

BIJLAGEN



Mariëlla van Deuzen, Florisca
van Willegen, Hanneke Visser

Bijlagen van het afstudeerproduct voor de opleiding
Maatschappelijk Werk en Dienstverlening.

Een vergelijkingsonderzoek tussen de Nederlandse en
Finse verslavingspsychiatrie en maatschappelijk werk

Bouman GGZ Rotterdam
Yvonne Slee
Christelijke Hogeschool
Ede
Albert van Dieren
1-7-2010

Bijlagen

Blz.

Bijlage 1	Interview Nederland Bouman 1	2
Bijlage 2	Interview Nederland Bouman 2	5
Bijlage 3	Interview Nederland Bouman 3	7
Bijlage 4	Interview Nederland Jellinek 1	9
Bijlage 5	Interview Nederland Jellinek 2	11
Bijlage 6	Interview Nederland Novadic Kentron 1	13
Bijlage 7	Interview Nederland Novadic Kentron 2	15
Bijlage 8	Interview Finland KYS 1	16
Bijlage 9	Interview Finland KYS 2	18
Bijlage 10	Interview Finland Kuopio stichting voor dienstverlening aan middelenmisbruikers	23
Bijlage 11	Interview met het Helsinki Diaconessen Instituut	29
Bijlage 12	Interview Cliëntenraad Bouman	34
Bijlage 13	Interview verpleegkundigen Bouman	38
Bijlage 14	Interview P&O adviseur Bouman	41
Bijlage 15	Interview ontwerper minor GGZ aan de CHE	43
Bijlage 16	Job description of the social worker	44
Bijlage 17	Bijlage Presentation of physician van het KYS	45
Bijlage 18	Competenties Finse opleiding 'social counselor', applied science	47
Bijlage 19	Bijlage presentatie van het Helsinki Diaconessen Instituut	51
Bijlage 20	GGZ-agoog profiel	56
Bijlage 21	Bouman GGZ: GZ Agogisch Werker (MBO) II	62
Bijlage 22	Bouman GGZ: GZ Agogisch Werker (HBO) IV	69
Bijlage 23	Taakgebied, kerntaken en taken van de maatschappelijk werker volgens de NVMW	79

Bijlage 1

Interview Nederland Bouman 1

Algemene gegevens geïnterviewde

Instelling: Bouman GGZ

Functie: maatschappelijk werker

Afdeling: langdurige zorg

Herkent u het probleem dat bovenstaand word uitgelegd, bij 'uitleg onderzoek'?

Ik herken het probleem wel degelijk, het maatschappelijk werk moet zich meer profileren. Bij vraag 7 zal ik hier verder op ingaan.

Wat zijn uw (specifieke) taken binnen uw functie?

Ik zit in een team met 5 maatschappelijk werkers en 2 agogisch werkers. Wij vragen alle CIZ indicaties aan. Vanuit rapportages en intakes maken wij deze indicaties, wij hebben daarin een voorwaardenscheppende en kritische rol. Enerzijds gericht op het behandelplan, anderzijds kwaliteitsbevorderend. Om de CIZ-indicaties te kunnen doen is veel kennis en kunde nodig, de mensen in ons team hebben die dan ook. Ik heb contact met de andere organisaties die meewerken met de CIZ-indicaties, zoals het RIAGG, CVD etc.

Wij hebben dus geen cliëntcontacten, behalve de mensen in ons team die schuldhulpverlening doen, zij hebben wel cliëntcontacten. Een van de kerntaken van ons team is belangenbehartiging, onderzoek en rapportage. Vooral dit laatste, het signaleren van problemen, is een belangrijke taak van het maatschappelijk werk die nogal eens vergeten word. Vooral senioren binnen het maatschappelijk werk bij Bouman werken aan deze kerntaak. Dat wat wij signaleren geven wij daar aan de beleidsmakers en zij kunnen daarop anticiperen. Dat is ook het voordeel van het nieuwe systeem waarin alles word geregistreerd. Alles is helder en transparant, er wordt efficiënter gehandeld (want de oorzaak van de controle van nu, ligt in het verleden waarin alles maar kon). Door die transparantie kunnen wij beter signaleren wat er gebeurt.

Verder is een taak van mij om mensen in opleiding te begeleiden, binnenkort krijg ik weer een stagiaire. Qua tijd is het allemaal heel krap, dat zie ik ook bij collega's. Er is een enorme tijdsdruk, alle taken die binnen korte tijd moeten worden uitgevoerd.

Kunt u iets zeggen over de taken die andere maatschappelijk werkers uitvoeren binnen uw instelling?

Verschillen deze bijvoorbeeld met de taken die u uitvoert?

Bouman GGZ is een grote instelling, ik weet niet precies hoe de andere maatschappelijk werkers werken maar ik kan er wel wat over vertellen. Binnen de kliniek zijn bijvoorbeeld maatschappelijk werkers werkzaam. Zij hebben een andere rol dan de agogisch werker, die werkt op de groep, de maatschappelijk werker voert de formele zaken uit en heeft bijv. het contact met het thuisfront. De doelgroep heeft vaak weinig contact meer met het thuisfront, zeker als de cliënt wat ouder is. Overigens werkt de maatschappelijk werker altijd in een multidisciplinair team die altijd onder leiding staat van een psychiater of psycholoog.

In mijn opleiding hadden we differentiatie netwerken en casemanagement. In het casemanagement ben je een soort van de buddy van de patiënt, het netwerken is meer een zorgmakelaar rol. Dit laatste wordt steeds vaker de rol van de maatschappelijk werker.

Welke bijdrage levert u aan het behandelplan van de cliënt?

Bij het opstellen van een CIZ indicatie heb ik een sturende rol.

De maatschappelijk werkers die wel cliëntcontacten hebben stellen in een multidisciplinair team, onder leiding van de psychiater, het behandelplan op.

Bent u tevreden over uw positie als het gaat om uw bijdrage aan het behandelplan van de cliënt?

Ja, de CIZ-indicatie is waar ik mij mee bezig houd en daar heb ik veel in te zeggen door mijn kunde op dit gebied.

Heeft u behoefte aan een duidelijke profilering van uw beroep? Waarom wel/niet?

Ik vind dat het maatschappelijk werk zichzelf veel meer moet profileren, ze moeten meer voor zichzelf opkomen. Ik zou graag zien dat iedere maatschappelijk werker lid is van het NVMW. We moeten laten zien waar we goed in zijn en dat onze meerwaarde ligt in de formele taken. Ik zie dat eragogisch werkers op maatschappelijk werk functies worden aangenomen, dit terwijl zij niet de kunde hebben van het maatschappelijk werk. Hier lopen zij dan ook tegenaan.

De verpleegkundige en de sociaal psychiatrisch verpleegkundige nemen steeds meer de plek van het maatschappelijk werk in terwijl zij niet de kunde hebben op het gebied van gespreksvoering.

Het verschilt ook per organisatie, bij het CVD is het andersom, daar heeft het maatschappelijk werk een veel belangrijkere rol dan de verpleegkundige. Dit heeft te maken met de historie van de twee organisaties, Bouman GGZ ging vroeger uit van het medisch model, nu vanuit het biologisch model. Het CVD was veel meer een maatschappelijk werk organisatie en moet nu meer richting de medische kant.

Verder vind ik dat er veel te weinig maatschappelijk werkers werkzaam zijn binnen Bouman GGZ. Steeds meer taken worden overgenomen door woonbegeleiders, reden hiervoor is bezuiniging. Dit zorgt ervoor dat mensen te weinig kennis hebben en de kwaliteit van hulpverlening achteruit gaat. Cliënten worden niet goed geholpen.

Welke competenties en kennis heeft, uw inziens, een maatschappelijk werker nodig om te werken met de verslaafde psychiatrische cliënt?

De maatschappelijk werker heeft kennis van de psychiatrie en verslaving nodig en mijns inziens ook de diagnostiek van de DSM4. Verder is er ook juridische kennis nodig, hiervoor is natuurlijk ook de juridisch medewerker maar deze kennis is wel nodig.

Heeft u deze geleerd in de opleiding? Zo niet: hoe heeft u deze aangeleerd?

Dit kan ik niet goed beoordelen, ik heb 15 jaar geleden de deeltijd opleiding gedaan. Daarvoor heb ik twee andere opleidingen gedaan waarin ik ook vakken over psychiatrie heb gevolgd. In de opleiding voor maatschappelijk werker heb ik hier toen vrijstelling voor gekregen. Ik kan mij herinneren dat ik het boek van Reedijk heb gehad.

De juridische kennis wordt wel aangeboden binnen de opleiding maar dit moet uitgebreider voor deze doelgroep.

Wel is het zo dat als men bij Bouman GGZ aan het werk gaat men ieder geval cursus over psychiatrie en over verslaving volgt en tevens een agressieregulerings training. De laatste jaren investeert Bouman GGZ heel veel in de deskundigheid van de werknemers, zo is ook het opleidingscentrum van de grond gekomen.

Volgens welke methodieken werkt u in het dagelijks werk met de cliënt?

Er wordt gewerkt met motiverende gespreksvoering, taak gerichte hulpverlening en de laatste tijd komt het CRA (The Community Reinforcement Approach) steeds meer op binnen Bouman GGZ. Verder een psychosomatische aanpak en gedragstherapie zijn methodes die gebruikt worden binnen de organisatie.

Bijlage 2

Interview Nederland Bouman 2

Algemene gegevens geïnterviewde

Instelling: BoumanGGZ

Functie: Agoog / maatschappelijk werk

Afdeling: Klinische Vervolg Rehabilitatie

Herkent u het probleem dat bovenstaand word uitgelegd, bij 'uitleg onderzoek'?

Ja, het gebeurt vaak dat een SPH medewerker ook maatschappelijk werk taken verricht.

Wat zijn u (specifieke) taken binnen uw functie?

Mijn werk ligt voornamelijk op het gebied van materiële hulpverlening, ik ondersteun patiënten als er problemen/ vragen zijn met betrekking tot huisvesting, financiën, werk en justitie. Ik verwijs patiënten ook naar instanties die, gespecialiseerd zijn in bijvoorbeeld schuldhulpverlening of het juridische loket.

Ik begeleid sommige patiënten naar instanties.

Kunt u iets zeggen over de taken die andere maatschappelijk werkers uitvoeren binnen uw instelling?

Verschillen deze bijvoorbeeld met de taken die u uitvoert?

Er zijn maatschappelijk werkers die als behandelaren werken, zij hebben een caseload en volgen patiënt thuis en tijdens een behandeling.

Er zijn maatschappelijk werkers die ambulante gesprekken met patiënten voeren en geen materiële hulpverlening verrichten.

Welke bijdrage levert u aan het behandelplan van de patiënt?

Ik lever informatie over de sociale omstandigheden van patiënt.

Bent u tevreden over uw positie als het gaat om uw bijdrage aan het behandelplan van de patiënt?

Ja, mijn inbreng wordt gewaardeerd.

Heeft u behoefte aan een duidelijke profilering van uw beroep? Waarom wel/niet?

Ja, voor patiënten en werkgevers moet het duidelijk zijn wat een maatschappelijk werker kan betekenen, welke taken de maatschappelijke werker heeft.

Welke competenties en kennis heeft, uw inziens, een maatschappelijk werker nodig om te werken met de verslaafde psychiatrische patiënt?

Goede gesprekstechnieken, kennis van verslavingspsychiatrie, kennis van de sociale wetgeving en kennis van middelen.

Heeft u deze geleerd in de opleiding? Zoniet: hoe heeft u deze aangeleerd?

Verslavingspsychiatrie en middelengebruik via werkgever. Gesprekstechnieken en sociale wetgeving via opleiding.

Volgens welke methodieken werkt u in het dagelijks werk met de patiënt?

De praktisch materiële methode

Bijlage 3

Interview Nederland Bouman 3

Algemene gegevens geïnterviewde

Instelling: BoumanGGZ

Functie: Ambtelijk secretaris

Afdeling: Cliëntenraad

Herkent u het probleem dat bovenstaand word uitgelegd, bij 'uitleg onderzoek'?

Het probleem is herkenbaar. Door een vereenvoudiging van de functies binnen een instelling werk iedereen als "agoog" met wel een verschil in agoog a of b *ofwel* MBO of HBO. De inhoud van de functie is afhankelijk van de werkplek.

Wat zijn uw (specifieke) taken binnen uw functie?

Mijn taak is de Cliëntenraad te voorzien van informatie en allerlei hand en span diensten om de Raad draaiend te houden met als doel de cliënten van de instelling zo goed mogelijk te vertegenwoordigen. Ik werk nu 7 jaar in deze functie, daarvoor heb ik op andere werkplekken gewerkt binnen Bouman. We geven o.a. cursussen aan de werknemers. Als een patiënt binnenkomt bij Bouman GGZ is hij/zij opeens de patiënt, terwijl daarvoor was hij/zij ook moeder/vader, buurman/vrouw, vriend(in). Vooral als werknemers een tijd werken met de doelgroep zien ze vaak niet meer de patiënt met al die rollen in zich, ofwel gewoon als een mens, maar zien ze alleen de (onmondige) patiënt die in de problemen zit.

Kunt u iets zeggen over de taken die andere maatschappelijk werkers uitvoeren binnen uw instelling?

Verschillen deze bijvoorbeeld met de taken die u uitvoert?

We hebben een centraal bureau die vooral de aanvragen uitkering/verzekering/schuldsanering etc. regelen. Er zijn MW'ers die als woonbegeleider werken maar ook die behandeling geven of modules richting leefstijl.

Welke bijdrage levert u aan het behandelplan van de patiënt?

Niets behalve dat we er zijn. Dat betekent dat als patiënten een klacht of een vraag hebben over hun behandelplan ze bij mij komen, daarover kan ik in gesprek gaan met de behandelaar. Als zaken niet kloppen dan kaart ik dat aan, zonodig bij de managers of de directie. Dit geldt niet alleen voor de klachten op het gebied van het behandelplan maar voor alle zaken die cliënten aan willen kaarten. Het is mijn taak om een stem te geven aan de cliënten.

Bent u tevreden over uw positie als het gaat om uw bijdrage aan het behandelplan van de patiënt?

Ja, als patiënten bij mij komen met vragen of klachten kan ik hier adequaat op in spelen door uit te zoeken hoe de situatie in elkaar zit. Om bepaalde problemen op te lossen is soms wel een lange adem nodig en soms lukt het natuurlijk ook niet, maar over het algemeen ben ik tevreden over de manier waarop ik mijn werk kan uitvoeren.

Heeft u behoefte aan een duidelijke profilering van uw beroep? Waarom wel/niet?

Ja, dikwijls wordt het beroep MW onderschat. Bepaalde taken worden niet gedaan omdat dit niet zou passen in het takenpakket van het maatschappelijk werk. Teamleiders weigeren dan om bepaalde taken te doen omdat ze bang zijn om daarmee in de problemen te komen. Bijvoorbeeld als er sprake is van een scheiding en de cliënt vraagt of de MW'er een brief wil sturen naar de rechter. Dit wordt dan geweigerd omdat dit de taak zou zijn van de advocaat. Terwijl de cliënt er mee geholpen is als de MW'er het voor hem doet. Er is eigenlijk sprake van overbescherming.

Wat ik ook signaleer is dat verpleegkundigen de sociale contacten van de cliënt mogen onderhouden terwijl MW'ers geen taken van de verpleegkundigen mogen overnemen. Maatschappelijk werkers moeten hun professie meer laten zien en opkomen voor hun taakgebied.

Welke competenties en kennis heeft, uw inziens, een maatschappelijk werker nodig om te werken met de verslaafde psychiatrische patiënt?

Met een goede beroepshouding kom je ver, dit houdt in een goede bejegening en de cliënt zien als mens en niet als ziektebeeld. Specifiek aan de verslavingszorg vind ik: deze cliënten hebben jarenlang moeten manipuleren om te overleven. De verslaving kan je behandelen maar de overlevingsstrategie zijn ze niet zomaar kwijt.

Heeft u deze geleerd in de opleiding? Zoniet: hoe heeft u deze aangeleerd?

Nee. In de tijd dat ik de opleiding deed had je nog geen specialisatie verslavingszorg. Door goed te luisteren leer je een hoop van de cliënten. In de opleiding is aandacht voor de beroepshouding, maar of dit genoeg is durf ik te betwijfelen.

Volgens welke methodieken werkt u in het dagelijks werk met de patiënt?

Met 11 raadsleden die een verslaving/ psychiatrisch ziektebeeld hebben of hebben gehad moet je veel improviseren en je niet vastpinnen aan 1 methodiek.

Bijlage 4

Interview Nederland Jellinek 1

Algemene gegevens geïnterviewde

Instelling: Arkin/Jellinek

Functie: sociaal dienstverlener (MBO diploma)

Afdeling: cliënten service desk (CSD)

Herkent u het probleem dat bovenstaand word uitgelegd, bij 'uitleg onderzoek'?

Het is inderdaad zo dat het soms moeilijk is om onderscheid te maken tussen een SPH'er en MWD'er. Ik zou zelf concluderen dat SPH'ers meer kunnen betekenen voor hun cliënten op het gebied van psychische ondersteuning, opvoeding, persoonlijk en emotionele ontwikkeling van cliënten. Het moreel besef speelt hierin een grote rol.

MWD'ers kunnen meer betekenen voor hun cliënten op het gebied van materiële ondersteuning en helpen bij het re-integreren van cliënten in de maatschappij. Kennis van de maatschappij en cultuur speelt hierin een groot rol.

Wat zijn uw (specifieke) taken binnen uw functie?

Specifieke taken van mijn functie zijn: het vertalen van de problemen van cliënten aan de instanties en de terug koppeling aan cliënten. En cliënten helpen om zelfstandig te worden, om hun eigen zaken zelf te regelen.

Ik heb zelf een MBO diploma. Er staat bij ons wel een maatschappelijk werker aan het hoofd, als coördinator. Maar mijn werk verschilt niet zoveel van het werk van maatschappelijk dienstverlener. Eigenlijk hoort er een groter verschil te zijn: in het theoretische profiel van de MBO'er mogen er bijvoorbeeld veel handelingen niet gedaan worden, maar in de praktijk doen we dat wel Zoals: huis bezoeken, gezinsgesprekken, budgetteren van cliënten enz.

Kunt u iets zeggen over de taken die andere maatschappelijk werkers uitvoeren binnen uw instelling?

Verschillen deze bijvoorbeeld met de taken die u uitvoert?

Het begrip maatschappelijk werk is breed zoals het eerder werd beschrijven, collega's binnen de GGZ werken op verschillende afdelingen, elke afdeling heeft eigen cliënten met meestal andere hulpvragen. Collega's moeten rekening houden met de hulp vragen van hen cliënten. Ikzelf heb meestal te maken met de hulpvragen: onverzekerde cliënten, cliënten die de Nederlandse taal niet goed spreken en cliënten die zelf illegaal zijn en geen echt bestaan hebben in Nederland.

Welke bijdrage levert u aan het behandelplan van de patiënt?

Ik help Cliënten die uit hun eigen netwerk geen steun krijgen om uit hun isolement te komen en geen steun hebben om hun materiële leven op orde te zetten. Zonder deze hulp zouden zij geen succes boeken betreft hun behandeling door GGZ. De bijdrage van de sociaal dienst verlener is groot.

Bent u tevreden over uw positie als het gaat om uw bijdrage aan het behandelplan van de patiënt?

Ik ben niet erg tevreden, omdat ik niet altijd de nodige medewerking van de instanties krijg, ons Nederlands systeem is te bureaucratisch. Dat is een van de grootste problemen waar ik tegen aanloop.

Heeft u behoefte aan een duidelijke profilering van uw beroep? Waarom wel/niet?

Ja: Ik zou graag zien dat er 2 soort maatschappelijk werkprofilering ontwikkeld worden, een die zich bezig houdt met de materiële hulpverlening en de tweede met de meer begeleidende maatschappelijke hulpverlening.

Welke competenties en kennis heeft, uw inziens, een maatschappelijk werker nodig om te werken met de verslaafde psychiatrische patiënt?

