

Tussen Droom en Daad:

*Implementatie van case management voor
druggebruikers binnen de hulpverlening en justitie*

Entre Rêve et Action:

*Implémentation du case management pour
usagers de drogues dans le secteur
de la santé et le secteur judiciaire*

Kim Geenens
Wouter Vanderplasschen
Eric Broekaert
Brice De Ruyver
Sébastien Alexandre

WOORD VOORAF

Het onderzoek inzake case management is niet nieuw in ons land en heeft vooral een voorgeschiedenis in de provincie Oost-Vlaanderen. Uit de samenwerking tussen de Provincie Oost-Vlaanderen en het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen (PopovGGZ), onder leiding van respectievelijk gedeputeerde Jean-Pierre Van Der Meiren en voorzitter Jan Willems, ontstond in 1996 het samenwerkingsverband met de dichterlijke naam: OVIDIUS (Oost-Vlaams Intersectoraal Drugoverleg, Informatie-Uitwisseling en Samenwerking). In dit overlegorgaan werden alle actoren op het vlak van preventie en behandeling van drugproblemen samengebracht in functie van een betere afstemming en coördinatie binnen deze sector.

Het OVIDIUS-overleg resulteerde in een vooronderzoek inzake de coördinatie en continuïteit in de verslavingszorg en vormde de aanleiding voor de implementatie van case management. Dit proefproject, waarbij in totaal 14 voorzieningen en ongeveer 30 cliënten betrokken waren, wou nagaan of deze van origine Amerikaanse methodiek ook toepasbaar zou zijn in Oost-Vlaanderen. Het onderzoek werd in 1997 toevertrouwd aan de toenmalige Vakgroep Gedragstherapie en Psychologische Begeleiding van Prof. Van Oost en werd sinds 1999 tot op heden voortgezet binnen de Vakgroep Orthopedagogiek van de Universiteit Gent, onder leiding van Prof. Broekaert. Dit onderzoek beoogde de implementatie en evaluatie van case management voor druggebruikers met een meervoudige en complexe problematiek en deed hierbij onder meer een beroep op de professoren Harvey Siegal en Richard Rapp van het Center for Interventions, Treatment and Addictions Research (CITAR) van de Wright State University in Dayton (Ohio) en op professor Judith Wolf verbonden aan het Trimbos-instituut in Utrecht en de Radboud Universiteit in Nijmegen.

In 2003 werd het onderzoeksproject “Case management justitie-verslavingszorg” (DR/02/015) in het kader van het “Onderzoeksprogramma ter ondersteuning van de federale beleidsnota drugs” door de Programmatorische Overheidsdienst Wetenschapsbeleid toegekend aan de professoren Eric Broekaert en Brice De Ruyver. Dit project verliep in samenwerking met de dienst “Studie en onderzoek” van de vzw Trempline in Charleroi, met als directeur Georges Van der Straten. In dit onderzoek wordt de kennis en ervaring van het proefproject in Oost-Vlaanderen samengebracht met de expertise van de Vakgroep Strafrecht en Criminologie van de Gentse Universiteit, meer in het bijzonder het Institute for International Research on Criminal Policy (IRCP). Deze onderzoeksgroep stelt zich tot doel kwalitatief hoogstaand en internationaal relevant wetenschappelijk onderzoek te verrichten of te begeleiden op het brede terrein van het strafrechtelijk beleid. In de breedte spitst het onderzoeksveld van IRCP zich toe op drie grote thema's: justitie en binnenlandse zaken in de EU, strafrecht en strafrechtsbedeling in internationaal en vergelijkend perspectief, en strafrecht en strafrechtsbedeling in België. In de diepte worden vooral de volgende fenomenen bestudeerd: drugs, georganiseerde criminaliteit en corruptie, en mensenhandel en seksuele uitbuiting van kinderen.

Voorliggend onderzoek “Case management justitie-verslavingszorg” heeft in de eerste plaats de bedoeling om de begrippen “case management” en “case manager” te conceptualiseren, met aandacht voor eventuele verschillen tussen case managers aangesteld vanuit respectievelijk justitie en verslavingszorg. Op basis van voornamelijk kwalitatief empirisch onderzoek wordt nagegaan op welke manier case management geïmplementeerd kan worden in de justitiële sector en verslavingszorg in België. Het onderzoek bestaat uit een literatuurstudie omtrent de definiëring, profielomschrijving, wettelijke verankering en implementatie en evaluatie van case management en een inventarisatie van enige buitenlandse voorbeelden van “good practice”. Hierna volgt een empirisch onderzoek naar de wenselijkheid en haalbaarheid van case management binnen de justitiële sector en verslavingszorg in België aan de hand van de “Delphi-methode”. De gegevensverzameling steunt op een schriftelijke bevraging van de zorgcoördinatoren en op semi-gestructureerde interviews met sleutelfiguren en case managers van bestaande case management-projecten. Er wordt verder gebruik gemaakt van focusgroepen voor het toetsen van de haalbaarheid en veralgemeenbaarheid van de gegevens uit de literatuurstudie en de gestructureerde interviews.

Dit onderzoek werd uitgevoerd door Kim Geenens, criminologe en sinds een aantal jaren verbonden aan het Institute for International Research on Criminal Policy (IRCP). Zij werd bijgestaan door Sébastien Alexandre, socioloog met ervaring in het praktijkonderzoek in de verslavingszorg in het Franstalig landsgedeelte. Verder droegen ook Jessica De Maeyer en Kathy Colpaert van de Vakgroep Orthopedagogiek en Freya van der Laenen van de Vakgroep Strafrecht en Criminologie (IRCP) bij aan de inhoudelijke en vormelijke uitwerking van dit onderzoeksrapport. Het was een niet geringe opdracht om binnen het nauwe tijdsplan het onderzoek tot een goed einde te brengen en hierbij werden tijd noch moeite gespaard.

De drijvende kracht achter het onderzoek naar case management was sinds het proefproject in Oost-Vlaanderen en tot op heden Dr. Wouter Vanderplasschen, die in 2004 promoveerde rond het onderwerp “Implementation and evaluation of case management for substance abusers with complex and multiple problems”. Hij liet nooit af om de promotoren en onderzoekers met raad en daad bij te staan.

Een speciaal woord van appreciatie gaat uit naar de begeleidingscommissie van dit onderzoek, die tussen hun intensieve beroepsbezigheden door de tijd vonden om ons team met gedegen kennis en inzichten te ondersteunen. Het betreft met name de dames en heren:

- B. De Wilde (Universiteit Antwerpen)
- G. Jossels en E. Van der Biest (Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid)
- E. Lissens (directeur Justitiehuis Dendermonde)
- B. Mostien (Provincie Oost-Vlaanderen, Dienst Gezondheid)
- G. Sylvie en D. Bonarelli (POD Volksgezondheid)
- P. Van Deun (De Spiegel)
- A. Van Liempt (Dienst Strafrechtelijk Beleid)
- P. Van Walleggem (substituut van de Procureur des Konings te Brussel)
- S. Vercheval (Coordination des Actions en Toxicomanie).

Verder wensen we alle personen en diensten te bedanken die op één of andere manier hebben bijgedragen tot het tot stand komen van dit onderzoek. We denken hierbij aan de zorgcoördinatoren middelenmisbruik, de verantwoordelijken van de justitieuizen en alle deelnemers aan de interviews en focusgroepen. Ook willen we Prof. Richard Rapp bedanken voor zijn hulp bij de literatuurstudie en voor de opvolging en begeleiding van dit onderzoeksproject. Tevens wensen we de professoren Tom Balthazar (UGent), Frank Hutsebaut (KULeuven) en Stefaan Callens (KULeuven) voor hun ondersteuning bij het uitwerken van het hoofdstuk over samenwerking tussen justitie en hulpverlening en beroepsgeheim

Tenslotte past het om hier speciaal mevrouw Lieve Van Daele te bedanken, die als verantwoordelijke voor het “Onderzoeksprogramma ter ondersteuning van de federale beleidsnota drugs” onze onderzoeksequipe onverdroten heeft bijgestaan en wegwijs heeft gemaakt in de complexe administratieve wereld van de onderzoeksprojecten van de Programmatorische Overheidsdienst Wetenschapsbeleid.

Er rest ons de hoop uit te drukken dat deze studie mag bijdragen tot het uitbouwen van een geïntegreerd netwerk van zorgvoorzieningen en een goede afstemming en samenwerking met justitie met het oog op de preventie en aanpak van de drugproblematiek.

Gent, 3 december 2004,

Brice De Ruyver,
Universiteit Gent, Vakgroep Strafrecht en Criminologie, Institute for International Research on Criminal Policy (IRCP)

Eric Broekaert,
Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek

INHOUDSTAFEL

Woord vooraf	I
Inhoudstafel	III
1. ALGEMENE INLEIDING – INTRODUCTION GÉNÉRALE	
1.1. Algemene inleiding	
1.1.1. Probleemstelling en situering	1
1.1.2. Doelstellingen van het onderzoek	3
1.1.3. Werkwijze	3
1.1.4. Structuur van het onderzoeksrapport	6
1.2. Introduction générale	
1.2.1. Contextualisation de la problématique	7
1.2.2. Objectifs de la recherche	9
1.2.3. Méthodologie	9
1.2.4. Structure du rapport de recherche	13
1.3. Referenties	13
2. IMPLEMENTATIE EN EVALUATIE VAN CASE MANAGEMENT VOOR DRUGGEBRUIKERS VANUIT DE VERSLAVINGSZORG EN JUSTITIE	
2.1. Werkwijze	17
2.2. Ontstaan en implementatie van case management voor druggebruikers in de VS en Europa	
2.2.1. Inleiding	17
2.2.2. De basisfuncties van case management	18
2.2.3. Sleutelvragen bij de implementatie van case management	18
2.3. Toepassing van case management vanuit een justitieel kader	
2.3.1. Inleiding	28
2.3.2. Toepassing van justitieel case management in de VS en Nederland	29
2.3.3. Toepassing van drang- en dwangmaatregelen in België	31
2.4. Effectiviteit van verschillende modellen van case management voor druggebruikers	
2.4.1. Inleiding	32
2.4.2. Werkwijze	32
2.4.3. Evaluatie van case management voor druggebruikers	33
2.4.4. Discussie en besluiten	38
2.5. Samenvatting en besluit	43
2.6. Referenties	44

3. BELEIDSINTENTIES INZAKE IMPLEMENTATIE VAN CASE MANAGEMENT IN BELGIË

3.1. Inleiding	53
3.2. De case managers volksgezondheid	53
3.3. De justitiële case managers	54
3.4. Besluit	55
3.5. Referenties	55

4. VOORBEELDEN VAN BUITENLANDSE “GOOD PRACTICES”

4.1. Methodologie	57
4.2. Reducing barriers to drug abuse treatment services	57
4.3. Bundesdeutschen Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger (Duitsland)	58
4.4. Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV) (Nederland)	59
4.5. Substance Abuse Treatment Continuum for Offenders Project (Verenigde Staten)	60
4.6. Besluit	61
4.7. Referenties	62

5. ONDERZOEK NAAR DE WENSELIJKHEID EN HAALBAARHEID VAN DE IMPLEMENTATIE VAN CASE MANAGEMENT BINNEN DE VERSLAVINGSZORG EN JUSTITIËLE SECTOR IN BELGIË

5.1. Inleiding	63
5.2. Overkoepelende methodologische kwesties	
5.2.1. De Delphi-methode	63
5.2.2. Ervaren knelpunten bij de gegevensinzameling in Wallonië en Brussel	63
5.3. Inventarisatie van bestaande case management-projecten	
5.3.1. Werkwijze	64
5.3.2. Resultaten	65
5.4. Inbedding en werking van bestaande case management-projecten	
5.4.1. Methodologie	69
5.4.2. Resultaten	71
5.4.3. Samenvatting en besluit	89
5.5. Toetsing van de wenselijkheid en haalbaarheid	
5.5.1. Inleiding	90
5.5.2. Werkwijze	91
5.5.3. Resultaten	94
5.6. Samenvatting en besluit	108
5.7. Referenties	110

6. SAMENWERKING EN COMMUNICATIE VAN CLIËNTINFORMATIE BINNEN DE HULPVERLENING EN MET DE JUSTITIËLE SECTOR: WETTELIJKE RANDVOORWAARDEN

6.1. Inleiding en probleemstelling	111
6.2. Werkwijze	112
6.3. Het wettelijk kader	
6.3.1. Het beroepsgeheim	113
6.3.2. Uitzonderingen op de principiële zwijgplicht	115
6.3.3. Wet betreffende de rechten van de patiënt	120
6.3.4. Wet betreffende de verwerking van persoonsgegevens	120
6.4. Het deontologisch kader	
6.4.1. Code van de Geneeskundige Plichtenleer	121
6.4.2. Deontologische Code voor Psychologen	121
6.4.3. Richtlijn ter verduidelijking van de deontologische principes van de justitie-assistent	122
6.5. Samenwerking en informatie-uitwisseling tussen hulpverlening en justitie	
6.5.1. Inleiding	122
6.5.2. Wettelijk geregelde samenwerkingsafspraken	123
6.5.3. Samenwerkingsafspraken met een juridisch karakter	129
6.6. Concrete knelpunten inzake de samenwerking tussen hulpverleningsdiensten en met justitie bij de implementatie van zorgcoördinatie en case management in de verslavingszorg	130
6.7. Samenvatting en besluiten	
6.7.1. Afstemming van de zorg, samenwerking en informatie-uitwisseling tussen diensten	133
6.7.2. De geïnformeerde toestemming van de cliënt	134
6.7.3. Informatie-uitwisseling binnen specifieke gerechtelijke statuten	134
6.7.4. Zorgcontinuïteit en -coördinatie binnen bepaalde gerechtelijke statuten	135
6.8. Referenties	135

7. UITVOERING VAN CASE MANAGEMENT IN DE PRAKTIJK

7.1. Inleiding	141
7.2. Case management in de praktijk	141
7.3. Besluit	148
7.4. Referenties	148

8. ALGEMEEN BESLUIT EN AANBEVELINGEN – CONCLUSION GÉNÉRALE ET RECOMMANDATIONS

8.1. Algemeen besluit en aanbevelingen	151
8.2. Conclusion générale et recommandations	161
8.3. Referenties	171

1. ALGEMENE INLEIDING - INTRODUCTION GÉNÉRALE

Wouter Vanderplasschen
Eric Broekaert
Brice De Ruyver
Kim Geenens
Sébastien Alexandre

1.1 Algemene inleiding

1.1.1 Probleemstelling en situering

Drugverslaving is vaak een complex en langdurig probleem, dat gepaard gaat met andere problemen zoals werkloosheid, psychische en lichamelijke klachten, criminaliteit, contacten met politie en justitie, relationele problemen, dakloosheid en sociale uitsluiting [1]. Motivatie voor verandering en behandeling wordt beschreven als een langdurig en cyclisch proces [2]. Drop-out tijdens en herval en terugval na behandeling zijn bovendien een bekend fenomeen [3,4]. Heel wat drugverslaafden hebben bijgevolg reeds een lange behandelingsgeschiedenis achter de rug en sommigen onder hen staan bekend als “draaideurcliënten” [5,6].

ONTSTAAN VAN CASE MANAGEMENT

Case management is een veelbelovende methodiek die in Noord-Amerika ontwikkeld werd om een omvattend en duurzaam antwoord te bieden op de uiteenlopende en wisselende zorgbehoeften van drugverslaafden [7]. Deze interventie heeft een lange voorgeschiedenis voor de hulpverlening aan maatschappelijk kwetsbare groepen, zoals psychiatrische patiënten, personen met een verstandelijke handicap, (psycho)geriatrische patiënten en multi-problem gezinnen. In oorsprong gaat de toepassing van case management terug tot het begin van de twintigste eeuw (1920), toen Mary Richmond de term “social casework” gebruikte voor een aantal activiteiten die de aanpassing van het individu aan zijn sociale omgeving beïnvloedden [8]. Dit zogenaamde “social casework” werd gekenmerkt door coördinatie van de dienstverlening, zorg voor de armen en zieken, toezicht op uitkeringen, geloof in de waarde van en respect voor cliënten en empowerment van kwetsbare doelgroepen [9]. Een aantal van deze activiteiten vertoont opvallende gelijkenissen met de basisfuncties van wat we vandaag “case management” noemen. Sommige auteurs [7,9] menen zelfs dat de oorsprong van case management in de negentiende eeuw (1863) ligt, aangezien de eerste vormen van maatschappelijke dienstverlening in de Verenigde Staten zoals opvangtehuizen en liefdadigheidsinstellingen reeds bezig waren met zorgcoördinatie en aldus als een vroege conceptualisering van case management gezien kunnen worden.

De opkomst van case management hangt nauw samen met de deinstitutionalisering in de psychiatrie, die de uitbouw van verscheidene ambulante opvang- en begeleidingsvormen voor gevolg had [10]. De fragmentatie van het zorgaanbod stond echter niet zelden een efficiënt gebruik van de bestaande dienstverlening in de weg en leidde tot de aanstelling van zogenaamde “case managers”, die de toegang tot en coördinatie van de hulp- en dienstverlening moesten faciliteren. Vanaf de jaren '70 doken de eerste publicaties op over de implementatie en praktijk van case management bij personen met allerlei psychische stoornissen [11]. Een recente meta-analyse van evaluatiestudies over de toepassing van deze interventie bij deze doelgroep maakt onder meer duidelijk dat case management bijdraagt tot een afname van het aantal hospitalisaties, toename van het gebruik van de ambulante zorg, stabilisatie of zelfs verbetering van het functioneren, betere kwaliteit van leven en hoge mate van cliënttevredenheid [12].

TOEPASSING VAN CASE MANAGEMENT BIJ DRUGVERSLAAFDEN

In functie van de begeleiding van drugverslaafden werd case management voor het eerst toegepast in 1972 in de Verenigde Staten in het kader van het TASC-programma (Treatment Alternatives to Street Crime) [13]. Het gold als een strategie om justitie en hulpverlening dicht bij elkaar te brengen en om de hulpverlening te coördineren aan drugverslaafden die in contact komen met justitie. Vanaf de jaren '90 verspreidde case management zich geleidelijk binnen de verslavingszorg in Canada en de Verenigde Staten, als antwoord op de bijkomende problemen die met druggebruik samenhangen en als reactie op de beperkingen van bestaande behandelingsvormen [14,15]. Ook kostenbesparing was hierbij een niet onbelangrijke drijfveer [16].

Sindsdien werden honderden case management-projecten opgezet voor drugverslaafden, zowel vanuit de justitiële sector als vanuit de verslavingszorg, onder meer met de bedoeling:

- de toegang tot, participatie aan en retentie in de hulpverlening te verhogen [10];
- de behandelingsresultaten met betrekking tot alcohol- en druggebruik, tewerkstelling, psychische problemen en criminaliteit te verbeteren [17];
- de coördinatie en continuïteit van de hulp- en dienstverlening te bevorderen [18].

De toepassing van case management in Europa blijft voorlopig vooral beperkt tot Nederland [19,20], Duitsland [21,22] en België [23,24]. Ook in een aantal andere Europese landen werden intussen vergelijkbare projecten opgezet. De bedoeling van deze interventie is meestal om drugverslaafden doorheen het vaak ingewikkelde hulpverleningssysteem te loodsen [25]. De toepassing van deze interventie vanuit de justitiële sector blijft voorlopig vooral beperkt tot de Verenigde Staten, Nederland en het Verenigd Koninkrijk.

In ons land wordt case management door de beleidsmakers enerzijds naar voor geschoven als een aanvullende werkvorm voor de individuele opvolging van extreem problematische druggebruikers ("verslavingszorg case management") en anderzijds voor het stroomlijnen van de relaties tussen justitie en hulpverlening ("justitieel case management") [26].

VRAGEN MET BETREKKING TOT DE IMPLEMENTATIE EN PRAKTIJK VAN CASE MANAGEMENT

Met de keuze van dit onderzoeksthema sluiten we aan bij een internationale tendens naar meer geïndividualiseerde zorg, netwerkvorming en zorgcontinuïteit bij de hulpverlening aan drugverslaafden. Een aantal auteurs [27] gaat er van uit dat de vraag naar case management in de toekomst alleen maar zal toenemen, gezien de groeiende complexiteit van problemen waarmee drugverslaafden zich aanmelden en de steeds ingewikkeldere organisatie van de zorg. Onderzoek over case management bij drugverslaafden is – met name in Europa – momenteel nog erg beperkt, maar wel noodzakelijk teneinde deze in oorsprong Amerikaanse methodiek aan te passen aan het West-Europese zorg- en rechtssysteem. De toepassing van deze methodiek is immers erg contextafhankelijk en bovendien is weinig bekend over de "werkzame factoren" van deze interventie [8].

Case management kan het best omschreven worden als een vorm van laagdrempelige, intensieve en geïndividualiseerde hulp, waarbij één hulpverlener gedurende een bepaalde periode instaat voor de opvolging en coördinatie van het hulpverleningsproces aan een beperkt aantal cliënten [28,29]. De case manager neemt hierbij de regie op zich en treedt op als belangenbehartiger van de cliënt [30]. Het onderscheid met andere werkvormen binnen de verslavingszorg (bv. individuele begeleiding, nazorg) is evenwel niet altijd even duidelijk [14]. Siegal en collega's stellen het als volgt: waar de reguliere verslavingszorg vooral gericht is op motivatie, controle, herstel en terugvalpreventie, is case management eerder een ondersteunende werkvorm met de bedoeling de realisatie van eerstgenoemde doelstellingen te faciliteren [8]. Hiertoe zal de case manager cliënten in contact brengen met bepaalde voorzieningen en organisaties en hen leren hulpbronnen uit hun omgeving aan te wenden.

Er bestaat echter geen consensus over de definitie van case management [8]. Tevens blijven vele andere vragen met betrekking tot de implementatie en evaluatie van deze interventie onbeantwoord. Wat zijn de motieven voor en doelstellingen van de implementatie van deze interventie? Dient case management gericht te zijn op bepaalde specifieke doelgroepen? Hoe kan deze werkvorm geïntegreerd

worden in een bestaande organisatie of in een netwerk van diensten? Welk model van case management geniet de voorkeur? Hoe lang dient deze interventie voortgezet te worden? Wie dient dit te doen en welke zijn andere vereisten en vaardigheden van een case manager? Wat zijn de voornaamste effecten van deze interventie?

In voorliggend onderzoeksrapport gaan we op zoek naar een antwoord op deze en andere onderzoeksvragen.

1.1.2 Doelstellingen van het onderzoek

Dit onderzoek heeft in de eerste plaats de bedoeling om de begrippen “case management” en “case manager” te conceptualiseren, gezien daarover noch in de literatuur noch op de werkvloer eenduidigheid bestaat [31]. Bij deze conceptualisering hebben we onder meer aandacht voor eventuele verschillen tussen case managers aangesteld vanuit respectievelijk justitie en de verslavingszorg.

Ten tweede willen we op basis van empirisch onderzoek nagaan op welke manier case management geïmplementeerd kan worden in de justitiële sector en verslavingszorg in België, rekening houdend met regionale verschillen en bestaande initiatieven. Hierbij zullen onder meer de voorwaarden voor de implementatie van deze interventie binnen beide systemen geïdentificeerd worden. Aansluitend worden een aantal concrete richtlijnen voor de praktijk van case management uitgewerkt.

Tot slot willen we nog opmerken dat we ons tijdens dit onderzoek voornamelijk richten op de toepassing van case management bij meerderjarige verslaafden aan illegale drugs.

1.1.3 Werkwijze

Op basis van het onderzoekscontract met de federale Programmatorische Overheidsdienst Wetenschapsbeleid (DR/02/015) werden de specifieke opdrachten van de onderzoeksequipe als volgt bepaald [31]:

A. LITERATUURSTUDIE

A.1 Definiëring en profielomschrijving van de case manager

Voor de conceptualisering van de methodiek zal de literatuur over de praktijk van case management (definitie, kenmerken, basisfuncties, modellen, wettelijk kader, ...) vergeleken worden op basis van de theoretische kaders van Moxley [29], van Riet & Wouters [30] en de Substance Abuse and Mental Health Administration [8]. Hierbij zal bijzondere aandacht besteed worden aan verschillen tussen case managers aangesteld vanuit respectievelijk justitie en de hulpverlening en samenwerkingsmogelijkheden tussen beide types case manager.

A.2 Wettelijke verankering

De Belgische wetgeving inzake beroepsgeheim, privacy, patiëntenrechten en de betreffende rechtspraak en (heersende) rechtsleer zal geanalyseerd worden. Aansluitend wordt een praktijkgericht model van informatie-uitwisseling uitgewerkt met de nodige rechtswaarborgen voor alle betrokken partijen.

A.3 Evaluatie van case management

De beschikbare internationale literatuur over de effectiviteit van deze interventie zal vergeleken worden, rekening houdend met contextuele factoren, doelstellingen en specifieke doelgroep van de interventie, modellen van case management, onderzochte outcome-variabelen, etc.

A.4 Implementatie van case management

Studie van de implementatie van case management bij drugverslaafden die begeleid worden vanuit justitie of de hulpverlening. Gezien met betrekking tot het laatste werkveld reeds veel informatie verzameld werd tijdens eerder onderzoek, zullen we ons op dit vlak beperken tot het updaten van de reeds beschikbare informatie.

Bij de studie van de implementatie van deze methodiek zal vooral aandacht besteed worden aan volgende aspecten:

- Aanleiding en motieven voor de implementatie van case management en doelstellingen en doelgroep van deze interventie;
- Inbedding van het case management binnen respectievelijk het justitieel apparaat en de hulpverlening;
- Keuze van een model van case management en randvoorwaarden voor de implementatie ervan;
- Vereisten en verwachtingen van de case manager;
- Financiering en continuïteit van projecten;
- Evaluatie van deze interventie.

B. INVENTARISATIE VAN BUITENLANDSE VOORBEELDEN VAN "GOOD PRACTICE"

B.1 Het opstellen van een beknopte vragenlijst met betrekking tot de conceptualisering en implementatie van case management-projecten in het buitenland

Hierbij zullen onder meer volgende aspecten aan bod komen: planmatige en systematische probleemaanpak, pro-actieve benadering van cliënten, vertrekken van de hulpvraag en mogelijkheden van cliënten, gedwongen vormen van hulpverlening ("dwang" en "drang"), ...

B.2 Het versturen van deze vragenlijst naar case management-projecten in de Verenigde staten (n=10), Nederland (n= 5) en Duitsland (n=5)

B.3 Verdieping van tenminste 3 van deze projecten aan de hand van een studiebezoek

C. ONDERZOEK NAAR DE WENSELIJKHEID EN HAALBAARHEID VAN CASE MANAGEMENT BINNEN DE JUSTITIËLE SECTOR EN VERSLAVINGSZORG AAN DE HAND VAN EEN DELPHI-STUDIE

C.1 Schriftelijke bevraging van alle zorgcoördinatoren (toegevoegd aan de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg) en de coördinatoren van alle justitiehuisen (één per gerechtelijk arrondissement) aan de hand van een korte vragenlijst met de bedoeling bestaande case management-projecten te inventariseren

C.2 Semi-gestructureerde interviews met sleutelfiguren en case managers van bestaande projecten

Alle geïnventariseerde projecten zullen gecontacteerd worden door de onderzoeker(s) in functie van de afname van een gestructureerd interview met de coördinator en/of één of meer case managers. Hierbij wordt zowel gefocust op de implementatie als op de conceptualisering van de methodiek.

C.3 Focusgroepen voor het toetsen van de haalbaarheid en veralgemeenbaarheid van de gegevens uit de literatuurstudie en gestructureerde interviews

Op basis van de resultaten van de literatuurstudie en gestructureerde interviews zullen een aantal stellingen geformuleerd worden met betrekking tot de implementatie van case management bij justitiële en niet-justitiële cliënten. Deze worden voorgelegd tijdens parallelle focusgroepen in drie

grootstedelijke gebieden (Antwerpen, Brussel en Charleroi)¹. Aan de hand van de resultaten van de focusgroepen zullen de geformuleerde stellingen verder aangepast en voorgelegd worden tijdens gemengde focusgroepen met sleutelfiguren vanuit justitie en de hulpverlening in dezelfde gerechtelijke arrondissementen. In functie van de generalisatie van de onderzoeksresultaten worden per arrondissement nog twee bijkomende focusgroepen georganiseerd: één met vertegenwoordigers van druggebruikers en één met beleidsverantwoordelijken². De bevindingen uit de focusgroepen in deze drie regio's zullen achteraf met elkaar vergeleken worden, rekening houdend met het hulpverleningsaanbod, het aantal druggerelateerde justitiële dossiers en de huidige implementatie van case management in deze drie arrondissementen.

D. DATA-ANALYSE EN RAPPORTAGE

D.1 Data-analyse

Het verzamelde onderzoeksmateriaal (literatuurgegevens, interviews, focusgroepen, ...) zal verwerkt worden aan de hand van een inhoudsanalyse met het softwarepakket WinMAX 98 Pro [32]. Voor de interpretatie van de onderzoeksresultaten zal onder meer een beroep gedaan worden op onderzoeksresultaten uit eerder eigen onderzoek in de regio Gent [33,34].

D.2 Rapportage

Het eerste deel van het onderzoeksrapport is gewijd aan de conceptualisering van het case management, waarbij onder meer de definiëring en het profiel van beide types case manager beschreven wordt. Daarnaast worden de wettelijke verankering van de methodiek, inclusief randvoorwaarden inzake beroepsgeheim en privacybescherming en samenwerkingsmogelijkheden tussen beide types case manager beschreven. Het tweede deel belicht vooral de implementatie van deze methodiek en geeft onder meer aan op welke manier deze ingepast kan worden in het bestaande justitiële kader en zorgsysteem. Aansluitend worden concrete richtlijnen voor de implementatie en praktijk van case management uitgewerkt.

E. UITBESTEDING

Met het oog op het uitvoeren van de hiervoor gestipuleerde onderzoeksopdrachten, werden een aantal taken uitbesteed. Het betreft het onderzoek in het Franstalig landsgedeelte en de internationale validatie van het onderzoek [31]:

E.1 Onderzoek in het Franstalig landsgedeelte

Doelstellingen:

- Conceptualisering van case management in het Franstalig landsgedeelte;
- Opmaken van een stand van zaken met betrekking tot de implementatie van case management in het Franstalig landsgedeelte.

Taken:

- Literatuurstudie in de Franstalige literatuur;
- Vertaling en aanpassing van het de onderzoeksinstrumenten in het Frans (vragenlijst, interviewschema, ...);

¹ Omwille van praktische redenen werd – met instemming van het begeleidingscomité – beslist om niet de regio Brussel maar de regio Gent bij het onderzoek te betrekken.

² De focusgroepen met vertegenwoordigers van druggebruikers werden – met instemming van het begeleidingscomité – geschrapt, omdat uit eigen eerder onderzoek bleek dat het heel moeilijk is cliënten te bevragen over deze interventie. Tevens werd ervoor geopteerd om geen aparte focusgroepen te organiseren met beleidsverantwoordelijken, maar om deze laatsten uit te nodigen op de gemengde focusgroepen met sleutelfiguren vanuit justitie en de hulpverlening.

- Inventarisatie van case managementprojecten in het Franstalig landsgedeelte via de zorgcoördinatoren en de coördinatoren van de justitiehuisen;
- Semi-gestructureerde interviews met sleutelfiguren van case managementprojecten in het Franstalig landsgedeelte;
- Focusgroepen met sleutelfiguren vanuit justitie en de verslavingszorg in het Franstalig landsgedeelte;
- Inventarisatie van voorbeelden van "good practice" in Franstalige gebieden;
- Vertaling van de samenvatting van het onderzoeksrapport in het Frans.

Uitvoerder:

Trempoline asbl
Etudes Trempoline
Mr. Sébastien Alexandre
3, Grand Rue
6200 Châtelet
Tel. 071/40 27 27
Fax. 071/38 78 86
Email: etudes@trempoline.be

E.2 Internationale validatie

Doelstellingen:

- Begeleiding en intervisie van het onderzoeksproject.

Taken:

- Intervisie met betrekking tot de literatuurstudie;
- Intervisie met betrekking tot de onderzoeksmethodologie, inclusief de afbakening van het onderzoeksproject;
- Feedback op de onderzoeksresultaten;
- Globale evaluatie van het onderzoeksproject.

Uitvoerder:

Prof. Richard Rapp
Wright State University
School of Medicine
Centre for Interventions, Treatment and Addictions Research (CITAR)
216 Medical Sciences Building
3640 Colonel Glenn Highway
Dayton, OH 45435
Tel: 001/937/775 28 50
Email: Richard.Rapp@wright.edu

1.1.4 Structuur van het onderzoeksrapport

In dit onderzoeksrapport gaan we na in hoeverre de vooropgestelde implementatie van case management in de hulpverlening en justitiële sector ("droom") ook daadwerkelijk in de praktijk gerealiseerd wordt ("daad") en welke suggesties ter verbetering geformuleerd kunnen worden op basis van onderzoeks- en praktijkervaringen uit binnen- en buitenland.

Na deze algemene inleiding en probleemsituering wordt in *hoofdstuk 2* de ontwikkeling en implementatie van case management voor drugverslaafden in de Verenigde Staten en Europa geschetst. Het betreft vooral de toepassing van deze interventie vanuit de hulpverlening, maar we besteden ook aandacht aan de manier waarop deze interventie geïmplementeerd wordt vanuit justitiële hoek. Aan het eind van dit hoofdstuk gaan we in op de voornaamste effecten van de toepassing van

verschillende modellen van case management voor druggebruikers binnen zowel de hulpverlenings- als justitiële sector.

Hoofdstuk 3 gaat dieper in op de beleidsintenties van de Belgische overheid met betrekking tot de implementatie van case management vanuit justitie en volksgezondheid.

In *hoofdstuk 4* worden vier buitenlandse voorbeelden van “good practice” besproken. Eerst worden twee case management-projecten belicht die vanuit justitie instaan voor de opvolging en coördinatie van het hulpverleningsproces. Het betreft het GAVO-project (Geïntegreerde Aanpak Verslavingsproblematiek en Overlast) in Utrecht en het SATCO-project (Substance Abuse Treatment Continuum for Offenders) in de gevangenis in Dayton, Ohio. Ten tweede worden twee specifieke projecten besproken vanuit de verslavingszorg. Het betreft de psychosociale begeleiding binnen het “Bundesdeutschen Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger” in Keulen en het past opgestarte project “Reducing Barriers to Drug Abuse Treatment Services” in Dayton, Ohio.

In *hoofdstuk 5* wordt de wenselijkheid en haalbaarheid van case management binnen de verslavingszorg en justitiële sector in België onderzocht aan de hand van gestructureerde interviews met case managers en sleutelfiguren en focusgroepen met vertegenwoordigers vanuit de hulpverlening, justitie en het beleid. Het eerste gedeelte van dit hoofdstuk betreft een overzicht van de bestaande case management-projecten in ons land.

Hoofdstuk 6 behandelt de communicatie van informatie op cliëntniveau en de samenwerking binnen de drughulpverlening enerzijds en met de justitiële sector anderzijds op basis van het vigerend Belgisch wetgevend kader.

In *hoofdstuk 7* wordt een praktijkgericht draaiboek uitgewerkt voor de toepassing van case management, aan de hand van de praktijkervaringen in de provincie Oost-Vlaanderen en gelijkaardige voorbeelden uit Nederland en Duitsland.

Het afsluitende *hoofdstuk 8* bevat de belangrijkste conclusies van het onderzoek en een aantal aanbevelingen ten aanzien van het beleid.

Tot slot merken we op dat om de leesbaarheid te bevorderen, gebruik gemaakt wordt van de mannelijke vorm wanneer verwezen wordt naar personen. Waar we de mannelijke vorm gebruiken, kan deze dus steeds vervangen worden door de vrouwelijke variant.

1.2 Introduction générale

1.2.1 Contextualisation de la problématique

La toxicomanie est souvent un problème complexe et de longue durée qui s'accompagne de problématiques diverses comme du non emploi, des maux psychiques et physiques, de la criminalité, des contacts avec la police et la justice, des problèmes relationnels, de logement et d'exclusion sociale [1]. La motivation pour le changement et le traitement est décrite comme un processus cyclique et de longue durée [2]. Des abandons pendant le traitement, et des chutes et rechutes après celui-ci, sont en outre un phénomène usuel [3,4]. Beaucoup toxicomanes traînent donc par conséquence une longue histoire de traitement derrière leur dos et certains d'entre eux sont vus comme des patients récurrents [5,6].

LA GENESE DU CASE MANAGEMENT

Le case management consiste en une méthode prometteuse développée en Amérique du Nord, et dont le but est d'offrir une réponse durable aux besoins divergents et changeants des toxicomanes [7]. Ce type d'intervention a déjà été développé auparavant pendant longtemps pour l'assistance aux groupes socialement vulnérables, comme les patients psychiatriques, les personnes avec un handicap psychique, les patients (psycho)gériatriques et les familles à problématiques multiples. A l'origine, l'utilisation du case management remonte au début du vingtième siècle (1920), lorsque Mary Richmond utilisait encore le terme "social casework" pour désigner un nombre d'activités qui influaient sur l'adaptation de l'individu à son cadre social [8]. Le dit "social casework" était caractérisé

par une coordination de services pour les personnes défavorisées et malades, par un contrôle des allocations, par la croyance en la valeur et en le respect envers les clients et par la délégation de pouvoir aux groupes cibles vulnérables [9]. Un certain nombre de ces activités montre des similarités frappantes avec les fonctions de base de ce que nous appelons aujourd'hui "case management". Certains auteurs [7,9] croient même que l'origine du case management se situe au cours du dix-neuvième siècle (1863), lorsque les premières formes de services à la collectivité aux Etats-Unis, comme les foyers d'accueil et les organisations caritatives, étaient déjà occupées avec la coordination de soins, ce qui peut être vu comme un conceptualisation précoce du case management.

La croissance du case management est en rapport étroit avec le désinstitutionnalisation de la psychiatrie, qui a eu comme conséquence le développement de diverses formes d'accueil et de suivi ambulatoire [10]. La fragmentation de l'offre de soins était souvent à la base d'une utilisation inefficace des services existants et a mené à la désignation des dits "case managers", qui devaient faciliter la coordination et l'accès aux services de soins. À partir des années 70, les premières publications à propos de l'implémentation et de la pratique du case management pour les personnes avec diverses sortes de dysfonctionnements mentaux apparurent [11]. Une méta-analyse récente des études d'évaluation de l'application de cette intervention auprès de ce groupe cible, montre clairement que celle-ci contribue à une diminution du nombre d'hospitalisations, à une progression de l'utilisation des services de soins ambulatoires, à la stabilisation ou même à l'amélioration du fonctionnement, à une meilleure qualité de la vie et une satisfaction élevée de la clientèle [12].

L'APPLICATION DU CASE MANAGEMENT ENVERS LA POPULATION TOXICOMANE

En rapport spécifiquement à l'accompagnement de personnes toxicomanes, le case management a été appliqué pour la première fois en 1972 aux États-Unis dans le cadre du programme TASC (Treatment Alternatives to Street Crime) [13]. La stratégie consistait en un rapprochement entre justice et secteur des soins, et en une coordination de l'aide aux personnes toxicomanes en contact avec la justice. À partir des années '90 le case management a été diffusé progressivement au sein des services d'aide aux toxicomanes au Canada et aux États-Unis, ceci comme une réponse aux problèmes complémentaires allant de pair avec l'usage de stupéfiants et comme une réaction aux restrictions propres aux formes de traitement existantes [14,15]. En outre, l'aspect économique n'a pas été un motif insignifiant [16].

Depuis cette époque, des centaines de projets de case management pour toxicomanes ont été mis en place, aussi bien dans le secteur judiciaire que dans les services d'aide aux toxicomanes, entre autres avec l'intention:

- d'augmenter l'accès, la participation et la rétention dans les services de soins [10];
- d'améliorer les résultats de traitement en ce qui concerne l'utilisation de l'alcool et de la drogue, l'emploi, les problèmes psychiques et la criminalité [17];
- de promouvoir la coordination et la continuité des services d'assistance et de soins [18].

Pour le moment, l'application du case management en Europe reste surtout limitée aux Pays-Bas [19,20], à l'Allemagne [21,22] et à la Belgique [23,24]. En outre, des projets comparables ont été mis en place dans d'autres pays européens. Le but de cette intervention est principalement de piloter les toxicomanes à travers le système d'assistance souvent complexe [25]. L'application de cette intervention au sein du secteur judiciaire reste pour le moment avant tout limitée aux États-Unis, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni. Dans notre pays, le case management est surtout mis en avant par les responsables politiques, d'une part pour ajouter une nouvelle méthode de travail pour le suivi individuel des usagers de drogue avec problématique extrême (le case management santé), et d'autre part pour harmoniser les relations entre la justice et les services d'aide (le case management justice) [26].

QUESTIONS EN CE QUI CONCERNE LA PRATIQUE DU CASE MANAGEMENT

Par le choix de ce thème de recherche, nous nous alignons sur une tendance internationale allant vers des soins plus individualisés, le travail en réseau et la continuité des soins aux personnes toxicomanes.

Un certain nombre d'auteurs [27] pensent qu'à l'avenir, la demande de case management ira croissante, vu la complexité grandissante des problématiques dans lesquelles les toxicomanes s'inscrivent, et l'organisation toujours plus compliquée du secteur d'aide. La recherche à propos du case management chez les personnes toxicomanes est actuellement encore très limitée - notamment en Europe -, mais bien nécessaire pour adapter cette méthode d'origine américaine aux systèmes juridique et de soins de l'Europe occidentale. L'application de cette méthode dépend fortement du contexte et est encore peu connue sous l'angle des 'effets actifs' de cette intervention [8].

Le case management peut être le mieux défini comme une forme d'aide intensive et individualisée à bas seuil, dans laquelle un travailleur social assure pendant une certaine période le suivi et la coordination du processus d'assistance à un nombre de clients restreint [28,29]. Le case manager prend ici la régie et intervient comme quelqu'un qui défend les intérêts du client [30]. La distinction avec d'autres méthodes de travail de l'aide aux personnes toxicomanes n'est toutefois pas toujours très claire (p.ex. l'accompagnement individuel, la post-cure) [14]. Siegal et ses collègues l'affirment comme suit: alors que l'aide ordinaire aux toxicomanes est surtout orientée vers la motivation, le contrôle, le rétablissement et la prévention de la rechute, le case management est plutôt une méthode de travail d'appui qui a comme objectif de faciliter ces buts [8]. Le case manager mettra donc les clients en contact avec certains services et leur apprendra à utiliser les ressources d'aide présentes dans leur entourage.

Toutefois, aucun consensus n'existe au sujet de la définition du case management [8]. Beaucoup d'autres questions restent aussi sans réponse en ce qui concerne l'implémentation et l'évaluation de cette intervention. Quels sont les motifs et les objectifs de la mise en application de cette intervention? Est-ce que le case management doit s'adresser spécifiquement à certains groupes cibles? Comment peut-on intégrer cette méthode de travail dans une organisation existante ou dans un réseau des services? Quel modèle du case management doit être préféré? Pendant combien de temps faut-il poursuivre une intervention? Qui doit la faire et quelles sont les autres exigences et aptitudes d'un case manager? Quels sont les effets principaux de ce type d'intervention? Dans ce rapport de recherche, nous allons à la recherche d'une réponse à ces questions et à d'autres questions de recherche.

1.2.2 Objectifs de la recherche

Cette recherche a en tout premier lieu l'intention de conceptualiser les notions de "case management" et de "case manager", vu qu'il n'existe de vue univoque ni dans la littérature ni sur le champ de travail [31]. Au travers de cette conceptualisation, nous avons porté entre autre notre attention sur les différences éventuelles entre le case manager justice et le case manager santé.

De plus, nous voulons vérifier sur base de la recherche empirique de quelle manière le case management peut être implémenté dans le secteur judiciaire et de l'aide aux toxicomanes en Belgique, en tenant compte des différences régionales et des initiatives existantes. Les conditions pour l'implémentation de cette intervention seront identifiées entre autre au sein des deux systèmes. Un cahier de charges pour l'implémentation du case management a été développé conjointement.

Enfin, nous voulons encore remarquer que nous nous adressons essentiellement au cours de cette recherche à l'application du case management pour les usagers de drogues illégales majeurs.

1.2.3 Méthodologie

Sur base du contrat de recherche avec le Service public fédéral de Programmation Politique Scientifique (DR/02/015), les missions spécifiques du groupe de recherche ont été déterminées comme suit [31]:

A. ETUDE LITTERAIRE

A.1 Définition et description du profil du case manager

Pour la conceptualisation de la méthode, la littérature à propos de la pratique du case management (définition, caractéristiques, fonctions de base, modèles, cadre légal...) sera comparée sur base des cadres théoriques de Moxley [29], Riet & Wouters [30] et du Substance Abuse and Mental Health Administration [8]. Une attention particulière sera consacrée aux différences entre le case manager justice et le case manager santé, et sur les possibilités de coopération entre les deux types de case manager.

A.2 L'enracinement légal

La législation belge sur le secret professionnel, la protection de la vie privée, les droits des patients et la jurisprudence (prédominante) concernée et le droit seront analysés. Un modèle axé sur la pratique d'échange d'informations est développé conjointement avec les garanties de droit nécessaires pour toutes les parties concernées.

A.3 L'évaluation du case management

La littérature internationale disponible au sujet de l'effectivité de cette intervention sera comparée, en tenant compte des facteurs contextuels, des objectifs et du groupe cible spécifique de l'intervention, des modèles de case management, des variables de résultats étudiées, etc...

A.4 L'implémentation du case management

Etude de l'implémentation du case management auprès de toxicomanes assistés par la justice ou le secteur des soins. Vu que, en ce qui concerne ce dernier domaine, beaucoup d'informations ont déjà été réunies au cours de recherches précédentes, nous nous limiterons à une mise à jour des informations sur ce point.

Pour l'étude de l'implémentation de cette méthode, l'attention sera avant tout portée sur les aspects suivants:

- Utilité et motifs de l'implémentation du case management, et objectifs et groupe cible de cette intervention;
- Cadre du case management respectivement dans le système judiciaire et le secteur des soins;
- Choix d'un modèle de case management et conditions fondamentales pour son implémentation;
- Conditions et attentes portées envers le case manager;
- Financement et continuité des projets;
- Évaluation de cette intervention.

B. INVENTAIRE D'EXEMPLES ETRANGERS DE "GOOD PRACTICE"

B.1 Rédaction d'un questionnaire succinct concernant la conceptualisation et l'implémentation de projets de case management à l'étranger

L'attention se portera entre autres sur les aspects suivants: une approche planifiée et systématique du problème, se basant sur la demande de traitement exprimée par les clients et les possibilités de ces derniers, les formes contraignantes de traitement (*contrainte et dissuasion*),...

B.2 Envoi du questionnaire des projets de case management aux Etats-Unis (n=10), aux Pays-Bas (n=5), et en Allemagne (n=5)

B.3 Approfondissement d'au moins trois de ces projets par des visites d'étude in situ

C. RECHERCHE SUR L'OPPORTUNITE ET LA FAISABILITE DU CASE MANAGEMENT AU SEIN DU SYSTEME JUDICIAIRE ET DU TRAITEMENT DE L'ABUS DE DROGUES SUR BASE D'UNE ETUDE DELPHI.

C.1 Consulter via des questionnaires tous les coordinateurs de soins ainsi qu'à tous les coordinateurs des maisons de justice (une par arrondissement judiciaire) sur base d'un questionnaire succinct, dans le but de faire l'inventaire des projets de case management existants

C.2 Entretiens semi-structurés des personnes-clés et de case managers de projets de case management existants

Chaque projet inventorié sera contacté par les chercheurs dans le but de mener un entretien semi-structuré avec le coordinateur et / ou un ou plusieurs des case manager impliqués. L'attention sera particulièrement portée sur l'implémentation, ainsi que sur la conceptualisation de la méthode.

C.3 Des focus-groups ayant pour but de tester la faisabilité et la généralisation des données résultant de l'étude littéraire et des entretiens structures

Sur base des résultats de l'étude littéraire et des entretiens structurés, un certain nombre de propositions seront formulés eût égard à l'implémentation du case management avec des clients judiciaire ou non. Ces propositions seront soumises à différents focus-groups tenus parallèlement dans trois zones urbaines (Anvers, Bruxelles, Charleroi)³. A partir des résultats de ces focus-groups, les propositions formulées seront plus tard adaptées, et soumises à des focus-groups comprenant des personnes-clés du système judiciaire et du secteur des soins au sein des mêmes arrondissements judiciaires.

En fonction de la généralisation des résultats des recherches, deux focus-groups supplémentaires seront organisés par arrondissement: l'un avec des représentants de toxicomanes et l'autre avec des responsables politiques⁴. Les résultats issus des focus-groups dans ces trois régions seront comparés a posteriori entre eux, en tenant compte de l'offre d'assistance, du nombre de dossiers judiciaires reliés à des affaires de stupéfiants et de l'implémentation actuelle du case management dans ces trois arrondissements.

D. ANALYSE DES DONNEES ET RAPPORT

D.1 Analyse des données

Les matériaux de recherche collectés (les données issues de la littérature, les entretiens, les focus-groups,...) seront traités et analysés à l'aide du programme WinMAX 98 Pro [32]. Pour l'interprétation des résultats des recherches, il sera fait appel entre autres aux résultats de recherches précédentes propres à la région Gand [33,34].

D.2 Rapport

La première partie du rapport a été consacrée à la conceptualisation du case management, au sein de laquelle la définition et le profil des deux types de case manager sont explorés. De plus, l'enracinement légal de la méthode, en ce compris les conditions fondamentales en matière de secret professionnel et de protection de la vie privée des personnes, et les possibilités de coopération entre les deux types de case manager. La seconde partie se consacre, quant à elle, à l'implémentation de cette intervention, en incluant des méthodes pour que cette intervention puisse le mieux être implémentée

³ Par suite de raisons pratiques, la décision a été prise - avec consentement du comité d'accompagnement - d'impliquer la région de Gand dans la recherche, et pas celle de Bruxelles.

⁴ Les focus groups avec des représentants de consommateurs de drogues ont été supprimés - avec consentement du comité d'accompagnement -, parce que notre recherche précédente a démontré que c'est très difficile de demander des questions aux clients concernant leurs expériences avec cette intervention. En plus, on a choisi de ne pas organiser des focus groups séparés avec des responsables politiques, mais d'inviter ces derniers aux focus groups mixtes avec des personnages-clés dans les secteurs justice et soins.

dans les systèmes judiciaire et de traitement pour abus de drogues actuels. Joint à cela, des directives pratiques sont conçu pour l'implémentation et la pratique du case management.

E. SOUS-TRAITANCE

En vue de l'exécution des missions de recherche stipulées, un certain nombre de tâches furent sous-traitées. Il s'agit de la recherche dans la partie francophone du pays et la validation internationale de la recherche [31]:

E.1 La recherche dans la partie francophone du pays

Les objectifs:

- Conceptualisation du case management dans la partie francophone;
- Réalisation d'un état de la situation en ce qui concerne l'implémentation du case management dans la partie francophone.

Les tâches:

- Étude de la littérature francophone;
- Traduction et adaptation des instruments de recherche en français (questionnaires, grille d'entretien...);
- Inventaire de projets de case management dans la partie francophone via le coordinateur de soins et le coordinateur des maisons de justice;
- Entretiens semi-structurés avec les personnes-clés de projets de case management francophones;
- Focus-groups avec les personnes-clés de la justice et du secteur des soins dans la partie francophone du pays;
- Inventaire d'exemples francophones de "good practice";
- Traduction du résumé du rapport de recherche en français.

L'exécutant:

Trempline asbl

Service Etudes

M. Sébastien Alexandre

3, Grand Rue

6200 Châtelet

Tél. 071/40 27 27

Télécopies. 071/38 78 86

E-mails: etudes@trempline.be

E.2 Validation internationale

Les objectifs:

- Accompagnement et intervision du projet de recherche.

Les tâches:

- Intersession à propos de l'étude littéraire;
- Intersession à propos de la méthodologie de recherche, y compris la délimitation du projet de recherche;
- Feedback sur les résultats des recherches;
- Évaluation globale du projet de recherche.

L'exécutant:

Prof. Richard Rapp

Wright State University

School of Medicine

Centre for Interventions, Treatment and Addictions Research (CITAR)

216 Medical Sciences Building

3640 Colonel Glenn Highway

Dayton, OH 45435

Tel: 001/937/775 28 50

Email: Richard.Rapp@wright.edu

1.2.4 Structure du rapport de recherche

Dans ce rapport de recherche, nous examinons si l'implémentation postulée de case management ("rêve") a été effectivement réalisé ("action") dans les secteurs de la santé et le secteur judiciaire et quelles suggestions peuvent être formulées pour améliorer cette intervention sur base des exemples de bonne pratique en Belgique et à l'étranger.

Après cette introduction générale, dans *le chapitre 2* sont esquissés le développement et l'implémentation du case management pour toxicomanes aux États-Unis et en Europe. Ensuite nous consacrons une attention spécifique à l'application du case management judiciaire. À la fin de ce chapitre, nous examinons les effets principaux de l'application de différents modèles de case management aux toxicomanes dans les secteurs de soins et judiciaire.

Le chapitre 3 aborde en profondeur les intentions politiques du gouvernement belge en ce qui concerne la mise en application du case management judiciaire et du case management santé.

Dans *le chapitre 4*, quatre exemples étrangers de "good practice" sont débattus. Deux projets de case management qui assurent, à partir de la justice, le suivi et la coordination du processus de soins, sont d'abord éclairés. Il s'agit du projet Gavo (Geïntegreerde Aanpak Verslavingsproblematiek en Overlast) à Utrecht, et du projet SATCO (Substance Abuse Treatment Continuum for Offenders) dans la prison de Dayton, dans l'Ohio. Secondement, deux projets spécifiques issus de l'aide aux toxicomanes sont débattus. Il s'agit de l'accompagnement psychosocial au sein du "Bundesdeutschen Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger" à Cologne et le projet qui a débuté récemment "Reducing Barriers to Drug Abuse Treatment Services" à Dayton, dans l'Ohio.

Dans *le chapitre 5*, l'opportunité et la faisabilité du case management au sein de l'aide aux toxicomanes et du secteur judiciaire en Belgique sont examinées à partir des entretiens structurés menés avec les case managers, les personnes-clés et les focus-groups regroupant des représentants du secteur des soins, de la justice et de la politique. La première partie de ce chapitre concerne un sommaire de projets existants de case management dans notre pays.

Le chapitre 6 traite d'une part de la communication d'information à propos du client, et de la coopération au sein du secteur des soins d'une part, et avec le secteur judiciaire d'autre part, sur base du cadre législatif belge.

Dans *le chapitre 7*, un guide pratique sur l'application du case management est développé.

Le chapitre 8 fermant ce rapport, comprend les conclusions les plus importantes de la recherche et un nombre de recommandations vis-à-vis du politique.

Enfin, nous tenons à noter que, pour promouvoir la lisibilité, il est fait usage de la forme masculine quand nous référons à des personnes. Là où nous utilisons la forme masculine, la variante féminine peut donc toujours y être remplacée.

1.3 Références

1. McLellan, A.T., Arndt, I., Metzger, D., Woody, G., & O'Brien, C. (1993). The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *Journal of the American Medical Association*, 269, 1953-1959.
2. Prochaska, J., DiClemente, C., & Norcross, J. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
3. Claus, R.E., & Kindleberger, L.R. (2002). Engaging substance abusers after centralized assessment: Predictors of treatment entry and dropout. *Journal of Psychoactive Drugs*, 34(1), 25-31.
4. Gossop, M., Stewart, D., Browne, N., & Marsden, J. (2002). Factors associated with abstinence, lapse or relapse to heroin use after residential treatment: protective effect of coping responses. *Addiction*, 97(10), 1259-1267.
5. Vanderplasschen, W., Lievens, K., & Broekaert, E. (2001). *De instroom in de Oost-Vlaamse drughulpverlening: registratie van intakes en aanmeldingen tussen oktober 1999 en mei 2000* (Orthopedagogische Reeks Gent Nummer 13). Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.
6. Hser, Y.I., Anglin, M.D., Grella, C., Longshore, D., & Prendergast, M.L. (1997). Drug treatment careers: a conceptual framework and existing research findings. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14(6), 543-558.
7. Brindis, C.D., & Theidon, K.S. (1997). The role of case management in substance abuse treatment services for women and their children. *Journal of Psychoactive Drugs*, 29(1), 79-88.
8. Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA). (1998). *Comprehensive case management for substance abuse treatment* (TIP Series 27). Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment.
9. Hall, J.A., Carswell, C., Walsh, E., Huber, D.L., & Jampoler, J.S. (2002). Iowa case management: Innovative social casework. *Social Work*, 47(2), 132-141.
10. Siegal, H. A., Rapp, R. C., Kelliher, C. W., Fisher, J. H., Wagner, J. H., & Cole, P. A. (1995). The strengths perspective of case management: A promising inpatient substance abuse treatment enhancement. *Journal of Psychoactive Drugs*, 27(1), 67-72.
11. Burns, T., Fioritti, A., Holloway, F., Malm, U., & Rossler, W. (2001). Case management and assertive community treatment in Europe. *Psychiatric Services*, 52(5), 631-636.
12. Ziguras, S.J., & Stuart, G.W. (2000). A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatric Services*, 51, 1410-1421.
13. Cook, F. (1992). Case management models linking criminal justice and treatment. In R.S. Ashery (Ed.), *Progress and issues in case management* (NIDA Research Monograph 127) (pp. 368-382). Rockville, MD.: National Institute on Drug Abuse.
14. Graham, K., & Birchmore-Timney, C. (1990). Case management in addictions treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 7(3), 181-188.
15. Sullivan, W., Hartmann, D., Dillon, D., & Wolk, J. (1994). Implementing case management in alcohol and drug treatment. *Families in Society: the Journal of Contemporary Social Services*, 75(2), 67-73.
16. Geary, C.R., & Smeltzer, C.H. (1997). Case management: Past, present, future - The drivers for change. *Journal of Nursing Care Quality*, 12(1), 9-19.
17. Siegal, H.A., Rapp, R.C., Li, L., Saha, P., & Kirk, K. (1997). The role of case management in retaining clients in substance abuse treatment: an exploratory analysis. *Journal of Drug Issues*, 27(4), 821-831.
18. Graham, K., Timney, C., Bois, C., & Wedgerfield, K. (1995). Continuity of care in addictions treatment: the role of advocacy and coordination in case management. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 21(4), 433-451.
19. Wolf, J., Mensink, C., & van der Lubbe, P. (2002). *Case management voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen: een systematisch overzicht van interventie en effect*. Utrecht: Trimbosinstituut, Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid.
20. Wolf, J., & Planije, M. (2002). *Case management voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen*. Utrecht: Trimbosinstituut, Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid.

21. Oliva, H., Görgen, W., Schlanstedt, G., Schu, M., & Sommer, L. (2001). *Case management in der Suchtkranken- und Drogenhilfe: Ergebnisse des Kooperationsmodells nachgehende Sozialarbeit – Modellbestandteil Case management, Berichtszeitraum 1995-2000*. Köln: FOGS, Gesellschaft für Forschung und Beratung in Gesundheits- und Sozialbereich mbH.
22. Schu, M., Schmid, M., Görgen, W., Vogt, I., & Oliva, H. (2002). *Case management mit integriertem Motivational Interviewing im bundesdeutschen Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie: Manual*. Köln: Heroinstudie.de.
23. Vanderplasschen, W., Rombouts, D., Derluyn, I., & Broekaert, E. (2003). Implementation of case management for substance abusing parents and their children: a view from Europe. *The Source*, 12(1), 1-4, 24-26.
24. Vanderplasschen, W., De Bourdeaudhuij, I., & Van Oost, P. (2002). Co-ordination and continuity of care in substance abuse treatment: an evaluation-study in Belgium. *European Addiction Research*, 8, 10-21.
25. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2001). *Annual report on the state of the drug problem in the European Union*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
26. Federale Regering. (2001). *Beleidsnota van de federale regering in verband met de drugproblematiek*. Brussel: Federale regering.
27. Vanderplasschen, W. (2002). Case management in de drughulpverlening: le beaujolais nouveau of gewoon oude wijn in nieuwe zakken? In Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (Ed.), *Referatenbundel VAD-studiedag Alcohol & Drugs (21-11-2002)* (pp. 18-27). Brussel: Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD).
28. Willenbring, M. (1996). Case management applications in substance use disorders. In H. Siegal, & R. Rapp (Eds.), *Case management and substance abuse treatment: practice and experience* (pp. 51-76). New York: Springer Publishing Company.
29. Moxley, D. (1989). *The practice of case management* (Sage Human Services Guides Vol. 58). Newbury Park: Sage publications.
30. van Riet, N., & Wouters, H. (1996). *Casemanagement: een leer- en werkboek over de organisatie en coördinatie van zorg-, hulp- en dienstverlening*. Assen: Van Gorcum.
31. Programmatorische Federale Overheidsdienst Wetenschapsbeleid. (2003). *Onderzoeksprogramma ter ondersteuning van de federale beleidsnota drugs: Onderzoeksovereenkomst DR/02/015, Bijlage I (technische specificaties)*. Brussel: Programmatorische Federale Overheidsdienst Wetenschapsbeleid.
32. Kuckartz, U. (1998). *WinMAX: Scientific text analysis for the social sciences*. Berlin: Udo Kuckartz, BSS.
33. Vanderplasschen, W., De Bourdeaudhuij, I., & Van Oost, P. (1999). *Eindrapport onderzoeksproject case management in de Oost-Vlaamse drughulpverlening* (niet-gepubliceerd onderzoeksrapport). Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Gedragstherapie en Psychologische begeleiding.
34. Vanderplasschen, W., Lievens, K., & Broekaert, E. (2001). *Implementatie van een methodiek van case management in de drughulpverlening: een proefproject in de provincie Oost-Vlaanderen* (Orthopedagogische Reeks Gent Nummer 14). Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.

2. IMPLEMENTATIE EN EVALUATIE VAN CASE MANAGEMENT VOOR DRUGGEBRUIKERS BINNEN DE VERSLAVINGSZORG EN JUSTITIE

Wouter Vanderplasschen
Richard Rapp
Judith Wolf
Sébastien Alexandre
Eric Broekaert
Kathy Colpaert

2.1 Werkwijze

Voor het uitwerken van de literatuurstudie in dit hoofdstuk werd gebruik gemaakt van volgende elektronische databanken: *ISI Web of Science* (bevat volgende databanken van het Institute of Scientific Information (ISI): Science Citation Index Expanded, Social Sciences Citation Index, Arts & Humanities Citation Index Data), *Medline* (biomedische publicaties over onderzoek, klinische praktijk, administratie en gezondheidszorg), *Psychlit* (publicaties over psychologie en aanverwante disciplines), *Current Contents* (meest recente wetenschappelijke publicaties over landbouw, leefmilieu en menswetenschappen), *Ingenta* (abstracts en full text articles van meer dan 20,000 publicaties in tijdschriften waarop de Universiteit Gent geabonneerd is), *EDDRA* (“Exchange on Drug Demand Reduction Action”, database van het Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving (EWDD)), *PubMed* (databank van de U.S. National Library of Medicines met referenties naar artikels gepubliceerd in meer dan 3800 biomedische tijdschriften) en *FLORIS* (“Flemish On-line Resource Inventory on Substance Abuse”, databank van de Vlaamse Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD)). De beschikbaarheid van de papieren versie van boeken en tijdschriften werd nagegaan aan de hand van volgende catalogi: Aleph (catalogus van de bibliotheek van de Universiteit Gent met titelbeschrijvingen van alle boeken en tijdschriften), Antilope (gemeenschappelijke catalogus van alle tijdschriften in het bezit van de Koninklijke Bibliotheek en andere wetenschappelijke bibliotheken in België) en LibisNet (bibliografische catalogus van alle boeken en tijdschriften beschikbaar in de bibliotheken van de Katholieke Universiteit Leuven).

In functie van het literatuuronderzoek werd gezocht aan de hand van (een combinatie van) volgende zoektermen: “case management”, “substance abuse/drug abuse/addiction”, “(drug) offenders”; “implementation/evaluation”, “treatment/corrections/criminal justice”; “outcome/effects”. Bijkomend werd aan de hand van dezelfde zoektermen literatuur opgezocht via het internet. Deze zoektocht resulteerde in een lijst van meer dan 200 referenties die aan onze zoektermen beantwoordden. Bij het nalezen van de abstracts bleek dat een aantal publicaties niet meteen relevant waren voor ons onderzoek: het betrof een andere doelgroep (bv. personen met psychische stoornissen, minderjarigen); in feite ging het om een andere interventie dan case management; case management was slechts een onderdeel van een meer omvattende interventie en werd niet afzonderlijk beschreven. Tevens konden een aantal publicaties niet bij het onderzoek betrokken worden, omdat ze niet via een Belgische bibliotheek raadpleegbaar waren. Uiteindelijk is deze literatuurstudie gebaseerd op ongeveer 150 publicaties over deze interventie.

2.2 Ontstaan en implementatie van case management voor drugverslaafden in de Verenigde Staten en Europa

2.2.1 Inleiding

Case management wordt over het algemeen beschouwd als één van de belangrijkste innovaties in de geestelijke gezondheidszorg van de afgelopen decennia [1]. Case management is een cliëntgerichte interventie met de bedoeling de coördinatie en continuïteit van zorg te verbeteren, in het bijzonder

voor mensen met meervoudige en complexe zorgbehoeften [2]. Ondanks vele discussies over de effectiviteit van (bepaalde modellen van) case management [3,4], heeft deze interventie een lange traditie op het vlak van de behandeling van verschillende groepen psychiatrische patiënten in de Verenigde Staten, Australië, Canada, Scandinavië, het Verenigd Koninkrijk, Italië, Duitsland en Nederland [5,6,7,8,9].

Vanaf de jaren '80 werd case management ook geleidelijk aangepast aan de specifieke karakteristieken en noden van drugverslaafden [10,11,12], omdat men vaststelde dat drugverslaving vaak een meervoudige en chronische problematiek is die gekenmerkt wordt door herval en waarbij een omvattende en continue aanpak aangewezen is [13,14]. Lightfoot en collega's [15] waren de eersten die aantoonde dat deze interventie de dropout uit behandelingsprogramma's kon verminderen en ook bijdroeg tot het verbeteren van de psychosociale situatie en het alcohol- en druggebruik. Sinds het begin van de jaren '90 hebben honderden programma's in Canada en de Verenigde Staten en enkele tientallen in Europa (bv. in Duitsland, Nederland en België) case management geïmplementeerd in de verslavingszorg [16,17]. Men verwacht op die manier bij te dragen tot de deelname aan en retentie in behandeling, zorgcoördinatie en resultaten van de behandeling. De toegenomen vraag naar case management in de verslavingszorg wordt onder meer toegeschreven aan de stijgende complexiteit van de hulpvragen waarmee cliënten zich aandienen en het complexe netwerk van hulp- en dienstverlenende instanties [13,18].

2.2.2 De basisfuncties van case management

Ondanks de wijdverspreide toepassing en populariteit van deze interventie bestaat er geen consensus over de definitie ervan [19,20]. In één van de eerste definities werd case management omschreven als: *“that part of substance abuse treatment that provides ongoing supportive care to clients and facilitates linking with appropriate helping resources in the community”* [21]. Andere auteurs spreken van *“het organiseren van de hulp- en dienstverlening bij een complexe en langdurige problematiek om de cliënt zo min mogelijk hulpbehoevend en van anderen afhankelijk te leren zijn”* [22] of *“de integratie van zorg op het niveau van de cliënt, die belangrijke taken inhoudt zoals het maken van afspraken, verwijzen, regelen en evalueren van zorg, coördinatie van activiteiten en belangenbehartiging”* [23].

Een meer accurate manier om deze interventie te beschrijven, bestaat uit de toelichting van de verschillende basisfuncties. Volgende functies worden minimaal tot het takenpakket van de case manager gerekend: assessment, planning, linking, monitoring, advocacy [17]. Naar analogie met Moxley [2] en van Riet & Wouters [22] (cf. tabel 2.1) hanteren wij een bredere omschrijving van deze basisfuncties. Verder wordt case management gekenmerkt door maatschappijgerichtheid, aanklappende hulp, integrale en omvattende probleemaanpak, cliëntgerichtheid, assertiviteit, flexibiliteit, een pragmatische aanpak en één enkel aanspreekpunt voor alle betrokkenen [17].

Als gevolg van de uiteenlopende doelstellingen en doelgroep, programma- en systeemvariabelen en andere contextuele factoren zal de concrete praktijk van plaats tot plaats verschillen [24,25]. Bij de conceptualisering van case management dient immers met verschillende factoren rekening te worden gehouden [19,26,27], die het uiteindelijke uitzicht van deze interventie zullen bepalen (cf. Tabel 2.2).

2.2.3 Sleutelvragen bij de implementatie van case management

Een weloverwogen conceptualisering en implementatie van case management komt naar voor als één van de belangrijkste determinanten van een geslaagde toepassing van deze interventie en van gunstige behandeluitkomsten [6,20,28,29,30]. Daarom doorzochten we de beschikbare literatuur over de implementatie van case management bij druggebruikers met de bedoeling inzicht te verschaffen in “wat te doen” en “wat niet te doen” bij de uitbouw van deze interventie. We baseren ons hierbij op de ervaringen in Noord-Amerika (Canada en de Verenigde Staten) en West-Europa (Duitsland, Nederland en België) en onderscheiden hierbij een aantal sleutelvragen, die hieronder worden uitgewerkt:

2.2.3.1 Welke zijn de voornaamste motieven voor de implementatie van case management? Welke zijn de doelstellingen en doelgroep van deze interventie?

De vaststelling dat veel druggebruikers andere significante problemen hebben naast hun druggebruik vormde het voornaamste motief voor de implementatie van case management als aanvullende en ondersteunende werkvorm binnen de verslavingszorg [31,32,33,34,35]. De beperkte en selectieve toegankelijkheid van de zorg, tekorten in de kwaliteit van de aangeboden zorg (bv. met betrekking tot aansprakelijkheid, continuïteit, coördinatie, effectiviteit en efficiëntie) en kostenbesparingen waren andere belangrijke motieven voor de implementatie van deze interventie in de Verenigde Staten [17,24,25,36]. In Nederland werd de toepassing van case management niet zozeer ingegeven door economische motieven, maar vooral door de gebrekkige levenskwaliteit van veel langdurig verslaafden en de overlast die zij veroorzaken in de grootsteden [35]. In Duitsland en België waren met name de chronische en complexe problematiek van veel druggebruikers en het gebrek aan zorgcoördinatie en -continuïteit de belangrijkste motieven voor de implementatie van case management [33,35].

In tegenstelling tot de Verenigde Staten, waar case management sinds het begin van de jaren '90 op grote schaal werd geïmplementeerd voor de begeleiding van druggebruikers, staat de toepassing van deze interventie in Europa nog in zijn kinderschoenen. Dit is onder meer te wijten aan de ruimere beschikbaarheid en betere toegankelijkheid van de zorg, minder nadruk op kostenbesparingen en het gebrek aan eenduidige bevindingen met betrekking tot de effectiviteit van case management voor psychiatrische patiënten. Recente hervormingen in de gezondheidszorg in onder meer Nederland, Duitsland en België benadrukken echter het belang van de toegankelijkheid, continuïteit, effectiviteit en efficiëntie van de zorg en wakkeren de aandacht aan voor interventies zoals case management [37,38,39].

Tabel 2.1: Taken en functies van een case manager [2,22]

1. **Assessment:** Case manager en cliënt gaan na welke de sterktes en zwaktes van de cliënt zijn, onder meer op het vlak van lichamelijke gezondheid, opleiding en tewerkstelling, alcohol- en druggebruik, familiale en sociale relaties, wonen, vrije tijd en psychisch functioneren
2. **Planning:** In onderling overleg worden prioritaire aandachtsgebieden (bv. aflossing schuldenlast, vinden van een woning) aangeduid en aansluitend worden doelstellingen met bijhorende subdoelen geformuleerd. Dit plan geeft aan wie wat waar wanneer hoe en met welk doel zal doen.
3. **Directe dienstverlening:** Het helpen en ondersteunen van cliënten op verschillende manieren. Zo kan men bv. informatie en advies geven over het gebruik van bepaalde medicatie, cliënten een aantal vaardigheden aanleren (bv. hoe solliciteren?) en regelmatig met hen gesprekken voeren.
4. **Indirecte dienstverlening:** de case manager treedt ook op als een soort "advocaat" van de cliënt en als "regisseur" van het hulpverleningsproces.
 - Zo brengt hij cliënten in contact met bepaalde diensten of regelt hij een opname in een behandelingscentrum (*linking*);
 - Hij zorgt voor een goede afstemming van de hulpverlening tussen alle betrokken diensten (*coördinatie*);
 - Hij komt op voor de belangen van de cliënt (bv. wanneer deze dreigt zijn uitkering te verliezen of wanneer men weigert deze op te nemen in een bepaalde voorziening) (*belangenbehartiging*);
 - Hij zoekt de cliënt op in diens eigen leefomgeving (bv. thuis, op het werk, in het ziekenhuis of de gevangenis) (*outreaching*).
5. **Monitoring & evaluatie:** de case manager staat (samen met de cliënt) in voor de opvolging en het bijsturen van het hulpverleningsproces. Evaluatie van de vooropgestelde doelstellingen en van de tevredenheid van cliënten hangt hier nauw mee samen.

Tabel 2.2: Factoren die in acht genomen moeten worden bij de conceptualisering van case management [19,27]

1. *Gerichtheid op de cliënt*: in welke mate is het case management vooral gericht op het tegemoet komen aan de hulpvraag van de cliënt dan wel op het verbeteren van de samenwerking tussen voorzieningen?
2. *Reikwijdte van het case management*: is het case management gericht op een specifieke fase van het hulpverleningsproces (bv. nazorg, aanknopen met de hulpverlening) of beslaat het case management het totale hulpverleningsproces?
3. *Programmastructuur*: hoe wordt het case management georganiseerd? Wordt een onafhankelijke dienst gevormd die hiervoor zal instaan of wordt case management als module toegevoegd aan een bestaande voorziening?
4. *Mate van directe dienstverlening*: in welke mate doet de case manager aan directe dienstverlening (bv. aanleren van vaardigheden, geven van advies, crisisinterventie) of is hij vooral bezig met de coördinatie van de hulpverlening? Bovendien stelt zich de vraag of de case manager ook tegelijk de therapeut van de cliënt kan zijn.
5. *Doelgroep*: algemeen geldt als doelgroep voor case management cliënten die moeilijk toegang krijgen tot de bestaande hulpverlening of die door hun problematiek met verschillende voorzieningen in contact komen. Deze vage doelgroepomschrijving dient echter nader gespecificeerd en geoperationaliseerd te worden.
6. *Training*: welke vorming en training voorziet men voor de case managers? Bovendien moet nagedacht worden over de manier waarop intervisie en supervisie georganiseerd zal worden.
7. *Locatie*: waar krijgt het case management een plaats? Wordt hiervoor een geheel nieuwe infrastructuur voorzien los van bestaande organisaties of krijgt het case management onderdak binnen een bestaande voorziening? Het is belangrijk om een laagdrempelige en bereikbare locatie te kiezen, waar de doelgroep mee vertrouwd is.
8. *Case manager-client ratio*: hoeveel cliënten zal de case manager opvolgen? De caseload van de case manager zal onder meer afhankelijk zijn van de doelgroep, doelstellingen en intensiteit van het case management. Over het algemeen wordt een caseload van 15 à 20 cliënten per full-time case manager vooropgesteld.
9. *Vereiste opleiding*: verschillende beroepsgroepen komen in aanmerking voor het uitvoeren van case management. Het is belangrijk dat case managers een goede kennis hebben van de sociale kaart in de regio en bedreven zijn in maatschappelijke dienstverlening. Afhankelijk van de doelstellingen van het project kan men opteren voor case managers met of zonder ervaring met de doelgroep.
10. *Beschikbaarheid*: in welke mate is de case manager beschikbaar? Is hij slechts bereikbaar tijdens de kantooruren of streeft men een ruimere of zelfs permanente bereikbaarheid na? Eventueel kunnen de beperkte openingsuren van het project uitgebreid worden door een ruimere telefonische bereikbaarheid te voorzien.
11. *Intensiteit en frequentie*: hoe vaak en hoe lang dienen de case manager en zijn cliënt contact te hebben? Streeft men naar langdurige en bijna dagelijkse contacten of volstaan korte wekelijkse contacten?
12. *Duur*: bij aanvang van het case management moet de duur van de interventie bepaald worden. Er moeten duidelijke afspraken gemaakt worden met de cliënt wanneer en onder welke omstandigheden het case management zal stopgezet worden.
13. *Administratieve bevoegdheid*: neemt de case manager ook administratieve taken over van de cliënt of zorgt de case manager er enkel voor dat deze taken opgenomen worden door een andere hulpverlener?

In Nederland werden sinds 1995 reeds meer dan 50 projecten geïmplementeerd die gebruik maken van case management voor de begeleiding van drugverslaafden [35]. In verschillende Duitse steden werden – al dan niet in combinatie met meer structurele zorgcoördinatie – vergelijkbare projecten

opgezet en tevens werd deze interventie toegepast als een vorm van psychosociale begeleiding binnen het experimenteel onderzoek naar de gecontroleerde verstrekking van heroïne [40,41]. In België blijft het aantal case management projecten in de verslavingszorg voorlopig beperkt tot een tiental [42].

In de Verenigde Staten werd case management – met succes – geïmplementeerd in functie van het verhogen van de participatie aan en retentie in behandeling van druggebruikers [43,44,45,46]. Deze interventie wordt vooral toegepast bij doelgroepen met complexe noden die moeilijkheden ondervinden om in contact te komen of te blijven met de hulpverlening, zoals zwangere vrouwen, moeders met jonge kinderen, adolescenten, chronische alcoholisten, dubbele diagnose-patiënten en druggebruikers die besmet zijn met HIV [13,47,48,49,50,51,52].

De meeste Amerikaanse case management-programma's stellen abstinentie als ultieme doelstelling voorop, terwijl deze interventie in West-Europa eerder toegepast wordt vanuit een schadebeperkend perspectief. In Nederland is deze interventie voornamelijk gericht op doelgroepen met zeer ernstige drugproblemen zoals verslaafde moeders en zogenaamde “zorgwekkende zorgmijders”, die geen of onvoldoende aansluiting vinden bij de bestaande hulpverlening. Evaluatie van deze interventie bij verscheidene zorgverstrekkers toont aan dat case management in belangrijke mate bijdraagt tot de stabilisatie van de situatie van deze cliënten [53]. In Duitsland werd case management succesvol toegepast bij druggebruikers met een complexe en langdurige problematiek, inclusief personen die voorheen niet in contact kwamen met de hulpverlening [37]. De toepassing van deze methodiek in België was tot op heden vooral gericht op een vergelijkbare doelgroep die reeds verscheidene behandelingsepisodes achter de rug had [38].

Case management wordt onder meer in de Verenigde Staten en Nederland ook toegepast voor de begeleiding en opvolging van druggebruikers die in aanraking komen met justitie, wat geassocieerd wordt met een daling van de recidive en het druggebruik en een toename van het gebruik van allerlei vormen van hulp- en dienstverlening [54,55]. Er blijft evenwel onduidelijkheid en discussie over het effect van drang binnen case management [56,57,58]. Bovendien heeft men met deze interventie ook vaak geprobeerd om de “meest problematische druggebruikers” te bereiken. Hoewel de keuze voor deze doelgroep weinig succesvol is gebleken binnen de geestelijke gezondheidszorg [5], hebben verscheidene studies in de verslavingszorg gunstige effecten aangetoond van case management bij deze doelgroep [18,59,60,61,62,63]. Een aantal auteurs maakt echter melding van praktische problemen, zoals de moeilijkheid van lange termijnplanning, een verhoogd risico op burn-out en de grote mate van afhankelijkheid tussen cliënten en case manager [19,20,59,64].

Een analyse van recente gepubliceerde artikels (1997-2003) in tijdschriften die gebruik maken van “peer review” voor de beoordeling van ingestuurde artikels toont aan dat case management een relatief succesvolle interventie is gebleken met het oog op de realisatie van de vooropgestelde doelstellingen (cf. tabel 2.3). De meeste van deze effectstudies hebben betrekking op de situatie in de Verenigde Staten en gelijkaardige Europese studies zijn (momenteel) niet voorhanden. In dit overzicht beperken we ons tot studies met een relatief grote proefgroep ($n > 100$), gezien dergelijke studies een grotere statistische “power” hebben en ook toelaten om kleine of bescheiden effecten te detecteren [65].

