

Case management

*4.1 Ambulante zorg en leefstijlondersteuning*

Shelley Roby Kruiver, 500230749

LD15-GGZ4

Docent: I.A. Schaap

Studiegidsnummer: 4615GCRMOP

06 januari 2017

Aantal woorden: 2693

**Inhoudsopgave**

Pagina 2: Inleiding / Deelopdracht 1

Pagina 4: Deelopdracht 2

Pagina 5: Deelopdracht 3

Pagina 6: Deelopdracht 4

Pagina 7: Deelopdracht 5

Pagina 8: Literatuur

**Inleiding**

In dit verslag kijk ik naar de rol en uitvoerende functie van een ambulant casemanager binnen een FACT-team *(functie-assertive community treatment*), welke zich richt op een groep mensen met een langdurige of blijvende ernstige psychiatrische aandoening *(EPA)*. FACT teams ondersteunen cliënten om weer mee te doen in de maatschappij op een manier waar zij zich prettig en veilig bij voelen, door met continuïteit te begeleiden, behandelen en te ondersteunen in het herstel *(1)*.

Op dit moment ben ik 2 jaar werkzaam in de verslavingszorg. Op de afdeling High Care Detox, opname afdeling van Mentrum, Vlaardingenlaan. Naast de transmurale zorg die hier is, heb ik geen ervaring als ambulant begeleider. Om die reden heb ik veel informatie uitgewisseld met mijn klasgenootje die wel werkzaam is in de ambulante zorg.

**Deelopdracht 1**

**FACT-team:**

Zoals in de inleiding genoemd ondersteund het multidisciplinaire FACT team in herstel en rehabilitatie. Herstel houdt in dat cliënt zijn sociale relaties en het sociale functioneren zo goed mogelijk organiseert en handhaaft. Dat is een breder, ander doel dan de gewone gezondheidszorg, waarin het doel gezondheid, of het omgaan met handicaps is. Met behulp van deze FACT methodiek wordt zorg en behandeling verleend in de eigen omgeving, wat een ontzettende meerwaarde is. Een andere meerwaarde is het geïntegreerde cliëntgerichte aanbod van medisch en sociale interventies, waardoor ook ernstig ontregelde psychiatrische cliënten zelfstandig kunnen wonen. Het doel is het leveren van hoogwaardige behandeling en begeleiding waarbij de hulpvraag van cliënt centraal staat. Naast het verminderen van psychische klachten wordt er ook ondersteund bij het ‘gewone’ leven en wordt er aandacht besteed aan wonen, werken, leren, vrijetijdsbesteding en sociale relaties *(2)*.

Het FACT is een multidisciplinair team, waarin een casemanager de zorg coördineert en fungeert als aanspreekpunt voor cliënt. Een ideaal wijkteam bestaat volgens de theorie uit: een psychiater, psycholoog, verpleegkundigen, IPS traject begeleiding, ervaringsdeskundigen en agogisch werkers *(1)*.

Het FACT-team werkt hiervoor vanuit diverse principes. Deze hoofdproducten zijn te omschrijven als de 7 C’s:

* *Cure;* multidisciplinair en richtlijnconform behandelen.
* *Care;* het bieden van zorg en verpleging bij herstel rehabilitatie.
* *Crisisinterventie;* opname voorkomen, bekorten. Zorg en behandeling in de thuissituatie opschalen, 24-uurs bereikbaarheid garanderen door middel van transmurale samenwerking in de GGZ.
* *Community support;* maatschappelijke steunsystemen bouwen en benutten, arbeid mogelijk maken, leiden naar algemene wijkactiviteiten, helpen participeren in de wijk. Door in vaste regionen te werken is er veel samenwerking mogelijk, wat leidt tot sociale inclusie.
* *Client deskundigheid ondersteunen;* Clientgerichte zorg staat op de voorgrond. Ervaringswerkers, empowerment en herstel. ‘Wij zijn daar waar de cliënt wil slagen’ is het principe van het FACT.
* *Controle;* uitvoeren BOPZ-maatregelen, veiligheid in de wijk.
* *Check;* evalueren van effecten van zorg op individueel en groepsniveau. Het FACT levert ACT zorg, indien nodig door te werken met een FACT bord, een shared caseload en een multidisciplinaire aanpak *(2)*.

