



Kapucijnenvoer 39
3000 Leuven
☎ +32(0)16 33 69 10
fax: +32(0)16 33 69 22
www.kuleuven.be

EEN STARTERSKIT VOOR BETERE GGZ: VISIE EN METHODIEKEN

Veerle De Jaegere
Ann DeSmet
Iris De Coster
Prof.dr. Chantal Van Audenhove

Leuven
november 2010

Colofon

Opdrachtgever

Federale Overheidsdienst Volksgezondheid

Onderzoeksleiding

Prof.dr. Chantal Van Audenhove

Wetenschappelijk medewerkers

Veerle De Jaegere, Ann DeSmet, Iris De Coster

Administratieve ondersteuning

Lut Van Hoof, Manuela Schröder

Leuven, november 2010

Inhoud

1	Vermaatschappelijking van de zorg: visie en praktijk	7
1.1	Wat betekent het aanbieden van zorg in de maatschappij?	7
1.2	Wat is de meerwaarde van gemeenschapsgerichte zorg?	7
1.3	Interessante literatuur.	8
2	Herstelgericht werken (Illness Management and Recovery)	9
2.1	Wat omvat herstelgericht werken?	9
2.2	Welke voordelen biedt herstelgericht werken?	10
2.3	Interessante literatuur.	10
3	Participatie van cliënten	13
3.1	Wat betekent participatie van cliënten?	13
3.2	Wat zijn de redenen om cliënten te laten participeren?	13
3.3	Interessante literatuur.	14
4	De rol van familieleden van cliënten	15
4.1	Welke rol vervullen familieleden en wat betekent dit?	15
4.2	Waarom is die rol van familieleden zo belangrijk?	16
4.3	Interessante literatuur.	17
5	Werken in mobiele equipes	19
5.1	Wat betekent dit en wat brengt het met zich mee?	19
5.2	Wat zijn argumenten om mobiel te werken?	22
5.3	Interessante literatuur.	23
6	Zorgcoördinatieplan	25
6.1	Waaruit bestaat het en wat komt er allemaal bij kijken?	25
6.2	Wat is de meerwaarde van dergelijke tools?	26
6.3	Interessante literatuur.	27
	Bijlagen	30

Voorwoord

België kampt nog steeds met één van de hoogste ratio's van psychiatrische bedden per aantal inwoners. In vele gevallen is een psychiatrische opname niet nodig en kan zorg in de gemeenschap geboden worden, op voorwaarde dat er andere ondersteunende diensten zijn. De hervorming onder artikel 107 streeft naar een betere balans tussen gespecialiseerde residentiële zorg en zorg in de samenleving. Zorg wordt zo ook meer gedifferentieerd en vraaggestuurd.

Dit betekent voor velen een nieuwe manier van werken, hoewel sommigen ook al op eigen initiatief recent een aantal gemeenschapsgerichte vormen van zorg hebben uitgebouwd.

België is hierin geen voortrekker. Er zijn in het buitenland studies verricht over tal van nieuwe ondersteunende diensten. Dit geeft ons het voordeel dat we van het buitenland kunnen leren. Het zorgt ervoor dat wij de hervorming op wetenschappelijke inzichten kunnen doorvoeren en 'evidence-based' praktijken kunnen gebruiken.

Om u in het proces van de hervorming te ondersteunen heeft LUCAS dit document ontwikkeld. Het bevat wetenschappelijke inzichten en methodieken voor de kernfuncties die u moet uitbouwen. U kunt het beschouwen als een starterskit of een eerste introductie in de implementatie van het hervormingsprogramma 'Betere GGZ'.

De starterskit is een eerste uitgave in een reeks van toolkits die LUCAS verder zal ontwikkelen als hulpmiddel voor u en uw organisatie om de hervorming succesvol te volbrengen.

1 Vermaatschappelijking van de zorg: visie en praktijk

1.1 Wat betekent het aanbieden van zorg in de maatschappij?

De vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) kenmerkt zich door:

- Een aanbod van behandeling en zorg dat zich in de natuurlijke omgeving van de cliënt¹ bevindt (inclusief acute opnames en lange termijn woonfaciliteiten in de maatschappij).
- De totale hulpvraag van de cliënt, dus ook aandacht voor maatschappelijke aspecten.
- Zorg op maat: een zorgaanbod, afgestemd op de individuele noden van de cliënten.
- Een overeenstemming met de internationale verklaring van de mensenrechten.
- Een focus op de prioriteiten van cliënten.
- Continuïteit in de zorg: de garantie van een ononderbroken gang van de zorg. Hierbij is het belangrijk om een ongezonde zorgafhankelijkheid te vermijden.
- Een mobiel zorgaanbod, aangeboden in verschillende omgevingen.

1.2 Wat is de meerwaarde van gemeenschapsgerichte zorg?

Een effectief zorgaanbod is een gebalanceerd aanbod van zowel intramurale zorg als zorg in de maatschappij. Beide sluiten elkaar niet uit, maar zijn complementair en aanvullend.

Een vermaatschappelijking van zorg sluit aan bij de noden van de huidige cliëntenpopulatie, die anders is dan een aantal jaren geleden.

Een vermaatschappelijking van zorg biedt een aantal voordelen:

- De aangeleerde vaardigheden kunnen gemakkelijker toegepast worden in het dagelijks leven van de cliënt, omdat de interventies plaatsvinden in de natuurlijke omgeving van de cliënt. Ingeval de cliënt die vaardigheden in een ziekenhuis aanleert, is er een vertaling vereist om een integratie in het dagelijks leven van de cliënt mogelijk te maken. Dit bemoeilijkt een re-integratie en verhoogt de kans op een heropname in het ziekenhuis.
- Minder ziekenhuis opnames, deels door een zorgaanbod in de natuurlijke omgeving.
- Ingeval van een ziekenhuisopname is dit van kortere duur.
- Een hogere tevredenheid bij cliënten en familieleden die veelal voorstander zijn van zorg in de thuissituatie in plaats van een residentiële opname. Zeker ingeval de familie weet dat ze altijd beroep kunnen doen op enige ondersteuning indien dit nodig is.
- Een coördinatie en continuïteit van zorg wat positief bevonden wordt door cliënten.
- Een verbetering van de psychopathologie en het functioneren van de cliënt.
- Zorg die afgestemd is op de individuele noden van de cliënten, geen groepsbenadering.
- Een goede lokale beschikbaarheid van omvattende en toegankelijke zorgvoorzieningen.

¹ Een cliënt verwijst naar een persoon met een psychiatrische aandoening, waarbij die persoon gezien wordt als een actieve partner in het bepalen van de zorg.

- Kosteneffectiviteitsstudies tonen aan dat de kwaliteit van zorg gerelateerd is aan de uitgaven van de diensten. Een gemeenschapsgerichte zorg is gelijkaardig in kost aan de diensten die ze vervangen.