Verscheidene ongecontroleerde studies hebben – in vergelijking met de beginsituatie – significante verbeteringen aangetoond bij cliënten die begeleid werden door een case manager [39,45,66,67]. Daarnaast is in verscheidene gerandomiseerde en gecontroleerde studies een significante verbetering van de toegankelijkheid van, deelname aan en retentie in behandeling bewezen in vergelijking met cliënten die geen case manager hadden [43,46,68,69,70,71,72,73,74]. Over de effecten van case management met betrekking tot druggerelateerde uitkomsten zoals druggebruik, tewerkstelling en criminaliteit bestaan tegenstrijdige resultaten, maar in de meeste gevallen stelde men een bescheiden vooruitgang vast in het voordeel van de case management groep [63,70,75,76,77]. In een aantal studies bleken deze effecten echter af te zwakken na verloop van de tijd (na 9 à 12 maanden) [44,68] of ze verschilden niet of nauwelijks van deze bij een controlegroep die een andere (gelijkaardige) interventie kreeg (bv. training van cognitieve vaardigheden, een ander model van case management) [51,74,77,78].

Tabel 2.3: Overzicht van de belangrijkste resultaten van recent gepubliceerde studies (1997-2003) over case management voor druggebruikers (n>100)

Auteurs	Plaats	Soort onderzoek	N	Doelgroep	Soort interventie	Resultaten		
						Toegang, deelname & retentie	Gebruik van de zorg	Drug-gerelateerde behandeluitkomsten
Mejta, e.a. (1997)	Chicago	Gerandomis. + gecontroleerde studie	316	Intraveneuze druggebruikers	'Generalist' case management vs. geen case management	Verhoogde toegang tot en retentie in behandeling		Daling van het alcohol- en druggebruik
Shwartz e.a. (1997)	Boston, Massachusetts	Retrospectieve cohorte studie	21,207	Druggebruikers in 4 types van behandeling	'Generalist' case management	Verhoogde retentie en deelname aan een vervolgprogramma		Vermindering van de herval-ratio
Siegal e.a. (1997)	Dayton, Ohio	Gerandomis. + gecontroleerde studie	258	Veteranen met drugproblemen (follow-up op 6 maanden)	'Strengths-based' case management vs. standaard basisbehandeling en nazorg	Verhoogde retentie in het vervolgprogramma		Verbeterd sociaal functioneren (minder illegale activiteiten, meer tewerkstelling)
Conrad e.a. (1998)	Hines, Illinois	Gerandomis. + gecontroleerde studie	358	Dakloze verslaafde veteranen	Residentieel programma met case management vs. ziekenhuisprogramma van 3 weken	Verhoogde retentie in behandeling		Verbetering van de medische, huisvestings- en werksituatie en op het vlak van alcoholgebruik
Cox e.a. (1998)	King County, Seattle, Washington	Gerandomis. + gecontroleerde studie	193	Daklozen met chronische alcoholproblemen	Intensief case management vs. standaard behandeling		Verhoogd gebruik van de drughulpverlening	Vermindering van alcoholgebruik, minder dagen dakloos, verhoogd inkomen via uitkeringen
Drake e.a. (1998)	Lebanon, New Hampshire	Gerandomis. + gecontroleerde studie	203	Mensen met dubbele diagnose	'Assertive community treatment' vs. 'generalist' case management		Geen verschil in het aantal dagen gehospitaliseerd / thuis	Substantiële verbeteringen in beide groepen op alle uitkomstvariabelen over een periode van 3 jaar Relatief betere resultaten op bepaalde indicatoren van productafhankelijkheid en een verbeterde kwaliteit van leven (ACT) Gelijke vooruitgang op vlak van druggebruik, herval en psychische stoornissen
Evenson e.a. (1998)	Saint-Louis, Missouri	Retrospectief onderzoek	280	Druggebruikers in een behandelings- en revalidatieprogramma	Intensief case management	Positief verband tussen de retentie in het programma en behandeluitkomsten	Hoge mate van tevredenheid met de gekregen begeleiding	Verbetering inzake functioneren op 11 domeinen (bv. druggebruik, werksituatie, juridische problemen, psychologische en sociale problemen)
Rapp e.a. (1998)	Dayton, Ohio	Gerandomis. + gecontroleerde studie	444	Veteranen met drugproblemen	'Strengths-based' case management vs. standaard basisbehandeling en nazorg	Verhoogde retentie in het vervolgprogramma		Vermindering van het druggebruik na 6 maanden, gemedieerd door retentie in behandeling
McLellan e.a. (1999)	Philadelphia	Gecontroleerde studie (geen randomisatie)	537	Druggebruikers in ambulante begeleiding	Klinisch case management vs. standaard ambulante begeleiding		Verhoogd gebruik van de alcohol- en drughulpverlening en van voorzieningen inzake werk en juridische bijstand	Verbeterde alcohol, drug, psychische, werk- en medische status

Auteurs	Plaats	Soort onderzoek	N	Doelgroep	Soort interventie	Resultaten		
						Toegang, deelname & retentie	Gebruik van de zorg	Drug-gerelateerde behandeluitkomsten
Vaughan-Sarrazin e.a. (2000)	Johnson County, Iowa	Gerandomis. + gecontroleerde studie	229	Druggebruikers die een residentiële behandeling starten	'Strengths-based' case management (3 experimentele condities (binnen de voorziening, op een sociale dienst, telecommunicatie), en 1 controle conditie)	Enigszins verhoogde deelname aan en retentie in behandeling	Verhoogd gebruik van medische zorg en verslavingszorg (niet van de geestelijke gezondheidszorg) bij de groep die CM krijgt binnen de voorziening	
Sarrazin e.a. (2001)	Johnson County, Iowa	Gerandomis. + gecontroleerde studie	494	Druggebruikers die een ambulante of residentiële behandeling starten	'Strengths-based' case management (3 experimentele condities (binnen de voorziening, op de sociale dienst, telecommunicatie), en 1 controle conditie)	Geen verschil in deelname en retentie over de verschillende condities		Verbeterde familiale relaties en ouderlijke attitudes na 6 maanden (CM) Geen effect op de perceptie van misbruik door de partner Geen verschil tussen de 3 case management condities
Godley e.a. (2002)	Central Illinois	Gerandomis. + gecontroleerde studie	114	Adolescente druggebruikers in een kortdurend residentieel programma	'Assertive continuing care', met inbegrip van case management vs. de gebruikelijke continue zorg	Geen verschil in verblijfsduur	Meer geneigd om continue zorg aan te vatten en te ontvangen	Minder gebruik van marihuana en minder dagen alcoholgebruik na 3 maanden
Saleh e.a. (2002)	Johnson County, Iowa	Gerandomis. + gecontroleerde studie	662	Druggebruikers die een residentiële behandeling starten	'Strengths-based' case management (3 experimentele condities (binnen de voorziening, op de sociale dienst, telecommunicatie), en 1 controle conditie)			Verbeterde werk- en juridische status (groep die CM krijgt binnen de voorziening) Enigszins verbeterde drug- en psychische status (groep die CM krijgt door de sociale dienst) Geen differentieële effecten voor de groep die CM krijgt via telecommunicatie
Scott e.a. (2002)	Chicago	Gerandomis. + gecontroleerde studie	692	Druggebruikers die een beroep doen op een gecentraliseerde intake unit	Makelaarsmodel van case management vs. geen case management	Verbeterde toegang tot en deelname aan behandeling, maar niet op vlak van retentie	Meer verwijzingen naar allerlei ondersteunende diensten	
Siegal e.a. (2002)	Dayton, Ohio	Gerandomis. + gecontroleerde studie	453	Veteranen met drugproblemen	'Strengths-based' case management vs. standaard basisbehandeling en nazorg	Verhoogde deelname aan nazorg		Minder crimineel gedrag en meer tewerkstelling na 12 maanden, gerelateerd aan langere verblijfsduur
Huber e.a. (2003)	Johnson County, Iowa	Gerandomis. + gecontroleerde studie	437	Druggebruikers die starten met een ambulante of residentiële behandeling	'Strengths-based' case management (3 experimentele condities (binnen de voorziening, door de sociale dienst, via telecommunicatie), en 1 controle conditie)			Meer juridische en familiale problemen, geassocieerd met hogere intensiteit van case management
Sorensen e.a. (2003)	San Francisco, California	Gerandomis. + gecontroleerde studie	190	Druggebruikers met HIV/AIDS	Makelaarsmodel van case management vs. intensief case management		Geen verschil inzake zorggebruik	Geen verschil in drug-gerelateerde behandelingsuitkomsten; gelijke vooruitgang bij beide groepen na 6 maanden, maar de effecten verminderen na 12 en 18 maanden Minder seksueel risicogedrag (ICM)

2.2.3.2 Welke is de plaats van het case management in het netwerk van voorzieningen? Op welke manier kan de samenwerking en coördinatie tussen voorzieningen verbeterd worden?

Verscheidende auteurs hebben aangetoond dat het succes van case management in belangrijke mate afhangt van de manier waarop het geïntegreerd is in het bestaande netwerk van voorzieningen [10,20,79,80,81]. Deze interventie houdt immers het risico in ook een gefragmenteerd deel van het zorgaanbod te worden, wanneer niet wordt ingespeeld op bestaande structurele barrières in de hulpverlening zoals incompatibele visies en doelstellingen, inconsistente diagnoses, gebrek aan geschikte huisvesting en transport, wachtlijsten, etc. [27]. McLellan en zijn collega's konden 12 maanden na de aanvankelijke implementatie geen effecten van case management aantonen, maar wel na 26 maanden [43]. Zij concludeerden dat systeemvariabelen zoals de getrouwheid waarmee de interventie werd geïmplementeerd en de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de hulpverlening een belangrijke invloed uitoefenden. Ze raadden daarom dan ook aan om enerzijds een uitgebreide training en supervisie te voorzien en anderzijds om vooraf afdwingbare afspraken te maken met andere voorzieningen teneinde de beschikbaarheid ervan te kunnen garanderen. De toegankelijkheid van de residentiële zorg kan verder aanzienlijk verbeterd worden, wanneer case managers over de nodige middelen en garanties beschikken om deze behandeling te betalen [70]. Tevens zijn er formele afspraken en protocollen nodig met betrekking tot de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van case managers en andere betrokken diensten, het gebruik van gemeenschappelijke instrumenten voor assessment en handelingsplanning en het beheer en de uitwisseling van cliëntgegevens [17,20,64,70,78].

Case management kan zowel geïmplementeerd worden als een specifieke module die wordt aangeboden door of verbonden is aan een bepaalde organisatie zoals een ziekenhuis of een behandelingscentrum, als als een specifieke hulpverleningsvorm die georganiseerd wordt door verschillende voorzieningen samen in functie van het in contact brengen van cliënten met deze en andere diensten. De eerstgenoemde werkvorm wordt frequent toegepast in de Verenigde Staten om de deelname aan en retentie in de behandeling te verhogen en om terugval en herval te verminderen, terwijl de tweede werkvorm vooral gebruikt wordt in West-Europa om doelgroepen te bereiken die tussen de mazen van het hulpverleningsnet (dreigen te) glippen. Amerikaanse onderzoekers gingen de invloed na van de programmastructuur op de behandelingsresultaten van cliënten die begeleid werden door een case manager die respectievelijk verbonden was aan een ontwenningencentrum en een sociale dienst of één die enkel telefonische contacten met hen had [74]. De variant waarbij de case manager verbonden was aan een behandelingscentrum leidde – in vergelijking met de andere condities – tot significant meer gebruik van medische zorg en verslavingszorg, wat laat veronderstellen dat de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de case manager het succes van dergelijke programma's in niet onbelangrijke mate bepaalt.

2.2.3.3 Welk is het meest geschikte model van case management en welke zijn de voornaamste randvoorwaarden opdat deze interventie zou slagen?

In de literatuur worden meestal vier modellen van case management onderscheiden: het makelaarsmodel of 'generalist' model, 'strengths-based' case management, 'assertive community treatment' of intensief case management en het klinisch model van case management [17,24]. Het onderscheid tussen deze modellen wordt in tabel 2.4 verduidelijkt aan de hand van de mate waarin de case manager een aantal van de basisfuncties opneemt [17]. De meeste praktijkvoorbeelden zijn echter slechts een flauwe afspiegeling van deze theoretische modellen. De keuze van een specifiek model van case management zal onder meer bepaald worden door het bestaande zorgaanbod, de doelstellingen, doelgroep en empirische gegevens over de effectiviteit van deze modellen.

Tabel 2.4: Overzicht van de verschillende modellen van case management aan de hand van een aantal basisfuncties van de case manager [17,19]

	Makelaars-/ “generalist” model	“Strengths- based” model	Assertive Community Treatment	Klinisch / rehabilitatie model
<i>Outreaching</i>	Geen outreaching of opsporen van de cliënt	Soms outreaching of opsporen van de cliënt	Soms outreaching of opsporen van de cliënt	Soms outreaching of opsporen van de cliënt
<i>Assessment</i>	Korte assessment in functie van verwijzing	Strengths based assessment met betrekking tot verschillende leefgebieden	Omvattende assessment op bio-psycho-sociaal vlak	Omvattende assessment op bio-psycho-sociaal vlak
<i>Planning</i>	Beperkte handelingsplanning	Cliëntgestuurde handelingsplanning met betrekking tot verschillende leefgebieden	Omvattende handelingsplanning	Omvattende handelingsplanning
<i>Linking</i>	Case manager verwijst cliënt of cliënt neemt hiertoe zelf het initiatief	Zoals afgesproken met cliënt, kan deze zelf of de case manager andere diensten contacteren	Gebeurt enkel indien nodig, maar maakt wel deel uit van de case management-taken	Zoals afgesproken met cliënt, kan deze zelf of de case manager andere diensten contacteren
<i>Opvolging</i>	Verwijzingen worden slechts in beperkte mate opgevolgd	Intensieve opvolging van verwijzingen	Intensieve opvolging van verwijzingen	Intensieve opvolging van verwijzingen
<i>Therapie + aanleren vaardigheden</i>	Voor therapie en training van vaardigheden worden cliënten verwezen	Case managers beperken zich meestal tot het beantwoorden van vragen van cliënten	Therapie en training van vaardigheden kunnen deel uitmaken van dit model	Therapie staat centraal in dit model
<i>Informele zorg</i>	Geen bijdrage aan het ontwikkelen van het informeel netwerk rond de cliënt	Het ontwikkelen van het informeel netwerk van de cliënt staat centraal	Uitbouw van het informeel netwerk bv. door oprichten van drop-in centra of shelters	Tijdens de therapie wordt veel aandacht besteed aan de familie en zelfhulp
<i>Crisisopvang</i>	Enkel voor bepaalde crisissituaties kan men een beroep doen op de case manager (bv. huisvesting)	Gericht op het stabiliseren van de crisissituatie + verwijzen van de cliënt	Gericht op het stabiliseren van de crisissituatie + verwijzen van de cliënt	Gericht op het stabiliseren van de crisissituatie + verwijzen van de cliënt + verderzetten therapie
<i>Advocacy</i>	Advocacy blijft beperkt	Advocacy met betrekking tot verschillende leefgebieden	Advocacy met betrekking tot verschillende leefgebieden	Advocacy met betrekking tot verschillende leefgebieden
<i>Strengths</i>	Advocacy niet gericht op het ontwikkelen van de mogelijkheden en hulpbronnen van de cliënt	Advocacy in functie van het ontwikkelen van mogelijkheden en hulpbronnen van de cliënt	Advocacy in functie van specifieke noden van de cliënt	Advocacy in functie van specifieke noden van de cliënt

Directe dienstverlening	Directe dienstverlening wordt niet voorzien, maar hiervoor wordt verwezen naar andere diensten	Dienstverlening gericht op het verwerven van bepaalde vaardigheden via bv. rollenspel, meegaan op gesprek	Directe dienstverlening vormt een wezenlijk onderdeel van dit model	Directe dienstverlening vormt een wezenlijk onderdeel van dit model
-------------------------	--	---	---	---

‘*Assertive Community Treatment*’ (ACT) en in het bijzonder intensief case management werden in de Verenigde Staten onder meer aangewend om gedetineerde druggebruikers te reïntegreren in de maatschappij. Dit model van case management wordt gekenmerkt door een omvattende probleemaanpak, aanklampende hulpverlening en het voorzien van directe dienstverlening.

Een gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek bij 135 voorwaardelijk vrijgelaten druggebruikers waarvan de helft begeleid werd door een case manager toonde weinig effecten aan met betrekking tot het druggebruik van deze doelgroep, maar men stelde wel enige vooruitgang vast met betrekking tot hun risicogedrag en recidive [28]. Een andere studie waarbij ruim 1 400 personen die gearresteerd werden omwille van drugdelicten at random werden toegewezen aan drie verschillende interventies (onder meer intensief case management) resulteerde in een significante daling van het druggebruik en van de betrokkenheid bij criminele activiteiten en een stijging van de deelname aan allerlei behandelingsprogramma’s bij de case management-groep [58]. In Nederland, Duitsland en België is intensief case management het meest toegepaste model van case management en dit wordt onder meer geassocieerd met een meer omvattende en geïndividualiseerde probleemaanpak en betere behandelingsuitkomsten, zoals een stabilisatie van de leefsituatie, afname van het druggebruik, minder drop-out en minder criminaliteit [19,35,39].

In twee grootschalige studies in Dayton (Ohio) en Iowa werd ‘*strengths-based*’ case management toegepast bij druggebruikers die zich aanmeldten voor een residentiële behandeling (cf. tabel 2.4). In de eerstgenoemde studie werd aangetoond dat deze interventie tot een significante verbetering van de werksituatie leidde en de retentie aanzienlijk verhoogde, wat op zijn beurt een daling van het druggebruik en van de betrokkenheid bij criminele activiteiten voor gevolg had [46,71,72,82]. Volgens de betrokken cliënten werd hun retentie gestimuleerd door de cliëntgerichte probleemaanpak en doelbepaling en werd ze gefaciliteerd doordat case managers cliënten leerden hoe ze doelstellingen konden bepalen [83]. De studie in Iowa vond een significante invloed van strengths-based case management op het zorggebruik van druggebruikers en bescheiden – zij het afzwakkende – effecten op de juridische situatie, tewerkstellingsstatus en psychische toestand [36,44,74,76,77].

De toepassing van het makelaarsmodel en andere kortdurende vormen van case management leidden meestal niet tot aantoonbare winst in vergelijking met een controlegroep die deze interventie niet kreeg [84,85]. Anderzijds toonde een recente studie een duidelijke positieve invloed aan van deze interventie op de toegankelijkheid van de zorg en het zorggebruik [72], terwijl een andere studie vond dat een makelaarsmodel niet minder effectief was dan intensief case management [51].

‘*Generalist*’ of standaard case management is een meer omvattende variant van het makelaarsmodel, die de minimale basisfuncties van case management omvat (assessment, planning, linking, monitoring en advocacy) [17]. Deze werkvorm wordt vaker in verband gebracht met gunstige resultaten, zoals een significant positieve invloed op de deelname aan en retentie in behandeling en op het herval na behandeling [45,70].

Klinisch case management, waarbij het aanleren van bepaalde vaardigheden en therapeutische activiteiten gecombineerd worden, werd nog maar zelden toegepast bij druggebruikers maar is alvast succesvol gebleken in tenminste één studie [43]. Andere auteurs stellen echter dat de combinatie van case manager en therapeut vaak problematisch is, aangezien dit beide aspecten van het programma afzwakt [28].

2.2.3.4 Over welke kwalificaties en vaardigheden dient een case manager te beschikken en welke vormen van ondersteuning dient men te voorzien?

Verscheidene auteurs gaan ervan uit dat vroegere werkervaringen, uitgebreide training, degelijke kennis van de organisatie van de welzijns- en gezondheidszorg en goede communicatieve en interpersoonlijke vaardigheden minstens even belangrijk zijn als formele kwalificaties en diploma's [17,35,39]. Slechts een aantal programma's hebben ex-verslaafden ingezet als case managers [88], maar er is weinig informatie beschikbaar over het effect van case management door respectievelijk professionals en "peers". De relatie tussen cliënt en case manager wordt als essentieel beschouwd voor de participatie aan en retentie in case management en de hiermee gerelateerde uitkomsten. De toepassing van een "strengths"-perspectief van case management kan helpen om de betrokkenheid van cliënten te versterken [17,39,84].

Analyses van case management activiteiten en de getrouwheid waarmee dergelijke programma's worden geïmplementeerd, wijzen op grote verschillen tussen case managers, niet enkel tussen maar ook binnen deze programma's [17,29,45,51,76,78]. Geringe getrouwheid bij de implementatie van case management wordt geassocieerd met minder goede behandelingsuitkomsten. Een meer getrouwe implementatie van deze interventie kan bevorderd worden door een uitgebreide training bij aanvang, regelmatige supervisie, administratieve ondersteuning, het gebruik van protocollen en draaiboeken, handelingsplanning en een teambenadering [29,43,78].

In de Verenigde Staten heeft de grote variatie tussen case management programma's geresulteerd in verschillende pogingen om éénduidige richtlijnen te formuleren en deze praktijk te standaardiseren. De Amerikaanse *National Association of Alcoholism and Drug Abuse* heeft case management geïdentificeerd als één van de acht counseling vaardigheden en nam de algemeen aanvaarde basisfuncties van case management op in de verwijs- en coördinatiecompetenties van drughulpverleners [88,89]. In Nederland werd een Delphi-studie opgezet met de bedoeling een brede consensus te bereiken over de elementaire kenmerken van deze interventie, wat resulteerde in een handreiking die als toetssteen zal gelden voor de verdere ontwikkeling, implementatie en evaluatie van case management [39,90]. De Delphi-methode is een progressieve onderzoeksmethode die bestaat uit verschillende bevestigingen van experts (zoals cliënten, case managers en programma coördinatoren), waarbij de bevindingen na elke ronde worden teruggekoppeld en aldus verder verfijnd worden [91].

De caseload van case managers varieert maar ligt meestal niet hoger dan 15 à 20 cliënten, wanneer er voorzien wordt in intensieve contacten met druggebruikers met meerdere en complexe problemen [20,39,49,60,78]. Een teambenadering helpt niet alleen om met een grote en moeilijke caseload om te gaan, maar ook om de beschikbaarheid van de case manager uit te breiden en diens veiligheid zo goed mogelijk te garanderen [39,92]. Er bestaat weinig evidentie over het effect van respectievelijk een hoge of lage caseload. Sommigen konden weinig of geen effect vinden van de intensiteit van deze interventie [5,45,51], terwijl anderen een hogere intensiteit van case management zowel met gunstige [66] als ongunstige outcomes [76] in verband hebben gebracht.

2.2.3.5 Hoe worden case management projecten het best gefinancierd en hoe kan de continuïteit ervan gegarandeerd worden?

Het toenemend belang van financiële hervormingen binnen het "managed care"-denken in de Verenigde Staten lag aan de basis van een explosieve groei van case management programma's in de verslavingszorg [36]. De meeste van deze programma's werden opgezet als experiment en – ondanks positieve resultaten – werd slechts een minderheid van deze projecten structureel geïmplementeerd in de verslavingszorg. In Nederland daarentegen werden case management projecten vrij snel na hun implementatie deel van het reguliere hulpverleningsaanbod, zonder dat er veel indicaties bestonden over de effectiviteit van deze interventie [35]. Beide observaties illustreren dat er dikwijls over verdere financiering wordt beslist op basis van elementen die weinig of niets te maken hebben met het succes of het falen van de eigenlijke interventie. In Duitsland en België bevindt de implementatie van case

management zich nog in een experimentele fase en bestaat nog onzekerheid over welke plaats voor deze interventie zal weggelegd zijn bij de verdere uitbouw van de verslavingszorg.

Voor dergelijke proefprojecten dient voldoende tijd (3 tot 5 jaar) voorzien te worden zodat het mogelijk is om de vooropgestelde doelstellingen te realiseren. Bepaalde auteurs hebben immers aangetoond dat het tot twee jaar kan duren voordat met case management de gewenste resultaten bereikt worden [43]. Bij structurele implementatie van deze interventie dient er met zorgverzekeraars onderhandeld te worden over alternatieve of flexibele vormen van terugbetaling, gezien de activiteiten van case managers vaak afwijken van de traditionele “office-based” en “face-to-face” contacten binnen de drughulpverlening [93]. Bovendien kan (de deelname aan) case management gefaciliteerd worden door een beperkt budget te voorzien voor occasionele uitgaven zoals kinderopvang, kledij en openbaar vervoer [43,50,64]. Tot slot is het noodzakelijk dat de verlenging van de financiering van proefprojecten gebaseerd is op een grondige evaluatie van de vooropgestelde doelstellingen.

2.2.3.6 Op basis van welke indicatoren dient case management geëvalueerd te worden?

De effectiviteit van deze interventie dient geëvalueerd te worden op basis van wetenschappelijke maatstaven, maar ook de eisen van opdrachtgevende en financierende instanties dienen mee in rekening te worden genomen [17]. Evaluatie moet in principe starten vanuit een accurate beschrijving van de inhoud van de interventie [30]. Zonder deze voorkennis is het slechts mogelijk om bij benadering bepaalde uitkomsten toe te schrijven aan de verstrekte interventie. Het zal tevens belangrijk zijn om naast outcome-indicatoren ook gegevens te verzamelen over het verloop van het hulpverleningsproces, waarbij beschreven wordt in welke mate een geplande interventie feitelijk werd uitgevoerd, welke de invloed is van andere factoren op deze interventie en welke specifieke effecten toegeschreven kunnen worden aan de geïmplementeerde interventie [17,57].

Verscheidene onderzoekers hebben een aantal potentieel storende factoren geïdentificeerd die de directe invloed van case management op het functioneren van cliënten kunnen beïnvloeden, zoals de persoonlijkheid van de case manager, de cognitieve vaardigheden, motivatie en justitiële status van cliënten en de afstand tot het programma [46,71,73,94,95]. Verder kunnen contextuele verschillen methodologische moeilijkheden veroorzaken bij het evalueren van case management. Om onze huidige kennis over de effectiviteit van deze interventie voor druggebruikers uit te breiden is er vooral in Europa nood aan meer gerandomiseerde en gecontroleerde studies die gebaseerd zijn op voldoende grote steekproeven. Ook een longitudinaal perspectief en kwalitatief onderzoek dat dieper ingaat op een aantal specifieke aspecten van case management en de rol van mediërende variabelen kan meer inzicht verschaffen in de factoren die ertoe bijdragen dat deze interventie (niet) werkt.

2.3 Toepassing van case management vanuit een justitieel kader

2.3.1 Inleiding

De vraag of justitiële drang of de wettelijke verplichting om een behandeling te volgen kan helpen om de drugproblematiek terug te dringen is de afgelopen jaren vaak gesteld [96,97]. Uit verscheidene onderzoeken is gebleken dat verschillende vormen van drang of dwang kunnen helpen om drugverslaafden in behandeling te doen gaan en deze vol te houden, wat dan weer geassocieerd wordt met positieve effecten op hun druggebruik en criminele recidive [98,99]. Bovendien is aangetoond dat drugverslaafden die onder justitiële druk een behandeling starten even goed of zelfs beter scoorden op het vlak van druggebruik, recidive en tewerkstelling als verslaafden die zonder enige vorm van dwang of drang in behandeling gingen [98,100,101]. Tevens blijkt retentie in het behandelingsprogramma ook bij deze doelgroep de belangrijkste voorspeller van een succesvolle outcome [102,103,104].

Heel wat verschillende vormen van drang- of dwangbehandeling kunnen onderscheiden worden voor drugverslaafden die in contact komen met politie of justitie. In de Verenigde Staten worden onder meer volgende interventies toegepast in gevangenis: drugvrije afdelingen, motivationele gespreksvoering, therapeutische gemeenschappen en nazorg. Andere interventies gelden als alternatief voor een gevangenisstraf, zoals intensieve probatiebegeleiding, elektronisch toezicht, TASC-

programma's, case management en geïntegreerde vormen van behandeling [105]. Ook in het Verenigd Koninkrijk wordt sinds een aantal jaren geëxperimenteerd met zogenaamde “drug courts” – waar case management dikwijls een essentieel onderdeel van vormt – om beter tegemoet te komen aan de noden van druggebruikers die in contact komen met het justitiële apparaat [106]. Een duidelijk voorbeeld van dwangbehandeling is de Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV) in Nederland, waarbij hardnekkige overlastveroorzakende verslaafden voor twee jaar verplicht worden een behandelingsprogramma te volgen in de gevangenis met de bedoeling hen opnieuw te integreren in de samenleving. Het betreft met name druggebruikers die veel delicten plegen en daarvoor regelmatig worden veroordeeld en bij wie hulpverlening tot op heden niet het gewenste effect heeft gehad [104].

Ook in België bestaan verschillende gerechtelijke statuten waardoor hulpverlening aan druggebruikers onder justitiële druk mogelijk is (cf. hoofdstuk 6). Uit een kleinschalig onderzoek in een drugvrije therapeutische gemeenschap is gebleken dat verslaafden die zich laten behandelen onder justitiële druk het zeker niet slechter doen dan verslaafden die zich zonder dergelijke druk aanmelden [107]. Anderzijds houdt drangbehandeling een aantal knelpunten in, zoals problemen inzake beroepsgeheim bij communicatie tussen justitie en hulpverlening, afstemming van de justitiële voorwaarden op de hulpverleningsdoelstellingen, bescherming van de rechtspositie van de cliënt en motivatie van cliënten die doorverwezen worden vanuit justitie. Een belangrijke taak van de hulpverlener zal dan ook bestaan uit motivatiebevordering om tot een haalbare vorm van schadebeperking te komen. Onder deze voorwaarde kan gerechtelijke druk wel degelijk een aanzet vormen om het hulpverleningsproces op gang te brengen [108,109]. Men dient echter rekening te houden met mogelijk ongunstige neveneffecten van hulpverlening onder druk, zoals toenemende marginalisering [110].

2.3.2 Toepassing van justitieel case management in de Verenigde Staten

Sinds meer dan 30 jaar wordt case management in de Verenigde Staten toegepast voor de begeleiding en opvolging van druggebruikers die in contact komen met politie en justitie. Dit gebeurt zowel bij wijze van alternatieve sanctionering in geval van drugdelicten [56,58], als in functie van de reclassering van (voorwaardelijk) vrijgelaten gedetineerden [111,112].

2.3.2.1 Case management als vorm van alternatieve sanctionering

De toepassing van case management als alternatieve vorm van sanctionering voor drugverslaafden kreeg vooral vorm binnen het TASC-programma [99,113]. TASC (Treatment Alternatives for Street Crime) is een case management-model dat sinds 1972 in de Verenigde Staten geïmplementeerd werd als reactie op de overduidelijke samenhang tussen druggebruik en criminaliteit. Men stelde immers vast dat in de grote steden een groot aantal druggebruikers kampte met ernstige verslavingsproblemen. Bovendien ging verslaving vaak gepaard met een cyclus van misdrijf – arrestatie – opsluiting – vrijlating – herval. De frequentie waarmee druggebruikers in contact kwamen met het justitieel apparaat bood echter een aantal mogelijkheden om te interveniëren.

Oorspronkelijk bestond dit TASC-programma vooral uit de coördinatie en afstemming van de verschillende interventies vanuit justitie en de verslavingszorg en uit de opvolging van de justitiële voorwaarden met betrekking tot het druggebruik [113]. Op die manier werd zowel tegemoet gekomen aan de nood vanuit justitie om garanties te krijgen inzake de behandeling en de daaraan gekoppelde verantwoordelijkheden, als aan de vraag vanuit de hulpverlening naar een duidelijk vastgelegde samenwerking met justitie en het creëren van een structuur voor de coördinatie en opvolging van de hulp- en dienstverlening vanuit verschillende sectoren. Meer recent werd TASC omgedoopt tot Treatment Accountability for Safer Communities.

Het TASC-programma lag aan de basis van heel wat succesvolle justitiële behandelingsprogramma's, met name voor niet gewelddadige drugverslaafden [113]. Deze interventie werd dan ook bij uiteenlopende doelgroepen en tijdens verschillende fasen van de justitiële afhandeling toegepast. Hoewel grote verschillen vastgesteld kunnen worden tussen de honderden TASC-programma's die de afgelopen jaren opgestart werden, kunnen toch een aantal gemeenschappelijke elementen

geïdentificeerd worden, zoals het selecteren van geschikte kandidaten op basis van duidelijke inclusiecriteria, assessment van de behandelingsnoden van cliënten, in kaart brengen van de beschikbare hulp- en dienstverlening en case management om de toegang tot de verslavingszorg en andere vormen van ondersteuning te vergemakkelijken (cf. tabel 2.5). Bovendien betreft het een langdurige opvolging van cliënten en worden regelmatige drugtesten uitgevoerd.

Tabel 2.5: Kernindicatoren van TASC-programma's [113, p. 108]

- Coördinatie van justitiële en andere interventies ten aanzien van cliënten; - Duidelijk afgesproken procedures voor het uitwisselen van informatie tussen justitie, verslavingszorg en andere betrokken partijen; - Brede ondersteuning vanuit justitie, inclusief een formeel systeem voor effectieve communicatie; - Brede ondersteuning vanuit de hulpverlening en andere vormen van dienstverlening; - Organisatorische integriteit; - Een duidelijk beleid en afspraken inzake regelmatige training en supervisie van het personeel; - Een registratie- en opvolgingssysteem dat evaluatie van het programma toelaat; - Duidelijk gedefinieerde selectiecriteria; - Uitvoeren van cliëntgericht case management; - Procedures voor de screening en selectie van geschikte TASC-kandidaten binnen het justitieel apparaat; - Uitgeschreven procedures voor assessment en doorverwijzingen; - Een beleid, procedures en protocollen voor de opvolging van het alcohol- en druggebruik van cliënten aan de hand van drugtests; - Toepasbaarheid bij verschillende doelgroepen.
--

Hoewel de grote variabiliteit de vergelijkbaarheid en evaluatie van TASC-programma's bemoeilijkt, is uit verschillende onderzoeken gebleken dat deze interventie effectief is om de kloof te dichten tussen justitie en hulpverlening, om het aantal nieuwe arrestaties te verminderen en om succesvolle outcomes te bevorderen [113]. Men neemt aan dat deze interventie vooral werkzaam is, omdat ze de toegang tot de verslavingszorg vergemakkelijkt en de retentie in behandeling bevordert, wat indirect een positief effect heeft op de behandelingsresultaten. Verder wordt duidelijk dat TASC-clienten significant vaker in behandeling gaan en ook meer andere vormen van dienstverlening ontvangen dan niet-TASC cliënten en dat ze beduidend minder druggebruik en criminaliteit vertonen. De vraag blijft echter of deze effecten vooral het gevolg zijn van het case management, dan wel van de dreiging van opgelegde sancties door gerechtelijke instanties [114].

Heel wat TASC-projecten zijn echter hun oorspronkelijke case management-functie ontgroeid en richten zich tegenwoordig meer op de organisatie en coördinatie van de zorg op systeemniveau dan op het niveau van het individu [113]. Het grote aantal drugverslaafden dat in contact komt met justitie laat immers niet langer toe om geïndividualiseerde zorg te voorzien, waardoor men zich vooral concentreert op het coördineren van de zorg en van de middelen voor behandeling vanuit justitie. In sommige staten is men zelfs geëvolueerd naar één centraal aanmeldingspunt waar men de meest geschikte vorm van behandeling nagaat en deze contracteert. Andere uitdagingen waarvoor TASC-programma's zich gesteld zien, zijn de integratie van de behandeling op systeemniveau in de justitiële sector, de integratie van case management in de zogenaamde "drug courts" en het inspielen op de noden van psychiatrische patiënten en dubbele diagnose-patiënten die in contact komen met justitie. De fragmentatie van het justitieel apparaat en de verslavingszorg en het gebrek aan centrale autoriteit maken het echter niet evident om hieraan iets te veranderen.

Ook in andere landen werd de afgelopen jaren geëxperimenteerd met case management als vorm van alternatieve sanctionering. Zo wordt deze methodiek onder meer in Nederland toegepast om de druggerelateerde overlast aan te pakken (cf. GAVO-project, Utrecht) [115]. De “drug courts” in het Verenigd Koninkrijk regelen de gerechtelijke afhandeling van alle druggerelateerde dossiers en een aantal ervan passen case management toe voor de opvolging van deze dossiers [116,117].

2.3.2.2 Case management bij de reclassering van gedetineerde druggebruikers

Case management kent ook een ruime toepassing in het kader van de nazorg na afloop van de detentie. Volgens Kinlock & Hanlon [96] is dit een zeer geschikte werkvorm is voor de opvolging van gedetineerde druggebruikers op het moment dat ze vrijgelaten worden uit de gevangenis. Vooreerst hebben drugverslaafden na hun vrijlating meestal dringend nood aan huisvesting of werk [112]. Tevens is het belangrijk om een positief ondersteunend sociaal netwerk uit te bouwen, vooral omdat het opnieuw in contact komen met druggebruikers meestal nefaste gevolgen heeft. Sowieso hervallen veel drugverslaafden binnen de maand na hun vrijlating uit de gevangenis en hervat gaat vaak samen met de toename van criminele activiteiten. Tot slot zorgen de hoge werklast en caseload en de beperkte middelen van probatie-assistenten en sociale diensten van gevangenissen ervoor dat werk en huisvesting moeilijk verzekerd kunnen worden tegen het eind van de gevangenschap.

Case management kan gezien worden als een belangrijke vorm van ondersteuning tijdens de reclassering die onder meer de bedoeling heeft om hervat en recidive te voorkomen en gedragsveranderingen te behouden die verworven werden tijdens de detentie [118]. Hiertoe past de case manager de klassieke basisfuncties toe [17]. Op die manier biedt men cliënten sociale steun, brengt men hen in contact met de diensten die ze nodig hebben en leert men hen omgaan met de stress en angst die de reïntegratie in de maatschappij met zich brengt.

Voor concrete voorbeelden van de toepassing van case management bij de reclassering van drugverslaafden, verwijzen we onder meer naar het SATCO-project in de Verenigde Staten en de Strafrechtelijke Opvang Verslaafden en het GAVO-project in Nederland (cf. hoofdstuk 4).

2.3.3 Toepassing van drang- en dwangmaatregelen in België

In België wordt bij de afhandeling van druggerelateerde dossiers voornamelijk gebruik gemaakt van drangbehandelingen, in die zin dat in de meeste gerechtelijke statuten de betrokkene zijn toestemming moet geven aan bepaalde voorwaarden zoals het in behandeling gaan of het volgen van een vorming of opleiding. Wat betreft de dwangmaatregelen kennen we in ons land enkel de gedwongen opname en de internering. Op deze verschillende gerechtelijke statuten wordt verder ingegaan (cf. hoofdstuk 6).

Justitieel case management als dusdanig behoort voorlopig niet tot deze afhandelingswijzen in ons land. De daderbegeleiding door justitieassistenten in het kader van de verschillende gerechtelijke statuten vertoont wel een aantal kenmerken die ook typerend zijn voor case management. Zo staan justitieassistenten in voor de doorverwijzing van druggebruikers naar de gepaste hulpverlening en voor de afstemming van de samenwerking tussen alle betrokken diensten [119]. In het zesde hoofdstuk wordt dieper ingegaan op de invulling van het takenpakket van de justitieassistenten met de bedoeling te bepalen of deze interventie beantwoordt aan de definitie van case management.

Wat de reclassering betreft werden vanaf het midden van de jaren '90 een aantal initiatieven genomen inzake de sociale reïntegratie van gedetineerden. In 1997 werd een raamakkoord ondertekend tussen de Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling (VDAB), het Bestuur der Strafinrichtingen en de Afdeling Justitieel Welzijnswerk van het Steunpunt Algemeen Welzijnswerk met het oog op de verdere ontwikkeling van een gezamenlijke trajectbegeleiding voor (ex-)gedetineerden. Dit raamakkoord vormt de concrete operationalisering van het samenwerkingsakkoord tussen de federale overheid en de Vlaamse Gemeenschap inzake de sociale hulpverlening aan gedetineerden in functie van hun sociale reïntegratie [120]. In dit verband werd een pilootproject opgestart in het Penitentiair Schoolcentrum Hoogstraten, waarbij op een systematische wijze beroepsopleidingen georganiseerd worden [121]. Verder keurde de Vlaamse Regering in december 2000 het “Strategisch plan hulp- en dienstverlening aan gedetineerden” goed voor de uitbouw van de hulp- en dienstverlening aan

gedetineerden met het oog op hun sociale reïntegratie. In dit strategisch plan wordt voor het eerst gewag gemaakt van trajectbegeleiding als *“het instaan – in afstemming en overleg met de psychosociale dienst van de gevangenis – voor het case management van de detentie- en reclasseringsplannen van de gedetineerden”*. Het aanbod van trajectbegeleiding wordt in principe aan elke gedetineerde gedaan en aan elke gedetineerde wordt een vaste trajectbegeleider toegewezen. Deze individuele trajectbegeleider werkt zeer nauw samen met de psycho-sociale dienst (PSD) van de gevangenis [122].

2.4 Effectiviteit van verschillende modellen van case management voor druggebruikers

2.4.1 Inleiding

Effectonderzoek in de verslavingszorg maakt duidelijk dat verschillende vormen van behandeling werkzaam zijn, vooral in functie van het verminderen van druggebruik en daaraan gerelateerde problemen, zoals werkloosheid en criminaliteit [123,124,125,126,127,128]. Dergelijke positieve uitkomsten werden gevonden met betrekking tot verschillende behandelingsmodaliteiten, zoals methadonsubstitutiebehandeling, ambulante drugvrije behandeling en langdurige residentiële behandeling. Kosten-baten analyses tonen verder de efficiëntie aan van dergelijke interventies in vergelijking met druggebruikers die geen behandeling krijgen of gevangen gezet worden. Keer op keer wordt een duidelijke relatie vastgesteld tussen het volhouden van een bepaalde behandeling (retentie) en het succes ervan [102,124]. Een aantal observaties roept echter vragen op over de effectiviteit van de verslavingszorg, zoals de relatief hoge drop-out en herval na behandeling en het veelvuldig zorggebruik en de lange behandelingsgeschiedenis van bepaalde cliënten [13,17,129].

Als gevolg van dit relatief beperkte succes is men in de verslavingszorg steeds zoekende naar nieuwe interventies die bijdragen tot betere behandelingsresultaten en die minder kosten [44]. Innovaties hebben onder meer als doel de toegang tot en deelname aan behandelingsprogramma's te verbeteren en de drop-out te verminderen. Denk bijvoorbeeld aan schadebeperkende maatregelen, motivationele gespreksvoering, geïntegreerde behandelingsvormen of centrale aanmeldingspunten [102,130]. Ook case management heeft de bedoeling om de effectiviteit en efficiëntie van de begeleiding van druggebruikers te verbeteren [13,17]. In wat volgt, gaan we na in hoeverre deze interventie ook effectief is om deze doelstellingen te realiseren.

2.4.2 Werkwijze

Voor deze bespreking van de effectiviteit van case management baseren wij ons op artikels die de afgelopen tien jaar (1993-2003) gepubliceerd werden in internationale tijdschriften. Alle geselecteerde artikels evalueren op zijn minst één model van case management, handelen over drugverslaafden (met eventueel bijkomende psychische problemen) en rapporteren minstens één outcome-variabele. Hoewel uitkomsten van gerandomiseerde en gecontroleerde onderzoeksopzetten over het algemeen worden beschouwd als het sterkste bewijs voor de effectiviteit van een bepaalde interventie [9,131], beperkten wij ons in deze overzichtsstudie niet enkel tot studies die gebruik maken van een “at random”-indeling in een experimentele conditie en een vergelijkbare controlegroep. De voornaamste reden hiervoor is dat het aantal experimentele studies over case management momenteel nog steeds relatief beperkt is [97]. Bovendien kan men zich afvragen of dit wel het meest geschikte onderzoeksopzet is voor de evaluatie van psycho-sociale behandelingen.

Gezien de keuze voor internationale tijdschriften die werken met een leescommissie voor de beoordeling van artikels, werden in eerste instantie nagenoeg uitsluitend Engelstalige (Amerikaanse) artikels onderscheiden. Om die reden werd voor deze overzichtsstudie ook gebruik gemaakt van twee Europese onderzoeksrapporten die de implementatie van case management evalueerden in respectievelijk Duitsland en België [19,39]. Tot slot willen wij opmerken dat we bij de rapportage van de gevonden effecten van verschillende modellen van case management vooral aandacht hebben voor de kwaliteit van het onderzoeksopzet en de significantie van de gerapporteerde bevindingen, niet zozeer voor de grootte van deze effecten.

2.4.3 Evaluatie van case management voor druggebruikers

De eerste publicaties over de toepassing van case management bij druggebruikers waren voornamelijk gericht op de implementatie en praktijk van deze interventie, maar slechts enkele ervan bevatten ook een evaluatie-component [21,25,32]. Eén van de allereerste studies in Canada toonde aan dat case management bijdroeg tot het verminderen van de drop-out en het verbeteren van de psychosociale en drug- en alcoholproblemen, met name bij zeer problematische gebruikers [15]. Later vonden Willenbring en zijn collega's [132] dat deze interventie hielp om de situatie van dakloze chronische alcoholisten te stabiliseren en achteruitgang te voorkomen en om hen in contact te brengen en te houden met de hulpverlening. Anderzijds kon Pearlman [133] geen effecten vaststellen van case management op het verminderen van drop-out bij cliënten die een behandeling startten, terwijl andere auteurs [84,85] weinig of geen effecten van deze interventie aantoonde in vergelijking met een controlegroep.

Zoals deze eerste studies illustreren, bestaat enige controverse over de effecten van case management waardoor het onduidelijk blijft welk model het meest geschikt is voor welke doelgroep [51,97]. In de meeste publicaties wordt ook vrij selectief verwezen naar de beschikbare literatuur, wat een onderrapportage van bepaalde onderzoeksresultaten voor gevolg heeft. Om die reden maakten wij een systematisch en omvattend overzicht van alle beschikbare studies over de effectiviteit van verschillende modellen van case management voor druggebruikers. Met effectiviteit bedoelen wij de mate waarin men er in slaagt de vooropgestelde doelstellingen te realiseren. De doelstellingen van case management zijn zowel op cliëntniveau als op systeemniveau te lokaliseren. Het gaat hierbij respectievelijk om het verbeteren van de behandelingsuitkomsten, zorggebruik, cliënttevredenheid en kwaliteit van leven, en om het bevorderen van de toegankelijkheid, coördinatie, continuïteit en efficiëntie van de zorg [17,24].

Analyse van de door ons geselecteerde artikels (n=48) leert dat de meeste artikels over case management bij drugverslaafden de effecten van intensief case management (n=20) bestudeerd hebben. Het strengths-based (n=11) en generalist model (=10) werden in mindere mate onderzocht en slechts een beperkt aantal studies was gericht op de evaluatie van de effectiviteit van assertive community treatment (n=4), klinisch case management (n=2) of het makelaarsmodel (n=1). Het makelaars- (n=2) en generalist model (n=2) werden in een aantal studies gebruikt als controleconditie voor het evalueren van meer gespecialiseerde modellen van case management. Tot slot is het belangrijk op te merken dat verscheidene artikels (n=18) gebaseerd waren op dezelfde originele studie, waardoor in deze literatuurstudie in totaal 36 unieke studies gebruikt werden.

2.4.3.1 Assertive community treatment en intensief case management

Verscheidene experimentele studies hebben de effectiviteit onderzocht van intensief case management en assertive community treatment (ACT) bij uiteenlopende groepen druggebruikers zoals personen die juridisch vervolgd worden, dak- en thuislozen, chronische alcoholisten en dubbele diagnose-patiënten. Ook een aantal quasi-experimentele en beschrijvende studies verschaften bijkomende informatie over de effecten van deze interventie. Gezien de focus van dit onderzoek staan we iets uitgebreider stil bij de toepassing van case management in een justitiële context.

DRUGGEBRUIKERS DIE IN CONTACT KOMEN MET POLITIE EN JUSTITIE

Eén van de eerste studies op dit vlak testte gedurende 6 maanden de meerwaarde van Assertive Community Treatment bij gedetineerden tijdens de overgangsperiode van de gevangenis naar de maatschappij [57]. Het betrof een omvattend programma waarbij case management één van de voornaamste interventies was, naast o.a. intensieve behandeling, individuele en groeps gesprekken en AIDS-voorlichting. Analyse van het functioneren van cliënten na 6 en 18 maanden bood slechts weinig ondersteuning voor de effectiviteit van deze interventie. In vergelijking met de standaard probatieprocedure bleek bij de ACT-groep na 6 maanden in iets mindere mate sprake van herval in druggebruik en injecteren, maar deze cliënten werden wel vaker opnieuw gearresteerd. Ook na 18

maanden kon men geen substantiële verschillen aantonen tussen beide groepen, hoewel er sprake was van een indirect effect op het druggebruik doordat ACT-cliënten langer in behandeling bleven [112]. Immers, de afname van het alcoholgebruik, retentie in het programma, individuele begeleiding en een positiever zelfbeeld hadden een positief effect op het druggebruik [134]. Men stelde echter duidelijke problemen vast met betrekking tot de implementatie van case management in een gevangenis en vooral de combinatie van case management met een behandelingsprogramma in de gevangenis bleek niet te werken.

Een grootschalig onderzoek in Washington en Portland was gericht op de respectieve effecten van case management en drang [58]. Hoewel alle betrokken cliënten aangehouden waren omwille van drugdelicten, was geen van hen verplicht om deel te nemen aan case management. Gedurende een periode van 6 maanden werden de effecten van intensief case management vergeleken met deze van twee andere (minder intensieve) interventies met betrekking tot seksueel risicogedrag, druggebruik, spuiten, nieuwe arrestaties en gebruik van de verslavingszorg. Uit de resultaten kwam naar voren dat case management weinig effect had op het verminderen van het risicogedrag op HIV, maar wel op de meeste andere uitkomsten. Zo bleek in beide steden een duidelijke afname van het middelenmisbruik en een toename van de deelname aan behandelingsprogramma's. In Washington stelde men zelfs significante verschillen vast tussen de case management-groep en beide overige condities met betrekking tot het druggebruik na 3 en 6 maanden en de deelname aan behandeling. In Portland werden deze significante verschillen niet gevonden, maar wel minder ernstig druggebruik na 3 maanden. Tevens werd bij de case management-cliënten een significante afname van de illegale activiteiten vastgesteld na 6 maanden en cliënten in Washington bleken beduidend minder tijd in de gevangenis doorgebracht te hebben. In Portland was de tijd die men in de gevangenis doorgebracht had significant lager in de case management-groep in vergelijking met beide controlecondities samen. Bovendien werden case management cliënten minder snel opnieuw gearresteerd [58].

Twee beschrijvende studies hebben deze interventie tenslotte in verband gebracht met positieve resultaten. Godley en collega's [26] vonden een significante vermindering van de legale problemen na 6 maanden bij dubbele diagnose-patiënten die gevolgd werden vanuit justitie, terwijl ook hun andere problemen verbeterden, zij het niet significant. Hoewel herhal en nieuwe detentieperiodes voorkwamen, hielp intensief case management om HIV-besmette ex-gedetineerden in contact te brengen en te houden met verschillende vormen van ambulante gezondheidszorg [135].

DAKLOZE DRUGGEBRUIKERS

Orwin en collega's [65] gingen in drie Amerikaanse steden (Boston, Louisville en Minneapolis) de effectiviteit na van intensief case management bij dakloze druggebruikers. Slechts in één van deze steden vond men indicaties voor de effectiviteit van deze interventie. Deze effecten konden echter enkel vastgesteld worden als men ervan uitging dat de situatie van personen die afhaakten uit de controlegroep, verslechterde. Ook andere auteurs [136] konden geen effecten aantonen van intensief case management in vergelijking met twee andere interventies, behalve met betrekking tot cliënttevredenheid. Bij elk van deze drie groepen stelde men na twaalf maanden een significante vooruitgang vast op het vlak van alcohol- en cocaïnegebruik, werk en huisvesting. Ook andere auteurs [47] wezen op positieve effecten na verloop van tijd, indien case management toegevoegd werd aan een omvattend behandelingsprogramma dat ook nazorg bevatte. Men concludeerde dat intensief case management slechts in geringe mate bijdroeg tot de toename van het aantal contacten met externe voorzieningen en weinig effect had op het op maat aanpassen van het zorgaanbod voor de cliënt.

In een experimentele studie met dakloze, chronische alcoholisten konden Cox en collega's [60] wél de effectiviteit van intensief case management bewijzen. Hoewel zowel de experimentele als de controlegroep er na twee jaar op vooruit gegaan waren, stelde men bij de case management groep significant betere uitkomsten vast met betrekking tot hun alcoholgebruik, huisvesting en sociale zekerheid. Deze effecten werden gemedieerd door de intensiteit en frequentie van de behandeling. Ook andere auteurs [137] toonden aan dat intensief case management bij deze doelgroep kan bijdragen tot een significante verbetering van het psychosociaal functioneren, minder spoedopnames en substantiële kostenbesparingen. In een retrospectieve studie vond men tot slot dat intensief case management bij chronische alcoholisten minstens even effectief was als reguliere woonbegeleiding en efficiënter was

voor het terugschroeven van het aantal residentiële opnames en van de kostprijs van de behandeling [138].

DUBBELE DIAGNOSE-PATIËNTEN

De onderzoeksgroep rond Jerrell en Ridgely vergeleek de effectiviteit van drie interventies voor psychiatrische patiënten met middelengerelateerde stoornissen (12 stappen-programma, intensief case management en training in gedragsvaardigheden) over een periode van 24 maanden [76]. Men stelde een duidelijk, zij het niet significant verband vast tussen de twee laatstgenoemde interventies en het aantal acute residentiële opnames (daling), contacten met ambulante diensten (stijging) en de totale kostprijs van de zorg (daling) [62]. Deze positieve effecten gingen niet gepaard met een toename van de druk op de familie of het gerechtelijk apparaat, maar de uitkomsten werden wel in belangrijke mate beïnvloed door de robuustheid van de implementatie van de interventie [76]. Robuuste implementatie van case management droeg beduidend meer bij tot de verbetering van het psychosociaal functioneren, afname van de alcohol- en drugproblemen en vermindering van de kosten van de zorg [29].

De vergelijking van de effectiviteit van assertive community treatment en generalist case management wees op relatief geringe verschillen tussen beide groepen in een longitudinaal onderzoek bij dubbele diagnose-patiënten [76]. Op een aantal indicatoren van alcohol- en druggebruik en kwaliteit van leven verbeterde de ACT-groep significant meer, maar beide groepen boekten evenveel vooruitgang op de meeste andere uitkomstmaten. Deze beperkte verschillen werden voornamelijk toegeschreven aan de grote gelijkenissen tussen beide interventies. Ook de kosten-baten analyse van beide interventies toonde weinig verschillen aan [139], behalve dat generalist case management meer efficiënt bleek tijdens de eerste twee jaar en dat assertive community treatment tijdens het derde jaar de meest efficiënte interventie was.

Deze onderzoeksresultaten bevestigen de eerdere observaties van Durell en collega's dat alcohol- en drugverslaafden met bijkomende psychiatrische problemen baat hebben bij intensieve en aanklappende begeleiding en bij de gelijktijdige behandeling van beide stoornissen [140].

OVERIGE DOELGROEPEN

Een recente studie van Sorensen en collega's [51] kon niet aantonen dat de toepassing van intensief case management bij druggebruikers met HIV/AIDS effectiever was dan een makelaarsmodel. Ondanks een significante daling van de ernst van de problematiek bij beide groepen na 6 maanden, bleken deze veranderingen nog nauwelijks merkbaar na 12 en 18 maanden.

Godley en collega's [69] bewezen de effectiviteit van intensief case management voor adolescente druggebruikers in vergelijking met reguliere nazorg. De adolescenten die door een case manager werden gevolgd en begeleid, bleken na afloop van een residentiële ontwenning meer geneigd om te starten met een nazorgprogramma en dit ook langer vol te houden. Na 3 maanden bleek bovendien dat deze jongeren beduidend minder vaak marihuana gebruikten en ook minder dagen dronken.

In een quasi-experimenteel onderzoek bij pasgeboren kinderen van cocaïnegebruikende vrouwen stelde men slechts een beperkt aantal effecten vast van intensief case management dat gericht was op het hele gezin [141]. Zo bleken de cognitieve ontwikkeling op de leeftijd van zes maanden en de verbale ontwikkeling na 36 maanden significant beter bij kinderen uit de case management groep, maar zowel in de experimentele als de controlegroep was de kans op uithuisplaatsing even groot.

Intensief case management bij zwangere en pas bevallen vrouwen gaf in niet-gecontroleerde studies significante verbeteringen op verschillende leefgebieden, zoals druggebruik, tewerkstelling, justitiële situatie, geboortegewicht, sociale steun en contacten met de hulpverlening [142]. Evenson en collega's [66] stelden soortgelijke effecten vast van een omvattend ambulant behandelingsprogramma, dat onder meer bestond uit zorg op maat en intensief case management. Positieve resultaten hingen duidelijk samen met een langere behandelingsduur.

In Europa werd de effectiviteit van intensief case management bestudeerd in Duitsland en België. De toepassing van intensief case management bij chronische verslaafden met meervoudige problemen in een aantal Duitse steden hielp om deze cliënten in contact te houden met de hulpverlening en om hun

algemene toestand te verbeteren of te stabiliseren [39]. Positieve effecten waren duidelijk gerelateerd aan de duur van het case management en de meeste cliënten waren tevreden tot zeer tevreden over deze hulpverleningsvorm. Een kleinschalig onderzoek in België bij druggebruikers met meervoudige en complexe problemen toonde aan dat intensief case management leidde tot een afname van drop-out uit allerlei behandelingsprogramma's [19]. Tevens droeg deze interventie bij tot het verminderen en stabiliseren van het druggebruik en van problemen op het vlak van justitie, werk en familie.

2.4.3.2 *Strengths-based case management*

Hoewel we in de literatuur verschillende artikels vonden over de effecten van strengths-based case management, hebben deze publicaties nagenoeg uitsluitend betrekking op twee grootschalige onderzoeken in de staten Iowa en Ohio.

In Iowa vergeleek men de effectiviteit van drie vormen van strengths-based case management (vanuit een behandelingscentrum, vanuit een sociale dienst en telefonisch case management) met een controlegroep die deze interventie niet kreeg. De doelgroep van het onderzoek bestond uit druggebruikers die in een ruraal gebied een (residentiële) behandeling startten. De onderzoekers vonden een significante invloed van het case management vanuit een behandelingscentrum op het gebruik van medische zorg en verslavingszorg tijdens de 12 maanden durende onderzoeksperiode [74]. Tussen de vier condities waren er betrekkelijk weinig verschillen wat betreft het functioneren van cliënten. Het case management vanuit een behandelingscentrum leidde tot een significant betere justitiële situatie na 6 maanden en een beduidend betere werksituatie na 12 maanden. Het case management vanuit een sociale dienst had een significante daling tot gevolg van het druggebruik na 3 maanden en van de psychische problemen na 3 en 12 maanden. De meeste van deze effecten, met name die met betrekking tot het druggebruik, verdwenen echter na verloop van tijd [44,74]. In vergelijking met de controlegroep was er bij cliënten in de drie case management-condities na zes maanden een significante invloed op de perceptie van de familiale relaties en ouderlijke attitudes, maar deze effecten werden niet gevonden na 3 en 12 maanden [77]. Case management van persoon tot persoon leidde tot betere resultaten dan telefonisch case management [44]. Cliënten uit deze laatste groep hadden echter significant meer, frequentere, intensievere en langere contacten met hun case manager, wat duidelijk samenhang met meer ernstige juridische en familie problemen na 12 maanden [75]. Personen die (voor het ontstaan van hun verslavingsproblemen) over betere cognitieve mogelijkheden beschikten, bleken het meest gebaat bij telefonisch case management [94]. Tot slot bleek strengths-based case management met name effectief voor het verbeteren van de werksituatie van amfetaminegebruikers, hoewel er op dit vlak weinig verschillen waren met gebruikers van andere drugs [143].

De toepassing van strengths-based case management bij legerveteranen die een residentiële behandeling startten omwille van drugproblemen in Dayton (Ohio) leidde tot een significante verbetering van hun werksituatie na 6 maanden [82]. Verder droeg deze interventie duidelijk bij tot een toename van de behandelingsduur, wat op zijn beurt verband hield met een vermindering van het druggebruik en de criminele activiteiten [46,71,73]. Deze vorm van case management bevorderde tevens de deelname aan een nazorgprogramma na 12 maanden, wat ook samenhang met minder criminele recidive [73]. Op basis van een multivariate analyse werd geconcludeerd dat strengths-based case management geen directe invloed had op het druggebruik van cliënten, maar dat dit effect eerder gemedieerd werd door de rol van case management in het bevorderen van participatie aan en retentie in behandelingsprogramma's [71].

Zanis en Coviello [144] pasten deze strengths-based principes toe om een kleine steekproef van langdurig werkloze methadoncliënten te begeleiden bij het zoeken van werk. Ze kwamen tot de vaststelling dat dit een geschikte interventie was om de meesten van hen te helpen bij het vinden en behouden van een baan. Hoewel alle deelnemers deze interventie als effectief en waardevol beschouwden, bleek de duur ervan (8 maanden) te kort om hun werksituatie te stabiliseren.

2.4.3.3 Generalist of standaard case management

Ook het generalist of standaard model van case management werd reeds bij verschillende groepen verslaafden gebruikt, zoals injecterende druggebruikers, daklozen, zwangere vrouwen en moeders en druggebruikers die in contact komen met politie en justitie.

In een grootschalig experimenteel onderzoek bij intraveneuze druggebruikers toonden Mejta en collega's [70] aan dat case management op significante wijze de toegang tot en retentie in behandelingsprogramma's verbeterde, vooral als case managers over financiële middelen beschikten om de toegang tot de behandeling te regelen. Een ander longitudinaal experimenteel onderzoek bij een vergelijkbare doelgroep wees uit dat het druggebruik in de experimentele groep aanzienlijk verminderd was na 36 maanden, terwijl dit in de controlegroep in mindere mate het geval was [67].

Dakloze drugverslaafde legerveteranen die tijdens een residentieel behandelingsprogramma begeleid werden door een case manager bleven significant langer in behandeling en scoorden 9 maanden na hun opname tevens beter op alcoholgebruik, lichamelijke gezondheid, werk en huisvesting dan cliënten die de gebruikelijke behandeling volgden. Na 12 maanden bleken deze effecten echter nagenoeg verdwenen [68]. Van de moeilijkheid om positieve veranderingen vast te houden werd ook gewag gemaakt in een beschrijvende studie over druggebruikende dakloze vrouwen; de gewenste effecten namen na 12 maanden af of de situatie verslechterde soms zelfs [145]. Lapham, Hall en Skipper [146] stelden na 10 maanden geen verschillen vast tussen dakloze alcoholisten die case management of woonbegeleiding kregen, maar constateerden wel een duidelijk effect van beide interventies in vergelijking met de beginsituatie. Zo was het alcoholgebruik afgenomen en was de huisvestings- en arbeidssituatie gestabiliseerd, vooral bij personen die het programma volledig hadden gevolgd.

Ook een vergelijking van intensieve psychosociale begeleiding (inclusief therapie) met standaard case management bij cocaïneverslaafde moeders wees op een significant effect van beide interventies na enkele maanden [147]. Hoewel het niveau van psychosociaal functioneren vergelijkbaar was in beide groepen, bleken vrouwen uit de eerste groep beduidend vaker aanwezig op hun afspraken en was er ook een grotere afname van het cocaïnegebruik. Andere auteurs toonden aan dat case management, in het bijzonder het voorzien in vervoer, zwangere drugverslaafde vrouwen kan helpen om hun barrières ten opzichte van de hulpverlening te overbruggen en om langer in behandeling te blijven [50]. Standaard case management bij deze doelgroep, als onderdeel van een omvattend behandelingsprogramma, leidde in vergelijking met dagbehandeling tot een significante daling van het gebruik van illegale middelen vanaf het intakegesprek tot 30 dagen na de bevalling, maar deze effecten waren verdwenen zes maanden na de bevalling [148].

In een experimenteel onderzoek in Baltimore ging men na of er een verschil was tussen reguliere probatie, probatie met regelmatige urinecontroles en een meer omvattende interventie die onder meer wekelijks gesprekken, urinecontroles en het betrekken van het sociaal netwerk inhield door middel van case management [111]. Deze onderscheiden interventies werden gedurende 12 maanden aangeboden aan 504 cliënten en toonde aan dat personen die de laatstgenoemde interventie kregen beduidend meer geneigd waren om langer in behandeling te blijven en ook minder vaak inbreuken op hun voorwaarden pleegden. Anderzijds bleek het druggebruik beduidend lager in de reguliere probatieconditie, wat toegeschreven werd aan de gelijktijdige beschikbaarheid van informatie uit urinetesten en zelfrapportage in beide andere condities [149]. De al bij al bescheiden effecten van deze interventie bracht men in verband met het feit dat niet vergeleken werd met een controleconditie die geen behandeling kreeg. Cliënten met een minder gunstige voorgeschiedenis (zoals een vroege start van hun druggebruik en criminele carrière, deviante familieleden, schoolproblemen) bleken het minst baat te hebben bij deze interventie.

Retrospectief onderzoek van een TASC-programma (Treatment Alternatives for Safe Communities) toonde aan dat een aanzienlijk aantal drugverslaafden die door een case manager begeleid werden als alternatief voor een gevangenisstraf binnen een periode van 18 maanden opnieuw gearresteerd werden (58%) [56]. Toch werd case management gezien als een effectieve interventie om recidive te verminderen, omdat personen die de behandeling vroegtijdig hadden stopgezet beduidend vaker opnieuw gearresteerd bleken dan personen die het programma volledig hadden gevolgd (74% vs.

43%). Deze interventie bleek veel efficiënter dan opsluiting in de gevangenis en leidde ook tot positieve resultaten bij personen met een uitgebreid justitieel verleden.

Uit een ander – grootschalig - retrospectief onderzoek van verschillende behandelingsprogramma's voor drugverslaafden bleek dat personen die door een case manager werden begeleid meer geneigd waren om langer in behandeling te blijven en aansluitend een vervolgbehandeling te starten [45]. Bovendien werden zij na hun ontslag minder snel heropgenomen in een ontwenningencentrum.

2.4.3.4 Klinisch case management

De toepassing van het klinisch model van case management werd door McLellan en collega's [43] in verband gebracht met een toegenomen gebruik van de gezondheidszorg, reclassering, verslavingszorg en arbeidsgerelateerde voorzieningen. Bij deze cliënten werden na 6 maanden tevens significante verbeteringen vastgesteld in hun alcohol- en druggebruik, medische en psychiatrische toestand en werksituatie. Opvallend was dat deze effecten slechts tijdens de tweede fase van het onderzoek konden worden aangetoond, wat toegeschreven werd aan een gebrek aan training van de case managers en het niet vooraf aangaan van contracten met andere voorzieningen.

In een ander beschrijvend onderzoek kwam klinisch case management naar voor als een efficiënte interventie voor frequente gebruikers van spoedgevallendiensten, omdat deze interventie leidde tot een significante daling van het aantal spoedopnames en een toename van het aantal ambulante hulpverleningscontacten [63]. Verder werden significante verbeteringen gevonden in het psychosociaal functioneren (afname dakloosheid en alcohol- en druggebruik) en was er sprake van een daling van de kostprijs van de zorg.

2.4.3.5 Het makelaarsmodel

De enige studie die de doeltreffendheid van het makelaarsmodel van case management evalueerde, toonde aan dat cliënten die deze interventie kregen meer geneigd waren om na het initieel intakegesprek te komen opdagen voor de start van de behandeling en dat ze ook vaker werden doorverwezen naar allerlei vormen van ondersteunende dienstverlening [72]. Er was echter geen verschil tussen beide groepen in het aantal gecontacteerde diensten en de duur van de gevolgde behandeling (retentie).

Twee studies [51,136] maakten gebruik van het makelaarsmodel als controleconditie voor meer gespecialiseerde vormen van case management. Uit beide onderzoeken bleek dat de uitkomsten van cliënten die deze minimale interventie kregen sterk vergelijkbaar waren met deze van de experimentele groep.

2.4.4 Discussie en besluiten

Uit dit literatuuroverzicht blijkt geen overtuigend bewijs van de effectiviteit van case management. Toch worden in verschillende studies positieve effecten gerapporteerd met betrekking tot het functioneren van cliënten, hun zorggebruik, toegang tot en volhouden van de behandeling, kwaliteit van leven, cliënttevredenheid en de kostprijs van de zorg. Deze gunstige resultaten zijn voornamelijk in beschrijvende, retrospectieve en quasi-experimentele studies beschreven. In studies met een strikter onderzoeksopzet (gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek) kon de effectiviteit van case management in vergelijking met andere interventies niet (altijd) worden aangetoond. Ook de lange termijn-effecten van deze interventie blijven onzeker, hoewel op basis van longitudinaal onderzoek reeds duidelijke effecten van case management zijn vastgesteld.

EFFECTEN VAN VERSCHILLENDE MODELLEN VAN CASE MANAGEMENT

Vijf van de negen experimentele studies over *intensief case management en assertive community treatment* in de verslavingszorg lieten significante effecten zien in vergelijking met een controlegroep, zoals minder recidive, minder alcohol- en druggebruik, betere huisvesting, betere kwaliteit van leven, verbeterde toegang tot en langer volhouden van de behandeling, daling van het aantal residentiële opnames en afname van de kosten [60,69,58,76,137]. Weinig studies konden echter de bevindingen uit andere onderzoeken bevestigen en meestal ging het om een beperkt aantal significante verschillen. De meeste ongecontroleerde studies met een pre-post meting tonen over het algemeen positieve resultaten [26,39,19,66,135,138,140,142]. Intensief case management is vooral effectief gebleken bij extreem problematische drugverslaafden, zoals dakloze chronische alcoholisten en dubbele diagnose-patiënten [76].

Omdat de effecten van *strengths-based case management* slechts in twee experimentele studies zijn onderzocht, bestaat er nog maar weinig wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van dit model. Beide studies vonden een duidelijk effect op het zorggebruik en de justitiële en werksituatie van deze cliënten [44,46,73,74,82]. Hoewel de effecten in het ene onderzoek na 12 maanden vervaagden [44], was dit in de andere studie niet het geval [73]. Wel konden deze positieve effecten grotendeels toegeschreven worden aan de rol van het case management bij het bevorderen van de toegang tot en de retentie in het behandelingsprogramma [71]. Het lijkt ons belangrijk om dit *strengths* perspectief op grotere schaal toe te passen, vooral om de deelname aan en het volhouden van de behandeling te stimuleren bij mensen met weinig motivatie tot verandering [83].

Hoewel twee van de zes experimentele studies in de verslavingszorg waarbij een *generalist model* van case management vergeleken werd met een controleconditie duidelijke effecten hadden op het alcohol- en druggebruik, waren deze effecten klein of verminderden ze na verloop van tijd [68]. De effecten van dit model betreffen voornamelijk het verbeteren van de toegang tot en het volhouden van de behandeling [68,70,111]. Ook ongecontroleerde studies hebben dit uitgewezen, naast een positief effect op druggebruik en recidive [45,50,56], al bleven deze effecten niet altijd behouden over een langere periode [145,148]. Een aantal auteurs heeft echter duidelijke effecten aangetoond van deze vorm van case management gedurende een periode van 36 maanden [76,139]. De toepassing van een generalist model lijkt ons vooral aangewezen om de deelname aan en retentie in behandelingsprogramma's te verbeteren, maar voor het realiseren van effecten op het functioneren van cliënten is een combinatie met andere interventies aangewezen [139].

Hoewel het *makelaarsmodel* een zeer kortdurende interventie is, blijkt deze interventie niet zonder meer minderwaardig ten opzichte van meer gespecialiseerde modellen van case management [51,136]. Wel is duidelijk dat een makelaarsmodel voornamelijk invloed heeft op de initiële deelname aan een behandelingsprogramma en de toeleiding naar ondersteunende diensten. Het heeft echter geen invloed op het volhouden van die behandeling of het zorggebruik van deze cliënten [72]. Verder onderzoek is nodig naar kortdurende, minimale modellen van case management, omdat die effectief kunnen zijn om heel specifieke doelstellingen te realiseren tegen een lage kostprijs.

Er bestaan weinig empirische gegevens over de effectiviteit van *klinisch case management*. Uit twee niet-experimentele studies komen evenwel gunstige resultaten naar voor [43,63]. Er was een duidelijke invloed op het psychosociaal functioneren en zorggebruik van drugverslaafden en bovendien was deze vorm van case management veel efficiënter dan de reguliere zorg, met name voor frequente gebruikers van spoed- en andere residentiële diensten [63,150].

Wat de effectiviteit van de toepassing van case management vanuit een justitiële context betreft, blijft het empirisch onderzoek beperkt tot een viertal studies. Twee van de drie gerandomiseerde en gecontroleerde studies toonden bij deze doelgroep een beduidend hogere en langere deelname aan behandelingsprogramma's aan en ook minder recidive en nieuwe arrestaties en veroordelingen [46,58,111]. Uit retrospectief onderzoek is gebleken dat recidive verband houdt met het vroegtijdig verlaten van het case management-programma [56]. Slechts één van deze vier studies kon een effect aantonen van justitieel case management op het alcohol- en druggebruik van de begeleide doelgroep [58]. De vraag blijft echter of deze effecten vooral het gevolg zijn van het case management dan wel van de dreiging van opgelegde sancties door gerechtelijke instanties [114].

BEWIJS VAN EFFECTIVITEIT

In een recent overzichtsartikel over de effectiviteit van uiteenlopende interventies voor alcoholgerelateerde stoornissen kwam men tot de conclusie dat case management één van de meest effectieve psychosociale interventies is voor deze doelgroep [132]. De tamelijk inconsistente en eerder bescheiden effecten die wij vonden met betrekking tot de verschillende modellen van case management lijken deze conclusie niet te kunnen bevestigen.

Meestal neemt men aan dat er voldoende bewijs bestaat voor de effectiviteit van een bepaalde interventie als vijf of meer gerandomiseerde en gecontroleerde studies duidelijke effecten aangetoond hebben [20,127,128]. Men spreekt van enig bewijs van effectiviteit als uit twee tot vier experimentele studies dergelijke significante effecten gebleken zijn. Er is onvoldoende bewijs voor de werkzaamheid van een bepaalde interventie, als slechts in één experimentele of in niet-experimentele studies effecten zijn aangetroffen.

Op basis van deze veronderstellingen kunnen we concluderen dat er enig bewijs is voor de effectiviteit van intensief case management en assertive community treatment met betrekking tot het psychosociaal functioneren (alcoholgebruik, huisvesting, werk) en zorggebruik van alcohol- en drugverslaafden. Er bestaat tevens enig bewijs voor de effectiviteit van strengths-based case management voor het verbeteren van de werksituatie en het bevorderen van de deelname aan en retentie in behandelingsprogramma's. Deze laatste bevinding gaat tevens op voor het generalist model van case management. Ook vonden we enig bewijs voor de effectiviteit van justitieel case management, vooral in functie van het volhouden van de behandeling en het voorkomen van recidive. Bij gebrek aan gerandomiseerde en gecontroleerde studies, is er nog geen (voldoende) bewijs voor de effectiviteit van het makelaarsmodel en het klinisch model van case management. Dit relatieve gebrek aan experimentele studies verklaart trouwens waarom het met betrekking tot alle onderscheiden modellen van case management ontbreekt aan voldoende evidentie. Het gebruik van verschillende en inconsistente uitkomstmaten én contextuele invloeden hebben er verder toe geleid dat bevindingen uit eerdere studies niet konden worden herhaald [17,20].

Al met al is de conclusie dat er slechts enig bewijs bestaat voor de effectiviteit van case management. Deze conclusie bevestigt de vaststelling dat de meeste sociale interventies hooguit een bescheiden effect hebben [151], maar in vergelijking met andere interventies voor deze doelgroep is de effectiviteit van case management allicht vrij hoog [132].

Hoewel verschillende onderzoeken geen significante effecten aantonen van case management in vergelijking met een controlegroep, zijn er in de meeste studies wel significante veranderingen merkbaar ten opzichte van de beginsituatie [46,47,78,136,137,146]. Dit is ook een constante in de meeste ongecontroleerde studies [66,43,39,142]. Bij het ontbreken van een controleconditie, is het echter niet ondenkbaar dat onderzoekers bepaalde effecten ten onrechte toeschrijven aan case management, terwijl misschien andere factoren zoals motivatie, retentie of bepaalde cliëntkenmerken deze positieve resultaten uitlokken. Anderen wijzen in dit verband op het optreden van "spontaan herstel" of een "regressie naar het gemiddelde", omdat case management meestal start als het niet zo goed gaat met cliënten. Een zekere mate van verbetering zou dan passen in het natuurlijk verloop van het verslavingsproces. Verschillende auteurs verwerpen deze hypothese echter op basis van de vaststelling dat cliënten die minder intensieve vormen van ondersteuning kregen niet dezelfde vooruitgang boekten [47,142,146].

MOGELIJKE OORZAKEN VAN GEBREK AAN BEWIJS

Sommige onderzoekers nemen aan dat het gebrek aan bewijs voor de effectiviteit van case management meer te maken heeft met de manier waarop de interventie geëvalueerd wordt dan met de interventie zelf [65]. Het is vrij logisch dat een behandeling die vooral wordt vergeleken met andere mogelijk effectieve behandelingen – en niet met geen of een minimale interventie – minder effectief lijkt, aangezien in de laatstgenoemde onderzoeken meestal (meer) significante verschillen worden aangetoond [131]. Case management wordt meestal vergeleken met controlesituaties, zoals reguliere behandeling, een andere nieuwe interventie of een ander model van case management, wat de kans vermindert op significante verschillen tussen de experimentele en controlegroep.

Ook andere oorzaken kunnen de effecten van case management vertekenen. Ten eerste kan de vertekening het gevolg zijn van de beperkte dropout bij case management-cliënten [76,95,141]. Het is eigen aan deze interventie dat case managers zelfs de meeste problematische cliënten kunnen opsporen en opvolgen, die allicht niet zouden zijn teruggevonden bij een follow-up meting bij een andere behandeling [65]. Ten tweede kan een gebrek aan of beperkte effectiviteit ook het gevolg zijn van een beperkte of weinig robuuste implementatie, die kan leiden tot een weinig krachtige interventie, bijvoorbeeld als gevolg van personeelstekort, personeelwisselingen en gebrek aan training en ervaring bij case managers [65]. Een robuuste implementatie van case management vormde veruit de meest efficiënte interventie voor dubbele diagnose-patiënten, terwijl een niet-robuuste implementatie in het geheel niet kosten-effectief bleek [29]. Verder konden McLellan en collega's [43] de effectiviteit van case management pas aantonen 26 maanden na de invoering van deze interventie. Meestal is er echter minder tijd voor het opzetten of proefdraaien van dergelijke programma's, wat kan leiden tot een gebrek aan of onderschatting van bepaalde effecten [146]. Ten derde kunnen verschillen tussen groepen nagenoeg niet aangetoond worden als de controlegroep meer hulp krijgt dan gepland of als andere behandelingsprogramma's of de controlesituatie principes en elementen gaan overnemen van de experimentele conditie [76,65]. Hulpverleners kunnen er immers vanuit ethisch oogpunt moeite mee hebben om cliënten die bepaalde vormen van behandeling nodig hebben een potentieel effectieve interventie te onthouden [152]. Het opschuiven van de inhoud van één interventie naar een andere kan ook in de omgekeerde richting optreden, waardoor de experimentele conditie verwatert zoals wanneer case managers hun aanvankelijk enthousiasme verliezen en hun baan routine wordt [25].

Hoewel de resultaten van experimentele studies naar de effectiviteit van case management tot op een zekere hoogte vertekend (kunnen) zijn, lijkt het ons vrij onwaarschijnlijk dat deze hulpverleningsvorm beduidend effectiever zou zijn dan andere interventies voor drugverslaafden. Te meer daar deze interventie oorspronkelijk is ontwikkeld om cliënten te ondersteunen, zorgcontinuïteit te bieden en hen in contact te brengen met hulpbronnen in hun omgeving [21,71]. Dat case management "an sich" ook significante en blijvende effecten zou hebben op het functioneren van cliënten getuigt vooralsnog van overdreven optimisme, tenzij ze erg intensief is en voldoende lang wordt volgehouden [60,76,139].

BEPERKINGEN VAN DEZE OVERZICHTSSTUDIE

Deze literatuurstudie is gebaseerd op artikels in Engelstalige wetenschappelijke tijdschriften die gebruik maken van peer-review voor de beoordeling van ingestuurde artikels. Onze zoekstrategie kan bijgedragen hebben tot een ondervertegenwoordiging van niet-Amerikaanse studies en van studies die niet-significante of tegenstrijdige resultaten rapporteerden. Aan de eerstgenoemde beperking is tegemoet gekomen door de originele onderzoeksrapporten van twee Europese studies op te nemen, aan de tweede door andere dan experimentele studies te includeren. De uiteenlopende en inconsistente effecten die we vonden en de rapportage in bepaalde studies van niet-significante effecten doen vermoeden dat deze overzichtsstudie niet al te zeer vertekend is door genoemde bias.

