

Beter worden doe je thuis –

GGZ & Ambulante zorg voor bewoners die zelfstandig wonen

Casusreeks Sociaalpedagogische Hulpverlening

Ontwikkeld door Paul P.J. Overvoorde, programmaleider IZW, i.s.m. Sibylla Moerkens-Wester, casemanager GGZ Noord-Holland-Noord, Langdurende Psychiatrische Zorg. Dit studiemateriaal, bedoeld voor studenten hbo-Sociaal Pedagogische Hulpverlening en hbo-Verpleegkunde, is ontwikkeld in het kader van het onderzoeksprogramma 'Intrapreneurship in Zorg en Welzijn' (IZW).

De naam van de casus is ontleend aan het gelijknamige project van GGZ Noord-Holland-Noord, waarvoor die instelling ook de Univé Paludanusprijs 2010 heeft gewonnen. Dit project beoogt mensen met een ernstige psychiatrische stoornis zo veel mogelijk in de eigen woonomgeving te behandelen en te begeleiden.

Deze casus behoort als studiemateriaal bij het boek *Ondernemen In Welzijn*, Hoofdstukken 6 en 7 (uitgeverij www.eburon.nl)

Inleidende opmerkingen

Het casustraject dat hier in fasen beschreven staat, beslaat een paar jaar en ligt op het gebied van de Ambulante geestelijke gezondheidszorg. Het gaat om een cliënt met, zoals na verloop van tijd blijkt, veel belastende bagage: naast de psychiatrische stoornis zijn er ook veel ingrijpende gebeurtenissen geweest in het leven van de cliënt waarmee rekening moet worden gehouden bij het werken aan herstel en het 'weer mee gaan doen', de Wmo-participatiedoelstelling.

Het Raamwerk van FACT

Voordat we kennis gaan maken met Siebe, de cliënt die in deze casusopdracht centraal staat, is een oriëntatie op de benadering van FACT essentieel. Het wijkteam van waaruit de casemanager werkt is namelijk een FACT-wijkteam en dat biedt vele mogelijkheden voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning van psychiatrische patiënten in de langdurende psychiatrische zorg. Zie ook bijlage 5 (website), met veel informatie over het kader waarbinnen men werkt: over de GGZ-NHN en het aanbod vanuit de divisie *Langdurende psychiatrie*, over FACT en FACT-principes, en procedures.

GGZ Noord-Holland Noord biedt haar cliënten hulp door middel van de zogenaamde FACT-methode. FACT staat voor Functie Assertive Community Treatment. Dit model is ontwikkeld door GGZ Noord-Holland-Noord en wordt inmiddels in Nederland door meer instellingen omarmd. Met behulp van de FACT-methode wordt aan een brede groep mensen met een ernstige psychiatrische aandoening zorg én behandeling in de eigen omgeving verleend. Hierdoor kunnen ook ernstig ontregelde psychiatrische cliënten zelfstandig in de wijk wonen.

Het doel van de FACT-methode is het leveren van hoogwaardige behandeling en begeleiding, wat cliënten ondersteunt in hun herstelproces. De hulp- en ondersteuningsvragen van cliënten zijn hierbij het uitgangspunt. Het behandel aanbod sluit aan bij het gewone leven en richt zich, naast de vermindering van psychische klachten, op wonen, werken, leren, vrijetijdsbesteding, sociale en intieme relaties en het familieleven.

Bij de behandeling van een cliënt vanuit een FACT-team zijn drie typen interventies te onderscheiden: behandeling, rehabilitatie en herstel, en intensivering van zorg bij ontregeling/crisissituaties. Afhankelijk van het stadium waarin de cliënt zich bevindt en de benodigde intensiteit, wordt hulp geboden door de casemanager of zo nodig door het hele team. Om in deze teams als casemanager een bijdrage te kunnen leveren is een vervolgopleiding na de hbo-opleiding Sociaal Pedagogische Hulpverlening, en Verpleegkunde noodzakelijk.

Voorafgaande vragen inzake FACT – lees 'Het Fact-model' op www.ondernemeninwelzijn.com

Bronnen:

Hoofdstuk 3: Het Fact-model (Remmers van Veldhuizen, Michiel Bähler), uit *Handboek FACT*, red. Veldhuizen, Bähler, Polhuis en Van Os, Utrecht, 2008, ISBN 9789058981356, pp. 29-47.

