voor bemoeizorg. Kwaliteitseisen met betrekking tot de professional, de methodiek, de organisatie. Maastricht: CAD Limburg, 2003 (in druk in 2004).
- Gageldonk, A., Zwart, de, W., Stel, van der, J. De Nederlandse verslavingszorg. Overzicht van de kennis over aanbod, vraag en effect. Utrecht: Trimbos-instituut, 1997.
- Gevaar in de Wet BOPZ. Het gevaarscriterium bij opname en ontslag. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Den Haag, 2000.
- Gids Geestelijke Gezondheidszorg 2002. M.m.v. het Trimbos-instituut. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002.
- Handboek voor trajectbegeleiding justitiële verslavingszorg. Utrecht: Centrum Maliebaan, 2001.
- Land, van 't, H., Vrugink, J., Wolf, J. Passende en samenhangende zorg voor langdurig verslaafden. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003.
- Lindt, van de, S. Bemoei je ermee. Leidraad voor assertieve psychiatrische hulp aan zorgmijders. Assen: Van Gorcum, 2000.
- Lohuis, G., Schilperoort, R., Schout, G. Van bemoei- naar groeizorg. Methodieken in de OGGZ. Groningen: Wolters-Noordhoff bv, 2000.
- Lubbe, van der, P., Wolf, J., Thuijls, M., Olthof, D. Trajectmatig werken in de verslavingszorg; een eerste verkenning. Utrecht: Trimbos-instituut en GGZ Nederland, december 2000.
- Meeuwissen, J., Kroon, H., Zeldenrust, W., Hoekstra, M. Samenwerking tussen GGZ en verslavingszorg rond cliënten met een dubbele diagnose. Een veldinventarisatie. Utrecht: GGZ Nederland, 2001.
- Miller, R., Rollnick, S. Motivational Interviewing: preparing people to change addictive behaviour. New York, London: Guilford Press, 1991.
- Module Zorgmentorschap. Handleiding. Versie 2, juni 2002. Amsterdam: Jellinek, 2002.
- resultaten Scores. Ontwikkeling Sociale Verslavingszorg Instrument (OSVI). Utrecht: GGZ Nederland, 2002.
- Osseman, D. Zorgmentorschap. Een systematiek voor de begeleiding van een moeilijk bereikbare groep. In: Handboek Verslaving, 2002 B 5150, p. 1-20.
- Prochaska, J., DiClemente, C. The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy. Homewood, Ill., Dow Jones-Irwin, 1984.
- Rooijen, van, S., Gaag, van der, M., Kroon, H., Veldhuizen, van, R. Wij komen eraan! Zorg-aan-huis voor mensen met ernstige psychische problemen. Amsterdam: Uitgeverij SWP, 2003.
- Thuijls, M., Zeegers, M., Hees, van, M. Handreiking invoeren trajectmatig werken in een complexe omgeving. Arnhem: De Griff, 2003.
- Wolf, J., Mensink, C., Lubbe, van der, P., Planije, M. Casemanagement voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen. Een systematisch overzicht van interventie en effect. Utrecht: Trimbos-instituut, GGZ Nederland, 2002.

Lijst van afkortingen

AA	Anonieme Alcoholisten	UWV	Uitvoering Werknemersverzekeringen
ABW	Algemene Bijstandswet	WAO	Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering
ACT	Assertive Community Treatment	WIW	Wet Inschakeling Werkzoekenden
ASI	Addiction Severity Index	WSNP	Wet Schuldsanering Natuurlijke Personen
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten	WREA	Wet Reïntegratie Arbeidsgehandicapten
BOPZ	Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen	WW	Werkloosheidswet
CJIB	Centraal Justitieel Incassobureau	ZW	Ziektewet
CMO	Centrum Maatschappelijke Opvang		
CWI	Centrum voor Werk en Inkomen		
GAK	Gewestelijk Administratiekantoor		
GBA	Gemeentelijke Basisadministratie		
GGD	Gemeentelijke Geneeskundige Dienst		
GG & GD	Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst		
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg		
GUO	Gemeenschappelijk Uitvoerend Orgaan		
ICM	Intensive Casemanagement Model		
IVO	Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving Rotterdam		
LISV	Landelijk Instituut Sociale Verzekeringen		
LSD	Landelijk Steunpunt Druggebruikers		
LSOVD	Landelijke Stichting Ouders en Verwanten van Druggebruikers		
OGGZ	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg		
OSVI	Ontwikkeling Sociale Verslavingszorg Instrument		
PI	Penitentiaire Inrichting		
PBW	Penitentiaire Beginselen Wet		
PTF	Probleem Taxatie Formulier		
RDW	Rijksdienst voor het wegverkeer		
RIBW	Regionale Instelling Beschermd Woonvormen		
ROC	Regionaal Opleidingscentrum		
RWW	Rijksregeling Wet Werkloosheid		
SFB	Sociaal Fonds Bouwnijverheid		
SOV	Strafrechtelijke Opvang Verslaafden		
SPD	Sociaal Pedagogische Dienst		
USZO	stichting Uitvoeringsinstelling Sociale Zekerheid voor Overheid en Onderwijs		