Een goed inlevingsvermogen, cliënten serieus nemen (laten zien dat je er voor de cliënt bent), basiskennis van de achtergrond van een cliënt (cultuur, geloof, tradities enz.) laagdrempelig hulpverleners, verslaafden zijn een kwetsbare doelgroep en komen hun afspraken niet altijd na en hebben behoefte aan herhalingen van opdrachten, soms moet men een verhaal meerdere keren herhalen om cliënt de gelegenheid te geven om het te begrijpen.

Heeft u deze geleerd in de opleiding? Zoniet: hoe heeft u deze aangeleerd?

Nee: ik heb deze aangeleerd door veel cliëntcontact, houden van mijn werk en kennis van verschillende culturen. Ik vind het nog steeds leuk, belangrijk en spannend om voor deze doelgroep te mogen werken. Ik had er wel behoefte aan gehad dat er aan deze doelgroep hier op de opleiding meer aandacht en kennis aan werd besteedt en dat je er niet tot de praktijk hoeft te wachten voordat je de kennis opdoet.

Volgens welke methodieken werkt u in het dagelijks werk met de patiënt?

Niet echt een methode, gewoon doen zoals het om jou zelf gaat.

Bijlage 5

Interview Nederland Jellinek 2

1. Algemene gegevens geïnterviewde

Instelling: Arkin (voorheen Jellinek)

Functie: Maatschappelijk Werker

Afdeling: Cliënten Service Desk

2. Herkent u het probleem dat bovenstaand word uitgelegd, bij 'uitleg onderzoek'?

Wij houden ons bij de Cliënten Service Desk specifiek bezig met individuele materiële hulpverlening. Daarin herken ik dus geenszins het probleem omdat dat volgens mij een heel andere functie is dan een SPH'er zou uitvoeren.

Naast deze baan werk ik ook als groepsbegeleider in een logeerhuis voor kinderen met autisme en ADHD. Daarin is er zake sprake van een samensmelting van beroepen en functie-eisen.

3. Wat zijn uw (specifieke) taken binnen uw functie?

CSD: Materiële hulpverlening/toeleiding zorg aan cliënten van Arkin. Uitzoeken van financiën, regelen van inkomen en dergelijke.

Logeerhuis: begeleiden van kinderen tijdens een maandelijks terugkerend logeerweekend.

4. Kunt u iets zeggen over de taken die andere maatschappelijk werkers uitvoeren binnen uw instelling?

Verschillen deze bijvoorbeeld met de taken die u uitvoert?

Er werken nog weinig maatschappelijk werkers binnen de Jellinek maar de personen die er werken voeren over het algemeen inderdaad dezelfde werkzaamheden uit. Daarnaast werken zij ook binnen de forensische tak van onze instelling, de justitiële verslavingszorg.

5. Welke bijdrage levert u aan het behandelplan van de patiënt?

Ik lever in principe geen bijdrage aan het behandelplan. Wel voegen wij waarde toe aan de behandeling omdat de materiële problemen die wij aanpakken een grote stressfactor zijn voor onze cliënten. Als dit niet wordt aangepakt is de kans groot dat een behandeling op de lange termijn niet werkt.

6. Bent u tevreden over uw positie als het gaat om uw bijdrage aan het behandelplan van de patiënt?

Ja.

7. Heeft u behoefte aan een duidelijke profilering van uw beroep? Waarom wel/niet?

Nee. In die zin dat ik denk dat het gaat om een duidelijke profilering van de functie die je uitvoert. Het gaat niet zozeer om het beroep maatschappelijk werker, of als afgestuurde MWD'er maar om de vaardigheden waarover ik beschik om een functie uit te voeren. Als er een bepaalde profilering zou zijn waarin staat dat ik als maatschappelijk werker enkel individuele hulpverlening biedt, in tegenstelling tot een SPH'er, zou mij dat sterk belemmeren in solliciteren naar/uitvoeren van bepaalde functies, zoals in dit geval mijn werk bij het logeerhuis.

8. Welke competenties en kennis heeft, uw inziens, een maatschappelijk werker nodig om te werken met de verslaafde psychiatrische patiënt?

(In mijn geval: kennis van de sociale kaart), goede gesprekstechnieken, kunnen omgaan met agressie, kennis van het ziektebeeld en vooral respect. Dat laatste geldt vanzelfsprekend voor alle functies waarin je met mensen werkt maar ik denk dat het in de GGZ nog belangrijker is. Mensen hebben last van schaamte, zijn vaak teleurgesteld in hulpverlening en worstelen met een verslavingsprobleem/psychiatrische problemen. Het is belangrijk dat wanneer mensen wanhopig en/of boos zijn, niet komen opdagen op afspraken of terugvallen in gebruik je begrijpt dat dat te maken heeft met de problematiek van de GGZ-cliënten.

9. Heeft u deze geleerd in de opleiding? Zoniet: hoe heeft u deze aangeleerd?

Gesprekstechnieken, omgaan met agressie en het tonen van respect heb ik geleerd tijdens mijn opleiding. Dit heb ik nog verder ontwikkeld tijdens mijn werk bij de Jellinek. Kennis van de sociale kaart en het ziektebeeld van cliënten heb ik (zeker met betrekking tot verslaving, daarover heb ik eigenlijk niets geleerd tijdens mijn opleiding) opgedaan tijdens mijn stage en werk bij de Jellinek. Er worden vanuit de instelling cursussen aangeboden, zoals kennis over middelen.

10. Volgens welke methodieken werkt u in het dagelijks werk met de patiënt?

Taakgerichte hulpverlening en social casework.

Bijlage 6

Interview Nederland Novadic Kentron 1

De geïnterviewde is zo'n 4 of 5 jaar geleden afgestudeerd van de opleiding MWD. Hij is junior begeleider PRV, dit betekent psychorationale vaktherapie. Hij is op weg om een senior begeleider te worden, hij werkt bijna 4 jaar in zijn functie. Hij werkt op een ambulante manier met verslaafde cliënten, waarvan een aantal ook een psychiatrische achtergrond hebben.

De geïnterviewde herkent dat de disciplines die binnen de afdeling werken soms wat door elkaar lopen. Het is niet altijd alleen een afgestudeerde maatschappelijk werker die in zijn functie werkt. Het ligt aan de indicatiestelling van de cliënt, naar welke maatschappelijk werker deze gaat, het ligt bijvoorbeeld aan de zwaarte van de problematiek. De 'zware' cliënten gaan naar senior begeleiders en cliënten met een meer medische achtergrond gaan eerder naar begeleiders met een verpleegkundige achtergrond. De disciplines lopen dus wel door elkaar, maar er zit ook wel duidelijkheid in. Het is lastig om alles strak te schiften.

De MW'ers binnen zijn afdeling werken ambulant, en hoofdzakelijk psychosociaal. Er zijn wel MW'ers die zich met meer praktische zaken bezighouden, maar zij werken op een andere afdeling. Binnen de groepssetting werken hoofdzakelijk SPH'ers.

Het takenpakket van geïnterviewde bestaat uit individuele hulpverlening, en af en toe in een groep. Hij houdt zich bezig met terugvalpreventie, intakes, bureaudienst, en indicaties. En in de ambulante begeleiding houdt hij zich veel bezig met geprotocolleerde hulpverlening. Dit is hulpverlening waarbij er een aantal punten worden gevolgd in het proces met de cliënt, de cyclus van het afkicken en het leven op de rails krijgen wordt hierin eigenlijk gevolgd (leefstijlstraining).

Hoe de cliënten binnenkomen, wisselt. De een is nog verslaafd, de ander is net clean.

Het belangrijkste wat de geïnterviewde vindt in de opleiding MWD, is supervisie. Hij heeft dat met name tijdens zijn stage erg waardevol gevonden. Het is belangrijk om goed te weten wat de cliënten bij je doen. Veel reflectie op jezelf, en zelfinzicht houden je op de been in dit beroep.

Geïnterviewde kan niet echt iets noemen wat hij in de opleiding heeft gemist. Er is veel wat je gewoon in de praktijk moet leren en tegenkomen. Hij noemt dat de inzichtgevende gespreksvoering niet heilig is, dat dit ook vaak niet het effect heeft wat je zou willen. Het is belangrijk dat je als MW'er leert om te gaan met teleurstelling en je verwachtingen bijstelt. Soms is het vechten tegen de bierkaai. Als je leert om niet te vroeg te juichen, kun je in je werk ook voldoening halen uit kleine vooruitgangen.

Er is bij een verslaving vaak sprake van 'iets' psychisch. De vraag is wat de functie van het gebruik is. Het middel zelf is vaak secundair, terwijl het effect van het middel primair is. De vraag is dan hoe je de functie van het gebruik dan opnieuw kunt vervullen. Wat je vaak ziet bij een combinatie van verslaving en psychiatrie, is dat de twee elkaar beïnvloeden, vaak in een neerwaartse spiraal, wat het balletje steeds zwaarder maakt.

Als MW'er is het belangrijk dat je door hebt dat de cliënt die psychiatrisch iets heeft en een verslaving, vanuit zijn psychiatrische iets vaak niet of minder weerbaar is voor de verslaving.

Mensen met alleen een verslaving lijken meer keuzes te hebben.

De geïnterviewde vindt het belangrijk om de omgeving in de hulpverlening te betrekken, om hen te stimuleren een standpunt in te nemen. En zo op die manier de cliënt kunnen ondersteunen. Empowerment.

Bij een cliënt met beide diagnoses is het belangrijk om zijn kwetsbaarheid goed in het oog te houden.

Methodiek: het gedrag = de insteek. De geïnterviewde werkt met motiverende gespreksvoering. Een methode die voorbereid op verandering. Het doel is om het positieve naar voren te halen bij mensen.

Succeservaringen zijn de key. Ook belangrijk is om te werken met cliënten met wat haalbaar is.

Een recente ontwikkeling is het steeds meer met de omgeving werken. De CRA (community reinforcement approach) komt steeds meer op. Deze methodiek is gebaseerd op succeservaringen.

Dit lijkt eigenlijk het tegenovergestelde van leefstijltraining, wat vrij individueel is.

Cirkel van gedragsverandering is een leidraad:

Officieel komen de cliënten vrijwillig binnen bij hem. Maar in de praktijk komt 'geen dwang, maar drang' toch vrij veel naar voren.

In principe zoek je als hulpverlener zelf contact met de cliënt, en geef je niet te snel op, maar de leidraad blijft hoe gemotiveerd de cliënt zelf is.

De geïnterviewde werkt veel samen met andere behandelaren, in de omgeving of het gezin van de cliënt.

Een goede afstemming is daarin echt nodig. Verslaafde cliënten zijn vaak ook wel 'draaikonten'.

De geïnterviewde heeft het meeste te maken met alcohol- en cocaïneverslavingen. Wat betreft de psychiatrische achtergrond, heeft hij veel te maken met ADHD'ers.

Bijlage 7

Interview Nederland Novadic Kentron 2

Deze geïnterviewde heeft dezelfde functie als haar collega-geïnterviewde.

In de verslavingszorg richt je je op een specifiek probleem.

De meeste mensen zijn MWD'er die op de afdeling werken. De ambulante werkers zijn qua takenpakket echte MWD'ers (gezien wat je op de opleiding leert), en de sociotherapeuten zijn SPH'ers. De MWD'ers zijn het meeste gericht op gespreksvoering, en rapportages.

De MWD'ers met een verpleegkundige opleiding doen hetzelfde werk, maar zijn meer gericht op medische aspecten.

De geïnterviewde werkt veel samen met andere instanties.

Ze werkt het meeste met jongeren, en hun omgeving. De jongeren hebben naast hun verslaving ook vaak ADHD, wat onder psychiatrie valt. De verslaving wordt gezien vanuit het bio-psycho-sociale model.

Verslaving wordt in die zin ook als iets psychisch gezien. Voor sommige mensen is verslaving dan ook iets chronisch. De vraag is hoe kan het een het ander in stand houden. Belangrijk is om iemands levensloop voor ogen te houden bij de behandeling/ begeleiding.

Rest van het interview komt overeen met het eerste interview van Novadic Kentron.

Bijlage 8

Interview Finland KYS 1

Geïnterviewden:

SW: social worker at the Kuopio University Hospital, drug and substance abuse clinic, part of the psychiatric special health care.

DR: doctor at this department.

Could you tell us in general what your clinic does? (zie ook bijlage 17)

Open ward, not sectioned to go there. If they are taken against there will they are on a different ward. Also if they're a threat to themselves or others. Than they are sectioned.

What are the specifications about your clients?

Mostly between 18-30, often school drop-outs. We start from point zero (no rehabilitation) they have an addiction diagnosis and psychiatric diagnosis. Someone has to be ready and motivated to get treatment. You can't treat someone with drug addiction against their will.

What are the Finnish developments around the term of 'double diagnosis'

Law in preparation to intervene pregnant women who are addicted on drugs. But arguments against state that it isn't progressive for the foetus.

Other questions:

-Addiction and psychiatry ward, addiction as a psychiatric disorder, what is the Finnish look on this?

Answer: Finland has a similar development as Holland. Traditionally main drug was alcohol. Seen as social problem, not health problem.

Traditional service: a-clinics (all over the country), more social service than health service. The development of the last ten years (with the event of the opium problem and substitution treatment): much more health service knowledge was needed. More than half (or even more) of the addicted patients also have psychiatric problems. Back then: a-clinics: psychiatry problem treated first, than addiction (or the other way around).

These patient need integrated approach: drugs services and psychiatric services.

Local a-clinic is fused with municipality service, now there is a psychiatrist working there, someone from a-clinic is now working here.

Discussion now: we must not forget the strong connection with social services. It's a health problem, social problem, biological problem (bio-psycho-social model). That's why many different professionals work here.

In mental health care there is cooperation between doctors and social workers for decades.

DR: Difference social services and social pedagogues: In Finland there is some competition about the social and health issue. What belongs to the social field and what to health?

Recent observation DR: positions are destabilised in the universities, its run by the federal alcohol monopoly (Alko), (money donated to the universities)

DR: it is possible to draw a line for the professions, because there are things you are not trained to do (like prescribing and giving medicine as a social worker).

SW: I also give medicine. It is on the border, here it is okay. Drug users don't fit the normal target group; they're different than the normal mental health target group. The task of social workers and patients is to make patients rehabilitate into society.

Is there a national organisation for Social workers?

SW: We have a professional union. You can be a member. It's called valvira.

Social workers are not really involved in that union.

DR: we (physicians!) are supervised by this.

Are you registered in any way?

SW: there are rules I have to obey. But there isn't such things as you talk about.

Who tells you the rules?

SW: in this hospital there is a group of Social workers, the team gives some frames.

Social workers are the link between the patient and the society; it makes the patient and society fit together. Makes the glass fit the frame, you don't always see it, but it is important what we do.

There are Social workers that like to work therapeutic and there are Social workers that are eager to work more with the organisational side. You have to combine this and then you have the best results.

Talentia.fi system on internet, for registered Social Work

Bijlage 9

Interview Finland KYS 2

geïnterviewden:

SW1: afdeling verslaving en psychiatrie (zelfde als in het eerste interview)

SW2: afdeling rehabilitatie dagcentrum

C: coördinator opleiding Social Work university of Kuopio

Interview is begonnen met SW1.

SW2 is later binnen gekomen.

Wat is de speciale kennis die jij hebt als Social worker?

Drugsgebruikers zijn nog niet lang een doelgroep in de Finse gezondheidszorg, daarom zijn er een aantal gaten in het systeem. Bijvoorbeeld de subcultuur die heerst onder drugsgebruikers (zoals bang zijn voor de politie), de aangeboden zorg is niet gefocust op deze subcultuur.

Het is niet makkelijk werk, Meestal zeggen instellingen: stop eerst het drugsgebruik, dan mag je komen. Dit omdat ze niet weten hoe ze hiermee om moeten gaan.

Drugsgebruikers weten vaak niet wat ze nodig hebben en daarom hebben ze de Social worker nodig. In de dialoog tussen de Social worker en de patiënt komt naar voren wat de patiënt wil.

Social Work is de link tussen de patiënt en de andere systemen, zoals instellingen en familie.

Men moet niet alleen focussen op het drugsgebruik, maar ook op andere leefgebieden zoals relaties.

Welke theorieën gebruik je in je werk?

Je hebt waarden, theorie en motivatie nodig. Wij gebruiken de probleemoplossende techniek, cognitieve behavioral method en educatief. We gebruiken niet zoveel psycho-sociale theorieën, we hebben er ervaring in, maar het is niet bruikbaar voor de patiënten in deze fase van hun leven. Er is nog te veel chaos. In de volgende fase zijn ze er klaar voor, maar dan zijn ze niet meer op onze afdeling.

Hoe beïnvloed de theorie je werk?

Je moet de theorie kennen. Ik ben een Social worker, geen verpleegkundige, geen dokter, dat moet ik in gedachten houden. Ik heb mijn specifieke kennis en die moet ik gebruiken in een multidisciplinair team.

Hoe neem jij je ruimte in binnen het team?

Ik doe ook verpleegkundige taken zoals medicijnen uitdelen en verpleegkundige rapporten schrijven.

Cliënten komen ook met Social Work vragen, zoals schulden etc.

Wat zou het team missen als jij er niet was?

Er wordt vaak gezegd dat ik van de externe zaken ben, ik ga vaak naar afspraken buiten de deur.

Bijvoorbeeld zaken regelen voor de cliënt bij de gemeente, justitiële zaken, contact met andere instellingen etc.

Hoe groot is jouw professionele vrijheid? In hoeverre mag jij je eigen methodes en werkwijzen kiezen?

Er is geen strijd in dit werkveld. Als ik een nieuwe werkwijze wil invoeren gaat dat soms heel makkelijk, soms moet ik meer uitleg geven. De andere teamleden zijn niet bang voor Social Work, ze weten dat ze mij nodig hebben. We werken op een natuurlijke manier met elkaar samen, we hebbe verschillende meningen, maar naar de cliënt toe werken we altijd samen, dat gaat heel makkelijk.

We werken ook allemaal vanuit dezelfde basis: het biopsychosociale model.

Soms zijn dokters iets moeilijker en maken zij hun eigen beslissingen, maar meestal niet en luisteren ze goed naar ons.

Als het gaat om zaken als kindermishandeling dan is het echt een sociaal work zaak. Soms hebben we in het team grote meningsverschillen hierover, de verpleegkundige denkt bijvoorbeeld dat een situatie wel meevalt en dat we niet hoeven in te grijpen. Als ik het daar dan niet mee eens ben kan ik mijn eigen beslissing maken. Dit omdat het onder mijn verantwoordelijkheid valt.

Ben jij ook meer gevoelig voor dit soort zaken dan de andere teamleden?

Het verschilt, soms is het juist omgekeerd.

Beïnvloed de politiek jouw werk? In financiering of in wetgeving.

Als de wet zegt dat iets zo moet, dan moet het zo. Dat moet ik natuurlijk gehoorzamen. Als de wet veranderd is dat vaak niet drastisch, veranderingen gaan vaak langzaam, als Social worker moet je je bewust zijn van deze veranderingen in de maatschappij.

SW2 komt binnen. Zij werkt op de rehabilitatie afdeling. Patiënten zijn daar van 8 tot 3 uur overdag. De afdeling werkt nauw samen met het algemene ziekenhuis, we zijn er om hun te helpen, de meeste patiënten komen bij hun vandaan. De patiënten moeten een psychiatrische stoornis hebben en een andere ziekte. Zij werkt hier nu sinds 3 maanden, er is erg veel te doen, ik moet kiezen welke taken ik wel en niet kan doen. Er is weinig tijd, omdat geldzaken het belangrijkste zijn voor cliënten, ze hebben een inkomen nodig, ben ik daar vooral mee bezig. Dat kost veel tijd doordat het veel papierwerk is. Hoe langer een patiënt ziek is hoe lager het inkomen word, daarom is dit vaak een probleemgebied.

Verder als patiënten ergens heen moeten, bijvoorbeeld de gemeente, moeten ze eerst naar de Social worker toe en dan kijkt de Social worker er samen met hen naar. Geldproblemen zorgen voor veel stress en depressie, dat is ook een reden waarom het belangrijk is om hier prioriteit aan te geven.