1.3 Interessante literatuur.

Open Access referenties:

- Thornicroft, G. & Tansella, M. (2003). *What are the arguments for community-based mental health care?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report).
- Thornicroft, G. & Tansella, M. (2004). Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. *Br J Psychiatry*, 185, pp. 283-290.
- Van Audenhove, C., Van Humbeeck, G., Van Meerbeeck, A. (2005). *De vermaatschappelijking van de zorg voor psychisch kwetsbare mensen: onderzoek, praktijk en beleid.* pp. 17-28. Leuven: Uitgeverij LannooCampus.

Bronnen die niet vrij toegankelijk zijn:

- Thornicroft, G. & Tansella, M. (2009). *Better Mental Health Care.* Cambridge.
- Van Weeghel, J., Van Audenhove, Ch., Colucci, M., Garanis-Papadatos, T., Liégeois, A., McCulloch, A., Muijen, M., Norcio, B., Ploumbidis, D. & Bauduin, D. (2005). The components of good community care for people with severe mental illnesses: Views of stakeholders in five European countries. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(5), pp. 274-281.
- Henderson, C. & Thornicroft, G. (1997). Le statut de la désinstitutionalisation en Grande-Bretagne. *Santé mentale au Québec*, XXII, 2, pp. 88-114.

2 Herstelgericht werken (Illness Management and Recovery)

2.1 Wat omvat herstelgericht werken?

Wat is 'Illness Management'?

- Cliënt neemt zelf de regie over zijn of haar ziekte.
- Cliënt leert zelf interveniëren.
- Cliënt leert zelf terugval voorkomen.
- Cliënt leert zelf om (weer) invloed uit te oefenen op zijn/haar omgeving.
- Cliënt leert de weg vinden naar het juiste zorgaanbod.

Wat is 'recovery'?

Herstel is een proces, een streven naar en is geen eindproduct. Herstel omvat twee dimensies:

- Een intern, psychologisch proces van genezen met een stoornis. "Herstellen is een proces, geen eindpunt of doel. Herstel is een houding, een manier om de dag en de uitdagingen die ik tegenkom onder ogen te zien".
- Een extern proces van maatschappelijke participatie of rehabilitatie. Dit is een middel om herstel te ondersteunen, het is een zichtbare manifestatie van herstel op het gebied van wonen, werken, leren en sociale contacten.

Herstelgericht werken is het herstel bij de cliënt bevorderen en heeft volgende principes:

- Een maatschappelijke emancipatiebeweging waarin hulpverleners, cliënten, familieleden en andere betrokkenen actief zijn.
- Een (forse) verschuiving van het hulpverlener- naar het cliëntperspectief. Dit duidt op het belang van de betekenis die de cliënt zelf toekent aan het eigen leven.

Chroniciteit (herstelremmend)	Herstel (herstelbevorderend)
• Diagnostische categorie	• Individualisering, persoonsgericht
• Pessimisme	• Hoop, realistisch optimisme
• Focus op pathologie, kwetsbaarheden	• Focus op sterkte, veerkracht
• Gefragmenteerd model	• Bio-psycho-sociaal model
• Paternalisme	• Cliëntgericht
• Professionele ondersteuning	• Zelfzorg, ervaringsdeskundigheid
• Macht en dwang	• Empowerment en keuze
• Kunstmatige omgeving	• Natuurlijke steun en omgeving
• Stabilisatie	• Groei, berekende risico's
• Rol van cliënt	• Natuurlijke levensritmes en rollen
• Hulpeloosheid, afhankelijkheid	• Emancipatie, zelfbeschikking
• Beperkte bronnen, armoede	• Mogelijkheden, kansen

Wat zijn de essentiële elementen van 'Illness Management and Recovery' (IMR)?

- Het aanbieden van psycho-educatie.

- Werken naar therapietrouw gedrag op vlak van medicatie.
- Training voor hervalpreventie.
- Het aanleren van copingsvaardigheden.
- Een sociale vaardigheidstraining.

2.2 Welke voordelen biedt herstelgericht werken?

Indien de essentiële elementen aanwezig zijn, kent IMR de volgende meerwaarde:

- Kennis maakt sterk: Hoe meer cliënten inzicht krijgen in hun problemen, hoe beter en sterker ze voor zichzelf kunnen spreken en een actieve rol kunnen opnemen in hun herstelproces.
- Cliënten leren signalen van herval te identificeren, waarbij signalerings- of crisisplannen opgesteld worden.
- Het verminderen van herval en heropnames.
- Leren omgaan met blijvende symptomen, waardoor de ervaren ernst van die symptomen en de ervaren angst verminderd bij de cliënt.
- Een kwalitatieve en kwantitatieve verbetering van het sociaal functioneren, alsook een toename van vaardigheden om vooropgestelde doelen te bereiken.

2.3 Interessante literatuur.

Open Access referenties:

- Anthony, W. (1993). Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. Reprinted from *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), pp. 11-23.
- Farkas, M. (2007). The vision of recovery today: what it is and what it means for services. *World Psychiatry*, 6(2), pp. 68-74.
- Mueser, K.T., Corrigan, P.W., Hilton, D.W., Tanzman, B., Schaub, A., Gingerich, S., Essock, S.M., Tarrier, N., Morey, B., Vogel-Scibilia, S. & Herz, M.I. (2002). Illness Management and Recovery: a review of the research. *Psychiatric Services*, 53 (10).
- Whitley, R., Gingerich, S., Lutz, W.J. & Mueser, K.T. (2009). Implementing the illness management and recovery program in community mental health settings: facilitators and barriers. *Psychiatric Services*, 60(2), pp. 202-09.

Bronnen die niet vrij toegankelijk zijn:

- Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M. & Gagne, C. (2004). *La réhabilitation psychiatrique*. Charleroi (Belgique): Socrate Editions Promarex.
- Bovenberg, F.J.M. & Staats, H. (2008). Illness Management & Recovery. In: Plooy, A., van Rooijen, S. & van Weeghel, J. (red.) *Psychiatrische rehabilitatie*. Jaarboek 2008-2009. pp. 119-128. Amsterdam: B.V. Uitgeverij SWP.
- Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W. & Chamberlin, J. (2005). Implementing Recovery Oriented Evidence-Based Programs: Identifying the Critical Dimensions. *Community Mental Health Journal*, 41 (2), pp. 141-158.

- Farkas, M., Soydan, A.S. & Gagne, C. (2005). *Disponibilité à la réhabilitation: une introduction*. Charleroi (Belgique): Socrate Editions Promarex.
- Torrey, W., Rapp, C., Van Tosh, L., McNabb, C. & Ralph, R. (2005). Recovery Principles and Evidence-Based Practice: Essential Ingredients of Service Improvement. *Community Mental Health Journal*, 41 (1), pp. 91-100.

3 Participatie van cliënten

3.1 Wat betekent participatie van cliënten?

LUCAS ontwikkelde volgend model voor participatie in de GGZ (zie Bijlage 1).

Participatie kent verschillende gradaties, aangetoond aan de hand van de participatieladder:

- Non participatie: de cliënt heeft geen enkele inspraak (vb. manipulatie en therapie).
- Schijnparticipatie: de cliënt wordt gehoord en geïnformeerd, maar diens mening en wensen worden niet altijd in rekening gebracht (vb. informeren, consultatie, verzoening).
- Burgermacht: cliënten onderhandelen mee (partnerschap), hebben het merendeel van de beslissingsmacht (gedelegeerde macht) of de volledige beslissingsmacht (burgercontrole).