Afhankelijk van het stadium waarin cliënt zich bevind kunnen er drietal interventies onderscheiden worden; behandeling, rehabilitatie en herstel en intensivering van zorg bij ontregeling en crisissituaties. Elk stadium vraagt om andere activiteiten en een andere houding van de hulpverlening. Dit noemt men ook wel het drie-processen-model *(2)*:



Binnen de behandeling wordt er gewerkt met de multidisciplinaire richtlijnen. Terwijl er binnen het herstel-stadium meer verschuiving plaatsvind naar het ondersteunen bij het succesvol integreren in de maatschappij. In het stadium van ontregeling wordt het de ambulante zorg opgeschaald naar meerdere contactpersonen- en momenten om ergere crisis te voorkomen en een opname nodig is *(2)*.

Binnen het FACT heeft iedere cliënt een eigen casemanager. Indien deze individuele begeleiding en behandeling volgens de bovenstaande principes niet genoeg ondersteuning biedt kan er dus intensievere begeleiding worden geboden binnen de behandeling door andere leden van het multidisciplinaire team erbij te betrekken *(2)*.

Deze multidisciplinaire samenwerking wordt gehanteerd door gebruik van het *FACT-bord.* Op dit bord staat belangrijke informatie omtrent de cliënten, zoals de bijbehorende casemanager, contactpersonen of andere actualiteiten en afspraken. Dit bord wordt dagelijks besproken en aangepast en geeft hierdoor de mogelijkheid tot een *shared caseload (2).*

Door een *shared caseload* te gebruiken worden alle medewerkers (door middel van het FACT bord) op de hoogte gesteld van de betreffende cliënt. Een voordeel hiervan is dat de behandeling gemakkelijk intensiever gemaakt kan worden, door de bijvoorbeeld de frequentie van het aantal bezoeken opgeschroefd kan worden. Door de gedeelde begeleiding, verhoogt dit geen werkdruk van de betreffende casemanager. Daarnaast is het multidisciplinair delen van visies en ideeën een groot bijkomend voordeel. Voor sommige cliënten kan begeleiding door meerdere hulpverleners als een nadeel worden ervaren, dit is vaak terug te zien bij wat achterdochtige of vermijdende mensen. Ook kan het soms wennen zijn voor de casemanagers, omdat zij vrezen voor de vertrouwensrelatie, maar die argumenten verdwijnen vaak na het ondervinden van het werken in teamaanpak. Daarnaast blijkt een FACT team in de wijk een gezicht te krijgen. De contacten met de wijkagenten, buurtverenigingen, en het contact met de bewoners is hierbij van belang. Maar ook de transparante communicatie binnen de hulpverlening en naar cliënt toe, zodat iedereen beschikt over de meest actuele informatie *(2)*.

Wanneer een cliënt twee jaar stabiel is kan de cliënt worden uitgeschreven bij het FACT. Dit wordt vooraf besproken met het steunsysteem van cliënt- en cliënt zelf. Hiervoor moet er dus eerst sprake zijn van een steunsysteem en het afwezig zijn van crisis situaties in combinatie met hoog-complexe medicatie. Het is wenselijk dat cliënt voor zichzelf kan zorgen, een dak boven het hoofd heeft, financiën op orde en een dagbesteding zodat er sprake is van structuur *(1)*.