Het is niet ondenkbaar dat gepubliceerde artikels uitsluitend de meest opvallende resultaten van elke studie beschrijven en niet-significante bevindingen uit hetzelfde onderzoek niet rapporteren. Analyse van de originele data en rapporten van deze onderzoeken zou dit kunnen verhelderen, maar deze informatie is meestal moeilijk toegankelijk en gaat soms ten koste van de kwaliteit en overzichtelijkheid van de gegevens. Mogelijk zijn in deze overzichtsstudie bepaalde effecten onderbelicht gebleven doordat wij bij verschillende artikels over één grote studie uitgingen van één enkel onderzoek.

Ook is voor deze overzichtsstudie uitgegaan van vier verschillende modellen van case management, zoals die zijn onderscheiden door een consensus panel van Amerikaanse specialisten [17]. Maar als gevolg van contextuele verschillen en een niet altijd nauwgezette implementatie benaderen de meeste case management-toepassingen slechts globaal de theoretische omschrijving van elk model [62,97]. In tegenstelling tot de toepassing van case management in de geestelijke gezondheidszorg, zijn er weinig tot geen kernindicatoren op basis waarvan de verschillende case managementmodellen in de verslavingszorg te onderscheiden zijn [35,87]. Toch geven de meeste onderzoekers heel expliciet aan welk model van case management werd toegepast en zijn de artikels op basis van deze informatie door

ons ingedeeld. Bij onvoldoende details over de eigenlijke interventie of als er geen specifiek model van case management werd vermeld, beschouwden wij de interventie als een generalist model. Dit kan tot een oververtegenwoordiging van dit laatste model geleid hebben en tot een gebrek aan bewijs over de effectiviteit ervan als gevolg van de grote heterogeniteit binnen deze categorie.

Zoals gezegd, wordt de implementatie – en bijgevolg ook de evaluatie – van case management in belangrijke mate beïnvloed door contextuele factoren [17]. Omwille van de sterk uiteenlopende organisatie van de welzijns- en gezondheidszorg in de Verenigde Staten en Europa kunnen we ons afvragen of de resultaten van deze overwegend Amerikaanse studies ook gelden in de Europese context [20,39,97]. De beperkte beschikbare resultaten lijken in dezelfde richting te wijzen, maar verdere evaluatie is nodig om bevindingen te kunnen veralgemenen. Een uitgebreide beschrijving van de geëvalueerde interventie en het bepalen van indicatoren voor de implementatie van verschillende modellen van case management kunnen helpen om de vergelijkbaarheid van bestaande programma's te verbeteren [26,35,65,90].

BEPERKINGEN VAN DE VOORGESTELDE STUDIES EN RICHTLIJNEN VOOR VERDER ONDERZOEK

Verregaande conclusies over de effectiviteit van case management zijn op dit moment voorbarig en niet gerechtvaardigd gezien het relatieve gebrek aan gerandomiseerde en gecontroleerde studies, vooral naar bepaalde modellen van case management. Er is grote behoefte aan nader onderzoek in Europa met een robuust onderzoeksopzet en een voldoende grote steekproef. Kleine steekproeven leiden immers tot minder krachtige conclusies en verminderen de kans op het vinden van kleine of bescheiden effecten [65].

Het gebrek aan een longitudinaal perspectief in de meeste studies verzwakt elke conclusie over langetermijneffecten van deze interventie. De meeste programma's hebben case management toegepast gedurende 6 tot 12 maanden en de wetenschappelijke opvolging van de cliënten duurde meestal niet langer dan tot zes maanden na het einde van het programma. Een aantal onderzoeken dat de uitvoering van case management volgde over een periode van 24 tot 36 maanden liet positieve resultaten en zelfs kostenefficiëntie zien [29,39,67,76,139,142]. Anderen vonden echter vervaging of verdwijning van effecten na verloop van tijd [51,68,78,145].

Verscheidende onderzoekers hebben een duidelijk verband vastgesteld tussen de duur van het case management programma enerzijds en het succes ervan anderzijds [39,46,66,142]. Gezien het chronische karakter van verslavingsproblemen en de positieve resultaten die blijken uit longitudinale studies, lijkt het hanteren van een longitudinaal perspectief ook binnen case management aangewezen [14]. Het blijft echter onduidelijk wanneer case management afgebouwd of afgerond kan worden. Allicht leidt de combinatie van intensieve en minder intensieve vormen van case management of het afwisselen met andere interventies tot de beste resultaten, mits er garantie blijft voor zorgcontinuïteit [139].

Onderzoeksresultaten zijn niet altijd gemakkelijk te vergelijken, gezien het vaak verschillende gebruik van instrumenten en uitkomstmaten. Twijfels zijn er ook bij het gebruik van zelfrapportage als enige indicator voor het alcohol- en druggebruik van cliënten. Ontkenning, minimalisering of sociaal wenselijke antwoorden van cliënten kunnen aanvankelijk tot een aanzienlijke onderrapportage leiden, terwijl er bij follow-up metingen eerder sprake is van overrapportage door een verhoogd inzicht in de eigen problematiek en de gepercipieerde beschikbaarheid van hulp [65,76,95,146]. Toch maken de meeste studies gebruik van de Addiction Severity Index (ASI), aangezien de validiteit en betrouwbaarheid van deze zelfrapportage-vragenlijst in verschillende studies werd aangetoond [49,153,154]. Hoewel het weinig waarschijnlijk is dat het gebruik van zelfrapportage de oorzaak is van een gebrek aan bewijs voor de effectiviteit van case management, lijkt het ons aangewezen om gegevens op basis van zelfrapportage aan te vullen met meer objectieve metingen zoals urinecontroles en adem- of haartesten [76,78,154].

Bij de evaluatie van de effectiviteit van case management moeten ook procesvariabelen betrokken worden, omdat deze ons kunnen helpen te begrijpen welke factoren maken dat deze interventie werkt of niet [97]. Tot nu toe is er slechts weinig informatie beschikbaar over de cruciale componenten van deze interventie: welke specifieke kenmerken van case management dragen bij aan welke resultaten? Deze vraag houdt de gemoederen ook bezig in de geestelijke gezondheidszorg en het is om die reden

belangrijk tevens de ontwikkelingen in deze sector op de voet te volgen [5]. Kenmerken die bij drugsverslaafden al in verband zijn gebracht met positieve behandelingsresultaten zijn een teamgerichte aanpak, monitoring, zorgplanning, een outreachende, aanklampende aanpak, gerichtheid op de mogelijkheden en sterktes van cliënten en een goede relatie met de case manager [29,20,83,90,97]. Kwalitatief onderzoek is nodig om de kenmerken die specifiek bijdragen tot de effectiviteit van case management te identificeren en te beschrijven. Deze kenmerken kunnen dan verder getest worden op hun veralgemeenbaarheid in experimenteel onderzoek.

Tot slot is er meer onderzoek nodig naar de kosten-baten van de onderscheiden modellen van case management. Hoewel enkele studies aantoonden dat zowel intensief als klinisch case management efficiënte interventies zijn, is er voor die efficiëntie nog steeds onvoldoende bewijs [29,63,137,139,150]. Dit soort informatie ontbreekt nagenoeg volledig voor de andere modellen van case management en het is dan ook nog steeds onduidelijk hoe case management de kosten van de zorg beïnvloedt [155].

2.5 Samenvatting en besluit

Zowel in de Verenigde Staten als in Europa wordt case management beschouwd als een belangrijke aanvulling op de traditionele verslavingszorg, waarbij onder meer een cliëntgerichte en integrale probleemaanpak, maatschappijgerichtheid en aanklampende hulpverlening centraal staan. Deze interventie draagt onder meer bij tot een betere toegankelijkheid van de zorg, hogere deelname aan en retentie in behandeling, toename van het zorggebruik en betere behandelingsresultaten. Toch blijft de implementatie van case management in Europa nog steeds beperkt tot een tiental projecten en zijn de meeste van de hier besproken empirische gegevens gebaseerd op Amerikaanse voorbeelden.

In vergelijking met case management voor psychiatrische patiënten, bestaat er relatief weinig bewijs voor de effectiviteit van deze interventie. Dit is onder meer toe te schrijven aan de grote contextuele verschillen tussen projecten, specifieke doelgroepen en uiteenlopende doelstellingen, een minder lange traditie van deinstitutionalisering en community care, het beperkt aantal gerandomiseerde en gecontroleerde studies en het feit dat er dikwijls onrealistische verwachtingen worden gesteld in de mogelijkheden van deze interventie. Met name in Europa zijn er meer gerandomiseerde en gecontroleerde studies nodig bij grote steekproeven, naast kwalitatief onderzoek dat moet toelaten de belangrijkste procesvariabelen beter te begrijpen en de impact ervan na te gaan op behandelingsuitkomsten en het zorgsysteem.

Case management voor druggebruikers is geen wondermiddel, maar het kan wel de manier waarop zorg en diensten worden aangeboden op een positieve manier beïnvloeden en helpen om de situatie van cliënten te stabiliseren of te verbeteren. Op basis van een analyse van empirische gegevens vanuit de Verenigde Staten, Duitsland, Nederland en België kunnen een aantal voorwaarden geformuleerd worden voor een weloverwogen implementatie van case management. Het betreft onder meer de integratie van het programma in een omvattend hulpverleningsnetwerk, de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de case manager, het voorzien van directe dienstverlening, een teamgerichte benadering, het hanteren van een 'strengths' perspectief, intensieve training en regelmatige supervisie. Toch blijft de variatie tussen en zelfs binnen bepaalde case management praktijken een belangrijk aandachtspunt. Het ontwikkelen van protocollen en handleidingen en de identificatie van de cruciale componenten van verschillende modellen van case management kunnen onder meer bijdragen tot een meer consistente toepassing van deze interventie.

Er bestaat op dit ogenblik enige evidentie voor de effectiviteit van een aantal modellen van case management, maar deze effecten zijn relatief beperkt en verschillen veelal niet significant van die van andere interventies in de verslavingszorg. De meest duidelijke effecten betreffen een vermindering van de duur van en het aantal hospitalisaties, toegenomen gebruik van ambulante hulpverleningsvormen, langere retentie in behandeling, betere kwaliteit van leven, hoge mate van cliënttevredenheid en stabilisatie of zelfs verbetering van de leefsituatie van – dikwijls erg problematische – druggebruikers. Retentie in case management hangt nauw samen met het succes ervan, maar de uitkomsten met betrekking tot het psychosociaal functioneren van cliënten blijken niet steeds consistent. Verschillende

auteurs hebben significante effecten gevonden van deze interventie na enkele maanden of jaren, maar er bestaat nog steeds onduidelijkheid over de lange termijn-effecten ervan.

Verscheidene aspecten met betrekking tot de effectiviteit van case management dienen dan ook verder onderzocht te worden. Zo viel de omvang van de gevonden effecten buiten het bestek van deze studie, maar dit zou onderdeel kunnen uitmaken van een meta-analyse met betrekking tot deze interventie. Hoewel een aantal studies hebben aangetoond dat deze interventie werkt, blijft het onduidelijk wat er juist voor zorgt dat deze interventie werkt en hoe de resultaten ervan gehandhaafd kunnen worden. Gezien de hypothese veld wint dat middelenmisbruik een chronisch probleem is dat gekenmerkt wordt door herval, dient de rol van case management ook bediscussieerd te worden vanuit het perspectief van continue zorg. Uiteindelijk mag de effectiviteit van case management niet overschat worden; het effect van deze interventie ligt vooral in het ondersteunen van cliënten in het dagelijks leven en in het hen in contact brengen met de diensten en voorzieningen die ze nodig hebben. Het voorzien van directe dienstverlening en therapie als onderdeel van case management kan helpen om meer substantieel bij te dragen tot de stabilisatie en verbetering van hun situatie, maar deze ondersteuning dient voldoende lang volgehouden te worden om lange termijn-effecten te ressorteren.

2.6 Referenties

1. Holloway, F., & Carson, J. (2001). Case management: an update. *International Journal of Social Psychiatry*, 47(3), 21-31.
2. Moxley, D. (1989). *The practice of case management (Sage Human Services Guides Vol. 58)*. Newbury Park: Sage publications.
3. Burns, T. (1996). Case management: two nations still divided. *Psychiatric Services*, 47(8), 793.
4. Marshall, M. (1996). Case management: A dubious practice - Underevaluated and ineffective, but now government policy. *British Medical Journal*, 312, 523-524.
5. Burns, T., Fioritti, A., Holloway, F., Malm, U., & Rossler, W. (2001). Case management and assertive community treatment in Europe. *Psychiatric Services*, 52(5), 631-636.
6. Erdmann, Y., & Wilson, R. (2001). Managed care: a view from Europe. *Annual Review of Public Health*, 22, 273-291.
7. Rochefort, D.A., & Goering, P. (1998). "More a link than a division": How Canada has learned from US Mental Health Policy. *Health Affairs*, 17(5), 110-127.
8. Rosen, A., & Teesson, M. (2001). Does case management work? The evidence and the abuse of evidence-based medicine. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(6), 731-746.
9. Ziguras, S.J., & Stuart, G.W. (2000). A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatric Services*, 51, 1410-1421.
10. Graham, K., & Timney, C. (1990). Case management in addictions treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 7(3), 181-188.
11. Ogborne, A.C., & Rush, B.R. (1983). The coordination of treatment services for problem drinkers: Problems and prospects. *British Journal of Addiction*, 78, 131-138.
12. Rush, B., & Ekdahl, A. (1990). Recent trends in the development of alcohol and drug treatment services in Ontario. *Journal of Studies on Alcohol*, 51(6), 514-522.
13. Brindis, C.D., & Theidon, K.S. (1997). The role of case management in substance abuse treatment services for women and their children. *Journal of Psychoactive Drugs*, 29(1), 79-88.
14. McLellan, A.T. (2002). Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective. *Addiction*, 97(3), 249-252.
15. Lightfoot, L., Rosenbaum, P., Ogurzsoff, S., Laverty, G., Kusiar, S., Barry, K. et al. (1982). *Final Report of the Kingston Treatment Programmed Development Research Project*. Ottawa, Canada: Department of Health and Welfare, Health Promotion Directorate.
16. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2001). *Annual report on the state of the drug problem in the European Union*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

17. Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA). (1998). *Comprehensive case management for substance abuse treatment (TIP Series 27)*. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment.
18. Willenbring, M. (1996). Case management applications in substance use disorders. In H. Siegal, & R. Rapp (Eds.), *Case management and substance abuse treatment: practice and experience* (pp. 51-76). New York: Springer Publishing Company.
19. Vanderplasschen, W., Lievens, K., & Broekaert, E. (2001). *Implementatie van een methodiek van case management in de drughulpverlening: een proefproject in de provincie Oost-Vlaanderen (Orthopedagogische Reeks Gent Nummer 14)*. Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.
20. Wolf, J., Mensink, C., & van der Lubbe, P. (2002). *Case management voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen: een systematisch overzicht van interventie en effect*. Utrecht: Trimbos-instituut, Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid.
21. Birchmore-Timney, C., & Graham, K. (1989). A survey of case management practices in addictions programs. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 6(3/4), 103-127.
22. van Riet, N. & Wouters, H. (1996). *Casemanagement: een leer- en werkboek over de organisatie en coördinatie van zorg-, hulp- en dienstverlening*. Assen: Van Gorcum.
23. Bachrach, L. (1981). Continuity of care for chronic mental patients: A conceptual analysis. *American Journal of Psychiatry*, 138(11), 1449-1455.
24. Ridgely, M.S. (1996). Practical issues in the application of case management to substance abuse treatment. In H. Siegal, & R. Rapp (Eds.), *Case management and substance abuse treatment: practice and experience* (pp. 1-20). New York: Springer Publishing Company.
25. Ridgely, M.S., & Willenbring, M. (1992). Application of case management to drug abuse treatment: overview of models and research issues. In R.S. Ashery (Ed.), *Progress and Issues in case management (NIDA Research Monograph 127)* (pp. 12-33). Rockville: National Institute on Drug Abuse.
26. Godley, S.H., Finch, M., Dougan, L., McDonnell, M., McDermeit, M., & Carey, A. (2000). Case management for dually diagnosed individuals involved in the criminal justice system. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(2), 137-148.
27. Robinson, R. & Bergman, G. (1989). *Choices in case management: a review of current knowledge and practice for mental health programs*. Washington, DC: Policy Resources, Inc.
28. Inciardi, J.A., Martin, S.S., Butzin, C.A., Hooper, R.M., & Harrison, L.D. (1996). An effective model of prison-based treatment for drug-involved offenders. *Journal of Drug Issues*, 27(2), 261-278.
29. Jerrell, J.M., & Ridgely, M.S. (1999). Impact of robustness of program implementation on outcomes of clients in dual diagnosis programs. *Psychiatric Services*, 50(1), 109-112.
30. Perl, H.I., & Jacobs, M.L. (1992). Case management models for homeless persons with alcohol and other drug problems: An overview of the NIAAA research demonstration program. In R.S. Ashery (Ed.), *Progress and issues in case management (NIDA Research Monograph 127)* (pp. 208-222). Rockville: National Institute on Drug Abuse.
31. Oppenheimer, E., Sheehan, M., & Taylor, C. (1988). Letting the client speak: Drug misusers and the process of help seeking. *British Journal of Addiction*, 83, 635-647.
32. Sullivan, W., Hartmann, D., Dillon, D., & Wolk, J. (1994). Implementing case management in alcohol and drug treatment. *Families in Society: the Journal of Contemporary Social Services*, 75(2), 67-73.
33. Vanderplasschen, W., De Bourdeaudhuij, I., & Van Oost, P. (2002). Co-ordination and continuity of care in substance abuse treatment: an evaluation-study in Belgium. *European Addiction Research*, 8, 10-21.
34. Westermeyer, J. (1989). Non-treatment factors affecting treatment outcome in substance abuse. *American Journal of Substance Abuse*, 15(1), 13-29.
35. Wolf, J. & Planije, M. (2002). *Case management voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen*. Utrecht: Trimbos-instituut, Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid.
36. Hall, J.A., Carswell, C., Walsh, E., Huber, D.L., & Jampoler, J.S. (2002). Iowa case management: Innovative social casework. *Social Work*, 47(2), 132-141.
37. Broekaert, E., & Vanderplasschen, W. (2003). Towards an integrated treatment system for substance abusers: report on the second international symposium on substance abuse treatment and special target groups. *Journal of Psychoactive Drugs*, 35(2), 237-245.

38. de Weert-van Oene, G., & Schrijvers, A. (1992). *Van lappendeken naar zorgcircuit: circuitvorming in de Utrechtse verslavingszorg*. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, Vakgroep Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie.
39. Oliva, H., Görgen, W., Schlanstedt, G., Schu, M., & Sommer, L. (2001). *Case management in der Suchtkranken- und Drogenhilfe: Ergebnisse des Kooperationsmodells nachgehende Sozialarbeit – Modellbestandteil Case management, Berichtszeitraum 1995-2000*. Köln: Fogs, Gesellschaft für Forschung und Beratung in Gesundheits- und Sozialbereich mbH.
40. Krausz, M. (2001). *Das Bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie. Studiendesign*. Hamburg: Zentrum für Interdisziplinäre Zuchtforschung.
41. Schu, M., Schmid, M., Görgen, W., Vogt, I., & Oliva, H. (2002). *Case management mit integriertem Motivational Interviewing im bundesdeutschen Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie: Manual*. Köln: Heroinstudie.de.
42. Vanderplasschen, W. (2002). Case management in de drughulpverlening: le beaujolais nouveau of gewoon oude wijn in nieuwe zakken? In Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (Ed.), *Referatenbundel VAD-studiedag Alcohol & Drugs 21-11-2002* (pp. 18-27). Brussel: Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD).
43. McLellan, A.T., Hagan, T.A., Levine, M., Meyers, K., Gould, F., Bencivengo, M. et al. (1999). Does clinical case management improve outpatient addiction treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 55, 91-103.
44. Saleh, S.S., Vaughn, T., Hall, J.A., Levey, S., Fuortes, L., & Uden-Holmen, T. (2002). Effectiveness of case management in substance abuse treatment. *Care Management Journal*, 3(4), 172-177.
45. Shwartz, M., Baker, G., Mulvey, K.P., & Plough, A. (1997). Improving publicly funded substance abuse treatment: The value of case management. *American Journal of Public Health*, 87, 1659-1664.
46. Siegal, H.A., Rapp, R.C., Li, L., Saha, P., & Kirk, K. (1997). The role of case management in retaining clients in substance abuse treatment: an exploratory analysis. *Journal of Drug Issues*, 27(4), 821-831.
47. Braucht, G.N., Reichardt, C.S., Geissler, L.J., Bormann, C.A., Kwaitkowski, C.F., & Kirby, M.W. (1995). Effective services for homeless substance abusers. *Journal of Addictive Diseases*, 14(4), 87-109.
48. Drake, R.E., & Noordsey, D.L. (1994). Case management for people with coexisting severe mental disorder and substance use disorder. *Psychiatric Annals*, 24(8), 427-431.
49. Godley S.H., Godley, M.D., Pratt, A., & Wallace, J.L. (1994). Case management services for adolescent substance abusers: a program description. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11(4), 309-317.
50. Laken, M.P., & Ager, J.W. (1996). Effects of case management on retention in prenatal substance abuse treatment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 22(3), 439-448.
51. Sorensen, J.L., Dilley, J., London, J., Okin, R.L., Delucchi, K.L., & Phibbs, C.S. (2003). Case management for substance abusers with HIV/AIDS: a randomized clinical trial. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29(1), 133-150.
52. Willenbring, M.L., Whelan, J.A., Dahlquist, J.S., & O'Neal, M.E. (1990). Community treatment of the chronic public inebriate I: Implementation. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 7(2), 79-97.
53. Broër, C., & Noyon, R. (1999). *Over last en beleid: Regioplan Stad en Land*. Amsterdam: Regioplan Stad en Land.
54. Cook, F. (1992). Case management models linking criminal justice and treatment. In R.S. Ashery (Ed.), *Progress and issues in case management (NIDA Research Monograph 127)* (pp. 368-382). Rockville, MD.: National Institute on Drug Abuse.
55. De Koning, P.J., & Hessing, D.J. (2000). De kosten van het drugbeleid. *Recht der Werkelijkheid*, 1, 1-24.
56. Van Stelle, K.R., Mauser, E., & Moberg, D.P. (1994). Recidivism to the criminal justice system of substance-abusing offenders diverted into treatment. *Crime and Delinquency*, 40(2), 175-196.
57. Martin, S.S., & Scarpitti, F.R. (1993). An intensive case management approach for paroled iv drug users. *Journal of Drug Issues*, 23(1), 43-59.

58. Rhodes, W., & Gross, M. (1997). *Case management reduces drug use and criminality among drug-involved arrestees: an experimental study of an HIV prevention intervention*. NIJ Research Report. Washington DC: National Institute of Justice.
59. Bearman, D., Claydon, K., Kincheloe, J., & Lodise, C. (1997). Breaking the cycle of dependency: dual diagnosis and AFDC families. *Journal of Psychoactive Drugs*, 29(4), 359-367.
60. Cox, G.B., Walker, R.D., Freng, S.A., Short, B.A., Meijer, L., & Gilchrist, L. (1998). Outcome of a controlled trial of the effectiveness of intensive case management for chronic public inebriates. *Journal of Studies on Alcohol*, 59(5), 523-532.
61. Jerrell, J.M. (1996). Toward cost-effective care for persons with dual diagnoses. *Journal of Mental Health Administration*, 23(3), 329-337.
62. Jerrell, J.M., Hu, T., & Ridgely, M.S. (1994). Cost-effectiveness of substance disorder interventions for people with severe mental illness. *Journal of Mental Health Administration*, 21(3), 283-297.
63. Okin, R.L., Boccellari, A., Azocar, F., Shumway, M., O'Brien, K., Gelb, A. et al. (2000). The effects of clinical case management on hospital service use among ED frequent users. *American Journal of Emergency Medicine*, 18(5), 603-608.
64. Yates, R., & Gilman, M. (1990). *Seeing more drug users: outreach work and beyond: a lifeline project policy report*. Manchester: Lifetime project.
65. Orwin, R.G., Sonnefeld, L.J., Garrison-Mogren, R., & Smith, N.G. (1994). Pitfalls in evaluating the effectiveness of case management programs for homeless persons: lessons from the NIAAA Community Demonstration Program. *Evaluation Review*, 18(2), 153-207.
66. Evenson, R.C., Binner, P.R., Cho, D.W., Schicht, W.W., & Topolski, J.M. (1998). An outcome study of Missouri's CSTAR alcohol and drug abuse programs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15, 143-150.
67. Levy, J.A., Strenski, T., & Amick, D.J. (1995). Community-based case management for active injecting drug users. *Advances in Medical Sociology*, 6, 183-206.
68. Conrad, K.J., Hultman, C.I., Pope, A.R., Lyons, J.S., Baxter, W.C., Daghestani, A.N. et al. (1998). Case managed residential care for homeless addicted veterans: results of a true experiment. *Medical Care*, 36, 40-53.
69. Godley, M.D., Godley, S.H., Dennis, M.L., Funk, R., & Passeti, L.L. (2002). Preliminary outcomes from the assertive continuing care experiment for adolescents discharged from residential treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23(1), 21-32.
70. Mejta, C.L., Bokos, P.R., Mickenberg, J., Maslar, M., & Senay, E. (1997). Improving substance abuse treatment access and retention using a case management approach. *Journal of Drug Issues*, 27(2), 329-340.
71. Rapp, R.C., Siegal, H.A., Li, L., & Saha, P. (1998). Predicting post-primary treatment services and drug use outcome: A multivariate analysis. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 24(4), 603-615.
72. Scott, C.K., Sherman, R.E., Foss, M.A., Godley, M., & Hristova, L. (2002). Impact of centralized intake on case management services. *Journal of Psychoactive Drugs* 34(1):51-57.
73. Siegal, H.A., Li, L., & Rapp, R.C. (2002). Case management as a therapeutic enhancement: Impact on post-treatment criminality. *Journal of Addictive Diseases*, 21(4), 37-46.
74. Vaughan-Sarrazin, M.S., Hall, J.A., & Rick, G.S. (2000). Impact of Iowa case management on use of health services by rural clients in substance abuse treatment. *Journal of Drug Issues*, 30(2), 435-463.
75. Huber, D.L., Sarrazin, M.V., Vaughn, T., & Hall, J.A. (2003). Evaluating the impact of case management dosage. *Nursing Research* 52(5), 276-288.
76. Drake, R.E., McHugo, G., Clark, R., Teague, G.B., Xie, H., Miles, K., et al. (1998). Assertive community treatment for patients with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: a clinical trial. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(2), 201-215.
77. Sarrazin, M.V., Huber, D.L., & Hall, J.A. (2001). Impact of Iowa case management on family functioning for substance abuse treatment clients. *Adolescent & Family Health*, 2(3), 132-140.
78. Ridgely, M.S., & Jerrell, J.M. (1996). Analysis of three interventions for substance abuse treatment of severely mentally ill people. *Community Mental Health Journal*, 32(6), 561-572.
79. Ashery, R.S. (1996). Case management for substance abusers: more issues than answers. In H. Siegal, & R. Rapp (Eds.), *Case management and substance abuse treatment: practice and experience* (pp. 141-154). New York: Springer Publishing Company.

80. Graham, K., Timney, C., Bois, C., & Wedgerfield, K. (1995). Continuity of care in addictions treatment: the role of advocacy and coordination in case management. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 21(4), 433-451.
81. Kirby, M.W., & Braucht, G.N. (1993). Intensive case management for homeless people with alcohol and other drug problems. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 10, 187-200.
82. Siegal, H.A., Fisher, J.A., Rapp, R.C., Kelliher, C.W., Wagner, J.H., O'Brien, W. F., et al. (1996). Enhancing substance abuse treatment with case management: Its impact on employment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13(2), 93-98.
83. Brun, C., & Rapp, R.C. (2001). Strengths-based case management: individuals' perspectives on strengths and the case manager relations. *Social Work*, 46(3), 278-288.
84. Falck, R., Siegal, H.A., & Carlson, R.G. (1992). Case management to enhance AIDS risk reduction for injection drug users and crack users: Theoretical and practical considerations. In R.S. Ashery (Ed.), *Progress and issues in case management (NIDA Research Monograph 127)* (pp. 167-180). Rockville, MD.: National Institute on Drug Abuse.
85. Lidz, V., Bux, D.A., Platt, J.J., & Iguchi, M.Y. (1992). Transitional case management: A service model for AIDS outreach projects. In R.S. Ashery (Ed.), *Progress and issues in case management (NIDA Research Monograph 127)* (pp. 112-144). Rockville, MD.: National Institute on Drug Abuse.
86. Barry, K.L., Zeber, J.E., Blow, F.C., & Valenstein, M. (2003). Effect of strengths model versus assertive community treatment model on participant outcomes and utilization: two-year follow-up. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(3), 268-277.
87. Teague, G.B., Bond, G.R., & Drake, R.E. (1998). Program fidelity in assertive community treatment: development and use of a measure. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(2), 216-231.
88. California Addiction Technology Transfer Center. (1997). *Addiction Counseling Competencies: The knowledge, skills, and attitudes of professional practice*. La Jolla, CA: California Addiction Technology Transfer Center.
89. National Association of Alcoholism and Drug Abuse Counselors (NAADAC). (1986). *Certification Commission Oral Exam Guidelines*. Arlington: National Association of Alcoholism and Drug Abuse Counselors.
90. Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid. (2003). *Handreiking voor casemanagers in de sociale verslavingszorg*. Utrecht: Resultaten Scoren.
91. Fiander, M., & Burns, T. (2000). A Delphi approach to describing service models of community mental health practice. *Psychiatric Services*, 51(5), 656-658.
92. Wingerson, D., & Ries, R. (1999). Assertive community treatment for patients with chronic and severe mental illness who abuse drugs. *Journal of Psychoactive Drugs*, 31(1), 13-18.
93. Powell, S. (2000). *Case management: a practical guide to success in managed care*. Baltimore - Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
94. Block, R.I., Bates, M.E., & Hall, J.A. (2003). Relation of premorbid cognitive abilities to substance users' problems at treatment intake and improvements with substance abuse treatment and case management. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29(3), 515-538.
95. Vaughn, T., Sarrazin, M.V., Saleh, S.S., Huber, D.L. & Hall, J.A. (2002). Participation and retention in drug abuse treatment services research. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23(4), 387-397.
96. Kinlock, T.W., & Hanlon, T.E. (2002). Probation and Parole Interventions. In C.G. Leukefeld, F. Tims, & D. Farabee (Eds), *Treatment of drug offenders: policies and issues* (pp. 243-258). New York: Springer Publishing Company.
97. Vanderplasschen, W., Colpaert, K., Lievens, K. & Broekaert, E. (2003). *De Oost-Vlaamse drughulpverlening in cijfers: kenmerken, zorggebruik en uitstroom van personen in behandeling (Orthopedagogische reeks Gent Nummer 15)*. Gent: vzw OOBBC.
98. Siegal, H.A., Rapp, R.C., & Lane, D.T. (2001). Corrections-based case management and substance abuse treatment programming. In C.G. Leukefeld, F. Tims, & D. Farabee (Eds), *Treatment of drug offenders: policies and issues* (pp. 80-90). New York: Springer Publishing Company.
99. Leukefeld, C.G., & Tims, F.M. (1988). *Compulsory Treatment of Drug Abuse: Research and Clinical Practice (NIDA Research Monograph 86)*. Washington DC, US: US Government Printing Office.

100. Anglin, M. D., & Hser, Y. I. (1991). Criminal justice and the drug-abusing offender. Policy issues of coerced treatment. *Behavioral Science and the Law*, 9(3), 243-267.
101. Grichting, E., Uchtenhagen, A., & Rehm, J. (2002). Modes and impact of coercive inpatient treatment for drug-related conditions in Switzerland. *European Addiction Research*, 8(2), 78-83.
102. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2002). *Annual report on the state of the drug problem in the European Union and Norway*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
103. McLellan, A.T., & McKay, J.R. (1998). Components of succesful treatmen programs. Lessons from the research literature. In A. Graham, & T.K. Schultz (Eds), *Principles of Addiction Medicine*. Chevy Chase, MD: American Society of Addiction Medicine.
104. Baas, N.J. (1998). *Strafrechtelijke opvang Verslaafden (SOV). Een literatuurverkenning naar de SOV relevante ervaringen met onvrijwillige geplaatste justitiabele verslaafden in binnen- en buitenland*. Den Haag: WODC.
105. Leukefeld, C.G., Tims, F., & Farabee, D. (2001). *Treatment of drug offenders: policies and issues*. New York: Springer Publishing Company.
106. Eley, S., Malloch, M., McIvor, G., Yates, R., Brown, A. (2002). *The Glasgow Drug Court in Action: The first Six Months*. Stirling: University of Stirling, Department of Applied Social Sciences.
107. Vandevelde, D. (1994). Een vergelijkende studie naar de rol van justitiële druk bij de behandeling van drugverslaafden in een drugvrije therapeutische gemeenschap. In B. De Ruyver, & A. De Leenheer (Eds.), *Drugbeleid 2000*. (pp. 289-300). Antwerpen - Apeldoorn: Maklu.
108. Casselman, J. (2002). *Hulpverlening onder druk. Gerechtscliënten in de geestelijke gezondheidszorg*. Mechelen: Kluwer.
109. Casselman, J., Meuwissen, K., Noirfalise, A., & Maise, L. (2002). *Justitie-hulpverlening: duidelijke afspraken. Actiepunt 4.1.2. Beleidsnota van de Federale Regering in verband met de drugproblematiek van 19 januari 2001. Eindverslag, in opdracht van de Belgische Staat vertegenwoordigd door Mevrouw Aelvoet, Minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu*. Beschikbaar op: <http://www.poldoc.be/dailydoc/document/fgov/2002/g020131n.pdf>.
110. Christiaensen, S. (1994). Straffen en helpen van drugscriminelen: beleid en intenties justitie. In S. Christiaensen, & J. Goethals (Eds.), *De illegale drugsgebruiker tussen strafrechtspleging en hulpverlening. Van praktijk naar beleid* (pp. 61-110). Leuven - Amersfoort: Acco.
111. Hanlon, T.E., Nurco, D.N., Bateman, R.W., & O'Grady, K.E. (1998). The response of drug abuser parolees to a combination of treatmetn and intensive superviison. *Prison Journal*, 78, 31-44.
112. Martin, S.S., & Inciardi, J.A. (1997). Case management outcomes for drug-involved offenders. *Prison Journal*, 77, 168-182.
113. Cook, F. (2001). Treatment Accountability for Safer Communities: Linking the criminal Justice and Treatment Systems. In C.G. Leukefeld, F. Tims, & D. Farabee (Eds.), *Treatment of drug offenders: policies and issues* (pp. 105-110). New York: Springer Publishing Company.
114. Siegal, H., Rapp, R.C., Li, L., & Saha, P. (2001). Case management in substance abuse treatment: perspectives, impact, and use. In F.M. Tims, C.G. Leukefeld, & J.J. Platt (Eds.), *Relapse + recovery in addictions* (pp. 253-274). New Haven - London: Yale University Press.
115. GAVO Utrecht. (2004). *Jaarverslag 2003 GAVO Utrecht: Geïntegreerde Aanpak Verslavingsproblematiek en Overlast*. Utrecht: Centrum Maliebaan.
116. Taxman, F.S., Bouffard, J. (2002). Treatment inside the drug treatment court: The who, what, where, and how of treatment services. *Substance Use and Misuse*, 37(12-13), 1665-1688.
117. Wenzel, S.L., Longshore, D., Turner, S., & Ridgely, M.S. (2001). Drug courts – A bridge between criminal justice and health services. *Journal of Criminal Justice*, 29 (3), 241-253.
118. Inciardi, J.A., Surratt, H.L., Martin, S.S., & Hooper, R.M. (2001). The importance of aftercare in a corrections-based treatment continuum. In C.G. Leukefeld, F. Tims, & D. Farabee (Eds.), *Treatment of drug offenders: policies and issues* (pp. 204-216). New York: Springer Publishing Company.
119. Todts, S. (2004). De drugwet en de hulpverlening: lat-relatie of shotgun wedding? *Orde van de dag. Criminaliteit en Samenleving*, 26, 7-26.

120. Samenwerkingsakkoord tussen de Staat en de Vlaamse Gemeenschap van 28 februari 1994 inzake de sociale hulpverlening aan gedetineerden met het oog op hun sociale reïntegratie, *Belgisch Staatsblad*, 18 maart 1994.
121. Maes, E. (1997). Arbeidstoeileiding van (ex-)gedetineerden. *Panopticon*, 18(6), 610-612.
122. Vlaamse Regering. (2000). Strategisch Plan hulp- en dienstverlening aan gedetineerden. Brussel: Vlaamse Regering. Beschikbaar op: <http://vlaanderen.be/welzijnjustitie/gedetineerden/operationaliseringsamenwerkingsconcept.htm#Trajectbegeleiding>.
123. Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., & Kidd, T. (2003). The National Treatment Outcome Research Study (NTORS): 4-5 year follow-up results. *Addiction*, 98(3), 291-303.
124. Hubbard, R.L., Craddock, S.G., & Anderson, J. (2003). Overview of 5-year followup outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25(3), 125-134.
125. McLellan, A.T., Luborsky, L., O'Brien, C.P., Woody, G.E., & Druley, K.A. (1982). Is treatment for substance abuse effective? *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 247(10), 1423-1428.
126. Simpson, D.D., Joe, G.W., & Broome, K.M. (2002). A national 5-year follow-up of treatment outcomes for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 59(6), 538-544.
127. Van Gageldonk, A., de Zwart, W., van der Stel, J., & Donker, M. (1997). *De Nederlandse verslavingszorg: overzicht van de kennis over aanbod, vraag en effect*. Utrecht: Trimbos-instituut.
128. Rigter, H., van Gageldonk, A., Ketelaars, T., & van Laar, M. (2004). *Hulp bij probleemgebruik van drugs: stand van wetenschap voor behandelingen en andere interventies, 2004*. Utrecht: Trimbos-instituut, Nationale Drug Monitor.
129. Hser, Y.I., Anglin, M.D., Grella, C., Longshore, D., & Prendergast, M.L. (1997). Drug treatment careers: a conceptual framework and existing research findings. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14(6), 543-558.
130. Broekaert, E., Vandevelde, S., Vanderplasschen, W., Soye, V., & Poppe, A. (2002). Two decades of "research-practice" encounters in the development of European therapeutic communities for substance abusers. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56, 371-377.
131. Miller, W.R., & Wilbourne, P.L. (2002). Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*, 97(3), 265-277.
132. Willenbring, M.L., Ridgely, M.S., Stinchfield, R., & Rose, R. (1991). *Application of case management in alcohol and drug dependence: matching techniques and populations*. Rockville: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
133. Martin, S.S., & Inciardi, J.A. (1997). Case management outcomes for drug-involved offenders. *Prison Journal*, 77, 168-182.
134. Pearlman, S. (1984). Early experiences with primary care. In F.B. Glaser, H.M. Annis, & H.A. Skinner (Eds.), *A system of health care delivery: Volume II Primary Care Assessment*. Toronto: Addiction Research Foundation.
135. Rich, J.D., Holmes, L., Salas, C., Macalino, G., Davis, D., Ryczek, J., et al. (2001). Successful linkage of medical care and community services for HIV-positive offenders being released from prison. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 78(2), 279-289.
136. Stahler, G.J., Shipley, T.F., Bartelt, D., DuCette, J.P., & Shandler, I.W. (1995). Evaluating alternative treatments for homeless substance-abusing men: outcomes and predictors of success. *Journal of Addictive Diseases*, 14(4), 151-167.
137. Witbeck, G., Hornfeld, S., & Dalack, G.W. (2000). Emergency room outreach to chronically addicted individuals: A pilot study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19(1), 39-43.
138. Thornquist, L., Biros, M., Olander, R., & Sterner, S. (2002). Health care utilization of chronic inebriates. *Academic Emergency Medicine*, 9(4), 300-308.
139. Clark, R.E., Teague, G.B., Ricketts, S.K., Bush, P.W., Xie, H., McGuire, T.G., et al. (1998). Cost-effectiveness of assertive community treatment versus standard case management for persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorders. *Health Services Research*, 33(5), 1285-1308.
140. Durell, J., Lechtenberg, B., Corse, S., & Frances, R.J. (1993). Intensive case management of persons with chronic mental illness who abuse substances. *Hospital and Community Psychiatry*, 44(5), 415-416, 428.

141. Kilbride, H., Castor, C., Hoffman, E., & Fuger, K.L. (2000). Thirty-six month outcome of prenatal cocaine exposure for term or near-term infants: Impact of early case management. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 21(1), 19-26.
142. Lanehart, R.E., Clark, H.B., Rollings, J.P., Haradon, D.K., & Scrivner, L. (1996). The impact of intensive case-managed intervention on substance-using pregnant and postpartum women. *Journal of Substance Abuse*, 8(4), 487-495.
143. Cretzmeyer, M., Sarrazin, M.V., Huber, D.L., Block, R.I., & Hall, J.A. (2003). Treatment of methamphetamine abuse: research findings and clinical directions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24, 267-277.
144. Zanis, D.A., & Coviello, D. (2001). A case study of employment case management with chronically unemployed methadone maintained clients. *Journal of Psychoactive Drugs*, 33(1), 67-73.
145. Mercier, C., & Racine, G. (1993). A follow-up study of homeless women. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 2(3), 207-222.
146. Lapham, S.C., Hall, M., & Skipper, B.J. (1995). Homelessness and substance use among alcohol abusers following participation in project H&ART. *Journal of Addictive Diseases*, 14(4), 41-55.
147. Volpicelli, J.R., Markman, I., Monterosso, J., Filing, J., & O'Brien, C.P. (2000). Psychosocially enhanced treatment for cocaine-dependent mothers: evidence of efficacy. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(1), 41-49.
148. Eisen, M., Keyser-Smith, J., Dampeer, J., & Sambrano, S. (2000). Evaluation of substance use outcomes in demonstration projects for pregnant and postpartum women and their infants: findings from a quasi-experiment. *Addictive Behaviors*, 25(1), 123-129.
149. Hanlon, T.E., Nurco, D.N., Bateman, R.W., & O'Grady, K.E. (1999). The relative effects of three approaches to the parole supervision of narcotic addicts and cocaine abusers. *Prison Journal*, 79, 163-181.
150. Sindelar, J.L., Jofre-Bonet, M., French, M.T., & McLellan, A.T. (2004). Cost-effectiveness analysis of addiction treatment: paradoxes of multiple outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 73(1), 41-50.
151. Lipsey, M. (1990). *Design sensitivity: statistical power for experimental research*. Newbury Park: Sage.
152. Jerrell, J.M., & Ridgely, M.S. (1995). Evaluating changes in symptoms and functioning of dually diagnosed clients in specialized treatment. *Psychiatric Services*, 46(3), 233-238.
153. Inciardi, J.A., Martin, S.S., & Scarpitti, F.R. (1994). Appropriateness of assertive case management for drug-involved prison releasees. *Journal of Case Management*, 3(4), 145-149.
154. Hendriks, V., Kaplan, C.D., van Limbeek, J., & Geerlings, P. (1989). The Addiction Severity Index: Reliability and validity in a Dutch addict population. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6(2), 133-141.
155. Zanis, D.A., McLellan, A.T., Cnaan, R.A., & Randall, M. (1994). Reliability and validity of the Addiction Severity Index with a homeless sample. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11(6), 541-548.
156. Clark, R.E., & Fox, T.S. (1993). A framework for evaluating the economic impact of case management. *Hospital and Community Psychiatry*, 44(5), 469-473.

3. BELEIDSINTENTIES INZAKE IMPLEMENTATIE VAN CASE MANAGEMENT IN BELGIË

**Kim Geenens
Wouter Vanderplassen**

3.1 Inleiding

De verslavingszorg in België wordt gekenmerkt door een versnippering van bevoegdheden en een gebrek aan afbakening, programmatie, coördinatie, communicatie en opvolging [1,2,3,4,5]. Nochtans noopt de meervoudige en complexe problematiek van heel wat druggebruikers tot een volgehouden integrale en omvattende aanpak. Tevens blijkt de kloof tussen de hulpverleningssector en het strafrechtelijk apparaat dikwijls onoverbrugbaar [6], hoewel de meeste problematische druggebruikers vroeg of laat in contact komen met justitie.

Om tegemoet te komen aan deze kenmerken van de doelgroep en van het werkveld werd in de federale beleidsnota's "drugs" [7] en "geestelijke gezondheidszorg" [8] het belang onderstreept van de samenwerking tussen justitie en hulpverlening en van zorg op maat en continuïteit van zorg. De implementatie van case management en het uitbouwen van een zorgcircuit middelenmisbruik vormden twee belangrijke actiepunten in de federale drugnota voor het optimaliseren van de zorgverlening [7]. Intussen werden de figuren van de "case manager volksgezondheid" en de "justitiële case manager" geïntroduceerd in de Belgische verslavingszorg en justitiële sector. In wat volgt, gaan we dieper in op deze beleidsintenties en bespreken we de stand van zaken inzake implementatie van case management.

3.2 De case managers volksgezondheid

De federale beleidsnota "drugs" van 2001 beklemtoonde de wenselijkheid van het introduceren van case management voor cliënten met een complexe en meervoudige problematiek, omdat deze doelgroep vermoedelijk een aanzienlijk deel van de maatschappelijke overlast veroorzaakt [7]. De federale regering maakte hiertoe een budget vrij op de begroting van de minister van Volksgezondheid.

Met betrekking tot het profiel van deze case managers volksgezondheid werd in de beleidsnota als enige vereiste gesteld dat zij over voldoende ervaring in de verslavingszorg dienen te beschikken en goed vertrouwd moeten zijn met alle relevante belendende sectoren [7]. Verder werd expliciet gesteld dat het niet de bedoeling is dat zij bij hun taakinvulling taken van bestaande voorzieningen invullen of overnemen.

De functie "case manager volksgezondheid" is sinds eind 2002 operationeel in de "pilotprojecten voor de uitbouw van crisiseenheden voor personen met middelengerelateerde stoornissen en de implementatie van de functie van case manager binnen deze eenheden". Personen met middelengerelateerde stoornissen komen immers vaak terecht in spoedgevallendiensten van algemene ziekenhuizen [9], waar men niet altijd over voldoende mensen en middelen beschikt om deze specifieke doelgroep op te vangen. Deze pilotprojecten willen dan ook een versterking zijn van de huidige crisisopvang binnen psychiatrische afdelingen, de nodige middelen voorzien om een adequate opvang van personen met middelengerelateerde stoornissen te verzekeren én de functie van case manager uitbouwen [10].

Het contract dat afgesloten werd tussen de FOD Volksgezondheid en de participerende ziekenhuizen bepaalt de operationele doelstellingen van deze crisiseenheden:

“Naast de controle van de acute somatische situatie in de observatie-eenheid bestaat het doel van dit specifieke zorgaanbod erin een behandeling van korte duur aan te bieden, waarbij de crisissituatie – die plaatsvond naar aanleiding van een middelengerelateerde problematiek – kan worden bijgestuurd teneinde het behandelingsproces op gang te brengen.

De voornaamste doelstelling van de gespecialiseerde behandeling bestaat erin om – na een beperkte periode van intensieve behandeling van maximum 5 dagen – de patiënt op zijn minst te stabiliseren en hem – in onderling overleg – door te verwijzen naar een andere ambulante of residentiële dienst. De case manager verzekert de zorgcontinuïteit van de patiënt tijdens en na zijn opname in de crisiseenheid” [11].

Naast een aantal organisatorische randvoorwaarden worden ook de verschillende taken van de case manager beschreven:

- *“het in kaart brengen van de mogelijkheden en beperkingen van de patiënt;*
- *op basis van deze informatie korte en lange termijn doelstellingen met betrekking tot het hulpverleningsproces formuleren;*
- *het informeren, adviseren alsook motiveren van de patiënt;*
- *het bemiddelen bij conflictsituaties op zulke wijze dat de belangen van de patiënt worden behartigd;*
- *de patiënt in contact brengen met andere diensten en/of hem/haar doorverwijzen naar andere diensten;*
- *ervoor zorgen dat de verschillende interventies die gebeuren bij de patiënt op elkaar zijn afgestemd;*
- *het opvolgen van het volledige hulpverleningsproces en het evalueren hiervan in functie van de vooropgestelde doelstellingen alsook de tevredenheid van de patiënt” [11].*

In tweede instantie zal de case manager tevens aan “outreaching” doen en initiatieven nemen om de patiënt in zijn eigen milieu op te zoeken. Verder dienen de case managers bij de “Cel Gezondheidszorg Drugs” tussentijdse en jaarlijkse activiteitenrapporten neer te leggen op basis waarvan de projecten geëvalueerd worden.

Naast dit federaal initiatief zijn sinds een aantal jaren op een paar plaatsen in Vlaanderen case managers actief, die meestal gesubsidieerd worden vanuit lokale of regionale overheden. Voor de concrete invulling van deze projecten en van de functie “case manager” binnen de crisiseenheden voor personen met middelengerelateerde stoornissen verwijzen we naar hoofdstuk 5.

3.3 De justitiële case managers

Behalve de case manager volksgezondheid werd in de federale beleidsnota “drugs” ook gewag gemaakt van justitiële case managers: *“Teneinde de relaties tussen justitie en de hulpverlening te stroomlijnen zullen in elk justitiehuis justitiële case managers voor druggebruikers aangeduid worden. De justitiële case managers zijn justitieassistenten die zich (gedeeltelijk) toeleggen op de drugproblematiek. Zij dienen voldoende geschoold te zijn (kennis van de hulpverlening en van het gerechtelijk apparaat) en moeten de parketmagistraten en de politiediensten kunnen informeren over de zorgverlening. (...) De justitiële case managers moeten tevens advies kunnen geven rond de wenselijkheid van drangmaatregelen. Zij dienen hiertoe over voldoende menselijke en materiële middelen te beschikken om snel te kunnen antwoorden op vragen van parketmagistraten [7].* Voor de aanstelling van deze justitiële case managers werd in de federale drugnota een specifiek budget voorzien en deze aanstellingen dienden in principe tegen midden 2001 rond te zijn.

De gedetailleerde taakomschrijving van de justitiële case managers werd geregeld in de aangepaste drugwetgeving, waarin bepaald werd dat de “case manager justitie” degene is die de Minister van Justitie in elk gerechtelijk arrondissement aanwijst. Deze justitiële case manager wordt onder meer belast met:

- de opvolging van de problematiek van slaap- en verdovende middelen en psychotrope stoffen en van de daarbij betrokken personen. Daarnaast moet hij een lijst opstellen van therapeutische adviseurs en staat hij in voor de samenwerking met de sociale sector (art. 26bis, 8° van het KB van 31 december 1930; art. 40bis, 8° van het KB van 22 januari 1998);
- de bijstand aan de procureur des Konings bij de aanwijzing van personen die deel uitmaken van de lijst van therapeutische adviseurs (art. 26ter van het KB van 31 december 1930; art. 40ter van het KB van 22 januari 1998). Hij verwijst de betrokkenen door naar een therapeutisch adviseur (art. 26quater, quinquies en sexies van het KB van 31 december 1930; art. 40quater, quinquies en sexies van het KB van 22 januari 1998) [12];
- de bemiddeling tussen de gerechtelijke instanties, de therapeutische adviseurs en de sociale sector (KB van 16 mei 2003, verslag aan de Koning, p. 3);
- het voorzien van continuïteit van hulpverlening in het carceraal milieu [13].

Zoals de federale drugnota van 2001 stelt en zoals uit de aard van de omschrijving afgeleid kan worden, zal de functie van de “case manager justitie” sterk vergelijkbaar zijn met deze van de justitieassistenten die verbonden zijn aan de justitiehuisen [14]. Volgens het Ministerieel Besluit van 23 juni 1999 (B.S., 29 juni 1999) staan deze justitieassistenten immers onder meer in voor de daderbegeleiding (i.e. toezichts- en begeleidingsopdracht) in het kader van de vrijheid onder voorwaarden, probatie, dienstverlening en vorming (in het kader van probatie, bemiddeling in strafzaken en genade), de voorlopige en voorwaardelijke invrijheidstelling en de vrijheid op proef in het kader van een internering. Naast de begeleiding van daders hebben justitieassistenten ook nog volgende taken: “(...) *het onthalen, informeren en adviseren van de gebruikers van het justitiehuis en het eventuele doorverwijzen ervan naar de bevoegde instanties; het structureren en bevorderen van de samenwerking en het overleg met de verschillende actoren in en om justitie voor het bereiken van de doelstellingen van het justitiehuis*”. Wat de bevoegdheden inzake de drugproblematiek betreft, zal voornamelijk de daderbegeleiding van belang zijn (cf. Hoofdstuk 6). Zo zullen justitieassistenten bij de daderbegeleiding instaan voor de doorverwijzing van druggebruikers naar de gepaste hulpverlening en voor de afstemming van de samenwerking tussen alle betrokken diensten. Tot op heden bleef de vraag of effectief justitieassistenten aangeduid zullen worden om de taak van “case manager justitie” op te nemen en welk statuut deze ambtenaren zullen krijgen echter onbeantwoord (KB van 16 mei 2003, Advies 35.192/2 van de afdeling wetgeving van de Raad van State, p. 10.; art. 26quater, quinquies en sexies van het KB van 31 december 1930; art. 40quater, quinquies en sexies van het KB van 22 januari 1998) [15].

Anno 2004 laat de aanstelling van deze case managers justitie nog steeds op zich wachten. Men heeft na de publicatie van de federale drugnota inderdaad de vraag gesteld aan de toenmalige justitieassistenten wie van hen geïnteresseerd was in de functie van “case manager justitie”, maar aangezien deze functie slecht omschreven was en de justitieassistenten bovendien weinig informatie terzake kregen, kwam er bijzonder weinig respons op deze oproep. Er bleek met name heel wat onduidelijkheid over de definitie van de justitiële case manager zoals omschreven in de federale beleidsnota en de concrete taken van deze case manager op cliëntniveau. Intussen blijken de voorziene budgetten voor de aanstelling van de case managers justitie niet langer beschikbaar [16].

3.4. Besluit

Ondanks de beleidsintenties inzake case management blijkt deze interventie momenteel enkel – op beperkte schaal – geïmplementeerd binnen de hulpverlening. In de justitiële sector werd deze implementatie ook voorbereid, maar tot op heden zijn er geen justitiële case managers aangesteld.

3.5 Referenties

1. De Ruyver, B., & Casselman, J. (2000). *Het Belgisch drugbeleid anno 2000: een stand van zaken drie jaar na de aanbevelingen van de parlementaire werkgroep drugs*. Gent - Leuven: Universiteit Gent,

- Onderzoeksgroep Drugbeleid, Strafrechtelijk beleid en Internationale Criminaliteit - Katholieke Universiteit Leuven, Onderzoeksgroep Gerechtelijke Geestelijke Geneeskunde.
2. Maertens, J. (1997). Opbouwen van een zorgcircuit toxicomanie: een probleem zo groot als het werkveld? *Hospitalia*, 4, 171-180.
 3. Raes, V., Lenders, F., & Geirnaert, M. (1995). *Drughulpverlening in Vlaanderen: Feiten en problemen*. Brussel: Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen.
 4. Vanderplasschen, W., De Bourdeaudhuij, I., & Van Oost, P. (2002). Co-ordination and continuity of care in substance abuse treatment: an evaluation-study in Belgium. *European Addiction Research*, 8, 10-21.
 5. Vanderplasschen, W., Lievens, K., Van Bouchaute, J., Mostien, B., Claeys, P., & Broekaert, E. (2004). Zorgcoördinatie in de verslavingszorg: de stapsgewijze uitbouw van een zorgcircuit middelen misbruik. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 60(11), 773-787.
 6. Casselman, J., Meuwissen, K., Noirfalise A., Maisse, L. (2002). *Justitie-hulpverlening: duidelijke afspraken. Actiepunt 4.1.2. Beleidsnota van de Federale Regering in verband met de drugproblematiek van 19 januari 2001. Eindverslag, in opdracht van de Belgische Staat vertegenwoordigd door Mevrouw Aelvoet, Minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu* (niet-gepubliceerd document). Leuven: Katholieke Universiteit Leuven, Onderzoeksgroep Gerechtelijke Geestelijke Geneeskunde.
 7. Federale Regering. (2001). *Beleidsnota van de federale regering in verband met de drugproblematiek*. Brussel: Federale regering.
 8. Aelvoet, M., & Vandenbroucke, F. (2001). *De psyche: mij een zorg?! Geestelijke gezondheidszorg door participatie en overleg*. Brussel: Ministerie van Volksgezondheid, Consumentenzaken en Leefmilieu.
 9. Spooren, D., Van Heeringen, K., & Jannes, C. (1996). Drug abuse and emergency psychiatry: a comparative study of psychiatric emergencies following illegal and legal drug abuse in Belgium. *European Addiction Research*, 2, 213-218.
 10. Sacks, S., & Ries, R.K. (2002). *Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders*. New York: US Department of Health and Human Services.
 11. Directoraat-Generaal Organisatie Gezondheidsvoorzieningen, Dienst Psychosociale Gezondheidszorg, Cel Gezondheidszorg Drugs. (2002). *Pilootprojecten voor de uitbouw van crisiseenheden voor personen met middelengerelateerde stoornissen en de implementatie van de functie van case-manager binnen deze eenheden, geanonimiseerde overeenkomst*. Brussel: Directoraat-Generaal Organisatie Gezondheidsvoorzieningen.
 12. Bolette, P. (2003). Position de la Fédito Wallonne relative au case-management. In Y. De Biaso, B. De Ruyver, A. Schleiper, F. Van der Laenen, & G. Vermeulen (Eds.), *Drugbeleid 2000. Drugbeleid: Belgisch institutioneel bestel, harm reduction* (pp. 109-114). Antwerpen – Apeldoorn: Maklu.
 13. Van Liempt, A. (2003). De case manager justitie: tussen hamer en aanbeeld. In Y. De Biaso, B. De Ruyver, A. Schleiper, F. Van der Laenen, & G. Vermeulen (Eds.), *Drugbeleid 2000. Drugbeleid: Belgisch institutioneel bestel, harm reduction* (pp. 123-124). Antwerpen – Apeldoorn: Maklu.
 14. Todts, S. (2004). De drugwet en de hulpverlening: lat-relatie of shotgun wedding? *Orde van de dag. Criminaliteit en Samenleving*, 26, 7-26.
 15. Devos, A. (2003). Le point de vue du Service des Maisons de Justice. In Y. De Biaso, B. De Ruyver, A. Schleiper, F. Van der Laenen, & G. Vermeulen (Eds.), *Drugbeleid 2000. Drugbeleid: Belgisch institutioneel bestel, harm reduction* (pp. 119-121). Antwerpen – Apeldoorn: Maklu.
 16. FOD Justitie, Dienst Justitiehuisen, formele correspondentie dd. 20-11-2003.

Wetgeving

Koninklijk besluit van 13 juni 1999 tot vaststelling van de personeelsformatie van de buitendiensten van de Dienst Justitiehuisen van het Ministerie van Justitie, *Belgisch Staatsblad*, 29 juni 1999.

Ministerieel besluit van 23 juni 1999 tot vaststelling van de basisinstructies voor de justitiehuisen, *Belgisch Staatsblad*, 29 juni 1999.

4. VOORBEELDEN VAN BUITENLANDSE “GOOD PRACTICES”

Wouter Vanderplassen
Kim Geenens
Sébastien Alexandre

4.1 Inleiding en werkwijze

Naast de literatuurstudie opteerden we voor de studie van een aantal buitenlandse voorbeelden van “goede praktijk”. Op basis van de projecten die geïdentificeerd werden tijdens de literatuurstudie en via een zoektocht op het internet werden bestaande case management-projecten een eerste maal verkend. Daarna werd een beknopte vragenlijst opgesteld met betrekking tot de conceptualisering en implementatie van case management, waarin onder meer gepeild werd naar de pro-actieve benadering van cliënten, planmatige en systematische probleemaanpak, het vertrekken vanuit de hulpvraag en mogelijkheden van de cliënt en gedwongen vormen van hulpverlening (“dwang” en “drang”)⁵. Deze vragenlijst werd elektronisch verstuurd naar een aantal geïdentificeerde case management-projecten in de Verenigde Staten (n=10), Nederland (n=5) en Duitsland (n=5). Gezien de lage respons op deze vragenlijst zullen de resultaten ervan niet verder besproken worden.

En plus des exemples de bonnes pratiques en Allemagne, aux Etats Unies et aux Pays-Bas, nous aurions voulu prendre l’occasion de nous pencher sur un projet latin, comme le projet “Il Symposio”, en Italie [1]. Si ce projet cherchait à donner au case management une définition plus latine de cette méthode de travail, il n’a malheureusement pas pu perdurer, aussi bien par manque de moyens financiers, que par une difficulté à s’intégrer dans le réseau Italien des soins pour toxicomanes.

Uiteindelijk werden vier projecten geselecteerd, die we beschouwen als voorbeelden van “good practice”. Het betreft projecten die al meerdere jaren lopen en die tevens op een systematische en wetenschappelijke manier geëvalueerd worden [2]. De geselecteerde projecten werden meer in detail bestudeerd aan de hand van een studiebezoek. We bezochten twee case management-projecten in de verslavingszorg en twee in de justitiële sector. Het betreft respectievelijk het “Reducing Barriers to Drug Abuse Treatment Services”-project in de Verenigde Staten (12 november 2003) en het “Case management mit integrierten Motivational Interviewing im Bundesdeutschen Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger” (19 oktober 2004) in Duitsland, en het Amerikaanse “Substance Abuse Treatment Continuum for Offenders Project (SATCO)”-project (14 november 2003) en het Nederlandse GAVO-project (Geïntegreerde Aanpak Verslaving en Overlast) (15 oktober 2004).

4.2 Reducing Barriers to Drug Abuse Treatment Services (Wright State University, Center for Interventions, Treatment and Addiction Research, Dayton, Ohio)

Reducing Barriers is een recent opgestart onderzoeksproject in opdracht van het NIDA (National Institute on Drug Abuse) met de bedoeling een aantal werkvormen uit te testen die het doorverwijzen en in behandeling gaan van personen met drugproblemen kunnen verbeteren [3].

Ondanks de positieve effecten die geassocieerd worden met het volgen van een behandeling voor drugproblemen, komen relatief weinig personen die nood hebben aan dergelijke behandeling ook daadwerkelijk in een behandelingsprogramma terecht. Van degenen die een behandeling starten, zijn er bovendien velen die de behandeling stopzetten voordat deze resultaten kon opleveren. Barrières ten aanzien van het in behandeling gaan en blijven zijn onder meer interne of psychische factoren, zoals probleemontkenning, gebrek aan zelfwaardering en verlegenheid en angst voor wat de behandeling zal inhouden. Verder kunnen ook externe factoren een belemmering vormen zoals vervoersproblemen, nood aan kinderopvang en werkverplichtingen.

⁵ Deze vragenlijst is als bijlage op te vragen bij de coördinator.

Hoewel deze barrières ten aanzien van behandeling uitvoerig beschreven zijn in de literatuur, bestaat er relatief weinig informatie over interventies die de bedoeling hebben deze barrières weg te nemen. De bedoeling van het Reducing Barriers-project is om de effectiviteit te onderzoeken van twee interventies die willen bijdragen tot het verwijzen naar de hulpverlening (‘linkage’) en het in behandeling gaan (‘engagement’). Enerzijds maakt men hiervoor gebruik van motivationele gespreksvoering (‘motivational interviewing’) [4] en anderzijds van strengths-based case management [5]. Beide interventies zijn reeds effectief gebleken om druggebruikers te motiveren om in behandeling te gaan en deze behandeling vol te houden (retentie). De gebruikte uitkomstmaten in dit onderzoek zijn ‘treatment linkage’ en ‘treatment engagement’.

De proefgroep bestaat uit druggebruikers die een intakegesprek achter de rug hebben in de centrale intake-eenheid van een bepaalde regio en die daarna doorverwezen worden naar één van de behandelingscentra in dit gebied. De cliënten die aan het onderzoek deelnemen, ontvangen ofwel de typische dienstverlening van de centrale intake-unit in afwachting van een behandelingsprogramma of worden toegewezen aan één van beide experimentele condities: twee sessies motivationele gespreksvoering of vijf sessies strengths-based case management (cf. 2.2.3.3).

Gezien dit onderzoeksproject pas eind 2003 werd opgestart, worden de eerste resultaten pas eind 2005 verwacht.

4.3 Case management mit integrierten Motivational Interviewing im Bundesdeutschen Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger (Duitsland)

Case management vormt een belangrijk onderdeel van het Duitse experimenteel onderzoek naar de effecten van de behandeling van opiaatafhankelijken met heroïne [6]. Dit gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek loopt tegelijk in de steden Bonn, Frankfurt, Hamburg, Hannover, Karlsruhe, Köln en München. De bedoeling van dit onderzoek is na te gaan of de medische verstrekking van heroïne aan opiaatafhankelijke personen in een gestructureerde en gecontroleerde behandelingssetting therapeutische meerwaarde biedt in vergelijking met de bestaande methadonbehandeling. Hiermee bedoelt men onder meer het behandelen van niet (langer) bereikte drugverslaafden, een positieve invloed op het druggebruik, therapietrouw, sociale integratie en een goede lichamelijke en psychische gezondheidstoestand.

Binnen het gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek worden de cliënten aan twee condities toegewezen: reguliere methadonbehandeling of medicamenteuze heroïneverstrekking. Men maakt verder het onderscheid tussen personen voor wie de vroegere methadonbehandeling ontoereikend is geweest en personen die niet (meer) bereikt worden door de hulpverlening. De medische behandeling wordt echter aangevuld met twee varianten van psychosociale begeleiding: case management en motiverende gespreksvoering enerzijds, en psychoeducatie. Binnen de heroïnestudie is het onder meer de bedoeling om het effect van case management te vergelijken met dat van psychoeducatie.

Bij gebrek aan effectstudies over psychosociale interventies wordt in deze studie de effectiviteit van twee ambulante interventies voor druggebruikers nagegaan. Uit het Zwitserse onderzoek naar gecontroleerde heroïneverstrekking is immers gebleken dat deze interventie niet werkzaam is, tenzij deze vergezeld gaat van intensieve psychosociale begeleiding [7]. De keuze voor case management is verder ingegeven door de resultaten van een vijfjarig onderzoek waarbij het effect van case management werd uitgetest in 15 Länder en tegemoet kwam aan de meervoudige en complexe noden van hulpbehoevende druggebruikers [8]. Case management vormt een planmatige en geïndividualiseerde ondersteuningsvorm voor cliënten met ernstige problemen die zich uitstrekken over verschillende leefgebieden (cf. hoofdstuk 7) [9]. De koppeling met motivationele gespreksvoering is bedoeld als bijkomend middel voor de case manager om cliënten te motiveren tot gedragsverandering.

4.4 Geïntegreerde Aanpak Verslavingsproblematiek en Overlast (GAVO) (Centrum Maliebaan, Utrecht)

Het GAVO-project (Geïntegreerde Aanpak Verslavingsproblematiek en Overlast) in Utrecht is een voorbeeld van hoe case management toegepast kan worden vanuit een dwang- en drangkader [10]. Dit project van het Centrum Maliebaan (fusie van alle instellingen voor verslavingszorg in Utrecht) probeert een brug te slaan tussen het justitiële en hulpverleningscircuit door een intensieve samenwerking tussen politie, openbaar ministerie en verslavingszorg. Hiermee wordt tevens nauw aangesloten bij de recente Nederlandse beleidsvisie dat hard en repressief optreden de beste oplossing is om de overlast weg te werken die veroorzaakt wordt door criminaliteit.

De uiteindelijke doelstelling van het GAVO-project is om verslavingsgerelateerde overlast terug te dringen, met name de verwervingscriminaliteit gepleegd door verslaafde veelplegers. Hiertoe wordt bij deze laatste groep aangedrongen op deelname aan een hulpverleningstraject als alternatief voor of aansluitend op detentie. In overleg met het openbaar ministerie wordt via verschillende strafmodaliteiten en procedures een justitiële stok achter de deur gecreëerd met de bedoeling recidiverende verslaafden vanuit justitie naar de hulpverlening toe te leiden. Meerderjarige verslaafden die in Utrecht wonen of verblijven, die tijdens het jaar voorafgaand aan de instroom meer dan 4 geregistreerde strafbare feiten hebben gepleegd en bij wie een duidelijke relatie bestaat tussen verslaving en delictgedrag, komen in aanmerking voor het GAVO-project.

Op cliëntniveau wil men de leefsituatie op alle relevante leefgebieden verbeteren en strafrechterlijke recidive zoveel mogelijk voorkomen en terugdringen. Men veronderstelt dat wanneer de leefsituatie van de GAVO-cliënten kan verbeterd worden, ook de aanleiding voor het plegen van strafbare feiten vermindert. De toeleiding van cliënten vanuit justitie naar de verslavingszorg staat hierbij centraal en hiertoe maakt men gebruik van case management om zorg op maat te kunnen bieden. Nadat een cliënt aangemeld werd vanuit politie of het parket wordt een probleemanalyse gemaakt met betrekking tot de verschillende leefgebieden en ook van de intenties en draagkracht van de betrokkene. Dit leidt tot het vaststellen van een plan van aanpak over hoe de situatie verbeterd kan worden. Uiteraard dient dit plan gedurende het traject regelmatig bijgesteld te worden op grond van de ervaringen.

Het succes van case management staat of valt met de integratie van deze werkvorm in het bestaande netwerk van diensten. Het zorgaanbod in Utrecht is sterk gedifferentieerd en omvat – naast het reguliere zorgaanbod van Centrum Maliebaan – ook woonvoorzieningen, ambulante woonbegeleiding, gebruikersruimten, gecontroleerde heroïneverstrekking en een time-out voorziening. De aanwezigheid van dergelijke voorzieningen voor GAVO-cliënten is bijzonder relevant, gezien dit voor hen de mogelijkheid biedt om hun situatie te stabiliseren en tot rust te komen. Omdat de bereikte doelgroep naast verslavingsproblemen vaak ook last heeft van andere psychiatrische aandoeningen (As-II stoornissen), dient ook hieraan bijzondere aandacht besteed te worden. Omdat het GAVO-project naast de opvolging van de justitiële voorwaarden voor een belangrijk deel bestaat uit de behandeling en begeleiding van psychiatrische patiënten wordt het sinds kort mede gefinancierd door de zorgverzekering, naast de Gemeente Utrecht die het project vooral subsidieert in functie van de overlastbestrijding.

Met betrekking tot de effectiviteit van deze aanpak zijn weinig harde empirische gegevens beschikbaar, maar een analyse van de strafbare feiten die door de regiopolitie geregistreerd werden maakt duidelijk dat het totaal aantal geregistreerde strafbare feiten tijdens het jaar na instroom in het GAVO-project met 75 à 80% verminderde in vergelijking met het jaar voorafgaand aan de instroom in het project. Deze cijfers worden evenwel vertekend door het feit dat hardnekkige recidiverende druggebruikers waarbij drangbehandeling te weinig effect heeft, doorverwezen worden naar het SOV-project waar ze niet meer kunnen recidiveren. Ook het actieve opsporings- en vervolgingsbeleid van overlastveroorzakende druggebruikers door de politie heeft voor gevolg dat heel wat GAVO-cliënten tijdelijk in de gevangenis worden opgesloten. Ook de beschikbaarheid van een uitgebreid zorgaanbod heeft een positieve invloed op deze cijfers.

Een goed uitgekend traject is meestal nodig voor een succesvol resultaat. Dit traject is vaak een kwestie van vallen en weer opstaan en de case manager blijft contact houden ongeacht het verloop van het traject, dus ook wanneer de cliënt opnieuw zwaar gaat gebruiken of gedetineerd wordt. De

differentiatie van het zorgaanbod maakt het ook makkelijker om een traject op maat van de cliënt uit te zetten. GAVO-cliënten maken met name gebruik van de gebruikersruimte en de time-outvoorziening. Het GAVO-project verschilt in dit opzicht van de reguliere reclassering binnen de Maliebaan dat men meer begeleidingstaken mag uitvoeren en dat deze activiteiten ook niet in de tijd gelimiteerd zijn. Deze trajectbegeleiding is in principe van onbeperkte duur en case managers passen heel intensief begeleidingstaken toe. Binnen het GAVO-project blijkt het organiseren van legale inkomsten en het vinden van een dak boven het hoofd van primair belang om de vicieuze cirkel van criminele activiteiten te doorbreken. Het vinden van dagbesteding en het opbouwen van een sociaal netwerk buiten de drugsceen zijn dan ook van groot belang. Het vinden van aangepaste woonbegeleiding blijft een heikel punt.

Naast de drangaanpak in het GAVO-project is sinds 2001 ook de Strafrechterlijke Opvang Verslaafden (SOV) operationeel in Utrecht, die ondergebracht is in de penitentiaire instelling Wolvenplein. Criminele druggebruikers bij wie drang te weinig resultaat opgeleverd heeft, kunnen hier onder dwang met een SOV-maatregel geplaatst worden voor de duur van twee jaar. Tijdens deze twee jaar wordt de mogelijkheid geboden om aan een behandelprogramma deel te nemen, waarbij vrijheden en verantwoordelijkheden systematisch opgebouwd worden. Het gesloten regime maakt na verloop van tijd plaats voor een halfopen setting waarbij toegewerkt wordt naar zelfstandig wonen. GAVO-deelnemers bij wie de intensieve trajectbegeleiding onvoldoende resultaat oplevert rest als ultimum remedium enkel de SOV. Omdat de SOV-maatregel erg afschrikkend werkt, blijkt het een uitstekend drangmiddel om de deelnemers zich aan de gestelde voorwaarden te laten houden. Dit blijkt evenwel niet altijd voldoende, gezien in 2003 10 GAVO-deelnemers naar de SOV verwezen werden. De Strafrechterlijke Opvang Verslaafden (SOV) heeft een tweeledige doelstelling. Ten eerste beoogt het project het terugdringen van ernstige overlast als gevolg van door drugsverslaafden gepleegde strafbare feiten. Ten tweede wil het project de individuele (verslavings)problematiek van verslaafde delinquenten oplossen of beheersbaar maken, waardoor terugkeer in de maatschappij mogelijk wordt. Binnen de SOV-maatregel staat hulpverlening centraal. Om deze hulp adequaat te verlenen wordt door de justitiële inrichtingen expertise van de verslavingszorg betrokken. Binnen de voorziening krijgt iedere deelnemer een mentor toegewezen die hem begeleidt in zijn individuele ontwikkeling. Daarnaast heeft iedere deelnemer een trajectbegeleider of case manager vanuit de verslavingszorg, die het totale persoonlijke traject over de drie fases met hem uitzet, bewaakt en afstemt met anderen. Deze trajectbegeleider is ook verantwoordelijk voor de planning van de nazorg [11,12].

4.5 Substance Abuse Treatment Continuum for Offenders Project (SATCO) (Wright State University, Center for Interventions, Treatment and Addictions Research, Dayton, Ohio)

Het SATCO-project (Substance Abuse Treatment Continuum for Offenders) werd in een gevangenis in de buurt van Dayton (Ohio) geïmplementeerd door het Center for Interventions, Treatment and Addictions Research (CITAR) en het Ohio Department of Rehabilitation and Correction (ODRC). Dit project voorzorg verslavingszorg in de gevangenis, gevolgd door case management voor het begeleiden van de reïntegratie [13]. De opvolging duurde tot 6 maanden na de vrijlating uit de gevangenis. Om in aanmerking te komen voor dit project moest men voldoen aan volgende criteria: drugmisbruik of -afhankelijkheid, geschikt juridisch statuut en belangstelling voor behandeling.

Binnen de gevangensmuren wordt een behandelingsprogramma aangeboden met de bedoeling tegemoet te komen aan de verslavingsproblemen, denkfouten, tekortkomingen in basale vaardigheden en hulpbronnen die men nodig heeft in de omgeving teneinde in de maatschappij te kunnen functioneren. Er kunnen vier behandelingscomponenten onderscheiden worden:

- Verantwoord leven in gemeenschap: er wordt een therapeutisch milieu gecreëerd waarin gedetineerden de regels erkennen, confrontatie aanvaarden, mekaar respecteren en toenemende verantwoordelijkheid krijgen.
- Cognitieve gedragstherapie: aanbieden van een gestructureerd programma om gedetineerden te leren alternatieve denkpatronen te ontwikkelen, zelfcorrectie strategieën toe te passen en empathie te betonen.

- Basale sociale vaardigheden: het ontwikkelen van vaardigheden is gericht op het ontwikkelen van vakbekwamheid zoals sollicitatievaardigheden, gebruik van computer, onderwijs, budgetplanning, persoonlijke financiële vaardigheden, probleemoplossend denken en doelgerichte planning. Omgaan met verslaving en agressiecontrole zijn andere trainingen die voorzien worden.
- Strengths-based case management: case managers gaan een engagement aan met gedetineerden om hen te betrekken bij een systematisch proces van de identificatie van hun mogelijkheden en sterktes, met de bedoeling een succesvolle reïntegratie en verdere opvolging te realiseren.

Tijdens het programma worden vier behandelingsfasen onderscheiden: drie fasen in de gevangenis en één in de gevangenis en daarbuiten. Elke fase omvat het veranderen van de motivatie en behandelingsnoden. Cliënten vragen om over te gaan naar een volgende fase en elke fase duurt gemiddeld twee maanden. Volgende fasen worden onderscheiden:

1. *Uitdaging (challenge)*: Men leert hoe om te gaan met de leefgemeenschap en men legt de nadruk op basale sociale vaardigheden. Een voortdurende assessment wordt uitgevoerd op het vlak van drugsmisbruik, crimineel gedrag en cognitieve strategieën. De privileges van de gedetineerde zijn beperkt in deze fase.
2. *Betrokkenheid (commitment)*: Dit is de confronterende fase en deze fase is gericht op het aanleren en uitvoeren van nieuwe vaardigheden.
3. *Eigen maken (ownership)*: De gedetineerden tonen prosociale waarden en constructieve denkstrategieën. Ze werken in de gevangenis en bereiden zich voor op het ontslag uit de gevangenis. De doelstellingen van cliënten worden gefaciliteerd door de begeleider en de case manager.
4. *Implementatie (implementation)*: De reclassering houdt in dat de gedetineerde in contact gebracht wordt met nazorg voor zijn haar verslavingsproblemen en met andere hulpbronnen in zijn omgeving. De vaardigheden, kennis en attitudes uit de eerste 3 fasen wordt verder versterkt.

Het SATCO treatment continuum werd uitgezet vanaf het begin van de detentie en beschikte over een capaciteit van 120 bedden [14]. Cliënten werden opgevolgd tot 6 maanden na het einde van hun detentieperiode. Dit project werd in 2001 opgestart, maar werd om onduidelijke – vooral financiële – redenen stopgezet in 2002 voordat enige resultaten bekend waren. Nochtans waren alle betrokken partijen (gevangenispersoneel, case managers, cliënten) zeer enthousiast over deze interventie.

4.6 Besluit

Uit de bespreking van deze vier praktijkvoorbeelden blijkt een duidelijke meerwaarde van deze interventie voor druggebruikers zowel in de verslavingszorg als in de justitiële sector. De koppeling van case management en motivationele gespreksvoering blijkt hierbij een interessante optie, met name bij langdurig verslaafden met een complexe problematiek. Het werken vanuit een strengths-based perspectief laat verder toe om meer cliëntgericht te werk te gaan. De aangehaalde voorbeelden illustreren tevens hoe vanuit een justitiële context gewerkt kan worden met case management. Vooral de drangbegeleiding in het kader van het GAVO-project lijkt een veelbelovende werkvorm voor de opvang van overlastveroorzakende druggebruikers en voor het verminderen van de criminaliteit die ze veroorzaken. Het verplichtende karakter van de begeleiding draagt in niet onbelangrijke mate bij tot het succes van deze interventie, gezien de “Strafrechtelijke Opvang Verslaafden” als stok achter de deur gehouden wordt. Het SATCO-project toont aan dat het ook mogelijk is om case management op te zetten vanuit de gevangenis en dat het belangrijk is om van bij het begin van de detentie te werken in functie van de invrijheidsstelling. Er dient echter voldoende bereidwilligheid te zijn op beleids- en uitvoeringsniveau om deze interventie te implementeren.