Psychiatrische ziektes worden soms moeilijk geaccepteerd door cliënten, dat kost veel tijd. Ze zeggen dan vaak dat hun gedrag komt door hun lichamelijke ziekte en ontkennen dat ze een psychiatrische stoornis hebben.

SW2 heeft 2 jaar in de UK gewerkt, dat was rond het jaar 2000. Het was niet makkelijk om daar te starten omdat het tijd kostte voordat ze mijn opleiding erkenden. Ik werkte in een GGZ instelling, samen met dokters and Social workers in één team.

Wat is het verschil tussen de UK en Finland in Social Work?

SW2: Ik had mijn eigen patiënten, als ze in de kliniek zaten en als ze naar huis gingen, ze bleven mijn patiënten. Hier in Finland word je dan overgedragen aan een ander. De afspraken waren niet op kantoor maar bij de patiënt thuis. In Finland zijn de afspraken altijd op kantoor. Maar door bij de mensen thuis te komen kreeg ik veel meer inzicht in hun problemen.

SW1: in de UK gaat de Social worker achter de cliënt aan, in Finland gaat de cliënt achter de Social worker aan.

C: ik hoorde dat er een experiment word uitgevoerd door één van jullie Social workers.

SW1: ja, dat klopt. Met de doelgroep jongvolwassenen, deze Social worker gaat naar hen toe i.p.v. zij naar hem toe.

C: het is een nieuwe ontwikkeling, outreachend hulpverleners komt op. Het is begonnen in Lapland en verspreid nu over het land.

Wat zijn recente ontwikkelingen omtrent deze doelgroep en het Social Work?

SW2: verslaving komt meer op. 10 jaar geleden had ik amper te maken met verslaafde cliënten, tegenwoordig de hele tijd. Ook in gezinnen, dit beïnvloed natuurlijk mijn manier van werken, ook in de zorg voor de kinderen.

SW1: de meeste cliënten zijn mannelijk en de vrouwen hebben zich vaak gedragen als mannen. De soort verslaving verandert niet zozeer.

In Finland was vroeger alle hulp in instellingen, sinds de jaren 80 word er ook steeds meer extramurale zorg aangeboden. Zeker sinds de laatste economische crisis in Finland in de jaren 90 zijn er veel bezuinigingen gedaan en werden klinieken gesloten. Maar nog steeds is er intramurale zorg, naast de extramurale zorg.

Wat is de invloed van de Finse cultuur op het Social Work?

SW2: in Finland zijn cliënten niet gewend om hun problemen te vertellen, het kost misschien 4 gesprekken voordat de cliënt zijn problemen wil vertellen. Helemaal als het gaat om de eigen familie wil men de vuile was niet buiten hangen.

SW1: mensen denken dat ze hun problemen zelf moeten oplossen.

C: in de Finse samenleving is het niet gewoon om te praten over je persoonlijke zaken.

SW2: cliënten zeggen vaak, als ik eerder had geweten dat deze hulp werd geboden dan was ik hierheen komen rennen.

C: weten cliënten van Social Work af?

SW2: het team weet het natuurlijk, vaak geven zij de cliënt de tip om naar mij toe te komen. Dat is de manier van communiceren.

SW1: in Finland wordt veel injectiedrugs gebruikt.

C: bestaat jullie werk vooral uit materiële zaken of meer uit therapeutische hulp?

SW2: ik geef weinig therapeutische hulp, alleen als de cliënt bijvoorbeeld op de wachtlijst staat voor een andere afdeling of instelling en de cliënt tot die tijd therapeutische hulp nodig heeft. Ik heb daar namelijk de achtergrond niet voor en daar ligt mijn interesse ook niet. Ik ga wel binnenkort een opleiding voor gezinswerk doen.

Wat is de grens van het Social Work?

SW2: dat is echt iets wat ik telkens moet uitzoeken, zoals ik ook in het begin zei. Ik zie mijn professie graag als een professie die breder is dan andere professies zoals verpleegkundigen. We kijken bijvoorbeeld ook naar de familie van de cliënt, in hoeverre de cliënt in staat is om te werken.

De samenleving wil dat iedereen werkt and het is één van de taken van Social Work om cliënten die niet werken weer in de arbeidsmarkt te krijgen. Vaak worden taken zo verdeeld: het hoort niet bij de taken van de verpleegkundigen, niet bij die van de dokters, dan is het Social Work.

Is de taakverdeling duidelijk genoeg?

SW2: we krijgen vrij veel vrijheid om onze eigen keuzes te kunnen maken en iedere maand zijn er evaluaties en ieder half jaar zijn er grote evaluatierondes.

C: het ziekenhuis heeft een soort taakprofiel voor de Social worker, een van de taken die daarin genoemd word is: opkomen voor de belangen van de cliënt. Doe jij dit ook, SW2?

SW2: zo nu en dan. Niet heel vaak.

SW1: cliënten weten hoe ze moeten klagen, Social Work helpt hen daarbij. In de Finse samenleving is het altijd mogelijk om te klagen.

Wat maakt jullie manier van werken succesvol?

SW2: voordat ik een cliënt voor het eerst ontmoet krijg ik informatie van het team over deze cliënt. Ik krijg dan een idee van wat het probleem is en waaraan we moeten gaan werken. Maar in het eerste gesprek zal ik eerst moeten luistere naar de cliënt, wat er bij hem/haar leeft. Luisteren is de ondergrond om samen met de cliënt te werken naar de doelen die ik in mijn gedachten heb.

SW1: soms verteld de cliënt ook dingen die alle doelen laten veranderen.

SW2: je moet de cliënt het idee geven dat jij er voor hen bent. Wanneer het leven van de cliënt een grote chaos is het het erg moeilijk en zodra het beter begint te gaan kan er resultaat gezien worden.

Wat is het verschil tussen cliënten die alleen verslaafd zijn en tussen cliënten die verslaafd zijn en een psychiatrische stoornis hebben?

SW1: het verschilt of de diagnose schizofrenie of bijvoorbeeld borderline is. Borderliners projecteren hun problemen op anderen en beschermen zichzelf tegen veranderen. Sommige borderliners hebben ook psychotische perioden. Borderliners kunnen soms pas na jaren zeggen dat zij een stoornis hebben. Een voetbalvoorbeeld: sommige kinderen zijn heel goed in voetbal, men verwacht dat ze later grote voetballers worden zoals Jari Litmanen, maar uiteindelijk worden ze dat niet. Sommige kinderen werken heel hard maar hun talent wordt niet gezien, maar omdat ze zo hard werken worden ze toch een ster. Hetzelfde is met cliënten: je weet nooit hoe de toekomst zal verlopen. Het kan lijken dat het heel goed gaat, maar je weet het nooit.

Wat moeten we in de gaten houden als het gaat om ons onderzoek?

SW2: wees niet te smal, maar tegelijkertijd ook niet te breed.

SW1: Social workers moeten vertrouwen hebben in hun ervaring en hun kennis en van daaruit kunnen ze theorieën leren en integreren in hun werk. vergeet niet dat theorie en 'railway' nooit gescheiden moeten worden.

Denken jullie dat het nut heeft om een beter profiel te hebben?

SW2: ik weet niet heel veel van jullie onderzoek, maar ik denk wel dat het handig kan zijn.

SW1: soms raak je als Social worker terneergeslagen en raken de dingen in het werk je. Dan is het goed om na te denken waarom je dit werk doet.

SW2: dit werk is veeleisend.

SW1: je hebt het team nodig, om met elkaar ideeën te bespreken te bediscussiëren.

C: hebben jullie supervisie?

SW1: ja, samen. Het is verplicht.

Als we zouden kijken vanuit de cliënt zijn ogen wat heeft hij/zij dan nodig?

SW2: veel cliënten zeggen dat zij eerst de acute problemen opgelost moeten hebben om rust in hun hoofd te krijgen zodat ze daarna in therapie kunnen.

SW1: ze hebben hoop nodig, ze hebben vaak alle hoop verloren.

Kan jij dat geven?

SW1: als er een samenwerkingsrelatie is, dan kan ik dat.

SW2: vaak hebben ze een hele hoop ongeopende brieven, ik leer ze dat we iedere dag een paar brieven openen, de meest urgente. Dat geeft ze hoop: misschien zijn de problemen niet vandaag opgelost, ook niet morgen, maar misschien wel over een jaar.

SW1: het gaat om samenwerking. De cliënten activeren om dingen zelf te doen: de cliënten helpen zichzelf te helpen.

C: de definitie van het woord 'sociaal' is moeilijk, het dekt eigenlijk alles.

SW2: wat hoort erbij de gezondheidszorg en wat hoort erbij Social Work, dat is de grote vraag.

Wat vinden jullie het leukst aan jullie werk?

SW1: het team, dit omdat we een goede houding naar de patiënten toe hebben. Ik denk dat patiënten echt door ons geholpen kunnen worden. Dat zou ik alleen niet kunnen, ik ben een teamspeler, 'together we can'.

SW2: ik heb twee teams, ik vind het werken met mensen heel leuk. Ik zou eigenlijk geen Social worker worden, maar het is zo gelopen. Ik vind mijn team ook heel leuk, maar vooral de mensen: het team en de cliënten.

SW1: humor is heel belangrijk. Je hebt theorie en zo nodig, maar als je geen humor hebt... Je moet kunnen lachen met de cliënten om de zware problemen te kunnen dragen.

C: neem jezelf niet te serieus.

SW2: neem de problemen serieus, maar niet jezelf.

Bijlage 10 Interview Finland

Kuopio stichting voor dienstverlening aan middelenmisbruikers

Geïnterviewde:

verpleegkundige, heeft zowel een diploma in Social Work en verpleegkunde, maar is nu werkzaam als verpleegkundige

Could you tell us in general what your clinic does?

The clinic exists in this form since 2006, before it used to be an a-clinic.

We are a foundation for substance addiction.

The organisation has:

WARD/STATION

- Withdraw-treatment for alcohol, pills and illegal drugs, clearing the situation (1 drug, 1 pill, others alcohol)
- integrated rehabilitation, intervals, cooperation with outpatient-treatment-places

OUTPATIENT

- problem and treatment-assessment (about 5 times discussion, tests about the stage of change process, referring to next level-ward, or counselling or self-help-group)

- Antabus-treatment single or group

- Supportive psychosocial counselling for youth and for adults single, couple or family (teams of nurse and Social worker)

- substitution treatment for opiate-addicts (supervision of medication taking, psycho-social-counselling, support for becoming sober, support in organising everyday life)

- needle-exchange program (3x2 times/week)- prevention of infectious diseases, harm reduction, low threshold, information about services system

What are the specifications about your clients?

People who are addicted to substance abuse and are willing to change, the more difficult cases go to the Kuopion university hospital.

In the clinic there are: substance abusers (other addictions not), willing to work actively. opiate-addicts: "the less difficult cases" with less psychiatric problems than KYS, they still need a lot of medication, they have a lot of problems to stay away from cannabis or alcohol, some are in treatment for years, some just shorter time. Their task is to stabilise their live, to rehabilitate within their abilities. Some need support to manage everyday live (healthy food, how to make ends meet, getting treatment for health issues); some need support in maintaining sobriety and taking part in work-lives.

Could you tell us how the Finnish Social Work structure (around the 'double diagnosis') is built up? What is the role of official health care and third sector'?

In Kuopio public health (on basic level) is divided into psychiatric specialists and addiction specialists, Social workers work within those areas. Supportive services are partly produced by the city itself, many are outsourced, f.e housing, managing everyday life services produced by organisations, kind of business, employing of professionals nowadays. There are organisations/ support groups for self-help and psycho education for mental-health patients and the family.

Basic Social Work arranges things around income, housing, family services

IN Future they will possibly work more together. From history the psychiatric problems were healthcare and addiction problems social care. It is relevantly new that it is seen as intertwined.

Do you see addiction as a psychiatric disorder and treat it as such?

I think the view on addiction is similar to yours. We see addiction as a dependence disease. Some people get more easily addicted than others. We also see it regularly that people with an addiction also have a psychiatric disorders, or psychiatric symptoms are triggered by the drugs they take, as psychoses or anxiety disorders. We say that multiple factors are from influence, biological, social, psychological, and so on. and for the treatment, we look at all factors. For the regular mental health care you have to be clean or have your substance abuse under control, so then you can't be treated for both at the same time. We refer patients after they have come here to the psychiatric help. We can't give psychiatric treatment, but we can provide supportive counselling at a lower level and medication. We also have a family therapist.

What are your specific tasks and what is your contribution to the treatment (-plan) of the client? Are you content about this?

My task now is as the nurse in substitution treatment, there is no Social worker around, so we get all things to deal with, mostly we try to refer the patient to the public services that we know of. There are too many patients now; otherwise it is unclear where to draw the line

More psychosocial support and activities together would be nice, would lower the line for the patient to go next time alone

Can you tell us more about the Social workers in the organisation?

There are Social workers working at the ward and at the outpatients clinic.

Ward: they mostly organise services. Funding, make contact with the network, check if the client has other problems like debts, have contacts with other systems and services, help with the applications and housing. Lead group sittings. And refer clients to other departments or organisations.

Outpatient clinic: they do counselling.

At what levels, and how, do you work with other professionals?

In the ward they work with multiprofessional teams. They meet with the client present; to discuss what needs to be done. You need the cooperation of the client, and the client learns that he is in charge of his process and he can influence his own life.

Is there a separation between different sorts of Social Work, like we have in our country?

The background organisation sets the tasks. As a youth worker, you work with a specific group, same for employment services (not necessary Social workers).

Social Work task-orientated work is: basic income, crime-prevention, around addiction, in hospitals around money and managing of everyday life, in child-protection around the family

Do all Social workers have their degree in Social Work? Or is it also possible that they have different backgrounds, for example nursing?

Depends on the task, some have lower degree, in child-protection a university degree mandatory.

What is, in your clinic, the (unique) contribution of the (profession of) Social worker?

In the ward their biggest contribution is their role in the rehabilitation. They can help with applying for housing, funding, teach every day life. Clients need to learn that if they will ever be able to stand on their own. If they're clean, but they are still roofless, how can you expect them to stay clean?

Some knowledge is the same for nurses and Social workers, like the knowledge about addiction. But you can't all perform the same tasks; it is too much for one person, so that's why you specify. And Social workers are specified to the tasks they perform. Their focus lies on this, whereas the focus of the nurses lies for example more on the health.

Tasks of the Social worker:

On the ward and in rehabilitation: organising everyday life + needed services

In outpatient-treatment: counselling, helping with everyday life, not much differences from nurse, but no traditional nurse job too (kind of own profession, kind of own set of knowledge)

What makes your way of working successful?

I have both, a degree in nursing and a degree in Social Work, in my work, I use all my knowledge. I need to use all my knowledge. It is important to know the system and basic life elements. I think that makes it successful.

I now help clients to search services or help them applying, if there was a Social worker working on our department, I could assign those tasks to the Social worker. And then maybe we could have group meetings. But there is none, so now I also perform some Social Work tasks.

According to which methods and visions do you work in the clinic? What are the underlying theories/ ideas?

psycho Social Work orientation

medical science of substance abuse education and psychiatric knowledge

theory of change, it is a progress

method of motivational interviewing, you know how you can strengthen someone at the right time

evidence based

experience based

cooperation with self-help group

What are current developments in society/ target group and Social Work that affect your way of working?

Money is short.

Much focus on evidence based work.

The patient have to be active in recovery, otherwise he only gets kind of basic service.

We are setting priorities. Working people and people with children first.

Not much prevention work.

There is a constant change of system: outsourcing, downsizing. Nowadays more focus on out-patient-treatment, facility is too little.

More speaking about 3-diagnosis (mental problem, addiction, severe health issues). And more speaking about multi-problem-clients and patients, which condition is chronically, they will not improve much.

How does the Finnish culture and society influence your way of working (both as a Social worker and the clinic in general)?

The vision of society and the government is that people should have equal chances, so enough support should be given.

In Finland there is not so much of class-society than in other countries, individual performance matters more. People here do not so easily except exclusion and inequality.

The politics viewpoints are that everybody must have a good standard of living and availability to services. It is possible do discuss matters with that point in mind and search for solutions

Work is mainly concentrated on the individual and the other officials.

Do you think that your professions as Social worker is clear enough, also compared to other close professions?

If I would work as Social worker, maybe not clear enough, it depends of the job description more.

With counselling it isn't to clear. There is much individual work, so nurses and Social workers sometimes to similar tasks. On the ward it is maybe clearer, the tasks are maybe more divided.

What qualities does a Social worker need to be able to work with double diagnosis-clients?

You have to have knowledge about addictions and how being addicted affect everyday life. Addicted people can have problems with debt or violence. You have to know how to get insight in their lives. Further you need to know the system and services.

You have to know how they can change, how the progress should go. You have to have skills of motivation. You need to know how the process goes, the circle of addiction, for relapse prevention. And you have to be able to teach about every day life.

It also depends on the task: for counselling you need an insight of their life and the knowledge how they can achieve a change (by motivational interviewing, relapse-prevention, teaching the skills of every day life).

You have to set the interaction in a way, that the client feels save, trusts the worker.

You have to be able to:

- make clear the own task and possibilities of ones position, to avoid misunderstandings and upsetting the client
- empower the client, he is the one that has to take action and keep them going on
- be realistic with the client about the hard work the client has to do and the time it might take

You need very much knowledge about addiction, specific knowledge about the process of recovery and the problems normally involved and the time it takes, the (number of) relapses it takes.

Knowledge about:

- knowledge of the life situation of f.e. drug users (money difficulties, debts, violence, fear of police, criminal ways of getting drugs, prison life, situation of women..)
- Psychiatric problems: have to know the typical diseases and the effect on the individual and his behaviours towards himself and others
- Knowledge about the treatment, about the possible (little) outcome
- To communicate in multi-professional teams, to understand the language of health care professionals

For securing the clients finances and services: the Social worker has to know the services available, the standard available:

- Assessment skills for applications (if no doctor writes them) – like why this--- rehabilitation interval is beneficiary for the client and how long will his condition improve
- has to know the different sources of money, how and where to apply

Do you think you have learned these enough during doing your degree in Social Work?

No, not enough. The education was very theoretical, not much combined with the real life, we haven't learned much actual skills (how to talk, how to build up trust, how to set boundaries).

The education does give: the skill to think critically, to search for different information, to know, that there is much to know and the knowledge is "out there", to know, that networking is important, and to exchange experience.

Where can you learn these skills?

You have to train yourself, by reading, or taking courses.

What do you think is the general vision of the Finnish society on people with addiction and/ or psychiatric problems?

Maybe they are blaming the individual for little performance and being self-inflicting.

What are the Finnish developments around the term of 'double diagnosis'?

It is difficult to say. Treatment is developing, improving, now more diverse. There are a lot of programs, but otherwise money is short, rehabilitation places are closed because there is no money for treatment.

Services will get more market driven.

Problems are more divers then in former time, more difficult to treat; maybe treatment has to start more early?

society has space for skilled people, not to much work for hand-craft-work force, so some people have more trouble getting employed

possibly there will be more focus on empowerment of the client groups, own activities in cooperation with trained professionals

Is there a task profile of the Social worker by an official association of the Finnish Social workers?

There are ethic rules by Talentia.

Is there also a specific task profile on the Social worker in the area of double diagnosis?

Not that I know of.

Bijlage 11

Interview Finland Helsinki deaconess institute

Interview with:

SW: Social worker, university degree

SC: social counsellor, men, from polytechnic, has a degree in social services

SW: this facility is a part of the deaconess institute. This place is for people who are HIV positive or have aids. I am a Social worker from the Helsinki municipality.

In this place we treat mostly Finnish people. HIV positive persons can choose between this place and another hospital and foreigners usually choose the other place.

I don't really recognize the Dutch problem. The nurses and the Social workers here do their own tasks. It doesn't get mixed. We have a meeting every morning, where we talk about who is going to do what. Then I will work on reports. The nurses take care of the health and medicine. They don't know much about living allowance.