**Deelopdracht 2**

**Crisis situaties / probleemgericht werken:**

De casemanager heeft *coördinerende rol* bij het FACT team gedurende de gehele behandeling en fungeert als aanspreekpunt voor cliënt. Zoals in de eerste principes van het FACT beschreven stond is een belangrijk doel het voorkomen van heropnames, of deze in bekorten in combinatie met zo min mogelijk dwang en drang. Wanneer er sprake is van een dreigende crisissituaties of terugval, door bijvoorbeeld verslechterde lichamelijke- of psychische toestand. Bijvoorbeeld toenemend psychotisch, toename in het gebruik van middelen, het weigeren van medicatie, het niet meer nakomen van afspraken, kunnen er interventies worden ingezet omdat er intensievere begeleiding nodig is. Er zijn verschillende mogelijkheden om terugval te voorkomen:

* Het plaatsen op het FACT bord, waardoor het multidisciplinaire team wordt ingezet.
* Motivatie voor opname vergroten indien dit een geschikte oplossing lijkt te zijn.
* Frequentie van bezoek verhogen. Zowel door hulpverlening als het steunsysteem van cliënt. Zij kennen cliënt vaak goed en kunnen crisis-signalen vroegtijdig signaleren. Het is van belang om goed contact met het steunsysteem te onderhouden.

De interventies dienen dagelijks geëvalueerd - en indien nodig aangepast te worden zodat er binnen de meewerkende disciplines kan worden gekeken of deze nog voldoende steun bieden of dat er andere vakgebieden aangeboden moeten worden of de frequentie of intensiteit van zorg opgehoogd moet worden.

*Casus:*

Cliënt is een oudere man van 70 jaar oud. Weinig steunsysteem en wordt tweemaal per week door casemanager bezocht. De laatste tijd gaat zijn ADL achteruit en er zijn ook meer lege alcoholflessen in huis te vinden. Er is twijfel over zijn medicatietrouw gezien er regelmatig volle strippen worden gevonden. De laatste week deed hij zijn deur niet meer open. Volgens cliënt gaat alles goed en heeft hij geen hulp nodig. Casemanager heeft dit besproken in het team en de psychiater heeft een zitting geregeld om cliënt te laten beoordelen, legt contact met de kliniek (Vlaardingenlaan) waar cliënt kan worden opgenomen voor een alcoholdetoxificatie.

**Deelopdracht 3**

**AZAG:**

Een ambulant zorg afstemmingsgesprek (AZAG) vindt plaats bij de start van een ambulante behandeling. Het doel van dit gesprek is het uitvragen van de hulpvraag en af te spreken wie welke taak- en welke verantwoordelijkheden heeft. Op deze manier kunnen de verwachtingen naar elkaar uitgesproken worden, verhelderd dit de hulpvraag waardoor er specifiekere interventies ingezet kunnen worden en een mogelijke opname zo efficiënt en kort mogelijk kan zijn *(3)*.

*Voorbeeldcasus:*Op de high care detox *(HCD)* komt cliënt M. binnen. Dhr. is een 31-jarige man wie komt voor GHB detoxificatie. Hij is bekend op de afdeling, is hier voor de 2e keer, maar heeft andere opnames gehad binnen andere instellingen. Gedurende de gesprekken die er op de afdeling zijn, lijkt het een verstandige optie om cliënt aan te melden voor een ambulant kader, zodat hij de volgende keer eerder aan de bel kan trekken. Dhr staat hiervoor open en wordt aangemeld bij het JOT *(Jellinek outreachend team).* Het JOT doet de intake op de afdeling. Tijdens opname op de HCD wordt het gesprek gepland met de arts en verpleegkundige, welke de opname beschrijven. Cliënt en zijn vader benoemen wat belangrijk is hen met betrekking tot de toekomst, hieruit kan de ambulante hulpverlening een nieuw behandelplan opstellen voor de toekomst.