Aandachtspunten bij de participatieladder zijn:

- De hoogste trede van de ladder is niet altijd het na te streven resultaat. Het niveau van participatie hangt af van doelstellingen en context van de specifieke situatie.
- Participatie is een middel om positieve uitkomsten te bereiken (een betere levenskwaliteit voor de cliënt), maar geen doel op zich.
- Participatie wordt zelf beïnvloed door factoren die participatie bevorderen of belemmeren.
- De participatieladder is 1 deel van het ruimere begrip participatie, met volgende kenmerken:
 - De verschillende niveaus van zorg, nl. het macro-, meso- en microniveau.
 - De karakteristieken van de doelgroep.
 - De aard van participatie, namelijk eenmalig of structureel.
 - De plaats op de participatieladder.

Hoe concretiseren?

- Cliënten actief inzetten bij het plannen, ontwikkelen, registreren en uitvoeren van de zorg.
- Cliënten betrekken bij het adviseren en trainen van professionals en managers.
- Belangen van cliënten behartigen in de zorg.
- Cliënten actief betrekken bij het evalueren en onderzoeken van de geboden zorg.

Een specifieke vorm van cliëntenparticipatie is de cliënt als ervaringsdeskundige (zie Bijlage 2).

3.2 Wat zijn de redenen om cliënten te laten participeren?

- Een moreel argument:
 - Participatie is een fundamenteel burgerrecht.
 - Het vergroot de implementatiekansen van besluiten in de praktijk.
- Een positief effect op de levenskwaliteit van cliënt omwille van:
 - Het responsiever maken van de GGZ ten aanzien van de noden van cliënten, want soms is de cliënt de enige bron van accurate informatie.

- Een kwaliteitsverbetering van de GGZ.
- De therapeutische waarde van participatie:
 - Het bevorderen van de empowerment van cliënten.
 - De betrokkenheid van een cliënt bij het opstellen van een crisis/signaleringsplan heeft meer kans op slagen.
 - Cliënten leren met hun ziekte omgaan, alsook hun competenties benutten.

3.3 Interessante literatuur.

Open Access referenties:

- Tambuyzer, E. & Van Audenhove, C. (2010). Goede praktijken van participatie in de GGZ. *Rehabilitatie*, 19 (1), pp. 56-65.
- Tambuyzer, E. & Van Audenhove, C. (2010). *Participatie van patiënten en mantelzorgers in de Therapeutische Projecten*. Leuven: LUCAS KULeuven.
- Thornicroft, G. & Tansella, M. (2005). Growing recognition of the importance of service user involvement in mental health service planning and evaluation. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 14 (1).
- Patiëntenparticipatie in het gezondheidszorgbeleid: een literatuuroverzicht en verkenning van internationale en Belgische initiatieven (2007). Koning Boudewijnstichting.
- La participation des patients dans la politique des soins de santé. Revue de la littérature et aperçu des initiatives internationales et belges (2007). Fondation Roi Baudouin.

Bronnen die niet vrij toegankelijk zijn:

- Crawford, M.J., Rutter, D., Manley, C., Weaver, T., Bhui, K., Fulop, N. & Tyrer, P. (2002). Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. *Britisch Medical Journal*, 325.
- Glasby, J., Lester, H., Briscoe, J., Clark, M., Rose, S. & England, L. (2003). *Cases for change: user involvement*. Leeds: National Institute for Mental Health in England.
- Teunissen, G. J. & Abma, T. A. (2010). Derde partij: tussen droom en daad. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen (TSG)*. Jaargang 88, nummer 4.

4 De rol van familieleden van cliënten

4.1 Welke rol vervullen familieleden en wat betekent dit?

Het is belangrijk een onderscheid te maken tussen twee aspecten:

- Participatie van familieleden aan de zorg van de cliënt.
- Psycho-educatie aan familieleden van cliënten.

Wat betekent participatie van familieleden aan de zorg?

- Het opbouwen van partnerships met familieleden die gebaseerd zijn op gelijkwaardigheid, vertrouwen en wederzijds respect.
- Dit impliceert een triade of een relatie hulpverlener-cliënt-familieelid.
 - Dit is een complexe relatie, aangezien de cliënt en het familieelid tegenstrijdige noden en behoeften kunnen hebben.
 - Een struikelblok voor hulpverleners is het beroepsgeheim, namelijk 'Wat mogen wij zeggen aan de familie?' Hulpverleners hebben soms schrik dat ze de werkrelatie met hun cliënt in het gedrang brengen wanneer ze informatie verschaffen aan familie. Voor familieleden is het krijgen van informatie echter van groot belang.

Wat is psycho-educatie aan familieleden?

Aandacht hebben voor de beleving van de familie en hen ondersteunen op verschillende manieren:

- Inhoudelijke ondersteuning:
 - Een continue kennisoverdracht over de ziekte en bijhorende behandeling.
- Emotionele ondersteuning:
 - Het opbouwen van een vertrouwensband tussen hulpverlener en familie.
 - Een probleemoplossende manier van denken en handelen aanleren.
 - Familieleden leren omgaan met de gevolgen van de ziekte.
 - Oog hebben voor de moeilijkheden die familieleden ondervinden omwille van de psychische problemen van hun familieelid (vb. stigma, wanhoop).
 - De communicatie en omgangsvormen binnen de familie verbeteren:
 - Cliënten en familieleden staan stil bij hoe ze met elkaar omgaan en leren alternatieven bedenken in hun omgangsvormen met elkaar.
 - Een open communicatie, waarbij dilemma's benoemd worden.
 - Een heldere communicatie, met het gebruik van persoonlijke boodschappen.
 - Helpen zoeken naar sociale activiteiten en steun voor de familie.
- Praktische ondersteuning, zoals huishoudelijke of administratieve hulp, opdat familieleden zich gesteund voelen en ook eens tijd hebben voor zichzelf.

4.2 Waarom is die rol van familieleden zo belangrijk?

In een context van vermaatschappelijking van zorg kan het een extra belasting voor de familie zijn als de cliënt langer in de natuurlijke omgeving blijft wonen. Hierdoor kunnen zij zelf ook problemen ondervinden (praktisch, sociaal, psychisch, etc.) Om deze reden is het belangrijk om aandacht voor hen te hebben en hen zoveel mogelijk in het zorgproces van de cliënt te betrekken.

Wat is de meerwaarde van participatie van familieleden?