Bijlage 5: Aanvullende informatie over GGZ NHN, FACT en Langdurende psychiatrie

(de bijlagen staan op de website van het boek: www.ondernemeninwelzijn.com)

Vragen:

1. *Wat zijn de belangrijkste uitgangspunten van FACT?*
2. *Uit welke disciplines bestaat een FACT-team?*
3. *Voor welke doelgroep is FACT geïndiceerd? Welke kenmerken hebben de personen die tot die doelgroep worden gerekend?*
4. *Wat is het verschil tussen een ACT-team en een FACT-team?*
5. *Wat biedt de FACT-methode de cliënt en wat is de meerwaarde voor de cliënt om behandeld en begeleid te worden door een FACT-team?*
6. *Bedenk wat voor consequenties de FACT-methode heeft voor de naast betrokkenen van de cliënt.*
7. *Beschrijf de expertise van de hbo-V'er/hbo-SPH'er in een FACT-team.*
8. *Hoe sluit FACT aan op de Wmo-gedachte?*

Beter worden doe je thuis: de casus met Siebe, interventies en verloop

De casus is een beschrijving van een cliënt, Siebe (30 jaar), uit het FACT-wijkteam van een grote GGZ-instelling in Nederland.

Korte biografische schets

De cliënt Siebe is een man van dertig jaar; hij komt uit een eenoudergezin. Zijn moeder kreeg hem toen zij achttien jaar oud was, zijn vader is onbekend. Hij heeft geen broers of zussen. Aanvankelijk woonde Siebe thuis bij zijn moeder, maar vanaf zijn tiende heeft hij wisselend bij allerlei familieleden gewoond. Er waren veel problemen thuis, de omstandigheden waren ook niet ideaal en zijn moeder kon hem nauwelijks aan. De basisschool heeft hij wel afgemaakt en hij is naderhand gaan werken. Problematisch is wel dat hij al op jonge leeftijd aan de drugs, speed en alcohol is geraakt. Momenteel woont hij bij een oom.

In de periode kort voordat Siebe bij de GGZ in beeld kwam, is hij psychotisch geworden. Hij hoorde stemmen in zijn hoofd; door alcohol en drugs, en door spiritus te drinken probeerde hij van die stemmen af te komen. Dat heeft uiteraard niet geholpen en het heeft zijn toestand verslechterd. Via de huisarts is Siebe verwezen naar de GGZ-instelling, die hem na een intake indiceerde voor het FACT-team, waar jij als casemanager (met een SPH- of hbo-V-opleiding) deel van uitmaakt. Jij bent er bovendien nauw bij betrokken, want na overleg in het team ben jij zijn mede-casemanager geworden. Van jou wordt verwacht dat je met en voor Siebe een Behandelplan en een Signaleringsplan maakt. Zie de formats voor een Behandelplan en een Signaleringsplan. (bijlagen 1 en 2)

Een behandelplan wordt gemaakt zodra een cliënt onder de hoede van het wijkteam komt. Het plan wordt minimaal één keer per jaar in een Behandelplaneluatie geëvalueerd, samen met de psychiater, cliënt en jou als zijn casemanager; zo nodig wordt het bijgesteld. Als de cliënt het wil, mogen naasten daar ook bij zijn. Zo'n plan maak je samen met de psychiater en de cliënt. De casemanager voert hiertoe één of meer voorbereidende gesprekken. Ook wordt gebruik gemaakt van evaluaties met de patiënt, bijvoorbeeld vanuit activiteitencentra waar een cliënt overdag is, of evaluaties door eventueel andere behandelaren in het EPD (Elektronisch Patiënten Dossier) en de scores uit de HoNOS en MANSA. De HoNOS is een meetinstrument dat de geestelijke gezondheidstoestand en het sociaal functioneren van psychiatrische cliënten meet. De casemanager vult samen met de cliënt de HoNOS-vragenlijst in, waarbij de casemanager de scores bij de vragen bepaalt (zie bijlage 3). De MANSA is een vragenlijst waarmee de kwaliteit van leven wordt vastgesteld (zie bijlage 4). De casemanager laat de patiënt de MANSA-vragenlijst zelf invullen.

De casemanager is verantwoordelijk voor het verzamelen van info en het betrekken van informatie bij de andere behandelaren. De informatie van de familie over hem is belangrijk en van grote toegevoegde waarde. Op basis van gesprekken met hem verwacht men alvast wat voorstellen van jou voor het deel waarin jij hem begeleidt c.q. behandelt.

Binnen de divisie Langdurende psychiatrie wordt gewerkt vanuit de Herstelvisie. De doelen van de patiënt zijn uitgangspunt, de herstelgedachte vormt de basis. Doelen hebben betrekking op

behandeling, wonen, werken en dagbesteding. Zijn of haar doelen staan centraal in het Behandelplan.