4.7 Referenties

1. Raimo, S. (2003). *Progetto Il Symposio* (terug te vinden op www.symposio.org, 29-11-2004).
2. Glazer, W.M. (1994). What are “Best Practices”? Understanding the Concept. *Hospital and Community Psychiatry*, 45(11), 1067-1068.
3. Rapp, R.C. (2004). *Reducing Barriers to Drug Abuse Treatment Services* (terug te vinden op <http://www.med.wright.edu/citar/barriers.html>, 29-11-2004).
4. Miller, W.R. (1996). Motivational interviewing: research, practice, and puzzles. *Addictive Behaviors*, 21(6), 835-842.
5. Siegal, H.A., Rapp, R.C., Kelliher, C.W., Fisher, J.H., Wagner, J.H., & Cole, P.A. (1995). The strengths perspective of case management: A promising inpatient substance abuse treatment enhancement. *Journal of Psychoactive Drugs*, 27(1), 67-72.
6. Krausz, M. (2001). *Das Bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie. Studiendesign*. Hamburg: Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung.
7. Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., & Dobler-Mikola, A. (1997). *Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Abschlussbericht der Forschungsbeauftragten. Synthesebericht*. Zurich: Addiction Research Institute.
8. Oliva, H., Görgen, W., Schlanstedt, G., Schu, M., & Sommer, L. (2001). *Case management in der Suchtkranken- und Drogenhilfe: Ergebnisse des Kooperationsmodells nachgehende Sozialarbeit – Modellbestandteil Case management, Berichtszeitraum 1995-2000*. Köln: Fogs, Gesellschaft für Forschung und Beratung in Gesundheits- und Sozialbereich mbH.
9. Schu, M., Schmid, M., Görgen, W., Vogt, I., & Oliva, H. (2002). *Case management mit integriertem Motivational Interviewing im bundesdeutschen Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie: Manual*. Köln: Heroinstudie.de.
10. GAVO Utrecht. (2004). *Jaarverslag 2003 GAVO Utrecht: Geïntegreerde Aanpak Verslavingsproblematiek en Overlast*. Utrecht: Centrum Maliebaan.
11. Baas, N.J. (1998). *Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV). Een literatuurverkenning naar de SOV relevante ervaringen met onvrijwillige geplaatste justitiabele verslaafden in binnen- en buitenland*. Den Haag: WODC.
12. Bovens, R.H. (1996). *Justitie en zorg. Verbetering van de aansluiting tussen justitiële en zorginitiatieven ter vermindering van overlast door drugsverslaafden: een plan van aanpak (Werkgroep II van de SVO)*. Bunnik: Libertas.
13. Siegal, H.A., Rapp, R.C., & Lane, D.T. (2001). Corrections-based case management and substance abuse treatment programming. In C.G. Leukefeld, F. Tims, & D. Farabee (Eds), *Treatment of drug offenders: policies and issues* (pp. 80-90). New York: Springer Publishing Company.
14. Rapp, R.C. (2004). *Substance Abuse Treatment Continuum for Offenders (SATCO)* (terug te vinden op: <http://www.med.wright.edu/citar/satco.html> (13-11-2004).

5. ONDERZOEK NAAR DE WENSELIJKHEID EN HAALBAARHEID VAN DE IMPLEMENTATIE VAN CASE MANAGEMENT BINNEN DE VERSLAVINGSZORG EN JUSTITIËLE SECTOR IN BELGIË

**Kim Geenens
Sébastien Alexandre
Wouter Vanderplasschen
Eric Broekaert**

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt het empirisch luik van dit onderzoeksproject beschreven. Eerst wordt de overkoepelende onderzoeksmethodologie toegelicht, samen met enige knelpunten die ervaren werden bij de gegevensinzameling in het Franstalig landsgedeelte. Vervolgens wordt een inventarisatie van bestaande case management-projecten gepresenteerd, waarna de inbedding en werking van deze projecten meer in detail beschreven wordt. Tenslotte werd aan de hand van focusgroepen met sleutelfiguren uit de hulpverlening, justitie en het beleid gepeild naar de wenselijkheid en de haalbaarheid van case management voor druggebruikers in de verslavingszorg en justitiële sector.

5.2 Overkoepelende methodologische kwesties

5.2.1 De Delphi-methode

De Delphi-methode is een repetitieve onderzoeksmethodologie, waarbij de resultaten (i.c. onder de vorm van stellingen) tijdens verschillende fasen van het onderzoek teruggekoppeld worden naar de respondenten [1]. Dit stelt de deelnemers in staat te reflecteren over de inzichten van anderen. De bevindingen worden verder verfijnd aan de hand van de ontvangen feedback in functie van het bereiken van een algemene consensus [2]. Meestal wordt in verschillende etappes gewerkt [3]. Tijdens voorliggend onderzoek naar de wenselijkheid en haalbaarheid van de implementatie van case management binnen de verslavingszorg en justitiële sector kunnen drie verschillende fasen onderscheiden worden:

- In eerste instantie probeerden we een zicht te krijgen op reeds bestaande case management-projecten in België (stap 1). In functie van deze inventarisatie werden alle provinciale zorgcoördinatoren verbonden aan de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg aangeschreven voor wat de verslavingszorg betreft. Met het oog op deze inventarisatie in de justitiële sector, werden alle directeurs en/of coördinatoren van de justitiehuisen gecontacteerd.
- In tweede instantie werden de implementatie en werking van de aldus geïnventariseerde case management-projecten verder verdiept aan de hand van semi-gestructureerde interviews (stap 2). Uit de bevraging van de coördinatoren van de justitiehuisen bleek vrij snel dat er een aantal gelijkenissen bestaan tussen het concept “case management” en het huidige takenpakket van de justitieassistenten. Via aanvullende open interviews met justitieassistenten werd gepoogd hun taken verder uit te klaren.
- Tenslotte werden er focusgroepen georganiseerd met sleutelfiguren werkzaam binnen justitie, de hulpverlening of het beleid om de veralgemeenbaarheid van de bekomen resultaten te toetsen voor de respectieve sectoren (stap 3).

5.2.2 Ervaren knelpunten bij de gegevensinzameling in Wallonië en Brussel

La collecte des données concernant le case management n’a pas été aussi aisée en Wallonie et à Bruxelles, qu’en Flandres. En effet, de multiples obstacles y sont apparus, et ce à répétition. Tout

d'abord, l'inventaire que nous avons fait en début de recherche afin de connaître l'entière des projets de case management en Belgique, n'a pu être renvoyé par les coordinateurs de soins francophones. Le fait que les projets de coordination de soins soient eux-mêmes repris en tant que projet pilote et que cette fonction soit donc tout à fait récente et nouvelle fait qu'il n'était apparemment pas clair si, dans le cadre de leurs missions, les coordinateurs se devaient de participer à la recherche. En outre, par la nouveauté de leurs fonctions, les coordinateurs de soins n'avaient – le plus souvent – pas pu prendre le temps de visiter les projets de case management de leurs provinces respectives. Enfin, alors que le case management semble implanté depuis parfois plusieurs années dans certaines régions de Flandres, il est tout à fait nouveau en Wallonie. Ayant une connaissance largement lacunaire des projets de case management, il devenait difficile de leur démontrer le sens de leur participation à la recherche. Les coordinateurs de soins ont eu l'occasion de témoigner de ces difficultés lors d'entretiens qualitatifs menés avec chacun d'eux. Cela nous a permis de comprendre que le concept même du case management était tellement peu connu, que certaines confusions voyaient le jour, notamment entre le case manager et le coordinateur de soins.

Nous avons pu saisir davantage encore une crainte assez importante lorsque nous énoncions l'éventuelle création des deux figures du case management en Belgique: l'une pour la santé, l'autre pour la justice. En effet, le respect de règles déontologiques strictes comme entre autres choses le secret professionnel, était à première vue, selon les interlocuteurs, atteint par cette coexistence de deux fonctions pour deux secteurs devant – selon la plupart des professionnels de soins et de la justice – rester bien distinctes. En outre, beaucoup de professionnels de soins avaient à nouveau l'impression de devoir se plier, encore une fois, à une injonction politique d'une méthode de travail tout à fait éloignée des besoins du terrain belge francophone. Ces deux états des choses font que certains voyaient cette recherche d'un mauvais œil, et posaient quelques réticences à y prendre part.

Ne connaissant en tout cas que de façon très réduite les projets du case management et leur philosophie, la collecte de données menée avec les coordinateurs de soins se révèle avant tout constituée de réflexions sur ce que *devrait être* le case management, et non pas sur ce qu'il *est* effectivement: ses apports, ses désavantages, etc.

Cette méconnaissance des projets de case management s'est aussi rencontrée lors des focus groups, où la conversation était assez souvent polarisée sur le conditionnel plutôt que sur le factuel. Dans cette optique, afin d'opérer une collecte de données satisfaisante, il était vital de ne pas user d'énoncés trop théoriques dans l'animation du groupe: au contraire, il valait mieux partir de l'expérience, même minime, des case managers pour lancer les réflexions.

Là aussi, la méconnaissance des projets du case management, la crainte de voir cette fonction s'avérer un doublon tout à fait en décalage vis-à-vis du terrain, la peur de voir un rapprochement entre la santé et la justice préjudiciables aux personnes assistées, ... sont apparues et ont entraîné des difficultés pour mener à bien la collecte de données, comme des hésitations à y participer.

Ces hésitations furent d'autant plus grandes pour le focus group justice, que le case manager justice n'a pas vu le jour, alors que le case manager santé bien; le sens de la recherche était alors difficile à expliquer, ce qui a engendré une perte du nombre d'interlocuteurs acceptant d'y participer.

5.3 Inventarisatie van bestaande case management-projecten

5.3.1 Werkwijze

VERSLAVINGSZORG

Voor de inventarisatie van case management-projecten in de verslavingszorg werd de lijst met contactgegevens van de zorgcoördinatoren die toegevoegd zijn aan de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg opgevraagd bij de FOD Volksgezondheid, Cel Drugs. We stuurden een beknopte vragenlijst naar deze zorgcoördinatoren met de bedoeling alle bestaande case management-projecten in de verschillende provincies te identificeren en kort te beschrijven. Hiertoe werd onder meer een voorlopige werkdefinitie van case management opgenomen in de vragenlijst. In functie van deze

bevraging in het Franstalig landsgedeelte werd deze vragenlijst in het Frans vertaald⁶. In het geval van non-respons werd na 14 dagen telefonisch contact opgenomen met de betreffende zorgcoördinator, met de uitdrukkelijke vraag deze vragenlijst alsnog in te vullen en terug te sturen. Uiteindelijk bezorgden alle zorgcoördinatoren (n=9) de ingevulde vragenlijst terug aan de onderzoekers.

Tijdens deze eerste fase van het onderzoek werd al snel duidelijk dat de bevraging van de Franstalige zorgcoördinatoren weinig resultaten opleverde. Dit is onder meer te wijten aan het feit dat de implementatie van case management in het Franstalig landsgedeelte nog in zijn kinderschoenen staat en dat de zorgcoördinatoren niet op de hoogte zijn van het bestaan ervan (cf. 5.2). Vandaar dat de onderzoeksequipe ervoor opteerde de Franstalige zorgcoördinatoren bijkomend te bevragen aan de hand van open interviews om alsnog een zicht te krijgen op de stand van zaken en wenselijkheid en haalbaarheid van de implementatie van case management in Wallonië⁷. Deze open interviews werden op band opgenomen en achteraf uitgetypt.

Naar analogie met de interviews met de case managers en sleutelfiguren van case management-projecten behandelden deze interviews volgende thema's: kennis van bestaande case management projecten, doelstellingen en doelgroep, taken van de case manager, relatie case manager-cliënt, eventuele voor- en nadelen van case management en knelpunten bij de implementatie van deze werkvorm⁸. Omwille van deze analogie werd de rapportage van de interviews met Franstalige zorgcoördinatoren (n=4) geïntegreerd in de bespreking van de resultaten van de interviews met de case managers en sleutelfiguren van case management-projecten (cf. 5.4.2).

JUSTITIËLE SECTOR

In afwachting van de implementatie van de functie van "case manager justitie" peilde het onderzoek naar de invulling van het takenpakket van de justitieassistenten, met de bedoeling na te gaan of deze interventie beantwoordt aan de definitie van case management. Bij de Dienst Justitiehuisen van de FOD Justitie werd de lijst met de contactgegevens van alle Belgische justitiehuisen opgevraagd. Alle directeurs en coördinatoren van de justitiehuisen kregen een beknopte vragenlijst toegestuurd met de bedoeling bestaande case management-praktijken of vergelijkbare werkvormen in de verschillende gerechtelijke arrondissementen te identificeren en kort te beschrijven. Hiertoe werd onder meer een voorlopige werkdefinitie van case management opgenomen in de vragenlijst. In functie van deze bevraging in het Franstalig landsgedeelte werd deze vragenlijst in het Frans vertaald⁹.

In het geval van non-respons werd na 14 dagen telefonisch contact opgenomen met de justitiehuisen, met de uitdrukkelijke vraag deze vragenlijst alsnog in te vullen en terug te sturen. Uiteindelijk bezorgden 18 van de 28 Justitiehuisen (64.3%) de ingevulde vragenlijst terug aan de onderzoekers.

5.3.2 Resultaten

5.3.2.1 Verslavingszorg

In tabel 5.1 vindt u een overzicht van alle case management-projecten in de Belgische verslavingszorg, anno 2004 (n=17). Naast de naam van het onderzoeksproject vindt u ook informatie terug over de locatie, inrichtende instantie, doelstellingen en doelgroep. Ook de projecten "ontslagmanagement in psychiatrische ziekenhuizen" werden in dit overzicht opgenomen, omdat dit beschouwd kan worden als een specifieke vorm van case management. Sinds 1999 zijn ontslagmanagers aangesteld in een aantal psychiatrische ziekenhuizen en wordt ontslagmanagement toegepast, omdat de zorgcontinuïteit van heel wat patiënten in het gedrang komt op het moment van het ontslag. Vooral patiënten met een complexe problematiek en een versnipperd netwerk dienen extra ondersteund te worden bij de overgang van het ziekenhuis naar het thuismilieu. Ontslagmanagement realiseert deze brugfunctie via een systematische en patiëntgerichte ontslagvoorbereiding in samenspraak met de extramurale partners [4, 5, 6]. We gingen na in welke ziekenhuizen deze methodiek ook toegepast wordt bij druggebruikers.

⁶ De vragenlijst voor de zorgcoördinatoren is in beide landstalen als bijlage opvraagbaar bij de coördinator.

⁷ Dit werd gesuggereerd tijdens het begeleidingscomité "Case management verslavingszorg-justitie" van 19 februari 2004.

⁸ Dit interviewschema is als bijlage opvraagbaar bij de coördinator.

⁹ De vragenlijst voor de coördinatoren van de justitiehuisen is in beide landstalen als bijlage opvraagbaar bij de coördinator.

Tabel 5.1: Inventarisatie van case management-projecten in de verslavingszorg (n=17)

Naam project	Doelgroep	Doelstellingen
Bubbels & Babbels (Antwerpen)	Drugafhankelijke (toekomstige) ouders	- De doelgroep in een zo vroeg mogelijk stadium aanspreken en rond het gezin een netwerk van (opvoedings)ondersteunende diensten en mantelzorgers activeren en registreren; - Bubbels & Babbels voorziet zelf geen hulpverlening, maar wil het aanbod van de bestaande voorzieningen op elkaar afstemmen en toegankelijk maken voor deze ouders. Hiertoe wordt de methodiek van case management gehanteerd.
Case Management Middelenmisbruik (Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg en Provincie Oost-Vlaanderen, Gent)	Personen die een primair probleem hebben inzake illegaal middelenmisbruik en die: - ook problemen hebben met betrekking tot andere leefgebieden - bij 2 of meer diensten in behandeling zijn (geweest) - voorgedragen worden vanuit het Cliëntenoverleg Drugs (Gent)	- Het bevorderen van de toegankelijkheid van en het laten aanhaken met de hulpverlening - Afstemming en coördinatie van de zorg - Zorg op maat aanbieden en zorgcontinuïteit garanderen - Ondersteuning van cliënten bij hun functioneren in de samenleving en bij het gebruik van de hulp- en dienstverlening
Gezondheidsbevordering bij injecterende druggebruikers, project case management (Medisch-Sociaal Opvangcentrum (MSOC), Gent)	Injecterende druggebruikers die tot één van de volgende doelgroepen behoren: - drugverslaafde asielzoekers en anderstalige nieuwkomers - drugverslaafde ouders met jonge kinderen - drugverslaafden met een bijkomende psychiatrische problematiek	Het project beoogt meer betrokkenheid te realiseren voor de hulpverlening aan bepaalde doelgroepen en om het risicogedrag dat deze drugverslaafden naar zichzelf en hun omgeving vertonen te wijzigen en hun maatschappelijke integratie te bevorderen. Aan de hand van intensief en assertief case management worden de meest problematische druggebruikers in hun eigen leefomgeving begeleid met betrekking tot hun problemen op verschillende leefgebieden.
Perspectief (OCMW Gent en Sociale Werkplaats De Sleutel, Gent)	Druggebruikers en ex-druggebruikers die terug aan de slag willen op de arbeidsmarkt	Maatschappelijke integratie van (ex)druggebruikers onder de vorm van tewerkstelling (begeleiding van het traject naar werk) via de methodiek van case management

Ontslagmanagement in psychiatrische ziekenhuizen (Kliniek Broeders Alexianen, Tienen)	Patiënten met een hoog risico op heropname, die ontslagen worden uit het ziekenhuis	De toepassing van het interdisciplinaire zorgmodel ‘ontslagmanagement’ beoogt: - een systematisch, gestructureerd en vroegtijdig ontslag naar huis van hoogrisicopatiënten; - de verzekering van de zorgcontinuïteit via interdisciplinaire samenwerking onder de vorm van formele samenwerkingsprocessen tussen ziekenhuiswerkers enerzijds en externe zorgverstrekkers of thuisdiensten anderzijds; - het vermijden van een heropname en/of institutionalisering.
Ontslagmanagement in psychiatrische ziekenhuizen (Ontwenningskliniek De Pelgrim, Oosterzele)	Idem	Idem
Ontslagmanagement in psychiatrische ziekenhuizen (Psychiatrisch Centrum Sint-Alexius, Grimbergen)	Idem	Idem
Ontslagmanagement in psychiatrische ziekenhuizen (Psychiatrisch Ziekenhuis Zoete Nood Gods, Lede)	Idem (niet voor gebruikers van illegale drugs)	Idem
Uitbouw van crisiseenheden voor personen met middelengerelateerde stoornissen en de implementatie van de functie van case manager binnen deze eenheden (Algemeen Ziekenhuis Sint-Jan, EPSI, Brugge)	Personen met een middelengerelateerde stoornis die zich in crisis aanbieden op de spoedafdeling van een algemeen ziekenhuis	- Om de kwaliteit van de hulpverlening op deze crisiseenheden te verhogen werd case management aan deze afdelingen toegevoegd met de bedoeling om de continuïteit van de nazorg te waarborgen na het verblijf in de verzorginstelling. - Tevens wordt de mogelijkheid tot overdracht/verwijzing van de patiënt besproken. - Bijkomend wordt ook getracht de samenwerking tussen bestaande voorzieningen, zowel op cliëntniveau als op structureel niveau te optimaliseren.
Uitbouw van crisiseenheden voor personen met middelengerelateerde stoornissen en de implementatie van de functie van case manager binnen deze eenheden (Algemeen Ziekenhuis Stuivenberg, EPSI, Antwerpen)	Idem	Idem

Uitbouw van crisiseenheden voor personen met middelengerelateerde stoornissen en de implementatie van de functie van case manager binnen deze eenheden (Centre Hospitalier Regional de la Citadelle, Liège)	Idem	Idem
Uitbouw van crisiseenheden voor personen met middelengerelateerde stoornissen en de implementatie van de functie van case manager binnen deze eenheden (Centre Hospitalier Regional de Namur, Namur)	Idem	Idem
Uitbouw van crisiseenheden voor personen met middelengerelateerde stoornissen en de implementatie van de functie van case manager binnen deze eenheden (Centre Hospitalier Universitaire Brugmann, Bruxelles)	Idem	Idem
Uitbouw van crisiseenheden voor personen met middelengerelateerde stoornissen en de implementatie van de functie van case manager binnen deze eenheden (Hôpital Vincent Van Gogh, Charleroi)	Idem	Idem
Uitbouw van crisiseenheden voor personen met middelengerelateerde stoornissen en de implementatie van de functie van case manager binnen deze eenheden (Universitair Ziekenhuis Gent, UPSIE, Gent)	Idem	Idem
Uitbouw van crisiseenheden voor personen met middelengerelateerde stoornissen en de implementatie van de functie van case manager binnen deze eenheden (Universitair Ziekenhuis Leuven, EPSI, Leuven)	Idem	Idem
Uitbouw van crisiseenheden voor personen met middelengerelateerde stoornissen en de implementatie van de functie van case manager binnen deze eenheden (Ziekenhuis Oost-Limburg, TEPSI, Genk)	Idem	Idem

5.3.2.2 Justitiële sector

Uit de bevraging van de coördinatoren van de justitiehuizen (n=18) bleek dat case management als dusdanig momenteel niet bestaat, maar wel werd duidelijk dat er belangrijke gelijkenissen bestaan tussen het concept “case management” en de huidige taken van de justitieassistenten. Alle respondenten waren van mening dat het dagdagelijkse werk van de justitieassistenten inzake daderbegeleiding, meer specifiek de daderbegeleiding in het kader van de vrijheid onder voorwaarden, probatie, bemiddeling in strafzaken, voorlopige en voorwaardelijke invrijheidstelling en praetoriaanse probatie (hoewel niet formeel opgenomen in het takenpakket van de justitiehuizen), in min of meerdere mate beantwoordt aan onze werkdefinitie van case management. Om deze gelijkenissen en verschillen verder uit te klaren, werd ervoor geopteerd interviews af te nemen van justitieassistenten die ervaring hebben met de begeleiding van druggebruikers (cf. 5.4.2.2).

5.4 Inbedding en werking van bestaande case management-projecten

5.4.1 Methodologie

5.4.1.1 Dataverzameling verslavingszorg

De hiervoor geïnventariseerde case management-projecten (n=17) werden telefonisch gecontacteerd met de bedoeling een afspraak te maken voor een interview met de case manager of een andere sleutelfiguur binnen dit project. In elk van deze projecten was één van de case managers of een andere sleutelfiguur bereid deel te nemen aan deze semi-gestructureerde interviews (n=16). Enkel van de case manager van de crisiseenheid in Namen kon geen interview afgenomen worden, gezien deze reeds begin 2004 ontslag nam en het tot juni 2004 duurde voordat een nieuwe case manager aangesteld werd. Deze trad echter pas in september 2004 effectief in dienst, wat te laat was om hem nog bij dit onderzoek te betrekken.

In functie van de verdieping van de bestaande case management-projecten werd door de onderzoeksploeg een semi-gestructureerd interview opgesteld, aan de hand van de theoretische kaders van Moxley [7], Van Riet & Wouters [8] en de Substance Abuse and Mental Health Services Association [9]. In het interviewschema werden ook de operationele definities opgenomen van de gehanteerde concepten (case management, assessment, planning, monitoring, etc.), zodat de onderzoeksgegevens makkelijk vergeleken konden worden. In functie van de afname van de semi-gestructureerde interviews in het Franstalig landsgedeelte werd het interviewschema vertaald in het Frans¹⁰.

Enkele dagen voor de geplande afname van het interview werd het interviewschema toegestuurd naar de respondenten. Het eigenlijke interview duurde ongeveer één uur tot anderhalf uur. Alle interviews werden – mits de uitdrukkelijke toestemming van de respondenten – op band opgenomen en achteraf uitgetypt.

Zoals hiervoor reeds aangegeven werden deze interviews met case managers en andere sleutelfiguren van case management-projecten (n=16) aangevuld met de bevindingen uit de interviews met de Franstalige zorgcoördinatoren (n=4).

5.4.1.2 Dataverzameling justitiële sector

Omdat geen formele case management-projecten geïnventariseerd werden binnen de justitiële sector en gezien het takenpakket van de justitieassistenten heel wat gelijkenissen vertoont met de basisfuncties van case management, werden interviews afgenomen van justitieassistenten die veel druggerelateerde dossiers behandelen. Zowel in het Nederlandstalig als Franstalig landsgedeelte

¹⁰ De interviewschema's voor de case managers en sleutelfiguren zijn in beide landstalen als bijlagen opvraagbaar bij de coördinator.

werden 5 justitiehuizen geselecteerd. We kozen ervoor om de gerechtelijke arrondissementen met het hoogste aantal druggerelateerde mandaten te selecteren, op basis van het meest recente jaarverslag van de Dienst Justitiehuizen (op het moment van de selectie (maart 2004) was dit het jaarverslag van 2001) [10]. Omdat er over de druggerelateerde mandaten cijfers per modaliteit beschikbaar zijn, gingen we ervan uit dat de gerechtelijke arrondissementen met het hoogste aantal mandaten daderbegeleiding tevens de gerechtelijke arrondissementen zijn met het hoogste aantal druggerelateerde mandaten. Aldus werden volgende justitiehuizen geselecteerd:

- voor het *Franstalig landsgedeelte*: de justitiehuizen van Brussel, Luik, Charleroi, Mons en Namen;
- voor het *Nederlandstalig landsgedeelte*: de justitiehuizen van Antwerpen, Dendermonde, Gent, Leuven en Turnhout.

In functie van de interviews met justitieassistenten werd vooreerst een formeel schrijven gericht aan de Dienst Justitiehuizen van de FOD Justitie om toestemming te verkrijgen om de geselecteerde justitiehuizen te betrekken bij het onderzoek. Hierna werd telefonisch contact opgenomen met de directeurs van deze justitiehuizen om toestemming te vragen om één van de justitieassistenten te interviewen. De directeurs stelden zelf een justitieassistent voor die de onderzoekers konden interviewen. De enige voorwaarde was dat de te bevragen justitieassistent ervaring had met de begeleiding van druggebruikers. Vervolgens werd deze justitieassistent telefonisch gecontacteerd om een afspraak te maken voor het interview. Alle gecontacteerde justitieassistenten waren ook bereid tot een interview (n=10).

Om een beter zicht te krijgen op het takenpakket van de justitieassistent in het kader van de daderbegeleiding en om te bepalen in hoeverre deze werkvorm beantwoordt aan de definitie van case management, werd een open interviewschema opgesteld. Volgende thema's kwamen aan bod in de interviews: kennis van justitiële case management projecten in het gerechtelijke arrondissement; wat verstaat men onder case management; kan het werk van justitieassistenten als case management beschouwd worden; hoe staat men tegenover case management; samenwerking met de hulpverlening en hoe deze verbeterd kan worden; de functie "case managers justitie" voor druggebruikers zoals aangekondigd in de federale beleidsnota van 2001. In dit interviewschema werd ook een werkdefinitie van case management opgenomen. In functie van de afname van de interviews in het Franstalig landsgedeelte werd dit interviewschema vertaald¹¹. Het interviewschema werd enkele dagen op voorhand toegestuurd naar de respondenten. De afname van de interviews duurde gemiddeld één uur. De interviews werden – na uitdrukkelijke toestemming van de respondenten – op band opgenomen en uitgetypt.

5.4.1.3 Data-analyse

In functie van de kwalitatieve analyse van het onderzoeksmateriaal werkten de onderzoekers naar analogie met de data-analyse tijdens eerder onderzoek van de onderzoeksgroep [11,12]. De uitgeschreven teksten van de semi-gestructureerde interviews werden eerst uitvoerig doorgelezen. Aan de hand van de thema's die aan bod kwamen tijdens de interviews en een eerste analyse van het onderzoeksmateriaal werd een hiërarchische coderingsstructuur met trefwoorden opgemaakt. Uitspraken van de respondenten werden gecodeerd aan de hand van deze trefwoorden. Hierbij maakten we gebruik van het softwarepakket WinMAX 98 [13].

De hiërarchische coderingsstructuur of boomstructuur bestaat uit verschillende niveaus. De basale codes (niveau 1 en 2) werden opgesteld op basis van de literatuurstudie, waaruit ook de grote thema's van de interviews voortvloeiden. De meer gedetailleerde codes (niveau 3 en 4) werden toegekend na het doornemen van de uitgetypte interviews. Voor het opstellen van een dergelijke boomstructuur dient de onderzoeker immers een zicht te hebben op de aard en inhoud van de verzamelde gegevens om deze te kunnen toewijzen aan reeds bestaande of nieuw te creëren (sub)codes [13].

¹¹ De interviewschema's voor de case managers en sleutelfiguren zijn in beide landstalen als bijlagen opvraagbaar bij de coördinator (cfr. algemene inleiding).

Ook al zijn de gegevens uit de semi-gestructureerde interviews moeilijk kwantificeerbaar, toch kozen we ervoor om aan te geven hoeveel keer een uitspraak over een bepaald thema voorkwam. Dit geeft immers een indicatie van welk belang aan bepaalde thema's gehecht wordt door de respondenten. Bij de rapportage van de resultaten wordt gebruik gemaakt van cursivering om letterlijke uitspraken van de respondenten weer te geven. Met ronde haakjes (...) wordt aangeduid wanneer stukken tekst zijn weggelaten, terwijl vierkante haakjes [...] gebruikt worden om bepaalde uitspraken, voor het goede begrip van de lezer, in hun context te situeren.

5.4.2 Resultaten

Bij de bespreking van de onderzoekresultaten maken we het onderscheid tussen de bevindingen met betrekking tot case management in de verslavingszorg, waarbij de vrijwilligheid van de cliënt centraal staat en case management in de justitiële sector waarbij de begeleiding onder drang of dwang opgelegd wordt.

5.4.2.1 Case management in de verslavingszorg

In tabel 5.2 wordt een overzicht gegeven van de frequentie van de uitspraken over de onderscheiden thema's tijdens de semi-gestructureerde interviews. Dit geeft ons een indicatie van het belang dat de respondenten hechtten aan de vooropgestelde thema's [9]. Sommige respondenten deden uitspraken over verschillende thema's, terwijl andere thema's niet of nauwelijks aan bod kwamen.

In onderstaande tabel vindt u een overzicht van de thema's en trefwoorden tot en met niveau 2 van de boomstructuur (cf. 5.4.1). De meer gedetailleerde tabellen (tot en met niveau 4) zijn als bijlagen opvraagbaar bij de coördinator.

Tabel 5.2: Thema's en trefwoorden voor de codering van de semi-gestructureerde interviews met de case managers verslavingszorg (n=16) en de Franstalige zorgcoördinatoren (n=4)

Thema's en trefwoorden (tot en met niveau 2)	Frequentie
1. Motivatie voor implementatie case management	62
1.1 Organisatie van de hulpverlening	16
1.2 Maatschappelijke redenen	7
1.3 Kenmerken van de doelgroep	27
1.4 Kwaliteit en effectiviteit van de hulpverlening	8
1.5 Verplichting door de overheid	3
2. Doelstellingen	38
2.1 Samenwerking en coördinatie binnen de hulpverlening bevorderen	12
2.2 Meer geïndividualiseerde zorg	16
2.3 Crisisopvang	4
2.4 Nazorg	3
2.5 Bereiken van specifieke doelgroepen	3
3. Doelgroep	73
3.1 Inclusiecriteria	50
3.2 Exclusiecriteria	23
4. Basisfuncties case management	450
4.1 Assessment	45
4.2 Planning	42
4.3 Linking	45
4.4 Monitoring	35
4.5 Evaluatie	32
4.6 Outreach	35

4.7 Advocacy	32
4.8 Strenghts-based werken	29
4.9 Coördinatie	37
4.10 Directe dienstverlening	33
4.11 Therapie en aanleren vaardigheden	30
4.12 Crisisopvang	30
4.13 Informele zorg	26
5. Samenwerking met andere diensten en voorzieningen	104
6. Tijd besteed aan case management	11
6.1 Minder dan 25%	1
6.2 Tussen 25 en 50%	0
6.3 Tussen 50 en 75%	4
6.4 Meer dan 75%	6
7. Organisatie van het zorgaanbod	189
7.1 Gerichtheid op de cliënt	19
7.2 Reikwijdte case management	19
7.3 Programmastructuur	18
7.4 Training	17
7.5 Locatie	16
7.6 Case manager-cliënt ratio	14
7.7 Functieprofiel	25
7.8 Beschikbaarheid	16
7.9 Intensiteit en frequentie van cliëntcontacten	24
7.10 Duur van de interventie	21
8. Evaluatie	37
8.1 Micro-niveau (binnen instelling)	13
8.2 Meso-niveau (binnen netwerk van voorzieningen)	10
8.3 Macro-niveau (opdrachtgevers en financiers)	14
9. Financierende instantie	20
9.1 Federaal	14
9.2 Gemeenschappen - stedenfonds	1
9.3 Provincie	2
9.4 OCMW	1
9.5 Andere middelen	2
10. Voordelen implementatie case management	39
10.1 Organisatie van de hulpverlening	13
10.2 Begeleiding van de doelgroep	17
10.3 Niveau kwaliteit/effectiviteit van de hulpverlening	9
11. Nadelen implementatie case management	18
11.1 Tijdsintensief	4
11.2 Afhankelijkheid van de case manager	3
11.3 Hoe afsluiten?	4
11.4 Rol van “advocaat” is gevaarlijk	2
11.5 Doorschuiven van verantwoordelijkheid	2
11.6 Onduidelijke taakomschrijving	1
11.7 Mandaat nodig	1
11.8 Onrealistische doelstellingen en verwachtingen	1
12. Structurele knelpunten	56
12.1 Hiaten in het zorgcircuit	3
12.2 Zorgcircuits onvoldoende uitgebouwd	3
12.3 Bepaalde doelgroepen geen contact met de hulpverlening	2
12.4 Beperkte capaciteit voorzieningen	4
12.5 Overaanbod van case managers/overorganisatie	1
12.6 Extra kosten als gevolg van implementatie case management	1
12.7 Termijn te kort	8
12.8 Geen ondersteuning door initiatiefnemers	1
12.9 Onvoldoende gedragen door team	3

12.10 Verschillende diensten met verschillende filosofieën	3
12.11 Betrekken van de huisarts	5
12.12 Wachtlijsten bij doorverwijzing	2
12.13 Onzekerheid over voortbestaan van projecten	1
12.14 Diensten voor nazorg beperkt	3
12.15 Administratieve taken	4
12.16 Invulling dagbesteding en vrije tijd	2
12.17 Andere	10
13. Communicatie en samenwerking binnen de hulpverlening	5
14. Communicatie en samenwerking tussen hulpverlening en justitie	17
14.1 Geen of klein probleem	7
14.2 Serieus probleem	4
14.3 Geen ervaring mee	3
14.4 Geen communicatie van informatie	3
15. Suggesties ter verbetering van de samenwerking	2
16. Meerwaarde van justitiële case managers	15
16.1 ja	6
16.2 neen	9

WAT ZIJN DE VOORNAAMSTE MOTIEVEN VOOR EN DOELSTELLINGEN VAN DE IMPLEMENTATIE VAN CASE MANAGEMENT?

De meeste motieven voor de implementatie van case management houden verband met kenmerken van de doelgroep (n=27), zoals het verminderen van het aantal (her)opnames, het voorzien van geschikte nazorg en het beperken van “shopping” bij problematische druggebruikers.

“Een verslavingsprobleem is een beetje vechten tegen de bierkaai. Je weet dat binnen die sector het nooit of zelden opgelost is met één opname of interventie. Voor de therapeuten (...) was het een probleem om altijd dezelfde mensen terug te zien (...)”

Een tweede belangrijke reden vormt de huidige organisatie van de hulpverlening (n=16), in het bijzonder het gebrek aan coördinatie van en communicatie tussen diensten. Tevens wordt met name door de case managers binnen de pilootprojecten voor de uitbouw van crisiseenheden voor personen met middelengerelateerde stoornissen op een aantal hiaten gewezen in het zorgaanbod, zoals een tekort aan crisisopvang.

“Dat is ook de reden waarom we case management hebben, dat er een gebrek aan coördinatie is. Op het moment dat die samenwerking goed verloopt, hoe minder behoefte er zal zijn aan de specifiek coördinerende functie van de case manager.”

In derde instantie wordt het verbeteren van de kwaliteit en efficiëntie van de hulpverlening (n=8) aangehaald. Men meldt dit vooral vanuit het besef dat één dienst niet alle problemen kan oplossen en dat samenwerking daarom een noodzaak is.

Verder worden nog een aantal algemeen maatschappelijke redenen geopperd (n=7), waarvan het beperken van de overlast die veroorzaakt wordt door problematische druggebruikers, de meest voorkomende was.

Wat de doelstellingen van case management betreft, verwijzen de meeste uitspraken naar het uitstippelen en opvolgen van een zorgtraject en het voorzien van “zorg op maat” (n=16), wat op zijn beurt een positief effect heeft op de levenskwaliteit van deze cliënten. Een tweede belangrijke doelstelling vormt het bevorderen van de samenwerking en coördinatie tussen verschillende diensten (n=12).

Uit de interviews met de Franstalige zorgcoördinatoren (n=4), die weinig of geen ervaring hebben met het concept “case management”, blijkt dat men vooral volgende doelstellingen aan deze interventie koppelt:

- case management is in eerste instantie een opvangnet (“un support”, “un soutien”) voor problematische druggebruikers;
- de case manager moet het hulpverleningstraject van druggebruikers persoonlijk opvolgen en hen daarin helpen en ondersteunen. De case manager zal hiervoor contact moeten opnemen met andere diensten. Het betreft dus de organisatie en het optimaliseren van het zorgtraject en opvolging ervan;
- de case manager fungeert ook als link tussen de cliënt en de voorzieningen en tracht de samenwerking tussen alle betrokken diensten te verzekeren.

Of gesteld in de bewoordingen van één van de zorgcoördinatoren:

“(…) ce serait des personnes qui suivraient les personnes toxicomanes dans leur parcours, pour essayer de les aider, de prendre contact avec les personnes adéquates, les soutenir dans leurs démarches d’une façon personnalisée.”

Bovendien wijzen alle zorgcoördinatoren (n=4) erop dat een case manager moet instaan voor de afstemming en de coördinatie op cliëntniveau, terwijl een zorgcoördinator zich voornamelijk bezig moet houden met de algemene en structurele organisatie en coördinatie van de zorg.

DE DOELGROEP

Wat inclusiecriteria (n=50) voor case management in de verslavingszorg betreft, worden “middelenafhankelijkheid” en “meerderjarig zijn” het vaakst vermeld. Case management-projecten die niet verbonden zijn aan één specifieke organisatie of voorziening geven ook aan dat cliënten “in behandeling moeten geweest zijn in verscheidene voorzieningen” (n=4) en “voorgedragen moeten worden vanuit een cliëntenoverleg” (n=4). Verder wordt in een aantal crisiseenheden van algemene ziekenhuizen expliciet gesteld dat cliënten “in crisis moeten zijn” (n=3), terwijl dit voor het ontslagmanagement in psychiatrische ziekenhuizen “een positieve score op het intakeformulier bij opname” (n=2) betreft. Case management-projecten die zich richten op specifieke doelgroepen (bv. drugverslaafde moeders, injecterende druggebruikers) hanteren uiteraard specifieke inclusiecriteria. Aanzienlijk minder uitspraken betreffen exclusiecriteria (n=23). Een aantal respondenten (n=4) geven aan dat de taal een probleem is, indien men geen beroep kan doen op tolken. Verder wordt een verstandelijke handicap als een belangrijke barrière ervaren (n=4). Beide criteria worden immers als problematisch ervaren voor het maken van afspraken en bepalen van doelstellingen en voor het uitbouwen van een vertrouwensrelatie tussen case manager en cliënt.

“Wat de taal betreft, ... als hij [de cliënt] fysiek nood heeft aan een opname, dan mag het bij wijze van spreken een Chinees zijn die alleen maar Chinees spreekt, die zal opgenomen worden. Maar ik zal hem niet in case management opnemen, want ik versta hem niet (...). Ik ga daar niet veel mee kunnen doen.”

De geïnterviewde Franstalige zorgcoördinatoren konden zich moeilijk een concreet beeld vormen van welke doelgroep het meest gebaat zou zijn met case management. Dit zal volgens hen afhankelijk zijn van cliënt tot cliënt en van situatie tot situatie. De vrijwilligheid en het akkoord van de cliënt worden benadrukt als voorwaarden sine qua non. Eén van de zorgcoördinatoren vindt bovendien dat de motivatie van de cliënt erg belangrijk is, maar anderzijds vindt men dat de case manager een belangrijke motiverende functie heeft.

HOE WORDT CASE MANAGEMENT IN DE VERSLAVINGSZORG INGEVULD?

Op basis van hun inbedding in de verslavingszorg worden hierna volgende vier clusters van case management-projecten onderscheiden. Deze indeling wordt met name gehanteerd bij de bespreking van de invulling van case management, maar er wordt ook naar verwezen bij de bespreking van de overige onderzoeksresultaten.

Cluster 1:

Pilootprojecten voor de uitbouw van crisiseenheden voor personen met middelengerelateerde stoornissen en implementatie van de functie van case manager binnen deze eenheden (n=8)

De minimale basistaken van een case manager, namelijk assessment, planning, linking en monitoring, worden door alle respondenten als belangrijke taken aangeduid (cf. tabel 5.3). Binnen twee projecten wordt monitoring of de opvolging van het hulpverleningstraject van de cliënt minder belangrijk geacht. Toch gaat men meestal nog telefonisch nagaan of de cliënt na een doorverwijzing daar ook effectief is terecht gekomen, maar de opvolging door de case manager na het ontslag uit de afdeling blijft beperkt en wordt meestal overgenomen door iemand uit het sociaal netwerk van de cliënt.

De case managers van deze afdelingen staan ook in voor de coördinatie van de hulp- en dienstverlening, die zich vooral situeert in de opstartfase van het zorgtraject en – uit tijdsgebrek – vaak telefonisch gebeurt. Eens een zeker netwerk rond een cliënt geïnstalleerd is, wordt deze coördinerende taak meestal overgenomen door een andere hulpverlener.

De grootste verscheidenheid tussen de projecten binnen deze cluster troffen we aan met betrekking tot volgende case management-taken:

- *Therapie en/of aanleren vaardigheden:* Vijf van de acht case managers vinden dat ook therapie en het aanleren van bepaalde vaardigheden eigenlijk tot hun takenpakket behoren. Zij omschrijven dit vooral als het motiveren van cliënten om hun problemen aan te pakken en als het stimuleren van hun zelfredzaamheid. Eén case manager probeert een volwaardige therapeutische relatie op te bouwen met zijn cliënten, terwijl zijn collega's hiervoor verwijzen naar gespecialiseerde diensten.
- *Outreaching:* Vier case managers vinden outreaching erg nuttig en passen dit ook daadwerkelijk toe. Op deze manier leren ze hun cliënt (beter) kennen in diens eigen leefomgeving en kan men ook tegemoet komen aan het feit dat cliënten soms moeilijk op een bepaalde afspraak kunnen komen omwille van praktische (geen vervoer, geen kinderopvang) of financiële redenen.
- *Informeel zorg:* De helft van de bevraagde case managers werkt actief aan het uitbouwen van een informeel zorgnetwerk voor de periode na het ontslag. Men geeft aan dat steunfiguren uit het sociaal netwerk een belangrijke signaalfunctie kunnen hebben naar de case manager als het opnieuw dreigt fout te lopen. De overige case managers laten het betrekken van de mantelzorg over aan de gespecialiseerde hulpverlening. Het valt op dat de case managers werkzaam in het Nederlandstalig landsgedeelte verder staan met de uitbouw van deze informele netwerken dan hun Franstalige collega's, die aangeven dat deze taak naar de toekomst toe nog verder ontwikkeld moet worden.

Advocacy of belangenbehartiging wordt door alle case managers als vrij belangrijk ervaren, maar hierbij worden een aantal bedenkingen geformuleerd:

“Dit werkt wel in twee richtingen. Ik zal pas opkomen voor mijn cliënt als ik weet dat hij het kan waarmaken en dat hij echt gemotiveerd is. Dat is ook belangrijk voor de samenwerking”.

“Je mag daar ook niet in overdrijven, want de cliënt moet ook zijn eigen verantwoordelijkheid opnemen. Je moet ook oppassen dat je niet verbrand geraakt [bij andere diensten] als het weer eens fout loopt”.

Wat crisisopvang betreft, wordt een onderscheid gemaakt tussen medische en psycho-sociale crisissituaties. Alle case managers zijn van mening dat zij niet hoeven in te staan voor de medische

crisisopvang van hun cliënten en verwijzen hiervoor door naar de dienstdoende artsen. Cliënten dienen voldoende gestabiliseerd (lichamelijk en geestelijk) en aanspreekbaar te zijn voordat de case manager met hen aan de slag kan. Eén geïnterviewde case manager verwoordt het als volgt:

“Als ik me alleen met crisissen moet bezig houden, dan ben ik een crisismanager en geen case manager”.

Eens patiënten de crisiseenheid verlaten hebben en opnieuw contact opnemen met hun case manager in een crisissituatie, kunnen ze uiteraard bij hem terecht.

Het “strengths-based perspectief” wordt door 7 van de 8 case managers als redelijk belangrijk ervaren. Hoewel de meeste case managers tijdens hun vooropleiding getraind werden om te focussen op de problemen van cliënten en wat er allemaal fout loopt, erkennen zij het belang van het kijken naar de kwaliteiten en mogelijkheden van hun cliënten en om daarmee aan de slag te gaan. De korte verblijfsduur op de crisiseenheden laat in de praktijk echter weinig andere mogelijkheden dan probleemgeoriënteerd te werk te gaan.

Wat de directe dienstverlening betreft, zien we dat de meeste case managers dergelijke taken opnemen, vooral voor deze cliënten die zelf niet over deze vaardigheden beschikken zoals het meegaan op intakegesprek of het helpen bij het schrijven van een sollicitatiebrief. Dit is echter een zeer tijdsroovende bezigheid en daarom wordt hiervoor zoveel mogelijk doorverwezen naar de sociale dienst van het ziekenhuis. Drie case managers melden expliciet dat het ook niet de bedoeling kan zijn dat cliënten alles afschuiven op hun case manager, maar dat cliënten zoveel mogelijk gestimuleerd moeten worden om dingen zelf te doen.

“Ik heb soms wel de indruk dat men nogal veel durft overnemen van de mensen (...). Sommige cliënten, degene die het zelf kunnen, moeten het zelf doen.”

Wat de caseload van de case managers betreft, merken we grote verschillen op tussen de verschillende projecten: twee case managers begeleiden minder dan 5 cliënten, één case manager volgt 5 à 10 cliënten op, een andere begeleidt tussen de 10 en de 20 cliënten en drie case managers volgen zelfs meer dan 20 cliënten op. Over het algemeen hebben de Franstalige case managers een grotere caseload dan hun Nederlandstalige collega's.

Cluster 2:

Ontslagmanagement in psychiatrische ziekenhuizen (n=4)

De minimale basistaken van case management worden in elk van deze projecten opgenomen, namelijk assessment, planning, linking en monitoring. Ook de coördinatie van de hulpverlening en nazorg wordt in belangrijke mate georganiseerd door de ontslagmanagers. Behalve in één project wordt deze coördinerende taak na ontslag echter overgenomen door externe zorgbemiddelaars. Op die manier tracht men de link met het ziekenhuis te reduceren, gezien het gevaar van innesteling in de residentiële psychiatrische zorg niet denkbeeldig is. Slechts één van de vier ontslagmanagers doet na ontslag aan outreaching door op huisbezoek te gaan, terwijl de anderen dit overlaten aan de externe zorgbemiddelaars.

Crisisopvang en therapie en het aanleren van vaardigheden behoren volgens de ontslagmanagers niet tot hun takenpakket. Het “strengths based”-perspectief van case management wordt als zeer belangrijk ervaren, in het bijzonder in het kader van de ontslagvoorbereiding. In de praktijk blijkt men echter nog steeds sterk gefocust op de problemen die zich onmiddellijk aandienen. Het uitbouwen van een informeel zorgnetwerk is belangrijk in functie van het ontslag van de patiënt en men probeert hierbij vooral nabije familieleden te betrekken. Eén ontslagmanager geeft aan dat hij deze doelstelling niet haalt:

“Gezien de inclusie gaat over vereenzaamde mensen of de meest geïsoleerde en problematische mensen betreft, is dat [informele zorg] een doelstelling die ik niet haal. Door de jaren heen ligt alles zo aan scherven (...).”

Belangenbehartiging en directe dienstverlening worden ook tot op zekere hoogte opgenomen door alle ontslagmanagers, maar hierbij gelden dezelfde bedenkingen als bij het case management in de crisiseenheden.

Wat de case manager-cliënt ratio betreft in deze cluster, beperkt zich dit voor alle ontslagmanagers tot gemiddeld 10 cliënten.

Cluster 3:

Onafhankelijke case management-projecten (Bubbels & Babbels en Case Management Middenmisbruik Oost-Vlaanderen) (n=2)

Ook binnen deze projecten geeft men aan dat alle minimale basisfuncties van case management opgenomen worden. De opvolging van de cliënten gebeurt in alle gevallen door de case manager zelf en dit is ook veel intensiever in vergelijking met de projecten uit cluster 1 en 2. De opvolging duurt ook veel langer dan in laatstgenoemde projecten. Evaluatie en bijsturing van de interventie blijkt bovendien een continu proces, omdat cliënten anders toch afhaken.

Beide projecten zien outreachende activiteiten als absolute vereiste om het contact met moeilijke cliënten in stand te houden. Het zorgt ook voor een meer informeel contact tussen case manager en cliënt.

“Het is een absolute vereiste dat je over outreaching beschikt. Het is bijvoorbeeld belangrijk om te ontdekken op welke plek je makkelijk kan praten met cliënten. Dat gaat soms veel meer ontspannen in de auto als we samen op weg zijn (...), dan achter een bureau.”

Beide respondenten geven ook aan dat het werken vanuit de mogelijkheden en sterktes van de cliënt een niet onbelangrijk invalshoek is, evenals het uitbouwen van de informele zorg.

De caseload in het project Bubbels & Babbels is beperkt tot 10 cliënten per case manager, terwijl dit in het project Case Management Middenmisbruik Oost-Vlaanderen ongeveer 15 cliënten bedraagt, wat als erg veel ervaren wordt in het geval van actieve dossiers.

Cluster 4:

Projecten verbonden aan diensten voor medische en sociale opvang (Gezondheidsbevordering bij injecterende druggebruikers, MSOC Gent en Perspectief, OCMW en Sociale Werkplaats De Sleutel Gent) (n=2)

De invulling van de meeste basistaken is zeer gelijkaardig aan deze van de projecten beschreven in cluster 3. Enkel advocacy vindt men aanzienlijk belangrijker. Dit houdt verband met het feit dat men zich binnen deze projecten richt op bepaalde specifieke doelgroepen die binnen de reguliere hulpverlening niet of onvoldoende worden bereikt (bv. asielzoekers, dubbele diagnose-patiënten) of op problemen die moeilijk kunnen worden aangepakt (bv. tewerkstellings- en financiële problemen van ex-verslaafden).

In het Franstalig landsgedeelte konden geen case management projecten geïdentificeerd worden, die ondergebracht kunnen worden in de cluster 2, 3 of 4. Vandaar dat ook de Franstalige zorgcoördinatoren bevroegd werden met betrekking tot de (wenselijkheid van de) implementatie van case management. Uit de bevraging van deze laatste groep kwam naar voor dat de vrijwilligheid en het akkoord van de cliënt voorop moeten staan.

“Si les démarches se font en-dehors du patient avec cette argumentation que c’est fait pour le patient, alors, pour moi, on est dans une optique qui prend le risque d’une certaine forme d’“enfermement” (...). Sauf si le patient donne son accord a priori.”

Over hoe de relatie tussen case manager en cliënt er zou moeten uitzien, kregen we verschillende antwoorden te horen:

- Twee zorgcoördinatoren menen dat deze relatie zeker op voorhand gedefinieerd moet worden, maar achten een therapeutische relatie tussen case manager en cliënt uitgesloten.
- Eén zorgcoördinator is van oordeel dat voor moeilijke cliënten een therapeutische relatie niet a priori uitgesloten mag worden, vooral in het kader van de motivering van cliënten. Het kan echter niet de bedoeling zijn dat cliënten afhankelijk worden van hun case manager.
- Eén zorgcoördinator is de mening toegedaan dat de functie van *“passeur d’informations”* en van *“facilitateur de communication”* gecombineerd kan worden met een therapeutische relatie.

In elk geval wordt duidelijk dat alle zorgcoördinatoren vinden dat de case manager dicht bij de cliënten moet staan én bij de betrokken diensten.

DE MODELLEN VAN CASE MANAGEMENT

Case management kent vele toepassingen en kan omschreven worden als een continuüm van interventies met aan het ene uiteinde het makelaarsmodel en aan de andere kant het rehabilitatie- of klinisch model van case management. Dit is echter een theoretische indeling, waarbij elke praktijk in werkelijkheid het pure model slechts min of meer zal benaderen.

In tabel 5.3 vindt u een overzicht van de geïnventariseerde case management-praktijken en het theoretisch model waar zij het dichtst bij aansluiten op basis van de case management functies die binnen deze projecten opgenomen worden.

De pilootprojecten voor de uitbouw van crisiseenheden voor personen met middelengerelateerde stoornissen en de implementatie van de functie van case manager binnen deze eenheden (cluster 1) vertonen voornamelijk de kenmerken van het makelaars- en generalist model, gezien doorgaans slechts een minimum aan case management taken opgenomen worden. De projecten die niet systematisch aan zorgcoördinatie, belangenbehartiging en outreaching doen en die veelal ook een caseload hebben van meer dan 20 patiënten/case manager neigen het meest naar het makelaarsmodel van case management.

Tabel 5.3: Invulling van de verschillende case management-functies binnen de geïnventariseerde projecten in de verslavingszorg (n=16)

Project	Assessment	Planning	Linking	Opvolging	Evaluatie	Coördinatie	Outreaching	Therapie, vaarigheden	Informele zorg	Advocacy	Crisisopvang	Strengths based	Directe diensten	Caseload	Model
Crisiseenheden Antwerpen	***	***	***	***	***	**		*	**	*	**	*	*	0-5	Generalist
Crisiseenheden Brugge	***	**	***	*	***	***				***	***		**	0-5	Generalist
Crisiseenheden Brussel	***	***	***	*	**	***	**	*		*	**	***	**	+ 20	Makelaars
Crisiseenheden Charleroi	**	**	**	***	*	***	*			*	*	*	***	5-10	Makelaars
Crisiseenheden Genk	***	***	***	***	**	***	***	*	**	**		*	*	?	Generalist
Crisiseenheden Gent	***	***	***	***	***	*	**		*	*	**	***	***	10-20	Generalist
Crisiseenheden Leuven	***	***	***	***	***	*		*	***	*	*	**	*	+ 20	Makelaars
Crisiseenheden Luik	***	***	**	***	**	**		***		*	*	**	***	+ 20	Makelaars
Ontslagmanagement PC Sint-Alexius	***	***	***	***	**	**	*		***	***	*	**	***	5-10	ACT
Ontslagmanagement PZ Zoete Nood Gods	***	***	**	***	**				***	*		***	*	?	ACT
Ontslagmanagement Broeders Alexianen	***	**	**	***	*	**			*	*		***	***	5-10	ACT
Ontslagmanagement De Pelgrim	***	*	**	***	***	*	***			***		***	***	5-10	ACT
Bubbels & Babbels	***	***	***	**	**	*	**	*	***	**		***	*	5-10	ACT
Perspectief	***	***	***	***	**	*	***		***	***		***	***	?	ACT
CM Middenmisbruik Oost-Vlaanderen	***	***	***	**	***	*	***		***	*	*	*	**	10-20	Intensief
Gezondheidsbevordering bij injecterende druggebruikers	***	***	***	**	***	***	***	*	**	***	*	**	**	10-20	Intensief

De overige projecten sluiten het best aan bij het generalist model. Eén project waarin men de therapeutische relatie en het aanleren van vaardigheden als uitermate belangrijk ziet, vertoont een aantal kenmerken van het klinisch model van case management. Gezien de grote caseload, wordt dit project als een voorbeeld van een makelaarsmodel beschouwd.

Ontslagmanagement in psychiatrische ziekenhuizen (cluster 2) is duidelijk gebaseerd op het Assertive Community Treatment-model en ook het gehanteerde model van case management binnen het project “Perspectief” (cluster 4) neigt het meest naar dit model, gezien de ondersteuning gericht is op het dagdagelijks functioneren van cliënten in de samenleving. Ook de werkwijze binnen het project “Bubbels & Babbels” (cluster 3) sluit hier nauw bij aan.

De projecten “Case management Middenmisbruik Oost-Vlaanderen” (cluster 3) en “Gezondheidsbevordering bij injecterende druggebruikers” (cluster 4) volgen een intensief model van case management, gekenmerkt door langdurige opvolging en een grote frequentie van de contacten.

ORGANISATIE VAN HET ZORGAANBOD

Omdat we hiervoor reeds focusten op de programmastructuur, bespreken we hierna een aantal andere elementen van de organisatie van het zorgaanbod binnen de geïnventariseerde case management-projecten.

Wat de cliëntgerichtheid van de verschillende projecten betreft, melden 9 van de 16 respondenten dat zij vooral focussen op de cliënt en diens onmiddellijke omgeving. Zes case managers richten zich nagenoeg uitsluitend op de cliënt en één respondent is eerder gericht op structurele netwerkontwikkeling, omdat hij voor alle cliënten een adequate doorverwijzing gerealiseerd wil zien.

Met betrekking tot de reikwijdte van het case management geven vijf van de bevroegde respondenten aan dat hun interventies gericht zijn en beperkt blijven tot een specifieke fase van het hulpverleningstraject (met name de case managers binnen de crisiseenheden). Vijf andere respondenten houden zich ook bezig met een specifieke fase van het hulpverleningsproces, maar zorgen ervoor dat er verdere opvolging en begeleiding voorzien wordt door externen (voornamelijk de ontslagmanagement projecten). Tot slot geven vijf case managers aan dat zij het gehele (hulpverlenings)traject van de hen toegewezen cliënten volgen.

De meeste case managers hebben een opleiding maatschappelijk werk, verpleegkunde of pedagogische wetenschappen, maar slechts een beperkt aantal onder hen kreeg een specifieke case management training. De ontslagmanagers genoten een aantal jaren geleden een basisopleiding aan de KU Leuven (Centrum voor Ziekenhuiswetenschappen), doch deze wordt niet langer georganiseerd. De projecten “Case management middenmisbruik Oost-Vlaanderen” en “Gezondheidsbevordering bij injecterende druggebruikers” zijn de enige projecten waarvan de case managers recent een opleiding genoten. Deze werd georganiseerd door de Vakgroep Orthopedagogiek van de UGent en omvatte onder meer een aantal workshops met Prof. Richard Rapp van de Wright State University in Dayton, Ohio. Het gebrek aan training en supervisie wordt het meest aangekaart door de case managers van de crisiseenheden (n=5).

“Een nadeel is dat we geen ondersteuning krijgen van de initiatiefnemers om het personeel op te leiden. Ze verplichten ons een psychiater, een psycholoog, een maatschappelijk werker, x aantal verpleegkundigen en een case manager te hebben, maar het is alleen de case manager van wie verwacht wordt dat hij ervaring heeft. Dan komen we tegen dat onze manier van werken haaks staat tegenover de manier van werken van verpleegkundigen. Dat is zeer moeilijk.”

Een aantal case managers probeert hieraan iets te doen, door zichzelf bij te scholen door het doornemen van relevante literatuur en recente artikels en door het bijwonen van studiedagen.

Wat de locatie van de case management-projecten betreft, zijn deze allen ondergebracht binnen een bestaande dienst. Enkel voor het project Bubbels & Babbels werd een nieuwe aparte infrastructuur betrokken, los van een bestaand initiatief.

De bereikbaarheid van de meeste case managers beperkt zicht tot de kantooruren, maar in een aantal gevallen is de case manager tot 's avonds telefonisch bereikbaar via gsm. Cliënten die gevolgd worden door een case manager van een crisiseenheid of psychiatrisch ziekenhuis kunnen uiteraard 24u/24u terecht in deze diensten, die sowieso permanentie voorzien. Dit is echter vooral in functie van crisisopvang.

De intensiteit en frequentie van de contacten tussen case manager en cliënt varieert sterk zelfs binnen projecten. De respondenten stellen dat dit afhankelijk is van de cliënt en de ernst van diens problematiek, alsook van de fase van het hulpverleningsproces. Vooral bij het opstarten en het afronden van het case management zijn er frequente en intensieve contacten. Dit varieert van minimaal één keer per week tot soms dagelijkse contacten. Wat het case management in de crisiseenheden van de algemene ziekenhuizen betreft, concentreren de meeste contacten zich tijdens het verblijf van maximaal 5 dagen op deze eenheden. Daarna neemt de frequentie en intensiteit van de contacten sterk af.

Ook de duur van het case management verschilt sterk van project tot project. Bij het ontslagmanagement in psychiatrische ziekenhuizen worden patiënten opgevolgd tot 90 dagen na hun ontslag. In de crisiseenheden van de algemene ziekenhuizen wordt de duur van de interventie eveneens bepaald door de opdrachtgevende overheid (FOD Volksgezondheid). Het opstarten van het case management beperkt zich tot de eerste 5 dagen op deze afdelingen, gevolgd door vrij sporadische (meestal telefonische) contacten na het ontslag van de cliënt. Het verloop en de duur van de follow-up werden door de opdrachtgever niet gepreciseerd. De overige projecten hebben een minimale duur van 3 tot 6 maanden, maar over het algemeen bestaat heel wat onzekerheid over op welk moment de interventie het best afgerond kan worden.

Wat de financiering van de geïnventariseerde projecten betreft, zien we ten slotte dat 14 van de 16 projecten gefinancierd worden door de federale overheid:

- de pilootprojecten voor de uitbouw van crisiseenheden voor personen met middelengerelateerde stoornissen en de implementatie van de functie van case manager worden gefinancierd door de FOD Volksgezondheid (n=8);
- ook de projecten ontslagmanagement worden gefinancierd door de FOD Volksgezondheid (n=4);
- het project "Gezondheidsbevordering bij injecterende druggebruikers" wordt gefinancierd door het Ministerie van Ambtenarenzaken, Maatschappelijke Integratie, Gelijke Kansen en Grootstedenbeleid (n=1);
- het project "Perspectief" wordt gedeeltelijk gefinancierd door de Minister van Ambtenarenzaken, Maatschappelijke Integratie, Gelijke Kansen en Grootstedenbeleid. Daarnaast beschikt dit project over middelen vanuit het OCMW Gent.

Het project "Bubbels & Babbels" wordt gefinancierd vanuit het Stedenfonds en krijgt tevens subsidies van de Provincie Antwerpen en Fortis Foundation Belgium. Het case management-project Middelenmisbruik Oost-Vlaanderen wordt gesubsidieerd door de Provincie Oost-Vlaanderen.

WAT ZIJN DE ERVAREN VOOR- EN NADELEN VAN DEZE INTERVENTIE?

De respondenten formuleerden 39 uitspraken inzake ervaren voordelen tegenover 18 uitspraken over nadelen van deze interventie.

De meeste uitspraken over de voordelen van case management hebben betrekking op het begeleiden van de doelgroep (n=17), waarbij voornamelijk het aangaan van een hechte en duurzame vertrouwensrelatie tussen case manager en cliënt als bijzonder positief ervaren wordt.

“C’est avoir une relation de qualité avec la personne, pour pouvoir maintenir le lien, garder le lien avec cette personne indépendamment du parcours qu’elle doit faire.”

Deze vertrouwensrelatie vormt de basis om samen met de cliënt te werken aan de problemen die zich stellen op de verschillende levensdomeinen.

Tevens worden verschillende voordelen genoemd op het niveau van de organisatie van de hulpverlening (n=13). Acht uitspraken betreffen de opvallende verbetering van de samenwerking en communicatie tussen verschillende diensten door de implementatie van de functie van case manager. Wat de nadelen van deze interventie betreft, wordt vooral gewezen op het arbeidsintensieve karakter van deze werkvorm (n=4). Daarnaast bestaat bij verschillende respondenten onduidelijkheid over het afsluiten van deze interventie: wanneer en op welke manier dient deze interventie afgesloten te worden? (n=4).

De Franstalige zorgcoördinatoren, die geen ervaring hebben op het vlak van case management, menen dat er meer nadelen en knelpunten verbonden zijn aan de implementatie van case management dan voordelen.

Vanuit zijn ervaringen met het pilootproject in de crisiseenheden, vindt één zorgcoördinator het een nadeel dat de case managers heel wat personen opvolgen voor een redelijk lange periode, met een immer zwaardere caseload als gevolg. Dit is volgens hem niet vol te houden. Een andere zorgcoördinator vindt dat de caseload beperkt moet blijven en dat er juist daarom veel case managers nodig zullen zijn voor de begeleiding van druggebruikers.

De Franstalige zorgcoördinatoren identificeerden ook een aantal voordelen van case management. Ten eerste biedt deze interventie de mogelijkheid om de bestaande relaties tussen verschillende hulpverleningsdiensten te optimaliseren. Vooral de cliënt is gebaat bij een sterk en coherent zorgsysteem op maat en een vlotte doorstroming. Dit komt uiteindelijk ook ten goede aan de diensten zelf, vooral in functie van het meer efficiënt werken.

Ten tweede gaan sommige druggebruikers van de ene instelling naar de andere. Het is een groot voordeel dat een case manager deze personen kan opvolgen doorheen het gehele traject en het overzicht kan behouden, want tot op heden gebeurt het nog te vaak dat de opvolging meestal stopt als de druggebruiker een voorziening verlaat en zich niet verder aanmeldt bij de dienst(en) waarnaar hij werd verwezen. In deze context zou het nuttig kunnen zijn dat de case manager kennis heeft van het globale dossier, inclusief de geschiedenis van de cliënt (“le levier transférentiel”).

ERVAREN KNELPUNTEN OP STRUCTUREEL NIVEAU BIJ DE IMPLEMENTATIE VAN CASE MANAGEMENT?

Daarnaast betreffen heel wat uitspraken een aantal structurele knelpunten bij de implementatie van case management (n=56). De case managers verbonden aan de crisiseenheden (n=8) ervaren de voorziene termijn dat cliënten op deze afdeling kunnen verblijven (5 dagen) als te kort. Het betrekken van de huisarts bij het uitbouwen van een netwerk rond de cliënt wordt door minstens vijf respondenten als problematisch ervaren. Vier van de bevraagde case managers zien de beperkte capaciteit van het eigen project als een belangrijk structureel probleem. Immers eens het aantal plaatsen ingevuld is, dient men cliënten te weigeren die mogelijk ook gebaat zouden zijn met deze interventie.

“Daarmee raken we een zeer gevoelig punt, namelijk de kans dat er een gezondheidszorg met twee snelheden zal ontstaan: mensen die van deze methodiek wel gebruik zullen kunnen maken en de anderen. Dit gaat dus niet op naar mijn aanvoelen van te zeggen “met u gaan we ons bezig houden” en de collega in het bed naast die is twee dagen later opgenomen, maar mijn caseload zit vol: “spijtig, maar met u kan ik me niet bezig houden”. Dat is totaal onverantwoord!”

Drie van de vier Franstalige zorgcoördinatoren staan wat huiverachtig tegenover het feit dat case management de zoveelste functie is die bijdraagt tot “coordination et concertation”. Zij zijn van mening dat er momenteel reeds personen instaan voor de opvolging van het zorgtraject van cliënten

(bv. “les référents”; “les agents de suivi”). Een voorbeeld daarvan is Citadelle in Charleroi, een netwerk voor hulpverlening aan drugverslaafden dat opgericht werd door vertegenwoordigers van verschillende diensten. Zij trachten via regelmatig overleg hun interventies op cliëntniveau op elkaar af te stemmen. In het geval van case management wordt iemand gemandateerd door de verschillende diensten, terwijl dit bij Citadelle meer informeel gebeurt en men zich onderling organiseert. Een andere zorgcoördinator geeft aan dat op de bestaande overlegmomenten in Waals-Brabant het zorgtraject van cliënten reeds wordt gecoördineerd. Dit zijn volgens de zorgcoördinatoren allemaal vormen van case management die niet als dusdanig benoemd worden. Zij vragen zich dan ook af wat de eigenlijke meerwaarde van case management kan en zal zijn. Het kan tenslotte niet de bedoeling zijn dat er dubbel werk geleverd wordt. Bij de eventuele implementatie van case management dient men dus rekening te houden met wat er al bestaat op het terrein en moet men proberen hiermee complementair te werken.

HOE WORDT DE SAMENWERKING MET DE JUSTITIËLE SECTOR ERVAREN EN WELKE SUGGESTIES WORDEN GEFORMULEERD TER VERBETERING VAN DEZE SAMENWERKING?

In totaal betreffen 17 uitspraken de samenwerking en communicatie met de justitiële sector. Hierbij valt op dat iets minder dan de helft van de respondenten (n=7) van mening is dat dit een minder groot probleem is. Men ervaart de contacten met justitieassistenten als positief, vooral wanneer men elkaar persoonlijk kent. Vier case managers vinden echter dat de samenwerking met justitie een groot probleem is, waarbij de onduidelijkheid omtrent de grenzen van het beroepsgeheim steeds terugkomt.

“De grote struikelblok (...) is het beroepsgeheim. Dat is een enorme kloof die je dikwijls kan overbruggen door een goed intermenselijk contact, maar je bent afhankelijk van de goodwill van iemand (...). Het hangt er ook van af hoe dat de justitieassistent zijn werk bekijkt en invult. Hij heeft natuurlijk ongelooflijk veel macht over die cliënt. Dat is wel een probleem. Wij zijn gebonden door het beroepsgeheim, maar – off the record –, denk ik dat we door elkaar goed te kennen redelijk ver op de grens zitten. En als we de grens niet meer kunnen doen en ons puur moeten houden aan wat er op papier staat en wettelijk geregeld is, dan denk ik dat we beter elk op ons eiland gaan zitten.”

Een aantal case managers geeft ook aan dat justitieassistenten soms teveel focussen op het (herval in) druggebruik als schending van de opgelegde voorwaarden. Totale abstinentie blijkt voor heel wat langdurig verslaafde druggebruikers geen realistische doelstelling. De zin van de opgelegde urinecontroles, vooral voor het opsporen van cannabisgebruik, wordt dan ook in vraag gesteld. Ook sommige andere voorwaarden die dikwijls opgelegd worden aan druggebruikers, zoals het vermijden van het “drugmilieu” of van drankgelegenheden, blijkt vaak niet realistisch voor deze doelgroep.

Het is verder erg opvallend dat de Franstalige case managers het beroepsgeheim veel strikter interpreteren dan hun Nederlandstalige collega’s, waardoor de communicatie met justitie in Wallonië beperkt wordt tot het hoogst noodzakelijke. Ook de Franstalige zorgcoördinatoren beamen en benadrukken het probleem dat zich stelt inzake informatie-uitwisseling en beroepsgeheim, gezien de case managers over het globale dossier van de cliënt beschikken.

Inzake het verbeteren van de samenwerking tussen beide sectoren werden twee voorstellen ter verbetering van de communicatie geformuleerd: het betrekken van de cliënt bij elke informatieoverdracht en het bevorderen van de interpersoonlijke contacten tussen hulpverleners en justitieassistenten.

HOE STAAN DE BEVRAAGDE CASE MANAGERS TEGENOVER DE INTRODUCTIE VAN JUSTITIËLE CASE MANAGERS, ZOALS AANGEKONDIGD IN DE FEDERALE BELEIDSNOTA DRUGS VAN 2001?

Er werden in totaal 15 uitspraken gedaan over de wenselijkheid van justitiële case managers. Negen respondenten vinden dat er geen nood is aan justitiële case managers op cliëntniveau. Bovendien bestaat er heel wat weerstand tegen het gebruik van de term “case management” vanuit een justitiële

context, omdat case management in principe vrijwilligheid en cliëntgerichtheid centraal stelt. Zes van deze respondenten verwijzen spontaan naar het takenpakket van de justitieassistenten en zijn van mening dat deze goed werk leveren en er dus geen nood is aan een bijkomende vorm van justitieel case management.

“In de plaats daarvan zou men beter werk maken van duidelijke procedures inzake informatie-uitwisseling met de justitieassistenten en moet men het justitieapparaat en de justitiële begeleiding meer op maat van de cliënt maken”.

De zes overige respondenten zien wel een meerwaarde in een zekere vorm van justitieel case management. Drie uitspraken betreffen de nood aan case management voor druggebruikers in de gevangenis, in het bijzonder bij de voorbereiding van de invrijheidstelling. Daarnaast blijkt een strikte justitiële opvolging wenselijk van de zogenaamde “verslaafde veelplegers”, die de hulpverlening gedeeltelijk misbruiken om te kunnen ontsnappen aan justitie.

5.4.2.2 Case management in de justitiële sector

HOE WORDT CASE MANAGEMENT IN DE JUSTITIËLE SECTOR INGEVULD?

Zoals reeds eerder besproken vertoont het takenpakket van de justitieassistenten heel wat gelijkenissen met de basisfuncties van case management. Justitieassistenten staan in voor het toezicht op en de begeleiding van daders die onder bepaalde voorwaarden werden gesteld. Hun opdracht bestaat enerzijds uit het motiveren van daders om actief deel te nemen aan de opgelegde justitiële begeleiding en anderzijds uit het informeren van de autoriteiten door middel van maatschappelijke onderzoeken en verslagen over de opvolging van de begeleidingen.

In eerste instantie werden de bevroagde justitieassistenten (n=10) gevraagd of zij de daderbegeleiding beschouwen als een vorm van case management (cf. tabel 5.4). Alle respondenten zijn van mening dat hun takenpakket beantwoordt aan de vooropgestelde werkdefinitie van case management. Wel worden twee bedenkingen geformuleerd bij de intensiteit van de interventie. Vooreerst hangt dit in belangrijke mate af van de omvang van hun caseload. Bovendien zal de motivatie van de cliënt in niet onbelangrijke mate bepalen in hoeverre intensief met hem gewerkt kan worden. De uiteindelijke doelstelling van de daderbegeleiding is het voorkomen van recidive door de problemen op verschillende leefgebieden ten gronde aan te pakken (herstelgedachte).

Uit de interviews blijkt verder dat alle bevroagde justitieassistenten de basisfuncties van case management op een gelijkaardige manier invullen als de case managers in de verslavingszorg: assessment (de kennismakingsfase waarbij de problemen op verschillende leefgebieden geïnventariseerd worden), planning (het opstellen van een plan met de doelstellingen die de justitieassistent samen met de cliënt bespreekt), linking (contacten leggen en doorverwijzen), monitoring en evaluatie (opvolging van het dossier en de voorwaarden). Men dient echter goed voor ogen te houden dat deze monitoring en evaluatie voornamelijk gebeuren vanuit een toezichtfunctie, met de bedoeling het naleven van de (druggerelateerde) voorwaarden en de algemene evolutie van de daders te rapporteren aan de opdrachtgevende instanties.

Wat linking betreft, vermelden drie justitieassistenten dat zij ook vaak cliënten moeten motiveren voor het volgen van een behandeling. Ze hebben immers dikwijls te maken met cliënten die zelf geen hulpvraag stellen. Pas op het moment dat de cliënt voldoende gemotiveerd is, zal een doorverwijzing naar de hulpverlening gerealiseerd kunnen worden.

Ook coördinatie van de hulpverlening wordt door de bevroagde justitieassistenten als belangrijk ervaren. De meesten van hen nemen zelf deze coördinerende rol op, maar dit gebeurt zeker niet systematisch bij elke cliënt.

“Ik vind dat [coördinatie] belangrijk, maar niet bij elke cliënt. Het hangt ook af van wat een cliënt toelaat. Als er al een netwerk is uitgebouwd en mensen werken al rond problemen, moet je jezelf ook niet gaan opdringen en blijf je op de achtergrond.”

Wat de invulling van de overige case management taken betreft, merken we grote onderlinge verschillen tussen de justitieassistenten.

Vier justitieassistenten vinden outreaching erg belangrijk en drie van hen stellen zelfs dat het enkel via huisbezoeken mogelijk is om een hechte band op te bouwen met cliënten.

“Druggebruikers met wie het slecht gaat geraken eenvoudigweg niet op afspraken en dan moet je daar een beetje aan tegemoet komen. Dat wordt echt geapprecieerd (...). Hij heeft vaak ook gewoon geen geld om tot hier te geraken”.

Drie justitieassistenten vinden met name bij deze doelgroep advocacy of belangenbehartiging erg belangrijk. Heel uitzonderlijk wordt aan directe dienstverlening gedaan, wat niet mag verwonderen gezien dit op de eerste plaats typische taken zijn van een hulpverlener.

Tabel 5.4: Thema's en trefwoorden voor codering van semi-gestructureerde interviews met justitie-assistenten (n=10)

Thema's en trefwoorden (tot en met Niveau 2)	Frequentie
1. Wat verstaat u onder case management	100
1.1 Assessment	12
1.2 Planning	12
1.3 Linking en samenwerking	13
1.4 Opvolging/monitoring	15
1.5 Evaluatie	11
1.6 Outreaching	4
1.7 Advocacy	3
1.8 Strengths-based werken	2
1.9 Coördinatie	23
1.10 Directe dienstverlening	2
1.11 Therapie/aanleren vaardigheden	0
1.12 Crisisopvang	0
1.13 Informele zorg	1
1.14 Voorkomen recidive/controle	2
2. Beschouwt u de daderbegeleiding als een vorm van case management?	12
2.1 ja, want...	10
2.2 neen, want...	2
3. Ervaren voordelen van de case management-methodiek	12
3.1 op niveau van de organisatie van de hulpverlening	3
3.2 op niveau van de doelgroep	5
3.3 op niveau van de kwaliteit en effectiviteit van de hulpverlening	4
4. Ervaren nadelen van de case management-methodiek	2
4.1 Onduidelijke taakomschrijving	1
4.2 Verkrijgen van een mandaat van de cliënt	1
5. Structurele knelpunten	8
5.1 Termijn te kort	1
5.2 Wachtlijsten bij doorverwijzing	3
5.3 Andere	4

6. Communicatie en samenwerking tussen hulpverlening en justitie	25
6.1 Klein probleem	8
6.2 Groot probleem	12
6.3 Geen ervaring mee	0
6.4 Geen communicatie van informatie	1
6.5 Diverse opmerkingen	4
7. Suggesties ter verbetering samenwerking	18
8. Kunnen justitiële case managers meerwaarde bieden?	23
8.1 ja, omdat...	9
8.2 neen, omdat...	13
8.3 Diverse opmerkingen	1

De invulling van de overige taken zal grotendeels afhangen van de caseload. Indien deze relatief beperkt is zullen justitieassistenten deze taken grondiger opnemen dan in het geval van een hoge caseload. Een vergelijkbare redenering geldt voor de intensiteit en frequentie van de cliëntcontacten. Wanneer blijkt dat een cliënt problemen heeft op verschillende leefgebieden en de caseload het toelaat, zullen de bevraagde justitieassistenten cliënten veel vaker zien (tot meerdere malen per maand). Eens er een vorm van hulpverlening opgestart is, wordt dit afgebouwd naar één contact om de zoveel maanden. Verder zullen de intensiteit en frequentie van de contacten afhankelijk zijn van de aard van de problematiek, de hulpvraag van de persoon in kwestie (moet er eerst nog motiverend gewerkt worden?) en de duur van de opgelegde maatregelen. De caseload van alle justitieassistenten bedraagt meer dan 20 cliënten, maar dit zijn uiteraard niet enkel druggebruikers.

DE MODELLEN VAN CASE MANAGEMENT

Wanneer we de taakinenvulling door de justitieassistenten vergelijken met deze van de case managers in de verslavingszorg valt vooreerst een minder grote verscheidenheid op. Justitieassistenten zijn dan ook gehouden aan een aantal wettelijk bepaalde opdrachten, waardoor differentiatie in de taakinenvulling haast onmogelijk wordt. Indien er toch sprake is van een zekere differentiatie, dan houdt dit vooral verband met de caseload waardoor justitieassistenten de mogelijkheid hebben om meer frequente en intensieve contacten te hebben met hun cliënten.

In tabel 5.5 wordt een overzicht gegeven van de praktijken van de verschillende justitiehuisen en de mate waarin justitieassistenten basisfuncties van case management opnemen. De meeste van deze praktijken sluiten aan bij het makelaarsmodel van case management, gezien de relatief grote caseload en de beperking tot assessment, planning en monitoring. Gezien het niet systematisch toepassen van linking, coördinatie, belangenbehartiging en outreaching, de weinig intensieve contacten met de justitieassistent in bepaalde projecten en de specifieke gerichtheid op bepaalde leefgebieden (drugs en justitie), stelt zich de vraag of er überhaupt sprake van kan zijn dat de daderbegeleiding door justitieassistenten een vorm van case management is.

WAT ZIJN DE ERVAREN VOOR- EN NADELEN VAN CASE MANAGEMENT?

Twaalf uitspraken van de bevraagde justitieassistenten hebben betrekking op voordelen van deze interventie, terwijl slechts twee uitspraken mogelijke nadelen betreffen.

De voordelen zijn voornamelijk te situeren op het niveau van de doelgroep (n=5). Justitieassistenten hebben immers een totaaloverzicht van de situatie van de cliënt (n=2). Met betrekking tot de organisatie van de hulpverlening heeft case management het voordeel dat de justitieassistent het centrale aanspreekpunt is voor alle betrokken diensten. Wat betreft de kwaliteit van de hulpverlening (n=4), verkrijgt de case manager een mandaat voor het betrekken van verschillende diensten (n=2).