- De relatie met de familie is vaak invloedrijker dan die met hulpverleners.
- Familieleden blijven aanwezig, terwijl hulpverleners komen en gaan.
- Een goede relatie met de familie staat bij cliënten in de top 5 van factoren die het herstel bevorderen.
- De interactie tussen cliënt en familieleden kenmerkt zich vaak door hoge Expressed Emotions² waarbij er sprake is van kritiek, vijandigheid en emotionele overbetrokkenheid. Dit is een belangrijke predictor van herval en een heropname.
- De familie haakt soms af uit moedeloosheid en overbelasting. Echter, familieleden zijn opgelucht als er gezocht wordt naar manieren om contact te leggen met de cliënt.
- De familie is dikwijls van in het begin geconfronteerd met de psychische problemen van de cliënt.
- De familie kent de cliënt meestal zeer goed en kan hierdoor een belangrijke informatiebron zijn.
- Door familieleden te betrekken hebben hulpverleners zicht op hun verwachtingen, alsook hun sterktes en noden.

Wat is de meerwaarde van psycho-educatie?

- Het zorgt voor een hogere tevredenheid en een verbeterde situatie van de cliënt.
- Het zorgt voor een lagere Expressed Emotions in gezinnen. Dit gaat samen met minder herval, alsook het bevorderen van herstel.
- Door middel van inhoudelijke, emotionele en praktische ondersteuning voor het gezin kunnen psychische problemen bij gezinsleden beter voorkomen worden.
- Een betere kosteneffectiviteit.

Een voorbeeld: het wat en waarom van KOPP-Vlaanderen.

Dit is een samenwerkingsverband tussen partners uit de geestelijke gezondheidszorg (Vlaanderen en Brussel) in het kader van KOPP/KOAP (**K**inderen van **O**uders met **P**sychiatische **P**roblematiek / **K**inderen van **O**uders met **A**fhankelijkheids**P**roblematiek). Hun website reikt informatie en tips aan, alsook een wegwijzer naar verschillende hulpverleningsvormen.

De meerwaarde van dit initiatief schuilt in het belang van preventie, sensibilisering en begeleiding van KOPP/KOAP kinderen. Wetenschappelijk onderzoek heeft namelijk aangetoond dat 1 op de 3 KOPP/KOAP kinderen later zelf een psychische stoornis ontwikkelt.

² Expressed Emotion (EE) verwijst naar de affectieve attitudes en gedragingen – kritiek, vijandigheid en emotionele overbetrokkenheid - van (in)formele hulpverleners ten opzichte van cliënten met uiteenlopende psychiatrische ziektebeelden.

4.3 Interessante literatuur.

Open Access referenties:

- Cleary, M., Freeman, A. & Walter, G. (2006). Carer participation in mental health service delivery. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15, pp. 189-194.
- Kuipers, E. (2006). Family interventions in schizophrenia: Evidence for efficacy and proposed mechanisms of change. *Journal of Family Therapy*, 28, pp. 73-80.
- Wuerker, A. M. (1996). Communication patterns and expressed emotion in families of persons with mental disorders. *Schizophrenia Bulletin*. 22(4), pp. 671-90.

Bronnen die niet vrij toegankelijk zijn:

- Aubry, J.M. & Estoppey, A.C. (2000). La psycho-éducation dans les troubles affectifs. *Revue Médicale Suisse*, 685.
- Hoencamp, E. & Haffmans P.M.J. (red.) (2008). *Psycho-educatie in de GGz en de verslavingszorg. Theorie en praktijk*. Assen: Van Gorcum.
- McFarlane, W.R., Dixon, L., Lukens, E. & Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: A review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(2), pp. 223-245.

5 Werken in mobiele equipes

5.1 Wat betekent dit en wat brengt het met zich mee?

Wat zijn mobiele equipes?

Mobiele equipes sluiten nauw aan bij casemanagement, een organisatie-model met vijf basisfuncties:

- 'Assessment': een allesomvattende evaluatie verrichten van de cliënt.
- 'Planning': een plan ontwikkelen om een antwoord te bieden aan de noden van de cliënt.
- 'Linking': cliënt bijstaan in het beroep doen op bepaalde diensten en organisaties.
- 'Monitoring': het opvolgen van de voortgang van de cliënt.
- 'Advocacy': cliënt bijstaan in het verkrijgen van zaken waar hij/zij recht op heeft.

De belangrijkste kenmerken van casemanagement zijn:

- Zoveel mogelijk zelf uitvoeren. Pas uitzonderlijk doorverwijzen naar externe instanties.
- De natuurlijke omgeving als de belangrijkste partner beschouwen. Hierdoor versterkt het eigen sociale netwerk en steunsysteem van een cliënt.
- Ambulant: in eerste instantie zorg aanbieden in de maatschappij.
- Zowel individueel werk als teamwerk zijn effectief.
- Het team is zelf verantwoordelijk en kan zelf beslissingen nemen (vb. zelf beslissen over opname en ontslag in een psychiatrisch ziekenhuis).
- Een multidisciplinaire samenstelling om cliënten op alle levensdomeinen te begeleiden.
- De caseload is laag genoeg om voldoende contactfrequentie toe te laten. Vuistregel is 1:10.
- Het zorgaanbod is onbeperkt in tijd (als dit nodig is).
- Intensief zorgaanbod, namelijk een bereikbaarheid van 24u per dag, 7 dagen op 7.
- Cliënten stimuleren om zelf keuzes te maken.

Op basis van de verschillende casemanagement modellen blijkt dat een partnerschap (persoonlijke relatie) tussen de cliënt en de casemanager een noodzakelijke voorwaarde is om een effectief model te zijn. Om deze reden is een werking als een 'brokerage' model, waar de casemanager voornamelijk de cliënt informeert en doorverwijst maar geen therapeutische relatie heeft met de cliënt, ten stelligste af te raden.

Wat betekent dit voor hulpverleners?

Het werken binnen mobiele equipes vraagt specifieke competenties die minder expliciet aan bod komen binnen een institutioneel kader. Voornamelijk de eerste twee kernthema's zijn sterk bepalend voor de outreachend-werkende³ hulpverleners:

³ Outreachend werken is een werkmethode waarbij hulpverleners zelf stappen ondernemen om iets of iemand te bereiken. Hulpverleners verplaatsen zich naar ofwel de leefwereld van de cliënt, ofwel een andere organisatie waarmee kan samengewerkt worden om zorg op maat te kunnen leveren aan de cliënt.