- To explain the difference between nurses and Social workers even more, Social worker calls the head nurse -

Head nurse: Only if people need money or an apartment, like for using a service, they will go to Social worker. If they need a doctor or medicine, they come with us. If a client wants to stop, go to rehabilitation, they have contact with Social worker about the right papers that need to be filled in.

What about contacts with an institution, the family or court?

Head nurse: we both can do that. And clients usually don't have much family.

SW: nurses are for medicine, health care and psychiatric care.

What if clients come with a question for Marit to the nurse?

Head nurse: We refer to Marit, or we will take them to Marit.

SW: I am here four times a week, people can come to me and tell me.

Head nurse: we work together, if there are problems, we discuss together about what to do.

Do you recognize our problem?

Head nurse: Marit is always here, with the same people. 163 clients and 20 people living on the 6th floor.

No homeless people?

SW: No, I have to find a place to live for everyone. Many of our clients have an apartment around the city. I can't arrange it for everybody, because they can't live alone. For example, because of noise or they don't pay.

What happens with psychosocial problems of the client?

Head nurse: We take it usually. When they turn crazy, the doctor can make a paper and they can be taken to a psychiatric ward.

With psychiatric problems, but what about psycho-social problems?

Head nurse: We get to deal with it, but Social worker and counselor as well.

- Social counselor walks in and head nurse goes back to his work-

SC: it depends if the matter has more to do with service centres or something else. Nurses and us let each other know what's happening. In this building we are working all together: Helsingin diakonissalaitos (HDL), us from the social department and the health department of Helsinki universal hospital (HYS). We have authority over social issues and HDL over health issues. It is special that we work under one roof and it is working well. On the other hand, if clients want to integrate, they don't feel like coming here anymore, because they associate us also with the other services provided here, which they don't longer need.

Social worker: yes, about the double diagnosis and the role of the Social worker. Here we have a holistic view. We use the bio-psycho-social model. The whole world a person lives in makes his reality. We also take the double diagnosis in account. Sometimes when a person comes in and he is paranoid, we don't know if it is irrational and if it is from a person's diagnosis or the drugs they have taken.

There is a new drug, MDPV, it is cheap, easy to get. The users don't know what they use, so it easily causes overdoses. It is a big problem. Also it causes paranoid behaviour and it is bad for the mental health. In just weeks it affects the mental health. It is too new to say it causes permanent damage.

SW: nobody knows yet, but it must have some affect in the brains.

SC: we need to get more information world wide. The internet is a good source for information.

SW: people died from that, if they are here when they used it, I am scared. But I carry a button and if I press it, someone will come.

SC: we have a good security here, it is tested and it works.

Is it allowed to be in here when you have used?

SC: Yes, our policy is to have a low threshold. They can use the bathrooms here and get needles and syringes. They are not allowed to use in front of other people and they can't sell drugs.

SW: that would also be a crime in Finland.

SC: yes, if someone sells, we will call the cops.

How legal is it to use drugs?

SC: it is not. We keep an eye closed. There is no point in punishing for using. It is convenient it is a crime. If we suspect something else, like selling, we can always have them arrested for using.

Do you divide the tasks between you? How do you work together?

SC: I am working here now for 2 month and 20 days. The first month, in January, Social worker worked here alone. We just recently changed for other people and we didn't get transfer information about how they worked here before.

So you had to divide your roles as Social workers yourself?

SC: yes, it was nice. We got to decide for ourselves. We called with Social workers from the Helsinki municipality for consultation. We feel more belonging to this team then to the department of Helsinki. I have 2 computers with 2 different client registering systems, one from here and one from the municipality. On Fridays we are in the department for a meeting. In many ways, we are having a unique position here. We have much freedom to do our work. A too strict or to determinate task profile binds your hands. You would feel that the client needs more. Now you can use your brain. On the other hand, you have to restrict yourself. You can't do everything.

Social worker, could you tell us something about January?

SW: I worked for the Helsinki department for 8 years. I had to manage the first month, but it was rather busy. These clients are a special group, they have so many needs. The use drugs have mental problems, have double diagnosis. As starting point I have that a person also have some responsibility for his own live. I can offer solutions, but can't change everything for them.

SC: when I first came here, I had never worked with wealth care benefits. Oh the bureaucracy. I was supervisor before I came here; arrange meetings between parents and kids, who could only meet under restriction. It was a different job. More office work then client work. I like visiting housing places. It is great to be here in the centre. Clients see it more as their place, were we just happen to work. They are here all day.

The atmosphere here feels very nice.

SC: you should see other services as well. We do it different here.

SW: we start downstairs, we sit next to the clients. And if something needs to be done, we go upstairs to the office.

SC: you can also see what they do with the benefits. You have to see the clients as not equal. There development stops when they start to use. Physically they look ten years older. There is a gap between their appearance and there mental age. Sometimes we behave as we are their mums and dads and are saying no you can't all the time.

Where did you learn the knowledge about the target group?

SC: the Social workers who choose for this group usually have their own background. They either a. you had a substance abuser around you. B. you used yourself. In my case, it was a. I noticed since 10 years ago that things have changed. The main drugs used do be heroine, now its MDPV. With this drug the users become more delusive.

When the clients turn from HIV positive to aids, is there a consequence?

SC: when they are in a bad condition, they can go to a hospital or a special housing service. But they die sooner from hepatitis C. the treatment they need for that is very specific and for clients it is hard to commit to that. Maybe a peer group program could work, they could do it all together. That is on a planning stage now.

What are the specifications about your clients?

SC: either they are active substance abusers or they are in substitute treatment and they are all HIV positive.

What is the difference between the work of the Social worker and social counsellor?

SC: in general, Social workers do the more bureaucratic work. They make the decisions about benefits. They have more legal responsibility. They are more a social officer. Here we are a mix. Social workers who use with substance abusers are more social counsellors. It's a bit like doctors and nurses. Social counsellors do the work the Social workers tell them to. But here it is more dynamic. We do the same things, we have divided the clients between the 2 of us. The SW has all the complex cases. Social worker knows the system and legislation better. With meetings, I can do more home visits. When she does home-calls, she goes together with the home-nurse. Mostly my clients are homeless or live in social housing options. Social worker also has the temporary housing, we do that 50/50. One worker just isn't enough. I have 60 clients, she 100, together we have 20 clients. Most of her clients are survivors, have less contact to here. They are doing better, living independently. I am working more with chronic, active abusers who aren't doing so well. They are in a bad phase of their life.

What is your goal with these people?

SC: I try not to have my goals. It's a point of view, the client has goals. The work is about giving borders and safety for their limited options. To make them feel safe (by saying no, like parenting). They want attention, I book them time. And somehow let them see that there is a possibility to grow up and they can get help and support. With substance abusers you can't make them to sober up. I have to just be there, as only thing I can do and show them options to sober up.

According to which methods and visions do you work in the clinic? What are the underlying theories/ ideas?

SC: The background is educational. Bringing them up, from pedagogy. It is a learning process. They need to bang their heads against the wall until they understand that it hurts. If you continue this path, your life will stay like this. You don't gain freedom by violating the rules; you will lose it more and more. And to make them understand that they are safe.

What qualities does a Social worker need to be able to work with double diagnosis-clients?

SC: you need more skills on a personal level than education. Like I said before, certain people choose this work. With this background you can live with the fact that clients are using and will probably stay using. You accept their own will and decisions and see their and your responsibility. I cannot sober up for them. And they still have a kind of rights. Not a grown-up life, but different, with different rights. As long as they take substances, they don't take responsibility for themselves. You need patience. Don't get your hopes up. You still have to see it as gaining something if they go to might sober up. Although they will probably fail.

How much of your work is keeping stable and how much is changing?

SC: slowly, slowly. Improvements are so small and still they can mean so much. I see it as slight movement on a scale. You don't know which small step can make the scale go to the other side. It's also for greater

society. Those people are our clients, but we also think about surroundings. This centre is built on the fact that more and more substance abusers are getting HIV. This is to limit that. And to limit violence and that sort of things. They can better use drugs here than on a playground. You can control it better and keep it stable. That's 99% of this work. During my 2 months and 20 days, 4 clients died. They have greater risk of deaths. You can focus on: this could be the last time meeting them and make it a good time. Just be nice, they don't get so much positive feedback outside.

How do you cope with that?

SC: everyone can die. I am just working with more fragile people.

SW: I don't know the clients so well yet, working here for almost 4 months. But I can see that I am important for them. It's sad to hear that someone died. Medicines are so good nowadays; the HIV won't kill these people. But if I hear someone dies, I am sad for a while, and that's ok.

What is the influence of the social political system on your everyday work?

SC: what I hate it that every time as a systems works a little bit, they change it. There is a chance they get rid of Social workers like us that would influence my work. Every application has to be in form now in stead of just making a phone call. It is also a good thing; the client gets more responsibility this way. It could work empowering to fill in your form. They can't read or write well.

What is obligatory by them?

Applications, process, law. We leave no one unserved. If we cannot help, we get them in touch with a service they need, we write referrals. For them there is: pensions, employment services, specialized housing services, rehabilitation, and insurance.

What do you need from the system in order to do your job?

Money off course. There now is also a benefit for us. Like a mentor/coach. We could need that of the system. We need resources; the rest of the system has to work as well. The problem here is that the Finnish state works this way that sometimes the state takes responsibility and pays, the other time the responsibility is for the municipality, and that are two different taxes systems. So when there is a gap, the question is who will pay? And both try to make the other pay.

Why should they keep you here as a Social worker?

SC: this way works very well. The current developments are due to the fact that statistics are always wrong. They base their policy on statistics that in fact are already different.

Could you describe in what way the Finnish culture and society influence your way of working (both as a Social worker and the clinic in general)? Is there something typical for Finnish culture?

We have an everybody-must-go-through-their-problems-alone attitude. When they seek for help, things are already unbearable bad. You try to survive on your own too long. The threshold gets mentally high. You take pride in surviving on your own.

Bijlage 12

Uitwerking interview met Bouman cliëntenraad – 10 juni 2010

Interview met een cliëntenraadslid (crl) en ambtelijk secretaris (as) van de cliëntenraad

Kun je ons eerst iets vertellen over jezelf?

Crl: ik heb een verslavingsachtergrond, ik was cocaïne verslaafd, maar ik ben nu 5 jaar clean. Bij Bouman heb ik ambulante begeleiding gehad en dat heeft me geholpen. Mijn maatschappelijk werker heeft veel voor me gedaan, ik ben nu uit behandeling, maar ik zie hem nog steeds. Hij heeft al mijn papieren bij elkaar genomen en mijn zaken helpen regelen, hij heeft me geholpen met schuldsanering aanvragen. Hij zag als belangrijkste doel, eerst aan de verslaving werken en dan komen we ook toe aan de andere zaken. Hij was er om mijn zaken te behartigen, vooral met mijn schulden. Ik ben nu wel twee weken geleden uit huis gezet, maar dat was omdat de schuldsanering mijn huur niet betaalde. Ik ben alles kwijt door een fout van de kredietbank

Waar woon je nu?

Crl: overal, bij mijn ouders, de kennis van een vriendin, bij mijn dochter. Maar ik geef mijzelf een schouderklopje, want ik ben niet teruggevallen. Ik pak nu zelf op wat zij hebben laten liggen. Hiervoor betaalde ik alles zelf en dat ging goed, vanwege mijn schuld klopte ik dan bij hun aan en toen ging het fout.

AS: er waren meer klachten over diezelfde werknemer. Zo zie je, als maatschappelijk werker heb je verantwoordelijkheid. Je kunt als maatschappelijk werker veel goed doen, maar ook iemand de grond in boren. Nu is Michaël zo sterk dat hij niet terugvalt, maar je wordt er niet vrolijk van.

Crl: ik voel me hier gesteund. De cliëntenraad staat achter me, Bouman helpt me bij het vinden van een nieuw huis.

Wat precies deed jouw maatschappelijk werker, wat jouw traject tot een succes maakte?

Crl: hij zei me dat ik zelf mijn eigen shit op moest ruimen en dat Bouman wel een ruggensteun was, maar dat ik het ook zelf moest doen. Hij heeft me aan het werk gezet en dat zag ik als een uitdaging. Hij heeft het maatschappelijke deel opgepakt. Hij heeft overal naar toe gebeld. Hij heeft toen een kamer en dagbesteding voor me geregeld. Hij hielp me bij de sociale dienst met mijn financiële situatie. Binnen twee weken was dat weer op orde.

Hij leeft met de mensen mee, maar zijn uitgangspunt was wel: als je er zelf een puinhoop van maakt, moet je het ook zelf opruimen.

AS: en dat is ook goed voor je zelfrespect, zelf aan je problemen werken.

Crl: hij liet me zelf bellen in zijn bijzijn en dan nam hij het over als het mij niet meer lukte. Straks in de maatschappij moest ik het toch ook weer zelf doen.

Is het duidelijk welke taken de maatschappelijk werker doet?

Crl: ja, ik heb dan nooit in een kliniek gezeten, alleen ambulant. Maar door de cliëntenraad zie ik ook wel beetje hoe het daar gaat. Binnenshuis staat de behandelaar je bij, maar helpt de maatschappelijk werker je met de zaken. Bij het materiële gedeelte. Of dat is in ieder geval mijn visie daarop.

Is het voor jou materieel of ook deels immaterieel?

Crl: alleen materieel.

AS: als je even kijkt naar jouw maatschappelijk werker, je ging ook mee naar groepsgesprekken, dat was niet materieel. Maar dat zie je dus apart?

Crl: ja, maar dat was dan ook in de kliniek. Bij ambulant doet de maatschappelijk werker alles, in de kliniek zijn de taken meer gescheiden.

Wat zie je als verbeterpunten?

Crl: moeilijk, iedere cliënt is anders. Voor mij was het goed dat Leo mij uitdaagde, dat zal niet voor iedereen zo zijn. Niet iedereen durft zelf te bellen. In het begin zou de maatschappelijk werker alle zaken op moeten pakken en het dan later de cliënt zelf laten doen.

AS: sommige cliënten komen binnen, niet om af te kicken, maar voor huisvesting. Het is in het verleden wel gebeurd dat ze dan te vroeg zelf in een huis zaten en het dan niet redden. Nu is het de insteek dat ze eerst gestabiliseerd moeten zijn en dan pas gaan we kijken voor huisvesting. Als cliënten binnen komen, willen ze meteen alles geregeld hebben, hier en nu.

Crl: Herkenbaar. Eerst alles laten regelen en dan weer de straat op om nieuw spul te halen.

AS: en dat is inherent aan de cliënt, ze kijken naar de korte termijn en willen snel bevredigd worden.

Is het voor de kliniek anders? Want het was goed voor jou geweest dat er een vast iemand voor je was toch?

Crl: ja, dat zou ook goed zijn in klinieken. Bij de ambulante hulp heb je meer contact met je maatschappelijk werker dan in de kliniek. Ik zag ze 3 x per week, dat mis je in de klinieken.

Hoe komt dat?

Crl: dat vragen wij ons ook af. Daar vechten we nu voor. Werknemers hebben het drukker.

AS: dat komt ook door de administratieve rompslomp. 47% van de tijd besteden werknemers daaraan. Het is verplicht voor de zorgverzekeraar, de bureaucratie viert hoogtij en dat is jammer. Je kunt geen telefoontje meer plegen zonder het ergens aan te moeten tekenen. En dan heb je minder tijd voor de groep of je cliënt. Ik ben betrokken bij audit, dat is het orgaan voor de interne controle voor de certificatie eisen. Dan hoor je van hulpverleners, we volgen het protocol niet zo, want de cliënt is belangrijker. Dat snap ik wel, maar zonder certificering krijgen we geen geld van de zorgverzekeraar, dus dan kun je niemand meer helpen. Zo is het systeem.

Crl: dat merken wij ook wel, maar de cliënten zijn er de dupe van. We leggen het de cliënten wel uit dat werknemers het drukker hebben.

AS: ja, maar je moet het ook wel van de andere kant bekijken, cliënten hebben nooit genoeg aandacht.

Crl: haha, ja dat is waar.

Hebben jullie nog vragen aan ons?

AS: ik ben heel benieuwd naar jullie ervaringen in Finland.

Mariëlla & Florisca: de schaal is daar heel anders, 5,5 miljoen inwoners verspreid over een land dat vele malen groter is dan Nederland, dat is niet te vergelijken met de Randstad hier. Daardoor is de samenstellingen van de klinieken ook anders, wat kleiner, wat samenwerking makkelijker maakt. Je hebt

daar geen maatschappelijk werker, maar de Social worker, die kan zowel maatschappelijk werk als sociaal pedagogisch werk doen. En daar is het bij wet verplicht om voor iedereen huisvesting te zoeken.

AS: je hebt bij ons ook wel verschil in grotere en kleinere klinieken. De kleinere kliniek is veel persoonlijker, dan heb je ook een ander soort contact, alle werknemers kennen de cliënten bij naam en toenaam. Bij de grotere kliniek is dat al anders, zeker bij de kliniek die 24 uur open is, dan heb je dan Pietje die dienst draait en de volgende dag Marietje. Dus zelfs in een organisatie zie je daar al verschillen in. Het staat en valt ook wel met de personen zelf.

Crl: klopt.

Hoe zou de ideale maatschappelijk werker eruit zien?

Crl: het belangrijkste is dat hij goed met mensen om kan gaan. Toen ik me de 1^e keer aanmeldde bij Bouman, zat er echt een asociaal persoon, nou dan ben ik weg. De werker moet gewoon normaal sociaal contact met de cliënt hebben.

Een goede relatie?

Crl: ja, binnen de werksfeer dan.

AS: maar je bedoelt daarmee denk ook te zeggen respect voor elkaar.

Crl: ja, dat is het ook. En elkaar begrijpen. Mijn behandelaar had dat, hij zag de verslaafde als mens, hij had heel goed contact met zijn cliënten, dan krijg je vertrouwen als cliënt zijnde.

Helpt het vertrouwen in jou, je ook met je eigen vertrouwen in jou kunnen?

Crl: ja. Je tast eerst af, je bouwt eerst vertrouwen op en dan pas vertel je alles.

Is er verder nog iets belangrijks wat jullie ons mee willen geven?

AS: houding is heel belangrijk. Je moet serieus genomen worden. Leeftijd is niet bepalend, jullie gaan straks ook het werkveld in en jullie zijn ook jong, maar als je vertrouwen wilt van de cliënt, moeten ze je serieus nemen. Als het bijvoorbeeld mooi weer is en je komt zomers gekleed met een laag topje en een kort broekje en je werkt op de kliniek waar mannen zitten die lang niet buiten zijn geweest, dan vinden ze je allemaal heel leuk, maar serieus genomen wordt je niet. En daar moet je als werker alert op zijn, hoe jij jezelf neerzet, houding.

Crl: ik heb wel een voorbeeld, er werkt hier ook een jong meisje, maar die heeft veel levenservaring van zichzelf, ze kent het zelf ook al. Daardoor gaat ze heel goed met cliënten om, iedereen wil bij haar komen. Dus levenservaring speelt ook een rol, dat bepaalt je houding ook. Met een maatschappelijk werkster in een kort rokje praat je niet meer over de behandeling haha. En je moet je niet in de maling laten nemen.

AS: voor de cliënt is manipuleren overleven. Dat is zijn strategie, dat heeft hij aangeleerd. De verslaving kan weg zijn, maar de strategie is er dan nog. Manipuleren is herkenbaar en directe bevrediging willen op korte termijn, dat blijft er ook lang in. Nu zijn ze hier en nu kunnen ze iets krijgen en dat willen ze dan ook, ze weten niet wat ze morgen krijgen.

En je probeert wel mee te denken met de cliënt, maar niet alles zit in je eigen systeem, zo had ik eens een cliënt die niet wist waar hij een buskaart moest kopen. Ik dacht, dat weet je toch wel? Maar dat wist hij dus niet, want hij reed altijd zwart.