Casusituatie fase1

Behandelplan – onderzoek naar de feiten

Vragen:

1. Volgens welke wet is het maken van een Behandelplan verplicht?
2. Wat geeft de Wmo aan met betrekking tot behandeling, begeleiding c.q. ondersteuning van deze cliënten? Met welke Wmo-prestatievelden zie jij raakvlakken als het gaat om de behandeling van Siebe?
3. Bespreek het GGZ-format Behandelplan (zie bijlage 1).
4. Vergelijk dit format met de formats van de Behandelplannen van de Algemene Gezondheidszorg (AGZ) en van de Maatschappelijke Gezondheidszorg (MGZ). Welke verschillen en welke overeenkomsten zie je? Welke zijn van belang met het oog op de behandeling van Siebe?
5. Bespreek het meetinstrument om alle psychiatrische problemen in kaart te brengen (HoNOS).
6. Bespreek het meetinstrument om de kwaliteit van leven voor de cliënt met hem in kaart te brengen (MANSA).
7. Wat is het doel, wat is de opzet van het GGZ-Behandelplan? Welke gegevens heb je daarvoor nodig?
8. Stel een lijstje met vragen op waarvan de antwoorden daarop je helpen om achter die gegevens voor het Behandelplan te komen. Wie zijn de meest geëigende personen om antwoord op de vragen te geven?
9. Bespreek de specifieke manieren van formuleren, de beste taal om het gesprek met de cliënt aan te gaan – waar moet met name zoal op worden gelet tijdens dat gesprek?
10. Een passende houding en communicatievorm hebben een groot effect op de begeleiding en de behandeling. Wat zou bij Siebe een passende attitude zijn? Wat is de passende vorm van communicatie?
11. Welke gespreksmethodieken lijken in deze situatie van bijzonder nut?

12. Voer een dergelijk gesprek in een rollenspel met een medestudent als cliënt om je gespreksvaardigheden te oefenen. Laat medestudenten en de docent(en) dit observeren en bespreek dit gezamenlijk na.

Bronnen:

(de bijlagen staan op de website van het boek: www.ondernemeninwelzijn.com)

Bijlage 1: Format Behandelplan GGZ NHN

Bijlage 3: HoNOS-test

Bijlage 4: MANSA-test

Bijlage 5: Aanvullende informatie over GGZ NHN, FACT en Langdurende psychiatrie

Schippers, Gerard M., & Jannet de Jonge, Motiverende Gespreksvoering, *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid* 57 (2002), pp. 250-265

Overigen: *Format Behandelplan AGZ, Format Behandelplan MGZ* (zoek op internet)

Studieliteratuur over gesprekstechnieken:

Links over Fact <http://www.zorginnovatieplatform.nl/profieldocument/doc/03-DR-Hfdstk-3-Het-FACT-model.doc>

Links over (relevante delen uit) Wmo, en Wmo-prestatievelden

Een Signaleringsplan is een middel om een opkomende crisis bij de cliënt tijdig te kunnen signaleren en daarnaar te handelen. Als casemanager ga je samen met de cliënt in drie fasen de gedragskenmerken van de cliënt beschrijven, met name wanneer de cliënt 1) stabiel is, 2) licht matige symptomen krijgt en 3) ernstige symptomen krijgt.

Signaleringsplan – onderzoek naar symptomen die een crisis aankondigen

Vragen:

1. *Bespreek het GGZ-format Signaleringsplan (zie bijlage 2).*
2. *Wat is het doel, wat is de opzet van het GGZ-Signaleringsplan? Welke gegevens heb je daarvoor nodig?*
3. *Stel een lijstje met vragen op waarvan de antwoorden daarop je helpen om achter die gegevens voor het Signaleringsplan te komen. Wie zijn de meest geëigende personen om antwoord op de vragen te geven?*
4. *Bespreek de specifieke manieren van formuleren, de beste taal om het gesprek met de cliënt aan te gaan – waar moet met name zoal op worden gelet tijdens dat gesprek?*
5. *Welke gespreksmethodieken lijken in deze situatie van bijzonder nut?*
6. *Voer een dergelijk gesprek in een rollenspel met een medestudent als cliënt om je gespreksvaardigheden te oefenen. Laat medestudenten en de docent(en) dit observeren en bespreek dit gezamenlijk na.*

Bronnen:

(de bijlagen staan op de website van het boek: www.ondernemeninwelzijn.com)

Bijlage 2: Format Signaleringsplan

Bijlage 5: Aanvullende informatie over GGZ NHN, FACT en Langdurende psychiatrie

Schippers, Gerard M., & Jannet de Jonge, Motiverende Gespreksvoering, *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid* 57 (2002), pp. 250-265

Studieliteratuur over gesprekstechnieken

Veldhuizen, Remmers van, & Michiel Bähler, Diana Polhuis en Jim van Os, *Handboek FACT*, Utrecht, 2008

Links over Fact <http://www.zorginnovatieplatform.nl/profieldocument/doc/03-DR-Hfdstk-3-Het-FACT-model.doc>

Link met GGZ-format Signaleringsplan

Links over (relevante delen uit) Wmo, en Wmo-prestatievelden

Strenghtmodel van rapportage

Multiple Richtlijnen Schizofrenie

SPH-methodieken

Bassant, J. (2010), *Methodieken voor sociaal-pedagogische hulpverleners*

Boluijt, W. e.a. (2009), *De Creatieve Professional – met afstand het meest nabij*

Siebes behandelplan en signaleringsplan worden beide in het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) opgeslagen. Vanuit het FACT-wijkteam wordt Siebe begeleid door jou als zijn casemanager vanuit dat team. De leden van het team hebben allen toegang tot dat dossier, wat goed werkt bij teambesprekingen over zijn ontwikkelingen. Je kunt die en andere gegevens makkelijk op het scherm tonen, zodat iedereen weet waar het over gaat.

