



**Tussen Droom en Daad:**  
*Implementatie van case management voor  
druggebruikers binnen de hulpverlening en justitie*

*Samenvatting*

Kim Geenens  
Wouter Vanderplasschen  
Eric Broekaert  
Brice De Ruyver  
Sébastien Alexandre

*In opdracht van:  
Programmatore Federale Overheidsdienst Wetenschapsbeleid*



## 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].

### 1.1. 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].

### 1.2. 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 dichterbij 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].

## 2. DOELSTELLINGEN VAN HET ONDERZOEK

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.

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.

### 3. METHODOLOGIE

Met betrekking tot de onderzoeksmethodologie worden 4 delen onderscheiden: de literatuurstudie, inventarisatie van buitenlandse voorbeelden van “good practice”, empirisch onderzoek naar de wenselijkheid en haalbaarheid van de implementatie van case management, en de analyse en rapportage van de verzamelde onderzoeksgegevens.

#### 3.1. Literatuurstudie

##### - *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.

##### - *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.

##### - *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.

##### - *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.

### 3.2. Inventarisatie van buitenlandse voorbeelden van "good practice"

- *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"), ...

- *Het versturen van deze vragenlijst naar case management-projecten in de Verenigde staten (n=10), Nederland (n= 5) en Duitsland (n=5)*
- *Verdieping van tenminste 3 van deze projecten aan de hand van een studiebezoek*

### 3.3. Onderzoek naar de wenselijkheid en haalbaarheid van case management binnen de justitiële sector en verslavingszorg aan de hand van een Delphi-studie

- *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*
- *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.

- *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). 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 beleidsverantwoordelijken. 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.

### **3.4. Data-analyse en rapportage**

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].

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.

## **4. VOORNAAMSTE ONDERZOEKSRESULTATEN**

### **4.1. Implementatie van case management in België en beleidsintenties ter zake**

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 [24].

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 [26,35]. 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 [36]. 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 [37].

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 [26]. 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.

#### **4.2. Verschillen inzake implementatie van case management tussen het Nederlandstalig en Franstalig landsgedeelte**

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 [33,34]. 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.

### **4.3. Effectiviteit van case management voor druggebruikers**

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 [38]. 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 hervat, 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.

### **4.4. Training en supervisie van case managers**

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 bevroegde 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.

#### **4.5. Randvoorwaarden voor de implementatie van case management**

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 [18,19,39]. 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 termijndoelstellingen 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.

#### **4.6. Justitieel case management en de daderbegeleiding door justitieassistenten**

In België behoort justitieel case management niet tot het gamma van strafrechtelijke afhandelingmogelijkheden 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. De eerstgenoemde categorie is 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 taakinvulling 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” [26].

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.

#### **4.7. Nood aan een advies- en doorverwijzingsorgaan op parketniveau**

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 werking- 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.

#### **4.8. Intensieve begeleiding van “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 herval 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 delinquente 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 taakinfilling 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.

#### 4.9. Samenwerking en informatie-uitwisseling tussen hulpverlening en justitie

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-clieënten in de verslavingszorg ook justitieclieënten 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.

#### **4.10. Zorgcoördinatie en -continuïteit bij druggebruikers die begeleid worden vanuit justitie**

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 [38,40].
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 gevangenis. 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.

## **5. AANBEVELINGEN NAAR HET BELEID**

### **5.1. Implementatie van case management**

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.

## 5.2. Evaluatie van case management

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 termijneffecten 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 evaluatieonderzoek moet ook voldoende aandacht besteed worden aan de exacte invulling van deze interventie, gezien dit in de praktijk nogal blijkt te verschillen.

## 5.3. Training en supervisie van case managers

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.

## 5.4. Randvoorwaarden voor de implementatie van case management

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 [41]. 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.

### **5.5. Justitieel case management en de daderbegeleiding door justitieassistenten**

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 voldoende 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.

### **5.6. Nood aan een advies- en doorverwijzingorgaan op parketniveau**

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.

### **5.7. Intensieve begeleiding van “verslaafde veelplegers”**

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.

### **5.8. Samenwerking en informatie-uitwisseling tussen hulpverlening en justitie**

- 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 wetwijziging, 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 daders van seksueel misbruik.

### 5.9. Zorgcoördinatie en -continuïteit bij druggebruikers die begeleid worden vanuit justitie

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 hervat en recidive vandien.

- 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 hervat 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.

## 6. 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. 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., Görden, 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., Görden, 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.
35. Aelvoet, M., & Vandenbroucke, F. (2001). *De psyche: mij een zorg?! Geestelijke gezondheidszorg door participatie en overleg*. Brussel: Ministerie van Volksgezondheid, Consumentenzaken en Leefmilieu.
36. 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.
37. Sacks, S., & Ries, R.K. (2002). *Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders*. New York: US Department of Health and Human Services.
38. 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.
39. 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.
40. McLellan, A.T. (2002). Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective. *Addiction*, 97(3), 249-252.
41. 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.