Ik liet de cliënt ook bellen in mijn bijzijn. Want dan liep dat totaal niet tussen de cliënt en de hulpverlener aan de andere kant van de lijn en als ik belde dacht ik, wat een vriendelijke mensen, wat gaat er toch fout? Maar

als je erbij zit, zie je dus wat er niet gaat. Dan doet de cliënt bijvoorbeeld al zijn hele verhaal tegen de receptioniste, die er niets mee kan en hem doorverbind. Dan doet de cliënt daar zijn hele verhaal en wordt hij weer doorverbonden en bij de derde keer zit de cliënt al tegen het plafond. Als je dat gezien hebt, kun je de cliënt leren dat hij eerst moet vragen naar de juiste persoon, voor hij zijn hele verhaal gaat doen. Dat helpt hem nu deze keer, maar ook de volgende keer als hij weer eens iemand moet bellen.

Als maatschappelijk werker in bijvoorbeeld een bedrijf, zul je dit niet snel tegen komen. Dus dit zijn dingen die je in de praktijk leert, zodra je met de doelgroep aan de slag gaat.

CrI: en ik heb nog een tip, mijn maatschappelijk werker liet me eerst altijd mijn vragen opschrijven voor ik ging bellen en dat heeft mij goed geholpen. Dan onthoud je wat je wilt zeggen.

Bijlage 13

Interview verpleegkundigen Bouman GGZ

Verpleegkundige vrouw, 6 jaar werkzaam bij Bouman GGZ.

Verpleegkundige man, sinds einde opleiding 7 jaar werkzaam bij Bouman GGZ.

Afkortingen:

MW: maatschappelijk werk

M: verpleegkundige man

V: verpleegkundige vrouw

SPH: sociaal pedagogisch werk

Beiden zijn momenteel bezig met de master opleiding Verpleegkundigen Specialist. Marc werkt op de polikliniek levenslange zorg.

Wat zijn jullie taken?

-medicatie geven en letten op bijwerkingen

-coördineren van de zorg rondom de cliënt

Wat word er precies bedoeld met zorg?

Stel de cliënt heeft schulden, dan verwijzen wij de cliënt door naar de MW'er. Of stel de cliënt heeft psychische klachten, dan regelen wij een afspraak bij de psychiater. Wij hebben het contact met andere zorgaanbieders.

M: Verdere taken van ons zijn:

-groepen: op het moment geef ik een ADHD introductie voor cliënten en een psycho-educatie voor verwanten over ADHD.

-crisisdienst: Dit zijn 24 uren bereikbaarheidsdiensten. Het gaat om mensen die een gevaar voor zichzelf of voor anderen zijn, dit kan op somatisch of psychiatrisch gebied zijn.

V: Grofweg kunnen we onze taken in drieën delen:

polikliniek: coördineren van de zorg, begeleiden

klinische dienst: grote agogische rol, verzorgen van cliënt en voorlichting geven

langdurige zorg: begeleiden van de patiënt (het gaat hier om cliënten die vaak langer dan 5 jaar verslaafd zijn) bij het dagelijks leven, zoals: boodschappen doen, wonden verzorgen, psychosociale gesprekken etc.

In de kliniek is het moeilijk om naar het MW door te verwijzen. Er zijn lange wachttijden en daardoor zijn de verpleegkundigen geneigd om de taken zelf te doen.

Er zijn ook MW'ers in dienst als agoog, ze hebben dan in principe de zelfde taken als de verpleegkundigen, alleen de medicijnen worden alleen door de verpleegkundigen gedaan. De reden dat MW'ers ook als agoog in dienst gaan is omdat er vrij weinig MW plekken zijn binnen Bouman GGZ.

Tegenwoordig zijn er steeds minder bedden in de klinieken, meer en meer komt de focus op thuiszorg. De polikliniek is het meest verpleegkundig. De thuiszorg is een goede ontwikkeling omdat in 24 uren voorzieningen altijd een overdracht moet zijn tussen de verschillende diensten, die loopt nog wel eens mis. Ook worden cliënten op deze manier minder gehospitaliseerd.

M: Er is een betere taakverdeling.

Wat voor beeld hebben jullie bij MW binnen Bouman?

V: kort gezegd is MW al het papierwerk. Zij hebben contacten bij de verschillende instanties zoals de sociale dienst, de ok-bank etc., voor hen is het makkelijk om die papier zaken te regelen

M: ik wou zeggen dat alle sociaal-maatschappelijke zaken voor de MW'er zijn, maatschappelijke zaken die zijn inderdaad voor de MW'er, maar de sociale zaken? Dat denk ik eigenlijk niet.

V: MW behandelt in de gesprekken met de cliënt veel zaken, maar vaak als het op psychiatrisch vlak komt, dan schuiven ze het door naar de verpleegkundigen omdat ze daar te weinig kennis over hebben. De meeste MW'ers hier hebben al veel werkervaring en daardoor hebben ze veel kennis opgedaan, maar toch zijn er nog hiaten. Vaak benaderen ze cliënten met borderline en bipolaire stemmingsstoornissen op dezelfde manier, verpleegkundigen hebben meer kennis op dit gebied.

M: bij ons in het team neemt MW duidelijke taken over zoals schuldsanering. Er werken bij ons 2 MW'ers op de polikliniek, 's Ochtends worden alle casussen besproken en dit maakt dat er een goede afstemming is binnen het team. De samenwerking verloopt erg goed.

Op de kliniek was dit anders. Ik werkte daar een jaar geleden en het was toen erg vaag welke taken het MW deed. De taak/functieomschrijving was niet helder en de communicatie liep niet goed. De MW'ers waren vaak niet aanwezig bij overleg en er was geen afstemming.

V: in de polikliniek is MW een onderdeel van het multidisciplinair team, in de kliniek is MW zoals in het ziekenhuis. MW is dan geen onderdeel van de teams, maar heeft een eigen plek. Het is dan vooral voor het papierwerk. MW lijkt een eilandje, ze zijn vaak slecht bereikbaar. Het is dan makkelijker om taken zelf te doen dan te wachten op het MW.

Op de polikliniek zitten we naast elkaar, we werken dan echt samen.

M: wat leuk is is dat ik nu soms behandelingsplannen maak samen met de MW'er. De MW'er weet wat er moet gebeuren.

V: Cliënten hebben het MW nodig. Ze zijn dakloos, wonen in zonder-dak-woningen, hebben schulden. De cliënt is daardoor afhankelijk van de MW'er, om van de schulden af te komen heeft de cliënt de MW'er nodig. Maar soms gebruikt de cliënt de MW'er als werkpaard, daarin is deze doelgroep nu eenmaal erg goed, om anderen voor hun karretje te spannen. MW'ers laten zich ook wel vaak voor hun karretje spannen, verpleegkundigen zeggen vaker: laat de cliënt het maar zelf doen.

M: de bejegening van MW'ers is vaak erg goed, kennis schiet soms te kort wanneer het gaat om psychiatrische stoornissen. Verpleegkundigen hebben ook meer contact met de cliënten zelf, MW'ers hebben vaak veel regelzaken te doen.

V: verpleegkundigen in het ziekenhuis leren om met hun handen te werken, verpleegkundigen bij het Bouman leren om met hun handen op de rug te werken. Hier met je juist met je mond werken. Alles gaat door te praten, de behandeling, de bejegening, medicatie en bijwerkingen.

Vraag van M aan Hanneke en Mariëlla: Krijgen jullie lessen over het psychosociale, met rollenspellen etc.?

Ja, we worden heel breed opgeleid. Maar we krijgen weinig lessen over psychiatrie en verslaving.

M: ik zie MW eigenlijk niet echt een psychosociaal gesprek voeren. MW is heel breed. Tijdens het werken ga je ook meer bezig met je specialisatie.

Hoe kan het MW zich beter verbeteren?

Beter profileren, bijvoorbeeld door deskundigheidsbevordering. Het is soms onduidelijk wat het MW eigenlijk doet. Ze moeten meer zichtbaar zijn, hun mond open doen. Ze zouden een stuk kunnen zetten op intranet over wat ze doen of een casus inbrengen.

V: vroeger was het idee om cliënten te moeten helpen, er waren veel agogen werkzaam. Daarna kwam er een omslag, verslaving werd gezien als ziekte en de agogen gingen de deur uit en er kwamen veel meer verpleegkundigen. Sinds zeker 5 jaar is het pas de tendens om in multidisciplinaire teams te werken, om samen te werken en door te verwijzen.

In kliniek heerst nog het ziekenhuismodel. Daar zijn de dokter en de verpleegkundigen degene die het moeten weten. Het MW is meer onzichtbaar. Vanaf hogerhand moet dat veranderen. Moet er meer worden samengewerkt.

M: ze zouden ook een vakgroep voor MW kunnen oprichten.

V: SPH zit een beetje tussen MW en verpleegkunde in hier bij het Bouman.

De visie van Bouman is tegenwoordig dat verslaving een ziekte is. De instelling wordt bijna gezien als een psychiatrisch ziekenhuis. Daarom worden vooral verpleegkundigen aangenomen.

Ook om het geld, hoe zieker cliënten zijn, hoe meer geld je voor hen krijgt.

M: Sinds een jaar heeft verpleegkunde een vakgroep binnen de organisatie. Dat zou ook een goed idee zijn voor MW. Daardoor kan je je beter profileren.

V: tendens is om te groeperen, dat word ook gepusht van bovenaf. Door een vakgroep maak je je beroepsgroep steviger, je kunt je expertise laten zien.

MW werkt vaak alleen, er is minder overleg. Daardoor is er weinig toetsing op je expertise van collega's, dat is wel belangrijk.

Bijlage 14

Interview P&O adviseur Bouman

Algemene gegevens geïnterviewde

Instelling: Bouman GGZ

Functie: P & O adviseur

Afdeling: P & O

Herkent u het probleem dat bovenstaand word uitgelegd, bij 'uitleg onderzoek'?

Ik herken het probleem, er is sprake van een taakverruiling op het gebied van immateriële hulpverlening. Dit komt deels doordat de patiënt aan alle medewerkers hulp vraagt, het zogenoemde 'shoppen' wat een deel is van de overlevingsstrategie van de verslaafd psychiatrisch patiënt. Daardoor nemen de andere medewerkers ook taken op zich die eigenlijk bij het maatschappelijk werk horen. Materiële hulpverlening, denk aan schuldhelpverlening, komt wel bij de maatschappelijk werker terecht.

Vaak komen patiënten binnen bij de poli, daar word meestal alleen gewerkt aan de dringende zaken.

Maatschappelijk werk is dan ook al vaak nodig, maar de patiënt is er nog niet aan toe. In de kliniek wordt het meest gebruik gemaakt van maatschappelijk werk, de patiënt is bezig om zijn leven weer op de rails te krijgen en wil hier dan ook aan werken. Daarna komt de langdurige zorg. De meeste patiënten hebben hun leven dan aardig op orde en maatschappelijk werk is dan minder nodig.

Wat zijn uw (specifieke) taken binnen uw functie?

Ik ben P & O adviseur. Ik werk nu zeven en half jaar bij P & O. Ik geef advies aan het management en soms individueel aan werknemers. Verder voer ik natuurlijk alle P & O taken uit.

Heeft u behoefte aan een betere profilering van het beroep maatschappelijk werk? Waarom wel/niet?

Als ik van een afstand kijk, dan zeg ik nee. Maar de behoefte is groot. Het moet herkenbaar zijn waar men welke hulp kan krijgen. Er zijn 54 locaties binnen Bouman GGZ, het moet voor de patiënt duidelijk zijn welke hulp men waar kan krijgen.

Welke ontwikkelingen zou u graag zien binnen het maatschappelijk werk?

Het maatschappelijk werk heeft vaak een eenzame positie binnen de afdelingen. Door een betere profilering is duidelijker wat ze kunnen bieden. Naast het aandachtspunt om zich beter te profileren zie ik ook graag dat de unieke (soms ook eenzame) positie die de maatschappelijk werkers innemen ook gebruikt wordt om verbinding te maken met het overige zorgpersoneel. Het moet geen individuele functie zijn maar een die aansluit en toegevoegde waarde heeft bij de gewone behandeling van patiënten.

Ik neem aan dat u als p&o adviseur ook te maken heeft met de vacatures die uitgezet worden. Word er in deze vacatures onderscheid gemaakt tussen maatschappelijk werk en sociaal pedagogisch werk?

Nee, er wordt geen onderscheid gemaakt in die zin dat we vragen om een agogisch werker. De medewerker moet 5 algemene taken kunnen uitvoeren welke horen binnen het maatschappelijk werk en het sociaal pedagogisch werk. Daarnaast kunnen we vragen om een specialisatie op het gebied van maatschappelijk werk, sociaal pedagogisch werk en reclasseringswerk. In principe maken we wel onderscheid tussen de

verschillende functies, sociaal pedagogisch werkers op de groep, maatschappelijk werkers individueel. In de praktijk loopt dit wel door elkaar.

Welke competenties en kennis heeft, uw inziens, een maatschappelijk werker nodig om te werken met de verslaafde psychiatrische patiënt?

Kennis van verslaving, van de ziektebeelden in de psychiatrie en om kunnen gaan met agressie.

Ziet u dat deze worden aangeleerd in de opleiding?

Hier wordt te weinig aandacht aan gegeven binnen de opleiding, sinds een aantal jaar geven wij deze trainingen zelf aan nieuwe werknemers omdat wij signaleerden dat men deze kennis niet in de opleiding kreeg.

Verder wil ik nog zeggen dat maatschappelijk werkers in een lastige situatie komen als ze gaan werken met de doelgroep verslavingspsychiatrie. Want waar begint de hulpverlening en waar eindigt deze? Deze doelgroep heeft zo'n kleine zelfredzaamheid dat ze het liefst iedere dag een uur over hun problemen zouden willen praten. Hoe ga je daar mee om? In de opleiding wordt amper geleerd hoe je met de verslaafd psychiatrisch patiënt omgaat.

Bijlage 15

Interview ontwerper minor GGZ aan de CHE

Herkent u de problematiek?

Niet echt, er is een profiel voor de GGZ agoog gemaakt, die wij ook gebruiken voor de minor. Daaronder vallen MWD'ers en SPH'ers omdat de opleidingen veel op elkaar lijken. Voor dit profiel is ook gebruik gemaakt van andere profielen in de sociale sector. Veel segmenten komen overeen. Als MWD'er of SPH'er heb je dezelfde kennis van de problematiek nodig. Je zou dan juist weer de opsplitsing moeten maken tussen specifiek MWD en specifiek SPH.

Hoe kwalificeert u de opleiding MWD op het gebied van verslavingspsychiatrie?

In de major komt alleen de basale kennis over verslaving en psychiatrie aan bod, dat is nauwelijks voldoende om aan het werk te kunnen met deze doelgroep. Daarvoor is de minor ontwikkeld, hierin ga je dieper in op de methodieken etc. Met de minor mag je jezelf GGZ-agoog noemen. GGZ-agoog is nog geen BIG-geregistreerde beroepsgroep, in 2003 was er een lobby om dit wel voor elkaar te krijgen. Dit is niet gelukt, de wet BIG nog niet goed in elkaar zat, waardoor er nog geen andere beroepsgroepen werden toegelaten. Hoe het precies zat weet ik niet, dus laat je daar maar in dit verslag niet over uit.

Wat adviseert u een studente maatschappelijk werk die met de doelgroep verslavingspsychiatrie wil werken?

Om de minor te volgen, hiermee krijg je voldoende kennis en vaardigheden om als beginnend hulpverlener aan de slag te kunnen. Je kunt ook de post-hbo verslavingszorg volgen. Ook hier is aandacht voor de dubbele diagnose, psychopathologie komt aan bod. De post-hbo heeft natuurlijk een overlapping met de minor, maar in de post-hbo word dieper in gegaan op de methodieken etc. en krijg je meer kennis en vaardigheden aangeboden.

Heeft u aanbevelingen voor de organisatie hoe zij maatschappelijk werkers het beste kunnen inzetten?

Dat vind ik moeilijk om te beantwoorden. Het verschil is klein tussen MWD en SPH. Als je de minor niet hebt gevolgd maar wel een passie hebt voor de doelgroep dan is het aan de werkgever om te besluiten om iemand wel of niet aan te nemen. En als je dan merkt dat je hiaten in je kennis hebt, dan is het jouw verantwoordelijkheid om die kennis te verkrijgen, bijvoorbeeld door middel van cursussen of bijscholing. SPH'ers en MWD'ers zijn in de opleiding gescheiden, maar in de praktijk blijkt dat SPH'ers en MWD'ers inwisselbaar zijn omdat de houding en sociale vaardigheden sterk overeenkomen.

Zou verslaving niet meer aan bod moeten komen in de opleiding omdat het steeds meer en in alle bevolkingslagen voorkomt?

Daar ben ik het mee eens, het komt nog te weinig naar voren in de major van de sociale studies. Maar dit is niet zo snel te veranderen, misschien in de toekomst.

Bijlage 16

Job description of the Social worker

At the Drug and Substance Abuse Clinic, part of the Psychiatric Special Health Care department, University Hospital Kuopio.

Education:

It is defined by law the basic training the Social worker has to have had. Training requirements are general psychiatric. A higher university degree, including a main training in Social Work, or equivalent professional training, is required by law.

Talentia:

Union of Social workers.

Social worker must abide to the ethical rules, appropriate for his position.

Position in organisation:

Specialized in Social Work, within the team, including many different professionals. Closest superior is the head of the department. In terms of clinical work, his superior is the chief physician of the clinic here. In terms of his own professional questions, his superior is the Social worker coordinator of the hospital.

What the Social worker does:

Works in a group of specialists, as a member within the clinical service, regarding planning and work inside the development.

Special knowledge:

- he investigates the social situation of the patients who come for diagnosis and treatments, if needed the preparation of the program for rehabilitation
 - gives counseling to the patient
 - gives guidance as far social security is concerned
 - keeps contact with other services in relation to the examination of the patient, the treatment of the rehabilitation
 - investigates within the community the clinical status of the patient and makes plans for treatment
 - gives consultation or guidance to the patient, as far as treatment is concerned and in terms of official complaints the patient may have, according his treatment
 - makes appropriate documentation and gives testimony as far the social situation of the patient is concerned
- the Social worker makes therapeutically interventions, as far is agreed upon in the working community
- Social worker takes part in training of other Social workers, or the development of the work
- Social worker gives consultation, guidance and training to students in his old profession
- Social worker may work as a senior for students in their practical training.

He may do (extra) tasks which are appointed to him

→ for example: the Social worker also keeps track of a website for patients and of safety issues for the staff

(translated from the Finnish version)

Bijlage 17

Presentation of physician van het KYS

Finland has a long border with Russia → a way to bring drugs to the country. And in the west
There is alcohol tourism to Estonia, they have cheaper alcohol.

The university clinic has a widespread region, people who are treated stay in the ward

Benzodiazepines, angstremmers (=anxiolitics) → prescribed to addicted patients

Alcohol consumption

One of Europe's countries with the highest consumption

Alcohol related death is number one cause of deaths (not due to age or sickness)

Cannabis

20% of the youth (12-18 has used this at least once)

Not as much as other European countries, but it is an increasing phenomenon.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

in Lissabon

www.emcdda.europa.eu

Outpatient clinic:

2 physicians

3-4 nurses

1 pharmacist

1 Social worker

1 secretary

about 120 patients a year

4000-5000 visits a year

About 25 pat. In subst. Treatment

– Methadone

– buprenorphine (suboxone)

Addiction psychiatry wards (KYS, Julkula hospital):

Max 8-9 patients

open ward

voluntary treatment (locked doors)

therapeutic environment → cognitive behavioural treatment

drug-treatment, psychotherapy

Main services:

diagnosis and treatment of co morbid disorders

detoxifications

initiation of opioid substitution treatment

investigation of vocational capacity (what can the patient do, what further training is indicated, close contact with social services and Social workers, follow-up treatment at other services)

planning of rehabilitation

Other services with similar treatments: Kuopio area drugs service centre → KSPS

Kuopio: long tradition of alcohol services, combined in the local health centre, in a trust for the Kuopio municipality and area. The municipality buys the alcohol and drugs treatment from the trust

Also has outpatient department and de-toxification, needle exchange program.