Siebe woont nog bij een oom, maar de gastvrijheid is nu ook wel een beetje tegen wil en dank – ook omdat het allemaal zo lang duurt. De casemanager gaat een keer per week bij de cliënt op huisbezoek. Na een aanvankelijk hoopgevende start blijkt Siebe zich niet aan de medicatie te houden; bovendien ontaardt het gebruik van een paar biertjes per dag in een ernstige verslaving. Er is sprake van *Binge*-drinken. De vriendin die hij eerst had, en hem hielp, heeft dit niet volgehouden en de relatie uitgemaakt. Zij is nu definitief buiten beeld, blijkt uit de gesprekken van Siebe met de casemanager. Ook van zijn oom kan, gezien diens hoge leeftijd, niet veel verwacht worden.

Siebe geeft meer geld uit dan dat er binnenkomt en hij blijkt zijn geld slecht te beheren. Op een gegeven moment wordt het van kwaad tot erger: hij klaagt over stemmen in zijn hoofd en hij wordt weer psychotisch. Als casemanager zie je dat aankomen, omdat hij angstig is en heel beweeglijk; hij durft ook niet meer te slapen en ziet er doodmoe uit. De zorg voor zichzelf neemt zienderogen snel af. Hij gaat met scharen naar bed, en zegt dat hij van zijn stemmen daarvoor opdrachten krijgt.

In de gesprekken met jou kan hij de aandacht niet lang vasthouden. Hij geeft vertraagd antwoord, hij kijkt vaak weg. Hij plukt met zijn handen aan zijn kleren, hij staat voortdurend op en gaat weer zitten. Siebe geeft ook aan dat hij moeilijk van de drank en cocaïne kan afblijven. Voor hemzelf maar ook voor de omgeving is Siebes situatie niet langer houdbaar.

Jij als casemanager signaleert ook een crisis. Directief handelen lijkt nu geboden, want je ziet dat de situatie waarin Siebe verkeert met de dag ernstiger wordt: hij slaapt slechter of helemaal niet en het alcoholgebruik neemt steeds meer toe.

Casusituatie fase 2

Crisis cliënt en FACT-wijkteam

Vragen:

1. *Wat zul je uitgaande van de FACT-benadering in deze situatie, gezien de ernst van de omstandigheden, gaan doen? Welke houding moet je daarbij aannemen?*
2. *Op welke gebieden moet er vanuit het FACT-wijkteam nu snel gehandeld worden?*
3. *Welke mogelijkheden zijn er, wat moet er onmiddellijk gebeuren?*
4. *Als het een opname wordt, wat zijn dan de belangrijkste doelstellingen voor opname?*

Op basis van het gesprek en de observatie wordt jou als casemanager duidelijk dat Siebe snel opgenomen moet worden in een GGZ-kliniek. Onduidelijk is nog wat Siebe zelf wil. Toch zal er snel

gehandeld moeten worden, want er dreigt een gevaarlijke situatie voor hemzelf als gevolg van zijn psychotische decompensatie, dat wil zeggen: de opkomende psychose van hem. Omdat er veel op het spel staat proberen andere leden van het FACT-wijkteam die hem ook begeleiden, hem te beïnvloeden om vrijwillig met een opname in een kliniek in te stemmen. Lukt dat uiteindelijk niet, dan zal in overleg met de psychiater uit het wijkteam besloten moeten worden om een procedure voor gedwongen opname te starten. De formele beslissing om tot dwang over te gaan ligt echter bij de psychiater. Een gedwongen opname blijkt meestal voor de behandeling extra complicaties en blokkades te brengen: het is immers tegen de wil van de cliënt, dus in het begin van de periode in de kliniek zal er veel verzet van hem zijn tegen wat dan ook. Vaak wordt tijdens een opname veel verantwoordelijkheid van een patiënt overgenomen en dat gaat ook ten koste van zijn of haar autonomie. Door een patiënt zo veel mogelijk ambulante te begeleiden neemt het FACT-team alleen datgene over wat een patiënt zelf echt niet kan. Dat strookt met de Wmo-gedachte en het beroep op eigen kracht.