- Waarden en attitudes:
 - Een respectvolle houding.
 - Ethisch handelen.
- Persoonsgebonden kenmerken:
 - Samenwerken stimuleren.
 - Herstelgerichte benadering.
 - Houding van levenslang leren, openstaan voor persoonlijke ontwikkeling.
 - Interesse hebben in de levenswijze van de cliënt en niet meteen willen ingrijpen, maar vanuit het voorkomen van marginalisatie de eigen kennis en institutionele opvattingen proberen opzij te schuiven.
- Coördinatievaardigheden:
 - Werken als een 'spin in het web' en met elke draad in het web voeling hebben.
 - Het vergemakkelijken van de toegang tot zorg van de beste kwaliteit.
- Werken in transdisciplinaire teams:
 - Begrip van professionele rol en effectieve communicatie.
 - Als deel van een dergelijk team systematisch rollen over de disciplines heen delen. De differentiatie van rollen tussen de disciplines wordt gekenmerkt door de noden van de situatie in plaats van specifieke karakteristieken die eigen zijn aan de discipline. Assessment, interventie en evaluatie samen met de andere teamleden uitvoeren.
- Persoonsgerichte zorg:
 - Cliënten als individuen behandelen.
 - Cliënten centraal stellen in het voorzien van zorg en door overleg komen tot haalbare en betekenisvolle doelen.
 - De noden en de sterktes van de cliënt identificeren.
- Rechten en participatie:
 - Gelijke rechten garanderen.
 - Het mondig maken van cliënten om zelf beslissingen te nemen.
- Gemeenschapsgerichte zorg:
 - Het aanvechten van ongelijkheid.
 - Een sociaal klimaat creëren met meer mogelijkheden voor de doelgroep die vaak geconfronteerd wordt met exclusie.
- Multiculturele zorg:
 - Respecteren van diversiteit.
 - Beschikken over crossculturele competenties opdat effectieve interactie met personen uit verschillende culturen mogelijk is.
- Bouwen van partnerships met natuurlijke omgeving:
 - Als een team met de mantelzorgers kunnen werken.
 - Bereidheid vertonen om elkaar te vertrouwen en te leren van elkaar, om inspanningen te doen en te onderhandelen met elkaar.

Een begeleiding kan enkel starten als er een betekenisvol contact is, namelijk als de cliënt zich begrepen of erkend voelt door de ander.

- Faciliterende factoren hierbij zijn:
 - Contact op het niveau van juistheid.
 - Contact op het niveau van de rehabilitatie.
 - Contact op het niveau van de empowerment.
 - De presentiebenadering: het 'tunen' of spreken over het schijnbare niets.
 - De narratieve benadering: het uitlokken van een cognitieve herstructurering.
 - De oplossingsgerichte benadering en motiverende gespreksvoering.
- Belemmerende factoren hierbij zijn:
 - Contact op het niveau van de waarheid.
 - Contact op het niveau van de problemen, wat vaak tot discrepanties leidt.

Wat zijn de specifieke functies binnen een mobiel team?

- De teamcoördinator/teamleider:
 - Is parttime actief in de directe cliëntenzorg en behoudt een overzicht van de begeleiding van elke cliënt.
 - Waakt erover dat het team als een eenheid blijft functioneren en bewaakt de verantwoordelijkheden.
- De psychiater is voor minstens 20u aan het team verbonden.
- Expertfuncties als psychologen, trajectbegeleiders en verslavingsdeskundigen.
- Generalisten als maatschappelijk werkers en verpleegkundigen.
- Ervaringsdeskundigen.
- Een teamsecretaresse die zorgt voor de verbinding tussen het team en de maatschappij.

Een werking met 2 mobiele equipes.

- Mobiel team voor de langdurende zorg (chronisch) met als doelgroep cliënten met vaak een langdurig contact met GGZ, alsook met zorgvragen op meerdere terreinen.
- Mobiel team voor de kortdurende intensieve zorg (acuut) dat nauw aansluit bij ACT:
 - Een specifieke doelgroep, namelijk cliënten met de meest ernstige en chronische psychiatrische stoornissen (veelal zorgmijdende cliënten met veel opnames).
 - Een gedeelde caseload, een teambenadering.

FACT als een voorbeeld in Nederland.

- Functie-ACT (FACT) biedt hulp voor alle cliënten in een bepaalde regio en omvat 2 werkwijzen:
 - Een individueel casemanagement vanuit een multidisciplinair team met een persoonlijke begeleider als eerste aanspreekpersoon voor de cliënt.
 - Een intensieve teamzorg met een gedeelde caseload.

5.2 Wat zijn argumenten om mobiel te werken?

Mobiele equipes zijn effectieve modellen, namelijk:

- Een daling van het aantal opnames in ziekenhuizen.
- Ingeval van opname is dit van kortere duur.
- Meer cliënten blijven binnen het zorgcircuit, zolang dit nodig is.
- Toename van de tevredenheid van cliënten en familie.

Wat zijn succesfactoren van ACT?

- Gedeelde caseload.
- Intensieve outreach.
- Een hoge mate van modelgetrouwheid levert betere effecten op cliënten niveau.
- ACT is kosteneffectief zolang de specifieke doelgroep wordt gerespecteerd.

Wat zijn succesfactoren van FACT?

- De wijkgerichtheid ten behoeve van het maatschappelijk steunsysteem.
- Het schakelen tussen individuele begeleiding en intensieve teamzorg.
- De goede inbedding in regionale maatschappelijke en GGZ ketens.
- Het gebruik van een FACT bord om de hulpverlening op elkaar af te stemmen (zie ook “6. Zorgcoördinatieplan”).

Een teambenadering of een individuele benadering?

Het is een én-én beweging. Voor een effectieve begeleiding is het belangrijk een evenwicht te vinden tussen beide benaderingen om mogelijke nadelen te minimaliseren.

Een teambenadering kent:

- Voordelen:
 - Het verhoogt de draagkracht van de individuele hulpverleners en zo ook de continuïteit van zorg.
 - Er zijn meerdere hulpverleners die vertrouwd zijn met de situatie van de cliënt.
 - Er zijn verschillende perspectieven wat de creativiteit verhoogt.
- Nadelen:
 - Het ontbreken van één aanspreekfiguur die verantwoordelijk is voor de zorg.
 - Een versnippering van het volledige verhaal van de cliënt.
 - Het opbouwen van een vertrouwensrelatie is moeilijker met een volledig team.
 - Een verminderde efficiëntie indien de tijd en de middelen in rekening worden gebracht die vereist zijn om de zorg rond de cliënt te organiseren.

Een individuele benadering kent:

- Voordelen:
 - Het opbouwen van een vertrouwensrelatie met één enkele persoon.

- Eén enkele persoon heeft zicht op het volledige verhaal van de cliënt.
- Er is één duidelijke aanspreekfiguur per cliënt die verantwoordelijk is voor de zorg.
- Nadelen:
 - Een grotere kans op burn-out bij de individuele hulpverleners omwille van de intensiteit van de zorgrelatie en de afhankelijkheid van één enkele hulpverlener.

5.3 Interessante literatuur.

Open Access referenties:

- Phillips S.D., Burns, B.J., Edgar, E.R., Mueser, K.T., Linkins, K.W., Rosenheck, R.A., Drake, R.E. & McDonel, R.E. (2001). Moving Assertive Community Treatment Into Standard Practice. *Psychiatric Services*, 52 (6).
- Van Audenhove, C., Van Humbeeck, G. & Van Meerbeeck, A. (2005). *De vermaatschappelijking van de zorg voor psychisch kwetsbare mensen: onderzoek, praktijk en beleid*. pp. 48-54. Leuven: Uitgeverij LannooCampus.