**IPS:**IPS staat voor individuele plaatsing en steun en is een arbeidsrehabilitatiemethodiek die speciaal gericht is op mensen met een psychiatrische ziekte naar betaald werk te leiden. De IPS-consulent maakt deel uit van het behandelteam en ondersteund bij het zoeken naar een baan. IPS is gebaseerd op de volgende principes:

* Deelname is afhankelijk van de welwillendheid van de cliënt.
* IPS wordt geïntegreerd met GGZ hulp.
* Het doel is regulier betaald werk.
* Kort na het uiten van de arbeidswens, wordt er gezocht volgens *‘place the train’* principe.
* Er wordt gelangere tijd ondersteuning geboden.
* Voorkeuren van cliënt wegen zwaar.
* Er wordt ook gekeken naar de gevolgen van eventuele uitkering bij het starten van een baan *(2)*.

De eerste gesprekken gaan over opleidingen, werkervaring, hobby’s en voorkeuren. Vervolgens wordt er samen gezocht naar vacatures, wordt er een CV opgesteld en een eventuele sollicitatie voorbereid. Begeleiding vind plaats op de werkplek en er is nauw overleg met de behandelaar gezien de IPC consulent ook deel uitmaakt van het FACT team *(2)*.

*Voorbeeldcasus:*Op Inforsa, rehabilitatie afdeling 11.1 zit de 28 jarige Dhr. B. Opgenomen met een TBS, heeft op dit moment onbegeleid verlof en is stabiel en medicatietrouw omtrent zijn schizofrenie. Momenteel heeft dhr. wel wat dagbesteding maar graag zou hij weer een betaalde baan hebben in de toekomst. Dit weegt voor hem zwaar, gezien hij weer deel wil nemen in de maatschappij. Op dit moment zou er een IPS-consulent ingeschakeld kunnen worden. Deze kan de cliënt ondersteunen bij het vinden- en uiteindelijk behouden van een reguliere baan.

*Bevorderende factoren* zijn de intrinsieke- en extrinsieke motivatie, hij voelt zich weer nuttig in de maatschappij wat herstel bevorderd, hij is medicatietrouw en stabiel, heeft onbegeleid verlof dus de mogelijkheid is er. Ook geeft een baan structuur aan zijn dagen. *Belemmerende factoren* binnen deze casus is dat het moeilijk is om met een TBS status een baan te vinden, omdat veel mensen er te weinig vanaf weten en er angstig voor zijn. Dit zou extra druk en spanningen kunnen geven.

**Deelopdracht 4**

**Kwaliteitstoetsing:**

Routinematig meten van uitkomsten van de zorg, ook wel ROM *(routine outcome monotoring)* genoemd, is de laatste jaren in de Nederlandse GGZ steeds meer in de belangstelling komen te staan. Het houdt in dat er gestructureerd wordt vastgesteld hoe ernstig klachten zijn, wat de kwaliteit van leven is. Dit gebeurt met vragenlijsten die cliënten zelf kunnen invullen of met beoordelingslijsten. Door dit herhaaldelijk te doen, kunnen wij de kwaliteit van de zorg meten. Doordat deze lijsten landelijk gebruikt worden binnen alle instellingen, zijn deze goed vergelijkbaar. HONOS en MANSA en ROPI zijn voorbeelden van deze lijsten *(3)*.

De HONOS *(health of the nation outcome scales)* is een vragenlijst die door de behandelaar wordt ingevuld. Het doel is op een gemakkelijke wijze de geestelijke toestand en het sociaal functioneren van cliënt in beeld te brengen. De vragenlijst bestaat uit 12 items, verdeeld over vier sub schalen; gedragsproblematiek, sociale problemen, beperkingen en symptomatologie. De HONOS is zeer uitgebreid waardoor het belangrijk is om deze vragenlijst nauwkeurig door te nemen.

- Persoonlijk vond ik het erg tijdrovend om met cliënt door te nemen, wellicht omdat ik er nog niet geheel bekend mee was. Een volgende keer zou ik het om die reden beter voorbereiden.*(4)*.