Een FACT-team kan door intensivering van zorg beter drang en dwang uitoefenen en dit zo beperkt mogelijk aanwenden. Bijvoorbeeld door zich te beperken tot een vorm van ambulante drang, waardoor een dwangopname kan worden voorkomen. Een FACT-team kan daarvoor de volgende middelen inzetten:

- *De patiënt alsnog motiveren tot behandeling door verschillende teamleden.*
- *De patiënt dagelijks te bezoeken (tot meerdere malen per dag).*
- *Verskillende disciplines inzetten waardoor verschillende probleemgebieden tegelijkertijd kunnen worden aangepakt.*
- *Een dagstructuur bieden.*
- *Het steunsysteem van de patiënt bij de zorg betrekken.*

Mochten deze interventies vanuit het FACT-team niet lukken en verergert de toestand van Siebe, dan moet alsnog een dwangopname worden overwogen.

Casus situatie fase 3

Casusvragen rond opname in een GGZ-kliniek
<p>Vragen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Welke juridische mogelijkheden zijn er om iemand onder dwang te laten opnemen in een psychiatrische kliniek? Onder welke wet vallen deze maatregelen?</i> 2. <i>Welke stappen moeten bij een gedwongen opname worden ondernomen? Wie moeten daarbij worden betrokken?</i> 3. <i>Welke voordelen en welke nadelen kunnen deze maatregelen hebben met het oog op de behandeling van de cliënt?</i> 4. <i>Welke beroepsethische vragen kun je stellen als het om een gedwongen opname gaat? Bepaal je eigen standpunt hierover in het geval van Siebe en onderbouw dat standpunt met argumenten. Weerleg ook eventuele tegenwerpingen die anderen naar voren zouden kunnen brengen.</i>
<p>Bronnen:</p> <p>wet BOPZ</p> <p>Overvoorde, Paul P.J., <i>Paternalistische Aspecten van de BOPZ, Filosofie & Praktijk</i>, 5/2, 1984, pp. 57-69</p>

De gesprekken van Siebe met verschillende leden van het FACT-team hebben resultaat. Hij ziet ook in dat een snelle opname dringend nodig is. De verstrekkende maatregel van een gedwongen opname is gelukkig niet meer nodig. Op grond van het advies van de psychiater wordt hij vrijwillig opgenomen.

Verder verloop

Siebe wordt opgenomen op een Dubbele Diagnose Kliniek (IDDT: Integrated Dual Diagnosis Treatment). Gedurende de periode dat hij daar onder behandeling is – hij zal er ruim een jaar verblijven – blijft er maandelijks contact met de casemanager. Zo houd jij contact met de cliënt en kun jij ook bijdragen aan het formuleren van concrete doelen en interventies voor de behandeling van Siebe. Dit laatste gebeurt in een Zorgafstemmingsgesprek (ZAG). Dit is een gesprek op de afdeling met alle direct betrokkenen: cliënt, psychiater, psycholoog, verpleegkundige van de afdeling, casemanager maar bijvoorbeeld ook met familieleden.

Aan het einde van een jaar verblijf begint Siebes toestand gelukkig te verbeteren. Zelfs zó dat een leven buiten de kliniek met zelfstandig wonen een serieuze mogelijkheid voor hem wordt geacht. Daar moet dan natuurlijk wel zorg omheen. Maar dit lijkt realiseerbaar met de ondersteuning vanuit het FACT-wijkteam, en de hulp van zijn moeder, die dit graag wil doen. Siebe stond al op een wachtlijst voor een woning en die blijkt beschikbaar; onder begeleiding van jou gaat hij vanuit de kliniek oefenen met zelfstandig wonen in zijn eigen woning.

Eenmaal definitief thuis en zelfstandig wonend gaat het een tijdje goed. Maar na een paar maanden blijkt uit jouw gesprekken met hem dat bepaalde problemen weer gaan opspelen. Siebe zit alleen in zijn nieuwe huis: hij heeft geen passend werk en geen daginvulling. Vrienden en kennissen heeft hij niet (meer), dus een breed ondersteunend sociaal netwerk is er niet; alleen zijn moeder helpt. Hoewel hij graag aan zijn problemen wil werken, loopt hij tegen zijn grenzen aan. Hij is medicatieontrouw onder invloed van stemmen en de bijwerkingen; hij krijgt last van hallucinaties, met name gedurende de nachten. Soms speelt een terugval in alcoholmisbruik of het gebruik van drugs weer op, met alle vervelende gevolgen van dien. De cliënt vlucht in oud gedrag, zo stel jij vast en dit deel je ook met het FACT-wijkteam.