Bronnen die niet vrij toegankelijk zijn:

- Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M. & Gagne, C. (2004). Le personnel. In: *La réhabilitation psychiatrique*. pp. 187-209. Charleroi (Belgique): Socrate Editions Promarex.
- de Cangas, J.P.C. (1994). L'approche intégrée de réinsertion sociale (AIRS) : au-delà du 'Case Management' et de la réhabilitation psychosociale. *Santé mentale au Québec*, 19(1), pp. 59-74.
- Corrigan, P.W., Mueser, K.T., Bond, G.R., Drake, R.E. & Solomon, P. (2009). Casemanagement. In: *Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation: An Empirical Approach*. pp.137-159. New York London: The Guilford Press.
- Hermans, K., De Coster, I., Demaerschalk, E., Michelini, S., Zelderloo, L. & Van Audenhove, Ch. (2010). *Quality Approaches for Assuring the Quality of Training and Service Provision*. Thessaloniki: Cedefop.
- Mulder, N. & Kroon, H. (2005). *Assertive Community Treatment. Bemoeizorg Voor Cliënten Met Complexe Problemen*. Nijmegen: Uitgeverij Cure and Care Publishers.
- Salyers, M. & Tsemberis, S. (2007). ACT and Recovery: Integrating Evidence-Based Practice and Recovery Orientation on Assertive Community Treatment Teams. *Community Mental Health Journal*, 43(6), pp. 619-641.
- Test, M.A. (1998). Modèles de traitement dans la communauté pour adultes ayant des maladies mentales graves et persistantes. *Santé mentale au Québec*, 23(2), pp.119-147.
- Vallée, C., Courtemanche, N. & Boyer, T. (1998). Au-delà des assises conceptuelles: illustration d'une pratique de suivi communautaire en équipe. *Santé mentale au Québec*, 23(2), pp. 48-69.
- van Veldhuizen, J.R., Bähler, M., Polhuis, D. & van Os, J. (2007). *Handboek FACT*. Utrecht: de Tijdstroom.

6 Zorgcoördinatieplan

6.1 Waaruit bestaat het en wat komt er allemaal bij kijken?

Een zorgcoördinatieplan:

- Is instellings- en sectoroverschrijdend.
- Is flexibel en gebruiksvriendelijk.
- Omvat een registratie van de gegevens die belangrijk zijn voor de afstemming van de zorg en begeleiding die de verschillende hulpverleners en settings bieden. Het omvat volgende rubrieken:
 - Persoonlijke gegevens van de cliënt.
 - Een overzicht van hulpverleningsgeschiedenis.
 - Een overzicht van de medicatie.
 - Een overzicht van derden die ondersteund of bij de zorg betrokken moeten worden.
 - Een beschrijving van de behandeling en begeleiding aan de hand van verschillende domeinen, namelijk psychisch functioneren, lichamelijk functioneren, inkomen en budget, wonen, dagbesteding, opleiding, tewerkstelling, sociale contacten en het functioneren in het gezin en sociale relaties.
 - Een beschrijving van het verloop van de behandeling en begeleiding met een goede afsprakenregeling tussen alle betrokken partners in de zorg.
 - Een formulier met de contactgegevens van alle betrokken (in)formele zorgverstrekkers.

Hoe een zorgcoördinatieplan opstellen?

- Conform een herstelgerichte visie en een vermaatschappelijking van zorg is het aanbevolen om de wensen en de problemen die de cliënt zelf ervaart als vertrekpunt te nemen.
- Een uitdrukkelijke toestemming vragen aan de cliënt wat getuigt van vertrouwen en respect.
- Afspraken maken over wat opgenomen wordt in het zorgcoördinatieplan en wie er toegang tot heeft. Vb. het opnemen van een expliciete DSM-diagnose is niet noodzakelijk, maar wel informatie over de aanpak van die problemen.
- Afspraken maken over de manier waarop informatie van het zorgcoördinatieplan gedeeld zal worden.
- Het opstellen van procedures opdat een gestandaardiseerd gebruik mogelijk is en bepaalde problemen voorkomen kunnen worden (vb. beslissingsvrijheid en autonomie van cliënt, privacy en verantwoordelijkheid).

Wat is het verschil met een zorgdossier?

Een zorgcoördinatieplan is één van de documenten uit het zorgdossier. Het zorgdossier bevat alle documenten die van belang zijn voor de zorgverlening aan een cliënt.

Wat is het verschil met een “(individueel) begeleidingsplan” (of ook nog “actieplan”, “handelingsplan”, “behandelplan” of “werkplan”)?

Een begeleidingsplan is een gedetailleerde uitwerking van de zorg of begeleiding uit het zorgcoördinatieplan door een enkele discipline of setting. Het is een werkinstrument met volgende belangrijke aspecten:

- Logische en meetbare zorgdoelen (zie Bijlage 3 voor een toelichting van het bepalen van die zorgdoelen).
- Een zorgplanning in functie van de zorgdoelen (benodigde diensten ed.).
- Evaluatiecriteria om actief te evalueren of het proces goed loopt.
- De ontwikkeling is gebaseerd op een samenwerking tussen de hulpverleners en de cliënt.

Wat is het verschil met een “signaleringsplan”?

Een signaleringsplan helpt om verhoogde risicosituaties vroegtijdig te herkennen en omvat:

- Signalen en prodromen (voorboden) die eerdere episoden voorafgingen.
- Mogelijke acties door cliënt, hulpverlener en omgeving om terugval te voorkomen.

6.2 Wat is de meerwaarde van dergelijke tools?

Wat is het nut van een zorgcoördinatieplan?

Het gebruik van een zorgcoördinatieplan kent een meerwaarde in zijn toepassing op verschillende niveaus:

- Toegepast op de individuele cliënt:
 - De garantie dat prioriteiten en doelstellingen in de zorg worden vooropgesteld.
 - De garantie van een evaluatie op geregelde tijdstippen.
 - Een contract waarbij de deelnemers zich verbinden om samen te werken en kwaliteitsvolle zorg te leveren en duidelijke afspraken worden gemaakt.
 - Een middel om continuïteit te waarborgen over hulpverleners en settings heen.
 - De zelfredzaamheid van de cliënt bevorderen.
- Toegepast op organisatie niveau:
 - De detectie van knelpunten.
 - Zichzelf als instelling of de sector te profileren.
 - Het bevorderen van de communicatie en samenwerking tussen verschillende zorgverleners en settings. Het is een middel om overleg op een gestructureerde manier te laten verlopen.

Wat is de meerwaarde van een signaleringsplan?

- Ondersteuning voor het zelfmanagement van de cliënt.
- Een communicatiemiddel voor de omgeving over prodromen en de omgang daarmee.

Een voorbeeld: Het digitaal bord bij ‘Vroege Detectie en Interventie bij initiële Psychose’ (VDIP).

Dit bord omvat volgende aspecten, waarbij er gewerkt wordt met kleuren (groen, oranje/geel, rood):

- Klinische monitoring van risicofactoren, op te volgen bij elke bespreking.
- Monitoring van de levensdomeinen, ten laatste voor het beëindigen van de assessmentfase.
- Extra toezicht, zo zijn cliënten met de sterkste nood aan toezicht duidelijk zichtbaar.
- Huidige bespreking met notatie van do's en dont's.
- Datum volgende bespreking.
- Knoppen op het detailbord, zoals 'medicatie', 'opname'.