De MANSA *(Manchester short assessment of quality of life)* is een multidimensionale vragenlijst om de kwaliteit van leven vast te stellen. Dit is een zelf-invullijst, wat de meting kan vermoeilijken omdat niet iedere cliënt deze lijst zelfstandig kan of wil invullen.
- Op mijn vorige afdeling ondersteunde ik regelmatig bij het invullen van deze lijst bij chronisch schizofrene cliënten. De lijst is vrij helder, kort en duidelijk, wat het invullen bij deze doelgroep vergemakkelijkt. Wanneer cliënten het niet in wilde vullen, vormde ik de vragen om in gespreksvorm zodat de begeleiding toch enig idee had van kwaliteit van leven *(5)*.

De ROPI *(recovery oriented practices index)* meet het herstel middels een audit binnen de behandeling. Er worden acht dimensies gemeten die bijdragen aan herstel. Met weer twee tot vijf items per dimensie. Om zo nauwkeurig mogelijk aansluiten bestaan er twee versies; beschermd wonen en ambulante zorg *(6)*.

Op mijn huidige afdeling, de HCD *(high care detox)* is veilige detoxificatie het hoofddoel. Cliënten worden opgenomen in crisistoestand wegens middelengebruik. De ROPI is voornamelijk gericht op langere zorg, waardoor deze op onze kortdurende crisisafdeling niet geheel toepasbaar is. In de basale levensbehoeften worden de cliënten op de afdeling voorzien. Daarnaast is er een breed aanbod van uitlopende therapieën en ondersteunende dag invullingen waar de cliënten mits zij lichamelijk stabiel zijn gebruik van mogen maken. Er wordt gestimuleerd tot naastbetrokkenen contact en er vinden ook systeemgesprekken plaats indien daar behoefte aan is. Client is altijd vrij om verzoeken rondom zijn behandeling in te dienen, er wordt individuele zorg geleverd op de afdeling in overleg met cliënt, arts en verpleegkundigen. De cliënt wordt gestimuleerd tot dingen zelf ondernemen eventueel met ondersteuning, maar het team probeert zo veel mogelijk verantwoordelijkheid bij de cliënt zelf te laten zodat dit de redzaamheid vergroot. De ROPI zou eventueel in twee metingen plaats kunnen vinden op een acute afdeling; voor- en na opname. Al betwijfel ik persoonlijk hoe zinvol de meting is gezien de opname gemiddeld 1 week is op onze afdeling *(6)*.

**Deelopdracht 5**

**Leefstijlanamnese:**

Om een gezondere leefstijl te bevorderen bij cliënten is het belangrijk om regelmatig *(twee keer per jaar)* een leefstijlanamnese af te nemen. Een leefstijlplan is hier een belangrijk instrument voor. Binnen de anamnese komen er zeven gezondheidsgebieden aan bod:

* Het eetpatroon
* Bewegen
* Welbevinden en ontspanning
* Middelengebruik
* Slapen
* Seksueel gedrag
* Hygiëne

Binnen deze anamnese wordt er een screening naar het metabool syndroom gedaan en deze vertaling vormt het *leeftstijlplan,* welke een onderdeel van het behandelplan wordt. Het multidisciplinaire team wordt hier dus bij betrokken, zodat er op elk gebied ondersteuning is. Ook kan het prettig zijn om het sociale netwerk van cliënt hierbij te betrekken ter ondersteuning. Daarnaast speelt motiverende gesprekvoering een belangrijke rol binnen dit plan, om cliënt gemotiveerd te krijgen en houden voor zijn wensen *(7)*.

Op de HCD wordt er al gewerkt met motiverende gesprekvoering. Cliënten hebben eigen verantwoordelijkheid en wij laten hen zelf hun pad- en hulpvraag bepalen. Echter zijn zij maar 1 á 2 weken op onze afdeling, waarna zij verder gaan met behandeling. De korte periode dat zij opgenomen zijn, zijn zij vaak verward of lichamelijk- en geestelijk aan het herstellen, waardoor er nog geen sprake is van het maken van een volledig leefstijlplan.