Na een paar moeizame maar diepgaande gesprekken met hem wordt de zorg geïntensiveerd; Siebe wordt op het FACTbord gezet. Als casemanager zien jij en collega's hem nu meerdere keren per week; je staat er samen voor, dus er is sprake van 'shared caseload'. Jouw ervaringen en bevindingen met hem bespreek je met de collega's van het FACT-wijkteam, zodat het Behandelplan kan worden aangepast. Omdat het Behandelplan ook een basis voor de begeleiding van de cliënt vormt, wordt het altijd in de vorm van de ik-persoon beschreven. Daardoor wordt het ook een persoonlijk plan van Siebe met doelen waar hij aan wil werken. Als casemanager nodig jij hem daarom uit voor een Behandelplanevaluatie met de psychiater, en je vraagt hem wie hij daar nog meer bij wil hebben.

Basis voor die gesprekken zijn de wensen van Siebe zelf, de waarnemingen van de casemanager en de andere leden van het FACT-team. Als voorbereiding op het Behandelplan-evaluatiegesprek worden de HoNOS- en MANSA-test afgenomen (zie bijlagen 3 en 4). Jij maakt ook een samenvatting van de resultaten van de behandeldoelen tot nu toe.

Schriftelijke rapportages cliënt Siebe en casemanager

Beschrijving van de problemen en wensen – door Siebe zelf beschreven

- *‘Ik woon sinds kort zelfstandig. Ik heb nog nooit zelfstandig gewoond en heb in meerdere opzichten hulp nodig zoals bijv. huishouden organiseren, budgetteren.*
- *Ik verveel me en zou graag een goede dagbesteding willen hebben en later een betaalde baan.*
- *Ik wil leren hoe ik beter kan omgaan met mijn psychotische klachten zoals stemmen en nare beelden.*
- *Ik wil minder last hebben van piekeren, waardoor mijn slaappatroon verbetert.*
- *Ik heb geen betaald werk en wil dat wel graag.*
- *Ik wil meer in beweging, minimaal 20 minuten per dag.*
- *Ik wil gezond eten en zelf koken.*
- *Ik wil meerdere maaltijden op een dag nuttigen.*
- *Ik wil mijn impulsen beter onder controle hebben.*
- *Ik ben bang om controle te verliezen over ongewenste impulsen en kan erg gaan piekeren.*
- *Bij oplopende spanningen ga ik alcohol drinken en/of cocaïne gebruiken, en kan ik slecht de verleidingen weerstaan. Ik wil het eigenlijk niet, maar kan dan geen “nee” zeggen. Ik ben verslavinggevoelig, bijv. tatoeages laten zetten, energydrinks in grote hoeveelheden drinken. Ik wil mijn verslaving onder controle hebben en weten wat ik moet doen als ik trek krijg. Ik wil leren omgaan met de trek in alcohol en drugs en wil kunnen omgaan met mijn psychotische klachten waar ik vooral in de nacht last van heb.’*

Rapportage bevindingen casemanager inzake cliënt Siebe

Aanleiding hulpvraag van de cliënt gezien vanuit de casemanager

- *Cliënt heeft nog nooit zelfstandig gewoond maar heeft nu wel een woning.*
- *Cliënt kan zijn financiën niet beheren, heeft een WIA-uitkering.*
- *Cliënt heeft een slaapprobleem.*
- *Cliënt heeft dag- en nachtritme omgedraaid.*
- *Cliënt heeft een verslavingsprobleem en er is nu sprake van een terugval.*
- *Cliënt heeft een fors overgewicht en een metabool syndroom.*
- *Cliënt heeft een probleem met eten.*
- *Cliënt ervaart de relatie met de moeder als problematisch.*
- *Cliënt is niet assertief en laat zich snel imponeren.*
- *Cliënt heeft een verstoorde seksuele ontwikkeling.*
- *Cliënt is in het verleden seksueel misbruikt en mishandeld door mannelijke familieleden.*
- *Cliënt wil dagbesteding.*
- *Cliënt heeft moeite met aangaan en behouden van een relatie.*

Op basis van deze bevindingen van Siebe zelf en de casemanager kan nu een volgende stap worden gezet: het bijstellen van het Behandelplan op grond van de nieuwe gegevens. Ook zal het Signaleringsplan samen met Siebe bijgesteld moeten worden. In dat plan zou kunnen staan dat, als Siebe weer psychotisch gedrag vertoont, de zorg geïntensiveerd wordt, en de medicatie aangepast. En dat, als het thuis niet meer verantwoord is, hij zich wel wil laten opnemen in een kliniek, mits de behandeling helpt om zijn autonomie te herwinnen. Dit laatste is uiteraard vanzelfsprekend vanuit de FACT-benadering.