Bijlage 18**Competenties Finse opleiding 'social counselor', applied science**

TABLE 1. The common competencies of those graduating from the university of applied sciences

<i>Generic competences</i>	<i>Description of the competence, bachelor level</i>
<i>Learning competence</i>	able to evaluate their own skills and define their own skill development needs in learning recognising their own behaviour of learning as well as being capable of independent learning and developing their own methods of learning capable of learning together and sharing of what has learnt with the work community capable of working with changes, identifying and making use of different learning and functioning opportunities able to plan, organise and develop their own actions
<i>Ethical competence</i>	able to apply the values and professional ethics of their own field take responsibility of their own actions and act in accordance with agreed practices able to apply the principles of sustainable development in their actions knows how to take others into account in their own actions
<i>Communication and social competence</i>	be able to listen to others as well as writing down things, verbal and visual presentation using different communication styles able to work in typical situations of communication and interaction in their own field to understand the principles of group and team work and be able to work with others in multi disciplinary work groups able to make use of information and communication technology in their own work able to retrieve and process information in their own field as well as being able
<i>Development competence</i>	to assess critical information and to form an overall assessing of the entirety is familiar with the research and development criteria and methodologies and is able to implement small-scale research and development projects when applying knowledge already in existence in the field of application is familiar with the project activity sectors and how to function in project assignments adopts an initiative minded and developmental work method as well as being capable of decision making and problem solving in the work place understands profitable and customer based operational principles as well as own capabilities for entrepreneurship
<i>Organizational and societal competence</i>	is familiar with the social-economic links in own field is familiar with the possibilities of social influence for the development of own

field

is familiar with the main principles of organisations activity and leadership as well as own capabilities of leadership

is familiar with working practices and able to work in working community

is able to plan and organise work activities

International competence

the written and verbal skills of at least one foreign language in their own line of work and it's development

understands cultural differences and is capable of co-operation with people representing different cultures

is able to make use of the international information sources in own field

understands the impact of international development and it's possibilities in own field of work

THE PROFESSIONAL BASES OF VALUES AND KNOWLEDGE REQUIREMENTS FOR A BACHELOR OF SOCIAL SERVICES

The main aim of a university of applied sciences education is to educate a wide range of experts in social care. They have a capability potential which is tied up to social care professional values which are transferrable to different work areas of social care, regardless of the age of people or the phenomena worked with at any given time. Professional bases are social care values: human dignity and fairness, independence and life management, prevention of social exclusion and promoting of participation, objecting to violence and discrimination, a client's right to autonomy and privacy. The values are tied up to the teaching content of vocational studies and are learnt gradually as the degree programme progresses.

TABLE 2. The education oriented competencies of social care (competence areas)

Subject specific competences

Degree programme in Social Studies

Ethical competences in Social Work

Competence description

A Bachelor of Social Services has adopted the ethical principles of the profession and is committed to implement them in professional practice. He or she is able to pursue ethical reflection required by the professions within Social Work. He or she is able to take the clients' individual needs into consideration and to work in situations which involve conflicting values. A Bachelor of Social Services promotes equality and tolerance and strives for the prevention of marginalisation at social, community and individual level.

Client work

A Bachelor of Social Services is able to create an interactive,

professional relationship with the client which enables client participation. He or she understands the clients' needs and resources in a particular context. A Bachelor of Social Services is able to implement a variety of theoretical approaches and working methods in an appropriate way and to assess their success. He or she is able to support and guide individuals and groups of clients in their daily activities in a goal-oriented way taking into consideration the different stages of growth and development and personal contexts.

Social services

A Bachelor of Social Services knows the organisation and legislation of the services which support well-being and social security. He or she is able to perceive changes in the services and to participate in their development in a variety of ways. He or she is able to select the appropriate services to support clients in a variety of situations. A Bachelor of Social Services is able to work in multidisciplinary networks and is competent in case management.

Social analysis

A Bachelor of Social Services understands the relationship between an individual and society and is able to approach and analyse it from a variety of theoretical perspectives. He or she knows the connection between the prerequisites for functioning socially and decision-making in society. A Bachelor of Social Services can analyse social problems within the social-structural framework.

Reflective development and management

A Bachelor of Social Services has adopted a reflective and explorative approach to work. He or she is able to evaluate the theoretical points of departure for his or her actions and, as required, to implement alternative approaches so as to change his or her actions. A Bachelor of Social Services has evidence-based theoretical knowledge and he or she is able to produce new knowledge. A Bachelor of Social Services is able to work as a manager with initiative and as an active member of the work community. He or she is able to lead experts in Social Work, work communities and services in cooperation with a multidisciplinary group.

Community and society

A Bachelor of Social Services understands the functional principles and characteristics of communities. He or she is able to cooperate with concerned parties to strengthen and create community spirit and participation. A Bachelor of Social Services is able to participate in social discussion on values and to influence decision-making in cooperation with clients and other actors. He or she can identify constructions which produce inequality and is able to act so as to

deconstruct them.

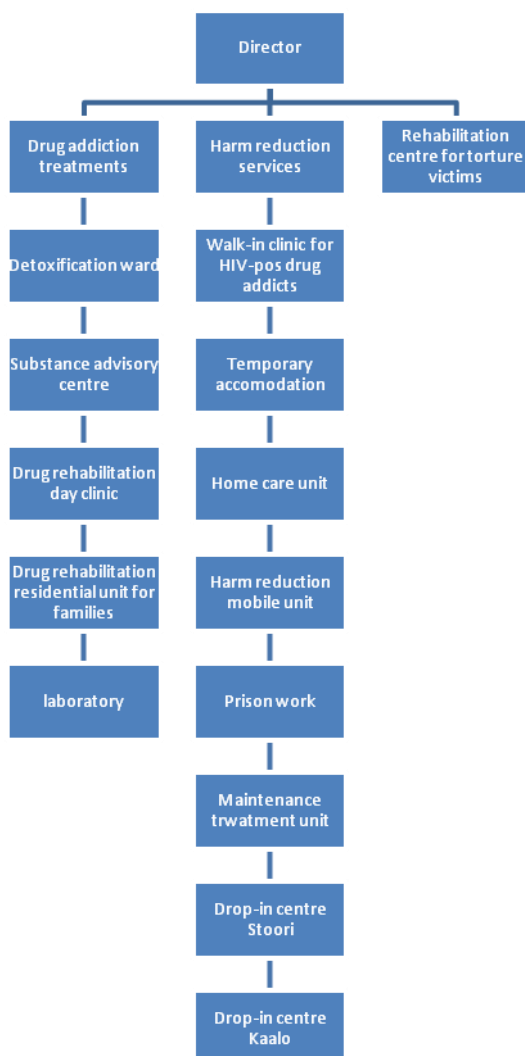
As well as values the philosophical idea of seeing man as a whole (as a holistic being) which can be understood in different dimensions: bodily (physical), conscious (psychological) and functional (social) being belongs to the professional bases. The broad spending knowledge of social care bases itself on this holistic idea of man and builds itself upon a versatile development of the individual as well as of the knowledge, skills and attitudes of the group and community.

The Bachelor of Social Services professional skills are described in the competence descriptions in table 2. The areas of expertise form a multi-dimensional entity, the centrepiece of which is the relationship between the individual and society. Social care professional work is the processing of problems occurred during the transitional stages of life which are implemented with a guidance like work approach in which with regards to matters affecting his/her life the client remains the expert. A special task of social guidance is to support and guide those citizens, which don't possess enough cultural, social and economic resources for managing their own life. Guidance aims at strengthening the citizen's selection and evaluation ability, to increase their own life expertise and to support credentials for a good life.

Bijlage 19

Substance abuse welfare work at the Helsinki Deaconess Institute, a presentation of the institution

Organogram 2009:



Service offering to customer segments

Marginalized drug addicts

Mobile harm reduction unit

Maintenance treatment unit

Drop-in centre Stoori

HIV-positive drug addicts

Walk-in clinic for HIV-positive drug addicts

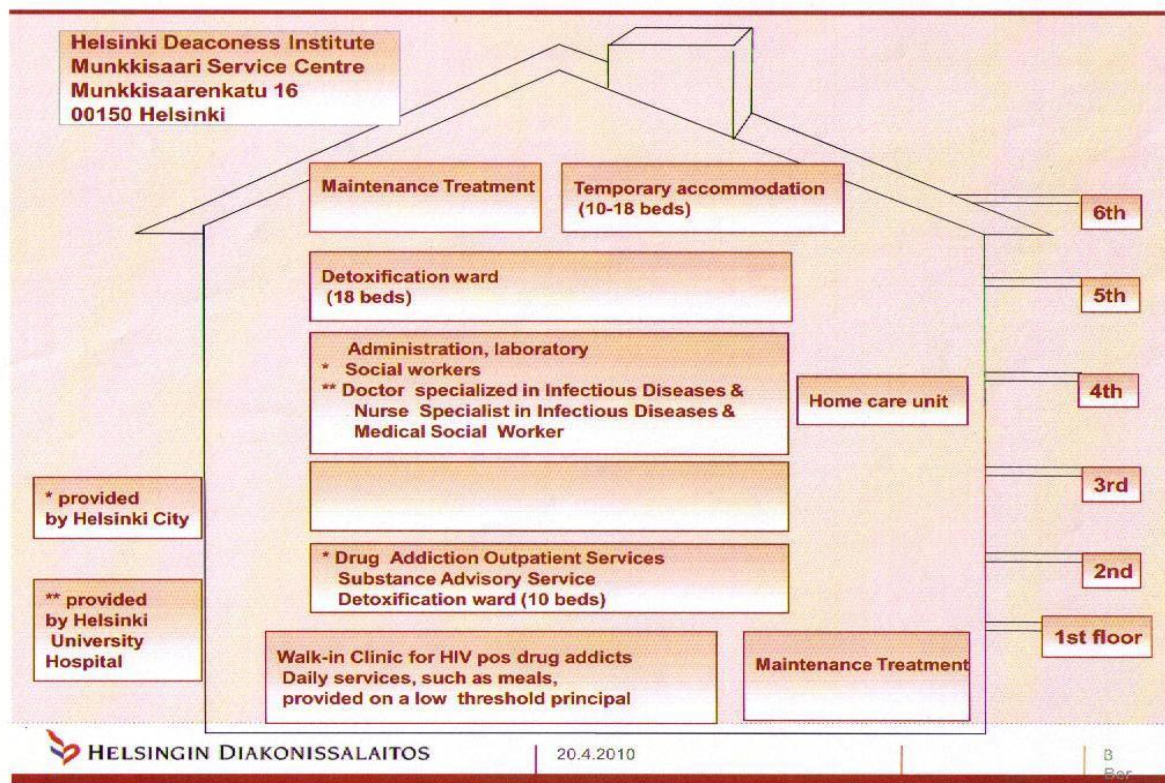
Temporary accommodation

Home care unit

Other drug abusers

Drop-in centre Kaalo

Prison work



Our mission statement

To engage in preventive work and early intervention against the spread of contagious diseases among IDUs (injection drug users)

To improve and/or maintain the quality of life of HIV-positive drug addicts

Goals and objectives

Centralized offering of basic and specialised services

Low threshold principle

Harm reduction

Customer driven

Respect for the individual

Professionalism

Walk-in clinic for HIV positive Drug addicts

Open daily between 9 am and 7 pm

Meals, hygiene facilities, a venue for resting

Health counselling

Therapeutic community oriented psycho-social rehabilitation

Drug abuse treatment programs and medication

Methadone maintenance program

HIV-medication

Anti-depressants

On-site nursing services

Medical services

Ear and body acupuncture

Laboratory services

Welfare services

Temporary accommodation

Open daily between 7 pm and noon

About 20 beds

Food, hygiene facilities

Health assessment

Taking up responsibilities of housework

Community-based approach

Aiming at assisted housing

Assisted housing

Home care unit

Working in pairs (nurse and practical nurse)

Nursing care services and psychosocial support services

Home visits (housing issues, conversations)

Network meetings (nursing and housing facilities, hospitals, prisons)

Liaising support with public authorities and stores

Medication plan and nursing practices according to the care plan

Mobile harm reduction unit

Working in pairs (always including a health care professional)

Every weekday except Friday between 4 pm and 8.30 pm around Helsinki and Vantaa region

Health-counselling

Needle and syringe exchange programme

HIV testing

Vaccinations

The care and treatment of skin and soft tissue infections

Referral to public services

Maintenance treatment unit

Monday through Friday between 9am and 2 pm

1st and 6th floor

Working in pairs (nurse and care worker)

Medical services once a week

Medication care

Individual discussions, group activities, liaising support with public authorities, network and institution visits, home visits

Staff in Munkisaari service centre, maintenance treatment and harm reduction mobile unit (37 staff members)

Director (50%), manager and 2 ward nurses

Physician specialized in addiction medicine

Clinical nurse specialist (50%)

Nurses (13, one works at drop-in centre Stoori)

1 pharmacist

1 Social worker

5 care workers

1 Community service employee

1 secretary

Core competencies:

Marginalization from society

Drug addiction treatments

Infectious diseases care work

Mental health work

Security and operational environment

Network

Special social services office of Helsinki

Social worker

social welfare worker

Helsinki university central hospital, department of medicine, division of infectious diseases

doctor specialized in infectious diseases

nurse specialized in infectious diseases

medical Social worker

Sodexho

nutrition and catering services

cleaning and maintenance

Drop-in centre Stoori

daily activities for marginalized drug addicts

Mondays through Thursdays between 7 am and 4 pm, Fridays and Saturdays between 7 am and 2 pm

Multi-professional working group: ward nurse, general nurse, 2 social care workers, practical nurse, cafeteria clerk

Medical services once a week

Support in everyday issues

Community-based approach

Medical care

Health counselling

Ground work

Drop-in centre Kaalo

Daily activities for Romani people on the verge of marginalization

Mondays through Thursdays between 8.30 am and 2 pm, on Fridays field work and work groups

Multi-professional working group: supervisor, care worker, field worker

Day centre activities, operative

Referral to services and liaison support

Health counselling

Field work

Home visits, institution visits

Networking and consultation

Prison work

Joint project between the Suomenlinna division of Helsinki open prison and Helsinki deaconess institute

Special care worker

Support inmate drug abstinence through development of both individual and group therapy models

Alie Weerha

Conclusies aan Orie

(= cf. document 1 → weggelaten)
≠ doc. 3

De opleidingskwalificaties i.c. competenties respectievelijk studie-inhouden zijn bedoeld voor de agogische advisering, ondersteuning en begeleiding van kinderen/jongeren, volwassen en ouderen in de psychiatrie (APZ, RIAGG, RIBW, Dagactiviteitencentra, Centra voor arbeidsrehabilitatie en psychiatrische afdelingen van instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg), de verslavingszorg en de forensische psychiatrie indien de advisering, ondersteuning en begeleiding worden gerealiseerd in de geestelijke gezondheidszorg.

SEGMENT 1

Competenties ten behoeve van het werken met cliënten.

Kwalificatie 1.1

De agoog in de GGZ houdt rekening met de psychiatrische of psychische stoornis en kan zelfstandig en in een samenwerkingsrelatie (dialoog) met cliënt, cliëntsysteem en collega's een hulpvraag signaleren, analyseren, de hulpvraag vaststellen, de doelen en het aanbod (her) formuleren, zodanig dat het aanbod een beroep doet op de mogelijkheden van de cliënt. Hij

- geeft dit vorm in een handelingsplan dat zich richt op empowerment en laat daarbij de regie waar mogelijk aan de cliënt en/of het cliëntsysteem;
- weet vanuit voldoende kennis van psychiatrische c.q. psychische handicaps, de symptomen en mogelijke oorzaken, contact te leggen en te onderhouden;
- anticipeert op relevante ontwikkelingen in het functioneren van cliënt en cliëntsysteem.

Kwalificatie 1.2

De agoog in de GGZ ontwerpt zelfstandig in interactie met cliënt en cliëntsysteem (deel)programma's, handelingsplannen afgestemd op de specifieke cliënt (situaties) die vaak worden gekenmerkt door complexe problematiek en maakt waar nodig gebruik van de mogelijkheden die de GGZ biedt. Hij

- neemt de sociale situatie van de cliënt als uitgangspunt voor het opstellen van deelprogramma's en handelingsplannen;
- versterkt de zelfredzaamheid en ontplooiing van de cliënt;
- maakt gebruik van sociologische, psychologische en multicultureel georiënteerde theorieën;
- maakt gebruik van hulpverleningsmethodieken als rehabilitatie en sociotherapie gericht op (re)integratie van de cliënt;
- kan praktijkonderzoek uitvoeren;
- maakt gebruik van bij het deskundigheidsgebied aansluitende programma's en protocollen in de GGZ gericht op preventie, stabilisering en verbetering.

Kwalificatie 1.3

De agoog in de GGZ legt verbindingen tussen cliënt en het cliëntsysteem en tussen cliëntsysteem en het professionele netwerk. Hij

- gebruikt hulpbronnen, zet hulpstructuren op voor de versterking van het sociaal netwerk van de cliënt;
- werkt samen met hulpverleners in de GGZ en verwijst met kennis van de "sociale kaart" indien nodig naar hulpverlenende personen en instellingen.

Kwalificatie 1.4

De agoog in de GGZ richt zich op het **ontwikkelen en instandhouden van competenties** bij cliënt en cliëntsysteem om het functioneren in en organiseren van de woon- en leefsituatie mogelijk te maken.

Hij richt zich specifiek op ondersteuning op het grensvlak van (forensische) psychiatrie c.q. verslavingszorg en samenleving: community support, het samen ontwikkelen van betekenisvolle relaties, van perspectief en zingeving.

Kwalificatie 1.5

De agoog in de GGZ werkt met name met **sociaal agogische, non-verbale en muzisch agogische methoden** met cliëntsysteem en/of cliënt aan een voor cliënt en cliëntsysteem zo optimaal mogelijk woon-, leef- en opvoedingsklimaat. Levert een bijdrage aan het herstelproces en/of de levenssituatie van de cliënt en zijn mogelijkheden tot zelfbeschikking.

De agoog in de GGZ kan

- het gedragsrepertoire beïnvloeden;
- individuen en/of groepen cliënten begeleiden;
- voorlichting, advies en informatie geven op materieel en of immaterieel gebied;
- de specifieke eigenheid van gehanteerde methoden aan cliënten en -cliëntsysteem toelichten en verantwoorden.

Dit in het bijzonder vanuit de kennis en implicaties van psychische en/of psychiatrische problematiek en de (bij)werking van psychofarmaca.

Kwalificatie 1.6

De agoog in de GGZ creëert voor de cliënt die - of het cliëntsysteem dat - aangewezen is op hulp van een instelling voor Geestelijke Gezondheid, **sociale ondersteuning** en versterkt hiermee en/of mede het sociaal systeem van de cliënt.

De agoog in de GGZ beschikt over bekwaamheden op het gebied van:

- sociale ondersteuning, de agoog in de GGZ handelt ter voorkoming of reductie van de invloed van voor de cliënt en cliëntsysteem nadelige processen van stigmatisering en uitstoting;
- weet het belang van en hoe te handelen bij het reduceren van sociaal isolement met name ten gevolge van klinische syndromen en persoonlijkheidsstoornissen;
- beheerst de kennis op het gebied van sociale systemen en kent de betekenis en invloed van deze systemen op het dagelijks functioneren en kan op grond hiervan analyseren, ontwerp en uitvoeren;
- beschikt over communicatieve bekwaamheden en toont invoelend vermogen en is in staat realistische inschattingen te maken.

Kwalificatie 1.7

De agoog in de GGZ is in staat de **belangen te behartigen** van de cliënt die - of het cliëntsysteem dat - aangewezen is op hulp van een instelling voor Geestelijke Gezondheidszorg.

Hij kan de cliënt of het cliëntsysteem ondersteunen door met hen of namens hen op te treden naar derden binnen of buiten de instelling.

In dialoog met de cliënt en diens systeem oriënteert de agoog in de GGZ zich op hun respectievelijke belangen, analyseert met hen de mogelijkheden en ontwerpt met hen een plan om die belangen te behartigen. De agoog in de GGZ evalueert met de cliënt en diens systeem de resultaten van de belangenbehartiging, zet vervolgstappen of beëindigt de begeleiding.