Een voorbeeld: Het wat en waarom van de InterRAI MH en de InterRAI CMH.

De InterRAI Mental Health richt zich naar volwassen psychiatrische cliënten die opgenomen zijn. De InterRAI Community Mental Health richt zich naar volwassenen die ambulante gebruik maken van één of meerdere diensten GGZ.

Beide vragenlijsten omvatten:

- MinimumDataSet (MDS) dat informatie omvat over 21 aspecten.
- Clinical Assessment Protocol (CAP): 30 CAP's met screeningsinformatie en behandelingsadvies voor 4 belangrijke domeinen (i.c. psychiatrische, medische, functionele en psychosociale problemen).

De meerwaarde is:

- Via assessment (overzicht van de mogelijkheden, noden en beperkingen van de cliënt) het zorgaanbod en de levenskwaliteit verbeteren van kwetsbare personen.
- Het vormt de basis voor probleemanalyse, formuleren van diagnoses en/of aandachtspunten, het opstellen van een individueel begeleidingsplan en het formuleren van een prognose.
- Het maakt een opvolging van de evolutie van de cliënt mogelijk doorheen de tijd en over verschillende voorzieningen heen.
- De bruikbaarheid in de eerstelijnszorg: de CAP's biedt suggesties over mogelijk te verifiëren diagnoses en kan zo een ondersteunende factor zijn voor het preventief werken.
- Het aanreiken van pistes voor reflectie en actie voor wetenschappelijk onderzoek.

6.3 Interessante literatuur.

Open Access referenties:

- De Lepeleire, J., Van Houdt, S., Aertgeerts, B. & Buntinx, F. (2007). *Het effect van een multidisciplinair zorgplan in de thuiszorg*. Leuven: Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde KULeuven.
- De Groof, M., Bianchi, J., Jacob, B., Declercq, A. & Van Audenhove, Ch. (2009). *RAI Mental Health. Onderzoek naar de mogelijkheid tot implementatie van de instrumenten RAI Mental Health en Community Mental Health/Estimation des possibilités d'implémentation des outils RAI, Mental Health et Community Mental Health*. Leuven: LUCAS KULeuven.
- De Rick, K., Loosveldt, G., Van Audenhove, Ch. & Lammertyn, F. (2003). *De vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg*. Leuven: LUCAS KULeuven.
- Mulder, C. L., van der Graag, M., Bruggeman, R., Cahn, W., Delespaul, P.A.E., Dries, P., Faber, G., de Haan, L., van der Heijden, F.M.M.A., Kempen, R.W., Mogendorff, E.S.G., Loof, C.S., Systema, S.,

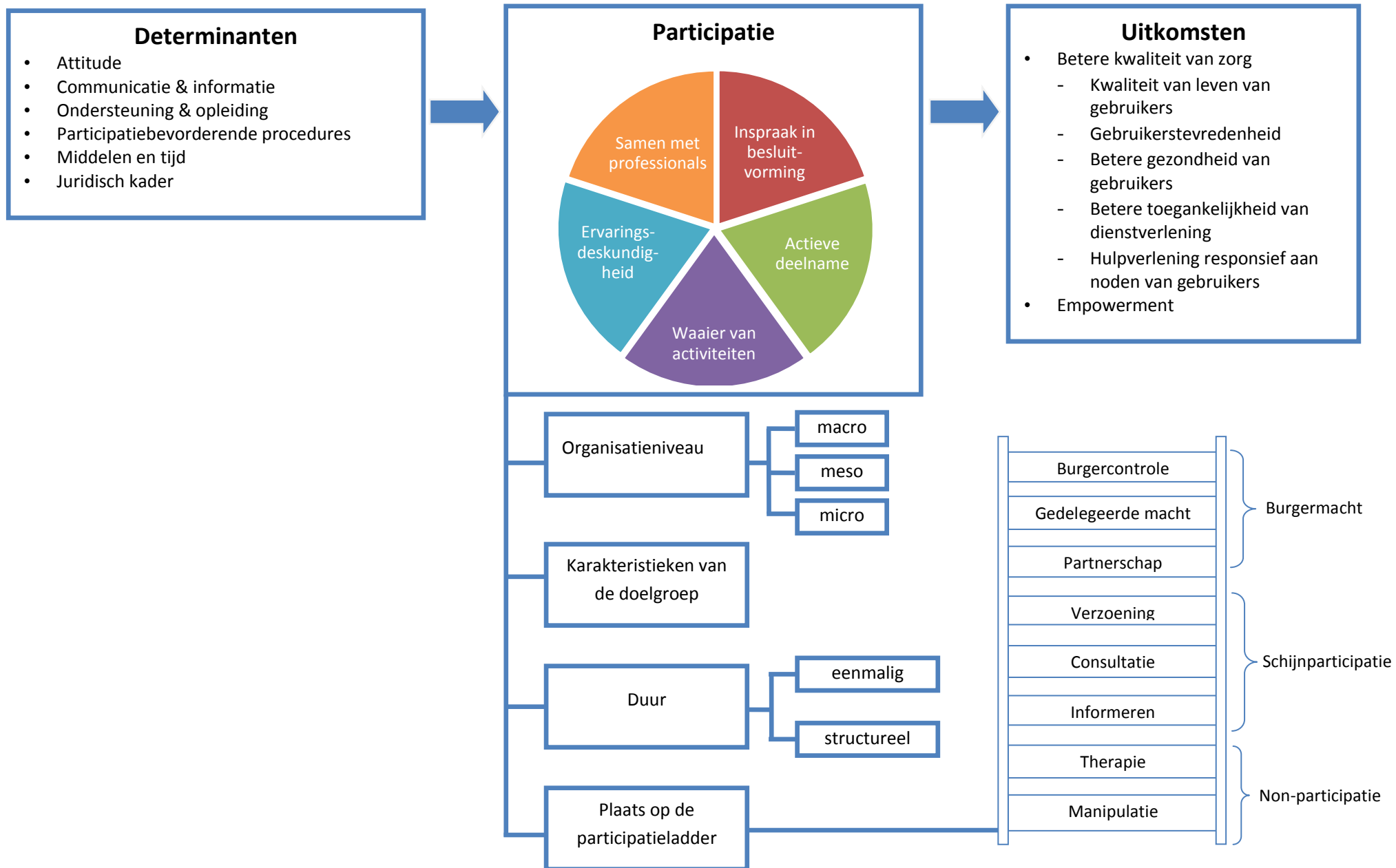
Wiersma, D., Wunderink, L. & van Os, J. (2010). Routine Outcome Monitoring for patients with severe mental illness: a consensus document. *Tijdschrift Psychiatrie*, 52(3), pp. 169-179.

- Van Audenhove, C., Van Humbeeck, G. & Van Meerbeeck, A. (2005). *De vermaatschappelijking van de zorg voor psychisch kwetsbare mensen: onderzoek, praktijk en beleid*. pp. 67-73. Leuven: Uitgeverij LannooCampus.