Casusituatie fase 4

Bijstelling Behandelplan Siebe
Casusvragen 1 – probleemgericht oriënterend onderzoek
Vragen: <ol style="list-style-type: none">1. Beschrijf wat er in de fasen van probleemgericht werken, behandelingsgericht werken en herstelgericht werken multidisciplinair nodig is, en met welk doel.2. Welke interventies zijn evidence-based?3. Welke interventies kunnen door jou als hbo-V'er of als hbo-SPH'er worden gedaan en met welk doel?4. Welke interventies door de andere disciplines en met welke doelen?5. Wat kan door Siebe zelf worden gedaan en met welke doelen?6. Bedenk welke mensen van buiten de GGZ je betreft in het bijgestelde behandelplan (opstelling en uitvoering).
Casusvragen 2 – bijgesteld behandelingsplan
Vragen: <ol style="list-style-type: none">1. Maak op basis van bovenstaande analyses en gegevens een bijgesteld behandelplan, met aandacht voor de volgende punten:2. Formuleer SMART-doelen in het behandelplan.3. Bedenk bij elk doel dat je formuleert de interventies die jij als hulpverlener uitvoert en de handelingen die Siebe zelf kan uitvoeren.4. Op welke manier kun je de moeder betrekken bij de behandeling van Siebe?5. Zoek via internet op wat de Wmo kan betekenen voor eventuele dagbesteding van Siebe.6. Zijn er nog andere vormen van waaruit de Wmo-gedachte en regelingen kunnen bijdragen?7. Welke mogelijkheden zijn er voor Siebe ten aanzien van zijn financiën en zijn schulden?8. Maak een voor- en nadelenbalans op ten aanzien van de mogelijkheden voor medicatie en middelengebruik en bijwerkingen c.q. effecten voor de doelstelling van weer 'gaan meedoen' door Siebe in de samenleving.9. Bereid een presentatie (ca. 10 minuten) voor van het behandelplan voor collega-studenten. Onderbouw op basis van argumenten de keuzes die jullie gemaakt hebben.
Bronnen: Behandelplan, Wmo, presentatietechnieken en overige info uit studieliteratuur en relevante links <i>SPH-methodieken</i> Bassant, J. (2010), <i>Methodieken voor sociaal-pedagogische hulpverleners</i> Boluijt, W. e.a. (2009), <i>De Creatieve Professional – met afstand het meest nabij</i> Kloppenburger, R. (2011), <i>Methodiek sociaal pedagogische hulpverlening</i>

Op basis van het bijgestelde Behandelplan en de opgeschaalde zorg middels *shared caseload* gaat het na een halfjaar beter. Er blijkt een nieuwe stabiele periode aan te breken. Siebe heeft zijn huis leuk ingericht en heeft een hond aangeschaft. Overgewicht neemt helaas toe, maar dit is een vervelende consequentie van de medicatie die hij nu wel trouw inneemt. De intensivering van begeleiding werkt en de medicatie slaat aan. Siebe wil werken aan een herstel en kwaliteit van leven verbeteren, dat heeft hij bij meerdere ontmoetingen wel aan je duidelijk gemaakt.

Bij *herstelgericht werken* gaat het erom dat Siebe de greep op zijn eigen leven herwint. De 10 fundamentele componenten van herstel worden als volgt beschreven: *het zelf richting geven; een individuele op de persoon gerichte benadering; empowerment; een holistische aanpak; niet-lineair; op mogelijkheden gericht; lotgenotencontact; respect; verantwoordelijkheid; hoop.* (Brunette & Drake, 2004)

Wmo en de GGZ-instellingsdoelen geven aan dat de cliënt weer moet gaan 'meedoen' in de samenleving, zo veel als mogelijk is. 'Meedoen' kan in velerlei vormen, afhankelijk van de mogelijkheden van de cliënt en de kansen in de omgeving. Het kan vrijwilligerswerk zijn of betaalde arbeid, als dat op een of andere wijze mogelijk is of wordt. 'Meedoen' in allerlei sociale netwerken in de samenleving brengt kansen, maar ook bedreigingen. Dit laatste vooral ook omdat ze een cliënt weer in contact kunnen brengen met allerlei schadelijke verleidingen (alcohol, drugs en verkeerde vrienden) en dan moet je wel sterk in je schoenen kunnen staan. Die brachten Siebe al eerder weer op het verkeerde pad, al is dit niet het hele verhaal: hij is immers ook een man met psychiatrische beperkingen. Bij het werken aan herstel in de vorm van sterke participatie in de samenleving moet er dus goed gekeken worden naar de specifieke mogelijkheden en instrumenten om bedreigingen te keren.

Die factoren kunnen sterk verschillen als de cliënt leeft in een (middel)grote stad of in een gehucht op het platteland ver van de grote stad. Beide locaties bieden verschillen in kansen en bedreigingen; ze bieden werelden van verschil. Het is daarom de moeite waard om voor Siebes casus in deze situatie dit voor beide locaties uit te werken. Dit brengt je als student in de rol van casemanager in de gelegenheid om je breed op de mogelijkheden voor hem te oriënteren en aan de slag te gaan. Maar let op: je doet het als professional voor Siebe, maar ook en vooral met inschakeling van Siebe zelf!