Kwalificatie 1.8

De agoog in de GGZ is in staat over de (voortgang van de) hulp- en dienstverlening methodisch te **rapporteren** en deze te **evalueren** en bij te stellen gebruik makend van in de GGZ gehanteerde werkwijzen.

Kwalificatie 1.9

De agoog in de GGZ formuleert, onderbouwt en verantwoordt zijn keuzes voor het hanteren van bepaalde **methoden en middelen**.

Hiervoor maakt de agoog in de GGZ gebruik van theoretische, ethische en juridische kaders. Het kan hierbij gaan om:

- ethische vraagstukken met betrekking tot autonomie, zelfbeschikking, veiligheid en dwang en drang;
- vraagstukken met betrekking tot vigerende wet- en regelgeving op het gebied van privacy, (be)handelingsovereenkomsten, bijzondere opnemingen, middelen en maatregelen;
- vraagstukken met betrekking tot handelen vanuit orthopedagogische, (ortho)agogische, psychosociale, handelingspsychologische (of constructivistische of interpersoonlijke), (cognitief of gedrags) leertheoretische, psychodynamische of (sociaal) systeemtheoretische theorieën of noties.

Kwalificatie 1.10

De agoog in de GGZ **verantwoordt** zijn beroepshandelend optreden ten overstaan van de cliënt en/of diens vertegenwoordigers, de eigen hulpverleningsorganisatie en/of andere opdrachtgevers en/of de samenleving.

Verantwoording van beroepsgericht handelen veronderstelt dat de agoog in de GGZ toont dat hij bewust, doelgericht en systematisch handelt met in acht name van de wensen en mogelijkheden van de cliënt en/of diens systeem met in acht name van het (tijdelijke) onvermogen tot effectief handelen van de cliënt ten gevolge van een psychiatrische stoornis.

Besef en kennis van samenhang van sociale systemen, wederzijdse beïnvloeding, wederkerigheid, wederzijdse afhankelijkheid toont de agoog in de GGZ in dialoog met de cliënt en voor hem/haar belangrijke anderen.

SEGMENT 2

Competenties van de GGZ-agoog voor het functioneren in een GGZ-organisatie

Kwalificatie 2.1

De agoog in de GGZ

- kan zelfstandig professioneel **samenwerken** en contact leggen met andere beroepsgroepen binnen de GGZ en met beroepsgroepen in aanpalende sectoren van zorg;
- werkt binnen de specifieke cultuur van GGZ-instellingen zoals het APZ, het RIAGG en de PAAZ, instellingen voor forensische psychiatrie en verslavingszorg en psychiatrische afdelingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg afdelingen en stemt zijn handelen af op andere beroepsgroepen, zoals de psychiater, de (G) ZZ of klinisch psycholoog en verpleegkundig opgeleide werkers in de GGZ.

Een en ander houdt in dat de agoog in de GGZ transmuraal werkt, samenwerkt met collega hulpverleners aan zorgprogramma's en kan samenwerken in multidisciplinair samengestelde teams.

Kwalificatie 2.2

De agoog in de GGZ levert een bijdrage aan de **ontwikkeling en implementatie** van methodieken in GGZ instellingen.

De GGZ-agoog is in staat te functioneren in hulpverleningsprocessen waarbij gebruik wordt gemaakt van methodieken zoals bijvoorbeeld preventief werken, psycho-educatie, groepstherapie, sociotherapie, woonbegeleiding, competentie model, rehabilitatie, casemanagement, outreachend werken, community support en muzisch agogisch werken.

Kwalificatie 2.3

De agoog in de GGZ kan **(bege)leiding geven** aan collega hulpverleners en vrijwilligers in een GGZ-setting bij de hulpverlening aan cliënten. Hij

- levert een bijdrage aan het functioneren van teams en is in staat de competentie van een team te vergroten door de kwaliteit van processen en van individuele werkers te verbeteren;
- beschikt over vaardigheden om projectgerichte activiteiten te begeleiden.

Kwalificatie 2.4

De agoog in de GGZ is in staat binnen zijn werkeenheid in de GGZ een **signaleringsproces** op gang te brengen.

Hij beschikt over bekwaamheden op het gebied van:

- observatie en rapportage ten aanzien van hulpverleningsprocessen;
- probleemsigalering ten aanzien van individuen, groepen en (instellings-)beleid;
- het omgaan met incidentenregistratie, het omgaan met "fouten en bijna ongelukken" (FONA beleid) en klachtenregistratie.

Kwalificatie 2.5

De agoog in de GGZ is in staat tot het leveren van een bijdrage aan **kwaliteitszorg** binnen een GGZ-instelling. Hij

- betreft cliënten en cliëntenorganisaties bij het vormgeven en uitvoeren van kwaliteitszorg;
- is in staat kwaliteitskenmerken van de zorg te verwoorden en deze te presenteren;
- levert een bijdrage aan kwaliteitszorg door het eigen handelen en het handelen van de hulpverleningsorganisatie te beschrijven en te verantwoorden ten behoeve van met name cliëntenorganisaties, de overheid en financiers van de zorg.

Kwalificatie 2.6

De agoog in de GGZ kan de instelling naar buiten **vertegenwoordigen**. Hij

- weet op basis van de sociale kaart van de GGZ welzijnscollega's te bereiken en bij te dragen aan een transparant zorgnetwerk;
- kent de dienstverlening en programma's van de eigen instelling en hoe deze samenhangen met het aanbod van andere instellingen.

Kwalificatie 2.7

De agoog in de GGZ kan zich als professional in en buiten de eigen organisatie **positioneren en legitimeren**. Hij

- positioneert en legitimeert de agogische invalshoek binnen het multidisciplinaire team van de eigen GGZ-organisatie;
- positioneert en legitimeert zich als professional met een eigen invalshoek binnen verschillende GGZ-organisaties;
- profileert en legitimeert de eigen positie binnen de GGZ en extern.

Kwalificatie 2.8

De agoog kan **samenwerken** met collega's van diverse beroepsdisciplines in het kader van ontwikkeling en uitvoering van hulpverleningsprogramma's en het uitvoeren van projecten. Hij

- kan samenwerken met collega's van voor de GGZ-relevante beroepsdisciplines, met name met psychiaters, verpleegkundigen, (G)GZ-psychologen, pedagogen, psychotherapeuten, creatief en motorisch therapeuten en kan hierin de eigen inbreng profileren en bewaken;
- bezit communicatievaardigheden om, met inachtneming van de psychiatrische terminologie, het agogische aspect van behandelplannen te waarborgen;
- kan, in de samenwerking met voor de GGZ relevante beroepsdisciplines, de eigen inbreng vormgeven in hulpverleningsprogramma's en projecten.

Kwalificatie 2.9

De agoog in de GGZ kan **condities bewerkstellingen** binnen een GGZ-organisatie die een verantwoorde hulp- of dienstverlening mogelijk maken.

Kwalificatie 2.10

De agoog kan doelgroepen en situaties **signaleren** die aandacht vragen en die onder de aandacht brengen van organisaties. Hij

- kan samenwerking met de eerstelijns (G)GZ, zoals huisartsen, GZ psychologen en cliëntorganisaties;
- kan in samenwerking met eerstelijns GGZ-betrokkenen en andere maatschappelijke instanties, zoals woningcorporaties, sociale diensten, scholen, politie, welzijnsorganisaties en centra voor Werk en Inkomen hulpvragen signaleren en deze onder de aandacht brengen van de betrokken organisaties;
- kan doelgroepen en situaties signaleren die een verhoogd risico lopen op GGZ-problematiek en deze onder de aandacht brengen van zowel GGZ-organisaties en andere betrokken maatschappelijke organisaties.

Kwalificatie 2.11

De agoog kan een bijdrage leveren aan de ontwikkeling en vernieuwing van de organisatie in het kader van **kwaliteitszorg** en kan daarbij gebruik maken van de mogelijkheden van ICT.

SEGMENT 3

Competenties van de GGZ-agoog met betrekking tot het werken aan professionalisering van het beroep GGZ-agoog

Kwalificatie 3.1

De agoog in de GGZ toont een adequate en lerende **beroepshouding** ten overstaan van cliënten, collega's en de organisatie. Hij

- is bekwaam en bereid om deel te nemen aan collegiale consultatie;
- kan een bijdrage leveren aan het opleidingsbeleid van de eigen instelling.

Kwalificatie 3.2

De agoog in de GGZ reflecteert op en stuurt de eigen loopbaan en werkt aan zijn **deskundigheid**. Hij

- draagt zorg voor de eigen persoonlijke professionele ontwikkeling binnen de GGZ;
- kan reflecteren over eigen gevoelens, zwakke en sterke kanten en processen van overdracht en tegenoverdracht;
- bewaakt zijn specifieke agogische deskundigheid, actualiseert deze en draagt zorg voor een blijvende professionele bijdrage binnen het multidisciplinaire team;
- kan de rol van agoog in de GGZ positioneren en legitimeren binnen nieuwe ontwikkelingen in de GGZ.

Kwalificatie 3.3

De agoog in de GGZ levert onder meer door deelname aan **praktijkonderzoek** een kritische bijdrage aan de ontwikkeling van de beroepsmethodiek in de GGZ vanuit een agogische visie, de maatschappelijke erkenning van het beroep en legitimatie daarvan als ook de verankering daarvan in de GGZ, in het bijzonder aansluitend bij actuele beroepsvraagstukken in dit domein en vanuit kennis van onderzoeken die nationaal en internationaal verschijnen.

Bijlage

Leden werkgroep "opleidingskwalificaties agogen inde GGZ"

Erica Brettschneider	E.Brettschneider@fsao.hvu.nl	HS Utrecht
Jean Baptiste Segond von Banchet	J.B.SegondVonBanchet@hhs.nl	Haagse HS
Alie Weerman	A.Weerman@windesheim.nl	HS Windesheim
Nico van Tol, voorzitter	tol.van.n@hsleiden.nl	HL Leiden

Meelezers werkgroep "opleidingskwalificaties agogen inde GGZ"

Jaap van Egmond	j.w.van.egmond@pl.hanze.nl	Hanze HS
Jan Lindemulder	Jlindemulder@gh-gpc.nl	Gereformeerde HS

Bijlage 21

Bouman GGZ: GZ Agogisch Werker (MBO) II

Functie	: GZ-Agogisch Werker (MBO) II
Inschaling	: CAO-GGZ FWG 35

I. Doel van Bouman GGZ: Bouman GGZ is een instelling die geestelijke gezondheidszorg biedt aan iedereen die een verslavingsprobleem heeft, veelal in combinatie met andere psychische aandoeningen.

Doel van de functie: het leggen van contacten met de (specifieke) doelgroep, het verlenen van (elementaire) hulp en het begeleiden naar hulpverleningsinstellingen; het begeleiden van dag- en avond- en nachtbesteding door middel van begeleiding van (groep)activiteiten om gedragsverandering van cliënten/patiënten te bewerkstelligen afhankelijk van indicatie en diagnostiek. Co - mentorschap van cliënten /patiënten Het assisteren bij individuele- en/of groepsgewijze behandeling. Het opstellen van activiteitenprogramma's binnen richtlijnen of in overleg met de leidinggevende.

Leiding geven / leiding ontvangen

Ontvangt leiding van de afdelingsmanager.

Richt zich naar instructies/aanwijzingen van de behandelingsverantwoordelijken, artsen en psychiaters.

Geeft geen leiding.

Verantwoordelijkheden / bevoegdheden:

Voor zover voor enkele specifieke functies van toepassing, zijn verantwoordelijkheden en bevoegdheden omschreven in:

Relevante kaderstellende wetgeving

Gedragsregels en richtlijnen vanuit beroepsgroepen

Daarnaast gelden voor alle functies:

Het kaderstellend beleid Bouman GGZ m.b.t. werkwijze, organisatie

Protocollen m.b.t. het professioneel handelen en werken

Gedragsprotocollen, waarin normen zijn omschreven waaraan medewerkers zich houden

Resultaatgebieden:

Omgaan met crisissituaties

Leefklimaat

Teamwork

In combinatie met één of meer van de volgende resultaatgebieden:

++ Begeleiding van dag-, avond- en nachtbesteding door middel van (groep)activiteiten: recreatie, sport, werk en andere activiteiten zoals koken

Assistentie bij individuele- en/of groepsgewijze behandeling van cliënten/patiënten

++ Aanmelding

++ Veldwerk

- ++ Woon- werkbegeleiding
- ++ Uitvoering van werkstraffen

II. Plaats in de organisatie

Zie organogram

III. Resultaatgebieden en prestatie-indicatoren

<i>Resultaatgebieden</i>	<i>Prestatie-indicatoren</i>
Omgaan met crisissituaties	Tijdigheid signaleren crisis Accuratesse optreden, waaronder contact met verantwoordelijken binnen de afdeling, respectievelijk met de crisisdienst Mate en kwaliteit van samenwerking
Leefklimaat binnen de afdeling	Bijdrage aan besluitvorming over afspraken: hoe cliënten/patiënten zich moeten gedragen of hoe medewerkers en cliënten/patiënten zich onderling moeten gedragen Stiptheid in nakomen van afspraken Mate en kwaliteit van signalering van problemen
TeamWork	Mate van collegialiteit Bijdrage aan teamontwikkeling
<i>In combinatie met één of meer van de volgende resultaatgebieden</i>	<i>Prestatie-indicatoren</i>
++ Begeleiding van dag-, avond- en nachtbesteding door middel van (groep) activiteiten: recreatie, sport, werk en andere activiteiten zoals koken	++ Mate waarin het niveau en de aard van de activiteiten op de cliënten/patiënten afgestemd worden Kwaliteit van de organisatie van de activiteiten Kwaliteit van de uitvoering Kwaliteit van de werkplanning Kwaliteit en tijdigheid rapportage en dossiervorming Klanttevredenheid Tijdigheid van het signaleren van problemen
Assistentie bij individuele en groepsgewijze behandeling van cliënten/patiënten	Kwaliteit assistentie behandeling Kwaliteit werkplanning Kwaliteit en tijdigheid rapportage en dossiervorming Klanttevredenheid

	Tijdigheid signaleren van problemen
++ Aanmelding	Juistheid van de beoordeling van de hulpvraag Kwaliteit van de registratie van cliëntgegevens Tijdigheid van de registratie Kwaliteit van de verwijzing (intern en extern) Tijdigheid van de verwijzing Klanttevredenheid
++ Veldwerk	Mate waarin de (specifieke) doelgroep is bereikt Kwaliteit van de elementaire hulpverlening Mate en kwaliteit van de begeleiding naar hulpverleningsinstellingen Kwaliteit en tijdigheid van de registratie van werkzaamheden Kwaliteit van de werkplanning Mate en kwaliteit van de samenwerking met externe instellingen Mate en kwaliteit van de opgebouwde netwerken Klanttevredenheid Tijdigheid signaleren problemen
++ Woon-, werkbegeleiding	Kwaliteit zorgverlening in thuissituaties (zelfzorg, wonen en alcohol-, medicijnen- en methadongebruik) Kwaliteit van de bijdrage aan de sociale - en maatschappelijke integratie van cliënten/patiënten Mate en kwaliteit contact met externe instanties Kwaliteit werkplanning Kwaliteit en tijdigheid rapportage en dossiervorming Kwaliteit bijdrage aan de specificering van de behandelingsplannen Klanttevredenheid Tijdigheid van het signaleren van problemen
++ Uitvoering van werkstraffen	Mate waarin iedere cliënt de beoogde bijdrage heeft geleverd Mate waarin productieafspraken zijn nagekomen Mate van controle over de groep Kwaliteit van de werkplanning Kwaliteit van de (mondelinge) rapportage Tijdigheid van het signaleren van problemen
<i>Algemene resultaatgebieden</i>	<i>Prestatie-indicatoren</i>

Medewerkerontwikkeling	Met goed resultaat volgen van gewenste of vereiste opleidingen Aantoonbare flexibele inzetbaarheid, binnen en buiten de eenheid
Projecten	

IV.a. Kennis en ervaring bij aanvang functie

<i>Algemeen</i>	<i>Specifiek</i>
Opleiding (bevoegdheid)	MBO Sociale Dienstverlening, SPW of een gelijkwaardige, relevante opleiding op MBO-niveau.
Cursussen	
Ervaring	
Algemene en persoonlijke vaardigheden	Kunnen omgaan met tekstverwerkingsprogramma's

IV.b. Opleidingen gedurende de functie

<i>Algemeen</i>	<i>Specifiek</i>
Opleidingen	
Cursussen (vakken)	Basiscursus Verslavingszorg Cursus Agressietraining Cursus WGBO

Gezichtspunten

Kennis:

Een afgeronde opleiding MBO Sociale Dienstverlening of SPW of een relevante, gelijkwaardige opleiding op het terrein van de maatschappelijke dienstverlening.

Kennis van verslavende middelen en hun werking

Basiskennis van de psychopathologie

Indien bij het begeleiden van activiteiten van patiënten machines of materialen worden gebruikt, vergt dit bijzondere oplettendheid met het oog op veiligheid

Zelfstandigheid:

In het kader van het behandelingsplan, de werkplanning en -afspraken worden de activiteiten van de diverse resultaatgebieden, voor zover er geen sprake is van assistentie, zelfstandig uitgevoerd. Eenvoudige niet-alledaagse problemen worden zelfstandig opgelost.

Sociale vaardigheden:

Zijn vooral belangrijk bij de individuele contacten met cliënten/patiënten: tact, motiveren, stimuleren tot zelfzorg en tot het aanbrengen van structuur in het dagelijkse leven binnen het co - mentorschap. Verder bij het begeleiden van de activiteiten in de dag-, en avondbesteding.

Risico's, verantwoordelijkheden en invloed:

Er is een beperkte kans op beperkte materiële door het verspillen van materialen. Er is een beperkte kans op het veroorzaken van lichamelijke of geestelijke schade bij cliënten/patiënten bij het begeleiden van de activiteiten.

Uitdrukkingsvaardigheid:

De taal kunnen spreken van cliënten/patiënten en goede uitdrukkingsvaardigheid om voorlichting te geven, toelichting op activiteiten en informatie over regelgeving. Schriftelijke uitdrukkingsvaardigheid is nodig bij rapportages en verslagen.

Bewegingsvaardigheid:

Bij de begeleiding van tijdsbesteding kan een specifieke bewegingsvaardigheid worden gevraagd. Specifieke eisen worden gesteld bij spel en sport.

Oplettendheid:

Alert zijn op signalen in het verslavingsgedrag en de psychische gesteldheid van de cliënt. Oplettendheid is ook van belang bij het signaleren van het gebruik van middelen en om veranderingen in de lichamelijke en geestelijke toestand van cliënten/patiënten tijdig te kunnen signaleren. Indien bij het begeleiden van activiteiten van patiënten machines of materialen worden gebruikt, vergt dit bijzondere oplettendheid met het oog op veiligheid

Overige functie-eisen:

Geduld en doorzettingsvermogen zijn van belang bij het activeren en uitvoeren van activiteiten in het kader van dag- en avondbesteding.

Inconveniënten:

Aan de wijze van optreden worden eisen gesteld omdat de gemoedstoestand van cliënten/ patiënten mogelijk tot onvoorspelbaar gedrag dan wel tot verbale/non-verbale agressie kan leiden.

In de omgang met cliënten/patiënten bestaat er een risico van besmetting, bijvoorbeeld HIV of TBC.

In verband met de 24-uurs voorziening dan wel bereikbaarheid van de organisatie als geheel is het werken (afhankelijk van het organisatieonderdeel) in onregelmatige diensten vereist dan wel behoort het tot de mogelijkheden.

Fysieke belasting kan optreden door veel lopen en staan, klaar zetten van sportmaterialen en er kunnen blessures optreden tijdens de sportactiviteiten.