Wel zijn er modules waarbij cliënten aan kunnen sluiten, die gaan over motivatie om te veranderen met betrekking tot hun gebruik. Er worden sportgroepen en crea-groepen aangeboden en er is ondersteuning mogelijk met het vinden van dagbesteding. Het voedingsaanbod van de afdeling bestaat uit gezond en vers eten, er is geen snoepgoed maar groente en fruit. Wij vragen de mensen ook om aanwezig te zijn bij de maaltijden. Er wordt psycho-educatie op de afdeling gegeven over slaap-hygiëne omdat dit vaak verstoord is door middelengebruik. Maar verder worden er weinig leefstijlinterventies aangeboden op de afdeling.

Mijn rol als casemanager of als verpleegkundige op de afdeling ligt voornamelijk in het geven van de modules op de afdeling en het geven van individuele psycho educatie. Hierin merk ik dat de cliënten vaak wel willen, maar dat de uitvoering in de praktijk vaak lastiger is dan gedacht wordt. Wanneer men in oude omgevingen komt, is het moeilijk om gedisciplineerd een nieuwe leefstijl te hanteren. Omdat het lichamelijke welbevinden erg belangrijk is, rapporteren alle verpleegkundigen ook altijd op opvallende gebieden met betrekking tot de leefstijl. Belangrijk is ook om dit over te dragen naar (ambulante) vervolgbehandeling zodat zij een volledig afgestemd leefstijlplan kunnen maken en cliënt hierin kunnen ondersteunen gezien de moeilijkheid van het aanleren van een nieuwe leefstijl.

Een stap zou kunnen zijn de leefstijl interventies te bespreken in een teamvergadering, zodat dit op afdelingsniveau besproken kan worden en hier wat interventies uit kunnen rollen. Als een verpleegkundige dan de verantwoordelijkheid voor neemt, eventueel in overleg of via enquêtes bij cliënten kan de wens naar verbetering op diverse niveaus gemeten worden. Daarnaast is er binnen de instelling momenteel een lijfstijl project gaande, waarin er wordt gekeken welke verbeteringen er doorgevoerd kunnen worden.

**Literatuurlijst**

 **1.** Riet N, Wouters H. Casemanagement. Een leer- werkboek over de organisatie en coördinatie van zorg, hulp en dienstverlening. Assen: Van Gorcum; 2010.

**2.** Veldhuizen R, Bähler M, Polhuis D, Os J, Handboek FACT. Utrecht: De Tijdstroom; 2008

**3.** Zorginstituut Nederland. Kernset prestatie indicatoren GGZ 2013; 2013. http://docplayer.nl/4595028-Kernset-prestatie-indicatoren-2013-geestelijke-gezondheidszorg-verslavingszorg.html (geraadpleegd 04 januari 2017)

**4.** Trimbos instituut. De Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) in Nederlandse Bewerking. https://assets-sites.trimbos.nl/docs/7d24bb0b-5c41-4191-8e6f-6397c4948ebb.pdf (geraadpleegd 04 januari 2017)

**5.** Trimbos instituut. Manchester – verkorte Kwaliteit van Leven meting. https://assets.trimbos.nl/docs/283759a0-7d26-4609-b92f-2091b1bd1a07.pdf (geraadpleegd 04 januari 2017)

**6.** Trimbos instituut. <https://assets.trimbos.nl/docs/0b5b983d-146f-4349-b246-d8e0ecde51bc.pdf> (geraadpleegd op 04 januari 2017)

**7.** GGZ richtlijnen. Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA). <http://www.ggzrichtlijnen.nl/uploaded/docs/Commentaarversie%20Richtlijn%20Leefstijl%20bij%20mensen%20met%20EPA%20versie%2010%20april%202014.pdf> (geraadpleegd 04 januari 2017).