Casussituatie fase 5: opties A en B – een wereld van verschil om kwartier te maken voor Siebe

A: Kwartiermaken door de casemanager in de (middel)grote stad: Siebe woont in Rommelstein, Alkmaar, Amersfoort, Amsterdam, Den Haag, Eindhoven, Groningen, Maastricht, Rotterdam, Utrecht enz.

Vragen:

1. *Welke lokale kansen zijn er in relatie tot het Behandelplan van Siebe? Hoe kunnen deze door en voor Siebe worden benut?*
2. *Welke lokale bedreigingen zijn er in relatie tot het Behandelplan? Hoe kunnen deze gepareerd of geneutraliseerd worden?*
3. *Welke andere hulpbronnen zijn er lokaal, digitaal of anderszins?*
4. *Welke sociale netwerken zijn er – concreet of digitaal – die gezien het Behandelplan voor Siebe van nut kunnen zijn, of bedreigend zijn? Hoe te benutten, hoe ermee om te gaan?*
5. *Welke openbare voorzieningen zijn er die aansluiten op de doelen van het Behandelplan?*
6. *Hoe kan men nu, als Siebe meer mee gaat doen in de samenleving, een eventuele terugval in het zelfstandig wonen voorkomen c.q. adequaat opvangen?*
7. *Welke van deze vragen en acties kunnen door Siebe zelf nu of te zijner tijd worden ondernomen?*
8. *Welke ondernemende rol is er voor het FACT-team als geheel naar de omgeving toe waarin Siebe leeft?*
9. *Stel op basis van deze analyse en gegevens een rapportage op in relatie tot het Behandelplan; laat zien hoe in de omgeving welke bronnen voor welke doelen kunnen worden benut en welke bronnen om bedreigingen te verminderen of te neutraliseren. Dit concretiseert de suggesties voor oplossingen en ondersteuning uit het Behandelplan van Siebe.*
10. *Verzorg een korte presentatie hiervan voor collega's, en bespreek die na.*

Bronnen:

Kerssens, Katinka, *Maatschappelijk Steunsysteem opbouwen (H. 5.4)*, in: Veldhuizen, Remmers van, & Michiel Bähler, Diana Polhuis en Jim van Os, *Handboek FACT*, Utrecht, 2008

Veldhuizen, Remmers van, & Michiel Bähler, Diana Polhuis en Jim van Os, *Handboek FACT*, Utrecht, 2008

B: Kwartiermaken door de casemanager in de regio: Siebe woont in een klein dorp, grote steden zijn op een afstand van 75 km en moeilijk bereikbaar; er is geen auto en rijbewijs en het zakgeld is zeer beperkt om te reizen.

Vragen:

1. Welke lokale kansen zijn er in relatie tot het behandelplan van Siebe? Hoe kunnen deze door en voor Siebe worden benut?
2. Welke lokale bedreigingen zijn er in relatie tot het Behandelplan? Hoe kunnen deze gepareerd of geneutraliseerd worden?
3. Welke andere hulpbronnen zijn er lokaal, digitaal of anderszins?
4. Welke sociale netwerken zijn er – concreet of digitaal – die gezien het behandelplan voor Siebe van nut kunnen zijn, of bedreigend zijn? Hoe te benutten, hoe ermee om te gaan?
5. Welke openbare voorzieningen zijn er die aansluiten op de doelen van het Behandelplan?
6. Hoe kan men nu, als Siebe meer mee gaat doen in de samenleving, een eventuele terugval in het zelfstandig wonen voorkomen c.q. adequaat opvangen?
7. Welke van deze vragen en acties kunnen door Siebe zelf nu of te zijner tijd worden ondernomen?
8. Welke ondernemende rol is er voor het FACT-team als geheel naar de omgeving toe waarin Siebe leeft?
9. Stel op basis van deze analyse en gegevens een rapportage op in relatie tot het behandelplan; laat zien hoe in de omgeving welke bronnen voor welke doelen kunnen worden benut en welke bronnen om bedreigingen te verminderen of te neutraliseren. Dit concretiseert de suggesties voor oplossingen en ondersteuning uit het behandelplan van Siebe.
10. Verzorg een korte presentatie hiervan voor collega's, en bespreek die na.

Bronnen:

Kerssens, Katinka, *Maatschappelijk Steunsysteem opbouwen (H. 5.4)*, in: Veldhuizen, Remmers van, & Michiel Bähler, Diana Polhuis en Jim van Os, *Handboek FACT*, Utrecht, 2008

Veldhuizen, Remmers van, & Michiel Bähler, Diana Polhuis en Jim van Os, *Handboek FACT*, Utrecht, 2008