VI. In- en externe klanten:

Interne klanten: behandelingsverantwoordelijken, GZ-Agogisch Werker HBO, collega's in het team, administratieve medewerkers

Externe klanten: familie en het eventuele netwerk van de cliënt/patiënt met betrekking tot algemene informatie en voorlichting

VII. Nadere aanvulling per resultaatgebied m.b.t. opleiding en gezichtspunten:

Aanmelding

Kennis:

kennis van de sociale kaart en specifiek van verwante hulpverleningsinstellingen t.b.v. verwijzing

kennis van diverse computerprogramma's t.b.v. gegevensregistratie van cliënten/patiënten

Veldwerk

Kennis:

kennis van de sociale kaart t.b.v. verwijzing

Zelfstandigheid:

In het veldwerk zijn de omstandigheden van de cliënt/patiënt vaak moeilijk in te schatten. Ter plaatse dient een adequate beslissing te worden genomen.

In het veldwerk opereren de medewerkers in koppels van twee.

Sociale vaardigheden:

Vaardigheden om netwerk op te bouwen en te onderhouden.

Woon-, werkbegeleiding

Kennis:

kennis van de sociale kaart t.b.v. verwijzing

Zelfstandigheid:

In de woon- werkbegeleiding zijn de woonomstandigheden van de cliënt/patiënt vaak moeilijk van tevoren in te schatten. Ter plaatse dient een adequate beslissing te worden genomen.

Levert gegevens voor en bespreekt het behandelingsplan met de behandelingsverantwoordelijke.

Sociale vaardigheden:

Vaardigheden om netwerk op te bouwen en te onderhouden.

Externe klanten:

Sleutelfiguren in de wijk (bijvoorbeeld de wijkagent, opbouwwerker), sociale dienst, maatschappelijke opvang, thuiszorg, medische circuit (ziekenhuizen, huisartsen)

Vastgesteld door de directie op: 27 april 2003

Functie : GZ-Agogisch Werker (HBO) IV
Inschaling : CAO-GGZ FWG 45

I. Doel van Bouman GGZ: Bouman GGZ is een instelling die geestelijke gezondheidszorg biedt aan iedereen die een verslavingsprobleem heeft, veelal in combinatie met andere psychische aandoeningen.

Doel van de functie: het leggen van contacten met de (specifieke) doelgroep, het verlenen van (elementaire) hulp en het begeleiden naar hulpverleningsinstellingen; het individueel en/ of groepsgewijze behandelen van eenvoudige, minder complexe problemen * van cliënten/patiënten om gedragsverandering te bewerkstelligen afhankelijk van indicatie en diagnostiek. Het geven van trainingen aan individuele en groepen cliënten/patiënten met een zorgvraag gericht op resocialisatie en activering binnen een behandelingsplan. Het leveren van een bijdrage aan de ontwikkeling van nieuwe activiteiten en trainingen. Het leveren van een bijdrage aan de specificering van het behandelingsplan.

* Dit betekent dat de behandelaar een (eenvoudig) deel van de mogelijke problematiek van de cliënt/patiënt behandelt. Het probleem van de cliënt/patiënt hoeft dus niet eenvoudig te zijn.

Leiding geven / leiding ontvangen:

Ontvangt leiding van de afdelingsmanager.

Richt zich naar instructies/aanwijzingen van de behandelingsverantwoordelijken, artsen en psychiaters.

Geeft geen leiding.

Verantwoordelijkheden / bevoegdheden:

Voor zover voor enkele specifieke functies van toepassing, zijn verantwoordelijkheden en bevoegdheden omschreven in:

Relevante kaderstellende wetgeving

Gedragsregels en richtlijnen vanuit beroepsgroepen

Daarnaast gelden voor alle functies:

Het kaderstellend beleid Bouman GGZ m.b.t. werkwijze, organisatie

Protocollen m.b.t. het professioneel handelen en werken

Gedragsprotocollen, waarin normen zijn omschreven waaraan medewerkers zich houden.

Resultaatgebieden:

Omgaan met crisissituaties

Leefklimaat

TeamWork

Mentorschap van cliënten / patiënten

In combinatie met één of meer van de volgende resultaatgebieden:

Individuele Behandeling
 Groepsgewijze Behandeling
 Begeleiding van dag-, avond- en/of nachtbesteding
 Training
 Intake
 Reclassering
 Veldwerk
 Woon-, werkbegeleiding
 Preventie
 Kindermaatschappelijk werk

II. Plaats in de organisatie

Zie organogram

III. Resultaatgebieden en prestatie-indicatoren

<i>Resultaatgebieden</i>	<i>Prestatie-indicatoren</i>
Omgaan met crisissituaties	Tijdigheid signaleren crisis Accuratesse optreden, waaronder contact met de crisisdienst Mate en kwaliteit samenwerking
Leefklimaat binnen de afdeling	Bijdrage aan besluitvorming over afspraken: hoe cliënten/ patiënten zich moeten gedragen of hoe medewerkers en cliënten/patiënten zich onderling moeten gedragen Stiptheid in nakomen van afspraken Mate en kwaliteit van signalering van problemen
TeamWork	Mate van collegialiteit Bijdrage aan teamontwikkeling
Mentorschap van cliënten/patiënten	Kwaliteit van de gevoerde (wekelijkse) gesprekken Kwaliteit van de observaties Kwaliteit van de verwijzing Kwaliteit van de werkplanning Kwaliteit en tijdigheid van de rapportage en dossiervorming Kwaliteit van de bijdrage aan de specificering van de behandelingsplannen Klanttevredenheid Tijdigheid van signaleren van problemen

<i>In combinatie met één of meer van de volgende resultaatgebieden</i>	<i>Prestatie-indicatoren</i>
Individuele behandeling van eenvoudige, minder complexe problemen (de agoog (HBO) IV behandelt een eenvoudig probleem van een cliënt/patiënt die mogelijk een meervoudig probleem heeft. De behandelaar behandelt in dit geval niet het gehele complexe probleem, maar een deel ervan)	Kwaliteit behandeling Kwaliteit werkplanning Kwaliteit en tijdigheid rapportage en dossiervorming Kwaliteit bijdrage aan de specificering van de behandelingsplannen Klanttevredenheid Tijdigheid signaleren contra-indicaties Tijdigheid verwijzing naar andere behandelaar
Groepsgewijze behandeling van eenvoudige, minder complexe problemen (Toelichting: idem)	Kwaliteit behandeling Kwaliteit werkplanning Kwaliteit en tijdigheid rapportage en dossiervorming Kwaliteit bijdrage aan de specificering van de behandelingsplannen Klanttevredenheid Tijdigheid signaleren contra-indicaties
Begeleiding van dag-, avond- en/of nachtbesteding door middel van begeleiding van (groeps)activiteiten	Mate waarin het niveau en de aard van de activiteiten op de cliënten/patiënten wordt afgestemd Kwaliteit van de organisatie van de activiteiten Kwaliteit van de uitvoering Kwaliteit van de werkplanning Kwaliteit en tijdigheid rapportage en dossiervorming Klanttevredenheid Tijdigheid van het signaleren van problemen Kwaliteit van de ontwikkelde activiteiten
Training	Mate van kennisoverdracht Mate van bewustwording over eigen gedrag (van cliënten/patiënten) Mate waarin cliënten/patiënten in contact worden gebracht met verslavingszorg als dat nodig is Kwaliteit van de bijdrage aan trainingsaanbod Kwaliteit en tijdigheid rapportage en dossiervorming Kwaliteit bijdrage aan de specificering van de behandelingsplannen Klanttevredenheid Tijdigheid signaleren van problemen

Intake	Kwaliteit van het concept-behandelingsplan % bijdragen aan concept-behandelingsplan binnen 5 dagen na intake afgerond % intakegesprekken binnen 3 dagen na aanmelding afgerond Kwaliteit contact met externe instanties (verwijzing) Kwaliteit samenwerking met andere afdelingen binnen het Bouman GGZ Klanttevredenheid
Reclassering	Kwaliteit van het reclasseringsplan van aanpak (het opstellen, uitvoeren en evalueren) Kwaliteit van de afstemming tussen de justitiële en de gezondheidszorg interventies Mate van recidivevermindering en sociale en maatschappelijke integratie van cliënten/patiënten Kwaliteit van reclasseringstrajecten voor cliënten met enkelvoudige, minder complexe problemen en/of delicten Kwaliteit bij de uitvoering van individuele en groepsgerichte reclasserings-begeleidings-programma's Kwaliteit en tijdigheid van de schriftelijke en mondelinge rapportages aan justitiële instanties Kwaliteit van de inrichting van taakstraffen Kwaliteit van de begeleiding van de taakstraf-begeleiders (GZ-agogen MBO) Mate en kwaliteit van contact intern en met externe instanties Kwaliteit van de werkplanning Klanttevredenheid (opdrachtgever en cliënt) Werken conform Reclasseringsregeling
Veldwerk	Mate waarin de (specifieke) doelgroep is bereikt Kwaliteit van de elementaire hulpverlening en voorlichting Mate en kwaliteit van de begeleiding naar hulpverleningsinstellingen Kwaliteit en tijdigheid van de registratie van werkzaamheden Kwaliteit van de werkplanning Mate en kwaliteit van de samenwerking met externe instellingen Kwaliteit van de netwerken op werkersniveau Kwaliteit van de netwerken op cliëtniveau Klanttevredenheid Tijdigheid signaleren problemen Mate en kwaliteit van observaties, signaleringen, wijzigingen in

	sferen, overlast, doelgroepen Kwaliteit en tijdigheid van periodieke en incidentele rapportages
Woon-, werkbegeleiding	Mate waarin de doelgroep is bereikt Kwaliteit van de beoordeling van de situatie Mate waarin cliënten/patiënten gemotiveerd worden om hulp te zoeken Kwaliteit van de verwijzing Kwaliteit van de zorgverlening in thuissituaties (zelfzorg, wonen en alcohol-, medicijnen- en methadongebruik) Mate van sociale - en maatschappelijke integratie van cliënten/patiënten Mate en kwaliteit contact met externe instanties Kwaliteit werkplanning Kwaliteit en tijdigheid rapportage en dossiervorming Kwaliteit bijdrage aan de specificering van de behandelingsplannen Klanttevredenheid
Preventie	Mate waarin doelgroep(en) is / zijn bereikt Mate waarin doelstellingen zijn bereikt Mate en kwaliteit van de samenwerking met externe instellingen Klanttevredenheid Kwaliteit contact met de doelgroep(en) Mate en kwaliteit waarin voorlichting en informatie aan doelgroep(en) wordt verzorgd Kwaliteit en tijdigheid rapportage Kwaliteit en tijdigheid van de registratie van werkzaamheden Kwaliteit van de werkplanning Kwaliteit van de netwerken op medewerkerniveau Kwaliteitsbijdrage aan de preventiemethode en materiaal Mate en kwaliteit van deskundigheid bevorderende activiteiten, voorlichting, cursussen en trainingen voor verschillende belanghebbenden (intern en extern)
Kindermaatschappelijk werk	Mate waarin de doelgroep (verslaafde ouders en hun kinderen) is bereikt Kwaliteit van de beoordeling van de situatie Mate waarin verslaafde ouders gemotiveerd worden om hulp te zoeken voor hun kinderen en voor zichzelf

	Kwaliteit van de verwijzing Kwaliteit werkplanning Kwaliteit en tijdigheid rapportage en dossiervorming Kwaliteit van de bijdrage aan de specificering van de behandelingsplannen Klanttevredenheid
<i>Algemene resultaatgebieden</i>	<i>Prestatie-indicatoren</i>
Medewerkerontwikkeling	Met goed resultaat volgen van gewenste of vereiste opleidingen Aantoonbare flexibele inzetbaarheid, binnen en buiten de eenheid
Projecten	

IV.a. Kennis en ervaring bij aanvang functie

<i>Algemeen</i>	<i>Specifiek</i>
Opleiding (bevoegdheid)	HBO-MW, HBO-SPH of een gelijkwaardige relevante opleiding
Cursussen	
Ervaring	
Algemene en persoonlijke vaardigheden	Kunnen omgaan met tekstverwerkingsprogramma's

IV.b. Opleidingen gedurende de functie

<i>Algemeen</i>	<i>Specifiek</i>
Opleidingen	
Cursussen (vakkennis)	Basiscursus Verslavingszorg Basiscursus psychiatrie en verslaving Cursus Agresstraining Cursus WGBO

Cursussen (algemene en persoonlijke vaardigheden)	
---	--

V. **Gezichtspunten:**

Kennis:

Een afgeronde HBO MW of HBO SPH-opleiding of een gelijkwaardige relevante opleiding op het terrein van de maatschappelijke dienstverlening.

Kennis van verslavende middelen en hun werking

Kennis van groepsprocessen en -dynamica

Kennis van gedragsstoornissen

Basiskennis van psychopathologie

Zelfstandigheid:

In het kader van het behandelingsplan, de werkplanning en –afspraken worden de activiteiten van de diverse resultaatgebieden zelfstandig uitgevoerd. Voor zover in de individuele of groepsgewijze behandeling van enkelvoudige, minder complexe problemen van cliënten/patiënten beslissingen buiten het kader van het behandelingsplan vallen, wordt overleg gepleegd met de behandelingsverantwoordelijke.

Sociale vaardigheden:

In het kader van het behandelingsplan stellen in begeleidingssituaties contacten eisen aan tact, luisteren, invoelend vermogen, het hebben van overzicht en motiveren tot het maken van keuzes. Indien nodig het beheersen van conflicten en reguleren van agressie.

Risico's, verantwoordelijkheden en invloed:

Er zijn materiële en immateriële risico's ten gevolge van het niet of te laat regelen van zaken of door een verkeerde interpretatie of observatie van bepaald gedrag. Verantwoordelijkheid wordt gedragen voor de adequate uitvoering van het behandelingsplan. Er is invloed op het behandelingsplan.

Uitdrukkingsvaardigheid:

Helder kunnen communiceren in contacten met en behandeling van cliënten/patiënten en met eventuele externe contacten. Schriftelijke uitdrukkingsvaardigheid is belangrijk voor de dossiervorming, gespreks- en behandelingsverslagen.

Bewegingsvaardigheid:

Bij de begeleiding van activiteiten in het kader van dag- en avondbesteding kan een specifieke bewegingsvaardigheid worden gevraagd. Voor het overige worden geen speciale eisen gesteld.

Oplettendheid:

Alert zijn op signalen in het verslavingsgedrag en de psychische gesteldheid van de cliënt/ patiënt. Oplettendheid is ook van belang bij het signaleren van het gebruik van middelen en om veranderingen in de lichamelijke en geestelijke toestand van cliënten/patiënten tijdig te kunnen signaleren.

Overige functie-eisen:

geduld en doorzettingsvermogen nodig bij het activeren en uitvoeren van activiteiten in het kader van dag- en avondbesteding; bij het aanzetten en stimuleren tot gedragsveranderingen, die tijd vragen. Zin voor ordeijkheid en integriteit zijn van belang.

Inconveniënten:

Aan de wijze van optreden worden eisen gesteld omdat de gemoedstoestand van cliënten/ patiënten mogelijk tot onvoorspelbaar gedrag leidt. Gezien de patiëntenpopulatie is er kans op verbale en non-verbale agressie.

In de omgang met cliënten/patiënten bestaat er een risico van besmetting, bijvoorbeeld HIV of TBC.

In verband met de 24-uurs voorziening dan wel bereikbaarheid van de organisatie als geheel is het werken (afhankelijk van het organisatieonderdeel) in onregelmatige diensten vereist dan wel behoort het tot de mogelijkheden.

In- en externe klanten:

Interne klanten: behandelingsverantwoordelijken, collega's in het team, administratieve medewerkers

Externe klanten: familie en het eventuele netwerk van cliënten/patiënten, personen, organisaties en instellingen met betrekking tot verwijzing en / of tot materiële of immateriële hulpverlening (van uitkering tot huisvesting en advocatuur) en de verwijzer die betrokken is bij de behandeling.

VII. Nadere aanvulling per resultaatgebied m.b.t. opleiding en/of gezichtspunten:

Intake en Indicatiestelling

Kennis:

kennis van de producten van het Bouman GGZ

kennis van de Sociale kaart en specifiek van verwante hulpverleningsinstellingen t.b.v. verwijzing

Risico's, verantwoordelijkheid en invloed:

Er zijn risico's op immateriële schade als gevolg van een verkeerde inschatting van de situatie van de cliënt/patiënt. Er is kans op schade van het image van Bouman GGZ.

Training

Kennis: (specifiek voor EMA-docenten):

Kennis van o.a. verkeerswetgeving en verkeerstheorie, alcohol en rijvaardigheid (certificaat van Innovam)

Kennis van ontwikkelingen op hierboven genoemd terrein (bijscholing via CBR)

Reclassering

Kennis:

kennis van strafrecht en juridische kennis

kennis van de sociale kaart t.b.v. verwijzing

Veldwerk

Kennis:

kennis van de sociale kaart t.b.v. verwijzing

Zelfstandigheid:

In het veldwerk zijn de leefomstandigheden van de cliënt/patiënt moeilijk van tevoren in te schatten. Ter plaatse dient een adequate beslissing te worden genomen

In het veldwerk opereren de medewerkers in koppels van twee.

Sociale vaardigheden:

Outreaching functies vragen vaardigheden om netwerken op te bouwen en te onderhouden.

Improvisatievermogen is vereist.

Externe klanten:

Sleutelfiguren in de wijk (o.a. de wijkagent, opbouwwerker).

Woon-, werkbegeleiding

Kennis:

kennis van de sociale kaart t.b.v. verwijzing

Zelfstandigheid:

In de woon- werkbegeleiding zijn de leefomstandigheden van de cliënt /patiënt moeilijk van tevoren in te schatten. Ter plaatse dient een adequate beslissing te worden genomen. De medewerker stelt een concept-behandelingsplan op en bespreekt dat met de behandelingsverantwoordelijke.

Sociale vaardigheden:

Outreaching functies vragen vaardigheden om netwerken op te bouwen en te onderhouden.

Improvisatievermogen is vereist.

Externe klanten:

Sleutelfiguren in de wijk (bijvoorbeeld de wijkagent, opbouwwerker), sociale dienst, maatschappelijke opvang, thuiszorg, medisch circuit (ziekenhuizen, huisartsen)

Preventie

Kennis:

kennis van de sociale kaart t.b.v. verwijzing
kennis van preventiemethoden
kennis van voorlichtingstechnieken

Vastgesteld door de directie op: 25 april 2003

Bijlage 23

Taakgebied, kerntaken en taken van de maatschappelijk werker volgens de NVMW.

Taakgebied	Kerntaak	Taken
1 directe en indirecte hulp- en dienstverlening	1 werken met en namens cliënten: psychosociale hulpverlening	Veranderings- en competentiegerichtte begeleiding/ behandeling
		Ondersteunende en stabiliserende behandeling
		Outreachinge benadering – bemoeizorg
		Concrete en informatieve hulpverlening
		Onderzoek en rapportage
		Belangenbehartiging en conflictbemiddeling
		Casemanagement, zorgcoördinatie, zorgbemiddeling en zorgafstemming
		Uitbouwen en ondersteunen van sociale netwerken
		Crisisinterventie
	2 Werken voor cliënten en potentiële cliënten	Signalering
		Collectieve belangenbehartiging
		Preventie
		Coachen en begeleiden van vrijwilligers en netwerkgroepen
2 werken in en vanuit een arbeidsomgeving	3 werken in de eigen instelling of organisatie	Bijdragen aan beleidsuitvoering en beheer
		Bijdragen aan beleidsontwikkeling
		Intercollegiaal samenwerken en (laten) begeleiden van werken en leren
	4 werken n externe samenwerkingsverbanden	Opzetten van en participeren in samenwerkingsverbanden
		Eigen beroep en beroepshandelen profileren en verantwoorden
		Consulteren, adviseren en coachen van andere professionals
3 werken aan professionaliteit en professionalisering	5 zichzelf ontwikkelen in het beroep	Reflecteren op het eigen handelen
		Plannen van competentieontwikkeling
	6 bijdragen aan de ontwikkeling van het beroep	Bijdrage leveren aan de (praktijk)opleiding van toekomstige vakgenoten
		Vertalen van maatschappelijke ontwikkelingen in nieuwe beroepsopgaven
		Meewerken aan kennisontwikkelingen
		Verspreiden van nieuwe kennis