Bijlage 1 Activiteiten

Voor het schrijven van deze handreiking zijn verschillende activiteiten ondernomen. Om zicht te krijgen op de praktijk zijn casemanagers en coördinatoren van verschillende casemanagementpraktijken geraadpleegd. Daarnaast is gebruik gemaakt van verschillende bronnen. Hier volgt een korte beschrijving.

WERKGROEP

Op initiatief van het Ontwikkelcentrum is de 'werkgroep casemanagement' gevormd. Casemanagers en coördinatoren van een zestal casemanagementpraktijken -met een gemeenschappelijke focus op langdurig verslaafden met meervoudige problemen- kwamen op regelmatige basis in de werkgroep bijeen. Binnen de werkgroep werd het schriftelijke materiaal voor de handreiking getoetst aan de praktijk. Voor de samenstelling van de werkgroep verwijzen we naar bijlage 6.

KERNINDICATOREN

Samen met een panel van deskundigen uit de verslavingszorg en GGZ (zie bijlage 6) kwamen we tot overeenstemming over een aantal kernindicatoren voor het wetslagen van een casemanagementprogramma. Input voor de indicatoren vormde de criteria van het Assertive Community Treatment model (zie bijlage 3). Deze werden door het panel van deskundigen op relevantie en volledigheid beoordeeld. De lijst werd aangevuld met een aantal indicatoren die binnen de Nederlandse verslavingszorg van toepassing zijn. Vervolgens werden deze indicatoren beoordeeld op mate van belang. Dit leverde een lijst van 35 kernindicatoren voor casemanagement op.

MODULE ZORGMENTORSCHAP

Door de Jellinek is in 2001 de Module Zorgmentorschap ontwikkeld voor de begeleiding van moeilijk te bereiken verslaafde mensen in Amsterdam. Het beschrijft een vorm van casemanagement met een sterk outreachend karakter. Verschillende instellingen voor verslavingszorg (Jellinek, Tactus, Brijder Verslavingszorg) hebben inmiddels ervaring opgedaan met de module. Voor deze handreiking is dankbaar gebruik gemaakt van de systematiek uit de module.

HANDBOEK VOOR TRAJECTBEGELEIDING JUSTITIËLE VERSLAVINGSZORG
Door Centrum Maliebaan is in 2001 een handboek voor trajectbegeleiding van justitiële verslaafden in Utrecht ontwikkeld. Het handboek dient als praktijkondersteuning voor hen die werken met verslaafden met complexe en meervoudige problematiek. Er worden acht leefgebieden beschreven die corresponderen met de aandachtsgebieden in de screeningsinstrumenten. Per leefgebied worden werkinstructies geboden voor de verschillende stappen in de aanpak. Voor deze handreiking zijn de instructies herschreven en/of algemeen toepasbaar gemaakt.

Bijlage 2 Modellen van casemanagement

Modellen	Makelaars- Model	Assertive Community Treatment (ACT)	Strengths- based model	Clinical casemanage- ment model
Kenmerken				
Onderscheidend Kenmerk	Coördinatie	Totaalpakket	Nadruk op sterke kanten en empowerment	CM-er als rolmodel Ook psycho- –therapeutisch
<i>Actieve benadering</i>	Nee	Ja	Ja	Ja
<i>Belang werkrelatie</i>	Redelijk groot	Groot	Groot	Zeer groot
<i>Coördinatie/ dienstverlening</i>	Coördinatie, geen of zeer beperkte dienstverlening	Dienstverlening	Dienstverlening en coördinatie	Dienstverlening en coördinatie
<i>Dienstverlening in de thuissituatie</i>	Nee	Ja	Ja	Ja
<i>Verantwoordelijkheid voor cliënten/ caseload bij team/ individuele werker</i>	Individuele werker	Team	Individuele werker	Individuele Werker
<i>Multidisciplinair team</i>	Nee	Ja	Nee	Nee
<i>Groei versus stabilisatie bij cliënt</i>	Tussenpositie	Groei	Groei	Tussenpositie
<i>Paternalisme versus empowerment</i>	Tussenpositie	Paternalisme	Empowerment	Tussenpositie
<i>Doorsnee caseload</i>	35	10	15	15