Tabel 5.5: Invulling van de verschillende case management-functies door justitieassistenten in de justitiehuizen (n=10)

Project	Assessment	Planning	Linking	Monitoring en opvolging	Evaluatie	Coördinatie	Outreaching	Therapie, vaarigheden	Informele zorg	Advocacy	Crisisopvang	Strengths based	Directe diensten	Caseload	Model
Justitiehuis Antwerpen	**	**	***	***	***	***	*			*				+ 20	Makelaarsmodel
Justitiehuis Dendermonde	**	***	**	***	***	**	**						**	+ 20	Makelaarsmodel
Justitiehuis Gent	**	**	**	***	***	**				*				+ 20	Makelaarsmodel
Justitiehuis Leuven	**	**	**	***	***	*	*							+ 20	Makelaarsmodel
Justitiehuis Turnhout	**	**	***	***	***	***								+ 20	Makelaarsmodel
Justitiehuis Bruxelles	**	**	**	***	***	***							*	+ 20	Makelaarsmodel
Justitiehuis Charleroi	**	**	**	***	***	***								+ 20	Makelaarsmodel
Justitiehuis Liège	**	**	***	***	***	***			*	*				+ 20	Makelaarsmodel
Justitiehuis Mons	**	**	**	***	***	***								+ 20	Makelaarsmodel
Justitiehuis Namur	**	**	***	***	**	**	*							+ 20	Makelaarsmodel

WELKE KNELPUNTEN WORDEN ERVAREN OP STRUCTUREEL NIVEAU BIJ DE IMPLEMENTATIE VAN CASE MANAGEMENT?

Acht uitspraken handelen over structurele knelpunten bij de implementatie van deze werkvorm. Volgens een aantal Nederlandstalige justitieassistenten belemmeren wachtlijsten een snelle en efficiënte doorverwijzing van cliënten naar de (drug)hulpverlening (n=3). De Franstalige respondenten zien eerder knelpunten in de niet-neutrale, controlerende positie van de justitieassistent waardoor cliënten niet geneigd zijn open kaart te spelen en, bijvoorbeeld, problemen minimaliseren of pretenderen dat ze erg gemotiveerd zijn om zich te laten behandelen of begeleiden.

“L’inconvénient, c’est que c’est du contrôle. D’un assistant social de formation comme moi, on peut peut-être s’attendre à autre chose, mais c’est un choix professionnel. On n’est pas neutres: c’est davantage une représentation du contrôle social qu’il y a ici. Donc, forcément, c’est désagréable, il faut rendre des comptes, et ce n’est pas toujours bien perçu. C’est générique par rapport à tous nos dossiers, ce n’est pas spécifiques aux assuétudes. C’est l’essence même de notre travail.”

HOE WORDT DE SAMENWERKING MET DE HULPVERLENING ERVAREN EN WELKE SUGGESTIES WORDEN GEFORMULEERD TER VERBETERING VAN DEZE SAMENWERKING?

Heel wat uitspraken (n=25) betreffen de samenwerking en communicatie met hulpverleningsdiensten. Het is opvallend dat de justitieassistenten de samenwerking met de hulpverlening als meer problematisch ervaren vergeleken met de manier waarop de bevraagde case managers in de verslavingszorg de samenwerking met justitie beoordelen.

De uitspraken (n=12) die betrekking hebben op ernstige problemen in de samenwerking met de hulpverlening wijzen er onder meer op dat de communicatie vroeger vlotter en informeler verliep dan nu, waardoor justitieassistenten soms niet over voldoende informatie beschikken in functie van de rapportage naar de opdrachtgevende overheid. Wel is het zo dat men meestal geen bezwaar heeft tegen een mondeling bespreking van de cliëntsituatie, *“maar vanaf het moment dat iets op papier gezet moet worden, krabbelen de hulpverleners terug”*.

Het is opvallend dat tweederde van deze uitspraken over problematische samenwerking met de hulpverlening (n=8) van Franstalige justitieassistenten komen. Drie van hen stellen dat er zelfs helemaal geen bereidwilligheid is vanuit de hulpverlening om samen te werken en informatie uit te wisselen.

Acht andere uitspraken wijzen dan weer op een redelijk vlotte samenwerking met de hulpverlening, waarbij vooral goede interpersoonlijke contacten een niet onbelangrijke rol spelen. Daarnaast melden een aantal bevraagde justitieassistenten dat ze afspraken maken met hulpverleningsdiensten inzake de communicatie van informatie. Ten slotte werden er heel wat suggesties geformuleerd ter verbetering van de samenwerking met de hulpverlening (n=18), zoals:

- het organiseren van ontmoetingen of regelmatige overlegmomenten tussen justitieassistenten en hulpverleners, waarbij een toelichting wordt gegeven van ieders werking (n=6)
- het vastleggen van samenwerkingsafspraken in protocollen, waarbij meermaals werd verwezen naar het samenwerkingsakkoord voor de behandeling van seksueel delinquenten dat vastlegt wat wanneer aan wie doorgegeven moet worden (n=4);
- het betrekken van de cliënt bij de informatie-uitwisseling (n=3).

HOE STAAN DE BEVRAAGDE JUSTITIEASSISTENTEN TEGENOVER DE INTRODUCTIE VAN JUSTITIËLE CASE MANAGERS ZOALS AANGEKONDIGD IN DE FEDERALE BELEIDSNOTA “DRUGS” VAN 2001?

In totaal 23 uitspraken betroffen de wenselijkheid van de functie van justitiële case manager. De meeste van deze uitspraken (n=13) illustreren dat de meeste justitieassistenten geen voorstander zijn van de implementatie van de functie van justitieel case manager. Bovendien vinden de taakomschrijving en de beleidsnota bijzonder onduidelijk. Wanneer deze justitiële case manager de

begeleiding en opvolging op cliëntniveau moet gaan doen, zijn zij van mening dat zij deze functie reeds vervullen.

“Je trouve que c’est une notion qui reste assez floue, parce que quand on voit les propositions d’emploi qu’on nous avait faites, finalement, c’était un petit peu avoir une personne qui centralise les contacts avec les différents intervenants en matière de toxicomanie. Or, tous les jours, dans notre travail, on le fait. Je ne vois pas très bien la spécificité de la fonction par rapport à ce qu’on fait maintenant, tous les jours, dans notre travail quotidien.”

Negen uitspraken illustreren echter de nood aan een case management-functie binnen het parket, maar de meeste respondenten zien dit eerder op beleidsmatig of structureel niveau. Twee respondenten geven tenslotte aan dat men in plaats van een nieuwe functie toe te voegen beter werk zou maken van een versterking van het personeelsbestand van de justitiehuizen of dat er toch tenminste een inspanning geleverd zou mogen worden om systematisch alle justitieassistenten die met zwangerschaps- of ziekteverlof zijn te vervangen.

5.4.3 Samenvatting en besluit

Vooreerst benadrukken we dat de gepresenteerde onderzoeksresultaten, de weergave zijn van de subjectieve visie en beleving van de geïnterviewde sleutelfiguren. Dit kwalitatief onderzoek had immers de bedoeling na te gaan hoe case managers en andere direct betrokkenen case management invullen en ervaren. De bevindingen uit de interviews kunnen dan ook niet veralgemeend worden naar de verslavingszorg als geheel, maar geven wel een indicatie over hoe er vanuit bestaande case management-projecten en vergelijkbare werkvormen gedacht wordt over de implementatie en praktijk van case management.

De geïnventariseerde projecten in de verslavingszorg kunnen teruggebracht worden tot 4 clusters: pilootprojecten voor de uitbouw van crisiseenheden voor personen met middelengerelateerde stoornissen (n=8); ontslagmanagement in psychiatrische ziekenhuizen (n=4); onafhankelijke case management-projecten die niet verbonden zijn aan bepaalde voorziening (n=2) en projecten die verbonden zijn aan diensten voor medische en psycho-sociale opvang (n=2). Niet alleen tussen, maar ook binnen deze clusters kunnen projecten onderling sterk verschillen wat betreft de invulling van de basistaken en de organisatie van het zorgaanbod.

Een andere belangrijke vaststelling is dat de implementatie van case management in de verslavingszorg in het Franstalig landsgedeelte nog in de kinderschoenen staat in vergelijking met het Nederlandstalig landsgedeelte. Met uitzondering van de pilootprojecten voor de uitbouw van crisiseenheden voor personen met middelengerelateerde stoornissen bestaan in het Franstalige landsgedeelte momenteel geen andere initiatieven terzake, hoewel men op verschillende plaatsen bezig is met de uitbouw van zorgcoördinatie.

Wat de situering van de geïnventariseerde projecten binnen de theoretische modellen van case management betreft, sluiten de meeste projecten aan bij een makelaars/generalist model of een ACT/intensief model van case management. De meeste pilootprojecten voor de uitbouw van crisiseenheden leunen in de praktijk het sterkst aan bij het makelaarsmodel, gezien naast de basisfuncties weinig andere case management-taken (coördinatie, belangenbehartiging en outreaching) systematisch toegepast worden. De grote caseload laat ook weinig ruimte open voor de keuze van een ander model. Wanneer de intensiteit van de contacten echter hoger ligt en de caseload beperkt blijft, is meestal sprake van generalist case management. Het ontslagmanagement in psychiatrische ziekenhuizen en de projecten “Bubbels & Babbels” en “Perspectief” werken vanuit een ACT-model van case management, terwijl de case management-projecten “Middelenmisbruik Oost-Vlaanderen” en “Gezondheidsbevordering bij injecterende druggebruikers” nauw aansluiten bij wat in de literatuur omschreven wordt als intensief case management. Ook de daderbegeleiding door justitieassistenten vertoont heel wat gelijkenissen met het makelaarsmodel van case management. Dit blijkt vrij

consistent het geval te zijn over verschillende justitiehuizen heen, wat samenhangt met de wettelijke bepaling van de taken van de justitieassistenten. Indien er toch sprake is van differentiatie in de taakinvulling, heeft dit vooral te maken met de omvang van de caseload die toelaat meer of minder intensief te werken met cliënten. Gezien de beperkte (regelmaat van de) contacten en de niet altijd systematische toepassing van functies zoals linking, coördinatie, belangenbehartiging en outreaching kan men de vraag stellen of de taakinvulling door de justitieassistenten überhaupt beantwoordt aan de definitie van case management.

Het valt op dat minder dan de helft van de case management-projecten in de verslavingszorg vertrekken vanuit een duidelijk referentiekader en een eenduidige visie op case management. Dit is onder meer te wijten aan een gebrek aan specifieke training en supervisie van case managers in bestaande projecten.

Het merendeel van de projecten in de verslavingszorg wordt gefinancierd door de federale overheid. Er is (voorlopig) echter geen sprake van continuïteit van deze projecten, aangezien bij de meeste projecten jaarlijks beslist wordt of ze verlengd zullen worden of niet. Dit geldt tevens voor de overige case management projecten in de verslavingszorg. Momenteel wordt enkel het ontslagmanagement in psychiatrische ziekenhuizen structureel gefinancierd via de ligdagprijs.

De samenwerking tussen justitie en hulpverlening wordt door justitieassistenten als meer problematisch beschouwd dan door case managers in de verslavingszorg. De meeste bevroegde justitieassistenten vinden dat de communicatie van informatie vroeger vlotter en informeler verliep dan nu, wat mogelijk wijst op een striktere interpretatie van het beroepsgeheim door hulpverleners in vergelijking met vroeger. Uiteraard stelt dat meer problemen voor de justitieassistenten, aangezien ze vaak niet over voldoende informatie beschikken in functie van de rapportage aan hun opdrachtgevers. Het valt tevens op dat de Franstalige case managers het beroepsgeheim strikter interpreteren dan hun Nederlandstalige collega's, waardoor de communicatie met de justitiële sector vooral daar beperkt wordt tot het hoogst noodzakelijke.

Wat de wenselijkheid betreft van de implementatie van de functie van case manager justitie zoals gedefinieerd in de federale beleidsnota "drugs" blijken de meeste respondenten hier geen voorstander van te zijn. Indien men de begeleiding van druggebruikers op cliëntniveau bedoelt, vinden bijna alle respondenten dat deze taak nu reeds opgenomen wordt door de justitieassistenten. Wel blijkt er nood te zijn aan een zekere vorm van case management in het penitentiair milieu teneinde druggebruikers voor te bereiden op hun invrijheidstelling. Ook de nood aan een adviserende en beleidsmatige ondersteuning ten aanzien van de parketmagistraten wordt erkend, maar de vraag stelt zich of dit onder de noemer "case management" geplaatst moet worden.

5.5 Toetsing van de wenselijkheid en haalbaarheid van de implementatie van case management

5.5.1 Inleiding

In het onderzoeksvoorstel werd het gebruik van focusgroepen geïntroduceerd als een soort klankbord om de bevindingen uit de literatuurstudie en de interviews te toetsen. Tijdens de focusgroepen werden deze resultaten voorgelegd onder de vorm van stellingen met betrekking tot de implementatie van case management bij justitiële en niet-justitiële cliënten. De deelnemers werden gevraagd hun bedenkingen en suggesties te formuleren bij deze stellingen inzake de wenselijkheid en haalbaarheid van deze werkvorm.

Om zoveel mogelijk van de verschillende actoren die betrokken zijn bij de drugproblematiek ook te betrekken in dit focusgroep-onderzoek, werd ervoor geopteerd drie soorten focusgroepen te organiseren: focusgroepen met vertegenwoordigers vanuit de hulpverlening, focusgroepen met vertegenwoordigers vanuit justitie en gemengde focusgroepen met een vertegenwoordiging vanuit de hulpverlening, justitie en het beleid.

Bedoeling van deze focusgroepen was om – op basis van een de voornoemde Delphi-methode – een zekere consensus te bereiken over de geformuleerde stellingen. Zoals uit de rapportage zal blijken was het niet steeds mogelijk een consensus of overeenstemming te bereiken omtrent bepaalde thema's.

5.5.2 Werkwijze

5.5.2.1 Proefgroep

De focusgroepen werden parallel georganiseerd in drie grootstedelijke regio's, met een aanzienlijke drugproblematiek en/of een uitgebreid hulpverleningsaanbod: Antwerpen, Charleroi en Gent. Om de standpunten van zoveel mogelijk betrokkenen bij de drugproblematiek weerspiegeld te zien in de focusgroepen, werden in elk van deze steden drie soorten focusgroepen georganiseerd:

- één met vertegenwoordigers uit de hulpverlening zoals het straathoekwerk, maatschappelijke opvang, crisisopvang, justitieel welzijnswerk, ontwenningencentra, medisch-sociale opvangcentra, psychiatrische ziekenhuizen en therapeutische gemeenschappen. Tevens werden één of meer case managers uit de verslavingszorg uitgenodigd;
- één met vertegenwoordigers van justitiële actoren, zoals justitiehuis, parketten, onderzoeksrechters, psychosociale diensten (PSD) van gevangenen en de lokale politie;
- één met zowel vertegenwoordigers vanuit hulpverlening en justitie als met beleidsverantwoordelijken uit beide sectoren met bevoegdheden op lokaal, provinciaal of federaal niveau.

De selectie van de diensten en voorzieningen voor de focusgroepen gebeurde willekeurig in elk van de drie regio's. Enige voorwaarde was dat participanten sleutelfiguren moesten zijn met een jarenlange ervaring in een bepaalde sector, die aldus beschouwd konden worden als experts op hun werkdomein [10].

Hierna geven we een overzicht van de diensten die uitgenodigd werden om te participeren aan de focusgroepen in de verschillende regio's. Niet alle uitgenodigde deelnemers kwamen echter opdagen. De diensten die zich lieten verontschuldigen of die verstek lieten gaan, worden afzonderlijk vermeld.

- *Focusgroepen te Antwerpen:*
Bubbels & Babbels; Antwerps Drug Interventie Centrum (ADIC); MSOC-Free Clinic Antwerpen; Opvang Dakloze Druggebruikers (ODD); Justitiehuis Antwerpen; Justitiehuis Turnhout; Parket Antwerpen; Parket Turnhout; Stedelijk Overleg Drugs Antwerpen (SODA); Provinciale zorgcoördinator middelenmisbruik; CAW Metropool.

Afwezig/verontschuldigd:

AZ Stuivenberg, EPSI; Dagcentrum De Sleutel; Justitieel Welzijnswerk Antwerpen; Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Vagga-Altox (CGGZ); Psycho-sociale Dienst (PSD) Gevangenis Turnhout; Politie Antwerpen; Onderzoeksrechter Antwerpen; Cel Beleidsvoorbereiding FOD Justitie; Cel Beleidsvoorbereiding FOD Volksgezondheid.

- *Focusgroepen te Charleroi:*
Coordinatrice de soins; Case manager de Charleroi; Carolo Rue; Transition; Trempline; Centre de Santé Mentale du CPAS de Charleroi; Maison de Justice de Charleroi; Maison de Justice de Nivelles; Parquet Charleroi; Service psycho-social de la prison de Jamioux; SPF Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire, environnement; Coordination drogue Charleroi.

Afwezig/verontschuldigd:

Police locale de Charleroi; SPF Justice; Coordination Contrat de sécurité et de prévention de Liège.

- *Focusgroepen te Gent:*

Ontwenningskliniek De Pelgrim; Medisch-sociaal Opvangcentrum voor druggebruikers Gent (MSOC); Provincie Oost-Vlaanderen, Dienst Gezondheid; Universitair Ziekenhuis Gent, UPSIE; OCMW Gent; Crisisinterventiecentrum De Sleutel (CIC); Psychiatrisch Centrum Sleidinge; Straathoekwerk; Justitiehuis Gent; Justitiehuis Dendermonde; Parket Gent; Parket Dendermonde; Politie Gent; Onderzoeksrechter Gent; Psychiatrisch Ziekenhuis Zoete Nood Gods, Drugcoördinator Stad Gent; Provinciale zorgcoördinator middelenmisbruik; Cel Beleidsvoorbereiding FOD Justitie; FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, Cel Psychiatrische Zorgverlening, Bestuur van de Gezondheidszorgen.

Afwezig/verontschuldigd:

CAW Artevelde; CAW Visserij; Psycho-sociale Dienst (PSD) Gevangenis Gent.

5.5.2.2 De focusgroep-methode

Focusgroepen worden regelmatig gebruikt in onderzoek naar de noden en behoeften van diverse actoren. Focusgroep onderzoek is een kwalitatieve onderzoeksmethode, die gebaseerd is op de principes van de groepsdynamica [14]. Door middel van groepsgesprekken met speciale gesprekstechnieken krijgt men een levendig en actueel beeld van de motieven, belangen, vragen en ideeën van de doelgroepleden. Focusgroepen zijn ook geschikt om antwoorden en opinies te krijgen over gevoelige onderwerpen, bv. de houding tegenover het gebruik van illegale drugs, de toegankelijkheid van de hulp- en dienstverlening [15].

Een focusgroep wordt geleid door een moderator die de deelnemers optimale kansen biedt om in de groep hun mening te kunnen geven [16]. De moderator heeft de taak het gesprek te faciliteren eerder dan het gesprek te leiden. Focusgroepen laten de deelnemers zelf aan het woord en bieden hen de vrijheid om vrijuit te praten [17]. De ideale grootte van een focusgroep ligt tussen zes en twaalf deelnemers, omdat deze groeps grootte de deelnemers aanmoedigt om hun ideeën met elkaar te delen [18]. Greenbaum heeft het idealiter over acht à tien deelnemers [19].

Een belangrijke randvoorwaarde is de gegarandeerde anonimiteit van de deelnemers om hen zo alle ruimte te laten vrijuit te spreken. Bij de rapportage van de resultaten van de focusgroepen zal dan ook niet verwezen worden naar personen [20]. Het is verder aangewezen dat de moderator zich laat bijstaan door een assistent die de nodige technische ondersteuning biedt, die de interacties in de groep mee observeert en die het groepsgesprek neerschrijft [20].

Een niet te onderschatten nadeel van de focusgroep-methode is dat men soms geneigd is bepaalde resultaten teveel te benadrukken [20]. Deze onderzoeksmethode laat ook niet toe uitspraken te veralgemenen naar de gehele doelgroep [18,21]. De bevindingen uit deze focusgroepen kunnen dan ook bezwaarlijk veralgemeend worden naar alle regio's en naar alle actoren binnen de hulpverlening, justitie en het beleid.

Gesitueerd binnen de kwalitatieve onderzoekstraditie wordt het accent bij focusgroep onderzoek gelegd op de interpretatie en subjectieve beleving van de betrokkenen [11]. Het is eigen aan deze methodiek dat de informatie van de deelnemers zelf komt en dus geen objectieve informatie betreft. Het onderwerp van dit soort onderzoek is wat zij als (niet) belangrijk ervaren en wat hun verwachtingen, noden en behoeften zijn. Vandaar dat wanneer de deelnemers niet ingingen op bepaalde thema's of bepaalde onderwerpen niet ter sprake brachten, deze thema's ook niet (verder) bevraagd werden.

5.5.2.3 Procedure

De focusgroepen werden georganiseerd in de periode tussen 8 juni en 2 juli 2004 op een neutrale en makkelijk bereikbare plaats in elk van de drie steden. De geselecteerde deelnemers werden per brief uitgenodigd en daarna telefonisch gecontacteerd of ze aanwezig konden zijn op het

focusgroepgesprek. Indien een vertegenwoordiger van een bepaalde werkvorm niet aanwezig kon zijn, werd gezocht naar een vervanger uit een gelijkaardige werkvorm.

De focusgroepen duurden gemiddeld twee uur en verliepen aan de hand van een voorafbepaald stramien:

- inleiding en korte voorstelling door de onderzoeker
- doelstellingen en situering van het onderzoek en de opdrachtgever
- toelichting van de gehanteerde werkdefinitie van “case management”
- doelstellingen van de focusgroep
- praktische afspraken

Daarna werd overgegaan naar de lijst met stellingen die door de onderzoekers opgesteld werden op basis van de literatuurstudie en de bevindingen uit de interviews. Deze stellingen waren geconcentreerd rond volgende thema's: doelstellingen, doelgroep, duur van de interventie, functieprofiel van de case manager, inbedding van de methodiek, samenwerking tussen hulpverlening en justitie, justitieel case management, de functie van justitiële case manager zoals gedefinieerd in de federale beleidsnota “drugs” van 2001 en de mogelijke samenwerking tussen de case managers “verslavingszorg” en “justitie”¹².

Alle deelnemers aan de focusgroepen ontvingen de lijst met stellingen enkele dagen voor de geplande datum van de focusgroep, zodat ze hun antwoorden konden voorbereiden.

De focusgroepen in Gent en Antwerpen werden geleid door de eerste auteur van dit hoofdstuk. De focusgroepen in Charleroi werden gefaciliteerd door de Franstalige onderzoeker, tweede auteur van dit hoofdstuk. Tijdens de focusgroepen was tevens een assistent-onderzoeker aanwezig om de moderator te ondersteunen bij het observeren van de groepsinteracties en voor het neerschrijven van de inhoud van de groepsgesprekken.

5.5.2.4 De data-analyse

In functie van de data-analyse werden de uitgeschreven teksten van de focusgroepen eerst grondig doorgenomen. Per stelling werden alle relevante uitspraken uit de verschillende focusgroepen geanalyseerd en vergeleken. Hiertoe werden eerst alle stellingen uit de focusgroepen “hulpverlening” en “justitie” besproken, met aandacht voor verschillen tussen de drie onderzoeksregio's. Daarna worden de reacties op de stellingen uit de gemengde focusgroepen “hulpverlening – justitie – beleid” gerapporteerd, weerom met aandacht voor verschillen tussen de drie betrokken steden.

Omdat het niet de bedoeling was van de onderzoeksequipe om de uitspraken uit de focusgroepen te kwantificeren, werd geopteerd om de gegevens van de focusgroepen niet te verwerken met het softwarepakket Winmax 98 Pro [13]. We wilden vooral de discussies en verschillende standpunten met betrekking tot de stellingen woordelijk en chronologisch weergeven. Het gebruik van het tekstanalyseprogramma WinMAX koppelt uitspraken immers los van hun context en vergelijkt afzonderlijke uitspraken, waardoor cruciale informatie over de context en groepsdynamiek verloren zou zijn gegaan. Om die reden opteerden we voor een manuele inhoudsanalyse van de uitgeschreven focusgroepen aan de hand van een aantal thema's die de deelnemers aan de focusgroepen zelf aanbrachten bij de bespreking van de verschillende stellingen.

Opdat de identiteit van personen die bepaalde uitspraken deden tijdens de focusgroepen niet herkenbaar zou zijn voor derden, werd beslist om hier geen lijst met deelnemers per focusgroep op te nemen en om bij de rapportage van de resultaten ook niet te verwijzen naar personen. We verwijzen wel naar sectoren, en in mindere mate naar bepaalde werkvormen. Op deze manier kan toch enigszins geduid worden welke standpunten bepaalde organisaties innemen en vanuit welke sector bepaalde uitspraken komen.

¹² De originele stellingen zoals voorgelegd aan de deelnemers zijn in beide landstalen als bijlage opvraagbaar bij de coördinator.

Om te veel herhaling te vermijden, worden in onderstaande beschrijving van de onderzoeksresultaten enkel de kernelementen van de verschillende stellingen weergegeven. Deze stellingen werden immers aangepast in functie van de doelgroep (hulpverlening of justitie). Bovendien werden de stellingen die voorgelegd werden tijdens de gemengde focusgroepen verder verfijnd op basis van de resultaten van de focusgroepen verslavingszorg en justitie. Bij de bespreking van de resultaten van de focusgroepen geven we aan over welke stellingen overeenstemming werd bereikt en welke niet.

Om bepaalde standpunten te illustreren maken we gebruik van citaten. Deze letterlijke uitspraken van deelnemers worden cursief aangeduid. Er wordt gebruik gemaakt van ronde haakjes (...) wanneer stukken tekst zijn weggelaten, en van vierkante haakjes [...] wanneer, voor het goede begrip van de lezer, de uitspraken in hun context gesitueerd worden.

5.5.3 Resultaten

Stelling 1: *“Case management is een geschikte methodiek om de organisatie (continuïteit en coördinatie van de zorg) en kwaliteit (effectiviteit en efficiëntie) van de hulpverlening aan druggebruikers te verbeteren.”*

Over de eerste stelling werd in alle focusgroepen relatief snel overeenstemming gevonden. Case management wordt erkend als een geschikte methodiek om bovenstaande doelstellingen te realiseren, maar:

- het wordt beschouwd als een werkmiddel, niet als een doel op zich;
- het is hiervoor niet de enige geschikte methodiek;
- het is een ruim begrip (“*containerbegrip*”) met verschillende invullingen en ladingen.

De deelnemers aan de focusgroepen “hulpverlening” in Antwerpen en Gent benadrukken twee cruciale randvoorwaarden voor de implementatie van case management:

- de premisse van de vrijwilligheid van de cliënt;
- het vraaggestuurde karakter van de interventie.

Case management moet het project van de cliënt zijn, want anders is de kans reëel dat deze afhaakt. Omdat men met een doelgroep werkt die niet steeds standvastig is in zijn beslissingen, kan hun visie over dit project wijzigen, maar het is aan de case manager om hier flexibel op in te spelen.

Het vooropstellen van doelstellingen op langere termijn bevordert de continuïteit en coördinatie van de hulpverlening. Dit traject kan echter in belangrijke mate beïnvloed worden door het feit dat bepaalde cliënten begeleid en opgevolgd worden vanuit een justitieel mandaat.

“Het is nu eenmaal zo dat de begeleiding en het traject gestuurd worden vanuit justitie door de opgelegde voorwaarden. Ik vraag me dan af in hoeverre hierbij rekening werd gehouden met de hulpvraag van de cliënt.”

Hulpverleners uit de regio Gent melden dat ze het als zeer positief ervaren dat de case manager cliënten kan opvolgen gedurende het hulpverleningsproces, waarbij de case manager het overzicht behoudt en bemiddelt bij andere diensten. De ronde tafelgesprekken met de cliënt en alle betrokken voorzieningen worden als een duidelijke meerwaarde van case management benoemd.

Anderzijds wordt case management als een vrij complexe vorm van begeleiding ervaren, gezien het intensieve en geïndividualiseerde karakter van deze interventie. Zowel het vertrouwen winnen van de cliënt als het in contact blijven met de cliënt gedurende het gehele traject blijken geen evidentie. Het is kenmerkend voor de doelgroep dat ze zich niet altijd even goed aan afspraken houden en soms slechts gemotiveerd zijn voor bepaalde vormen van hulpverlening (bv. methadonsubstitutie). Deze kenmerken maken dat het case management dan ook niet altijd zo gestructureerd en systematisch verlopen als uiteengezet in de theorie.

Tijdens de focusgroepen “hulpverlening” werd de nood aan case management vooral in verband gebracht met de complexiteit van de organisatie van de hulpverlening. Momenteel werken verschillende hulpverleningsdiensten immers nog te vaak naast in plaats van met elkaar. Indien de samenwerkingsproblemen in deze sector opgelost geraken, is de implementatie van case management in de verslavingszorg in principe niet langer nodig. Anderzijds geven een aantal deelnemers aan dat case management nu eenmaal nodig is voor de cliënten met de meest ernstige en complexe problematiek. Sommige cliënten zien immers door de bomen het bos niet meer en dan zal het belangrijk zijn dat een case manager hen verwijst en laat aanhaken met een geschikte vorm van hulpverlening. Het verzekeren van de zorgcontinuïteit en -coördinatie staat hierbij centraal. Tenslotte werd er op gewezen dat er nog maar weinig onderzoek gedaan is naar de effectiviteit van case management.

In het Franstalige landsgedeelte werden de case managers verbonden aan de crisiseenheden in de algemene ziekenhuizen in eerste instantie niet positief onthaald door het werkveld. Men heeft geprobeerd hieraan tegemoet te komen door een meerwaarde te bieden ten opzichte van de reeds bestaande diensten, wat door de overige deelnemers aan de focusgroep bevestigd wordt. Men blijft echter zeer terughoudend ten aanzien van deze interventie die als te ingrijpend en opdringerig gezien wordt.

“(…) mais quand le case manager s’est installé (...), il n’était pas le bienvenu. J’ai le souvenir de discussions... Il n’y a pas grand monde qui était porteur. Donc, quand on a commencé [le case manager et son collègue], on s’est dit “comment est-ce qu’on va faire pour ajouter une plus-value à ce qui existe?”... et pas commencer à faire quelque chose d’intrusif, parce qu’ou sinon, le projet aurait été mort-né”.

Verder in de discussie kwamen voornamelijk de doelstellingen met betrekking tot de coördinatie en continuïteit van de zorg aan bod, waarbij men een duidelijk onderscheid wenste te maken tussen beide. De continuïteit van de zorg en de opvolging van het hulpverleningsproces worden als belangrijkste functies van de case manager erkend, terwijl men het verbeteren van de organisatie en coördinatie van de zorg eerder rekent tot de functies van de zorgcoördinator. Toch wordt ook aangegeven dat men het als zeer positief ervaart dat de case manager “l’interface entre le réseau et l’hôpital” is en dat deze als aanspreekpunt fungeert in bepaalde vastgelopen situaties. Daarenboven vormt de case manager een soort opvangnet (“un lien”, “un contact”, “filet de sécurité”) bij hervatting. Het zal dan ook belangrijk zijn dat zowel het contact met de cliënt als met de betrokken voorzieningen behouden blijft. Hierbij wordt nog opgemerkt dat case management pas efficiënt kan zijn als de case manager een beroep kan doen op een voldoende uitgebouwd netwerk.

Bij de bespreking van deze stelling tijdens de focusgroepen “justitie” kwam de functie van de justitieassistenten telkens ter sprake. Justitieassistenten kunnen geen case managers in de strikte zin van het woord genoemd worden, aangezien hun doelstellingen het verminderen van criminaliteit en het voorkomen van recidive zijn. In een aantal gevallen worden cliënten met een drugproblematiek intensief begeleid door een justitieassistent. Deze intensieve begeleiding van een aantal cliënten zou men kunnen beschouwen als een oneigenlijke vorm van justitieel case management.

Men vindt het een belangrijk voordeel wanneer justitieassistenten een zekere vorm van continuïteit in de begeleiding kunnen realiseren. Eén centrale persoon, de justitieassistent, motiveert en oriënteert de cliënt naar een bepaalde vorm van hulpverlening en verzorgt tevens de opvolging. Ook vanuit het parket wordt de nood aan continuïteit benadrukt, waarmee men eigenlijk een vorm van permanentie bedoelt waardoor men kan instaan voor de zorgcoördinatie op structureel niveau, in het bijzonder buiten de klassieke kantooruren. Tevens dient één of andere vorm van ondersteuning voorzien te worden in het kader van de pretoriaanse probatie, hoewel dit statuut niet frequent meer toegepast wordt in de meeste gerechtelijke arrondissementen. Het is aan het Openbaar Ministerie om de dossiers te selecteren die in aanmerking komen voor de pretoriaanse probatie, het begeleidingstraject van de geïnterpelleerde druggebruikers uit te tekenen, de voorwaarden te bepalen, de controle op de naleving hiervan te organiseren en advies uit te brengen aan de Procureur des Konings. De parketmagistraten menen dat een soort “justitiële case manager” met specifieke kennis over het zorgaanbod en

opvangmogelijkheden binnen de verslavingszorg een belangrijke ondersteunende en adviserende functie kan hebben ten aanzien van het parket.

Alle participanten waren het erover eens dat vanuit justitie en de hulpverleningssector verschillende modellen van case management gehanteerd worden. Het blijft een open vraag of het werk van de justitieassistenten wel als case management gecatalogeerd kan worden.

Stelling 2: *“Case management is ook binnen een justitieel kader mogelijk en daar blijkt ook nood aan te zijn. Hoe moet het justitieel case management volgens u ingevuld worden?”*

Er bestaat algemene overeenstemming over het belang van de begeleiding van druggebruikers binnen de justitiële context en over de invulling hiervan.

Tijdens de focusgroepen “hulpverlening” in Gent en Antwerpen benadrukten de hulpverleners dat er vanuit justitie geen sprake kan zijn van case management, aangezien dit niet start vanuit de vrije keuze van de cliënt. Dit gaat volgens hen in tegen de basisprincipes van case management. Zij menen dan ook dat vergelijkbare interventies vanuit justitie – zij het onder dwang of drang – niet mogen ressorteren onder de noemer “case management”. Vanuit het justitieel welzijnswerk wordt daar aan toegevoegd dat men in deze sector ook verschillende vormen van vrijwillige trajectbegeleiding organiseert die nauw aansluiten bij de methodiek van case management.

Alle deelnemers zijn het wel eens over het belang van een zekere vorm van begeleiding onder druk, aangezien sommige druggebruikers nooit vrijwillig de stap naar de hulpverlening (zullen) zetten. Met betrekking tot de invulling van deze begeleiding onder druk, zitten alle respondenten op dezelfde lijn. De daderbegeleiding door de justitieassistenten wordt beschouwd als drangbegeleiding onder druk. Een aantal Franstalige deelnemers gaan hier nog een stap verder in door te stellen dat dit eigenlijk justitieel case management is.

“Le case manager justice, pour moi, ça [les assistants de Justice], on s’est dit “existe déjà...””.

De justitieassistenten hebben immers het mandaat om sociale enquêtes uit te voeren in functie van de afstemming van de justitiële voorwaarden en om de naleving van deze voorwaarden op te volgen. De justitieassistenten vervullen een dubbele rol en hebben zowel een controlerende taak als een begeleidende taak (bv. de cliënten informeren, confronteren, motiveren en ondersteunen en naar de hulpverlening toeleiden om een (nieuwe) detentie te voorkomen). De taak van deze justitieassistenten situeert zich op cliëntniveau, niet op structureel niveau.

Naast de nood aan individuele begeleiding onder justitiële druk bleek verder tijdens de focusgroepen justitie dat er nood is aan een persoon of instantie die de parketmagistraten en onderzoeksrechter informeert over de mogelijkheden inzake doorverwijzing (voornamelijk in functie van crisisopvang). Naast de politiediensten zijn het parket en de onderzoeksrechter de eerste instanties die in contact komt met geïnterpelleerde druggebruikers. Vooral de parketmagistraten zijn vragende partij voor een permanentiesysteem voor advies inzake doorverwijzing en drangmaatregelen. In deze context weerklinken verwijten vanuit de hulpverlening ten aanzien van het parket dat zij hiervoor niet over de nodige expertise beschikken.

“De parketmagistraten nemen nog te vaak beslissingen zonder te weten wie ze voor zich hebben. De ene druggebruiker is de andere niet”.

Deze observatie illustreert tevens de reeds lang bestaande nood aan meer coördinatie en afstemming tussen justitie en hulpverlening. Deze functie wordt eerder op structureel niveau gesitueerd, aangezien het hier een adviserende en ondersteunende functie betreft.

Stelling 3: *“Uit de interviews blijkt dat enkele respondenten menen dat case management gereserveerd moet worden voor de meest problematische druggebruikers, terwijl anderzijds een aantal respondenten vindt dat case management toegankelijk moet zijn voor iedereen.”*

Over deze stelling werd geen overeenstemming gevonden.

Tijdens de focusgroepen met hulpverleners in Gent en Antwerpen werd opgemerkt dat een aantal case management-projecten geen specifieke inclusiecriteria hanteren (bv. de pilootprojecten voor de uitbouw van crisiseenheden voor personen met middelengerelateerde stoornissen). Het niet exclusief focussen op de meest problematische dossiers beïnvloedt de motivatie van de case managers op een positieve manier. Immers, als dossiers steeds mislopen, werkt dit demotiverend voor de case manager en de betrokken diensten. Het begeleiden van een heterogene groep druggebruikers binnen een case management project heeft voor gevolg dat een model “à la carte” zal gekozen moeten worden. Hierdoor zullen ook grotere verschillen ontstaan qua intensiteit en duur van de interventie. Anderzijds vinden een aantal deelnemers aan de focusgroepen dat case management gereserveerd moet worden voor de meest problematische gebruikers, waarbij deze doelgroep duidelijk afgebakend dient te worden.

“Problematische druggebruikers moeten absoluut voorrang krijgen, want niet iedereen kan opgevolgd worden. Dan moet je ook keuzes maken. In dit geval is er nood aan criteria om te bepalen wie behoort tot deze problematische doelgroep.”

Om de caseload van de case manager werkbaar te houden, werd tijdens de focusgroep in Antwerpen geopperd dat dit ook een gedeelde functie kan zijn, waarbij twee case managers (complementair) halftijds werken. Wanneer het minder gemarginaliseerde druggebruikers betreft, kunnen een aantal taken van de case manager opgenomen worden door de individuele begeleider. Een mogelijk alternatief criterium dat ter sprake kwam tijdens de focusgroep in Gent is het zich richten op de realisatie van een bepaald traject in plaats van te focussen op een bepaalde doelgroep. Case management kan dan opgestart worden op het moment dat het traject van een cliënt meermaals vastgelopen is.

Tijdens de focusgroep met hulpverleners in Charleroi werd voornamelijk ingegaan op de doelgroep van het case management-project in de crisiseenheid van het algemeen ziekenhuis. Daar richt men zich op patiënten die het aanbod aanvaarden en betreft het dus personen die in eerste instantie niet altijd zelf vragende partij zijn. Het betreft voornamelijk druggebruikers waarvan het behandelingsverleden gekenmerkt wordt door discontinuïteit. Door de restricties die werden opgelegd door de FOD Volksgezondheid, is het niet mogelijk zich te richten op een specifieke doelgroep die het meest gebaat is bij deze interventie.

Op twee personen na waren alle deelnemers aan de focusgroepen “justitie” het daarentegen eens over het feit dat case management niet voor iedereen toegankelijk moet zijn. Men stelt dat case management een vrij dure interventie is en omwille van die reden alleen al gereserveerd moet worden voor een specifieke groep, namelijk degenen die al een lange carrière achter de rug hebben. Binnen een justitieel kader kan dit nog nader gespecificeerd worden tot personen met herhaaldelijke recidive in het kader van een drugproblematiek.

Aangezien de ideale caseload van een case manager 10 à 15 cliënten bedraagt, is het niet haalbaar alle druggebruikers op die manier te begeleiden. De schaarse middelen die momenteel beschikbaar zijn, worden idealiter optimaal benut. Tenslotte wordt gemeld dat heel wat justitieassistenten geconfronteerd worden met een (te) zware caseload.

Er bestaat een consensus over het feit dat het beter is een klein aantal mensen te begeleiden met een hogere slaagkans, dan meer mensen te begeleiden met een lagere slaagkans.

Een aantal respondenten meent dat het vanuit preventieve invalshoek allicht zinvol zou zijn om tussen politie en parket een vorm van justitieel case management te hanteren voor alle geïnterpelleerde

druggebruikers. Verschillende deelnemers aan deze focusgroep reageerden hierop door te stellen dat dit toch wel enigszins overdreven is, indien het een eerste contact met de politie betreft.

Tijdens de gemengde focusgroepen werd voornamelijk benadrukt dat er vanuit justitie geen selectie van cliënten mogelijk is op basis van de ernst van de verslaving, maar dat de aard en ernst van de strafbare feiten die gepleegd zijn het startpunt vormen. Dit heeft voor gevolg dat de caseload van justitieassistenten een mix is van dossiers met verschillende gradaties qua ernst van de drugproblematiek. De justitieassistenten kunnen bij het opstellen van een maatschappelijk verslag de keuze van de rechter inzake de straftoemeting reeds sturen. Het is uiteindelijk de rechter ten gronde die bepaalt welke cliënten begeleid zullen worden door de justitieassistenten onder de verschillende mandaten.

Er werd opgemerkt dat ervaren justitieassistenten weten wanneer het zinvol is over te gaan tot een intensieve begeleiding. Bovendien zou het niet kostenefficiënt zijn om elke cliënt een intensieve begeleiding te geven. Er dient gestreefd te worden naar een aantal duidelijke criteria om de cliënten te selecteren die het meest gebaat zouden zijn met case management. Deze vaststelling wordt beaamd door de vertegenwoordigers vanuit de hulpverlening. Zij voegen er echter onmiddellijk aan toe dat het zeer moeilijk blijkt om deze doelgroep te definiëren. Men geeft aan dat het eerder mislukken of vastlopen van het traject van de cliënt een belangrijk inclusie criterium kan zijn.

Stelling 4: *“De meeste case managers geven aan dat de duur van case management voor druggebruikers niet op voorhand vast te leggen is. Anderzijds bestaat er heel wat onduidelijkheid rond het afronden van case management. Is het nodig dat deze interventie op een bepaald moment afgerond wordt en op welke manier dient dit te gebeuren?”*

Over deze stelling werd geen volledige overeenstemming gevonden.

Het merendeel van de respondenten tijdens de focusgroepen “hulpverlening” beschouwt case management als een interventie die beperkt moet zijn qua duur.

Men vindt het belangrijk om korte en lange termijn doelstellingen te bepalen samen met de cliënt, die dan aangepast of bijgestuurd kunnen worden op basis van tussentijdse evaluaties. Op die manier kan de case manager meer planmatig werken met cliënten. De duur van het case management kan wel verlengd worden, op voorwaarde dat deze verlenging een meerwaarde biedt.

Beide partijen (case manager en cliënt) moeten de interventie kunnen afronden. De case manager dient het case management af te bouwen, als de vooropgestelde doelstellingen bereikt werden. Het zal bovendien belangrijk zijn dat de case manager gedurende het begeleidingsproces de zelfredzaamheid van de cliënt stimuleert en de nodige aandacht besteedt aan het opbouwen van een netwerk zodat de cliënt niet van hem afhankelijk wordt. Ook wanneer de doelstellingen niet of onvoldoende bereikt worden, moet het case management afgerond kunnen worden. De hulpvraag van de cliënt staat centraal en diens keuzes dienen gerespecteerd te worden. De case manager dient zijn cliënt wel attent te maken op de mogelijke consequenties van bepaalde beslissingen (bv. om de begeleiding stop te zetten).

Verschillende respondenten geven tenslotte aan dat de duur van de interventie *“aangepast moet worden aan het tempo van de cliënt”*.

Een aantal deelnemers aan de focusgroep in Antwerpen stelden dat er binnen het case management met een cliënt verder gewerkt moet worden zolang deze zich blijft aanmelden. Tijdens de focusgroep in Charleroi werd hierover geen standpunt ingenomen. De case manager van de crisiseenheid had op dat moment nog geen dossiers afgesloten en vindt dit ook niet wenselijk, tenzij de cliënt hier zelf om vraagt.

Verder kon tijdens de focusgroepen met hulpverleners in Gent en Antwerpen consensus bereikt worden met betrekking tot een ideaal scenario. Idealiter is case management ingebed in een zorgcircuit middenmisluk, bestaande uit een netwerk van voorzieningen. Eens de case manager er in geslaagd is een gepast antwoord te vinden op de hulpvraag van de cliënt en om de interventies van verschillende

voorzieningen op elkaar af te stemmen, kan een andere partner uit het netwerk deze functie overnemen. De case manager blijft dan van op afstand bereikbaar voor advies.

Tijdens de focusgroepen met sleutelfiguren uit de justitiële sector lag de nadruk meer op de vraag of de wettelijke termijn voorzien in de verschillende mandaten volstaat voor een adequaat justitieel case management. Een continue opvolging vanuit justitie is geen optie, aangezien er hiervoor een mandaat moet zijn en eens de termijn van een mandaat afgelopen is, stopt ook de begeleiding. Alle deelnemers aan de focusgroepen zijn echter van mening dat de termijnen voorzien in de verschillende mandaten lang genoeg zijn. Deze termijnen kunnen trouwens (in beperkte mate) verlengd worden. Als de verlenging van de termijnen ten volle uitgeput is en als de begeleiding door de justitieassistent en de doorverwijzing naar de hulpverlening niet veel heeft uitgehaald, heeft het vaak geen zin nog verder te werken met de cliënt en is detentie meestal onafwendbaar. Men is het erover eens dat er geregeld evaluatiemomenten ingebouwd moeten worden. Binnen de justitiële sector zijn het de commissies die deze taak op zich nemen.

In het kader van de alternatieve strafrechtelijke afhandeling van druggerelateerde criminaliteit (in het bijzonder de strafbemiddeling) merken de parketmagistraten op dat ze deze periode van zes maanden als te kort ervaren. Hierdoor wordt deze strategie dan ook minder toegepast. Er werd tevens gemeld dat de begeleiding in het kader van de vrijstelling onder voorwaarden belangrijk is, want daar wordt de basis gelegd voor wat eventueel achteraf kan volgen in het kader van, bijvoorbeeld, de probatie. Het is als het ware een oriëntatiemoment, op basis waarvan bepaald kan worden welke richting de cliënt zal uitgaan.

Tenslotte werd vanuit het penitentiair milieu een belangrijk probleem gesignaleerd. Beklaagden worden tijdens hun voorlopige hechtenis vanuit de psychosociale dienst (PSD) begeleid bij de aanpak van hun drugproblemen, maar ze worden vaak zonder enige communicatie met de PSD vrijgelaten, wat de continuïteit van de begeleiding hypothekeert. Er is in deze context dan ook nood aan uitwisseling van informatie in functie van de continuïteit van de begeleiding.

Zowel tijdens de gemengde focusgroepen in Gent als in Antwerpen ontwikkelde zich een discussie tussen vertegenwoordigers vanuit justitie en de vrijwillige hulpverlening over het gegeven dat justitiële cliënten met een verslavingsprobleem zich moeilijk aan hun opgelegde voorwaarden kunnen houden. Dit heeft volgens hulpverleners vaak te maken met het onhaalbare karakter van de opgelegde voorwaarden (bv. geen contact met andere gebruikers, terwijl de cliënt vaak enkel vrienden heeft in het gebruikersmilieu; het verplicht ontwennen, terwijl ontwennen voor sommige gebruikers geen haalbare kaart is; de te beperkte tijdspanne voor het uitvoeren van bepaalde voorwaarden).

“Het zou dus een ware uitdaging zijn om een meer realistische en haalbare invulling van voorwaarden te bekomen, en dit in overleg tussen de justitiële actoren en de hulpverleningsactoren en/of de case manager”.

We willen hier tevens verwijzen naar volgende stelling die besproken werd tijdens de focusgroepen verslavingszorg:

“De cliënt moet betrokken worden bij de verschillende fasen van het hulpverleningsproces en de beslissingen die in dit kader genomen worden. De case manager heeft het recht om het case management om bepaalde redenen stop te zetten. Maar ook de cliënt dient dit recht te hebben”.

De antwoorden en reacties op deze stelling waren sterk analoog met deze met betrekking tot stelling 4. Bijkomend werd opgemerkt dat case managers, net zoals straathoekwerkers, soms heel ver gaan in het aanvaarden van de “*wispelturigheid*” van de cliënten waarmee ze werken. In het Franstalige landsgedeelte wordt veel belang gehecht aan het overleg tussen de drie betrokken partijen (“*la triangulation*”: cliënt, case manager en de betrokken voorziening), waarbij niets opgelegd wordt aan de cliënt, maar waarbij bekeken wordt hoe men best kan samenwerken.

Stelling 5: *“Uit de interviews blijkt dat ervaring het belangrijkste criterium vormt voor het bepalen van het functieprofiel van de case manager in de verslavingszorg. In dit opzicht kunnen ervaringsdeskundigen goede case managers zijn. Wat zou de voornaamste focus moeten zijn tijdens de opleiding van case managers?”*

Deze stelling werd enkel behandeld tijdens de focusgroepen “hulpverlening”. Over deze stelling kon overeenstemming gevonden worden.

Wat het functieprofiel van de case manager in de verslavingszorg betreft, schuiven de deelnemers volgende vereisten naar voor:

- kennis van de sociale kaart en van de organisatie van de verslavingszorg en de belendende sectoren;
- werkervaring met de doelgroep en in het werkveld, waarbij de case manager idealiter ervaring heeft met verschillende aspecten van de verslavingszorg. In deze context wordt gesteld dat *“hoe laagdrempeliger men werkt, hoe meer opleiding men nodig heeft. Hoe ongestructureerder men werkt, hoe meer vaardigheden men nodig heeft”*. Men wijst in dit verband op de nood aan vorming binnen de verslavingszorg, niet enkel voor case managers;
- een open basishouding en mensvisie is nodig, waarbij de case manager niet alleen bedreven moet zijn in het luisteren naar betrokkenen, maar ook in staat moet zijn om de eigen morele waarden (tijdelijk) opzij te schuiven tijdens het werken met cliënten. Kortom, de case manager dient *“het hart op de goede plaats”* te hebben;
- diplomatie, geduld en verdraagzaamheid worden vooral door de Franstalige hulpverleners aangehaald,
- de case manager moet tenslotte ook voldoende gewapend zijn *“tegen de soms negatieve reacties uit het werkveld en [moet] de nodige maturiteit hebben om hiermee om te gaan”*;

Bij het inschakelen van ervaringsdeskundigen als case manager maken de meeste deelnemers aan de focusgroepen toch enige reservaties. Ervaringsdeskundigen kunnen een toegevoegde waarde betekenen, omdat ze zich dikwijls minder makkelijk laten manipuleren. Men formuleert een aantal voorwaarden zoals het feit dat de periode tussen het actief druggebruik en het uitoefenen van deze functie lang genoeg moet zijn, het volgen van een opleiding of vorming, het beschikken over voldoende diplomatische vaardigheden en het kunnen terugvallen op een team en het voorzien van voldoende ondersteuning en supervisie.

Stelling 6: *“De meeste case management projecten in België zijn ingebed in een bestaande voorziening (bv. een MSOC, een crisiseenheid van een algemeen ziekenhuis, sociale dienst van een psychiatrisch ziekenhuis). Anderzijds bestaan er enkele onafhankelijke case management projecten, die niet verbonden zijn aan één bepaalde dienst. Wat zijn volgens u eventuele voor- en nadelen van beide vormen? Welke organisatievorm verkiest u? Ervaart u het als wenselijk case management te organiseren vanuit een netwerk van diensten?”*

Over deze stelling bestaat geen overeenstemming. Tijdens de discussie werden vooral de voor- en nadelen van deze methodiek afgewogen.

De deelnemers aan de focusgroepen “hulpverlening” zien meer nadelen dan voordelen aan de inbedding van case management in een bestaande dienst. Immers:

- elke dienst heeft een bepaald imago en houdt een aantal waarden aan, waardoor de kans bestaat dat een potentiële doelgroep uitgesloten wordt;
- als de case manager verbonden is aan een bepaalde dienst, wordt deze niet langer als neutraal beschouwd wat kan resulteren in loyaliteitsconflicten;
- sommige cliënten wensen niet gelinkt te worden aan een bepaalde hulpverleningsdienst;
- het is mogelijk dat bepaalde diensten de case manager gaan beschouwen *“als een concurrent”*.

De inbedding in een bepaalde dienst houdt ook voordelen in voor de case manager, gezien:

- de cliënt reeds vertrouwd is met deze dienst, wat de toegankelijkheid bevordert. Aangezien voor de doelgroep “*iedere extra stap een stap te veel is*”, is het beter dat case management ingebed is in een voorziening waar ze reeds contact mee hebben;
- de case manager in dit geval kan terugvallen op een team van hulpverleners.

De meeste deelnemers aan de gemengde focusgroepen zijn eveneens van mening dat case management idealiter een afzonderlijke functie is, die gedeeltelijk naast de bestaande hulpverleningsdiensten zou moeten bestaan. Dit bevordert het dienstenoverschrijdend werken. Een belangrijk nadeel van de projecten die opgelegd en gefinancierd worden door de overheid, is dat het niet evident is dat deze project ook gedragen worden door het netwerk van voorzieningen. Dit probleem wordt ook erkend door de beleidsactoren.

De optie om case management vanuit een netwerk van diensten te organiseren werd tijdens de focusgroepen in Gent en Antwerpen positief onthaald. Ook de financiering dient dan dienovereenkomstig te gebeuren. Wanneer de betrokken voorzieningen het project gezamenlijk financieren, geven deze ook aan achter de methodiek te staan wat hun engagement versterkt en een duidelijk mandaat biedt aan de case manager. De vraag stelt zich op welk niveau (lokaal, regionaal, provinciaal) dit netwerk georganiseerd moet worden. In landelijke gebieden met een minimum aan hulpverleningsdiensten lijkt case management voorlopig niet aan de orde. Men vindt immers dat case management er in de eerste plaats is om het gebrek aan samenwerking tussen verschillende diensten op te vangen.

Hoewel de deelnemers aan de focusgroep in Charleroi geen ervaring hebben met de organisatie van case management als onafhankelijke module pleiten de meesten van hen voor deze optie. De case manager dient immers over voldoende bewegingsvrijheid te beschikken en mag niet opgesloten worden in een bepaald institutioneel kader.

“Moi, je pense que tu dois avoir quand même une liberté d’action. Ca c’est la moindre des choses. Il ne faut pas qu’il soit enfermé dans un cadre institutionnel”.

Tijdens de focusgroepen justitie lag de nadruk meer op de vraag of justitieel case management het best ingebed wordt op het niveau van de politiediensten, de parketten, het straftoemettingsniveau of het strafuitvoeringsniveau.

Verscheidene deelnemers aan de focusgroepen justitie erkennen het belang van een onmiddellijke doorverwijzing naar de hulpverlening bij druggerelateerde feiten op het strafvervolgingsniveau. Er is dan ook nood aan iemand die doorverwijzingen kan adviseren en regelen. Iedereen erkent dat – zonder dergelijke doorverwijzing – geïnterpelleerde druggebruikers stevast in de gevangenis terecht komen, wat absoluut niet als een constructieve oplossing wordt ervaren voor deze doelgroep. Een justitiële case manager zou de tussenschakel kunnen zijn, die de doorverwijzing naar de hulpverlening realiseert. Deze functie dient ingevuld te worden door iemand met ervaring met de doelgroep en met een grondige kennis van het hulpverleningslandschap.

Wie kan deze functie invullen?

Vooreerst menen de meeste respondenten dat het belangrijker is om de bestaande werkvormen en statuten optimaal te laten functioneren in plaats van nieuwe functies te creëren. Ten tweede wordt gesteld dat deze functie het best ingevuld wordt door iemand met praktijkervaring. De deelnemers stellen dat justitieassistenten het meest in contact komen met cliënten en met de diensten waarnaar verwezen wordt. In deze optiek is de uitbreiding van het takenpakket van de justitieassistenten op het niveau van de strafvervolgung een optie. De caseload van de justitieassistenten is in sommige gerechtelijke arrondissementen momenteel heel groot, zodat er bijkomende budgetten en extra personeel voorzien zal moeten worden.

Tijdens de gemengde focusgroepen werd vanuit de justitiehuizen geopperd dat het niet wenselijk is dat de verantwoordelijkheid van de parketmagistraten en onderzoeksrechters naar hen zou overgedragen worden. Tevens werd de kwaliteit van een advies op korte termijn in vraag gesteld. De parketmagistraten hebben trouwens zelf de mogelijkheid sociale enquêtes aan te vragen.

“(...) wij vinden dat de justitieassistenten de hete kolen niet uit het vuur moeten halen voor het parket en voor de onderzoeksrechter. Ik stel mij bovendien vragen bij de kwaliteit van zo’n snel advies.”

Wat de doorverwijzingen naar de hulpverlening betreft werd de bedenking gemaakt dat een permanent adviesorgaan op parketniveau de problemen inzake doorverwijzingen niet oplost. De justitiële sector wordt evenals de hulpverleningssector geconfronteerd met wachtlijsten. Daarenboven zijn slechts weinig hulpverleningsdiensten bereid iemand onmiddellijk op te nemen.

Uit de focusgroepen met vertegenwoordigers vanuit justitie in Charleroi blijkt ten slotte dat de politie- en parketdiensten aldaar reeds goed geïnformeerd zijn wat de hulpverlening aan druggebruikers betreft en dat zij dan ook geen nood hebben aan een adviesorgaan.

Waar dient deze functie ingebed te worden?

Er kon geen consensus bereikt worden inzake de inbedding van de functie van justitieel case manager. De parketmagistraten zijn vragende partij voor een 24u/24u permanentie en idealiter zou dit ondergebracht kunnen worden binnen het parket, in functie van een vlotte bereikbaarheid voor de parketmagistraten. Anderzijds zou deze permanentiedienst ook georganiseerd kunnen worden binnen de justitiehuizen. Dit kan een niet onbelangrijke rol spelen in functie van de samenwerking met de hulpverlening, aangezien men meestal redelijk terughoudend is om samen te werken met het parket. Indien een 24u/24u permanentie niet haalbaar of wenselijk is, dient er minimaal permanentie te zijn 's avonds en in het weekend wanneer het probleem van doorverwijzing zich het vaakst stelt.

Men merkt op dat het inderdaad goed zou zijn dat iemand de parketmagistraten kan informeren inzake doorverwijzing en drangmaatregelen, maar dat dit het probleem van de bereikbaarheid van de hulpverlening niet wegneemt. Verschillende diensten kampen immers met lange wachtlijsten en een aantal diensten uit de geestelijke gezondheidszorg wil niet langer werken met cliënten die vanuit justitie doorverwezen worden.

Tijdens de focusgroep in Charleroi werd de idee geopperd om een soort “*conseiller en exécution des peines*” in het leven te roepen (zoals oorspronkelijk geconceptualiseerd in de Commissie Holsters), die doorheen de gehele strafrechtsketen (van parket tot strafuitvoering) advies levert aan de verschillende justitiële autoriteiten aangaande oriëntering, op te leggen voorwaarden en doorverwijzing. Op die manier kan iemand het overzicht bewaren over het totale traject van de cliënt vanaf het moment dat deze de strafrechtsketen binnenkomt tot op het einde van diens voorwaarden of vrijlating uit de gevangenis. Deze functie wordt niet geconcipieerd op individueel niveau, maar eerder op structureel niveau.

Aansluitend worden door de overige deelnemers aan deze focusgroep nog volgende bedenkingen gemaakt. Ten eerste impliceert dit concept het creëren van een nieuwe functie, redelijk analoog met deze van de (vroegere) bemiddelingsassistenten verbonden aan de parketten. Vanaf 1999 werden deze assistenten geïntegreerd in de justitiehuizen. Ten tweede zal men zich moeten hoeden voor dubbel werk ten opzichte van de justitieassistenten. Ten slotte werd vanuit de penitentiaire context opgemerkt dat de coördinatie van de zorg voor gedetineerden op structureel niveau reeds onderdeel uitmaakt van het takenpakket van de penitentiaire drugcoördinator.

Stelling 7a: *“Op het niveau van de samenwerking tussen verschillende hulpverleningsdiensten kunnen we stellen dat de case manager de regisseur en coördinator is van het hulpverleningsproces en dat hij over veel cliëntinformatie beschikt. Daarom moet de case manager betrokken worden bij elke verwijzing. Wat kan de rol van de case manager hierin zijn? Mag de case manager informatie uitwisselen met andere hulpverleningsdiensten zonder toestemming van zijn cliënt, bv. wanneer deze ernstig onder invloed is of wordt opgenomen in een crisissituatie)? Of is het fiat van de cliënt doorslaggevend? Hoe moet de informatie-uitwisseling er dan uitzien?”*

Deze stelling kwam enkel aan bod tijdens de focusgroepen met hulpverleners en er werd overeenstemming bereikt met betrekking tot volgende aspecten:

- er is geen samenwerking mogelijk als er geen informatie verstrekt wordt of mag worden;
- er mag geen informatie verstrekt worden naar andere diensten zonder de toestemming van de cliënt;
- een cliënt die aangeeft dat er geen informatie over hem mag gecommuniceerd worden, kan niet geholpen worden. Dit geldt a fortiori binnen een zorgcircuit;
- de case manager maakt idealiter op voorhand duidelijke afspraken met de cliënt inzake informatie-uitwisseling en licht toe welke informatie aan wie mag worden doorgegeven;
- informatie dient altijd in het belang van de cliënt uitgewisseld te worden tussen de betrokken diensten.

Binnen de hulpverlening bestaat er heel wat discussie over het zogenaamde gedeeld beroepsgeheim. Het blijft onduidelijk welke informatie al dan niet uitgewisseld kan en mag worden. De wetgeving loopt op dit punt achterop en biedt onvoldoende richtlijnen. Sommige hulpverleners geven aan dat ze op de grens werken van wat kan en niet kan, in het belang van de cliënt.

Vooraf bij een verwijzing wordt informatie-uitwisseling als een noodzaak ervaren in functie van de afstemming van de hulpverlening. De rol van de case manager is hierbij vooral adviserend van aard. De vraag wordt wel gesteld welke (eind)verantwoordelijkheid de case manager hierin kan en mag opnemen. Uiteraard geldt ook hier dat de cliënt vooraf eerst zijn toestemming moet geven.

De Franstalige respondenten benadrukken het belang van overleg tussen alle drie de betrokken partijen (*“la triangulation”*), waar ook de nodige informatie gecommuniceerd kan worden in het bijzijn van de cliënt.

Stelling 7b: *“Op het niveau van de samenwerking tussen hulpverlening en justitie blijken beide partijen – in het belang van de cliënt – meer nood te hebben aan informele en inhoudelijke informatie (bv. met betrekking tot de motivatie en inzet van de cliënt), terwijl de informatie-uitwisseling zich beperkt tot formele en feitelijke gegevens (bv. de cliënt heeft zich al dan niet aangemeld bij de hulpverlening). Kan er mits de “informed consent” van de cliënt ook meer inhoudelijke informatie gecommuniceerd worden? Welke informatie betreft dit dan? Welke randvoorwaarden moeten hierbij voorzien worden?”*

Er kon geen overeenstemming bereikt worden over deze stelling over de verschillende focusgroepen heen.

Tijdens de focusgroepen met hulpverleners werden dezelfde voorwaarden geformuleerd als in functie van de samenwerking tussen hulpverleningsdiensten. Daarenboven werd unaniem beaamd dat:

“De case manager geen verlengstuk van justitie kan en mag zijn. Dit zou nefaste gevolgen hebben voor de vertrouwensrelatie met de cliënten. Er wordt ook gewerkt vanuit een totaal andere context: helpen en controleren en straffen.”

Het voornaamste knelpunt vormt het onverzoenbare karakter van sommige opgelegde justitiële voorwaarden met bepaalde hulpverleningsdoelstellingen (bv. totale abstinentie of het verbod in contact te komen met andere druggebruikers). Het onderscheid tussen formele en informele informatie blijkt bovendien erg moeilijk te bepalen. In ieder geval zijn alle deelnemende hulpverleners het erover eens dat inhoudelijke informatie over de hulpverlening (bv. motivatie en inzet van de cliënt) niet moet gecommuniceerd worden. Men meldt wel of een cliënt al dan niet in begeleiding is. In elk geval moet voor alle partijen, in het bijzonder voor de cliënt, duidelijkheid bestaan over de missie en werking van zowel justitie als de hulpverlening. Indien er een informatieoverdracht plaatsvindt tussen een betrokken hulpverleningsinstantie en justitie, wordt dit op voorhand met de cliënt besproken. Idealiter vindt er geen informatieoverdracht plaats tussen justitie en hulpverlening zonder (de toestemming van) de cliënt.

Het merendeel van de hulpverleners, in het bijzonder de Franstalige, hebben het er moeilijk mee dat ze door het afleveren van een attest (van aanmelding) of bij rapportage naar justitie justitiële beslissingen beïnvloeden. Anderzijds is men er zich van bewust dat een zekere “*stok achter de deur*” er voor kan zorgen dat cliënten die doorverwezen worden vanuit justitie, zich laten begeleiden.

Tijdens de focusgroepen justitie erkennen alle deelnemers de noodzaak van een vertrouwensrelatie tussen hulpverlener en cliënt, maar men is het er over eens dat er minimaal een aantal gegevens gecommuniceerd moeten worden.

“Het zou moeten kunnen dat er een zeker pakket met basisinformatie over de cliënt doorgegeven wordt door justitie aan de hulpverlening én omgekeerd”.

Vooraf de parketmagistraten ervaren nood aan een zekere uitwisseling van feitelijke informatie, zoals is de geïnterpelleerde druggebruiker daadwerkelijk in begeleiding, komt hij zijn afspraken na, ...? Tijdens de focusgroep in Gent werd gemeld dat een aantal voorzieningen reeds moeilijk doen over het verlenen van formele informatie.

Indien cliënten opgevolgd worden door een case manager verslavingszorg en ook begeleid worden vanuit justitie, dienen beiden minimaal te communiceren over het feit of bepaalde doelstellingen of resultaten bereikt werden.

Tijdens de focusgroepen werden er een aantal concrete voorstellen geformuleerd over hoe de uitwisseling van informatie verbeterd kan worden, met aandacht voor de nodige rechtswaARBorgen ten aanzien van alle betrokken partijen.

Vooreerst werd voorgesteld de cliënt zelf aanwezig te laten zijn bij elke informatie-uitwisseling tussen hulpverlening en justitie. Indien dit niet mogelijk is, kan op voorhand afgesproken worden met de cliënt wat er standaard doorgegeven wordt en welke gegevens met betrekking tot het hulpverleningsproces kunnen en mogen doorgegeven worden. Een bijkomend voordeel is dat dit ook zou bijdragen tot een meer open houding van de hulpverlening. Ten tweede werd voorgesteld om een samenwerkingsakkoord op te stellen tussen de verschillende betrokken partijen (cliënt, begeleidende voorziening en justitieassistent), naar analogie met het systeem zoals het momenteel in voege is voor de begeleiding van seksuele delinquenten.

Tijdens de focusgroep in Antwerpen werd geopperd dat justitieassistenten dikwijls nood hebben aan inhoudelijke informatie over het hulpverleningsproces om bepaalde feiten of situaties (bv. herhal) beter te kunnen kaderen. Hulpverleningsdiensten zijn echter niet zomaar bereid om dergelijke informatie op papier te zetten voor justitie, maar meestal wordt er telefonisch meer informatie gegeven. Concluderend stellen alle leden van de focusgroep dat er een zekere positieve evolutie merkbaar is inzake informatie-uitwisseling, maar dat het vaak nog ontbreekt aan wederzijds vertrouwen tussen justitie en hulpverlening.

Een aantal Franstalige deelnemers aan de focusgroep justitie stellen tenslotte dat het geen zin heeft dat beide sectoren zich afsluiten ten aanzien van elkaar, aangezien ze complementair moeten werken. Er is echter wel nood aan een duidelijk aflijnbaar kader waarbinnen de uitwisseling van informatie dient te gebeuren.

Tijdens de gemengde focusgroep in Gent werd aangegeven dat vooral laagdrempelige hulpverleningscentra vaak weigeren informatie door te geven “omdat ze de kant van de cliënt kiezen”. De justitiële actoren benadrukken dat zij informatie nodig hebben over het al dan niet naleven van de voorwaarden. Deze informatie moeten zij immers rapporteren aan de opdrachtgevende instanties. Samenwerking met de hulpverlening staat of valt dus met de bereidwilligheid van diensten tot het verstrekken van de nodige basisinformatie. Justitie zal dan ook geen cliënten doorverwijzen naar voorzieningen die weigeren dergelijke informatie te communiceren.

Vanuit de justitiehuisen wordt gevraagd om de voorwaarden nauwgezet te omschrijven, zodat ze ook voldoende meetbaar worden. Over de te volgen procedure bij herval van de cliënt bestaat blijkbaar onenigheid en onduidelijkheid. Als de voorwaarden bijvoorbeeld gericht zijn op het voorkomen van recidive, stelt zich de vraag in hoeverre herval gemeld moet worden aan de opdrachtgevende instantie. In hoeverre is het trouwens haalbaar totale abstinentie als voorwaarde te stellen? Op dit vlak is er nood aan een aantal indicatoren waarover overeenstemming bestaat.

Gezien de onduidelijkheid over het beroepsgeheim melden de Franstalige hulpverleners systematisch driehoeksoverleg toe te passen waardoor de cliënt bij iedere informatie-uitwisseling zelf aanwezig is.

Stelling 7c: *“Uit de voorgaande focusgroepen blijkt dat bij veel hulpverleners reeds veel wantrouwen ten aanzien van justitie zou weggenomen kunnen worden wanneer er betere afspraken zouden bestaan inzake de inhoud van de informatie en het gebruik ervan door politie en justitie. Dienen dergelijke afspraken volgens u op lokaal of regionaal niveau gemaakt te worden (rekening houdend met de lokale en regionale organisatie van de hulpverlening), of bent u de mening toegedaan dat dit op federaal niveau geregeld moet worden?”*

Deze stelling kwam enkel aan bod tijdens de gemengde focusgroepen en men kwam niet echt tot een eenduidig antwoord.

Vertegenwoordigers vanuit het beleid en justitie pleiten eerder voor een federale aanpak. In dit verband wordt opnieuw verwezen naar het samenwerkingscontract voor de behandeling van seksuele delinquenten. Dit contract wordt opgesteld en ondertekend door de justitieassistent, de cliënt en de hulpverlenende instantie. Hierdoor wordt duidelijkheid gecreëerd voor de verschillende betrokken partijen en in het bijzonder voor de cliënt. Een dergelijk samenwerkingsakkoord tussen justitie en de overheid voor de behandeling van druggebruikers zou duidelijkheid kunnen brengen met betrekking tot de samenwerking en informatie-uitwisseling tussen de verschillende betrokkenen.

Vertegenwoordigers vanuit de hulpverlening opteren eerder voor afspraken op lokaal niveau. Men stelt dat men best eerst op lokaal of regionaal niveau met een aantal constructieve afspraken en samenwerkingsverbanden kan experimenteren om die achteraf op ruimere schaal te implementeren. Op die manier kunnen dergelijke afspraken als het ware “groeien” vanuit het werkveld in plaats van “opgelegd” te worden door de federale overheid.

Stelling 8: *“De federale beleidsnota drugs van 2001 stelde: “Teneinde de relaties tussen justitie en de hulpverlening te stroomlijnen, zullen in elk justitiehuis justitiële case managers voor druggebruikers aangeduid worden. Zij moeten de parketmagistraten en de politiediensten informeren over de zorgverlening, en zij moeten tevens advies geven rond de wenselijkheid van drangmaatregelen”. Is dit de taakinvulling die u verwacht van een justitiële case manager? Of moet deze taakinvulling beantwoorden aan de werkdefinitie die wij geven aan case management op cliëntniveau? Misschien ervaart u een andere (tussen)vorm als mogelijk of noodzakelijk?”*

Over deze stelling werd duidelijk overeenstemming gevonden.

Uit de eerste reacties tijdens de verschillende focusgroepen bleek vrij snel dat de consensus uit 2001 vandaag de dag achterhaald is. Deze stelling werd, in het bijzonder door de Franstalige leden, als niet

langer relevant ervaren. Bovendien meldde men tijdens de focusgroepen justitie dat de voorziene budgetten binnen de justitiehuisen in het kader van de federale beleidsnota drugs van 2001 niet langer vrijgesteld zijn voor de aanstelling van de zogenaamde justitiële case managers. Men heeft indertijd de vraag gesteld aan de justitieassistenten wie er geïnteresseerd was in deze functie, maar aangezien deze slecht omschreven was en men hierover weinig informatie kreeg, kwam er bijzonder weinig respons op deze oproep.

Aansluitend bij de reacties op vorige stellingen geven we hierna nog eens kort de gemeenschappelijke standpunten weer inzake de wenselijkheid en haalbaarheid van de implementatie van justitieel case management:

- Het uitgangspunt is dat een aanzienlijk aantal problematische druggebruikers “uitbehandeld” zijn. Het betreft cliënten *“waar de vrijwillige hulpverlening geen weg meer mee weet”*. Voor deze doelgroep kan justitie een belangrijke rol spelen, aangezien vanuit een drangkader een aanzet gegeven kan worden die tot positieve resultaten kan leiden;
- Dergelijke drangbehandeling waarbij verwezen wordt naar de hulpverlening in het kader van uiteenlopende gerechtelijke statuten gebeurt in de praktijk reeds door de justitieassistenten. Er blijkt daarom geen bijkomende behoefte te bestaan aan een justitieel case management op cliëntniveau;
- Politiediensten, parketmagistraten en onderzoeksrechters worden vooral 's nachts en in het weekend geconfronteerd met druggebruikers waarvan men wil vermijden dat ze gedetineerd worden. Deze diensten drukken hun nood uit aan een soort adviserende en oriënterende functie, wat echter niet overeenstemt met de omschrijving van justitieel case management zoals in de drugnota. De hier voorgestelde functie situeert zich eerder op structureel en beleidsmatig niveau. Het blijkt dan ook niet wenselijk dat deze functie onder de noemer “case management” zou ressorteren. Tijdens één van de gemengde focusgroepen werd in deze context verwezen naar een pilootproject in Luik waar men een “Cellule d’orientation” wil implementeren op parketniveau.

Stelling 9: *“Indien een cliënt een case manager vanuit de verslavingszorg heeft en hij wordt tevens begeleid vanuit justitie, hoe dient de samenwerking te verlopen tussen de justitiële case manager/de justitieassistent en de case manager aangesteld vanuit de verslavingszorg?”*

Over deze stelling kon geen overeenstemming bereikt worden.

Tijdens de focusgroepen met hulpverleners in Gent en Antwerpen werden onder meer volgende standpunten geformuleerd:

- Indien een cliënt vanuit justitie opgevolgd wordt, dient de case manager vanuit de verslavingszorg een stap terug te zetten. Dit neemt niet weg dat deze de belangen van de cliënt blijft verdedigen en regelmatig contact blijft houden. Eens de justitiële opvolging beëindigd, kan de case manager zijn taken opnieuw ten volle opnemen. De case manager vormt dus de rode draad doorheen het gehele traject. Wat de afstemming betreft tussen case management en de justitiële opvolging, is het belangrijk dat de case manager aanvullend werkt op de domeinen waar justitie niet mee bezig is;
- De samenwerking tussen de case manager en de justitieassistent moet tweerichtingsverkeer zijn. Momenteel is er een groot gebrek aan informatieverstrekking vanuit justitie. Er dient inhoudelijk nog heel wat op elkaar afgestemd te worden, bijvoorbeeld de aanpassing van een aantal onrealistische justitiële voorwaarden;
- Alle hulpverleners zijn unaniem gekant tegen het verplicht opleggen van case management als justitiële voorwaarde;
- De meeste hulpverleners in de focusgroep in Gent menen dat er slechts één case manager kan zijn, die aangeduid wordt door de cliënt. De justitieassistent wordt dan beschouwd als een belangrijke partner.

Franstalige hulpverleners staan zeer huiverachtig tegenover een eventuele samenwerking en informatie-uitwisseling tussen beide types case managers, gezien de justitieassistent vooral een controlerende instantie is. Samenwerking en communicatie op cliëntniveau tussen hulpverleningsdiensten wordt reeds als een knelpunt ervaren, laat staan de informatie-uitwisseling met justitie. Het gebrek aan samenwerking tussen hulpverlening en justitie, is volgens hen vooral te wijten aan het feit dat de meeste hulpverleners zich systematisch beroepen op een strikte interpretatie van het beroepsgeheim. Men gaat er van uit dat het beroepsgeheim in Vlaanderen veel soepeler geïnterpreteerd wordt, wat men als gevaarlijk beschouwt.

“C’est délatatoire, c’est tout. Moi je trouve ça dangereux. Ce sont des choses différentes, qui évidemment se mêlent à certains moments dans le parcours de l’usager, mais il faut garder un minimum de respect de la personne et de son parcours. Qu’il ne soit pas pénalisé parce qu’il n’aurait pas pris sa méthadone à telle heure. C’est vraiment un contrôle. Le bracelet!”

In functie van de informatie-uitwisseling zou een duidelijk en éénduidig kader gecreëerd moeten worden, met respect voor het beroepsgeheim.

Tijdens de focusgroepen met justitiële vertegenwoordigers meldden een aantal justitiehuisen reeds enige ervaring te hebben met de samenwerking met case managers vanuit de verslavingszorg. Deze samenwerking verloopt volgens hen niet anders dan met andere hulpverleningsdiensten. In de praktijk blijkt *“dit redelijk vlot te lopen”*. Het is belangrijk dat er overleg gepland wordt tussen beide instanties en dat er duidelijk afgesproken wordt wie wat gaat doen. Hierbij blijven de justitieassistenten de eindverantwoordelijken, aangezien zij vanuit hun justitieel mandaat het proces moeten evalueren en coördineren.

Het voorleggen van deze stelling aan vertegenwoordigers van justitiële diensten in Charleroi leidde tot een gepolariseerde discussie. De justitiële actoren menen dat er weinig samenwerking is met hulpverleningsdiensten, omdat de meeste hulpverleners zich systematisch beroepen op een strikte interpretatie van het beroepsgeheim. Dit wordt door sommige deelnemers betreurd, door anderen dan weer niet.

Tijdens de gemengde focusgroepen werd voornamelijk benadrukt dat dit twee totaal verschillende rollen betreft. De case managers moeten minimaal op de hoogte zijn van hun respectieve functies en dienen afspraken te maken inzake communicatie en efficiëntie van beide interventies ten aanzien van gemeenschappelijke cliënten. Er werd tevens opgemerkt dat dit probleem zich ook voordoet binnen de hulpverlening. Het gebeurt immers dat een cliënt een case manager vanuit de verslavingszorg heeft, maar dat deze ook begeleid wordt vanuit het OCMW.

Hulpverleners wijzen op het belang van het op elkaar afstemmen van de activiteiten van de case managers. Hier kunnen zich problemen stellen zoals het feit dat de cliënt vrij is te vertellen wat hij wil, waardoor het mogelijk is dat hij verzwijgt een andere case manager te hebben. Bovendien zal de case manager volksgezondheid, gezien de aard van zijn relatie met de cliënt, over meer informatie beschikken dan de case manager justitie.

Het ideale scenario zou zijn dat de cliënt toestemming geeft om een voorwaardelijke samenwerking uit te bouwen met respect voor het beroepsgeheim. Er zal tevens over gewaakt moeten worden dat de justitieassistent en de case manager vanuit de verslavingszorg niet naast elkaar werken, met dubbel of zelfs tegenstrijdig werk als gevolg. Het is immers zo dat justitieassistenten niet enkel focussen op de naleving van de voorwaarden, maar in het belang van de cliënt ook oog hebben voor de achterliggende problematiek.

Stelling 10: *“Om case management voor iedereen toegankelijk te maken, moet gezocht worden naar alternatieve vormen van betoelaging. Een betoelagingsysteem op basis van het aantal ligdagen of het aantal geleverde prestaties gaat voorbij aan de eigenheid van deze methodiek. De prestaties van de case manager passen immers niet in dit traditionele kostenplaatje. Welke financieringsbron zou voorzien moeten worden om zo goed mogelijk in te spelen op noden van cliënten en op de doelstelling om hen in contact te houden/brengen met de hulpverlening (bv. transport, kinderzorg, voedsel, kledij)?”*

Deze stelling kwam enkel ter sprake in de focusgroepen “hulpverlening” en in de gemengde focusgroepen.