Bronnen die niet vrij toegankelijk zijn:

- Tiemens, B., Reijs, M., Van Sonsbeek, M. & Hutschemaekers, G. (2010). Het doel heiligt de middelen. Een hulpmiddel bij het opstellen van evalueerbare behandeldoelen. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*. 10(65), pp. 785-797.

Bijlagen



Bijlage 2: Ervaringsdeskundigheid

Wat betekent ervaringsdeskundigheid?

Ervaringsdeskundigheid is een verruiming van de kennis die voortvloeit uit de eigen, individuele ervaring van psychische kwetsbaarheid en het leven met de gevolgen daarvan.

Wat zijn specifieke aandachtspunten voor de ervaringsdeskundige?

- Inzicht in de grenzen die samenhangen met de eigen problematiek.
- Het kunnen verwoorden en delen van psychiatrische ervaringen en het adequaat inzetten daarvan. Het is niet de bedoeling die ervaringen en oplossingen als norm te hanteren.

Wat is een succesfactor voor de implementatie?

- Een bekwame werkbegeleider ondersteunt het leerproces van de ervaringsdeskundige, geeft duidelijke grenzen en richtlijnen voor handelen mee.
- Openheid en dialoog binnen het team.
- Een duidelijke omschrijving van taken, verantwoordelijkheden en visie.

Hoe implementeren in de hulpverlening?

	Inbedding <u>in het reguliere GGZ-systeem</u>	Inbedding <u>buiten het reguliere GGZ-systeem</u>
Ervaringsdeskundige met <u>een traditionele hulpverleningsrol</u>	Een hulpverlener met een ervaringsdeskundige achtergrond, waarbij die achtergrond al dan niet expliciet wordt ingezet in de hulpverlening.	Zelfhulpprogramma's.
Ervaringsdeskundige <u>zonder traditionele hulpverleningsrol</u>	Het aangaan en onderhouden van een goede werkrelatie met de cliënt. Vb. 'medewerker herstel'	Cliënten als onafhankelijke hulpverleners. Vb. cliëntgestuurde casemanagement projecten

Waarom beroep doen op ervaringsdeskundigheid?

Wat zijn de winsten?

- Het belangrijkste argument is de bron van hoop voor andere cliënten.
- Een ervaringsdeskundige weet uit eigen ervaring wat nodig is om zorg zo aangenaam en effectief mogelijk te laten zijn, alsook hoe belangrijk de kwaliteit van zorg daarbij is.
- Het aanleren van effectieve coping strategieën.
- Het sensibiliseren van zorginstellingen voor de behoeften van de cliënten.
- De ervaringsdeskundige kan een brugfunctie zijn tussen cliënt en hulpverlening.
- Een positieve invloed op de ervaringsdeskundige zelf, omwille van enerzijds de werkervaring en anderzijds het leren van vaardigheden, het winnen van zelfvertrouwen en empowerment.

Wat is de weerstand? Wat zijn mogelijke nadelen?

- Een gebrek aan helderheid rond taken en verantwoordelijkheden van de ervaringsdeskundige.
- Rolconflicten en rolverwarring over de dubbele pet bij de ervaringsdeskundige.
- Weerstanden en vooroordelen betreffende (on)bekwaamheid van de ervaringsdeskundige.
- Op organisatieniveau is er te weinig prioriteit voor de financiering, training en begeleiding van de ervaringsdeskundige.

Interessante literatuur.

Open Access referenties:

- Solomon, P. (2004). Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27, pp. 392-401.
- Test, M.A. (1998). Modèles de traitement dans la communauté pour adultes ayant des maladies mentales graves et persistantes. *Santé mentale au Québec*, 23(2), pp.119-147.

Bronnen die niet vrij toegankelijk zijn:

- Plooy, A. (2007). Ervaringsdeskundigen in de hulpverlening: Bruggenbouwers of bondgenoten? *Tijdschrift voor Rehabilitatie*, 16 (2), pp. 14-21.
- Timmer, H. & Plooy, A. (2009). *Weten over leven. Ervaringskennis van mensen met langdurende psychische aandoeningen*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Bijlage 3: Behandeldoelen

Wat zijn goede behandeldoelen?

- Moeilijk, maar haalbaar.
- Specifiek geformuleerd.
- Leerdoelen, met een lichte prestatiedruk.
- Gericht op het hier en nu, alsook op de nabije toekomst.
- Positief geformuleerd.
- Persoonlijk relevant voor de cliënt.
- Geformuleerd in termen van gedrag en proces (vb. zich zorgen maken in plaats van bezorgdheid).

Wat zijn mogelijke valkuilen?

- Het niet respecteren van het tempo van de cliënt.
- Te grote of te globale stappen in de begeleidingsplannen wat de evaluatie bemoeilijkt.
- Het uitsluitend formuleren van doelen vanuit het hulpverlenerperspectief.
- Het formuleren van doelen die niet aansluiten bij de leerstijl van de cliënten.
- Enkel aandacht voor niet-bereikte doelen of mislukkingen.

Een uitdaging: het duidelijk krijgen van het doel voor de cliënt.

Een mogelijke manier is de oplossingsgerichte benadering (het verkennen van de oplossing in plaats van het probleem), met de wondervraag als hulpmiddel.

Het formuleren van doelen: de SMART-methodiek als hulpmiddel.

Opgelet: De oorspronkelijke volgorde van de vragen in de SMART-methodiek is wat gewijzigd omwille van een betere logica in het gesprek met de cliënt.

- **M:** Hoe zou de cliënt merken dat het doel bereikt is?
- **S:** Om welke specifieke gedragingen/personen/activiteiten gaat het bij dit doel?
- **R:** Wat draagt dit doel bij aan het bereiken van het hoofddoel?
- **T:** Hoeveel tijd/gesprekken heeft de cliënt nodig om dit doel te bereiken en wanneer begint en eindigt het werken aan het doel?
- **A:** Hoe vaak/hoeveel/wanneer/hoe is de cliënt in staat om aan dit doel te werken binnen de gestelde periode?

Het belang van goed geformuleerde behandeldoelen.

- Het voorkomen dat cliënten langer in zorg blijven dan nodig is.
- Het op gang brengen van het onderhandelingsproces, als belangrijke basis voor de indicatiestelling.
- De verwachtingen van hulpverlener en cliënt zijn op elkaar afgestemd.
- Het beter op koers houden van de behandeling en het verhogen van de vasthoudendheid.

- Een hulpmiddel om zowel evidence-based als vraaggericht te werken, namelijk evidence-based interventies toespitsen op een behandeldoel dat samen met de cliënt is vastgesteld.

Een voorbeeld: Doelenwaaier De Gelderse Roos.

Dit is gebaseerd op de Bern Inventory of Treatment Goals (BIT-T), namelijk een empirisch vastgestelde lijst van doelen die bestaat uit drie abstractie niveaus (hoofdgroepen, categorieën en doelen). De 5 hoofdgroepen zijn:

- Omgaan met specifieke problemen en symptomen.
- Interpersoonlijke doelen.
- Welzijn en functioneren.
- Levensoriëntatie.
- Persoonlijke groei.