Bijlage 3 Criteria voor het ACT model

- I STRUCTUUR
- Kleine caseload; casemanager-cliënt ratio is 1 op 15
 - Teambenadering: casemanagers 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 casemanagers: vermijden van te grote wisseling in personeel
 - Additionele specialisten in team: verpleegkundigen, arbeidsrehabilitatiewerkers, werkers uit verslavingszorg en geestelijke gezondheidszorg.
 - Voldoende grootte van programma gezien doelgroep en hun problemen en behoeften. Volledige bezetting van noodzakelijke werkkraft.
- II ORGANISATIE
- Expliciete 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
 - Verantwoordelijkheid voor crisisopvang, 24 uur per dag
 - Verantwoordelijkheid voor opnames in psychiatrische ziekenhuizen, klinieken, time-out voorzieningen, etcetera.
 - Verantwoordelijkheid voor ontslagvoorbereiding en –planning
 - Hulpverlening in principe van onbeperkte duur.
- III INHOUD
- Diensten en hulp worden ‘in vivo’ aangeboden, in woon- werk en leefomgeving van cliënten
 - Actieve benadering van en bemoeienis met cliënten (outreach)
 - Hoge intensiteit hulpverlening (veel contacttijd), hoog aantal hulpverleningscontacten
 - Werken met omgeving en sociale netwerk
 - Specifieke hulpverlening: voor verslaving, psychische problemen, dagbesteding, financiën etc.
 - Betrokkenheid van cliënten in ontwikkeling programma, deel van team.

Bijlage 4 Kernindicatoren

DOELSTELLING EN DOELGROEP

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

IN- EN UITSTROOM

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

TRANSPARANT PROGRAMMA

5. Bij de start is er een beschrijving van het casemanagementprogramma. De beschrijving omvat:
 - profielschets beoogde doelgroep en selectiecriteria
 - visie op doelgroep, verslaving en missie van casemanagement
 - te realiseren doelen
 - inventarisatie / onderzoek / beoordeling van het programma en voorkomende problemen bij de uitvoering ervan
 - zorgplansystematiek
 - activiteiten en modules in het programma
 - samenwerking met andere afdelingen en instellingen
 - organisatie van het programma (overlegvormen etc.)
 - randvoorwaarden (huisregels, dossiervorming, registratiesysteem, formatie en personeelsbeleid, etc).

OMVATTEND, GEïNTEGREERD EN SAMENHANGEND AANBOD

6. Het casemanagementprogramma voorziet in actieve benadering van en bemoeienis met cliënten (outreach).
7. Het casemanagementprogramma is verantwoordelijkheid voor de organisatie van crisisopvang, 24 uur per dag, en grijpt zonedig zelf in acute situaties in.
8. Het casemanagementprogramma is verantwoordelijkheid voor de organisatie van opnames in psychiatrische ziekenhuizen, klinieken, time-out voorzieningen, etc.
9. De hulpverlening van het casemanagementprogramma is in principe van onbeperkte duur. Als cliënten aan de uitstroomcriteria voldoen dan stromen zij uit.
10. De intensiteit van de hulpverlening is wisselend en naar behoefte hoog (veel contacttijd, hoog aantal hulpverleningscontacten). De autonomie van de cliënt staat voorop: zoveel hulp als nodig en zo weinig als mogelijk.
11. Het casemanagementprogramma voorziet in verschillende modules en biedt die aan naar de laatste wetenschappelijke inzichten. Inzet is:
 - verbeterde zelfzorg
 - regelmatig dag- en nachtritme
 - verbeteren lichamelijke gezondheid
 - verbeteren geestelijke gezondheid
 - (opnieuw) leren van vaardigheden
 - schuldsanering (uitstaande schulden en boetes) en budgettering
 - herstellen en opbouwen van sociaal netwerk (familie en vrienden)
 - zoeken en behouden van (vrijwilligers-)werk en/of opleiding
 - invulling van vrije tijd
 - zoeken en behouden van huisvesting
 - voeren van een huishouden
 - voorkomen van crisis
 - verminderen delictgedrag en terugvalpreventie
 - verminderen verslavingsgedrag en terugvalpreventie
 - zorg voor medicatie (toediening en beheer van door arts voorgeschreven medicatie).
12. Er bestaat per cliënt één dossier dat hem/haar tijdens het gehele casemanagement traject volgt. Dit laat onverlet dat er bij verschillende instellingen verschillende dossiers kunnen bestaan.
13. In het dossier van de cliënt zit minimaal: het zorgplan, verslag van de tussenevaluaties, relevante stukken over diagnostiek en inventa-

risatie, verslagen die de verschillende behandelaars / begeleiders maken (bv. van casemanager, groepswerkers, vakkrachten), en meldingen van incidenten en maatregelen.