Er werd overeenstemming bereikt over de noodzaak van een flexibel betoelagingsysteem, maar er werd geen overeenstemming bereikt over de meest geschikte financieringsvorm. Tijdens de focusgroepen in Gent werden volgende alternatieven voorgesteld:

- Omdat case management vooral geïmplementeerd wordt in functie van de samenwerking tussen verschillende diensten, lijkt het aangewezen dat dit project gefinancierd wordt vanuit het netwerk van voorzieningen;
- Een andere mogelijkheid is om te werken met een soort van enveloppe financiering. De overheid kan de netwerken die instaan voor de organisatie van zorgcircuits voorzien van globale budgetten voor de zorgorganisatie in de regio, opdat deze – desgewenst – case management kunnen financieren.

5.6 Samenvatting en besluit

We benadrukken ook hier dat de onderzoeksresultaten, de subjectieve interpretaties weergeven van de deelnemers aan de focusgroepen. Deze kwalitatieve onderzoeksmethode peilde immers naar de meningen en bedenkingen van sleutelfiguren inzake de wenselijkheid en haalbaarheid van de implementatie van case management. Gezien de aard van het onderzoeksopzet kunnen onze bevindingen niet zomaar veralgemeend worden naar andere regio's.

Tijdens de gemengde focusgroepen bleek het niet evident om de visies van verschillende sectoren af te stemmen en tot een gemeenschappelijk standpunt te komen. Vaak werd er immers naast elkaar gepraat, waardoor de kloof tussen hulpverlening en justitie nogmaals werd bevestigd. Verder was de inbreng van de participerende beleidsactoren relatief beperkt, gezien hun kleine aantal en hun eerder afwachtende houding. Anderzijds meldden een aantal deelnemers aan de focusgroepen na afloop dat ze het bijzonder nuttig en zinvol vonden om deze verschillende diensten samen te brengen en de uiteenlopende standpunten over gemeenschappelijke thema's te horen.

Case management wordt ervaren als een nuttige methodiek om de organisatie en de kwaliteit van de hulpverlening aan druggebruikers te verbeteren. Gezien de specificiteit van de doelgroep en de noodzaak om vraaggestuurd en flexibel te werken, blijkt het echter niet mogelijk deze interventie te vertalen naar een duidelijk afgelijnde en gestructureerde werkvorm. Gezien de premisse van vrijwilligheid zijn hulpverleners principieel gekant tegen het opleggen van case management als justitiële voorwaarde.

Case management wordt echter niet beschouwd als een noodzakelijke methodiek. Vanuit de hulpverlening wordt gemeld dat deze interventie in eerste instantie geïmplementeerd wordt omwille van de complexiteit van de organisatie van de hulpverlening en het gebrek aan samenwerking en afstemming. Binnen een perfect afgestemd zorgcircuit wordt de functie van case manager in principe overbodig.

De implementatie van de functie van case manager in het Franstalig landsgedeelte verliep niet zo vlot in vergelijking met de implementatie van deze functie in Vlaanderen. Men stelde zich in het begin immers vragen bij de meerwaarde van deze methodiek en dit wordt als een zeer ingrijpende interventie

ervaren. Men vindt dat het beroepsgeheim de samenwerking met andere betrokkenen belemmert. Wel wordt vindt men het positief dat de case manager als centrale contactpersoon fungeert voor alle betrokkenen en als opvangnet voor de cliënten.

Wat de wenselijkheid van justitieel case management betreft, erkennen alle deelnemers aan de focusgroepen de nood aan begeleiding onder druk voor sommige druggebruikers. De daderbegeleiding door de justitieassistenten wordt beschouwd als een vorm van drangbegeleiding. Bovendien bestaat er algemene overeenstemming over het feit dat de justitieassistenten in deze context goed werk leveren en een zekere vorm van continuïteit realiseren wat betreft de opvolging van justitiële cliënten. Er blijkt niet meteen nood aan een bijkomende vorm van justitieel case management op cliëntniveau.

Aangezien het praktisch en financieel niet haalbaar is alle druggebruikers te begeleiden via case management, is er nood aan criteria om te bepalen welke doelgroep het meest gebaat is bij deze werkvorm. De ernst van de verslavingsproblematiek wordt niet als doorslaggevend inclusie criterium beschouwd. Vanuit de hulpverleningssector werd geponereerd dat het meermaals vastlopen van het hulpverleningstraject een belangrijk inclusie criterium zal zijn. Vanuit de justitiële sector is dit herhaaldelijke recidive. Ook de parketmagistraten melden nood te hebben aan een duidelijke omschrijving van de doelgroep die het best gebaat is met verschillende (alternatieve) afhandelingsmodaliteiten op parketniveau.

Anderzijds blijkt er wel nood te zijn aan een contactpersoon die de parketmagistraten en de onderzoeksrechter informeert en adviseert over de mogelijkheden inzake doorverwijzing en drangmaatregelen, gezien het belang van een onmiddellijke doorverwijzing naar de hulpverlening bij druggerelateerde feiten. Vooral de parketmagistraten zijn vragende partij voor een permanentiesysteem voor advies inzake doorverwijzing en drangmaatregelen.

Over wie deze functie moet invullen bestaat geen overeenstemming, noch over op welk niveau deze functie ingebed moet worden. Sommigen menen dat een uitbreiding van het takenpakket van de justitieassistenten hieraan tegemoet kan komen, terwijl anderen menen dat hiervoor een aparte functie gecreëerd moet worden. Aangezien deze functie zich niet situeert op cliëntniveau, dient deze functie niet te ressorteren onder de noemer “case management”.

Tenslotte komt uit de verschillende focusgroepen naar voor dat het beter is de bestaande structuren optimaal te laten functioneren in plaats van nieuwe functies bij te creëren. Volgende knelpunten dienen in deze context aangepakt te worden:

- De justitiële voorwaarden in het kader van de verschillende gerechtelijke mandaten dienen beter afgestemd te worden op de doelstellingen van de hulpverlening. Uit de praktijk blijkt immers dat heel wat van deze zogenaamde “drangmaatregelen” onrealistisch en niet haalbaar zijn voor de bestudeerde doelgroep;
- Ook de verschillende maatregelen dienen op elkaar afgestemd te worden in functie van de zorgcontinuïteit aan gedetineerde druggebruikers. Zo dienen vooral de justitiële maatregelen in het kader van probatie afgestemd te zijn op de maatregelen die eerder werden opgelegd in het kader van een VOV, en omgekeerd;
- Binnen de penitentiaire context worden gedetineerde druggebruikers begeleid vanuit de PSD. Het komt meermaals voor dat gedetineerden zonder enige vorm van communicatie met de PSD, de betrokken hulpverleningsinstantie of case manager vrijgelaten worden, wat de continuïteit van de begeleiding hypothekeert. Er is in deze context dan ook nood aan uitwisseling van informatie in functie van de continuïteit van zorg;
- Wat de informatie-uitwisseling tussen de hulpverlening en de justitiële sector betreft, zijn beide sectoren vragende partij voor een duidelijk gedefinieerd en afgelijnd kader, rekening houdend met de vigerende regelgeving inzake beroepsgeheim. Uit de gemengde focusgroepen kwam naar voor dat de justitiële actoren in dit opzicht eerder voorstander zijn van een “top down”-aanpak, terwijl de hulpverleningssector eerder voorstander is van een “bottom up”-benadering, die daarna eventueel uitgebreid kan worden naar andere regio's.

5.7 Referenties

1. Linstone, H.A., & Turoff, M. (1975). *The Delphi Method: Techniques and Applications*. Reading, Mass: Addison-Wesley.
2. Fiander, M., & Burns, T. (2000). A Delphi approach to describing service models of community mental health practice. *Psychiatric Services*, 51(5), 656-658.
3. Raskin, M.S. (1994). The Delphi study in field instruction revisited: expert consensus on issues and research priorities. *Journal of Social Work Education*, 30, 75-89.
4. Aelvoet, M., & Vandenbroucke, F. (2001). *De psyche: mij een zorg?! Geestelijke gezondheidszorg door participatie en overleg*. Brussel: Ministerie van Volksgezondheid, Consumentenzaken en Leefmilieu.
5. Hillewaere, L., Decat, W., & Moons, P. (2003). Ontslagmanagement in de psychiatrische ziekenhuizen: vijf jaar later. *Acta Hospitalia*, 43(3), 61-68.
6. Baeskens, B., Ballegeer, L., Bogaert, G., Coene, M., Markey, S., Schincariol, C. et al. (2003). *Ontslagmanagement Oost-Vlaanderen. Casusproject 2003*. Aalst: Buroport.
7. Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA). (1998). *Comprehensive case management for substance abuse treatment* (TIP Series 27). Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment.
8. Moxley, D. (1989). *The practice of case management* (Sage Human Services Guides Vol. 58). Newbury Park: Sage publications.
9. van Riet, N., & Wouters, H. (1996). *Casemanagement: een leer- en werkboek over de organisatie en coördinatie van zorg-, hulp- en dienstverlening*. Assen: Van Gorcum.
10. FOD Justitie, Dienst Justitiehuisen. (2003). *Jaarverslag 2001*. Brussel: FOD Justitie.
11. Broekaert E., Soye V., Vanderplasschen W., Vandevelde D., Bradt R., Morival M., Kaplan C. (2001). The Video Addiction Challenge Test: A New Instrument for Qualitative Substance Abuse Assessment, Treatment Planning and Research in Therapeutic Communities. *International Journal of Social Welfare*, 10(2), 134-141.
12. De Wilde, J., Vanderplasschen, W., & Broekaert, E. (2002). *Exploratief onderzoek naar zorgbehoeften van een aantal druggebruikers en hun tevredenheid over het bestaande hulpverleningsaanbod*. Brussel: VAD.
13. Kuckartz, U. (1998). *Winmax 97, Scientific Text Analysis For the Social Sciences, User's Guide*. London: Sage.
14. Flick, U. (2002). *An introduction to Qualitative Research*. London: Sage Publications.
15. De Ruyver, B., Bosman G., Bullens F., & Vander Laenen, F. (2001). *Evaluatie van de Medisch-Sociale Opvangcentra voor druggebruikers van Gent en Oostende*. Brussel: DWTC.
16. Wellings, K., Branigan, P., & Mitchell, K. (2000). Discomfort, discord and discontinuity as data: Using focus groups to research sensitive topics. *Culture, Health and Sexuality*, 3(2), 255-267.
17. Kreuger, R.A., & Casey, M.A. (2000). *Focus groups: a practical guide for applied research*. London: Sage.
18. Fountain, J., & Gilman, M. (1995). *Focus groups on clients' opinions of the Community Drug Project*. Niet gepubliceerd document.
19. American Statistical Association. (1997). *What are focus groups?* Alexandria: American Statistical Association. Beschikbaar op: www.amstat.org/sections/srms/brochures/focusgroups.pdf.
20. Greenbaum, T.L. (1997). *The handbook for focus group research*. California: Sage.
21. Parsons, J. (2000). *How to use Focus Groups as a Research Methodology*. Alberta: University of Alberta and Faculty of Education. Beschikbaar op: www.quasar.ualberta.ca/AISI/focusgroup.htm.
22. Conners, N.A., & Franklin, K.K. (2000). Using focus groups to evaluate client satisfaction in an alcohol and drug treatment program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(4), 313-320.

6. SAMENWERKING EN COMMUNICATIE VAN CLIËNTINFORMATIE BINNEN DE HULPVERLENING EN MET DE JUSTITIËLE SECTOR: WETTELIJKE RANDVOORWAARDEN

**Kim Geenens
Kathy Colpaert
Tom Balthazar
Freya Van der Laenen
Brice De Ruyver**

6.1 Inleiding en probleemstelling

Drugafhankelijkheid is een multidimensioneel probleem en een aanzienlijk aantal druggebruikers komt vroeg of laat in contact met politie en/of justitie [1,2,3]. Het spreekt voor zich dat één enkele voorziening deze problemen niet alleen kan aanpakken. Samenwerking en afstemming van de activiteiten van verschillende diensten zal dan ook een voorwaarde sine qua non zijn [4]. Samenwerking impliceert communicatie en uitwisseling van cliëntinformatie, niet alleen tussen hulpverleningsdiensten onderling maar ook tussen hulpverlening en justitie.

Verschillende auteurs wezen reeds eerder op het gebrek aan afstemming en samenwerking tussen voorzieningen binnen de Belgische verslavingszorg [5,6]. Bovendien stelt zich de bijkomende moeilijkheid dat de samenwerking en het overleg niet enkel plaatsvindt tussen professionals in de drughulpverlening, maar ook tussen de hulpverlening en de justitiële sector [7]. Dit heeft voor gevolg dat er dikwijls tegenstrijdige belangen in het spel zijn. De finaliteit van de verslavingszorg en justitie is immers verschillend. Hoewel elke vorm van hulpverlening een stuk onvrijwilligheid inhoudt [8], gaat de hulpverlening in de eerste plaats in op de – al dan niet expliciete – vraag van iemand om geholpen te worden. In de relatie tussen hulpverlener en cliënt staat wederzijds vertrouwen dan ook centraal. Justitie is daarentegen een systeem dat gedomineerd wordt door hiërarchische relaties, waarbij de bescherming van de maatschappij vooropstaat en waarbij het er voor justitie vooral op aankomt dat de cliënt niet recidiveert [9]. Vandaar het belang van de opvolging en controle van de opgelegde voorwaarden. Het is dan ook in dit verband dat het probleem van de rapportage door de hulpverlening aan justitie over de voortgang en uitkomsten van het hulpverleningsproces zich zo dikwijls stelt.

De vraag naar meer coördinatie en afstemming binnen de hulpverlening resulteerde de afgelopen jaren in een aantal nieuwe werkvormen om de onderlinge communicatie te bevorderen, zoals ‘cliëntenoverleg’ en ‘case management’.

Het cliëntenoverleg is een regelmatig overleg tussen hulpverleners van verschillende organisaties met de bedoeling het aanmeldings-, intake- en ontslagbeleid van de respectieve partners te bespreken en de aanmelding en verwijzing van en hulpverlening aan gemeenschappelijke cliënten op te volgen [10]. Dit kan als een vorm van zorgcoördinatie op structureel niveau beschouwd worden. Tijdens dergelijk cliëntenoverleg en andere vergaderingen tussen hulpverleners van verschillende instellingen worden regelmatig knelpunten inzake het beroepsgeheim aangekaart [11].

In het geval van ‘case management’ is er sprake van coördinatie en intensieve opvolging van het hulpverleningstraject van bepaalde cliënten. Deze geïndividualiseerde werkvorm verschilt in die zin van cliëntenoverleg dat het overleg tussen de case manager en andere hulpverleners of voorzieningen niet zo systematisch en formeel wordt georganiseerd. Tevens stelt zich de bijkomende moeilijkheid dat case managers dikwijls dienen te overleggen met actoren uit de justitiële sector [7].

De meeste hulpverleners zijn overtuigd van de meerwaarde van deze werkvormen, maar beseffen dat ze zich hier op het gebied van het positief afdwingbaar recht, de ethische principes en deontologische normen op glad ijs begeven. Het positief afdwingbaar recht verwijst naar het wettelijke (strafrechtelijke) kader rond het beroepsgeheim. Deontologische normen zijn gebaseerd op de ethische

beginselen van het moreel handelen en worden geconcretiseerd in de deontologische codes voor bepaalde beroepsgroepen [12].

De groeiende samenwerking met de justitiële sector en de daarmee samenhangende informatie-uitwisseling doet vragen rijzen over de grenzen van het beroepsgeheim. Vaak bestaat er immers een spanningsveld tussen het beroepsgeheim en de vertrouwensrelatie met de cliënt enerzijds en het uitwisselen van informatie in het belang van de cliënt en in het belang van een goede samenwerking met justitie anderzijds. Op welke manier deze informatie-uitwisseling moet geschieden is niet afdoende gereguleerd, zelfs niet in het geval van bepaalde gerechtelijke statuten [13,14].

Verschillende actoren met vaak tegenstrijdige belangen zijn bij deze samenwerking betrokken: politieke en justitiële diensten (politie, parket, magistratuur, probatiediensten, commissies voorwaardelijke invrijheidsstelling, etc.) aan de ene kant en de hulpverlening, die al dan niet bereid is om onder bepaalde voorwaarden met justitie samen te werken, aan de andere kant. Een derde categorie wordt gevormd door de justitieassistenten die – weliswaar als medewerkers van het gerecht – een soort brugfunctie vervullen tussen enerzijds justitie en anderzijds de "externe" hulpverlening.

Tenslotte wijzen we op de toenemende noodzaak om cliëntgegevens systematisch bij te houden in een databank. We onderscheiden hierbij de databanken die voornamelijk gebruikt worden voor registratie- en onderzoeksdoeleinden en de databanken die gebruikt worden voor klinische doeleinden. Laatstgenoemde databanken kunnen hulpverleners helpen om overleg systematischer te organiseren en het traject van cliënten meer nauwgezet op te volgen [15]. In dit opzicht stelt zich de vraag in hoeverre dergelijke databanken zijn uitgebouwd conform de Wet op de Verwerking van Persoonsgegevens (Wet van 8 december 1992).

6.2 Werkwijze

In dit hoofdstuk focussen we op het positief afdwingbaar recht, de ethische principes en de deontologische normen in het kader van de samenwerking en communicatie van informatie binnen de hulpverlening en met de justitiële sector. Hiertoe werd de literatuur over de Belgische wetgeving inzake beroepsgeheim, privacy en patiëntenrechten en de betreffende rechtspraak en (heersende) rechtsleer geanalyseerd via volgende databanken: Jura, Judith en Larcier. Gezien er talloze arresten zijn geweest in verband met de schending van het beroepsgeheim, werd ervoor geopteerd enkel de meest toonaangevende arresten in dit overzicht op te nemen (i.e. arresten van hogere rechtscolleges). Bijkomend werd ook de niet-gepubliceerde nota aangaande deontologie, beroepsgeheim en informatie-uitwisseling, die circuleert in de justitiehuizen opgevraagd bij de bevoegde autoriteiten [16].

Tevens deden we een beroep op Prof. Dr. Tom Balthazar, juridisch expert inzake gezondheidsrecht van de Vakgroep Strafrecht en Criminologie van de UGent, voor de inhoudelijke ondersteuning bij het uitwerken van dit hoofdstuk en voor de interpretatie van de bekomen onderzoeksresultaten. Daarnaast werd over onderstaande tekst overleg gepleegd met Prof. Dr. Stefaan Callens (Departement Maatschappelijke Gezondheidszorg, Interfacultair Centrum voor Biomedische Ethiek en Recht van de KULeuven) en met Prof. Dr. Frank Hutsebaut (Afdeling Strafrecht, Strafvordering en Criminologie van de KULeuven).

Om het theoretische kader tenslotte te vertalen naar de praktijk, opteerde de onderzoeksequipe voor een gevalstudie. Zo worden een aantal concrete knelpunten inzake de samenwerking tussen hulpverleningsdiensten en met justitie besproken in het kader van de implementatie van case management in de verslavingszorg. Aan de verschillende experts werd hun visie met betrekking tot deze knelpunten gevraagd.

6.3 Het wettelijke kader

6.3.1 Het beroepsgeheim

De waarborg van geheimhouding van persoonlijke informatie maakt de noodzakelijke vertrouwensrelatie tussen cliënt en hulpverlener mogelijk. Het beroepsgeheim wordt wettelijk geregeld door artikel 458 van het Strafwetboek (SW), waarvan de volledige tekst als volgt luidt:

“Geneesheren, heilkundigen, officieren van gezondheid, apothekers, vroedvrouwen en alle andere personen die uit hoofde van hun staat of beroep kennis dragen van geheimen die hun zijn toevertrouwd, en deze bekendmaken buiten het geval dat zij geroepen worden om in rechte of voor een parlementaire onderzoekscommissie getuigenis af te leggen en buiten het geval dat de wet hen verplicht die geheimen bekend te maken, worden gestraft met gevangenisstraf van acht dagen tot zes maanden en met een geldboete van honderd tot vijfhonderd frank.”

De geheimhoudingsplicht dient zowel het individueel als het maatschappelijk belang.

Artikel 458 beantwoordt aan het individuele belang van eender wie zich tot een hulpverlener of zorgverstreker wendt. De garantie van geheimhouding is onontbeerlijk voor het slagen van de hulpverlening. Naast de bescherming van het individuele belang, beschermt het beroepsgeheim ook het maatschappelijke of algemene belang. Ook de maatschappij heeft er immers belang bij dat men zich met zijn persoonlijke problemen gemakkelijk en vlot tot een geneesheer of andere hulpverlener kan wenden, wat op zijn beurt ten goede komt van de volksgezondheid en het welzijn van de gehele bevolking [17]

Het preciseren en aanvullen van de concepten van art. 458 SW wordt overgelaten aan de rechtspraak en de rechtsleer. De verschillende juridische interpretaties (van zeer ruim tot zeer strikt) kunnen zeer uiteenlopend zijn [18]. In ieder geval bestraft art. 458 een wanbedrijf. Als regel geldt dan ook dat opzet vereist is. Dit impliceert dat de schending van de zwijgplicht door onachtzaamheid niet strafbaar is, tucht- en burgerrechtelijke sancties zijn wel mogelijk [19].

We merken tevens op dat de strafrechtelijke vervolging voor de schending van het beroepsgeheim uiterst zelden gebeurt. De weinige veroordelingen hebben dan ook eerder een symbolische waarde. Er worden wel af en toe tuchtrechtelijke vervolgingen ingesteld, die ook belangrijke consequenties kunnen hebben voor de betrokkene (bv. schorsing) [20].

Als we de rechtspraak van het Hof van Cassatie bekijken, stellen we vast dat deze een belangrijke evolutie heeft gekend. In een arrest van 9 februari 1988 geeft het Hof aan dat het beroepsgeheim uitsluitend de bescherming van de cliënt beoogt (Cass. 13 mei 1987, *Arr. Cass.*, 1987, 1203; Cass. 9 februari 1988, *Arr. Cass.*, 1988, 720). Hiermee maakt het Hof een scherpe bocht aangezien het vroeger altijd hamerde op het maatschappelijke belang van het beroepsgeheim, terwijl het nu poneert dat het beroepsgeheim enkel het belang van de cliënt dient. Hieruit wordt afgeleid dat de hulpverlener die kennis neemt van feiten waarvan een cliënt het slachtoffer is, zijn zwijgplicht opzij kan schuiven en aangifte kan doen van de feiten in het belang van de cliënt. In de arresten van 19 januari 2001 en 7 maart 2002 herhaalde het Hof dat het beroepsgeheim niet absoluut is en uiteindelijk tot doel heeft de cliënt te beschermen (Cass. 19 januari 2001, *R.W.*, 2001-2002, 952; Cass. 7 maart 2002, *A.J.T.*, 2001-2002, 921). Het valt dan ook op dat het Hof focust op de patiëntbeschermende functie van het beroepsgeheim, waardoor het beroepsgeheim opzij kan geschoven worden als dit maar het belang van de cliënt dient [18].

6.3.1.1 Het toepassingsgebied “*ratione personae*”

Wie is er nu gebonden aan het beroepsgeheim? Artikel 458 SW onderscheidt twee categorieën: degene die uitdrukkelijk worden aangewezen in de wet en een residuaire categorie van personen aan wie uit hoofde van hun staat of beroep geheimen worden toevertrouwd. Met deze algemene omschrijving van

de residuaire categorie heeft de wetgever de rechtspraak de nodige ruimte willen geven om het beroepsgeheim te kunnen toepassen op nieuwe beroepen, die de wetgever niet in gedachten had bij de opstelling van het betreffende artikel. De rechtspraak heeft daar dan ook gebruik van gemaakt. Zo oordeelde het Hof van Cassatie dat het artikel tevens van toepassing is *“zonder onderscheid op alle personen die een vertrouwensfunctie uitoefenen, vastgelegd bij wet, traditie of gewoonte, en die noodzakelijke verkrijger zijn van geheimen die hen worden toevertrouwd”* (Cass. 20 februari 1905, *Pas.*, 1905, I, 141). Bij de personen die geïmagineerd worden door art. 458 worden dus ook psychologen, maatschappelijk assistenten, verpleegkundigen en straatwerkers toegevoegd, omdat ook zij noodzakelijke vertrouwenspersonen zijn. Ook alle samenwerkende vertrouwenspersonen (bv. een arts die het advies van een collega inroept) zijn gebonden aan het beroepsgeheim [21,22].

Bovendien beperkt het beroepsgeheim zich reeds lang niet meer tot de klassieke vertrouwenspersonen uit de gezondheidszorg, maar werd dit ook uitgebreid tot andere, nieuwe beroepen die vaak kennis nemen van vertrouwelijke informatie. Zo kent de wetgever een beroepsgeheim toe aan alle personen die beroepshalve betrokken zijn bij opsporings- of gerechtelijke onderzoeken zoals politiemensen, magistraten en deskundigen (Art. 28 en 57 SV), alle personen die medewerking verlenen aan de toepassing van de jeugdbeschermingswet (Art. 17 van de Wet van 8 april 1965 betreffende de jeugdbescherming), alle personen die medewerking verlenen aan het toepassen van de gecoördineerde decreten inzake jeugdbijstand (Art. 43 van het Decreet van de Vlaamse Raad van 27 juni 1985 inzake de bijzondere jeugdbijstand), alle medewerkers van de centra voor algemeen welzijnswerk die in contact komen met hulpvragenden (Art. 9 van het Decreet van 19 december 1997 betreffende het algemeen welzijnswerk), alle medewerkers van de centra voor leerlingenbegeleiding, de leden van de raad voor maatschappelijk welzijn en de personeelsleden van OCMW's [20]. De Souter en Hutsebaut [23] merken terecht op dat het van cruciaal belang is om na te gaan in welk dienstverband iemand werkt, maar ook om rekening te houden met de concrete opdracht die hij vervult om te weten of hij gebonden is door het beroepsgeheim. Het betreft bijvoorbeeld hulpverleners die opdrachten aanvaarden van justitie (bv. in het kader van probatievoorwaarden). Deze personen stellen zich in de eerste plaats op als hulpverleners, waarbij het probleem rijst dat zij verplicht zijn de opdrachtgever te informeren.

6.3.1.2 Het toepassingsgebied *“ratione materiae”*

Wat wordt in de wet verstaan onder een geheim? Allemeersch [21] stelt dat *“het beroepsgeheim verplicht tot geheimhouding van alle informatie (ongeacht de vorm of de drager van de informatie) waarvan de kennisname is gebeurd tijdens de uitoefening door de confident van zijn ambt of functie of terwijl hij wegens die hoedanigheid werd aangesproken, voor zover althans deze informatie in redelijk verband staat met de uitoefening van het ambt of de functie door de confident en zij inherent vertrouwelijk is of expliciet dan wel impliciet onder voorwaarde van geheimhouding is toevertrouwd aan de confident”*. Met geheimen bedoelt men dus niet alleen alles wat de cliënt zelf meedeelt, maar ook alles wat de geheimplichtige of vertrouwenspersoon gezien, gehoord, vernomen, vastgesteld, ontdekt of opgevangen heeft in het kader van de uitoefening van zijn beroep (artikels 56 en 57 van de Geneeskundige Plichtenleer; Antwerpen (1bis k.) 18 september 2000, *T. Gez.*, 2000-2001, 290). Daarenboven moet de informatie door de betrokkene niet expliciet als “geheim” of “vertrouwelijk” zijn aangeduid [24].

Er bestaat veel rechtspraak en rechtsleer over de invulling van het medisch geheim. Er blijkt daarentegen veel minder jurisprudentie te bestaan betreffende andere vertrouwenspersonen, met name andere hulpverleners. Zoals eerder vermeld stelt het Hof van Cassatie immers dat de principes die van toepassing zijn op geneesheren – *mutatis mutandis* – ook toegepast worden op deze andere vertrouwenspersonen [14,18,25]. Er bestaat met betrekking tot de toepassing van het (strafrechtelijk gesanctioneerd) beroepsgeheim dan ook geen fundamenteel verschil tussen artsen en niet-artsen. Het essentiële verschil betreft het feit dat geneeskundigen over erkende disciplinaire organen beschikken, zoals de Provinciale Raden van de Orde van Geneesheren en de Raden van Beroep. Er is echter geen reden om de interpretatie van art. 458 SW zoals deze gegroeid is voor het beroepsgeheim van artsen

niet toe te passen op andere hulpverleners met een individuele therapeutische relatie. Zoals hierboven reeds vermeld, dient er wel een onderscheid gemaakt te worden tussen hulpverleners met een vrijwillige vertrouwensrelatie en hulpverleners die werkzaam zijn binnen een justitieel kader, waarbij sprake is van een opgedrongen relatie met hun cliënt.

Tenslotte vermelden we dat de bevoegdheid om na te gaan wat als geheim moet beschouwd worden niet toekomt aan de cliënt noch aan de tuchtrechtelijke overheid, maar aan de rechter (Cass. 10 maart 1982, R.W., 1982-83, p. 234).

6.3.2 Uitzonderingen op de principiële zwijgplicht

Er zijn een aantal wettelijke uitzonderingen op de geheimhoudingsplicht in het kader van het beroepsgeheim. Artikel 458 SW voorziet reeds twee fundamentele uitzonderingen, namelijk het gebod van de wet en de getuigenis in rechte of voor een parlementaire onderzoekscommissie.

6.3.2.1 Wettelijke bepalingen

AMBTELIJKE EN PRIVATE AANGIFTEPLICHT, DE NOODTOESTAND EN HET SCHULDIG VERZUIM

De wet kan de zwijgplicht ombuigen tot een spreekplicht, onder andere voor de aangifte van een geboorte, overdraagbare ziekten en misdrijven. Vooral met betrekking tot deze laatste categorie stellen zich een aantal problemen.

Art. 29 Wetboek Strafvordering (SV) betreffende de ambtelijke aangifteplicht bepaalt dat:

"Iedere gestelde overheid, ieder openbaar officier of ambtenaar die in de uitoefening van zijn ambt kennis krijgt van een misdaad of een wanbedrijf, is verplicht daarvan dadelijk bericht te geven aan de procureur des Konings bij de rechtbank binnen wiens rechtsgebied die misdaad of dat wanbedrijf is gepleegd of de verdachte zou kunnen gevonden worden, en aan die magistraat alle desbetreffende inlichtingen, processen-verbaal en akten te doen komen".

Het gaat hier bijvoorbeeld om justitieassistenten, maatschappelijk assistenten in openbare diensten, politie-assistenten en consulenten van de sociale dienst van de jeugdrechtbank. Voor een hulpverlener die tevens ambtenaar is, geldt dat hij de misdrijven die hem ter ore komen buiten zijn statuut als vertrouwenspersoon moet aangeven. Wanneer een hulpverlener een vertrouwenspersoon is in de enge zin van het woord, dus zonder onderzoeksopdracht of verplichte informatie-overdracht, mag deze enkel feiten meedelen in het geval van een noodtoestand (cf. infra), een getuigenis in rechte of voor een parlementaire onderzoekscommissie met geïnformeerde toestemming van de cliënt en ter bescherming van de cliënt [23].

Art. 30 SV betreffende de private aangifteplicht bepaalt dat:

"Ieder die getuige is geweest van een aanslag, hetzij tegen de openbare veiligheid, hetzij op iemands leven of eigendom, is verplicht daarvan kennis te geven aan de procureur des Konings, hetzij van de plaats van de misdaad of van het wanbedrijf, hetzij van de plaats waar de verdachte kan worden gevonden".

Beide artikels hebben voornamelijk een louter morele waarde aangezien er geen strafrechtelijke sanctie aan verbonden is. Er is wel de mogelijkheid tot een tuchtsanctie of administratieve sanctie [26].

Hoewel niet wettelijk bepaald, doch gegroeid uit de rechtspraak, wordt het concept "noodtoestand" hier besproken. De rechtspraak voorziet de bijzondere mogelijkheid om zich van het beroepsgeheim te ontheffen in het geval van een noodtoestand. Zoals reeds eerder besproken, kan geen enkele wettelijke

norm een hulpverlener verplichten om aangifte te doen van een misdrijf gepleegd door zijn cliënt. Zo is een hulpverlener ook niet verplicht om aangifte te doen van het druggebruik van zijn cliënt [26]. Nochtans kan in uitzonderlijke gevallen het actueel en reëel gevaar voor het leven of de gezondheid van anderen een rechtvaardigingsgrond zijn voor de schending van het beroepsgeheim en voor het informeren van justitie over een cliënt die een misdrijf gepleegd zou hebben (Cass. 13 mei 1987, Arr. Cass., 1987, 1203). Hiervan kan echter pas sprake zijn als er ernstig en onmiddellijk gevaar is voor een andere persoon en wanneer de persoon in kwestie kon aannemen dat er geen andere oplossing bestond dan zijn beroepsgeheim te schenden om een hoger belang te vrijwaren [24,27].

Baetens [14] stelt bijvoorbeeld dat als een hulpverlener ontdekt dat zijn cliënt drugs verkoopt aan andere cliënten, een rechtstreekse aangifte bij de politiediensten uitzonderlijk moet blijven. Indien mogelijk moet men trachten het probleem op te lossen door hulpverlening en overleg. Het Hof van Cassatie bevestigde in 1979 reeds dat de schending van de zwijgplicht het ultimatum remedium moet zijn (Cass. 24 april 1979, Arr. Cass., 1978-1979, 1006). We kunnen dan ook stellen dat het beroepsgeheim primeert op de private aangifteplicht, met uitzondering van de noodtoestand, omdat anders het beroepsgeheim in belangrijke mate zou uitgehold worden.

Art. 422bis SW bepaalt schuldig verzuim als volgt:

“Met gevangenisstraf van acht dagen tot een jaar en met geldboete van vijftig frank tot vijfhonderd frank of met één van die straffen alleen wordt gestraft, hij die verzuimt hulp te verlenen of te verschaffen aan iemand die in groot gevaar verkeert, hetzij hij zelf diens toestand heeft vastgesteld, hetzij die toestand hem is beschreven door degenen die zijn hulp inroepen. Voor het misdrijf is vereist dat de verzuimer kon helpen zonder ernstig gevaar voor zichzelf of voor anderen. Heeft de verzuimer niet persoonlijk het gevaar vastgesteld waarin de hulpbehoevende verkeerde, dan kan hij niet worden gestraft, indien hij op grond van de omstandigheden waarin hij werd verzocht te helpen, kon geloven dat het verzoek niet ernstig was of dat er gevaar aan verbonden was. (...)”.

Dit artikel vormt de basis voor de strafrechtelijke sanctionering van elk geval waarin men verzuimt hulp te bieden aan een persoon in gevaar. De notie “schuldig hulpverzuim” staat centraal in de problematiek van het beroepsgeheim, aangezien men op de werkvloer soms dagelijks geconfronteerd wordt met personen die blootgesteld zijn aan een ernstig gevaar. In sommige gevallen kan er een conflict ontstaan tussen de zwijgplicht en de hulpverleningsplicht, met name in het kader van de melding van kindermishandeling. Dergelijk conflict zal door een afweging van belangen geval per geval moeten worden opgelost [26,28]. Men kan dan ook stellen dat de eventuele ontheffing van de zwijgplicht (in het kader van de noodtoestand) soms kan overgaan in een spreekplicht, omdat geheimhouders anders het risico lopen zelf in aanvaring te komen met artikel 422bis, aangezien deze geheimhouders beschuldigd zouden kunnen worden van het niet verlenen van hulp aan personen in gevaar.

GETUIGENIS IN RECHTE OF VOOR EEN PARLEMENTAIRE ONDERZOEKSCOMMISSIE (HET GEBOD VAN DE WET)

Wanneer de drager van geheimen geroepen wordt om een getuigenis af te leggen, namelijk indien men als getuige wordt verhoord door een onderzoeksrechter, een vonnisrechter of een parlementaire onderzoekscommissie, wordt men ontheven van de zwijgplicht. Een verklaring aan de politie of de procureur des Konings valt hier dus niet onder. Deze uitzondering wil niet zeggen dat men alles moet zeggen, maar dat men *mag* spreken. De opheffing van de strafbaarheid van de bekendmaking van een beroepsgeheim ontnemt evenwel de betrokkene het zwijgrecht niet (Antwerpen (1bis k.) 18 september 2000, T. Gez., 2000-2001, 290). Enerzijds heeft men dus de plicht te zwijgen, anderzijds heeft men het recht om te spreken. Hierbij zal de rechtbank nagaan of het stilzwijgen gerechtvaardigd is, gegeven het geheime karakter van de feiten (Cass. 23 september 1986, Arr. Cass., 1986-1987, 96) [14].

DE WET BETREFFENDE DE VERWERKING VAN PERSOONSGEGEVENS

Hoewel deze wet verder uitvoerig besproken wordt (cf. infra), vermelden we hier reeds dat de Wet betreffende de Verwerking van Persoonsgegevens de mogelijkheid biedt om – zonder in strijd te zijn met art. 458 SW – persoonsgegevens uit te wisselen. Het volstaat immers dat een wettelijke regeling het verstrekken van geheimen toelaat om zonder schending van art. 458 SW geheimen door te geven [29].

6.3.2.2 De beschikking over het beroepsgeheim door de cliënt ofwel de geïnformeerde toestemming van de cliënt

In de rechtsliteratuur bestaat nog steeds onenigheid over het akkoord van de cliënt als grondslag voor geoorloofde informatieoverdracht. In de klassieke *absolute* opvatting van art. 458 is geen rol weggelegd voor het akkoord van de cliënt. Deze visie werd verwoord in het Cassatie-arrest van 1978 (Cass. 30 oktober 1978, Arr. Cass., 1978-1979, 235) dat echter tot op heden nog niet herzien werd door het Hof van Cassatie. Dit arrest overweegt dat “*het beroepsgeheim de openbare orde raakt; dat de geneesheer niet ontheven wordt door de omstandigheid dat de zieke zou ingestemd hebben met het verspreiden van de door hem aan de geneesheer gedane confidenties*”.

Er bestaat echter een belangrijke stroming in de rechtsleer en rechtspraak waarin gepleit wordt voor een *functionele* benadering, die stelt dat het beroepsgeheim moet ingevuld worden in functie van andere waarden, waarbij het belang van de cliënt een belangrijk gegeven is [18]. We verwijzen in dit kader nogmaals naar de belangrijke evolutie in de rechtspraak van het Hof van Cassatie, waarbij opvalt dat het Hof focust op de patiëntbeschermende functie van het beroepsgeheim waardoor het beroepsgeheim opzij kan geschoven worden telkens als dit het belang van de cliënt dient (Cass. 13 mei 1987, Arr. Cass., 1987, 1203; Cass. 9 februari 1988, Arr. Cass., 1988, 720; Cass. 19 januari 2001, R.W., 2001-2002, 952; Cass. 7 maart 2002, A.J.T., 2001-2002, 921).

Los van de tendensen in de rechtsleer en rechtspraak zijn er in elk geval belangrijke indicaties dat ook de wetgever de functionele opvatting erkent. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de Wet betreffende de Verwerking van Persoonsgegevens waar de toestemming van de betrokkene de belangrijkste uitzondering vormt op het principiële verbod tot verwerking van gevoelige gegevens (cf. infra).

In een recent onderzoek naar “het beroepsgeheim en deontologie in de welzijnssector” door Van der Straete, Put en Leenaerts [18] wordt de idee verdedigd dat de instemming van de cliënt een rechtvaardigingsgrond vormt die het wederrechtelijke karakter aan de schending van het beroepsgeheim ontnemt¹³. De hulpverlener die ingaat op de vraag van zijn cliënt en de hem toevertrouwde geheimen openbaart, maakt zich niet schuldig aan schending van het beroepsgeheim. Zij verdedigen dit standpunt vanuit de afweging van het private belang versus het algemene belang van het beroepsgeheim. Zij menen dan ook dat “*de maatschappelijke functie van het beroepsgeheim waarop het openbare orde karakter steunt, niet ondermijnd wordt door het feit dat de cliënt de hulpverlener kan bevrijden van zijn geheimhoudingsplicht. De garantie dat een hulpverlener enkel vertrouwelijke informatie zal onthullen als de cliënt erom vraagt, tast het vertrouwen van de individuele cliënt in de door het beroepsgeheim gebonden beroepsbeoefenaar niet aan. Bijgevolg loopt ook het vertrouwen van de gemeenschap van (potentiële) cliënten geen gevaar*”. Ook verschillende bepalingen in de Wet betreffende de Patiëntenrechten wijzen erop dat de wetgever de mening is toegedaan dat het beroepsgeheim in de eerste plaats ter beschikking van de cliënt staat.

De instemming van de cliënt dient volgens dezelfde auteurs aan een aantal strikte eisen te beantwoorden [18]:

- de instemming van de cliënt moet de bekendmaking van de geheimen *voorafgaan*;
- de cliënt moet zijn toestemming *in alle vrijheid* kunnen geven. Er mag dan ook geen sprake zijn van druk of dwang;

¹³ Een rechtvaardigingsgrond is een omstandigheid die ertoe leidt dat een strafbaar feit zijn wederrechtelijk karakter verliest [30].

- het akkoord moet *expliciet* zijn, dit wil zeggen in uitdrukkelijke bewoordingen zijn verleend (cf. Wet betreffende de rechten van de patiënt);
- de instemming moet betrekking hebben op de onthulling van welbepaalde, specifieke gegevens. De cliënt kan dus geen machtiging geven voor het verstrekken van alle mogelijke inlichtingen;
- de cliënt dient op de hoogte te zijn van de draagwijdte van de onthulling opdat hij de hulpverlener met kennis van zaken kan ontslaan van de geheimhoudingsplicht.

Zelfs met deze strikte voorwaarden stelt de rechtsleer dat de hulpverlener, niettegenstaande de wens van de cliënt om geheimen bekend te maken, alsnog kan beslissen dat het belang van de cliënt of het algemeen belang gebaat is bij een geheimhouding van de informatie. Hetzelfde geldt als de bekendmaking aan derden geen aanwijsbaar voordeel voor de cliënt oplevert [18].

Samenvattend kan men stellen het duidelijk is dat meer en meer aanvaard wordt dat de geheimgerechtigde toestemming kan geven aan de geheimplichtige tot de onthulling van vertrouwelijke informatie. Dit zal mogelijks leiden tot een wetswijziging, een bijsturing van de deontologische code of een verfijning van de bovenvermelde cassatierechtspraak [20]. Deze laatste wijziging kan echter enkel gebeuren als het Hof van Cassatie hiertoe de kans krijgt.

6.3.2.3 Het gedeeld of collectief beroepsgeheim

De rechtsfiguur van het gedeeld of collectief beroepsgeheim is oorspronkelijk ontwikkeld door rechtstheoretici teneinde de sociale geneeskunde te verzoenen met het strikt gereguleerde beroepsgeheim. Vandaag fungeert het gedeelde beroepsgeheim echter als basis om vormen van communicatie tussen hulpverleners en zorgverstrekkers te rechtvaardigen. Ondanks het feit dat het gedeeld beroepsgeheim niet algemeen aanvaard is, kan de theorie van het gedeeld beroepsgeheim niet alleen op algemene erkenning rekenen vanuit de rechtsleer, maar is deze tevens doorgedrongen tot op het niveau van de hulpverleningspraktijk [18]. Ook de opkomst van nieuwe hulpverleningsideeën zoals zorgprogrammering en -coördinatie en integrale hulpverlening heeft eveneens geleid tot een aanzienlijke stijging van het informatieverkeer tussen hulpverleners [31].

Het werken in teamverband houdt onvermijdelijk de uitwisseling van vertrouwelijke gegevens in. Het “gedeeld beroepsgeheim” impliceert dan ook een bekendmaking van één of meer elementen die vallen onder het beroepsgeheim. Dit is echter vaak noodzakelijk in functie van de hulpverlening. De rechtsleer riep de theorie van het “gedeeld” of “collectief beroepsgeheim” in het leven. Overeenkomstig deze leer geldt het beroepsgeheim ook voor degenen die samenwerken met de geheimplichtige.

Lambert [32] wijst erop dat de theorie rond het gedeeld beroepsgeheim zeker niet vrij is van dubbelzinnigheid. De doorbreking van de geheimhoudingsplicht moet dan ook aan enkele voorwaarden voldoen:

1. allen moeten het belang van dezelfde cliënt of patiënt behartigen;
2. het delen van de informatie moet noodzakelijk zijn;
3. dit dient beperkt te blijven tot het noodzakelijke, i.e. deze informatie die strikt noodzakelijk is voor het bereiken van het gemeenschappelijk objectief;
4. de ontvanger van de informatie moet een beroep uitoefenen dat ook een beroepsgeheim kent.

De Souter en Hutsebaut [23] stellen daarenboven dat enkel de informatie die noodzakelijk en relevant is voor het goede verloop van het hulpverleningsproces mag worden doorgegeven. In plaats van “nice to know” spreekt men van het “need to know”-principe. Zo is het feit dat iemand reeds eerder vervolgd werd voor een misdrijf en dat dit misdrijf gerelateerd is aan zijn verslaving eerder “need to know”-informatie.

Wat het gedeeld beroepsgeheim binnen het team van één bepaalde organisatie betreft, stellen Van der Straete en Put voor om van een “gezamenlijk beroepsgeheim” te spreken [31]. Er wordt algemeen

aanvaard dat hulp- en zorgverleners als team samenwerken en over een gezamenlijk beroepsgeheim beschikken, zonder dat dit formeel geregeld is. Het criterium om te bepalen of er sprake is van een gezamenlijk beroepsgeheim is *“niet zozeer een probleemoplossende samenwerking waarbij de verschillende teamleden streven naar een gemeenschappelijke of geïntegreerde visie, maar wel het feit dat deze teamleden samenkomen om elkaar te confronteren met hun bevindingen en naar een coördinatie in de uitvoering ervan zoeken”*. Tevens is het essentieel dat dit samenwerkingsverband zich naar de cliënt toe als een team profileert [31].

Begin 2004 werd een parlementaire vraag gesteld aan de minister Van Sociale Zaken en Volksgezondheid inzake de uitbouw van zorgcircuits in de geestelijke gezondheidszorg en het beroepsgeheim (Antwoord van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid van 16 juli 2004 op de vraag nr. 94 van de heer Jo Vandeurzen van 7 januari 2004, DO 2003200410577). Een zorgcircuit bestaat immers uit een aaneenschakeling van zorgmodules en -trajecten, die aangeboden worden door één of meer zorgeenheden en opgevolgd worden door een trajectbegeleider of case manager [7].

De eerste vraag handelde over de kwestie in hoeverre een hulpverlener de informatie waarover hij beschikt kan delen met een andere hulpverlener (of zorgverlener) wanneer een cliënt verschillende modules van eenzelfde zorgtraject doorloopt. Het antwoord was dat de informatie die in teamverband wordt gebruikt de informatie is die de cliënt vrijgeeft. Hierbij heeft de cliënt steeds het recht bepaalde informatie niet te verschaffen of aan een zorgverstrekker te vragen bepaalde informatie niet vrij te geven in teambesprekingen. Met deze informatie kan dan ook geen rekening worden gehouden bij het opstellen van het behandelingsplan en bij de overgang tussen verschillende modules binnen het zorgtraject.

De tweede vraag peilde naar de noodzaak van de geïnformeerde toestemming van de cliënt wanneer deze er zich van bewust is dat hij behandeld wordt binnen een module die zich situeert in een bepaald zorgtraject, om de betrokken hulpverleners toe te laten essentiële informatie aan elkaar over te maken. Ook hier luidt het antwoord dat ook in het kader van een dergelijk instellingsoverschrijdend multidisciplinair team de cliënt het recht behoudt bepaalde informatie al dan niet te verschaffen aan de hulpverleners. De wijze waarop de verantwoordelijkheid over de zorg aan en behandeling van cliënten gedeeld wordt door verschillende actoren behorend tot verschillende beroepsgroepen en gebonden aan verschillende voorzieningen en initiatieven in de geestelijke gezondheidszorg, stelt ook op juridisch vlak geen problemen omdat de rechtsleer de theorie van het "gedeeld of collectief beroepsgeheim" in het leven heeft geroepen (Antwoord van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid van 16 juli 2004 op de vraag nr. 94 van de heer Jo Vandeurzen van 7 januari 2004, DO 2003200410577).

In een recent artikel van Van der Straete en Put [31] wordt gesteld dat het finaliteitscriterium voor het gedeeld beroepsgeheim de “betrokkenheid bij de hulpverlening” moet zijn. Zij stellen dat het feit dat een persoon met wie de vertrouwelijke informatie wordt gedeeld eveneens gebonden is aan het beroepsgeheim, niet volstaat. Het delen van het beroepsgeheim wordt immers ook beperkt door de eis dat het vrijgeven van vertrouwelijke informatie enkel kan gebeuren aan personen die optreden met dezelfde doelstelling en dit ten aanzien van dezelfde cliënt.

De “betrokkenheid bij de hulpverlening” dient als volgt geïnterpreteerd te worden. Een persoonlijk contact of vertrouwensband met de cliënt is geen beslissend criterium [31]. Wat volgens de auteurs wel bepalend is, is dat *“de hulp- en zorgverleners die het beroepsgeheim delen allemaal meewerken aan of ondersteuning bieden bij de uitvoering of de voortzetting van één en dezelfde behandeling of begeleiding”*. De diagnose of indicatiestelling kan hierbij een leidraad zijn, waarbij als algemeen principe aangenomen wordt *“dat alle handelingen ter uitvoering van eenzelfde diagnose of indicatiestelling deel uitmaken van dezelfde behandeling of begeleiding”*. Het bestaan van een hulpverleningstraject waarbij de cliënt tegelijkertijd of achtereenvolgens door verschillende hulpverleners wordt geholpen, draagt eveneens bij tot de afbakening van het toepassingsgebied van het gedeeld beroepsgeheim.

6.3.3 Wet betreffende de Rechten van de Patiënt

De Wet van 22 augustus 2002 betreffende de Rechten van de Patiënt regelt de belangrijkste rechten die een patiënt of cliënt kan laten gelden tegenover een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg. In de context van voorliggend onderzoek zijn vooral de artikels 7 en 9 van belang. Artikel 9 stelt dat *"de patiënt recht heeft op bescherming van zijn persoonlijke levenssfeer bij ieder optreden van een zorgverlener en inzonderheid betreffende de informatie die verband houdt met zijn gezondheid"*. Verder bepaalt artikel 7 dat *"op schriftelijk verzoek van de patiënt informatie kan worden meegedeeld aan een door hem aangewezen vertrouwenspersoon"*. Deze wet maakt het dus mogelijk dat op schriftelijk verzoek van de cliënt informatie over zijn gezondheidstoestand en de vermoedelijke evolutie ervan meegedeeld kan worden aan een vertrouwenspersoon die door de cliënt aangewezen wordt [33].

6.3.4 Wet betreffende de Verwerking van Persoonsgegevens

Naast de Wet op de Patiëntenrechten dient men uiteraard ook rekening te houden met de Wet betreffende de Verwerking van Persoonsgegevens van 8 december 1992, ook wel de privacywet genoemd (Wet van 8 december 1992 tot Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer ten opzichte van de Verwerking van Persoonsgegevens, B.S., 18 maart 1993, gecoördineerde versie van augustus 2003). Deze wet biedt de mogelijkheid om, zonder in strijd te zijn met art. 458 SW, persoonsgegevens uit te wisselen [29]. De Wet betreffende de Verwerking van Persoonsgegevens heeft voornamelijk betrekking op het invoeren en verwerken van informatie, terwijl het beroepsgeheim enkel op de fase van het doorgeven en rapporteren van informatie slaat [14,34]. Vooral in het kader van registratieonderzoek en databanken voor klinische en onderzoeksdoeleinden (cf. supra) dienen de bepalingen ter bescherming van het privé-leven van de cliënt in acht genomen te worden.

Artikel 1 van de Wet betreffende de Verwerking van Persoonsgegevens maakt duidelijk wat onder persoonsgegevens verstaan moet worden: het gaat over iedere informatie betreffende een geïdentificeerde of identificeerbare natuurlijke persoon. Als "identificeerbaar" wordt beschouwd een persoon die direct of indirect kan worden geïdentificeerd, met name aan de hand van een identificatienummer of van één of meer specifieke elementen die kenmerkend zijn voor zijn of haar fysieke, fysiologische, psychische, economische, culturele of sociale identiteit.

De Wet betreffende de Verwerking van Persoonsgegevens bepaalt verder in artikel 2 dat: *"Elke persoon het recht heeft op de bescherming van zijn vrijheid en van zijn fundamentele rechten, in het bijzonder op de bescherming van zijn privé-leven"*. In artikel 3 wordt verduidelijkt dat de wet van toepassing is op *"elke geheel of gedeeltelijk geautomatiseerde verwerking van persoonsgegevens, alsmede op elke niet-geautomatiseerde verwerking van persoonsgegevens die in een bestand zijn opgenomen of die bestemd zijn om daarin te worden opgenomen"*.

Artikel 7 stelt dan ook dat de verwerking van persoonsgegevens die de gezondheid betreffen, verboden is. Dit verbod is echter niet van toepassing in sommige gevallen, zoals (niet-exhaustief):

- *"wanneer de betrokkene schriftelijk heeft toegestemd in dergelijke verwerking met dien verstande dat deze toestemming te allen tijde door de betrokkene kan worden ingetrokken (...)";*
- *"wanneer de verwerking noodzakelijk is voor de bevordering en de bescherming van de volksgezondheid met inbegrip van bevolkingsonderzoek"* (databank voor klinische doeleinden);
- *"wanneer de verwerking noodzakelijk is voor het wetenschappelijk onderzoek en verricht wordt onder de voorwaarden vastgesteld door de Koning bij een in Ministerraad overlegd besluit, na advies van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer"* (databank voor onderzoeksdoeleinden).

We merken tevens op dat niet-identificeerbare codes niet zonder meer gelijkgesteld kunnen worden met gegevens onder een geanonimiseerde vorm. Wanneer eventueel via een code en/of een derde persoon de identiteit van de betrokkene nog kan worden achterhaald, dan spreekt men van gecodeerde

persoonsgegevens. Gecodeerde gegevens vallen onder de Wet Verwerking van Persoonsgegevens, in tegenstelling tot anonieme gegevens. In bepaalde gevallen is voorzien in een soepeler regime voor het omgaan met gecodeerde persoonsgegevens, bijvoorbeeld in databanken voor statistische of wetenschappelijke doeleinden [34]. Deze regeling werd uitgewerkt in het Koninklijk Besluit van 13 februari 2001 ter uitvoering van de Wet van 8 december 1992 tot Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer ten opzichte van de Verwerking van Persoonsgegevens (B.S., 13 maart 2001). De Nationale Raad van de Orde van Geneesheren formuleerde in 2002 nog een bijkomend advies betreffende het bijhouden van elektronische medische databanken die nominatieve en identificeerbare gegevens bevatten en regelt ondermeer het toegangsrecht, de encryptie, de duurzaamheid en de aangifte van elektronische bestanden [35].

Het is ten slotte de privacycommissie die toezicht houdt op de naleving van de Wet op de Verwerking van Persoonsgegevens.

6.4 Het deontologische kader

Er bestaan verschillende deontologische codes die aan specifieke beroepsgroepen (artsen, psychologen, CLB-medewerkers, advocaten, enz.) concrete richtlijnen en grenzen aanreiken voor de uitvoering van hun ambt. In functie van de vele discussies over het beroepsgeheim is een éénduidige deontologische code onmisbaar, gezien het wettelijk kader rond de geheimhoudingsplicht als onduidelijk en onvolledig ervaren wordt [11,29,36]. Met betrekking tot het onderzoeksthema identificeerden we drie relevante deontologische codes, die hierna besproken worden.

6.4.1 Code van de Geneeskundige Plichtenleer

Voor artsen bestaat een “Code van de Geneeskundige Plichtenleer” [37]. In de adviezen van de Nationale Raad van de Orde van Geneesheren zijn verschillende richtlijnen terug te vinden die relevant zijn voor de problematiek die in dit onderzoeksrapport behandeld wordt, zoals het advies inzake “Beroepsgeheim in geval van het niet naleven van de probatievoorwaarden” van 16 mei 1998 (cf. infra) [38]. Hoewel voornoemde code nooit als algemeen bindend werd verklaard en de Nationale Raad van de Orde van Geneesheren door middel van de adviezen geen bindende regels mag opleggen, hebben zowel de code als de daarbij aansluitende adviezen een belangrijke morele waarde, ook voor hulpverleners die geen geneesheer zijn.

Met betrekking tot het beroepsgeheim bepaalt de Code van de Geneeskundige Plichtenleer het volgende (art. 55) [37]: *“Het beroepsgeheim dat de geneesheer moet bewaren, is van openbare orde. De door patiënten geraadpleegde of om zorgen of raad verzochte practici zijn in alle omstandigheden door het beroepsgeheim gebonden”*. Het betreft zowel *“al wat de patiënt hem heeft gezegd of toevertrouwd, als wat de geneesheer weet of heeft ontdekt ten gevolge van onderzoeken of van door hem gedane of aangevraagde navorsingen”* (art. 56).

Binnen uitdrukkelijk vastgelegde grenzen zijn een aantal wettelijke uitzonderingen mogelijk: *“De geneesheer moet in geweten oordelen of hij door het beroepsgeheim toch niet wordt verplicht bepaalde gegevens niet mede te delen”* (art. 58, gewijzigd op 22 september 1993).

6.4.2 Deontologische Code voor Psychologen

De deontologische code voor psychologen beperkt zich in het hoofdstuk over het beroepsgeheim tot de algemene principes van de wettelijke verplichting tot beroepsgeheim [39]. Onder de hoofding “Geïnformeerde toestemming en vrijheid van toestemming” wordt wel vermeld dat *“indien de professionele relatie opgelegd wordt door een derde, de cliënt op de hoogte moet worden gesteld van alle mogelijke gevolgen van deze relatie. De psycholoog informeert deze derde alsmede de cliënt op*

precieze wijze van de verschillende modaliteiten en plichten waaraan hij zich moet houden, zowel tegenover de ene als tegenover de andere”.

6.4.3 Richtlijn ter verduidelijking van de deontologische principes van de justitieassistent

Ook voor justitieassistenten bestaat een richtlijn ter verduidelijking van de deontologische principes van deze beroepscategorie [16]. Deze richtlijn handelt over individuele opdrachten waarmee justitieassistenten belast worden ten aanzien van één of meerdere partijen die in conflict kunnen komen met justitie. In deze interne richtlijn wordt expliciet gesteld dat het van *“essentieel belang is dat de justitieassistent, binnen welk mandaat ook, (van meet af aan) ten aanzien van de betrokken personen (en tevens ten opzichte van collega’s uit andere diensten) duidelijkheid schept omtrent de omvang en de inhoud van zijn opdracht, namelijk “rolverklaring”, en hen in kennis stelt van de gevolgen inzake beroepsgeheim en meldingsplicht”.*

Wat het beroepsgeheim betreft, bevindt de justitieassistent zich in een dubbele positie. Enerzijds dient de justitieassistent het beroepsgeheim te respecteren conform artikel 458 SW. Anderzijds is hij in zijn handelen beperkt door het opgelegde mandaat, waardoor hij bepaalde verplichtingen heeft ten aanzien van de opdrachtgevende overheid die hem met deze opdracht heeft belast. De justitieassistent wordt immers geacht ieder nuttig element met betrekking tot het opgelegde mandaat aan de opdrachtgevende overheid over te maken. Het beroepsgeheim blijft niettemin behouden ten aanzien van alle elementen waarvan de onthulling niet echt noodzakelijk is in functie van het uitvoeren van de opdracht [16].

Wanneer een justitieassistent opgeroepen wordt om te getuigen (getuigenis in rechte), is hij verplicht gevolg te geven aan de oproeping tot verschijning. Hierbij dient hij bij iedere afzonderlijke vraag af te wegen of hij al dan niet antwoordt.

Wat de ambtelijke aangifteplicht betreft (art. 29 SV), zijn de justitieassistenten tot bekendmaking verplicht. Aangezien zij ook gehouden zijn aan de plicht tot geheimhouding, stelt zich de vraag hoe dit te combineren valt. De richtlijn stelt dat de justitieassistenten een rapportageplicht hebben naar de opdrachtgevende overheid op voorwaarde dat *“er duidelijkheid gesteld is ten aanzien van de cliënt, het verslag uitsluitend gericht is aan de opdrachtgevende overheid en de gegevens beperkt zijn tot datgene dat strikt noodzakelijk is om de opdracht te vervullen binnen de grenzen van het mandaat”* [16].

Inzake het gedeeld beroepsgeheim, stelt de richtlijn dat vertrouwelijke gegevens “onder verschillende externe professionelen” gedeeld kunnen worden indien aan de vier – hierboven besproken – voorwaarden is voldaan. Er wordt echter niet verder geëxpliciteerd wat verstaan wordt onder “verschillende externe professionelen”. Verder wordt aangeraden om de informatie-uitwisseling zo transparant mogelijk te houden, bij voorkeur via een driehoeksgesprek tussen de cliënt, de justitieassistent en de betrokken externe dienst [16].

Wanneer, tot slot, “een derde” contact opneemt met de justitieassistent moet deze in de eerste plaats het beroepsgeheim respecteren en bijgevolg geen gegevens verstrekken. Alle relevante informatie met betrekking tot het mandaat, verkregen van een derde, wordt aan de opdrachtgevende overheid overgemaakt na eerst met de cliënt besproken te zijn geweest. De persoon die de informatie verstrekt, dient vooraf over deze werkwijze ingelicht te worden [16]. Onder “derden” verstaat de richtlijn onder meer *“de plaatselijke overheden, maatschappelijk werkers, artsen, verscheidene instellingen, enz.”.* Men kan zich hierbij de vraag stellen wat het verschil is tussen “verschillende externe professionelen” en “derden”.

6.5 Samenwerking en informatie-uitwisseling tussen hulpverlening en justitie

6.5.1 Inleiding

Sinds de jaren '90 groeide het inzicht dat personen met verslavingsproblemen niet thuishoren in de gevangenis en dat een verblijf in de gevangenis vaak zelfs druggebruik in de hand werkt [9]. Een gevangenis is trouwens geen aangewezen omgeving om druggebruikers te behandelen, aangezien deze primair gericht is op de beveiliging van de samenleving [2,3,40]

Het is dan ook van groot belang dat personen met verslavingsproblemen die zich schuldig hebben gemaakt aan het plegen van druggerelateerde feiten, zoveel mogelijk via allerlei alternatieve afhandelingsmodaliteiten opgevangen worden. In verschillende recente beleidsdocumenten werd de toepassing van alternatieve bestrafing gepromoot, in combinatie met de verwijzing naar de hulpverlening in een zo vroeg mogelijk stadium van de strafrechtsbedeling [2,3,41].

Om de samenwerking tussen justitie en hulpverlening te bevorderen, is er nood aan meer informatie-uitwisseling zowel op structureel als op cliëntniveau [13]. Zo moeten beide sectoren vooreerst kennis hebben van elkaars werkwijze. Verder moeten ook duidelijke afspraken gemaakt worden inzake het doorgeven van informatie wanneer iemand vanuit justitie naar de hulpverlening doorverwezen wordt: wie geeft wat door, op welke manier wordt informatie doorgegeven, wanneer dient dit te gebeuren, ...? [42]. De communicatie van gevoelige persoonsgebonden informatie noodzaakt een juridische omschrijving van de procedure, conform de wetgeving op het beroepsgeheim, de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en de wet op de patiëntenrechten.

De vragen vanuit politie en justitie ten aanzien van de hulpverlening zijn zeer divers van aard:

- spoed- en crisisopvang 24u/24u en 7 dagen op 7 (doorverwijzing door politie, vrijheid onder voorwaarden);
- preventieve screening (doorverwijzing door politie, therapeutisch advies);
- behandeling en begeleiding als voorwaarde (pretoriaanse probatie, strafbemiddeling, vrijheid onder voorwaarden, internering, probatie, voorwaardelijke en voorlopige invrijheidsstelling);
- externe hulpverlening tijdens de detentie;
- sociale reïntegratie na de detentieperiode;
- gedwongen opnames.

Om dit kluwen aan vragen en verwachtingen enigszins te structureren, maken we in wat volgt een onderscheid tussen de juridisch geregelde verplichte samenwerking en de samenwerkingsafspraken met een juridisch karakter. Hierbij bespreken we enkel deze statuten die een verwijzing naar de hulpverlening inhouden. Het sepot (het klasseren van een proces-verbaal zonder verder gevolg) en de minnelijke schikking (het vervallen van de strafvervolgning na het betalen van een geldsom) worden om die reden niet besproken.

Aangezien een groot percentage van de case management-clieñten in de verslavingszorg ook justitieclieñten zijn [43], zal de case manager allicht een belangrijke rol spelen in de informatie-overdracht tussen beide sectoren. Case managers die verbonden zijn aan een bestaande organisatie vervullen nu reeds in een aantal gevallen deze rol. Indien case management in de toekomst structureel geïmplementeerd zou worden in de verslavingszorg, zullen deze case managers in toenemende mate de centrale contactpersonen worden voor alle partijen die bij het hulpverleningsproces betrokken zijn, inclusief de justitiële autoriteiten.

6.5.2 Wettelijk geregelde samenwerkingsafspraken

Hierna bespreken we welke afspraken bij wet geregeld zijn in het kader van de verschillende gerechtelijke statuten op het gebied van samenwerking en rapportage en de toepassing ervan bij de afhandeling van drugdelicten. Tevens wordt telkens aangegeven op welk straftoemingsniveau deze maatregel gesitueerd dient te worden.

6.5.2.1 Bemiddeling in strafzaken (vervolgingsniveau)

De Wet van 10 februari 1994 houdende de regeling van en procedure voor de Bemiddeling in Strafzaken maakt de bemiddeling in strafzaken mogelijk. De Procureur des Konings kan de strafvordering ten laste van een betrokkene laten vallen, wanneer deze dader één of meerdere voorwaarden aanvaardt en respecteert. Dit kan de betaling van een schadevergoeding, het volgen van

een vorming, het volgen van een geneeskundige behandeling of therapie, enz. inhouden [44]. De maximumtermijn gedurende dewelke de dader de behandeling moet volgen, is beperkt tot zes maanden. Wat de omkadering betreft, zijn het de justitieassistenten (vroeger bemiddelingsassistenten) die instaan voor het voorbereiden en het opvolgen van deze maatregel, alsook voor het onderhouden van de vereiste contacten met de hulpverlening [45].

Indien er sprake is van een geneeskundige behandeling, bepaalt de hulpverlener zelf de frequentie van de contacten. Er is ook geen inhoudelijke controle op het verloop van de therapie. Bovendien moet de dader zelf op geregelde tijdstippen het bewijs leveren dat hij in behandeling is (art. 216ter SV). De informatie van de hulpverlener naar de justitieassistent beperkt zich dan ook tot het bevestigen van het al dan niet aanwezig zijn van de cliënt op de gemaakte afspraken [42]. In de praktijk zijn het vooral de gespecialiseerde instellingen voor verslavingszorg die deze begeleidings- en behandelingsfunctie op zich nemen [46].

We kunnen stellen dat door het artikel 216ter SV de aard en omvang van de rapportage aan justitie enigszins geregeld wordt.

Uit een onderzoek van de UGent en de KULeuven is gebleken dat de parketten in bijna alle arrondissementen veelvuldig gebruik maken van de strafbemiddeling, voornamelijk bij (jonge) experimenterende en sociale druggebruikers, terwijl de eerder zware drugdelicten minder in aanmerking komen [5]. Sinds de omzendbrief van 1999 (COL 8/99, Gemeenschappelijke omzendbrief van 7 mei 1999 inzake bemiddeling in strafzaken) wordt de strafbemiddeling echter minder toegepast, aangezien de procedure van de bemiddeling in strafzaken hierin in eerste instantie aangeraden wordt voor dossiers met een geïdentificeerd slachtoffer [47]. In een aantal parketten blijft de toepassing hoedanook beperkt, omdat de parketmagistraten van oordeel zijn dat de termijn van zes maanden die bij bemiddeling in strafzaken is voorzien, te kort is om echt een verschil te maken. Toch biedt de bemiddeling in strafzaken voldoende mogelijkheden om druggebruikers te oriënteren naar een gepaste vorm van hulpverlening [5].

6.5.2.2 Vrijheid of invrijheidstelling onder voorwaarden (vervolgings- en straftoemingsniveau)

De Wet van 20 juli 1990 betreffende de Voorlopige Hechtenis voorziet de maatregel waarbij een onderzoeksrechter, een onderzoeksgerecht of een vonnisgerecht de verdachte op vrije voeten kan stellen, mits de naleving van bepaalde voorwaarden. Via deze modaliteit kunnen verdachten uit de gevangenis gehouden worden en naar de hulpverlening georiënteerd worden. De wet geeft geen opsomming van het soort voorwaarden (naast het eventueel betalen van een borgsom) die kunnen opgelegd worden. Deze mogen echter enkel de bedoeling hebben dezelfde doeleinden als de voorlopige hechtenis te verwezenlijken, wat betekent dat ze verband moeten houden met vlucht-, recidive-, verduisterings- of collusiegevaar. De voorwaarden die een aantasting van de fysieke en psychische integriteit kunnen inhouden (zoals een geneeskundig onderzoek of het volgen van een behandeling) kunnen dan ook niet aangewend worden zonder toestemming van de betrokkene [45].

Het toezicht op de zuivere controlemaatregelen wordt verzekerd door de politiediensten, terwijl het toezicht op het volgen van een behandeling gebeurt door de justitieassistenten. Er wordt verder verwacht dat de betrokken hulpverlenende instantie verslag uitbrengt [42]. De omvang en inhoud van de rapportageverplichting is echter hoogst onduidelijk: waarover en wanneer dient de betrokken hulpverleningsdienst verslag uit te brengen?

De alternatieven voor de voorlopige hechtenis bieden dus heel wat mogelijkheden om druggebruikers in een vroeg stadium van de strafprocedure naar de hulpverlening te oriënteren. Uit een bevraging die de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) in 1999 hield in 140 Vlaamse en Brusselse hulpverleningsdiensten bleek dat bij ongeveer 13% van de bevroegde diensten een doorverwijzing gebeurde in dit kader [48]. Er wordt dus relatief weinig gebruik gemaakt van de mogelijkheden die deze maatregel biedt. Het zoeken naar een gepast hulpverleningsalternatief blijkt geen evidentie te zijn. Onderzoekersrechtters hebben vaak moeite om binnen de 24 uren een geschikte instelling te vinden waar de betrokkene terecht kan. Zeker wat de residentiële opvang betreft, vormen de intakeprocedure en wachtlijsten een belangrijke barrière [49].

6.5.2.3 Het “nieuwe” therapeutisch advies (vervolgings- en straftoemingsniveau)

Het oude stelsel van therapeutisch advies werd al toegepast in sommige parketten – al of niet via de politiediensten – om gearresteerde druggebruikers in contact te brengen met de hulpverlening [44,50]. Het Koninklijk Besluit van 16 mei 2003 heeft een wettelijke basis gegeven aan het stelsel van therapeutisch advies (KB van 16 mei 2003 tot wijziging van het KB van 31 december 1930 omtrent de handel in slaap- en verdovende middelen, alsmede van het KB van 22 januari 1998 tot reglementering van sommige psychotrope stoffen, teneinde daarin bepalingen in te voegen met betrekking tot risicobeperking en therapeutisch advies, en tot wijziging van het KB van 26 oktober 1993 houdende maatregelen om te voorkomen dat bepaalde stoffen worden misbruikt voor de illegale vervaardiging van verdovende middelen en psychotrope stoffen).

Tijdens elke fase van de strafprocedure die aan het vonnis voorafgaat, krijgen magistraten de mogelijkheid om via de case manager justitie een therapeutisch advies te vragen. Het therapeutisch advies heeft tot doel de magistratuur advies te verstrekken omtrent de noodzaak en aard van een bepaalde behandeling. De case manager justitie doet, binnen de lijst van therapeutische adviseurs, een beroep op een persoon die een therapeutisch advies moet uitbrengen. Wel worden een aantal procedurele voorwaarden voorzien waaraan het therapeutisch advies moet voldoen, zoals het feit dat de therapeutisch adviseur niet degene mag zijn bij wie de betrokkene een behandeling volgt of heeft gevolgd [9].

Tot op heden blijft onduidelijkheid bestaan omtrent het statuut van de therapeutische adviseur. De regeling van het beroepsgeheim voor therapeutische adviseurs laat te veel ruimte voor interpretatie [9]. Er werd namelijk enkel bepaald dat het advies positief of negatief zal zijn inzake de mogelijkheid van therapeutische follow-up en/of psychosociale hulp. Volgens Vander Laenen en Dhont [9] was het zinvol geweest duidelijker te omschrijven welke informatie van de therapeutische adviseur wordt verwacht. Hierbij verwijzen ze naar de informatie-uitwisseling zoals die is geregeld in het samenwerkingsakkoord tussen de Federale Staat en de Vlaamse Gemeenschap inzake de begeleiding en behandeling van daders van seksueel misbruik. Zo bepaalt art. 7 van dit samenwerkingsakkoord: *“Het opstellen van een verslag over de opvolging van de begeleiding of behandeling ten behoeve van de bevoegde overheid en de justitieassistent, [gebeurt] binnen de maand na de inwerkingtreding van de gestelde begeleidings- en behandelingsvoorwaarden, telkens als de begeleidende dienst het nuttig acht, als de bevoegde overheid het vraagt, bij wijzigingen in de situatie, en tenminste om de zes maanden. (...) De volgende punten worden behandeld: data en uren van gemaakte afspraken; afwezigheden die niet gerechtvaardigd zijn; eenzijdige stopzetting van de behandeling door de betrokken persoon; mate waarin de betrokken persoon een inspanning levert om nuttig gebruik te maken van de begeleidingssessies; situaties van acute sociale gevaarlijkheid met ernstig risico voor derden (...)”* [50].

We merken tenslotte op dat er momenteel nog altijd geen justitiële case managers of therapeutische adviseurs aangesteld werden. Het logische gevolg hiervan is dat het therapeutisch advies, zoals het in de wetgeving werd voorzien, nog niet wordt toegepast. De parketten passen het therapeutisch advies toe, maar op de oude manier via een doorverwijzing van politie naar de hulpverlening [47].

6.5.2.4 Probatie (straftoemingsniveau)

Probatie is een modaliteit van een opschorting van de uitspraak (probatie-opschorting) of van het uitstel van strafuitvoering (probatie-uitstel). Het verlenen van probatie kan gekoppeld worden aan voorwaarden. De probatievoorwaarde kan bestaan uit dienstverlening en het volgen van een opleiding (Wet van 29 juni 1964 betreffende de opschorting, het uitstel en de probatie, B.S., 17 juli 1964). Recent werd de dienstverlening als probatievoorwaarde afgeschaft, aangezien dit nu een autonome straf is. Voor het overige zijn de probatievoorwaarden niet in de wet omschreven en worden deze overgelaten aan de vrije beoordeling van de rechter. Voorbeelden van probatievoorwaarden zijn: het verbod om verdovende middelen te gebruiken, het verbod om bepaalde plaatsen te bezoeken, de verplichting zich te laten verzorgen in een instelling [30].

Dankzij de wijziging van de oorspronkelijke drugwet door de wet van 9 juli 1975 en dankzij de wet van 10 februari 1994 werden de toepassingsvoorwaarden betreffende de probatie versoepeld ten aanzien van personen die vervolgd worden wegens drugdelicten. Dit impliceert dat personen die op een onwettige wijze met het oog op eigen gebruik verdovende middelen vervaardigen, verkrijgen of bij zich hebben of deze middelen gebruiken in groepsverband, nog steeds voor probatie in aanmerking kunnen komen ondanks vroegere gerechtelijke antecedenten (Wet van 24 februari 1921 betreffende het verhandelen van de giftstoffen, slaapmiddelen en verdovende middelen, ontsmettingsstoffen en antiseptica, *B.S.*, 6 maart 1921, zoals gewijzigd bij Wet van 9 juli 1975, *B.S.*, 26 september 1975; Wet van 10 februari 1994 tot wijziging van de Wet van 29 juni 1964 betreffende de opschorting, het uitstel en de probatie, *B.S.*, 27 april 1994).

De Wet van 3 mei 2003 vervangt tevens art. 9 van de Drugwet inzake de toepassing van de opschorting, het uitstel en de probatie (Wet van 3 mei 2003 tot wijziging van de wet van 24 februari 1921 betreffende het verhandelen van de giftstoffen, slaapmiddelen en verdovende middelen, ontsmettingsstoffen en antiseptica, *B.S.*, 2 juni 2003). Het nieuwe art. 9 handhaaft de mogelijkheden inzake opschorting en uitstel in geval van misdrijven met het oog op persoonlijk gebruik waarin reeds werd voorzien in de bestaande drugwetgeving, maar voegt ook nog een aantal misdrijven toe aan de lijst van drugmisdrijven die in aanmerking komen voor opschorting en uitstel (al dan niet in combinatie met probatievoorwaarden), ongeacht het gerechtelijke verleden van de betrokkene en de ernst van de feiten. Op die manier wordt het toepassingsgebied van deze straftoemingsmodaliteiten voor drugmisdrijven nogmaals uitgebreid en worden de hulpverleningsmogelijkheden voor misdrijven met het oog op persoonlijk gebruik gemaximaliseerd [9].

Na de uitspraak door de rechter wordt het toezicht op het naleven van de voorwaarden verzekerd door de justitieassistenten (vroeger probatieassistenten), die de betrokkene opvolgen en verslag uitbrengen bij de probatiecommissie. De justitieassistent brengt ten minste om de drie maanden verslag uit aan de probatiecommissie. Indien de betrokkene een behandeling als voorwaarde krijgt opgelegd, bepaalt de wetgeving niet verder welke informatie uitgewisseld moet worden tussen de betrokken hulpverleningsdienst en de justitiële autoriteiten. Dus ook hier is de omvang en inhoud van de rapportageverplichting onduidelijk, zowel met betrekking tot wat de externe hulpverlening moet rapporteren aan de justitieassistent als wat de justitieassistent vervolgens dient te rapporteren aan de probatiecommissie.

De Nationale Raad van de Orde van Geneesheren formuleerde in dit kader een advies inzake het beroepsgeheim in het geval van het niet naleven van probatievoorwaarden [38]. Dit advies stelt dat de hulpverlener het bevoegde rechterlijke gezag in kennis mag stellen van de stopzetting van de behandeling door de probant of van het zo slordig naleven van de gemaakte afspraken dat er geen sprake meer is van een werkelijke behandeling. Over inhoudelijke aspecten van de behandeling mag de behandelaar niets meedelen aan derden. Zelfs het voorstel om verslagen over het verloop van de behandeling – na uitdrukkelijk akkoord van de probant – over te maken aan de gerechtelijke autoriteiten is niet aanvaardbaar.

Uit het eerder genoemde onderzoek van de UGent en de KULeuven is gebleken dat het merendeel van de probanten druggebruikers zijn, wat wijst op een uitgebreide toepassing van deze modaliteit [5]. De meeste druggebruikers binnen het probatiesysteem blijken verslaafden te zijn aan hard drugs die reeds een lange carrière achter de rug hebben. Toch wordt ook vastgesteld dat heel wat jongeren die ecstasy en speed gebruiken in het probatiesysteem terecht komen. Een belangrijk knelpunt in het probatiesysteem is tenslotte dat er vaak een lange periode verstrijkt vooraleer de eigenlijke behandeling van de feiten voor de rechtbank plaatsvindt [51].

6.5.2.5 Voorwaardelijke invrijheidstelling (strafuitvoeringsniveau)

De Wet van 31 mei 1888 (de zogenaamde Wet Lejeune) tot invoering van de Voorwaardelijke Invrijheidstelling in het strafstelsel werd aangepast door de wet van 5 maart 1998 betreffende de Voorwaardelijke Invrijheidstelling en tot wijziging van de Wet van 9 april 1930 tot Bescherming van

de Maatschappij tegen abnormalen en gewoontemisdadigers (B.S., 2 april 1998) en door de Wet van 18 maart 1998 betreffende de instelling van de Commissies voor de Voorwaardelijke Invrijheidstelling (B.S., 2 april 1998). De voorwaardelijke invrijheidstelling is een modaliteit van tenuitvoerlegging van de vrijheidsstraf, waarbij een veroordeelde vervroegd in vrijheid gesteld wordt. De veroordeelde moet zich hierbij wel verbinden om gedurende een vastgestelde periode bepaalde voorwaarden na te leven. De Commissie Voorwaardelijke Invrijheidstelling bepaalt deze voorwaarden.

Het zijn opnieuw de justitieassistenten die instaan voor deze verplichte begeleiding en die toezicht houden op de naleving van de voorwaarden. Artikel 7 stelt dat wanneer begeleiding of behandeling als voorwaarde aan de maatregel werd gekoppeld, de hulpverlener of instantie die deze opdracht heeft aanvaard verslag moet uitbrengen aan de justitieassistent en aan de commissie. Zij moeten dit doen binnen de maand na de invrijheidstelling en telkens als de hulpverlener het nuttig acht of op verzoek van de commissie en minstens om de zes maanden. Het bedoelde verslag handelt over: de daadwerkelijke aanwezigheden van de betrokkene op de voorgestelde raadplegingen, de ongewettigde afwezigheden, het eenzijdig stopzetten van de begeleiding of de behandeling door de betrokkene, de moeilijkheden die bij de uitvoering daarvan zijn gerezen en de situaties die een ernstig risico inhouden voor derden.

Uit de bevraging die de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) in 1999 heeft gehouden in 140 Vlaamse en Brusselse hulpverleningsdiensten kwam naar voor dat in bijna 43% van de bevraagde diensten in dit kader een doorverwijzing gebeurde [48]. Hieruit kan afgeleid worden dat deze maatregel toch wel voldoende mogelijkheden biedt aan druggebruikers om in contact te komen met de (drug)hulpverlening.

6.5.2.6 Genade onder voorwaarden (strafuitvoeringsniveau)

Genade is een gunstmaatregel die steunt op artikel 110 van de Grondwet en die kan worden toegekend door middel van een beslissing van de uitvoerende macht. Het betreft een beslissing die tot gevolg heeft dat een straf geheel of gedeeltelijk wordt kwijtescholden, verminderd of omgezet wordt in een andere straf. De dienst Genade van de FOD Justitie behandelt de genadeverzoeken. Er zijn verschillende modaliteiten van genade, die drugverslaafde veroordeelden de mogelijkheid bieden tot een aangepaste aanpak van hun problemen [52]. Het betreft voornamelijk de “genade na een proeftermijn”, waarbij de genadebeslissing pas wordt genomen nadat een proefperiode doorlopen werd en de daaraan gekoppelde voorwaarden werden nageleefd, en de “genade na een proeftermijn gekoppeld aan een alternatieve maatregel”, waarbij genade wordt toegekend indien de betrokkene zijn verplichtingen inzake de alternatieve maatregel is nagekomen.

De omzendbrief van 29 februari 2000 voorziet in de voorlopige invrijheidstelling van bepaalde drugsverslaafde veroordeelden met het oog op een aangepaste behandeling en/of begeleiding. De dienst Genade wordt hiervan op de hoogte gesteld met vermelding van alle opgelegde voorwaarden. De voorwaarden in het kader van de genade zijn niet bij wet bepaald en krijgen dan ook diverse invullingen, zoals het verbod op alcohol- en druggebruik en het ondergaan van een therapeutische begeleiding. De justitieassistenten staan in voor de controle en leggen contact met de behandelende instanties. Over het verloop van deze opvolging brengt de justitieassistent regelmatig verslag uit bij de dienst Genade.

Het positieve gevolg van de genade is dat drugverslaafden bij een persoonlijke inspanning een strafvermindering kunnen krijgen en zodanig bespaard kunnen worden van alle negatieve consequenties van een langdurig verblijf in de gevangenis [53].

6.5.2.7 Gedwongen opname in de psychiatrie (beveiligingsmaatregel)

Hoewel de gedwongen opname volledig buiten de strafrechtsbedeling valt, lijkt het ons toch nuttig hier even bij deze maatregel stil te staan. De Wet betreffende de Bescherming van de Persoon van de Geesteszieke van 26 juni 1990 (B.S., 27 juni 1990) heeft de oude collocatiewetgeving vervangen. Door middel van deze maatregel kunnen personen op vraag van belanghebbenden, gedwongen opgenomen

worden in een psychiatrisch ziekenhuis. Artikel 2 bepaalt dat dit enkel kan wanneer de gezondheidstoestand van de persoon de eigen veiligheid in gevaar brengt of een bedreiging vormt voor de lichamelijke of psychische integriteit van derden. De gewone procedure loopt via de vrederechter, bij hoogdringendheid kan een spoedprocedure opgestart worden via de Procureur des Konings.

Na de observatieperiode in de psychiatrische instelling stelt de geneesheer-diensthooft een omstandig en gemotiveerd verslag op voor de justitiële autoriteiten. Dit verslag dient ook opgesteld te worden bij een aanvraag tot nazorg buiten de instelling (met bepaling van de voorwaarden inzake verblijfplaats, geneeskundige behandeling of maatschappelijke hulpverlening) en bij een vraag tot doorverwijzing of beëindiging van het verblijf (art. 16).

Drugverslaafden veroorzaken soms niet alleen heel wat problemen voor zichzelf, maar ook voor hun directe omgeving. Vrijwillige behandeling is niet altijd mogelijk en soms richten familieleden zich tot de vrederechter met het verzoek tot verplichte behandeling in een psychiatrische instelling. In de meeste gevallen worden dergelijke verzoeken afgewezen door de vrederechter omdat deze druggebruik niet als een gegronde reden ziet om over te gaan tot een gedwongen opname. Bepaalde druggebruikers beantwoorden wel aan de voorwaarden voor een gedwongen opname, bijvoorbeeld als het verslavingsprobleem gepaard gaat met een ernstige psychopathologie. De toepassing van deze wettelijke maatregel is in deze situaties wel verdedigbaar [54].

Uit de eerder vermelde VAD-bevraging van 140 Vlaamse en Brusselse hulpverleningsinstanties bleek dat in ongeveer 18% van de bevraagde diensten een doorverwijzing onder meer via een gedwongen opname gebeurde [48]. Hieruit kan afgeleid worden dat via deze dwangmaatregel regelmatig een oriëntatie naar de (drug)hulpverlening plaatsvindt.

6.5.2.8 Internering (beveiligingsmaatregel)

De internering wordt geregeld door de Wet van 1 juli 1964 (B.S., 17 juli 1964) betreffende de Bescherming van de Maatschappij tegen abnormalen, gewoontemisdadigers en bepaalde plegers van seksuele strafbare feiten, die op zijn beurt de wet van 9 april 1930 wijzigde. Als een persoon voldoet aan de voorwaarden van sociale gevaarlijkheid, het plegen van een strafbaar feit en het verkeren in een toestand van “krankzinnigheid of ernstige zwakzinnigheid of geestesstoornis”, dan kan deze verplicht worden zich te laten behandelen in plaats van een klassieke detentie. Wanneer de rechtbank de internering heeft uitgesproken, wordt het dossier overgemaakt aan de Commissie ter Bescherming van de Maatschappij die beslist over de uitvoeringswijze en duur van de internering.

Justitieassistenten hebben de taak geïnterneerden te begeleiden. Indien nodig wordt er doorverwezen naar gespecialiseerde hulpverleningsdiensten. De justitieassistenten staan in voor de opvolging van de verplichte begeleiding en zij fungeren als verbindingspersoon tussen de geïnterneerde, de commissie en de verschillende betrokken diensten. Zij rapporteren geregeld aan de commissie. Van de hulpverlening wordt verwacht dat zij voor elke zitting van de Commissie ter Bescherming van de Maatschappij een psychiatrisch verslag overmaken [45].

De Commissie kan naast de keuze om de internering verder te zetten ook beslissen tot het aanwijzen van een gepaste hulpverleningsinstelling, het overplaatsen van de geïnterneerde naar een andere instelling of deze (beperkt) vrij te laten. Aan de invrijheidstelling op proef worden bepaalde voorwaarden gekoppeld. Artikel 20 van voornoemde wet stelt in deze context dat de dienst of persoon die de opdracht aanneemt de commissie, binnen een maand na de invrijheidstelling op proef en telkens als de dienst of persoon het nuttig acht of op verzoek van de commissie en tenminste om de zes maanden, verslag dient uit te brengen over de begeleiding of behandeling. Het verslag omvat: de daadwerkelijke aanwezigheden van de betrokkene op de voorgestelde raadplegingen, de ongewettigde afwezigheden, het eenzijdig stopzetten van de begeleiding of de behandeling door de betrokkene, de moeilijkheden die bij de uitvoering daarvan zijn gerezen en de situaties die een ernstig risico inhouden voor derden. Daarenboven dient de bevoegde dienst de commissie op de hoogte te brengen van het stopzetten van de begeleiding of de behandeling. Deze wetgeving regelt op een vrij behoorlijke manier wat in de rapportage moet voorkomen, maar ook hier geldt de opmerking dat het in de praktijk

moeilijk blijft om te interpreteren wat moet verstaan worden onder “moeilijkheden die bij de uitvoering gerezen zijn”.

Druggebruikers met ernstige psychiatrische problemen bij wie internering als maatregel wordt aangewend, worden opgevangen in psychiatrische ziekenhuizen of op specifieke afdelingen van gevangenissen. Het aantal beschikbare plaatsen in de hulpverlening is echter zeer beperkt [36]. Uit de bevraging die de VAD in 1999 hield in de Vlaamse en Brusselse hulpverlening bleek dat bijna 27% van de bevroegde diensten af en toe een doorverwijzing kreeg van cliënten met een interneringsstatuut [48].

6.5.3 Samenwerkingsafspraken met een juridisch karakter

Naast voormelde formele afspraken tussen justitie en hulpverlening bestaan ook een aantal samenwerkingsafspraken zonder wettelijke basis. Dit is onder meer het geval voor het sepot na verwijzing, het (oude) therapeutische advies en de pretoriaanse probatie.

6.5.3.1 Seponeren na verwijzing

Het sepot na verwijzing houdt in dat een strafbaar feit, in overleg met het parket, geklasseerd wordt na een verwijzing naar de hulpverlening. De verwijzing is in principe vrijblijvend en er wordt ook niet gecontroleerd of de geïnterpelleerde druggebruiker zich effectief heeft aangemeld bij de hulpverlening [45]. Als het parket feedback verwacht, zal men eerder het stelsel van het therapeutisch advies toepassen [50].

6.5.3.2 Het “oude” therapeutisch advies (opsporings- en vervolgingsniveau)

Zoals reeds eerder besproken, werd het oude stelsel van het therapeutisch advies al toegepast in sommige parketten, al of niet via de politiediensten, om een gearresteerde druggebruiker in contact te brengen met de hulpverlening [44]. Aanvankelijk was het “therapeutisch advies” opgezet als een vorm van vroeghulp, waarbij een geverbaliseerde druggebruiker op het laagste echelon van de strafrechtsbedeling de kans kreeg zich vrijblijvend tot de hulpverlening te richten [9,46].

Het therapeutisch advies ten aanzien van druggebruikers kent uiteenlopende praktische toepassingen. De projecten die momenteel lopen zijn sterk afhankelijk van plaatselijke en regionale overlegafspraken tussen politiediensten, het parket en de hulpverlening. Er bestaat dan ook nood aan eenvormigheid [50], die men met de wettelijke regeling rond het “nieuwe” therapeutisch advies hoopt te brengen.

Een gangbare praktijk is dat de politie, in overleg met het parket, een geïnterpelleerde druggebruiker verwijst naar de gespecialiseerde hulpverlening met de verwachting informatie te bekomen over de wenselijkheid van een bepaalde begeleiding. Aangezien het oude therapeutisch advies geen wettelijke basis kent, zijn er ook geen wettelijke voorschriften aangaande informatie-uitwisseling. Hulpverleners beperken zich dan ook doorgaans tot het doorgeven van feitelijke informatie, zoals het melden of de druggebruiker zich al dan niet heeft aangemeld bij de dienst. Men verkiest zelfs eerder een aanwezigheidsattest mee te geven met de cliënt dat hij dan zelf kan voorleggen aan de politie of het parket dan dit zelf te melden aan deze instanties [36]. In een aantal gevallen wordt wel gewerkt met een formeel protocol, zoals in de projecten “Therapeutisch Advies Leuven” en “Drughulpadvies Halle-Vilvoorde” [42].

Uit het VAD-onderzoek naar de samenwerking tussen de drughulpverlening en justitie kwam naar voor dat bijna 40% van de voorzieningen voor verslavingszorg doorverwijzingen krijgen voor therapeutisch advies [48].

6.5.3.3 Pretoriaanse probatie

De pretoriaanse probatie of het voorwaardelijk sepot houdt in dat het parket voorwaarden koppelt aan de seponering, waarbij de verdachte er zich toe verbindt de opgelegde voorwaarden na te leven. De betrokkene blijft vrij al dan niet in te gaan op het gedane voorstel [51,55]. Hoewel de pretoriaanse probatie niet wettelijk geregeld is en dus ook geen wettelijke voorschriften gelden aangaande het doorgeven van informatie, verwacht het parket na ongeveer zes maanden (een maximumtermijn is niet vastgelegd) een beknopte verslaggeving van de hulpverleningsdienst met de vermelding of de betrokkene zijn voorwaarden heeft nageleefd. Ook het feit dat de betrokkene zich niet aangemeld heeft, wordt doorgegeven [36].

De pretoriaanse probatie wordt sinds de invoering van de bemiddeling in strafzaken in nagenoeg alle parketten niet meer of slechts sporadisch toegepast, onder meer wegens het arbeidsintensieve karakter. De parketmagistraat is er immers toe gehouden de dader onmiddellijk na de feiten persoonlijk te ontvangen. De weinige druggebruikers die effectief in het kader van de pretoriaanse probatie een behandeling volgen, zijn voornamelijk jonge niet-problematische cannabisgebruikers [5].

Inzake de opvolging van de pretoriaanse probatie zien we dat dit statuut in Vlaanderen enkel opgenomen wordt door de justitiehuizen van Veurne en Leuven [56]. Omwille van een gebrek aan mensen en middelen is één van deze parketten – op vraag van het justitiehuis – sinds twee jaar gestopt met de toepassing van de pretoriaanse probatie. Nochtans werd dit statuut voordien frequent toegepast in functie van de opvolging van problematische cannabisgebruikers en van recreatieve gebruikers van andere illegale drugs. Het gevolg van de stopzetting van deze praktijk is dat dit parket nu meer zaken seponeert [47]. In het Franstalig landsgedeelte neemt geen enkel justitiehuis pretoriaanse probatie op, wat niet mag verwonderen aangezien het Koninklijk Besluit van 13 juni 1999 deze opdracht niet vermeldt in hoofde van de justitiehuizen (KB van 13 juni 1999 tot vaststelling van de personeelsformatie van de buitendiensten van de Dienst Justitiehuizen van het Ministerie van Justitie, B.S., 29 juni 1999).

6.6 Concrete knelpunten inzake samenwerking tussen hulpverleningsdiensten en met justitie bij de implementatie van zorgcoördinatie en case management in de verslavingszorg

Om het geschetste theoretische kader te vertalen naar de praktijk worden een aantal concrete knelpunten bij de implementatie van zorgcoördinatie en case management in de verslavingszorg toegelicht. Deze knelpunten werden naar voor geschoven tijdens de interviews en de focusgroepen (cf. hoofdstuk 5) en worden beantwoord op basis van de adviezen van de geconsulteerde experts.

- *Tijdens het cliëntenoverleg geldt de afspraak tussen verschillende betrokken hulpverleningsdiensten dat er enkel "relevante informatie" over cliënten besproken wordt. De vraag stelt zich echter hoe het concept "relevant" ingevuld dient te worden?*

Het is onvermijdelijk dat er omtrent de legitimiteit van informatie-uitwisseling tussen personen die betrokken zijn bij de behandeling of begeleiding van dezelfde patiënt of cliënt vroeg of laat geschillen zullen ontstaan. Het is tevens onoverkomelijk dat vrij vage begrippen zoals "relevante informatie" op verschillende wijzen geïnterpreteerd worden. Het lijkt dan ook aangewezen om in de plaats van het begrip "relevante informatie" te werken met het begrip "noodzakelijke informatie". Telkens opnieuw moet getoetst worden of de informatieoverdracht noodzakelijk is voor de behandeling of begeleiding van de persoon in kwestie, waarbij tevens geldt dat niet elk lid van het team alles moet weten over een bepaalde cliënt.

- *Heeft de “informed consent” van de cliënt naast zijn waarde in de relatie tussen hulpverlener en cliënt ook een juridische waarde? Immers de cliënt kan de hulpverlener niet ontheffen van zijn beroepsgeheim.*

Zoals hierboven reeds uitgebreid aan bod kwam, bestaat een belangrijke evolutie omtrent de mogelijkheid om een geheimplichtige te ontheffen van diens beroepsgeheim. Meer en meer wordt aanvaard dat de toestemming van de geheimrechtigde wel een geldige grondslag is voor de overdracht van confidentiële gegevens. Uiteraard moet het wel gaan om een voorgelichte toestemming. De geheimrechtigde moet weten waarvoor hij zijn toestemming geeft, wat er met de gegevens kan gebeuren en aan wie (of minstens aan welke categorie van hulpverleners) ze zullen overgedragen worden.

- *Cliënten waarvan hulpverleners overtuigd zijn dat nauwgezette en langdurige opvolging nodig is (bv. extreem problematische druggebruikers), zijn vaak personen van wie men geen geïnformeerde toestemming kan verkrijgen zodat ze besproken kunnen worden op een cliëntenoverleg?*

In principe kunnen deze gevallen niet besproken worden op het cliëntenoverleg, tenzij een ernstige gevaarssituatie bestaat (bv. suïciderisico, reëel risico voor de fysieke integriteit van derden,...). Dan zal per uitzondering beroep kunnen gedaan worden op de doctrine van de “noodtoestand” om bepaalde informatie te melden aan derden.

- *Om tegemoet te komen aan de opmerkingen dat de werking van het cliëntenoverleg niet transparant genoeg is en dat het beroepsgeheim wordt overtreden, is men in de provincie Oost-Vlaanderen gestart met het opmaken van een protocol. In dit protocol wordt de werking van het cliëntenoverleg gedetailleerd beschreven. Dit document wordt nadien voor akkoord ondertekend door elke voorziening die deelneemt aan het cliëntenoverleg. Kan men stellen dat een dergelijk protocol een minimale dekking vormt voor hulpverleners met betrekking tot de juridische risico's die ze lopen? Of ligt de waarde van een dergelijk protocol eerder op deontologisch vlak?*

Over de juridische waarde van vrijwillig opgestelde protocollen is heel wat betwisting mogelijk. Dergelijk protocol kan uiteraard nooit een verantwoording vormen voor onwettig handelen. De uitzonderingen op de principiële zwijgplicht die door een dergelijk protocol zouden voorzien worden, kunnen ook niet beschouwd worden als wettelijke uitzonderingen in de zin van artikel 458 SW. Dit neemt evenwel niet weg dat een dergelijk protocol inderdaad de vereiste “minimale dekking” kan verschaffen. Zo zal handelen overeenkomstig bepaalde consensusrichtlijnen bij een aansprakelijkheidsbetwisting sneller beschouwd worden als handelen overeenkomstig de professionele standaard. Handelen overeenkomstig consensusrichtlijnen zal bij de strafrechtelijke beoordeling door de procureur des Konings ook sneller tot een seponeringsbeslissing leiden en zal bij een eventuele strafrechtelijke vervolging door de betrokken hulpverlener zeker ter zijner verdediging kunnen aangevoerd worden.

Er zijn trouwens nog andere takken binnen de gezondheids- en welzijnszorg in België waar gewerkt wordt met gelijkaardige protocollen. We verwijzen in deze context onder meer naar:

- het Besluit van de Vlaamse regering van 8 juni 2001 betreffende het multidisciplinaire dossier in de centra voor leerlingbegeleiding (B.S., 11 september 2002), dat het pragmatisch en functionalistisch standpunt van de wetgever illustreert aangaande de beschikking over het beroepsgeheim door de cliënt. Het besluit vermeldt immers dat gegevens uit de multidisciplinaire dossiers in de centra voor leerlingbegeleiding kunnen meegedeeld worden aan derden mits het akkoord van de betrokkene.
- het samenwerkingsakkoord van 8 oktober 1998 tussen de Federale Staat en de Vlaamse Gemeenschap inzake de begeleiding en behandeling van daders van seksueel misbruik. Dit samenwerkingsakkoord bepaalt duidelijk de taken van de verschillende partners, regelt de informatietransmissie en bevat een standaard prestatiecontract dat afgesloten dient te worden tussen de cliënt, de justitieassistent en de betrokken hulpverleningsdienst.

- *Vanaf welk moment kan het geheel van cliëntengegevens in het kader van de databanken voor klinische of onderzoeksdoeleinden beschouwd worden als niet retraceerbaar?*

In de privacywetgeving wordt doorgaans gesproken over niet-herleidbare gegevens, hoewel in de internationale literatuur het concept “niet-traceerbaar” gebruikt wordt. Gegevens zijn pas geanonimiseerd of niet-traceerbaar, indien het volstrekt onmogelijk is om de gegevens te koppelen aan een bepaalde persoon. Van zodra zij volledig geanonimiseerd zijn, verliezen zij overigens het statuut van persoonsgegevens met de daarbij horende bestemming.

We merkten hierboven reeds op dat niet-identificeerbare codes niet zonder meer gelijkgesteld kunnen worden met gegevens onder een geanonimiseerde vorm. Wanneer de identiteit van de betrokkene nog kan worden herleid (via een code en/of een derde persoon), dan spreekt men van gecodeerde persoonsgegevens. Deze gegevens vallen onder de Wet betreffende de Verwerking van Persoonsgegevens, in tegenstelling tot de anonieme gegevens. Voor deze gegevens is in bepaalde gevallen voorzien in een meer flexibel regime, bijvoorbeeld in het kader van databanken voor statistische of wetenschappelijke doeleinden [34] Deze regeling is uitgewerkt in het Koninklijk Besluit van 13 februari 2001 ter uitvoering van de Wet van 8 december 1992 tot Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer ten opzichte van de Verwerking van Persoonsgegevens (B.S., 13 maart 2001).

- *In hoeverre kan binnen het cliëntenoverleg gebruik gemaakt worden van een dergelijke databank?*

Er is op zich geen bezwaar om gebruik te maken van een databank in zoverre deze voldoet aan alle vereisten van de Wet betreffende de Verwerking van Persoonsgegevens. Artikel 4 van die wet bepaalt de algemene voorwaarden voor de rechtmatigheid van de verwerking van persoonsgegevens. De persoonsgegevens dienen:

“1° eerlijk en rechtmatig te worden verwerkt;

2° voor welbepaalde, uitdrukkelijk omschreven en gerechtvaardigde doeleinden te worden verkregen en niet verder te worden verwerkt op een wijze die, rekening houdend met alle relevante factoren, met name met de redelijke verwachtingen van de betrokkene en met de toepasselijke wettelijke en reglementaire bepalingen, onverenigbaar is met die doeleinden. Onder de voorwaarden vastgesteld door de Koning na advies van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, wordt verdere verwerking van de gegevens voor historische, statistische of wetenschappelijke doeleinden niet als onverenigbaar beschouwd;

3° toereikend, terzake dienend en niet overmatig te zijn, uitgaande van de doeleinden waarvoor zij worden verkregen of waarvoor zij verder worden verwerkt;

4° nauwkeurig te zijn en, zo nodig, te worden bijgewerkt. Alle redelijke maatregelen dienen te worden getroffen om de gegevens die, uitgaande van de doeleinden waarvoor zij worden verkregen of waarvoor zij verder worden verwerkt, onnauwkeurig of onvolledig zijn, uit te wissen of te verbeteren;

5° in een vorm die het mogelijk maakt de betrokkenen te identificeren, niet langer te worden bewaard dan voor de verwezenlijking van de doeleinden waarvoor zij worden verkregen of verder worden verwerkt, noodzakelijk is. De Koning voorziet, na advies van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, in passende waarborgen voor persoonsgegevens die, langer dan hiervoor bepaald, voor historische, statistische of wetenschappelijke doeleinden worden bewaard.” (Koninklijk Besluit van 13 februari 2001 ter uitvoering van de Wet van 8 december 1992 tot Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer ten opzichte van de Verwerking van Persoonsgegevens (B.S., 13 maart 2001)).

Verder bepaalt artikel 7 inzake de verwerking van persoonsgegevens die de gezondheid betreffen dat de betrokkene schriftelijk moet toestemmen in een dergelijke verwerking, met dien verstande dat deze toestemming altijd door de betrokkene kan worden ingetrokken.

Met inachtneming van de bovenstaande voorwaarden is de verwerking van persoonsgegevens toegestaan “wanneer de verwerking noodzakelijk is voor doeleinden van preventieve geneeskunde of

medische diagnose, het verstrekken van zorg of behandelingen aan de betrokkene of een verwant, of het beheer van de gezondheidsdiensten handelend in het belang van de betrokkene". Tenslotte mogen de persoonsgegevens betreffende de gezondheid enkel worden verwerkt onder de verantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg.

6.7 Samenvatting en besluiten

6.7.1 Afstemming van de zorg, samenwerking en informatie-uitwisseling tussen diensten

Over het algemeen wordt aangenomen dat alle hulpverleners die een noodzakelijke vertrouwensfunctie hebben onder de toepassing van artikel 458 SW vallen. In bepaalde situaties kunnen hulpverleners echter ontheven worden van hun zwijgplicht. De wetgeving, de rechtspraak en rechtsleer is hieromtrent bijzonder complex en alles behalve eenduidig, waardoor hulpverleners vaak door de bomen het bos niet meer zien. Dit is onder meer toe te schrijven aan het gebruik van op verschillende manieren interpreteerbare begrippen zoals "relevante informatie" en "noodtoestand".

De meeste auteurs zijn het erover eens dat artikel 458 SW zo strikt mogelijk geïnterpreteerd moet worden. Deze geheimhoudingsplicht mag enkel doorbroken worden bij een getuigenis in rechte en wanneer de wet hiertoe verplicht. Dit laatste impliceert eigenlijk een spreekplicht in het kader van de private en ambtelijke aangifteplicht en het schuldig verzuim. Ook in het kader van een noodtoestand kan de schending van het beroepsgeheim een rechtvaardigingsgrond zijn. De meeste juristen nemen echter aan dat het beroepsgeheim nog steeds primeert op de private aangifteplicht (met de uitzondering van de noodtoestand), omdat anders het beroepsgeheim in belangrijke mate zou uitgehold worden. Daarenboven biedt de Wet betreffende de Verwerking van Persoonsgegevens de mogelijkheid om, zonder in strijd te zijn met art. 458 SW, persoonsgegevens uit te wisselen.

Wat de rechtspraak betreft, valt op dat het Hof van Cassatie vanaf eind de jaren '80 in zijn arresten een pleitbezorger is geworden van de stelling dat het beroepsgeheim het belang van de cliënt dient te beschermen. Hierbij beschermt het beroepsgeheim de privacy van de cliënt, maar moet wijken als een ander hoger ingeschat belang van de cliënt dit vraagt [18].

Om hier concrete en éénduidige richtlijnen te kunnen verschaffen, is het wenselijk een deontologische code of protocol op te stellen zoals reeds gebeurd is in andere takken van de welzijns- en gezondheidszorg. Deze moeten de principes en verplichtingen bevatten die een hulpverlener moet respecteren om zijn opdracht naar behoren uit te voeren, alsook bindende richtlijnen voor de diensten waarbinnen deze personen tewerkgesteld zijn. Hierdoor kan de rol en functie van de verschillende betrokken partijen uitgeklaard worden en zal tegelijk op voorhand een duidelijk kader geschapen moeten worden voor de relatie tussen de hulpverlener en zijn doelpubliek. Volgens Casselman en Noirfalise verdient het opstellen van een dergelijk deontologisch kader prioriteit boven de studie van hypothetische gevallen waarin art. 458 SW al dan niet van toepassing is [13].

Ook in het kader van het gedeeld beroepsgeheim bestaat heel wat onduidelijkheid. De constructie van het gedeeld beroepsgeheim kent geen wettelijke basis en wordt daarom als een wankel constructie beschouwd. Om te vermijden dat hulpverleners de grenzen van het beroepsgeheim overschrijden, is het noodzakelijk de opdrachten en verantwoordelijkheden van alle betrokken actoren duidelijk te definiëren en af te lijnen, in het bijzonder wanneer hulpverleners justitiële opdrachten aanvaarden. De positie van de verschillende actoren moet dan ook van in het begin uitgeklaard worden tegenover de cliënt. Daarenboven moet de informatie-uitwisseling op de eerste plaats het belang van de cliënt dienen.

Er bestaat bovendien geen twijfel over dat de justitieassistenten niet onder hetzelfde beroepsgeheim als "externe" hulpverleners en zorgverstrekkers vallen. Er kan dan ook geen sprake zijn van een gedeeld beroepsgeheim tussen hulpverleners en justitieassistenten. Dit heeft verregaande consequenties voor de informatie-uitwisseling tussen externe hulpverleners en justitieassistenten, die binnen hun mandaat een rapportageplicht hebben ten opzichte van de opdrachtgevende overheid.

6.7.2 De geïnformeerde toestemming van de cliënt

Terwijl in een aantal van de ons omringende landen, zoals Duitsland, Zwitserland en Oostenrijk, de instemming van de cliënt wordt erkend als rechtvaardigingsgrond voor de schending van het beroepsgeheim, wijst de Belgische rechtsleer en rechtspraak dit af omwille van het “openbare orde”-karakter van ons strafrecht [18]. Dit neemt niet weg dat de huidige rechtspraak de absolute opvatting verlaten heeft inzake de geheimhoudingsplicht die geen enkel oog zou hebben voor het individuele belang. Het beeld van de onmondige en onwetende cliënt die niet in staat is de gevolgen van zijn handelingen te overzien, is achterhaald. Het is dan ook aangewezen de instemming van de cliënt als rechtvaardigingsgrond voor de schending van het beroepsgeheim te erkennen in de Belgische rechtsleer en rechtspraak.

6.7.3 Informatie-uitwisseling binnen specifieke gerechtelijke statuten

De meeste gerechtelijke statuten voorzien in een oriëntering van druggebruikers naar de hulpverlening, wat alleen maar toegejuicht kan worden. Deze modaliteiten werden tevens doorheen de jaren verder uitgebreid ten aanzien van druggebruikers.

De afhandelingsmodaliteiten die niet wettelijk geregeld zijn, namelijk het sepot na verwijzing, de pretoriaanse probatie en het oude therapeutische advies, bepalen logischerwijze geen voorschriften inzake informatie-uitwisseling. Wel wordt binnen een aantal projecten in het kader van het therapeutisch advies gewerkt met een protocol dat opgesteld werd tussen de betrokken diensten en waarin de informatie-uitwisseling wordt gereguleerd.

In de verschillende wetten die de gerechtelijke statuten regelen, wordt niet altijd expliciet verwezen naar de verplichting om informatie te verstrekken. Een ander groot probleem is dat zelden omschreven wordt welke informatie uitgewisseld moet worden tussen de verschillende partijen en op welke manier dit dient te geschieden. Voor de justitieassistenten wordt dit min of meer omschreven, maar voor de hulpverlening is dit meestal niet het geval. Er staat ook nergens omschreven hoe de informatie doorgegeven moet worden. Daarenboven is het niet duidelijk welke rol de hulpverleningsdiensten spelen inzake het toezicht op de voorwaarden wanneer voor een justitiële cliënt de voorwaarde het volgen van een behandeling is.

In een aantal gevallen (zoals in de Wet van 26 juni 1990 betreffende de Bescherming van de Persoon van de Geesteszieke) is dit wel duidelijk, maar bij de meeste andere gerechtelijke statuten wordt niet bepaald of de verslaggeving in verband met het naleven van de voorwaarden rechtstreeks vanwege de hulpverleners wordt verwacht of alleen vanwege justitieassistenten. In elk geval is er geen discussie over het principe dat bepaalde gerechtelijke instanties het recht hebben om – in het kader van bepaalde wetten – vertrouwelijke informatie die normaliter onder het beroepsgeheim valt, te verwerven. Goede inspiratie over de problematiek en de informatie-uitwisseling met gerechtelijke autoriteiten is te vinden in het reeds vermelde samenwerkingsakkoord van oktober 1998 inzake de begeleiding en behandeling van daders van seksueel misbruik, alsook in de wetgeving op de voorwaardelijke invrijheidstelling.

Bij gerechtelijke statuten waarbij bepaalde voorwaarden expliciet worden vermeld, wenst de betrokken gerechtelijke instantie te worden geïnformeerd over het al dan niet naleven van de voorwaarden. Het meest strikte standpunt in verband met het beroepsgeheim houdt in dat de hulpverlener enkel feitelijke informatie doorgeeft (bv. of de cliënt zich heeft aangeboden, of de gemaakte afspraken worden nageleefd, of de cliënt de behandeling blijft volgen), maar er wordt geen informatie verschaft over de inhoud van de hulpverlening. Indien er meer dan louter feitelijke informatie gevraagd wordt, is de hulpverlening immers van mening dat het niet hun taak is rechtstreeks mee te werken aan een beslissing die door het strafrechterlijk apparaat genomen wordt. Zij zien dit liever uitgevoerd worden door een onafhankelijke deskundige, i.e. de therapeutische adviseur zoals geconcipeerd in de nieuwe drugwet van 2003 (cf. supra). Todts merkt in dit verband op dat de samenwerking tussen hulpverlening en justitie geëvolueerd is van een “LAT-relatie” naar een “shotgun wedding” [9].

Uiteindelijk zal het gerechtelijke lot van de cliënt afhankelijk zijn van de bevestiging dat alle voorwaarden worden nageleefd. Hiermee komen we op het cruciale punt waarbij de praktijk leert dat het in het belang van de cliënt wenselijk kan zijn dat bepaalde informatie toch wordt doorgegeven. Bij hulpverlening onder gerechtelijke voorwaarden is het essentieel dat de cliënt van bij de aanvang de voorwaarden goed kent en er zich van bewust is welk soort informatie aan wie moet of kan doorgegeven worden. Het bespreken van de inhoud van de verslaggeving aan de betrokken gerechtelijke instanties met de cliënt kan veel misverstanden voorkomen.

6.7.4 Zorgcontinuïteit en -coördinatie binnen bepaalde gerechtelijke statuten

Bepaalde gerechtelijke statuten die voorwaarden inhouden inzake het volgen van een behandeling, gaan voorbij aan de nood aan zorgcontinuïteit en –coördinatie bij langdurig verslaafden. In het geval van de vrijheid of invrijheidstelling onder voorwaarden kan bijvoorbeeld een behandelingsmaatregel opgelegd worden voor een termijn van drie maanden, die daarna opgeheven of verlengd kan worden. Het gebeurt niet zelden dat de zaak veel later dan drie maanden voorkomt, zonder dat een verlenging van de maatregel werd goedgekeurd. Zodoende wordt de continuïteit van de behandeling en opvolging onderbroken, terwijl korte tijd later opnieuw een begeleiding kan worden opgestart als bijvoorbeeld een probatiemaatregel in dezelfde zin opgelegd wordt. Echter, in functie van een positieve behandelingsuitkomst zijn continuïteit van zorg en afstemming met andere interventies van cruciaal belang.

6.8 Referenties

1. McLellan, A.T., Arndt, I., Metzger, D., Woody, G., & O'Brien, C. (1993). The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *Journal of the American Medical Association*, 269, 1953-1959.
2. Verslag namens de werkgroep belast met het bestuderen van de drugproblematiek, *Gedr. St. Kamer*, 1996-97, 1062/1-3.
3. Federale Regering. (2001). *Beleidsnota van de federale regering in verband met de drugproblematiek*. Brussel: Federale regering.
4. Willenbring, M. (1996). Case management applications in substance use disorders. In H. Siegal, & R. Rapp (Eds.), *Case management and substance abuse treatment: practice and experience* (pp. 51-76). New York: Springer Publishing Company.
5. De Ruyver, B., & Casselman, J. (2000). *Het Belgisch drugbeleid anno 2000: een stand van zaken drie jaar na de aanbevelingen van de parlementaire werkgroep drugs, in opdracht van de Minister van Justitie*. Gent – Leuven: UGent, Onderzoeksgroep Drugbeleid, Strafrechtelijk beleid en Internationale Criminaliteit – KUL, Onderzoeksgroep Gerechtelijke Geestelijke Geneeskunde.
6. Raes, V., Lenders, F., & Geirnaert, M. (1995). *Drughulpverlening in Vlaanderen: feiten en problemen*. Brussel: VAD.
7. Vanderplasschen, W., Lievens, K., Van Bouchaute, J., Mostien, B., Claeys, P., & Broekaert, E. (2004). Zorgcoördinatie in de verslavingszorg: de stapsgewijze uitbouw van een zorgcircuit middelenmisbruik. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 60(11), 773-787.
8. Vandevelde, S., & Vanderplasschen, W. (2003). Verschillen tussen justitieel en niet-justitieel verwezen cliënten. In W. Vanderplasschen, K. Colpaert, K. Lievens, & E. Broekaert (Eds.), *De Oost-Vlaamse drughulpverlening in cijfers: kenmerken, zorggebruik en uitstroom van cliënten in behandeling* (Orthopedagogische Reeks Gent Nummer 15). Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.
9. Todts, S. (2004). De drugwet en de hulpverlening: lat-relatie of shotgun wedding? *Orde van de dag. Criminaliteit en Samenleving*, 26, 7-26.
10. Vanderplasschen, W., Lievens, K., Franssen, A. & Broekaert, E. (2004). *Qualitative study on the effectiveness of case management for multiple service users in Belgian substance abuse treatment*. Manuscript submitted for publication.

11. Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (2002). *Rapportering aan justitiële partners in het kader van begeleidingen van druggebruikers met justitieel dossier. Visietekst Hulpverlenings- en welzijnssector*. Brussel: VAD.
12. Ten Have, H., Ter Meulen, R., & Van Leeuwen, E. (2003). *Medische ethiek*. Antwerpen: Standaard Uitgeverij.
13. Casselman, J., Meuwissen, K., Noirfalise, A., & Maise, L. (2002). *Justitie-hulpverlening: duidelijke afspraken. Actiepunt 4.1.2. Beleidsnota van de Federale Regering in verband met de drugproblematiek van 19 januari 2001. Eindverslag, in opdracht van de Belgische Staat vertegenwoordigd door Mevrouw Aelvoet, Minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu*. Beschikbaar op: <http://www.poldoc.be/dailydoc/document/fgov/2002/g020131n.pdf>.
14. Stockman, R. (1998). *Het beroepsgeheim in de zorgverleningssector*. Antwerpen: Intersentia.
15. De Ruyver, B., Bosman, G., Bullens, F., & Vander Laenen, F. (2001). *Evaluatie van de medisch-sociale opvangcentra voor druggebruikers. Deelrapport Gent-Oostende*. Brussel: DWTC.
16. FOD Justitie, Dienst Justitiehuisen. (2003). *Richtlijn ter verduidelijking van de deontologische principes van de justitieassistent*. Brussel: FOD Justitie.
17. Kiganahe, D., & Poulet, Y. (2002). *Le secret professionnel*. Brussel: La Charte.
18. Van Der Straete, I., Put, J., & Leenaerts, E. (2003). Het beschikkingsrecht over het beroepsgeheim. *Tijdschrift voor Privaatrecht*, 1093-1137.
19. Nys, H. (2001). *Medisch recht*. Leuven: Uitgeverij Acco.
20. Balthazar, T. (2004). Beroepsgeheim en moraliteitsonderzoek. In M. Bockstaele (Ed.), *Moraliteitsverslagen in assisenzaken*. Brussel: Politeia.
21. Allemeersch, B. (2004). Het toepassingsgebied van art. 458 Strafwetboek. Over het succes van het beroepsgeheim en het geheim van dat succes. *Rechtskundig Weekblad*, 1, 1-19.
22. Nys, H. (1986). Het beroepsgeheim in de gezondheidszorg - Overzicht van rechtspraak 1970-1984. *Rechtskundig Weekblad*, 1249-1274.
23. De Souter, V., & Hutsebaut, F. (1999). *De problematiek van het beroepsgeheim in de relatie politie, justitie en hulpverlening: discussietekst*. Niet gepubliceerd document.
24. Loosveldt, G. (2004). *Info-uitwisseling en beroepsgeheim. Verslag Workshop 1 tijdens de studiedag: "Van trip naar circuit, de wegen naar een zorgcircuit middelenmisbruik" op 10 mei 2004*. Antwerpen: Provinciehuis Antwerpen.
25. Geens, P. (1996). Werken met vertrouwelijke gegevens in de welzijnssector. In Instituut voor Sociaal Recht (Ed.), *Sociale bescherming op nieuwe paden, Liber Memorialis Béatrice Van Buggenhout* (pp. 179-196). Leuven: Universitaire Pers Leuven.
26. Balthazar, T., Bogaert, M.J.M., De Ruyver, B., Dewallens, D., & Maximus, L. (1996). *Juridische aspecten van druggebruik*. Gent: Mys & Breesch Uitgevers.
27. Adriaens, D. (1999). Enkele beschouwingen over het beroepsgeheim in de sociale sector. *OCMW-Visies*, 2, 29-44.
28. Lybaert, D. (1997). Beroepsgeheim van de hulpverlener in relatie tot de politiediensten, *Rechtskundig Weekblad*, 969-974.
29. Callens, S. (1996). Vragen bij de toepassing van de wet verwerking van persoonsgegevens in de gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 4-24.
30. Van Den Wyngaert, C. (1999). *Strafrecht en strafprocesrecht*. Antwerpen: Maklu.
31. Van Der Straete, I., & Put, J. (2005). Het gedeeld beroepsgeheim en het gezamenlijk beroepsgeheim – Halve smart of dubbel leed?. *Rechtskundig Weekblad*, 2, 41-59.
32. Lambert, P. (1985). *Le secret professionnel*. Brussel: Nemesis.
33. Nys, H. (2003). De wet betreffende de rechten van de patiënt. *Rechtskundig Weekblad*, 66/29, 1121-1133.
34. Callens, S., & Peers, J. (2003). *Organisatie van de gezondheidszorg*. Antwerpen: Intersentia.
35. Nationale Raad van de Orde van Geneesheren. (2002). *Aanbevelingen van de Nationale Raad betreffende het bijhouden van elektronische medische databanken die nominatieve en identificeerbare gegevens bevatten*. Advies van 15 juni 2002.

36. Casselman, J. (2002). *Hulpverlening onder druk. Gerechtscliënten in de geestelijke gezondheidszorg*. Mechelen: Kluwer.
37. Nationale Raad van de Orde der geneesheren (s.d.). *Code van Geneeskundige Plichtenleer*. Brussel: Nationale Raad van de Orde der geneesheren. Beschikbaar op: www.ordomedic.be.
38. Nationale Raad van de Orde van Geneesheren. (1998). *Beroepsgeheim in geval van niet-naleving van de probatievoorwaarden*. Advies van 16 mei 1998.
39. Belgische Federatie van Psychologen. (s.d.). *Deontologische Code Psychologen*. Beschikbaar op: <http://www.bfp-fbp.be/BfpNL/REGdeontcode.htm>.
40. Beyens, K., Snacken, S., & Eliaerts, C. (1993). *Barstende muren. Overbevolkte gevangenissen: omvang, oorzaken en mogelijke oplossingen*. Antwerpen: Kluwer.
41. Minister van justitie. (1996). *Oriëntatienota Strafbeleid en gevangenisbeleid. Juni 1996*. Brussel: FOD Justitie.
42. Jacobs, T. (1999). *Interstructurele communicatie en samenwerking tussen hulpverleningsvoorzieningen en politionele en justitiële instanties met respect voor het beroepsgeheim*. Overlegplatform GGZ Vlaams-Brabant, in opdracht van het Provinciaal Drugplatform Vlaams-Brabant en mede gesubsidieerd door de Koning Boudewijnstichting en de Nationale Loterij. Heverlee: Overlegplatform GGZ Vlaams-Brabant.
43. Vanderplasschen, W., Lievens, K., & Broekaert, E. (2001). *Implementatie van een methodiek van case management in de drughulpverlening: een proefproject in de provincie Oost-Vlaanderen (Orthopedagogische Reeks Gent Nummer 14)*. Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.
44. De Ruyver, B., Van Daele L., & Vander Beken, T. (1998). *Toepassing van de alternatieve afdoening. Een oriënterende studie*. Brussel: Koning Boudewijnstichting.
45. Vander Beken, T. (2004). *Penologie*. Gent: Ugent, IRCP.
46. De Ruyver, B., Hap, M., Marchandise, T., Schleiper, A., & Vermeulen, G. (1997). *Drugbeleid 2000*. Antwerpen: Maklu.
47. Vander Laenen, F. (2004). De nieuwe Ministeriële Omzendbrief voor druggebruikers. Het vervolgingsbeleid laat er zich niet door leiden. *Panopticon*, 5, 9-29.
48. Roose, N., Verstuyf, G., & Michiels, S. (1999). *Bevraging samenwerking drughulpverlening – justitie*. Brussel: VAD.
49. Ballotta, D., Black, C., De Ruyver, B., Dorn, N., Vander Beken, T., & Van Impe, C. (2002). *Insights, Prosecution of drug users in Europe, Belgium*. Lisbon: EMCDDA.
50. Aertsen, P., & Snoeck, C. (1992). *Therapeutisch advies. Evaluatieonderzoek van een samenwerkingsverband tussen justitie en de drughulpverlening rond illegale drugs*. Mechelen: CGGZ Mechelen.
51. Meese, J., Van Impe, K., & De Ruyver, B. (2000). De relatie tussen strafrechtsbedeling en drughulpverlening: op dreef of op drift? *Panopticon*, 3, 304-345.
52. Vanassche, V. (1998). *Juridische statuten. Justitiële informatie met betrekking tot de mogelijke statuten van verslaafden* (niet-gepubliceerd document).
53. Rombauts, J., & Vander Laenen, F. (1999). De samenwerking tussen justitie en hulpverlening. *Proventief*, 13-16.
54. Ansoms, S. (1996). Toxicomanie: ambulante hulpverlening onder dwang. *Panopticon*, 18-25.
55. Wolf, H., Todts, S., Van Der Kreeft, P., & Van Cauwenberghe, K. (1994). *Drugs en gebruik. Duidelijke antwoorden op uw vragen*. Antwerpen: Icarus.
56. FOD Justitie, Dienst Justitiehuisen. (2002). *Jaarverslag 2002*. Brussel: FOD Justitie.

Wetgeving

Wet van 24 februari 1921 betreffende het verhandelen van de gifstoffen, slaapmiddelen en verdovende middelen, ontsmettingsstoffen en antiseptica, *Belgisch Staatsblad*, 6 maart 1921.

Wet van 31 mei 1888 tot invoering van de voorwaardelijke invrijheidstelling in het strafstelsel, *Belgisch Staatsblad*, 3 juni 1888.

Wet van 1 juli 1964 betreffende de bescherming van de maatschappij tegen abnormalen gewoontemisdadigers en bepaalde plegers van seksuele strafbare feiten, *Belgisch Staatsblad*, 17 juli 1964.

Wet van 29 juni 1964 betreffende de opschorting, het uitstel en de probatie, *Belgisch Staatsblad*, 17 juli 1964.

Wet van 29 juni 1964 betreffende de opschorting, het uitstel en de probatie, *Belgisch Staatsblad*, 27 april 1994.

Wet van 8 april 1965 betreffende de jeugdbescherming, *Belgisch Staatsblad*, 15 april 1965.

Wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke, *Belgisch Staatsblad*, 27 juni 1990.

Wet van 20 juli 1990 betreffende de voorlopige hechtenis, *Belgisch Staatsblad*, 14 augustus 1990.

Wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens, *Belgisch Staatsblad*, 18 maart 1993, gecoördineerde versie van augustus 2003. Beschikbaar op: http://privacy.fgov.be/textes_normatifs/loi_wet_8_12_92%20.pdf.

Wet van 10 februari 1994 houdende de regeling van een procedure voor de bemiddeling in strafzaken, *Belgisch Staatsblad*, 27 april 1994.

Wet van 5 maart 1998 betreffende de voorwaardelijke invrijheidstelling en tot wijziging van de wet van 9 april 1930 tot bescherming van de maatschappij tegen de abnormalen en de gewoontemisdadigers, *Belgisch Staatsblad*, 2 april 1998.

Wet van 18 maart 1998 betreffende de instelling van de commissies voor de voorwaardelijke invrijheidstelling, *Belgisch Staatsblad*, 2 april 1998.

Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, *Belgisch Staatsblad*, 26 september 2002.

Wet van 3 mei 2003 tot wijziging van de wet van 24 februari 1921 betreffende het verhandelen van de gifstoffen, slaapmiddelen en verdovende middelen, ontsmettingsstoffen en antiseptica, *Belgisch Staatsblad*, 2 juni 2003.

Koninklijk Besluit van 13 februari 2001 ter uitvoering van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens, *Belgisch Staatsblad*, 13 maart 2001.

Koninklijk Besluit van 16 mei 2003 tot wijziging van het Koninklijk Besluit van 31 december 1930 omtrent de handel in slaap- en verdovende middelen alsmede van het Koninklijk Besluit van 22 januari 1998 tot reglementering van sommige psychotrope stoffen, teneinde daarin bepalingen in te voegen met betrekking tot risicobeperking en therapeutisch advies, en tot wijziging van het Koninklijk Besluit van 26 oktober 1993 houdende maatregelen om te voorkomen dat bepaalde stoffen worden misbruikt voor de illegale vervaardiging van verdovende middelen en psychotrope stoffen, *Belgisch Staatsblad*, 2 juni 2003.

Gemeenschappelijke omzendbrief van 7 mei 1999 inzake bemiddeling in strafzaken (COL 8/99)

Omzendbrief van 29 februari 2000 betreffende de voorlopige invrijheidstelling van bepaalde drugsverslaafde veroordeelden met het oog op aangepaste behandeling en/of begeleiding.

Decreet van de Vlaamse Raad van 27 juni 1985 inzake bijzondere jeugdbijstand, *Belgisch Staatsblad*, 5 juli 1985.

Decreet van 19 december 1997 betreffende het algemeen welzijnswerk, *Belgisch Staatsblad*, 22 oktober 1997.

Rechtspraak

Cass. 20 februari 1905, *Pasicrisie België*, 1905, I, 141.

Cass. 30 oktober 1978, *Arresten Cassatie*, 1978-79, 235.

Cass. 24 april 1979, *Arresten Cassatie*, 1978-79, 1006.

Cass. 10 maart 1982, *Rechtskundig Weekblad*, 1982-83, p. 234.

Cass. 23 september 1986, *Arresten Cassatie*, 1986-87, 96.

Cass. 13 mei 1987, *Arresten Cassatie*, 1986-87, 1203.

Cass. 9 februari 1988, *Arresten Cassatie*, 1987-88, 702.

Antwerpen (1bis k.) 18 september 2000, *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 2000-01, 290.

Cass. 19 januari 2001, *Rechtskundig Weekblad*, 2001-02, 952

Cass. 7 maart 2002, *Algemeen Juridisch Tijdschrift*, 2001-02, 921

7. UITVOERING VAN CASE MANAGEMENT IN DE PRAKTIJK

Jessica De Maeyer
Wouter Vanderplassen

7.1 Inleiding

Uit verschillende bronnen [1,2,3,4] blijkt het belang van een goede handleiding of draaiboek voor een efficiënte implementatie van case management. Dergelijk draaiboek is momenteel echter niet voor handen, maar in het buitenland bestaan hiervan wel een aantal goede voorbeelden [5,6]. Aan de hand daarvan en op basis van de praktijkervaringen met deze interventie in de provincie Oost-Vlaanderen, staan we in wat volgt stil bij de kerntaken van een case manager en hoe die ingevuld kunnen worden. We probeerden hierbij zoveel mogelijk abstractie te maken van de context, maar beseffen dat deze richtlijnen niet zonder meer toepasbaar zijn in gelijk welke setting. Met name de toepassing van case management vanuit een justitiële context stelt een aantal specifieke vereisten.

Case management kan beschouwd worden als een cyclisch proces, waarin een zestal fasen te onderscheiden zijn: aanmelding en contactname, assessment en probleemanalyse, planning, uitvoering, monitoring en evaluatie en afronding (cf. figuur 7.1). Bij elk van deze fasen wordt in wat volgt uitgebreid stilgestaan, met name bij de uitvoeringsfase die de kern van het case management vormt.

7.2 Case management in de praktijk

FASE 1: AANMELDING EN CONTACTNAME

De aanmelding van cliënten kan door verschillende personen of instanties gebeuren. Potentiële cliënten worden vaak (telefonisch) aangemeld door een externe hulpverleningsinstantie, maar dit kan even goed een bezorgde buurman zijn of iemand anders uit de omgeving van de cliënt [6]. Het kan zinvol zijn informatie op te vragen bij deze doorverwijzers, omdat ze mogelijk inzicht geven in het verloop en de ernst van de klachten en problemen van cliënten. Op die manier verkrijgt men ook een indruk van de interventies en behandelingen die in het verleden reeds gevolgd werden en van de werkzaamheid ervan. Aldus kan de case manager de cliënt op papier leren “kennen” en zich een beeld vormen, maar we willen hierbij tegelijk waarschuwen voor het gevaar van een vooringenomen houding ten opzichte van cliënten en het fenomeen van de “self-fulfilling prophecy”.

Tijdens de fase van contactopname worden de grondslagen gelegd voor een positieve arbeidsrelatie. Respect, empathie en aanvaarding zijn basiswaarden om een vertrouwensrelatie en constructieve professionele relatie aan te gaan [5]. Een agressieve en confronterende aanpak mist meestal zijn doel. Er wordt gestreefd naar een warme sfeer waarbij er voldoende ruimte gelaten wordt voor overleg. De case manager vertrekt vanuit een actieve benadering van de cliënt. Het is niet zo dat na een eerste contact altijd een lineair, chronologisch en geregeld hulpverleningsproces ontstaat [6]. Integendeel, vaak is het nodig meerdere malen actief contact te zoeken. Het is belangrijk dat de case manager de cliënt op een geïnteresseerde en vriendelijke manier benadert en bij de hele fase van contactopname rekening houden met de motivatie en het stadium van verandering waarin de cliënt zich op dat moment bevindt [7].

In deze fase worden ook de arbeidsprincipes van case management uitgelegd, waarna de cliënt de mogelijkheid moet hebben om te beslissen of hij zich hier al dan niet achter kan stellen [6]. Het is belangrijk dat aan de cliënt de ruimte gegeven wordt om zelf het tempo te bepalen. Tegen het eind van het eerste gesprek zal met de cliënt besproken worden of hij met het gestructureerde case management proces verder wil gaan. Wanneer de cliënt hiermee instemt, wordt een contract ondertekend waardoor de werkrelatie tussen de cliënt en de case manager bevestigd wordt. De case manager engageert zich om de cliënt de nodige ondersteuning te verlenen en de cliënt verplicht er zichzelf toe mee te werken aan dit proces van doelbepaling en opvolging van het hulpverleningstraject. Het is belangrijk dat het

eerste gesprek beëindigd wordt met een aantal duidelijke afspraken zodat de cliënt weet waar hij aan toe is. Men dient hierin realistisch te zijn en geen beloften te doen die men toch niet kan waarmaken. Verder moet met de cliënt besproken worden hoe er met hem contact gezocht zal worden, wanneer het hem niet lukt om zijn afspraken na te komen. Wanneer de cliënt niet geïnteresseerd blijkt in case management, wordt er geprobeerd hem zo goed mogelijk door te verwijzen naar een hulpverleningsvorm die wel aan zijn hulpvraag voldoet.

Soms zal het noodzakelijk zijn reeds bij het eerste gesprek te voorzien in praktische hulp, wat meteen ook de mogelijkheid biedt om het vertrouwen van de cliënt te winnen. Het incidenteel oplossen van problemen kan echter maanden of jaren doorgaan. 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 bepaalde langere termijndoelen te werken [6]. De case manager zit vaak in een tweestrijd tussen het oplossen van acute problemen enerzijds, en het werken aan lange termijndoelen anderzijds. Het uitvoeren van crisisinterventies houdt het risico in dat cliënten zich enkel nog in dergelijke situaties laten zien, het negeren van deze acute problemen kan echter ook een negatief effect hebben op de contacttrouw van de cliënt.

FASE 2: ASSESSMENT EN PROBLEEMANALYSE

Of iemand daadwerkelijk in aanmerking komt voor case management kan pas worden besloten na zorgvuldige gegevensverzameling over de cliënt. De case manager begint met een gestandaardiseerde analyse van de situatie van de cliënt, met oog voor diens mogelijkheden en beperkingen met betrekking tot verschillende leefgebieden [8]. Het kan bij deze gegevensverzameling ook interessant zijn om – naast de cliënt zelf – een beroep te doen op diens sociaal netwerk, betrokken hulpverleners, etc. [9]. Het is vooral belangrijk om oog te hebben voor de actuele situatie van de cliënt, niet zozeer voor diens gedetailleerde levensgeschiedenis.

De assessmentfase is de verzamelnaam voor alle activiteiten die voorafgaan aan het opstellen of bijsturen van een handelingsplan. Hierbij kan onder meer gebruik gemaakt worden van gestandaardiseerde vragenlijsten en tests. In dit verband is de EuropASI (de Europese versie van de Addiction Severity Index) een frequent gebruikte vragenlijst, maar we willen ook verwijzen naar andere instrumenten zoals de Severity of Dependence Scale en de PREDI. In functie van bepaalde specifieke problemen kan gebruik gemaakt worden van meer gespecialiseerde instrumenten zoals de WAIS, MMPI, SCL-90-R, gedragsvragenlijsten,... . Eventueel kan hierbij ook een beroep gedaan worden op een aantal objectieve tests, zoals bloed- of urinecontroles.

Op het einde van de assessmentfase volgt een probleem- en behoefte-analyse. De case manager gaat na welke hulp hij zelf kan verstrekken en voor welke aspecten andere diensten zullen ingeschakeld worden. Op die manier wil men komen tot een duidelijk afgebakende hulpvraag. Afsluitend worden de inschatting van de problemen door de case manager en de subjectieve hulpbehoefte van de cliënt op elkaar afgestemd en worden de verschillende hulpverleningsmogelijkheden besproken. De cliënt heeft uiteindelijk steeds het laatste woord bij het definiëren van de hulpvraag en beslist zelf welke stappen hij wil zetten.

De assessmentfase blijft zelden beperkt tot één enkel gesprek of moment. Vaak is het immers te belastend voor de cliënt om dit alles in één keer te doorlopen. Tijdens de fase van assessment en probleemanalyse probeert men vooral de relatie met de cliënt verder uit te bouwen. Actief luisteren, het stellen van open vragen, samenvatten en het geven van feedback zijn enkele technieken die tijdens deze fase toegepast kunnen worden [5].

De indicatiestelling voor case management kan echter ook gebeuren door een andere instantie dan de case manager, bv. door een centrale intake-eenheid of aparte indicatiestellingscommissie. Meestal worden cliënten daarna op basis van “objectieve” criteria toegewezen aan een bepaalde module zoals case management. Het zal belangrijk zijn dat er nauw overleg plaatsvindt tussen degenen die deze indicatie stellen en het case management-team. Tenslotte zal het voor een goede afstemming tussen de hulpvraag van de cliënt en het voorziene zorgaanbod noodzakelijk zijn deze assessment op geregelde tijdstippen te herhalen. Indien zich een nieuw probleem stelt, is het bovendien aangewezen deze fase opnieuw te doorlopen.

FASE 3: DOELBEPALING EN PLANNING

In deze fase worden de belangrijkste aandachtsgebieden aangeduid met bijhorende concrete doelstellingen, verwachtingen, timing en evaluatiecriteria [10]. De planningsfase staat in het teken van het opstellen van het hulpverleningsplan. Dit plan bevat wie wat waar wanneer hoe en met welk doel zal doen [11]. Het handelingsplan omvat idealiter alle geïnventariseerde probleemgebieden van de cliënt en alle vooropgestelde doelstellingen van het hulpverleningsproces.

De hulpvraag van de cliënt vormt het uitgangspunt voor het opstellen van het handelingsplan. Op basis van de vooropgestelde doelen kan men een inschatting maken van de vereiste kwaliteit van de ondersteuning. Bovendien zullen de problemen in hun samenhang moeten aangepakt worden. Het is immers niet de bedoeling om enkel het druggebruik van de cliënt te doen afnemen, zonder dat de belangrijkste uitlokkende factoren, zoals de uitzichtloze sociale situatie van de cliënt, aangepakt worden.

Het is belangrijk dat handelingsplanning systematisch wordt opgenomen binnen het case management en dat ook regelmatig tijd wordt gemaakt voor het herzien van de oorspronkelijke doelstellingen. Hierbij dient rekening gehouden te worden met de visie van de cliënt en de leefsituatie die hij nastreeft. Deze doelstellingen geven richting aan het hulpverleningsproces, werken motiverend voor de cliënt en zetten hem aan om vol te houden.

Het is dus niet de bedoeling om zomaar lukraak aan de slag te gaan met de cliënt, maar om samen met hem een plan uit te stippelen dat hij in de toekomst kan hanteren en waarop hij kan terugvallen. Het kan handig zijn om in deze fase een overleg te regelen met alle betrokken hulpverleners, zodat zij samen met de cliënt mee vorm kunnen geven aan het hulpverleningsplan. Binnen dit plan moet een onderscheid gemaakt worden tussen algemene (bv. verbeteren van de levenskwaliteit) en concrete doelen (bv. schuldsanering, eigen woning huren). Deze doelen moeten realistisch en controleerbaar zijn en binnen een bepaalde tijd uitvoerbaar zijn. Voor het zelfwaardegevoel en de motivatie van de cliënt is het aangewezen om deze doelen positief te formuleren. Tenslotte dient de case manager steeds in gedachten te houden dat het uiteindelijk de doelstellingen van de cliënt de leidraad moeten zijn, niet die van hemzelf.

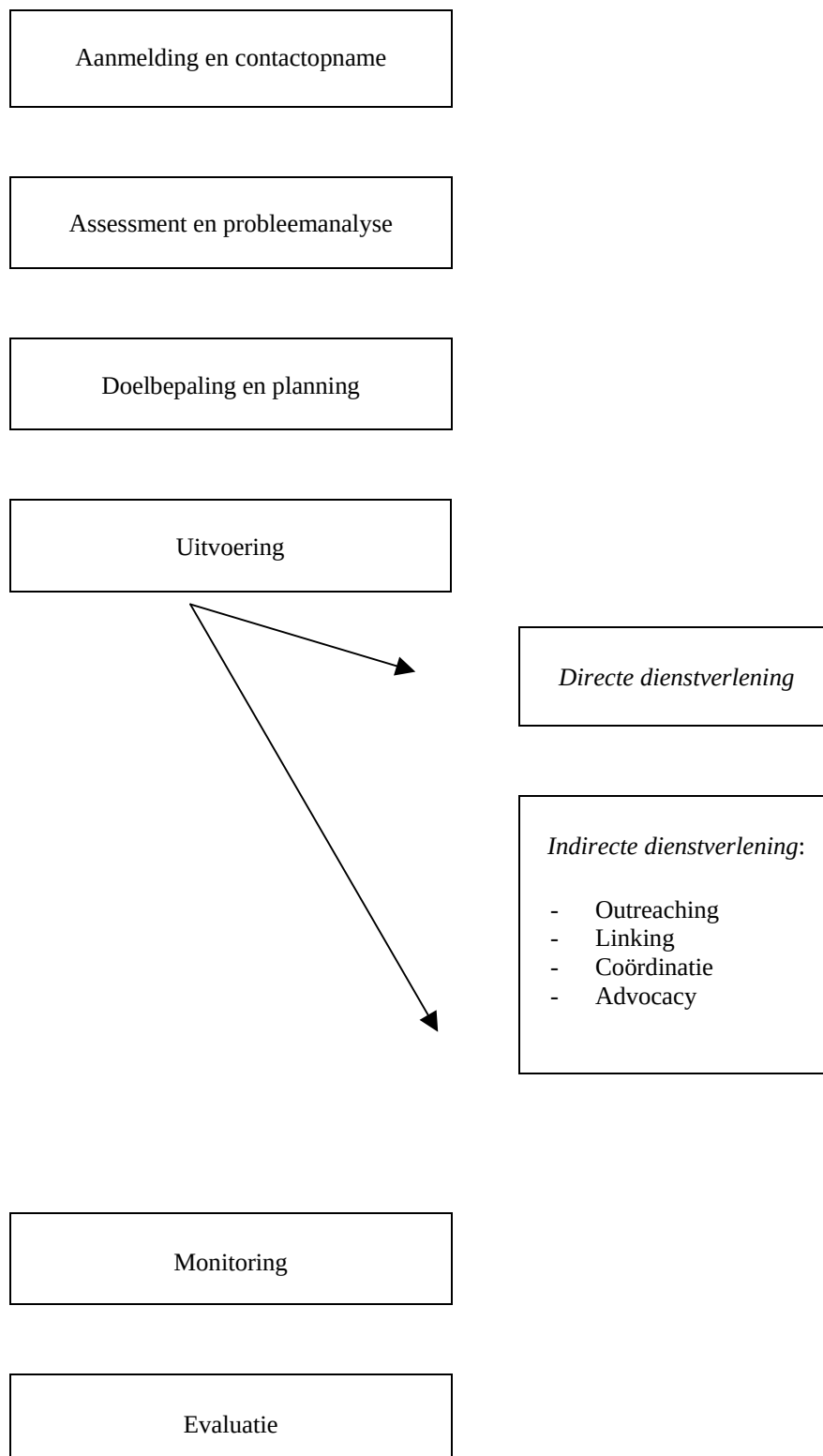
FASE 4: UITVOERING

Na de planning volgt de uitvoering. De vooropgestelde doelstellingen worden samen met de cliënt omgezet in concrete acties en er worden contacten gelegd met diensten en personen die hierbij kunnen helpen. De case manager is de facilitator en regisseur van het veranderingsproces. Het is belangrijk dat de case manager er alles aan doet om contact te blijven houden met de cliënt, ook wanneer deze laatste hiervoor zelf niet het initiatief neemt. Het wegblijven van de cliënt is dikwijls een manier om het engagement van de case manager te testen. Het blijft echter een vrijwillige relatie en geen drangbegeleiding. Wanneer de cliënt herhaaldelijk niet ingaat op pogingen van de case manager om hem te contacteren, wordt het case management beter stopgezet.

De ondersteuning door de case manager heeft betrekking op verschillende fasen tijdens het hulpverleningsproces en op alle mogelijke leefgebieden. Het zal belangrijk zijn de ontmoetingen met de cliënt goed voor te bereiden en rekening te houden met volgende vragen: in welke motivationele fase bevindt de cliënt zich, welke zijn hiervan de gevolgen voor de gespreksinhoud, wat doe ik wanneer de cliënt niet opdaagt of wanneer deze onder invloed is, wat zijn de voornaamste doelen van dit gesprek, ... ?

In het begin zal het belangrijk zijn om minstens wekelijks contact te hebben met de cliënt. De case manager dient ook niet alle afgesproken opdrachten zelf op te nemen, maar neemt initiatieven in nauwe samenwerking met andere hulpverleners of delegeert bepaalde zaken. De ervaring leert dat het meestal niet voldoende is dat de case manager enkel een coördinerende taak op zich neemt, maar dat het soms ook nodig is om zelf een aantal praktische taken op te nemen. Deze zijn hieronder samengebracht onder de noemer “directe dienstverlening”. Met indirecte interventies wordt eerder verwezen naar de coördinerende en proactieve rol die de case manager speelt.

Figuur 7.1: Te onderscheiden fasen bij de uitvoering van case management [5]



DIRECTE DIENSTVERLENING

Directe dienstverlening verwijst naar allerlei activiteiten die rechtstreeks gericht zijn op de cliënt en die de case manager ook meestal samen met de cliënt doet, zoals het aanleren van vaardigheden, regelmatige gesprekken voeren, motiveren om vol te houden, informatie en advies geven omtrent bijvoorbeeld veilig spuiten, het vergezellen van de cliënt naar een bepaalde dienst, ... Bij dit soort activiteiten dient men er alert voor te zijn dat men niet te veel gaat doen wat de cliënt ook zelf kan, anders bestaat het risico dat de cliënt te zeer afhankelijk wordt van de case manager. Case management is immers – in het beste geval – een tijdelijke interventie en het is de bedoeling dat de cliënt daarna alleen verder kan. De vaardigheden van de cliënt om zelf dingen te doen, moeten dan ook zoveel mogelijk gestimuleerd worden [12,13].

Uit eigen onderzoek naar de invulling van de functie van case management binnen het project “Middelenmisbruik Oost-Vlaanderen” [14] blijkt dat deze directe dienstverlening veelal betrekking heeft op problemen inzake huisvesting, schuldbeheer en tewerkstelling en op de familiale en sociale relaties, zoals de partnerrelatie en het hoederecht over de kinderen.

“Ik nam steeds De Streekkrant mee van thuis en samen met de cliënte overliep ik de advertenties [over huurhuizen]. Deze die voor de cliënte in aanmerking kwamen, belde ze zelf op in mijn aanwezigheid.”

“Ik nam zelf contact op met de vriendin van mijn cliënt om haar mijn positie duidelijk te maken en haar gerust te stellen over zijn contacten met mij.”

INDIRECTE DIENSTVERLENING

Indirecte interventies zijn allerlei activiteiten die een case manager doet in het belang van zijn cliënt, maar waarbij de cliënt eerder indirect betrokken is. Hierna bespreken we vier vormen van indirecte dienstverlening: outreaching, linking, coördinatie en advocacy.

OUTREACHING

Outreaching betreft het in contact brengen van de cliënt met de hulpverlening en het actief onderhouden van deze contacten. Deze assertieve en aanklappende vorm van hulpverlening betekent een belangrijke mentaliteitswijziging, gezien men loskomt van de traditionele cliëntbenadering waarbij de cliënt de hulpverlener contacteert in een bepaalde organisatie. De meeste outreaching activiteiten hebben de bedoeling contact te houden met de cliënt en de band met de cliënt te bewaren. Case managers nemen actief contact op met cliënten, bijvoorbeeld door hen op te zoeken tijdens een residentiële opname, een afspraak met hen te maken op het werk, of door cliënten te bezoeken in de gevangenis. Vaak gebeurt outreaching onder de vorm van telefonische contacten met de cliënt voor het maken van een afspraak of om na te gaan waarom een afspraak gemist werd. Wanneer de cliënt niet telefonisch bereikbaar is, wordt meestal op een andere manier contact gezocht, bv. via brieven of telefonische contacten met vertrouwenspersonen zoals ouders, burens, of andere hulpverleners.

LINKING

Linking betreft het betrekken van andere hulpverleners bij het hulpverleningsproces. Cliënten worden (meestal telefonisch) in contact gebracht met bepaalde diensten of initiatieven in functie van bepaalde doelstellingen (bv. tewerkstelling, verlichten van de psychische en emotionele problematiek). Linking houdt ook een aantal voorbereidende initiatieven in om deze verwijzingen te faciliteren, zoals het deelnemen aan voorbereidende vergaderingen, het bezoeken van bepaalde initiatieven, Binnen het case management-project “Middelenmisbruik Oost-Vlaanderen” had linking vaak betrekking op het zoeken van een bepaalde vorm van tewerkstelling voor cliënten en het vinden van onderdak voor de cliënt in de dak- en thuislozenzorg. Dikwijls betreft het ook bepaalde vormen van drughulpverlening.

“Ik heb toen de nodige telefoons gedaan (...) en toen mocht de cliënte in opname.”

“Ik heb dan contact opgenomen met het CLB, aangezien de cliënte zelf om een vorm van begeleiding gevraagd had.”

“Ik heb er de cliënte ook op gewezen dat ze daar altijd gratis en proper injectiemateriaal kon krijgen.”

COÖRDINATIE

De case manager heeft tevens een belangrijke coördinerende taak en moet zorgen voor de afstemming van de verschillende interventies, zodat deze als een samenhangend geheel ervaren worden. De case manager is verantwoordelijk voor de opvolging van en communicatie over het hulpverleningsproces. De case manager gaat na of de nodige hulp geleverd wordt en of de verschillende interventies op elkaar afgestemd zijn. Hiervoor dient men dikwijls telefonisch overleg te plegen met andere hulpverleners of een vergadering te beleggen met alle betrokkenen.

Ook het uitwisselen van informatie over cliënten maakt deel uit van deze coördinatie. Het uitoefenen van deze functie is niet steeds even makkelijk, gezien de strikte bepalingen inzake het beroepsgeheim. Niet alle instellingen zijn daarom bereid om informatie uit te wisselen over het hulpverleningsproces van een cliënt die bij hen in behandeling is. Verder kunnen er conflicten ontstaan, wanneer de visie van de behandelende instelling niet strookt met wat werd afgesproken en vastgelegd in het hulpverleningsplan van de cliënt. Hiertoe zal het belangrijk zijn dat de case manager probeert een wederzijds vertrouwen op te bouwen met alle betrokken partijen, zodat efficiënte samenwerking mogelijk wordt. Let erop dat je als case manager consistent je eigen opdrachten en verplichtingen nakomt en probeer andere hulpverleners te ondersteunen en te helpen door bijvoorbeeld nuttige informatie of adressen door te geven. Verder is constante bereidheid tot samenwerking en overleg een must.

In tegenstelling tot de traditionele drughulpverlening staat niet de begeleiding, maar wel de coördinatie centraal bij case management. De case manager is niet noodzakelijk de persoonlijke begeleider van een bepaalde cliënt, maar wel degene die het hulpverleningsproces coördineert en hem in contact brengt met iemand die deze begeleiding kan opnemen.

ADVOCACY

Advocacy of belangenbehartiging verwijst naar alle activiteiten die bedoeld zijn om iets te bekomen of te realiseren voor de cliënt. De case manager is een belangrijke steunfiguur voor de cliënt, die opkomt voor zijn belangen. Belangenbehartiging kan nodig zijn in geval van conflicten tussen de cliënt en andere personen (bv. werkgever, huisbaas, justitie-assistente) of diensten (bv. OCMW, Kind & Gezin). Dit kan onder meer het geven van advies aan betrokken instanties, het kalmeren van ongeruste hulpverleners of het onderhandelen over een opname van de cliënt inhouden. Het is vaak niet evident om als case manager een evenwicht te vinden tussen de belangen en standpunten van de cliënt en die van derden en dit hoeft geenszins te betekenen dat de case manager altijd de kant van de cliënt kiest, bv. wanneer het gedrag van de cliënt (bv. druggebruik) indruist tegen de regels van de instelling. De case manager dient in dit geval deze beslissing te kaderen en dit zal makkelijker aanvaard worden wanneer hij hierbij kan terugvallen op een vertrouwensrelatie met de cliënt.

“Ik heb de justitie-assistente gebeld en een aantal veilige dingen verteld om te kaderen. Heb dan ook gezegd dat dit met de cliënt zelf zeker te bespreken was.”

“Ik ben toen heel hard moeten opkomen voor haar. Ze gingen op het OCMW haar dossier echt afsluiten.”

“Ik heb toen duidelijk het voortouw genomen in het gesprek en mijn positie gebruikt (...). De cliënt is dan uiteindelijk opgenomen.”

“Ik heb dan geadviseerd om hem niet met het lichtste werk te laten beginnen (...) maar hem een uitdaging te geven en hem niet te onderschatten.”

FASE 5: MONITORING

De monitoring-fase betreft de opvolging van het handelingsplan en het hulpverleningsproces. Het is de taak van de case manager om het hulpverleningsproces op geregelde tijdstippen te evalueren en na te gaan of de vooropgestelde planning wordt gevolgd. Het kan zijn dat de doelstellingen na verloop van tijd aangepast moeten worden, omdat de situatie van de cliënt in tussentijd veranderd is.

Wanneer de doelen van de cliënt niet bereikt worden kan de case manager zich volgende vragen stellen: Heb ik de motivatie van de cliënt verkeerd ingeschat, zijn er bij de assessment bepaalde aspecten onbehandeld gebleven die pas later aan het licht kwamen, was de geleverde hulp niet adequaat, waren de doelstellingen niet realistisch, ... ? Regelmatige monitoring en re-assessment helpen om dergelijke evoluties te herkennen en bij te sturen. Het hulpverleningsproces is immers een dynamisch proces dat tijdig gecorrigeerd moet worden. Monitoring helpt de case manager om na te gaan of de afgesproken taken ook daadwerkelijk uitgevoerd worden en welke stappen verder ondernomen moeten worden.

Monitoring is een constante opdracht en de case manager dient in te grijpen van zodra men afwijkingen vaststelt tussen de doelbepaling en planning enerzijds en de uitvoering anderzijds. Het kan hierbij handig zijn om op geregelde tijdstippen – ongeveer elke 2 à 3 maanden – met de cliënt een systematische toetsing van de procesvoortgang te organiseren. Het kan zinvol zijn om hiervoor een beroep te doen op externe hulpverleners.

FASE 6: EVALUATIE EN AFRONDING

Tijdens de evaluatiefase kijkt men vooral terug naar het geleverde product en de uitkomsten van de interventie [9]. Hierbij besteedt men vooral aandacht aan de relevantie en de effectiviteit van de geboden hulpverlening. Men gaat na of de doelstellingen bereikt werden en in welke mate de cliënten tevreden waren met de geleverde hulp.

De afronding van het hulpverleningsproces gebeurt in de regel samen met de cliënt en wordt in het contract tussen case manager en cliënt vastgelegd. De beëindiging van het hulpverleningsproces moet goed gepland worden, zodat de case manager de cliënt hierop kan voorbereiden. Het is belangrijk het case management formeel en zoals afgesproken af te sluiten, zodat de case manager-cliënt relatie positief beëindigd wordt. Idealiter eindigt het hulpverleningsproces wanneer alle doelen bereikt zijn en de cliënt zich in een stabiele levenssituatie bevindt. In de praktijk is de situatie vaak anders. Dikwijls gaat het over cliënten wiens situatie op verschillende punten is vastgelopen en die weinig gemotiveerd zijn om hier iets aan te doen. In overleg met de cliënt dient beslist te worden wanneer het case management best stopgezet wordt.

“Ik heb het case management afgerond met de cliënt. Hij had geen verdere hulpvraag meer naar mij en had die ook niet de laatste maanden.”

Het laatste gesprek zal voornamelijk bestaan uit een uitvoerige evaluatie van de interventie. Het volledige hulpverleningsproces wordt een laatste keer besproken en er wordt vooral stilgestaan bij wat goed is gegaan. Welke doelen zijn bereikt en welke niet? Hoe ziet de huidige situatie van de cliënt eruit in vergelijking met de beginsituatie? Geef de cliënt zoveel mogelijk positieve feedback en bevraag ook diens ervaringen met case management. Wat vond hij positieve en minder positieve aspecten?

Het uiteindelijke doel van deze fase is om toekomstgerichte handelingsperspectieven te verkennen en reeds een eerste stap in de goede richting te zetten. Het is belangrijk om een vorm van verdere ondersteuning te zoeken die nauw aansluit bij de behoeften van de cliënt. In deze fase dienen eventueel een minimum aantal contacten voorzien te worden, omdat de kans op herval reëel blijft.

7.3 Besluit

Case management is een systematische en planmatige interventie, waarbij de coördinatie en opvolging van het hulpverleningsproces centraal staat. Het betreft een intensieve werkvorm waarbij de cliënt gemiddeld wekelijks of tweewekelijks contact heeft met de case manager en die verder gekenmerkt wordt door een sterke maatschappijgerichtheid en een assertieve en aanklappende aanpak. Deze interventie verschilt met name van andere interventies binnen de drughulpverlening doordat men systematisch gebruik maakt van handelingsplanning, het hulpverleningsproces over verschillende instellingen of diensten heen opgevolgd wordt en men aan actieve outreaching naar cliënten toe doet. Verder zijn de coördinerende rol van de case manager met betrekking tot andere interventies ten aanzien van de cliënt en zijn functie als belangenbehartiger aspecten die normaliter niet of slechts occasioneel opgenomen worden binnen de reguliere (drug)hulpverlening.

7.4 Referenties

1. Jerrell, J.M., & Ridgely, M.S. (1999). Impact of robustness of program implementation on outcomes of clients in dual diagnosis programs. *Psychiatric Services*, 50(1), 109-112.
2. Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA). (1998). *Comprehensive case management for substance abuse treatment* (TIP Series 27). Rockville: U.S. Department of Health and Human services, Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment.
3. Vanderplasschen, W., Rapp, R.C., Wolf, J., & Broekaert, E. (2004). The development and implementation of case management for substance use disorders in North America and Europe. *Psychiatric Services*, 55(8), 913-922.
4. Wolf, J., Mensink, C., & van der Lubbe, P. (2002). *Case management voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen: een systematisch overzicht van interventie en effect*. Utrecht: Trimbosinstituut, Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid.
5. Schu, M., Schmid, M., Görgen, W., Vogt, I., & Oliva, H. (2002). *Case management mit integriertem Motivational Interviewing im bundesdeutschen Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie: Manual*. Köln: Heroinstudie.de.
6. Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid. (2003). *Handreiking voor casemanagers in de sociale verslavingszorg*. Utrecht: Resultaten Scoren.
7. Prochaska, J., DiClemente, C., & Norcross, J. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
8. Vanderplasschen, W. & Broekaert, E. (1999). *Draaiboek proefproject case management in de Oost-Vlaamse drughulpverlening* (niet-gepubliceerde tekst). Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.
9. Vanderplasschen, W., Lievens, K., & Broekaert, E. (2001). *Implementatie van een methodiek van case management in de drughulpverlening: een proefproject in de provincie Oost-Vlaanderen (Orthopedagogische Reeks Gent Nummer 14)*. Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.
10. van Riet, N. & Wouters, H. (1996). *Casemanagement: een leer- en werkboek over de organisatie en coördinatie van zorg-, hulp- en dienstverlening*. Assen: Van Gorcum.
11. Van Ooyen-Houben, M. (1998). *Het zorgplan: leidraad bij het werken met zorgplannen in de ggz en verslavingszorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.
12. Rapp, R.C. (1997). The strengths perspective and persons with substance abuse problems. In D. Saleebey (Ed.), *The strengths perspective in social work practice (2nd edition)* (pp. 77-96). New York: Addison-Wesley Longman, Inc.
13. Siegal, H.A., Rapp, R.C., Kelliher, C.W., Fisher, J.H., Wagner, J.H., & Cole, P.A. (1995). The strengths perspective of case management: A promising inpatient substance abuse treatment enhancement. *Journal of Psychoactive Drugs*, 27(1), 67-72.