14. Er bestaat een goed functionerend en informatief cliëntvolgsysteem binnen het casemanagementprogramma. Individuele cliënten kunnen hierin worden gevolgd.

PASSENDE EN SAMENHANGENDE ZORG/ INDIVIDUEEL TRAJECT

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

COMPETENTE MEDEWERKERS

18. Casemanagers worden voor de start van het programma en tijdens de uitvoering van het programma (onderhoud!) getraind, bij voorkeur in de eigen werksituatie. Componenten zijn omgang met agressie, kennis van het sociaal netwerk, kennis van psychische stoornissen en verslavingen en van medicatie en hun interactie met middelengebruik.
19. Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van casemanagers

leveren in de uitvoering geen problemen op.

20. Eens per zes weken zijn er voor casemanagers intervisiebijeenkomsten waarin aan de hand van casussen reflectie wordt gepleegd op hoe er wordt gewerkt.
21. Casemanagers zijn gemotiveerd voor en tevreden met hun werk. Dit blijkt uit subjectieve maten en uit de percentages van verzuim en verloop.
22. Bij vertrek uit het casemanagementprogramma krijgen medewerkers een exitgesprek waarin de reden voor vertrek vastgesteld en op schrift gesteld wordt.

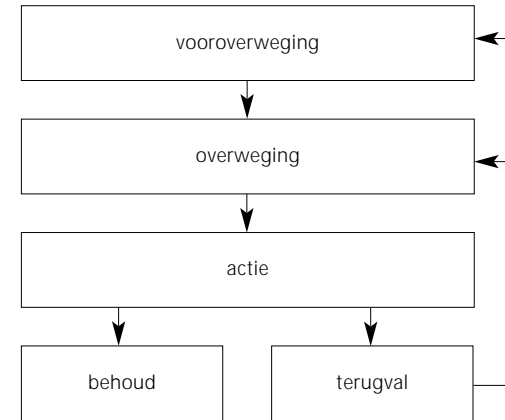
ORGANISATIE

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

VOORWAARDEN

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

**Bijlage 5 De stadia van verandering
(Prochaska, 1984)**



Bijlage 6 Samenstelling expert panel

REGIEGROEP EN WERKGROEP

Expertpanel

Dhr. J. Bombeeck	GG&GD Amsterdam
Dhr. H. Don	Reclassering Leger des Heils
Dhr. J. Dölle	GGZ Friesland/ Dr. Kuno van Dijkstichting
Dhr. H. de Graaff	De Riethorst, Ede
Dhr. C. Kooijman	GGZ Eindhoven
Mevr. A. Luiten	Tactus, Enschede
Dhr. T. Theunissen	CAD Noord-Limburg
Mevr. M. Thuijls	De Grift, Arnhem
Mevr. A. von Unruh	GGD Groningen
Dhr. A. Wolters	Brijder Verslavingszorg, Hoorn
Mevr. N. van der Zeijden	Parnassia, Zoetermeer

Regiegroep

Mevr. M. van Dommelen	Centrum Maliebaan, Utrecht
Dhr. K. van Duijvenbooden	Trimbos-instituut, Utrecht
Dhr. D. Olthof	De Grift, Arnhem
Mevr. J. Wolf	Trimbos-instituut, Utrecht

Werkgroep

Dhr. D. van Elst	Centrum Maliebaan, Utrecht
Dhr. K. Hofman	CAD Drenthe
Mevr. J. Jans	De Grift Nijmegen
Dhr. P. Klarhamer	GGZ Nijmegen
Dhr. J. Kuik	CAD Drenthe
Mevr. A. Luijten	Tactus, Enschede
Mevr. B. Neef	Tactus, Enschede
Mevr. A. Stortelder	Tactus Enschede
Dhr. A. van der Tholen	Jellinek, Amsterdam.
Mevr. N. van der Zeijden	Parnassia, Zoetermeer