14. Vanderplasschen, W., Lievens, K., Franssen, A. & Broekaert, E. (2004). *Qualitative study on the effectiveness of case management for multiple service users in Belgian substance abuse treatment*. Manuscript submitted for publication.

8. ALGEMEEN BESLUIT EN AANBEVELINGEN – CONCLUSION GÉNÉRALE ET RECOMMANDATIONS

Kim Geenens
Brice De Ruyver
Wouter Vanderplasschen
Eric Broekaert
Sébastien Alexandre

8.1. Algemeen besluit en aanbevelingen

Dit laatste hoofdstuk is geconcentreerd rond de meest opvallende vaststellingen uit dit onderzoeksrapport. Indien opportuun, worden aan deze vaststellingen randvoorwaarden gekoppeld die vertaald worden naar beleidsaanbevelingen voor de implementatie van case management.

Vaststelling 1: *Case management wordt sinds enkele jaren toegepast in de Belgische verslavingszorg ..., de beleidsintenties zoals geformuleerd in de federale beleidsnota drugs van 2001 wijzen op de wenselijkheid van een ruimere toepassing van deze interventie bij druggebruikers.*

In de verslavingszorg in het Nederlandstalig landsgedeelte worden sinds een vijftal jaar case management-projecten geïmplementeerd voor druggebruikers om tegemoet te komen aan de complexe en meervoudige problematiek van deze doelgroep en aan het gebrek aan samenwerking en afstemming in het werkveld [1].

Het belang van zorg op maat en continuïteit van zorg en van samenwerking tussen justitie en hulpverlening werd beklemtoond in 2001 in twee federale beleidsnota's [2,3]. Het uitbouwen van zorgcircuits middelenmisbruik en de implementatie van case management vormden belangrijke actiepunten voor het optimaliseren van de zorgverlening. In dit verband werden in de federale beleidsnota drugs de figuren van de “case manager volksgezondheid” en de “justitiële case manager” geïntroduceerd in respectievelijk de verslavingszorg en de justitiële sector, hetgeen de wenselijkheid en politieke wil (“droom”) illustreert om deze interventie op ruimere schaal toe te passen bij druggebruikers.

De “case managers volksgezondheid” werden effectief geïmplementeerd eind 2002 in de pilootprojecten voor de uitbouw van crisiseenheden voor personen met middelengerelateerde stoornissen en de implementatie van de functie van case manager binnen deze eenheden [4]. Personen met middelengerelateerde stoornissen worden immers vaak opgevangen op de spoed- en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, maar deze centra zijn hiervoor dikwijls onvoldoende uitgerust. De pilootprojecten willen dan ook de bestaande crisisopvang binnen psychiatrische afdelingen versterken, de nodige middelen voorzien om een adequate opvang van personen met middelengerelateerde stoornissen te verzekeren én de functie van case manager uitbouwen [5].

De justitiële case managers moeten volgens de federale beleidsnota drugs instaan voor de stroomlijning van de relaties tussen justitie en de hulpverlening en zij moeten tevens de politiediensten en parketmagistraten informeren over de mogelijkheden inzake zorgverlening aan geïnterpelleerde druggebruikers en advies geven rond de wenselijkheid van drangmaatregelen [3]. Tot op heden zijn deze justitiële case managers echter nog niet aangesteld. Op de werkvloer blijkt heel wat onduidelijkheid te bestaan over de definitie van de “case manager justitie” zoals omschreven in de federale beleidsnota en de functie van case manager op cliëntniveau. Bovendien rezen heel wat vragen over de inpasbaarheid van deze werkvorm binnen de bestaande structuren. Gezien de specificiteit van

de werkvorm “case management” kan men zich terecht de vraag stellen of de voorgestelde omschrijving in de drugnota onder deze noemer ressorteert.

De toepassing van case management (“daad”)beperkt zich dus voorlopig tot een aantal projecten in de verslavingszorg en binnen de justitiële sector is voorlopig geen sprake van implementatie van deze interventie.

Vaststelling 2: *In het Nederlandstalig landsgedeelte werden reeds verscheidene case management projecten geïmplementeerd binnen de verslavingszorg, ... in het Franstalige landsgedeelte staat de implementatie van deze interventie nog in zijn kinderschoenen.*

Tijdens het onderzoek werden 17 case management-projecten geïdentificeerd in de verslavingszorg. Deze konden op basis van hun inbedding in het zorgsysteem ingedeeld worden in 4 clusters: pilootprojecten voor de uitbouw van crisiseenheden voor personen met middelengerelateerde stoornissen (n=9); ontslagmanagement in psychiatrische ziekenhuizen (n=4); onafhankelijke case management-projecten (n=2) en projecten verbonden aan diensten voor medische of sociale opvang (n=2).

Gezien de case managers in de crisiseenheden bepaalde taken zoals coördinatie, belangenbehartiging en outreaching niet systematisch toepassen, kan men stellen dat in deze centra hooguit het makelaarsmodel of generalist model van case management toegepast wordt. In de meeste overige projecten leunt de werkwijze meer aan bij “assertive community treatment” of intensief case management.

Het valt op dat de geïnventariseerde projecten onderling sterk variëren qua invulling van de basistaken en organisatie van het zorgaanbod. Bovendien blijken er erg grote verschillen te bestaan met betrekking tot het case management binnen de pilootprojecten voor de uitbouw van crisiseenheden. Beide vaststellingen illustreren ook de heterogeniteit en flexibiliteit van deze werkvorm. Case management omvat immers een continuüm van modellen en deze interventie kan op verschillende momenten tijdens het hulpverleningsproces ingeschakeld worden (bv. bij opname of na ontslag uit een ontwenning- of behandelingscentrum, aansluitend bij de detentie). Indien dit onderscheid en deze verschillende wijzen van inbedding onvoldoende duidelijk zijn, heeft dit dikwijls begripsverwarring op de werkvloer voor gevolg.

Vier van de geïdentificeerde projecten (pilotprojecten voor de uitbouw van crisiseenheden voor personen met middelengerelateerde stoornissen) zijn gesitueerd in het Franstalige landsgedeelte, maar behalve deze projecten bestaan geen andere initiatieven terzake. Men kan dan ook stellen dat de implementatie van case management in het Franstalig landsgedeelte (nog) in de kinderschoenen staat. Uit het haalbaarheidsonderzoek kwam onder meer naar voor dat de hulpverleningssector sterk vasthoudt aan zijn therapeutische vrijheid en zeer terughoudend staat tegenover case management, omdat deze werkvorm ervaren wordt als een ingrijpende en opdringerige werkvorm.

De implementatie van case management in het Franstalig landsgedeelte verliep dan ook minder vlot dan in het Nederlandstalig landsgedeelte. De case managers in de crisiseenheden hebben als het ware de meerwaarde van deze interventie moeten bewijzen door een complementair aanbod te verzorgen ten aanzien van hetgeen reeds bestond. De overige hulpverleningsdiensten stonden in het begin bijzonder terughoudend tegenover deze werkvorm, wat in belangrijke mate samenhangt met het gebrek aan kennis over en ervaring met deze interventie. Ook tijdens het vooronderzoek en de initiële implementatie van case management in Oost-Vlaanderen stelden we gelijkaardige reacties vast [6,7]. Bovendien blijkt op het terrein heel wat verwarring te bestaan tussen de functie van “zorgcoördinator” en “case manager”.

Verder hebben veel Franstalige hulpverleners het gevoel dat ze zich (nogmaals) moeten schikken naar een politieke beslissing over de implementatie van een methodiek die volgens een aantal van hen verstaat van de realiteit en de noden in de Waalse verslavingszorg.

Uit het haalbaarheidsonderzoek bleek een duidelijke discrepantie tussen de visies en standpunten van respondenten met ervaring met de methodiek van case management en respondenten die niet of veel minder vertrouwd zijn met deze werkvorm. De respondenten die ervaring hebben met case management staan veel positiever tegenover deze interventie in vergelijking met degenen die hier weinig of geen ervaring mee hebben. Dit verklaart tevens de verschillende bevindingen in het Nederlandstalig en Franstalig landsgedeelte.

Waar case management dus als wenselijk en noodzakelijk ervaren wordt in het Nederlandstalig landsgedeelte, stellen Franstalige hulpverleners hier geen nood aan te hebben, hoewel de meerwaarde van de pilootprojecten in de crisiseenheden erkend wordt.

BELEIDSAANBEVELING:

Gezien de aanzienlijke verschillen tussen case management-projecten vaak leiden tot begripsverwarring op de werkvloer en gezien de terughoudendheid van de bestaande hulpverlening, is een weloverwogen en goed voorbereide implementatie van deze interventie noodzakelijk. Weloverwogen conceptualisering en implementatie werden trouwens in verschillende onderzoeken geïdentificeerd als belangrijke determinanten van een geslaagde toepassing en positieve effecten van case management. Dit impliceert onder meer dat case management niet alleen op maat van de cliënt, maar ook op maat van het netwerk van diensten geknipt moet zijn en erdoor gedragen moet worden. Bovendien moeten case managers over duidelijke richtlijnen en protocollen beschikken teneinde deze interventie zo effectief en efficiënt mogelijk te kunnen toepassen.

Vaststelling 3: *Case management voor druggebruikers is zowel in de verslavingszorg als in justitiële context een effectieve interventie gebleken om de deelname aan en retentie in behandeling, de coördinatie van de zorg en de behandelingsuitkomsten te verbeteren,
... maar er bestaat (nog) onvoldoende overtuigend bewijs van de effectiviteit van deze methodiek.*

Conclusies over de effectiviteit van case management in de verslavingszorg zijn op dit moment voorbarig en niet gerechtvaardigd gezien het relatieve gebrek aan gerandomiseerde en gecontroleerde studies, vooral inzake bepaalde modellen van case management [8]. Toch worden in de meeste studies positieve effecten gerapporteerd van deze interventie met betrekking tot het functioneren van cliënten, hun zorggebruik, de toegang tot en het volhouden van de behandeling, hun kwaliteit van leven, cliënttevredenheid en de kostprijs van de zorg. De lange termijn-effecten van case management blijven onzeker, hoewel op basis van longitudinaal onderzoek reeds duidelijke effecten van deze interventie zijn vastgesteld.

Wat de effecten van case management bij druggebruikers in een justitiële context betreft, is uit verscheidene onderzoeken gebleken dat verschillende vormen van drang kunnen helpen om drugverslaafden in behandeling te doen gaan en deze vol te houden, wat dan weer geassocieerd wordt met positieve effecten met betrekking tot hun druggebruik en criminele recidive. Empirisch onderzoek naar de effectiviteit van justitieel case management blijft beperkt, maar uit de beschikbare gegevens blijkt dat er niet meteen overtuigend bewijs is van de effectiviteit van deze interventie. Positieve effecten van deze interventie betreffen onder meer verminderd druggebruik en herval, toename van de deelname aan behandelingsprogramma's, het langer in behandeling blijven en minder inbreuken op de

opgelegde voorwaarden. Het blijft echter onduidelijk of deze effecten vooral het gevolg zijn van het case management dan wel van de dreiging van de opgelegde sancties door gerechtelijke instanties.

Zowel vanuit de verslavingszorg als vanuit justitiële context is het nut van case management voor druggebruikers reeds herhaaldelijk bewezen, maar bij gebrek aan voldoende gerandomiseerde en gecontroleerde studies kan deze interventie voorlopig niet tot de “evidence-based practices” gerekend worden. Op basis van de studiebezoeken is alle geval gebleken dat het de moeite loont om naar de toekomst toe te experimenteren met “strengths-based”-modellen van case management en met de toepassing van motivationele gespreksvoering in combinatie met deze werkvorm.

BELEIDSAANBEVELING:

Om de effectiviteit van case management voor druggebruikers ten gronde te kunnen evalueren, is er vooreerst nood aan meer gerandomiseerde en gecontroleerde studies bij voldoende grote steekproeven. Om een zicht te krijgen op de lange termijn-effecten van deze interventie dient voldoende aandacht besteed te worden aan het longitudinale perspectief. Daarnaast is er tevens nood aan kwalitatief onderzoek om de impact van de verschillende aspecten van case management op het hulpverleningsproces en de behandelingsuitkomsten beter te begrijpen.

Gezien het in ons land ontbreekt aan (quasi-)experimenteel onderzoek naar de effecten van case management, is er nood aan een gerandomiseerde en gecontroleerde studie teneinde na te gaan of de vooropgestelde doelstellingen gerealiseerd worden en of deze interventie een positief effect heeft op het functioneren en zorggebruik van druggebruikers. Bij dergelijk evaluatie-onderzoek moet ook voldoende aandacht besteed worden aan de exacte invulling van deze interventie, gezien dit in de praktijk nogal blijkt te verschillen.

Vaststelling 4: *Case managers die een specifieke vorming of training genoten, werken vanuit een duidelijke visie en met een afgelijnd referentiekader,
... hetgeen wijst op de nood aan een stapsgewijze implementatie van case management.
... hetgeen de nood aan specifieke training en supervisie voor case managers illustreert.*

Uit de interviews kwam duidelijk naar voor dat de ontslagmanagers en case managers die een specifieke case management-training of vorming kregen, werken vanuit een duidelijke visie en met een afgelijnd referentiekader, in tegenstelling tot de overige case managers. Het gebrek aan training en vorming draagt bij tot de onduidelijkheid over en de verscheidene toepassingen van deze methodiek. Zo zagen de case managers in de pilootprojecten voor de uitbouw van crisiseenheden voor personen met middelengerelateerde stoornissen zich van de ene dag op de andere voor deze opdracht gesteld, zonder dat hierbij enige training of supervisie voorzien werd. In de praktijk resulteerde dit in 9 sterk uiteenlopende projecten, gezien de meeste case managers elk voor zich zochten naar een goede invulling van deze methodiek.

De werkwijze in andere case management-projecten (bv. Bubbels & Babbels, Middelennisbruik Oost-Vlaanderen, Gezondheidsbevordering injecterende druggebruikers) getuigt van een meer stapsgewijze invoering van deze interventie. Indien dit ook gekoppeld wordt aan een specifieke training en opleiding van de case managers zorgt dit er niet alleen voor dat case managers aangeven steviger in hun schoenen te staan ten opzichte van andere voorzieningen en organisaties, maar dit zorgt ook voor een meer eenduidige aanpak.

Ook de andere bevraagde case managers die geen enkele vorm van training genoten in deze methodiek, ervaren dit als een belangrijke tekortkoming. Een aantal van hen probeert hieraan tegemoet te komen door het lezen van boeken en wetenschappelijke artikels en door het bijwonen van studiedagen. In dit verband wordt verder opgemerkt dat hoe laagdrempeliger men werkt, hoe meer opleiding men nodig heeft. Verder vereist het toepassen van een flexibele en pragmatische methodiek

zoals case management heel wat vaardigheden. Alle respondenten erkennen dan ook de absolute nood aan initiële training en aansluitende supervisie voor case managers.

Training en supervisie van de case managers is dus een absolute basisvereiste voor elk case management-project. De stapsgewijze en geleidelijke implementatie van deze werkvorm kan bovendien helpen om case managers te laten wennen aan hun nieuwe job.

BELEIDSAANBEVELING:

Gezien case management een specifieke en relatief nieuwe werkvorm is, dient de implementatie ervan degelijk en stapsgewijs voorbereid te worden. Het is belangrijk dat case managers vooraf getraind worden in deze interventie, zodat ze voor het uitoefenen van hun functie kunnen terugvallen op een duidelijk referentiekader. Ook het voorzien van supervisie is niet onbelangrijk, gezien deze interventie nog steeds in zijn kinderschoenen staat en men dikwijls geen beroep kan doen op een teamaanpak.

Vaststelling 5: *Uit het haalbaarheidsonderzoek kwamen een aantal structurele knelpunten naar voor met betrekking tot de implementatie van case management, ... deze knelpunten kunnen vertaald worden naar een aantal randvoorwaarden voor een efficiënte implementatie van deze interventie.*

Uit de bevraging van de case managers en sleutelfiguren van case management-projecten blijken een aantal structurele knelpunten die een efficiënte implementatie van deze interventie belemmeren.

1. De case managers verbonden aan de crisiseenheden in algemene ziekenhuizen ervaren de voorziene termijn dat patiënten op deze afdeling kunnen verblijven (max. 5 dagen) als te kort. Tijdens deze korte tijdspanne blijkt het vaak niet realistisch de patiënt efficiënt door te verwijzen en ook de zorgcontinuïteit te verzekeren, vooral omdat patiënten in crisis opgenomen worden en het toch enige tijd vergt voor deze voldoende gestabiliseerd zijn. Ook indien er niet onmiddellijk vervolgbehandeling voorzien kan worden, zou de mogelijkheid moeten bestaan dat patiënten langer op de crisiseenheden kunnen verblijven.
2. Bij het uitbouwen van een netwerk rond de cliënt speelt de huisarts een belangrijke rol. Het is echter niet evident om huisartsen hierbij te betrekken. Dit heeft onder meer te maken met het feit dat huisartsen niet vergoed worden om deel te nemen aan overlegmomenten.
3. De bestaande case management-projecten hebben een beperkte capaciteit. Hierdoor dreigen cliënten die gebaat zouden zijn met deze interventie, niet op die manier geholpen te kunnen worden. Op die manier ontstaat het risico van een zorg op twee verschillende snelheden, hetgeen door de meeste respondenten in zekere zin als discriminerend wordt beschouwd.
4. Het succes van case management hangt in belangrijke mate af van de manier waarop het geïntegreerd is in een omvattend netwerk van diensten [9,10,11]. Anders dreigt dit een volgend versnipperd deeltje te worden binnen het reeds versnipperde zorgaanbod.
5. Het merendeel van de case management-projecten in de verslavingszorg wordt gefinancierd door de federale overheid. In de meeste gevallen is echter geen sprake van continuïteit van deze projecten, aangezien deze jaarlijks verlengd moeten worden wat een lange termijn planning hypothekeert. Dit geldt tevens voor de andere case management projecten in de verslavingszorg. Enkel het ontslagmanagement in psychiatrische ziekenhuizen is momenteel structureel ingebed binnen de gezondheidszorg en wordt gefinancierd via de ligdagprijs.
6. In de praktijk blijkt bij heel wat case managers in de verslavingszorg onduidelijkheid te bestaan over de duur en het afronden van het case management. Uit het haalbaarheidsonderzoek komt naar voor dat het belangrijk is om samen met de cliënt korte en lange termijn doelstellingen te bepalen,

geregeld evaluatiemomenten in te bouwen en de mogelijkheid te voorzien, zowel voor de case manager als voor de cliënt, dat beide partijen de interventie kunnen stopzetten. Toch drukken de bevroegde case managers de nood uit aan heldere criteria om te bepalen wanneer het wenselijk én haalbaar is om de interventie af te sluiten.

In functie van de verdere implementatie van case management dienen dus nog heel wat structurele knelpunten weggewerkt te worden. Zoniet dreigt deze interventie haar doel voorbij te schieten en alleen maar bij te dragen tot de versnippering in het werkveld.

BELEIDSAANBEVELING:

De aangehaalde structurele knelpunten die een efficiënte implementatie van case management in de weg staan, kunnen omgezet worden in een aantal essentiële randvoorwaarden:

- In functie van een efficiënte implementatie van case management in de crisiseenheden dienen case managers voldoende tijd te hebben voor de assessment, planning en doorverwijzing. Indien patiënten niet onmiddellijk een vervolgbehandeling kunnen volgen, zou de mogelijkheid moeten bestaan om langer op de afdeling te kunnen blijven teneinde de zorgcontinuïteit te waarborgen.
- Wil men huisartsen als volwaardige partners in het netwerk rond de patiënt betrekken, dan dient een regeling getroffen te worden om hen financieel te vergoeden voor deelname aan overlegmomenten.
- Met het oog op de structurele implementatie van case management, moet gestreefd worden naar een duidelijk afgelijnde omschrijving van de doelgroep die het meest gebaat is bij deze interventie.
- Om te vermijden dat case management ook één van de vele gefragmenteerde delen van het zorgaanbod wordt, dient deze methodiek geïntegreerd te worden binnen een regionaal uitgebouwd zorgcircuit middelenmisbruik.
- Bij de implementatie van deze interventie dient voldoende tijd (3 tot 5 jaar) voorzien te worden opdat de vooropgestelde doelstellingen gerealiseerd kunnen worden, aangezien uit onderzoek gebleken is dat het tot twee jaar kan duren voordat case management tot de gewenste resultaten leidt [12]. Het is bovendien belangrijk de beslissing tot verlenging of stopzetting van een project te baseren op een grondige evaluatie van de vooropgestelde doelstellingen. Op termijn dient de financiering van dergelijke projecten structureel ingebed te worden in de verslavingszorg, rekening houdend met de specifieke kenmerken van deze interventie.
- Tenslotte zal het belangrijk zijn een handreiking of draaiboek te voorzien voor de case managers, zodat duidelijk is op welke manier men te werk dient te gaan en zodat de verstrekte interventie achteraf ook makkelijk geëvalueerd kan worden.

Vaststelling 6: *Justitieel case management als dusdanig is momenteel geen afhandelingswijze voor drugdelicten en de implementatie ervan wordt door de verschillende actoren ook niet als wenselijk ervaren, ... maar de daderbegeleiding door de justitieassistenten vertoont een aantal gelijkenissen met de basisfuncties van case management.*

In België behoort justitieel case management niet tot het gamma van strafrechtelijke afhandelingsmogelijkheden bij onder meer drugdelicten. De individuele begeleiding en opvolging van druggebruikers gebeurt volgens de bevroegde respondenten door de justitieassistenten. Deze daderbegeleiding in het kader van verschillende gerechtelijke statuten vertoont een aantal gelijkenissen met de methodiek van case management.

De taakinvulling van justitieassistenten varieert beduidend minder in vergelijking met die van de case managers in de verslavingszorg. Eerstgenoemenden zijn immers gehouden aan de wettelijk bepaalde opdrachten, waardoor differentiatie in hun taakinvulling bijna onmogelijk wordt. Indien er toch sprake is van een zekere differentiatie in de taakinvulling, is dit het gevolg van een gewijzigde caseload,

waardoor justitieassistenten meer of minder ruimte krijgen om intensief te werken met bepaalde cliënten.

Gezien justitieassistenten echter een aantal essentiële case management-taken zoals linking, coördinatie, belangenbehartiging en outreaching niet systematisch toepassen en vooral gericht zijn op bepaalde leefgebieden, beantwoordt de taakinfilling van de justitieassistenten niet aan de definitie van case management zoals uitgewerkt in het theoretisch kader. Wel blijkt de methodiek die door de justitieassistenten toegepast wordt voor de begeleiding en opvolging van druggebruikers voldoening te geven. In sommige gerechtelijke arrondissementen kampen de justitieassistenten wel met een (te) hoge caseload.

Ook hier merken we op dat er een duidelijke discrepantie vastgesteld werd tussen de reacties van respondenten die ervaring hebben met case management, weliswaar in de verslavingszorg, en respondenten die niet vertrouwd zijn met deze methodiek. Laatstgenoemde groep staat over het algemeen veel meer afwijzend tegenover deze interventie. Bovendien wordt door de respondenten ook weinig onderscheid gemaakt tussen “justitieel en verslavingszorg case management” [3].

Justitieel case management is – ondanks de intenties in de federale beleidsnota drugs van 2001 – dus nog steeds niet geïmplementeerd en dit wordt ook niet meteen nodig geacht, gezien een aantal van deze functies reeds tot op zekere hoogte opgenomen worden binnen de daderbegeleiding door justitieassistenten.

BELEIDSAANBEVELING:

Uit het onderzoek blijkt dat er momenteel geen nood bestaat aan de implementatie van justitieel case management voor druggebruikers. De meeste respondenten menen dat de justitieassistenten deze taak reeds in de praktijk vervullen in het kader van de verschillende gerechtelijke statuten waar tevens een doorverwijzing naar de (drug)hulpverlening en opvolging van de begeleiding worden gerealiseerd. Men vindt bovendien dat de door hen gehanteerde methodiek voor de daderbegeleiding voldoening biedt. Wel dienen er bijkomende inspanningen geleverd te worden om:

- de bestaande structuren optimaal te laten functioneren, zoals het voorzien van voldoende personeel en middelen;
- het misbruik van de (drug)hulpverlening door bepaalde justitiële cliënten (zogenaamde “justitiële draaideurcliënten”) te vermijden.

Vaststelling 7: *Er blijkt daarentegen wel nood te zijn aan een adviesorgaan op parketniveau, ... maar deze werkvorm ressorteert niet onder de term “case management”.*

Vanuit de justitiële sector werd gemeld dat parketmagistraten en onderzoeksrechters nood hebben aan iemand die hen kan informeren over de mogelijkheden inzake doorverwijzing van geïnterpelleerde druggebruikers. Naast de politiediensten zijn het parket en de onderzoeksrechter de eerste instanties die in contact komen met geïnterpelleerde druggebruikers. Zij zijn vragende partij voor een permanentiesysteem, dat tenminste 's avonds en in het weekend bemand is, waar ze terecht kunnen voor advies inzake doorverwijzing en drangmaatregelen.

Deze functie beantwoordt eigenlijk aan de omschrijving van de “case managers justitie” zoals geconcipieerd in de federale beleidsnota drugs van 2001. De functie wordt eerder op beleidsniveau gesitueerd, aangezien het hier een adviserende ondersteuning betreft. De vraag stelt zich dan ook of deze functie onder de noemer “case management” geplaatst kan worden.

Wat de invulling van het justitieel case management betreft, werd geopperd het takenpakket van de justitieassistenten uit te breiden – zoals voorzien in de federale drugnota van 2001. Dit dient uiteraard gepaard te gaan met bijkomende werkings- en personeelsmiddelen.

Er is dus nood aan een coördinerende en faciliterende functie die zich bevindt op het grensgebied tussen justitie en hulpverlening met het oog op een vlotte en accurate doorverwijzing naar de hulpverlening.

BELEIDSAANBEVELING:

Zoals voorgesteld in de federale drugnota van 2001, bevestigt dit onderzoek de nood aan de creatie van een adviesorgaan op parketniveau dat instaat voor de ondersteuning van parketmagistraten en onderzoeksrechters inzake doorverwijzingsmogelijkheden en drangmaatregelen voor geïnterpelleerde druggebruikers. Aangezien deze functie zich niet op cliëntniveau, maar eerder op beleidsniveau situeert, is het niet wenselijk deze functie onder de noemer “case management” te laten ressorteren.

Vaststelling 8: *De door de justitieassistenten gehanteerde methodiek voor de begeleiding en opvolging van druggebruikers blijkt voldoening te geven, ... maar de vraag kan gesteld worden of het niet aangewezen is om binnen een justitieel kader te experimenteren met meer intensieve werkvormen voor zogenaamde “verslaafde veelplegers”.*

Voor een aantal verslaafde justitiële cliënten blijkt een doorverwijzing naar de hulpverlening in het kader van de opgelegde justitiële maatregelen en de standaard begeleiding en opvolging door justitieassistenten onvoldoende om hervat en recidive te voorkomen. Uit het effectonderzoek met betrekking tot de implementatie van justitieel case management in het buitenland bleek dat deze interventie helpt om de recidive en het aantal inbreuken op de opgelegde voorwaarden aanzienlijk te verminderen bij problematische druggebruikers. Tevens vonden ze door deze vorm van begeleiding beter aansluiting bij de hulpverlening en bleven ze ook langer in behandeling. Voorbeelden hiervan zijn het GAVO-project (Geïntegreerde Aanpak Verslavingsproblematiek en Overlast) in Utrecht en een aantal TASC-programma's (Treatment Accountability for Safer Communities) in de Verenigde Staten, waarbij recidiverende delinquent druggebruikers door een case manager opgevolgd worden met de bedoeling de coördinatie en de continuïteit van de hulpverlening te garanderen en op die manier de recidive te verminderen.

Gezien het onderzoek uitwees dat verschillende justitiële actoren het niet wenselijk achten een afzonderlijke en bijkomende vorm van justitieel case management te implementeren voor druggebruikers, dient wel overwogen te worden of het niet zinvol is om de toepassing van case management te integreren in de bestaande justitiële structuren. Zo kan bijvoorbeeld gestart worden met een experiment waarbij justitieassistenten de mogelijkheden en middelen krijgen om écht case management toe te passen bij deze recidiverende groep. De daderbegeleiding door justitieassistenten vertoont momenteel reeds een aantal gelijkenissen met de taakinvulling bij case management, maar voordat van case management sprake kan zijn, moeten alle basisfuncties (assessment, planning, linking, coördinatie, belangenbehartiging, monitoring) systematisch opgenomen worden en dient ook gefocust te worden op alle leefgebieden die verband houden met de drugproblematiek (tewerkstelling, dag- en vrije tijdsbesteding, huisvesting, ...). Concreet zou dit kunnen inhouden dat er per justitiehuis een aantal justitieassistenten aangesteld worden als case manager en instaan voor de intensieve opvolging en begeleiding van een beperkt aantal cliënten. Zoals reeds eerder aangegeven, zal een efficiënte implementatie van deze interventie onder meer afhangen van een goede training, opleiding en supervisie van deze case managers, duidelijke afspraken met alle betrokken actoren, een beperkte caseload (10 à 15 cliënten) en een afgebakende doelgroep.

Gezien de daderbegeleiding door de justitieassistenten positief ervaren wordt, stelt zich de vraag of deze interventie niet geoptimaliseerd kan worden voor bepaalde moeilijk bereikbare doelgroepen door de toepassing van intensief case management.

BELEIDSAANBEVELING:

Om recidive te beperken bij zogenaamde “verslaafde veelplegers” kan overwogen worden te experimenteren met een intensief model van case management binnen een justitieel kader. Dit zou gerealiseerd kunnen worden binnen de bestaande structuren door de justitieassistenten de ruimte en middelen te bieden om alle basisfuncties eigen aan deze methodiek intensief en ten volle toe te passen bij deze doelgroep, rekening houdend met de belangrijkste voorwaarden voor een efficiënte implementatie van deze interventie. Men zou met deze interventie kunnen experimenteren onder de vorm van pilootprojecten in bepaalde gerechtelijke arrondissementen, waar dergelijke vorm van intensieve begeleiding opportuun geacht wordt.

Vaststelling 9: *Samenwerking en informatie-uitwisseling tussen hulpverlening en justitie blijkt geen evidentie,
... en wordt door het complexe en onduidelijke wettelijk kader inzake informatie-uitwisseling en het beroepsgeheim bestendigd.*

De groeiende samenwerking tussen hulpverleningsdiensten en met de justitiële sector en de informatie-uitwisseling die daarmee gepaard gaat, doet vragen rijzen omtrent de grenzen van het beroepsgeheim. In hoofde van de hulpverlening leidt dit dikwijls tot een spanningsveld tussen het beroepsgeheim en het opbouwen van een vertrouwensrelatie met de cliënt enerzijds, en het uitwisselen van informatie in het belang van de cliënt en van een goede samenwerking met justitie anderzijds.

Gezien heel wat case management-clients in de verslavingszorg ook justitieclients zijn, zal de case manager een belangrijke tussenpersoon zijn bij de informatie-overdracht tussen beide sectoren. Indien case management in de nabije toekomst ook structureel geïmplementeerd zou worden, zullen case managers in toenemende mate de centrale contactpersoon worden voor alle betrokken bij de hulpverlening, inclusief de justitiële autoriteiten.

De communicatie van gevoelige persoonsgebonden informatie noopt tot een duidelijke juridische omschrijving van deze procedure (wie geeft wat door, op welke manier, wanneer dient deze informatie doorgegeven te worden, etc.) en dit conform de wetgeving op het beroepsgeheim, de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en de wet op de patiëntenrechten.

Uit het onderzoek blijkt echter dat:

1. de wetgeving, de rechtspraak en rechtsleer inzake het beroepsgeheim bijzonder complex en alles behalve eenduidig is, waardoor hulpverleners vaak door de bomen het bos niet meer zien. Op welke manier de informatie-uitwisseling tussen de hulpverlening en justitie dient te verlopen is echter onvoldoende gereguleerd. Enkel de wetgeving op de voorwaardelijke invrijheidstelling en de internering voorziet een regeling van de informatie-uitwisseling en rapportage;
2. ook heel wat onduidelijkheid bestaat rond het gedeeld beroepsgeheim. De notie “gedeeld beroepsgeheim” wordt gehanteerd om vormen van communicatie tussen hulpverleners en zorgverstrekkers uit verschillende beroepsgroepen en verbonden aan verschillende diensten mogelijk te maken. Hoewel het gedeeld beroepsgeheim niet algemeen aanvaard wordt, is deze wel doorgedrongen tot op het niveau van de hulpverleningspraktijk;
3. de justitieassistenten niet onder hetzelfde beroepsgeheim vallen van externe hulpverleners en zorgverstrekkers. Er kan dan ook geen sprake zijn van een gedeeld beroepsgeheim tussen hulpverleners en justitieassistenten. Dit heeft verregaande consequenties voor de informatie-uitwisseling tussen externe hulpverleners en justitieassistenten;
4. het duidelijk is dat in de rechtspraak en -leer meer en meer aanvaard wordt dat de patiënt/cliënt toestemming kan geven aan de geheimplichtige tot de onthulling van vertrouwelijke informatie (de zogenaamde geïnformeerde toestemming van de cliënt).

Om de samenwerking tussen justitie en hulpverlening te bevorderen, is er nood aan informatie-uitwisseling tussen beide sectoren zowel op cliëntniveau als op meer structureel niveau. Hiermee

bedoelen we enerzijds het doorgeven van informatie wanneer iemand vanuit justitie naar de hulpverlening doorverwezen wordt en anderzijds het elkaar beter informeren over de werkwijze en eigenheid van beide sectoren. Men is dan ook vragende partij voor een duidelijk gedefinieerd en afgelijnd kader voor deze informatie-uitwisseling, rekening houdend met het beroepsgeheim.

Tijdens de interviews werden onder meer volgende suggesties ter verbetering van deze samenwerking geformuleerd:

- het organiseren van ontmoetingen of regelmatig overleg tussen justitieassistenten en hulpverleners, waarbij onder meer toelichting wordt gegeven bij ieders werking;
- afspraken inzake samenwerking kunnen vastgelegd worden in een formeel samenwerkingsakkoord. In dit verband werd er meermaals verwezen naar het samenwerkingsakkoord voor de behandeling van seksueel delinquenten waarin vastgelegd is wie, wat, wanneer, aan wie moet doorgeven;
- het betrekken van cliënten bij deze informatie-uitwisseling via driehoeksoverleg (cliënt, hulpverlener, justitie) zou heel wat problemen kunnen voorkomen.

Uit de focusgroepen kwam naar voor dat de justitiële sector op dit vlak eerder voorstander is van federale richtlijnen en regelgeving (“top-down” benadering), terwijl men in de hulpverleningssector eerder opteert voor formele afspraken en samenwerkingsakkoorden op lokaal niveau (“bottom-up” benadering), die achteraf eventueel veralgemeend kunnen worden.

De samenwerking en communicatie tussen justitie en hulpverlening blijkt nog steeds problematisch en het vigerend wettelijk kader dient op een aantal punten verder verfijnd te worden teneinde bestaande onduidelijkheden en problemen weg te werken. Tevens dient ook op informele wijze voor meer toenadering gezorgd te worden tussen beide sectoren via onder meer gezamenlijke overlegmomenten.

BELEIDSAANBEVELINGEN:

- Het gedeeld beroepsgeheim kent geen wettelijke basis en wordt daarom als een wankel constructie beschouwd. Om te vermijden dat hulpverleners de grenzen van het beroepsgeheim overschrijden, is het noodzakelijk de opdrachten en verantwoordelijkheden van alle betrokken actoren duidelijk te definiëren en af te lijnen, in het bijzonder wanneer hulpverleners justitiële opdrachten aanvaarden. Het is bovendien aan te raden om bij de implementatie van zorgcoördinatie en zorgcircuits een protocol en deontologische code uit te werken, die hierbij als leidraad kunnen dienen.
- Het is aangewezen om onder strikte voorwaarden de instemming van de cliënt als rechtvaardigingsgrond voor de schending van het beroepsgeheim te erkennen, door middel van een wetswijziging, een bijsturing van de deontologische codes of een verfijning van de cassatierechtspraak. Daarnaast is het aan te raden om systematisch driehoeksoverleg toe te passen, waarbij de cliënt zelf bij iedere informatie-uitwisseling aanwezig is.
- Op het niveau van de wetgeving inzake de verschillende gerechtelijke statuten die voorzien in een doorverwijzing naar de (drug)hulpverlening, is het raadzaam de informatie-uitwisseling tussen de hulpverleningssector en de justitiële sector beter te reguleren naar analogie met de wetgeving op de voorwaardelijke invrijheidstelling en internering.
- Een andere optie is de afspraken inzake samenwerking en informatie-uitwisseling vast te leggen in een formeel samenwerkingsakkoord, zoals dit gebeurd is met het samenwerkingsakkoord tussen de Federale Staat en de Vlaamse Gemeenschap inzake de begeleiding en behandeling van seksueel misbruik.

Vaststelling 10: *De afstemming van de zorg en het verzekeren van zorgcontinuïteit aan druggebruikers die doorverwezen worden vanuit justitie is een noodzaak, ... maar blijkt vaak geen haalbare kaart.*

Uit het haalbaarheidsonderzoek betreffende de implementatie van case management blijken een aantal belangrijke knelpunten die de afstemming van de zorg en zorgcontinuïteit bij justitiecliënteel kunnen hypothekeren.

1. Justitiecliënten met een verslavingsprobleem kunnen zich vaak moeilijk aan de hen opgelegde voorwaarden houden, omwille van het dikwijls niet haalbare karakter van de justitiële voorwaarden. Zo wordt druggebruikers vaak opgelegd geen contact te hebben met andere gebruikers, terwijl het sociaal netwerk van de cliënt zich vaak enkel in het gebruikersmilieu situeert. Ook het verplicht ontwennen en abtinent blijven is, zeker voor langdurig verslaafden, geen evidentie. Bovendien is het tijdsbestek voor het uitvoeren van bepaalde voorwaarden te beperkt. In die optiek is het – zoals in de wetenschappelijke literatuur meer en meer erkend wordt – belangrijk verslaving te erkennen als een chronisch probleem dat gekenmerkt wordt door periodes van meer gecontroleerd gebruik en herval, waarbij herstel echter mogelijk blijft [8,13].
2. Ook de verschillende justitiële maatregelen dienen op elkaar afgestemd te worden in functie van de zorgcontinuïteit aan gedetineerde druggebruikers. Zo dienen vooral de maatregelen in het kader van de probatie afgestemd te worden op de maatregelen die eerder werden opgelegd in het kader van een invrijheidstelling onder voorwaarden (VOV), en omgekeerd. De voorwaarden die opgelegd worden in het kader van de vrijheid onder voorwaarden vormen dan een soort oriëntatiepunt van waaruit bepaald kan worden welke richting de cliënt zal uitgaan.
3. Binnen de penitentiaire context worden gedetineerde druggebruikers begeleid vanuit de psychosociale diensten (PSD) van de gevangenissen. Het komt meermaals voor dat de betrokkene zonder enige vorm van communicatie met de PSD, noch de betrokken hulpverlener of case manager vrijgelaten wordt, wat de continuïteit van de begeleiding en opvolging hypothekeert.

Hoewel case management hiertoe in principe een geschikt model vormt, ontbreekt het nog steeds aan coördinatie en continuïteit van zorg op cliëntniveau vooral op het moment dat wordt overgegaan van het ene gerechtelijk statuut naar het andere, met alle risico's op herval en recidive vandien.

BELEIDSAANBEVELINGEN:

- Het is aangewezen om tot een realistische en haalbare invulling van de justitiële voorwaarden te komen. Hiervoor is constructief overleg tussen verschillende justitiële actoren, hulpverleningsinstanties en case managers uit de verslavingszorg, teneinde de opgelegde voorwaarden meer op maat te maken van de betrokkenen en aldus ook het naleven ervan te vergroten.
- Het is verder noodzakelijk de verschillende justitiële maatregelen op elkaar af te stemmen, waarbij de voorwaarden in het kader van de vrijheid onder voorwaarden als oriëntatiepunt fungeren voor het verdere hulpverleningstraject van de cliënt.
- In functie van het verzekeren van de zorgcontinuïteit én het voorkomen van herval en recidive bij gedetineerde druggebruikers die in vrijheid worden gesteld, dient er minimaal communicatie te zijn tussen de justitiële autoriteiten, de case manager en de betrokken hulpverleningsinstantie.

8.2. Conclusion générale et recommandations

Ce dernier chapitre se concentre sur les constats les plus frappants de ce rapport de recherche. Afin de gagner en utilité pratique, des exigences sont liées à ces constats fondamentaux, et sont traduites en recommandations envers le politique pour l'implémentation du case management.

1^{er} constat: *Le case management est appliqué depuis quelques années dans le secteur belge de l'aide aux toxicomanes ..., les intentions politiques, comme celles formulées dans la note fédérale de politique générale sur les drogues de 2001, indiquent l'opportunité d'une application plus large de ce type d'intervention envers la population toxicomane.*

Dans le secteur de l'aide aux toxicomanes en Flandres, des projets de case management pour toxicomanes sont implantés depuis cinq ans, et ce pour tenir compte du caractère complexe et multiple de la problématique de ce groupe cible, ainsi que du manque de coopération et d'harmonisation en ce domaine [1].

En 2001, l'intérêt envers les soins "sur mesure", la continuité des soins, et la coopération entre la Justice et l'assistance, a été accentué par deux notes fédérales de politique générale [2,3]. Le développement des circuits de soins pour abus de substances, et l'implémentation du case management, ont formé des points d'action importants pour l'optimisation de l'offre de soins. À cet égard, dans la note fédérale de politique générale sur les drogues, les figures du "case manager Santé Publique" et du "case manager judiciaire" ont été introduites respectivement dans l'aide aux toxicomanes et dans le secteur judiciaire, ce qui souligne l'opportunité et le désir du politique (le rêve) de voir cette intervention appliquée à une échelle plus large envers les toxicomanes.

Le "case manager Santé Publique" a été implémenté fin 2002 au sein de projets pilotes pour le développement d'unités de crise pour personnes connaissant des troubles liés à l'usage de substances, et l'implémentation de la fonction du case manager au sein de ces unités [4]. Les personnes ayant des troubles liés à l'usage de substances, sont en effet souvent accueillies dans les sections d'urgence et psychiatriques des hôpitaux généraux, mais ces centres sont souvent insuffisants pour favoriser une réelle récupération. Les projets pilotes visent donc à renforcer l'accueil de crise au sein des sections psychiatriques, à donner les moyens nécessaires pour assurer un accueil adéquat des personnes avec troubles liés aux substances, et développer la fonction de case manager [5].

Selon la note fédérale de politique générale sur les drogues, le case manager judiciaire doit assurer la rationalisation des relations entre la justice et le secteur des soins, informer les services policiers et les magistrats de parquet des possibilités en matière d'attribution de soins aux usagers de drogues interpellés, et donner un avis au sujet de l'opportunité de mesures d'incitation [3]. Jusqu'à présent, les case managers judiciaires ne sont toutefois pas encore engagés. Au sein du travail de tous les jours, il semble qu'il existe beaucoup de confusion au sujet de la définition du case manager judiciaire comme défini dans la note fédérale de politique générale, et de la fonction du case manager envers le client. En outre beaucoup de questions sont apparues au sujet de la possibilité d'intégrer cette méthode de travail au sein des structures existantes. Vu la spécificité de la méthode de travail "case management", nous pouvons nous poser la question de savoir si la définition présentée dans la note politique correspond à ce concept.

L'application du case management ("action") se limite donc provisoirement à un nombre de projets dans le secteur des soins aux toxicomanes, et est pour le moment inexistante au sein du secteur judiciaire.

2^{ème} constat: *Dans la partie néerlandophone du pays, plusieurs projets de case management ont déjà été implémentés au sein du secteur des soins pour toxicomanes, ... dans la partie francophone du pays, l'implémentation de cette intervention n'est encore qu'à ses débuts.*

Au cours de la recherche, 17 projets de case management ont été identifiés au sein du secteur des soins aux toxicomanes. Sur base de leur enracinement dans le système de l'offre de soins, ceux-ci ont pu être répartis en 4 groupes: les projets pilotes en rapport au développement d'unités de crise pour personnes avec troubles liés à l'usage de substances (n=9); le management des fins d'hospitalisations psychiatriques (n=4); les projets de case management indépendants (n=2) et les projets attachés aux services d'accueil médical ou social (n=2). Vu que les tâches déterminées du case manager au sein des unités de crise, comme la coordination, la défense des intérêts et le “*outreaching*”, ne s'appliquent pas systématiquement, nous pouvons affirmer qu'au maximum le modèle de courtier du case management est appliqué et qu'il est bien question d'un modèle généraliste au sein d'un certain nombre de projets. Les projets des autres trois groupes appliquent un modèle intensif ou “*assertive community treatment*”.

Il est frappant de constater que les projets inventoriés varient fortement entre eux en ce qui concerne la concrétisation des tâches de base et l'organisation de l'offre de soins. En outre, de grandes différences semblent exister entre les projets pilotes de case management développés au sein des unités de crise. Ces deux constats illustrent aussi l'hétérogénéité et la flexibilité de cette méthode de travail. Le case management sous-tend en effet un continuum de modèles et peut être intégré à différents moments au cours du processus d'assistance (p.ex. lors de l'insertion ou après la sortie de sevrage ou de centres résidentiels, ou encore lors d'une détention). Si cette distinction et ces différences ne sont pas clarifiées au moment de la création, ceci a souvent comme conséquence la confusion d'idées sur le terrain.

Quatre des projets identifiés (projets pilotes développés au sein des unités de crise pour les personnes avec troubles liés à l'usage de substances) sont situés dans la partie francophone du pays, mais à l'exception de ces derniers, aucune autre initiative n'existe en la matière. Nous pouvons donc affirmer que l'implémentation du case management dans la partie francophone du pays n'en est (pour le moment) qu'à ses débuts. A partir de la recherche de faisabilité, il est apparu encore plus clairement que le secteur des soins tient fortement à sa liberté thérapeutique et reste très réservé face au case management, parce que cette méthode de travail est vue comme radicale et envahissante.

L'implémentation du case management dans la partie francophone se déroule donc moins facilement que dans la partie néerlandophone. Les case managers au sein des unités de crise ont dû en quelque sorte prouver la plus-value de cette intervention en une offre complémentaire de soins vis-à-vis de ce qui existait déjà. Les autres services de soins se trouvaient dès le début particulièrement réservés face à cette méthode de travail, ce qui peut être expliqué dans une large mesure par un manque de connaissance et d'expérience au sujet de cette intervention. De même, au cours de la pré-analyse et les débuts de l'implémentation du case management en Flandre orientale, nous avons rencontré des réactions identiquement fermes [6,7]. En outre, sur le terrain, il semble exister beaucoup de confusions entre les fonctions du “coordinateur de soins” et celles du “case manager”.

De plus, beaucoup de professionnels sociaux francophones ont le sentiment qu'ils doivent (une nouvelle fois) s'accommoder d'une décision politique au sujet de l'implémentation d'une méthode qui se trouve, selon un nombre d'entre eux, loin de la réalité et des besoins du secteur des soins aux toxicomanes en Wallonie.

A partir de la recherche de faisabilité, apparaît une disparité claire entre les visions et les avis des répondants qui connaissent, par expérience, la méthode du case management, et les répondants qui ont nettement moins, voire nullement, confiance en cette méthode de travail. Les répondants connaissant par expérience le case management se trouvent dans une posture beaucoup plus positive face à cette intervention, que ceux qui en ont peu, ou pas, l'expérience. Ceci explique également les constatations différentes entre les parties néerlandophone et francophone du pays.

Dès lors, alors que le case management est ressenti comme souhaitable et nécessaire dans la partie néerlandophone du pays, un certain nombre de professionnels des soins francophones en rejettent le besoin, et ce bien que la plus-value des projets pilotes dans les unités de crise soit reconnue.

RECOMMANDATION:

Vu que les différences considérables entre les projets de case management mènent souvent à la confusion des idées sur le terrain, et vu la réticence de l'offre de soins existante, une implémentation réfléchie et bien préparée de cette intervention est nécessaire. Réfléchir à la conceptualisation et l'implémentation a d'ailleurs été identifié dans différentes recherches comme un facteur important favorisant une implémentation réussie du case management et la genèse de ses effets positifs.

Ceci implique entre autres que le case management doit non seulement être adapté au client, mais aussi au réseau de soins, et doit être porté par lui. En outre, les case managers doivent disposer de directives et de protocoles clairs pour que cette intervention puisse être appliquée de façon effective et efficace.

3^{ème} constat: *Le case management pour toxicomanes est apparu, aussi bien dans l'aide aux toxicomanes que dans le contexte judiciaire, comme une intervention effective pour améliorer la participation et à la rétention dans le traitement, la coordination des soins et les résultats du traitement, ... mais il existe (encore) insuffisamment de preuve convaincante de l'effectivité de cette méthode.*

Les conclusions au sujet de l'effectivité du case management dans l'aide aux toxicomanes sont pour le moment prématurées et non légitimes, vu le manque relatif d'études randomisées et contrôlées, surtout à propos de certains modèles de case management [8]. Pourtant, la plupart des études faites ont démontré les effets positifs de cette intervention en ce qui concerne le fonctionnement des clients, leur usage fait des soins reçus, l'accès au traitement et la continuité de ce dernier, la qualité de vie des clients, leur satisfaction et le prix de revient des soins. Les effets à long terme du case management restent incertains, bien que sur base de recherches longitudinales, des effets clairs de cette intervention aient déjà été déterminés.

En ce qui concerne les effets du case management envers les toxicomanes au sein du secteur judiciaire, il est ressorti de plusieurs recherches que différentes formes d'incitation peuvent aider pour faire intégrer les toxicomanes en traitement, et que ceux-ci y restent, ce qui est alors associé aux effets positifs en ce qui concerne leurs usages de stupéfiants et la récidive criminelle. L'enquête empirique sur l'effectivité du case management judiciaire reste restreinte, mais, des données disponibles, il ressort que la preuve de l'effectivité de cette intervention n'est pas immédiatement convaincante. Les effets positifs de cette intervention concernent entre autres une diminution de l'usage de stupéfiants et des rechutes, une progression de la participation aux programmes de traitement, une rétention plus longue en traitement, et moins de violations des conditions imposées. Toutefois, il est encore difficile de dire si ces effets sont surtout la conséquence du case management, ou bien de la menace de sanctions imposées par les instances judiciaires.

Aussi bien à partir du secteur des soins aux toxicomanes, qu'à partir du secteur judiciaire, l'utilité du case management pour usagers de drogues a déjà été démontrée à plusieurs reprises, mais à défaut d'études randomisées et contrôlées, cette intervention ne peut, pour le moment, être reconnue comme "pratique basée sur l'évidence".

RECOMMANDATION:

Afin de pouvoir évaluer l'effectivité du case management pour toxicomanes, il est nécessaire, pour le moment, de recourir à plus d'études randomisées et contrôlées par des échantillons suffisamment grands. Pour obtenir une vision des effets à long terme de cette intervention, l'attention doit être consacrée suffisamment à une perspective longitudinale. En outre, le besoin de recherche qualitative est également important, et ce pour mieux comprendre l'impact des différents aspects du case management sur le processus de soins et les résultats du traitement.

Dans notre pays, il manque d'enquêtes (quasi-)expérimentales sur les effets du case management, c'est pourquoi qu'on a besoin d'une étude randomisée et contrôlée pour vérifier si les objectifs fixés sont réalisés et si cette intervention a un effet positif sur le fonctionnement des toxicomanes et l'usage qu'ils font des soins. Lors d'une étude d'évaluation semblable, l'attention doit aussi être consacrée suffisamment à la concrétisation précise de cette intervention, puisque, dans la pratique, elle apparaît assez diversifiée.

4^{ème} constat: *Les case managers qui ont joui d'une formation et d'un entraînement spécifiques, travaillent avec une vision claire et un cadre de références déterminé, ... ce qui indique le besoin d'une implémentation par phases du case management ... ce qui illustre le besoin de formation et de supervision spécifiques pour les case managers.*

Les entretiens ont démontré que les managers de fin de cure et les case managers qui avaient reçu un entraînement ou une formation spécifique au case management, travaillent avec une vision claire et un cadre de références déterminé, par opposition à d'autres case managers. Le manque d'entraînement et de formation contribue à une confusion au sujet des applications diverses de cette méthode. Ainsi, les case managers inscrits dans les projets pilotes développés au sein des unités de crise pour les personnes ayant un trouble relié à l'usage de drogues, se sont vus, du jour au lendemain, attachés à cette mission, sans qu'aucun entraînement ou supervision n'ait été prévu. Dans la pratique, ceci a abouti à 9 projets fortement divergents, vu que la plupart des case managers ont recherché, chacun pour soi, à une bonne concrétisation de la méthode.

La méthode de travail dans d'autres projets de case management (p.ex. Bubbels & Babbels, Middelennismisbruik Oost-Vlaanderen, Gezondheidsbevordering Injecterende druggebruikers) témoigne d'une introduction de cette intervention plus pas à pas. Si cela est accompagné d'un entraînement et d'une formation spécifiques des case managers, cela tend non seulement à ce que les case managers savent plus clairement se positionner vis-à-vis d'autres dispositions, mais ont aussi une approche plus univoque.

De même, les autres case managers interviewés, qui n'avaient joui en aucune façon de formation ou d'entraînement à cette méthode, éprouvent cela comme une carence importante. Un nombre d'entre eux essayent de répondre à cette dernière par la lecture de livres et d'articles scientifiques, et en assistant à des journées d'étude. À cet égard, il est noté plus loin que plus on travaille en bas seuil, plus la formation est nécessaire. En outre, l'application d'une méthode flexible et pragmatique comme le case management exige beaucoup d'aptitudes. Tous les répondants reconnaissent donc le besoin absolu de formation initiale et de supervision d'accompagnement pour les case managers.

Les formations et supervisions des case managers sont donc une condition absolue pour chaque projet de case management. En outre, l'implémentation pas à pas et progressive de cette méthode de travail peut surtout favoriser le fait que les case managers puissent s'habituer à leur nouveau job.

RECOMMANDATION:

Vu que le case management est une méthode de travail spécifique et relativement nouvelle, l'implémentation doit être solidement préparée et se faire pas à pas. Il est important que les case managers soient formés d'avance à ce type d'intervention, pour qu'ils puissent se baser sur un cadre de référence clair pour exercer leur fonction. De même, favoriser des supervisions n'est pas insignifiant, étant donné que ce type d'intervention se trouve toujours à ses débuts et que le case manager ne peut pas souvent faire appel à une approche d'équipe.

5^{ème} constat: *La recherche de faisabilité a mis à jour un nombre de points-clés importants en ce qui concerne l'implémentation du case management, ... ces points-clés peuvent être traduits en exigences jugées nécessaires pour une implémentation efficace de cette intervention.*

La consultation des case managers et des personnes-clés de projets de case management, a permis de faire ressortir un certain nombre de points-clés qui entravent une implémentation efficace de cette intervention.

1. Les case managers rattachés aux unités de crise dans les hôpitaux généraux se heurtent au délai bref pendant lequel les patients peuvent résider dans ce service (5 jours maximum). Au cours de cette période très brève, il n'apparaît que rarement réaliste d'orienter le patient adéquatement, tout en assurant la continuité de soins, et ce avant tout parce que le contact avec les patients n'est repris que dans le cadre d'une crise, et que celle-ci nécessite un temps suffisant avant d'atteindre une stabilisation. De même, si le traitement ne peut pas être disponible immédiatement, la possibilité que le patient puisse résider plus longtemps en unité de crise doit exister.
2. Lors du développement d'un réseau autour du client, le généraliste joue un rôle important. Il n'est toutefois pas évident d'impliquer ce dernier. Ceci du entre autres au fait que les généralistes ne sont pas dédommagés pour participer aux réunions de concertation.
3. Les projets de case management existants ont une capacité restreinte. Dès lors, les clients qui devraient pouvoir bénéficier de cette intervention, risquent de ne pas pouvoir être aidés selon cette façon. Par là, apparaît le risque de soins à deux vitesses, ce qui, dans une certaine mesure, est considéré comme discriminatoire par la plupart des répondants.
4. Le succès du case management dépend dans une large mesure de la manière dont il est intégré dans un réseau de soins [9,10,11]. S'il n'est pas intégré, le case management risque de n'être qu'une particule isolée au sein d'une offre de soins déjà éparpillée.
5. La plupart des projets de case management dans le secteur des soins aux toxicomanes sont financés par le gouvernement fédéral. Dans la plupart des cas, il n'est toutefois pas question de continuité de ces projets, étant donné que ceux-ci doivent être prolongés annuellement, ce qui ne permet pas de planification à long terme. Cela vaut aussi pour les autres projets de case management santé. Seul le management de fin de cure dans les hôpitaux psychiatriques a été momentanément encadré structurellement au sein de la santé publique et est financé par le prix de journée.
6. Dans la pratique, il existe beaucoup de confusion, pour les case managers santé existants, à propos de la durée et de l'achèvement du case management. L'enquête de faisabilité démontre qu'il est important de déterminer avec le client des objectifs à court et long terme, d'incorporer des moments d'évaluation, et de prévoir la possibilité, aussi bien pour le case manager que pour le client, que les deux parties doivent pouvoir mettre un terme à l'intervention. Pourtant les case managers analysés expriment le besoin de critères clairs afin de déterminer quand il est souhaitable et faisable de terminer l'intervention.

En fonction de l'implémentation ultérieure du case management, beaucoup de points-clés importants doivent donc encore être résolus. À défaut de quoi cette intervention risque de manquer son but et de contribuer uniquement au morcellement du secteur.

RECOMMANDATION:

Les points-clés importants cités qui gênent l'implémentation efficace du case management, peuvent être traduites en exigences fondamentales:

- En vue d'une implémentation efficace du case management dans les unités de crise, les case managers doivent avoir suffisamment de temps pour l'évaluation, la planification et l'orientation. Si le patient ne peut suivre immédiatement un traitement, il doit exister la possibilité de jouir plus longtemps du service, et ce pour garantir la continuité des soins.
- Pour impliquer les généralistes en tant que partenaires à part entière dans le réseau autour du patient, une disposition doit être fixée afin de les dédommager financièrement pour la participation aux réunions de concertation.
- En vue de l'implémentation structurelle du case management, une définition déterminant clairement le groupe cible à qui profite le plus cette intervention, doit être recherchée.
- Afin d'éviter que le case management ne devienne aussi une des nombreuses parties fragmentées de l'offre de soins, cette méthode doit être intégrée au sein d'un circuit régional de soins pour abus de substances.
- Pour l'implémentation de cette intervention, une période suffisante (de 3 à 5 ans) doit être prévue pour que les objectifs fixés puissent être réalisés, étant donné que, par la recherche, il est apparu qu'il peut s'écouler une période de plus de deux ans, avant que le case management n'aboutisse aux résultats souhaitables [12]. Il est en outre important de baser la décision de prolongation ou de cessation d'un projet sur une évaluation approfondie des objectifs fixés. À terme, le financement de projets semblables doit être intégré structurellement dans l'aide aux toxicomanes, tout en tenant compte des caractéristiques spécifiques de cette intervention.
- Enfin, il serait important de prévoir un fil conducteur ou un carnet de tâches pour les case managers, afin que la manière par laquelle il doit travailler soit claire, et que l'intervention fournie puisse être facilement évaluée a posteriori.

6^{ème} constat: *Actuellement, le case management judiciaire n'est pas comme tel, une forme de gestion des délits de stupéfiants et l'implémentation n'est pas non plus ressentie comme souhaitable par les différents acteurs, ... mais l'accompagnement des auteurs de faits délictueux liés aux stupéfiants, par les assistants de justice, démontre de nombreuses similarités avec les fonctions de base du case management.*

En Belgique, le case management judiciaire n'appartient pas à la gamme des possibilités de formes de gestion pénales aux délits de stupéfiants. L'accompagnement et le suivi individuel des usagers de drogues est déjà, selon les répondants, effectué par les assistants de justice. Cet accompagnement d'auteurs de fait dans le cadre de différents statuts juridiques, montre de nombreuses similarités avec la méthode du case management.

Les tâches concrètes des assistants de justice varient nettement moins par rapport à celles des case managers santé. Les premiers sont en effet tenus à certaines missions légales qui rendent la différenciation dans leurs tâches concrète infime. Si nous devons toutefois bien reconnaître une certaine différenciation dans les tâches, celle-ci est due à un nombre de dossiers différent, par lequel les assistants de justice jouissent de plus ou moins d'espace pour travailler intensivement avec certains clients.

Toutefois étant donné que les assistants de justice n'appliquent pas systématiquement un nombre de tâches essentielles au case management, comme la création d'un lien, la coordination, la défense des

intérêts et le *outreaching*, et qu'en outre ils se concentrent surtout sur certains domaines de vie, les tâches concrètes des assistants de justice ne répondent pas à la définition du case management comme défini dans le cadre théorique. En revanche, la méthode appliquée par les assistants de justice pour l'accompagnement et le suivi des usagers de drogues paraît donner de la satisfaction. Dans certains arrondissements judiciaires, les assistants de justice se confrontent bien avec une clientèle nombreuse.

Nous remarquons aussi une claire disparité entre les réactions des répondants connaissant, par expérience, le case management, à tout le moins dans le secteur de la santé, et les répondants qui n'ont pas confiance en cette méthode. Ce dernier groupe se place généralement beaucoup plus en opposition face à cette intervention. En outre, les répondants ne font que peu de distinction entre le case management santé et le case management judiciaire.

Le case management judiciaire n'a donc toujours pas été implémenté - malgré les intentions de la note fédérale de politique générale sur les drogues de 2001 - et ceci n'est pas même jugé comme nécessaire tout de suite, puisque de nombreuses tâches sont déjà reprises, jusque dans une certaine mesure, au sein de l'accompagnement d'auteurs de faits délictueux par les assistants de justice.

RECOMMANDATION:

La recherche démontre que l'implémentation du case management judiciaire pour usagers de drogues ne paraît pas nécessaire actuellement. La plupart des répondants pensent en effet qu'en pratique, les assistants de justice réalisent déjà cette tâche dans le cadre de statuts juridiques différents, au sein duquel l'orientation vers le secteur des soins et le suivi de l'accompagnement sont également réalisés. Il se trouve en outre que leur méthode pour l'accompagnement d'auteurs de faits délictueux, donne satisfaction. En revanche, des efforts complémentaires doivent être fournis pour:

- permettre aux structures existantes de fonctionner de manière optimale, comme en prévoyant en suffisance personnel et moyens;
- éviter l'abus de soins pour certains clients judiciaires (les clients "à répétition").

7^{ème} constat: *Un service d'orientation au niveau du parquet semble par contre être bien nécessaire ..., mais cette méthode de travail n'est pas englobée par le terme "case management".*

Depuis le secteur judiciaire, il a été mentionné que les magistrats de parquet et les juges d'instruction ont besoin de quelqu'un qui puisse les informer des possibilités en matière d'orientations des usagers de drogues interpellés. À côté des services policiers, le parquet et le juge d'instruction sont les premières instances qui entrent en contact avec les usagers de drogues interpellés. Ils sont demandeurs d'un système permanent, ou à tout le moins en fonction en soirée et lors des week-end, pouvant donner conseils en matières d'orientation et de mesures d'incitation.

Cette fonction répond à vrai dire aux caractéristiques du "case managers judiciaire" conçu dans la note fédérale de politique générale sur les drogues de 2001. Cette fonction est avant tout une mesure de précaution, étant donné qu'il s'agit ici d'un soutien-conseil. La question qui se pose donc est si cette fonction peut être placée en-dessous du dénominateur "case management".

En ce qui concerne la concrétisation du case management judiciaire, il a été proposée d'agrandir l'ensemble des tâches des assistants de justice - comme dans la note fédérale sur les drogues de 2001. Cela doit forcément aller de pair avec un complément de moyens en personnel et en fonctionnement.

Une fonction coordinatrice et facilitante, qui se trouverait à la frontière entre la justice et l'assistance, est donc nécessaire, et ce en vue d'un renvoi rapide et précis vers l'assistance.

RECOMMANDATION:

Le besoin de création d'un service d'orientation au niveau de parquet assurant le soutien des magistrats de parquet et des juges d'instruction en matière des orientations possibles et des mesures d'incitation pour usagers de drogues interpellés, comme présenté dans la note fédérale sur les drogues de 2001, s'avère confirmé par la recherche. Étant donné que cette fonction ne se situe pas au niveau de client, mais plutôt au niveau politique, il n'est pas souhaitable de placer cette fonction sous le dénominateur "case management".

8^{ème} constat: *La méthode utilisée par l'assistant de justice pour l'accompagnement et le suivi des usagers de drogues semble donner satisfaction, ... mais la question peut être posée de savoir s'il n'est pas désigné pour expérimenter, dans un cadre judiciaire, de méthodes de travail plus intensives pour ce qu'on pourrait appeler les "toxicomanes multirécidivistes".*

Pour de nombreux clients judiciaires toxico-dépendants, une orientation vers le secteur des soins dans le cadre de mesures judiciaires imposées et l'accompagnement et le suivi standard par les assistants de justice, semblent insuffisants que pour prévenir la rechute et la récidive. A partir d'études sur les résultats concernant l'implémentation du case management judiciaire à l'étranger, il est ressorti que cette intervention aide à diminuer considérablement la récidive et le nombre de violations des conditions imposées aux usagers de drogues problématiques. En outre, elles ont démontré que cette forme d'accompagnement améliore le lien avec le secteur des soins, et le taux de rétention en traitement. Les exemples cités sont le projet Gavo (Geïntegreerde Aanpak Verslavingsproblematiek en Overlast) à Utrecht et un certain nombre de programmes TASC (Treatment Accountability for Safer Communities) aux États-Unis au sein desquels les usagers de drogues délinquants récidivistes étaient suivis par un case manager avec comme objectif de garantir la coordination et la continuité des soins, et de cette façon diminuer la récidive.

Étant donné que la recherche a démontré que différents acteurs judiciaires ne jugent pas souhaitable l'implémentation d'une forme séparée et complémentaire du case management judiciaire pour usagers de drogue, il serait par contre intéressant de voir s'il ne serait pas utile d'intégrer l'application du case management dans les structures judiciaires existantes. Ainsi nous pourrions par exemple commencer par une expérience au sein de laquelle les assistants de justice auraient les possibilités et les moyens pour appliquer véritablement le case management auprès de ce groupe récidiviste. L'accompagnement d'auteurs de fait par les assistants de justice montre déjà, actuellement, de nombreuses similarités avec les tâches concrètes du case management, mais avant que du case management puisse être vraiment en question, toutes les fonctions de base (évaluer la situation de la personne, planifier, établir un lien, coordonner, défendre les intérêts du client, évaluer) doivent être accomplies systématiquement, et ce en se focalisant sur tous les domaines de vie qui pourraient être liés concrètement à la problématique de la drogue (emploi, usage du temps libre, logement...). Concrètement, cela voudrait dire que par maison de justice, un certain nombre d'assistants de justice devraient être désignés comme case managers et assure le suivi et l'accompagnement intensifs d'un nombre de clients restreint. Comme déjà indiqué plutôt, une implémentation efficace dépendra entre autres d'une bonne formation à ce type d'intervention, d'une supervision de ces case managers, de dispositions claires envers tous les acteurs concernés, un nombre de dossiers restreint (10 à 15 clients) et un groupe cible bien délimité.

Vu que l'accompagnement d'auteurs de faits par les assistants de justice est ressenti comme positif, la question se pose de savoir si cette intervention ne peut être optimisée pour les groupes cibles déterminés comme difficilement accessibles, par l'implémentation du case management intensif.

RECOMMANDATION:

Afin de limiter les récidives des toxicomanes multirécidivistes, il peut être envisagé d'expérimenter un modèle intensif de case management dans un cadre judiciaire. Ceci pourrait être réalisé au sein de structures existantes au sein desquelles les assistants de justice jouiraient de l'espace et de moyens pour appliquer intensivement et pleinement, envers ce groupe cible, toutes les fonctions de base propre à cette méthode, en tenant compte des conditions les plus importantes pour une implémentation efficace de cette intervention. Nous pourrions expérimenter cette intervention sous la forme de projets pilotes dans certains arrondissements judiciaires, où une forme semblable d'accompagnement intensif est jugée opportune.

9^{ème} constat: *La coopération et l'échange d'informations entre le secteur des soins et la justice ne semblent pas évidentes, ... et cet état de fait est maintenu par le cadre légal complexe et imprécis en matière d'échanges d'informations et de secret professionnel.*

La coopération grandissante entre les services d'assistance et avec le secteur judiciaire, et l'échange d'informations qui va de pair, pose des questions concernant les frontières du secret professionnel. Dans le secteur des soins, cela mène souvent à une tension entre le secret professionnel et la construction d'une relation de confiance avec le client d'une part, et l'échange d'information dans l'intérêt du client et d'une bonne coopération avec la justice d'autre part.

Etant donné que de nombreux clients du case management santé sont aussi clients du case management justice, le case manager sera un intermédiaire important lors du transfert d'informations entre les deux secteurs. Si le case management devait être aussi implanté structurellement dans un avenir proche, les case managers seront de plus en plus les personnes centrales de contact pour toute ce qui concerne l'assistance, y compris les autorités judiciaires.

La communication des données individuelles sensibles contraint à une définition juridique claire de cette procédure, à savoir à qui peut être donnée l'information, de quelle façon, quand cette information doit-elle être donnée, etc., conformément à la législation sur le secret professionnel, la protection de la vie privée et la loi sur les droits de patient. La recherche démontre toutefois que:

1. La législation, la jurisprudence et le Droit en matière de secret professionnel sont particulièrement complexes et tout sauf univoques, ce qui fait que les professionnels des soins ne voient souvent que les arbres cachant la forêt. La manière par laquelle l'échange d'informations entre le secteur des soins et la justice doit se dérouler, n'a été réglementée que trop peu. Seules la législation sur la libération conditionnelle, et l'internement réglementent l'échange d'informations et le compte-rendu;
2. Il existe aussi beaucoup de confusions autour du secret professionnel partagé. La notion de "secret professionnel partagé" est utilisée pour permettre certaines formes de communication entre assistants sociaux et fournisseurs de soins de différentes catégories professionnelles et attachés à différents services. Bien que le secret professionnel partagé ne soit généralement pas accepté, il a en revanche bien pénétré la pratique d'assistance;
3. Les assistants de justice ne tombent pas sous le même secret professionnel que les assistants sociaux et soignants n'appartenant pas au secteur judiciaire. Il ne peut donc pas être question d'un secret professionnel partagé entre assistants sociaux et assistants de justice. Cela a d'importantes conséquences pour l'échange d'informations entre assistants sociaux et soignants n'appartenant pas au secteur judiciaire;
4. Il est clair qu'il est de plus en plus accepté, dans la jurisprudence et le Droit, que le patient/client peut donner une autorisation pour le dévoilement de l'information confidentielle (on l'appelle l'autorisation d'information du client).

Pour promouvoir la coopération entre la justice et l'assistance, l'échange d'informations entre les deux secteurs aussi bien au niveau du client qu'à un niveau plus structurel, est nécessaire. Cela veut dire d'une part transmettre l'information quand quelqu'un est orienté de la justice vers l'assistance, et d'autre part mieux informer des méthodes de travail et spécificités propres aux deux secteurs. Nous soutenons l'importance d'un cadre clairement défini pour cet échange d'informations, tenant compte du secret professionnel.

Au cours de l'interview, diverses suggestions ont été formulées, entre autres pour l'amélioration de cette coopération:

- l'organisation de rencontres ou de concertations régulières entre assistants de justice et professionnels des soins, au sein desquelles un commentaire serait entre autres choses donné à propos du fonctionnement de chacun;
- des dispositions en matière de coopération peuvent être déterminées par un accord de coopération formel. À cet égard, il a été plusieurs fois référé à l'accord de coopération en matière de traitement des délinquants sexuels, lequel détermine qui, à qui et quand doit passer l'information, et ce qu'elle doit contenir;
- impliquer les clients lors de cet échange d'informations via la concertation tripartite (client, professionnel des soins, justice) pourrait prévenir de nombreux problèmes.

Les groupes focus ont démontré que, pour cela, le secteur judiciaire est nettement plus partisan de directives et de réglementations fédérales (approche "du haut vers le bas"), alors que le secteur de l'assistance opte plutôt pour des dispositions et accords de coopération formels à un niveau local (l'approche "par le bas"), pouvant être éventuellement généralisée a posteriori.

La coopération et la communication entre la justice et l'assistance apparaissent encore problématiques, et le cadre légal en vigueur doit être davantage affiné sur de nombreux points pour écarter les confusions et problèmes existants. Il est aussi nécessaire de soutenir plus de rapprochement entre les deux secteurs de manière informelle, entre autres via des moments communs de concertation.

RECOMMANDATIONS:

- Le secret professionnel partagé ne jouit pas de base légale, et c'est pour cette raison qu'il est considéré comme une construction incertaine. Afin d'éviter que les professionnels des soins ne dépassent les frontières du secret professionnel, il est nécessaire de déterminer clairement la mission et la responsabilité de tous les acteurs concernés, en particulier dans les cas où les professionnels des soins acceptent les missions judiciaires. Il est en outre conseillé de développer un protocole et un code déontologique lors de l'implémentation de la coordination de soins et des circuits de soins, pouvant servir de fil conducteur.
- Une adaptation des codes déontologiques, une modification de la loi, ou un affinement de la jurisprudence de cassation est indiquée, et ce afin de reconnaître l'assentiment du client dans un cadre de conditions strictes, comme socle de légitimation pour contourner le secret professionnel. En outre, il est conseillé d'appliquer systématiquement la concertation tripartite au sein de laquelle le client lui-même est présent lors de chaque échange d'informations.
- Au niveau de la législation en matière des différents statuts judiciaires qui pourvoient à une orientation vers le secteur des soins, il est recommandé de mieux réguler l'échange d'informations entre le secteur des soins et le secteur judiciaire, par analogie avec la législation sur la libération conditionnelle et l'internement.
- Une autre solution serait de déterminer les dispositions en matière de coopération et d'échange d'informations dans un accord de coopération formel, comme cela s'est déjà passé avec l'accord de coopération entre l'état fédéral et la communauté flamande en matière d'accompagnement et de traitement d'auteurs d'abus sexuels.

10^{ème} constat: *L'harmonisation des soins et le fait d'assurer la continuité des soins pour les usagers de drogues orientés à partir de la justice est une nécessité, ... mais semble souvent infaisable.*

La recherche de faisabilité concernant l'implémentation du case management souligne de nombreux points-clés importants, pouvant hypothéquer l'harmonisation et la continuité des soins pour les clients judiciaires.

1. Les clients judiciaires ayant un problème de dépendance ne peuvent souvent que difficilement respecter les conditions imposées, souvent à cause du caractère infaisable des conditions judiciaires. Ainsi, les usagers de drogues se voient souvent imposés l'obligation de ne plus avoir de contact avec d'autres usagers, alors que le réseau social du client se situe souvent uniquement dans l'environnement d'usagers. De même, l'obligation de se sevrer et de rester abstinent à long terme n'est certainement pas évident pour les toxicomanes. En outre le temps imparti pour l'exécution de certaines conditions est trop restreint. Dans cette optique, il est important - comme la littérature scientifique l'a agréé de plus en plus - de reconnaître la toxicomanie comme un problème chronique caractérisé par des périodes où l'usage est davantage contrôlé, et des rechutes vis-à-vis desquelles le rétablissement reste toutefois possible [13,14,15].
2. Les diverses mesures judiciaires doivent aussi être orientées en fonction de la continuité de soins aux détenus usagers de drogues. Ainsi, avant tout, les mesures dans le cadre probatoire doivent être ajustées sur les mesures imposées dans le cadre d'une libération conditionnelle, et vice versa. Les conditions imposées dans le cadre de la liberté conditionnelle forment alors une sorte de point d'orientation à partir duquel il peut être déterminé quelle direction va prendre le client.
3. Au sein du contexte pénitentiaire, les détenus usagers de drogues sont accompagnés par les services psychosociaux des prisons. Il arrive régulièrement que l'intéressé n'ait aucune forme de communication avec le service psychosocial, ni avec l'assistant social concerné ou le case manager au moment de la libération, ce qui hypothèque la continuité de l'accompagnement et le suivi.

Bien que le case management forme en principe un modèle convenable, le client, au moment où il passe d'un statut judiciaire vers l'autre, ne bénéficie toujours pas de la coordination et de la continuité de soins nécessaires, avec les risques de rechutes et de récidive.

RECOMMANDATIONS:

- Il est souhaitable d'arriver à remplir, de manière réaliste et faisable, les conditions judiciaires. Pour cela, une concertation entre différents acteurs judiciaires, les institutions de soins, et les case managers santé, pour rendre les conditions imposées davantage appropriées pour les intéressés, et donc plus faciles à respecter, serait constructive.
- Il est en outre nécessaire d'intégrer les différentes mesures judiciaires, afin que les conditions définies dans le cadre de la liberté conditionnelle fassent fonction de point d'orientation pour le parcours de soins du client.
- Afin d'assurer la continuité de soins et la prévention des rechutes et récidives chez le détenu usager de drogues remis en liberté, une communication minimale doit exister entre les autorités judiciaires, le case manager et l'instance de soins concernée.

8.3 Referenties

1. Vanderplasschen, W., De Bourdeaudhuij, I., & Van Oost, P. (2002). Co-ordination and continuity of care in substance abuse treatment: an evaluation-study in Belgium. *European Addiction Research*, 8, 10-21.
2. Aelvoet, M., & Vandenbroucke, F. (2001). *De psyche: mij een zorg?! Geestelijke gezondheidszorg door participatie en overleg*. Brussel: Ministerie van Volksgezondheid, Consumentenzaken en Leefmilieu.

3. Federale Regering. (2001). *Beleidsnota van de federale regering in verband met de drugproblematiek*. Brussel: Federale regering.
4. Directoraat-Generaal Organisatie Gezondheidsvoorzieningen, Dienst Psychosociale Gezondheidszorg, Cel Gezondheidszorg Drugs. (2002). *Pilootprojecten voor de uitbouw van crisiseenheden voor personen met middelengerelateerde stoornissen en de implementatie van de functie van case-manager binnen deze eenheden, geanonimiseerde overeenkomst*. Brussel: Directoraat-Generaal Organisatie Gezondheidsvoorzieningen.
5. Sacks, S., & Ries, R.K. (2002). *Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders*. New York: US Department of Health and Human Services.
6. Vanderplasschen, W., De Bourdeaudhuij, I., & Van Oost, P. (1999). *Eindrapport onderzoeksproject case management in de Oost-Vlaamse drughulpverlening* (niet-gepubliceerd onderzoeksrapport). Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Gedragstherapie en Psychologische begeleiding.
7. Vanderplasschen, W., Lievens, K., & Broekaert, E. (2001). *Implementatie van een methodiek van case management in de drughulpverlening: een proefproject in de provincie Oost-Vlaanderen* (Orthopedagogische Reeks Gent Nummer 14). Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.
8. Vanderplasschen, W., Rapp, R.C., Wolf, J., & Broekaert, E. (2004). Comparative review of the development and implementation of case management for substance use disorders in North America and Europe. *Psychiatric Services*, 55(8), 913-922.
9. Ashery, R.S. (1996). Case management for substance abusers: more issues than answers. In H. Siegal, & R. Rapp (Eds.), *Case management and substance abuse treatment: practice and experience* (pp. 141-154). New York: Springer Publishing Company.
10. Graham, K., Timney, C., Bois, C., & Wedgerfield, K. (1995). Continuity of care in addictions treatment: the role of advocacy and coordination in case management. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 21(4), 433-451.
11. Wolf, J., Mensink, C., & van der Lubbe, P. (2002). *Case management voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen: een systematisch overzicht van interventie en effect*. Utrecht: Trimbosinstituut, Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid.
12. McLellan, A.T., Hagan, T.A., Levine, M., Meyers, K., Gould, F., Bencivengo, M., et al. (1999). Does clinical case management improve outpatient addiction treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 55, 91-103.
13. McLellan, A.T. (2002). Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective. *Addiction*, 97(3), 249-252.